

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

Bruxelles, le 09/02/2006

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

---  
**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

---  
**Section « Programmation et Agrément »**

---  
**REF. : CNEH/D/PSY/259-2 (\*)**

## **AVIS RELATIF AUX SOINS PSYCHIATRIQUES À DOMICILE (SPD)**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,  
Le secrétaire,

C. Decoster

**(\*) CET AVIS A ÉTÉ RATIFIÉ PAR LE BUREAU SPÉCIAL LE 9 FEVRIER 2006**

## **1 INTRODUCTION À L'AVIS**

Le présent avis relatif aux soins psychiatriques à domicile<sup>1</sup> s'inscrit dans le prolongement de l'avis du CNEH du 8 juillet 2004 : avis concernant le développement futur des soins psychiatriques à domicile dans le secteur de la santé mentale (CNEH/D/PSY/236-1). Le présent avis décrit les modalités, les missions et les moyens nécessaires pour l'organisation structurelle de cette forme de soins, au sein du développement des circuits et réseaux de soins.

Il ne s'agit pas d'un avis isolé et il convient de le lire dans le contexte de sa relation avec d'autres avis émis par le CNEH concernant sa vision du développement des circuits et réseaux de soins, à savoir le deuxième avis partiel du CNEH concernant l'organisation et le développement futur des soins de santé mentale, ainsi que la vision et l'expérience des projets pilotes SPAD, et les rapports d'évaluation de ces projets, tels que formulés dans les rapports des équipes universitaires de Liège et de Leuven. Dans le même temps, cet avis tient compte des modèles spécialisés en soins de santé mentale à domicile décrits dans la littérature internationale (Assertive Community Treatment).

Le CNEH a travaillé sur trois axes principaux (voir annexe 1) :

- a) une analyse attentive du rapport des équipes de recherche sur les soins psychiatriques à domicile afin de cerner les activités des projets pilotes et ses résultats,
- b) un screening d'autres documents de référence comme l'avis de la communauté flamande sur les soins psychiatriques à domicile et
- c) l'audition de participants aux projets pilotes (à la fois soins psychiatriques à domicile et outreaching pour les enfants et les jeunes).

Le présent avis constitue une synthèse de cette discussion.

L'avis a été préparé par une commission ad-hoc 'soins psychiatriques à domicile'(CNEH) avec la collaboration de:

Président : Jef VAN HOLSBEKE

Membres ordinaires: Stefana BOSTYN, Dr. Joël BOYDENS, Mieke CRAEYMEERSCH, Raf DE RYCKE, Pierre DELVAUX, Leo DU LAING, Jean-Claude FROGNEUX, Dr. Annik LAMPO, Philippe MARROYEN, Prof. Dr. Jozef PEUSKENS, Isabelle VAN DER BREMPT, Jan VAN RENSBERGEN, Veronique VERCRUYSSSEN

Experts Permanents :Wouter DECAT, Albertine DE GREEF, Denis HENRARD, Patricia LEBEER, Gina LIPKENS, Dr. Guy TOUQUET, Lieve VAN DEN BROECK, Yves WUYTS

Secretariat: Vincent LEFEBVRE, Jo HOLSBECK

## **2 CARACTÉRISTIQUES DES SOINS PSYCHIATRIQUES À DOMICILE**

Les soins psychiatriques à domicile (SPD) constituent **une modalité de soins** faisant partie d'un programme de soins pour chacun des groupes d'âge de patients présentant des troubles psychiatriques, dont la caractéristique commune est que des soins de santé mentale spécialisés sont dispensés

- a) à des patients qui séjournent à domicile
- b) et où le thérapeute se rend au domicile.

En raison des caractéristiques des SPD ci-dessus, tous les patients présentant un problème d'ordre psychiatrique ou un trouble psychiatrique et qui séjournent à domicile appartiennent au groupe cible éventuel. Il en résulte qu'à l'avenir, l'offre de SPD devra, en théorie, être accessible à tous les patients de chaque groupe cible défini<sup>2</sup> (enfants et jeunes, adultes et personnes âgées). Les personnes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée constituent une sous-population très spécifique à cet égard.

Étant donné entre autre la grande diversité de la nature de la modalité de soins au sein des catégories d'âge et entre elles et vu les variations individuelles qui existent dans les diagnostics, la durée et la stabilité des problèmes d'ordre psychiatrique et des troubles psychiatriques, on ne pourra pas, en Belgique, développer les SPD selon 1 modèle ou un schéma ou les y ramener<sup>3</sup>. Différents modules<sup>4</sup> relatifs au contenu et à l'organisation seront nécessaires. C'est entre autres pour cette raison que le Conseil souhaite explicitement ne pas organiser ces modalités de soins à partir d'un (nouvel) établissement ou d'un (nouveau) prestataire de soins mais comme une partie du programme de soins de chaque groupe cible d'âge

En outre, les SPD doivent être rendus possibles en tant que modalité de soins psychiatriques à domicile pour la concrétisation **de chaque fonction de soins**: à savoir les fonctions de soins inscription, indication, diagnostic, soins, accompagnement, traitement, psycho-éducation, activation et service.

À cet égard, le choix d'appliquer une fonction de soins à domicile doit se fonder sur l'évaluation des interventions des prestataires de soins à domicile, quant à savoir s'ils fournissent un résultat plus durable et meilleur sur le plan qualitatif qu'une consultation ou qu'une autre intervention dans le cadre de laquelle le patient se rend chez le prestataire de soins spécialisé en SSM<sup>1</sup>.

## **3 VALEUR AJOUTÉE DE SOINS PSYCHIATRIQUES À DOMICILE**

Jusqu'à présent, les modalités des soins aux patients psychiatriques à domicile ont été insuffisamment développées et ne jouissent d'un soutien de la part des pouvoirs publics fédéraux que depuis le lancement des différents projets pilotes financés.

Toutefois, de nombreuses situations se présentent où les soins psychiatriques à domicile offrent une valeur ajoutée pour les trois groupes cibles stratégiques et ce, tant pour celui qui bénéficie des soins que pour l'entourage aidant et le prestataire de soins.

---

<sup>1</sup> Par SSM, il faut entendre soins de santé mentale, de façon globale.

La **valeur ajoutée des SPD** se situe à trois niveaux:

- Au niveau de l'expérience du patient et du dispensateur de soins de proximité : plus grande implication, le patient est conjointement responsable de son processus de guérison et de convalescence,...
- Au niveau thérapeutique : meilleure accessibilité, soins plus efficaces, ...
- Au niveau organisationnel : par la continuité des soins et la subsidiarité, parvenir à une meilleure harmonisation des soins entre les prestataires de soins, des formes de soins moins traumatisantes, etc.

Les Soins psychiatriques à domicile ne constituent toutefois pas la forme de soins la plus indiquée ou la plus aisée à mettre en oeuvre dans toutes les situations de soins. Les soins à domicile connaissent des restrictions et des limites. Pour cette raison, il convient d'estimer de manière critique et en permanence, dans chaque situation de patient individuel, dans quelle mesure les soins à domicile sont effectifs et efficaces. À cet égard, il convient de tenir compte de différents facteurs, comme l'aide et la charge de travail des personnes dispensant les soins de proximité, la disponibilité des acteurs de première ligne et la sécurité de tous les acteurs impliqués.

(Voir annexe 2 pour une description détaillée de la valeur ajoutée et des restrictions des SPD.)

#### **4 ATTENTES EN CE QUI CONCERNE LE DÉVELOPPEMENT PLUS AVANT DE MODULES DE SOINS PSYCHIATRIQUES À DOMICILE**

Dans le cadre du développement d'un programme de soins par groupe cible d'âge, les modules de soins à domicile devront être disponibles pour chacune des différentes fonctions de soins.

Il importe d'attirer l'attention sur le fait que les modules de soins à domicile ne doivent pas être créés **de façon parallèle**, en ce sens inutile et constituant des « doublons », mais au contraire doivent **se positionner de façon complémentaire et additionnelle** par rapport à l'offre de soins existante à domicile.

En fin de compte, cela signifie que les modules SPD peuvent uniquement se développer dans le cadre d'une **concertation et d'un dialogue avec les acteurs et les partenaires de soins déjà présents**. De même, cela ne peut constituer un obstacle au pluralisme possible de l'offre, de sorte que le patient dispose d'une véritable liberté de choix.

Le choix des autorités de mettre en place les soins en faveur des patients psychiatriques à domicile de façon non-parallèle aux soins à domicile réguliers ne doit pas être interprété comme une interdiction de développer une offre spécialisée à partir du secteur de la santé mentale.

**Ces modules de soins à domicile**, qui contiennent l'offre des fonctions de soins devant être offerts par le secteur de la santé mentale au domicile, **constituent des parties du programme de soins SSM pour chacun des groupes cibles basés sur l'âge, qui devront comprendre un caractère complémentaire en ce qui concerne les soins et l'aide offerts par les acteurs des soins de première ligne et les partenaires au sein de la région de soins.**

Ci-après, nous formulons, par catégorie d'âge, les premières expériences et attentes en ce qui concerne le développement des SPD.

#### **4.1 Groupe cible Enfants et Jeunes**

Les projet pilotes fédéraux « *SSM-jeunes concernant les soins psychiatriques pour enfants et jeunes séjournant à domicile au moyen de l'outreaching* » ont pour mission de mettre sur pied une équipe mobile grâce à une coopération entre une ou plusieurs initiatives de collaboration en matière de soins à domicile (ou SIT, « *Samenwerkingsinitiatief thuiszorg* ») existantes, un ou plusieurs centres de soins de santé mentale (CSSM), et un service de pédopsychiatrie résidentielle (service K) ou service hospitalier de pédiatrie (service E). Ces équipes accomplissent un ensemble global de missions et se concrétisent sous la forme d'une organisation qui ressemble à une équipe ACT (*Assertive Community Treatment*).

Ces projets d'*outreaching* « enfants et jeunes » offrent, dans le milieu de vie, une gamme étoffée de modules qui constituent une partie du programme de soins global pour les enfants et les jeunes. Au cours des trois dernières années (2002-2005), les initiateurs ont rédigé et remis annuellement un rapport au SPF Santé publique. Jusqu'à présent le rapport officiel des autorités n'est pas encore disponible.

Sur la base des rapports d'activité, des réunions et des questions posées aux différentes équipes par le groupe de travail, l'intérêt de ces équipes mobiles et leur diversité, apparaissent clairement. Ce dernier point est en partie défini par différents facteurs, dont des différences régionales importantes (voir par exemple les grandes villes versus le monde rural). En d'autres termes, la formation du réseau est spécifique à la région. De même, il va de soi que le contenu (clinique) concret des fonctions de soins qui sont prises en charge par les projets pilotes outreaching diffèrent selon que le soin s'adresse aux jeunes enfants souffrant de troubles de l'attachement, à la phobie scolaire chez les enfants dans l'âge de latence, aux soins psychiatriques à domicile en faveur des adolescents en crise ou en dépression, etc. De plus, l'unanimité existe pour dire que l'*outreaching* en faveur du groupe cible enfants soit de préférence multidisciplinaire et que le fonctionnement soit pris en charge par une collaboration fonctionnelle SSM dans un cadre intramuros (service K) et extramuros (SSM), réalisée en commun par des partenaires qui s'inscrivent dans les soins à domicile pour les enfants et jeunes.

D'ailleurs, on estime plus que souhaitable que les nouvelles équipes outreaching aient déjà développé de l'expérience clinique pour ce groupe cible. Un lien immédiat avec d'autres missions de soin au sein du secteur de la santé mentale, par exemple via le membre d'une équipe qui travaille en partie dans une équipe pour l'*outreaching* et en partie en santé mentale serait un avantage. Dans le contexte de l'hôpital général, l'*outreaching* a un effet préventif via la fonction de liaison vers la pédiatrie ou l'accueil aux urgences. L'*outreaching* est de préférence une intervention rapide (en 1 à 2 jours), de courte durée (entre 1 et 3 mois).

Actuellement, on ne peut tirer de conclusion quant à savoir si la formule actuelle de l'*outreaching* telle que démarrée dans les projets pilotes fédéraux est la bonne et surtout si elle suffit à tous les besoins. Suite à la concertation avec les services K, il apparaît clairement que l'*outreaching* est ressenti comme **particulièrement utile** lors, entre autre, du passage du traitement résidentiel vers les soins ambulatoires, où l'utilisation systématique de

l'outreaching autant vers le domicile que vers l'école garantit une plus grande sécurité au niveau du suivi.

L'évaluation de l'effet du traitement à l'aide de l'outreaching, comme son influence sur la continuité des soins, exigent une recherche scientifique longitudinale. Une réflexion est nécessaire afin d'introduire les équipes outreaching dans les projets thérapeutiques et dans la concertation transversale ils devront faire partie au stade de la recherche exploratoire.

A ce jour, les équipes outreaching se situent au minimum en termes de personnel. De plus, la capacité de soins existante pour le groupe cible des enfants et jeunes, autant dans un contexte résidentiel qu'ambulatoire (SSM) offre peu ou pas de possibilité pour le développement futur d'équipes d'outreaching via la substitution.

Ni les évaluations chiffrées ni les directives définitives ne sont pour le moment possibles en ce qui concerne les soins psychiatriques à domicile pour enfants et jeunes. L'outreaching, en tant que future forme de soins régulière, est expérimentée de façon positive par toutes les personnes impliquées. Des stratégies pro-actives sont nécessaires afin de développer des « lignes directrices » et des « bonnes pratiques » dans l'outreaching, et de formuler clairement les indications qui les accompagnent.

Sur cette base, le Conseil national pense que la forme de soins décrite ci-dessus :

- après évaluation des projets pilotes, l'outreaching doit être prévu de façon **structurelle** dans l'offre de soins en santé mentale, que ce soit dans sa forme actuelle ou non. Le Conseil souhaite que cet ancrage structurel soit considéré comme une mesure prioritaire. Les coûts financiers annuels se montent au moins au budget des 11 projets pilotes en cours = 1.363.414,36 € ou 123.946,76 € par projet.
- Le besoin d'une **analyse sur les coûts** à court, moyen et long terme
- À terme, des **modules de soins complémentaires** dans le milieu de vie sont nécessaires afin de pouvoir réaliser valablement le programme de soins pour enfants et jeunes. L'autorité peut développer une stratégie pro-active en ce sens pour stimuler de bonnes pratiques d'outreaching.
- Un **positionnement clair** de ces équipes d'outreaching en faveur des enfants et jeunes est souhaitable à la lumière des responsabilités partagées et des compétences des régions et de l'autorité fédérale.

Le Conseil propose, après publication de l'évaluation des projets pilotes, de mettre en place une proposition plus travaillée de généralisation de l'implication des équipes outreaching en ce qui concerne le contenu et la forme.

## 4.2 Groupe cible Adultes

Conformément aux dispositions contractuelles, l'accent est mis, dans les projets pilotes de SPD actuellement financés par les pouvoirs publics fédéraux, sur la **sensibilisation, l'encadrement<sup>2</sup> et le conseil** des personnes dispensant les soins de proximité et des prestataires de soins appartenant à la première ligne. La réalisation des missions renforce la nécessaire collaboration entre les soins à domicile habituels et les soins de santé mentale et crée une forme de soins où les SSM spécialisés aident les acteurs de première ligne, grâce à leur expertise, dans leurs missions envers des personnes présentant principalement un problème d'ordre psychique et souffrant parfois d'un trouble psychiatrique. Une caractéristique importante de ces patients adultes est qu'ils n'ont besoin de la contribution des acteurs SSM spécialisés que pour une partie restreinte des soins souhaités.

En raison du principe de subsidiarité, la mission de la coordination de soins pour ce groupe de personnes présentant des problèmes d'ordre psychique est dès lors entre les mains des acteurs de première ligne, suivant les principes de fonctionnement de la première ligne.

En second ordre, en dehors des missions contractuelles, les projets pilotes existants permettent, souvent avec des moyens additionnels propres, une extension de l'offre de soins à une autre segment de la population de patients adultes qui ne parviennent pas, ou très difficilement, à s'en sortir à domicile sans aide supplémentaire des acteurs SSM spécialisés .

L'accent que les projets de SPD mettent sur ces différentes activités est en grande partie déterminé par

- les besoins individuels des patients inscrits et
- les besoins ressentis dans le domaine d'activité des projets.

### 4.2.1. Lacunes de l'offre actuelle

- a) À l'heure actuelle, le **nombre d'équipes de SPD** est encore **insuffisant** et, par conséquent, les missions de sensibilisation, d'encadrement et de conseil ne peuvent pas encore être menées à bien dans toute la Belgique. On constate donc un besoin d'équipes supplémentaires.
- b) Pour le groupe cible des **adultes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée**, les projets pilotes financés actuellement par les pouvoirs publics fédéraux n'apportent qu'une réponse partielle aux besoins existants. Les besoins ressentis par ce groupe cible se présentent notamment sur le plan de l'aide dans le fonctionnement quotidien (accompagnement social au relogement et aide de la part de compagnons d'infortune ou contact avec eux) et dans le développement personnel (loisirs et aide pour les contacts sociaux et les relations plus intimes). La coordination des soins a également été concrétisée dans une moindre mesure dans ce groupe<sup>5</sup>.

C'est en particulier à ce groupe spécifique d'adultes que les soins et l'accompagnement psychiatrique spécialisé à domicile offrent une importante valeur ajoutée. Sans ces soins à domicile, ces personnes séjourneraient longtemps dans un cadre résidentiel ou s'y

---

<sup>2</sup> Traduction littérale du terme anglais « coaching ».

rendraient fréquemment. Seule cette forme de soins à domicile permet une socialisation des soins, et même une suppression supplémentaire de lits résidentiels.

**Il existe donc un important besoin d'élargissement des possibilités d'encadrement des adultes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée à domicile.**

4.2.2. Des modules à développer

Globalement, on peut décrire deux modules de soins à domicile différents à développer pour le groupe cible des adultes présentant des troubles d'ordre psychique et des troubles psychiatriques. L'opérationnalisation de ces modules s'effectue de préférence par une même unité de soins.

Un premier module est celui où l'aide de première ligne demande l'intervention de la part des soins de santé mentale spécialisés avec les fonctions d'encadrement, de sensibilisation et de conseil (formation et perfectionnement), comme le décrivent les contrats des projets pilotes financés actuellement. Dans ce module, l'entourage aidant et la première ligne se chargent principalement de la gestion des soins, et les SSM sont en corrélation avec les acteurs de première ligne. Le groupe cible se compose principalement de patients rencontrant des difficultés d'ordre psychique, et moins des patients présentant des troubles psychiatriques.

Le second module est celui où les SSM spécialisés se chargent de la gestion et des soins à domicile selon les principes du modèle ACT et où une aide est éventuellement demandée de la part des acteurs existants au sein de la première ligne. Le groupe cible se compose de patients souffrant d'un trouble psychiatrique généralement de longue durée (chronique), grave et complexe.

Il ressort de la littérature internationale que la fonction « *Assertive and Community Treatment* » est efficace pour la sous-population des adultes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée.<sup>6 7</sup>

Le Conseil estime dès lors que les fonctions de soins concernant les soins, le traitement et l'encadrement des personnes présentant un problème psychiatrique grave et de longue durée séjournant à domicile doivent de préférence être offertes sous la forme d'une équipe ACT et organisé comme tel. Ces équipes offrent des soins multidisciplinaires, intensifs et sous la forme de l'outreaching. Il y a toutefois une restriction : dans le cadre de la subsidiarité et si cela s'indique sur le plan thérapeutique, ces équipes ACT peuvent confier des tâches de soins à des services de première ligne comme les services d'aide aux familles et de soins à domicile. Ainsi, ces équipes ACT répondent à un besoin manifeste sur le terrain et, dans cette optique, ne coexistent pas en parallèle, mais sont complémentaires des services ambulants et résidentiels existants. Leur organisation aura lieu, de préférence, depuis les circuits et réseaux de soins à développer.

Ces deux composantes (modules) décrites ci-dessus doivent être prévues à l'avenir en faveur du groupe cible adultes.

4.2.3. Opérationnalisation

Pour le développement des deux modules, le Conseil propose, s'appuyant sur les expériences des projets pilotes de SPD financés par les pouvoirs publics fédéraux et sur l'avis précédemment émis par le CNEH datant de juin 2004, de faire en sorte que 2 ÉTP par zone



d'activités de 120.000 adultes (entre 20-64 ans donc environ 200.000 habitants au total) soient financés par le biais des moyens déjà existants des acteurs des SSM spécialisés, avec pour mission de soutenir les acteurs de première ligne dans leur relation avec les personnes présentant des problèmes d'ordre psychique par le biais de conseils, d'avis, d'encadrement, de formation et de perfectionnement.

Cela signifie que, pour la Belgique, dans le cadre de ce premier module de 52 équipes (10.445.852 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2005/200.000) doivent être programmées. En conséquence, à côté des (41x2) 82 ETP des projets pilotes déjà financés, il faut un financement complémentaire de 10 modules ou (2x11=) **22 ETP ou 1.090.731,50 €**.

Ensuite, le Conseil propose, dans le cadre du deuxième module, par analogie avec les calculs de Delespaul et van Os concernant les contacts requis et le temps dévolu à la concertation et à l'administration, de prévoir, par zone d'activités de 200.000 habitants, une Fonction ACT de 15 ÉTP par équipe<sup>8</sup>. Il y a donc, dans le cadre de ce deuxième module, un besoin de (52x15 =) **780 ETP**.

Pour les deux modules, il faut, en plus, par ETP, prévoir des **coûts de fonctionnement** dans un ordre de grandeur d'environ 3.000 € par an par personne. De plus, il faut tenir compte, dans la technique de financement des coûts de personnel, de l'**indexation** des salaires et des **coûts de l'ancienneté**.

Ces deux modules doivent se concrétiser à travers la mise en place d'une équipe fonctionnelle et multidisciplinaire. Pour rendre opérationnel ce lien fonctionnel entre ces deux modules, on peut, par analogie avec les réseaux palliatifs, constituer une équipe fonctionnelle composée de collaborateurs qui sont mis à disposition, choisis parmi les différents acteurs des soins de première ligne (personnes de référence) et issus du secteur des SSM spécialisés (p.ex. hôpital psychiatrique, services de santé mentale, habitation protégée). Cette équipe fonctionnelle peut alors également reprendre, en concertation avec le circuit de soins mis sur pied entre les services de première ligne et les SSM spécialisés, les tâches d'encadrement, de sensibilisation et de conseil, d'une part, et assumer les responsabilités des tâches FACT, d'autre part.

Le Conseil souhaite progresser de manière pragmatique dans ce dossier ; c'est pourquoi il renvoie à un certain nombre de mécanismes alternatifs qui (de façon expérimentale) pouvant contribuer à court terme à donner corps aux modules FACT décrits ci-dessus en tant que sous-partie d'un trajet de soins pour adultes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée

Les mécanismes pour les hôpitaux psychiatriques ou les services psychiatriques d'hôpital général sont les suivants :

- Une expérimentation de la fonction ACT peut être financée via l'exécution de l'article 97ter (voir avis CNEH sur l'article 97 ter) qui doit permettre aux hôpitaux d'offrir, de manière expérimentale, des soins plus vastes qu'une hospitalisation dans un lit.
- L'extension des compétences des habitations protégées de sorte que les initiatives se voient offrir la possibilité de continuer à accompagner temporairement leurs anciens pensionnaires dans leur nouvelle situation à domicile.
- L'élargissement du référent hospitalier pour la continuité des soins et son ancrage structurel dans le prix de la journée d'hospitalisation des hôpitaux psychiatriques.

- La réalisation de modules de soins de crise, permettant l'intervention de crise à domicile, par lesquels les acteurs des soins de santé mentale spécialisés peuvent participer par le biais d'un accord de coopération fonctionnel. (cf. avis CNEH concernant le contenu et l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence du 08/04/1999 et 23/02/2001).
- Dans le développement des programmes de soins, les projets pilotes SPD actuels se sont fait une place indéniable. C'est la raison pour laquelle il est important que leurs missions actuelles d'encadrement et de sensibilisation puissent être élargies à la fonction ACT et que leur fonctionnement soit garanti de façon maximale de façon à ce qu'il soit tenu compte de la continuité, de la sécurité juridique et de la stabilité pour le maintien de ces projets.

Les mécanismes en fonction des services de première ligne :

- Rendre également possible en faveur des patients psychiatriques le financement de la concertation multidisciplinaire des SISD en élargissant les critères de financement pour un plan de soins SISD.
- Créer des numéros de nomenclature supplémentaires pour les médecins généralistes, qui rémunèrent une plus longue durée de consultations à domicile et financent l'apport des médecins généralistes aux réunions d'équipe multidisciplinaire.
- Numéros de nomenclature supplémentaires pour les infirmières à domicile afin de permettre les soins psychiatriques à domicile sans que cette prestation ne doive nécessairement s'accompagner d'une intervention somatique.

#### **4.3 Groupe cible Personnes âgées**

En ce qui concerne les soins à domicile pour les patients âgés rencontrant une problématique psychiatrique, le CNEH a pris en compte les éléments suivants :

- Le protocole n°3 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées de plus de 65 ans.
- La mise en place prochaine des projets thérapeutiques visant la coordination et la concertation des soins en faveur des patients rencontrant un ou plusieurs troubles psychiatriques complexes et de longue durée.
- L'avis du CNEH du 11 septembre 2003 relatif à la prise en charge des personnes âgées en soins de santé mentale (CNEH/D/PSY/229-1).

Le protocole n°3 concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées contient une série d'objectifs auxquels le CNEH souscrit. A cet effet, le CNEH prend acte des demandes contenues dans le protocole 3 :

- que « la Task Force soins de santé mentale accorde une attention particulière au vieillissement des résidents en institutions et à la juste adéquation de l'offre actuelle (MSP, IHP et hôpitaux) avec l'évolution des besoins et le besoin éventuel de reconversion »
- et qu'une « attention particulière » soit accordée à l'offre de soins selon « la double problématique des problèmes psychiques et de la dépendance en soins ».

Dans son avis du 11 septembre 2003, le CNEH avait déjà apporté une série de recommandations importantes visant la mise en place des réseaux de soins de santé mentale à

l'attention des personnes âgées (de plus de 60/65 ans)<sup>3</sup>, parmi lesquelles une attention particulière au développement :

- d'une fonction de « concertation et formation »
- des soins de santé mentale de première ligne.

Le CNEH constatait à l'époque que « l'apparition des troubles psychiques ou neuro-psychiatriques chez les personnes âgées est encore bien trop souvent perçue comme un phénomène « normal » lié au vieillissement ».

Or, l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en prise avec un trouble psychiatrique passe indéniablement par un dépistage précoce et un suivi adéquat des troubles<sup>4</sup>. Cette prise en charge efficace ne peut se faire que lorsque l'accessibilité aux soins, dans toutes ses acceptions, est garantie. Par ailleurs, de façon plus globale, le vieillissement de la population doit s'accompagner d'une alternative valable aux structures résidentielles et ambulatoires, y compris pour les personnes âgées rencontrant des troubles psychiatriques.

Les différentes observations et recommandations posées à l'époque par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers restent d'actualité. L'hétérogénéité des acteurs prenant en charge les personnes âgées, les différentes spécialités, leur positionnement dans la sphère des soins de santé, les modalités de soins, peuvent constituer certains freins à l'accessibilité adéquate aux acteurs spécialisés en santé mentale<sup>5</sup>.

A cet effet, le CNEH souhaite marquer sa satisfaction sur deux points :

- les demandes contenues dans le protocole n°3 (voir ci-dessus)
- la mise en place des projets thérapeutiques de mise en réseau de la santé mentale, dont les personnes âgées constituent en groupe-cible spécifique<sup>6</sup>. Cette mise en place devrait, à terme, favoriser une plus grande coopération entre les différents acteurs et modalités de prise en charge, en cas de besoin.

Toutefois, ces initiatives ne seront efficaces que si l'ensemble des modalités de soins est rendue accessible au sein du réseau. Il faut donc veiller à mettre en place la modalité « soins psychiatriques à domicile pour les personnes âgées » visant :

---

<sup>3</sup> Les recommandations étaient les suivantes : le développement d'un outil d'évaluation des besoins de santé mentale et de décryptage des demandes, le développement de la fonction « concertation et formation » et des soins de santé mentale de première ligne, le développement de structures permettant la prise en charge de jour, la mise en place d'une « fonction de transfert », la mise en place d'une « fonction de santé mentale » dans les MR/MRS, la prise en compte de la dépendance psychique en MR/MRS, le développement d'unités pour personnes âgées en M.S.P., un meilleur encadrement somatique des personnes âgées prises en charge en milieu hospitalier psychiatrique, le développement de formations orientées sur la santé mentale des personnes âgées, une analyse détaillée de l'accessibilité financière des soins aux personnes âgées.

<sup>5</sup> Voir notamment l'annexe 3 de l'avis, consacré aux potentialités et limites des acteurs prenant en charge les personnes âgées : services hospitaliers Sp-psychogériatriques, services hospitaliers index A, services hospitaliers index T, services hospitaliers index G, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, l'hôpital de jour, le centre de jour, le centre de soins de jour, les résidences services, les centres de santé mentale, les services de soins à domicile.

<sup>6</sup> Le CNEH rappelle qu'il avait défini le public cible comme « l'ensemble des personnes âgées qui nécessitent une prise en charge psychiatrique ou neuro-psychiatrique ou des soins de santé mentale, combinés ou non avec des soins physiques, ou pour lesquelles, compte tenu de leur vieillissement (naturel ou pathologique) et de leur état de santé mentale, on peut raisonnablement prédire qu'ils nécessiteront, à court ou moyen terme, une telle prise en charge » [à savoir en réseau].

- d'une part à garantir une détection précoce des troubles psychiatriques chez les personnes âgées ;
- et à offrir aux personnes âgées rencontrant un ou plusieurs troubles psychiatriques une alternative au placement en institution ;

Force est de constater que les prestataires de soins présents au domicile ne sont généralement pas formés pour dépister de façon précoce et pour prendre en charge ces problématiques psychiatriques qui touchent les personnes âgées, moins encore de les prendre en charge.

A cet effet, dans son avis de 2003, le CNEH demandait, pour pallier cette situation, le développement de la fonction « concertation et formation » et des soins de santé mentale de première ligne.

La fonction « concertation et formation » doit être développée chez les acteurs qui sont quotidiennement en relation avec des personnes âgées. Ces initiatives devraient viser autant les professionnels des soins de santé comme les médecins généralistes, les équipes de soins à domicile, etc. que l'environnement familial.

La réponse à ces différents besoins, comme l'éducation et la prévention, l'*outreaching*, le *screening* et le transfert pour traitement, la formation d'équipe et de réseau, l'amélioration du service, pourrait être prise en charge par les équipes de soins psychiatriques à domicile, spécialisées en santé mentale<sup>7</sup>.

Bien qu'il existe déjà divers contenus et formes de soins à domicile pour le groupe cible des personnes âgées, le Conseil constate que ces soins sont encore insuffisamment accessibles en ce qui concerne spécifiquement la santé mentale. Il y a encore un long chemin à parcourir en la matière.

Le CNEH recommande donc, suivant son avis de juillet 2004 consacré aux soins psychiatriques à domicile<sup>8</sup> :

- La mise en place d'équipes spécialisées en santé mentale des personnes âgées, par le financement de 2 ETP spécialisés. Cela permettrait leur intervention pour une population de personnes âgées comprises entre 50 000 à 100 000 habitants, en fonction de la démographie. Le 1er janvier 2004, selon l'INS, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique s'élevait à 1.780.120. Cela signifie qu'environ 36 équipes doivent être prévues.
- ces équipes doivent être en rapport étroit avec un service Sp-psychogériatrique (S6) d'un hôpital, à même d'établir un diagnostic précoce ;
- le but de ces équipes est, dans le milieu de vie du patient<sup>9</sup> :

<sup>7</sup> Dans son avis de 2003, le CNEH avait proposé de développer deux axes : 1°. « **informer** la famille, les médecins traitants, le personnel des structures de soins et de soins à domicile et toutes les personnes pouvant découvrir de manière précoce le développement d'une pathologie (neuro)psychiatrique et de problèmes relatifs aux SSM chez les personnes qui vivent à domicile et 2° **développer des structures ambulatoires** pour un diagnostic précoce et un traitement à domicile : en réagissant rapidement, on peut souvent éviter une admission ou un placement, à la condition que le patient puisse facilement consulter un neurologue, un psychiatre, un psychologue... »

<sup>8</sup> Avis concernant le développement futur des « soins psychiatriques à domicile » dans le secteur de la santé mentale, réf. CNEH/D/PSY/236-1, le 8 juillet 2004.

- d'informer la famille, les médecins traitants, le personnel des structures de soins et de soins à domicile ;
- de permettre un accompagnement du patient et de sa famille pour favoriser le maintien de la personne âgée rencontrant un trouble psychiatrique au domicile ;
- cette équipe peut être spécifiquement constituée en faveur du groupe cible des personnes âgées, ou être une extension d'un projet-pilote soins psychiatriques à domicile actuel (projets qui s'occupent pour le moment essentiellement du groupe-cible adulte) ;
- pour conserver tout le sens de la démarche, cette équipe devrait participer aux futurs projets thérapeutiques de mise en réseau de la santé mentale en faveur du groupe cible adulte.

## **5. RECOMMANDATIONS**

En tenant compte des éléments ci-dessus, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- a) De façon globale, la modalité de soins SPD doit, à terme, faire partie du programme de soins par groupe de catégorie d'âge et par région de travail. Tout en tenant cet aspect à l'œil, les SPD doivent avoir leur place au niveau du suivi et de la coordination dans le cadre des futurs projets thérapeutiques et transversaux.
- b) En ce qui concerne le groupe cible enfants et jeunes :
  - Il faut une analyse du coût des projets.
  - On doit établir de façon prioritaire un budget afin de prévoir et de financer de façon structurelle la continuation et l'élargissement de la fonction outreaching en faveur des enfants et jeunes. A cet effet, le budget se monte à minimum (12 x 123.946,76 euro =) 1.487.361,12 pour prolonger et continuer les douze projets en cours.
  - Il est souhaitable d'avoir une position claire en ce qui concerne les compétences et les responsabilités des Communautés et de l'Etat fédéral.
  - Proposer au Conseil, après publication du rapport d'évaluation, de formuler un avis sur la généralisation de l'implication des équipes d'outreaching, notamment au niveau de leur contenu et de leur forme d'organisation.
- c) En ce qui concerne le groupe cible adulte :
  - une équipe SPD doit pouvoir intégrer deux modules de soins :
    - un module pour la fonction d'encadrement, de sensibilisation et d'avis en soutien à la première ligne et en conséquence un élargissement du nombre actuel de projets financés, de 41 à 52 équipes en Belgique
  - un module pour la fonction ACT de 15 ETP par équipe pour 200.000 habitants. Le financement de cette fonction ACT peut se faire par étape, avec, dans un premier temps, la possibilité d'une expérimentation de la fonction ACT via l'exécution de l'article 97 ter de la loi sur les hôpitaux.
- d) En ce qui concerne le groupe cible personnes âgées :
  - l'accessibilité, pour les personnes âgées, aux soins en santé mentale (dans la première ligne) doit être augmentée par :

---

<sup>9</sup> La notion de « milieu de vie » s'entend comme au début de l'avis, à l'exception de l'intervention directe en maison de repos, qui doit être possible en cas de besoin.

- d'un côté la garantie d'un dépistage précoce des troubles psychiatriques chez les personnes âgées ;
- d'un autre côté, l'offre d'une alternative à l'accueil en institution pour les personnes âgées qui souffrent d'un ou plusieurs troubles psychiatriques ;
- il est souhaitable de mettre en place des équipes (environ 36) spécialisées en soins de santé mentale en faveur des personnes âgées au moyen du financement de 2 ETP spécialisés autant en santé psychique que dans les soins aux personnes âgées.
- Cette équipe peut se mettre en place spécifiquement pour le groupe cible des personnes âgées, ou être un élargissement d'un projet existant pour les soins psychiatriques à domicile, dans le cadre des fonctions encadrement, sensibilisation et avis, qui doivent être ouverts au groupe cible personnes âgées.
- Une expérimentation des SPD peut avoir lieu en faveur des personnes âgées rencontrant des troubles psychiatriques via l'exécution de l'article 97 ter.

---

<sup>1</sup> En vue d'éviter toute confusion entre les modules de soins psychiatriques à domicile et les projets pilotes financés par le fédéral, les projets financés par les pouvoirs publics fédéraux seront également désignés comme tels dans cet avis.

<sup>2</sup> Avis dans le cadre du nouveau concept SSM. Avis de synthèse et opérationnalisation dans le cadre d'un plan quinquennal. Conseil national des Établissements hospitaliers, 10 juillet 2002, p.4

<sup>3</sup> Cette diversité se remarque déjà sur le terrain dans les différences au sein des actuels projets pilotes financés en matières de SPD et au sein des projets pilotes de soins à domicile pour le groupe cible des enfants et des jeunes sous la forme de l'*outreaching* (travail social de proximité). En outre, les pouvoirs publics fédéraux financent, par le biais des projets pilotes de soins en cas de crise, des formes de soins à domicile pour des patients moins stabilisés, principalement adultes, présentant une diversité de diagnostics.

<sup>4</sup> Un « module » est (en tant que partie d'un programme de soins axé sur un groupe cible et lié à une catégorie d'âge) une offre globalisée de soins et se compose d'une combinaison d'une ou plusieurs fonctions de soins, offerte selon un ou plusieurs modes. Il s'agit donc d'un ensemble d'activités de soins dans un contexte spécifique, axé sur un objectif spécifique.

Source : Nassen, E., K. Theunis, L. Du Laing, J. Van Holsbeke, (1999), Nouveau cadre descriptif des soins de santé mentale, Verbond der Verzorgingsinstellingen et Fédération des Associations Médico-Sociales, Bruxelles, p. 32.

<sup>5</sup> De Rick, K; G. Loosveldt, etc. « De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg », LUCAS, Leuven, 2003, p. 214.

<sup>6</sup> Van Rooijen, S., Van der Gaag, M. « Wij komen eraan! Zorg-aan-huis voor mensen met ernstige psychiatrische problemen », 2003, Swp, Amsterdam, 206 p., p.187. Voir aussi le rapport de recherche de LUCAS pour les projets pilotes financés par les pouvoirs publics fédéraux.

<sup>7</sup> Ziguras, S., G.W. Stuart,(2000), « A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years », *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421

<sup>8</sup> Delespaul, A.E.G., J. van Os, (2005). (F) « ACT-planning met een schone lei voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening », in : Mulder, C.L. et H. Kroon, *Assertive Community Treatment. Cure & Care*, Nijmegen, pp. 34-35