

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12 juin 1997

Administration des soins de santé

Direction de la Politique des Soins
de Santé

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section "Programmation et Agrément"

N/réf.: CNEH/D/115-3

A V I S (DEUXIEME PARTIE)
DU GROUPE DE TRAVAIL PERMANENT "PSYCHIATRIE" DU
C.N.E.H. CONCERNANT L'ORGANISATION ET LE DEVELOPPEMENT FUTURS
DES SOINS DE SANTE MENTALE (*)

(*) CET AVIS A ETE RATIFIE PAR LE BUREAU LE 12 JUIN 1997

AVIS (DEUXIEME PARTIE)
DU GROUPE DE TRAVAIL PERMANENT « PSYCHIATRIE » DU C.N.E.H.
CONCERNANT L'ORGANISATION ET LE DEVELOPPEMENT FUTURS
DES SOINS DE SANTE MENTALE

1. Les soins de santé mentale exigent un concept d'organisation spécifique

L'organisation des soins de santé mentale doit tenir compte et partir des caractéristiques spécifiques de la maladie mentale. C'est pourquoi, dans cet avis, on propose un concept de développement des soins de santé mentale qui, tant sur le plan du contenu que celui de l'organisation, diffère sur un certain nombre de points des principes d'organisation de la médecine somatique et du concept hospitalier propre aux hôpitaux généraux.

Les caractéristiques de la maladie mentale sont les suivantes :

1. Par maladie mentale, on entend les troubles psychiques tels que décrits dans le DSM et l'ICD-10 (troubles mentaux).
2. L'une des caractéristiques de la maladie mentale est le fait qu'elle comporte également des composantes psycho-sociales, outre les aspects biomédicaux.

Bien plus, dans un certain nombre de cas, le malade mental est partie prenante, de même que son environnement, son partenaire, sa famille, son réseau social, sa situation de vie et d'habitat. Socialement parlant, la maladie mentale est encore chargée d'une stigmatisation négative.

3. Le traitement, les soins et la réhabilitation doivent autant que possible et que souhaitable se produire dans le contexte naturel et viser cette « écologie » du patient comme point d'appui.
4. Les troubles psychiques peuvent survenir de façon unique ou de manière chronique ou récidivante. Ils peuvent nécessiter une prise en charge courte, à moyen ou à long terme, de caractère plus ou moins intensif.

Les troubles psychiques sont le plus souvent définis de façon multicausale et doivent, compte tenu de leur complexité, être le plus souvent appréhendés de manière multidisciplinaire.

5. Les soins du malade psychiatrique ne peuvent par conséquent pas être isolés ou limités à une ou plusieurs institutions et/ou méthodes d'approche.
6. Le souci de la continuité du traitement, des soins et de la réhabilitation suppose une continuité dans la conception et la prise en charge du traitement. La continuité de la relation thérapeutique doit constituer l'objectif pour tous les dispensateurs de soins, mais doit certainement être également garantie à l'égard du psychiatre.

7. Le patient ne s'adresse pas toujours aux personnes et aux services au moment adéquat ou selon leurs missions spécifiques. Les dispensateurs d'aide les plus accessibles et les plus abordables ne sont pas toujours les lieux de traitement adéquats (urgences, police, soins de santé somatique, ...).

En ce sens, il convient d'opérer une distinction entre les centres de référence pour les soins et les centres où se cristallisent traitement et thérapie.

8. Les patients éprouvent, au cours du temps, des thérapeutiques changeantes et doivent pouvoir faire appel sans dommage, à l'intérieur du dispositif des soins de santé mentale, aux soins qui, à ce moment, répondent à leurs besoins et possibilités de traitement. En cas de renvoi vers une autre forme d'aide, de prise en charge thérapeutique ou de service, l'accompagnement nécessaire doit être prévu tout au long de la trajectoire pour le patient et sa famille.
9. De même, d'un point de vue préventif, l'attention nécessaire doit être consacrée dans les soins de santé mentale à la problématique des troubles psychiques qui surviennent à la frontière entre soins de santé mentale et aide sociale, entre soins de santé mentale et justice, entre soins de santé mentale et éducation ou enseignement, entre soins de santé mentale et travail ou emploi...

Dans l'organisation des soins de santé mentale dans ces zones-frontières, il va falloir chercher résolument des points d'appui pour la prévention, le traitement et la réhabilitation. A cet effet, il faudra accroître la collaboration avec des services situés dans ces zones frontalières (PMS, IMP, aide spécialisée à la jeunesse, institutions pénitentiaires, police, entreprises de travail adapté, ONEM, travail social, centres de planning familial, ...).

10. Simultanément, on veillera, lors de l'ébauche du concept rénové de soins de santé mentale, à ce que les soins pour des troubles psychiques sérieux, difficiles, aigus et/ou chroniques, fassent prioritairement l'objet d'une mise en oeuvre des moyens actuellement disponibles en matière de soins de santé mentale. Pour autant, ceci ne signifie pas que d'un point de vue préventif, les formes plus légères de maladie psychique ne doivent pas recevoir toute l'attention nécessaire. Les pouvoirs publics doivent, par la programmation de l'offre de soins et l'établissement de critères d'indication pour les divers types de soins, empêcher un développement excessif des soins de santé mentale.

Des caractéristiques de la maladie mentale et des soins à dispenser évoquées ci-avant, on peut déduire que la description d'une organisation future des soins de santé mentale doit partir de la spécificité des soins de santé mentale et des difficultés spécifiques qu'éprouvent les patients et leurs familles dans leur demande de soins de santé mentale.

2. Principes de base pour l'organisation des soins de santé mentale

On pourrait devoir décrire en termes généraux quelles sont les missions les plus indiquées d'un centre de santé mentale, d'un service psychiatrique d'hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique, d'un psychiatre indépendant, des soins à domicile, ... Une déclaration statique et générale ou absolue sur les missions et les tâches d'institutions selon le modèle de l'échelonnement ou de la répartition des tâches offre en soi peu de perspectives pour une mise en place adéquate des soins de santé mentale. Il en faut bien plus que de soutenir financièrement quelques projets développés par des institutions. Dans la première partie de l'avis du CNEH du 9/5/96 concernant l'évaluation de la reconversion 1990-1995, on a déjà indiqué les remédiations nécessaires les plus urgentes. C'est ainsi que cet avis insiste sur la nécessité d'un renforcement de la mission diagnostique et thérapeutique de l'hôpital psychiatrique. Au point 5 de cet avis sont signalés un certain nombre de points critiques en la matière à résoudre en priorité. D'un point de vue prospectif, on devra en outre chaque fois examiner, en fonction du groupe-cible spécifique des patients pour lesquels on dispense des soins, à quel endroit l'on peut le mieux répondre aux besoins thérapeutiques du groupe de patients concerné.

La politique des soins de santé mentale ne doit pas prendre les institutions comme finalité de l'organisation, mais bien les groupes de patients (groupes-cibles) et leurs besoins thérapeutiques.

Concrètement, il est proposé de distinguer, dans les soins de santé mentale, les circuits de soins et les groupes-cibles suivants :

1. Adultes, avec une distinction entre les troubles psychiques de nature passagère et les troubles psychiques avec un caractère persistant ou récidivant ;
2. Enfants et adolescents ;
3. Personnes âgées ;
4. Toxicomanie et assuétudes ;
5. Psychiatrie sous contrôle judiciaire
6. Handicapés mentaux avec troubles psychiatriques sérieux

Pour chacun de ces groupes-cibles, il convient de développer un circuit de soins dans le cadre d'un réseau de soins de santé mentale, dans lequel les besoins thérapeutiques à prévoir et les modules y afférents sont prévus dans le cadre d'un programme intégré et intégral.

Chaque réseau consiste, ainsi que déjà défini dans l'avis partiel du CNEH sur la toxicomanie, en prestataires de soins juridiquement indépendants qui développent un programme dans une région déterminée en vue du traitement d'un groupe-cible déterminé sous la forme d'un lien de collaboration fonctionnelle. Ce lien de collaboration fonctionnelle doit adopter une formulation juridique minimale le rendant opposable aux tiers, et notamment aux pouvoirs publics, par exemple dans la perspective de la conformité aux normes de programmation et d'agrément.

L'autorité sur les personnes et les moyens par lesquels elles contribuent à la collaboration fonctionnelle avec leurs partenaires ne peut, par ce biais, être menacée ou entravée.

Dans cette collaboration fonctionnelle, on précisera le domaine-cible du réseau ainsi que les sous-parties du programme qui seront assumées par chaque prestataire de soins participant :

- les moyens qu'ils y affecteront ;
- le mode de collaboration, de coordination et de supervision de l'exécution du programme.

Pour chacun de ces groupes-cibles, une norme de programmation sera fixée par l'autorité concernant les soins à offrir dans le circuit de soins. De même, le programme-contenu par circuit, qui dépasse l'échelle de l'institution, peut également être décrit de la sorte, à l'instar d'un cahier des charges. Il est donc possible de faire fonctionner plus d'un circuit dans une région, pour autant que la programmation le permette et qu'il existe une masse critique suffisante par circuit.

En particulier, il convient également de prévoir, au niveau de chaque circuit une organisation des soins médicaux et de la permanence médicale qui dépasse le niveau des institutions ou des dispensateurs d'aides. Ceci pourrait probablement se concrétiser par la constitution d'une association médicale par circuit. Par analogie avec la psychiatrie de liaison en hôpital général, une fonction de consultation des psychiatres pourrait ainsi venir supporter le travail des médecins généralistes. Cette fonction de consultation peut s'adresser à des patients concrets ou consister en des avis plus larges que les problématiques individuelles. Un financement adéquat des missions assurées par les psychiatres pour les médecins généralistes doit être prévu.

3. Techniques de réalisation.

- La transformation de soins de santé mentale organisés sur une base institutionnelle en direction de circuits de soins englobant les institutions suppose qu'à côté d'un renouvellement du contenu des soins puissent naître de nouvelles formes d'organisation des soins.
- Ce développement des soins de santé mentale doit s'inscrire dans un cadre social partant notamment du principe que les moyens actuellement consacrés à la santé mentale sont insuffisants pour assumer les missions existantes, et encore moins les missions nouvelles ou plus intensives qui seront exigées dans l'avenir.
- En tenant compte de la donnée que la croissance des moyens sera limitée pour des raisons budgétaires, il faut partir du principe que la réalisation de nouvelles formes de soins et la rencontre de nouveaux besoins ne peuvent pas toujours être financées par de nouveaux moyens.

Pour cette raison, on partira du « macro-modèle » de financement équilibré qui suit

- a) La garantie que les moyens actuellement consacrés aux soins de santé mentale peuvent être conservés : la restructuration ne procure donc aucune économie.
- b) la garantie qu'au cours des prochaines années, un coefficient de croissance adapté des moyens supplémentaires sera octroyé au secteur des soins de santé mentale. Tenant compte de l'augmentation des besoins en matière de soins de santé mentale, besoins insuffisamment couverts jusqu'à présent, cette norme de croissance devra être plus élevée que la norme de croissance nationale actuellement fixée pour les dépenses INAMI, c.-à-d. 1,5 % hors inflation.
- c) la position qu'aussi bien, une partie importante du renouvellement des soins ne doit pas être réalisée avec des moyens supplémentaires, mais bien via la substitution et la réallocation des moyens consacrés jusqu'à présent aux soins de santé mentale.

Comment peut-on y contribuer ?

- à condition que l'on dispose de la garantie que les moyens octroyés jusqu'à présent à chaque organisation soient conservés (garantie de budget), les divers services et institutions actifs dans le domaine de la santé mentale doivent se voir reconnaître la possibilité, au moyen d'une déréglementation, d'affecter ces moyens, dans le cadre d'une substitution et d'une réallocation, par exemple sous la forme d'une intensification, à des missions, nouvelles ou existantes, qui peuvent se situer aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des « lignes de force » historiques de leurs missions actuelles. Cette atteinte aux règles d'affectation implique l'abandon, dans le financement, d'exigences telles que « journée d'entretien », « lit », « consultation », « surveillance », ... La garantie de budget est nécessaire pour permettre aux services de substitution de continuer à garantir les soins aux patients et à leur famille durant le processus de reconversion.
- Les réseaux qui ont constitué un lien de collaboration fonctionnelle et qui s'engagent, dans le cadre de la mise en place d'un circuit de soins, à développer de nouvelles formes intermédiaires de santé mentale, et qui se conforment aux priorités d'un plan de décloisonnement et/ou de renouvellement des soins, tel que fixé par les autorités dans leurs plans stratégiques et/ou leurs normes de programmation, doivent pouvoir faire appel à des moyens supplémentaires. Une partie des moyens peut ainsi être soustraite à la norme de croissance et attribuée au secteur de façon sélective et ciblée via la création d'un fonds de renouvellement des soins.
- Le fonds de renouvellement des soins est alimenté par les moyens soustraits annuellement, pour partie, de la norme de croissance nationale pour la santé mentale. A ce fonds de renouvellement des soins peuvent également s'ajouter les économies provenant de la reconversion récente.

Le fonds de renouvellement des soins pourrait, par analogie avec les fonds de développement de l'Union européenne, par exemple, ouvrir la possibilité de droits de tirage pour des régions, des réseaux ou des parties de réseaux qui soit, sont actuellement sous-financés, soit disposent de trop peu de possibilités de substitution

pour pouvoir réaliser les renouvellements de soins nécessaires en raison de la reconversion déjà réalisée.

- Par la fixation de normes de programmation et d'agrément pour chacun des groupes-cibles et des contenus des circuits de soins qui y sont liés, les pouvoirs publics doivent assumer un rôle de stimulation, de « régulation » et de surveillance en ce qui concerne la réalisation de ces missions, notamment sur le plan de la qualité entre autre via le Peer review.

Les normes de programmation et d'agrément visées ici devront être évaluées selon une approche différente de celle qui prévaut actuellement. Ces normes, basées sur des besoins, devront avoir un caractère plus dynamique et plus orienté vers des objectifs, et être régulièrement adaptées aux données disponibles en matière d'évolution des possibilités de traitement et d'épidémiologie.

- La revalorisation des honoraires médicaux peut s'effectuer selon le même principe, qu'il s'agisse d'un concept unique ou parallèle (Cfr. la possibilité de rétribuer une association médicale par le biais d'une augmentation des honoraires, cfr. la possibilité de garantir l'accréditation et le budget pour les honoraires de surveillance actuellement liés à l'activité par lit, même lorsque le patient n'est plus hospitalisé mais est suivi médicalement dans d'autres formes plus sélectives de prise en charge ou de traitement).

4. Conditions initiales et problèmes à résoudre.

On ne peut progresser dans la perspective d'un décloisonnement et d'un renouvellement des soins que dans la mesure où un certain nombre de conditions sont préalablement satisfaites.

1. L'accomplissement d'une nouvelle mission susceptible d'empiéter, en tout ou en partie, sur les compétences d'un partenaire ne peut se concevoir que pour autant qu'elle s'effectue en concertation et avec l'accord des partenaires directement concernés dans le réseau.
2. Chaque réseau à l'intérieur duquel est développé un circuit de soins pour un groupe-cible donné doit comporter au moins :

un hôpital psychiatrique ;

un centre de santé mentale ;

un hôpital général (au mieux un SPHG, au minimum une fonction psychiatrique via la psychiatrie de liaison).

Dans la mesure où un réseau, et le circuit de soins qui lui est lié, s'adresse à un groupe-cible spécifique, les partenaires spécifiques pour ce groupe-cible feront partie de ce réseau ; ainsi les HP, MSP, MRS et services G devront-ils être impliqués dans le groupe-cible « personnes âgées » (avec troubles psychiques), par exemple. De même, les IMP et institutions spécialisées d'aide à la jeunesse devront-ils être impliqués dans le groupe-cible « enfants et adolescents ».

Etant donné qu'un hôpital psychiatrique, un service psychiatrique d'hôpital général ou un centre de santé mentale assumera fréquemment une mission au moins partielle pour plusieurs groupes-cibles, ces services peuvent être repris dans plusieurs réseaux.

3. Un langage commun, transcendant les institutions, qui puisse décrire les missions de traitement, est indispensable pour permettre le suivi et la répartition des tâches entre différents partenaires. Le concept « supra-institutionnel » de « modules de traitement », aux Pays-Bas, constitue une référence pour la classification des fonctions, l'accomplissement de missions partielles et la collaboration. A l'avenir, il faudra mener une recherche appliquée pour « traduire » l'instrument dans la situation belge.

De même, il faudra garantir, lors de l'évaluation et de l'aménagement du contenu et des procédures de l'enregistrement du RPM, que ce dernier permette également d'effectuer le suivi et l'évaluation des modules de traitement prévus dans les circuits de soins.

4. L'accessibilité physique et financière des soins de santé mentale doit être garantie. En premier lieu, l'accessibilité géographique doit être garantie par le rayon d'action et la nature des circuits de soins et par leur répartition équilibrée (cfr. norme de programmation par groupe-cible). La dernière reconversion a très sensiblement augmenté la participation personnelle et les tickets modérateurs des patients - à un point tel que l'on parle de l'inaccessibilité de l'hospitalisation de longue durée et en MSP pour des motifs financiers. L'accessibilité financière doit à nouveau être assurée pour les patients en prévoyant qu'à travers les différentes formes de soins de santé mentale, il leur soit demandé une participation personnelle adaptée à leur capacité contributive individuelle. Cette contribution ne peut pas être liée à la forme d'aide à laquelle ils font appel. De même, le problème de l'assurabilité ainsi que la mise en place d'un règlement d'assistance spécifique doivent d'urgence trouver une solution dans ce cadre.
5. Les membres du personnel liés aux diverses instances d'aide actuelles doivent, dans le cadre d'une politique harmonisée de conditions de travail et de rémunération, pouvoir être détachés pour de nouvelles missions qui s'avèrent notamment nécessaires dans le cadre des initiatives de collaboration. Ceci signifie que la relation de travail avec leur « employeur détachant », en vertu duquel s'organise cette nouvelle forme de soins, doit pouvoir être conservé, même s'il s'agit de missions de longue durée.
6. Le renouvellement des soins en santé mentale ira de pair avec de nouvelles formes de collaboration. En tenant compte du fait qu'une partie des activités en matière de santé mentale tombe sous la compétence des Communautés, tandis que d'autres restent réglementées via l'autorité fédérale, il est nécessaire que les diverses autorités mènent une politique coordonnée et cohérente.

5. Mise en oeuvre expérimentale et sur base de projets.

Cette extension du circuit de soins, de même que les mécanismes qui lui sont liés de

- renouvellement des soins
- décloisonnement, « dérégulation », forme associative, réseau, collaboration fonctionnelle, substitution...

doit être mise en oeuvre sur base expérimentale dans une série limitée de domaines de la santé mentale, série appelée à s'étendre progressivement : p. ex. gérontopsychiatrie, pédopsychiatrie, assuétudes, psychiatrie légale.

Des projets-pilotes régionaux peuvent être mis sur pieds, qui puissent être stimulés et évalués via un accompagnement scientifique et « processuel ».

Dans ces projets-pilotes, la contribution des diverses autorités, instances et organisations de santé mentale doit être plus précisément spécifiée, e.a. :

- les pouvoirs fédéraux et communautaires ;
- l'INAMI, les commissions de conventions et les mutualités
- les plates-formes de concertation provinciales
- les médecins généralistes (coordination, renvoi, ...) ; les soins à domicile et les psychiatres indépendants, les médecins-spécialistes des soins de santé somatiques...
- les associations représentant les familles et les patients
- les organisations professionnelles représentant les institutions et prestataires.

Via cette mise en oeuvre expérimentale et organisée par projets, tant les autorités que le secteur de la santé mentale pourront acquérir une expertise utile avant que ces concepts soient généralisés comme modèles d'organisation pour les soins de santé mentale de demain.

Dans l'intervalle (p.ex. 3 à 4 ans) qui nous sépare de l'introduction généralisée de ce nouveau concept d'organisation de la santé mentale, on peut, à côté de la résolution structurelle des problèmes évoqués plus haut (point 3 et 4 de la note) remettre de l'ordre dans une série de dossiers toujours pendants, tels que le calcul et la régularisation des prix de journée '93, '94, '95, '96..., le financement du cadre intermédiaire, le refinancement de la fonction « officine hospitalière », la normalisation du taux d'occupation utilisé pour le calcul du prix de journée, la normalisation et l'harmonisation des normes de personnel (cfr. avis du CNEH du 9/5/1996) et le refinancement par les Communautés des centres de santé mentale. Une proposition de financement adaptée en la matière sera élaborée à un stade ultérieur.

Les hôpitaux psychiatriques, qui souhaitent encore procéder sur base volontaire à une reconversion en MSP ou en habitations protégées dans l'attente d'une introduction à large échelle de ce nouveau concept de santé mentale, doivent recevoir à cette fin des stimuli et indemnités de fermeture adaptés.

En lien avec cet avis, le groupe de travail « psychiatrie » du CNEH rédigera une note sur les points suivants :

- déterminer les missions qui doivent être effectuées dans chaque programme pour chaque circuit de soins
 - procéder, en termes généraux, à un aperçu descriptif des missions que chacun des partenaires de la santé mentale aurait le plus naturellement à effectuer. Concrètement, on peut décrire les missions qui, à l'intérieur d'un circuit de soins, devront pouvoir être effectuées dans la plupart des cas par l'hôpital psychiatrique général, le centre de santé mentale, le service psychiatrique d'hôpital général, les urgences et les médecins de famille.
-