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

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/PSY/280-2 (*)

**Avis relatif aux ajouts et adaptations de la note « Prise en charge
et traitement des patients agressifs et/ou présentant des troubles
graves du comportement (PTCA) »**

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

C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 12 octobre 2006

Au point 1. Contexte

Le service de traitement intensif pour patients PTCA adultes doit explicitement s'inscrire, dans le cadre de la note de discussion, comme l'un des modules de soins qui composent le trajet de soins pour adultes manifestant des troubles psychiatriques graves, complexes et durables. Ce trajet de soins fait à son tour partie d'un programme global de soins de santé mentale (SSM) développé au-delà de l'approche institutionnelle pour le groupe cible des adultes.

Compte tenu du nombre de programmes de soins de santé mentale pour adultes, et compte tenu de la nécessité de les répartir dans chaque Région et Communauté du pays, les unités PTCA pour adultes devront, elles aussi, faire l'objet d'une répartition suffisante afin qu'elles puissent être accessibles dans chacune des Régions et Communautés de manière garantie.

En nommant expressément le service de traitement intensif pour patients PTCA adultes comme chaînon du trajet de soins, nous rendons toutes les structures qui composent le trajet de soins également responsables de la réalisation des éléments présumés dans la note de discussion et que sont l'encadrement et la politique de transfert (laquelle doit entre autres garantir une orientation ciblée du patient et prévenir l'enlisement du service PTCA).

Au niveau du trajet de soins, la coresponsabilité de toutes les structures SSM qui y participent se concrétisera de préférence via leur représentation au sein d'un « comité de trajet ». Ce comité pourra s'occuper des missions qui dépassent le cadre du patient individuel et qui sont assignées à la « Commission d'accompagnement régionale » (cf. point 2.3. de la note)

Parmi les missions attribuées dans la note de discussion à ladite Commission d'accompagnement régionale, celles qui portent directement sur une guidance et un réajustement des soins aux patients individuels (admission, transfert, prolongation, ...) peuvent en revanche mieux se réaliser sous la forme d'une politique de case-management mise en place dans le cadre d'une collaboration directe entre l'équipe PTCA et l'équipe qui réfère le patient. Cette forme de concertation répond mieux à l'objectif fixé, étant donné qu'elle regroupe l'ensemble des prestataires de soins directement impliqués dans les soins du patient.

Le CNEH propose par conséquent de diviser ce que la note de discussion appelle les « commissions d'accompagnement régionales » en, d'une part, un comité de trajet et d'autre part, une concertation liée au patient dans le cadre du case-management. Cette division permettra de mieux faire correspondre la composition et la fréquence de réunion de ces deux organes de concertation aux missions spécifiques qu'ils doivent accomplir (organisation générale et stratégie politique pour l'un, approche individuelle et clinique pour l'autre).

Par analogie avec le modèle actuel de concertation pour projets thérapeutiques de l'INAMI, il conviendrait d'allouer à ce travail de concertation et de coordination un budget qui servirait à rémunérer à la fois la coordination du trajet et la participation des prestataires de soins à la concertation individuelle.

Au deuxième paragraphe, il est question du « maintien d'une bonne relation thérapeutique ». Il faudrait peut-être de préférence parler du « maintien et/ou *rétablissement* d'une bonne relation thérapeutique », vu que cette relation s'était précédemment disloquée.

On remarquera que dans la note de discussion, on parle de contrer le risque d'enlisement des patients dans ce type de soins. Il conviendrait mieux de parler du fait que les patients y échouent et n'intègrent pas d'autres types de soins.

Au point 2. Critères d'agrément, 2.1. Généralités

Le critère qui veut que l'agrément comme service de traitement intensif pour patients PTCA ne peut être accordé qu'aux structures pouvant déjà exciper d'une expérience de 7 ans dans ce type de soins est incompatible avec la nécessité de reconnaître les unités PTCA et de les étendre aux hôpitaux psychiatriques qui ne disposent pas encore d'un projet pilote PTCA.

Concernant le deuxième critère (« ...et dont les antécédents médicaux attestent déjà 3 transferts et/ou changements de cadre, avec des résultats thérapeutiques insuffisants »), l'obligation d'avoir connu au moins 3 transferts signifie, en termes de traitement, que le patient doit continuer à acquérir une résistance aux traitements avant d'être autorisé à infléchir cette résistance. Il est préférable de stipuler qu'il doit s'agir ici de « Personnes qui perturbent de manière manifeste et répétée toute approche thérapeutique » et de « Patients agressifs et/ou présentant de graves troubles du comportement, et dont les antécédents se caractérisent par des phénomènes tels que *plusieurs* transferts et/ou changements de cadre ».

Comme mentionné ci-dessus, la décision de prolonger le séjour du patient individuel doit être prise et évaluée non par la Commission d'accompagnement régionale ou le comité de trajet, mais par la « concertation dans le cadre du case-management ».

Au point 2. Critères d'agrément, 2.2. Normes architecturales

Concernant le service de traitement intensif pour patients PTCA adultes, la norme fixée en matière de superficie doit être plus large que celle applicable aux autres services hospitaliers psychiatriques. Il est proposé de prévoir 80 m² par lit.

Au point 2.3. Critères fonctionnels

Comme déjà dit plus haut, il est recommandé de supprimer la Commission d'accompagnement régionale et de la remplacer par le comité de trajet et le case-management.

En conséquence de quoi, à titre de critère fonctionnel, l'unité PTCA devra, dans le cadre du case-management, organiser une concertation active, ponctuelle et liée à la pratique, avec l'équipe qui réfère ou qui accueille le patient, de sorte à garantir la continuité des soins.

Le contrôle de ces critères d'agrément, faisant suite à une procédure d'agrément structurelle, est assuré par l'autorité de tutelle, en l'occurrence le service d'inspection compétent des Communautés. Une fois que les unités PTCA auront été ancrées de manière structurelle, il ne sera plus nécessaire de remettre des rapports annuels distincts au SPF Santé publique.

Au point 2.4. Normes d'organisation

Le contrat qui couvrait l'expérience pilote stipulait que 2,5 collaborateurs ETP de l'équipe PTCA devaient disposer d'un diplôme universitaire. La note de discussion parle à présent de « 2,5 ETP titulaires d'un diplôme universitaire de psychologue ou pédagogue ».

Cette formulation est trop restrictive. En retournant à la formulation originale du contrat (2,5 ETP disposant d'un diplôme universitaire), on offre en revanche une marge trop importante. Proposition de formulation plus modulée : « **2,5 ETP disposant d'un diplôme universitaire, dont au moins 1 psychologue ETP** »

Cela ne peut en aucun cas se faire au détriment de l'encadrement journalier, y compris les possibilités d'accompagnement thérapeutique inclusives et intensives, et combiné à un contexte sécurisant, à la fois pour le patient et le personnel.

Dans la note de discussion, il est également question d'une qualification d'un niveau au moins égal à l'enseignement supérieur. Il semble souhaitable d'élargir cette notion, si l'on considère les problèmes de disponibilité sur le marché du travail rencontrés pour le recrutement d'infirmiers/ères psychiatriques gradué(e)s. Par exemple, le praticien infirmier diplômé qui peut prouver une expérience de 10 ans dans le traitement des patients adultes pourrait lui aussi entrer en ligne de compte.

Quoi qu'il en soit, il importe de faire prévaloir les droits acquis pour le personnel de soins infirmiers qui ne possède pas de diplôme de l'enseignement supérieur mais qui travaille déjà en unité PTCA.

Enfin, le financement de la fonction médicale doit être prévu, comme établi dans les dispositions actuelles des conventions relatives aux projets pilotes.

Au point 3. Programmation

La note de discussion propose d'étendre la capacité des lits PTCA de 4 x 8 lits à un total de 64. Il s'agit là d'un premier pas vers la réalisation de la programmation telle qu'avancée par le CNEH dans son avis du 8 février 2001. Le cadre d'une unité PTCA, avec son contenu et la nécessité de travailler selon une approche individuelle du patient, exigeant à la fois du temps et de la main-d'œuvre, dans un contexte qui doit pouvoir offrir de multiples repères, n'est toutefois pas transposable ni réalisable en hôpital général. Il est important que l'unité PTCA soit intégrée dans un plus grand ensemble de services psychiatriques que comprend l'hôpital psychiatrique et qui sont notamment spécialisés dans le domaine de la prévention et la maîtrise des cas d'agression. En cas de crise, l'appui de collègues expérimentés de départements connexes est indispensable.

Au point 4. Règles de reconversion

La création et reconnaissance d'unités de traitement intensif pour patients PTCA adultes n'augmentera pas la capacité actuelle en lits psychiatriques (moratoire) mais se réalisera via une revalorisation (« upgrading ») des lits psychiatriques existants.