

QUESTIONS ET REACTIONS DE LA CNE AU PROJET DE REFORME DE LA PSYCHIATRIE

Version 12/2010

Remarques générales :

1. La réforme ne devrait pas aboutir à une diminution de lits en hôpital psychiatrique telle que cela rendrait les hospitalisations difficiles à réaliser ou impossibles.

La réforme prévoit en effet une transformation d'une partie de l'offre résidentielle en une approche communautaire. Ceci a pour but de mieux cibler la demande en hospitalisation et dès lors d'y apporter une réponse plus adéquate et notamment d'ouvrir la disponibilité au public pour lequel une hospitalisation s'avère nécessaire et de permettre aux personnes d'être suivies au départ de leur espace de vie quand cela est possible. En permettant une offre de soins différenciée, il est possible d'offrir des soins sur mesure au patient.

La réforme intègre une fonction d'intensification des soins résidentiels (fonction 4) dans la conception du réseau pour faire face aux demandes d'hospitalisations lorsqu'elles sont indispensables.

2. Pourquoi ne pas donner plus de moyens aux SSM (Services de Santé Mentale) dans le but d'améliorer la liaison ?

Le concept de la réforme qui est proposé n'a pas pour objet d'augmenter les moyens financiers des différentes ressources existantes mais plutôt de les utiliser de façon optimale par des pratiques de réseau structurées et formalisées. La complémentarité de ces ressources devrait le permettre.

N.B. : Slides de l'information nationale du 21 mai 2010 :

« Communauté flamande :

Jusqu'à 10% du budget des services de soins de santé mentale pourront être affectés à la mise en oeuvre des circuits de soins et des réseaux de soins (cf. Décret du 18 mai 1999 relatif aux soins de santé mentale, art. 33, § 1') »

« En terme d'initiatives, la Région Wallonne, renforce la collaboration entre les secteurs concernés au travers du décret du 3 avril 2009 relatif aux services de santé mentale, qu'elle a exécuté depuis le 1er janvier 2010.

En effet, le décret crée la fonction de direction administrative et lui attribue, notamment, la responsabilité de veiller à l'exécution du projet de service en santé mentale. Dans ce cadre, il lui appartient d'assurer la concertation institutionnelle. L'arrêté, qui précise cette concertation, impose aux services de santé mentale de conclure, prioritairement, une convention avec différentes institutions dont un hôpital psychiatrique ou un hôpital général organisant un service de psychiatrie. Cette obligation est nouvelle.

La fonction de liaison qui est instaurée constitue un autre élément central du décret.

Elle est désignée au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour chaque usager dont la situation complexe, le requiert. Le professionnel qui l'assure pour chaque usager visé, sera son référent au fil du parcours dans le réseau de soins ou d'aide. Il centre son action sur les besoins de l'utilisateur, coordonne les interventions, garantit les décisions prises et soutient l'ensemble du personnel dans la démarche. Il inscrit son action dans le cadre institutionnel négocié par la direction administrative et contribue à le développer. Cette fonction de liaison ne peut faire l'impasse d'un rapprochement entre l'ambulatoire et le résidentiel (hospitalier ou non).

L'incitant à cette collaboration entre l'intra-muros et l'extra-muros est donc intégré au sein même du décret qui est entré en vigueur au 1er janvier 2010. »

« Communauté germanophone :

En dépit de l'offre limitée de psychiatrie résidentielle, il sera examiné dans quelle mesure une coopération avec les structures de la Région Wallonne peut être envisagée. »

« La Région Bruxelloise, région entièrement urbanisée, se caractérise par l'existence de nombreuses collaborations dites informelles (non formellement agréées) entre le secteur ambulatoire et résidentiel et avec une approche multidisciplinaire et transsectorielle. Les autorités bruxelloises souscrivent au principe du maintien des patients dans leur milieu habituel de vie et le travail en coordination avec le réseau sanitaire, psychosocial et scolaire. Ils s'engagent en concertation avec le secteur à soutenir et accompagner les projets qui pourraient s'inscrire dans l'article 107. »

3. Risque possible d'instrumentalisation des SSM par les hôpitaux.

Tout a été mis en œuvre pour éviter une dérive possible. En effet, la construction du travail en réseau telle que nous l'avons initiée :

- en définissant tout d'abord les fonctions

et

- aussi vers quelles fonctions le « transfert » des moyens des hôpitaux est possible

→ a pour but de permettre à chaque ressource de trouver sa place et d'inscrire son expertise en tant que partenaires à part entière. Les régions sont donc particulièrement attentives à permettre aux Services de Santé Mentale de jouer un rôle au même titre que les autres partenaires inscrits dans la réforme.

Il faut également préciser que le choix du coordinateur d'un réseau est réalisé par l'ensemble des partenaires en ce compris les partenaires du secteur des Services de Santé Mentale.

Les partenaires du réseau concluront, sur la base du principe d'égalité, une convention de réseau dans laquelle des accords sont passés en ce qui concerne le rôle de chacun et la complémentarité de chaque partenaire.

La Wallonie a soutenu la nécessaire co-construction des projets et soutient dorénavant la co-implémentation de ceux-ci pour qu'il y ait une réelle collaboration au-delà d'une simple convention cherchant ainsi à réduire le risque d'instrumentalisation.

4. Risque que les patients en difficulté ne se retrouvent, in fine, à la charge de leur famille.

Voir question n° 5.

5. Le risque que cette réforme aboutisse en fin de compte à ce que ce soient les familles et l'entourage qui supportent, in fine, les patients en difficulté. Ainsi, si l'on relit les dias relatives au « traitement continu par lien assertif », à quels patients s'adresse-t-il ?

Nous citons (D 30) : « Caractéristiques du groupe cible : pour les problèmes persistants et graves, pour les personnes qui ont des antécédents d'admissions répétées (plusieurs hospitalisations ou traitements intensifs à domicile au cours des 2 dernières années) ; conformité aux critères : échec dans le suivi d'un traitement, antécédents de violence ou de délit, risque d'automutilation, absence de réaction au traitement, abus de produits de longue durée, admission forcée ».

Que leur propose-t-on ? « un programme basé sur : la structuration de la journée, l'autonomie résidentielle, le développement du réseau social, les loisirs, la culture, la gestion du budget, le logement, le soutien au travail, à l'emploi. »

Ainsi les risques de passage à l'acte auto ou hétéro-agressifs seront supportés par l'entourage, le refus de traitement et l'éventuel abus de substance également.

Si les buts sont de sortir les patients psychiatriques des hôpitaux, de diminuer la durée de séjour et la mise en place de réseaux de soins entre hôpitaux – IHP – SSM, nous sommes tous d'accord pour dire que fondamentalement la réforme prévue est intéressante et comporte des aspects positifs mais nous souhaitons mettre en avant nos craintes, le risque de dérives sur le terrain.

Cette remarque est tout à fait pertinente. La réforme prend bien sûr en considération le bien être et la qualité de vie des patients mais également une attention particulière doit être donnée à la famille et à l'entourage.

La famille et l'entourage doivent être impliqués quand c'est souhaitable dans le processus global de prise en charge. Les équipes mobiles devront veiller à « équilibrer » leur programme. Le projet vise la 'réintégration' du patient dans la vie sociale. C'est pourquoi il est important de traiter le patient dans son contexte de vie concret. La notion de «ré intégration » est à nuancer : il s'agit bien plus souvent d'intégration, ce qui est une dimension encore toute autre et bien plus complexe. Ces patients ont, en effet, un parcours de soins et de vie qui les a exclu dès le départ et n'ont pas connu l'intégration.

Ce type de prise en charge est en effet nouveau pour beaucoup de professionnels. Il est prévu un programme de formations continu et intensif qui concernera l'ensemble des intervenants.

Une attention particulière sera donnée à la formation des futures équipes mobiles. Rappelons que la formation constitue une priorité dans la réforme. Des moyens considérables sont mis en œuvre pour assurer une formation de qualité avec :

- l'apport d'équipes scientifiques ;
- l'apport d'experts européens ;
- l'apport d'expertises locales (bonnes pratiques) ;

Un coordinateur a été désigné pour planifier, organiser ce programme de formations

global qui est construit sous forme de modules s'adressant à la fois à l'ensemble des acteurs et parfois sont plus ciblés (par exemple vers les coordinateurs de réseau ou encore vers les futures équipes mobiles).

Notons également la participation des usagers et familles en tant que partenaires effectifs dans la phase exploratoire et les recommandations qualitatives qu'ils peuvent donner concernant l'évolution de la réforme.

La pratique consistant à inclure la famille et l'entourage est courante dans le travail de l'ambulatoire mais nettement moins dans celui de l'hospitalier. C'est justement ce partage des compétences de chacun autour d'une même problématique qui peut faire la force de ces nouveaux projets.

Dia 1 à 9 :

Reste-t-il possible pour un patient de se faire soigner dans la structure de son choix ? Autrement dit, garde-t-il le choix entre des soins ambulatoires et une hospitalisation ?

Le nouveau modèle de santé mentale demande aux institutions de fonctionner sur base de modèles intégrés de dispensation de soins par zones géographiques déterminées (250.000 habitants ?).

Sur quel(s) critère(s) sont établies ces zones géographiques ?

Y-a-t-il possibilité de changement de zone pour le patient ? Les zones évolueront-elles ? Obligera-t-on les institutions à se regrouper.

La notion du libre choix du patient est, comme indiqué dans le guide, un élément de base. Il s'agit d'un droit du patient. Il convient évidemment de vérifier en concertation avec les prestataires de soins et le patient quelle est la meilleure possibilité de traitement pour lui.

Les zones géographiques ne sont pas préétablies. Les « promoteurs de projet » ont eux-mêmes dans leur dossier de candidature déterminé une zone qu'ils considèrent comme réaliste dans la phase exploratoire. Il est par contre essentiel que sur cette zone se retrouvent les cinq fonctions. La phase exploratoire et la recherche qui y sont liées devraient nous permettre de comparer les différents projets et peut-être, par la suite, d'avoir des indicateurs qui permettent de donner des éléments de réponses à la question de l'importance des zones géographiques (par superficie ? par nombre d'habitants ? zone urbaine ? zone rurale ? ...).

La mise en œuvre d'une phase exploratoire vise à tester le modèle en ce compris ses limites éventuelles : ainsi l'obligation de regroupement n'est pas un objectif a priori. L'évolution du secteur se fera au fil des conclusions des travaux et en concertation avec les acteurs.

D 7 :

Nous refusons le risque de la standardisation thérapeutique que comportent la notion de circuit de soins et de type d'approche thérapeutique en fonction d'une pathologie ou d'un groupe cible car cela représente un appauvrissement de l'offre de soins, et une perte de liberté de choix thérapeutique pour le patient.

Vous constaterez que le modèle que nous préconisons est construit sur une offre de services globale avec une offre différenciée. Il n'y a donc pas de trajectoires préétablies en fonction des pathologies ou d'un groupe cible particulier. C'est tout le

contraire, à savoir l'utilisation des ressources en fonction des besoins de la personne et l'élaboration d'un programme de prise en charge, d'une trajectoire, en fonction de l'évolution de la personne. Le projet vise des soins sur mesure pour le patient. C'est une approche individualisée...

D 10 :

Fonctions clés : le nouveau projet semble mettre de côté le travail important de prévention qui doit se faire en amont de l'hospitalisation (détection précoce, dépistage, ...)

Attention au but informel de la réforme : Economie budgétaire !!!

Constat : le politique réforme l'aval et oublie l'amont, c'est-à-dire, la prévention.

On constate que les ressources que l'on retrouve dans la fonction 1 ont comme missions « activités en matière de prévention et de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et établissement du diagnostic ». Notons également qu'il sera nécessaire d'assurer des liens étroits et structurés avec la première ligne des soins réguliers (médecins généralistes, soins à domicile, coordination de soins à domicile, maisons médicales, ...).

Plus le travail de réseau et de coordination sera organisé et opérationnel, plus le travail de détection précoce sera effectif et plus les réponses seront également données par une prise en charge précoce.

La réforme n'est pas construite avec une finalité d'économie budgétaire mais bien dans l'optique d'une mise en place d'une nouvelle offre de soins basée sur l'optimisation des ressources par l'approche de travail en réseau.

D 10 – 13 :

Dérogations sur l'utilisation des moyens financiers ?

3 gros hôpitaux sont choisis pour les projets thérapeutiques. Mais ce sont des hôpitaux avec gros moyens.

Des ressources pourront s'ajouter au BMF – Pour quels hôpitaux ?

Comme nous l'avons déjà fait observer précédemment, il ne s'agit pas d'économies mais d'une réallocation de moyens, de manière à permettre une offre plus différenciée et à offrir des soins sur mesure au patient.

Des moyens supplémentaires sont mis à disposition, le montant maximum étant de 500.000 euros par projet. D'une part, ces moyens doivent permettre de payer un coordinateur de réseau qui doit contribuer à constituer le réseau et qui doit permettre le bon fonctionnement du réseau. D'autre part, des moyens seront également mis à disposition pour recruter du personnel disposant d'une qualification adaptée aux nouvelles équipes qui sont créées. Les moyens supplémentaires serviront bien sur aussi à contribuer à couvrir les frais de fonctionnement propres aux nouvelles méthodes.

Par ailleurs, des moyens supplémentaires ont également été inscrits au budget 2011 pour créer la fonction de revalidation là où elle est encore inexistante aujourd'hui. Ces moyens permettront, bien entendu, de procéder à des recrutements supplémentaires pour concrétiser la fonction de revalidation.

D 12 :

(en lien avec la dia 7) Comment seront définis les circuits et programmes de

soins ?

Il est renvoyé à la réponse précédente, à savoir que les circuits et programmes de soins ne sont pas construits en fonction de publics cibles ou pathologies.

On pourrait illustrer par cette réponse : quelque soit la porte d'entrée d'une personne dans le réseau, une réponse adaptée à ses besoins lui sera proposée ; « les bonnes ressources au bon moment pour la bonne personne ».

La trajectoire se construira ainsi en fonction de l'évolution du patient/usager, ajoutant ou retirant une ou des ressources sur base d'un programme individualisé évolutif construit de façon longitudinale. Le suivi de ce programme sera assuré, si nécessaire, par le référent de soins (voir question D28).

La mise en oeuvre de l'article 107 offre la possibilité d'expérimenter et, donc, d'acquérir de l'expérience. À terme, il devrait en découler la mise en oeuvre de l'article 11 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins. C'est seulement à ce moment-là que les programmes de soins seront définis. Ils seront élaborés en fonction du soutien scientifique qui sera donné au projet et de l'expérience acquise.

D 13 :

Craintes :

→ *Le peu de moyens octroyés aux SSM pourraient « glisser » vers les hôpitaux par la création de structures santé mentale apparentées.*

→ *Mise en place d'une concurrence (ou instrumentalisation) entre les structures mises en place par les hôpitaux et celles déjà existantes.*

→ *Quid par rapport aux risques d'application des 24h/24h ? (sécurité des intervenants et distances géographiques trop importantes).*

Les deux premières remarques ont été abordées au point n° 3.

Concernant le 24h/24h, il est évident qu'il faut prendre en considération l'importance de structurer le réseau pour assurer cette disponibilité.

Dans certains projets qui ont été déposés, on voit clairement qu'une réflexion importante et prometteuse a été menée par les promoteurs pour répondre à cette exigence.

Rappelons également, si nécessaire, qu'il n'est pas question de mettre en difficulté ou en danger les patients et/ou les professionnels par cette nouvelle approche.

Il est aussi important de préciser qu'il ne s'agit pas de prendre en considération « l'urgence » mais bien « la crise ». Ce sont des situations différentes, nous avons abordé cette question à de nombreuses reprises. L'urgence reste l'urgence et sera prise en charge par les services d'urgences.

On a vu dans certains projets, la construction du partenariat basée sur une définition précise des rôles et missions des équipes mobiles et des services d'urgences (psychiatriques) pour répondre adéquatement et en complémentarité aux différentes situations qui se présentent.

L'expérience acquise dans le cadre des projets article 107 montrera quelle doit être l'ampleur des zones géographiques pour pouvoir offrir des soins efficaces au patient et ce, non seulement dans l'intérêt du patient mais aussi dans l'intérêt du prestataire de soins lui-même qui doit en effet pouvoir exercer sa profession de manière sûre et confortable.

D 14 – 19 :

*But évident : diminuer le nombre de lits « T »
Les mesures seront appliquées différemment selon les régions
(Bruxelles/communauté flamande/communauté germanophone/Wallonie).*

Comme nous l'avons déjà indiqué ci-dessus, le projet vise une réallocation des moyens. Il ne s'agit pas nécessairement de lits T. Il faut examiner projet par projet quels moyens il est préférable de réaffecter pour créer une offre différenciée et globale de possibilités de soins.

Tous les projets doivent créer les différentes fonctions. Mais cela ne signifie pas qu'il ne peut pas y avoir de différences entre projets. Prenons un exemple : une grande zone urbaine peut nécessiter une approche différente d'une zone plus rurale. Une étude permettra de vérifier quelle est la meilleure approche pour l'avenir. Il sera veillé à ce que les différents projets soient exécutés de manière professionnelle. Cela suppose notamment que la qualité des soins et de l'organisation soit contrôlée. Il faudra appliquer des méthodes de travail suffisamment réfléchies.

D'où l'intérêt de la formation et du soutien scientifique sur toute la durée du projet. Des audits seront organisés au travers de visites de contrôle sur place ; durant ces audits, des contacts seront établis avec les administrateurs, mais aussi avec les prestataires de soins et les patients pour prendre le pouls sur le terrain et, si nécessaire, amener à apporter des modifications, globalement mais aussi dans les différents réseaux de soins/établissements si nécessaire.

D 19 - 25 :

N'y a-t-il pas de risque que les patients dérivent trop facilement vers les milieux généraux ?

*Risque de mise en observation importante pour certaines pathologies
(Korsakoff, Alzheimer, etc. ...).*

A Bruxelles risque important de délocalisation de lits.

Le concept de la réforme n'est pas neuf pour la Belgique mais d'autres pays ont déjà acquis de l'expérience depuis un certain temps au moyen de réformes similaires. C'est pourquoi des visites ont eu lieu en Grande-Bretagne, en France, aux Pays-Bas, en Suisse et au Canada. En outre, des experts étrangers ont été invités en Belgique pour donner des explications sur la manière dont ils ont mis les réformes en place à l'étranger. La tendance dans tous ces pays est de réorienter l'offre hospitalière pour permettre un meilleur ancrage social des soins.

Même si des réseaux de soins sont créés dans tout le pays, on ne peut pas affirmer que des lits sont délocalisés massivement aujourd'hui. Il s'agit d'une réforme progressive où de l'expérience sera acquise en cours de route. En fonction de cela, on pourra poursuivre la réforme.

Le concept consiste à créer cinq fonctions. L'approche adoptée n'est pas directement axée sur la pathologie. Nous partons plutôt de patients qui, vu leur situation de crise, nécessitent une intervention de courte durée et de patients qui, vu le caractère persistant de leur maladie, ont besoin de soins de plus longue durée. On conserve une fonction hospitalière importante qui est destinée aux patients pour qui il n'est pas possible d'organiser des soins adéquats à domicile mais qui, vu leur état, ont besoin de soins très intensifs.

À Bruxelles, il va de soi qu'il faudra tenir compte du caractère métropolitain mais, pour le reste, le cadre politique pour Bruxelles reste le même que pour d'autres régions. La réallocation et la délocalisation devront tenir compte des besoins spécifiques propres à Bruxelles mais, proportionnellement, elles ne seront pas plus grandes que dans d'autres régions du pays.

D 26 :

Renforcement du réseau ambulatoire : transfert entre différents réseaux et hôpitaux.

Pourquoi ne pas envisager des transferts dans les 2 sens ?

Il faut sortir des professionnels des services cliniques pour aller en ambulatoire.

L'utilisation de EMRI ne peut être envisagée dans ce cas pour remplacer les personnes qui vont en ambulatoire !

Durée de séjour limitée → patient sort souvent trop tôt du milieu hospitalier.

Actuellement système pour pallier à cet inconvénient : prévoit une date de ré-hospitalisation avec le patient (retour tous les x mois).

Avec le nouveau décret ce risque sera augmenté : sortir le patient dans une autre structure quelques mois puis retour à l'hôpital quelques mois ou semaines et ce de manière répétée.

Le risque de retrouver ce phénomène de « la porte tournante » peut exister s'il n'y a pas de reconstruction du réseau social autour de la personne au moment où l'on organise la prise en charge dans la communauté.

Il faut prendre en considération que la réforme que nous proposons est bien évidemment élaborée au départ du système de soins mais que, pour qu'il y ait des résultats probants au niveau des patients-usagers, il faudra aussi intégrer dans le dispositif, toutes les ressources d'aide et d'intégration sociale disponibles sur la zone géographique du projet.

C'est un élément important, prioritaire, qui a été mis en avant et pris en considération au moment de la sélection des projets.

Les formations qui ont été données jusqu'à ce jour ont considérablement insisté sur cette nécessité absolue de donner une place importante à l'insertion, qu'elle soit culturelle ou professionnelle. Il faut que les usagers-patients trouvent leur place en tant qu'acteurs dans la société. Ce lien vers l'insertion doit également être assuré notamment par les ressources que l'on trouve dans la fonction 3 (mais également dans la fonction 2B dans certains projets déposés), à savoir tout le dispositif en matière de réhabilitation psychosociale et socioprofessionnelle, liaison avec la collectivité, liaison avec la culture et les loisirs, liaison avec la formation et l'insertion professionnelle.

Il faut en effet faciliter la sortie du circuit de soins pour permettre l'intégration et l'inclusion au risque de voir les usagers « tourner » indéfiniment dans les ressources centrées uniquement sur le soin.

D 27 :

Zone géographique déterminée :

Risque de concurrence selon le type de clientèle ?

Déjà répondu.

Réseau ambulatoire coordonné

Risque de sélection selon la situation – l'hôpital ne pourra plus gérer ses hospitalisations.

La réponse se trouve dans la fonction 4, à savoir le renforcement de l'accueil au sein même de l'hôpital et la possibilité d'une évaluation pertinente qui permettra de donner une réponse adaptée.

Un patient peut être hospitalisé à Bruxelles venant d'une autre région → quid du suivi au retour au domicile ?

Il existe bien un risque de stigmatisation des patients inclus dans un système de réseaux qui ferait qu'ils ne puissent plus en sortir.

Il n'y a vraiment aucun problème à « gérer » une telle situation. Les réseaux constitués dans les zones géographiques ne sont pas « fermés ». A terme, la liaison entre différentes zones géographiques autour d'une situation telle que décrite ci-dessus ne devrait poser aucun problème puisque le programme de prise en charge de la personne serait tout simplement transféré vers le réseau organisé autour de son lieu de vie et serait ainsi poursuivi en toute cohérence.

Le fonctionnement en réseaux n'est pas du tout stigmatisant. La socialisation des soins cherche précisément à réintégrer le patient dans la vie sociale. Le réseau doit précisément soutenir ce processus. En ce sens, la constitution de réseaux doit faciliter la déstigmatisation et, par conséquent, la rendre possible.

D 28

L'urgence psychiatrique est limitée !! :

Lors de décompensation rapide au domicile, quel réseau sera appelé pour intervenir (infirmier(e), l'équipe de soins de l'hôpital, police, ...) ?

Qui évaluera que c'est une urgence psychiatrique ?

Quid de la sécurité des intervenants ?

Il y a-t-il suffisamment de psychiatre ?

Coordinateur pour chaque patient ?

Importance donnée aux nombres de réunions ?

Des structures existent déjà actuellement (Prisme, référent hospitalier)

Pourquoi ne pas les développer, les financer plus, plutôt que créer du nouveau ?

Diminuer les lits T → conséquences pour tout le personnel (soignants, tech. de surface, cuisine, ...) ?

Quelle prise en charge effective des urgences sur un territoire étendu ?

Dans un hôpital, les intervenants peuvent compter sur leurs collègues lorsqu'un patient est très agressif, quid à domicile ? Par ailleurs, un service d'urgence peut accueillir plusieurs urgences à la fois ; une équipe « volante » ne peut assumer plusieurs urgences : qui les assumera ?

On relève le nombre insuffisant de psychiatres.

Concernant la question de l'urgence psychiatrique :

Comme nous l'avons précisé auparavant, il faut absolument insister sur la différence entre la notion « d'urgence » et la notion « de crise ou aigue ou sub-aigue ». Rappelons que l'urgence reste l'urgence et doit être traitée comme auparavant. Il ne s'agit pas d'envoyer des équipes mobiles (telles que décrites dans la fonction 2) au domicile de personnes qui présentent des signes de dangerosité, de violence extrême et qui pourraient mettre en difficulté voire en danger les professionnels mais aussi les usagers eux-mêmes et leur entourage/famille.

Il faut donc garantir la sécurité de chacun et ce prioritairement.

Par contre, l'organisation efficace du travail en réseau, la liaison effective entre les intervenants de la 1^{ère} ligne (généralistes, soins à domicile, maisons médicales, pharmaciens, ...) et le « réseau » des soins spécialisés en santé mentale devrait à terme diminuer le nombre de situations « d'urgence » au domicile.

Pourquoi ?

C'est justement en intensifiant l'intervention précoce par l'apport des ressources de la fonction 1 et des équipes mobiles de la fonction 2 que les interventions pourront se réaliser avant que la situation ne devienne une situation d'urgence.

Si les intervenants de la 1^{ère} ligne et/ou la famille et/ou l'utilisateur lui-même connaissent l'offre de services du réseau spécialisé et sa diversité et si les procédures de liaison entre ces différents intervenants sont bien connues de tous, on peut considérer qu'un processus de prise en charge précoce et dès lors adapté sera mis en place en partenariat.

Ceci devrait permettre des interventions au bon moment, interventions d'équipes spécialisées, évitant peut-être la « dégradation » de la situation, évitant peut-être également le glissement de la « crise » vers « l'urgence ».

Bien sûr, la mise en place d'un tel fonctionnement nécessitera du temps.

C'est le travail préalable du coordinateur de réseau qui doit, avec ses partenaires de réseau des 5 fonctions, construire les procédures et développer les méthodologies.

C'est aussi le coordinateur de réseau qui aura à préciser et expliquer ces procédures et méthodologies aux autres partenaires, dans ce cas-ci la 1^{ère} ligne, afin de les utiliser dans la cohérence et la transparence.

Chaque situation sera dès lors considérée de façon individuelle.

Les procédures et méthodologies développées par le coordinateur et les partenaires doivent bien sûr également inclure les outils d'évaluation disponibles pour les différentes situations qui se présentent.

La notion de référent de soins (appelé dans la question de la CNE coordinateur du patient) est très importante.

Dans la construction du modèle que nous préconisons, il faut toujours rappeler les 2 niveaux indissociables du travail en réseau (voir guide).

Tout d'abord, l'importance de construire préalablement les procédures et les méthodologies, à savoir le plus petit commun dénominateur qui permettra de formaliser le travail en réseau.

Cette étape, comme nous l'avons décrite dans le guide, est importante. Elle est réalisée par le coordinateur de réseau et les garants de service.

Ces procédures et méthodologies sont validées par les responsables des différentes ressources du réseau.

Les procédures et méthodologies ne sont pas figées, elles évoluent, elles s'affinent en fonction de l'avancement du travail en réseau, de l'arrivée de nouveaux partenaires, de l'évolution de certaines situations.

C'est un travail permanent et qui doit être remis en question et évalué par le

coordinateur et les garants.

Mais il est indispensable pour que :

Les référents de soins ici appelés dans la question coordinateurs de patients, puissent utiliser ces procédures en toute transparence au bénéfice du patient/usager. Le référent de soins devient la personne qui va assurer le suivi du programme global de prise en charge et ceci de façon longitudinale.

C'est ce référent de soins qui va « coordonner » le programme et qui va dès lors organiser les « concertations » avec le patient/usager et les ressources impliquées dans le programme du patient/usager.

Cette pratique est tout à fait basée sur une notion d'individualisation des programmes, ainsi le nombre de concertations dépendra du programme individuel de l'usager/patient.

Comme signalé dans la question, de telles pratiques sont déjà organisées localement.

A ce sujet, il a été rappelé à de nombreuses reprises qu'il ne s'agit pas d'imposer un modèle mais bien de décrire un cadre global et d'utiliser voire optimiser les bonnes pratiques déjà éprouvées sur le terrain par les acteurs eux-mêmes depuis parfois de nombreuses années (bottom up).

Rappelons également que le Fédéral et les entités fédérées se sont engagés à intégrer dans la réforme les différentes pratiques déjà mises en place par le passé et ainsi de considérer ces expériences comme une plus value.

Il n'est absolument pas certain que la réforme nécessite davantage de psychiatres. J'aimerais souligner que la Belgique dispose déjà à l'heure actuelle d'un nombre relativement élevé de psychiatres par rapport à d'autres pays.

Pourquoi avons-nous besoin de psychiatres dans le nouveau concept ?

Nous avons, d'une part, besoin de psychiatres qui, comme aujourd'hui, organiseront des consultations.

C'est déjà le cas aujourd'hui. Nous avons, d'autre part, besoin de psychiatres qui assument la direction et la coordination des soins eux-mêmes. Ici encore, c'est déjà le cas aujourd'hui. Enfin, il faudra des psychiatres qui accompagnent les équipes mobiles au domicile du patient. C'est évidemment nouveau, même si les psychiatres n'accompagneront pas toujours les équipes mobiles. Dans la plupart des cas, il s'agira de non-psychiatres. Le fonctionnement avec des équipes mobiles n'augmentera donc pas forcément les besoins de psychiatres.

Il importe d'articuler les interventions au chevet du patient ; à défaut, il existe un risque de concurrence entre les praticiens et pour le patient d'empiètement sur ses choix et la manière dont il souhaite rester acteur de ses soins.

Le principal aspect qui évolue est le contexte dans lequel les soins sont organisés, à savoir la différenciation du type d'établissements et la constitution de réseau. La recherche scientifique aura pour tâche de contribuer à donner corps au concept, d'en assurer le contrôle et, si nécessaire, de formuler des recommandations en vue d'une adaptation. La recherche devra également vérifier quels sont les besoins en termes d'établissements et de personnel. Des recommandations devront également être données à cet égard et la politique devra être corrigée si la nouvelle stratégie implique un besoin accru de psychiatres.

Sous la houlette du coordinateur porteur du projet, le réseau devra se constituer un outil d'évaluation des risques pour prévenir les incidents et savoir comment les traiter

lorsqu'ils se produisent afin de rassurer par des processus clairs les intervenants se rendant au domicile des patients. Il ne pourra pas faire l'impasse sur cet aspect, compte tenu de l'évolution du contexte de ces professionnels.

D 30 :

Le patient a-t-il le droit de refuser le traitement continu par lien assertif et choisir alors de se faire hospitaliser ?

Exiger la définition du « lien assertif » afin de clarifier

La liberté de choix du patient restera toujours entière. Il s'agit d'un droit du patient. Néanmoins, il faut informer suffisamment le patient pour lui permettre d'opérer le bon choix (consentement éclairé).

Les équipes liées au traitement de longue durée sont assertives dans le sens où elles n'attendent pas qu'une situation de crise se présente mais prennent, à intervalles réguliers, le pouls pour voir si tout est en ordre. Par exemple : si quelqu'un ne va pas à un rendez-vous chez son médecin traitant ou son psychiatre ou au travail, il sera contacté, ce qui ne se fait pas du tout aujourd'hui.

D 30 – 31 :

OK pour le cas par cas.

Possibilité d'étendre à un ensemble de lits « T » ?

La grande difficulté reste la gestion au domicile (patient seul, isolé, ...) ?

OK

D 33 – 34 :

Quid du week-end ?

Chaque « Réseau » doit organiser son offre de services pour assurer une disponibilité par une réponse adéquate à chaque situations 24h/24 et 7j/7.

Ceci veut dire que la réponse du week-end ne sera pas assurée par une seule équipe mais peut-être par une mise en commun de moyens complémentaires qui seront définis dans la construction du Réseau.

D 34

Quelle charge financière le patient devra-t-il assumer ?

???: dans le modèle, un patient pris en charge en dehors de l'hôpital est un patient « ambulat » et dès lors la charge financière est celle de tout patient « ambulat » (ticket modérateur, ...) ?????

C'est exact. Le patient qui est pris en charge par les équipes mobiles est considéré comme un patient ambulatoire susceptible de recourir à une série de services ou prestataires relevant des Communautés et Régions, lesquelles porteront une attention

toute particulière à l'impact de la réforme sur les services concernés et les patients.

D 36 - 39 :

Combien d'heure d'intervention intensive au domicile ?

Combien d'heure auprès du patient au domicile ?

Combien d'intervenants seront appelés sur place et pour quelle intervention ?

Nous basons notre concept sur une approche individualisée ce qui veut dire que l'intensité de l'intervention et l'expertise des intervenants dépendront de la situation qui se présente.

On peut espérer que dans le cadre de l'évolution des projets, l'évaluation des situations par les intervenants sera de plus en plus pertinente. Ceci permettra de définir plus rapidement l'expertise ou les expertises nécessaires en fonction des situations et de déterminer le temps des interventions.

Il faut également noter que l'intervention des équipes mobiles dans les situations de crise doit être limitée dans le temps. En effet, si une solution adaptée n'est pas trouvée, il faudra dès lors utiliser d'autres ressources.

Risque d'interventions avec des intervenants qui ne se connaissent pas ?

La construction du modèle que nous préconisons est basée sur une bonne connaissance des ressources et des professionnels.

On peut convenir que la formalisation du travail en réseau notamment par l'utilisation de la concertation permet aux professionnels de se rencontrer, de se connaître et dès lors de se faire confiance.

Plus cette culture de travail sera intégrée dans les équipes, plus cette connaissance réciproque des moyens mais aussi des limites des uns et des autres sera prise en considération.

Danger de devoir sortir des hôpitaux des patients dans des structures pirates ?

Le challenge est bien sûr d'éviter ces situations.

Des structures telles que les IHP ou encore les centres de revalidation devraient envisager une diversification de leur offre pour répondre à ces nouvelles situations.

La politique en matière de logement relève de la compétence des régions qui devront porter une attention toute particulière à l'intégration de ces publics dans le cadre communautaire.

Le patient a-t-il une réelle possibilité de choisir son intervenant ?

Oui, déjà répondu. Le patient reste libre de ses choix et doit continuer à accéder à toute l'offre de services susceptibles de l'accompagner, que cette offre fasse partie du réseau formel ou non.

Les services hospitaliers seront confrontés aux mises en observation ?

Quid de l'environnement sécurisé ?

Le séjour hospitalier sera réservé aux situations graves que les équipes mobiles ne peuvent pas prendre en charge. Il me semble évident que, dans de telles situations, une mise en observation puisse être indispensable.

Le fonctionnement des équipes dans des conditions dépourvues de danger constitue certainement un objectif important de la réforme. A l'heure actuelle, on collabore déjà de manière intensive avec l'Intérieur pour garantir la sécurité. Différentes initiatives ont déjà été prises : un manuel de l'Intérieur avec des recommandations en matière de protection, publication d'une revue qui traite de sujets d'actualité, organisation de conférences avec des interventions de spécialistes, etc.

Le SPF Santé publique (DG1) prépare actuellement un manuel concernant la gestion

de l'agressivité dans les soins de santé mentale. L'objectif est d'organiser la formation du personnel selon le principe « train the trainer ».

Quid de l'organisation de la coordination entre le réseau de services ?

Intervention pour patient qui ne prend pas son traitement, quid ?

Dans le cas d'urgence psychiatrique :

Quid de la sécurité des intervenants ?

Quid des hôpitaux généraux qui ne souhaitent pas ce type de patient ?

→ Pour les hôpitaux psychiatriques ?

Création d'équipe mobile d'urgence 24h/24h ?

Qui acceptera de rentrer dans une telle équipe mobile ?

Déjà répondu.

Il existe des services d'urgence psychiatrique dans des hôpitaux → double emploi ?

Pourquoi une équipe d'urgence 24h/24h au domicile ? La logique si urgence → hôpital

L'équipe d'urgence multidisciplinaire peut-elle amener le patient à l'hôpital plutôt que déplacer toute une équipe ?

Nous avons déjà également répondu à ces questions. Il faut insister sur le fait qu'il ne s'agit pas de créer des réseaux parallèles mais plutôt d'intégrer toutes les ressources existantes et leurs expertises dans la construction du Réseau.

Nous avons même précisé qu'il est indispensable de réaliser préalablement un inventaire des ressources déjà existantes sur le territoire.

L'esprit même de la réforme par la mise en commun des compétences fédérales, des régions et des communautés doit absolument éviter les doubles emplois. On parle de décroisement, de complémentarité, de partenariat, ...

Quid des patients éloignés des différentes structures ?

Avis du CNEH ?

Attention les normes d'agrément actuelles en lit « T » sont insuffisantes

La réforme telle qu'elle prend forme aujourd'hui repose intégralement sur des avis que le CNEH a donnés et ce, depuis plus de 10 ans.

D 38 :

Comment sera désigné le coordinateur de soins ? Qui sera son employeur ?

Qui définira ses missions, quelles seront ses compétences et responsabilités ?

Comment sera-t-il évalué ? De cela dépend l'autonomie respective des différentes structures engagées dans le processus.

La question fait référence au « coordinateur de réseau ».

On peut préparer une réponse aussi bien pour le coordinateur de réseau que pour le garant de service et le référent de soins, ceci sur base du guide.

→ Le coordinateur du réseau est choisi par l'ensemble des partenaires qui constituent le Réseau.

Son financement passe par le B4 des hôpitaux.

Un contrat spécifique sera établi entre l'hôpital et le coordinateur du réseau. Ce contrat, temps plein, reprend des éléments clairs qui définissent à la fois le profil

spécifique et les missions du coordinateur de réseau.

Dans ce contrat, il est également précisé les liens entre coordinateur fédéral et coordinateur du réseau. Il s'engage à s'inscrire dans le programme de coaching, à suivre les formations organisées par le SPF et à collaborer avec la recherche scientifique.

Des audits seront organisés pour évaluer le fonctionnement des projets. Les équipes scientifiques définiront des instruments pour l'évaluation des projets.

→ Le garant de service est choisi par son institution ou sa structure. Il reçoit un mandat clair de sa direction pour représenter son institution dans la construction du réseau, avec le coordinateur de réseau.

→ Le référent de soins : déjà défini plus haut.

Comment se régleront les désaccords entre les différents intervenants du système ?

L'autonomie méthodologique et thérapeutique sera-t-elle respectée ?

Autrement dit, les SSM conserveront-ils leur indépendance face aux hôpitaux si, par exemple, ils sont tenus de développer des projets de coordination avec eux mais n'ont pas la possibilité de maintenir leurs modes d'intervention ?

Il est préférable que ces questions soient débattues au sein même du réseau, en présence du coordinateur de réseau et des garants de service.

C'est là que l'on retrouve toute l'importance de la formalisation du travail en Réseau. Les procédures existent, elles sont écrites, elles ont été élaborées par le groupe de travail (coordinateur et garant). Elles ont été validées par les directions des institutions.

A tout moment, au départ d'une situation individuelle, les procédures peuvent être inadéquates, incomplètes et donc doivent être reconsidérées par le groupe de travail (coordinateur et garant).

C'est toute la richesse du travail en réseau et de sa formalisation, son caractère évolutif, avec la possibilité permanente d'affiner les procédures au vu de la réalité et des situations rencontrées sur le terrain. Attention : chaque fois qu'une procédure est adaptée ou changée, il faut que les directions valident à nouveau pour garder une cohérence permanente.

Nous évaluerons évidemment les projets au moyen de la recherche, mais aussi au travers des audits.

D 40 – 44 : Procédure

Supplément financement INAMI sur base de rapports multidisciplinaires en service « T » : ristourné à qui, médecin – hôpital ?

Le supplément sera payé après la conclusion d'un avenant à la convention B4 de base, compte tenu des fonctions que l'on crée et sur la base d'un justificatif des frais. Le paiement est effectué via l'hôpital avec lequel il y a une convention de base. On vérifie également s'il y a un coordinateur de réseau et une convention de réseau.

Suppression des lits :

Angleterre : 60 lits/60.000 hab.

Belgique : projet = 90 lits/100.000 hab. (actuellement 150 lits/100.000 hab.)

→ *Quid des structures extérieures peu suffisantes ?*

La question doit être posée dans le sens inverse : de combien de lits résidentiels avons-nous encore besoin dans une région de 100.000 habitants. Pour l'instant, nous ne pouvons nous tourner que vers des exemples à l'étranger. Par exemple, en France, on prévoit 10 lits pour 100.000 personnes. Il n'y a encore aucune image claire des différentes fonctions que l'on souhaite réaliser à terme dans l'ensemble du pays.

On peut se dire qu'il existe un rapport inverse entre la capacité résidentielle et ambulatoire. Au mieux est développée l'offre ambulatoire, au moins les hospitalisations seront nécessaires et inversement.

Les études scientifiques qui accompagnent le projet devront apporter une réponse à cette question.

*Risque d'envoyer plus vers les MR/MRS dont l'âge d'admission est 65 ans.
Quid des patients de moins de 65 ans avec grandes difficultés dans la gestion du quotidien ?*

Le séjour dans un hôpital ne peut pas compenser la demande d'un séjour résidentiel, si un traitement n'est plus nécessaire. Nous constatons aujourd'hui que c'est le cas tant pour les personnes âgées que pour d'autres groupes cibles dont les personnes handicapées. L'étude KCE sur le séjour dans des lits T l'a démontré.

Il n'y a donc pas de risque que ces patients soient orientés vers des établissements plus adaptés pour autant qu'une fonction de liaison claire soit établie dans ces structures et qu'un retour en hospitalisation soit possible si c'est nécessaire.

Pas toujours facile d'intégrer le patient psychiatrique dans la société – pas toujours accepté.

C'est tout à fait exact.

Il doit y avoir un travail colossal à réaliser vers la collectivité.

Rappelons que nous nous inscrivons dans une réforme qui est évolutive et qui va prendre beaucoup de temps.

C'est un changement de culture à la fois :

- pour les professionnels
- pour les usagers et les familles ;
- pour la collectivité
- pour les décideurs

C'est un mouvement qui doit inclure ensemble tous ces acteurs, ce qui veut dire que des actions devront être menées par chacun d'entre eux pour informer, rassurer, mettre en place des processus de non discrimination ...

L'importance des médias... !

L'importance du soutien politique... !

L'importance d'impliquer les autorités locales, les communes,... !

Parrainage : les normes ont été réduites (0.75 → 0.5 ETP) alors que des engagements ont été réalisés : → risque de licenciements.

Lits « T1 – T2 » : pas d'évolution dans le financement

FBI dans le B1

→ *Difficulté de négocier de nouveaux emplois.*

Dès que nous aurons un nouveau gouvernement, une plus grande flexibilité sera rendue possible dans l'application des normes pour pouvoir réaliser la réallocation. Néanmoins, les normes devront toujours être respectées pour l'ensemble de l'établissement. Le projet article 107 n'impliquera pas une réduction de l'emploi. Au contraire, grâce aux moyens complémentaires, des recrutements supplémentaires pourront avoir lieu. Il est toutefois possible que naisse un besoin d'autres qualifications, qui devront pouvoir s'accomplir au moyen de déplacements internes sans que des licenciements soient nécessaires. Un contrôle sera en effet effectué en ce qui concerne le nombre et les qualifications des membres du personnel dans les nouvelles fonctions à créer.

En conclusion,

Les seuls moyens d'éviter les dérives possibles d'une telle réforme, et de rencontrer le souci légitime du législateur d'augmenter les possibilités de soins en ambulatoire, c'est de s'assurer :

- 1) que les patients gardent le choix du traitement qui leur convient ; pour cela, il faut que des hospitalisations restent possibles quand le patient le demande.*
- 2) que les intervenants conservent leur liberté méthodologique et thérapeutique, et que la nouvelle structure garantisse qu'il ne s'agit pas de la mise sous tutelle des SSM par les hôpitaux.*
- 3) Qu'il y ait des garanties de conditions de travail des travailleurs.*

Remarque générale :

Les aspects éthiques et de médiation entre les patients et les soignants n'ont pas encore été abordés jusqu'à présent or, dans le cadre d'un travail de réseau et d'une transformation profonde des modèles de soins actuels et des structures, il importe de soutenir une démarche sur ces points (ex. charte). A défaut, le risque est grand de voir des professionnels se retrancher derrière le secret, leur éthique spécifique et les patients de ne pas trouver de réponse adaptée à leurs besoins et à leur demande.