

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

Bruxelles, le 10/07/2002

Administration des soins de santé.

Direction de la Politique des Soins de Santé.

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/PSY/208-2 (*)

AVIS RELATIF À LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SOUFFRANT D'ASSUÉTUDES

LE PRÉSIDENT,

signé

Prof. Dr. J. PEERS

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial du 10 juillet 2002

AVIS RELATIF A LA

PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SOUFFRANT
D'ASSUETUDES

- ✓ **Programme de soins : missions et fonctions**
- ✓ **Double pathologie : description et missions spécifiques**
- ✓ **Coordinateur de réseau et case manager**

Plan :

Elaboration de l'avis

1. Contexte conceptuel de l'avis
2. Fonctions couvertes et à développer dans le cadre de la prise en charge des assuétudes
 - 2.1. Accueil
 - 2.2. Urgences et crises
 - 2.3. Évaluation, orientation
 - 2.4. Cure et care
 - 2.5. Réadaptation
3. Les assuétudes avec double pathologie
 - 3.1. Description
 - 3.2. Missions spécifiques
 - 3.2.1. Des missions ciblées sur le diagnostic, l'évaluation et l'indication
 - 3.2.2. Des missions ciblées sur le traitement
 - 3.2.3. Collaboration en réseau
 - 3.3. Programmation
 - 3.4. Normes architecturales
4. Case management individuel
5. Coordination de l'organisation et du contenu des missions et des fonctions pour patients souffrant d'assuétude dans chaque réseau
6. Mise en œuvre
7. Conclusion générale

Annexe(s) : synthèse des auditions

Elaboration de l'avis

Le présent avis a été préparé par un groupe de travail ad-hoc du CNEH, placé sous la présidence de J. Van Holsbeke.

Il se compose des personnes suivantes : J. Boydens, B. Casteleyn, R. De Rycke, F. Tibaux, J.-Cl. Frogneux, G. Goyvaerts, I. Pelc, J.-P. Roussaux, I. Van der Brempt, M. Vandervelden et J. Wilmotte.

Il s'est réuni les 01/10/2001, 12/10/2001, 22/10/2001, 06/11/2001, 16/01/2002, 18/02/2002, 13/05/02 et le 06/06/02.

Le groupe de travaille a également organisé deux auditions au quelles différents experts et représentants de l'offre de soins ont été invitées. Une synthèse des auditions sera repris en annexe de cet avis.

A cette occasion le groupe de travaille a pris connaissance des documents suivants :

- a) l'avis concernant le traitement des usagers de drogues illégales' du CNEH du 26 octobre 1995 ;
- b) la 'Fiche technique 1.8' du premier avis du CNEH 1 février 1996 ;
- c) la 'Nota: unit voor verslaafden in het psychiatrisch Ziekenhuis' Document de travail du CNEH du 08 juillet 1996;
- d) 'Hulpverlening aan Druggebruikers' des Frères de la Charité, mars 1998 ;
- e) le RCM-RPM Flash 1 « Hospitalisations liées aux drogues dans les Hôpitaux belges » du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Novembre 1998 ;
- f) le programme de la journée d'étude de la Fondation Nationale Reine Fabiola 'La toxicomanie aujourd'hui : Quel traitement ? Pour qui ?' 8 décembre 1999 ;
- g) 'Definitieve tekst: Taakgroep Zorgcircuit Verslaving' Broeders van Liefde November 2000;
- h) 'Conceptnota Organisatie Model Zorgcircuit Middelengebruik' RUG-PopovGGZ-Provincie Oost-Vlaanderen, 2001;
- i) Odyssée : accueil des personnes toxicomanes CHP de Liège 2001 ;
- j) 'La rééducation Fonctionnelle des Toxicomanes de 1980 à 1999' INAMI juin 2001 ;
- k) la Note complémentaire à la note de la DGASS en ce qui concerne les initiatives soutenues par la Région Wallonne en Matière de Toxicomanie. Cabinet du Ministre Detienne. Octobre 2001 ;
- l) 'Evaluation de Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues'. Rapport de Synthèse globale. Service Fédéraux des Affaires Scientifiques Techniques et Culturelles. SSTC Novembre 2001.
- m) Federale Beleidsnota Drugs, 19 januari 2001
- n) Overeenkomst betreffende duidelijke afspraken m.b.t. de samenwerking tussen justitie en hulpverlening, eindverslag 31/01/2002 ; ter uitvoering van actiepunt 4.1.2. van de Federale Beleidsnota Drugs

1. CONTEXTE CONCEPTUEL DE L'AVIS

Le présent avis, s'inscrit dans la logique du deuxième avis du groupe de travail permanent 'Psychiatrie' du CNEH concernant l'organisation et le développement futur des soins de santé mentale, ratifié par le bureau du CNEH le 12 juin 1997. Cet avis plaide pour une organisation spécifique de l'offre de soins en santé mentale centrée autour de groupes cibles et basée sur une pratique de collaboration fonctionnelle transcendant les clivages institutionnels.

Le groupe de travail estime qu'il y a toujours lieu de s'inspirer de cet avis et de le mettre en oeuvre à l'occasion de ce travail de réflexion. Il se propose d'émettre dans la foulée du présent document un avis complémentaire concernant les composantes nécessaires à prévoir dans chaque programme de soins afin de garantir des soins appropriés aux besoins des personnes présentant des problèmes d'assuétudes.

Contrairement aux suggestions formulées dans l'avis du 12/06/97, il est proposé de ne pas créer des circuits de soins totalement distincts pour assuétudes. L'avis propose de spécifier mais sans dissocier les composantes et les orientations de soins à prévoir dans chaque programme de soins ciblés sur les enfants, les adultes, et les personnes âgées.

On peut constater que beaucoup d'offres de soins dans ce domaine sont en pratique surtout centrées sur le groupe cible des adultes. Il sera nécessaire de développer dans les circuits de soins pour les jeunes également une offre appropriée à la problématique des assuétudes.

Les différentes composantes qu'il faut prévoir pour assumer les différentes missions nécessaires pour assuétudes au sein de chaque réseau nécessitent néanmoins une articulation et une collaboration spécifique.

Cette offre centrée sur les personnes présentant des problèmes d'assuétudes fera ainsi partie intégrée et intégrante des programmes de soins de chaque groupe cible.

Les **réseaux** de collaboration fonctionnelle comportant déjà au minimum pour un circuit de soins donné : un hôpital psychiatrique, un hôpital général (de préférence avec SPHG) et un Centre de Santé Mentale devront à cette fin être élargi et comprendre également les MASS-MSOC et les initiatives pour les personnes présentant des problèmes d'assuétude qui relèvent de l'INAMI. Chaque réseau de santé mentale devra également développer des partenariats avec les autres équipements au-delà de la santé mentale (justice, enseignement, travail, logement). Ainsi, se constituera une offre **de soins** complète. Pour cela, chaque circuit de soins doit à travers ses **programmes** garantir la couverture de toutes les **fonctions** nécessaires à une prise en charge globale des assuétudes. On entend par fonction : l'accueil, la mise au point et l'orientation, les traitements dans des modalités résidentielles et ambulatoires, la (ré) activation, la réadaptation, des formes de postcure, les urgences et les crises, etc...

La fonction de prévention ne sera pas explicitée dans cet avis, non pas parce qu'elle n'aurait pas d'importance pour la problématique concernée, au contraire (voir plan fédérale « drogues ») mais parce la prévention primaire n'est pas une mission spécifique pour les institutions de soins. Notons également que les différents aspects de prévention secondaire et tertiaire se réalisent toujours par les fonctions d'accueil, diagnostic, traitement, réadaptation, postcure ...

L'un des points novateurs du deuxième avis concernant l'organisation des soins en santé mentale était qu'il fallait repenser l'offre en termes de différentes fonctions et modalités de soins à assurer plutôt qu'en termes de structures, de lits ou de places à fournir. Cet avis s'inscrit dans cette optique. En outre, conformément à la note politique de Madame le Ministre Aelvoet et de Monsieur le Ministre Vandembroucke '*la psyché le cadet de mes soucis*', il est primordial de mettre le patient comme point de départ de cette réflexion. En ce sens il est indispensable que le service offert ait aussi une fonction trans-murale, allant rencontrer le patient là où il se trouve plutôt que de rester cantonné dans un site architecturalement délimité, "le programme ainsi élaboré le sera davantage *avec* le patient que *pour* le patient" (cf. note politique).

2. FONCTIONS COUVERTES ET A DEVELOPPER DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES ASSUETUDES

Suite aux auditions, le groupe de travail est d'avis qu'un certain nombre de ces fonctions et modalités de soins ne doivent pas être distinctes du circuit de soins auxquelles elles se rapportent (adultes, jeunes, personnes âgées) Ainsi, on évitera non seulement la stigmatisation des personnes présentant des assuétudes et le processus d'exclusion, mais également la redondance d'équipements de soins.

2.1. Accueil

De nombreuses structures d'accueil spécifiques et non spécifiques existent en Belgique. D'une part, au niveau du bas seuil d'exigence, les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS-MSOC), ont montré leur utilité et leur spécificité.. D'autre part, il faut soutenir l'implication de médecins généralistes dans la prise en charge et l'accueil des personnes présentant des assuétudes (cf. auditions). On notera également qu'un certain nombre de centres spécialisés, soutenus sur l'initiative de l'INAMI, ont élargi leur activité vers l'accueil ainsi qu'un certain nombre de Centre de Santé Mentale . Propositions:

- D'une manière générale, la complexité des problématiques associées aux assuétudes (somatique, psychologique et sociale), ne plaide pas pour multiplier à l'heure actuelle le type de portes d'entrées (accueil) très spécifiques mais pour améliorer la tolérance et l'acceptabilité de ces problématiques dans les lieux d'accueils plus généralistes.
- En ce sens, la collaboration entre centres spécialisés et structures généralistes devrait être améliorée.
- Enfin, une généralisation de l'offre proposée par les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS-MSOC) pour l'ensemble du pays devrait être prévue (voir rapport de l'INAMI et l'évaluation réalisée par le SSTC)

2.2. Urgences et crises

Les toxicomanes et les personnes présentant des assuétudes sont souvent 'la bête noire' des services d'urgences et ce pour de multiples raisons. Un des aspects des difficultés est le comportement qu'engendrent les multiples modes de dépendances : intolérance aux frustrations, perte du sens de la temporalité, attitudes vécues comme manipulatoires par les équipes de soins, recherche de réponses de type 'tout, tout de suite', parfois états d'agitation, voire de violence physique. Cela fait d'eux des patients peu commodes pour attendre patiemment leur tour en salle d'attente des urgences. Un autre motif de rejet, par les institutions de soins, est parfois aussi d'ordre administratif. En effet, nombre de ces patients sont ni solvables ni en ordre de sécurité sociale. Cela peut freiner un certain nombre d'institutions à accueillir ou prendre en charge ce genre de patients.

Néanmoins, dans la pratique l'on constate qu'aux urgences nombre de ces patients présentent une co-morbidité somatique associée (phlébites, cirrhoses, infections...). Le risque d'overdoses reste une préoccupation centrale. Cette réalité ne plaide pas

pour les écarter des équipements de soins généraux pour adultes, jeunes ou personnes âgées et cela malgré la difficulté que représente la prise en charge des toxicomanes dans les services d'urgences. Au contraire! .

En ce qui concerne les centres de crise, on constate d'une part un certain nombre de centres spécialisés, surtout développés à l'initiative de l'INAMI, dont les séjours sont de l'ordre de quelques semaines et d'autre part des centres de crises hospitaliers dont les prises en charge sont de l'ordre de quelques jours (5 jours). Dans ce dernier cas, les personnes prises en charge par ces unités de crise présentent des diagnostics polyvalents. Actuellement les centres de crise de l'INAMI sont des centres de prise en charge intensifs destinés à des toxicomanes identifiés comme tel par le réseau spécialisé. La prise en charge s'effectue dans le cadre d'un projet à long terme. Les centres de crise hospitaliers (tant des hôpitaux généraux que des hôpitaux psychiatriques) accueillent en urgence le tout venant pour mise au point et orientation rapide (cf. avis CNEH Centres de crise).

Propositions:

- Contrairement à ce qui est proposé dans la circulaire « Projet pilote pour l'installation d'unités de crises spécifiques aux personnes présentant des troubles liés aux substances » le groupe est d'avis que les services d'urgence des hôpitaux généraux ne devraient pas dissocier urgence générale et urgence découlant d'un problème d'assuétude.
- Il faudrait rappeler que l'avis du CNEH plaide pour une organisation de ces services d'urgence et de crise psychiatrique non seulement au sein des hôpitaux généraux dans le cadre de leur fonction d'urgence mais également dans les hôpitaux psychiatriques. Par ailleurs, les unités de crise (telles que définies dans l'avis du CNEH de 08/4/99 et 08/02/02) doivent être des unités qui émanent d'une collaboration fonctionnelle de l'ensemble des acteurs d'une région délimitée et non être conçues comme des initiatives personnelles d'une institution (cf. description dans le nouveau concept d'organisation de la santé mentale en réseaux et circuits de soins,!
- Dans ce contexte il est rappelé que la prise en charge de crise n'est pas seulement en surtoute axée sur les actes de survie mais aussi le point de départ d'une démarche thérapeutique qui nécessite l'intégration de ces missions dans l'ensemble du réseau.

2.3. Evaluations et orientations thérapeutiques

Les évaluations et orientations thérapeutiques sont réalisées par les différents prestataires de soins en milieu hospitaliers et ambulatoire. Il est apparu qu'un type d'assuétude nécessitait une attention particulière à savoir, les assuétudes présentant une situation problématique due à l'existence **d'une double pathologie**. Cette attention devra se concrétiser dans des approches spécifiques avec un personnel spécialisé en ce domaine entre autres dans la phase de diagnostic et de traitement.

Proposition: Voir point 3 du présent document

2.4.Cure & Care

Au niveau du traitement médical, deux types de prises en charge sont généralement proposées soit le sevrage, soit le traitement de substitution. Le sevrage somatique peut être réalisé en ambulatoire, tout dépendra du réseau de soutien du patient et de son niveau motivationnel. Des expériences concluantes ont également montré l'intérêt des sevrages lors d'hospitalisations partielles de jour. Cette modalité de soins est encore trop peu utilisée. Enfin, des sevrages hospitaliers sont largement utilisés soit dans le cadre d'unités spécialisées soit dans les unités d'hospitalisations générales (médicales ou psychiatriques). Le traitement par moyens de substitution peut, par ailleurs, aisément être réalisé en ambulatoire.

Il y a cependant lieu de ne pas oublier que le traitement des assuétudes ne se limite pas au sevrage et que le suivi tant ambulatoire que résidentiel nécessite un personnel spécifiquement formé.

Propositions:

- Le groupe de travail est d'avis que le sevrage physique est une technique actuellement bien établie et d'une application relativement aisée pour autant que le patient soit compliant et qu'il devrait continuer à pouvoir être assuré tant en milieu ambulatoire que en milieu hospitalier par les circuits de soins pour adultes, jeunes ou personnes âgées en général.
-
- L'implication de généralistes correctement formés pour prendre en charge ces traitements a été une avancée récente et doit être soutenue et encadrée. (cf. rapport du suivi de la Conférence de Consensus Methadone – Conseil Supérieur d'Hygiène, Ministère de la Santé Publique 2000) En ce qui concerne des nouvelles initiatives d'administration d'héroïne, il est proposé de suivre ses initiatives de prêt et d'évaluer l'opportunité et la pertinence de ces pratiques avant de les intégrer dans l'ensemble de l'offre de soins

2.5.Réadaptation

Les centres de réadaptation pour assuétudes ont surtout été développés par l'INAMI dans le cadre des centres de réadaptation fonctionnelle qui sont de sa compétence. L'avantage de ces équipements est d'avoir été développés sur mesures, au cas par cas, suivant les besoins et les objectifs proposés. L'inconvénient est que ces structures se situent hors programmation et sont répandues de manière extrêmement hétérogène sur le territoire belge.

On notera également que nombre de ces prises en charges sont interrompues avant le terme. Ces multiples interruptions des contrats de soins ne sont cependant pas le signe de l'inadéquation de ces structures. La rechute, dans le cas des assuétudes, est plus la règle que l'exception. Contrairement à d'autres pathologies, où les rechutes sont un signe péjoratif quant au pronostic futur, ici les chances de succès des prises en charge ne s'installent qu'après un certain temps pendant lequel un certain nombre de rechutes existent. Les programmes de réadaptation pour assuétudes doivent prendre en compte l'ensemble des besoins de l'individu et donc doivent être particulièrement flexibles, souples et innovantes dans les modalités de prise en charge.

Propositions:

- Il est recommandé de valoriser et d'associer l'offre de soin des centres conventionnés dans l'ensemble des missions qui sont reprises dans la description du programme de soin de chaque réseau de groupe cible d'âge
- Il faudrait pouvoir élargir l'offre des centres de réhabilitation de façon plus homogène sur l'ensemble du territoire et de façon plus adéquate par rapport à des problématiques spécifiques: les femmes avec ou sans enfants, les jeunes avec problèmes judiciaires, le milieu carcéral...

3. LES ASSUETUDES AVEC DOUBLE PATHOLOGIE

3.1. Description

Le groupe de travail a préféré le terme « assuétudes avec double pathologie » au terme « toxicomane avec double diagnostic ». L'objectif est d'éviter une confusion avec la littérature internationale. En effet, l'expression toxicomane avec double diagnostic renvoie surtout à la littérature anglo-saxonne aux toxicomanes avec troubles psychotiques. Le groupe de travail est d'avis qu'il faut élargir le champ du sous groupe-cible (autres pathologies mentales significatives ou pathologies somatiques sérieuses), tout en restant strict dans les critères d'inclusion.

Le groupe de travail estime qu'il y a lieu de bien préciser les limites du sous-groupe cible visé. En effet, que les toxicomanes soient des patients problématiques est plus souvent la règle que l'exception. Une forte intrication existe entre les toxicomanies et les problèmes comportementaux, judiciaires, sociaux, relationnels avec l'entourage tant immédiat que de voisinage ou encore d'ordre public. Par ailleurs, à la limite, il n'existe pas de toxicomanes qui ne puissent d'une manière ou d'une autre être considérés comme à diagnostics multiples. La poly toxicomanie est plutôt la règle que l'exception, la consommation abusive d'alcool ou de médicaments est très fréquente ou encore l'existence d'une structure de personnalité altérée par ce genre d'assuétude.

On exclut donc de ce sous-groupe cible les assuétudes dont la problématique surajoutée n'est pas médicale ou psychiatrique, comme celles décrites ci-dessus. On exclut également les assuétudes présentant une co-morbidité qui n'est pas particulièrement problématique ou complexe (ex : existence d'une hépatite peu évolutive ou d'une altération temporaire de la personnalité ou des comportements dus à la prise de drogue et devant normalement s'atténuer dans le décours de la prise en charge, ...).

On entendra donc par assuétudes avec double pathologie, des patients:

- d'une part: qui posent problèmes soit dus à des échecs répétés de tentatives de prises en charge, soit dus à la complexité du phénomène (non compliance, décours inhabituel de la prise en charge, apparition de syndromes collatéraux, ...);

- ou d'autre part: pour lesquels on a tout lieu de penser que l'origine de cette situation problématique est due à l'existence en surcroît de la toxicomanie d'une pathologie psychiatrique sérieuse.

3.2. Missions spécifiques à réaliser dans l'ensemble des programmes de soins de chaque groupe cible d'âge

Les missions spécifiques dévolues aux personnes ayant des problèmes d'assuétudes avec double pathologie dans chaque groupe cible d'âge sont principalement :

3.2.1. Des missions ciblées sur le diagnostic, l'évaluation et l'indication

les interventions dans cette phase de la prise en charge visent les fonctions suivantes :

- être capable d'identifier correctement l'existence d'un double diagnostic tel que défini précédemment;
- effectuer une mise au point bio-psycho-sociale étayée tant sur le plan somatique que psychiatrique ou social, permettant de faire le bilan exact de la situation;
- observer le fonctionnement du toxicomane;
- développer des modèles permettant de comprendre le phénomène;
- orienter le toxicomane suivant sa demande, sa problématique et ses besoins vers les ressources du circuit de soins ou d'autres circuits de soins existants.

Pour la réalisation de la fonction de diagnostic, d'évaluation et d'indication le patient est pris en charge par du personnel thérapeutique spécifiquement formé à cette fin

Il s'agit essentiellement d'une fonction de bilan et d'orientation. Il est souhaitable que cette mission puisse être réalisée dans un temps relativement court et de manière intensive en quelques semaines (3 à 4 semaines en moyenne). La prise en charge pour ces fonctions n'est pas nécessairement toujours liée avec l'hospitalisation

Il faut dans ce contexte considérer l'hospitalisation comme un moyen complémentaire permettant de parfaire la mise au point, en estimer son indication et sa forme (temps partiel ou complet). Cela peut, par exemple, être une semaine en ambulatoire ou semi-ambulatoire suivie de deux semaines en hospitalisation. De même, la fin de la prise en charge dans cette phase ne signifie pas nécessairement la fin de l'hospitalisation ou encore que la prise en charge soit nécessairement la porte d'entrée de l'hospitalisation.

Le groupe de travail estime qu'il est important de ne pas confondre ces fonctions avec une prise en charge d'urgence et de crise. (Comme affirmé précédemment il est préférable que cette problématique soit conçue et mise en œuvre dans le cadre de la fonction de l'aide urgente et de crise en général !). Au contraire, il est recommandé que les prises en charge spécifiquement orientées sur la problématique des doubles pathologies soit précédées par un premier déblaiement et évaluation dans un contexte généraliste.

On peut raisonnablement escompter qu'une organisation des soins pour personnes avec des problèmes d'assuétudes permettra de diminuer les séjours exagérément longs ou abrégés de manière précoce et cela grâce à l'orientation adéquate des patients. Il y a lieu de rappeler ici qu'actuellement 30% des toxicomanes restent moins de 5 jours en hospitalisation, ce qui médicalement est totalement insuffisant même pour réaliser un simple sevrage physique.

Encadrement supplémentaire proposé :

Pour la réalisation de cette mission dans l'ensemble du réseau, il y aurait lieu de quitter un raisonnement en termes de lits ou de places au profit d'un raisonnement en termes de case-load. Une équipe devrait pouvoir faire face à un case load annuel d'une centaine de (?)¹

Vu les missions à remplir, il en découle que, en sus de l'encadrement normal dans les services qui font partie du réseau, il faut mettre à la disposition du réseau qui réalise la collaboration fonctionnelle une équipe qui doit comporter un certain nombre de compétences particulières, à savoir :

- 1 ETP généraliste ou interniste)
- 1 ETP psychiatre
- 6 ETP thérapeutiques dont 1 ETP psychologue, d'1 ETP travailleur social, 2 ETP infirmiers, 1 ETP kinésithérapeute ou éducateur socio-sportif et d'1 ETP au choix suivant la philosophie et les finalités du projet d'équipe.

Parmi ces 6 ETP deux seront licenciés universitaires et quatre gradués (A1). De l'avis des experts et des documents consultés, le groupe souligne l'importance de place du kinésithérapeute ou de l'éducateur socio-sportif pour la bonne réalisation de la prise en charge de ces patients au quotidien lors du passage dans ce module. Cet encadrement supplémentaire comporte donc 8 ETP dont 4 pour la fonction de mise au point et 4 pour l'encadrement journalier des patients, ce qui porte dans les faits l'encadrement supplémentaire chaque jour (y compris le WE) de 8h à 20h pour les soins spécialisés (hors fonction de mise au point) à 1,5 ETP². Si l'encadrement supplémentaire doit être présent 24h/24, l'offre complémentaire est de facto de 0.75 ETP³

¹ Calcul du case-load. Personnel fourni 8EFT dont 4 pour la fonction mise au point (psychiatre, somaticien, psychologue, travailleur social) soit 7.5heures*4 personnes dans la fonction diagnostique = 30 heures par jour à régime maximum. Ces 30 heures sont fournies durant 220 jours ouvrables, soit 6.600 h par an. Ces heures sont à répartir sur 5,5 jours pendant 52 semaines, soit 286 jours. D'où 23 heures effectives par jour disponibles pour la fonction diagnostique du team (5.75 h par intervenant diagnostic) ou 126.5 h effective par semaine pour les 4 intervenants diagnostics (ou 31.6h par intervenant par semaine). A cela il faut soustraire 4h de réunion d'équipe par semaine par personne (4*4=16h semaine) et 1heure de tâches administratives par jour par personne (1*5.5*4=22h semaine). Ne reste donc de disponible que 88,5h par semaine pour l'équipe (22h par intervenant par semaine)

- Si l'on imagine que chaque intervenant voit durant 1 heure 3 fois par semaine un cas, soit 3h*4intervenants=12h, l'équipe peut suivre en permanence 7.3 cas (88.5h/12). Si chaque cas prend en moyenne 4 semaines cela signifie (7.3cas*12) 87.6 cas par an, s'il prend en moyenne 3 semaines (7.3*17.33) 126 cas par an.
- Si l'on imagine que chaque intervenant voit durant 1heure 2 fois par semaine un cas, soit 2h*4intervenants=8h. L'équipe peut suivre en permanence 11 cas (88.5h/8). Si chaque cas prend en moyenne 4 semaines cela signifie (11cas*12) 132 cas par an, s'il prend en moyenne 3 semaines (11cas*17.33) 190 cas.

² De 8 à 20h = 12 h x 7jours, soit 84h par semaine à prester. 4ETP fonctionnant 220 jours par an offrent 6.600h soit 126.9h par semaine. D'où 126.9/84=1.5.ETP

³ 24h*7jours= 168 h à prester par semaine. Soit 126.9/168= 0.75 ETP

3.2.2. Des missions ciblées sur le traitement

Dans certaines cas le traitement de personnes avec de problèmes d'assuétudes et double pathologie nécessite également une approche intensive et spécifique. La thérapie doit se dérouler dans un cadre comprenant les compétences et expériences d'une équipe multidisciplinaire mais aussi en des modalités spécifiques.

Les raisons pour cela sont que le traitement des personnes avec double pathologie nécessite un encadrement plus élevé dû à l'intensité du traitement, de l'accompagnement et de la surveillance consécutive aux deux aspects de la pathologie. En général, ces traitements ont une durée moyenne plus élevée.

Il s'agit souvent de patients qui dans les autres services psychiatriques sont rejetées parce que trop perturbants et exigeants ...pour ces raisons le traitement nécessite un approche spécifique parfois dans un milieu de traitement adapté mais en tout cas d'un programme mis en place pour traiter en même temps le problème de toxicomane et le problème psychotique

Encadrement supplémentaire proposé :

Globalement on pourrait dire que ces unités de traitement de type hospitalier pour patient avec double pathologie peuvent se situer dans les missions définies pour les différents services hospitaliers psychiatriques .

Le traitement de personnes avec une double pathologie devrait pouvoir s'effectuer soit dans les unités ou ces patients sont actuellement admis, soit dans des unités spécialement conçue pour le traitement de ces patients .

Dans les deux cas la réalisation du programme de traitement spécifique nécessite un encadrement plus élevé car la réalisation de cette mission devrait permettre de travailler dans une modalité plus intensive et à moyen terme.

3.2.3. Collaboration en réseau

Ce genre de missions doit se réaliser dans le cadre de la mise en place des réseaux par groupe cible et ne peut s'effectuer que dans un cadre d'une collaboration fonctionnelle

Pour cela il faudra constituer dans le réseau une équipe multidisciplinaire de personnes qui ont acquis une spécification en la matière et qui travaillent tant dans la fonction de diagnostic que dans la fonction de traitement ensemble sous forme d'équipes thérapeutiques soudées et homogènes.

Avant d'être orientées vers ces unités spécialisées de traitement de double pathologie, les personnes en question devront être prises en charge sur le plan du diagnostic et de l'évaluation suivant les procédures définies sous le premier point. Pour cela ces deux composantes de cette trajectoire du programme de soins doivent travailler en étroite collaboration et garantir un bon accompagnement du trajet individuel que chaque personne avec double pathologie devra parcourir

Il est probable que la réalisation de l'ensemble de ces deux missions nécessite au préalable soit un sevrage soit un passage vers des produits de substitution. Cette étape, suivant la complexité de la situation pourra se faire soit avant la prise en charge pour diagnostic et traitement, soit pendant l'évaluation de la mise au point.

Les professionnels qui participent à la réalisation de ces deux missions spécifiques pour assuétudes avec double pathologie doivent par ailleurs avoir une fonction de ressource pour l'ensemble du réseau et pouvoir se déplacer là où les soignants en difficultés se trouvent et là où le patient se trouve afin d'évaluer avec lui et son équipe thérapeutique l'adéquation d'une prise en charge temporaire spécialisée.

3.3. Programmation

D'après les données publiées par le Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement dans son 'RCM-RPM Flash 1 Hospitalisations liées aux drogues dans les Hôpitaux belges', quelque 7.000 hospitalisations par an liées aux drogues ont lieu dans les institutions résidentielles psychiatriques et 7.000 autres hospitalisations ont lieu dans les hôpitaux généraux. Parmi ceux pris en charge dans le secteur psychiatrique 68.2% présentaient une co-morbidité psychiatrique et 20% une co-morbidité somatique. Malheureusement ce document n'estime pas le pourcentage de ceux-ci pour lequel la situation peut être qualifiée de problématique. Il est impossible à l'heure actuelle de répondre avec des évidences suffisantes à cette question. .

Il est dès lors nécessaire d'évaluer dans le cadre des projets pilote le nombre de patient pour les quelles dans le futur il faudra réaliser cette offre de soin.

3.4. Normes architecturales

Par ailleurs, le module de diagnostic doit être situé dans l'une des institutions du réseau, avec des locaux qui permettent de réaliser simultanément, dans des bureaux propres, les mission de mise au point, d'échanger le savoir et le savoir-faire ainsi que de former une véritable équipe partageant une philosophie commune de la prise en charge. (Au moins 4 bureaux et un local de staff, les autres locaux nécessaires pouvant être partagés avec d'autres secteurs de l'institution).

Il n'a pas été jugé indispensable d'obliger à ce que le module de diagnostic soit architecturalement une unité distincte. Ce module peut réaliser ses missions au sein des différents unités à qui les patient s'adresse.

4. CASE MANAGEMENT INDIVIDUEL

La multiplication des rechutes, la possibilité de pouvoir rapidement orienter et reprendre en traitement un patient qui désire s'en sortir plaident pour que dans des cas bien précis, un encadrement du sujet par une personne qui fonctionne comme « case-manager individuel » soit présent dans ce genre de problématique afin d'accompagner au mieux la personne concernée dans son projet de prise en charge.

Proposition :

Il apparaît nécessaire de mettre à l'épreuve cette modalité spécifique de suivi et guidance individuelle de personnes avec des problèmes d'assuétudes. Il est également nécessaire de définir à partir de ces expériences la nécessité de cette offre (et éventuellement sa généralisation), les critères d'accès et les modalités de cette fonction. En tous cas de tels projets pilotes doivent émaner d'une initiative de collaboration fonctionnelle proposée et soutenue par l'ensemble des acteurs d'un réseau destiné à un groupe cible.

Ces projets pilotes devraient spécifier

- les caractéristiques des patients pour qui cette fonction est particulièrement utile : par exemple des personnes qui sont plus qu'occasionnellement en rupture totale avec leur environnement social et familial (entre autres les jeunes).
- Dans le cadre des projets pilotes, on devra explorer qui peut assumer cette fonction (généraliste, travailleur social...). a personne remplissant la fonction de « case manager » doit être proposée par l'équipe et choisie par le patient lui-même.
- Il est également souhaitable d'étudier et de quantifier l'importance de cette fonction (aspect financier, nombre de cas, ...)

La mise en épreuve de cette forme spécifique de case management (cette administration de cas) doit faire partie d'une mise en place d'un trajet de soins pour personnes avec des problèmes d'assuétudes lors de la réalisation d'un réseau.

Au moment de la mise en place de réseau pour enfants et jeunes (adolescents) il est avisé de mettre en évidence l'utilité cette forme de case management individuel.

5. COORDINATION DE L'ORGANISATION ET DU CONTENU DES MISSIONS ET DES FONCTIONS POUR PATIENTS SOUFFRANT D'ASSUETUDE DANS CHAQUE RESEAU

La fonction de coordination au sein du réseau consiste en d'une part en une personnification d'une fonction et d'autres par en l'exercice par toutes les parties de ladite fonction.

La fonction de coordination doit en partie être exercée par une personne qui lui donnera une visibilité et une effectivité incontournable. Cette personnification est rendue nécessaire par la densité des activités des prestataires. *La fonction de coordination* ici évoquée sera davantage concernée par des matières de type logistique et *relative à la forme des soins*.

Par ailleurs, la fonction de coordination doit consister en un capital d'heures à destination des équipes existantes. Il semble difficile d'imaginer un relais unique pouvant de façon correcte satisfaire quantitativement et qualitativement toutes les demandes d'exercice de la continuité des prises en charge au sein du réseau. Dans ce contexte, *la fonction de coordination* sera davantage concernée par des questions cliniques et *relatives au contenu des soins*.

A) La fonction de coordination relative à la forme des soins

Une personne devrait disposer de:

- ✓ Une autorité unique à savoir, le comité de réseau.
- ✓ Un bon niveau de connaissance des structures et personnes existantes au sein du réseau (cette connaissance devrait s'obtenir par la participation régulière aux activités des structures participantes).
- ✓ Un capital confiance auprès des dites personnes et structures du réseau. Ce capital est acquis au travers de la qualité des relations entretenues mais aussi au travers d'une relation contractuelle définie lors de la convention de réseau.
- ✓ Une vision globale et pointue des besoins en soins de la zone d'activité desservie, tant en amont qu'en aval des actuels prestataires de soins.

Ses missions seront:

- ✓ Soutenir le comité de pilotage du réseau dans le cadre de son organisation interne (convocation, rapport) et s'assurer du suivi effectif des dispositions prises.
- ✓ Soutenir activement les structures et les personnes dans l'exercice des activités dévolues au réseau (mise en application des décisions).
- ✓ Inventorier les ressources et les failles du réseau en termes humain et en termes de structures.
- ✓ Alimenter les structures et personnes en informations à propos des matières utiles à l'exercice du réseau.

B) la fonction de coordination relative au contenu des soins

La mission consistera à répondre de façon la plus optimale à la demande de chaque patient individuelle et ceci en fonction de ses besoins. Ainsi en concevra pour chaque

patient un programme individuelle qui fait le meilleur emploi de ce que offre le programme globale du réseau.

En même temps il faudra évaluer et si nécessaire adapter, ce programme globale pour mieux répondre a des demandes de groupes de patient qui nécessitent un approche semblable.

Ce travaille de coordination du contenu des programme de patient individuelle et de groupe de patient est un travaille qui doit s'effectuer par les équipes même qui réalisent l'offre de soins. Pour cela il est proposé de mettre a leur disposition un capitale d'heures pour réaliser en collaboration cette coordination du contenu des soins.

6. MISE EN ŒUVRE

La mise en oeuvre des considérations développées ci-dessus, ne peut réellement se faire que dans le cadre du développement des réseaux et circuits de soins tels qu'ils ont été rappelés en début de document, et tel que le prévoit les modifications à la loi des hôpitaux telle qu'elle a été votée par la chambre des représentants le 17 janvier 2002 (article 55).

Ainsi il est proposé de situer les expériences pilotes concernant les missions précitées explicitement dans le contexte de l'élaboration et la mise en place de réseau et de programme de soins pour groupe cible d'âge.

Il s'agit notamment d'expériences pilotes concernant :

- le module de diagnostic et le module de traitement pour double pathologie
- prise en charge de crise
- le case management
- la coordination du contenu et de l'organisation des soins dans les réseaux

7. CONCLUSION GENERALE

Par le présent avis, le groupe permanent psychiatrie souhaite apporter son point de vue aux ministres compétents en ce qui concerne des matières complexes mais nécessitant néanmoins des interventions : la prise en charge globale des patients souffrant d'assuétude dans le cadre des circuits de soins, la prise en charge spécifique de patients souffrant de double pathologie, la fonction de coordinateur de circuit et de case manager.

La prise en charge globale de patients souffrant d'assuétude recouvre de façon particulière cinq étapes classiques de soins (accueil, urgences et crises, évaluation et orientation, traitement et réadaptation). La spécificité du secteur des assuétudes consiste en la présence jugée trop discrète ou distante des structures conventionnées INAMI et des structures de premier accueil (MASS). Ces deux structures devraient être mieux représentées quantitativement sur le territoire et mieux représentées au sein du réseau.

Les patients souffrant de double pathologie se distinguent par leur complexité et l'expression parfois dérangeante de leurs souffrances. Ils nécessitent une prise en charge spécifique au sein de programme distinct. Cette prise en charge spécifique s'articule autour des axes suivants : diagnostic et évaluation, traitement et collaboration en réseau. Les programmes de prises en charge spécifiques devraient bénéficier d'une programmation et de normes particulières axées sur le case load effectif des prises en charge plus que sur l'aspect résidentiel de la prise en charge.

Les notions de coordinateur de réseau et de case manager ont été définies distinctement, tant elles concernent des réalités différentes.

La fonction de coordination de réseau se scindent en une fonction personnalisée et en une fonction assumée collectivement. La fonction personnalisée s'attachera davantage aux aspects logistiques de la structuration du réseau (soutien à l'organisation). La fonction assumée collectivement concerne davantage les aspects cliniques permettant la continuité des soins au travers de contact entre prestataires effectifs des soins.

La notion de case manager est une fonction particulière devant s'exercer en des circonstances spécifiques (situation d'errance thérapeutique extrême nécessitant une référence particulière) et sur base d'un choix du patient. Cette fonction devrait être expérimentée afin d'en déterminer les modalités pratiques exactes.

=