

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 14/11/2002

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/PSY/214-2 (*)

**Avis concernant la spécificité et le développement des circuits de
soins et réseaux dans le domaine des Soins de santé mentale et le
rôle de facilitateur des plates-formes de concertation dans ce
processus.**

**Pr. Le Pr J. Peers, Président,
Le Secrétaire,**

signé

C. DECOSTER

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 14 novembre 2002.

1. Contexte de cet avis.

Cet avis a été préparé et discuté lors des réunions du groupe de travail permanent « Psychiatrie » des 18 et 23 octobre et 5 novembre 2002 et il est rendu sur initiative du Conseil National des Etablissements Hospitaliers.

Cet avis vise à donner une formulation rigoureuse et correcte de la spécificité et du développement des circuits de soins et réseaux dans le domaine des Soins de santé mentale et du rôle des plates-formes de concertation dans ce processus. Cet objectif a déjà fait l'objet d'avis précédents du CNEH mais est ici pris en compte de manière plus systématique dans l'optique d'un projet de modification de l'AR du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

2. Le développement des circuits et réseaux de soins

2.1. Points de départ

Le développement des réseaux et circuits de soins doit se baser sur les principes généraux de l'organisation et du développement de la santé mentale en Belgique tels que précisés dans le deuxième avis partiel du 15 juin 1997 : le remplacement de soins organisés autour de l'offre par des soins dirigés par la demande, le développement de soins continus, une collaboration complémentaire et fonctionnelle entre les établissements au sein d'un même sous-secteur (p.e. entre les hôpitaux psychiatriques), entre les établissements qui appartiennent à différents sous-secteurs (p.e. entre les hôpitaux psychiatriques et les centres de santé mentale) ainsi que la collaboration du secteur des soins de santé mentale avec les secteurs avoisinants (p.e. les soins gériatriques). Ces évolutions doivent aboutir à des circuits de soins orientés vers des groupes-cibles au départ de programmes de soins qui dépassent les établissements.

Bien sûr, le nouveau concept pour les soins de la santé mentale ne pourra être implémenté dans sa totalité du jour au lendemain. Dès lors, il est proposé que, dans une première phase et dans un contexte expérimental, pour toutes les structures de santé mentale qui souhaitent y participer sur une base volontaire, des « expériences-pilote » soient mises en place visant à développer une expérience et une expertise, pendant une période d'environ 5 ans, en termes de développement de programmes de soins organisés en réseau et orientés vers des groupes-cible. Durant cette période de 5 ans, une programmation future des programmes de soins orientés vers des groupes-cible devra être préparée.

2.2. Lignes directrices au sein desquelles le développement des circuits de soins et réseaux doivent se situer

Pour le développement des réseaux et des circuits de soins deux points de départ sont à prendre en considération : d'une part la définition de ces concepts telle que précisée dans le deuxième avis partiel et le cadre légal qui s'y rapporte et d'autre part la prise en compte progressive de ce développement.

a) Définition des concepts

Dans le deuxième avis partiel, il était déjà précisé que :

« Chaque réseau est composé... de prestataires de soins juridiquement indépendants qui, dans le cadre de et dans l'optique des soins de santé mentale, élaborent un programme pour un groupe-cible déterminé et dans une région déterminée et le concrétisent dans un accord de collaboration fonctionnelle.

...L'autorité sur les moyens humains et matériels que les différents partenaires apportent dans le cadre de l'accord de collaboration ne peut pas être mise en question ou se voir limitée.

...Dans chaque accord de collaboration, l'objectif poursuivi par le réseau est défini, ainsi que la sous-partie du programme qui sera reprise en charge par chacun des prestataires participants...

Cette description a été traduite dans la législation fédérale par l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, où les notions de « réseau d'institutions » et de « circuit de soins » ont été définies.

« Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par réseau d'équipements de soins : un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui, en ce qui concerne la législation organique, relèvent de la compétence de l'autorité fédérale et qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique et, ce, à l'intention d'un groupe-cible de patients à définir par eux et dans un secteur à définir par eux »

Dans le cadre de la conférence interministérielle du 24 juin 2002, il a été convenu que les structures de soins de santé mentale qui sont de la compétence des Communautés et Régions doivent être comptées parmi les acteurs nécessaires dans les circuits et réseaux de soins.

b) Développement progressif

En vue de réaliser les expériences-pilote, l'autorité devra mettre en place un cadre politique qu'une appréhension progressive doit rendre possible. Dans cette optique, l'autorité devra établir, en vue des expériences-pilote, un certain nombre de conditions d'exécution et d'éléments de base concernant : les acteurs, la dimension minimale et maximale des zones d'activité expérimentales, un cahier des charges des missions de soins globalement décrites, les règles du jeu concernant les relations entre acteurs, les garanties de qualité et le « capital de départ » nécessaire (le minimum de personnel et de moyens qui doivent être présents dans une zone d'activité expérimentale).

Les structures participant à une expérience-pilote doivent avoir la possibilité de travailler de façon créative, flexible et progressive afin de développer des soins qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs prédéfinis. Dans le cadre d'un modèle dit de croissance organique, cette approche nécessite : une période d'une durée d'au moins 5 ans, des moyens additionnels tant pour le financement des coûts d'innovation, de coordination et d'évaluation, que pour le financement des lacunes manifestes dans l'offre de soins actuelle, une expertise extérieure pour l'accompagnement et l'évaluation, et une politique de soutien cohérente de la part des différentes autorités compétentes.

Dans le cadre de la description d'un programme de soins global, il est essentiel est de trouver un juste équilibre : d'un côté les autorités, vu leurs responsabilités sociales en matière de santé publique, doivent définir des missions orientées vers des objectifs, d'autre part les acteurs de

terrain doivent pouvoir répondre le mieux possible aux demandes de soins des clients. Les autorités compétentes en matière de soins de santé mentale doivent considérer la demande de soins du patient comme point de départ pour réorienter le contenu des soins et les formes de soins.

En vue de décrire le nouveau concept en soins de santé mentale, le groupe de travail permanent « psychiatrie » du CNEH a jusqu'à présent assuré la fonction de lieu de réflexion central et d'organe d'avis. Dans le cadre du suivi et de l'évaluation des expériences-pilote, le rôle du groupe de travail permanent « psychiatrie » doit être précisé et valorisé. En ce qui concerne le suivi de l'évolution et des effets du développement des soins par le biais des expériences-pilote, il est également souhaitable qu'une état d'avancement détaillé soit transmis en temps opportun et de manière régulière au groupe de travail permanent « psychiatrie » afin de pouvoir y faire l'objet de discussions et d'avis.

2.3 En résumé, les lignes directrices visant à la réalisation du nouveau concept en soins de santé mentale, telles que déjà soulignées à plusieurs reprises dans les précédents avis du CNEH, peuvent être formulées comme suit :

- les programmes de soins orientés vers des groupes-cibles ne peuvent être considérés comme une nouvelle «structure» mais comme un ensemble interdépendant de missions et de fonctions qui sont réalisées dans le cadre d'un accord de collaboration fonctionnelle ;
- les programmes de soins doivent être construits au départ et par un réseau de structures (et non par un nouveau type de prestataire de soins) en conservant l'indépendance et la responsabilité juridique et financière des partenaires dans les accords de collaboration fonctionnelle ;
- ce ne sont pas les plates-formes de concertation, mais les services qui doivent être responsables pour la formation et le pilotage des réseaux et circuits de soins. Les plates-formes de concertation doivent être confirmées dans leur rôle de facilitateur (concertation, soutien de la collaboration, détection des lacunes et redondances, accompagnement du processus), mais ne peuvent être chargées de l'organisation des soins, encore moins de la gestion financière ou de la compétence de décision qui relèvent des services.
- l'autorité doit organiser les négociations nécessaires concernant les modalités de réalisation des expériences-pilote directement avec les structures de soins de santé mentale qui concluent une convention de réseau à titre expérimental, et non pas avec les plates-formes de concertation.

Compte tenu des options politiques visant à réviser l'arrêté royal relatif aux plates-formes de concertation, nous souhaitons préciser ci-dessous le rôle que les plates-formes de concertation peuvent jouer dans ce développement.

3. Rôle des plates-formes de concertation.

Une des tâches historiques des plates-formes de concertation en santé mentale est de dresser, à partir de leur fonction de lieu de rencontre entre les différentes parties concernées par le domaine de la santé mentale, un inventaire des lacunes et redondances possibles en termes de contenu et de formes de soins. Cette mission doit certainement être maintenue.

Il est indiqué que les structures qui fonctionnent sur la base d'une convention INAMI et qui ont comme mission d'organiser une offre spécifique au sein des soins de santé mentale, soient également associées au titre de membres des plates-formes de concertation.

Dans le cadre des activités des plates-formes de concertation, il est aussi indiqué que les organismes assureurs soient concernés par le processus concret de développement qui doit aboutir à la réalisation, par les structures de santé mentale, de réseaux et programmes de soins orientés vers des groupes-cible.

Il est donc certain que les plates-formes de concertation ont un rôle constructif à jouer dans le développement des circuits de soins et réseaux.

A la demande des structures de soins de santé mentale qui prennent l'initiative de réaliser une expérience-pilote, les plates-formes de concertation en santé mentale peuvent assumer un certain nombre de tâches concrètes au cours des 5 ans de phase expérimentale.

Dans le cadre d'une zone de travail expérimentale, dont les activités se situent totalement ou partiellement sur le territoire de la plate-forme de concertation, celle-ci peut, à la demande des acteurs du circuit de santé mentale, collecter et mettre à disposition d'importantes informations concernant l'offre de soins, par exemple concernant les lacunes, redondances et/ou les partenaires intéressés.

La plate-forme de concertation peut, suivant totalement la ligne de sa mission historique de facilitateur, offrir le soutien nécessaire aux réseaux qui se développent dans le cadre d'un follow-up externe et d'une évaluation des expériences-pilote. Il peut ainsi être demandé à une plate-forme de concertation de suivre des données et paramètres concernant la réduction ou non des lacunes dans l'offre de soins, l'enregistrement des listes d'attente, les demandes de soins qui ne sont pas (encore) rencontrées, ...

En plus, la plate-forme de concertation peut récolter des suggestions concernant des modèles applicables pour résoudre des « goulets d'étranglement » dans les soins.

La plate-forme de concertation peut également, pour les acteurs de santé mentale du réseau expérimental qui relèvent en totalité ou en partie du territoire de la plateforme de concertation, créer un cadre propice à des moments de rencontre et de concertation structurés. Ces groupes de concertation peuvent aussi être le lieu d'une concrétisation de l'apport et de la participation aux expériences des services reconnus et intégré de soins à domicile, des organismes assureurs, des organisations de patients et de familles de patients ayant une personnalité juridique.

Pour les structures de soins de santé mentale qui s'engagent dans le développement d'un réseau, la plate-forme de concertation offre également un lieu de rencontre pour situer la concertation avec d'autres partenaires du monde des soins qui relèvent d'autres domaines de soins (enseignement, bien-être, justice...).

Les groupes de concertation qui s'intéressent – au sein d'une plate-forme de concertation ou même au niveau de plusieurs plates-formes – au contenu des soins d'un circuit de soins et/ou à l'organisation des soins dans les réseaux orientés vers des groupes-cible, doivent réaliser des « exercices préparatoires » au service des structures qui souhaitent participer à un circuit de soins et ne peuvent, par conséquent, assurer aucun rôle de coordination et/ou d'organisation. Dès lors, il n'est pas indiqué de nommer ces groupes au titre de « groupes de coordination », mais bien au titre de « groupes de concertation ».

Si l'autorité choisit l'option de donner aux plates-formes de concertation un rôle de pilote (le rôle central de facto) dans la création des réseaux et veut ainsi éventuellement faire table rase du terrain en vue d'une fusion structurelle extrême ou d'une fusion des structures situées dans une région définie, la plate-forme de concertation y servant de prolongement du bras de l'autorité avec la mission de réaliser et d'implémenter le nouveau

concept de soins de santé mentale, l'autorité méconnaît totalement les principes de base du nouveau concept de soins de santé mentale tel que formulé dans les avis successifs du CNEH.

Il peut être attendu de la part de l'autorité qu'elle crée un cadre politique au sein duquel, sur la base d'un cahier des charges défini préalablement et évalué de manière externe, les expériences-pilote de réseaux deviennent possible.

Ce cadre politique doit, par le biais de conventions spécifiques signées avec les autorités fédérales et communautaires concernées, accorder une plus grande autonomie aux structures de santé mentale afin de leur permettre d'expérimenter d'une manière créative de nouveaux contenus et de nouvelles formes de soins.

Le raisonnement susmentionné sous la forme d'un « top-down » via les plates-formes de concertation ne peut être considéré comme une marque de confiance à l'égard de la capacité de changement du secteur de la santé mentale, compte tenu des propositions et avis que le secteur lui-même, dans une grande majorité, a formulé au cours des dernières années.

Le raisonnement susmentionné conduirait à une implantation contrôlée et imposée, pensée d'en haut et préalable, de nouvelles missions et formes de soins qui seraient jugées souhaitables par l'autorité et qui peuvent être tentées par le secteur lui-même sous les conditions que l'autorité définira.

La désignation des plates-formes de concertation comme responsable de facto de la mise en place d'un réseau/circuit de soins expérimental, a en outre pour effet que la zone d'activité d'un réseau correspond automatiquement avec le territoire des plates-formes de concertation. Ceci n'est non seulement pas fonctionnel pour les groupes-cible visés, mais comporte également le risque de conduire au développement d'un seul réseau et d'une seule offre de soins par groupe-cible dans chaque zone de collaboration d'une plate-forme de concertation. Un tel raisonnement territorial est en complète contradiction avec les points de départ du nouveau concept qui préconisent le travail orienté vers des groupes-cible.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi sur les hôpitaux, il doit être possible qu'un seul réseau soit constitué qui offre des circuits de soins pour un ou plusieurs groupes-cible, avec, pour chacun de ces groupes-cible, une zone d'activité relevante – sans donc être nécessairement identiques –, mais il doit également être possible que plusieurs réseaux soient présents pour un même groupe-cible et que leur zone d'activité soit partiellement ou totalement identique. Il va de soi que ces possibilité de flexibilité dans la mise en place de circuits et réseaux de soins ne peuvent conduire à la création ou au maintien de lacunes ou de redondances dans les soins de santé mentale.

Par ailleurs, les accords de collaboration fonctionnelle existant et qui ont leur raison d'être entre des structures de santé mentale doivent être valorisés lors de la création de circuits et de réseaux de soins pour autant que ces accords de collaboration s'inscrivent loyalement dans la réalisation du nouveau concept en soins de santé mentale. Dans cette optique, il n'est pas indiqué d'exiger que la zone d'activité des plates-formes soit calquée sur les frontières des provinces.

Il faut donc encore faire une distinction claire entre le terrain d'action des plates-formes de concertation (lesquelles jouent un rôle de facilitateur), et les zones d'activité des réseaux orientés vers des groupes-cible, qui, en fonction du groupe-cible pour lequel ils sont créés, seront parfois plus petits, parfois plus grands que la province, voire se situeront sur une zone frontalière.

La dimension souhaitée de la zone d'activité pour chacun des groupes-cible ne peut actuellement être établie sur la base de paramètres objectifs. Il est dès lors proposé que, dans le cadre des expériences-pilote et en guise de phase de démarrage, la zone géographique dans laquelle l'expérience doit se situer soit définie de manière empirique et pragmatique. Cette délimitation de la zone sera alors appelée zone d'expérimentation. Ce n'est qu'à l'issue de la phase d'expérimentation que des directives et critères formels pourront être explicités en matière de définition de la taille exigée par la programmation pour la zone d'activité de chaque type de circuit de soins.

4. Proposition alternative d'orientation du développement de circuits de soins et réseaux

Il est proposé que le nouveau concept en soins de santé mentale et le développement qui y est lié de réseaux et circuits de soins orientés vers des groupes-cible ne soit pas organisé par une modification des missions des plates-formes de concertation, mais par l'exécution des dispositions prévues en la matière dans la loi sur les hôpitaux et la loi AMI.

Concrètement, la loi sur les hôpitaux prévoit, dans son article 97ter, la possibilité de financer, sur la base de modalités complémentaires à définir par le Roi, des expériences en matière de circuits de soins et réseaux tels que définis à l'article 9ter de la même loi.

Dans ces arrêtés d'exécution, il y a lieu de prévoir selon quelles modalités spécifiques les structures de soins de santé mentale peuvent démarrer une expérience. Ces modalités peuvent à leur tour être fixées dans une convention spécifique qui est conclue entre ces structures et les Ministres fédéraux de la Santé publique et des Affaires sociales.

D'une manière analogue, l'article 56 de la loi AMI donne la possibilité de conclure, dans le cadre du Comité de l'Assurance et selon des conditions à définir par le Roi, une convention spécifique relative aux matières INAMI avec tous les acteurs concernés par la mise en place de circuits et réseaux de soins expérimentaux.

Pour ce qui relève des matières communautaires, une semblable convention doit pouvoir être conclue entre les partenaires du réseau expérimental et les autorités communautaires.

Dans cette proposition alternative, les plates-formes de concertation conservent leur rôle actuel de forum au départ duquel des concertations et collaborations peuvent voir le jour, sans devenir une structure de coordination ou d'organisation. Pour l'exprimer sous la forme d'une boutade : « Les plates-formes de concertation doivent faire de la concertation et les acteurs du réseau doivent agir ».

Afin de réaliser ce rôle de soutien dans le cadre du développement du nouveau concept de santé mentale, l'actuel AR relatif aux plates-formes de concertation ne doit être amendé que sur un nombre limité de points. Une proposition d'adaptation de cet AR est jointe en annexe 2.

Annexe 1

Modifications proposées par l'autorité fédérale à l'AR actuel sur les plateformes, telles que présentées lors de la réunion d'information du 24-10-2002 avec les présidents des plateformes de concertation

10 JUILLET 1990. - Arrêté royal fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

CHAPITRE III. - L'association comme plate-forme de concertation.

Art. 7. L'association visée à l'article 1er, 2° a pour but :

- 1° ~~de mener une étude et~~ une concertation sur les besoins en matière d'équipements psychiatriques dans la région où sont situées les institutions et services membres de l'association;
- 2° de mener une concertation sur la répartition des tâches **en matière de renouvellement des soins** et la complémentarité en ce qui concerne l'offre de services, les activités et les groupes cibles, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins de santé. Cela suppose, entre autres, une concertation sur la politique d'admission, de sortie et de transfert des équipements concernés;
- 3° de mener une concertation sur la collaboration possible et la répartition des tâches en ce qui concerne, entre autres, l'intervention en cas de crise et les activités de jour pour patients psychiatriques, à l'exception de la création et de la gestion d'habitations protégées. Des conventions peuvent, après avis du Comité visé à l'article 10, être conclues soit entre tous les services et institutions qui font partie d'une association, soit entre quelques-uns d'entre eux;
- 4° le cas échéant, de mener une concertation avec d'autres associations d'institutions et de services psychiatriques.
- 5° collaborer à une collecte des données dans le cadre d'une étude nationale des besoins en matière des soins de santé mentale.**

Art. 8. § 1. ~~L'association comme plate-forme de concertation doit desservir une région comptant au minimum 200 000 habitants et au maximum 1 000 000 d'habitants (-, étant entendu que chaque Communauté doit disposer au minimum d'une association.)~~

L'association en tant que plateforme de concertation, excepté celle de la région de Bruxelles-Capitale et celle de la Communauté germanophone, couvre une région qui coïncide avec les limites de la province.

~~&2 Les institutions et les services qui se joignent à l'association ne peuvent être distants l'un de l'autre de plus de 40 km.~~

§ 3. Les institutions et services psychiatriques suivants peuvent faire partie d'une association :

- 1° les hôpitaux généraux disposant d'un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement (index A);
- 2° les hôpitaux psychiatriques;
- 3° les maisons de soins psychiatriques;
- 4° les services ou centres de soins de santé mentale;
- 5° les pouvoirs organisateurs des initiatives des habitations protégées.
- 6° les équipements disposant d'une convention INAMI qui ont pour mission d'organiser une offre spécifique dans le cadre des soins de santé mentale.**

Pour être et rester agréée, une association doit comprendre au minimum un de chacun des catégories des institutions et services susmentionnés, pour autant que ces derniers se situent dans la région desservie par l'association.

A défaut d'un ou de plusieurs de ces types d'institutions ou de services précités au sein d'une association, celle-ci doit de préférence conclure un accord de collaboration avec une ou plusieurs institutions et services similaires.

§ 4. Les établissements et services visés au § 3 faisant partie d'une association agréée ne peuvent être affiliés à d'autres associations. Ils doivent se situer dans la région couverte par l'association.

§ 5. L'autorité compétente pour la politique de santé en vertu de l'article 59bis, de l'article 59ter ou de l'article 108ter de la Constitution peut accorder des dérogations au § 2 du présent article.

&8bis §1er. Les activités d'une association en tant que plateforme de concertation se rapportent aux soins dispensés aux trois groupes cibles qui correspondent aux catégories d'âge suivantes :

- a) enfants et jeunes 0-18 ans;
- b) adultes 19-65 ans;
- c) personnes âgées >65 ans.

§. 2. Au sein de l'association il est constitué, pour chacun de ces groupes cibles liés à l'âge, un groupe de coordination. Ces groupes de coordination facilitent la formation de réseaux, comme visé à l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§3. Au sein des groupes cibles, des groupes de coordination distincts peuvent être constitués pour des sous-groupes cibles spécifiques, comme :

- a) des toxicomanes ;
- b) des patients présentant des problèmes relevant de la psychiatrie légale ;
- c) des handicapés présentant un problème psychiatrique.

En vue des soins adéquats pour ces sous-groupes cibles, ces groupes de coordination peuvent, le cas échéant, organiser des initiatives dépassant les réseaux.

&. 4. Les acteurs suivants font partie des groupes de coordination respectifs :

- 1° tous les institutions et services mentionnés à l'article 8 §3 font partie de l'association et sont pertinents pour le (sous-)groupe cible concerné ;
- 2° les représentants des services intégrés de soins à domicile agréés, des mutualités, des organisations de patients dotées de la personnalité juridique et des organisations ayant la personnalité juridique pour les membres de famille de patients.

L'association conclut un accord de collaboration écrit avec ces acteurs en tant que ratification formelle de leur participation.

Art. 9. § 1. L'association doit faire l'objet d'une convention écrite, approuvée par l'autorité compétente pour la politique de santé en vertu de l'article 59bis, de l'article 59ter ou de l'article 108ter de la Constitution.

§ 2. Avant de conclure une convention visée au § 1er, celle-ci doit être soumise pour adhésion à toutes les institutions et services psychiatriques situées dans la région concernée.

§ 3. La convention doit au moins porter sur les éléments suivants :

- 1° les objectifs;
- 2° la forme juridique de l'association;
- 3° le siège administratif de l'association;
- 4° la description de la région desservie par l'association, y compris son nombre d'habitants;
- 5° les partenaires membres de l'association;

- 6° la répartition des tâches en ce qui concerne l'offre de services, les activités et les groupes cibles;
- 7° la création, la composition, les tâches, le fonctionnement et le mode de décision du Comité visé à l'article 10;
- 8° les règles de base de la politique d'admission, de sortie et de transfert ainsi que de la coordination de la politique médicale et psychosociale, sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en vigueur;
- 9° les principes régissant l'organisation d'activités communes éventuelles, comme l'intervention en cas de crise et les activités de jour en dehors de l'hôpital;
- 10° les moyens mis en oeuvre pour les activités visées au 9° ainsi que leur gestion et leur utilisation;
- 11° les principes relatifs à l'échange éventuel de personnels entre les divers services et institutions psychiatriques faisant partie de l'association;
- 12° les accords financiers;
- 13° les assurances;
- 14° le règlement des litiges entre les parties;
- 15° la durée de la convention et les modalités de résiliation, y compris une période d'essai éventuelle.

Art. 10. § 1. Chaque association agréée doit disposer d'un comité composé de représentants des divers services et institutions faisant partie de l'association.

§ 2. Le Comité visé au § 1er, a pour mission :

- 1° de veiller à l'exécution de la convention;
- 2° la mise en oeuvre de tous les moyens permettant d'aboutir, par le biais d'une répartition des tâches, à une complémentarité optimale des institutions et services et d'améliorer la qualité des soins;
- 3° ~~l'évaluation des besoins en équipements psychiatriques dans la région desservie par l'association et l'organisation d'une concertation sur l'extension ultérieure de ces équipements dans la région;~~ **se concerter sur le développement de réseaux et de circuits de soins dans la zone de collaboration.**

4° de mener une concertation avec d'autres prestataires de soins que ceux des institutions et services visés à l'article 8, § 3, dont des médecins généralistes ainsi qu'avec des organisations concernées par les soins psychiatriques comme les organisations de patients et les mutuelles.

Art. 10 bis . Chaque association agréée en tant que plateforme participe à une plateforme de concertation fédérale qui donne des avis au Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions sur la législation en matière d'associations, ainsi que sur l'application de celle-ci. L'initiative d'organiser une plateforme de concertation fédérale est prise par le Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions.

CHAPITRE IV. - Dispositions finales.

Art. 11. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

Art. 12. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté

Annexe 2

Groupe de travail permanent "Psychiatrie"

Annexe à l'avis concernant la spécificité et le développement des circuits de soins de santé mentale et le rôle facilitateur des plates-formes de concertation dans ce processus

PROPOSITION d'adaptation sur la base de l'avis du CNEH du.14-11-02

10 JUILLET 1990. - Arrêté royal fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

Publication au Moniteur belge : 26-07-1990

PROPOSITION D'ADAPTATIONS de l'Autorité

Barré ou en caractères gras sur la base du texte en projet distribué en date du 24/10/2002

Proposition d'adaptation du CNEH

Etant donné le court délai permettant de formuler des adaptations, les propositions d'adaptations reprises ci-dessous ne sont pas exhaustives

CHAPITRE III - L'association comme plate-forme de concertation.

Article 7 L'association visée à l'article 1er, 2° a pour but :

- 1° ~~de mener une étude et~~ une concertation sur les besoins en matière d'équipements psychiatriques dans la région où sont situées les institutions et services membres de l'association;

- Il est probablement vrai que les plates-formes de concertation ne doivent pas être considérées comme des instituts qui, par priorité doivent être à même de mener des recherches scientifiques ou la coordination de telles recherches dans le secteur de la santé mentale.
- Toutefois, la proposition de suppression donne erronément l'impression que les plates-formes de concertation n'ont pas de rôle à jouer dans l'encouragement ou le soutien, par exemple dans le cadre de recherches-action.
- *Proposition: 1° de mener une recherche-action et une concertation...*

- 2° de mener une concertation sur la répartition des tâches **en matière de renouvellement des soins** et la complémentarité en ce qui concerne l'offre de services, les activités et les groupes cibles, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins de santé. Cela suppose, entre autres, une concertation sur la politique d'admission, de sortie et de transfert des équipements concernés;
- 3° de mener une concertation sur la collaboration possible et la répartition des tâches en ce qui concerne, entre autres, l'intervention en cas de crise et les activités de jour pour patients psychiatriques, à l'exception de la création et de la gestion d'habitations protégées. Des conventions peuvent, après avis du Comité visé à l'article 10, être conclues soit entre tous les services et institutions qui font partie d'une association, soit entre quelques-uns d'entre eux;
- 4° le cas échéant, de mener une concertation avec d'autres associations d'institutions et de services psychiatriques.
- **5° collaborer à une collecte des données dans le cadre d'une étude nationale des besoins en matière des soins de santé mentale.**

- l'ajout " en matière de renouvellement des soins" ne doit pas être intégré au point 2°, mais plutôt au point 3° qui, déjà, cite diverses formes de renouvellement des soins.

- **Proposition** : de mener une concertation sur la collaboration possible et la répartition des tâches **en matière de renouvellement des soins**, en ce qui concerne, entre autres...

- OK, pour autant que cela implique la possibilité, pour certains projets, de collaborer avec plusieurs plates-formes de concertation et éventuellement de mettre ensemble certains moyens

- OK, bien qu'on puisse se demander pourquoi la collaboration à la collecte de données doit être limitée à « l'étude nationale des besoins »

Proposition: 5 ° collaborer à la collecte des données **et à leur utilisation notamment** dans le cadre de l'étude nationale...

Article 8.

§ 1. ~~L'association comme plate-forme de concertation doit desservir une région comptant au minimum 200 000 habitants et au maximum 1 000 000 d'habitants (, étant entendu que chaque Communauté doit disposer au minimum d'une association.)~~

L'association en tant que plate-forme de concertation, excepté celle de la région de Bruxelles-Capitale et celle de la Communauté germanophone, couvre une région qui coïncide avec les limites de la province.

- La suppression est inacceptable dans la mesure où elle ouvre la porte à une organisation provinciale obligatoire pour les prestataires de soins par les plates-formes provinciales de concertation.

De cette manière, on ouvre de facto la voie pour une organisation des soins de santé mentale par les plates-formes de concertation qui, dès lors, deviennent de fait les organes de décision en matière de soins.

- **Proposition** : *conserver la formulation initiale*

§2 Les institutions et les services qui se joignent à l'association ne peuvent être distants l'un de l'autre de plus de 40 km.

- OK

§ 3. Les institutions et services psychiatriques suivants peuvent faire partie d'une association :

- 1° les hôpitaux généraux disposant d'un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement (index A);
- 2° les hôpitaux psychiatriques;
- 3° les maisons de soins psychiatriques;
- 4° les services ou centres de soins de santé mentale;
- 5° les pouvoirs organisateurs des initiatives des habitations protégées.
- **6° les équipements disposant d'une convention INAMI qui ont pour mission d'organiser une offre spécifique dans le cadre des soins de santé mentale.**

- Attention : citer également les **services K** en hôpital général

- OK, mais il serait préférable de garder une porte ouverte pour d'autres acteurs relevant dans le secteur des soins de santé mentale et qui à l'avenir devraient pouvoir également faire partie de la plate-forme. C'est pourquoi il serait préférable de prévoir une catégorie « autres ».

- **Proposition : - 7° d'autres acteurs qui contribuent à la réalisation des soins de santé mentale**

- Pour être et rester agréée, une association doit comprendre au minimum un de chacun des catégories des institutions et services susmentionnés, pour autant que ces derniers se situent dans la région desservie par l'association.

- A défaut d'un ou de plusieurs de ces types d'institutions ou de services précités au sein d'une association, celle-ci doit de préférence conclure un accord de collaboration avec une ou plusieurs institutions et services similaires.

§ 4. Les établissements et services visés au § 3 faisant partie d'une association agréée ne peuvent être affiliés à d'autres associations. Ils doivent se situer dans la région couverte par l'association.

§ 5. L'autorité compétente pour la politique de santé en vertu de l'article 59bis, de l'article 59ter ou de l'article 108ter de la Constitution peut accorder des dérogations au § 2 du présent article.

Article 8 bis.

§1er. Les activités d'une association en tant que plate-forme de concertation se rapportent aux soins dispensés aux trois groupes cibles qui correspondent aux catégories d'âge suivantes :

- Peut-être « groupes-cibles de base » au lieu de « groupes-cibles »

- Proposition d'amender la proposition de modification :

- *§1er. Les activités de concertation d'une association...*

a) enfants et jeunes 0-18 ans;

b) adultes 19-65 ans;

c) personnes âgées >65 ans.

§. 2. Au sein de l'association il est constitué, pour chacun de ces groupes cibles liés à l'âge, un groupe de coordination. Ces groupes de coordination facilitent la formation de réseaux, comme visé à l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.¹

- Les modifications proposées ne sont pas acceptables si elles supposent que les plates-formes doivent se porter garant et/ou peuvent être considérées comme responsables pour la coordination ou l'organisation de la réalisation de réseaux orientés vers des groupes-cible.
- Pour plus de clarté, il y a lieu de parler de groupes de concertation et non de groupes de coordination.
- *Proposition : § 2. A la demande des structures de soins de santé mentale, les associations peuvent constituer un groupe de concertation pour chaque groupe-cible centré sur une tranche d'âge*
- *“Supprimer les autres dispositions de l'amendement”*
- la formation de réseaux et la réalisation de circuits de soins concrets est de la responsabilité des structures, qui décident en toute autonomie si, à l'avenir, elles souhaitent offrir leurs prestations dans le cadre d'un réseau ou au moins expérimenter cette nouvelle forme d'organisation.
- Ces réseaux doivent avoir une zone d'activité pertinente en fonction du groupe-cible mais qui ne doit d'aucune manière correspondre strictement avec le territoire des plates-formes de concertation.
Il n'est dès lors pas non plus nécessaire d'imposer aux plates-formes de se positionner strictement au niveau provincial.
- La zone d'action des réseaux orientés vers des groupes-cible peut dépasser le territoire de la plate-forme ou seulement couvrir une partie de celui-ci; de même, il peut y avoir plusieurs réseaux pour un même groupe-cible qui, par exemple, opèrent dans des zones qui se superposent partiellement ou totalement.

¹ [Art. 9ter](#). <loi 14.01.2002, art. 55; entrée en vigueur : 22-02-2002> § 1^{er}. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° réseau d'équipements de soins : un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui, en ce qui concerne la législation organique, ne relèvent pas de la compétence des autorités visées aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux;

2° circuit de soins : l'ensemble de programmes de soins et autres équipements de soins, qui, en ce qui concerne la législation organique, ne relèvent pas de la compétence des autorités visées aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et sont organisés par le biais d'un réseau d'équipements de soins qui peuvent être parcourus par le groupe cible ou le sous-groupe cible visé au 1°.

§ 2. Le Roi peut, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section programmation et agrément, désigner les groupes cibles pour lesquels les soins sont offerts par un réseau d'équipements de soins. Le cas échéant. Il peut désigner les catégories de prestataires de soins qui font en tout cas partie du réseau visé.

§ 3. Le Roi peut préciser les règles pour l'application des §§ 1^{er} et 2 et étendre, en tout ou en partie et moyennant les adaptations requises, les dispositions de la présente loi aux réseaux visés au § 1^{er}, aux circuits de soins qui en font partie et aux éléments constitutifs du circuit de soins. »

§3. Au sein des groupes cibles, des groupes de coordination distincts peuvent être constitués pour des sous-groupes cibles spécifiques, comme :

- a) des toxicomanes ;
- b) des patients présentant des problèmes relevant de la psychiatrie légale ;
- c) des handicapés présentant un problème psychiatrique.

En vue des soins adéquats pour ces sous-groupes cibles, ces groupes de coordination peuvent, le cas échéant, organiser des initiatives dépassant les réseaux.

§ 4. Les acteurs suivants font partie des groupes de coordination respectifs :

1° tous les institutions et services mentionnés à l'article 8 §3 font partie de l'association et sont pertinents pour le (sous-)groupe cible concerné ;

2° les représentants des services intégrés de soins à domicile agréés, des mutualités, des organisations de patients dotées de la personnalité juridique et des organisations ayant la personnalité juridique pour les membres de famille de patients.

L'association conclut un accord de collaboration écrit avec ces acteurs en tant que ratification formelle de leur participation.

- Cependant, cela ne peut conduire à l'exclusion de structures de santé mentale qui sont présentes au sein de la zone d'activité d'un réseau orienté vers un groupe-cible et qui veulent participer loyalement à la réalisation du programme de soins concerné, tout comme cela ne peut conduire à ce que la zone d'activité définie amène à la création ou maintenance des redondances inutiles ou des lacunes.

- *Proposition : § 3. Au sein des groupes de concertation orientés vers des groupes-cible, des groupes de concertation spécifiques peuvent être mis en place à la demande des structures de santé mentale, pour des sous-groupes cibles ...*

- OK

- OK

- OK

- Inacceptable : le texte prévoit, ni plus, ni moins, que les groupes de coordination puissent prendre l'initiative pour organiser les soins !

- *Proposition : suppression complète de la modification proposée*

- *Proposition : § 4. Les acteurs suivants seront en tout cas invités à participer aux groupes de concertation :*

Proposition : suppression complète

L'obligation d'impliquer formellement certains partenaires des soins (dont le lien avec le groupe-cible est à définir) dans la concertation relative au développement et à la mise en place d'un réseau et un circuit de soins orientés vers un groupe-cible ne doit pas être reprise dans cet arrêté royal, mais doit, le cas échéant, être prévu dans la convention que les structures qui développent un réseau expérimental signent avec les autorités compétentes.

§ 1. § 1. L'association doit faire l'objet d'une convention écrite, approuvée par l'autorité compétente pour la politique de santé en vertu de l'article 59bis, de l'article 59ter ou de l'article 108ter de la Constitution.

§ 2. § 2. Avant de conclure une convention visée au § 1er, celle-ci doit être soumise pour adhésion à toutes les institutions et services psychiatriques situées dans la région concernée.

§ 3. La convention doit au moins porter sur les éléments suivants :

- 1° les objectifs;
- 2° la forme juridique de l'association;
- 3° le siège administratif de l'association;
- 4° la description de la région desservie par l'association, y compris son nombre d'habitants;
- 5° les partenaires membres de l'association;
- 6° la répartition des tâches en ce qui concerne l'offre de services, les activités et les groupes cibles;
- 7° la création, la composition, les tâches, le fonctionnement et le mode de décision du Comité visé à l'article 10;
- 8° les règles de base de la politique d'admission, de sortie et de transfert ainsi que de la coordination de la politique médicale et psychosociale, sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en vigueur;
- 9° les principes régissant l'organisation d'activités communes éventuelles, comme l'intervention en cas de crise et les activités de jour en dehors de l'hôpital;
- 10° les moyens mis en oeuvre pour les activités visées au 9° ainsi que leur gestion et leur utilisation;
- 11° les principes relatifs à l'échange éventuel de personnels entre les divers services et institutions psychiatriques faisant partie de l'association;
- 12° les accords financiers;
- 13° les assurances;
- 14° le règlement des litiges entre les parties;

- Etant donné l'introduction des conventions INAMI, les termes "institutions et services psychiatriques" doivent être adaptés – cfr. article 8. § 3.

- Est-ce que toutes les actuelles conventions doivent être recommencées ? ou un avenant faisant référence au nouvel arrêté est-il suffisant ?

Proposition : 6) les règles de base qui constitueront le fondement de la concertation en matière de répartition des tâches...

Proposition : les règles de base *qui constituent le fondement de la concertation en matière* de politique d'admission...

Proposition : 9° *les principes qui constitueront le fondement de la concertation en matière d'organisation, par les structures de soins de santé mentale, d'un éventuel renouvellement des soins concernant notamment l'intervention en cas de crise...*

- 15° la durée de la convention et les modalités de résiliation, y compris une période d'essai éventuelle.

Article 10.

§ 1. § 1. Chaque association agréée doit disposer d'un comité composé de représentants des divers services et institutions faisant partie de l'association.

§ 2. Le Comité visé au § 1er, a pour mission :

- 1° de veiller à l'exécution de la convention;
- 2° la mise en oeuvre de tous les moyens permettant d'aboutir, par le biais d'une répartition des tâches, à une complémentarité optimale des institutions et services et d'améliorer la qualité des soins;
- 3° ~~L'évaluation des besoins en équipements psychiatriques dans la région desservie par l'association et l'organisation d'une concertation sur l'extension ultérieure de ces équipements dans la région;~~ **se concerter sur le développement de réseaux et de circuits de soins dans la zone de collaboration.**
- 4° de mener une concertation avec d'autres prestataires de soins que ceux des institutions et services visés à l'article 8, § 3, dont des médecins généralistes ainsi qu'avec des organisations concernées par les soins psychiatriques comme les organisations de patients et les mutuelles.

- **Proposition : maintien de la formulation initiale et suppression de la modification proposée** car la "zone de collaboration" pour la concertation au sein d'une plate-forme de concertation ne peut être assimilée à la zone d'activité d'un réseau orienté vers un groupe-cible.

Article 10bis.

Chaque association agréée en tant que plate-forme participe à une plate-forme de concertation fédérale qui donne des avis au Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions sur la législation en matière d'associations, ainsi que sur l'application de celle-ci. L'initiative d'organiser une plate-forme de concertation fédérale est prise par le Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions.

Avec les adaptations proposées, la concertation au sein des plate-formes de concertation devient un organe d'avis parallèle de l'autorité fédérale, à côté du CNEH, et un prolongement instrumental du bras de l'autorité en vue d'imposer de l'extérieur le nouveau concept.

Proposition : suppression complète de cet ajout

CHAPITRE IV. - Dispositions finales..

Article 11. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

Article 12. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

2 DECEMBRE 1998. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.:

Publication au Moniteur belge : 06-03-1999

Article 1 L'article 8, § 1er, de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques est complété comme suit :

" , étant entendu que chaque Communauté doit disposer au minimum d'une association ".

Article 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

Artikel 3. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.