

FAQ WEBINAR 13/05/2022

Intensification des soins résidentiels



| | |
|--------------------------------------|----|
| 1. Introduction | 2 |
| 2. Groupe De Travail Intensification | 3 |
| 3. Expérience Pratique | 5 |
| 4. Financement | 6 |
| 5. Politique | 8 |
| 6. Lexique | 16 |
| 7. Questions ? | 16 |

Les questions de cette FAQ sont reprises textuellement des questions reçues par le SPF Santé publique lors du webinaire du 13/5/2022 ou via psysoc@health.fgov.be.

Update: 12/08/2022

1. Introduction

1.1. « Comment le réseau d'apprentissage HIC peut-il être utilisé pour soutenir un réseau dans lequel nous voulons mettre en place un HIC ? »



Le réseau d'apprentissage permet l'apprentissage par échange et les audits par les pairs. Un exemple est que les employés d'un département HIC peuvent faire un stage dans un autre département HIC afin que les deux organisations puissent partager les bonnes pratiques. Cela peut être fait à travers les réseaux.

1.2. « Une coopération harmonieuse d'un HG (par exemple, SPHG, service d'urgence) vers un HIC ou une USI sont-elles possibles ? »



Oui, la réforme de la santé mentale vise le principe de soins adaptés et échelonnés (matched & stepped care).

1.3. « HIC et ID doivent avant tout être liés aux groupes cibles que vous incluez également en tant qu'hôpital aujourd'hui ; il existe de grandes différences entre les hôpitaux en termes d'intensité ; les spécificités des patients priment toujours »



Le public cible des départements ID et HIC sont les personnes atteintes de troubles mentaux complexes sévères. Le traitement est aussi intensif et aussi long que nécessaire et aussi intensif et court que possible. Le client passe avant tout, l'offre doit être axée sur la demande et non sur l'offre. L'ID cible des patients psychiatriques connus tandis que le HIC cible également des patients inconnus.

2. Groupe De Travail Intensification

2.1. “L'accueil hospitalier (cinq premières minutes), la coordination des soins dans les 24 premières heures, le contact et la proximité/présence, la signalisation/détection précoce, le traitement médical combiné à une prise en charge transdisciplinaire, l'intensification et la réduction, le rooming-in, les experts du vécu, sont des éléments fondamentaux justifiables du modèle HIC. Aujourd'hui, ce sont à mes yeux des principes de base de la prise en charge des soins psychiatrique de crise, qui devraient également s'appliquer dans les services qui organisent des GO réguliers et gèrent les crises. Cependant, dans plusieurs HP, ces services réguliers GO et de crise ne sont pas dotés d'un encadrement intensifié (HIC). Ils sont pourtant chargés de prévenir les comportements extériorisant graves, ils visent à stabiliser la crise et à réduire les Mesures Restrictives de Liberté, et à redonner le contrôle au patient. Espérons qu'ils seront inclus dans le spectre des soins de crise et de la nécessité d'une intensification dans le groupe de travail intensification ? ”



C'est une question et une préoccupation tout à fait justifiée. À l'heure actuelle, deux modèles sont présentés dans le cadre de l'“intensification des soins résidentiels”, à savoir la fonction “High and Intensive Care” (HIC) et la fonction “Service intensif” (ID). En ce qui concerne le fonctionnement HIC : au sein du groupe de travail “intensification des soins résidentiels” de l'organe de concertation 107, un sous-groupe de travail “HIC” est actif qui suit les différentes fonctions HIC sur le plan du contenu, scientifique, politique, etc. Les nouvelles fonctions HIC résultant du troisième appel à projets “intensification des soins résidentiels” seront également incluses. Nous avons également convenu récemment que, émanant du sous-groupe HIC, le ID sera invité à se joindre à nous. En effet, un certain nombre d'hôpitaux ayant un HIC ont également un ou plusieurs ID. Le sous-groupe de travail HIC fera une recommandation au groupe de travail “intensification des soins résidentiels” quant à la mesure dans laquelle les fonctions ID peuvent être incluses dans les activités du sous-groupe de travail HIC, ou si un sous-groupe de travail ID distinct doit être créé. Créer un moniteur de ID, un modèle d'évaluation, ... seraient les premiers travaux.

Nous sommes conscients que cela ne répond pas à votre question. Toutefois, nous tenons à indiquer que nous suivons de près et continuons à évaluer les fonctions HIC et les fonctions ID de l'organe de concertation 107 et de son groupe de travail. Basé sur ceci, nous devrions effectivement mener le débat sur l'engagement des services HIC, ID et A existants dans le spectre des soins de crise, en partant des besoins des personnes en situation de crise psychologique.

2.2. Actuellement si j'entends bien les services HIC sont dans des services qui accueillent des MEO. Or j'entends dans la première partie de la présentation qu'un des objectifs est bien de diminuer les MEO. Personnellement je suis persuadée que les HIC pourront de fait permettre de diminuer les MEO. Question : Est ce que les HIC sont, obligatoirement liés avec les prises en charge des MEO ou sont-ils en amont d'une MEO?



La fonction HIC vise principalement à prévenir autant que possible le recours à des mesures restrictives de liberté, telles que l'isolement et la réclusion, pour les personnes qui traversent une crise psychologique grave. L'orientation vers le HIC se fait principalement à partir du domicile des personnes en situation de crise psychologique grave par les équipes ambulatoires ou mobiles. Il est donc vrai qu'en raison de cette finalité, de nombreuses personnes se retrouvent également dans un statut forcé dans les fonctions HIC actuelles. Cependant, l'existence ou non d'un statut forcé n'est en principe pas un critère d'inclusion ou d'exclusion pour un HIC ; c'est la capacité à empêcher l'utilisation de mesures restrictives de liberté, telles que l'isolement et la réclusion. Mais il est logique qu'il y ait des liens entre les deux.

Il est donc inexact d'affirmer que les services HIC doivent obligatoirement se situer dans des services où les personnes sont admises de force. Il est également inexact de supposer que la présence de services HIC réduira le nombre d'admissions forcées. L'admission forcée est et reste une mesure de protection du patient, indiquée et décidée par le pouvoir judiciaire.

3. Expérience Pratique

- 3.1. Il reste un très petit groupe de patients très gravement malades qui a besoin de soins intensifs permanents ; ce petit groupe exerce une trop grande pression sur la capacité limitée des HIC ; quelle alternative existe-t-il pour ce groupe en dehors du contexte hospitalier



Nous ne pouvons pas nous exprimer au nom de toutes les personnes qui tombent sous cette catégorie, mais la solitude et l'incapacité à se constituer un réseau social sont souvent à la base de ce problème (parfois associé aux stupéfiants). Un accueil de jour, sans attentes trop élevées, peut dans ce cas offrir une solution. Certains peuvent assumer une maisons de soins psychiatriques, mais ne sont mentalement pas prêts à le faire.

- 3.2. Qu'en est-il de la contention pharmacologique (médicamenteuse)? est-elle utilisée également au sein de ces services? y a-t-il une concordance avec la contention physique?



Un équilibre difficile. En cas de symptômes/dangers graves, nous passerons aux traitements coercitifs.

- 3.3. Y-at'il aux réunions cliniques? A-t-il accès aux dossiers patients informatisés?



Cette mesure est en cours d'implémentation, mais ne sera pas encore prête pour cet été.

4. Financement

4.1. « On parle de compensation par an pour la fonction médicale sur cet exemple ? »



La fonction médicale sera payée annuellement au contractant via le BMF.

4.2. « Et là, les heures supplémentaires sont par semaine ? mois ? année ? »



La fonction médicale (y compris les heures supplémentaires du médecin) sera payée annuellement au contractant via le BMF. Le nombre d'heures calculées dans les exemples sur une base hebdomadaire est extrapolé sur une base annuelle et multiplié par l'honoraire unitaire.

4.3. « Un réseau qui a un HIC peut-il créer un autre HIC totalement neutre sur le plan budgétaire en gelant sans recourir aux ressources supplémentaires ? (6 ETP + 4 h) »



Il peut présenter la demande, pour autant qu'elle respecte les conditions énoncées dans la circulaire Ref. PSY/GGZ/SDS/4. L'évaluation de fond sera annoncée au réseau concerné au plus tard le 15 juillet 2022 et communiquée à la CIM. . La création d'un HIC sans budget supplémentaire garanti n'est en théorie possible qu'à partir de l'utilisation exclusive de lits A (après tout, c'est la base de la facturation des prestations dans les HIC) soit en gelant un nombre supplémentaire de lits et/ou de places sans compensation de manière à neutraliser complètement les dépenses supplémentaires liées à la fonction médicale.

4.4. « Plusieurs hôpitaux peuvent-ils soumettre une demande HIC ? »



La demande est soumise par réseau. L'organisation du HIC de l'hôpital travaillera en étroite collaboration avec le réseau. Le contrat B4 du trajet de soin de crise sera conclu avec l'hôpital concerné. Le trajet de soins de crise a été élaboré avec différents acteurs du réseau. Le gel des lits peut être partagé à partir de l'agrément de différents hôpitaux.

4.5. « “Dans les compensations en cas de création d'un service HIC/ID, on trouve : 1° un financement pour les lits d'urgence, 2° une compensation pour le gel de lits si nécessaire, 3° une compensation pour les heures médicales avant/après intensification et 4° 11h de soutien complémentaire pour un réseau sans HIC ?



La compensation ne peut pas être considérée comme quadruple, mais au moins double et éventuellement triple.

Une compensation est prévue pour les :

- lits IC de l'unité HIC (ils sont supposés être vacants et un paiement forfaitaire est donc prévu pour ces lits reconnus) : base = honoraires-A (forfaitaire)
- les lits et places gelés supplémentaires d'où proviennent les ETP supplémentaires pour la mise à disposition : base = honoraire forfaitaire en fonction de la nature et du nombre de lits et de places
- si le nombre d'heures 'médecins' à mettre à disposition a augmenté après la création du HIC, une compensation est prévue pour les heures 'médecins' supplémentaires ; si le nombre d'heures 'médecins' n'a pas augmenté par rapport à la situation avant la création du HIC, aucune compensation supplémentaire n'est prévue.

Il n'est pas prévu que les réseaux sans HIC (zones non désertiques) reçoivent une compensation supplémentaire pour le financement de 11 heures 'médecins'. Ces 11 heures 'médecins' sont, comme repris dans l'exemple du webinaire (20 + 4 HIC) via le déploiement de 41 lits T, réparties en 3,2 heures 'médecins' (lits IC vacants) et 7,8 heures 'médecins' dues au renforcement. Si d'autres lits et places sont utilisés pour la création d'un HIC, le nombre d'heures 'médecins' supplémentaires à financer change également..

5. Politique

5.1. « Comment définit-on une "zone désertique" ? »

 Sur la base de la CIM du 20/11/2017, les réseaux Mosaïque, Brabant Wallon, Proxirélux, Brussels Regional Network, GGZ Kempen et SaVHA ont reçu un financement supplémentaire car ils sont considérés comme des " zones désertiques ".

5.2. « Je tiens également à souligner la nécessité d'une fonction HIC pour les personnes âgées ; surtout en cas de problèmes cognitifs. »

 La fonction HIC s'adresse à tous les adultes souffrant de troubles psychiatriques complexes et graves. Les personnes âgées ont également accès à la fonction HIC.

Vos réflexions seront également prises en compte dans la réforme de la politique de santé mentale pour personnes âgées, qui est actuellement élaborée par le groupe de travail technique sur les personnes âgées.

5.3. « Les réseaux qui ont pris l'initiative ne sont-ils pas à nouveau désavantagés par rapport à ceux qui n'ont encore rien mis au point ? »

 Non. Les réseaux qui ont déjà un HIC recevront un financement supplémentaire de 6 ETP (équipes mobiles avec liaison aux urgences).

L'objectif final de l'intensification des soins résidentiels est de déployer un trajet de soins de crise dans toute la Belgique. Le réseau doit examiner les offres de soins de crise existantes pour ensuite déployer un trajet de soins de crise selon le principe du 'stepped care' au sein du réseau avec tous les trajets de soins de crise. Ce trajet de soins de crise consiste en la coopération de différents acteurs du réseau. Dont le triage (1) les urgences, (2) les équipes mobiles de crise et (3) ID/HIC. Ce troisième appel s'inscrit donc dans un scénario de renforcement.

Les réseaux qui disposent déjà d'un HIC peuvent se concentrer sur le développement de la coopération entre ID/HIC et les services d'urgence.

5.4. « Peut-on également ajouter des HIC dans ce troisième appel sans injection supplémentaire d'ETP ? Je veux dire : le réseau a déjà un HIC et reçoit une injection ETP supplémentaire pour le renforcement des équipes 2a aux urgences, mais peut-on également réaffecter vers le HIC selon les règles en phase 1 et 2 ? »

 Vous pouvez soumettre la demande, tant qu'elle respecte les conditions énoncées dans la circulaire Ref. PSY/GGZ/SDS/4. L'évaluation du contenu sera révélée au réseau concerné au plus tard le 15 juillet 2022 et communiquée à la CIM pour information.

5.5. « Quels sont les critères de sélection et qui sélectionnera en cas de plusieurs candidats par réseau, donc plusieurs projets introduits ? »

 Les candidatures seront évaluées selon les conditions décrites dans la circulaire Ref. PSY/GGZ/SDS/4.

5.6. « Les réseaux avec un HIC doivent-ils également soumettre un dossier pour les 6 ETP équipes mobiles de crise supplémentaires ? »

 Le réseau doit envoyer une demande à psysoc@health.fgov.be avant le 15 juin 2022.

Cette demande doit comprendre :

- La vision globale sur la mise en œuvre concrète et le fonctionnement des 6 ETP supplémentaires. Cette élaboration inclut la coopération entre les équipes mobiles de crise, le HIC et le(s) service(s) d'urgence au sein du réseau, ainsi que la coopération avec le secteur des soins ambulatoires en tant qu'autres partenaires des soins de santé mentale. Si un trajet de soins de crise a déjà été déployé ou est en cours de développement au sein du réseau, les ETP supplémentaires doivent y être intégrés.
- Le processus de l'implémentation.
- Quand le recrutement commencera.

L'intention n'est pas d'ajouter 6 ETP au fonctionnement régulier des équipes mobiles de crise, mais d'établir des liens entre les équipes mobiles de crise, le HIC et le(s) service(s) d'urgence au sein du réseau, ainsi que la coopération avec le secteur des soins ambulatoires en tant qu'autres partenaires des soins de santé mentale.

Le groupe de travail intensification a été chargé d'élaborer un cadre concis pour le déploiement de l'équipe mobile de crise de 6 ETP afin d'établir des liens entre les équipes mobiles de crise, ID/HIC et le(s) service(s) d'urgence. Veuillez noter que les 6 ETP sont uniquement pour le service HIC et pour établir les liens ci-dessus. Il n'est pas prévu de simplement les ajouter au fonctionnement des équipes mobiles de crise.

5.7. « Un projet peut-il être déposé dans un dossier de projet dans lequel on met en place un HIC dans le réseau conformément au modèle, avec démantèlement de lits provenant de différents établissements du réseau ? Donc pas à partir d'un seul dispositif ? »



Le HIC peut être élargi à partir de divers dispositifs et doit respecter les modalités du groupe de travail intensification. Le réseau peut introduire une seule demande HIC avec un gel des lits provenant des normes de plusieurs hôpitaux, tant qu'elle respecte les conditions fixées dans la circulaire Ref. PSY/GGZ/SDS/4. L'évaluation de fond sera annoncée au réseau concerné au plus tard le 15 juillet 2022 et communiquée à la CIM pour information.

Le budget est financé par le contractant.

5.8. « Existe-t-il une possibilité de transformer l'ID en HIC ? »



Cette demande n'est possible qu'avec un gel supplémentaire des lits et à condition que cela puisse se faire de manière en toute neutralité budgétaire. En outre, il doit remplir toutes les modalités décrites par le groupe de travail sur l'intensification. Vous pouvez le consulter [ici](https://www.psy107.be/index.php/fr/organe-de-concertation/intensification-des-soins-residentiels) : <https://www.psy107.be/index.php/fr/organe-de-concertation/intensification-des-soins-residentiels>

Le ministre Vandembroucke prévoit un budget de 15 millions d'euros qui sera réparti de manière égale sur tous les réseaux, avec une attention particulière pour les zones désertiques. L'objectif de cet appel est de développer 1 structure HIC par réseau de soins de santé mentale pour adultes. Pour des HIC supplémentaires, l'avis de rapport « programmation » du groupe de travail intensification est attendu au sein de l'organe de concertation adultes et des activités du CFEH en matière de programmation.

Aucun financement n'a été prévu pour la fonction médicale pour le HIC supplémentaire dans les réseaux qui ont déjà un HIC, il doit donc être déployé en toute neutralité budgétaire.

La candidature doit être envoyée avant le 15 juin 2022 via le réseau à psysoc@health.fgov.be

5.9. « Les modèles HIC-ID correspondent aux besoins des SPHG qui, grâce à l'efficacité du travail en réseau, accueille majoritairement des patients en crise complexe. L'encadrement actuel est insuffisant et est lié aux normes d'agrément qui n'ont pas évolué depuis 50 ans. Je suis rassurée de la préoccupation de la programmation. Actuellement, il y a une grande disparité au niveau nombre de lits/ région. Est-ce que cette programmation des services HIC-ID sera prise en compte pour soutenir les régions qui ont un nombre de lits inférieurs à la moyenne, tout en tenant compte de l'offre ambulatoire disponible et des caractéristiques de la population ? »



Dans l'attente de l'exercice de programmation dans le groupe de travail intensification de l'organe de concertation 107 et des activités du CFEH sur la programmation, le nouvel appel vise à réaliser au moins 1 service HIC par réseau de Soins en Santé Mentale pour adultes.

Votre réflexion sera transmise au groupe de travail intensification de l'organe de concertation 107.

5.10. « Comment expliquer qu'encore aujourd'hui, il n'y ait aucun HIC ou ID sur Bruxelles (et seulement 1 en Wallonie d'après ce que je sais) alors même que plusieurs projets ont été rendus et ont été refusés (ou n'ont pas reçu de réponse) ? Comment expliquer qu'on ne prenne pas en compte la réalité du nombre de lits à Bruxelles qui ne peuvent plus geler de lits supplémentaires ? Comment expliquer qu'on ne prenne en compte les difficultés majeures liées aux mises en observation. Qu'est-il prévu pour ces régions (bruxelloise et wallonne)? Et pour les mises en observation ? »



Le réseau bruxellois tombe sous le contrôle d'une zone désertique. Le Ministre Vandembroucke prévoit un financement complémentaire pour ce réseau de 12 ETP.

5.11. « Un réseau peut-il demander un deuxième HIC, qui est neutre sur le plan budgétaire, et recevoir un soutien de 6 ETP pour l'équipe de crise mobile ? »



Le soutien de 6 ETP est par réseau pour l'équipe mobile de crise adultes/personnes âgées. Veuillez noter que la priorité est de déployer un service HIC par réseau en Belgique (cf. question 6.8).

Aucun financement n'a été prévu pour la fonction médicale pour le HIC supplémentaire dans les réseaux qui ont déjà un HIC, il doit donc être déployé en toute neutralité budgétaire.

Le but de ce troisième appel est d'expérimenter un service HIC par réseau en étroite collaboration avec les équipes mobiles de crise, les services d'urgence et les acteurs du réseau. C'est le minimum que le gouvernement souhaite développer pour que chaque réseau puisse l'expérimenter et en tirer des leçons, ceci en coopération avec les universitaires. L'objectif est d'élargir encore le trajet de soins de crise du réseau dans des phases ultérieures en lien avec la situation épidémiologique du réseau.

5.12. « Dans l'appel à projet pour une cellule HIC : que l'équipe mobile de crise doit atteindre le nombre minimum, qu'est-ce que cela veut dire ? »

 Conformément à la directive CIM, "Dans l'ensemble de la Belgique, selon ce calcul, il faudrait 46,1 équipes 2A et 47,0 équipes 2B. En principe, chaque équipe 2A devrait de préférence compter au moins 12 ETP (une équipe pour 150K habitants) et chaque équipe 2B au moins 9 ETP".

L'ETP déployé pour l'équipe mobile de crise ne doit pas provenir uniquement du gel de lits. Celle-ci peut être complétée par l'extension des équipes mobiles dans le cadre de l'investissement supplémentaire de 20 millions d'euros, à condition qu'elles soient engagées dans les équipes de crise 2A. Ce minimum est nécessaire pour assurer la maturité du fonctionnement de l'équipe mobile de crise, car celle-ci est un acteur clé du parcours de soins de crise.

Si le minimum d'ETP du réseau n'est pas rempli, le réseau peut également faire des investissements supplémentaires pour compléter l'équipe mobile de crise.

5.13. « Un HIC devrait-il être intégré dans un hôpital psychiatrique ou cela peut-il également être fait dans un hôpital général ? Ou même sur terrain non hospitaliers ? »

 Le texte du groupe de travail intensification ne précise nulle part que cela doit être dans un hôpital psychiatrique. Cependant, étant donné que des admissions forcées peuvent également avoir lieu dans un HIC, il semble plus logique qu'il s'agisse d'une unité d'un hôpital psychiatrique.

5.14. « Quel est le modèle de soins non planifié HIC ? »

 HIC est une unité spécialisée spécifique ayant une expertise en matière d'infrastructure et d'encadrement. C'est une unité en fonction du réseau et pas exclusivement pour une seule organisation. L'objectif est de réintégrer les personnes dans la société.

Les HIC, ID, services d'urgence (AZ, PZ) font tous partie de l'offre de soins de crise non planifié.

WAT? Model van ongeplande zorg

| | SPOED | CRISIS |
|-----------------|---|--|
| BASIS | Beschikbare psychiatrische expertise (basisspoed) | Basisexpertise onder de vorm van extra vrij beschikbaar bed (crisisbed) en voldoende omkadering (supra geplande zorg intensifiëring bestaande dienst). |
| GESPECIALISEERD | Specifieke unit met aanwezige expertise inzake infrastructuur en omkadering (vb EPSY) | Specifieke unit met aanwezige expertise inzake infrastructuur en omkadering (vb Psychiatric Intensive Care Unit of High Intensive Care) |

5.15. « L'architecture doit-elle être incluse dans la demande ? »



Oui, cela devrait être fait selon le principe du 'Stepped Care'. Par exemple : l'unité spécifique des lits pour soins intensifs comme salle de rencontre pour les membres de la famille.

5.16. « Un réseau peut-il introduire plusieurs demandes ? »



Le réseau ne peut introduire qu'une demande.

5.17. « La demande doit-elle être signée ? »



Oui. La demande doit être soutenue par le réseau (cf. Comité de réseau) et signée.

5.18. « Où puis-je consulter le moniteur HIC ? »



Vous pouvez le consulter à l'adresse suivante : <https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/werkgroep-intensifiëring>

6.19. « Dans quelle mesure est-il possible de s'écarter du modèle de 20 lits et 4 lits de crise »



L'appel fait référence à "une fonction HIC avec, par exemple, 20 + 4 lits ..."

En ce sens, il est possible de s'écarter légèrement du modèle utilisé lors du premier appel et des modèles présentés dans la présentation de M. Thierry Delrue (section financement).

6.20. « Si le réseau compte plusieurs HIC, est-ce que le renforcement des équipes mobiles de crise est proportionnel au nombre de HIC ? »



Non, un réseau ne reçoit qu'un renfort de 6 ETP pour l'équipe mobile de crise, quel que soit le nombre de HIC.

6.21. « Un réseau qui n'a pas encore de HIC peut-il soumettre 2 demandes de HIC ? »



Le réseau peut soumettre 1 demande HIC. Les hôpitaux peuvent coopérer dans ce domaine. Pour des HIC supplémentaires, on attend l'avis "programmation" du groupe de travail intensification au sein de l'organe de concertation adultes et les travaux du FRZV sur la programmation. Aux Pays-Bas, par exemple, on compte 1 HIC pour 400 000 habitants.

6.22. Peut-on s'écarter du calendrier du 15 juin 2022 ?



Pour les réseaux qui peuvent déjà soumettre une demande, nous recommandons de le faire. étant donné que le ministre de la santé publique donne la priorité au troisième appel à l'intensification des soins résidentiels. pour des raisons spécifiques, il est possible de faire une exception au calendrier, veuillez en informer le SPF santé publique. par conséquent, l'analyse du dossier peut être reportée par le SPF santé publique.

6.23. Est-il possible de proposer un projet ID en plus d'un HIC?



Le troisième appel "intensification des soins résidentiels" vise à développer au moins un service HIC par réseau. Le dossier à soumettre par le réseau Santé mentale adultes doit contenir 3 parties (cfr. Lettre circulaire).

Lors du webinaire du 13/5/2022, rien n'a été dit sur les ID, car ceux-ci ne sont pas budgétairement neutres en raison de la fonction médicale.

Toutefois, les réseaux peuvent indiquer dans leur dossier s'il existe un intérêt pour le développement de l'ID, afin d'en tenir compte à l'avenir.

6. Lexique

AZ: Hôpital général

CFEH: Conseil fédéral des établissements hospitaliers

GGZ: Soins de santé mentale

HIC: High Intensive Care

HP: hôpital psychiatrique

ID: Service intensifié

MEO : Mise en observation

SPF: Service public fédéral

SPHG: Service de psychiatrie dans un hôpital général

USI : Soins intensifs

7. Questions ?

Contacter le : psysoc@health.fgov.be



Service de santé psychosociale

Avenue Galilée 5/2 1210 Bruxelles •
www.health.belgium.be

