

Rudy DEMOTTE
Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique

Note politique relative à la santé mentale

mai 2005

1	INTRODUCTION	3
2.	LE DEVELOPPEMENT DE PROJETS THERAPEUTIQUES VISANT AUX CIRCUITS ET RESEAUX DE SOINS	4
2.1	LES CONCEPTS DE «PROJET THERAPEUTIQUE» ET DE «CONCERTATION TRANSVERSALE»	4
2.2	LE DEVELOPPEMENT DE PROJETS THERAPEUTIQUES	5
2.3	LE DEVELOPPEMENT D'UNE CONCERTATION TRANSVERSALE	6
2.3.1	<i>Concertation transversale entre les projets thérapeutiques</i>	7
2.3.2	<i>Collecte de données</i>	7
2.3.3	<i>Mission des plates-formes de concertation soins de santé mentale</i>	7
2.3.4	<i>Missions du comité d'accompagnement</i>	8
2.3.5	<i>Financement des missions</i>	8
2.4	L'APPORT EVENTUEL D'AUTRES PARTENAIRES	8
2.4.1	<i>La place des centres de santé mentale</i>	9
2.4.2	<i>Les autres initiatives</i>	9
2.5	LES ORGANES DE CONCERTATION FEDERAUX	10
3.	LA SANTE MENTALE : D'AUTRES CHANTIERS ENCORE.....	10
3.1	PRIORITE A L'ACCESSIBILITE	11
3.1.1	<i>L'inévitable interaction de la pauvreté et de la santé mentale</i>	11
3.1.2	<i>Élargir l'accès aux patients allochtones</i>	11
3.2	ORGANISATION DE L'OFFRE	12
3.3	PRIORITE AU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE MENTALE	13
3.4	PRIORITE A LA FORMATION, AU PERSONNEL, ... DANS LES SOINS DE SANTE MENTALE	14
3.5	PRIORITE A LA SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE, A L'ENREGISTREMENT ET AUX ACTES BASES SUR L'EVIDENCE DANS LES SOINS DE SANTE MENTALE	14
3.5.1	<i>Simplification administrative</i>	14
3.5.2	<i>Enregistrement et systèmes d'enregistrement</i>	14
3.5.3	<i>Actes basés sur l'evidence dans les SSM</i>	15
4.	CONCLUSIONS.....	16
5.	ANNEXES.....	18
5.1	ANNEXE 1: CIRCUITS ET RESEAUX: L'HISTORIQUE DE 1997 A 2004.....	18
5.2	ANNEXE 2 : DECLARATION CONJOINTE DES MINISTRES DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA POLITIQUE EN MATIERE DE SOINS DE SANTE MENTALE- 24 JUNI 2002	21
5.2.1	<i>Déclaration d'intention de 2002 : texte intégral</i>	21
5.2.2	<i>Amendement à la déclaration d'intention de 2002</i>	27
5.3	ANNEXE 3 : POINT DE VUE COMMUN DES PLATES-FORMES CONCERNANT LES "BONNES PRATIQUES" DANS LE DOMAINE DE LA CREATION DES RESEAUX ET CIRCUITE DE SOINS DE SANTE MENTALE	30
5.4	ANNEXE 4 : APERÇU DES PROJETS PILOTES SFP SANTE PUBLIQUE	34
5.4.1	<i>Généralités</i>	34
5.4.2	<i>Arrêt des projets pilotes</i>	34
5.4.2.1	Motivation d'arrêt des projets activation	34
5.4.2.2	Motivation d'arrêt des projets "SSM-jeunes concernant le traitement familial des enfants et des jeunes"	35
5.4.3	<i>Les autres projets</i>	35
5.4.3.1	Sous-groupe cible des enfants et des jeunes	36
5.4.3.1.1	Traitement intensif d'enfants et de jeunes - Projet pilote "SSM-jeunes concernant le traitement intensif des jeunes agressifs présentant des troubles graves du comportement."	36
5.4.3.1.2	Projet pilote "L'offre d'un traitement clinique intensif pour les jeunes délinquants souffrant de problèmes psychiatriques"	36
5.4.3.1.3	Projet pilote "SSM-jeunes concernant les soins psychiatriques pour enfants et jeunes séjournant à domicile au moyen de l'outreaching"	37
5.4.3.2	Sous-groupe cible des adultes	38
5.4.3.2.1	Soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile	38
5.4.3.2.2	Patients agressifs présentant des troubles graves du comportement (PATC)	39
5.4.3.2.3	Projet-pilote: l'offre d'un traitement clinique intensif aux patients internes en vue de leur resocialisation optimale	39
5.4.3.3	Sous-groupe cible des patients présentant des problèmes liés à la consommation de produits	40
5.4.3.3.1	Coordination des soins	40

5.4.3.3.2	Crise et casemanagement	40
5.4.3.3.3	Traitement intensif	40
5.4.3.3.4	Divers	41

1 Introduction

“*Without mental health and a sense of wellbeing, there is no real health*” a conclu récemment l’Organisation mondiale de la santé (OMS) après avoir constaté que la dépression occupe la troisième place parmi les causes de maladies et d’affections en Europe. Des interventions de soins efficaces et efficaces peuvent réduire dans une large mesure les souffrances mentales et physiques des personnes, ainsi que les pertes que celles-ci entraînent pour la société. Pourtant l’OMS constate la persistance d’un écart considérable entre le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ou psychiatriques et ayant besoin d’une prise en charge ainsi qu’un traitement et le nombre de personnes qui ne voient jamais ce besoin satisfait.

Aujourd’hui les personnes qui ont des problèmes de santé mentale doivent pouvoir être reconnues et traitées.

Il ne s’agit pas là uniquement d’un principe de Santé publique : les soins de santé, et donc les soins de santé mentale sont partie intégrante d’une «saine» politique.

La Belgique a déjà une longue tradition de soins aux personnes présentant des problèmes de santé mentale. Les changements sociaux, économiques et culturels intervenus durant la seconde moitié du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle ont pour effet de confronter la tradition ainsi que les méthodes, de soins et de traitements, existantes à de nouveaux défis et circonstances.

Au cours de cette longue histoire, une étape importante a été franchie, lorsqu’on a développé les concepts «circuits de soins» et «réseaux de soins»(voir [Annexe 5.1 : Circuits de soins et réseaux de soins - Historique de 1997 à 2004](#)).

A l’occasion d’une déclaration conjointe, les Ministres compétents en matière de Santé publique ont décidé le 24 juin 2002 d’organiser l’offre des soins de santé mentale dans notre pays selon les principes des groupes cibles et des réseaux et ce, en vue d’offrir des soins intégrés dont le patient est l’élément central, et garantir par là la continuité des soins (voir Annexe 2 – 5.2.1. [Déclaration d’intention de 2002 : texte intégral](#):)

La Conférence interministérielle de Santé publique du 24 mai 2004 a approuvé un amendement en la matière. Cet amendement met l’accent sur les différents points essentiels qui permettent de fixer les principes de base du développement des projets. Cet amendement a une nouvelle fois été confirmé lors de la Conférence interministérielle de Santé publique du 6 décembre 2004 (voir annexe 5.2.2 – [Amendement à la déclaration d’intention de 2002](#)).

Ce texte de consensus a incité le gouvernement fédéral, sur proposition du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Rudy Demotte, à l’occasion de l’établissement du budget 2005, à mettre certains accents sur les soins de santé mentale.

La présente note trace les grandes lignes suivant lesquelles le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique souhaite réaliser une politique de soins de santé mentale, en insistant sur le développement de circuits et réseaux de soins au moyen de projets thérapeutiques.

2. Le développement de projets thérapeutiques visant aux circuits et réseaux de soins

2.1 Les concepts de «projet thérapeutique» et de «concertation transversale»

Comme convenu les 24 mai et 6 décembre 2004 au sein de la Conférence interministérielle de la Santé publique, des projets peuvent être lancés, qui doivent mener à un élargissement et à une meilleure organisation de l'offre de soins de santé mentale.

Cette offre de soins doit tenir compte des besoins du patient. À cet effet, il faut considérer les groupes de population basés sur l'âge et les caractéristiques sociologiques y afférentes. Pour chaque groupe cible, il convient de définir une offre de soins ou un circuit de soins spécifiques. Au niveau organisationnel, cette offre doit se traduire par un réseau entre tous les prestataires de soins intéressés.

Il importe que chaque groupe cible soit constitué de patients présentant des troubles chroniques et complexes.

Il semble évident qu'il ne faut pas organiser des circuits et réseaux de soins «à tout prix» et des concertations «pour tout le monde» ; la personne qui consulte une seule fois pour un problème ponctuel un centre de santé mentale, un psychiatre ou «passe» par un service psychiatrique ... n'a pas forcément besoin que soit développé tout un processus de concertation. Par contre, on peut imaginer que dans le cadre de patients présentant des troubles chroniques et complexes, la probabilité de devoir rencontrer plusieurs acteurs (aspect multidisciplinaire de la prise en charge) est grande, et donc, il est intéressant de favoriser la concertation entre ces acteurs pour assurer une bonne continuité des soins.

Une première étape menant aux circuits et réseaux de soins est le développement d'une fonction de concertation entre les prestataires de soins au niveau d'un groupe cible (patient) – *“la concertation autour du patient”* – d'une part et au niveau du réseau – *“la concertation transversale”* – d'autre part.

Pour donner une forme structurelle à plus long terme à la "concertation au sujet du patient", des **"projets thérapeutiques"** ont été créés sous la forme d'expériences qui devraient organiser et/ou coordonner la concertation au sujet du patient au sein d'un groupe cible de patients (un des trois groupes d'âge et pour une pathologie bien déterminée), ce qui doit conduire à des "soins sur mesure" et permettre entre autres qu'un patient puisse sortir d'une structure résidentielle du secteur des soins de santé mentale et réintégrer la société, ou mieux encore, qu'une hospitalisation puisse être évitée.

Cette concertation doit s'inscrire dans le cadre d'une collaboration fonctionnelle qui définira tant les "points communs" que les "chaînon manquant" entre les actions des dispensateurs de soins. Ceci doit déboucher sur une continuité optimale des soins qui tienne compte de la complémentarité des acteurs "présents", mais également de la complémentarité des acteurs qui, suite à la concertation, sont également concernés par les soins au patient.

Il serait inacceptable que les projets thérapeutiques mènent chacun leur propre existence. La concertation autour du patient doit s'inscrire dans une perspective plus large afin de définir une politique cohérente en matière d'organisation et/ou de coordination des circuits de soins. Nous parlons alors de **concertation transversale**. L'objectif à court terme est de mettre en place une concertation entre projets thérapeutiques dans un même groupe cible et de formuler de cette manière une proposition structurelle de circuits et de réseaux de soins.

Dans ce contexte, référence est faite à l' [Annexe 3 : point de vue commun des plates-formes concernant les "bonnes pratiques" dans le domaine de la création des réseaux et circuits de soins de santé mentale](#)

Dans ce document, nous retrouvons les deux formes de concertation en question :

- la collaboration primaire (ou clinique)
- la collaboration secondaire (ou au niveau gestion).

Etant donné que la réflexion concernant le patient (projets thérapeutiques) porte sur les soins que le patient reçoit, un budget au niveau de l'assurance obligatoire soins de santé (Inami) sera libéré. La réflexion transversale vise plutôt l'aspect santé publique : récolte de données, organisation des soins, contenu des soins et à terme le développement directives, normes et financement; pour cela un budget au niveau du SPF Santé publique sera libéré.

2.2 Le développement de projets thérapeutiques

Dans le budget Soins de santé pour l'année 2005, des moyens ont été dégagés à concurrence de plus de 2.209.000 euros et qui serviront exclusivement à l'élaboration des projets thérapeutiques dans le cadre de la concertation autour du patient.

Les modalités seront définies en fonction des travaux menés d'une part au sein des commissions de conventions dans le domaine de la psychiatrie (hôpitaux psychiatriques, MSP, IHP) et d'autre part en fonction des décisions prises par la Conférence interministérielle.

Partant de la proposition de la commission de conventions "Psychiatrie", le Comité de l'assurance examinera le moyen de réaliser les objectifs avancés par la Conférence interministérielle. À cet effet, les principes à suivre sont les suivants :

- les projets doivent tendre à prendre en charge les patients de toutes les catégories d'âge présentant des troubles chroniques et complexes ;
- au moins trois types d'acteurs, qui organisent la concertation au niveau des patients, prêtent leur concours ; en outre on doit aspirer à une représentativité la plus grande possible tant pour le secteur résidentiel que pour le secteur ambulatoire ;
- ces acteurs ne doivent pas forcément se limiter aux prestataires représentés au sein des organes de l'INAMI ; ainsi, il doit être possible d'associer un centre de soins de santé mentale ou un projet pilote "Soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile" à cette concertation ;
- que ce projet présente un caractère pluraliste des concertations (pour éviter le développement de plusieurs «réseaux parallèles») ;
- que si on organise la concertation concernant le patient à laquelle un hôpital et/ou une MSP et/ou une IHP ne sont pas exclusivement associés, les services intégrés de soins à domicile y sont associés ou à titre de mesure transitoire, les projet pilotes "soins psychiatriques aux patients à domicile". Il en est de même dans le cas de la préparation du transfert d'un séjour résidentiel vers le domicile. Les règles de fonctionnement des SISD doivent dès lors être adaptées.
- La coordination entre les acteurs dans le domaine de l'organisation, de la collecte de données, du secrétariat, ..., doit être assurée par :
par exemple
 - si le patient est principalement soigné de manière ambulatoire, par le SISD ou à titre de mesure transitoire par le projet pilote "soins psychiatriques aux patients à domicile" ;
 - si le patient est soigné de manière "semi-résidentielle", par un des acteurs désigné parmi eux ;
 - si un patient est soigné de manière "résidentielle", par un des établissements.

- dans le cadre de ce projet, un modèle de financement de la concertation autour du patient est testé, sachant que ce financement est lié à des soins effectifs ;
- puisqu'il s'agit d'une expérience, il faut prévoir un feed-back pour que ces projets puissent être évalués (voir concertation transversale) ;
- chaque proposition de projet est communiquée pour information à la Plate-forme de concertation soins de santé mentale, avant d'être soumise au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ;
- la proposition est soumise à l'approbation du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique afin qu'il puisse vérifier si les projets correspondent aux principes qui ont été avancés par la Conférence interministérielle de la Santé publique.

En ce qui concerne le financement de ces projets thérapeutiques, les coûts suivants seront couverts par le budget susmentionné dans le cadre des soins de santé :

- coordination du projet thérapeutique;
- temps de concertation à domicile (paiement par le biais des SISD);
- le solde éventuel peut être utilisé pour le financement du temps de soins par un dispensateur de soins individuel (et non par un établissement) pour lequel, actuellement, aucune intervention n'est prévue par la nomenclature des prestations de santé.

2.3 Le développement d'une concertation transversale

Un budget récurrent de 2.795.000 euros est prévu par le SPF Santé publique pour soutenir la mise sur pied de circuits et réseaux de soins; concrètement, ceci sera utilisé pour le développement de la concertation transversale entre les projets thérapeutiques et pour la collecte, dans le même cadre, de données qui permettent, sur la base de standards et de directives, d'arriver à une proposition structurelle de circuits et réseaux de soins.

A cette fin, l'objectif est en premier lieu d'attribuer une mission spécifique aux Plates-formes de concertation soins de santé mentale.

Pour rappel: en été 2003, un certain nombre d'arrêtés ont été publiés concernant la mission des Plates-formes de concertation soins de santé mentale (PCSSM), la mise sur pied d'une fonction d'ombudsman dans le secteur des soins de santé mentale - en passant ou non par les plates-formes de concertation - et la norme de programmation à laquelle les plates-formes de concertation sont liées. Dans l'un de ces arrêtés, il est entre autres spécifié que chaque plate-forme de concertation soins de santé mentale doit participer deux fois par an à une concertation fédérale, ce que l'on appelle la plate-forme de concertation fédérale soins de santé mentale.

Bien que les plates-formes de concertation soins de santé mentale ne sont pas des dispensateurs de soins stricto sensu, leur fonction comme forum d'échange de données et de considérations concernant le travail en réseau et comme lieu d'application de directives constitue un atout important.

Il est donc particulièrement intéressant que les plates-formes connaissent tous les projets en cours et en particulier puissent organiser la concertation entre les projets thérapeutiques et fournir un rapport au gouvernement fédéral en passant par la plate-forme de concertation fédérale.

Ensuite, une mission spécifique sera confiée à un comité d'accompagnement (voir ci-dessous).

2.3.1 Concertation transversale entre les projets thérapeutiques

Dès que les projets thérapeutiques prennent forme, leur contenu et leur fonctionnement seront suivis de manière "transversale"; l'objectif est de mettre sur pied une concertation entre les différents projets thérapeutiques portant sur le même groupe cible, pour, à terme, arriver de cette manière à une proposition structurelle de circuits de soins et de réseaux.

Cette concertation doit être organisée par le biais de "projets pilotes" avec les plates-formes de concertation soins de santé mentale.

2.3.2 Collecte de données

Afin d'arriver à terme à une proposition structurelle de circuits de soins et de réseaux, de nombreuses données doivent être collectées. Ceci peut s'effectuer par le biais d'une concertation transversale. Ces données doivent permettre d'élaborer des "standards" ou des "bonnes pratiques" au niveau des circuits et réseaux de soins. Parallèlement, il doit être possible d'effectuer une analyse de l'offre de coordination et de la concertation au sujet du patient souffrant de problèmes chroniques ou complexes.

Cette collecte de données est confiée aux plates-formes de concertation soins de santé mentale. Il faut tenir compte au maximum des systèmes d'enregistrement existant et de ceux en révision, et examiner dans quelle mesure une information différente ou identique est demandée par les différentes autorités compétentes afin de prévenir une charge d'enregistrement. A leur niveau, elles peuvent déjà élaborer des propositions de standards ou de directives pour les circuits de soins et les réseaux. L'objectif est que ces propositions soient (ensuite) examinées et concrétisées par le comité d'accompagnement.

2.3.3 Mission des plates-formes de concertation soins de santé mentale

Concrètement, dans le cadre de la "Plate-forme de concertation fédérale soins de santé mentale" il sera demandé aux plates-formes de remplir une mission collégiale transversale qui consiste en un suivi, une analyse, une réflexion et un diagnostic des projets thérapeutiques qui concernent le travail dans le cadre d'un circuit de soins et d'un réseau pour patients souffrant de problèmes chroniques ou complexe.

Dans ce cadre, les plates-formes seront invitées à :

- développer ensemble une méthodologie d'analyse de l'activité des projets thérapeutiques : description des objectifs de la démarche, schéma de collecte d'informations, définition de critères d'analyse, modalités «d'accompagnement» des projets thérapeutiques, démarches éventuelles visant à tirer des enseignements d'expériences menées dans les pays voisins, etc. ;
- répartir entre elles le travail de suivi et d'analyse des projets thérapeutiques en fonction des différentes problématiques ciblées par ces projets, chaque plate-forme pourrait s'engager à procéder à l'analyse (selon les modalités encore à définir) pour un ensemble de projets thérapeutiques orientés vers une même problématique (que ces projets soient ou non localisés sur le territoire de la plate-forme) ;
- dégager, pour la (ou les) problématique(s) mise(s) à l'examen, des éléments de «bonnes pratiques» qu'il y aurait lieu de retenir dans la perspective d'une généralisation du travail en réseau.

Pour cela les plates-formes de concertation doivent pouvoir disposer d'un soutien scientifique.

Cette proposition s'inscrit dans la perspective des échanges qui ont eu lieu lors de la réunion interplates-formes du 19 octobre 2004 et devra être approuvée par les plates-formes.

Cette vision correspond globalement à la proposition commune des plates-formes qui, de leur côté, ont contribué à la réflexion ([Annexe 3 : point de vue commun des plates-formes concernant les "bonnes pratiques" dans le domaine de la création des réseaux et circuits de soins de santé mentale](#))

2.3.4 Missions du comité d'accompagnement

Ce comité rassemble les données et propositions émanant de la concertation transversale. L'objectif est d'arriver, par ce moyen, à une proposition structurelle de circuits de soins et de réseaux pour les patients visés, basée sur des standards et des directives.

Etant donné que les projets thérapeutiques doivent débiter à court terme, ce comité définira ce qui, au début de ces projets, peut être entendu par "chronique et complexe". Si nécessaire, cette définition pourra être adaptée plus tard.

On examinera également dans quelle mesure, de quelle manière et selon quel timing les différents projets pilotes (voir chapitre 5.4.- [Annexe 4 : Aperçu des projets pilotes](#) SFP Santé publique) peuvent s'intégrer dans ces circuits et réseaux y compris la fonction de soins liée aux trajets d'activation.

L'objectif est que ce comité d'accompagnement formule des propositions concrètes fin 2007, afin qu'à partir de 2008, puisse avoir lieu une transformation progressive des projets thérapeutiques "expérimentaux" en réseaux structurels avec leurs propres circuits de soins, liés à une norme et à un agrément ainsi qu'à un financement structurel.

Participent à ce comité des délégués des administrations fédérales Santé publique et INAMI, de la Cellule stratégique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique administrations des Communautés/Régions, de la Plate-forme de concertation fédérale soins de santé mentale, du Conseil national des hôpitaux, de la Commission de conventions hôpitaux - organismes assureurs, des organisations de patients et le cas échéant des équipes universitaires.

2.3.5 Financement des missions

Comme nous l'avons dit, un budget récurrent de 2.795.000 euros est disponible. Ce budget couvre les coûts suivants:

- les coûts totaux de l'enregistrement des données;
- les coûts de fonctionnement des plates-formes de concertation;
- les coûts de fonctionnement de la plate-forme de concertation fédérale SSM;
- les coûts de fonctionnement du comité d'accompagnement.

En outre, parallèlement au financement des missions susmentionnées, un renforcement du financement des établissements (hôpitaux, MSP, IHP) pourrait être prévu à partir de ces moyens pour les "nouvelles" missions de soins qui découlent des projets thérapeutiques.

2.4 L'apport éventuel d'autres partenaires

2.4.1 La place des centres de santé mentale

Les Centres de santé mentale (CSM) pour la prévention et le traitement ambulatoire acquièrent peu à peu une plus grande détermination. L'apport effectif des CSM dans diverses initiatives de collaboration peut très bien s'accroître en de nombreux endroits. Par leur position en deuxième ligne, les CSM exercent une importante fonction de liaison avec les première et troisième lignes. Dans les circuits de soins, ils exercent une fonction centrale en matière de diagnostic, d'indication et d'orientation vers des formes de traitement adaptées.

L'idéal serait de pouvoir intégrer les centres de santé mentale dans les projets pilotes (concertation transversale) – ils font partie des plates-formes – et également au niveau de la concertation autour du patient (projets thérapeutiques).

Cet aspect devra être abordé dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

2.4.2 Les autres initiatives

D'autres initiatives pourraient également être «jointes» à la concertation «trans-réseau plate-forme».

À titre d'exemple :

Le projet Éole

Il s'agit de la mise en œuvre du projet de soutien au réseau de première ligne en matière d'urgence et de crise psychiatrique dont l'objectif initial est de réduire le recours aux services d'urgence hospitaliers en assurant, dans un premier temps, le maintien du patient au cabinet du médecin généraliste par un appui (ligne téléphonique) et une guidance du *Helpdesk* au médecin généraliste. Ensuite, si nécessaire, une orientation aux professionnels de la santé de première ligne confrontés à des situations de crise psychologique ou d'urgence psychiatrique. Ceci s'avère particulièrement bénéfique et évite, dans bien des cas, d'envoyer le patient aux services de garde des hôpitaux ou directement aux services d'hospitalisations psychiatriques (cela permet d'assurer entre eux, des collaborations autour des patients, sans déposséder personne de son domaine de compétence).

Ce projet a également pour objectif de réaliser des analyses critiques et de tirer les enseignements pour mettre en place une plate-forme d'intervision et de réflexion regroupant l'équipe d'Éole, des représentants de centres de santé mentale, de services psychiatriques d'hospitalisation et de représentants la plate-forme psychiatrique régionale.

Dans ce sens, le projet Éole s'inscrit dans l'optique de circuit de soins.

Fondation Julie Renson

La Fondation Julie Renson dispose d'une banque de données qui énumère en détail les structures d'assistance avec leur adresse et d'éventuels renseignements de base. Il a été décidé de financer une étude de faisabilité en vue de disposer d'informations actualisées, validées et en ligne. L'objectif ultime doit être que les intervenants et/ou les patients sachent où s'adresser pour obtenir de l'aide.

Les organisations de patients

Afin d'accroître la participation des patients dans le développement des circuits et réseaux de soins, une partie du fonctionnement de base de deux associations de patients a été financée. Depuis 2001, les pouvoirs publics soutiennent en effet Uilenspiegel en Flandre et Passifou à Bruxelles. Pour y associer toutes les parties du pays, il a été décidé de soutenir une autre organisation de patients, à savoir le CSM Psytoyens en Wallonie. Les organisations de patients doivent également faire partie des membres de chaque plate-forme de concertation de soins de santé mentale (voir arrêté royal du 8 juillet 2003 modifiant l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques).

2.5 Les organes de concertation fédéraux

La construction de cet édifice et le développement de réseaux et circuits nécessite également une bonne concertation de la part des autorités compétentes, entre elles, avec les acteurs de terrain, avec les utilisateurs, et auprès des organes ad hoc. Pareille concertation doit se tenir au moins à quatre niveaux.

a) Dialogues de santé

Une première forme de contact se situe au niveau des personnes sur le terrain. À cet égard, référence peut être faite aux Dialogues de santé qui ont été menés à l'automne 2003. Il convient d'examiner le moyen de mieux informer ces personnes des circuits et réseaux (par exemple via les plates-formes ou en organisant une journée d'étude sur ce thème).

b) CNEH, commission de conventions, ...

Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) et les commissions de conventions sont les organes où sont représentés entre autres les unions professionnelles et les organismes assureurs. Ils doivent être constamment informés de l'évolution de la politique suivie. Compte tenu de cette nécessité, nous attendons d'eux qu'ils accomplissent la mission qui consiste à formuler des propositions et des avis, surtout au niveau de l'organisation administrative et pratique, des normes et du financement.

c) Plate-forme de concertation fédérale pour les soins de santé mentale

Il est impératif de garder de manière la plus régulière possible un dialogue permanent entre les structures intéressées aux projets (INAMI / Santé publique / Interplate-forme).

d) Conférence interministérielle

Enfin, le dialogue, la concertation doivent également être poursuivis avec les Communautés et Régions, et via le groupe de travail de la CIM, en les informant, mais également en garantissant le respect des principes des décisions prises par cette Conférence interministérielle.

À cet égard, il faut noter que les ministres compétents des entités fédérées lors de la conférence interministérielle du 6 décembre 2004 ont marqué leur accord sur la poursuite des travaux selon les bases définies dans le texte «d'amendement» ; ce qui est évidemment capital pour la mise en œuvre de tous ces projets.

3. La santé mentale : d'autres chantiers encore

Il est évident que 2005 devra également être mise à profit pour commencer ou continuer les travaux sur un ensemble de thématiques, indépendamment des développements des réseaux et circuit de soins.

Cela ne signifie malheureusement pas qu'une solution pourra être trouvée à tous les problèmes, mais il est important que via les organes compétents, des groupes de travail constitués à cet effet, en partenariat avec les acteurs, les problématiques soient examinées, objectivées et que des pistes de solutions puissent être développées.

À cet égard, référence doit être faite aux Dialogues de santé qui ont été organisés fin 2003 et qui ont permis de prendre une série de décisions pour la période 2004-2005-2006.

3.1 Priorité à l'accessibilité

Un groupe de travail à créer auprès de l'INAMI doit dresser un inventaire et formuler des propositions concrètes en vue de résoudre les problèmes posés et d'adapter la réglementation sur l'accessibilité financière et les pièges de l'inactivité.

3.1.1 L'inévitable interaction de la pauvreté et de la santé mentale

Une enquête a démontré la difficulté d'établir un lien précis de cause à effet entre pauvreté et santé mentale parce que la causalité joue dans les deux sens. D'une part, la pauvreté peut poser des problèmes en matière de santé mentale. D'autre part, des problèmes de santé mentale peuvent également être cause de pauvreté. La pauvreté ne peut s'appréhender que dans un large contexte social et historique de même qu'en ayant vraiment vécu dans des logements insalubres avec des revenus insuffisants et toutes les conséquences néfastes que cela implique, comme l'impossibilité de veiller à une bonne scolarité des enfants, le manque d'hygiène et, le cas échéant, une mauvaise alimentation. L'exclusion sociale est sans doute l'épreuve la plus terrible qui pousse sans cesse ces personnes dans la marginalité. Les soins de santé (mentale) doivent tenir compte des conditions de vie pénibles et stressantes de longue durée dans lesquelles vivent les personnes démunies. Il doit être possible de faire appel à des experts de terrain pour assister les dispensateurs de soins professionnels lors de l'évaluation précise des situations de pauvreté auxquelles ils sont confrontés.

Dans sa note sur les points noirs intitulée "Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Geestelijke Gezondheidszorg" (accessibilité [financière] des soins de santé mentale) du 1^{er} janvier 2004, la VVI formule une série de propositions pour éviter que des personnes connaissant des problèmes de santé mentale en raison de l'insuffisance de leurs revenus ou du coût trop élevé des soins, ne renoncent aux soins dont elles ont besoin.

Ces dernières années, de nombreux efforts ont été faits dans divers domaines pour fixer la cotisation personnelle en fonction des charges et possibilités financières de l'individu et de sa famille. Il faut poursuivre ces efforts et remettre en question certaines mesures relatives aux cotisations personnelles pour que celles-ci n'entravent plus la continuité entre une structure et une autre forme de soins et/ou d'accompagnement qui réponde mieux aux besoins et aux souhaits du patient.

3.1.2 Élargir l'accès aux patients allochtones

Les traitements psychiatriques stigmatisent les allochtones encore plus que les autochtones. Les problèmes spécifiques des patients allochtones ne peuvent être abordés qu'en partie par la médiation interculturelle. Il est souhaitable de mieux informer ce groupe cible de l'offre de

soins par des campagnes de sensibilisation. Par ailleurs, il convient d'utiliser les services de plus de dispensateurs de soins allochtones. Ici aussi, les différents prestataires de soins devront prendre leurs responsabilités.

3.2 Organisation de l'offre

Il n'y a pas que les obstacles financiers qui entravent l'accès. Il faut aussi adapter le contenu et l'organisation de l'offre de soins elle-même.

Il existe toute une gamme de structures, organisées et/ou financées ou non au niveau fédéral ou au niveau des Communautés/Régions. Nombre d'entre elles sont d'origine historique et sont apparues surtout à l'occasion de la réduction progressive des lits d'hôpital. Ces dernières années, l'organisation des soins se fait à partir du patient.

Le SPF Santé publique, en collaboration avec l'INAMI, réalisera un inventaire de ce qui existe dans les soins de santé mentale.

Personnes internées

Concernant plus spécifiquement les personnes internées, le SPF Santé publique mène un projet pilote pour le traitement des patients *medium risk* "libérés à l'essai".

Un groupe de travail a également été lancé en septembre 2004 – sous la direction du Pr Dr Cosyns – concernant l'accueil des personnes internées en Belgique en général. Il est utile à ce sujet de s'en référer à l'avis formulé par le groupe de travail permanent «Psychiatrie» le 14 octobre 2004. Les résultats de ce groupe de travail doivent résulter en un avis à l'attention tant du ministre de la Santé publique que du ministre de la Justice. Cet avis abordera entre autres la meilleure manière d'organiser les soins pour ce groupe cible. La Flandre aurait besoin de 400 places pour ce groupe cible et la Wallonie de 80 places complémentaires. Cette différence s'explique par le fait que les structures de défense sociale sont établies en Wallonie et non en Flandre. Ce groupe de travail doit également évaluer dans quelle mesure il s'agit d'une estimation réaliste des besoins existants.

En outre, le gouvernement a décidé qu'à dater du 1^{er} janvier 2005, les frais liés au traitement des personnes internées dans des établissements psychiatriques seraient à la charge des frais d'administration de l'INAMI, sur la base des conventions conclues par le ministre de la Justice et le ministre des Affaires sociales avec ces établissements.

3.3 Priorité au financement des soins de santé mentale

Dans le cadre des Dialogues de santé organisés fin 2003, les recommandations suivantes ont entre autres été formulées pour la période 2004-2005-2006 :

- Dans les limites du budget disponible, exécuter les mesures proposées dans les avis du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) concernant :
 - a) la fonction psychologique dans un hôpital général et psychiatrique ;
 - b) la fonction sociale dans un hôpital psychiatrique ;
 - c) la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire pour la psychiatrie de liaison.
- Accorder de l'attention aux soins de santé mentale dispensés aux personnes âgées.
- Tenir compte de l'avis du CNEH au sujet des différents problèmes du sous-financement dans le secteur des hôpitaux psychiatriques et préparer l'exécution d'un projet d'avis relatif au financement prospectif du secteur axé sur les programmes. Entre-temps, une étude a déjà débuté en ce sens au niveau national qui se penche sur les paramètres pour la fixation des coûts de la partie B1 du budget des moyens financiers des hôpitaux psychiatriques.
- Il importe de vérifier dans quelle mesure les lacunes constatées dans le financement des initiatives d'habitations protégées et des MSP peuvent être éliminées.
- Il faut également examiner les possibilités de traitement psychiatrique en résidence à temps partiel/plein. Une demande d'avis sera adressée à cet effet au CNEH et portera d'une part sur le financement et d'autre part sur les aspects de programmation des lits t1 et t2.

Les patients psychiatriques incurables sont pris en charge par les maisons de soins psychiatriques.

Ces patients ont généralement besoin d'être constamment suivis dans leurs activités quotidiennes. Ici, l'accent est davantage mis sur les soins et la réhabilitation que sur le traitement. Les patients qui présentent en permanence un comportement dérangeant doivent pouvoir bénéficier d'un encadrement thérapeutique particulier. A cet égard, l'expérience acquise avec les patients agressifs présentant des troubles graves du comportement (PATC) pourrait être mise à profit. L'accessibilité financière des maisons de soins psychiatrique (MSP) est un problème spécifique aigu. Près de la moitié des pensionnaires sont incapables de payer les frais d'hébergement avec leurs propres moyens. La réglementation actuelle, qui prévoit une intervention de l'Etat, est peu efficace et doit être adaptée.

Les initiatives d'habitation protégée ont l'énorme avantage d'être déjà, du point de vue structurel, le produit d'une association «transmurale». L'offre de structures d'habitations protégées doit progressivement se différencier en fonction des groupes cibles spécifiques (personnes présentant des troubles liés à la consommation de produits, personnes âgées, ...). La norme de programmation pour les habitations protégées a récemment été revue à la hausse et est passée de 0,4 à 0,5 places pour mille habitants. Par ailleurs, nous avons prévu – pour 20 % du nombre total de places d'habitations protégées – la possibilité d'accéder à une habitation protégée individuelle.

Outre le médecin qui est ultimement responsable du suivi médico-psychiatrique des pensionnaires, il faut également désigner, au sein de l'équipe du personnel des habitations

protégées, un coordinateur du fonctionnement (à mettre au point en fonction des possibilités budgétaires).

3.4 Priorité à la formation, au personnel, ... dans les soins de santé mentale

Il faut tenir compte des nouvelles prestations spécifiques de soins infirmiers concernant le traitement des patients au niveau des soins de santé mentale : psychiatrie, toxicomanie, etc.

Les travaux parlementaires de la fin de la législature précédente peuvent servir de base pour parvenir rapidement à un projet de loi qui permet de reconnaître dans leur totalité les différentes professions du secteur des soins de santé mentale, en particulier des psychologues.

Compte tenu de l'évolution de la réflexion en matière de prise en charge des problèmes relatifs aux soins de santé mentale, il importe de prévoir les adaptations nécessaires au niveau de la formation des auxiliaires paramédicaux, des psychologues, des assistants sociaux, des ergothérapeutes, etc.

Prendre les mesures qui découlent de l'examen de tous les aspects de la prise en charge des risques liés à la sécurité et aux problèmes d'agression inhérents à la prestation de soins de santé mentale.

3.5 Priorité à la simplification administrative, à l'enregistrement et aux actes basés sur l'*evidence* dans les soins de santé mentale

3.5.1 Simplification administrative

Les organes de l'INAMI et du CNEH créés à cette fin se sont vu confier la tâche de dresser une liste de toutes les simplifications administratives pour le secteur : facturation, communication avec les organismes assureurs, collecte des données, révision et modularisation de l'actuel RPM. Il s'agira ensuite de concrétiser ces simplifications.

3.5.2 Enregistrement et systèmes d'enregistrement

Le système actuel d'enregistrement nécessite une révision urgente. Le mode d'enregistrement doit être amélioré et subir une «cure d'amaigrissement» afin d'en faire un instrument plus adéquat.

Le nouveau système d'enregistrement doit permettre aux établissements psychiatriques intéressés de fournir un maximum d'indicateurs pertinents concernant la politique à mener avec un minimum de charges d'enregistrement.

Élément crucial de ce système d'enregistrement, la possibilité – dans les limites de la loi sur la protection de la vie privée – de suivre le trajet effectué par le patient dans le milieu des soins de santé mentale au moyen d'un numéro d'identification unique du patient. Sans ce numéro, aucune donnée épidémiologique ne peut en effet être collectée, et aucune évaluation des circuits et des réseaux de soins ne peut être organisée.

Ce système d'enregistrement renouvelé doit correspondre à la philosophie des circuits de soins et réseaux susmentionnée et doit au minimum fournir des informations sur :

- les listes/délais d'attente pour le patient ;
- l'origine du patient (par rapport à la zone d'activité des réseaux) ;
- la satisfaction du patient (à compléter par le patient lui-même) ;
- la charge de travail du personnel ;
- (la qualité de) la coopération entre les acteurs (HP, SPHG, IHP, MSP, CSM et les conventions INAMI) et les partenaires (tous les autres) au sein du réseau ;
- l'efficience et l'efficacité du traitement ou, lorsque aucune vérification n'est (encore) possible, l'évolution de la qualité de vie du patient au cours du traitement. Il faudra en l'occurrence également disposer d'informations relatives à aux problèmes du patient et au traitement proposé. Concernant le traitement médicamenteux, le nouvel enregistrement devra également permettre une différenciation plus précise au sein des grandes classes de médicaments psychotropes (par exemple entre les différents groupes d'antidépresseurs). Au niveau du traitement psychothérapeutique, il faudra pouvoir faire une distinction entre les différents courants et paradigmes psychothérapeutiques (de psychodynamique, expérimental, de thérapie comportementale, de thérapie systémique, ...).

L'avis du CNEH sera requis au sujet de la proposition développée actuellement par les deux promoteurs RPM. Pareil enregistrement ne peut toutefois être développé qu'en concertation avec les autres autorités (INAMI, Communautés/Régions/future politique européenne en matière d'indicateurs de santé mentale).

La Belgique est l'un des six pays européens ayant participé à l'*European Study of Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) en collaboration avec l'OMS. Cette étude est maintenant terminée et les premières publications ont été éditées. Au total, 21425 personnes ont été interrogées dans les 6 pays entre janvier 2001 et août 2003. Le taux de réponses pour la Belgique s'élève à 50,6 %. Il serait intéressant de comparer les données de l'enquête de santé avec celles de l'étude ESEMED étant donné qu'elles portent toutes les deux sur la population générale. En outre, l'étude ESEMED contient encore d'autres données pouvant fournir des informations intéressantes du point de vue de la santé publique.

3.5.3 Actes basés sur l'*evidence* dans les SSM

La qualité de l'offre dans les soins de santé mentale s'est considérablement améliorée ces dernières années, mais il y a encore du pain sur la planche.

La recherche dans les soins de santé mentale doit rattraper son retard sur celle des soins de santé somatique et ne pas être traitée en parent pauvre. La littérature sans cesse croissante au sujet de l'*evidence based mental health* révèle que les dispensateurs de soins et les chercheurs font toujours mieux la différence entre fait et fiction. Il est possible, sur la base des données de l'étude qualitative et quantitative, de travailler au développement d'un protocole de traitement pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité. L'étude nous révèle que seuls 20 à 30 % de la pratique est *evidence-based*. L'étude d'implémentation relative aux actes basés sur l'*evidence* est nécessaire.

4. Conclusions

Les autorités ont décidé d'accorder la priorité au lancement des projets «circuits et réseaux de soins» comme convenu lors de la Conférence interministérielle de la Santé publique le 24 mai 2004.

La concertation autour du patient est un élément central. A cette fin, des projets thérapeutiques seront mis sur pied. La concertation autour du patient doit cadrer dans une perspective plus large de concertation afin d'aboutir à une politique cohérente en matière d'organisation et/ou de coordination des circuits de soins. L'objectif est d'amener une concertation transversale entre les projets thérapeutiques au sein d'un même groupe cible en vue d'arriver de cette manière à une proposition structurelle de circuit et de réseau de soins.

Il importe également d'octroyer la priorité à l'étude de l'accessibilité financière et des pièges de l'inactivité, à la simplification administrative et à la finalisation des «projets pilotes Santé publique».

En vue de concrétiser ces mesures, il est demandé :

À l'INAMI

- De formuler, au niveau des commissions de conventions et d'accords, une proposition visant à stimuler la concertation autour des patients psychiatriques présentant des problèmes chroniques et complexes. Il importe de trouver un système de coordination entre les dispensateurs de soins individuels autour d'un patient (coopération primaire ou clinique). C'est l'une des conditions pour organiser et assurer des soins «sur mesure» et faire en sorte qu'un patient puisse réintégrer la société une fois sorti d'une structure d'accueil dans les soins de santé mentale.
- Dans le cadre du budget 2005, des moyens ont été dégagés à concurrence de plus de 2.000.000 d'euros et qui seront exclusivement utilisés pour l'élaboration des **projets thérapeutiques** dans le cadre de la concertation autour du patient.

Ces projets thérapeutiques doivent tester un modèle de financement de concertation autour d'un patient, sachant que ce financement doit être liée à un «acte» effectif.

- De dresser un inventaire au sein d'un groupe de travail et de formuler des propositions concrètes en vue de solutionner et d'adapter la réglementation relative aux problèmes en matière d'**accessibilité financière et de pièges de l'inactivité**.
- De formuler une série de propositions au sein d'un groupe de travail en vue de la **simplification administrative**. Ce point couvre également le domaine de l'assurance indemnités.

Au SPF Santé publique

- Conclure des contrats avec les plates-formes de concertation soins de santé mentale dans lesquels les missions telles que mentionnées au point 2.3.3. sont reprises, et ce dans le budget qui est spécifiquement prévu à cet effet. Le SFP s'occupera de lancer les activités de ces plates-formes ainsi que du Comité d'accompagnement. Il suivra

l'exécution des missions des plates-formes et veillera à ce que les informations circulent vers la plate-forme fédérale et vers le comité d'accompagnement.

- Etant donné l'importance, l'évaluation positive et le rôle que le projet pilote "**Soins psychiatriques aux patients à domicile**" peut jouer dans le cadre des circuits de soins et des réseaux, des moyens supplémentaires seront également attribués pour l'extension de ce projet à 12 participants. Les conventions des participants actuels seront prolongées d'un an et un appel sera lancé en direction des nouveaux participants.
- Les liens fonctionnels nécessaires doivent être développés entre les projets pilotes existants dans le secteur de la santé mentale qui sont prolongés et les projets thérapeutiques afin de vérifier quelle place les différentes formes de soins qui sont l'objet de la plupart des projets pilotes en cours peuvent éventuellement prendre dans les futurs circuits de soins le.
- En 2005, il est déjà possible de vérifier si les projets pilotes en cours, et, en tous cas, les projets en cours depuis longtemps doivent être structurés/régularisés dans le cadre de la législation soins de santé.
- Le SPF Santé publique, en collaboration avec l'INAMI, réalisera un **inventaire** de ce qui existe dans les soins de santé mentale.
- Un groupe de travail du CNEH doit formuler des propositions de **simplification administrative**.

Une attention constante sera maintenue pour le lancement et l'évaluation d'études de soutien à la politique. C'est et cela reste une partie importante en vue de pouvoir élaborer une politique basée sur *l'evidence* autour des soins de santé mentale.

Comme on le voit, 2005 sera une année importante pour la mise en œuvre des «réseaux et circuits de soins». Les expérimentations devraient pouvoir conduire à des conclusions définitives d'ici quelques années, et le secteur de la Santé Mentale pourrait être un véritable précurseur en la matière, permettant ensuite, l'extension du concept à d'autres secteurs de la santé.

Mais 2005 doit aussi être mise à profit pour avancer dans les autres chantiers, et en concertation avec tous les acteurs, assuré du dynamisme présent dans le secteur, je ne doute pas que nous arrivions à poursuivre une politique cohérente, garantissant des soins de qualité.

5. Annexes

5.1 Annexe 1: Circuits et réseaux: l'historique de 1997 à 2004

C'est dans le courant du mois de juin 1997 que le Conseil national des établissements hospitaliers a émis un avis qu'il a transmis au Ministre compétent à l'époque pour la Santé publique.

Cet avis donnait une série de directives pour l'organisation et l'évolution future des soins de santé mentale en Belgique, et posait les balises pour parvenir à des soins de santé mentale mieux organisés.

Le principe de base de cette nouvelle organisation est que l'organisation de l'offre de soins doit être fondée non pas sur les équipements mais bien sur les patients et leurs besoins en matière de soins.

Il fallait donner des définitions à ces termes nouveaux :

Le «circuit de soins» est donc une offre de soins spécifique pour un groupe cible déterminé dans une région bien définie, et englobe toutes les étapes dans un trajet de soins d'un patient et se réalise par la collaboration et la concertation concrètes de personnes qui sont liées à différentes initiatives dans la dispensation de soins.

La forme juridique que ces collaborations prennent sont désignées par le terme «réseau de soins».

Deux ans plus tard, en 1999, les concepts «circuits de soins» et «réseaux de soins» furent inscrits dans la législation sur les hôpitaux.

Lors de la deuxième phase de reconversion en psychiatrie, le concept de circuit et réseau de soins avait été intégré dans des dispositions générales dans la Loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales (article 191 - modification de la loi sur les hôpitaux).

Ce ne fut qu'une première étape dans la politique suivie. La réalisation du cadre juridique et budgétaire qui devait permettre une modification radicale de l'organisation des soins, constitue une mission et un défi qui dépassent largement les séparations existant entre compétences politiques, niveaux administratifs et secteurs concernés !

En effet, les matières relevant de la politique de santé mentale sont du ressort de plusieurs niveaux du pouvoir de sorte que le développement d'une politique cohérente en cette matière, et notamment la définition d'un réseau et/ou circuit de soins, doit normalement passer par un accord de coopération entre l'Etat Fédéral, les Régions et les Communautés, i.e. les entités fédérées.

C'est pourquoi il a fallu plusieurs Conférences Interministérielle de Santé publique, réunissant tous les ministres fédéraux, communautaires et régionaux compétents pour la santé publique et la politique de santé, pour examiner comment l'offre existante de soins de santé mentale pouvait être optimisée afin de répondre pleinement aux besoins et aux demandes de soins des patients, dans le cadre de ces nouveaux concepts.

A l'occasion d'une déclaration conjointe, les Ministres compétents en matière de Santé publique ont décidé le 24 juin 2002 d'organiser l'offre des soins de santé mentale dans notre

pays selon les principes des groupes cibles et des réseaux et ce, en vue d'offrir des soins intégrés dont le patient est l'élément central, et garantir par là la continuité des soins.

Cet examen a décidé le 22 juin 2002 se basait sur les 9 principes suivants :

Le premier principe de base est que la politique et l'organisation des soins de santé mentale sont fondées sur les besoins du patient.

Pour appuyer celles-ci, nous avons un cadre légal pour les droits des patients
Les soins de santé mentale doivent offrir une réponse adéquate aux demande de soins des patients et doivent promouvoir la participation sociale.

Ensuite, et c'est le deuxième principe de base, la population de patients est subdivisée en trois groupes cibles, à savoir les enfants et les jeunes, les adultes et les personnes âgées.

Un circuit de soins spécifique doit être élaboré pour chacun de ces groupes cibles. Ce circuit de soins est réalisé par la collaboration entre différents équipements et initiatives dans un territoire ou une région déterminé. La réorganisation des soins de santé mentale selon des circuits de soins et des réseaux de soins constitue un troisième principe de base.

La liberté de choix du patient et la collaboration de tous les prestataires de soins au sein d'une zone d'action déterminée en vue d'assurer la continuité des soins constituent un quatrième principe de base.

Le cinquième principe préconise que les soins de santé mentale soient offerts de préférence dans l'environnement familial du patient. En d'autres termes, ce n'est que lorsque les soins et l'accompagnement ne peuvent pas être offerts à domicile ou dans un cadre ambulatoire, que des soins institutionnels sont nécessaires.

Le réseau de soins, et c'est là le sixième principe de base, doit accorder de l'importance à la prévention, à l'éducation et à la promotion de soins de santé mentale qui s'insèrent dans la politique menée par les Communautés et les Régions.

Comme septième principe de base, il a été convenu que les différentes autorités devaient faciliter la formation de réseaux par la création des incitants nécessaires afin que l'offre de soins, l'ensemble des circuits de soins puissent se développer à partir de la base.

Le huitième principe de base préconise que, pour pouvoir réaliser ce qui précède, toutes les autorités doivent coordonner leurs politiques respectives en matière de soins de santé mentale.

Le dernier principe de base consiste à partir de l'offre de soins existante lors de la réorganisation des soins de santé mentale. Pour chaque circuit de soins, le ou les réseau(x) concerné(s) devront examiner comment l'offre de soins doit être complétée de manière à pouvoir réaliser un ensemble de services coordonnés.

Dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique, il y a eu un engagement de toutes les parties pour y travailler. Les besoins se faisaient essentiellement sentir dans le cadre de la pédo-psychiatrie, et de manière générale la prise en charge d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles de santé mentale.

C'est pourquoi, ce projet de protocole visait le développement de projets pilotes en faveur de ce groupe cible. Les négociations de la Taskforce entre juillet 2002 et mars 2003 ont résulté en une proposition de protocole d'accord qui a été soumise à l'approbation des Ministres de tutelle lors de la conférence interministérielle de la Santé publique du 20 mars 2003.

Ce protocole d'accord n'a pas fait l'objet d'un consensus entre les membres de la CIM Santé publique.

Le 8 décembre 2003, la CIM Santé publique a cependant décidé de poursuivre les travaux et de formuler des propositions relatives à l'élaboration et l'implémentation des concepts 'circuits de soins' et 'réseaux' dans les soins de santé mentale en général et dans les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes en particulier (=mission originelle) avec comme priorité la formulation de propositions relatives à l'élaboration et l'implémentation de l'activation dans les soins de santé mentale (=mission élargie).

Récemment, le 24 mai 2004, la Conférence interministérielle de la Santé publique a approuvé un texte à ce sujet. Ce texte de consensus ([Annexe 2 : déclaration d'intention de 2002](#)) met l'accent sur plusieurs points essentiels (et qui permettent d'éviter les critiques qui avaient été formulées dans le cadre du projet de protocole qui n'a jamais pu être approuvé)¹.

Il a été en outre décidé, à l'issue d'une discussion approfondie, de ne pas limiter le groupe cible prioritaire pour la réalisation de circuits et réseaux de soins aux enfants et aux jeunes mais de l'élargir à toutes les catégories d'âge pour autant qu'il s'agisse de patients présentant une problématique chronique et complexe.

En effet, on part du principe que, pour ce groupe de patients, le risque de discontinuité des soins et donc, le besoin de circuits et de réseaux de soins est le plus élevé. Daarenboven wenst het beleid niet te discrimineren op basis van leeftijd.

Dans un premier temps, il s'agit donc de développer des projets pilotes. La conférence interministérielle continuera ses travaux en vue d'établir, après l'évaluation positive de ces projets-pilotes un projet de protocole d'accord ou d'accord de coopération, permettant de développer les réseaux et circuits de soins, et qui tiendra compte des principes énoncés.

¹ Pour rappel les critiques concernaient essentiellement l'aspect trop « strict » du cadre, le problème de territorialité, le non respect de la liberté de choix de prestataire et liberté thérapeutique, la crainte de développement de réseau non pluraliste et hospitalo-centriste.

5.2 Annexe 2 : déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique en matière de soins de santé mentale- 24 juni 2002

5.2.1 Déclaration d'intention de 2002 : texte intégral

GEMEENSCHAPPELIJKE VERKLARING VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID EN SOCIALE ZAKEN INZAKE HET TOEKOMSTIG BELEID VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden van de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale overheid inzake de geestelijke gezondheidszorg ;

Overwegende dat geestelijke gezondheid een dynamisch concept is, dat dient in te spelen op de zorgvraag en dat het noodzakelijk is het zorgaanbod aan te passen aan die zorgvraag teneinde de effectiviteit van de zorgverlening te optimaliseren.

Overwegende dat het wenselijk is een Task Force te creëren die op grond van de hieronder vermelde uitgangspunten het kader uittekenen voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg ;

Op grond van voorgaande overwegingen heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, in vergadering bijeen gekomen op 24 juni 2002, beslist tot de hierna volgende verklaring :

1. Behoeftte aan een nieuw Concept voor de geestelijke gezondheidszorg

In het jaarrapport 2001 van de Wereldgezondheidsorganisatie² (WHO) werd het maatschappelijk belang van de toenemende problemen inzake geestelijke gezondheid en de dringende nood aan een uitbreiding en betere organisatie van het zorgaanbod aangegeven.

DÉCLARATION CONJOINTE DES MINISTRES DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA POLITIQUE FUTURE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE

Vu les compétences respectives des Communautés, des Régions et de l'Etat Fédéral en matière de soins de santé mentale ;

Considérant que la santé mentale est un concept en perpétuelle mutation, qui se doit d'être en phase avec les demandes exprimées par les personnes ; et qu'il est nécessaire d'adapter l'offre de soins en santé mentale afin de garantir la plus grande efficacité des réponses apportées ;

Considérant qu'il est souhaitable de créer une Task Force qui, sur la base des points de départ sous-mentionnés, esquisse le cadre de la réforme des soins de santé mentale ;

Sur la base des considérations précitées, la Conférence interministérielle de la Santé publique, qui s'est réunie le 24 juin 2002, a convenu de faire la déclaration suivante :

1. Besoin d'un nouveau concept de soins de santé mentale

Le rapport annuel 2001 de l'Organisation mondiale de la santé⁴ (OMS) fait état de problèmes de plus en plus importants en matière de santé mentale et des conséquences que cela entraîne pour la société, ainsi que du besoin urgent de

² WHO (2001). *The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva.

Deze vaststelling werd omgezet in een resolutie³ "Mental health: responding to the call for action" die op 18 mei 2002 op voorstel van België werd goedgekeurd in de Algemene Vergadering van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Hierin wordt opgeroepen extra inspanningen te doen om het aanbod van geestelijke gezondheidszorg beter te doen aansluiten bij de behoeften.

développer et d'améliorer l'offre de soins. Ce constat a été transposé dans une résolution '*Mental Health : Responding to the Call for Action*⁵', qui a été approuvée le 18 mai 2002 à la Réunion générale de l'Organisation mondiale de la santé, sur proposition de la Belgique. Cette résolution appelle à fournir des efforts supplémentaires, afin de faire mieux correspondre l'offre et les besoins en matière de soins de santé mentale.

Vandaar de noodzaak tot promotie van een kwalitatief en kwantitatief geoptimaliseerd aanbod van geestelijke gezondheidszorg. In dit aanbod dient de patiënt en diens behoeften en zorgvraag, een centrale richtinggevende plaats te bekleden⁶. Dit wil zeggen dat voor elke patiënt de zorg wordt aangeboden die aan zijn/haar behoeften beantwoordt en dit bij voorkeur in de eigen omgeving van de patiënt.

D'où la nécessité de promouvoir une offre de soins de santé mentale optimale sur les plans quantitatif et qualitatif. Dans cette offre, le patient ainsi que ses besoins et la demande de soins doivent occuper une place centrale⁷. Cela veut dire que chaque patient reçoit les soins dont il a besoin, de préférence dans l'environnement qui lui est familier.

Het is vanzelfsprekend dat een dergelijke basisfilosofie omtrent het aanbieden van geestelijke gezondheidszorg weerspiegeld wordt in de wijze waarop die zorg wordt georganiseerd. Daarom heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, op 24 juni 2002, beslist na te gaan hoe men, gezamenlijk, vanuit de Federale -, Gemeenschaps- en Gewestelijke overheden, met respect voor ieders bevoegdheid, kan komen tot een optimalisering van het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg teneinde ten volle te beantwoorden aan de zorgvraag van de patiënt.

Il va de soi qu'une telle philosophie de base relative à l'offre de soins de santé mentale se reflète dans la manière dont les soins sont organisés. C'est la raison pour laquelle la Conférence interministérielle de la Santé publique a décidé, le 24 juin 2002, d'examiner comment les autorités fédérales, communautaires et régionales peuvent, ensemble, dans le respect de leurs compétences respectives, optimiser l'offre existant en matière de soins de santé mentale afin de répondre pleinement à la demande de soins du patient.

Om het nieuwe concept van geestelijke gezondheidszorg uit te werken is het wenselijk te beschikken over een platform, een Task force, waarin alle bevoegde overheden zetelen. Dit platform zal voorstellen doen aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over de wijze waarop men, vertrekkend van de rijkheid en diversiteit van de bestaande netwerken

Afin d'élaborer le nouveau concept de soins de santé mentale, il est souhaitable de disposer d'une plate-forme, une Task Force, dans laquelle toutes les autorités compétentes siègent. Cette plate-forme formulera des propositions à l'intention de la Conférence interministérielle de la Santé publique concernant la possibilité de parvenir à une offre plus cohérente s'appuyant sur la

³ WHO (2002). *Mental health: responding to the call for action*. Resolution WHA 55.10.

⁴ WHO (2001) *The World Health Report 2001. Mental Health : New Understanding, New Hope*. Geneva.

⁵ WHO (2001) *Mental Health : Responding to the Call for Action*

⁶ Aelvoet, M. ism Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg ?! Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg*. Brussel.

⁷ Magda Aelvoet en collaboration avec Frank Vandenbroucke *La psyché : le cadet de mes soucis ?! Note de politique pour les soins de santé mentale*

alsook rekening houdend met de Gewestelijke en Communautaire specificiteit, kan komen tot een meer coherent aanbod.

Samenwerking tussen alle actoren op het terrein is dé sleutel om te komen tot een dergelijk globaal vraaggericht zorgaanbod. Om alle partners in de zorgverlening op mekaar af te stemmen is het essentieel elke bevoegde overheid te betrekken bij het uitwerken van een nieuw organisatie-model voor de geestelijke gezondheidszorg. Er moet duidelijkheid geschapen worden, zowel op niveau van de bevoegde overheden als op niveau van de zorgactoren, omtrent de wijze waarop optimaal kan samengewerkt worden.

De opdracht van de Task Force moet gestoeld zijn op basisprincipes die het aanbieden van een kwalitatief, vraaggericht en transparant aanbod van geestelijke gezondheidszorg moeten mogelijk maken. In onderhavige verklaring wenst de Interministeriële Conferentie dan ook de bakens uit te zetten waarbinnen de Task Force haar werkzaamheden dient te ontplooiën.

2. Principes voor de werkzaamheden van de Task Force 'Geestelijke gezondheids-zorg'

2.1. Het eerste basisprincipe gaat ervan uit dat het beleid in de geestelijke gezondheidszorg moet uitgaan van de **noden van de patiënt**, hij/zij vormt de spil voor de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. Zijn of haar behoeften en zorgvragen sturen het aanbod en bepalen terzelfdertijd, in nauwe samenspraak met de zorgverleners, van welke onderdelen of aspecten van het globale zorgaanbod de patiënt gebruik zal maken, en van welke niet.

2.2. Voor de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg kan worden uitgegaan van **bevolkingsgroepen gebaseerd op leeftijd en de daarmee samenhangende sociologische kenmerken**. Dit vormt het tweede basisprincipe voor de werkzaamheden van de Task Force. Op die manier wordt de patiëntenpopulatie ingedeeld in drie doelgroepen : kinderen en jongeren (tot en met 18 jaar), volwassenen en ouderen. Voor

richesse et la diversité des réseaux existants et prenant en considération les spécificités régionales et communautaires.

La collaboration entre tous les acteurs de terrain est la solution pour parvenir à une offre de soins globale axée sur la demande. Afin de réaliser une coordination de la dispensation des soins entre tous les partenaires, il est essentiel d'associer chaque autorité compétente à l'élaboration d'un nouveau modèle d'organisation pour les soins de santé mentale. Il faut clarifier la situation tant au niveau des autorités compétentes qu'au niveau des acteurs de la dispensation des soins, en ce qui concerne les possibilités de collaborer de manière optimale.

La mission de la Task Force doit reposer sur des principes de base doivent permettre une offre de soins de santé mentale transparente, axée sur la demande et de haute qualité. Dans la présente déclaration, la Conférence Interministérielle souhaite donc poser les jalons pour le développement des activités de la Task Force.

2. Principes afférents aux travaux de la Task Force 'Soins de santé mentale'

2.1. Le premier principe de base est que la politique en matière de soins de santé mentale doit être fondée sur **les besoins du patient**, lesquels constituent le pivot du développement des soins de santé mentale. Ses besoins ou demandes de soins déterminent l'offre. Ils permettent aussi de savoir quelles composantes ou quels aspects de l'offre globale de soins le patient utilisera et ceux qu'il n'utilisera pas. Cela se fait en étroite collaboration avec les prestataires de soins.

2.2. Pour le développement futur des soins de santé mentale, on peut se fonder sur **les groupes de population reposant sur l'âge et les caractéristiques sociologiques** y afférentes. Cela constitue le deuxième principe de base des activités de la Task Force. Ainsi, la population de patients est subdivisée en trois groupes cibles, à savoir : les enfants et les jeunes (jusqu'à 18 ans), les adultes et les personnes âgées. Pour chaque

elke doelgroep dient een specifiek aanbod of zorgcircuit te worden uitgetekend vertrekkende vanuit het bestaande regiospecifieke zorgaanbod en behoeften. Een zorgcircuit is bijgevolg het zorgaanbod, of anders gezegd het samenwerkend geheel van zorgaanbieders, voor een bepaalde doelgroep binnen een bepaald werkingsgebied. Het is precies dit zorgcircuit dat het moet mogelijk maken dat de zorgverlening naadloos op elkaar aansluit en ten aanzien van de patiënt een coherent geheel vormt.

2.3. De samenwerking tussen diverse geestelijke gezondheidszorgaanbieders dient zich op organisatorisch niveau te vertalen in een netwerkoevereenkomst tussen alle betrokken zorgaanbieders. Dit is noodzakelijk om tot een efficiënt, transparant en patiëntgericht zorgcircuit te komen.

De nieuwe organisatie van de geestelijke gezondheidszorg volgens de concepten van **zorgcircuits en netwerken van zorgvoorzieningen of zorgaanbieders** is een derde basisprincipe.

2.4. Cruciaal binnen een zorgcircuit, en zelfs over de grenzen van de vermelde circuits heen, blijft de keuzevrijheid van de patiënt en de uitoefening van diens rechten als basisprincipe. Langs de andere kant ligt de verantwoordelijkheid van continuïteit in de zorgverlening aan de patiënt bij de samenwerkende zorgaanbieders, of anders gezegd, het zijn de partners binnen het netwerk die de continuïteit en de efficiëntie dienen te garanderen van de door hen aangeboden zorg. Het is bijgevolg niet de overheid die instaat voor de continuïteit van de aangeboden zorg, maar de samenwerkende zorgaanbieders zelf, i.e. het netwerk, tesamen met de patiënt. **Keuzevrijheid voor de patiënt en samenwerking van alle zorgaanbieders binnen een welbepaald afgebakend werkingsgebied met het oog op het verzekeren van de continuïteit van de zorgverlening, gelden als een vierde basisprincipe⁸.**

2.5. Subsidiariteitsbeginsel. Er werd reeds

groupe cible, il y a lieu de développer une offre spécifique ou circuit de soins sur la base de l'offre de soins propre à la région ou aux besoins. Un circuit de soins est, par conséquent, l'offre de soins, autrement dit l'ensemble des prestataires de soins qui collaborent pour un groupe cible déterminé dans une zone d'activité déterminée. C'est précisément ce circuit de soins qui doit permettre que les soins soient coordonnés et forment un tout au bénéfice du patient.

2.3. La collaboration entre divers prestataires de soins de santé mentale doit se traduire au niveau organisationnel dans un accord de réseau entre tous ces prestataires. Cela est nécessaire pour arriver à un circuit de soins efficace, transparent et axé sur le patient.

La nouvelle organisation des soins de santé mentale suivant les concepts de **circuits de soins et de réseaux d'équipements de soins ou de prestataires de soins** est un troisième principe de base.

2.4. Un point crucial au sein d'un circuit de soins et même par-delà les limites des circuits de soins, est la liberté de choix du patient et l'exercice de ses droits comme principe de base. En outre, la responsabilité de la continuité des soins au patient incombe aux prestataires de soins collaborant ou, en d'autres termes, ce sont les partenaires au sein du réseau qui doivent garantir la continuité et l'efficacité des soins dispensés. Par conséquent, ce n'est pas l'autorité qui doit se charger de la continuité des soins dispensés, mais les prestataires de soins collaborants eux-mêmes et avec le patient, c'est-à-dire le réseau. **La liberté de choix pour le patient et la collaboration de tous les prestataires de soins** dans une zone d'action bien délimitée afin de garantir la continuité des soins valent comme quatrième principe de base⁹.

2.5. Principe de subsidiarité. Il a déjà été

⁸ Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zal bij het invullen van dit basisprincipe de nodige flexibiliteit moeten ingebouwd worden zodat men rekening kan houden met de specificiteit van dit Gewest.

⁹ Pour la Région Bruxelles-Capitale on devra faire preuve d'une flexibilité nécessaire pour remplir ce principe de base de sorte qu'on puisse tenir compte de la spécificité de cette Région.

aangehaald dat het zorgaanbod binnen een zorgcircuit zo nauw mogelijk dient aan te sluiten bij de behoeften van de patiënt. Hierbij komt dat dit zorgaanbod bij voorkeur in de dagdagelijkse omgeving van de patiënt wordt aangeboden. Met andere woorden, en dit is een vijfde basisprincipe, de zorg dient **bij voorkeur ambulant of thuis** te worden aangeboden. Het is pas wanneer de patiënt niet ambulant of thuis kan worden behandeld dat institutionele zorg noodzakelijk is.

2.6. Het is belangrijk dat een netwerk aandacht besteedt aan preventie, educatie en promotie van de geestelijke gezondheidszorg alsook aan initiatieven ontwikkeld door bestaande samenwerkingsverbanden teneinde het welzijn van de burgers te garanderen. Indien een netwerk activiteiten hieromtrent opzet, is het wenselijk dat deze kaderen in het preventie-, educatie en promotiebeleid van de Gemeenschappen en Gewesten.

2.7. De samenwerking binnen de zorgcircuits en netwerken dient te worden aangemoedigd door het creëren van stimuli. Deze nieuwe organisatievorm is een kader waarbij zorgactoren overeenkomen om in een consistent geheel samen te werken. De verschillende overheden dienen deze vorm van **samenwerking** mogelijk te maken zodat het aanbod van onderuit groeit eerder dan een van bovenaf opgelegd samenwerkingsverband.

2.8. Dit veronderstelt dat de overheden overeenkomen om hun respectievelijk **beleid** in de geestelijke gezondheidszorg, ieder binnen hun eigen wetgevende bevoegdheid, **op elkaar af te stemmen** om een kader mogelijk te maken dat leidt tot efficiënte actie.

2.9. De in de verklaring vooropgestelde hervorming vertrekt vanuit het bestaande aanbod. In iedere casus of afzonderlijk netwerk zal dan ook moeten worden nagegaan hoe het aanbod dient te worden vervolledigd zodat een op elkaar aansluitend geheel van diensten kan worden aangeboden. De hervorming zal derhalve oog moeten hebben voor bestaande **leemten** in de voorzieningen die noodzakelijkerwijze **moeten**

précisé que l'offre de soins au sein d'un circuit de soins doit être la plus proche possible des besoins du patient. De plus, cette offre de soins doit de préférence être dispensée dans l'environnement familial du patient. En d'autres termes, et c'est là le cinquième principe de base, les soins doivent **de préférence** être offerts **dans un cadre ambulatoire ou à domicile**. Ce n'est que lorsque le patient ne peut pas être traité dans un cadre ambulatoire ou à domicile que les soins institutionnels sont nécessaires.

2.6. Il est important que le réseau accorde de l'importance à la prévention, l'éducation et la promotion des soins de santé mentale ainsi qu'aux initiatives originales développées par les réseaux existants en vue de garantir l'état de bien-être des individus. Si un réseau organise de telles activités, il est souhaitable que celles-ci fassent partie de la politique de prévention, d'éducation et de promotion des Communautés et des Régions.

2.7. Il faut encourager la collaboration au sein des circuits de soins et des réseaux en accordant des incitants. Cette nouvelle forme d'organisation est un cadre où des acteurs des soins conviennent de collaborer dans un ensemble cohérent. Les différentes autorités doivent **faciliter** cette forme de **collaboration** de telle sorte que l'offre se développe à partir de la base et ne soit pas une association imposée par le sommet.

2.8. Cela suppose que les autorités conviennent de coordonner leurs politiques respectives en matière de soins de santé mentale, chacune dans les limites de leurs compétences législatives et ce, afin de permettre la création d'un cadre d'action efficace.

2.9. La réforme préconisée dans la Déclaration est fondée sur l'offre existante. Dans chaque cas ou réseau séparé, il conviendra donc d'examiner comment compléter l'offre de manière à offrir un ensemble de services coordonnés. Dès lors, dans le cadre de la réforme, il conviendra d'accorder également de l'attention aux **lacunes** existant dans les

kunnen worden ingevuld of waarop een beroep moet kunnen worden gedaan. Het wetgevend kader zal een zekere flexibiliteit moeten bieden om zoveel als mogelijk binnen de beschikbare mogelijkheden de hervorming te realiseren.

3. Prioriteit voor kinderen en jongeren

Zoals hierboven reeds werd aangeduid, is het wenselijk, om de hierboven geschetste basisprincipes te concretiseren en in een latere fase te operationaliseren, te beschikken over een task force waarvan alle bevoegde overheden deel uitmaken. Dit platform zal zich vooreerst tot doel stellen de basisprincipes van de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in termen van zorgcircuits en netwerken, te concretiseren voor de doelgroep kinderen en jongeren.

4. Uitwerking van een protocolakkoord

De werkzaamheden van de Task Force zouden moeten uitmonden in een protocolakkoord dat op basis van de principes die vervat liggen in onderhavige Verklaring een toekomstig kader uittekent voor een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en netwerken. Tevens zullen de voorwaarden worden omschreven binnen dewelke experimenten zullen worden opgezet die dit algehele kader concretiseren voor de kinderen jeugdzorg.

Iedere bevoegde minister wordt vertegenwoordigd door één persoon in de Task Force. De Task Force zal in het kader van zijn werkzaamheden overleg plegen met de sector, met de patiënten- en familie-organisaties, en andere belanghebbenden.

équipements, auxquelles il faut nécessairement **remédier**, et aux équipements auxquels il doit pouvoir être fait appel. Le cadre législatif devra offrir une certaine flexibilité afin de réaliser autant que possible la réforme, compte tenu des possibilités disponibles.

3. Priorité pour les enfants et les jeunes

Comme il a déjà été précisé plus haut, il est souhaitable, pour concrétiser les principes de base précités et les opérationnaliser dans une phase ultérieure, de disposer d'une Task Force dont l'ensemble des autorités compétentes font partie. Dans un premier temps, cette plate-forme se fixera pour objectif de concrétiser les principes de base de la future organisation des soins de santé mentale en termes de circuit de soins et de réseaux pour le groupe cible des enfants et des jeunes.

4. Elaboration d'un protocole d'accord

Les travaux de la Task Force devraient déboucher sur un protocole d'accord qui, sur la base des principes figurant dans la présente Déclaration, esquisse le cadre futur d'une réforme des soins de santé mentale en circuits de soins et les réseaux. On définira également les conditions dans le cadre desquelles des expériences seront mises sur pied qui concrétisent ce cadre global pour les soins aux enfants et aux jeunes.

Chaque Ministre sera représenté par une personne dans la Task Force. La Task Force, dans le cadre de ses travaux, discutera avec le secteur, avec les organisations de patients et les organisations de famille et d'autres intéressés.

5.2.2 Amendement à la déclaration d'intention de 2002

Interkabinettenwerk-groep 'Taskforce GGZ'

Groupe de travail inter cabinets 'Taskforce SSM'

Amendement op de intentieverklaring van 24 juni 2002

Naar aanleiding van een gemeenschappelijke verklaring beslisten de Ministers bevoegd voor Volksgezondheid op 24 juni 2002 om het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in ons land volgens de principes van doelgroepen en netwerken te organiseren, en dit met het oog op het aanbieden van een geïntegreerde zorg waarbij de patiënt centraal staat, en de continuïteit van de zorg gegarandeerd wordt.

Om die doelstelling te halen werd een interkabinettenwerkgroep opgericht. De onderhandelingen van de Taskforce tussen juli 2002 en maart 2003 hebben geresulteerd in een voorstel van Protocolakkoord dat de toezichthoudende ministers op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 20 maart 2003 ter goedkeuring werd voorgelegd.

Rond vermeld protocolakkoord werd echter geen consensus bereikt tussen de leden van de IMC Volksgezondheid.

Op 8 december 2003 heeft de IMC Volksgezondheid beslist de werkzaamheden van de bestaande interkabinettenwerkgroep verder te zetten met als missie : voorstellen formuleren in verband met het uitwerken en implementeren van de concepten 'zorgcircuits' en '-netwerken' in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in het bijzonder (=oorspronkelijke missie) met als prioriteit het formuleren van voorstellen in verband met het uitwerken en implementeren van activering in de geestelijke gezondheidszorg (=uitbreiding missie).

De interkabinettenwerkgroep 'Taskforce GGZ' werd terug opgestart op 22 maart 2004. Er werd een basisdocument opgemaakt waarin de hoofdlijnen van het debat gevoerd

Amendement à la déclaration d'intention du 24 juin 2002

A l'occasion d'une déclaration conjointe, les Ministres compétents en matière de Santé publique ont décidé le 24 juin 2002 d'organiser l'offre des soins de santé mentale dans notre pays selon les principes des groupes cibles et des réseaux et ce, en vue d'offrir des soins intégrés dont le patient est l'élément central, et garantir par là la continuité des soins.

Afin d'atteindre cet objectif, un groupe de travail inter cabinets a été créé. Les négociations de la Taskforce entre juillet 2002 et mars 2003 ont résulté en une proposition de protocole d'accord qui a été soumise à l'approbation des Ministres de tutelle lors de la conférence interministérielle de la Santé publique du 20 mars 2003.

Ce protocole d'accord n'a pas fait l'objet d'un consensus entre les membres de la CIM Santé publique.

Le 8 décembre 2003, la CIM Santé publique a décidé de poursuivre les travaux du groupe de travail inter cabinets existant avec la mission suivante : formuler des propositions relatives à l'élaboration et l'implémentation des concepts 'circuits de soins' et 'réseaux' dans les soins de santé mentale en général et dans les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes en particulier (=mission originelle) avec comme priorité la formulation de propositions relative à l'élaboration et l'implémentation de l'activation dans les soins de santé mentale (=mission élargie).

Le groupe de travail inter cabinets 'Taskforce SSM' a redémarré le 22 mars 2004. Un document de base a été rédigé dans lequel sont reprises les lignes principales du débat

in deze vergadering worden weergegeven.	mené dans cette réunion.
Zo bestaat er onder de leden consensus over het feit dat er geen protocolakkoord nodig is om te kunnen starten met pilootprojecten.	Il existe, entre les membres, un consensus sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un protocole d'accord pour pouvoir démarrer des projets pilotes.
In tegenstelling tot de oorspronkelijke missie wenst men de doelgroep niet te beperken tot kinderen en jongeren. Men opteert voor de uitbreiding van de doelgroep naar alle leeftijden, op voorwaarde dat het patiënten met chronische en complexe problematiek zijn daar de kans dat bij deze patiënten de continuïteit van zorg in het gedrang komt en bijgevolg de nood aan zorgcircuits en netwerken bij hen het grootst is.	Contrairement à la mission originale, on ne souhaite pas limiter le groupe cible aux enfants et aux jeunes. On opte pour l'élargissement du groupe cible à tous les âges, à condition que les patients présentent une problématique chronique et complexe étant donné que ce sont les patients pour lesquels le risque de discontinuité des soins et donc le besoin de circuits de soins et de réseaux est le plus élevé.
Tenminste 3 verschillende types van actoren en/of partners dienen deel te nemen aan de pilootprojecten.	3 Types d'acteurs et/ou partenaires différents au moins doivent participer aux projets pilotes.
De pilootprojecten organiseren :	Les projets pilotes organisent :
<ul style="list-style-type: none"> • overleg op het niveau van het netwerk ; • overleg op het niveau van patiënten met betrekking tot de hierboven vermelde patiëntendoelgroep. 	<ul style="list-style-type: none"> • la concertation au niveau du réseau ; • la concertation au niveau des patients se rapportant au groupe cible des patients mentionné plus haut.
Daarnaast dient te worden voorzien in :	En outre il faut prévoir :
<ul style="list-style-type: none"> • de ontwikkeling van evaluatie-instrumenten ; • de evaluatie ; • de coaching van de partners en actoren. 	<ul style="list-style-type: none"> • le développement d'instruments d'évaluation ; • l'évaluation ; • le coaching des partenaires et des acteurs.
Daar in 2004 geen budgetten meer kunnen worden vrijgemaakt, kunnen de proefopstellingen pas ten vroegste starten in 2005.	Etant donné qu'en 2004, aucun budget ne peut plus être libéré, les projets pilotes ne peuvent être lancés qu'en 2005 au plus tôt.
De wil zich met betrekking tot deze principes te engageren bestaat bij alle aanwezige overheden.	La volonté de s'engager sur les principes susmentionnés existe chez chaque autorité présente.
De Interministeriële Conferentie beslist dat de in haar midden opgerichte werkgroep 'Taskforce GGZ' haar werkzaamheden zal voortzetten teneinde, na een positieve evaluatie van deze pilootprojecten een ontwerp van protocolakkoord of van samenwerkingsakkoord, op te stellen dat het mogelijk maakt de zorgnetwerken en –circuits op te zetten en tevens rekening houdt met de	La conférence interministérielle décide que le groupe de travail 'Taskforce SSM', constitué en son sein, continuera ses travaux en vue d'établir, après l'évaluation positive de ces projets-pilotes un projet de protocole d'accord ou d'accord de coopération, permettant de développer les réseaux et circuits de soins, et qui tiendra compte des principes énoncés dans l'annexe au document préparatoire et

principes genoemd in de bijlage van het voorbereidende document en in de gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg van 24 juni 2002 die door alle Gewesten en Gemeenschappen is goedgekeurd, alsook met de huidige verduidelijkingen van deze verklaring.

dans la déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique en matière de soins de santé mentale du 24 juin 2002 qui a été approuvée par l'ensemble des Régions et Communautés, ainsi que des explications actuelles de la présente déclaration.

5.3 Annexe 3 : point de vue commun des plates-formes concernant les “bonnes pratiques” dans le domaine de la création des réseaux et circuite de soins de santé mentale

Cette note fait suite au questionnaire adressé par le Service public fédéral de la Santé publique à l'ensemble des plates-formes en date du 13 février 2004.

Nous souhaitons souligner une nouvelle fois que ce n'est pas par désintérêt que les plates-formes n'ont pas souhaité aborder cette discussion lors de la réunion fédérale du 16 mars dernier. Au contraire, toutes les plates-formes sont conscientes de l'importance des questions posées. Toutefois, nous souhaitons prendre le temps nécessaire pour formuler des réponses qui ne reflètent pas seulement la perspective de la plate-forme et de ses organes de gestion mais qui prennent en compte également l'opinion de ses membres.

Ces questions ont fait l'objet d'une concertation entre les plates-formes, tant au niveau Wallonie-Bruxelles-Communauté germanophone, Flandre-Bruxelles que fédéral. Cette note donne un aperçu de la réflexion dans les diverses provinces et elle est soutenue par toutes les plates-formes.

Définition d'un circuit de soins

Dans le questionnaire des autorités, on utilise le terme « circuit de soins ». Lorsque nous nous référons à la définition du « circuit de soins » mentionnée en 1999 dans la publication « Nouveau cadre descriptif des soins de santé mentale », nous devons constater que des circuits de soins complètement opérationnels sont inexistantes. En effet, dans ce texte, un circuit de soins est défini comme suit :

« L'offre complète d'un réseau¹⁰ pour un groupe-cible déterminé, composée de modules qui représentent ensemble tous les trajets de soins nécessaires pour ce groupe-cible, garantissant au demandeur des soins sur mesure et la continuité entre les phases de soins »¹¹

La mise en place d'un circuit de soins est précédée par de nombreuses étapes. Ainsi il faut entre autres déterminer les « trajets » de soins nécessaires pour un groupe-cible, les soins offerts par les institutions, repérer les lacunes, trouver des solutions pour les combler et la manière de garantir les soins sur mesure et la continuité. Parallèlement, il faut développer un réseau entre les personnes et les services qui offriront ces soins.

L'objectif « d'offre complète » restera toujours virtuel car jamais atteint :

- la situation des groupes-cibles évolue en permanence, il faut donc de la souplesse dans les structures et dans la définition des trajets,
- la dynamique de certains groupes-cibles fait qu'ils se placent toujours partiellement « en dehors » des définitions établies (ex. certains adolescents).

¹⁰ Voir art. 9 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et le décret du 18 mai 1999 relatif au secteur de la santé mentale.

¹¹ Cf E. Nassen.

Circuit ou collaboration ou ... ?

Les réseaux et circuits de soins conformes aux textes de loi n'existant pas, actuellement, tels quels sur le terrain, nous préférons parler de « collaboration »¹² (même si ce terme est insatisfaisant car il ne reflète pas le contenu et la complexité de l'action).

Nous distinguons deux niveaux :

la collaboration primaire (ou clinique) :

la collaboration de tous les praticiens autour de la situation concrète du client et de son champ de vie = une collaboration qui se fait et se défait en fonction des besoins et de l'évolution de la situation. Il en existe, depuis longtemps, un grand nombre sur le terrain de chaque plate-forme, et les praticiens ont une conception de ce qu'est « une bonne collaboration », par exemple :

- ◆ concertation rapide et ciblée entre professionnels concernés, dans le respect du secret professionnel et de la transparence à l'égard du client,
- ◆ élaboration commune d'un projet (qui inclut les « soins », mais aussi l'intégration sociale du client) auquel adhère le client et son champ de vie, et qui définit le champ d'intervention de chacun,
- ◆ souplesse, diversité et complémentarité des interventions,
- ◆ évaluation commune de l'évolution du projet et ajustement des interventions.

la collaboration transversale ou secondaire (ou au niveau gestion) :

un accord sur des principes communs, généraux et cohérents, quant à la manière de travailler ensemble dans différents types de situations ; et une définition, souple et cohérente, de la part spécifique de chacune des structures dans cette collaboration.

L'objectif de la collaboration secondaire est de poser un cadre à l'offre de soins afin de faciliter l'instauration et le bon fonctionnement de la collaboration primaire, dans une perspective de santé publique. Par la concertation, elle permet de pointer les lacunes, les dysfonctionnements, les besoins en formation, en intervision, etc.

Il en existe sur le terrain, et certaines, en s'élargissant et en s'approfondissant pourraient devenir des « réseaux et circuits de soins ».

Certaines plates-formes ont interrogé leurs membres concernant les collaborations qui fonctionnent bien et selon quels critères. Il faut faire les remarques suivantes :

- ◆ établir une liste exhaustive de toutes les collaborations sur le terrain est une tâche impossible;
- ◆ les priorités varieront en fonction de la personne interrogée, même en ce qui concerne les critères d'appréciation autour de la collaboration,
- ◆ des initiatives de collaboration ont été développées par le terrain avant l'arrivée de ces nouveaux concepts.

Selon les spécificités présentes sur leur territoire, les plates-formes placent l'accent, dans leur réponse au questionnaire sur les « bonnes pratiques », tantôt sur des exemples de collaboration primaire, tantôt sur des exemples de collaboration secondaire. Du point de vue des praticiens, la conception des « réseaux et circuits de soins » n'a de raison d'être qu'en

¹² Action de participer à un travail commun.

apportant une plus-value aux collaborations primaires et secondaires décrites ou à créer à l'avenir.

Conditions favorisant le développement de collaborations

Etant donné que les circuits de soins comme décrits ci-dessus n'existent pas, il est dès lors impossible de juger s'ils fonctionnent efficacement ou non. Par ailleurs ce mode de fonctionnement n'a pas de base scientifique et tout le monde n'y adhère pas. Une phase d'évaluation sera dès lors indispensable.

Par contre, toutes les plates-formes ont une réelle expertise qui leur permet d'attirer l'attention sur les conditions nécessaires au développement de collaborations :

- ◆ la collaboration est un moyen mais ne doit jamais devenir un but. Il faut dès lors uniquement développer et utiliser la collaboration là où elle est utile;
- ◆ la collaboration a besoin de temps pour se développer. Le rôle des intervenants du terrain est extrêmement important dans la création d'une bonne collaboration, mais l'ampleur de leurs tâche est si grande qu'il reste peu de place pour la concertation préalable, indispensable.
- ◆ sur le terrain, le développement d'une collaboration implique des moyens financiers et de l'engagement. Tout comme pour les collaborations au niveau primaire, les collaborations au niveau secondaire devraient être financées par les autorités et devraient être considérées comme une part essentielle des missions;
- ◆ la collaboration ne peut pas uniquement être imposée, la collaboration n'est envisageable que si les partenaires en reconnaissent l'importance et la plus-value.
- ◆ les partenaires ont une forte influence sur la collaboration : leur point de vue, leur limites, leur maturité et la manière dont ils parviennent à dépasser les limites de leur institution dans leur réflexion. Le travail de concertation réalisé au sein des plates-formes peut les aider dans ce cheminement.
- ◆ la collaboration se fonde sur des relations non hiérarchiques, sur la définition de stratégies et d'objectifs communs en vue d'améliorer la complémentarité, la continuité et la qualité des prestations fournies et de maintenir la diversité de l'offre.
- ◆ le développement de collaborations nécessite une adaptation de l'offre de soins. En effet, si l'offre de soins est mieux connue (qui fait quoi, où) tant des intervenants que du grand public, elle entraînera une augmentation de la demande. Et une saturation de l'offre de soins risque de paralyser le partenariat.

Nous souhaitons également attirer l'attention sur les points suivants :

- ◆ il faut maintenir un juste équilibre entre "diriger" et "laisser évoluer", formaliser et laisser un espace pour du travail sur mesure.
- ◆ imposer la collaboration intersectorielle (p.ex. dans les soins psychiatriques à domicile) a été un stimulant important, il est néanmoins important de laisser le temps au terrain pour bien développer cette collaboration.
- ◆ la formalisation, par ex. via une convention de réseau, est une phase importante mais doit intervenir au moment opportun. Les meilleures expériences sont celles où la convention confirme ce qui s'est déjà développé en pratique.
- ◆ le développement du travail en collaboration est un processus d'apprentissage, ce qui implique qu'il faut prévoir de l'espace pour acquérir de l'expérience, pour évaluer et pour adapter. Ces processus ne sont jamais terminés, ils ont un caractère dynamique.
- ◆ dans le processus du travail en collaboration, il faut tenir compte de la diversité entre les structures et les régions, voire la valoriser au lieu de viser l'uniformité.

- ◆ les plates-formes constatent que le travail en collaboration se développe plus vite s'il bénéficie d'un accompagnement et d'une coordination. Cela demande des moyens complémentaires et des efforts humains plus importants.
- ◆ les structures qui sont d'accord pour adapter leur offre de base dans le cadre de collaborations doivent trouver un soutien auprès des autorités. Ce qui ne signifie pas uniquement un appui financier mais également la révision de législations, de critères d'admission ou d'agrément¹³ contraignants et ses modalités de financements actuelles.
- ◆ la délimitation de collaborations par tranches d'âge doit se faire avec souplesse (nous pensons, par exemple, aux problématiques gériatriques non liées à une limite d'âge précise et aux problématiques adolescentes chez les jeunes adultes). De même, des collaborations doivent pouvoir être développées tant de façon généraliste, qu'autour de problématiques spécifiques.
- ◆ le territoire de la collaboration doit pouvoir varier en fonction des groupes cibles ou de problématiques spécifiques.
- ◆ les soins de santé mentale ont une mission importante en matière de bien-être mental mais le secteur de la santé mentale n'est pas l'unique partenaire pertinent. Outre la collaboration intrasectorielle et avec les intervenants de première ligne (par exemple les médecins généralistes), il faut avoir une attention pour les autres secteurs (aide à la jeunesse, enseignement, aide sociale, handicap, justice, logement, emploi, culture, citoyenneté, etc.) et les personnes concernées comme les patients et les familles.
- ◆ l'harmonisation entre les différents niveaux de pouvoir et de compétence est nécessaire pour faciliter tant la collaboration intrasectorielle que la collaboration intersectorielle.

¹³ Par exemple l'INAMI prévoit que les structures psycho-socio-thérapeutiques ne peuvent admettre des patients qui, peu avant leur demande d'admission, ont été hospitalisés plus de 3 mois dans un hôpital psychiatrique ...

5.4 Annexe 4 : Aperçu des projets pilotes SFP Santé publique

5.4.1 Généralités

Cette évaluation a été faite d'une part sur la base des rapports d'évaluation réalisés par les équipes universitaires, payées pour évaluer chaque type de projets (évaluation scientifique du projet dans son ensemble), d'autre part sur l'analyse des rapports d'activités de chaque équipe (évaluation de l'application des principes et objectifs du projet pour chaque équipe participante) ; enfin, il a été tenu compte des avis du CNEH (que celui-ci a formulé spontanément pour les projets pilotes "activation" et "soins psychiatriques à domicile») et des réactions du terrain (courriers , commentaires des plates-formes, etc ..).

L'administration était chargée de rédiger une évaluation globale à l'intention du Ministre pour fin juillet au plus tard, afin que le Ministre puisse en tenir compte dans le cadre des débats budgétaires (notamment par rapport à d'éventuelles extension, structuration, ...).

5.4.2 Arrêt des projets pilotes

Les autorités ont décidé de ne pas prolonger la convention avec les participants au projet pilote "activation" et "SSM-jeunes concernant le traitement familial des enfants et des jeunes".

5.4.2.1 Motivation d'arrêt des projets activation

L'objectif principal de ce projet était le soutien aux participants lors de la recherche de travail ou de formation adaptés dans le cadre du circuit régulier et ceci dans le but de promouvoir leur réinsertion sociale. Cependant, la pratique a montré que les participants au projet pilote ont surtout souligné "l'aménagement des loisirs" au lieu de développer les deux composantes prévues de la fonction d'activation.

Sur la base des différences trop importantes entre les actuels projets en cours, des maigres résultats (8% seulement des participants ont effectivement trouvé du travail dans le circuit régulier du travail et en matière de formation, cela serait plutôt nul), et du fait que ceci ne constitue pas une priorité pour la santé publique, la convention avec les participants au projet pilote "activation" n'est pas prolongée.

Lors de la Conférence interministérielle de la Santé publique du 6 décembre 2004, les ministres compétents ont marqué leur accord pour organiser une réunion inter-cabinets extraordinaire sur le thème "activation" afin de trouver une éventuelle solution intermédiaire pour les 19 projets participants.

Cette réunion inter-cabinets a eu lieu le 10 décembre 2004, au cours de laquelle l'autorité fédérale a une fois de plus souligné le fait que l'on maintient la décision de terminer le projet pilote. Étant donné que les Communautés/Régions sont également disposées à chercher des solutions pour le thème "activation" à leur niveau et qu'elles établiront des contacts avec les Ministres ayant le Travail et l'Emploi dans leurs attributions, l'autorité fédérale est disposée à accorder une prolongation unique du projet pilote "activation" où chaque projet aura la possibilité de conclure une convention pour un montant maximum de 52.500 euros et d'une durée de 1 an maximum.

Le règlement proposé, à l'occasion de l'arrêt du règlement du projet pilote actuel, a pour but de veiller à la réalisation de la transition à la nouvelle approche annoncée des soins de santé

mentale sous la forme de circuits et de réseaux de soins où de nouvelles compétences utiles et des formes de travail - même en dehors des objectifs immédiats du projet pilote - peuvent être maintenues et sont transférées.

L'aspect positif de ce projet pilote est qu'en matière de réseau, beaucoup de choses ont démarré et que l'intégration dans le milieu professionnel ou éducatif a été placée à l'ordre du jour des SSM. C'est pour cette raison que ce thème continuera à être placé à l'agenda politique, à savoir que ce sujet restera à l'ordre du jour des discussions du Groupe de travail inter-cabinets existant "Task Force SSM", au sein duquel toutes les autorités fédérales, communautaires et régionales sont représentées, et en particulier dans le cadre de la coopération intersectorielle. Ce thème sera également signalé à l'attention du ministre de l'Emploi. En outre, il est possible que ce thème puisse être inscrit comme partie du projet pilote "circuits et réseaux de soins".

5.4.2.2 Motivation d'arrêt des projets "SSM-jeunes concernant le traitement familial des enfants et des jeunes"

L'objectif de ce projet était que le service K d'un hôpital psychiatrique (HP) prenne en charge, en collaboration avec un centre de soins psychiatriques au moins (CSP) et un nombre suffisant de familles d'accueil, un traitement familial de qualité pour 15 enfants. A cet effet, une équipe composée de 0,5 ETP coordinateur universitaire, 1 ETP collaborateur universitaire et 0,5 ETP collaborateur A1 a été ajoutée au service K.

Le traitement familial thérapeutique est un traitement psychiatrique destiné aux enfants ou aux jeunes souffrant de troubles psychiques ou émotionnels dans le cas desquels le milieu biologique ou le milieu initial, pour diverses raisons, n'est pas approprié pour assurer une éducation adéquate et équilibrée. C'est pour cette raison que l'enfant ou le jeune est temporairement placé en famille d'accueil qui, parallèlement au traitement spécialisé par une équipe d'un service K de l'HP, offre une structure plus appropriée, avec des qualités pédagogiques et thérapeutiques qui sont moins présentes, voire pas du tout, dans un environnement hospitalier.

Un seul établissement satisfaisait aux critères de sélection pour une participation à ce projet, à savoir l'Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis à Geel.

Il a été décidé de mettre fin à ce projet pilote après 2 ans parce qu'il ne satisfaisait pas pleinement à l'objectif fixé, à savoir la prise en charge d'un traitement familial de qualité pour 15 enfants.

Durant les 17 premiers mois du projet, un traitement pédopsychiatrique sous la forme d'un traitement familial a été offert à 6 enfants seulement. De ces 6 enfants, un seul a été renvoyé d'un dispositif de soins résidentiel vers une famille d'accueil, sélectionnée et formée par l'équipe du service K. Les 5 autres résidaient déjà dans une famille d'accueil régulière. Un ensemble de cas extrêmement réduit comme celui-ci soulève des interrogations au niveau du besoin manifeste d'enfants et de jeunes souffrant de problèmes psychiatriques de bénéficier de cette forme de soins d'une part, et au niveau de la nécessité d'intégrer cette forme de soins dans tous les futurs circuits SSM qui s'adressent spécifiquement aux enfants et aux jeunes d'autre part.

5.4.3 Les autres projets

Tous les autres projets sont poursuivis pour une durée d'un an. Durant cette nouvelle prolongation, on peut préparer la «structuralisation» : c-à-d élaboration des textes réglementaires, consultation des organes ad-hoc, mais aussi consultations plus informelles, mais nécessaires pour l'adhésion (plate-forme par exemple), estimations budgétaires, ... Ensuite, on verra dans le cadre du budget 2006.

L'autorité a choisi, au moyen de projets pilotes, de soutenir certaines initiatives du secteur des SSM. Au moyen du nombre de propositions de participation à un ou plusieurs projets pilotes, il a pu être constaté que les acteurs de soins du secteur des SSM ont pu bénéficier pleinement des possibilités offertes par les autorités.

5.4.3.1 Sous-groupe cible des enfants et des jeunes

A partir de décembre 2004, au sein du sous-groupe cible des enfants et des jeunes, on continue à travailler autour de deux thèmes: (1) traitement intensif et (2) outreaching.

Nous allons nous pencher sur ces deux thèmes sur la base des projets pilotes en cours relatifs à ces deux thèmes.

5.4.3.1.1 Traitement intensif d'enfants et de jeunes - Projet pilote "SSM-jeunes concernant le traitement intensif des jeunes agressifs présentant des troubles graves du comportement."

L'hôpital général ou psychiatrique qui participe à ce projet met 8 lits K à disposition. En plus du financement de base de ces 8 lits, l'hôpital reçoit un supplément de 297.472,23 euros. Le cadre total du personnel s'élève à 17 ETP pour ces 8 lits, composé de 0,5 ETP psychiatre, 3 ETP collaborateurs universitaires et 13,5 ETP collaborateurs A1. L'objectif du projet est de garantir un traitement intensif de qualité pour les patients admis dans les lits K à disposition. Dans ce cas, les patients doivent répondre à une série de critères d'inclusion et d'exclusion.

Un seul établissement candidat satisfaisait aux conditions de sélection pour ce projet, à savoir l'Algemeen Ziekenhuisnetwerk d'Anvers (ZNA), implantation de Stuivenberg, qui a assuré le cadre du personnel supplémentaire correspondant aux 8 lits K.

Pour des raisons d'organisation, ces 8 lits ont été déplacés vers l'implantation de Middelheim, et en particulier vers le Centre universitaire de psychiatrie pour enfants et jeunes d'Anvers (UCKJA) et ceci durant l'été 2004.

Entre le 1^{er} février 2003 et le 31 mai 2004, 24 jeunes ont été admis. L'âge moyen de cette population se situe juste en dessous de 15 ans. 54% d'entre eux précisément sont peu doués.

5.4.3.1.2 Projet pilote "L'offre d'un traitement clinique intensif pour les jeunes délinquants souffrant de problèmes psychiatriques"

Suite aux difficultés au centre fermé d'Everberg, le Conseil des ministres du 25 mars 2002 a approuvé la réalisation et l'agrément de 5 unités de 8 lits spécifiques pour jeunes délinquants présentant des problèmes psychiatriques. Il a été décidé d'attribuer des subsides pour la création de ces 5 unités de 8 lits pour jeunes délinquants présentant des problèmes psychiatriques, ainsi que pour l'installation d'une Commission nationale de contrôle (par exemple en matière de critères d'inclusion ou d'exclusion des jeunes...).

En ce qui concerne l'implantation de ces unités pour la Flandre, les établissements de l'OPZ de Geel et du Middelheim Ziekenhuis d'Anvers ont été proposés, pour Bruxelles, le CH Jean Titeca et pour la Wallonie le CHU La Citadelle de Liège et La Clairière à Bertrix.

Par la création de ces unités d'admission et de traitement, le but est d'offrir aux jeunes délinquants présentant des difficultés pédopsychiatriques un traitement clinique intensif, afin, dans la mesure du possible, d'arriver avec eux à une resocialisation optimale. Ce traitement doit avoir une durée limitée (6 mois avec une seule prolongation possible de 6 mois

maximum), et son objectif principal est de pouvoir garantir le passage vers les structures d'accueil ambulatoire.

Le groupe cible de ces unités est composé de jeunes (garçons et filles) de 12 à 18 ans inclus. Leur admission doit découler d'un diagnostic pédopsychiatrique.

Il s'agit de jeunes qui font l'objet d'une mesure du Tribunal de la jeunesse après une réquisition du Parquet sur la base de l'article 36, §4, comme c'est prévu dans la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse.

Durant le déroulement du projet pilote, l'objectif est d'organiser ces structures de soins et d'optimiser les normes de personnel.

Au cours de l'enquête et du suivi du projet, l'accent sera mis également sur des points d'achoppement du processus de collaboration (avec la justice, les établissements communautaires) qui sont la conséquence des dispositions de la loi relative à la protection de la jeunesse. A l'avenir, en concertation, nous pouvons formuler des propositions d'adaptation de cette loi.

Actuellement, le CH Titeca, l'OPZ de Geel et l'AZ de Middelheim ont débuté leurs activités. L'unité du CHP Volière ne sera opérationnelle qu'en septembre 2005 dans le meilleur des cas. En ce qui concerne la 2e unité en Wallonie, la proposition est de retenir "Les Marronniers" en remplacement de Bertrix. Cette unité pourrait être opérationnelle en juin 2005. Ce type de lits suffit à répondre à un besoin social.

5.4.3.1.3 Projet pilote "SSM-jeunes concernant les soins psychiatriques pour enfants et jeunes séjournant à domicile au moyen de l'outreaching"

Les hôpitaux psychiatriques et généraux (HP et HG) qui participent à ce projet ont créé une équipe mobile composée au minimum de 0,25 ETP pédopsychiatre, 1 ETP pédopsychologue et 1 ETP infirmier psychiatrique. Cette équipe a été créée au départ d'une coopération entre une ou plusieurs initiatives de coordination de soins à domicile et l'hôpital psychiatrique ou général sélectionné.

L'objectif de ce projet est que l'équipe mobile se rende à domicile, auprès de l'enfant ou du jeune, ou dans le milieu familial de remplacement, et offre à cet endroit un ou des traitements. En d'autres termes, dans une région bien précise, l'équipe mobile est à la disposition de tous les enfants et jeunes présentant des problèmes psychiatriques qui ne souhaitent pas séjourner dans une structure résidentielle de soins de santé mentale et qui souhaitent être traités à domicile ou dans le milieu familial de remplacement.

Par milieu familial de remplacement, on entend des situations comme des établissements et des initiatives du secteur des soins aux handicapés ou de structures d'aide à la jeunesse par exemple.

Onze hôpitaux psychiatriques et généraux participent à ce projet si bien qu'au total, 11 équipes mobiles ont été créées, à savoir dans les hôpitaux suivants:

AZ Sint-Lucas, Bruges (Flandre occidentale)

UZ Gand (Flandre orientale)

ZNA, implantation de Middelheim (Anvers)

Kinderpsychiatrisch Centrum Genk (Limbourg)

AZ VUB, Jette (Région de Bruxelles Capitale)

ULB Erasme - Le Domaine, Braine l'Alleud (Brabant wallon)

Centre Hospitalier Hutois, Huy (Liège)

Les Goélands, Spy (Namur)
CHR Clinique Saint-Joseph, Mons (Hainaut)
CUP La Clairière, Bertrix (Luxembourg)

Etant donné qu'un certain nombre d'hôpitaux participant ont éprouvé des difficultés à recruter dans les délais 1 ETP infirmier psychiatrique, l'autorisation leur a été donnée de remplacer ce dernier par (1) 1 ETP ou 2 x 0,5 ETP orthopédagogue gradué ou (2) 1 ETP ou 2 x 0,5 ETP assistant en psychologie gradué ou encore (3) 1 ETP ou 2 x 0,5 ETP gradué en sciences de rééducation fonctionnelle.

Une autorisation supplémentaire a été donnée de remplacer 1 ETP infirmier psychiatrique par 0,5 ETP infirmier psychiatrique et 0,5 ETP assistant social.

Dans le cas où aucun pédopsychiatre n'a pu être engagé, il y avait alors lieu d'engager au moins 0,25 ETP psychiatre qui possède une expérience au niveau de l'accompagnement et le traitement d'enfants et qui peut démontrer cette expérience sur la base d'une formation ou d'une expérience clinique.

5.4.3.2 Sous-groupe cible des adultes

Au sein du sous-groupe cible des adultes, deux thèmes ont été travaillés:

- 1) "soins à domicile"
- 2) traitement intensif (PATC ; patients internés libérés à l'essai - medium risk)

5.4.3.2.1 Soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile

L'objectif du projet pilote " Soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile" est d'examiner la mesure dans laquelle il est possible de sensibiliser, par le détachement de personnel venant d'une IHP, les structures de soins à domicile régulières aux problèmes du groupe cible des patients psychiatriques et comment traiter ou soigner au mieux ces patients ou les personnes présentant des problèmes psychiatriques.

La collaboration entre les soins à domicile réguliers et les soins de santé mentale doit être renforcée de manière à éviter qu'un circuit parallèle destiné aux patients psychiatriques ne voie le jour aux côtés des soins à domicile réguliers, qui, à l'heure actuelle, interviennent principalement pour des patients non psychiatriques.

A partir des rapports d'évaluation réalisés par les équipes universitaires, payées pour évaluer chaque type de projets (évaluation scientifique du projet dans son ensemble), et d'autre part sur base de l'analyse des rapports d'activités de chaque participant par le SPF Santé publique (évaluation de l'application des principes et objectifs du projet pour chaque équipe participante) ;et enfin en tenant compte de l'avis du CNEH, des réactions du terrain (courriers , commentaires des plates-formes, etc ..), il a été estimé qu'une augmentation du nombre de projets pilotes était nécessaire pour répondre à une plus grande accessibilité géographique pour les patients et en vue d'une intégration plus importante des participants dans les projets de travail en réseau.

Vu l'intérêt du projet "soins psychiatriques à domicile", l'évaluation positive et le rôle que ce type de projet pourrait jouer dans le cadre des "réseaux et circuits de soins", il est proposé d'utiliser partiellement les moyens dégagés, pour permettre l'extension de ce type de projet.

Afin de garder cependant un budget disponible, pour la mise en place de nouveaux projets pilotes, tout en répondant partiellement à l'avis du CNEH qui propose 22 projets supplémentaires, ainsi qu'aux demandes du terrain, il est proposé de lancer un appel pour

11 projets (1 par province et 1 Bruxelles). Tous les autres projets sont poursuivis pour une durée d'un an.

5.4.3.2.2 Patients agressifs présentant des troubles graves du comportement (PATC)

Les hôpitaux psychiatriques (HP) ont entre autres pour mission de prévoir des traitements intensifs et spécialisés pour des (sous-) groupes cibles spécifiques. Parallèlement aux programmes de courte durée, ils doivent également pouvoir offrir des traitements de longue durée (parfois inévitables) face à des problèmes complexes et difficiles. Pour permettre ceci, le cadre du personnel de ces sections de traitement intensif doit être renforcé. Les projets pilotes pour patients agressifs présentant des troubles graves du comportement ont par exemple montré qu'ils avaient besoin de sections de traitement spécialisées. Les sections PATC offrent souvent un soutien pour les sections d'autres hôpitaux psychiatriques lorsque certains traitements échouent. L'agrément sera donc lié à des accords de collaboration régionaux avec d'autres dispositifs. Un cadre légal pour les sections PATC devra être créé pas à pas avec une programmation limitée de 72 lits pour toute la Belgique. Dans une première phase, les 32 lits existants seront agréés.

5.4.3.2.3 Projet-pilote: l'offre d'un traitement clinique intensif aux patients internes en vue de leur resocialisation optimale

A partir d'août 2001, la Santé publique a lancé un projet pilote de traitement de patients internés medium risk "libérés à l'essai", c'est-à-dire des patients présentant des problèmes psychiatriques graves et un danger aigu d'agression. Ces patients sont traités dans quatre unités psychiatriques légales de 8 lits avec un cadre du personnel et de sécurité qui est similaire à celui des unités spécialisées pour patients agressifs présentant des troubles graves du comportement. Le projet pilote a été attribué aux hôpitaux psychiatriques suivants: les Marronniers à Tournai, le Centre Hospitalier Jean Titeca à Bruxelles, l'OPZ Daelwezeth à Rekem et le PC Sint Jan Baptist à Zelzate. Depuis 2002, la Santé publique dispose d'un budget pour la poursuite de ce projet pilote qui a débuté en août 2001 dans les quatre unités de 8 lits et pour la création de 2 nouvelles unités de 8 lits: une unité à l'UPC Sint Kamillus à Bierbeek et une deuxième unité au CH Titeca à Bruxelles.

Le problème qui se pose est que 2 projets concernent le même groupe cible, à savoir les patients internés medium risk libérés à l'essai, mais ils se basent sur une philosophie différente. Dans le cadre du projet pilote de la Justice, les normes de personnel ne sont pas définies, contrairement au projet pilote de la Santé publique qui se base sur l'expérience du projet pilote pour patients agressifs présentant des troubles graves du comportement. {Ainsi, pour une unité particulière de 8 lits (avec locaux d'admission et de consultation, chambres particulières, système interne d'observation, d'alarme et de sécurité et avec surveillance et traitement intensifs), un cadre du personnel adapté de 15,5 ETP dont 0,5 ETP psychiatre, 2,5 ETP psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, tous universitaires, et 12,5 ETP personnel A1, s'est avéré suffisant non seulement au niveau de l'organisation du travail (continuité de la surveillance) mais également au niveau thérapeutique (disponibilité accrue du personnel ainsi qu'une fréquence plus importante des interventions thérapeutiques, qui permettent une diminution des comportements agressifs et améliore la qualité de vie)}. Dans ce projet de la Justice on met l'accent sur le "care" tandis que le projet de la Santé publique insiste sur le "cure" et a pour objectif la resocialisation.

Le projet pilote en cours de la Santé publique et le projet pilote en cours de la Justice concernant le groupe cible des patients internés medium risk seront harmonisés. Parallèlement, ce groupe de travail se penchera sur l'ensemble de la problématique des patients internés ainsi que des détenus présentant des troubles psychiatriques. En septembre 2004, un groupe de travail traitant de ce groupe cible a été créé au sein du SPF Justice, avec des représentants du SPF Santé publique.

5.4.3.3 Sous-groupe cible des patients présentant des problèmes liés à la consommation de produits

En ce qui concerne le sous-groupe cible des patients présentant des problèmes liés à la consommation de produits, une politique particulière a été développée dans la note politique fédérale relative à la problématique des drogues de 2001.

Pour être complet, nous décrivons brièvement ci-dessous les principaux projets pilotes en cours.

5.4.3.3.1 Coordination des soins

Le projet pilote concernant l'exécution de la fonction de coordinateur de soins au sein de la PCSSM a débuté le 1/12/2002. Le 1^{er} décembre 2003, ce projet s'est vu attribué une prolongation. L'objectif actuel est de faciliter la concertation au niveau du circuit de soins pour des troubles liés à la consommation de produits. A cet effet, le coordinateur de soins doit mettre autour de la table un certain nombre d'acteurs nécessaires et pertinents. Les provinces suivantes participent à ce projet: Hainaut, Brabant wallon, Luxembourg, Liège, Anvers, Brabant flamand, Flandre occidentale, Limbourg et Flandre orientale. Sur la base de l'évaluation effectuée, il a été décidé de prolonger le projet pilote pour un an, sous réserve de quelques mises à jour fondamentales.

5.4.3.3.2 Crise et casemanagement

Le 1^{er} décembre 2002 a débuté le projet pilote "Unités de crise pour personnes présentant des troubles liés aux substances et implémentation de la fonction de "case manager" au sein de ces unités", qui en est actuellement dans sa deuxième année. L'objectif de ce projet est l'accueil de patients présentant des troubles liés à la consommation de produits en situation de crise. Le projet a été introduit au sein de 9 unités de 4 lits, intégrées en hôpitaux généraux ou psychiatriques. Ces unités doivent stabiliser le patient dans un délai de 5 jours puis doivent l'orienter vers d'autres établissements. La fonction du "case manager" a été intégrée dans ce projet afin de garantir la continuité des soins durant et après l'admission du patient. En moyenne, 20 patients sont admis par mois et ceux-ci se trouvent en situation de crise liée à la consommation de produits.

Les résultats de l'évaluation scientifique démontrent que les patients sont satisfaits de cette offre de soins et que la plupart d'entre eux peuvent être orientés après 5 jours vers un autre établissement. Etant donné les résultats positifs de l'évaluation le projet pilote a été prolongé pour un an. Le caseload, comme mentionné dans la convention, doit être de minimum 200 patients par an.

5.4.3.3.3 Traitement intensif

Le 1^{er} octobre 2002 a débuté le projet pilote "Traitement intensif de patients à double diagnostic" dans deux établissements, à savoir le Psychiatrisch Centrum de Sleidinge et le Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège. En ce qui concerne le projet pilote, une capacité d'accueil de 10 lits a été prévue, avec une équipe de 17 ETP pour offrir un traitement intensif aux patients. Durant les 18 premiers mois de ce projet, 53 patients ont été admis à Liège et 43 à Sleidinge. La majorité de ces patients, lors de leur sortie, ont pu être orientés vers des centres réguliers de traitement, ce qui constitue l'un des objectifs importants de ce projet. Une évaluation de ce projet pilote est actuellement effectuée afin de vérifier si ce traitement intensif et intégré est plus efficace que les traitements traditionnels par rapport aux différents paramètres de résultat. Les premiers résultats semblent déjà prometteurs. Par conséquent, ce projet sera également prolongé d'un an.

5.4.3.3.4 Divers

D'autres initiatives ont en outre été prises pour le sous-groupe cible de patients présentant des problèmes liés à la consommation de produits. Pensons à la création de la Cellule drogue en 2001. Le premier rapport triennal paraîtra cet automne. Ensuite, cette Cellule drogue devra passer en mode opérationnel, qui vise à organiser une collaboration entre tous les ministres (non fédéraux également) qui ont la moindre compétence liée à la toxicomanie. Par une concertation permanente, il doit être possible de mener une politique préventive et curative coordonnée et intégrée en matière de drogue. Cette Cellule drogue générale a été officiellement validée par la loi du 11 mai 2003 portant assentiment à l'Accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée (MB 2/6/2003). Dès que les différents gouvernements auront marqué leur accord officiel sur cette loi, cette Cellule pourra être créée.

Ensuite, nous pensons aux initiatives législatives en matière d'enregistrement de méthadone. En 2002 plus particulièrement, une modification légale a été introduite ; celle-ci reconnaissait légalement les traitements avec des médicaments de substitution et modifiait la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques (MB 1/10/2002). Le 19 mars 2004 a alors été signé l'arrêté royal réglementant le traitement de substitution. Celui-ci fixait officiellement l'enregistrement des médicaments de substitution. A l'avenir, cet arrêté royal doit être rendu opérationnel et appliqué.

Ensuite, l'arrêté royal du 5 juin 2000 concernant l'échange de matériel d'injection a été publié le 7 juillet 2000. Cet AR fixe le cadre légal permettant les programmes d'échange de matériel d'injection. Il revient actuellement aux différents gouvernements d'exécuter et de financer ces programmes.

Enfin, la troisième campagne relative aux benzodiazépines a été lancée. Cette campagne a été mise à jour sur la base des résultats de la première et de la seconde campagne et du projet Etudes de soutien à la politique (BOS-project) "Benzodiazépines: n'en faites pas une habitude", qui analysaient, par une évaluation quantitative et qualitative, comment on en arrive à une prescription de benzodiazépine, et ceci tant en milieu hospitalier qu'en pratique généraliste. Dans ce cas, une attention particulière a été accordée tant au point de vue du patient que de celui du médecin généraliste. Une première campagne de prévention a été organisée en 2002. Cette première phase était principalement orientée vers l'information à la population et aux professionnels en ce qui concerne les avantages et les inconvénients de l'usage de benzodiazépine et la possibilité de solutions alternatives. La seconde phase de cette campagne de prévention a été lancée en 2003 et cette dernière visait surtout les groupes à risque, c'est-à-dire les femmes de plus de trente ans et les plus de 60 ans.