

**“ Vers de meilleurs soins  
en santé mentale par la  
réalisation de circuits et  
de réseaux de soins »**

**Journée d'information  
mercredi  
6 octobre 2010**



# Mot d'accueil

Ch. Decoster

Directeur général du  
SPF Santé publique



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Programme de la journée d'information

1. Accueil *par Christiaan Decoster, Directeur général*
2. Etat d'avancement de la réforme,  
*par Bernard Jacob, coordinateur fédéral*
3. Rapport des auditions des déclarations d'intention  
*par Paul De Bock (SPF), Youri Caels (Bruxelles),  
Nele Roelandt (Flandre), Emmanuelle Demarteau (Wallonie)*
4. Financement, *par I. Moens, Cellule stratégique du Ministre fédéral*
5. Programme de formation, *par Bart Schepers*
6. Activité médicale et points d'attention concernant  
l'introduction de dossiers, *par Christiaan Decoster*
7. Intégration des projets thérapeutiques dans la concertation  
autour du patient *par Bernard Jacob*
8. Fin



# Etat d'avancement de la réforme des soins en santé mentale

**Bernard Jacob**

Coordinateur Fédéral



Séance d'information – 6 octobre 2010

- 21-05-2010 : Moment d'information nationale
- 17-06-2010 : Séance d'information (input de l'équipe scientifique)
- 01-07-2010 : Appel à projets (intentions)
- 07-08-2010 : Rencontres avec les candidats promoteurs de projets
- 07, 08, 09 2010 : Rencontre avec les acteurs de la Reforme
- 06-10-2010 : Séance d'information
- 31-10-2010 : Clôture de l' appel à projets
- 25,26-11-2010 : 1<sup>er</sup> module de la formation des candidats coordinateurs de réseau
- 16,17-12-2010 : 2<sup>ième</sup> module de la formation des candidats coordinateurs de réseau



# Rapport sur les auditions des déclarations d'intention concernant les réseaux et circuits de soins



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Rapports des interviews avec les hôpitaux/candidats-promoteurs par l'Autorité fédérale **Paul De Bock**

- Les 26, 27 et 28 juillet, 3 et 31 août et 1 et 2 septembre:  
35 auditions
- dans pratiquement toutes les régions
- certains projets sont déjà bien avancés
- Plusieurs se basent sur les structures de coopération existantes
- À peu près tous les projets reprennent les HP, SPHG, MSP, IHP et des Services de Santé Mentale.  
Certains reprennent également les HG sans service A et des partenaires n'appartenant pas aux soins en Santé Mentale (Centre PMS, CAS)
- Le concept est souvent clair
- La plupart des médecins trouvent le principe bon mais se posent des questions concrètes concernant les gardes, les visites à domicile et au sujet de la réglementation financière.
- Peu d'institutions ont déjà discuté du projet avec leur personnel.



- Besoin d'information: dispositions financières et administratives
- La plupart des projets ont une idée claire par rapport à la région
- Concernant les partenaires, c'est généralement clair
- Toutes les propositions reprennent pratiquement toutes les fonctions
- La plupart des projets n'ont pas encore désigné de coordinateur
- Seul un nombre restreint a déjà déterminé concrètement quels moyens sont apportés par chacun.
- Les projets attendent surtout une formation mais également une bonne harmonisation des diverses autorités. Ils apprécient l'intervention commune des autorités concernées



Etat d'avancement de la concertation  
avec les projets Bruxelloises

## Youri Caels

- ont un besoin de soutien et de concertation avec les autorités compétentes
- rôle des plates-formes de concertation en santé mentale
- vu la situation spécifique à Bruxelles, des discussions bilatérales complémentaires seront organisées



Séance d'information – 6 octobre 2010

Rapport des auditions avec les  
Centres de Santé Mentale  
par la communauté flamande.

## Nele Roelandt

- Enthousiasme pour la réforme
- Participation active des participants
- Rôle dans les fonctions 1, 2 et 3
- Le conseil d'administration et le personnel sont informés.
- Questions sur l'interprétation des 10% mentionnés dans le décret + indicateurs de productivité.



Séance d'information – 6 octobre 2010

Rapport des auditions avec les  
services de santé mentale  
par la région wallonne

**Emmanuelle Demarteau**



Séance d'information – 6 octobre 2010

## Feed-back de la séance d'information du 30/09/10 sur l'état d'avancement de la réforme à destination des services de santé mentale de la Wallonie

- les services de santé mentale wallons par province à des horaires différents
- le cabinet de Mme la Ministre E TILLIEUX, représenté par Mme K.Karler.
- le coordinateur fédéral Mr.B. JACOB,
- la coordinatrice régionale Mme B. BOUTON ainsi que deux représentantes Mesdames E. DEMARTEAU et A- C GROULARD de l'administration.



# Objectifs

- **informer** le secteur à mesure de l'avancée de la réforme fédérale des soins de santé mentale ;
- soutenir les services dans leur **participation active** à cette réforme ;
- permettre une **bonne compréhension** du cadre de cette réforme, de ses objectifs, de ses concepts et de ses enjeux ;
- interpellier chaque service quant à son intérêt ou **ses motivations** ;
- interroger chaque service quant à son niveau **d'implication** en qualité de partenaire des établissements de soins ;
- **valoriser** les services et leurs actions ;
- conscientiser les services face aux **enjeux** de ce processus de **changement** ;
- prendre la mesure de la **co-construction** des projets



# Définition du Service de Santé Mentale et principes de fonctionnement

- Décret 3 avril 2009
- Accueil de toute demande
- Difficulté psychique ou psychologique
- Organisation de la réponse
- Équipe pluridisciplinaire :
  - Psychiatre, Psychologue, Assistant Social, Secrétariat
  - (+ fonctions complémentaires)



# Conclusions : l'état des lieux

- **Peu associés** à la déclaration d'intention
- Souvent **pro-actifs**
- **Attitude** : Proactifs/passifs ?
- Les services de santé mentale **ouverts** à toute proposition les invitant à être co-constructeurs d'un projet
- Souhait d'être **co-constructeurs** du projet
- **Caractère encore flou** de la mise en œuvre



# Leurs craintes

- Prise de **pouvoir** du porteur du projet au lieu d'un **partenariat**
- **Services à 2 vitesses**
- Peur du **doublon** de l'offre
- **Convention = obligation**
- Ne pas pouvoir rester dans une **offre spécifique pour chaque patient**
- Devoir faire entrer le patient dans un **circuit de soins formalisé**, identique pour chaque pathologie
- Devoir opérer un choix dans la **patientèle** se présentant au SSM au détriment d'une population qui consulte actuellement
- Changement de leur **population pour des patients plus lourds**
- **Charge de travail** supplémentaire sans moyens supplémentaires
- **Utilisation partielle** de leur équipe pour compléter les équipes mobiles



# Leurs demandes

- En terme de communication :
  - **disposer d'un lieu d'échange** consacré à l'état d'avancement de la réforme
  - **disposer de temps** pour la **concertation**
  - **organiser la communication vers les travailleurs**
  - rencontrer avec les **autorités** mandantes



# Leurs demandes

- A l'égard des Plates-Formes :
  - **PCSM** = rôle de **facilitateur**, d'informateur et de fédérateur
  - **PCSM** = **relevé des ressources** du territoire pouvant se retrouver dans les 5 fonctions + relevé des échanges de bonnes pratiques locales + interactions



# Leurs demandes

- En terme de garantie de travail :
  - Être soutenu par la Wallonie en tant qu 'opérateur à **vocation généraliste**
  - **Dépasser les collaborations habituelles** afin d'amener toutes les ressources du territoire
  - **Respecter** le travail, la méthodologie et l'identité



# Les notions essentielles

- Quid de la **liberté du patient** ?
- Quid du **secret professionnel** dans l'activation du réseau et du respect de la **déontologie** ?
- Quid de la **liberté du travailleur** de **s'inscrire** dans le réseau et de **l'activer** ?
- Importance de respecter la **culture propre** à chaque partenaire transcrite dans les **conventions** – niveau **PO/équipe**
- Correspondance des **5 fonctions** et des critères par rapport aux **besoins**
- Intérêt de projets qui **décloisonneraient** les provinces afin d'améliorer **l'offre territoriale** (sortir des enjeux locaux)
- **Reconnaissance de l'expertise de l'ambulatoire** + connaissance **spécifique** du terrain
- **Mesurer la + value** pour le patient ainsi que l'impact sur les prises en charge
- Ambulatoire – **Extra hospitalier** – Hospitalier



# FINANCEMENT

Isabel Moens

Conseiller Cellule stratégique fédérale



Séance d'information – 6 octobre 2010

# FINANCEMENT

## Cadre juridique

Art. 11 Loi sur les Hôpitaux: introduction des 'définitions' des circuits de soins et des réseaux

L'article 11 est axé sur la création de circuits de soins en tant qu'ensemble de programmes de soins qui, pour une zone définie, peuvent être parcourus par le groupe cible et qui sont organisés par le biais de réseaux d'équipements de soins

Art. 107 = passage expérimental aux circuits de soins et aux réseaux, tel que défini à l'article 11

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.



# FINANCEMENT

## Cadre juridique

### L'article 107 de la loi sur les hôpitaux

- L'article 107 autorise la réallocation des moyens existants en vue de la création de nouveaux modules
- L'article 107 propose un passage expérimental (min. 3 ans) avec pour objectif la réalisation de l'article 11 (anciennement art. 9ter)
- En exécution de cela, l'arrêté organique de financement prévoit la possibilité de conclure des conventions B4



# FINANCEMENT

## Cadre juridique

L'arrêté « Normes » du 23 octobre 1964 sera adapté et prévoira une disposition autorisant que, dans les hôpitaux sélectionnés pour participer au projet d'exploration dans le cadre de l'art. 107, les normes de personnel pour les services A et T s'appliquent au niveau de l'établissement (l'hôpital dans son ensemble) et non au niveau du service hospitalier.

On précise ainsi que le personnel de l'équipe mobile continue à appartenir au personnel de l'hôpital et à être pris en compte dans l'évaluation des normes de personnel. L'agrément de l'hôpital n'est donc pas mis en péril.

Il ne s'agit donc pas d'une fermeture. Il n'y aura pas d'indemnisations.



# FINANCEMENT CONDITIONS GENERALES

Comme première étape dans la procédure, une convention B4 peut être conclue à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011 afin de prévoir un financement pour le coordinateur du réseau de soins.

(maximum 100.000 euro)

Cela doit permettre de conclure une convention de réseau dans un délai raisonnable.

Cette convention est conclue par le biais d'un des hôpitaux qui réalloue les moyens dans le cadre de l'article 107.



# FINANCEMENT CONDITIONS GENERALES

Ensuite, une convention B4 est conclue avec les hôpitaux individuels qui réallouent des moyens dans le cadre de l'article 107, afin de pouvoir continuer à garantir le budget à disposition de ces hôpitaux, et ce également après la réallocation d'une partie de leurs moyens.



# FINANCEMENT

## CONDITIONS GENERALES

Outre les deux conventions B4, les hôpitaux qui réallouent des moyens peuvent conclure des avenants concernant différents aspects de la réforme –le cas échéant, par phase et avec un calendrier bien défini – à régler, comme p.ex. la création des équipes mobiles. Ces avenants prévoient, outre la réallocation, l'octroi de moyens supplémentaires en vue de faciliter la réforme.



# FINANCEMENT

## CONDITIONS GENERALES

Une convention de réseau est conclue entre tous les partenaires du réseau. Cette convention règle notamment la mission de chaque partenaire (tant ceux concernés par les soins proprement dits que ceux concernés par les autres aspects des soins) , le mode de collaboration au sein du réseau, le rôle du coordinateur, l'utilisation d'un manuel de procédures, la coordination autour des soins, l'évaluation du fonctionnement, etc.



# FINANCEMENT CONDITIONS GENERALES

La convention de réseau doit préciser comment les familles des patients seront impliquées et comment l'offre doit être adaptée pour être accessible par chaque patient.

Tous les partenaires s'engagent à une concertation avec des experts externes et, via des procédures d'audit, collaborer à l'évaluation et l'analyse scientifique



# FINANCEMENT CONDITIONS GENERALES

La convention de réseau doit être signée par l'ensemble des partenaires.

Cette convention constitue une condition pour pouvoir bénéficier des moyens supplémentaires.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

Seuls les hôpitaux qui réallouent des moyens peuvent conclure une convention B4 et entrent en ligne de compte pour l'octroi de moyens supplémentaires, utilisés pour la dite coopération avec les autres acteurs des soins en santé mentale.

Les moyens des projets pilotes existants peuvent également être intégrés dans le cadre de la convention B4.

Aucun lit n'est "fermé", mais des lits sont mis « hors service ». Les moyens qui se libèrent sont réutilisés pour de nouvelles fonctions.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

Le BMF est maintenu pendant au moins trois ans.

Cette garantie permet de réduire l'activité hospitalière et de mettre progressivement en place de nouvelles fonctions.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

Les hôpitaux bénéficient des mêmes avantages pour le personnel des nouvelles fonctions que pour le reste de l'hôpital.

P.ex., si durant la période exploratoire, des augmentations barémiques ou des indexations sont décidées, ou si de nouveaux accords sont conclus, les avantages seront octroyés pour l'ensemble des membres du personnel.

Le BMF reste garanti



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

Si, pendant la période des trois ans, les amortissements immobiliers prenaient fin, le montant est maintenu.

Des nouveaux amortissements pourront également être pris en compte.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

Les contrôles du financement des nouvelles fonctions, créées dans le cadre de la réallocation, seront effectués de la même façon que pour les parties de l'hôpital pour lesquelles il n'y a pas de réallocation.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

La sous-partie B1 est maintenue.

Si la diminution du nombre de patients hospitaliers permet de réduire les coûts des services communautaires, les moyens libérés peuvent servir à couvrir de nouveaux coûts, éventuellement liés aux équipes ambulatoires, comme p.ex. l'essence des véhicules, les pc portables, les GSM etc.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

La sous-partie B2 est également maintenue.

Il est préférable d'affecter le personnel de l'hôpital pour les nouvelles fonctions.

Naturellement, les autres partenaires du réseau bénéficient de moyens, tels que les équipes SPAD ou le personnel des projets Outreach.

Si des qualifications supplémentaires s'avèrent nécessaires, des moyens additionnels peuvent aussi être utilisés (voir plus loin).

La réforme n'implique donc pas de rationalisation des effectifs, mais bien le maintien du personnel en place, voire un renforcement, par le biais de moyens supplémentaires.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

S'il faut des espaces pour les nouvelles fonctions, l'infrastructure ainsi libérée peut être utilisée (p.ex. pour les consultations, la concertation du réseau, les activités socioculturelles ...). D'importants travaux d'entretien peuvent être effectués et financés dans cette infrastructure.

Des espaces devraient pouvoir être loués en dehors de l'hôpital grâce à ces moyens additionnels (voir plus loin).



# Allocation d'utilisation

## Définition du problème:

Quand un Hop Psy commence des travaux de construction via un financement alternatif, il doit demander chaque année, et ceci sur une période de vingt ans, une **allocation d'utilisation** au sein du VIPA.

Les **conditions** suivantes sont exigées:

- Le taux d'occupation, au moment de l'introduction de la demande, soit de 70% minimum.

ET

- l'hôpital psychiatrique doit, dans la dernière année calendrier avant la date de la demande de disposition de l'allocation d'utilisation, réaliser autant d'admissions que dans la dernière année calendrier avant l'attribution de l'accord de principe.

néanmoins



# Néanmoins

- Si les Hop Psy commencent un projet 'circuits et réseaux des soins' et s'ils réalloquent certains lits, cela provoque:
    - d'une part une diminution du taux d'occupation
    - et d'autre part une diminution du nombre d'admissions
- L'allocation d'utilisation de l'Hop Psy est réduite au prorata de cette diminution.



# Législation adaptée (1)

Arrêté du Gouvernement flamand modifiant diverses dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er septembre 2006 réglant les subventions d'investissement alternatives octroyées par le "Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden"  
(MB 5 août 2010)



# Législation adaptée(2)

## Changements les plus importants:

- La 2<sup>ème</sup> condition a été supprimée (voir AGF du 16 juillet 2010)

→ Donc le taux d'occupation de 70 % est maintenant la seule norme qui doit être atteinte dans l'Hop Psy.

- Aussi, il est mentionné dans la législation adaptée que le ministre peut autoriser une dérogation aux cas suivants:

1° si l'autorité fédérale ou l'Autorité flamande, concernant des projets ou non, approuve l'investissement par un initiateur dans des activités qui influencent la norme d'utilisation;

2° si l'hôpital fournit la preuve que, au cours de l'année calendrier avant la date de la demande, des travaux d'infrastructure importants ont été effectués ayant eu une influence négative sur le taux d'occupation d'un service déterminé.

→ **La participation aux projets 'circuits et réseaux de soins' ne sera pas pénalisée!**



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

Un montant additionnel de 500.000 euros maximum peut être octroyé par projet. Cette somme peut servir au financement

- du coordinateur de réseau,
- à l'acquisition de nouvelles qualifications,
- aux frais de fonctionnement, comme p.ex. l'achat de véhicules.



# FINANCEMENT

## Effet sur le BMF

Dans une première phase, les moyens seront octroyés pour le coordinateur de réseau.

Le solde sera libéré en fonction de la création de nouvelles fonctions

L'utilisation des moyens doit être prouvée dans le dossier



# FINANCEMENT CONDITIONS GENERALES

Par projet, les cinq fonctions ont débuté endéans une période d'au moins un an(\*):

1. activités en matière de prévention, de promotion, de détection précoce, dépistage et établissement du diagnostic
2. équipes ambulatoires de traitement intensif (soins de courte et de longue durée)
3. fonction de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'intégration sociale
4. unités de traitement résidentiel intensif
5. formes d'habitations spécifiques où des soins peuvent être prodigués lorsque le domicile ou le milieu substitutif du domicile ne le permettent pas

(\*): à compter de la signature de l'avenant réglant le financement des équipes mobiles



Séance d'information – 6 octobre 2010

# FINANCEMENT

## CONDITIONS GENERALES

L'équipe de traitement ambulatoire pour les soins intensifs de courte durée intervient en cas de crise. La durée de traitement est de maximum un mois.

On examinera si (en vitesse de croisière) 30 patients peuvent être soignés en continu, ce qui représente 360 patients sur une base annuelle.

L'équipe fonctionne 7j sur 7, 24h/24, 365 jours/ an.

Le case-load dépend de la région à desservir et de l'importance des soins.



# FINANCEMENT

## CONDITIONS GENERALES

L'équipe de traitement ambulatoire pour les soins de longue durée est axée sur une intégration sociale aussi large que possible.

On s'attend à ce que l'équipe (en vitesse de croisière) et sur une base annuelle, assure le traitement de 250 à 400 patients. L'équipe fonctionne tous les jours hormis les dimanches et les jours fériés.

Le case-load dépend de la région à desservir et de l'importance des soins.



# FINANCEMENT

## CONDITIONS GENERALES

Les deux équipes mobiles doivent disposer de plusieurs qualifications, en tenant compte de la mission de chaque équipe, de l'importance des soins et de la zone à desservir: psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux.

Pour les soins de longue durée, les qualifications seront davantage axées sur la réintégration. On peut p.ex. également faire appel à des (ré)éducateurs.

Les deux équipes mobiles reçoivent également une indemnité garantie à concurrence de 225.000€ pour l'activité médicale.



# FINANCEMENT

## CONDITIONS GENERALES

A l'hôpital, il est nécessaire de disposer d'une unité de traitement intensif, à défaut de quoi elle doit être créée.

Elle s'adresse aux patients qui ne peuvent être traités à leur domicile.

Le séjour doit être de courte durée.



# FINANCEMENT

## Cadre théorique

	<b>A</b>	<b>a-j</b>	<b>a-n</b>	<b>T</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>t-j</b>	<b>t-n</b>
<i>par # lits</i>	30	30	30	60	60	60	60	60
Infirmières	6	3	5	6	14	10	3	5
Psychologues	0,5			0,5	0,5	0,5		
Assist. Sociaux	0,5			0,5	0,5	0,5		
Paraméd., Educateurs, ...	6	6	3	6	6	6	6	3
Non qualifié	3		2	3	3	3		2
	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Pers; suppl. art. 48		1	1	4	4	4	2,25	2,37
		<b>10</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>11,25</b>	<b>12,37</b>



<i>par lit</i>	<b>A</b>	<b>a-d</b>	<b>a-n</b>	<b>T</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>t-d</b>	<b>t-n</b>
Infirmières (incl art 48)	0,20	0,10	0,17	0,10	0,23	0,17	0,05	0,08
Psychologues	0,02			0,01	0,01	0,01		
Assist. Sociaux	0,02			0,01	0,01	0,01		
Paraméd., Educateurs, ...	0,20	0,23	0,13	0,17	0,17	0,17	0,14	0,09
Non qualifié	0,10		0,07	0,05	0,05	0,05		0,03



Equipes Mobiles		Intensification	
Courte	Longue	aigu 16 places	chronique 30 places
6	6	6	6
7	6,5	0,5	0,5
		0,5	0,5
		6	10
3	1,5	3	3
<b>16</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>20</b>

FLEXIBILITE

Psychologues  
Assist. Sociaux  
Paraméd., Educateurs, ...

Pool  
Minimum 1 de  
chaque qualification



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Simulation



Séance d'information – 6 octobre 2010

## Barèmes applicables en 2010

Remarque: les montants calculés tiennent compte d'une ancienneté moyenne de 10 ans et d'une moyenne de 15% de prestations irrégulières ( à l'exception du psychologue pour lequel ce n'est pas prévu)

	Ancienneté	Privé	Public	Moyenne
<b>Psychologue</b> 1/80	10 ans	62.232,22	61.757,37	61.994,79
<b>Graduée + paramédicaux + assistant social</b> 1/55-1/61-1/77(+2a)	10 ans	59.164,77	58.940,08	59.052,42
<b>Brevetée</b> 1/43-1/55	10 ans	52.487,49	52.416,04	52.451,77
<b>Assis.soins hosp.</b> 1/40-1/57	10 ans	49.656,57	49.650,09	49.653,33
<b>Non qualifié</b> 1/22-1/30	10ans	44.224,59	38.847,88	41.536,24



# POSSIBILITE DE RECONVERSION EN IHP et MSP

Les possibilités actuelles de reconversion en places d'habitations protégées et en lits de maisons de soins psychiatriques restent en vigueur.

Elles sont indépendantes de la réallocation par le biais des conventions B4



# POSSIBILITE DE RECONVERSION EN IHP et MSP

## **Demande de reconversion en MSP:**

1 lit T peut donner lieu à 1,48 lit MSP

1 lit C peut donner lieu à 2,44 lits MSP

Idem pour un lit 1 D et pour un lit G.

## **Demandes de reconversion en IHP:**

1 lit T peut donner lieu à 5,96 places IHP

1 lit C peut donner lieu à 9,83 places IHP

Idem pour 1 lit C, 1 lit D et 1 lit G



# POSSIBILITE DE RECONVERSION EN IHP et MSP

Entre-temps, des AM sont élaborés  
exécutant les propositions de  
flexibilisation et d'actualisation de la  
formulation des normes d'agrément des  
lits MSP et IHP



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Concertation autour du patient

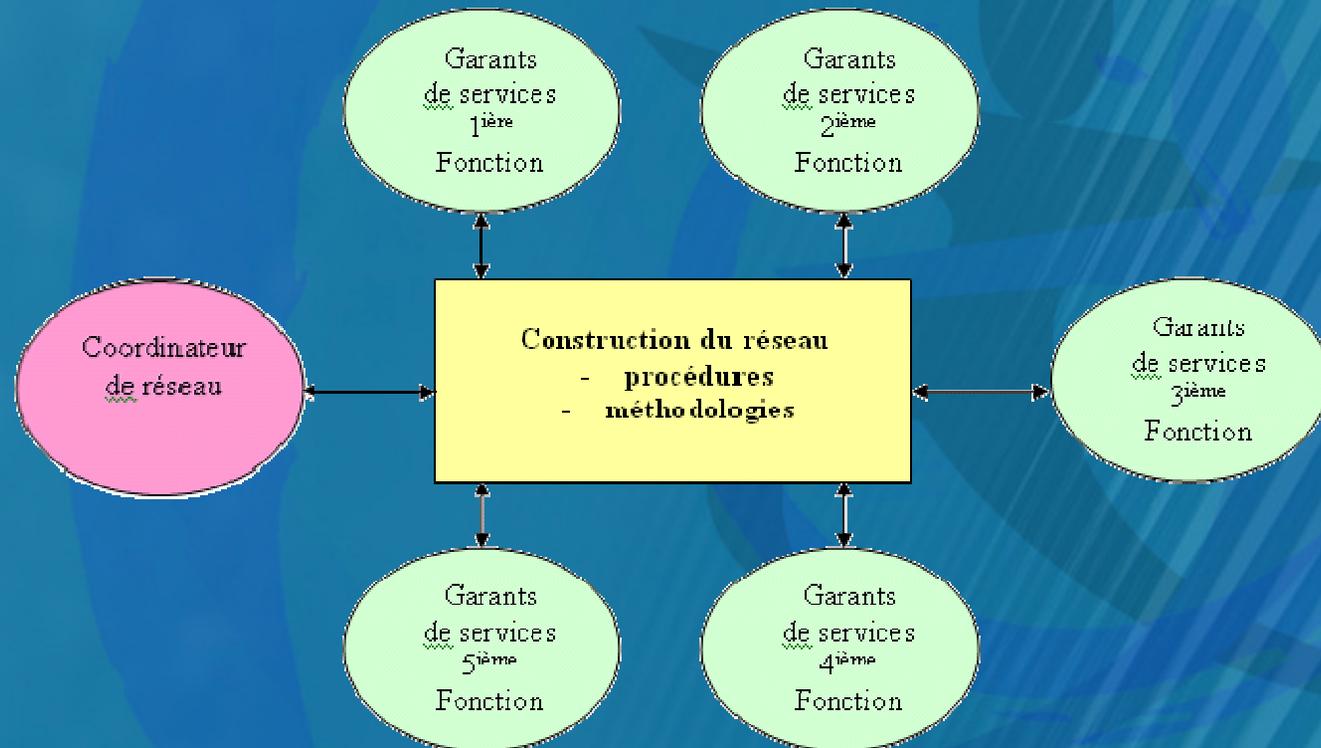
Accords sur l'élaboration des propositions :  
groupe de travail comité d'assurance.

Cadre Juridique : article 56 loi AMI

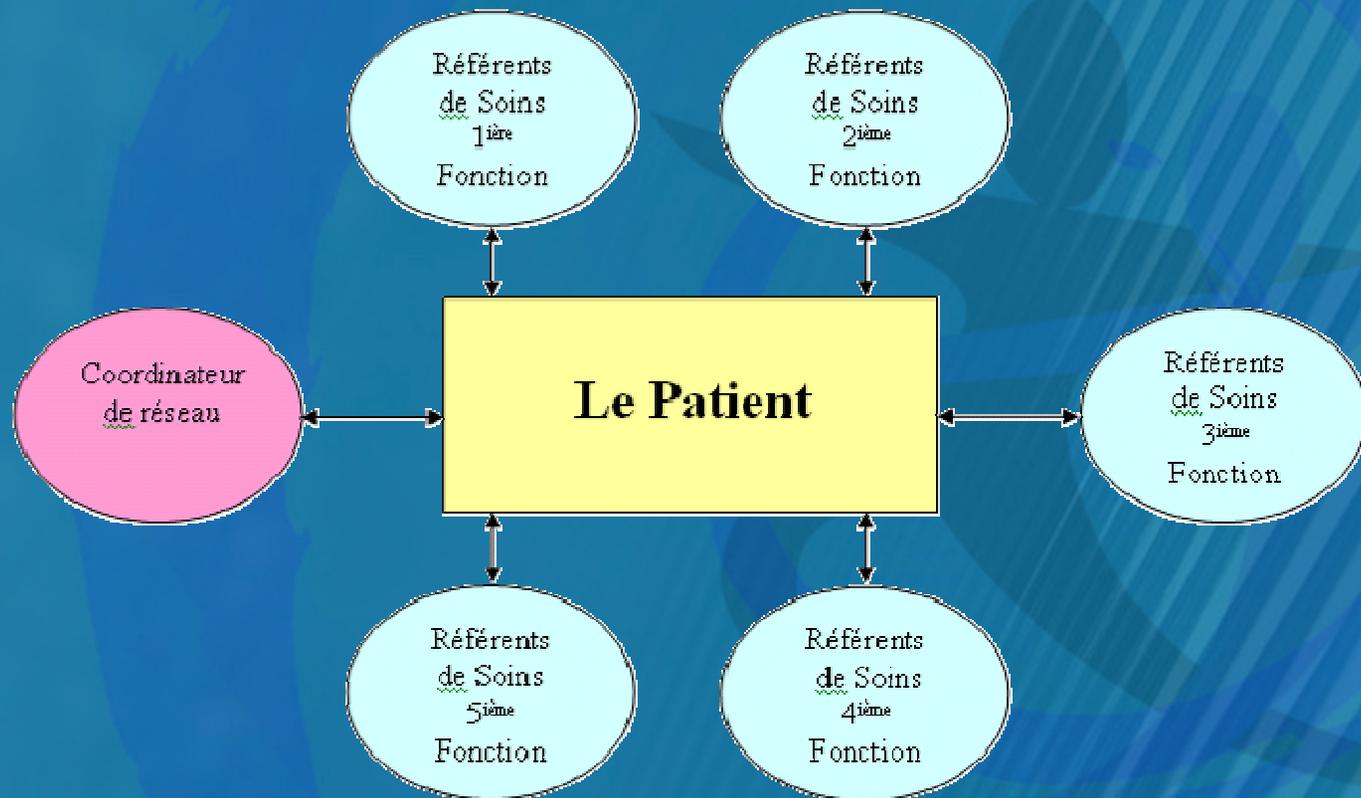
Création d'une note budgétaire dans le cadre des  
propositions des objectifs budgétaires en 2011



# Concertation au niveau des services



# Concertation autour du patient



# OFFRE DE FORMATION

en appui à la réforme  
des soins en santé mentale

**Bart Schepers**  
Coordinateur formation



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Formation

## Candidats coordinateurs de réseau novembre-décembre 2010

Aperçu de l'offre de formation automne 2010:

Journée d'étude « Vers de meilleurs soins en santé mentale :  
la perspective du coordinateur de réseau »

Demi-journée d'étude  
« Vision de la réforme des soins en santé mentale »

Formation « Travail en réseau dans les soins en santé mentale »



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Journée d'étude

## « Vers de meilleurs soins en santé mentale : la perspective du coordinateur de réseau »

### Quand ?

25 et 26 novembre 2010

### Objectif ?

Informier et inspirer les candidats coordinateurs de réseau

### Contenu ?

1. Explication de la réforme par le SPF Santé publique
2. Exemples de modèles développés à l'étranger, commentés par des experts venus de Birmingham, Lille, Maastricht et Lausanne
3. Bonnes pratiques au niveau belge
4. Table ronde au sujet du rôle du coordinateur de réseau, avec le Pr C. Van Audenhove (LUCAS-K.U.L.) et le Pr M. Leys (MESO-V.U.B.)

Organisateur ? SPF Santé publique



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Demi-journée d'étude « *Vision de la réforme des soins en santé mentale* »

## *Quand ?*

6, 7 ou 8 décembre 2010

## *Quoi ?*

Session d'une demi-journée relative à la transposition interactive de la « vision » vers l' « organisation » des soins dans la société

## *Contenu ?*

- Réadaptation et « empowerment »
- Perspectives de réhabilitation
- Evidence Based Practices
- Inclusion et participation
- Plan de soins

*Formation dispensée en collaboration avec : LUCAS-K.U.Leuven*



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Formation « *Travail en réseau dans les soins en santé mentale* »

## *Quand ?*

16 (FR) et 17 (NL) décembre 2010

## *Quoi ?*

Formation interactive dont le but est d'approfondir l'étude des facteurs qui influencent l'efficacité et l'effectivité d'un réseau

## *Contenu ?*

- Session 1 : Configuration organisationnelle d'une association
- Session 2 : Gestion et modèles d'administration d'un réseau et relation du manager de réseau

*Formation dispensée en collaboration avec : MESO-V.U.Brussel*



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Activité médicale et questions prioritaires pour l'introduction des dossiers

**Christiaan Decoster**  
SPF Santé publique



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Activité médicale

Pour l'activité médicale de l'ensemble des équipes mobiles, une rétribution de 225.000 euros, qui couvre l'activité de 1,5 ETP psychiatre, est versée sur une base annuelle. Bien entendu, les psychiatres travaillent dans le cadre médical de l'hôpital. Les missions peuvent donc être effectuées par plus de psychiatres que ces 1,5 ETP.

Cette rétribution est versée dans le cadre d'une convention B4 qui règle le financement des projets « Article 107 ». Elle s'ajoute à la rémunération additionnelle allouée au projet



# Activité médicale

Quelles sont les tâches/responsabilités couvertes par ce montant ?

- La direction des deux équipes
- La politique médicale, en accord avec le médecin-chef
- La planification, l'exécution et le suivi des activités des deux équipes
- Les psychiatres font partie des équipes mobiles et, le cas échéant, accompagnent sur place



# Activité médicale

- Consultations sur place par les psychiatres, qui font partie des équipes mobiles
- Garantie de la bonne tenue des dossiers de patients et de l'enregistrement des activités



# Activité médicale

- Suivi journalier des situations de patients
- Contact avec le généraliste et, si nécessaire, s'assurer que le patient désigne le généraliste de son choix
- Collaboration avec les différents partenaires du réseau, tant du secteur médical que des autres secteurs



# Activité médicale

- Participation au service de garde, organisé par le médecin-chef pour l'ensemble des services de l'hôpital
- Les psychiatres veillent à une approche du patient qui tient compte du contexte de vie du patient dans sa globalité, afin de permettre à ce dernier de s'épanouir et se réintégrer au mieux dans la société



# Activité médicale

Les consultations des patients ne sont pas comprises dans la rémunération de base, ni pour les patients traités par l'équipe mobile, ni pour les autres patients. A cet égard, les codes de nomenclature existants sont d'application.

Les prestations au domicile des patients sont donc comprises dans les 225.000 euros (à moins qu'il ne s'agisse d'une consultation demandée par le médecin généraliste pour laquelle il existe une nomenclature).

La rétribution est garantie pour toute la durée du projet pilote (au moins 3 ans) :  
cela doit permettre de réduire petit à petit le nombre d'admissions à l'hôpital et de mettre progressivement en route les deux équipes mobiles



# Activité médicale

- Ce financement est temporaire et devra, après la période d'au moins 3 ans, déboucher sur un financement adapté conformément aux autres activités et responsabilités des psychiatres dans les soins en santé mentale.
- Les équipes scientifiques devront évaluer le tout et les éventuelles adaptations à la description de la mission et les modalités d'exécution devront entre-temps être apportées.



# Activité médicale

Les psychiatres qui collaborent, dans le cadre des équipes mobiles, avec le médecin-chef doivent signer une annexe à la convention B4 attestant qu'ils relèvent de la mise en œuvre du projet pilote "article 107".



**Points d'attention  
pour l'introduction  
des propositions dans le cadre  
du programme de réforme  
Projets article 107**



Séance d'information – 6 octobre 2010

# Dimensions

1. Socialisation des soins
2. Objectifs
3. Délimitation de la zone d'activité
4. Description de la nouvelle structure
5. Stratégie de développement du réseau
6. Financement et ressources
7. Template proposition de projet



# 1. La socialisation des soins

La vision des mesures axées sur la réadaptation a-t-elle été développée dans le plan ?

Les conditions connexes liées à l'offre de soins communautaires ont-elles été mises au point ?

Tous les groupes cibles potentiels de la région ont-ils la possibilité d'être soignés en milieu sociétal (ambulatoire)?



## 2. Objectifs

Des objectifs ont-ils été clairement formulés pour :

- les patients ?
- les prestataires de soins ?
- le réseau dans son ensemble et les partenaires participants ?

Les fonctions que l'on souhaite remplir sont-elles clairement exprimées dans la proposition de projet ?



### 3. Délimitation de la zone d'activité géographique

La délimitation de la zone d'activité géographique est-elle clairement décrite et motivée ?



# 4. Description de la nouvelle structure

1. Composition du réseau (partenaires)
2. Répartition des tâches entre les partenaires du réseau
3. Rôles et compétences au sein de la nouvelle structure (y compris du coordinateur de réseau)
4. Instruments de communication et de contrôle de la qualité, garanties de la protection de la vie privée et de la sécurité de la transmission des données.
5. Modèle de gestion et d'administration



## 5. Stratégie de développement du réseau

La proposition décrit-elle une stratégie de mise en œuvre du réseau par phases ?

Y a-t-il une évaluation des risques potentiels liés à la mise en œuvre du réseau ? (analyse de risques ?)



# 6. Financement et allocation de moyens

La proposition décrit-elle les moyens alloués au sein du réseau et entre les partenaires ?



# 7. Proposition de projet

Un template fixe sera utilisé pour l'introduction des propositions de projet



# Évaluation de la proposition

## 4 questions clés :

- Chaque dimension est-elle **intégrée** dans la proposition ?
- Dans quelle mesure cet aspect est-il **détaillé** ?
- Dans quelle mesure l'élaboration de la proposition correspond-elle au but poursuivi dans le cadre de l'**article 107** ?
- L'élaboration du projet proposé est-elle **réaliste** ?

## Question globale :

- Dans quelle mesure la proposition est-elle étayée par l'état actuel des connaissances (**evidence-based**) ?



# Décisions éventuelles concernant les projets article 107

À considérer pour la sélection sans adaptation:  
ces projets sont opérationnels

À considérer moyennant des adaptations mineures

Des adaptations assez importantes sont nécessaires:  
ces projets ne sont donc pas opérationnels

Proposition non adaptée :  
ces projets n'entrent pas en ligne de compte



# Coordonnées de contact

Vous pouvez adresser vos questions à  
notre

## Helpdesk:

02/ 524 86 12 (nl)

02/ 524 86 13 (fr)

[info@psy107.be](mailto:info@psy107.be)

<http://www.psy107.be>

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



Séance d'information – 6 octobre 2010