

Moment d'information national

**«Vers la mise en place
de meilleurs soins en
santé mentale par la
réalisation de circuits
et réseaux de soins»**



Bruxelles, 21 mai 2010

Mme. Laurette ONKELINX,

Vice-première Ministre et
Ministre des Affaires Sociales et
de la Santé publique,
chargée de l'Intégration Sociale



Moment d'information National – 21 mai 2010

Mme. Eliane TILLIEUX,

Ministre de la Santé,
de l'Action sociale et
de l'Égalité des chances



Moment d'information National – 21 mai 2010

Présentation du guide par

Isabel MOENS
Cabinet Onkelinx

Philippe HENRY DE GENERET
Cabinet Cerexhe

Kristel KARLER
Cabinet Tillieux



Moment d'information National– 21 mai 2010

Table des matières

1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



1. Historique

- 1970: Diverses initiatives pour une meilleure harmonisation de l'offre de soins aux personnes ayant des problèmes psychiques (imp, soins sm, ...).
- 1980: Moratoire : décision de ne pas laisser augmenter le nombre total de lits résidentiels. Ceci signifie concrètement que pour chaque nouveau lit qui est ouvert, un lit déjà existant est fermé.
- 1990: Expérimentation de nouveaux habitats spécifiques pour des personnes ayant des problèmes psychiques, avec comme objectif le soin dans la société (ihp, msp) au lieu de traitement et d'accompagnement résidentiels
- 2001: Transformation de l'offre de soins SM résidentiels vers une demande de soins SM différenciée. Focalisation sur les besoins des personnes qui quittent leur milieu de vie, d'apprentissage et de travail



1. Historique: réformes récentes

- 2001: Approche non plus axée sur l'institution mais sur le patient dans son milieu de vie.
Projets « Activation » et « Soins psychiatriques à domicile », intégrés entre-temps dans la réglementation relative aux habitations protégées
- 2002: Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins en santé mentale (amendée en 2004):
réseau et circuit de soins.
Articles 11 (9ter) et 107 (97ter) de la loi sur les hôpitaux
Conseil du CNEH concernant l'application de l'article 97ter (2005-2006)
projets pilotes: ex. FORK, lits IB, outreaching, internement
- 2007: Projets thérapeutiques
Concertation transversale
Participation d'associations de patients et familles



Table des matières

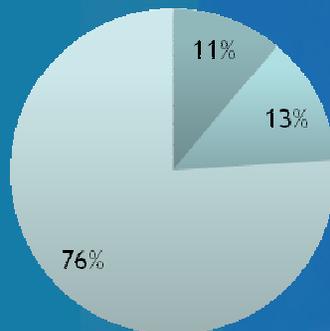
1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



2. Situation actuelle

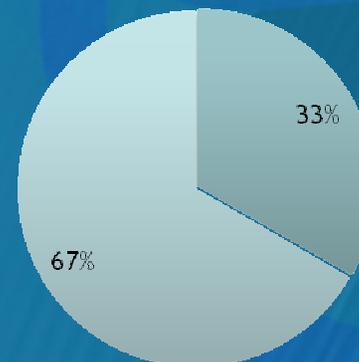
De l'Enquête de Santé belge de 2004

(Mal) Bien-être psychique



- Mal-être psychique
- Mal-être psychique affectation grave
- Bien-être psychique

Cause longue durée / mal-être déf.

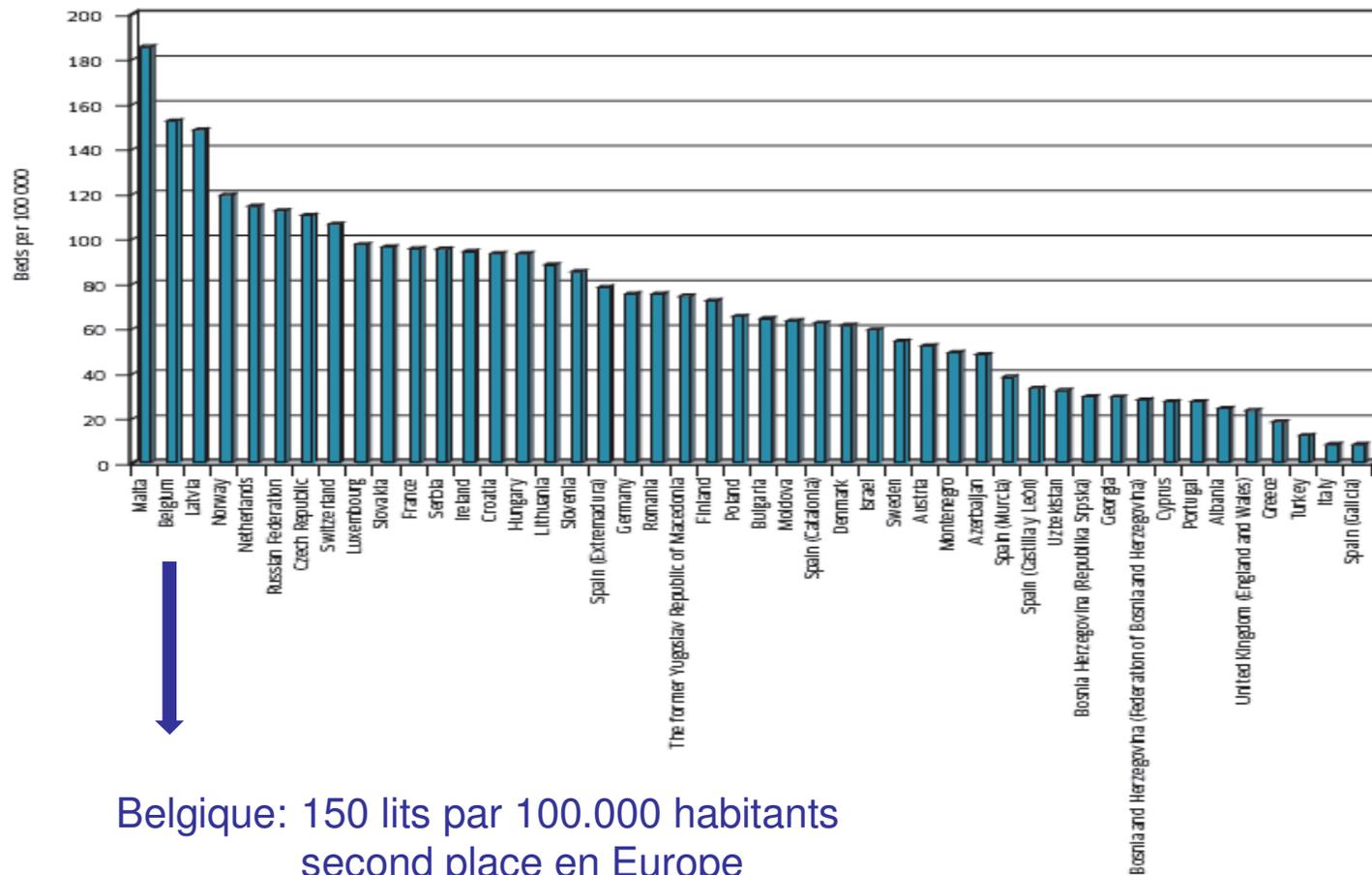


- Problèmes de santé mentale (70.000 pers.)
- Autres (140.000 pers.)



2. Situation actuelle

Nombre total des lits par 100.000 habitant (WHO, 2008)



Belgique: 150 lits par 100.000 habitants
second place en Europe



Table des matières

1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



3. Pourquoi aller plus loin ?

- Dans les pays, où les soins en santé mentale axés sur la communauté sont déjà plus développés, on constate que moins il y a de traitements résidentiels plus les problèmes psychiques peuvent être traités avec succès.
- En d'autres termes, dans ces pays, on remarque que des soins en santé mentale basés sur les besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques et offerts d'une manière continue ou aussi proche que possible du domicile donnent de bons résultats.
- Dans des cas et circonstances spécifiques, le traitement et l'encadrement résidentiel ou des soins en milieu hospitalier resteront nécessaires, mais seront marqués par un caractère plus intense que ce n'est le cas actuellement.



Caractéristiques des structures fédérales en santé mentale

Tardif

SM résidentiels

SM ambulatoires

Précoce

Cure

Care

Réintégration



Moment d'information National – 21 mai 2010

3. Pourquoi aller plus loin ?

- Fortement liés à des lits de soins SM spécialisés → peu de flexibilité dans l'organisation des soins en fonction du demandeur de soins (balanced care).
- Répartition purement administrative et aucune distinction selon intensité de soins ou fonctions de soins ('lequel et comment').
- Accent mis essentiellement sur le traitement et le soin. Après traitement, on va réorienter et intégrer trop peu encore.
- Les personnes avec un problème de santé mentale entrent en contact de manière tardive avec les soins de santé mentale ('quand').
- Il n'existe aucun filtre dans les soins (stepped care) ('qui') ni aucune garantie dans la continuité des soins.



3. Pourquoi aller plus loin ?

- En développant d'une part les alternatives aussi bien de l'hospitalisation aiguë et urgente que de l'hospitalisation chronique et d'autre part en augmentant la capacité de l'hôpital quand une hospitalisation aiguë / urgente est nécessaire.
- L'accent repose sur les équipes de traitement multidisciplinaires avec un besoin de définir clairement les missions de chaque équipe et ses frontières.



3. Pourquoi aller plus loin ?

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



Table des matières

1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



4. Quel modèle mettre en place?

Conférence interministérielle Santé publique
28 Septembre 2009

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



4. Quel modèle mettre en place?

Conférence interministérielle Santé publique
14 décembre 2009

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



4. Quel modèle mettre en place?

Conférence interministérielle Santé publique
14 décembre 2009

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



4. Quel modèle mettre en place?

Conférence interministérielle Santé publique
14 décembre 2009

Communauté germanophone :

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



4. Quel modèle mettre en place?

Conférence interministérielle Santé publique
14 décembre 2009

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

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

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



4. Quel modèle mettre en place?

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

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



4. Quel modèle mettre en place?

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

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



4. Quel modèle mettre en place?

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

Date finale : CIM du 26/04/2010

Coordination :

Coordination fédérale = Mr Bernard Jacob

Coordination Région Wallonne = Mme Brigitte Bouton

Coordination Région Brx. Capitale =

Mme Sophie Verhaegen, Vivette Tsobgni, Khadija Boudiga

Coordination Comm. Flamande = Mme Greet Van Humbeeck



4. Quel modèle mettre en place?

Cadre politique global

Définition programme de soins – circuit de soins

- Programme de soins = un ensemble d'activités organisées autour d'un groupe cible spécifique
- Objectif = remplacer à l'avenir les indexes actuels A, T et K
- Article 11 = pour un groupe cible de patients et au sein d'un territoire défini, un ou plusieurs circuits de soins sont offerts qui, à travers des institutions, concluent un accord de collaboration juridique formalisé.
- Un circuit de soins est ensuite défini comme un ensemble de programmes de soins qui est réalisé au moyen d'un réseau des dispositifs de soins.



4. Quel modèle mettre en place?

Cadre politique global

Définition programme de soins – circuit de soins

Un circuit de soins est pour la politique

- >< pas un but en soi
- Les membres d'une équipe multidisciplinaire doivent, sur base des connaissances et expertises (evidence based) disponibles, faire concorder les activités et réaliser les accords de collaboration pour une population de patients spécifiques
- concrétisation d'un programme de soins

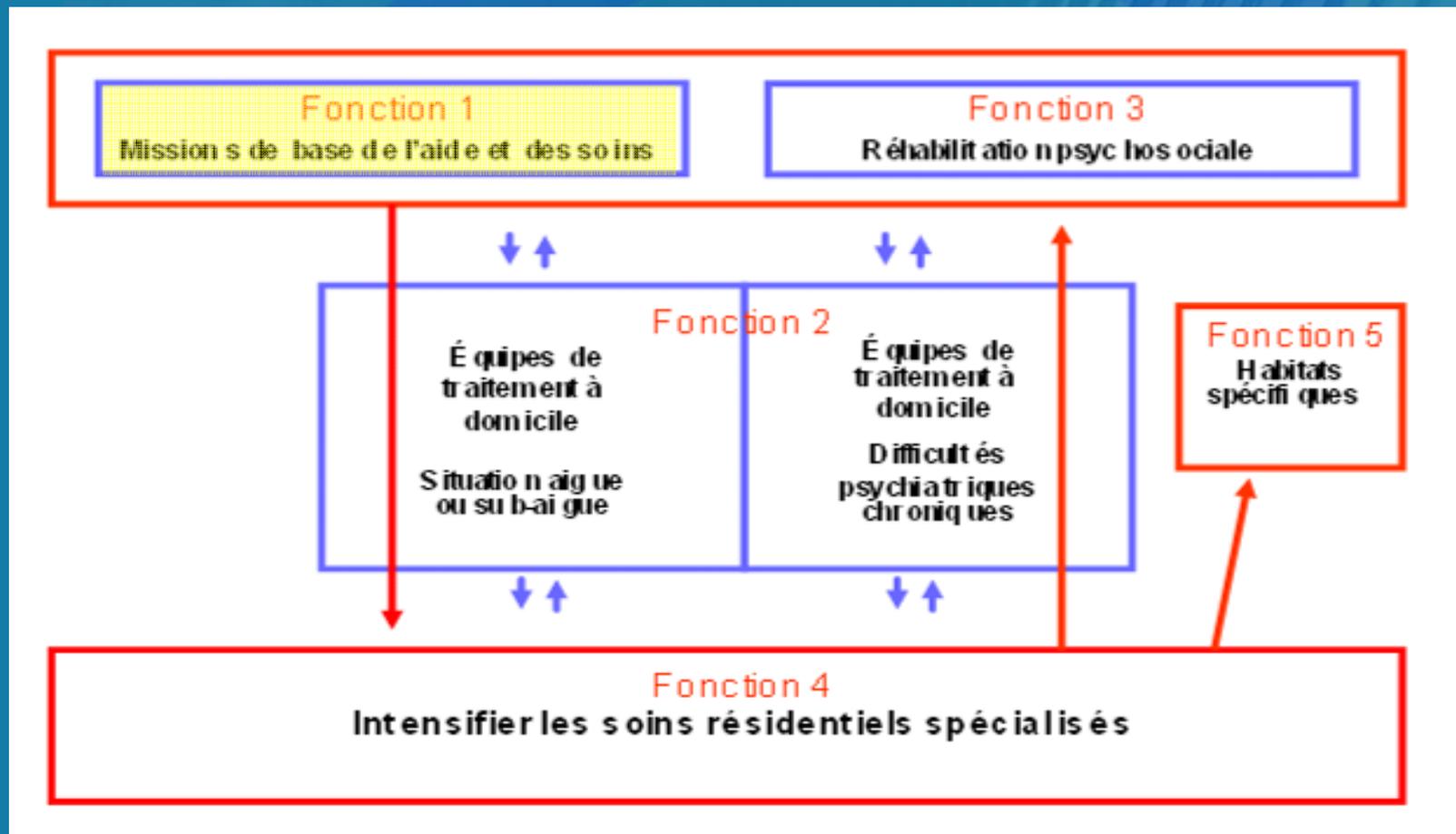


4. Quel modèle mettre en place?

Fonctions clés

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



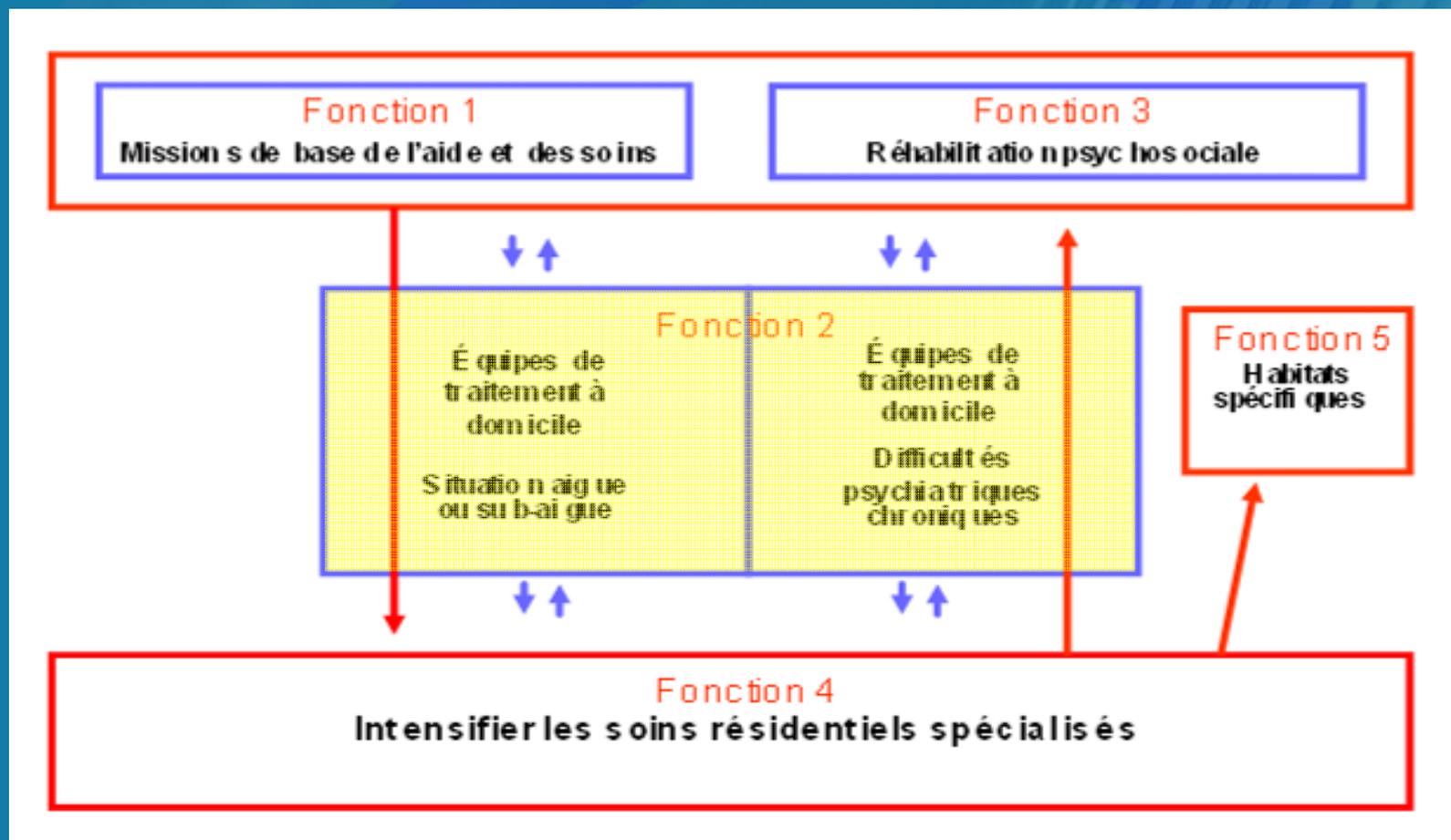


4. Quel modèle mettre en place?

Action dans l'espace communautaire
(prévention, détection précoce, première intervention)

- Missions de base de l'aide et de soins
- Accueil de la demande accessible
- Organisation d'une réponse de proximité
- Liaison avec la première ligne généraliste





4. Quel modèle mettre en place?

Traitement intensif à domicile

- Intervention rapide
- Soins psychiatriques aigus à domicile
- Alternative à l'hospitalisation
- Porte d'accès possible aux services hospitaliers en fonction de la situation
- Equipe pluridisciplinaire
- Caseload sera défini en fonction des caractéristiques du groupe cible à atteindre dans la zone déterminée
- Référent de soin pour chaque patient



4. Quel modèle mettre en place?

Traitement intensif à domicile

- Chaque équipe dispose de son psychiatre
- Evolution rapide dans l'environnement par 2 professionnels, avec implication de l'entourage et du réseau social
- Liaison avec la première deuxième ligne partenariat avec les équipes de traitement continu par lien assertif



4. Quel modèle mettre en place?

Equipe de soins pour traitement continu par lien assertif

- Pour les problèmes persistants et graves,
- Pour personnes qui ont des antécédents d'admissions répétées (plusieurs hospitalisations ou traitements intensifs à domicile au cours des 2 dernières années).
- Conformité aux critères : échec dans le suivi d'un traitement, antécédents de violence ou de délit, risque d'automutilation, absence de réaction au traitement, abus de produits de longue durée, admission forcée.
- Programme basé sur: structuration de la journée, autonomie résidentielle, développement du réseau social, loisirs, culture, gestion du budget, logement, soutien au travail/à l'emploi.

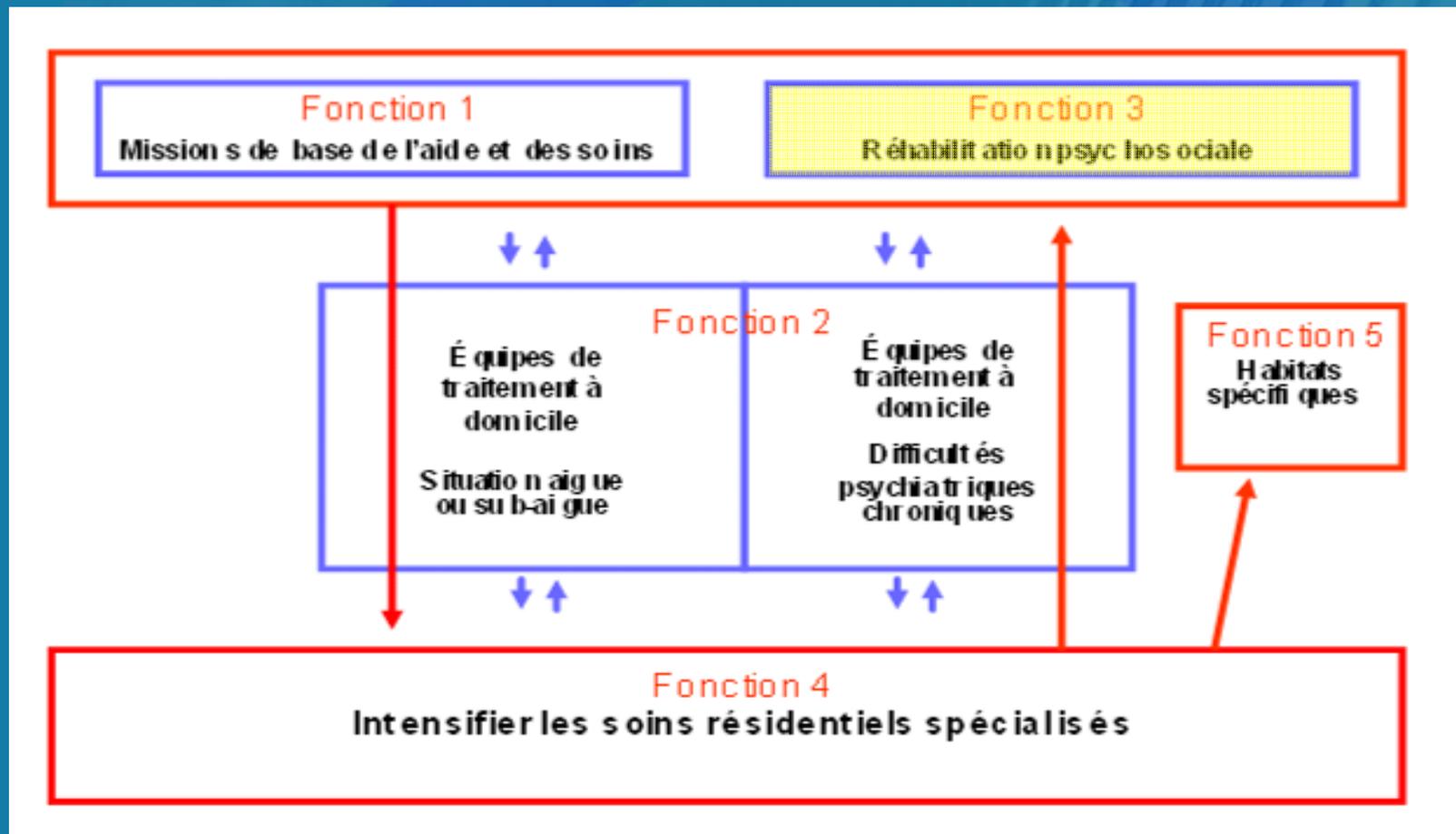


4. Quel modèle mettre en place?

Equipe de soins pour traitement continu par lien assertif

- Approche assertive de type « Can do ».
- Référent de soins pour chaque patient qui examine les renvois.
- Plan de soins toujours basé sur l'évaluation: le professionnel s'assure du maintien du suivi et soutient le patient.
- Staff : multidisciplinaire, un psychiatre.
- 7 jours sur 7, 12h/jour en semaine, 8h/jour le W-E.





4. Quel modèle mettre en place?

Réhabilitation et intégration

- Pour des patients présentant des problématiques sociales et mentales moins sévères et de longue durée.
- Personne plus engagée et plus stable.
- Service à long terme.
- Accompagnement continu.

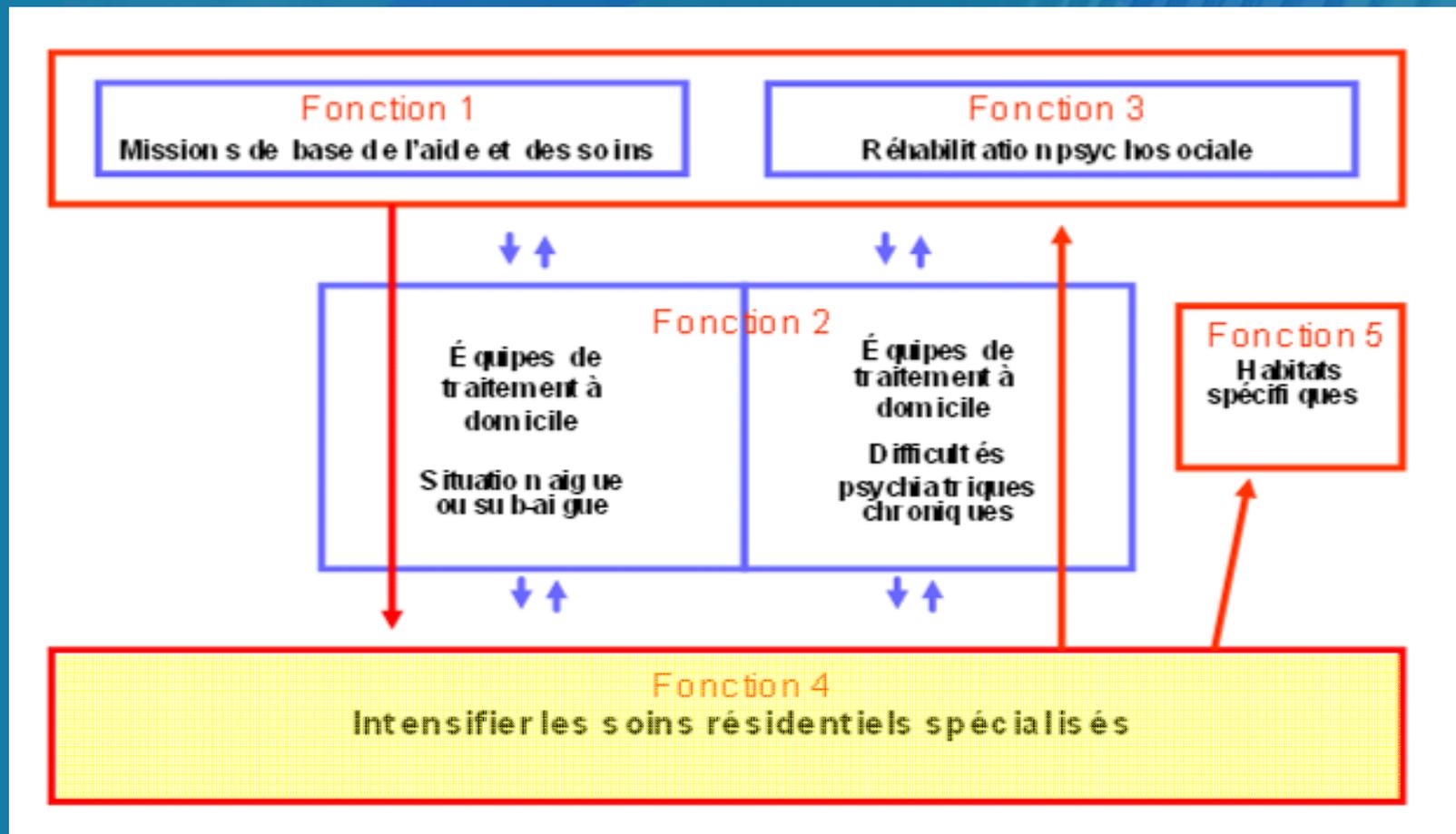


4. Quel modèle mettre en place?

Réhabilitation et intégration

- Soins moins intensifs que ceux d'une équipe de soins continus par lien assertif mais en collaboration étroite avec cette équipe.
- Adressé aussi par les équipes de liaison de première ligne.
- Réhabilitation et intégration sociale et professionnelle.
- Accompagnement individualisé avec accès aux ressources de l'équipe.
- Contribution d'un psychiatre et d'une équipe pluridisciplinaire.
- Uniquement durant les jours ouvrables de 9h à 17h
- Référent de soins pour chaque patient..



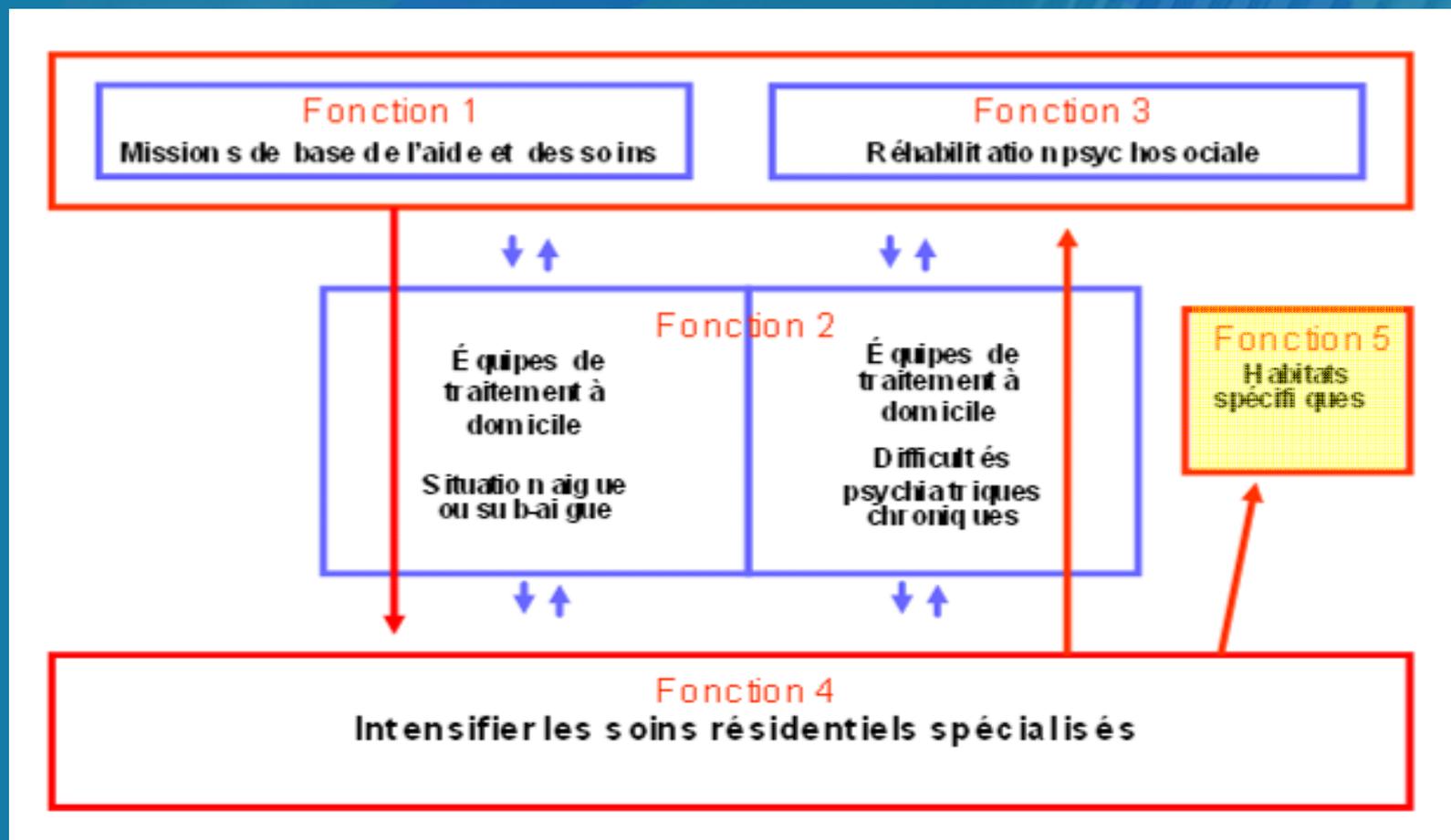


4. Quel modèle mettre en place?

Unité résidentielle intensive

- Besoin d'interventions (aigues et chroniques) qui ne sont possibles qu'en unité résidentielle.
- L'équipe en charge du traitement intensif à domicile n'a pas les moyens suffisants pour assurer une prise en charge sûre et adéquate.
- Le niveau d'observation continue et de soins est impossible à atteindre pour l'équipe de traitement intensif à domicile.
- L'équipe ne peut éviter les situations traumatiques liées à l'entourage.
- Admission forcée.
- Les équipes seront rapidement mobilisées pour un suivi intensif au domicile.
- Unités spécifiques avec un traitement plus long pour un groupe cible qui nécessite un environnement sécurisé





4. Quel modèle mettre en place?

Formule résidentielle spécifique

- Développement d'habitats spécifiques
- Lorsque les soins nécessaires a domicile sont impossibles
- Soutien à l'organisation de la vie quotidienne
- Objectif d'insertion sociale



Table des matières

1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

- Nous avons précisé notre démarche comme étant une approche globale et intégrée qui définit les 5 fonctions dans le cadre des soins en santé mentale et ce, au départ d'un modèle intégré.
- Il faut être très précis sur la notion de réseau que nous devons comprendre comme étant un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge.



5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

Déroulement de l'action :

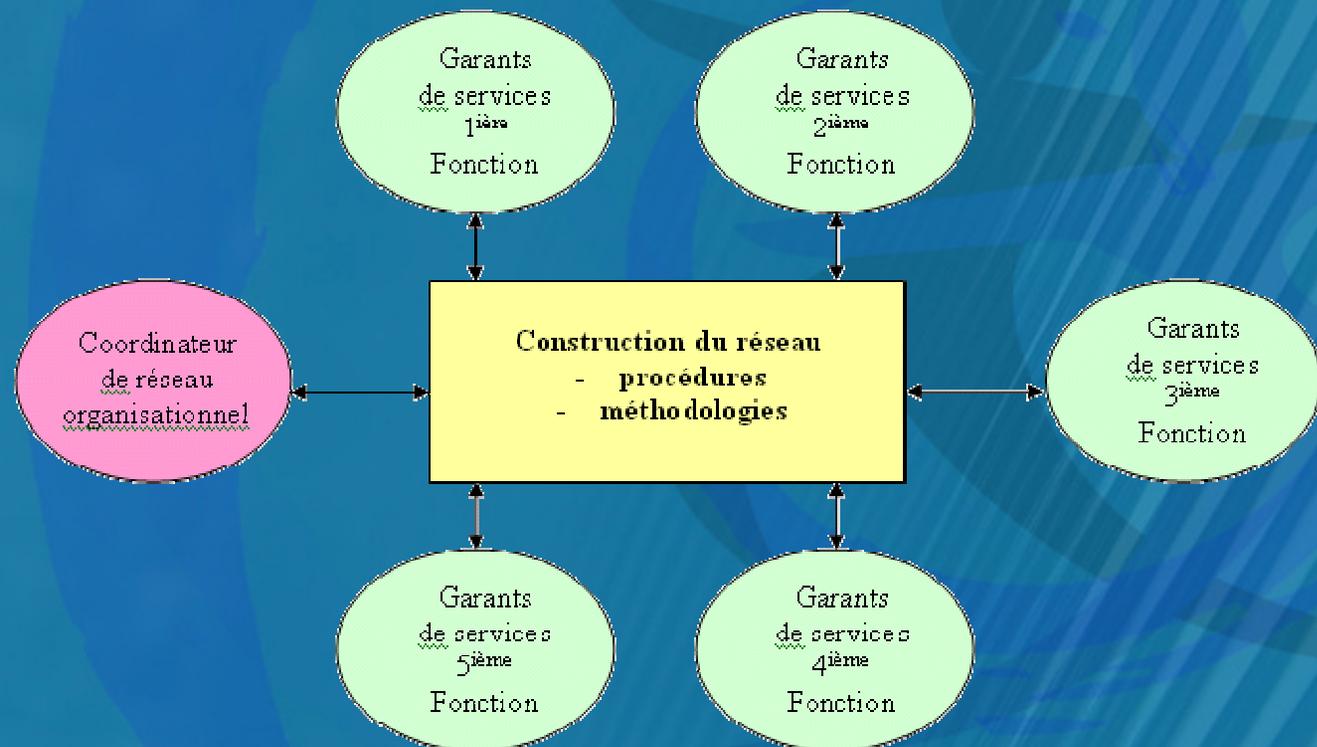
Pour réaliser le réseau, certains éléments de base doivent être pris en considération

- Mise en place des acteurs
- Mise en place du coordinateur de réseau
- Mise en place du comité de travail
- Construction participative des outils.



5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

Exemple schéma du groupe de travail du territoire X

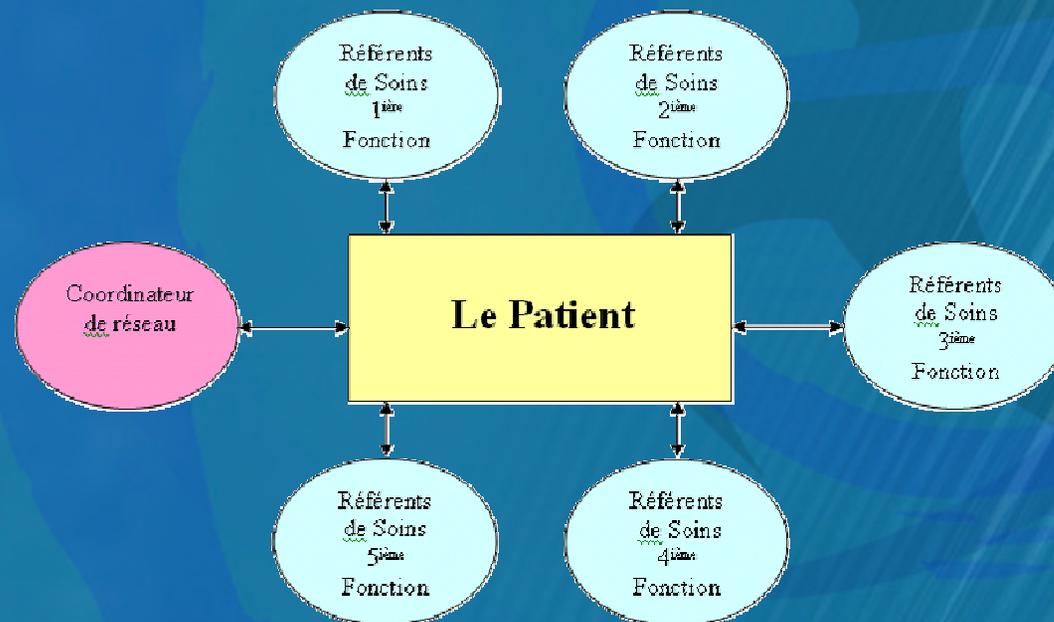


5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

5. Construction participative des méthodologies

6. Développement de la fonction « référent de soins »

Exemple schéma d'utilisation des ressources en fonction des besoins du patient – développement de la fonction de référent de soins



5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

7. L'auto-évaluation des outils et des méthodes

L'auto-évaluation a pour finalité de mesurer si le coordinateur de réseau et les garants de services ont atteint leurs objectifs et si l'opérationnalisation a été réalisée sur le terrain en respectant la méthodologie construite par les acteurs.

Les résultats sont mis en lien avec les objectifs généraux du plan programme. Les outils et les méthodologies sont adaptés, affinés selon les résultats de l'évaluation.



7. Formation et recherche

Première phase

1.1. Input des activités de la recherche

Timing : du 1er avril au 1er juin 2010

Revue générale de la littérature sur les critères et les aspects importants pour identifier le choix d'un territoire

Revue générale de la littérature sur les critères pour la partie relative au développement d'un projet en matière de modalité de coopération + de modules fonctionnels et de groupes cibles, en harmonie avec les principes de la réforme des soins en santé mentale: pour établir une distinction claire entre approche fonctionnelle, organisation du réseau de partenaires et coopération interprofessionnelle autour du patient

Etude approfondie de la littérature (dans le prolongement du profil du guide : réforme des soins en santé mentale) sur les compétences et les caractéristiques de profil essentielles du « coordinateur de réseau » et du « référent de soins ».



7. Formation et recherche

Première phase

1.2. Formation

Timing : du 1er juin au 31 octobre 2010

Public cible : le secteur dans sa globalité

Objectifs généraux :

Donner une information complète au secteur sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, finalité et buts poursuivis), en suivant les étapes du guide et en lien avec le plan de communication.

Donner une information complète qui doit permettre aux candidats promoteurs de projets de remplir leur dossier de candidature dans les meilleures conditions.



Moment d'information National – 21 mai 2010

7. Formation et recherche

Deuxième phase

2.1. Input des activités de la recherche

Timing : du 1er juin au 31 octobre 2010

- Aperçu de facteurs (formulé sous la forme de questions et d'aspects importants) en ce qui concerne une approche territoriale bottom-up que les candidats promoteurs de projet doivent prendre en considération pour rédiger leur proposition : check-list pour l'appel à candidatures.
- Aspects importants dans l'élaboration d'un plan de coopération concernant le modèle de coopération fonctionnelle et organisationnelle entre différents partenaires.
- Aperçu des étapes méthodologiques dans l'élaboration des programmes de soins, harmonisation avec les composantes fonctionnelles (et relation avec la réflexion sur les trajets de soins (individuels) adaptés à des groupes cibles psychiatriques spécifiques).
- Aperçu des pratiques "evidence-based" dans le cadre du fonctionnement concernant le patient dans les équipes mobiles (aigus et chroniques):
- Inventaire des techniques de base qui doivent être abordées dans la formation pour les référents, les équipes mobiles (aigus et chroniques) concernant le contenu du travail.
- Mise en place d'un cadre de formation qui doit être utilisé par les initiatives locales de formation, dans le prolongement des techniques et compétences de base identifiées.
- Revue générale de la littérature concernant les indicateurs qui doivent être collectés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale pour mesurer la réussite : large aperçu de facteurs qui montrent la réussite d'une réforme des soins en santé mentale – en préparation des focus groupes avec les projets retenus à la phase 3.



Moment d'information National – 21 mai 2010

7. Formation et recherche

Deuxième phase

2.2. Formation

Timing : du 1er novembre au 31 décembre 2010

Public cible : les candidats « coordinateurs de réseaux »

Objectifs généraux :

Donner une information complète aux « coordinateurs de réseaux » sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, objectifs), en suivant les étapes du guide.

Donner une formation aux pratiques et méthodologies de travail en réseaux (actions, moyens, modalités d'évaluation, délais).



7. Formation et recherche

Troisième phase

3.1. Input des activités de la recherche

Timing : du 1er janvier 2011 - 2014

- Mesures de processus et de résultat pour évaluer des éléments du modèle au niveau de la collectivité, en fonction de ses objectifs ultimes : un certain nombre de résultats cliniques minimaux (nombre de (ré)admissions, degré de réintégration dans la société, inclusion sociale, interventions de crise réussies, etc.), et variables de processus (« fit with role », expérience de formation et autres besoins d'encadrement, etc.), au moyen d'un audit annuel des projets retenus :
- Focus groups début 2011 pour arriver à un choix soutenu "bottom-up" d'indicateurs ;
- Mesure de base pour chaque projet qui débute (pour pouvoir mesurer l'évolution en fonction des résultats cliniques et les mettre en parallèle avec l'étude de coût – y compris en terme de charges administratives) ;
- Mesure de suivi annuel (audit qualitatif) ;
- Définition de besoins supplémentaires de formation à partir de sondages directs auprès des projets et résultats des mesures de suivi ;
- Réorientation des projets si nécessaire.
- Evaluation de processus et d'impact relative au service apporté au territoire sous forme « bottom-up ».
- Evaluation de processus et de résultats relative au fonctionnement en réseaux en accordant une importance centrale à la distinction analytique retenue entre collaboration fonctionnelle (programme de soins) et organisationnelle (réseau de soins) pour les groupes cibles (étude des facteurs facilitateurs et des freins dans un contexte local).
- Modalités de financement et étude des coûts en ce qui concerne les accords de coopération (au-delà du niveau sectoriel).



7. Formation et recherche

Troisième phase

3.2. Formation

Timing : à partir du 1er janvier 2011

Public cible 1 : les « coordinateurs de réseaux » et les garants de services

Objectifs généraux :

- Donner une information complète aux « coordinateurs de réseaux » avec les garants de services sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, finalité, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation théorique et pratique aux méthodologies de travail en réseau, les outils, ...

Public cible 2 : les garants des services des équipes mobiles aigus et chroniques + les équipes mobiles aigus et chroniques.

Objectifs généraux :

- Donner une information aux garants des services des équipes mobiles aigus et chroniques sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principe généraux, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation aux garants de services et aux équipes relative au contenu de travail des équipes mobiles (missions, moyens, ...).



Table des matières

1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



8. Aspects financiers et juridiques

- L'article 11 vise à créer des circuits de soins comme un ensemble de programmes de soins, destinés à un groupe cible dans une zone délimitée, et proposés par des réseaux de soins.
- L'article 107, Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes



8. Aspects financiers et juridiques

Article 107 de la loi sur les hôpitaux

- L'article 107 permet de réaffecter les ressources existantes en vue de créer de nouvelles structures.
- L'article 107 offre un passage expérimental (min. 3 ans) dans le but de réaliser l'art. 11 (ancien art. 9ter).



8. Aspects financiers et juridiques

- L'AR du 19 septembre 2008 (pris en exécution de l'article 107, qui modifie l'arrêté de base relatif au financement des hôpitaux) permet aux hôpitaux psychiatriques de conclure une convention avec le Ministre de la Santé publique.
- Ces conventions offrent la possibilité d'utiliser de manière plus flexible les moyens et les ressources humaines dans les hôpitaux psychiatriques dans le but d'une collaboration fonctionnelle transinstitutionnelle.
- Ces conventions viseront dans un premier temps le groupe d'âge des adultes, et ce compris les adolescents.
- Ce n'est pas une opération de reconversion classique accompagnée de règles de reconversion pour lits : il s'agit ici de réaffecter des moyens du BMF, auxquels viendront éventuellement s'ajouter d'autres ressources.
- Préalablement à la conclusion de ces conventions, une circulaire ministérielle et un guide seront publiés et définiront le cadre des conventions.



8. Aspects financiers et juridiques

- Ces projets d'exploration doivent tenir compte du cadre global des soins en santé mentale, mais la concrétisation se fera par les preneurs d'initiatives au niveau local. Le personnel et les moyens doivent toutefois être utilisés pour combler les lacunes dans l'offre de soins en santé mentale actuelle pour un groupe cible d'âge et une zone d'action bien définis. Les lacunes ne seront pas partout les mêmes et le contenu d'une certaine fonction peut être différent selon le caractère rural ou urbain de la zone d'action.
- Une proposition de projet d'exploration comprendra des fonctions de soins qui sont traduites en contenu de soins et formes de soins qui :
 - ne sont actuellement pas pleinement ou pas suffisamment possibles dans le cadre régulier (institutions, services ou conventions de revalidation)
 - ne sont pas possible via les possibilités de reconversion existantes
 - ne concordent pas avec les projets pilotes existants des soins en santé mentale comme défini par les autorités fédérales et/ou régions et communautés.



8. Aspects financiers et juridiques

- L'arrêté normatif du 23 octobre 1964 sera adapté avec une disposition permettant que, pour des hôpitaux ayant été sélectionnés pour participer à un projet dans le cadre de l'article 107, les normes d'effectifs pour les services A et T s'appliquent au niveau de l'institution et non au niveau du service hospitalier.
- Il est ainsi précisé que le personnel de l'équipe mobile continue d'appartenir au personnel de l'hôpital et qu'il est pris en compte dans l'évaluation des normes d'effectifs. Ainsi, l'agrément de l'hôpital n'est pas compromis.



8. Aspects financiers et juridiques

- D'une manière ou d'une autre, chaque acteur qui s'implique dans un projet d'exploration doit avoir la garantie qu'il ne subira pas de dommage financier par cette participation.
- Nous souhaitons préciser que des moyens complémentaires seront prévus en matière de formation, coordination et d'accompagnement scientifique.
- En ce qui concerne le financement, les règles en vigueur devront être adaptées pour tenir compte de l'existence et de l'incidence des projets exploratoires.
- Ainsi par exemple, on peut penser à une adaptation des règles relatives au quota pour les hôpitaux psychiatriques qui adhèreraient aux projets.



8. Aspects financiers et juridiques

Honoraires de psychiatrie

Note au Conseil Général de l'INAMI:

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



8. Aspects financiers et juridiques

Honoraires de psychiatrie

Il nous faut cependant tenir compte du fait que:

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

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



Table des matières

1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



9. Un logo unique

Tout au long du processus, une attention particulière sera portée pour renforcer la cohérence de l'information. Pour y parvenir, une communication appropriée est primordiale.

Le point de départ est un logo commun, imaginé et réalisé par des usagers d'un centre de formation professionnelle à qui l'intention globale de la réforme a été présentée ; la créativité a fait le reste



« Ce logo, par ses couleurs apaisantes liées au dynamisme de la spirale veut exprimer la joie de vivre ensemble insérés dans le tourbillon de la vie. Le symbolisme de la danse apporte la dimension d'intimité et de sensibilité. »

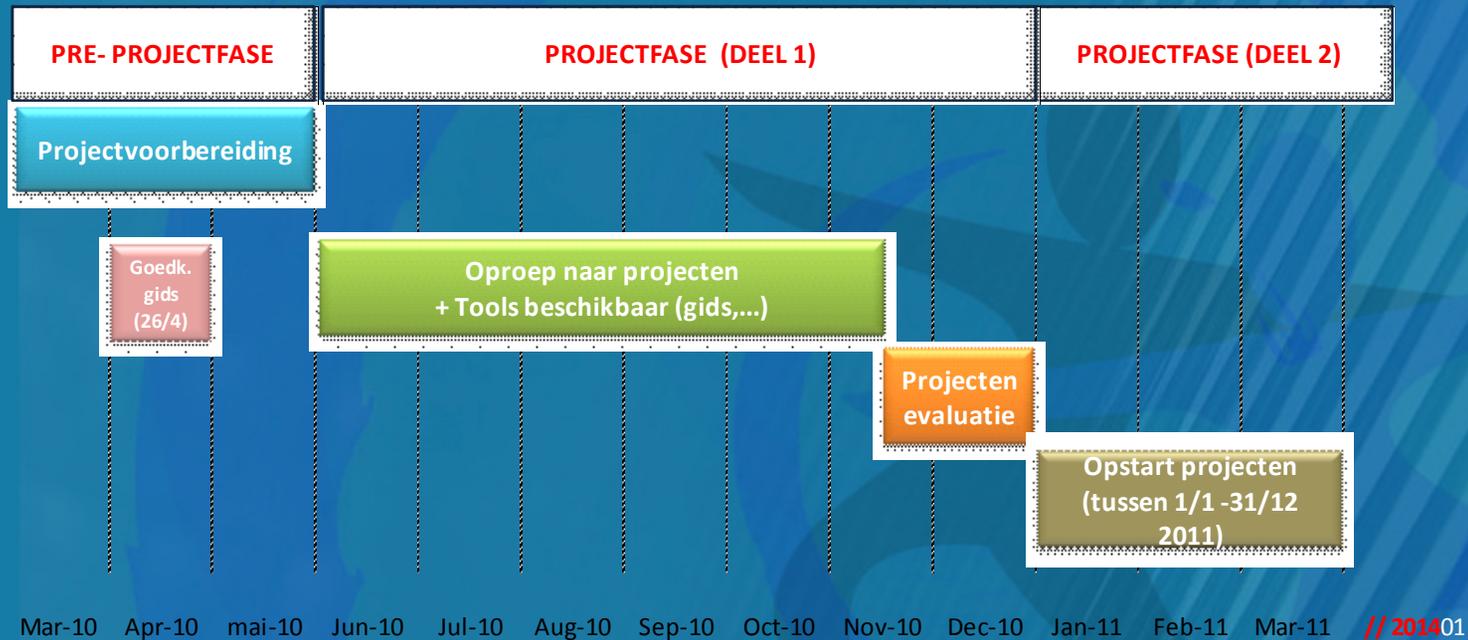


Table des matières

1. Historique
2. Situation actuelle
3. Pourquoi aller plus loin ?
4. Quel modèle mettre en place ?
5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau
6. Suivi des projets
7. Formation et recherche
8. Aspects financiers et juridiques
9. Un logo unique
10. Plan de communication



Communication Roadmap



1/04/2010:

Pre-projectfase – Préparation de projet

1/06/2010:

Projectfase (Part 1) - project mode

1/01/2011:

Projectfase (Part 2) - post go-live



Contact

Pour tout vos questions, contactez notre
Helpdesk:

02/ 524 86 12 (nl)

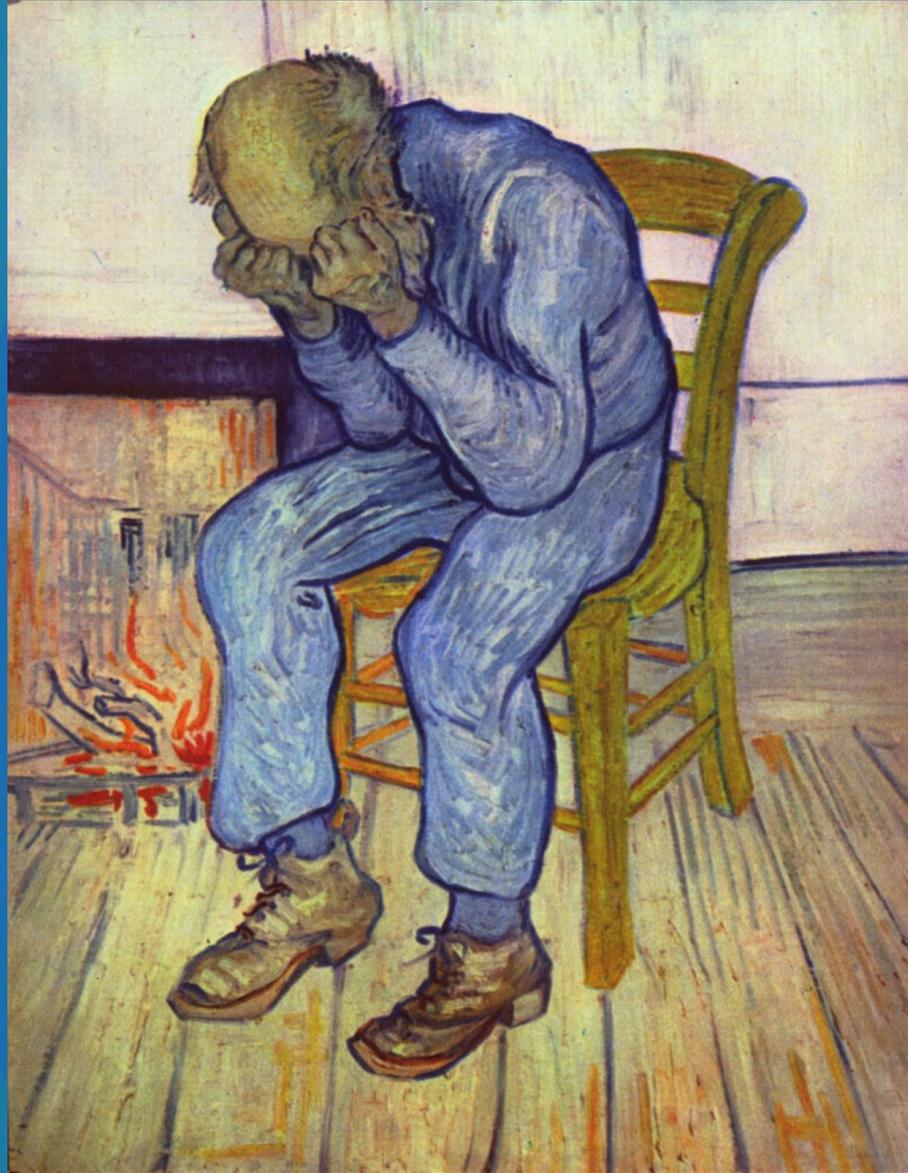
02/ 524 86 13 (fr)

info@psy107.be

<http://www.psy107.be>

(opérationnel à partir du 21/5/2010 16:00 h)





Moment d'information National– 21 mai 2010

PAUSE



Moment d'information National – 21 mai 2010

Questions - Réponses

Modérateur : Christiaan DECOSTER

Bernard JACOB – Chef de Projet

Isabel MOENS - Cabinet Onkelinx

Paul De BOCK - SPF Santé Publique

Kristel KARLER - Cabinet Tillieux

Brigitte BOUTON – Région wallonne

Philippe HENRY DE GENERET - Cabinet Cerexhe

Vivette TSOBGNI - Commission Communautaire Française

Khadija BOUDIBA - Commission Communautaire Commune

Alfred VELZ – Cabinet Mollers



Moment d'information National – 21 mai 2010

M. Benoît CEREXHE,

Membre du Collège réuni de la
Commission communautaire commune,
chargé de la Politique de la Santé
et de la Fonction publique



Moment d'information National – 21 mai 2010

Moment d'information national

**«Vers la mise en place
de meilleurs soins en
santé mentale par la
réalisation de circuits
et réseaux de soins»**



Bruxelles, 21 mai 2010