

La réforme des soins de santé mentale en Belgique

- **Isabel MOENS**

Cabinet de la Vice Première-Ministre

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

En partenariat avec:

- **Kristel KARLER**

Cabinet de la Ministre de la Santé de l'Action sociale

et de l'Égalité des Chances de la Région wallonne

Mercredi 24 février 2010

2

Aperçu de l'exposé

1. Historique: réformes récentes.

2. Cadre politique des soins en Santé Mentale: points de départ, objectifs, fonctions clés, article 107, conférence interministérielle.

3. La réforme: innovation des soins

- Différentes équipes de soins
- Approche intégrée
- Assouplissement des normes d'agrément
- Honoraires
- Adaptation de la législation des habitations protégées et des MSP.

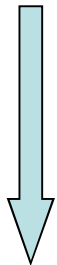
4. Encadrement de la réforme.

5. Déroulement de la procédure de réforme.

1. Historique: réformes récentes

2001: Approche non plus axée sur l'institution mais sur le patient dans son milieu de vie.
Projets « Activation » et « Soins psychiatriques à domicile », intégrés entre-temps dans la réglementation relative aux habitations protégées

2002: Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins en santé mentale (amendée en 2004): réseau et circuit de soins.
Articles 11 (9^{ter}) et 107 (97^{ter}) de la loi sur les hôpitaux.
Avis du CNEH concernant l'application de l'article 97ter (2005-2006)
Projets pilotes : ex. FORK, PTCA (→ lits IB), outreaching, internement.



2007: Projets thérapeutiques
Concertation transversale
Participation d'associations de patients et familles

Suite historique:

données spécifiques à la RW s'inscrivant dans une dynamique de complémentarité entre différents niveaux de pouvoir

-2009: projets pilotes « double diagnostic » → handicap mental et trouble du comportement (collaboration entre le SPF Santé Publique et la RW)

-2010: entrée en vigueur du décret relatif à l'agrément et au subventionnement des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subvention

2. Cadre politique: points de départ

- La voix du patient et celle de la famille doivent être entendues.
- L'organisation et le développement des Soins en Santé Mentale doivent se fonder sur les groupes de population reposant sur l'âge et les caractéristiques sociologiques.
- La liberté de choix du patient doit être garantie.
- La réforme se base sur le principe de subsidiarité : les soins doivent être dispensés de préférence de manière la plus proche possible du milieu de vie.
- La continuité des soins doit être assurée.

2. Cadre politique: Objectifs du nouveau modèle de Soins en Santé Mentale.

1. Mettre en place des soins sur mesure pour le patient et son entourage, dans un contexte de continuité des soins.
2. Mettre en place des formules de soins ambulatoires intensives et spécialisées, comme alternative à l'hospitalisation.
3. Promouvoir l'inclusion par la réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une collaboration indispensable avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social, ...
4. Intensifier les soins au sein des hôpitaux

2. Cadre politique: Objectifs du nouveau modèle de Soins en Santé Mentale

5. Élaborer une approche intégrée de toutes les formes de soins dispensées en matière de Soins en Santé Mentale, dans une zone d'activité déterminée, via la création de circuits et réseaux de soins.

6. Collaboration entre les divers secteurs concernés, dont les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice.

7. Consolider les différents projets pilotes, tant au niveau fédéral que des Communautés et Régions, dans le concept de globalisation des Soins en Santé Mentale.

Tardif

Caractéristiques des structures fédérales en santé mentale

SM résidentiels

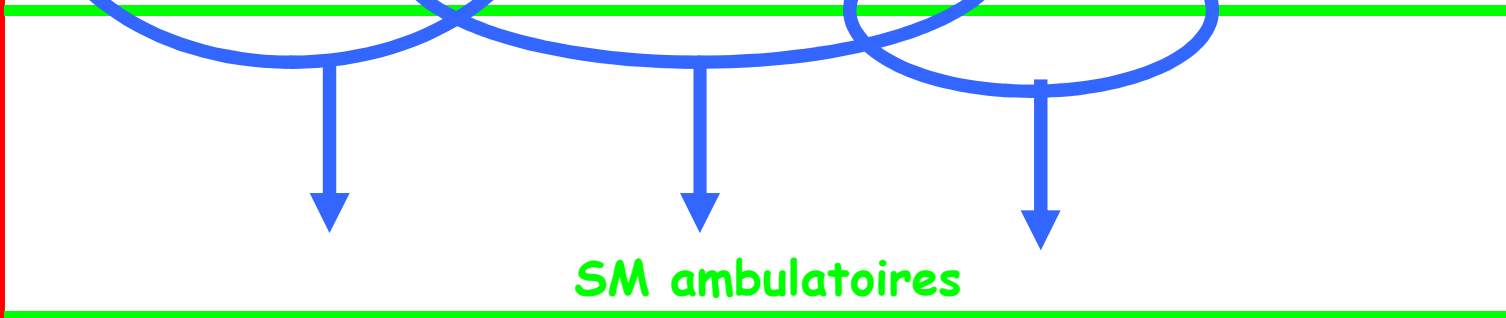
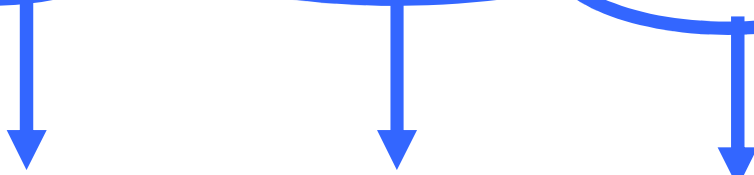
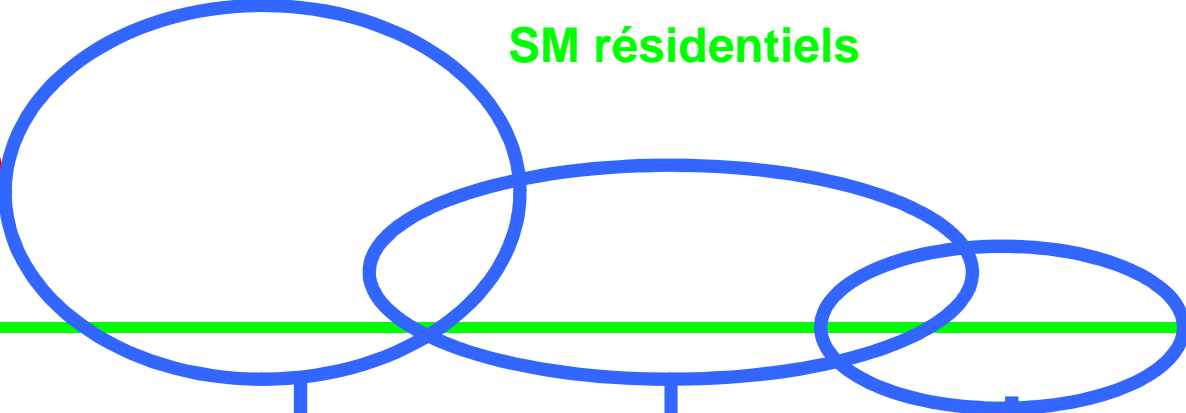
SM ambulatoires

Réintégration

Précoce


Cure

Care



9

Limites de l'organisation actuelle

Soins en Santé Mentale spécialisés liés au lit  peu de flexibilité dans l'organisation des soins en fonction du demandeur de soins (« balanced care » ou soins équilibrés)

Distribution purement administrative et pas de distinction selon l'intensité des soins ou les fonctions de soins (« quoi et comment »)

Accent principalement mis sur les notions de soins et de traitement (« cure » & « care »). Après le traitement, on va réorienter et encore trop peu intégrer.

Les personnes qui présentent un problème de santé mentale entrent tard en contact avec les structures de soins spécialisés. (« quand »)

Pas de filtrage au niveau des soins (« stepped care ») (« qui ») et aucune garantie quant à la continuité des soins.

2. Cadre politique: Fonctions clés

1. Activités en matière de prévention et de promotion des Soins en Santé Mentale, détection précoce, dépistage et établissement du diagnostic
2. Équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de Soins en Santé Mentale aigus que chroniques
3. Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale
4. Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de Soins en Santé Mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable
5. Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible

2. Cadre politique: Article 107 de la loi sur les hôpitaux et des autres formes de dispensation de soins

Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes

2. Cadre politique: Article 107 et 11 de la loi sur les hôpitaux et les autres formes de dispensation de soins

1. L'article 107 permet de réaffecter les ressources existantes en vue de créer de nouvelles structures.
2. L'article 107 offre un passage expérimental (min. 3 ans) dans le but de réaliser l'art. 11 (ancien art. 9ter).
3. L'article 11 vise à créer des **circuits de soins** comme un ensemble de **programmes de soins**, destinés à un **groupe cible** dans une **zone délimitée**, et **proposés** par des **réseaux de soins**.

2. Cadre politique: Article 107 de la loi sur les hôpitaux et les autres formes de dispensation de soins

L'AR du 19 septembre 2008 (pris en exécution de l'article 107, qui modifie l'arrêté de base relatif au financement des hôpitaux) permet aux hôpitaux psychiatriques de conclure une convention avec le Ministre de la Santé publique.

Ces conventions offrent la possibilité d'utiliser de manière plus flexible les moyens et les ressources humaines dans les hôpitaux psychiatriques dans le but d'une collaboration fonctionnelle transinstitutionnelle.

Ces conventions viseront dans un premier temps le groupe d'âge des adultes, et ce compris les adolescents.

Ce n'est pas une opération de reconversion classique accompagnée de règles de reconversion pour lits : il s'agit ici de réaffecter des moyens du BMF, auxquels viendront éventuellement s'ajouter d'autres ressources.

Préalablement à la conclusion de ces conventions, une circulaire ministérielle et un guide seront publiés et définiront le cadre des conventions.

Aperçu de la situation des lits (au 01/01/2010)

	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Lits A en Hôpital psychiatrique	4790	2914	1428	448
-Complets A	796	509	186	101
-Partiels A1	192	132	15	45
-Partiels A2				
Lits A en Hôpital général	2434	1300	854	280
-Complets A	261	130	91	40
-Partiels A1	2	2	/	/
-Partiels A2				
Lits T en Hôpital psychiatrique	5557	3371	1891	295
-Complets T	1158	1019	109	30
-Partiels T1	286	244	32	10
-Partiels T2				
Lits T en Hôpital général	90	/	90	/
-Complets T				
Places IHP	3899	2654	774	471
Places MSP	3286	2230	799	257
TOTAL	22751	14505	6269	1977
Proportion	100 %	63,75 %	27,55 %	8,70 %

Communiqué de presse University of Birmingham

“Community mental health in Birmingham is not only a different way of reorganising services in the community. It is above all an intensive way of giving people adequate services and help them finding new projects which make them confident and thankful for these new opportunities in life. This will be a great challenge in the reform of mental health in Belgium.”

2. Cadre politique: Note de politique générale et engagement de réforme

- Note de politique générale du 3 novembre 2009.
- L'Autorité fédérale et les Communautés s'engagent à ouvrir leur offre existante de soins en Santé Mentale à la mise en place et/ou à l'intensification de la collaboration entre structures intra-muros et extra-muros.

2. Cadre politique: Conférence interministérielle Santé publique 14 décembre 2009

- Lancer une campagne d'information bilatérale.
- Lancer un appel fédéral.
- Élaborer un calendrier précis et un plan de communication.
- Élargissement aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux.
- Élargissement aux adolescents à partir de 16 ans
- Chaque autorité prend des initiatives pour motiver toutes les instances concernées.

2. Cadre politique: Conférence interministérielle Santé publique 14 décembre 2009

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 le 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.

2. Cadre politique: Conférence interministérielle Santé publique 14 décembre 2009

Communauté flamande :

Au maximum 10% du budget des services de santé mentale (SSM) pourra être utilisé pour l'implémentation de circuits de soins et de réseaux de soins (cf. 'Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, art. 33, § 1')

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.

2. Cadre politique spécifique à la Région wallonne

Déclaration de Politique Régionale 2009-2014

Finalité : « favoriser le bien-être »

Objectifs:

- qualité des soins
- Accessibilité
- Visibilité
- inscription des structures dans la Communauté

ET

- inclure le secteur ambulatoire dans les circuits et réseaux de soins

2. Cadre politique: Conférence interministérielle Santé publique 14 décembre 2009

Région Wallonne :

La Région Wallonne a la ferme volonté d'impulser et d'opérer un rapprochement entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers en veillant à respecter leurs spécificités et la cohérence de leurs actions.

Toutefois, l'articulation entre les deux secteurs est déjà fortement présente mais, le plus souvent, de manière informelle. Cette articulation est, dès lors, perfectible.

A ce titre, la Région s'engage à motiver les instances concernées pour participer aux projets dans le cadre de l'implémentation de l'article 107. Pour se faire, la plate-forme de concertation, en tant qu'organe pluridisciplinaire, dispose d'une position stratégique pour réunir transversalement les différents acteurs de la santé mentale et initier des collaborations.

2. Cadre politique: Conférence interministérielle Santé publique 14 décembre 2009

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.

2. Cadre politique: Conférence interministérielle Santé publique 14 décembre 2009

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.

2. Cadre politique: Conférence interministérielle Santé publique 14 décembre 2009

Travaux intensifs avec les Communautés et Régions dans le cadre de la Taskforce : rédiger un guide par Communauté et Région

Date finale : CIM du 26/04/2010

Coordination :

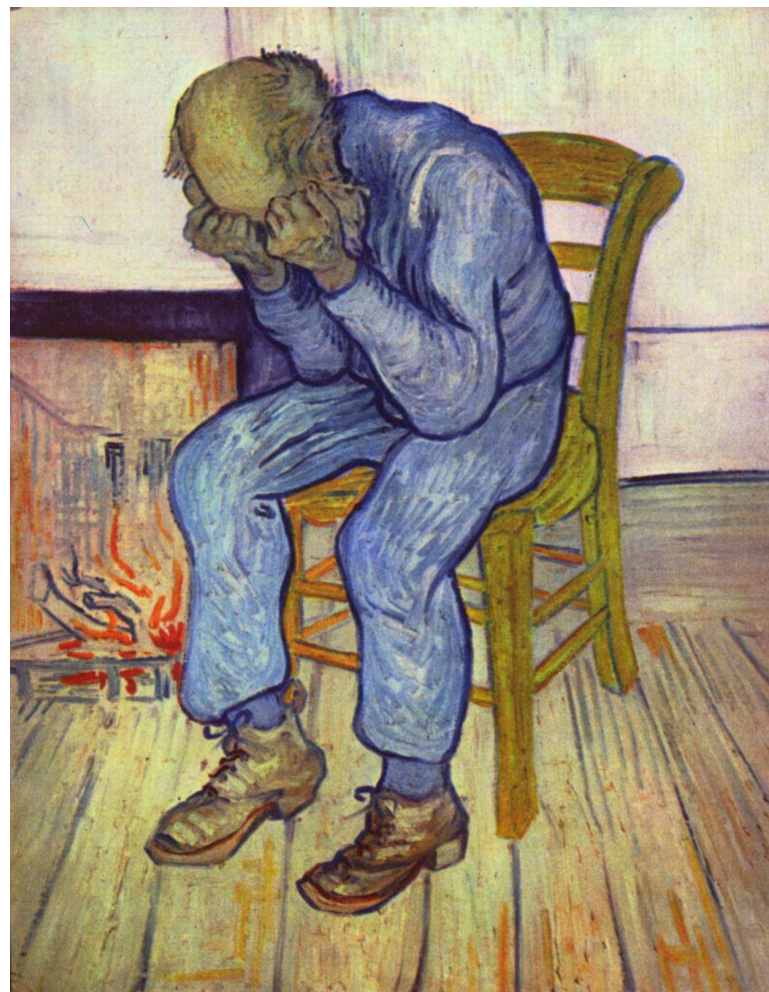
Coordination fédérale = Mr Bernard Jacob

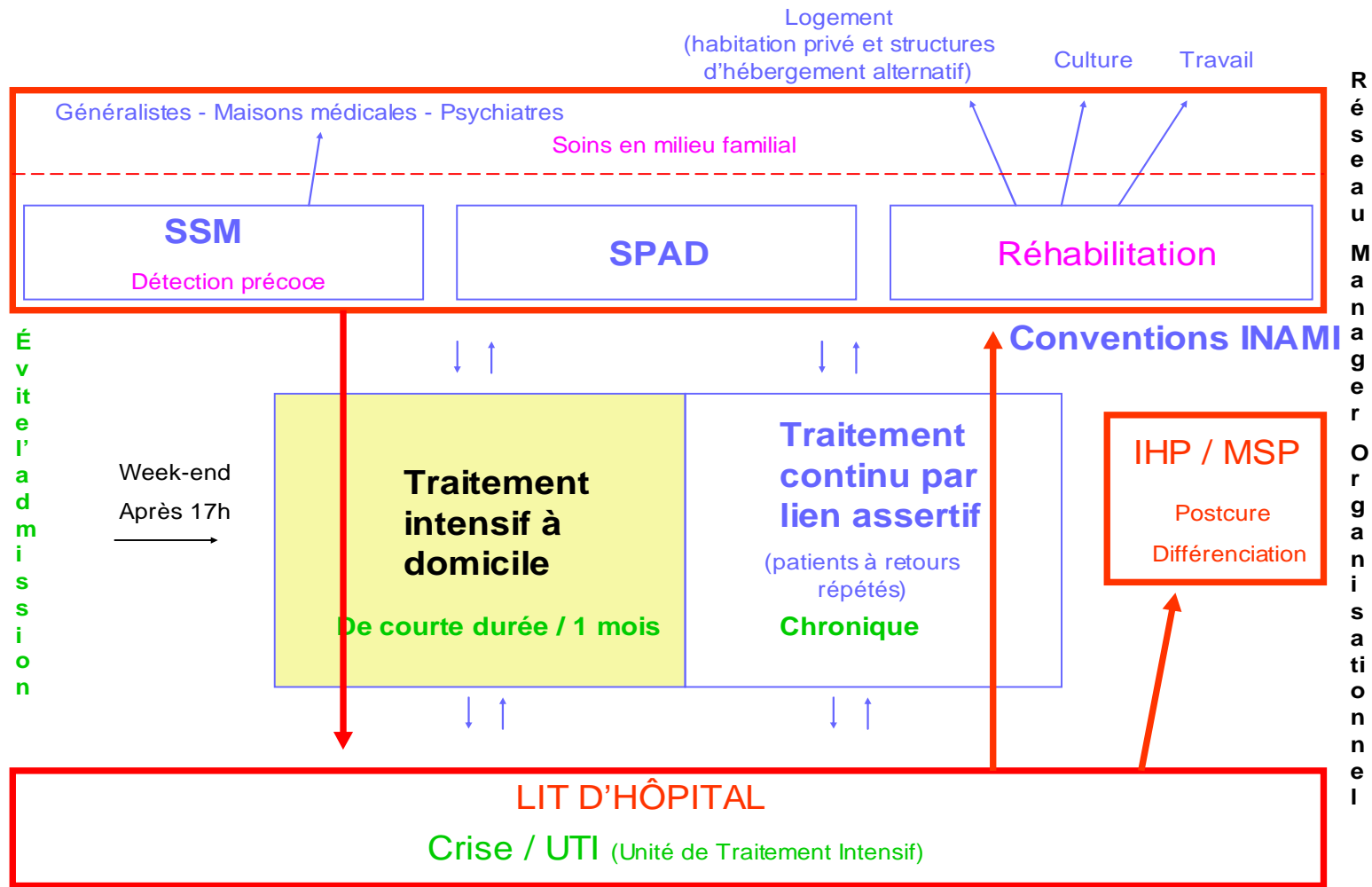
Coordination Région Wallonne = Mme Brigitte Bouton

Coordination Région Brx. Capitale =

Mme Sophie Verhaegen, Vivette Tsobgni, Khadija Boudiga

Coordination Comm. Flamande = Mme Greet Van Humbeeck





<p>Plate-forme de coopération pour le réseau</p> <p>Pool de moyens, incitants, réaffectation</p>	<p>Composantes de projets pilotes</p> <p>Accompagnement de projets (coordinateurs)</p>	<p>Monitoring-évaluation</p> <p>Honoraires Timing</p>
---	---	---

3. La nouvelle organisation des soins Traitement intensif à domicile

Caractéristiques du groupe cible

Troubles psychiatriques majeurs

Soins psychiatriques aigus à domicile

Alternative à l'hospitalisation

Des envois par les services santé mentale, les médecins,...

Ont également accès : les équipes pour les soins assertifs continus avec qui il existe un travail en étroite collaboration. Prestations également en dehors des heures de bureau pour d'autres équipes.

Porte d'accès possible aux services hospitaliers en fonction de la situation

Caseload sera défini en fonction des caractéristiques du groupe cible à atteindre dans la zone déterminée.

3. La nouvelle organisation des soins Traitement intensif à domicile

Caractéristiques de la prise en charge:

Intervention mobile rapide, 24h/24 et 7j/7

Evaluation rapide dans l'environnement par 2 professionnels, avec implication de l'entourage et du réseau social.

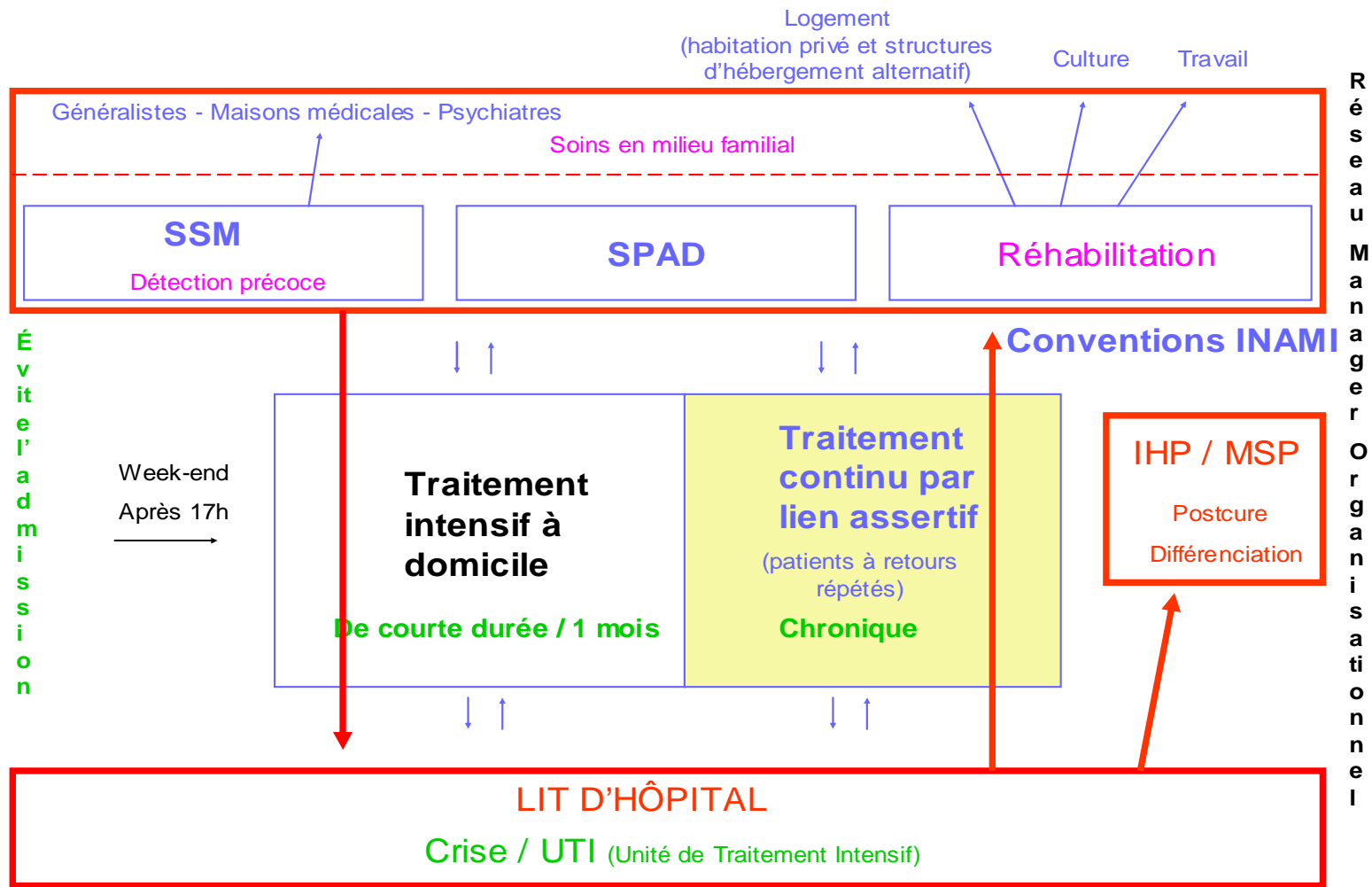
Le suivi peut durer plusieurs jours.

L'équipe est pluridisciplinaire

Chaque équipe dispose de son psychiatre

Coordinateur de soins pour chaque patient

Réunion d'équipe quotidienne et réunion multidisciplinaire hebdomadaire



<p>Plate-forme de coopération pour le réseau</p> <p>Pool de moyens, incitants, réaffectation</p>	<p>Composantes de projets pilotes</p> <p>Accompagnement de projets (coordinateurs)</p>	<p>Monitoring-évaluation</p> <p>Honoraires Timing</p>
--	--	--

3. La nouvelle organisation des soins

Traitement continu par lien assertif

Caractéristiques du groupe cible

Pour les problèmes persistants et graves,

Pour 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.

Programme basé sur: structuration de la journée, autonomie résidentielle, développement du réseau social, loisirs, culture, gestion du budget, logement, soutien au travail/à l'emploi.

3. La nouvelle organisation des soins Traitement continu par lien assertif

Caractéristiques de la prise en charge:

Approche assertive de type « Can do ».

Coordinateur de soins pour chaque patient qui examine les renvois.

Plan de soins toujours basé sur l'évaluation: le professionnel s'assure du maintien du suivi et soutient le patient.

Staff : multidisciplinaire, un psychiatre.

7 jours sur 7, 12h/jour en semaine, 8h/jour le W-E.

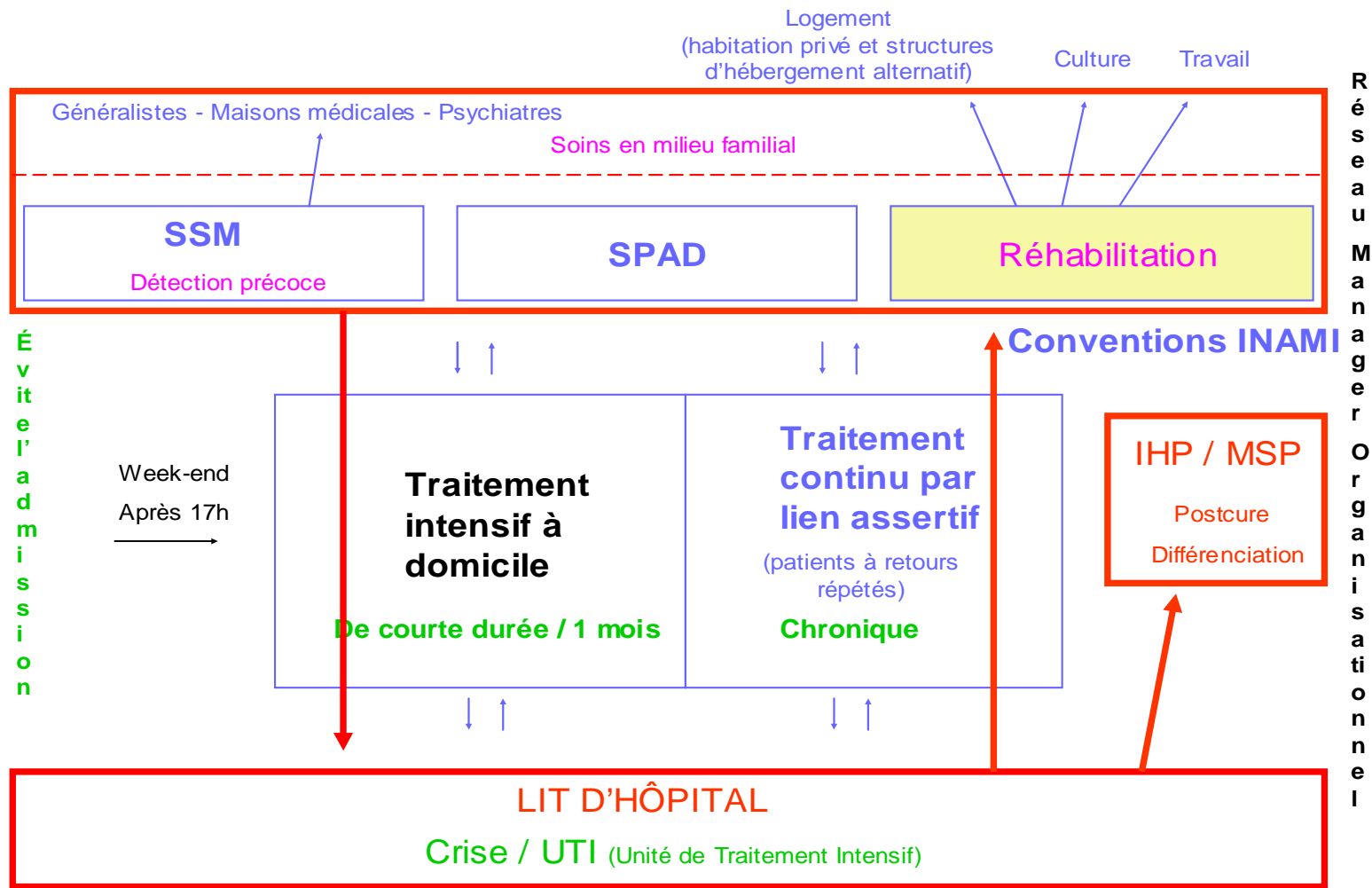


Plate-forme de coopération pour le réseau

Pool de moyens, incitants, réaffectation

Composantes de projets pilotes

Accompagnement de projets
(coordinateurs)

Monitoring-évaluation

Honoraires Timing

3. La nouvelle organisation des soins Réhabilitation et intégration

Caractéristiques du groupe cible:

Pour des patients présentant des problématiques sociales et mentales moins sévères et de longue durée.

Personne plus engagée et plus stable.

Service à long terme.

Accompagnement continu.

3. La nouvelle organisation des soins Réhabilitation et intégration

Caractéristiques de la prise en charge:

Soins moins intensifs que ceux d'une équipe de soins continus par lien assertif mais en collaboration étroite avec cette équipe.

Adressé aussi par les équipes de liaison de première ligne.

Réhabilitation et intégration sociale et professionnelle.

Accompagnement individualisé avec accès aux ressources de l'équipe.

Contribution d'un psychiatre et d'une équipe pluridisciplinaire.

Uniquement durant les jours ouvrables de 9h à 17h.

Coordinateur de soins pour chaque patient.

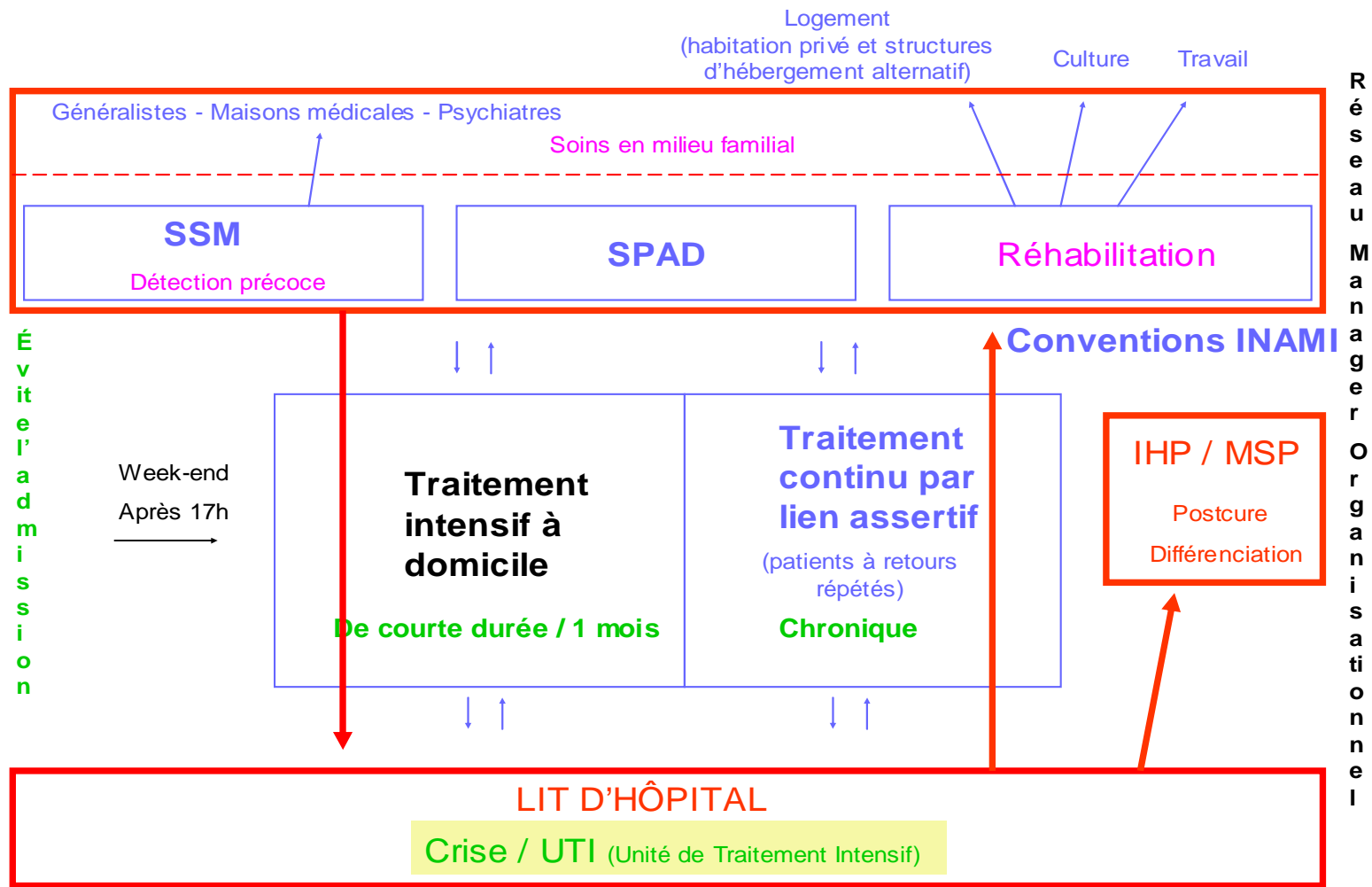


Plate-forme de coopération pour le réseau	Composantes de projets pilotes	Monitoring-évaluation
Pool de moyens, incitants, réaffectation	Accompagnement de projets (coordinateurs)	Honoraires Timing

3. La nouvelle organisation des soins

Unité résidentielle intensive

Caractéristiques du groupe cible:

Besoin d'interventions (aigues et chroniques) qui ne sont possibles qu'en unité résidentielle.

L'équipe en charge du traitement intensif à domicile n'a pas les moyens suffisants pour assurer une prise en charge sûre et adéquate.

Le niveau d'observation continue et de soins est impossible à atteindre pour l'équipe de traitement intensif à domicile.

L'équipe ne peut éviter les situations traumatiques liées à l'entourage.

Admission forcée.

Les équipes seront rapidement mobilisées pour un suivi intensif au domicile.

3. La nouvelle organisation des soins

Unité résidentielle intensive

Caractéristiques de la prise en charge:

Unités spécifiques pour l'observation et la prise en charge intensive

Unités de crise

Unités spécialisées pour des groupes cibles spécifiques

Unités spécifiques avec un traitement plus long pour un groupe cible qui nécessite un environnement sécurisé

3. La nouvelle organisation des soins Vers une approche globale et intégrée

Au départ de projets pilotes, développement d'un modèle opérationnel de travail en réseau.

Un réseau est constitué de l'ensemble des cinq fonctions préalablement définies.

- Choix du coordinateur de réseau
- Désignation des référents des ressources du réseau
 - Mise en commun des pratiques
 - Mise en place des procédures
- Construction de méthodologies de travail communes
 - Au modèle de fonctionnement (par ex: PSI)
 - Résultat du développement d'un réseau organisationnel
- Développement du rôle du « coordinateur de soins »
 - Aboutissement du travail en réseau au départ du patient
 - Pivot d'une coordination centrée sur les besoins du patient

3. La nouvelle organisation des soins Assouplissement des normes d'agrément

Les hôpitaux qui entreront dans un projet pourront profiter de normes d'agrément plus souples en les appliquant de manière globale au niveau de l'hôpital.

L'avis du CNEH a déjà été rendu.

Arrêté Royal en préparation.

3. La nouvelle organisation des soins Honoraires de psychiatrie

Note au Conseil Général de l'INAMI:

Par ailleurs, le montant qui correspond aux honoraires de surveillance pour les séjours psychiatriques qui ne peuvent plus être pris en compte conformément à l'application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, reste disponible pour les prestations du psychiatre dans le cadre des projets en exécution de l'article 107.

3. La nouvelle organisation des soins Honoraires de psychiatrie

Il nous faut cependant tenir compte du fait que:

-Outre les honoraires de surveillance, d'autres honoraires sont d'application, p. ex. rapports d'admission et de sortie, concertation multidisciplinaire dans les services T, actes neurophysiologiques, psychothérapie en cabinet privé, honoraires liés à des responsabilités comme la rémunération prévue pour le psychiatre dans le cadre de la loi sur les admissions forcées, ...

-Tant que les projets auront cours et que le financement se fera via une convention B4, il en ira de même pour la rémunération du psychiatre.

3. La nouvelle organisation des soins nécessité d'adapter la législation des IHP et des MSP

- Constats - 20 ans d'existence
- Offre actuelle insuffisante

MSP

- Soins de base pour tous, + soins complémentaires (MSP+,MSP-)
- Possibilité de courts séjours, + permanence 24h

IHP

- Plus d'accompagnement intensif si nécessaire (IHP+)
- Création d'habitations auprès des MSP et MRS
- Assouplissement des formes de soins

4. Encadrement de la réforme

Soutenir le management du changement.

Soutien et accompagnement dans la création et suivi des équipes.

Besoins en critères de qualité, de performance avec objectifs.

Enregistrement de données / rapports.

Supervision et suivi des projets pilotes : visites - accompagnement

Formation et coaching des coordinateurs de réseau.

Formation des professionnels des équipes.

Soutien scientifique.

5. Déroulement de la procédure

Guide bilatéral: CIM 26/4/2010

Communications bilatérales: 26/4/2010 - 31/5/2010

Circulaire (description du système + modules) 31/5/2010

Les Régions candidates décriront leurs besoins, problèmes et suggestions de solutions - accords de collaboration avec des partenaires de soins, y compris en matière d'inclusion sociale.

Introduction des projets: 1/11/2010

Sélection des projets: 15/12/2011

Mise en route avec quelques régions candidates (supra-institutionnel) pour une période d'expérimentation limitée: 1/1/2011 (contrats B4)

Dans un 2^{ème} temps, élargissement vers d'autres régions

Financement (réaffectation + autres moyens) + honoraires
+ Ticket modérateur (e.a. médicaments)