

Modes de travail / Modèles d'intensification

Contexte : Décision organe de concertation 107 du 4/10/2018.

- Puisqu'il existe une relation manifeste entre une action plus mobile et l'action résidentielle, les autorités compétentes sont disposées à examiner (via l'article 107) les propositions des réseaux en matière d'intensification.
- Les propositions doivent être introduites avant le 1^{er} décembre 2018.
- Les propositions d'intensification sont harmonisées au sein du réseau et introduites en même temps que les propositions de socialisation.
- Les propositions d'intensification doivent être neutres sur le plan budgétaire en termes d'encadrement. Ceci implique, pour une section intensifiée, une neutralité au niveau de l'hôpital et pour un fonctionnement HIC, une neutralité pour les hôpitaux au niveau du réseau.
Les pouvoirs publics sont disposés, dans les limites de la marge budgétaire, à compenser la perte en honoraires.
- Tant pour les équipes mobiles que pour l'intensification, il faut joindre un tableau précisant le régime de travail du collaborateur concerné.

Le groupe de travail a reçu mandat de poursuivre le développement de propositions d'intensification. Conformément à la note "**Optimalisation ou « intensification » des soins dans la fonction 4 dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale pour adultes**", deux modèles/modes de travail ont été élaborés :

- Modèle 1 : Unité de soins psychiatriques intensifiés (intensification par un relèvement de la norme personnel/lit)
- Modèle 2 : Fonctionnement HIC (intensification en tant que forme de soins innovante)

Lors de l'opérationnalisation, des dérogations aux modèles présentés ci-dessous peuvent être prévues en fonction de modalités d'organisation spécifiques à l'institution. Ces dérogations portent principalement sur l'infrastructure disponible et le nombre de lits. Toutefois, l'encadrement proposé et les principes en matière de qualité, de sécurité et de permanence sont garantis.

Modèle 1 : Mise en place d'une unité de soins psychiatriques intensifiés

Concept

L'explication et la justification des soins psychiatriques intensifiés sont exposées dans la note "Optimalisation ou « intensification » des soins dans la fonction 4 dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale pour adultes", en partie 1 : "Les soins intensifiés planifiés au sein de la fonction 4" et en partie 2 : "Les soins intensifiés non planifiés au sein de la fonction 4".

Des soins intensifiés de qualité s'obtiennent, d'une part, via l'adaptation des méthodes de soins et, d'autre part, via l'adaptation de l'architecture (chambres de privation sensorielle, salles de confort ...) ou de l'organisation des soins (unités de vie plus petites, ...).

Le service de départ est :

- soit 1 unité de 24 lits. Un fonctionnement avec des sous-unités plus petites est possible ;
- soit 1 unité de 22 lits, complétés par 2 lits de crise, permettant si nécessaire une montée en puissance des soins. Compte tenu de la fonction des lits de crise, le taux d'occupation attendu de 80% n'est pas applicable à ces lits de crise. Ici aussi, un fonctionnement avec des sous-unités plus petites est possible.

Le fonctionnement de ces unités repose sur les caractéristiques suivantes :

1. Des soins intensifiés planifiés offrent des soins scientifiquement fondés, consistant en un accompagnement et une prise en charge individuels et thérapeutiques de groupe en cas de (suspicion de) problèmes psychiatriques complexes qui requièrent des interventions ou des connaissances complexes : (a) ils posent un diagnostic pour les cas graves, comorbides et complexes ; (b) ils adaptent le traitement à la problématique grave, comorbide et complexe du patient, en prêtant attention au traitement pharmacologique et thérapeutique adéquat, et en assurent le suivi des résultats ; (c) le traitement est aussi intensif et long que nécessaire et aussi intensif et court que possible.
2. Des soins intensifiés planifiés complètent des modèles d'expertise clinique avec une expertise du vécu et intègrent le vécu du patient et celui de la famille de façon démontrable dans le fonctionnement de l'organisation.
3. Les soins intensifiés planifiés s'appuient sur la prise en charge clinique et l'expertise du vécu pour tendre vers le rétablissement du patient, et ce via un processus unique, individuel qui permet au patient de redonner du sens et du contenu à sa vie. Ceci se manifeste entre autres, mais pas exclusivement, par l'établissement d'un plan de traitement soigneusement négocié avec le patient.
4. Les soins intensifiés planifiés offrent un accompagnement et une prise en charge thérapeutiques individuels plus intensifs, ainsi que davantage de soins sur mesure, en vue d'une responsivité la plus élevée possible du patient au traitement proposé. À cet égard, il est activement fait appel à un large éventail de formes flexibles de soutien pour favoriser l'autonomie du patient, comme la prise en charge à temps partiel, le traitement de jour intensif, les possibilités de « lit sur ordonnance », les formes d'in/outreaching, etc.
5. Les soins intensifiés planifiés permettent d'élever rapidement les soins au niveau des soins de crise ou d'autres formes offrant la possibilité d'une plus grande proximité du patient, et de rétrograder si la situation l'autorise, pour ainsi répondre qualitativement à une prévalence accrue de comportements externalisants et à un nombre plus élevé d'admissions forcées.
6. Les soins intensifiés planifiés proposent un accompagnement et une prise en charge dans un environnement adapté (taille du groupe et environnement apaisant), afin d'offrir aux personnes en phase instable de leur maladie les meilleures chances de rétablissement et de limiter autant que possible le recours à des mesures privatives de liberté.
7. Les soins intensifiés planifiés, dans leur rôle d'acteur résidentiel, veillent à la qualité des moments de transition. Ceci se manifeste notamment par la rédaction d'une note de transfert

précise lors du départ du patient de l'unité, adressée aux prestataires de soins ultérieurs concernés. L'établissement d'un plan de crise et d'une fiche de crise est également stimulé.

8. Les soins intensifiés planifiés reconnaissent la famille et les proches comme des partenaires de soins et les associent activement au moment de l'admission, durant le traitement et durant la sortie.
9. Les soins intensifiés planifiés, en tant qu'élément du réseau de soins en santé mentale dans la région, se concertent et veillent à la coordination avec d'autres acteurs du réseau de soins.
10. Les soins intensifiés planifiés font appel à du personnel spécialisé, et veillent à une offre de formation de qualité.

Encadrement en personnel

- Un fonctionnement en tant qu'unité de soins intensifiés (lits ID) de 24 lits ou 22 lits ID + 2 lits de crise nécessite un encadrement de 0,73 ETP/lit, soit au total 17,52 ETP par 24 lits.
- Une section de 30 lits A (17,25 ETP) ou de 30 lits T (12 ETP) peut être transformée en une unité de 24 lits ID de façon neutre sur le plan budgétaire moyennant un gel supplémentaire.
- Ce nombre d'ETP peut être mis en œuvre grâce au gel de lits A ou T.

Fonction médicale

- Pour le calcul de la rétribution des médecins, la base minimale pour les lits ID est la nomenclature A actuelle.
- Les principes suivants sont appliqués : 1) pas de perte d'honoraires pour les médecins psychiatres et 2) en cas de perte d'honoraires, les pouvoirs publics compensent la différence constatée.
- Proposition d'ajouter ces principes à la convention INAMI établie pour la fonction médicale à l'occasion des accords en matière d'équipes mobiles.

Modèle 2 : Mise en place d'un fonctionnement HIC

Concept

L'explication et la justification du fonctionnement HIC sont exposées dans la note "Intensification : soins psychiatriques intensifs". En résumé, ce modèle consiste en ceci :

- Une section de 20-24 lits constituée de deux "**high-care units**" de 10-12 patients contiguës mais séparées sur le plan architectural, complétée par une "**intensive care unit**" de 2 à 4 chambres :
 - Chaque unité dispose de 10-12 chambres individuelles et d'une "salle de confort".
 - À côté de ces unités se trouve l'unité "intensive care" : une structure distincte de 2 à 4 chambres située de préférence, sur le plan architectural, entre les deux unités "high-care". Ces chambres sont en principe vides et donc disponibles à tout moment pour une montée en puissance des soins pour des patients des 2 unités "high-care" qui ont besoin d'un accompagnement main dans la main en raison d'une agitation prononcée, d'un comportement désordonné, de risque élevé... Le patient n'y est jamais seul, mais toujours accompagné par un membre du personnel soignant.

Ce "trityque" (2 unités thérapeutiques plus petites et une unité de soins intensifs distincte) est à considérer comme un tout permettant de réaliser les principes de "high intensive care".

- Tant dans les "high care units" que dans les "intensive care", le séjour avec le patient de membres de la famille est rendu possible et encouragé.
- Il reste provisoirement nécessaire de prévoir 1 à 2 chambres d'isolement ultra-sécurisées.

Le fonctionnement HIC est un élément innovant. Les effets visés sont, entre autres :

- Prévention de la contrainte, en particulier de l'isolement.
- Renforcement de la continuité des soins, en particulier entre les soins résidentiels et ambulatoires.
- Renforcement de la collaboration entre les intervenants, les usagers et les proches.

Il importe d'assurer un suivi du développement de ce modèle pendant la phase pilote au moyen d'un instrument d'évaluation adapté (p. ex. grâce à une adaptation du moniteur HIC néerlandais au contexte belge).

Adaptations architecturales

- Le fonctionnement HIC nécessite une infrastructure adaptée telle que décrite ci-dessus.
- Pendant la phase pilote, les structures élaborent un trajet adapté décrivant la réalisation progressive des adaptations architecturales et reprenant les accords à ce sujet avec les autorités compétentes.

Encadrement en personnel

Un service ID avec fonctionnement HIC nécessite un encadrement de 25,02 ETP pour 24 lits, soit 1,04 ETP/lit.

Ce calcul se fonde sur :

- 24 lits avec un encadrement pour soins intensifiés, soit 0,73 ETP/lit ;
- 4 lits impliquant un encadrement SGA, soit 1,875 ETP/lit.

Une section de 30 lits A (17,25 ETP) ou de 30 lits T (12 ETP) peut être transformée en une unité de 24 lits ID de façon neutre sur le plan budgétaire moyennant un gel supplémentaire (cf. ci-dessus).

Ce nombre d'ETP peut être mis en œuvre grâce au gel de lits A ou T.

Fonction médicale

- Conformément au mode de calcul pour l'encadrement en personnel, la base minimale pour le calcul de la rétribution des médecins pour les lits ID est la nomenclature A actuelle et la nomenclature SGA pour les 4 lits "intensive care".
- Les principes suivants sont appliqués : 1) pas de perte d'honoraires pour les médecins psychiatres et 2) en cas de perte d'honoraires, les pouvoirs publics compensent la différence constatée.
- Proposition d'ajouter ces principes à la convention INAMI établie pour la fonction médicale à l'occasion des accords en matière d'équipes mobiles.