

Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins

1. Historique

Les soins en santé mentale représentent un secteur dynamique, dans un mouvement de recherche de plus grande adéquation entre les soins proposés et les besoins des patients. Dans les années 1970, les efforts se sont portés sur la définition d'un certain nombre de critères de qualité pour le fonctionnement des services hospitaliers psychiatriques. C'est dans cette optique que les normes d'agrément et les critères de programmation pour les services A et T pour adultes et les services K pour enfants ont été fixés.

Les instituts médico-pédagogiques (IMP) ont été créés pour prendre en charge et encadrer les jeunes atteints d'un handicap qui ne pouvaient pas l'être à leur domicile. Outre un séjour et un accompagnement, ces instituts offrent un encadrement pédagogique et une rééducation adaptés. De plus, une offre de soins spécifique se développe depuis les années 60 au moyen de conventions conclues entre les centres de revalidation et l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI); cette offre est orientée vers la revalidation et la réhabilitation des personnes ayant des problèmes psychiques.

En même temps, un premier pas important est réalisé en faveur de soins axés dans la communauté, au travers de la création des centres de santé mentale (CSM). Les personnes atteintes de problèmes psychiques peuvent alors s'adresser à ces centres pour y trouver une aide ambulatoire. En d'autres termes, le traitement de ces problèmes ne nécessite plus une admission en hôpital psychiatrique (HP) ou en section psychiatrique d'un hôpital général (SPHG).

Dans la mouvance du mouvement anti-psychiatrique, en région Bruxelles-Capitale, la création et le recours aux soins ambulatoires ainsi que la création des centres conventionnés INAMI a été privilégié par le secteur. Un cadre réglementaire pour les services ambulatoires de la Commission Communautaire française de 1995 et de la Commission Communautaire commune de 1997, oblige les services à travailler en partenariat avec les acteurs de leur territoire aussi bien santé que social et autres, de remplir des missions de prévention et de respecter leur mission en termes d'accueil généraliste. Plusieurs services s'adressent également aux enfants, souvent sur base d'un agrément spécifique d'une équipe enfant. Les Commissions ont également veillé à octroyer les moyens financiers nécessaires et ont éventuellement permis une extension des équipes pour rencontrer les besoins croissants.

Les années 1980 sont marquées par la prise de conscience que l'extension continue de l'offre de soins en santé mentale résidentiels ne répond pas totalement aux besoins et aux demandes concrètes de soins des personnes atteintes de problèmes psychiques. D'où l'introduction d'un moratoire se traduisant par la décision de ne pas laisser croître davantage le nombre total de lits et de places résidentiels. Concrètement, cela signifie que pour chaque lit ouvert, un lit existant est fermé. A la même période, des associations de patients donnent un écho aux problèmes psychiques rencontrés par les personnes, au travers de la communication qu'elles en font au monde politique et à l'opinion publique.

Vers la fin de cette décennie, des expériences présentant une nouvelle forme résidentielle spécifique pour les personnes atteintes de problèmes mentaux n'ayant pas (plus) besoin d'un traitement et d'un accompagnement en résidence, ont vu le jour. Les résidents y vivent individuellement ou en petits groupes, peuvent participer aux activités quotidiennes et bénéficier chaque semaine d'un encadrement. De cette manière, leur autonomie peut être stimulée et les démarches nécessaires peuvent être mises en place pour les réintégrer dans la société. Ces initiatives se développent quelques années plus tard sous la forme des initiatives d'habitations protégées (IHP).

Un moment clé dans la diversification de l'offre des soins en santé mentale de l'époque est constitué par la création et l'agrément par les autorités de ces IHP, ainsi que d'une deuxième forme d'habitat et de soins : les maisons de soins psychiatriques (MSP).

Ces nouveaux types de structures voient le jour en 1990 et constituent une deuxième étape importante vers des soins visant davantage le communautaire.

Le moratoire est alors maintenu et marque dans les années 1990 une tendance à réduire davantage le nombre de lits au profit de l'offre de soins en IHP et en MSP.

Dans les années 1990 le secteur a déjà amorcé ce tournant vers une prise en charge des patients dans leur milieu de vie. Malheureusement, la création de places résidentielles (structures intermédiaires) pour patients chroniques a été insuffisante en regard de la fermeture d'un nombre conséquent de lits psychiatriques en Région de Bruxelles-Capitale puisque le nombre de lits psychiatriques à Bruxelles restait loin en dessous des normes de programmation.

En général, la région bruxelloise se différencie des autres régions par une offre psychiatrique moindre, soins à domicile moindre, médecine hospitalière générale avec beaucoup d'actes techniques (voir la présence de 3 hôpitaux universitaires) et une offre ambulatoire et associative importante, variée et pointue.

2. Situation actuelle

La prochaine étape dans l'évolution vers des soins de santé mentale axés davantage sur la collectivité consistera à renforcer leur orientation vers la demande et transformer une offre essentiellement résidentielle en des soins plus différenciés, basés sur les besoins des personnes atteintes de problèmes psychiques et partant de leur milieu de vie, de leurs conditions concrètes de vie, d'apprentissage et de travail.

La première impulsion a été donnée par le conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) dans son avis concernant l'évaluation de la reconversion de la psychiatrie et dans son avis en matière d'organisation et de développement futurs des soins de santé mentale.

En 2002, tous les Ministres compétents pour la Santé publique, la politique de la santé et les Affaires sociales signaient la Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins en santé mentale. Cette Déclaration (et son amendement) précise que les soins en santé mentale tant aigus que chroniques seront à l'avenir organisés en circuits et réseaux de soins pour répondre le mieux possible aux besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques. Des soins en santé mentale centrés sur la demande contribueront à éviter autant que possible les admissions en résidence. Toutefois, si l'admission est inévitable, des efforts seront entrepris afin d'écourter au maximum le séjour en milieu résidentiel.



Pour en savoir plus : voir annexe 1

Un circuit de soins comprend la totalité de l'offre des soins en santé mentale correspondant aux besoins spécifiques d'un groupe d'âge cible. Il prévoit tous les modules de soins possibles pour les personnes souffrant de problèmes psychiques et appartenant à un groupe d'âge cible spécifique : enfants, adolescents, adultes ou personnes âgées.

Chaque circuit de soins s'organise par une collaboration entre prestataires de soins. Cette collaboration se consolide dans un réseau de soins, c.-à-d. un réseau de prestataires de soins qui, ensemble, réalisent un ou plusieurs circuits de soins. Les concepts 'circuits de soins' et 'réseaux de soins' figurent à l'art. 11 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins.



Pour en savoir plus : voir annexe 2

Une autre étape importante en 2002 a été l'approbation de la loi sur les droits du patient. Cette loi détermine les droits individuels comme, entre autres, un service de qualité, le libre choix du professionnel des soins de santé, la consultation du dossier du patient, la protection de la vie privée et la médiation des plaintes.

Le choix a été fait de réaliser des circuits et réseaux de soins à titre expérimental et par phases :

- en créant dès la fin des années 1990 de nouvelles formes de soins particuliers, au moyen de projets pilotes : pédopsychiatrie médico-légale (forK), outreaching, soins psychiatriques à domicile (SPAD), anorexie, jeunes avec des troubles comportementaux et/ou agressifs (PTCA jeunes) ;
- en développant une fonction de concertation autour des patients individuels : projets thérapeutiques démarrés en 2007 ;
- en développant une fonction de concertation au niveau du réseau des prestataires de soins : la concertation transversale démarrée également en 2007 ;
- par une diversification plus poussée de l'offre actuelle en soins en santé mentale à partir de 2010 par :
 - o la réallocation des moyens existants en mettant en œuvre l'art. 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins ;
 - o l'investissement de moyens complémentaires.
- Bruxelles se caractérise par une situation de départ déséquilibrée inhérente à une capacité de réallocation des lits psychiatriques moindre. Plus spécifiquement, le déficit en lits T dont les 2/3 sont consacrés à la psychiatrie médico-légale, témoigne de la complexité socio-économique d'une grande ville telle que Bruxelles. Par ailleurs, il est à noter que, Bruxelles ne dispose actuellement d'aucun lit pouvant accueillir des handicapés mentaux avec troubles psychiatriques associés.
- De nombreuses études et rapports démontrent que l'on ne peut parler de la santé mentale et de l'augmentation de la souffrance psychique en Région Bruxelloise indépendamment des cadres sociaux qui la composent. Les indicateurs démographiques et socio-économiques qui sont autant de facteurs à risques générateurs de souffrance psychique, sont fondamentalement différents comparés aux autres régions.
- Bruxelles est une région qui est caractérisée par un nombre élevé de centres de santé mentale. Au total, Bruxelles compte 32 services de santé mentale répartis sur un territoire de 20 km², ceci implique un fonctionnement naturel de travail en réseau. Bruxelles bénéficie aujourd'hui d'une longue expérience de collaborations formelles et informelles en vue d'offrir des soins extra-muros.
- Un autre aspect important au sein de la Région de Bruxelles-Capitale est la présence de deux communautés linguistiques avec chacune leurs institutions de soins agréées et d'un pilier bicommunautaire.

La réalisation des circuits et réseaux de soins dans les soins en santé mentale belges conduira à une réforme du cadre juridique actuel pour la programmation, l'agrément, le financement, le remboursement de l'utilisation des soins de santé mentale et les droits du patient en concertation entre l'autorité fédérale et les entités fédérées. Cette concertation respectera l'offre existante et favorisera l'équilibre institutionnel entre les prestataires spécialisés de soins en santé mentale. Elle permettra une adaptation progressive dans des conditions acceptables pour les professionnels et évitera toute concurrence mais, au contraire, amplifiera la complémentarité dans un processus « win-win » au bénéfice des patients.

Pour favoriser l'émergence des réseaux et des circuits de soins, les fonctions clés suivantes devront au moins être développées :

- des activités en matière de prévention et de promotion des soins de santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic;
- des équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de santé mentale aigus que chroniques;
- des équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale;
- des unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de santé mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable;
- des formules résidentielles spécifiques permettant d'organiser l'offre de soins lorsque la poursuite des soins s'avère impossible à domicile ou en milieu substitutif du domicile.

3. Pourquoi vouloir actuellement aller plus loin ?

Les évolutions qui ont marqué les soins en santé mentale belges ces 40 dernières années montrent qu'un certain nombre de jalons importants sont d'ores et déjà posés vers la mise en place de soins

plus orientés vers la communauté. Sur le plan international, on note une tendance à amener les soins en santé mentale vers les demandeurs de soins au lieu de les sortir de leur domicile, de les encadrer et traiter en milieu résidentiel.

Le rapport annuel de 2001 de l'organisation mondiale de la santé (OMS), fait part de l'intérêt social pour les problèmes croissants en matière de santé mentale et du besoin urgent d'un élargissement et d'une meilleure organisation de l'offre de soins. Le 18 mai 2002, sur proposition de la Belgique, cette constatation fut transformée en une résolution « Mental health : responding to the call for action ». D'où la nécessité de promouvoir une offre de soins en santé mentale qualitative et quantitative optimisée orientée vers la demande. C'est la raison pour laquelle la Conférence européenne des Ministres de l'OMS de janvier 2005 à Helsinki a abouti à des accords politiques concrets et au plan d'action détaillé des soins en santé mentale.

Dans les pays, où les soins en santé mentale axés sur la communauté sont déjà plus développés, on constate que moins il y a de traitements résidentiels plus les problèmes psychiques peuvent être traités avec succès. En d'autres termes, dans ces pays, on remarque que des soins en santé mentale basés sur les besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques et offerts d'une manière continue ou aussi proche que possible du domicile donnent de bons résultats. Dans des cas et circonstances spécifiques, le traitement et l'encadrement résidentiel ou des soins en milieu hospitalier resteront nécessaires, mais seront marqués par un caractère plus intense que ce n'est le cas actuellement.

Le développement des soins orientés vers la communauté, la suppression systématique de l'offre de soins en santé mentale résidentiels et la focalisation sur le dépistage précoce des problèmes psychiatriques ont très nettement et concrètement porté leurs fruits. Au Royaume-Uni, par exemple, le nombre d'équipes mobiles qui proposent des traitements et un accompagnement au domicile de personnes présentant des problèmes psychiques a augmenté de manière exponentielle depuis le début 2000. Au cours de cette même période, on a observé une forte baisse du nombre de suicides. On n'a pas encore pu démontrer jusqu'à présent une relation statistique significative entre les deux phénomènes mais de nombreux acteurs des soins en santé mentale britanniques sont convaincus que la modification de l'organisation des soins a pour le moins amorcé la réduction de la problématique du suicide.

La Belgique a également un besoin urgent de continuer à optimiser les soins en santé mentale. Il ressort de l'enquête de santé par interview de 2004 qu'une personne sur quatre (24%) dans la population des 15 ans et plus, a déjà lutté contre un mal être psychique et que pour plus de la moitié de ces personnes (13%), il s'agissait d'une affection assez grave. Pour un tiers des personnes incapables de travailler durant de longues périodes ou définitivement, la cause de cette incapacité est due à un dysfonctionnement mental. Il s'agit de près de 70.000 personnes. Les données de l'enquête de santé montrent aussi qu'un belge sur quatre rencontre des problèmes de santé mentale. Une subdivision par problématique indique que 8% de la population a présenté des épisodes dépressifs, 8% a rencontré des problèmes somatiques, 6% des symptômes de peur et 20% des dysfonctionnements du sommeil. De plus, 6% des personnes indiquent qu'elles ont traversé une grave dépression durant l'année précédant l'enquête.

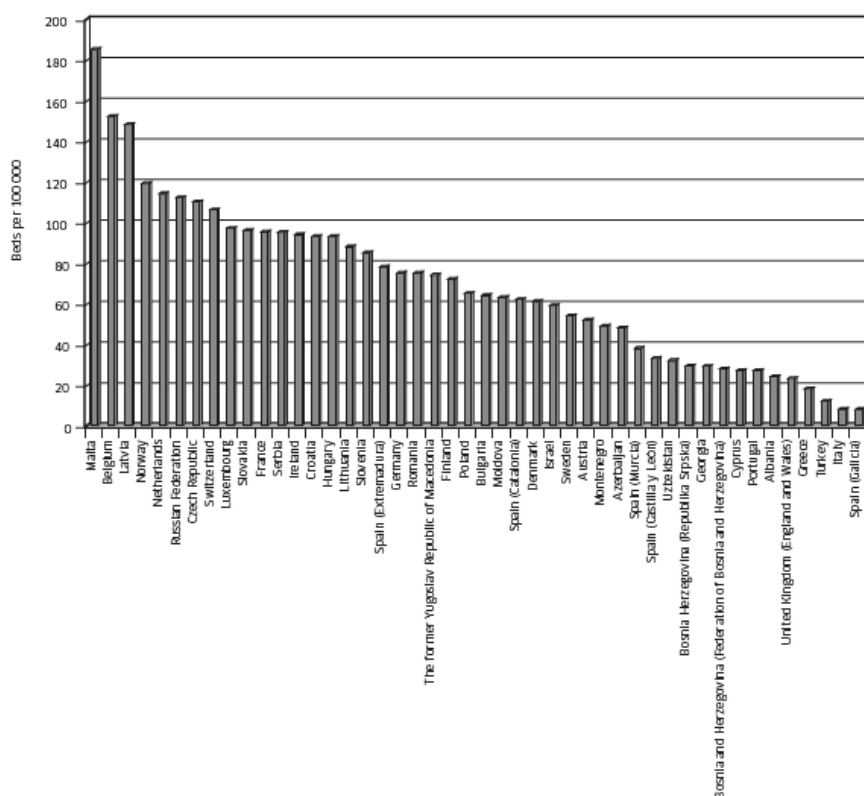
Il ressort des statistiques internationales que les taux de suicides se situent parmi les plus élevés au monde dans un certain nombre de pays européens. Le top cinq des pays dans le monde ayant les taux de suicides les plus élevés sont respectivement la Lituanie, la Biélorussie, la Russie, la Slovaquie et la Hongrie. La Belgique est en 13^{ème} position, une place peu enviable.

La Belgique propose un large éventail d'offres en matière de soins de santé et de bien-être aux personnes ayant des problèmes psychiques. Les gens viennent essentiellement chez le médecin généraliste avec leurs problèmes physiques mais aussi de plus en plus avec leurs problèmes psychosociaux. Différents acteurs du bien-être, acteurs du secteur de l'enseignement, des instances judiciaires des soins aux personnes âgées, des services sociaux des CPAS, de l'ONEM, des sociétés de logements sociaux, s'occupent également en première instance des personnes ayant des problèmes psychiques. Suivant la gravité de la problématique, ces personnes sont renvoyées, pour plus d'assistance spécialisée, vers des centres de soins en santé mentale, des hôpitaux psychiatriques, des SPHG et/ou vers des psychiatres privés et/ou des psychothérapeutes.

Et ce renvoi ne se déroule actuellement pas toujours de manière harmonieuse. Ceci est dû en partie à la méconnaissance de l'offre des soins en santé mentale qui fait que les personnes n'arrivent pas directement au bon endroit, ceci est dû également au tabou qui plane au-dessus des problèmes psychiques. Ce qui influe aussi certainement, ce sont les délais de traitement souvent longs auxquels les personnes présentant des problèmes psychiques et leurs orienteurs sont confrontés.

Des raisons historiques expliquent que la capacité de l'offre de soins en santé mentale résidentiels en Belgique n'a cessé de croître plus fortement que chez nos voisins. Malgré les démarches déjà entreprises pour ancrer les soins en santé mentale plus fortement dans la société, la Belgique est encore et toujours confrontée à l'un des ratios les plus élevés de lits psychiatriques par nombre d'habitants. En 2008, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiait son rapport *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges* selon lequel la Belgique dispose de 152 lits psychiatriques (en HP et en SPHG) par 100.000 habitants. De tous les pays européens, seule Malte a un ratio encore plus élevé, avec plus de 180 lits par 100.000 habitants (voir figure 1).

Fig. 1 Nombre total de lits et de places dans les structures psychiatriques résidentielles par 100.000 habitants



La même année, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a constaté dans une étude que 4.730 patients psychiatriques adultes ont résidé en 2003 pendant plus d'un an dans un service de traitement d'un HP visant la garantie optimale de leur réadaptation sociale (service T). Un tiers de cette population a déjà séjourné plus de 6 ans dans un service similaire. Une conclusion importante est que les HP ne fournissent pas suffisamment d'efforts pour réintégrer ces patients dans la société.

Lorsque des efforts seront faits pour orienter les soins en santé mentale vers la société, 5 mouvements pourront être discernés :

- **La désinstitutionalisation**
Mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à l'hospitalisation
- **L'inclusion**

- Réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social...
- **La dé catégorisation**
Mise en place, via les circuits et les réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice.
- **L'intensification**
Intensification des soins au sein des hôpitaux
- **La consolidation**
Régularisation des différents projets pilotes, tant aux niveaux fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale.

En se basant sur les études mentionnées ci-dessus et sur d'autres études, et pour que l'organisation des soins en santé mentale réponde aux principes fondamentaux de la déclaration commune, la conférence interministérielle (CIM) Santé Publique du 28 septembre 2009 a décidé de passer à la mise en application de l'article 107 de la loi concernant les hôpitaux et autres institutions de soins. *Cet article dit que « Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes. »*

Autrement dit, la mise en œuvre de l'art.107 est une technique financière qui permet la réallocation d'une partie du budget des moyens financiers (bmf) des hôpitaux afin que les moyens et la main d'œuvre puissent être consacrés à un domaine de travail déterminé en vue d'adapter l'actuelle offre de soins en santé mentale pour personnes présentant des problèmes psychiques à leurs besoins et demandes de soins.

Tous les gouvernements belges compétents se sont engagés à ouvrir l'offre existante des soins en santé mentale afin de réaliser et/ou d'intensifier la coopération intra et extra-muros entre les institutions. De plus, la CIM Santé Publique a choisi d'utiliser les moyens disponibles pour la création :

- d'équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de soins en santé mentale aigus que chroniques ;
- d'équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'intégration sociale ;
- d'unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de soins en santé mentale aigus que chroniques lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.

Le 14 décembre 2009, la CIM a franchi une étape de plus. Il a été décidé :

- de lancer une campagne d'information bilatérale sur la création future de circuits de soins et réseaux de soins dans les soins en santé mentale et sur les techniques susceptibles d'être utilisées dans ce but (notamment l'art. 107) afin d'ajouter des accents régionaux ;
- de lancer un appel fédéral en vue d'informer le secteur des soins en santé mentale de l'ambition d'exécuter l'art. 107, des techniques possibles en la matière et plus concrètement de l'implémentation de l'art. 107 ;
- d'élaborer un calendrier précis et un plan de communication ;
- de prendre, au niveau de chaque autorité, des initiatives pour motiver toutes les instances concernées, autant à l'intérieur qu'en dehors des structures du secteur des soins en santé mentale, à participer aux projets dans le cadre de l'article 107 ;
- d'implémenter l'art. 107 non seulement dans les hôpitaux psychiatriques mais aussi dans les sections psychiatriques des hôpitaux généraux (sphg) ;
- de limiter les projets concernant l'article 107 en 1ère phase aux adultes tout en l'élargissant aux adolescents dès l'âge de 16 ans ;
- d'intensifier la coopération entre les soins intra et extra-muros afin que les crises puissent être plus rapidement résolues en ambulatoire et orientées vers le service adapté (de traitement) ;
- d'améliorer l'intégration des patients avec des problèmes psychiques dans la société : ceci signifie également l'engagement de SSM dans d'autres secteurs politiques comme le logement, le travail et l'économie sociale ;

Concrètement, pour Bruxelles, il s'agit :

- d'une part, de légitimer et de soutenir les initiatives et collaborations formelles et informelles tout en garantissant la flexibilité des articulations existantes tant extra que intra-muros ;
- d'autre part, initier au delà des initiatives déjà existantes, un travail en réseau « sur mesure » qui tienne compte des freins actuels à la transversalité intersectorielle pouvant répondre aux besoins socio-économiques, démographiques et linguistiques de la population bruxelloise ; Il s'agit en effet d'organiser une offre de soins la plus adéquate possible par rapport aux besoins de la population bruxelloise et qui prennent en compte l'ensemble des déterminants de la santé mentale
- enfin de rappeler que, par définition, la coordination d'une multitude d'intervenants et de services est d'autant plus complexe qu'elle doit en outre garantir une offre de proximité, indispensable dans les quartiers déjà fort fragilisés en milieu urbain. Par ailleurs le patient étant mis au centre du processus c'est lui qui induira les intervenants nécessaires à une offre de soins « sur mesure ».

Vu la présence sur le terrain de groupes de populations particulièrement fragilisées, comme par exemple les personnes sans-abris, les personnes issues de la migration confrontés dans leur pays d'origine à une violence structurelle, l'engorgement des services pour les admissions sous contrainte - en majorité dans l'urgence -, la prévalence de personnes avec un double diagnostic (handicap, toxicomanie et problèmes psychiatriques), le nombre important de personnes en détresse qui se rendent immédiatement aux services d'urgences des hôpitaux etc. interpellent les autorités Bruxelloise, CCC et Cocof. Tout en étant conscientes qu'avec les moyens limités dont elles disposent, elles ne peuvent seules apporter les réponses adéquates. Les initiatives souvent innovantes et sous formes de projet pilotes, comme par exemple Smes, étude de faisabilité Exil sur la prévention de la violence à l'école, Eole ... soutenues par les autorités bruxelloises méritent d'être organisés et financés de façon structurelle.

Bruxelles est persuadé de la nécessité de la réforme des soins de santé mental, mais affirme clairement que pour compenser le déficit de l'offre en lits psychiatriques et en MSP par rapport aux normes de programmation, et tenant compte des besoins croissants il faudra compter sur une solidarité financière.

4. Quel modèle mettre en place ?

Le modèle que nous souhaitons mettre en place aura comme originalité d'associer, avec une vision globale, l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources des institutions hospitalières et des services développés dans la communauté.

L'organisation que nous préconisons concerne donc l'ensemble des intervenants présents sur un territoire délimité qui auront à créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire.

Pour construire ce nouveau modèle, et en assurer sa pérennité, nous postulons qu'un nombre de fonctions minimum doivent être remplies; fonctions qui progressivement s'organiseront en réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

La finalité est le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés. Le réseau ainsi construit est multidisciplinaire et basé sur des modalités d'intervention flexibles.

Ainsi, l'organisation d'une première ligne à bas seuil facilitera l'accessibilité aux soins en santé mentale, encore trop souvent vécus comme stigmatisant.

La première fonction : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic

La première fonction concerne les missions de base de l'aide et des soins. Il s'agit d'actions qui se développent dans l'espace communautaire et qui concernent autant des actions de prévention, de détection précoce ou de première intervention.

Cela sous-entend un accueil de la demande accessible, l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permettra de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné en assurant, si nécessaire, la continuité thérapeutique sur le long terme.

Dans ce cadre, il faudra aussi associer la première ligne généraliste dans la prise en charge des soins en santé mentale.

La deuxième fonction : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques

La deuxième fonction concerne les équipes de traitement à domicile, d'une part, celles qui s'adressent aux personnes en situation aiguë ou subaiguë et, d'autre part, celles qui s'adressent aux personnes qui présentent des difficultés psychiatriques chroniques.

La nouveauté de cette fonction sera d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessibles aux personnes et de leur offrir des soins adaptés là où elles vivent.

L'originalité est donc d'offrir une alternative à l'hospitalisation en créant une offre mobile, avec intervention immédiate et intensive pour les situations aiguës et dont la variabilité en intensité et en durée sera adaptée pour les personnes qui présentent des problématiques chroniques.

Cette nouvelle forme de ressources organise son action en complémentarité avec la première en y ajoutant une mobilité et une expertise. Le partenariat est structuré et s'inscrit dans une approche globale. Dans un souci de continuité, les ressources des autres fonctions seront utilisées de manière individuelle.

La troisième fonction : équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale

La troisième fonction s'inscrit dans le secteur de la réhabilitation psychosociale. Il s'agit d'offrir des programmes particuliers à des personnes qui présentent des problématiques psychiatriques à un stade spécifique de leur maladie.

La réhabilitation psychosociale est un processus dynamique qui s'inscrit dans une logique de temporalité permettant aux personnes d'accéder à la réinsertion sociale et professionnelle dans la société et qui nécessite une approche politique transversale.

C'est un programme particulier qui prendra en considération le développement des capacités permettant une autonomie suffisante dans la vie journalière, des capacités sociales par la participation à une vie communautaire, culturelle, et aussi par l'élaboration d'un projet professionnel adapté.

Ces programmes particuliers peuvent s'inscrire à la suite ou complémentarément aux missions de base remplies par les ressources de la première fonction ou dans la continuité des interventions réalisées dans le milieu de vie par les équipes mobiles.

La quatrième fonction : unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable

La quatrième fonction concerne l'intensification des soins résidentiels spécialisés pour les personnes qui sont dans une phase tellement sérieuse que l'aide dans l'environnement de vie ou au domicile n'est temporairement pas indiquée.

Ces unités peuvent délivrer une observation et un traitement résidentiels spécifiques et intensifs en mettant l'accent sur les soins aigus, sur l'indication et l'établissement de diagnostic, sur la prise en charge intensive.

Ces petites unités sont caractérisées par des séjours de courte durée, d'une grande intensité et fréquence, d'un encadrement spécialisé. Les aspects relatifs à la coordination des soins sont pris en compte lors de la prise en charge. La gestion des hospitalisations est importante. Celles-ci sont réalisées avec une attention à la durée (brève) de l'hospitalisation, des filtres pour l'admission (au moins une procédure d'admission coordonnée), un suivi après la phase aiguë (autant que possible par le professionnel de l'équipe qui est le plus près du patient).

Une communication permanente avec les autres fonctions assure le maintien du lien avec le réseau social des personnes tout en optimisant leur possibilité de retour au domicile et aux chances d'insertion.

La crise nécessite toujours une mise au point diagnostique spécialisée avec une approche médicale somatique, psychologique et psychiatrique qui peut être assurée au sein de chaque fonction du réseau.

L'urgence psychiatrique comporte un aspect d'urgence des pathologies psychiatriques avérées pour lesquelles des modalités d'accueil résidentiel spécifiques sont nécessaires.

La cinquième fonction : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible

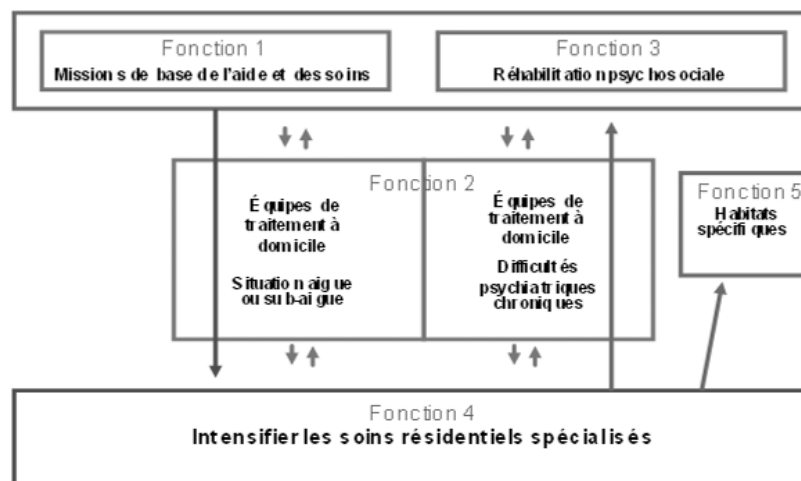
La cinquième fonction concerne le développement d'habitats spécifiques pour des personnes qui souffrent de problématiques psychiatriques chroniques stabilisées et qui présentent des possibilités d'intégration sociale réduites.

Ces habitats ont pour but d'apporter un soutien à l'organisation de la vie quotidienne.

Le but poursuivi est de faciliter l'insertion sociale par des programmes individualisés, qui prennent en compte les besoins d'autonomie exprimés par les personnes.

Intégrés dans le tissu social, ils sont organisés sous forme d'hébergements protégés, d'appartements supervisés ou toute autre forme de logements adaptés.

Fig. 2 Les 5 fonctions dans le nouveau modèle des soins en santé mentale



5. Implémentation locale, un modèle de travail en réseau.

Nous avons précisé notre démarche comme étant une approche globale et intégrée qui définit toutes les fonctions dans le cadre des soins en santé mentale et ce, au départ d'un modèle intégré.

L'organisation actuelle des soins en santé mentale doit progressivement évoluer et faire place à un réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

Ceci implique une adaptation de chacune des ressources qui, ensemble, vont être amenées dans un souci de complémentarité, à développer leur modèle, basé à la fois sur la créativité et l'originalité des acteurs, de leur localisation, mais aussi et surtout en tenant compte de la philosophie globale de la réforme.

Nous avons insisté sur le fait que ces fonctions fondamentales se traduiront en contenu de soins impliquant nécessairement une collaboration avec tous les acteurs concernés à différents niveaux.

Ceci nous amène à définir préalablement un cadre minimum qui aura pour but d'une part, de déterminer les différentes étapes nécessaires à la construction du réseau de collaboration et d'autre part de définir le profil du coordinateur de réseau ainsi que son rôle essentiel dans la construction du processus.

LA CONSTRUCTION DU RESEAU

Définition du réseau

Il faut être très précis sur la notion de réseau que nous devons comprendre comme étant un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge.

Il sera nécessairement conçu sur base de la philosophie globale de la réforme. Le réseau se définit sur base de programmes individualisés, dont entre autre l'offre thérapeutique, tout en respectant le libre choix du patient.

Cette finalité doit être visible et doit devenir un modèle opérationnel de travail en réseau ayant comme but d'offrir une réponse adaptée à chacune des situations par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés.

Chaque réseau sera ainsi constitué de l'ensemble des cinq fonctions définies préalablement.

Déroulement de l'action :

Pour réaliser le réseau, certains éléments de base doivent être pris en considération :

1. Mise en place des acteurs

Chaque ressource du réseau inscrite dans le projet désigne un représentant qui sera durant tout le processus l'interlocuteur, le garant de sa structure dans la construction organisationnelle du réseau.

Son mandat est clair, il est connu du coordinateur de réseau, il va servir d'appui permanent et de liaison fonctionnelle entre les actions définies dans le projet de construction de réseau et leur concrétisation sur le terrain.

2. Mise en place du coordinateur de réseau.

Un coordinateur de réseau est choisi pour un territoire donné (le territoire est à définir). Ce coordinateur est désigné par l'ensemble des garants et sur base d'un profil précis.

Le coordinateur de réseau prend connaissance des ressources mobilisables existantes sur le territoire du projet. Il se profile comme étant le facilitateur de la création du réseau. Il connaît les spécificités des différentes ressources, il connaît les projets en cours ...

Il rencontre les responsables, pouvoirs organisateurs et directions de ces structures, il s'imprègne de l'offre des différentes ressources mais aussi de leurs limites, il en connaît les législations. Il réalise une cartographie actualisée ...

3. Mise en place du comité de travail

Le coordinateur de réseau et l'ensemble des garants de services constituent le comité de travail stratégique qui devra aboutir à l'opérationnalisation du travail en réseau sur le territoire défini.

C'est un groupe de préférence fermé, qui établit dès le départ un plan de travail structuré (plan de programme) comprenant obligatoirement :

- la finalité recherchée (construction opérationnelle du réseau)
- les objectifs généraux pour y parvenir
- les actions à mener
- les moyens à y affecter
- un échéancier
- une analyse feed back (évaluation permanente des résultats).

Ce plan programme est connu et bien intégré par tous les membres du comité de travail (le coordinateur de réseau et les garants de services).

Ce plan programme est sous la responsabilité globale (pilotage) du coordinateur de réseau qui veillera à la réalisation des objectifs par une animation dynamisante des différents acteurs.

4. Construction participative des outils

Cette étape est bien sûr la plus importante du plan programme. Elle a pour but de renforcer la coopération, résultat attendu d'une construction d'un réseau par les acteurs eux-mêmes.

Les objectifs peuvent être résumés à ces concepts clés : « L'organisation, la planification, l'élaboration des stratégies, l'établissement de complémentarités, la concertation, la coordination, la conception d'outils nouveaux, l'information et le partenariat. »

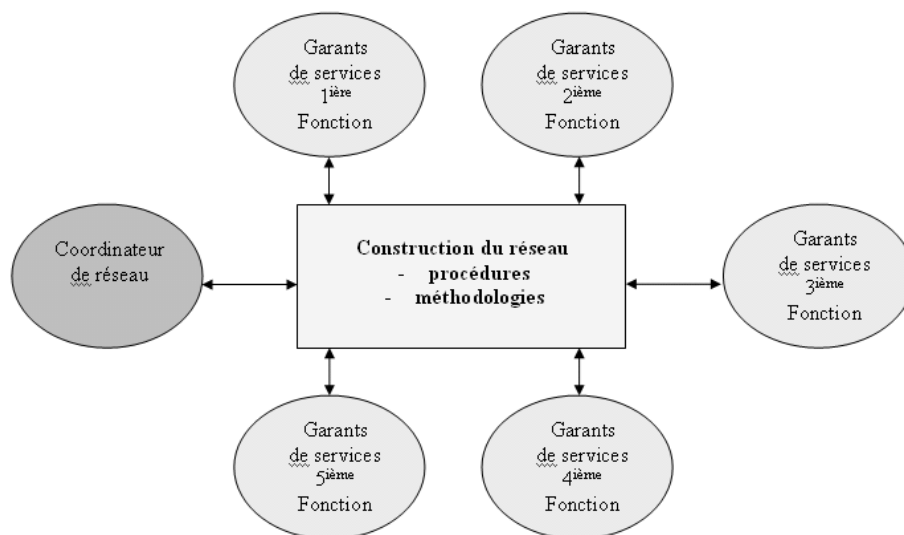
On comprendra dès lors l'importance du choix du coordinateur de réseau, qui sera en permanence confronté à des missions tant stratégiques et politiques, que d'organisation et de gestion, le tout en faisant preuve d'un savoir-faire en communication.

Il sera aussi le facilitateur des processus de changements.

Dans cette étape de construction des outils, on peut retenir deux axes :

- La mise en commun des pratiques (des ressources)
Cette étape est très importante, et pourtant souvent minimisée. On a trop souvent l'impression de connaître les partenaires mais cette connaissance des différentes ressources du territoire peut être incomplète, obsolète et demande une mise à jour permanente. Ce sera une des missions du comité de travail.
La pratique de l'immersion au sein des services est recommandée. Il s'agit d'un temps pendant lequel le garant de service est intégré, vit de l'intérieur le travail d'un ou de plusieurs services partenaires du réseau territorial. Il s'intéresse en profondeur aux conditions d'accès, à l'organisation du travail, aux programmes ou modules proposés. Il comprend la réalité du quotidien des partenaires, leur potentiel, mais aussi leurs limites. Cette étape permet la mise en œuvre des potentialités du terrain, le décloisonnement des acteurs et des pratiques.
- La mise en place de consensus (procédures)
Cette étape est indispensable. Les procédures sont construites par les acteurs eux-mêmes, elles prennent la forme de conventions de collaboration. Ces procédures constituent le cadre opérationnel du travail en réseau précisant de façon très claire, compréhensible, *qui fait quoi, quand*.

Fig. 3 Exemple schéma du groupe de travail du territoire X



5. Construction participative des méthodologies

A cette étape de construction du réseau, le coordinateur du réseau et les garants de services auront à définir une méthodologie de travail commune, la construction d'un modèle de fonctionnement visant à utiliser de façon intégrée dans un même programme les différentes ressources disponibles dans le réseau.

Parmi les bonnes pratiques issues de la littérature ou des projets thérapeutiques, le modèle du plan de service individualisé ou plan de soins individualisé est l'approche la plus formalisée de ce type de préoccupation.

Ce modèle permet d'établir des procédures de formalisation, de planification et de coordination des interventions liées aux soins, à la réhabilitation psychosociale, à l'insertion des patients, ce qui requiert de multiples ressources.

Chaque projet aura à définir son modèle méthodologique qui aboutira au développement du réseau organisationnel

6. Développement de la fonction « référent de soins »

Cette étape est essentielle, elle est l'aboutissement et la réussite du projet de travail en réseau au départ du patient.

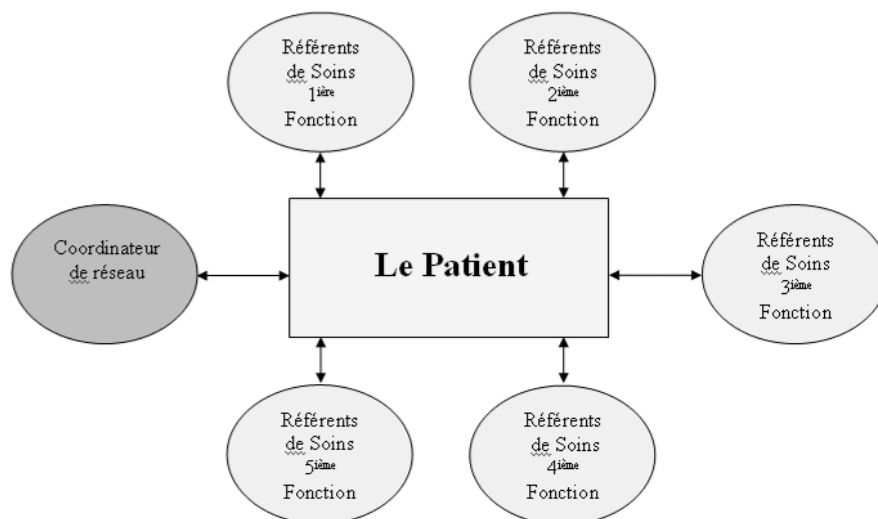
Nous avons insisté sur ce rôle important du référent de soins autour du patient qui sera défini dans chacune des fonctions.

Dans la suite de la construction des procédures et des méthodologies, et dans un souci d'efficacité de travail en réseau autour du patient, cette nouvelle fonction jouera un rôle déterminant.

Ces « référents de soins » utilisent les procédures (conventions) signées par le coordinateur du réseau et les garants de services centrent leur action sur le patient et sont les pivots d'une coordination centrée sur les besoins du patient.

Ils sont responsables d'un parcours réussi du patient et ils assurent la liaison entre les ressources (fonctions) disponibles du réseau.

Fig. 4 Exemple schéma d'utilisation des ressources en fonction des besoins du patient – développement de la fonction de référent de soins



7. L'auto-évaluation des outils et des méthodes

L'auto-évaluation a pour finalité de mesurer si le coordinateur de réseau et les garants de services ont atteint leurs objectifs et si l'opérationnalisation a été réalisée sur le terrain en respectant la méthodologie construite par les acteurs.

Les résultats sont mis en lien avec les objectifs généraux du plan programme. Les outils et les méthodologies sont adaptés, affinés selon les résultats de l'évaluation.

Cette étape est placée sous la responsabilité du coordinateur du réseau.

Si le processus global a été respecté, si la finalité a été suivie pendant tout le déroulement du projet, le coordinateur de réseau pourra alors déterminer avec clarté les bonnes pratiques, et comment les transférer.

6. Suivi des projets.

Une part importante du processus réside dans l'accompagnement, dès la mise en place des projets et de leur suivi tout au long de l'action.

1. Le soutien lors de l'appel à projets

Dès le lancement de l'appel à projet, un soutien est prévu au bénéfice des candidats promoteurs, ceci afin d'assurer une bonne compréhension du concept global de la réforme des soins en santé mentale.

2. Formation et coaching des coordinateurs de réseau

Les coordinateurs de réseau des projets sélectionnés bénéficieront d'une formation approfondie (voir partie 7) :

- au concept global et aux objectifs poursuivis dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale ;
- au contenu des différentes fonctions reprises dans le modèle (cf. point 4) ;
- aux méthodologies de travail en réseau ;
- le réseau, les acteurs ;
- la construction des outils et des procédures.

3. Suivi longitudinal des projets

Les coordinateurs de réseau des projets sélectionnés bénéficieront d'un coaching continu tout au long de l'action :

- pour la construction du réseau, par projets et lors de réunions plénières ;
- par des rencontres sur le terrain ;
- par des échanges de bonnes pratiques entre les coordinateurs de projets ;
- par des réunions de capitalisation des résultats obtenus ;
- par le suivi et les évaluations lors de comités d'accompagnement ;
- par l'appui de l'équipe scientifique.

Le suivi longitudinal des projets sélectionnés sera assuré pendant tout le déroulement de l'action :

- par des rencontres sur le terrain avec des équipes partenaires des réseaux ;
- par des échanges de bonnes pratiques entre les partenaires des projets sélectionnés ;
- par des pratiques d'immersion au sein des projets sélectionnés ;
- par des évaluations qualitatives des actions ;
- par le suivi et les évaluations lors de comités d'accompagnement ;
- par l'appui de l'équipe scientifique.

4. Formation continue

Tout au long de l'action les coordinateurs de réseaux de projets sélectionnés et les équipes bénéficieront de modules de formation continue adaptés à l'évolution des projets (Voir partie 7).

7. Formation et recherche

La formation et la recherche se répartissent en trois phases :

- phase 1: période précédant l'appel à projets
- phase 2: allant de l'appel à projets à la deadline pour l'introduction des projets
- phase 3: formation continue pendant la durée des projets.

Ces phases sont organisées selon un planning précis et pour des publics cibles clairement identifiés. La planification de la recherche doit permettre d'alimenter le contenu des formations.

1. Première phase

1.1. Input des activités de la recherche

Timing : du 1^{er} avril au 01 juin 2010

1. Revue générale de la littérature sur les critères et les aspects importants pour identifier le choix d'un territoire :
 - Check-list pour l'appel à candidatures formulé sur la forme de questions : aperçu des facteurs généraux que les initiatives candidates doivent prendre en considération pour rédiger leur proposition.
 - Etablissement de la cohérence avec les composantes fonctionnelles telles que conçues dans le programme de la réforme des soins en santé mentale : coordination et harmonisation avec les principes et le contenu de la réforme des soins en santé mentale.
2. Revue générale de la littérature sur les critères pour la partie relative au développement d'un projet en matière de modalité de coopération + de modules fonctionnels et de groupes cibles, en harmonie avec les principes de la réforme des soins en santé mentale: pour établir une distinction claire entre approche fonctionnelle, organisation du réseau de partenaires et coopération interprofessionnelle autour du patient.

- Aspects importants d'ordre général dans l'élaboration d'une proposition concernant le modèle de coopération fonctionnelle et organisationnelle entre les différents partenaires.
 - Ces check-lists proposées à partir de juillet peuvent être utilisées comme de l'input quant au fond pour une éventuelle partie accompagnement pour des réseaux candidats.
3. Etude approfondie de la littérature (dans le prolongement du profil du guide : réforme des soins en santé mentale) sur les compétences et les caractéristiques de profil essentielles du « coordinateur de réseau » et du « référent de soins ».
- Aperçu des caractéristiques de profil (compétences de base : savoirs, savoir être et savoir-faire) dans les publications et les pratiques d'excellence nationales et internationales.
 - Evaluation « bottom-up » des caractéristiques de profil pour le « coordinateur de réseau » et le « référent de soins » sur le terrain en Belgique.
 - Modèle de document comme source référentielle pour compléter les différents rôles, pour pouvoir donner aux promoteurs candidats la meilleure base possible pour choisir un « coordinateur de réseau », composer leur réseau et introduire leur dossier.

1.2. Formation

Timing : du 1er juin au 31 octobre 2010

Public cible : le secteur dans sa globalité

Objectifs généraux :

- Donner une information complète au secteur sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, finalité et buts poursuivis), en suivant les étapes du guide et en lien avec le plan de communication.
- Donner une information complète qui doit permettre aux candidats promoteurs de projets de remplir leur dossier de candidature dans les meilleures conditions.

2. Deuxième phase

2.1. Input des activités de la recherche

Timing : du 1^{er} juin au 31 octobre 2010

- Aperçu de facteurs (formulé sous la forme de questions et d'aspects importants) en ce qui concerne une approche territoriale bottom-up que les candidats promoteurs de projet doivent prendre en considération pour rédiger leur proposition : check-list pour l'appel à candidatures.
- Aspects importants dans l'élaboration d'un plan de coopération concernant le modèle de coopération fonctionnelle et organisationnelle entre différents partenaires.
- Aperçu des étapes méthodologiques dans l'élaboration des programmes de soins, harmonisation avec les composantes fonctionnelles (et relation avec la réflexion sur les trajets de soins (individuels) adaptés à des groupes cibles psychiatriques spécifiques).
- Aperçu des pratiques "evidence-based" dans le cadre du fonctionnement concernant le patient dans les équipes mobiles (aigus et chroniques):
 - o Inventaire des techniques de base qui doivent être abordées dans la formation pour les référents, les équipes mobiles (aigus et chroniques) concernant le contenu du travail.
 - o Mise en place d'un cadre de formation qui doit être utilisé par les initiatives locales de formation, dans le prolongement des techniques et compétences de base identifiées.
- Revue générale de la littérature concernant les indicateurs qui doivent être collectés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale pour mesurer la réussite : large aperçu de facteurs qui montrent la réussite d'une réforme des soins en santé mentale – en préparation des focus groupes avec les projets retenus à la phase 3.

2.2. Formation

Timing : du 01 novembre au 31 décembre 2010

Public cible : les candidats « coordinateurs de réseaux »

Objectifs généraux :

- Donner une information complète aux « coordinateurs de réseaux » sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation aux pratiques et méthodologies de travail en réseaux (actions, moyens, modalités d'évaluation, délais).

3. Troisième phase

3.1. Input des activités de la recherche

Timing : du 01 janvier 2011 - 2014

- Mesures de processus et de résultat pour évaluer des éléments du modèle au niveau de la collectivité, en fonction de ses objectifs ultimes : un certain nombre de résultats cliniques minimaux (nombre de (ré)admissions, degré de réintégration dans la société, inclusion sociale, interventions de crise réussies, etc.), et variables de processus (expérience de formation et autres besoins d'encadrement, etc.), au moyen d'un audit annuel des projets retenus :
 - o Focus groups début 2011 pour arriver à un choix soutenu "bottom-up" d'indicateurs ;
 - o Mesure de base pour chaque projet qui débute (pour pouvoir mesurer l'évolution en fonction des résultats cliniques et les mettre en parallèle avec l'étude de coût – y compris en terme de charges administratives) ;
 - o Mesure de suivi annuel (audit qualitatif) ;
 - o Définition de besoins supplémentaires de formation à partir de sondages directs auprès des projets et résultats des mesures de suivi ;
 - o Réorientation des projets si nécessaire.
- Evaluation de processus et d'impact relative au service apporté au territoire sous forme « bottom-up ».
- Evaluation de processus et de résultats relative au fonctionnement en réseaux en accordant une importance centrale à la distinction analytique retenue entre collaboration fonctionnelle (programme de soins) et organisationnelle (réseau de soins) pour les groupes cibles (étude des facteurs facilitateurs et des freins dans un contexte local).
- Modalités de financement et étude des coûts en ce qui concerne les accords de coopération (au-delà du niveau sectoriel).

3.2. Formation

Timing : à partir du 01 janvier 2011

Public cible 1 : les « coordinateurs de réseaux » et les garants de services

Objectifs généraux :

- Donner une information complète aux « coordinateurs de réseaux » avec les garants de services sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, finalité, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation théorique et pratique aux méthodologies de travail en réseau, les outils, ...

Public cible 2 : les garants des services des équipes mobiles aigus et chroniques + les équipes mobiles aigus et chroniques.

Objectifs généraux :

- Donner une information aux garants des services des équipes mobiles aigus et chroniques sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principe généraux, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation aux garants de services et aux équipes relative au contenu de travail des équipes mobiles (missions, moyens, ...).

8. Aspects financiers et juridiques

Les bases légales pour l'organisation de circuits de soins et réseaux de soins sont contenues dans les articles 11 et 107 de l'Arrêté royal contenant la coordination de la loi sur les hôpitaux et d'autres formes de soins (Publication M.B. 7 novembre 2008).

L'article 11 de la loi relative aux hôpitaux et d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, définit les notions de "réseau" et de "circuit de soins" (cfr. annexe 2).

Cela signifie concrètement que pour un groupe cible donné (par exemple les patients psychiatriques), un réseau de structures de soins peut être créé. Ces prestataires de soins peuvent être aussi bien des dispensateurs individuels, des formes de soins alternatifs ou encore des hôpitaux.

Un réseau de ce type organise alors, dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros, un ou plusieurs circuits de soins. La finalité de ces réseaux, dans le cadre de la continuité des soins, est de dispenser au patient les soins les plus adaptés. Cette finalité n'est réalisable que lorsque tous les acteurs de terrain, via un accord de collaboration formalisé au niveau juridique, parviennent à atteindre un consensus au sujet des missions et du type de coopération que chacun réalisera dans le réseau.

Le réseau est la structure au sein de laquelle des dispensateurs de soins autonomes s'engagent à organiser une offre de soins cohérente et complémentaire pour un groupe cible donné, sans compromettre leur autonomie. De même, le patient n'est pas limité dans sa liberté de choix. L'obligation, imposée au réseau, d'assurer une offre de soins globale n'oblige pas le patient à utiliser toutes les structures de soins ni, en cas d'utilisation de toutes les structures de soins, de rester au sein d'un seul et même réseau.

La valeur ajoutée de ces réseaux, en d'autres termes, est l'obligation de garantir une offre de soins cohérente et complémentaire, sans qu'il soit nécessaire d'utiliser toujours cette offre dans toute son ampleur et dans toute sa complémentarité.

Les groupes cibles pour lesquels les soins doivent être offerts via un réseau de structures de soins et la définition des catégories de prestataires de soins faisant partie du réseau sont définis par arrêté royal.

La réalisation de l'article 11 est possible via différentes techniques. Une technique pourrait consister à fermer des lits et utiliser les moyens dégagés pour organiser les soins dans la communauté. La technique pourra être une nouvelle vague de reconversion pour laquelle on réaliserait des règles de reconversion. C'est une technique très simple mais qui ne rencontre pas la philosophie de base des soins communautaires que nous souhaitons développer via les réseaux et circuits de soins. Cette réforme ne peut pas être organisée exclusivement au départ des hôpitaux. Une collaboration doit être organisée entre les différentes structures concernées et au-delà des secteurs, aussi bien au niveau des institutions qu'au niveau des patients.

C'est pourquoi le secteur a choisi de réaliser sur base expérimentale les réseaux et circuits de soins avec tous les acteurs concernés. Cette technique, écrite dans l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, précise qu'un hôpital peut utiliser de manière flexible une partie des moyens disponibles liés aux lits pour la réalisation des fonctions 2, 3 et 4 du modèle fonctionnel. Les hôpitaux conservent ainsi leur agrément et leur financement. Les services d'inspection de la communauté ou de la région concernée ne feront pas d'inspection par service d'hôpital mais évalueront l'hôpital de manière globale et seront impliqués dans l'évaluation des projets.

L'article 63 § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux permet de conclure des conventions dans le cadre de projets pilotes avec les hôpitaux psychiatriques notamment pour permettre l'exécution de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 10 juillet 2008.

Cet article donne la possibilité de conclure des accords pour la réalisation de réseaux et circuits de soins. Cela signifie concrètement qu'une partie du budget des moyens financiers des hôpitaux (psychiatriques) peut être réutilisée. Nous parlons ici de la mise en place de projets exploratoires et pas de projets pilotes étant donné que les projets sont fondamentalement différents des projets pilotes actuels aussi bien au niveau du contenu, des modalités, du financement ou de l'évaluation.

L'article 107 a été décrit explicitement par le législateur comme une démarche expérimentale vers les réseaux et circuits de soins comme précisé dans l'article 11 de la loi sur les hôpitaux. In fine, on peut affirmer que le but d'une convention en exécution de l'article 107 doit être : l'exploration, dans un contexte expérimental et dans le respect d'un délai convenu, du contenu, des modalités et des conditions fondamentales des modules de soins qui doivent être mentionnés au préalable dans l'article 11 comme faisant partie des programmes de soins.

Ces projets d'exploration doivent tenir compte du cadre global des soins en santé mentale, mais la concrétisation se fera par les preneurs d'initiatives au niveau local. Le personnel et les moyens doivent toutefois être utilisés pour combler les lacunes dans l'offre de soins en santé mentale actuelle pour un groupe cible d'âge et une zone d'action bien définis. Les lacunes ne seront pas partout les mêmes et le contenu d'une certaine fonction peut être différent selon le caractère rural ou urbain de la zone d'action.

Une proposition de projet d'exploration comprendra des fonctions de soins qui sont traduites en contenu de soins et formes de soins qui :

- ne sont actuellement pas pleinement ou pas suffisamment possibles dans le cadre régulier (institutions, services ou conventions de revalidation)
- ne sont pas possible via les possibilités de reconversion existantes
- ne concordent pas avec les projets pilotes existants des soins en santé mentale comme défini par les autorités fédérales et/ou régions et communautés.

La réforme des soins en santé mentale a diverses implications juridiques importantes pour le secteur hospitalier.

Son but est ainsi de pratiquer autant que possible une détection précoce, une prévention et d'éviter autant que possible une hospitalisation. Les patients seront de plus en plus traités et soignés à domicile.

Concrètement, une partie du personnel soignant des services psychiatriques hospitaliers constituera une équipe mobile qui pourra fonctionner de manière flexible afin de dispenser au patient des soins à domicile et non plus à l'hôpital.

Ceci pose toutefois problème au niveau des normes d'agrément, en particulier au niveau du nombre minimal de membres du personnel par service hospitalier. Par le retrait de personnel d'un service hospitalier, ce service ne répond dès lors plus aux normes d'effectifs.

L'arrêté normatif du 23 octobre 1964 sera adapté avec une disposition permettant que, pour des hôpitaux ayant été sélectionnés pour participer à un projet dans le cadre de l'article 107, les normes d'effectifs pour les services A et T s'appliquent au niveau de l'institution et non au niveau du service hospitalier.

Il est ainsi précisé que le personnel de l'équipe mobile continue d'appartenir au personnel de l'hôpital et qu'il est pris en compte dans l'évaluation des normes d'effectifs. Ainsi, l'agrément de l'hôpital n'est pas compromis.

Suite à l'avis du CNEH, l'article 63, § 1 du même arrêté est en cours de modification, afin de permettre que des projets similaires puissent aussi être conclus par des hôpitaux généraux (lits A). Ces projets permettront de tester et valider des modèles de prises en charge afin d'aider à constituer des réseaux

et circuits de soins assurant une prise en charge optimale pour les patients souffrant de troubles mentaux et en évitant au maximum l'hospitalisation, surtout les longs séjours.

En ce qui concerne le financement, les règles en vigueur devront être adaptées pour tenir compte de l'existence et de l'incidence des projets exploratoires.

Ainsi par exemple, on peut penser à une adaptation des règles relatives au quota pour les hôpitaux psychiatriques qui adhèreraient aux projets.

Ces adaptations potentielles ne pourront se faire qu'après avis des organes compétents du CNEH et donc au 1er janvier 2011, date à laquelle pourraient commencer au plus tôt les projets.

Les adaptations évoquées ci-dessus dans la législation fédérale aussi bien en ce qui concerne l'agrément que le financement, ont comme objectif de donner une sécurité juridique et financière aux institutions qui souhaitent s'inscrire dans un projet 'article 107'.

D'une manière ou d'une autre, chaque acteur qui s'implique dans un projet d'exploration doit avoir la garantie qu'il ne subira pas de dommage financier par cette participation.

Enfin, nous souhaitons préciser que des moyens complémentaires seront prévus en matière de formation, coordination et d'accompagnement scientifique.

9. Un logo unique ...

Tout au long du processus, une attention particulière sera portée pour renforcer la cohérence de l'information. Pour y parvenir, une communication appropriée est primordiale.

Le point de départ est un logo commun, imaginé et réalisé par des usagers d'un centre de formation professionnelle à qui l'intention globale de la réforme a été présentée ; la créativité à fait le reste ...



Ce logo, par ses couleurs apaisantes liées au dynamisme de la spirale veut exprimer la joie de vivre ensemble insérés dans le tourbillon de la vie. Le symbolisme de la danse apporte la dimension d'intimité et de sensibilité.

10 Plan de communication

La communication qui sera réalisée vers les divers acteurs est une initiative conjointe entre le niveau Fédéral, les Régions et les Communautés qui collaborent intensivement en vue d'obtenir une communication unifiée et conjointe.

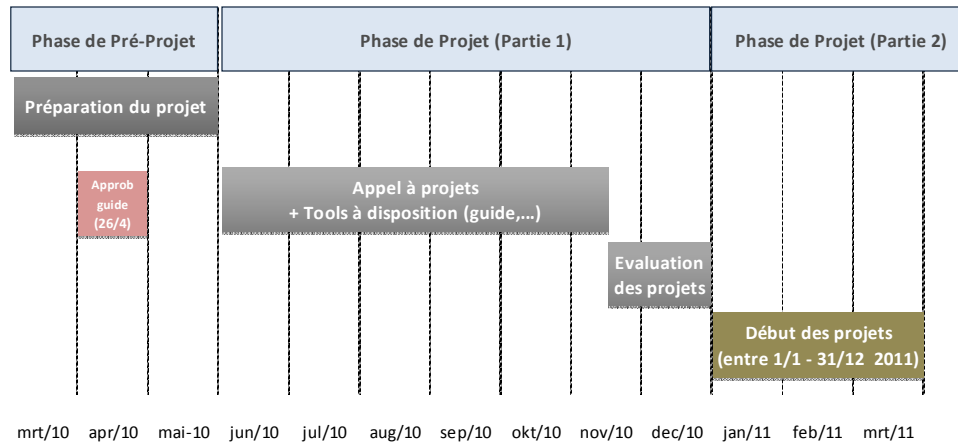
La communication s'adresse graduellement aux différents acteurs, en cascade (de globale à spécifique). Le but n'est pas de submerger d'information tous les acteurs en même temps, mais d'informer petit à petit les différentes parties de manière approfondie, via diverses actions de communication coordonnées. L'information que recevront les acteurs sera toujours adaptée à leur contexte et langage spécifiques. A cet effet, un calendrier de communication sera mis à disposition. Il fournira un récapitulatif de toutes les stratégies de communication à mettre en place d'avril 2010 à janvier 2011 inclus.

Etant donné la portée géographique du projet qui implique une multitude d'acteurs différents, une solide gestion de la communication est indispensable. Afin de veiller à la synchronisation de la communication auprès de l'ensemble des acteurs, de garantir et surveiller la cohérence des messages en termes d'objectifs et de stratégies, et de leur assurer un support ; un appui permanent sera par conséquent mis en place au niveau fédéral. Celui-ci aura notamment pour but de veiller à ce que la même information soit diffusée avec la même rapidité auprès des différents acteurs. En pratique, il s'agira principalement de créer une centrale d'aide, (comprenant un helpdesk) chargée d'apporter une réponse aux questions importantes des divers acteurs. Dans le même cadre, des sites Internet mettront à disposition les informations essentielles (guide, manuel du projet, lettres d'information, ...).

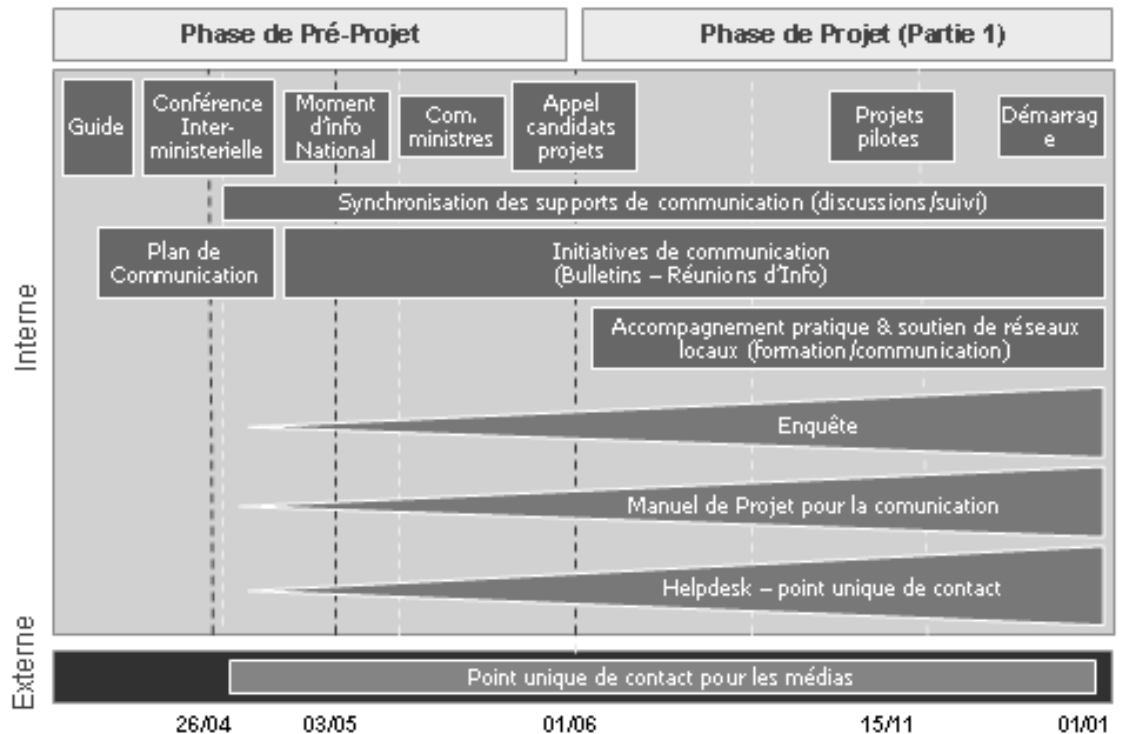
Il importe que la communication s'effectue sur un mode systématique, continu et bilatéral (entre le niveau fédéral, régional et/ou local). A intervalles réguliers, des informations seront fournies sur les objectifs du projet et les concepts principaux de celui-ci et ce à l'aide d'une ligne du temps. Cette stratégie de communication sera intensive et proactive, dans le but de diffuser un message cohérent. Pour ce faire, les échanges sont vivement encouragés pour gérer les attentes des différents acteurs et créer une situation gagnant-gagnant.

Le caractère bidirectionnel de la communication est également d'une extrême importance. On veillera à ce que la communication s'effectue non seulement top-down (du niveau fédéral au niveau local), mais aussi bottom-up (du niveau local au niveau fédéral). Il mettra en évidence les préoccupations des acteurs et permettra dès lors de mieux répondre à leurs attentes et besoins. En outre, une communication maximale au niveau local sera encouragée (pour autant qu'elle demeure cohérente et conforme avec le helpdesk central au niveau fédéral). Lorsque les acteurs au niveau local commentent eux-mêmes les objectifs du projet, les chances d'implication de ces acteurs augmentent.

Communication Roadmap



- 1/04/2010: Phase de Pré-projet - préparation du projet
- 1/06/2010: Phase de Projet (Partie 1) - mode de projet
- 1/01/2011: Phase de Projet (Partie 2) - post go-live



// 2014

Annexe 1

La déclaration conjointe du 24 juin 2002 des-Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale

Amendement à la déclaration d'intention du 24 juin 2002

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[2003/22251]

24 JUNI 2002. — Déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale

Vu les compétences respectives des Communautés, des Régions et de l'Etat fédéral en matière de soins de santé mentale;

Considérant que la santé mentale est un concept en perpétuelle mutation, qui se doit d'être en phase avec les demandes exprimées par les personnes et qu'il est nécessaire d'adapter l'offre de soins en santé mentale afin de garantir la plus grande efficacité des réponses apportées;

Considérant qu'il est souhaitable de créer une Task Force qui, sur la base des points de départ sous-mentionnés, esquisse le cadre de la réforme des soins de santé mentale;

Sur la base des considérations précitées, la conférence interministérielle de Santé publique, qui s'est réunie le 24 juin 2002, a convenu de faire la déclaration suivante :

1. Besoin d'un nouveau concept de soins de santé mentale.

Le rapport annuel 2001 de l'Organisation mondiale de la Santé³ (OMS) fait état de problèmes de plus en plus importants en matière de santé mentale et des conséquences que cela entraîne pour la société, ainsi que du besoin urgent de développer et d'améliorer l'offre de soins. Ce constat a été transposé dans une résolution « Mental Health : Responding to the Call for Action », qui a été approuvée le 18 mai 2002 à la Réunion générale de l'Organisation mondiale de la Santé, sur proposition de la Belgique. Cette résolution appelle à fournir des efforts supplémentaires, afin de faire mieux correspondre l'offre et les besoins en matière de soins de santé mentale.

D'où la nécessité de promouvoir une offre de soins de santé mentale optimale sur les plans quantitatif et qualitatif. Dans cette offre, le patient ainsi que ses besoins et la demande de soins doivent occuper une place centrale⁶. Cela veut dire que chaque patient reçoit les soins dont il a besoin, de préférence dans l'environnement qui lui est familier.

Il va de soi qu'une telle philosophie de base relative à l'offre de soins de santé mentale se reflète dans la manière dont les soins sont organisés. C'est la raison pour laquelle la Conférence interministérielle de Santé publique a décidé, le 24 juin 2002, d'examiner comment les autorités fédérales, communautaires et régionales peuvent, ensemble, dans le respect de leurs compétences respectives, optimiser l'offre existant en matière de soins de santé mentale afin de répondre pleinement à la demande de soins du patient.

Afin d'élaborer le nouveau concept de soins de santé mentale, il est souhaitable de disposer d'une plate-forme, une Task Force, dans laquelle toutes les autorités compétentes siègent. Cette plate-forme formulera des propositions à l'intention de la Conférence interministérielle de Santé publique concernant la possibilité de parvenir à une offre plus cohérente s'appuyant sur la richesse et la diversité des réseaux existants et prenant en considération les spécificités régionales et communautaires.

La collaboration entre tous les acteurs de terrain est la solution pour parvenir à une offre de soins globale axée sur la demande. Afin de réaliser une coordination de la dispensation de soins entre tous les partenaires, il est essentiel d'associer chaque autorité compétente à l'élaboration d'un nouveau modèle d'organisation pour les soins de santé mentale. Il faut clarifier la situation tant au niveau des autorités compétentes qu'au niveau des acteurs de la dispensation des soins, en ce qui concerne les possibilités de collaborer de manière optimale.

La mission de la Task Force doit reposer sur des principes de base doivent permettre une offre de soins de santé mentale transparente, axée sur la demande et de haute qualité. Dans la présente déclaration, la Conférence interministérielle souhaite donc poser les jalons pour le développement des activités de la Task Force.

2. Principes afférents aux travaux de la Task Force « Soins de santé mentale »

2.1. Le premier principe de base est que la politique en matière de soins de santé mentale doit être fondée sur les besoins du patient, lesquels constituent le pivot du développement des soins de santé mentale. Ses besoins ou demandes de soins déterminent l'offre. Ils permettent aussi de savoir quelles composantes ou quels aspects de l'offre globale de soins le patient utilisera et ceux qu'il n'utilisera pas. Cela se fait en étroite collaboration avec les prestataires de soins.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[2003/22251]

24 JUNI 2002. — Gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg

Gelet op de respectieve bevoegdheden van de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale overheid inzake de geestelijke gezondheidszorg;

Overwegende dat geestelijke gezondheid een dynamisch concept is, dat dient in te spelen op de zorgvraag en dat het noodzakelijk is het zorgaanbod aan te passen aan die zorgvraag teneinde de effectiviteit van de zorgverlening te optimaliseren.

Overwegende dat het wenselijk is een Task Force te creëren die op grond van de hieronder vermelde uitgangspunten het kader uittekenen voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg;

Op grond van voorgaande overwegingen heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, in vergadering bijeen gekomen op 24 juni 2002, beslist tot de hierna volgende verklaring :

1. Behoeft aan een nieuw concept voor de geestelijke gezondheidszorg.

In het jaarrapport 2001 van de Wereldgezondheidsorganisatie¹ (WHO) werd het maatschappelijk belang van de toenemende problemen inzake geestelijke gezondheid en de dringende nood aan een uitbreiding en betere organisatie van het zorgaanbod aangegeven. Deze vaststelling werd omgezet in een resolutie² « Mental health : responding to the call for action » die op 18 mei 2002 op voorstel van België werd goedgekeurd in de Algemene Vergadering van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Hierin wordt opgeroepen extra inspanningen te doen om het aanbod van geestelijke gezondheidszorg beter te doen aansluiten bij de behoeften.

Vandaar de noodzaak tot promotie van een kwalitatief en kwantitatief geoptimaliseerd aanbod van geestelijke gezondheidszorg. In dit aanbod dient de patiënt en diens behoeften en zorgvraag, een centrale richtinggevende plaats te bekleeden⁵. Dit wil zeggen dat voor elke patiënt de zorg wordt aangeboden die aan zijn/haar behoeften beantwoordt en dit bij voorkeur in de eigen omgeving van de patiënt.

Het is vanzelfsprekend dat een dergelijke basisfilosofie omtrent het aanbieden van geestelijke gezondheidszorg weerspiegeld wordt in de wijze waarop die zorg wordt georganiseerd. Daarom heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, op 24 juni 2002, beslist na te gaan hoe men, gezamenlijk, vanuit de federale, Gemeenschaps- en Gewestelijke overheden, met respect voor ieders bevoegdheid, kan komen tot een optimalisering van het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg teneinde ten volle te beantwoorden aan de zorgvraag van de patiënt.

Om het nieuwe concept van geestelijke gezondheidszorg uit te werken is het wenselijk te beschikken over een platform, een Task Force, waarin alle bevoegde overheden zetelen. Dit platform zal voorstellen doen aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over de wijze waarop men, vertrekkend van de rijkheid en diversiteit van de bestaande netwerken alsook rekening houdend met de Gewestelijke en Communautaire specificiteit, kan komen tot een meer coherent aanbod.

Samenwerking tussen alle actoren op het terrein is de sleutel om te komen tot een dergelijk globaal vraaggericht zorgaanbod. Om alle partners in de zorgverlening op mekaar af te stemmen is het essentieel elke bevoegde overheid te betrekken bij het uitwerken van een nieuw organisatie-model voor de geestelijke gezondheidszorg. Er moet duidelijkheid geschapen worden, zowel op niveau van de bevoegde overheden als op niveau van de zorgactoren, omtrent de wijze waarop optimaal kan samengewerkt worden.

De opdracht van de Task Force moet gestoeld zijn op basisprincipes die het aanbieden van een kwalitatief, vraaggericht en transparant aanbod van geestelijke gezondheidszorg moeten mogelijk maken. In onderhavige verklaring wenst de Interministeriële Conferentie dan ook de bakens uit te zetten waarbinnen de Task Force haar werkzaamheden dient te ontplooiën.

2. Principes voor de werkzaamheden van de Task Force « Geestelijke gezondheidszorg ».

2.1. Het eerste basisprincipe gaat ervan uit dat het beleid in de geestelijke gezondheidszorg moet uitgaan van de noden van de patiënt, hij/zij vormt de spil voor de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. Zijn of haar behoeften en zorgvragen sturen het aanbod en bepalen terzelfdertijd, in nauwe samenspraak met de zorgverleners, van welke onderdelen of aspecten van het globale zorgaanbod de patiënt gebruik zal maken, en van welke niet.

2.2. Pour le développement futur des soins de santé mentale, on peut se fonder sur les groupes de population reposant sur l'âge et les caractéristiques sociologiques y afférentes. Cela constitue le deuxième principe de base des activités de la Task Force. Ainsi, la population de patients est subdivisée en trois groupes cibles, à savoir : les enfants et les jeunes (jusqu'à dix-huit ans), les adultes et les personnes âgées. Pour chaque groupe cible, il y a lieu de développer une offre spécifique ou circuit de soins sur la base de l'offre de soins propres à la région et aux besoins. Un circuit de soins est, par conséquent, l'offre de soins, autrement dit l'ensemble des prestataires de soins qui collaborent pour un groupe cible déterminé dans une zone d'activité déterminée. C'est précisément ce circuit de soins qui doit permettre que les soins soient coordonnés et forment un tout au bénéfice du patient.

2.3. La collaboration entre divers prestataires de soins de santé mentale doit se traduire au niveau organisationnel dans un accord de réseau entre tous ces prestataires. Cela est nécessaire pour arriver à un circuit de soins efficace, transparent et axé sur le patient.

La nouvelle organisation des soins de santé mentale suivant les concepts de circuits de soins et de réseaux d'équipements de soins ou de prestataires de soins est un troisième principe de base.

2.4. Un point crucial au sein d'un circuit de soins de même par-delà les limites des circuits de soins, est la liberté de choix du patient et l'exercice de ses droits comme principe de base. En outre, la responsabilité de la continuité des soins au patient incombe aux prestataires de soins collaborant ou, en d'autres termes, ce sont les partenaires au sein du réseau qui doivent garantir la continuité et l'efficacité des soins dispensés. Par conséquent, ce n'est pas l'autorité qui doit se charger de la continuité des soins dispensés, mais les prestataires de soins collaborants eux-mêmes et avec le patient, c'est-à-dire le réseau. La liberté de choix pour le patient et la collaboration de tous les prestataires de soins dans une zone d'action bien délimitée afin de garantir la continuité des soins valent comme quatrième principe de base⁶.

2.5. Principe de subsidiarité. Il a déjà été précisé que l'offre de soins au sein d'un circuit de soins doit être la plus proche possible des besoins du patient. De plus, cette offre de soins doit de préférence être dispensée dans l'environnement familial du patient. En d'autres termes, et c'est là le cinquième principe de base, les soins doivent de préférence être offerts dans un cadre ambulatoire ou à domicile. Ce n'est que lorsque le patient ne peut pas être traité dans un cadre ambulatoire ou à domicile que les soins institutionnels sont nécessaires.

2.6. Il est important que le réseau accorde de l'importance à la prévention, l'éducation et la promotion des soins de santé mentale ainsi qu'aux initiatives originales développées par les réseaux existants en vue de garantir l'état de bien-être des individus. Si un réseau organise de telles activités, il est souhaitable que celles-ci fassent partie de la politique de prévention, d'éducation et de promotion des Communautés et des Régions.

2.7. Il faut encourager la collaboration au sein des circuits de soins et des réseaux en accordant des incitants. Cette nouvelle forme d'organisation est un cadre où des acteurs des soins conviennent de collaborer dans un ensemble cohérent. Les différentes autorités doivent faciliter cette forme de collaboration de telle sorte que l'offre se développe à partir de la base et ne soit pas une association imposée par le sommet.

2.8. cela suppose que les autorités conviennent de coordonner leurs politiques respectives en matière de soins de santé mentale, chacune dans les limites de leurs compétences législatives et ce, afin de permettre la création d'un cadre d'action efficace.

2.9. La réforme préconisée dans la Déclaration est fondée sur l'offre existante. Dans chaque cas ou réseau séparé, il conviendra dnc d'examiner comment compléter l'offre de manière à offrir un ensemble de services coordonnés. Dès lors, dans le cadre de la réforme, il conviendra d'accorder également de l'attention aux lacunes existant dans les équipements, auxquelles il faut nécessairement remédier, et aux équipements auxquels il doit pouvoir être fait appel. Le cadre législatif devra offrir une certaine flexibilité afin de réaliser autant que possible la réforme, compte tenu des possibilités disponibles.

3. Priorité pour les enfants et les jeunes

Comme il a déjà été précisé plus haut, il est souhaitable, pour concrétiser les principes de base précités et les opérationnaliser dans une phase ultérieure, de disposer d'une Task Force dont l'ensemble des autorités compétentes font partie. Dans un premier temps, cette plate-forme se fixera pour objectif de concrétiser les principes de base de la future organisation des soins de santé mentale en termes de circuit de soins et de réseaux pour le groupe cible des enfants et des jeunes.

2.2. Voor de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg kan worden uitgegaan van bevolkingsgroepen gebaseerd op leeftijd en de daarmee samenhangende sociologische kenmerken. Dit vormt het tweede basisprincipe voor de werkzaamheden van de Task Force. Op die manier wordt de patiëntenpopulatie ingedeeld in drie doelgroepen : kinderen en jongeren (tot en met achttien jaar), volwassenen en ouderen. Voor elke doelgroep dient een specifiek aanbod of zorgcircuit te worden uitgetekend vertrekkende vanuit het bestaande regiospecifieke zorgaanbod en behoeften. Een zorgcircuit is bijgevolg het zorgaanbod, of anders gezegd het samenwerkend geheel van zorgaanbieders, voor een bepaalde doelgroep binnen een bepaald werkingsgebied. Het is precies dit zorgcircuit dat het moet mogelijk maken dat de zorgverlening naadloos op elkaar aansluit en ten aanzien van de patiënt een coherent geheel vormt.

2.3 De samenwerking tussen diverse geestelijke gezondheidszorgaanbieders dient zich op organisatorisch niveau te vertalen in een netwerkovereenkomst tussen alle betrokken zorgaanbieders. Dit is noodzakelijk om tot een efficiënt, transparant en patiëntgericht zorgcircuit te komen.

De nieuwe organisatie van de geestelijke gezondheidszorg volgens de concepten van zorgcircuits en netwerken van zorgvoorzieningen of zorgaanbieders is een derde basisprincipe.

2.4. Cruciaal binnen een zorgcircuit, en zelfs over de grenzen van de vermelde circuits heen, blijft de keuzevrijheid van de patiënt en de uitoefening van diens rechten als basisprincipe. Langs de andere kant ligt de verantwoordelijkheid van continuïteit in de zorgverlening aan de patiënt bij de samenwerkende zorgaanbieders, of anders gezegd, het zijn de partners binnen het netwerk die de continuïteit en de efficiëntie dienen te garanderen van de door hen aangeboden zorg. Het is bijgevolg niet de overheid die instaat voor de continuïteit van de aangeboden zorg, maar de samenwerkende zorgaanbieders zelf, i.e. het netwerk, tesamen met de patiënt. Keuzevrijheid voor de patiënt en samenwerking van alle zorgaanbieders binnen een welbepaald afgebakend werkingsgebied met het oog op het verzekeren van de continuïteit van de zorgverlening, gelden als een vierde basisprincipe⁷.

2.5. Subsidiariteitsbeginsel. Er werd reeds aangehaald dat het zorgaanbod binnen een zorgcircuit zo nauw mogelijk dient aan te sluiten bij de behoeften van de patiënt. Hierbij komt dat dit zorgaanbod bij voorkeur in de dagdagelijkse omgeving van de patiënt wordt aangeboden. Met andere woorden, en dit is een vijfde basisprincipe, de zorg dient bij voorkeur ambulante of thuis te worden aangeboden. Het is pas wanneer de patiënt niet ambulante of thuis kan worden behandeld dat institutionele zorg noodzakelijk is.

2.6. Het is belangrijk dat een netwerk aandacht besteedt aan preventie, educatie en promotie van de geestelijke gezondheidszorg alsook aan initiatieven ontwikkeld door bestaande samenwerkingsverbanden teneinde het welzijn van de burgers te garanderen. Indien een netwerk activiteiten hieromtrent opzet, is het wenselijk dat deze kaderen in het preventie, educatie en promotiebeleid van de Gemeenschappen en Gewesten.

2.7. De samenwerking binnen de zorgcircuits en netwerken dient te worden aangemoedigd door het creëren van stimuli. Deze nieuwe organisatievorm is een kader waarbij zorgactoren overeenkomen om in een consistent geheel samen te werken. De verschillende overheden dienen deze vorm van samenwerking te faciliteren zodat het aanbod van onderuit groeit eerder dan een van bovenaf opgelegd samenwerkingsverband.

2.8 Dit veronderstelt dat de overheden overeenkomen om hun respectievelijk beleid in de geestelijke gezondheidszorg, ieder binnen hun eigen wetgevende bevoegdheid, op elkaar af te stemmen om een kader mogelijk te maken dat leidt tot efficiënte actie.

2.9. De in de verklaring vooropgestelde hervorming vertrekt vanuit het bestaande aanbod. In iedere casus of afzonderlijk netwerk zal dan ook moeten worden nagegaan hoe het aanbod dient te worden vervolledigd zodat een op elkaar aansluitend geheel van diensten kan worden aangeboden. De hervorming zal derhalve oog moeten hebben voor bestaande leemten in de voorzieningen die noodzakelijkerwijze moeten kunnen worden ingevuld of waarop een beroep moet kunnen worden gedaan. Het wetgevend kader zal een zekere flexibiliteit moeten bieden om zoveel als mogelijk binnen de beschikbare mogelijkheden de hervorming te realiseren.

3. Prioriteit voor kinderen en jongeren.

Zoals hierboven reeds werd aangeduid, is het wenselijk, om de hierboven geschetste basisprincipes te concretiseren en in een latere fase te operationaliseren, te beschikken over een Task Force waarvan alle bevoegde overheden deel uitmaken. Dit platform zal zich vooreerst tot doel stellen de basisprincipes van de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in termen van zorgcircuits en netwerken, te concretiseren voor de doelgroep kinderen en jongeren.

4. Elaboration d'un protocole d'accord

Les travaux de la Task Force devraient déboucher sur un protocole d'accord qui, sur la base des principes figurant dans la présente Déclaration, esquisse le cadre futur d'une réforme des soins de santé mentale en circuits de soins et les réseaux. On définira également les conditions dans le cadre desquelles des expériences seront mises sur pied qui concrétisent ce cadre global pour les soins aux enfants et aux jeunes.

Chaque ministre sera représenté par une personne dans la Task Force. La Task Force, dans le cadre de ses travaux, discutera avec le secteur, avec les organisations de patients et les organisations de famille et d'autres intéressés.

La présente Déclaration a été faite et signée à Bruxelles, le 24 juin 2002.

Pour le Gouvernement fédéral :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

La Ministre de la Protection de la Consommation,
de la Santé publique et de l'Environnement,
Mme M AELVOET

4. Uitwerking van een protocolakkoord.

De werkzaamheden van de Task Force zouden moeten uitmonden in een protocolakkoord dat op basis van de principes die vervat liggen in onderhavige Verklaring een toekomstig kader uittekent voor een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en netwerken. Tevens zullen de voorwaarden worden omschreven binnen dewelke experimenten zullen worden opgezet die dit algehele kader concretiseren voor de kinder- en jeugdzorg.

Iedere bevoegde minister wordt vertegenwoordigd door één persoon in de Task Force. De Task Force zal in het kader van zijn werkzaamheden overleg plegen met de sector, met de patiënten- en familieorganisaties, en andere belanghebbenden.

Deze Verklaring werd opgemaakt en ondertekend te Brussel, op 24 juni 2002.

Voor de Federale Regering :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

De Minister van Consumentenzaken,
Volksgezondheid en Leefmilieu,
Mevr. M. AELVOET

Voor de Vlaamse regering :

De Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,
Mevr. M. VOGELS.

Pour le Gouvernement wallon :

Le mMinistre des Affaires sociales et de la Santé,
Th. DETIENNE

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire communautaire
de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le membre du collège réuni, compétent pour la Politique de santé,
D. GOSUIN

Pour Le Collège, chargé de la Santé,
D. GOSUIN

Pour le Gouvernement de la Communauté germanophone :

Le Ministre de la Jeunesse et de la Famille, des Monuments et Sites,
de la Santé et des Affaires sociales,
H. NIESSEN

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,
Mme N. MARECHAL

Voor het Verenigd college van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,
J. CHABERT

¹ WHO (2001). *The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

² WHO (2002). *Mental health: responding to the call for action*. Resolution. WHA 55.10.

³ WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. New Hope*. Geneva.

⁴ WHO (2001). *Mental Health: Responding to the Call for Action*.

⁶ Magda Aelvoet en collaboratioin avec Frank Vandembourcke, *La psyché: le cadet de mes soucis? Note de politique pour les soins de santé mentale*.

⁸ Pour la Région de Bruxelles-Capitale on devra faire preuve d'une flexibilité nécessaire pour remplir ce principe de base de sorte qu'on puisse tenir compte de la spécificité de cette Région.

¹ WHO (2001). *The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

² WHO (2002). *Mental health: responding to the call for action*. Resolution. WHA 55.10.

³ WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. New Hope*. Geneva.

⁴ WHO (2001). *Mental Health: Responding to the Call for Action*.

⁵ Aelvoet, M. is met Vandembourcke, F. (2001). *De psyché: mij een zorg? Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg*. Brussel.

⁷ Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zal bij het invullen van dit basisprincipe de nodige flexibilité moeten ingebouwd worden zodat men rekening kan houden met de specificiteit van dit Gewest.

Groupe de travail Interkabinettenwerkgroep intercabinets 'Taskforce 'Taskforce GGZ' SSM'

Amendement à la déclaration
d'intention du 24 juin 2002 – 2^{ième}
publication

Amendement op de intentie-
verklaring van 24 juni 2002 – 2^e
publicatie

A l'occasion d'une déclaration conjointe, les Ministres compétents en matière de Santé publique ont décidé le 24 juin 2002 d'organiser l'offre des soins de santé mentale dans notre pays selon les principes des groupes cibles et des réseaux et ce, en vue d'offrir des soins intégrés dont le patient est l'élément central, et garantir par là la continuité des soins.

Naar aanleiding van een gemeenschappelijke verklaring beslisten de Ministers bevoegd voor Volksgezondheid op 24 juni 2002 om het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in ons land volgens de principes van doelgroepen en netwerken te organiseren, en dit met het oog op het aanbieden van een geïntegreerde zorg waarbij de patiënt centraal staat, en de continuïteit van de zorg gegarandeerd wordt.

Afin d'atteindre cet objectif, un groupe de travail intercabinets a été créé. Les négociations de la Taskforce entre juillet 2002 et mars 2003 ont résulté en une proposition de protocole d'accord qui a été soumise à l'approbation des Ministres de tutelle lors de la conférence interministérielle de la Santé publique du 20 mars 2003.

Om die doelstelling te halen werd een interkabinettenwerkgroep opgericht. De onderhandelingen van de Taskforce tussen juli 2002 en maart 2003 hebben geresulteerd in een voorstel van Protocolakkoord dat de toezichhoudende ministers op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 20 maart 2003 ter goedkeuring werd voorgelegd.

Ce protocole d'accord n'a pas fait l'objet d'un consensus entre les membres de la CIM Santé publique.

Rond vermeld protocolakkoord werd echter geen consensus bereikt tussen de leden van de IMC Volksgezondheid.

Le 8 décembre 2003, la CIM Santé publique a décidé de poursuivre les travaux du groupe de travail intercabinets existant avec la mission suivante :

formuler des propositions relatives à l'élaboration et l'implémentation des concepts 'circuits de soins' et 'réseaux' dans les soins de santé mentale en général et dans les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes en particulier (=mission originelle) avec comme priorité la formulation de propositions relative à l'élaboration et l'implémentation de l'activation dans les soins de santé mentale (=mission élargie).

Op 8 december 2003 heeft de IMC Volksgezondheid beslist de werkzaamheden van de bestaande interkabinettenwerkgroep verder te zetten met als missie :

voorstellen formuleren in verband met het uitwerken en implementeren van de concepten 'zorgcircuits' en '-netwerken' in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in het bijzonder (=oorspronkelijke missie) met als prioriteit het formuleren van voorstellen in verband met het uitwerken en implementeren van activering in de geestelijke gezondheidszorg (=uitbreiding missie).

<p>Le groupe de travail intercabinets 'Taskforce SSM' a redémarré le 22 mars 2004. Un document de base a été rédigé dans lequel sont reprises les lignes principales du débat mené dans cette réunion.</p>	<p>De Interkabinettenwerkgroep 'Taskforce GGZ' werd terug opgestart op 22 maart 2004. Er werd een basisdocument opgemaakt waarin de hoofdlijnen van het debat gevoerd in deze vergadering worden weergegeven.</p>
<p>Il existe, entre les membres, un consensus sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un protocole d'accord pour pouvoir démarrer des projets pilotes.</p>	<p>Zo bestaat er onder de leden consensus over het feit dat er geen protocolakkoord nodig is om te kunnen starten met pilootprojecten.</p>
<p>Contrairement à la mission originale, on ne souhaite pas limiter le groupe cible aux enfants et aux jeunes. On opte pour l'élargissement du groupe cible à tous les âges, à condition que les patients présentent une problématique chronique et complexe étant donné que ce sont les patients pour lesquels le risque de discontinuité des soins et donc le besoin de circuits de soins et de réseaux est le plus élevé.</p>	<p>In tegenstelling tot de oorspronkelijke missie wenst men de doelgroep niet te beperken tot kinderen en jongeren. Men opteert voor de uitbreiding van de doelgroep naar alle leeftijden, op voorwaarde dat het patiënten met chronische en complexe problematiek zijn daar de kans dat bij deze patiënten de continuïteit van zorg in het gedrang komt en bijgevolg de nood aan zorgcircuits en netwerken bij hen het grootst is.</p>
<p>3 Types d'acteurs et/ou partenaires différents au moins doivent participer aux projets pilotes.</p>	<p>Tenminste 3 verschillende types van actoren en/of partners dienen deel te nemen aan de pilootprojecten.</p>
<p>Les projets pilotes organisent :</p>	<p>De pilootprojecten organiseren :</p>
<ul style="list-style-type: none">• la concertation au niveau du réseau;• la concertation au niveau des patients se rapportant au groupe cible des patients mentionné plus haut.	<ul style="list-style-type: none">• overleg op het niveau van het netwerk;• overleg op het niveau van patiënten met betrekking tot de hierboven vermelde patiëntendoelgroep.
<p>En outre il faut prévoir :</p>	<p>Daarnaast dient te worden voorzien in :</p>
<ul style="list-style-type: none">• le développement d'instruments d'évaluation ;• l'évaluation ;• le coaching des partenaires et des acteurs.	<ul style="list-style-type: none">• de ontwikkeling van evaluatie-instrumenten;• de evaluatie;• de coaching van de partners en actoren.
<p>Etant donné qu'en 2004, aucun budget ne peut plus être libéré, les projets pilotes ne peuvent être lancés qu'en 2005 au plus tôt.</p>	<p>Daar in 2004 geen budgetten meer kunnen worden vrijgemaakt, kunnen de pilootprojecten pas ten vroegste starten in 2005.</p>
<p>La volonté de s'engager sur les principes susmentionnés existe chez chaque autorité présente.</p>	<p>De wil zich met betrekking tot deze principes te engageren bestaat bij alle aanwezige overheden.</p>
<p>La conférence interministérielle décide que le groupe de travail 'Taskforce SSM', constitué en son sein, continuera ses travaux en vue d'établir, après l'évaluation positive de ces projets-pilotes un projet de protocole d'accord ou d'accord de coopération, permettant de développer les réseaux et circuits de soins, et qui tiendra compte des principes énoncés dans l'annexe au document préparatoire et dans la déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires</p>	<p>De Interministeriële Conferentie beslist dat de in haar midden opgerichte werkgroep 'Taskforce GGZ' haar werkzaamheden zal voortzetten teneinde, na een positieve evaluatie van deze pilootprojecten een ontwerp van protocolakkoord of van samenwerkingsakkoord, op te stellen dat het mogelijk maakt de zorgnetwerken en -circuits op te zetten en tevens rekening houdt met de principes genoemd in de bijlage van het voorbereidende document en in de</p>

sociales sur la politique en matière de soins de santé mentale du 24 juin 2002 qui a été approuvée par l'ensemble des Régions et Communautés, ainsi que des explications actuelles de la présente déclaration.

gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg van 24 juni 2002 die door alle Gewesten en Gemeenschappen is goedgekeurd, alsook met de huidige verduidelijkingen van deze verklaring.

De plus la mission du groupe de travail 'Taskforce SSM' s'étendra également à la collaboration intersectorielle et à la pratique de l'outreaching.


Daarenboven zal de missie van de werkgroep 'Taskforce GGZ' worden uitgebreid door eveneens aandacht te schenken aan intersectoriële samenwerking en de praktijk van outreaching.

Aldus gesloten te Brussel, 06 -12- 2004

Ainsi conclu à Bruxelles, le 06 -12- 2004

Voor de federale Regering :

De Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,



Rudy DEMOTTE

Pour le Gouvernement fédéral :

Le Ministre de Affaires sociales
et de la Santé publique,

Rudy DEMOTTE

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin



Inge VERVOTTE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft :

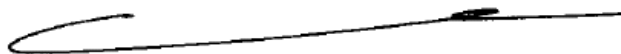
Vize-Ministerpräsident
Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus



Bernd GENTGES

Pour le Gouvernement wallon :

Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances



Christiane VIENNE

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

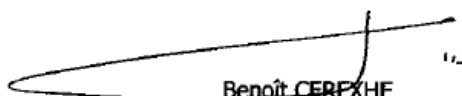
Le Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse,



Catherine FONCK

Pour le Collège de la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale :

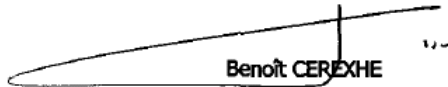
Le Membre du Collège, chargé de la Santé,



Benoît CEREXHE

**Pour le Collège réuni de la Commission
communautaire commune de Bruxelles-
Capitale :**

Le Membre du Collège réuni,
compétent pour la Politique de la Santé



Benoît CEREXHE

**Voor het Verenigd College van de
Gemeenschappelijke Gemeenschaps-
commissie van het Brussels Hoofdstedelijk
Gewest :**

Het Lid van het Verenigd College,
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,



Guy VANHENGEL

Annexe 2

Arrêté royal du 10 juillet 2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, art. 11

8° onder verzorgend personeel wordt verstaan : alle aan het ziekenhuis verbonden zorgkundigen;

9° onder ondersteunend personeel wordt verstaan : alle personeelsleden die niet behoren tot één der categorieën van de beroepsbeoefenaars, bedoeld in het voornoemd koninklijk besluit nr. 78, en die het verpleegkundig personeel helpen met hun administratieve en logistieke taken.

Art. 9. (9) De bepalingen van de artikelen 18 tot 22 en van Titel IV die op de ziekenhuisgeneesheren van toepassing zijn, zijn mede van toepassing op de in het ziekenhuis werkzame beoefenaars van de tandheelkunde bedoeld in artikel 3, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967, evenals op de in het ziekenhuis werkzame apothekers of licentiaten in de scheikundige wetenschappen die overeenkomstig artikel 5, § 2, van het voorenoemde besluit gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten.

Afdeling 8. — Samenwerkingsverbanden tussen verzorgingsinstellingen en diensten (A8)

Art. 10. (10) De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit en na de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmatie gehoord te hebben, de toepassing van de bepalingen van de Titels I tot en met IV van deze wet geheel of gedeeltelijk, en met de nodige aanpassingen, uitbreiden tot de samenwerkingsverbanden inzake verzorgingsdomeinen of andere domeinen door Hem nader omschreven, tussen verzorgingsinstellingen en diensten zoals deze door Hem nader worden omschreven.

Afdeling 9. — Netwerk en zorgcircuit (A9)

Art. 11. (11) § 1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1° « netwerk van zorgvoorzieningen » : een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet en die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingsoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst;

2° « zorgcircuit » : het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet, en worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen, die de in 1°, bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen.

§ 2. De Koning kan, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmatie, de doelgroepen aanduiden voor dewelke de zorg via een netwerk van zorgvoorzieningen wordt aangeboden. In voorkomend geval kan Hij die categorieën van zorgaanbieders aanduiden die in ieder geval deel uitmaken van bedoeld netwerk.

§ 3. De Koning kan nadere regelen vaststellen voor de toepassing van §§ 1 en 2. Hij kan eveneens de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk, en met de nodige aanpassingen, uitbreiden tot de in § 1, bedoelde netwerken, tot de zorgcircuits die er deel van uitmaken en tot de onderdelen die het zorgcircuit samenstellen.

Afdeling 10. — Zorgprogramma's (A10)

Art. 12. (12) § 1. De Koning stelt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmatie, de lijst vast van zorgprogramma's, zoals die door Hem nader worden omschreven, en die moeten erkend worden door de overheid bevoegd voor het gezondheidsbeleid op grond van de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet.

§ 2. De Koning kan, voor ieder der in § 1 bedoelde zorgprogramma's, karakteristieken definiëren om erkend te kunnen worden zoals :

- 1° de doelgroep;
- 2° de aard en de inhoud van de zorg;
- 3° het minimaal activiteitsniveau;
- 4° de vereiste infrastructuur;
- 5° de vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid;
- 6° kwaliteitsnormen en normen inzake kwaliteitsopvolging;
- 7° bedrijfseconomische criteria;
- 8° geografische toegankelijkheidscriteria.

8° il faut entendre par personnel soignant : l'ensemble des aides soignants attachés à l'hôpital;

9° il faut entendre par personnel de soutien : l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans l'arrêté royal n° 78 précité et qui aident le personnel infirmier pour leurs tâches administratives et logistiques.

Art. 9. (9) Les dispositions des articles 18 à 22 et du Titre IV, applicables aux médecins hospitaliers, sont également d'application aux praticiens visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, exerçant à l'hôpital l'art dentaire de même qu'aux pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques travaillant à l'hôpital et habilités à effectuer les analyses de biologie clinique, conformément à l'article 5, § 2, de l'arrêté précité.

Section 8. — Associations d'institutions de soins et de services (A8)

Art. 10. (10) Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, après avoir entendu le Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, étendre en tout ou en partie, avec les adaptations nécessaires, l'application des dispositions des Titres I jusqu' à IV de la présente loi aux associations, relatives aux domaines de soins ou autres domaines qu'Il précise, entre établissements de soins et services précisés par Lui.

Section 9. — Réseau et circuit de soins (A9)

Art. 11. (11) § 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 Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, 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.

Section 10. — Programmes de soins (A10)

Art. 12. (12) § 1^{er}. Le Roi fixe, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, la liste des programmes de soins, tels que précisés par Lui et qui doivent être agréés par l'autorité compétente pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.

§ 2. Le Roi peut, pour chacun des programmes de soins visés au § 1^{er}, définir des caractéristiques pour pouvoir être agréées telles que :

- 1° le groupe cible;
- 2° le type et le contenu des soins;
- 3° le niveau minimum d'activité;
- 4° l'infrastructure requise;
- 5° l'expertise et les effectifs de personnels médicaux et non médicaux requis;
- 6° les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité;
- 7° les critères micro-économiques;
- 8° les critères relatifs à l'accessibilité géographique.