

Leven als God in Frankrijk: lessen uit de Franse psychiatrie

Bob Cools

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2019, 49(1), 12-24 |

Inleiding

In Vlaanderen vergelijken we onze geestelijke gezondheidszorg (ggz) meestal met de Nederlandse, die zich op haar beurt spiegelt aan de ontwikkelingen in de Angelsaksische landen. We hebben een vager beeld van wat er zich bij onze Waalse landgenoten afspeelt, maar zij laten zich ongetwijfeld inspireren door de ontwikkelingen in Frankrijk, waarop wij Vlamingen nog minder zicht hebben.

In een periode dat het zorgpersoneel van verschillende psychiatrische voorzieningen in Frankrijk staakt, biedt de publicatie – in september 2018 – van het goed gedocumenteerde boek *Psychiatrie: l'état d'urgence* (Leboyer & Llorca, 2018) een kritisch en actueel overzicht van de stand van zaken in dat land. Het gaat om een coproductie van de Fondation Fondamental (te vergelijken met het Nederlandse Trimbos-instituut) en het Institut Montaigne (een onafhankelijke politieke denktank), waaraan zestien auteurs een bijdrage leverden. Het boek won de prestigieuze 'Prix Le Regard d'Edgard 2018' voor de beste politieke publicatie.

De titel van het boek (vertaald: 'Psychiatrie: de noodtoestand') zet meteen de toon voor scherpe zelfkritiek. Na inleidende gegevens over epidemiologie en het aanbod van geestelijke gezondheidszorgberoepen, volgen tien hoofdstukken over de historische achtergrond, de zorgorganisatie, stigmatisering, het diagnostisch en therapeutisch aanbod, de kinderpsychiatrie, gedwongen opname, gezondheidseconomie, buitenlandse 'goede praktijken' en wetenschappelijk onderzoek. Het slothoofdstuk bevat 25 voorstellen om aan deze noodtoestand een eind te maken en is het resultaat van overleg tussen 36 experts en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties.

Hongerstakingen

In de periode dat het boek verscheen, braken in verschillende psychiatrische voorzieningen in Frankrijk stakingen uit. De onrust broedde al veel langer. Op 28 februari 2018 liet Adeline

Hazan, inspecteur in dienst van de overheid, een formeel alarmsignaal horen toen zij aan president Emmanuel Macron een rapport deed toekomen over de menonwaardige situaties in het universitair psychiatrisch centrum te Saint-Etienne.¹ Het rapport beschrijft de aanhoudende en illegale toepassing van ongerechtvaardigde dwang op en isolatie van patiënten, de menonwaardige bejegening en flagrante schending van hun rechten. Begin juni braken er stakingen van onbepaalde duur uit in de psychiatrische ziekenhuizen van Rouen, Rouvray en Amiens. Ze gingen gepaard met betogingen en bezettingen van ziekenhuizen en (zoals bijvoorbeeld in Le Havre) de verstoring van een gemeenteraad. Een ophefmakend opiniestuk in *Le Monde* met als titel *La psychiatrie publique est devenue un enfer* van psychiater Daniel Zagury ondersteunt de acties.² De boosheid escaleert tot hongerstakingen van het verzorgend personeel, dat extra mankracht en betere accommodaties eist. In september breidden de acties zich uit naar zestien psychiatrische ziekenhuizen, verspreid over heel Frankrijk. Ook in Saint-Etienne, waar het allemaal begon, sloeg de vlam opnieuw in de pan. De stakingen doofden pas einde oktober uit, na beloftes van nieuwe investeringen en extra personeel.

Die context wordt uiteraard niet in het boek zelf beschreven, maar is makkelijk te reconstrueren uit diverse media. We focussen nu op de inhoud van het boek.

Voorgeschiedenis

Vanaf het begin van de negentiende eeuw speelde Frankrijk een pioniersrol in de psychiatrie met de bevrijdende ‘traitement moral pour les aliénés’ van Pinel en zijn opvolger Esquirol en de wettelijke erkenning van de geesteszieken in de Code Civil, die internationale navolging krijgen. Tegen het einde van de negentiende eeuw legt het werk van Charcot bij mensen met epilepsie en hysterie de basis voor de psychoanalyse van Freud. Na de Tweede Wereldoorlog komt er een vernieuwingsbeweging op gang die de totale behandeling van patiënten beoogt, geïnspireerd door de in Frankrijk sterk verspreide ‘institutionele psychotherapie’. Die stelt dat psychiatrische ziekenhuizen vervreemdend werken en als instituut moeten worden genezen. Dit impliceert een collectief engagement van behandelaars én patiënten, waarbij de psychoanalyse het therapeutisch instrument is in en voor het psychiatrisch ziekenhuis. De invloed van deze benadering neemt echter af door de toenemende kritiek op de psychoanalyse en de introductie in 1960 van de ‘secteur psychiatrique’ als zorgorganisatieconcept. Heel Frankrijk wordt opgedeeld in geografische zones van ongeveer 70.000 inwoners. Zo’n sector moet vroegtijdige zorg verlenen aan geesteszieken en aan langdurig zieken een efficiënte medisch-sociale ondersteuning bieden om terugval en vervreemding van hun natuurlijke thuisomgeving te voorkomen. Ondanks verschillende kritiekpunten blijft deze organisatievorm tot op heden actueel. Hoewel de doelstelling lovenswaardig en zelfs hedendaags klinkt, blijft de uitvoering ervan erg problematisch.

De organisatie van de zorg en het budget van elke sector worden beheerd door een 'referentieziekenhuis'. Vanuit deze ziekenhuizen werden in de jaren 1960 de Centres Médico-Psychologiques (CMP) gecreëerd als organisaties voor het ambulante werk. Ze zijn in grote mate te vergelijken met onze centra voor geestelijke gezondheidszorg. In 2015 waren er 3674 CMP's, waarvan 1503 voor kinderen en jongeren. De consulten zijn gratis. De CMP's bestaan uit multidisciplinaire teams en hebben vijf opdrachten: preventie, onderzoek, diagnostiek en behandeling, integrale follow-up door mobiele teams en nazorg in de thuisomgeving.

De beweging voor de-institutionalisering van de jaren 1970 leidde tot minder opnames en meer ambulante zorg. Naast de CMP's werden beschutte woonvormen, crisiscentra en therapeutische dagcentra opgericht. Ook werd er in de jaren 1970 een kinderpsychiatrisch aanbod ontwikkeld, zowel vanuit de psychiatrische ziekenhuizen, als in specifieke CMP's en medisch-psychopedagogische centra. Momenteel wordt 86% van de patiënten met ernstige psychische problemen ambulant begeleid, waarvan 67% exclusief ambulant en ruim twee derde in de CMP's.

Door de systematische afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden nam de druk op de ambulante voorzieningen toe, wat leidde tot lange wachttijden. Tussen 1970 en 2011 werd het beddenaantal teruggebracht tot iets minder dan een kwart (van 233.000 tot 55.000), terwijl relatief weinig alternatieven werden gecreëerd. In 2014 waren er nog slechts 90,24 bedden per 100.000 inwoners (ter vergelijking: in datzelfde jaar in België 174/100.000).³ In die veertig jaar nam het aantal opnames toe, maar de gemiddelde verblijfsduur liep terug van 250 naar 53 dagen. De CMP's maken hun ambitie van snelle toegankelijkheid niet meer waar. Vooral voor kinderen en jongeren lopen de wachttijden op tot langer dan een jaar.

Een doolhof met valkuilen

Er spelen echter nog tal van andere knelpunten die niet opgelost raken: de ongelijke spreiding en capaciteit van de zorgvoorzieningen, het gebrek aan flexibiliteit en continuïteit van de zorgtrajecten, het 'hospitalocentrisme', het gebrek aan afstemming tussen de ggz en andere maatschappelijke sectoren, de kloof tussen kinder- en volwassenenpsychiatrie en tussen de somatische gezondheidszorg en de ggz.

In het algemeen blijkt er een schrijnend gebrek aan communicatie en coördinatie. Vooral de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters is problematisch. Het sectorbeleid bepaalt dat de psychiater de arts is waarmee als eerste contact moet worden gezocht voor mensen met psychische problemen. Dit organisatiemodel sluit de huisarts uit en remt de

ontwikkeling van een samenwerkingsmodel. Uit onderzoek blijkt dat slechts 40% van de huisartsen de sectorpsychiater kan bereiken en dat 22% door hem geïnformeerd wordt over hun patiënten. Er is een toenemend wantrouwen ten aanzien van de psychiatrische hulpverlening, die niet aansluit op het maatschappelijk leven. Er is een hoog personeelsverloop in de CMP's en behandelingen worden te vaak voortijdig afgebroken. Ontslag na een opname wordt onvoldoende voorbereid en nazorg is vaak niet geregeld, wat leidt tot veel terugval.

In Frankrijk zijn er vier types van ziekenhuisopnames mogelijk: in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis; in openbare klinieken, meestal gesitueerd aan de stadsrand, waar complexe, zware, urgente en gedwongen opnames kunnen plaatsvinden; in private klinieken opgericht vanuit collectief belang door ziekenfondsen of religieuze ordes; en in private klinieken met winstoogmerk die gespecialiseerde opnames verzorgen voor specifieke, lichtere doelgroepen. Deze commerciële klinieken zijn kleiner van omvang (gemiddeld 93 bedden), beschikken over 13.000 van de 55.000 bedden en de verblijfskosten zijn er aanzienlijk hoger. Opvallend is het gebrek aan gespecialiseerde zorg in de openbare klinieken: patiënten met ernstige maar zeer verschillende stoornissen verblijven er op dezelfde afdeling. In een inspectierapport van 2011 wordt gesteld dat deze opnames soms traumatiserend zijn.

Een specifiek probleem vormen de gedwongen opnames. Niet een rechter, zoals in België, maar een bevoegd ziekenhuisdirecteur beslist op basis van een schriftelijke aanvraag van een derde en twee recente medische attesten, tot een gedwongen opname. En een wetswijziging in 2011 maakte twee nieuwe vormen van gedwongen opname mogelijk. Bij 'dreigend gevaar' volstaat nu de beslissing van een ziekenhuisdirecteur op basis van één recent medisch attest van een arts die niet werkzaam is in het betreffende ziekenhuis. Het gevolg van deze soepelere regeling is dat er in 2015 92.000 gedwongen opnames plaatsvonden, een toename van 12.000! Een andere nieuwigheid betrof de introductie van een gedwongen ambulante zorgprogramma. Ook deze maatregel is erg controversieel en roept ethische vragen op, omdat hij leidt tot een hoog aantal heropnames. Wat wel positief wordt geëvalueerd is de betere rechtsbescherming van de patiënt door de invoering van een 'juge de liberté et de la détention' die controleert of de procedure correct werd toegepast. De goede en minder goede ervaringen zijn in elk geval een bron van inspiratie voor de wetswijziging die we in België op dit gebied ambiëren (Cools, 2017).

Net zoals in België verklaart de verouderde financieringsmethodiek veel van de chaos en inertie in de sector. Terwijl de somatische gezondheidszorg vooral gefinancierd wordt per prestatievolume, krijgen de psychiatrische ziekenhuizen een globaal jaarlijks budget, waarvan de hoogte al in de jaren 1970 werd bepaald en dat sindsdien op een weinig trans-

parante wijze gedeeltelijk is geactualiseerd. Er wordt echter geen verband gelegd met kwaliteit, aard van de pathologie, noodzakelijke intensiteit van behandeling of mogelijkheid tot innovatie.

Recente ontwikkelingen

Geïnspireerd door buitenlandse voorbeelden werd in 2005 de mogelijkheid gecreëerd tot de oprichting van mobiele teams ten behoeve van mensen in penibele situaties (vergelijkbaar met de mobiele crisisteamen in België, maar meer gefocust op daklozen met ernstige psychische problemen). Deze teams hebben meestal een CMP als uitvalsbasis. Hoewel de praktijkervaringen zeer positief zijn, blijft het aantal van deze mobiele teams beperkt en komt het niet tot een structurele implementatie. Ondertussen wordt met eigen ziekenhuismiddelen – tot op heden is hiervoor nog geen overheidsfinanciering – geëxperimenteerd met mobiele teams voor vroeginterventie bij een beginnende psychose en/of een suïcidedreiging.

In 2009 werd een algemene reorganisatie van de gezondheidszorg doorgevoerd met ‘het gezondheidsterritorium’ als nieuwe geografische eenheid. Aanvankelijk werd deze vernieuwing door de actoren in de psychiatrie gepercipieerd als het opheffen van de secteur psychiatrie en als een verlies voor de specificiteit van de ggz. Het doel was echter om de welzijns- en gezondheidsactoren op het terrein op een hoger regionaal niveau, binnen een contractueel kader, beter op elkaar af te stemmen ten behoeve van specifieke doelgroepen.

In 2016 preciseerde de overheid deze algemene reorganisatie voor de psychiatrie, zonder te raken aan het concept van de secteur psychiatrie. Een ziekenhuis behoudt als sectorverantwoordelijke de opdracht om de zorg zo dicht mogelijk in de omgeving van patiënt aan te bieden en hem naar andere actoren in het territorium te verwijzen om goede ondersteuning te garanderen. Het gesprek tussen deze lokale actoren wordt formeel georganiseerd in ‘Conseils Locaux de Santé Mentale’ (CLSM), waarvan er nu bijna tweehonderd bestaan en die in sommige regio’s een jarenlange informele voorgeschiedenis kennen. Ze lijken enigszins op onze ggz-netwerken: ze zijn zeer breed samengesteld uit provincie- en gemeenteraadsleden, vertegenwoordigers van politie, justitie, psychiatrische ziekenhuizen, gebruikersorganisaties, onderwijs, sociale verhuurkantoren en culturele organisaties. 80% van de huidige CLSM’s werd opgericht na 2008. Die enorme toename bewijst de behoefte aan overleg en coördinatie. Een stuurgroep bereidt de plenaire vergaderingen voor, waar beslist wordt over de prioriteiten en de oprichting van werkgroepen. Er wordt zowel overlegd over complexe individuele casussen, gedwongen opnames, dakloosheid, als over de organisatie van bewustwordingscampagnes of een nieuw zorgaanbod.

Psychiaters centraal

Opvallend is dat de psychiaters als beroepsgroep veel aandacht krijgen in het boek van Leboyer en Llorca (2018). Wat het aantal psychiaters per 100.000 inwoners betreft, neemt Frankrijk binnen de 36 landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) de vierde plaats in met 22,8, na Finland (23,6), Zweden (23,23) en Nederland (23,08); het gemiddelde bedraagt 15,5/100.000 inwoners en België scoort een 17,12. Huisartsen buiten beschouwing gelaten, vormen de psychiaters de grootste groep medisch specialisten in Frankrijk. De zeer ongelijke geografische spreiding van deze beroepsgroep zorgt echter voor problemen; zo bedraagt de verhouding in Parijs 97,8/100.000, terwijl de Vendée het met 9,3 moet doen. Alleen de kinder- en de ouderenspsychiatrie zijn erkende subspecialisaties.

Hoewel de auteurs stellen dat geestelijke gezondheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid moet worden, valt op dat psychiaters hun centrale rol behouden. Verrassend is wel de scherpe zelfkritiek op de kwaliteit van de opleiding van psychiaters; kritiek die veel bijval krijgt van vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Men hekelt de te korte stage-duur, de geringe aandacht voor wetenschappelijk onderzoek, het gebrek aan specialisaties en de lage kwaliteit van de psychotherapieopleidingen. Psychiaters worden sinds 2010 automatisch erkend als psychotherapeut.

Behalve het pleidooi aan het einde van het boek voor een specialisatie voor psychiatrisch verpleegkundigen en het creëren van een opleiding voor casemanagers in de ggz, komen we weinig te weten over de inbreng en de gewenste rol van andere zorgberoepen. Er is alleen een beknopte toelichting in het inleidende hoofdstuk over het onderscheid tussen een psychiater, een psycholoog, een psychotherapeut en een psychoanalyticus. We vinden er niets over de specifieke positie van klinisch psychologen, psychotherapeuten en de toegankelijkheid van psychologische consulten in Frankrijk. Daarom baseren we ons op andere informatiebronnen om in de volgende twee paragrafen hier nader op in te gaan.

Wie is klinisch psycholoog en/of psychotherapeut?

De titel van psycholoog is in Frankrijk wettelijk beschermd sinds 1985 en is voorbehouden aan masters in de psychologie (Halley & Chiarelli, 2014). Het vergde echter nog vijf jaar debatteren en een staking in 1990 alvorens het uitvoeringsdecreet er kwam. Vanaf 2002 vereist het gebruik van de titel dat men zijn diploma laat registreren op niveau van het 'département'. Psychologen zijn gebonden aan een deontologische code, maar kennen niet zoiets als een 'Orde der artsen'.

De klinische afstudeerrichting omvat naast een specifieke theoretische vorming een masterthesis en een stage van ten minste vijfhonderd uren. Afhankelijk van de universiteit en de stageplaats kunnen zowel de theoretische opleiding als de praktijkstage inhoudelijk erg verschillen. Er is een trend naar een meer integratieve theoretische vorming. De heterogeniteit van de stageplaatsen weerspiegelt de diversiteit van het werkveld. Het aantal klinisch psychologen in Frankrijk wordt geraamd op ongeveer 27.000 of één psycholoog voor ongeveer 2300 inwoners.⁴

De verplichting tot permanente vorming voor klinisch psychologen werkzaam in de openbare ziekenhuissector werd in 1991 vastgelegd in het decreet 'Formation, Information, Recherche' (FIR). Het bepaalt dat psychologen zich gedurende een derde van hun werktijd moeten bezighouden met werkzaamheden, onderzoek of scholing die noodzakelijk zijn voor het ontwikkelen, realiseren of evalueren van hun handelen. De vorming omvat onder andere het volgen van supervisie, het schrijven van publicaties, het geven van opleiding en het begeleiden en superviseren van stagiairs. De invoering van de FIR zorgde voor problemen in de ziekenhuizen en de psychiatrische voorzieningen. De regeling viel slecht bij artsen, verpleegkundigen en managers. Men vond dat de psychologen te weinig beschikbaar waren. In 2012 werd de regeling dan ook via een circulaire teruggedroefd en beperkt tot de psychologen die een vast contract (van onbepaalde duur) hebben. Bovendien kan de psycholoog niet meer zelfstandig de inhoud van de FIR bepalen, maar wordt deze vastgesteld in overleg met de hiërarchisch verantwoordelijke en moet hij jaarlijks hierover verantwoording afleggen aan de directie.

Net zoals in België is er een overaanbod aan klinisch psychologen in Frankrijk. Het aantal studenten in de afstudeerrichting klinische psychologie blijft groeien. Afgestudeerden komen vaak terecht in onzekere situaties en leggen meestal een lang traject af van vervangingen van zieke of zwangere collega's en van kortdurende of deeltijdse contracten. De beroepsgroep en universiteiten pleiten voor een betere maatschappelijke waardering van de professie en meer specifiek voor een Europees professioneel doctoraat, dat onder andere een volledige psychotherapieopleiding omvat (Cools, 2011). Deze doctoraatsopleiding zou een verschuiving teweeg moeten brengen van een cultuur die uitgaat van therapiescholen en die gericht is op theorie, pathologie en deficiëntie, naar een cultuur van indicatie en herstel, gefocust op de belangen van de patiënt. Ze moet leiden tot meer competente en effectieve psychologen die onderzoek en praktijk integreren, beter inspelen op de vragen van patiënten, meer oog hebben voor beleidsaspecten, met als neveneffect een betere professionele status en betaling.

In 2004 werd de titel van psychotherapeut wettelijk beschermd in Frankrijk. De uitvoering hiervan werd geregeld in verschillende decreten die telkens werden bijgeschaafd tot de fi-

nale versie van 2012. Het gebruik van de titel vereist de inschrijving in een nationaal register. Voor 2012 moesten klinisch psychologen een extra opleiding psychopathologie volgen om de titel van psychotherapeut te mogen voeren, maar vanaf 2012 volstaat de voltooide masteropleiding. De titel psychotherapeut mag momenteel enkel worden gevoerd door psychiaters of masters in de klinische psychologie, die een theoretische vorming van ten minste vierhonderd uren en een stage van vijf maanden hebben gevolgd. Hoewel klinisch psychologen dus na het behalen van hun master meteen de titel psychotherapeut mogen voeren, volgen velen toch een extra psychotherapieopleiding. De psychoanalyticus is geen wettelijk erkend beroep en de psychoanalyse is geen medische handeling. Psychoanalyticus wordt men na het ondergaan van een leeraanlyse, het volgen van een theoretische opleiding aan een psychoanalytische school en het laten superviseren van de eigen praktijk. Een psychoanalytische kuur valt niet onder gezondheidszorg en wordt niet terugbetaald door de 'Sécurité sociale'.

Psychologische consulten worden toegankelijker⁵

De overheid stelde vast dat het huidige gratis zorgaanbod voor adolescenten (in de CMP's en de Maison des Adolescents) een te beperkte actieradius heeft (meestal de stedelijke omgeving), te weinig jongeren bereikt en vaak ontoegankelijk is door lange wachttijden. Daarom werd in het kader van 'le Pass Santé Jeunes' begin 2017 gestart met een drie jaar durend experiment met een jaarlijks budget van één miljoen euro in drie regio's (Île-de-France, Loire en Grand Est). Jongeren tussen de 6 en 21 jaar hebben jaarlijks recht op een reeks van maximaal tien gratis consulten bij zelfstandig gevestigde klinisch psychologen. Voor deze consulten is een verwijzing door een arts van eigen keuze nodig. Ouders hebben de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij het gesprek met de verwijzende arts en bij het eerste en laatste gesprek bij de psycholoog. De kosten, € 32 per consult van 45 minuten, worden volledig terugbetaald door de Sécurité sociale.

Een tweede experiment, voor volwassenen (van 18 tot 60 jaar) met lichte of matige depressieve, angst- of aanpassingsstoornissen, startte in 2018 in vier regio's (Morbihan, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne en Landes). Een behandelend arts verwijst de patiënt naar een zelfstandig gevestigde klinisch psycholoog, die zich heeft laten registreren in een register om aan dit experiment deel te nemen. Na een evaluatiesessie van 45 minuten (kosten: € 32) kan een begeleiding volgen van maximaal 10 sessies van een half uur (kosten: € 22), indien noodzakelijk aan te vullen met een gestructureerde psychotherapie van maximaal 10 sessies van 45 minuten (kosten: € 32). Ook deze bedragen worden volledig terugbetaald. Ter vergelijking: de eerstelijnspsychologische consulten voor volwassenen met lichte of matige depressieve, angst- of alcoholverslavingsklachten waarmee in België

bij wijze van experiment in april 2019 wordt gestart, kosten € 45 per sessie van 45 minuten, met een eigen bijdrage van € 11 of € 4 euro.

De kosten van een consult bij een psychiater variëren van € 43,70 tot € 53 en worden gedeeltelijk terugbetaald door de Sécurité sociale en het ziekenfonds. Voor een consult bij een psycholoog betaalt men gewoonlijk € 40 tot € 60; sommige ziekenfondsen vergoeden een deel van deze kosten voor een beperkt aantal sessies. Een consult bij een psychotherapeut kost tussen de € 50 en € 70 en wordt niet vergoed. Consulten bij openbare voorzieningen (zoals de CMP's) zijn gratis.

Grote behoefte aan vernieuwing

In de zoektocht naar goede buitenlandse praktijken vermeldt het boek van Leboyer en Llorca (2018) het degelijk uitgebouwde zorgaanbod voor mensen met autismespectrumstoornissen in België. Daarbij valt de enorme vertraging voor het stellen van deze diagnose in Frankrijk op: gemiddeld op de leeftijd van vijf en half jaar, terwijl dit bij voorkeur gebeurt voor de leeftijd van drie jaar. Dit heeft te maken met het schrijnende gebrek aan opleiding in de eerstelijns hulp en de inefficiënte organisatie van gespecialiseerde voorzieningen. Bovendien is er een onthutsende kloof tussen de feitelijke praktijk en recente wetenschappelijke inzichten. Hoewel de integratie van kinderen met autisme in de thuis- en schoolomgeving wettelijk verplicht is sinds 2005, wordt hier nauwelijks gehoor aan gegeven. Frankrijk ontving hierover recent verschillende negatieve rapporten van de Verenigde Naties en werd in 2003 en 2013 door de Europese Raad veroordeeld voor schending van de rechten van het kind. In 2016 werden in Frankrijk ouders van kinderen met autisme veroordeeld wegens schuldig verzuim, nadat ze de plaatsing van hun kinderen in een aangepaste voorziening hadden geweigerd. In de motivering voor deze veroordeling werd verwezen naar de moeder die aan de basis zou liggen van de stoornissen van de kinderen. Ook in de klinische praktijk wordt soms nog gewerkt vanuit verouderde theorieën. Een ontstellend voorbeeld hiervan is de toepassing van de 'packing'-techniek bij ernstige vormen van autisme: om automutilatie te voorkomen en ontspanning te bevorderen, worden kinderen ingepakt met koude, natte doeken. In 2016 hielden enkele kinderpsychiaters een pleidooi voor deze methode, wat aanleiding gaf tot een heftige controverse met enkele ouderorganisaties. Toen de staatssecretaris vervolgens een formeel verbod instelde, werd ze door opinieartikels in kranten en vaktijdschriften teruggefloten.⁶ Het opvallendste was een scherpe open brief van professor David Cohen (afdelingshoofd van een kinderpsychiatrische afdeling in Parijs) in het tijdschrift *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, gericht aan de Franse president. In de loop van 2017 werd een uitgebreide beraadslaging georganiseerd waaraan in de media veel aandacht werd besteed en

die op 5 april 2018 uitmondde in de lancering door president Macron van een ambitieus nationaal autismeplan.⁷

Het slothoofdstuk van het boek beschrijft 25 verbeterpunten. Ze zijn te herleiden tot zes dimensies: 1) preventie door meer informatie en destigmatisering; 2) vroegdetectie verbeteren; 3) kwalitatieve zorg op maat; 4) herstelvisie implementeren; 5) opleiding voor alle betrokkenen; 6) wetenschappelijk onderzoek versterken. Naar analogie van het ‘kankerplan’ in de jaren 1990 eist men een strategisch plan voor een grondige hervorming van het ggz-aanbod, die centraal wordt aangestuurd door een agentschap met gedelegeerde bevoegdheden vanuit verschillende ministeries. Het doet denken aan de manier waarop in België vooruitgang werd geboekt met de taskforces en de interministeriële verklaringen.

Lessen uit de Franse psychiatrie?

De historische voorsprong van de Franse psychiatrie met haar baanbrekende ideeën in de negentiende en twintigste eeuw is sinds het begin van deze eeuw weggeteerd door veranderde structuren en vastgeroeste patronen. Dat de psychiatrie werd verwaarloosd, constateert ook de huidige minister van gezondheid Agnès Buzyn in een interview met *Le Monde*: “*En psychiatrie, il y a le pire et le meilleur.*”⁸

De verdiensten van het boek zijn de goed gedocumenteerde beschrijving van de sterke en zwakke punten van het huidige zorgaanbod, de verwijzingen naar recent wetenschappelijk onderzoek, de integratie van standpunten van patiënten- en familieorganisaties en de illustratie met enkele relevante getuigenissen en casussen. Tevens worden enkele interessante ‘goede praktijken’ beschreven (zoals de eerste ervaringen met mobiele teams, de ‘Housing First’-methodiek voor re-integratie van daklozen en e-mental health), waarbij moet worden opgemerkt dat deze pilotprojecten zich al te vaak beperken tot lokale initiatieven die niet structureel geïmplementeerd raken.

Het lijkt me geen toeval dat pas in de epiloog de herstelvisie (‘rétablissement’) in al haar dimensies als toekomstdroom wordt toegelicht en dat pas nu het woord gebruikers (‘usagers’) valt, terwijl in heel dit boek over patiënten werd gesproken. Het illustreert de worsteling van de Franse psychiatrie met het klassieke psychiatriemodel, waar het moeilijk van loskomt. Het diepgewortelde, maar voorbijgestreefde ziekte- en disfunctiedenken wordt versterkt door de centrale posities van de psychiater en van het psychiatrische ziekenhuis in de zorgorganisatie. Als er desondanks toch verandering komt, is dat vooral door de toenemende maatschappelijke druk van patiënten- en familieorganisaties tezamen met enkele geëngageerde zorgverleners.

Hoopvol is dat men – mede onder invloed van de Wereldgezondheidsorganisatie – vanaf 2012 in Lille begon te experimenteren met een opleiding voor en het inzetten van ervaringsdeskundigen. Einde 2017 resulteerde dit in de eerste universitaire opleiding voor ervaringsdeskundigen in Parijs. Ondertussen kunnen ervaringsdeskundigen deel uitmaken van het vaste personeelsbestand van ziekenhuizen met een ‘adjunct-administratief’ statuut. Daarmee sluiten de Fransen aan bij de onomkeerbare internationale ontwikkeling waarin ervaringsdeskundigen stilaan een volwaardige plaats krijgen in het zorgaanbod (Farkas & Boevink, 2018).

De ontvoogding van de klinische psychologie ten opzichte van de geneeskunde verloopt in Frankrijk even moeizaam als in België. De gelijkenissen in de evolutie naar meer maatschappelijke erkenning en van de uitvoeringsbepalingen voor de terugbetaling van consulten (bijvoorbeeld de gehanteerde indicaties en tarieven) zijn verrassend. Ook in Frankrijk zijn er nog te weinig klinisch psychologen die beleidsfuncties vervullen die echt impact hebben op de noodzakelijke vernieuwingen in de ggz, die veel verder gaan dan een hervorming van de psychiatrie. In die zin ben ik, samen met enkele Franse collega’s, pleitbezorger voor het professioneel doctoraat in de psychologie (Cools, 2011), dat daarvoor een stevigere basis kan bieden.

Ook in Frankrijk is de psychotherapie uiteindelijk wettelijk erkend als een specialisatie van psychiaters en klinisch psychologen en valt de psychoanalytische kuur buiten de gezondheidszorg. Het terrein van de psychotherapie lijkt er overzichtelijker door de verplichte registratie (die in België nog steeds niet bestaat). Toch blijven gebruikersorganisaties ook in Frankrijk klagen over het gebrek aan transparantie en de moeizame zoektocht naar een geschikte psychotherapeut.

De belangrijkste les uit de Franse psychiatrie lijkt me dat vernieuwingen in de ggz er niet vanzelf komen en ook niet door te wachten op initiatieven van de overheid. Echte vooruitgang wordt geboekt wanneer burgers beseffen dat een meer humane bejegening van mensen met psychische problemen mogelijk is en zich daarvoor inzetten. Dat kan door buiten de klinische settings, in de alledaagse omgeving van school, werk en vrije tijd, ruimte te maken voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Vaak zijn moedige patiënten- en familieorganisaties, samen met enkele progressieve zorgverleners, de motor van deze vernieuwing en slagen ze erin politici onder druk te zetten om de nodige verantwoordelijkheid op zich te nemen.

Geestelijke gezondheid(szorg) is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de gehele gemeenschap en niet alleen van zorgprofessionals of zorgorganisaties. Maar zonder het doorbreken van de diep gewortelde stigmatisering en discriminatie blijft er onvoldoende

bereidheid tot extra investeringen En het vergt politieke moed om historisch opgebouwde structuren te wijzigen en geografische ongelijkheden in het zorgaanbod te corrigeren op basis van een meer hedendaagse visie en planning. Zowel België als Frankrijk slagen daar onvoldoende in, hoewel ze beide voldoende groeipotentieel hebben op voorwaarde dat de ziekenhuiscapaciteit verder wordt hervormd en er extra investeringen plaatsvinden.

Wat we niet moeten overnemen van Frankrijk, is het met overheidssteun creëren van dure, elitaire private psychiatrische klinieken. Deze trend naar commercialisering is nog sterker in de Angelsaksische landen en vormt een bedreiging voor de ggz. De herstelvisie daarentegen is een goede internationale inspiratiebron voor een meer gemeenschapsgerichte ggz, die ook oog heeft voor sociaal-economisch zwakkere mensen met een psychische kwetsbaarheid. De ontwikkeling naar netwerkstructuren stemt hoopvol, omdat ze het maatschappelijke draagvlak voor de ggz vergroot. Maar het gaat allemaal traag, vergt veel overleg en leergeld.

In Vlaanderen staat 'leven als God in Frankrijk' voor het leiden van een gemakkelijk, onbezorgd leven. De Fransen kennen deze uitdrukking niet. En in sommige delen van Nederland en Duitsland heeft ze de tegenovergestelde betekenis, namelijk: slecht ontvangen en niet geduld worden. Dit laatste zou zijn oorsprong vinden in de Franse Revolutie toen godsdienst officieel werd verboden en God als het ware werd uitgestoten in Frankrijk.⁹ Het lijkt erop dat Fransen met ernstige psychische problemen vooral dit laatste soort goddelijke leven leiden.

Noten

Alle hieronder vermelde websites werden voor het laatst geraadpleegd op 30 december 2018.

1. <https://www.rtl.be/info/magazine/science-nature/psychiatrie-situation-indigne-au-chu-de-saint-etienne-alerte-adeline-hazan-1000196.aspx>
2. https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/06/12/la-psychiatrie-publique-est-devenue-un-enfer_5313233_3232.html
3. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/
4. <http://psychologie.psyblogs.net/2011/12/psychologue-clinicien-de-la-fac-la-vie.html>
5. <https://la-parenthese-psy.com/actu/pass-sante-jeunes/>
<https://la-parenthese-psy.com/actu/le-remboursement-des-consultations-chez-le-psy-pour-les-adultes/>
<https://la-parenthese-psy.com/infos-pratiques/combien-coute-une-consultation-chez-un-psy-en-liberal/>
6. https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/06/17/autisme-une-circulaire-encadrant-le-packing-cristallise-les-passions_4952900_1651302.html
 Contra: <https://www.youtube.com/watch?v=4ghYPnXiETQ>
 Pro: <https://www.youtube.com/watch?v=65a40lCC-sk>
 De open brief van David Cohen: <http://sfpeada.fr/edito-revue-neuropsy-2016/>
7. <https://informations.handicap.fr/a-mesures-plan-autisme-10738.php>

8. https://www.lemonde.fr/politique/article/2018/01/26/agnes-buzyn-il-faut-preserver-les-moyens-de-la-psychiatrie_5247385_823448.html
9. <http://www.dbnl.org>

Literatuur

- Cools, B. (2011). (G)een toekomst voor de klinisch psycholoog?! *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41, 9-22.
- Cools, B. (2017). Gedwongen opname: pleidooi voor alternatieven en grondige wetswijziging. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47(3), 33-39.
- Farkas, M., & Boevink, W. (2018). Peer delivered services in mental health care in 2018: Infancy or adolescence? *World Psychiatry*, 17, 222-223. doi:10.1002/wps.20530
- Halley, C., & Chiarelli, C. (2014). Le psychologue clinicien et sa formation: d'hier à aujourd'hui. *L'information psychiatrique*, 90, 867-870. doi:10.1684/ipe.2014.1280
- Leboyer, M., & Llorca, P.M. (2018). *Psychiatrie: l'état d'urgence*. Paris, France: Fayard.

Personalia

Bob Cools, klinisch psycholoog-psychoanalytisch therapeut, directeur Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont in de regio Mechelen-Rupelstreek, docent geestelijke gezondheidszorg aan de Odisee Hogeschool te Brussel.

E-mail: bob.cools@cggdepont.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.