



SPF Santé publique, Sécurité de la
Chaîne alimentaire et Environnement

Direction générale Soins de Santé
CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Eurostation bloc II
Place Victor Horta, 40 bte 10
1060 Bruxelles

Votre lettre du

références

Notre référence CNEH/C/12-2015

Annexe(s) 1 fr-nl

Date 18/11/2015

A l'attention de Madame De Block,
Ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique
Tour des Finances - Boulevard du
Jardin Botanique 50/175
1000 Bruxelles

**Concerne : Avis du groupe de travail permanent psychiatrie relatif aux
activités médicales dans les équipes mobiles des projets art. 107
(réf. CNEH/D/PSY/450-3)**

Madame la Ministre,

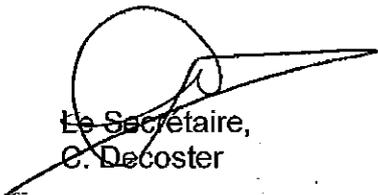
Je vous prie de bien vouloir trouver en annexe l'avis repris sous rubrique.

Cet avis a été discuté lors de la réunion plénière de la Section « Programmation & Agrément » du 8 octobre 2015, et ratifié lors du Bureau à cette même date.

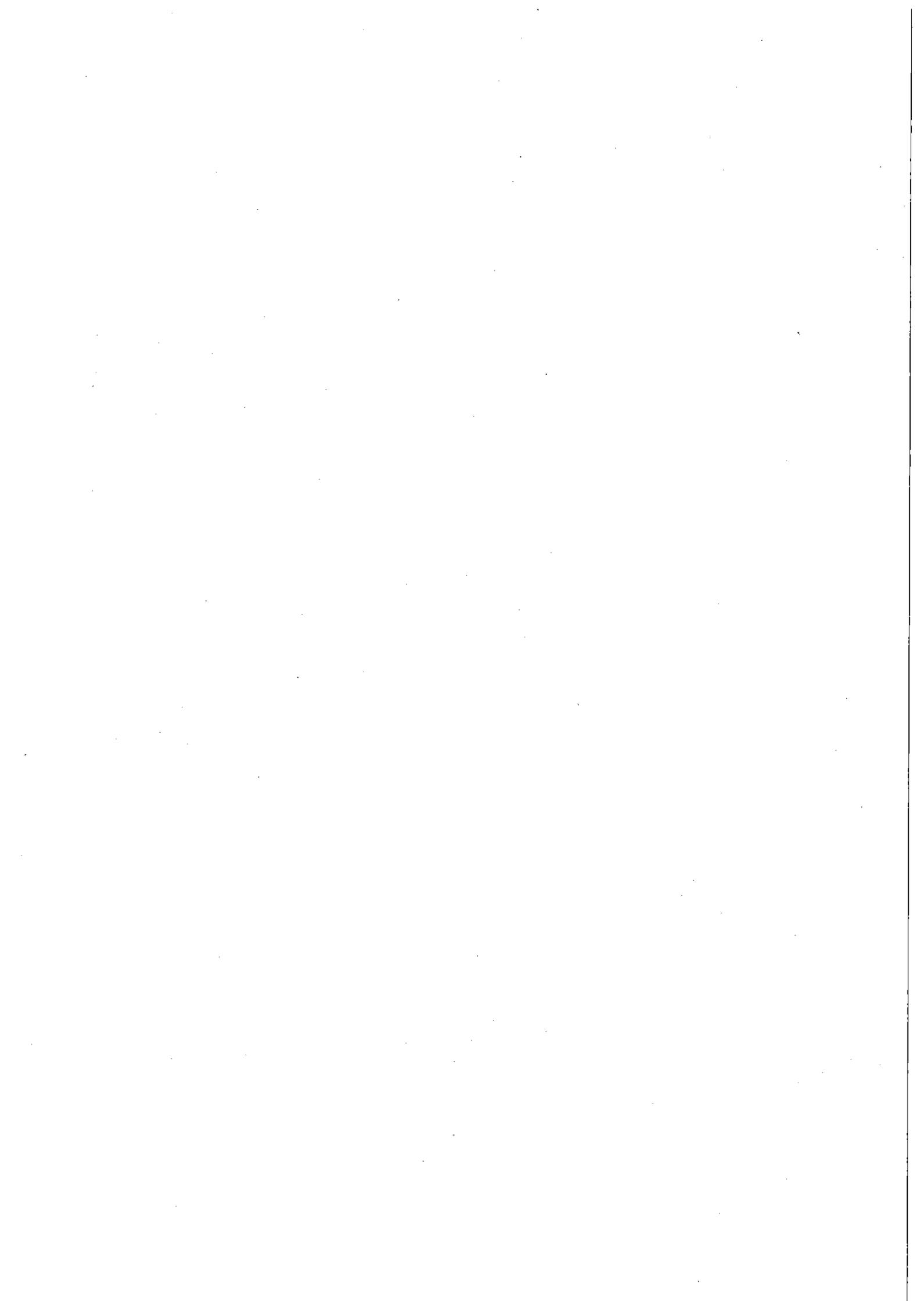
Le Conseil souhaite cependant souligner que les aspects liés à la rémunération repris dans cette avis doivent être lus uniquement comme des recommandations étant donné que le Conseil n'est pas l'organe dans lequel les négociations avec les prestataires ont lieu.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, recevez, Madame la Ministre, l'assurance de ma considération distinguée.

Au nom du Président du CNEH,
M. Peter Degadt



Le Secrétaire,
C. Decoster



AVIS CONCERNANT LES ACTIVITES MEDICALES AU SEIN DES EQUIPES MOBILES PROJETS ARTICLE 107

Le présent avis porte sur les tâches et le financement de la **mission psychiatrique** au sein de la **deuxième fonction** (équipes ambulatoires de traitement intensif pour des problèmes psychiques aigus - 2A - et pour des problèmes psychiques chroniques - 2B -) des cinq fonctions clés définies dans le programme « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » (CIM Santé publique, 26 avril 2010). L'avis est basé sur les pratiques actuelles dans le cadre des projets de l'article 107, sur la description de la fonction médicale par l'autorité et par l'association des médecins en chef des hôpitaux psychiatriques à Bruxelles et en Wallonie et sur les données issues de projets internationaux comparables et de la littérature scientifique.

Dans le cadre des **projets pilotes actuels**, les équipes 2A sont constituées de 12 ETP (16 ETP si l'objectif est d'assurer des soins continus, 24/24 heures et 7/7 jours). Ces équipes gèrent l'accueil de crise et assurent un suivi intensif de 30 patients simultanément pour une durée de 4 à 6 semaines en moyenne. En ce qui concerne les équipes 2B, l'expérience montre que le nombre de 12 ETP est approprié et qu'il permet à cette équipe de suivre un case-load de 150 (maximum 200) patients sur une base annuelle. Pour chaque réseau, il faut au moins prévoir une équipe 2A et une équipe 2B, tel qu'il a été défini. Cependant, la mesure dans laquelle il faut adapter le type et le nombre d'équipes mobiles sera déterminé plus tard sur la base des chiffres de prévalence des troubles psychiatriques graves et sur la base des besoins spécifiques en soins propres à une région.

Afin de réaliser avec succès la mission globale des soins de santé mentale axés sur la communauté, le fonctionnement en équipe s'avère essentiel, c'est la raison pour laquelle il importe que le psychiatre fasse partie intégrante de l'équipe. Au sein de l'équipe interdisciplinaire, ce dernier a dans un premier temps une **mission clinique**. Le psychiatre a un contact direct avec le patient et sa famille dès/avant le début du traitement (de préférence à domicile), il est responsable de l'évaluation, de l'élaboration, de la coordination et du suivi d'un plan de soins individuel avec l'équipe interdisciplinaire et avec le patient ; il coordonne et suit le traitement. Il élabore le dossier médical, veille à la collecte et à l'enregistrement des données statistiques et épidémiologiques demandées (RPM, ...), il rédige les certificats médicaux requis, ... Il est impliqué dans les différentes discussions à propos du patient et avec ce dernier et sa famille, ainsi que dans la concertation relative au patient avec le médecin traitant, le psychiatre traitant, les différents prestataires de soins et les institutions du réseau.

En cas d'intervention en **situation de crise (2A)**, il est généralement le premier et/ou le seul psychiatre consulté et il est responsable, avec l'équipe durant l'intervention de crise (4 à 6 semaines) et il est largement impliqué dans la direction journalière et le suivi du traitement, il planifie les soins de suivi, en concertation avec le médecin traitant/le psychiatre. A la mise en place de **l'accompagnement de longue durée par l'équipe 2B**, le patient suit généralement déjà un traitement psychiatrique. A la suite d'une première évaluation, le psychiatre a au moins un contact par an avec le patient et à chaque fois que cela s'avère nécessaire dans le cadre de l'évaluation. Il peut assurer le traitement ; si le patient bénéficie déjà d'un suivi psychiatrique, l'accompagnement sera régulièrement adapté, en concertation avec le psychiatre traitant et le médecin généraliste.

Le psychiatre **soutient et accompagne l'équipe**, les membres de l'équipe peuvent faire appel au psychiatre et se concerter avec lui sur une base régulière, il propose une supervision et une formation.

Il s'occupe des **contacts avec le réseau**, il prend part aux réunions avec les prestataires d'aide et les représentants des institutions sociales et des services hospitaliers en ce qui concerne la place et le rôle des équipes mobiles, l'organisation et la coordination des soins de santé mentale dans la région. Il soutient la première ligne de soins de santé et il répond à des demandes d'avis du médecin généraliste. Par ailleurs, le psychiatre de l'équipe de crise veille à mettre en place une concertation entre les différents acteurs concernés par les soins de santé mentale et les soins d'urgence qui devra aboutir à des accords précis entre les différents acteurs impliqués dans l'organisation des soins de santé mentale d'urgence.

En outre, le psychiatre a un rôle à jouer dans le **dans le contexte social élargi** en matière de promotion de la santé mentale en vue de la prévention, de la sensibilisation, de l'intervention précoce et de la lutte contre la marginalisation et la stigmatisation.

La politique quotidienne, les aspects opérationnels, la politique de personnel et la supervision du personnel non médical sont assumés par le chef/gestionnaire d'équipe, moyennant des accords précis et une concertation régulière entre le psychiatre et le coordinateur de l'équipe.

Au vu des tâches que le psychiatre doit assumer et compte tenu du fait qu'il est généralement le premier, et parfois le seul psychiatre traitant durant l'intervention de crise, cela nécessite une **activité médicale et une disponibilité de 38 heures par semaine pour l'équipe 2A**. L'activité du psychiatre dans l'équipe 2B sera surtout axée sur l'accompagnement et le soutien de l'équipe et le psychiatre évaluera également régulièrement la situation du patient (contact avec le patient, éventuellement audomicile). Avec une composition et un caseload tel que décrit plus haut, une **activité médicale de 24 heures par semaine pour une équipe 2B** suffirait. Il est important que **l'indemnité financière** de la fonction médicale soit adaptée et comparable à celle des hôpitaux et de la pratique ambulatoire de sorte que les psychiatres motivés puissent être attirés.

Par ailleurs, l'expérience montre que la mise en place du réseau et la collaboration entre les différentes institutions extramurales et intramurales du réseau devient compliquée si de grandes différences existent dans le remboursement de l'activité médicale entre les settings extramurales et intramurales. Par ailleurs, l'indemnité doit permettre de garantir la continuité des soins pendant les week-ends, les congés et les absences. L'avis du CNEH du 9 juillet 2015 relatif à un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins, avis dans lequel une majorité opte pour un financement global axé sur la mission, vu aussi la diversité des missions du psychiatre de l'équipe mobile.

Par réseau, cela représenterait :

- pour une équipe 2A : 38 heures/semaine à raison de 120 euros/heure, ce qui correspond à $38 \times 120 \times 52 = 237.120$ euros.
- pour une équipe 2B : 24 heures/semaine à raison de 120 euros/heure, ce qui correspond à $24 \times 120 \times 52 = 149.760$ euros.

Si le psychiatre de l'équipe 2B intervient en tant que psychiatre traitant, les consultations auront lieu en dehors des heures réservées pour assurer la fonction en tant que psychiatre de l'équipe 2B et elles seront indemnisées en tant que psychothérapie/consultation psychiatrique.

Le financement axé sur la mission globale du médecin doit être lié au **contrôle** des missions réalisées (au moyen d'un rapport dans le dossier médical, de rapports de concertation pluridisciplinaire, du rapport annuel). Il est recommandé que le médecin responsable d'une équipe 2A ou 2B soit attaché à une organisation SSM agréée par l'autorité, partenaire du réseau. Par ailleurs, la place de ce médecin devra être clarifiée à l'avenir par l'adaptation de l'AR n° 407.

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

BRUXELLES, le 8 OCTOBRE 2015

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ

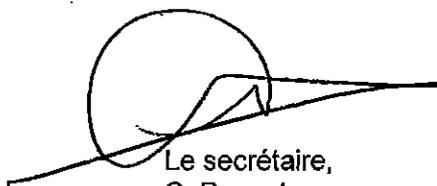
CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Groupe de travail Permanent "psychiatrie"

Réf. : CNEH/D/PSY/450-3 (*)

**AVIS RELATIF AUX ACTIVITÉS MÉDICALES DANS LES
ÉQUIPES MOBILES DES PROJETS
«ARTICLE 107»**

Au nom du président,
M. Peter Degadt



Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 8 octobre 2015

Le programme « vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » a pour but, via la création de réseaux de soins interorganisationnels dans des champs d'action autodélimités, de mieux adapter l'offre de soins aux besoins des (jeunes) adultes de 16 à 65 ans présentant une (un risque de) vulnérabilité mentale. Une offre de soins mieux adaptée doit assurer la continuité des soins et déboucher sur une meilleure réintégration des personnes présentant une vulnérabilité psychique dans la société. Les réseaux de soins doivent être concrétisés par la réallocation des moyens actuels via l'article 107 et concordent avec les objectifs de l'article 11 de la loi sur les hôpitaux et d'autres établissements de soins (Wijkmans e.a. 2015).

Le cadre général de la réforme est illustré dans le « Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins » (CIM Santé publique, 26 avril 2010). Ce cadre général décrit les principes de base à partir de cinq fonctions clés.

- Fonction clé 1 : activités relatives à la prévention et à la promotion des SSM, à la détection prématurée, au screening et à la pose de diagnostic.
- Fonction clé 2 : équipes de traitement intensif ambulantes pour les personnes souffrant de problèmes psychiques aussi bien chroniques qu'aigus.
- Fonction clé 3 : équipes de réhabilitation qui travaillent sur la restauration et l'inclusion sociale.
- Fonction clé 4 : unités de traitement résidentielles intensives aussi bien pour les personnes souffrant de problèmes psychiques aigus que chroniques lorsqu'une admission est nécessaire.
- Fonction clé 5 : formes de logement spécifiques où les soins peuvent être proposés si l'environnement domestique ou l'environnement domestique de substitution ne le permet pas.

La seconde fonction (équipes de traitement intensif ambulantes pour les problèmes psychiques chroniques et aigus) porte sur les équipes de traitement dans l'environnement domestique.

Il s'agit d'une part des équipes (2A) qui s'adressent aux personnes dans une situation aiguë ou sous-aiguë. Il s'agit donc de la création d'un service mobile qui peut intervenir directement et de manière intensive dans des situations de crise. Ce service mobile offre donc une alternative à une admission à l'hôpital.

A celles-ci s'ajoutent d'autre part les équipes (2B) qui s'adressent aux personnes souffrant de problèmes psychiatriques chroniques. Cette fonction introduit une nouvelle forme de soins de santé mentale. Elle sera plus rapidement accessible et proposera des soins adaptés aux personnes dans leur environnement domestique. L'intensité et la durée d'une intervention par un tel service sera adaptée pour les patients souffrant d'une problématique chronique.

Cette nouvelle forme de soins fera concorder ses actions avec la première fonction, tout en y ajoutant les aspects de l'expertise et de la mobilité. Cette collaboration est assurée de manière structurée et s'inscrit dans le cadre d'une approche générale. Sur la base des besoins individuels du demandeur de soins et en vue de la continuité des soins, les fonctions décrites ci-dessous peuvent également y adhérer.

Cet avis concerne la tâche et le financement de la fonction psychiatrique au sein des équipes mobiles 2A et 2B et s'inscrit dans le contexte plus large de l'action et de la mission de ces équipes mobiles, dont le psychiatre fait partie intégrante.

Introduction

Pour commencer, un résumé de la littérature scientifique esquisse la fonction du psychiatre au sein de l'organisation des SSM axés vers la communauté, on renvoie à la description de la fonction par les pouvoirs publics et par l'association des médecins en chef des hôpitaux psychiatriques à Bruxelles et en Wallonie (cf. annexe), et on donne un aperçu du remplissage de la fonction dans l'action actuelle des projets « article 107 ».

Résumé de la littérature relative à la fonction de psychiatre

La réforme des SSM, qui est introduite par les projets « article 107 » et telle que décrite dans la littérature, vise le traitement et l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques dans la société, en assurant une concordance aussi grande que possible avec les besoins, les possibilités et les attentes du patient individuel, dans son propre environnement et en étant aussi proche que possible de l'environnement du patient. Outre l'accompagnement médico-psychiatrique et psychologique, l'accueil et l'accompagnement sociaux par rapport au logement et au travail et relatifs à l'intégration socioculturelle plus large font aussi partie des soins. Par ailleurs, dans une vision axée sur le rétablissement, le patient est impliqué avec son expérience dans la planification et la mise en œuvre de l'accompagnement et l'accent est déplacé des symptômes et des dysfonctionnements vers les points forts et les possibilités du patient.

Afin que cette mission globale des SSM orientés vers la communauté soit menée à bien, il est essentiel d'assurer un travail d'équipe efficace, afin de garantir la continuité des soins, une vision globale et différenciée sur les différentes forces du patient sur son réseau et difficultés et sur le réseau du patient, et une approche reprenant une vaste gamme de compétences et d'aptitudes, tout en veillant à ce qu'un soutien mutuel, la formation et la préparation soient possibles pour les membres de l'équipe. Il est donc important que le psychiatre fasse effectivement partie intégrante de cette équipe et que de bons accords soient conclus en ce qui concerne son rôle de responsable de l'activité clinique et de dirigeant/coordonateur de l'équipe ou non. Il est ressorti d'une enquête que les experts s'accordaient à dire que l'implication et la collaboration du psychiatre étaient des éléments cruciaux pour le travail de l'équipe (équipe de santé mentale communautaire, équipe mobile, équipe de proximité assertive, équipe de crise, équipe d'intervention précoce, etc.) en vue d'assurer des SSM axés sur la communauté efficaces. (Burns e.a. 2001), et l'une des six caractéristiques, communes à l'action des « home treatment teams » dans différents pays, est qu'un psychiatre en fait partie intégrante. (Wright e.a. 2004, Burns e.a. 2006).

D'après Rosen (2006), le psychiatre en tant qu'expert médical dans une équipe interdisciplinaire assure d'une part essentiellement un rôle dans l'évaluation, l'étude et le traitement des maladies et des troubles médicaux ainsi qu'au niveau du rapportage médical et d'autre part une responsabilité légale notamment en ce qui concerne la fourniture d'attestations pour les assurances, les employeurs, les tribunaux, etc. Il participe à l'évaluation holistique (bio-psycho-sociale) des individus et des familles qui demandent de l'aide (collecte d'informations, processus décisionnel et prise de décision) et dresse avec l'équipe interdisciplinaire et le patient un plan de soins et d'accompagnement individuel. Il peut aussi proposer une formation sur les troubles mentaux, les interactions avec des maladies physiques, les sujets éthiques et médico-légaux, la base biologique des médicaments psychotropes, etc. Il peut également continuer d'étendre ses connaissances en développant de l'expertise dans plusieurs domaines qui ne sont pas approfondis dans la formation psychiatrique traditionnelle afin de les utiliser dans une approche holistique intégrée.

D'autre part, le psychiatre doit aussi jouer un rôle dans la promotion de la santé mentale et du bien-être dans la communauté, et ce en collaboration avec d'autres disciplines, utilisateurs et institutions en vue d'assurer la prévention, la sensibilisation et une intervention précoce, mais aussi dans le cadre de la lutte contre la marginalisation et la stigmatisation.

On indique que les équipes communautaires sont structurées de manière moins hiérarchique que dans le contexte hospitalier, que l'on travaille de préférence par consensus (Burns 2005) et que l'on accepte de plus en plus, bien que ce ne soit pas dans la même mesure, que les membres des équipes de différentes disciplines assument des responsabilités dans la prise de décisions importantes en ce qui concerne les patients, tandis que ceux-ci recourent régulièrement à la possibilité d'avoir une discussion avec un psychiatre en cas de problème. Plusieurs décisions ressortent toujours de la responsabilité du psychiatre, comme la prescription de médicaments, les décisions relatives à des situations psychiatriques aiguës et/ou lorsque des aspects médicaux sont mis en avant (Kent e.a. 2005, Rosen 2006), tandis que le contrôle de l'accent clinique et la résolution des divergences d'opinion à propos des priorités cliniques sont généralement un rôle assumé par un psychiatre. (Burns 2004)

La politique quotidienne, les aspects opérationnels, la politique relative au personnel et la supervision du personnel non médical sont de plus en plus assumés par le chef d'équipe (Burns 2004). Des accords clairs et une concertation régulière entre le psychiatre et le coordinateur d'équipe débouchent sur une combinaison opérationnelle de compétences et de fonctions, de sorte que le processus décisionnel clinique, le suivi de la qualité, la supervision, la planification et l'administration sont garantis. (Herman e.a. 1999, RANZCP 2002)

Le texte plus détaillé (résumé de la contribution du Prof dr. Pieters) est repris à l'annexe 1.

Description de la fonction de psychiatre dans les projets de l'art. 107

La fonction de psychiatre dans le cadre des équipes 2A et 2B a été décrite par C. Decoster (SPF Santé publique, Directeur général des Soins de Santé) à la réunion de la VVP du 19 juin 2012 et est reprise à l'annexe 2.

Une description des missions du psychiatre a également été dressée par les médecins en chef des hôpitaux psychiatriques de Bruxelles et de Wallonie et est reprise à l'annexe 3.

Un questionnaire soumis en février 2014 par M. Coture (SPF Santé publique, coordinateur adjoint Réforme SSM adultes) à 42 psychiatres et 31 chefs d'équipe de 19 projets (30 équipes 2A et 38 équipes 2B) sur le rôle du psychiatre dans les équipes mobiles a donné une image du remplissage actuel de ce rôle et du remplissage (futur) qu'ils souhaitaient pour ce rôle.

En ce qui concerne l'activité clinique stricto sensu, l'enquête a permis d'apprendre que dans chaque équipe, le psychiatre souhaite avoir un contact direct avec le patient et que la visite à domicile est considérée comme une plus-value. Surtout dans les équipes 2A, le psychiatre pose le diagnostic et lance le traitement ; ils souhaitent continuer d'assumer ce rôle à l'avenir tandis que c'est moins clairement le cas dans l'équipe 2B. On ne choisit pas que le psychiatre des équipes mobiles devienne le psychiatre traitant, mais on souligne qu'une bonne collaboration avec le psychiatre traitant s'il y en a un et surtout avec le médecin de famille est importante, et que la collaboration avec les acteurs dans le réseau plus large devait être plus développée.

En ce qui concerne le rôle de supervision et de coordination, il s'avère que le psychiatre (2A et 2B) participe à l'entretien d'équipe relatif au patient et qu'il veut intensifier ce rôle à l'avenir ; dans les entretiens qui ne sont pas liés au patient, l'implication est variable, mais 2/3 des psychiatres veulent assumer une plus grande activité dans ce rôle à l'avenir. Dans la situation actuelle, le psychiatre affirme diriger l'équipe, la superviser et la coordonner, bien que les chefs d'équipe ne partagent pas

complètement cet avis. Le psychiatre participe à l'évaluation et à la poursuite du développement stratégique, un rôle qu'il veut continuer d'assumer (moins exprimé dans la politique de personnel). De manière générale, on affirme que le temps du psychiatre est à présent limité et que donc, l'accent est surtout mis sur l'intervision/supervision de l'équipe en fonction des aspects directement liés au patient, que les contacts avec les partenaires passent surtout par les membres de l'équipe et que le psychiatre joue plutôt un rôle de conseiller de politique dans les activités non liées au patient. La collaboration entre le psychiatre et l'équipe et celle avec le psychiatre traitant et le médecin de famille est considérée comme cruciale. La discussion lors de laquelle le traitement/soutien du patient est évalué et où l'on décide de ce qui est nécessaire est un événement multidisciplinaire auquel le psychiatre participe. En ce qui concerne le rôle de superviseur/coordonateur et la politique générale de l'équipe, il est important que le psychiatre travaille en tandem avec le responsable de l'équipe, qui assume une fonction hiérarchique au sein de celle-ci.

Il est évident qu'il existe une différence entre la situation souhaitée et la situation actuelle, ce qui est lié au nombre d'heures limité dont le psychiatre dispose à présent.

Avis relatif à la fonction de psychiatre dans les équipes mobiles

L'avis a été préparé dans un groupe de travail ad hoc composé de membres du groupe de travail permanent psychiatrie (dr. J. Peuskens, R. De Rycke, D. Henrard, I. Moens, dr. J. Boydens, S. Houyoux, R. Thys, M. Vandervelden), d'experts (Dr. G. Bosma, président VVAPZ, dr. J.L. Feys, président de l'association des médecins en chef des hôpitaux psychiatriques de Bruxelles et de Wallonie, dr. J. De Fruyt, président VVP) ainsi que de P. De Bock et M. Coture (SPF Santé publique) et il a ensuite été présenté au groupe de travail permanent pour discussion. Le Dr. G. Pieters a résumé la littérature scientifique relative au rôle du psychiatre dans les SSM axés sur la communauté.

Il convient de noter à ce niveau que les différentes équipes mobiles qui ont été mises en place dans le cadre expérimental des projets « article 107 » ne présentent (toujours) aucune uniformité en ce qui concerne le besoin de soins des patients inclus, l'offre de soins concrète, la collaboration concrète avec d'autres acteurs et le positionnement au sein du réseau.

Il est évident que la description exacte des tâches de la fonction psychiatrique dépendra de la réglementation finale par rapport aux équipes mobiles. En anticipant ce fait, l'avis partira des pratiques actuellement présentes dans les projets « article 107 » et des données tirées de projets internationaux comparables ainsi que de la littérature scientifique. On souhaite de cette manière indiquer aussi concrètement que possible la contribution de la fonction psychiatrique dans les différents domaines de résultat dans la mission globale des équipes mobiles.

1. Fonction du psychiatre dans les équipes mobiles

1.1. Fonction clinique relative au traitement du patient

Il ressort de la littérature et de la description de la fonction du psychiatre ainsi que du questionnaire sur l'action actuelle et souhaitée des équipes mobiles quelle est l'importance qui est accordée au rôle du psychiatre dans les activités de l'équipe mobile.

Il participe à l'évaluation, à la planification, au suivi du traitement et veille à ce que l'on tienne compte d'un point de vue médico-psychiatrique, psychologique et social des besoins et des possibilités de la personne à part entière et de son réseau. Dans cette approche holistique, il implique activement le patient et sa famille et il souligne les points forts et les possibilités du patient, il stimule et favorise la reprise en charge du rôle et l'intégration au sens large dans le contexte social (logement, travail, niveau socioculturel) en utilisant une approche multimodale possible grâce aux compétences et aptitudes diverses et variées de l'équipe multidisciplinaire.

Il est impliqué dans les différentes discussions menées avec et sur le patient ainsi que dans la concertation relative au patient menée avec les différents assistants et institutions du réseau ; il entretient des contacts avec le patient, sa famille, les prestataires de soins, etc.

Il est responsable de la rédaction du dossier médical, veille à la collecte et à l'enregistrement des données statistiques et épidémiologiques demandées (RPM, etc.), rédige les attestations médicales exigées, etc.

Au début de l'accompagnement, il veille à ce que le patient réponde aux critères d'inclusion et lors du suivi de l'accompagnement; il tente d'évaluer la nécessité de la poursuite de l'accompagnement par l'équipe mobile et si/comment une orientation vers un autre assistant est possible. Ces actions doivent permettre d'employer les moyens de manière adéquate et de limiter autant que possible les éventuelles listes d'attente.

Il participe à l'étude qui évalue les effets et la qualité de la prestation de soins.

Le psychiatre veille en outre en tant qu'expert médical aux aspects psychiatriques et médico-somatiques spécifiques et le cas échéant, il prescrit le traitement pharmacologique et en suit les effets et effets secondaires.

L'implication directe, pratique au niveau de la pose du diagnostic et de la mise en place et du suivi du traitement diffèrera selon qu'il s'agisse d'une intervention pour une crise dans le cadre d'une action 2A ou d'un suivi avec une équipe 2B. En cas d'intervention pour une situation de crise, il est généralement le premier et/ou le seul psychiatre consulté et il a de préférence un premier contact avec le patient à domicile ; il évalue la faisabilité de l'intervention à domicile et la nécessité d'hospitalisation. La fréquence des consultations sera adaptée à la nature et à la gravité, ainsi qu'à l'évolution de la crise, à la nécessité d'instaurer et de suivre un traitement pharmacologique et le soutien psychothérapeutique, à la possibilité de collaborer avec le médecin de famille et/ou le psychiatre traitant, à la demande de soutien de l'équipe multidisciplinaire. L'intervention de crise dure en moyenne 4 à 6 semaines et durant cette période, le psychiatre est responsable du traitement en concertation avec le médecin de famille et éventuellement avec le psychiatre traitant. Il entretient ou prend contact avec le médecin de famille et d'autres prestataires de soins du réseau afin que, dès que c'est possible, le traitement puisse être transmis pour la poursuite du suivi.

Bien que le psychiatre de l'équipe 2A intervienne en cas de crise et que les urgences soient traitées par les services d'urgence des hôpitaux généraux ou psychiatriques, il convient que le psychiatre soit impliqué dans l'organisation de l'assistance d'urgence et qu'il veille à assurer la collaboration entre l'équipe de crise et le service d'urgence.

En vue de l'organisation de la continuité des soins au service des urgences, dans les unités d'hospitalisation et dans les infrastructures hors de l'établissement, le psychiatre de l'équipe de crise veillera à mettre en place une concertation qui devra aboutir à des accords entre les différents acteurs impliqués dans les SSM d'urgence. S'agissant des hôpitaux, ces accords pourront être ajoutés et intégrés dans les conventions de collaboration requises dans le cadre des critères d'agrément des différents services hospitaliers. L'avis du CNEH du 8 avril 1999 relatif au contenu et à l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence, qui soulignait déjà l'importance de la collaboration entre les partenaires dans le cadre des SSM d'urgence, peut être une source d'inspiration.

Au lancement de l'accompagnement de longue durée, le psychiatre de l'équipe 2B a préalablement/au lancement du traitement directement contact, de préférence à domicile, avec le patient et avec sa famille ; ensuite, cela se fait au moins une fois par an et à chaque fois que l'équipe multidisciplinaire ou lui-même le juge nécessaire. Si le patient n'est pas en traitement chez un psychiatre, le psychiatre de l'équipe 2B peut assumer le traitement en attendant que le patient soit renvoyé, en concertation avec lui et les membres de l'équipe, vers un autre psychiatre traitant. Si le patient est déjà suivi d'un point de vue psychiatrique au début, l'accompagnement sera régulièrement mis au point en étroite concertation avec le psychiatre traitant. Le médecin de famille sera aussi informé du traitement et impliqué dans celui-ci et si le patient n'est pas suivi par un médecin de famille, on en cherchera un en concertation avec le patient.

1.2. Accompagnement de l'équipe mobile

L'accompagnement et la direction de l'équipe multidisciplinaire seront assurés en étroites collaboration et concertation entre le psychiatre et le coordinateur/responsable de l'équipe.

Le psychiatre peut soutenir et améliorer l'expertise (psychiatrique) de l'équipe à l'aide de séminaires portant sur les sujets suivants : les syndromes psychiatriques spécifiques, l'action, les effets et effets secondaires des psychotropes, les aspects des maladies somatiques comorbides (qui apparaissent plus fréquemment avec les syndromes psychiatriques et qui limitent fortement la qualité et l'espérance de vie). Les problèmes dans un contexte clinique et psychiatrique plus large, comme faire face aux (menaces de) suicides et le traitement des troubles psychotiques, l'approche de l'abus de médicaments, le suivi des patients sous défense sociale, le lancement et le suivi du traitement obligatoire, etc., les problèmes éthiques comme le traitement du secret professionnel et le partage des informations, etc.

Le psychiatre est du reste impliqué dans:

- l'organisation et la coordination de l'action
- le traitement et la prévention des listes d'attente
- le suivi de la composition de l'équipe
- les décisions relatives au nombre de qualifications et aux compétences des membres de l'équipe
- l'évaluation et le contrôle de la qualité des services
- la rédaction du rapport d'activité

1.3. *Contacts avec le réseau et représentation dans un contexte social plus large*

Dans le comité de réseau, les réunions avec les promoteurs et les partenaires du projet et dans les réunions avec les autres prestataires de soins du réseau, le psychiatre soumet un rapport sur l'action de l'équipe mobile, il discute des nouvelles initiatives et du développement des activités.

Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux réunions avec les autres assistants et représentants des institutions sociales et des services hospitaliers en ce qui concerne la place et le rôle de l'équipe mobile, l'organisation et la coordination des SSM dans la région.

Il soutient les soins de santé de première ligne, est joignable pour les demandes d'avis du médecin de famille de la région et il accorde de l'attention aux besoins des familles et des aidants directs, aux possibilités de travail bénévole.

Dans les cercles de qualité locaux des médecins de famille et des psychiatres, il présente l'action de l'équipe mobile et défend la réorganisation innovante des SSM, du point de vue bio-psycho-social ainsi que de l'approche multimodale des équipes mobiles pluridisciplinaires.

Dans le contexte social plus large, il s'investit dans la promotion de la santé mentale et des soins de santé mentale, l'émancipation de la personne souffrant de problèmes psychiatriques, la lutte contre la marginalisation et la stigmatisation.

2. **Composition des équipes**

Dans les projets pilotes, les équipes 2A sont composées de 12 ETP. On indique que ce chiffre est insuffisant pour exécuter la mission, surtout si l'on veut aussi assurer des soins continus (24h/24, 7j/7), car dans ce cas, une occupation d'au moins 16 ETP serait nécessaire pour une équipe 2A et ce chiffre devrait être adapté pour l'inclusion de 20 à 30 patients par mois. L'expérience apprend cependant que les équipes 2A sont jusqu'ici très peu sollicitées la nuit. On peut dès lors se demander si l'investissement en personnel pour une telle permanence serait justifié.

Enfin, la composition et le fonctionnement de l'équipe dépendront également des accords et de l'organisation des soins de santé mentale d'urgence dans la région reprise au point 1.1. et devront y être incorporés.

Bien que les comparaisons avec les organisations à l'étranger soient difficiles en ce qui concerne les qualifications du personnel et la mission spécifique des équipes, une «Crisis resolution and home treatment team» semble être composée à Londres de 14 ETP pour une population de 150.000 habitants (Mc. Glynn 2006), tandis qu'à Birmingham, une «Home treatment team» qui gère la crise se compose de 15 ETP pour un caseload actif de 20 patients. (Morris 2009)

En ce qui concerne les équipes 2B, l'expérience actuelle semble apprendre que 12 ETP est un nombre adapté pour pouvoir assurer un bon fonctionnement de l'équipe. Cependant, étant donné le grand nombre de demandes d'accompagnement, le nombre d'équipes devra être revu à la hausse.

On retrouve dans la littérature plusieurs références relatives à la taille d'une équipe. « La taille d'une équipe est un élément important pour le fonctionnement efficace d'une équipe. Il n'existe aucune règle fixe pour définir le nombre de membres d'une équipe, l'expérience démontre qu'une équipe doit être suffisamment grande pour offrir une combinaison de compétences adaptée, également si des membres de l'équipe sont absents, alors qu'il est plus difficile de travailler avec

une équipe trop grande et que beaucoup de temps est consacré à la bonne communication et au transfert de données. Une équipe de 12 membres semble être indiquée » (Burns & Finn, 2002). « Il semble difficile de maintenir une équipe de moins de six ETP et de prévoir une gamme suffisante de compétences et de compenser les absences pour maladie, congé, formation, etc., tandis que dans les équipes de plus de 15 membres, les tâches relatives à l'organisation et au transfert d'informations compliquent le travail clinique, la précision de l'accent est perdue et les limites des responsabilités deviennent très complexes. » (Burns 2004)

3. Caseload

Lors de la définition du caseload, il convient de tenir compte de la gravité de la pathologie psychiatrique du groupe cible, de la situation géographique et des problèmes relatifs aux déplacements, sinon il existe un risque que les équipes se limitent à l'accompagnement des patients souffrant de problèmes moins graves et/ou à ce qu'ils soient uniquement reçus dans le bureau de consultation plutôt que d'assurer des visites à domicile.

Le nombre de patients pouvant être suivis intensivement en même temps par une équipe 2A semble être fixé dans les projets actuels à maximum 30 environ, tandis que la composition de l'équipe doit y être adaptée.

Pour l'équipe 2B (12 ETP), le nombre de 150 (maximum 200 patients) par an est proposé, si les équipes se consacrent surtout à l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiatriques graves.

Une équipe de 12 ETP et selon la gravité du trouble psychiatrique, le patient doit souvent être rencontré une à deux fois par semaine, généralement avec deux accompagnateurs. La visite de 150 à 175 patients serait assurée une fois par semaine par deux accompagnateurs si en moyenne 5 à 6 visites à domicile/jour étaient assurées par les accompagnateurs. Il convient (pour estimer si c'est possible) de tenir également compte de la durée du déplacement, de l'accompagnement du patient vers d'autres institutions ou activités, de réunions, formations, congés, interactions avec d'autres prestataires de soins du réseau, etc.

Il est en outre évident que tous les patients n'ont pas besoin d'un accompagnement aussi intensif pendant toute la période. Il est cependant clair que le nombre de 150 (à 200) patients dont l'équipe s'occupe activement dans le cadre des soins ne peut pas être dépassé.

Test indique que le rapport personnel/patients doit être plutôt limité et inférieur à 1/15. (Test, 1992 à Kent e.a. 2005)

4. Nombre d'équipes

Actuellement, le nombre d'équipes mobiles est insuffisant pour répondre aux besoins et aux demandes. Plusieurs équipes ont en outre déjà des listes d'attente, si bien que les soins doivent être reportés de plusieurs mois. Il faut donc augmenter le nombre d'équipes. Il faut prévoir au moins une équipe 2A et une équipe 2B pour chaque réseau. La mesure dans laquelle le type et le nombre d'équipes mobiles devront être adaptés, devra toutefois être déterminée une fois que le réseau et les différentes fonctions auront été développés, et devra se faire sur base des taux de prévalence de troubles psychiatriques graves et sur base des besoins spécifiques en soins propres à la région.

5. Activité médicale

Vu la multitude et le nombre de missions qu'un psychiatre d'une équipe 2A doit assumer et étant donné qu'il est généralement le premier et parfois le seul psychiatre traitant pendant toute l'intervention de crise et vu la gravité de la symptomatologie, cela exige une activité médicale de 38 heures par semaine, ce qui permet pendant cette période d'être disponible en continu et d'assurer la direction et la coordination de l'équipe ainsi que le traitement des patients (sans se limiter aux

aspects pharmacologique), outre le développement et l'entretien des contacts nécessaires avec les autres assistants et institutions du réseau.

En ce qui concerne l'activité médicale dans l'équipe 2B, étant donné que la plupart des patients sont déjà suivis par un autre médecin ou psychiatre traitant que celui lié à l'équipe 2B, le psychiatre sera moins directement impliqué dans le traitement et l'activité sera surtout orientée sur l'accompagnement et le soutien de l'équipe, même si le psychiatre évaluera la situation du patient au départ, au moins une fois par an et sur demande des membres de l'équipe. On prévoit que pour une équipe 2B présentant une composition et un caseload tels que ceux susmentionnés, une activité de 24 heures par semaine devrait suffire.

En se fondant sur différents éléments, il est possible d'évaluer l'activité du psychiatre de l'équipe 2A/2B en termes de contenu des tâches décrites aux points 1.1 à 1.3 inclus (fonction clinique relative au traitement du patient, accompagnement de l'équipe mobile, contacts avec le réseau et représentation dans un contexte social plus large).

- Le psychiatre de l'équipe 2A dresse le dossier médical dans lequel on retrouve l'entretien de préadmission et l'évaluation du trouble psychiatrique et du contexte psychosocial du patient, ainsi que le plan de traitement élaboré (d'un point de vue psychopharmacologique, psychothérapeutique et psychosocial) après concertation avec l'équipe, le patient, l'entourage et les prestataires de soins concernés, et le suivi. Le dossier médical fait rapport des contacts cliniques ultérieurs avec le patient, des visites à domicile ainsi que de la participation à la concertation multidisciplinaire liée au patient et de la concertation entre le psychiatre (et l'équipe 2A) et le médecin généraliste, et éventuellement le psychiatre traitant en ce qui concerne le déroulement du traitement et, plus spécifiquement, le transfert vers d'autres prestataires et institutions de soins pour le suivi et le traitement ultérieurs après l'intervention de crise. Le psychiatre se charge de l'enregistrement du RPM et rédige le rapport médical annuel. Le rapport médical annuel fait e. a. rapport de sa participation à la concertation sur la stratégie et la composition de l'équipe, de ses initiatives et de son implication dans la formation et le recyclage de l'équipe, et de la concertation avec le réseau, surtout en ce qui concerne les SSM d'urgence et le plan d'aide urgente dans la région.

- Le psychiatre de l'équipe 2B dresse le dossier médical dans lequel on retrouve l'entretien de préadmission et l'évaluation du trouble psychiatrique et du contexte psychosocial du patient, ainsi que le plan de traitement élaboré (d'un point de vue psychopharmacologique, psychothérapeutique et psychosocial) après concertation avec l'équipe, le patient, l'entourage et les prestataires de soins concernés, et le suivi. Le dossier médical fait rapport du contact annuel minimum et des contacts cliniques ultérieurs éventuels avec le patient, des visites à domicile ainsi que de la participation à la concertation multidisciplinaire liée au patient et de la concertation entre le psychiatre (et l'équipe 2B) et le médecin généraliste et le psychiatre traitant en ce qui concerne le déroulement du traitement, la nécessité d'un accompagnement ultérieur par l'équipe 2B et, plus spécifiquement, en ce qui concerne le transfert vers d'autres prestataires et institutions de soins pour le suivi et le traitement ultérieurs après la prise en charge par l'équipe 2B. Le psychiatre se charge de l'enregistrement du RPM et rédige le rapport médical annuel. Le rapport médical annuel fait e. a. rapport de sa participation à la concertation sur la stratégie et la composition de l'équipe, de ses initiatives et de son implication dans la formation et le recyclage de l'équipe, et de la concertation avec le réseau.

Bien que dans les projets actuels, un rôle soit attribué au médecin en chef, par exemple pour l'organisation de l'attente et le suivi de l'activité médicale, celui-ci devra être repensé à l'avenir. Si pour le moment, les moyens sont générés par la conversion du financement des hôpitaux psychiatriques et que les psychiatres des équipes mobiles font généralement partie du personnel médical de ces hôpitaux, il se peut que ce ne soit plus le cas à l'avenir et que le lien avec le médecin

en chef d'un hôpital psychiatrique ne soit plus aussi clair. Les projets sont actuellement en plein développement, il est toutefois recommandé que le médecin responsable d'une équipe 2A ou 2B soit attaché à une organisation SSM agréée par l'autorité, partenaire dans le réseau. La place de ce médecin devra en outre être clarifiée à l'avenir par l'adaptation de l'AR n° 407.

6. Financement de l'activité médicale

Pour rappel, l'accord de gouvernement fédéral du 10 octobre 2014 sur la valorisation de la nomenclature médicale stipule que : « ... Dans la foulée, une révision et une simplification approfondies de la nomenclature sera effectuée. Les tarifs sont adaptés de manière transparente au prix de revient réel de la prestation, les différences injustifiées de niveau d'honoraires entre les diverses disciplines médicales sont supprimées. Les prestations intellectuelles (en particulier pour les disciplines en pénurie), l'harmonisation réciproque, la concertation et la coordination dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire sont mieux honorées. La réévaluation doit fournir des incitants à la productivité et à la spécialisation. »

Il est important que l'indemnité financière de la fonction médicale soit adaptée et comparable à celle des hôpitaux et de la pratique ambulatoire de sorte que les psychiatres motivés puissent être attirés. Par ailleurs, ces dernières années, l'expérience montre que la mise en place du réseau et la collaboration entre les différentes institutions extramurales et intramurales du réseau devient compliquée si de grandes différences existent dans le remboursement de l'activité médicale entre les settings extramuraux (activité policlinique, centres de soins de santé mentale) et intramuraux (service de psychiatrie en hôpital général, hôpital psychiatrique général).

Par ailleurs, l'indemnité doit permettre de garantir la continuité des soins pendant les week-ends, les congés et les absences.

Enfin, nous renvoyons à l'avis du CNEH du 9 juillet 2015 relatif à un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins, avis dans lequel une majorité opte pour un financement global axé sur la mission plutôt que pour une indemnité à l'acte, vu aussi la diversité des missions du psychiatre de l'équipe mobile.

Si l'on fait la comparaison avec l'indemnité du psychiatre pour une consultation psychothérapeutique ambulante (96 euros/heure), d'une part, et avec l'indemnité pour l'activité médicale dans un setting hospitalier, d'autre part, et tenant compte de la complexité et la variété des missions, la plus grande responsabilité, les difficultés propres à son activité pluridisciplinaire, la nécessité d'organiser la continuité des soins (week-end, nuit, congés) et les déplacements à domicile, cela semble justifier la prévision d'une indemnité de 120 €/h.

Par réseau, cela représenterait :

- pour une équipe 2A : 38 heures/semaine à raison de 120 euros/heure, ce qui correspond à $38 \times 120 \times 52 = 237.120$ euros.
- pour une équipe 2B : 24 heures/semaine à raison de 120 euros/heure, ce qui correspond à $24 \times 120 \times 52 = 149.760$ euros.

Le montant actuellement prévu de 225.000 euros pour une équipe 2A et une équipe 2B est uniquement calculé selon les honoraires de surveillance épargnés dans le cadre des lits retirés de l'exploitation, et ne tient pas compte des honoraires qui concernent notamment les rapports pluridisciplinaires et le rapport d'admission et de sortie. Ceux-ci peuvent être estimés comme étant près de 30% supérieurs aux honoraires de surveillance épargnés.

Le financement axé sur la mission globale du médecin doit être lié au contrôle des missions réalisées (comme mentionné au chapitre 5). À l'avenir, dans le cadre du dossier relatif au réétalonnage de la nomenclature, il faudra tenir compte des éléments énumérés ci-dessus quant à une appréciation

plus équitable et plus adaptée des activités du psychiatre, et du développement d'un financement axé sur la mission globale.

Si le psychiatre intervient en tant que psychiatre traitant, les consultations auront lieu en dehors des heures réservées pour assurer la fonction en tant que psychiatre de l'équipe 2B et elles seront indemnisées en tant que psychothérapie/consultation psychiatrique.

Dans ce même ordre d'idées, nous plaidons en faveur d'une indemnité analogue pour toutes les formes de soins et (sous-)groupes-cibles. Nous estimons dès lors qu'il n'est pas justifié de prendre aujourd'hui comme point de départ pour le groupe-cible des enfants et adolescents, une indemnité (88 euros/heure) inférieure à, par exemple, celle appliquée dans le cadre de l'activité clinique ambulatoire.

Annexes

1 Littérature

La réforme des SSM, qui est introduite par les projets pilotes « 107 » et telle que décrite dans la littérature, vise le traitement et l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques dans la société, en assurant une concordance aussi grande que possible avec les besoins, les possibilités et les attentes du patient individuel, dans son propre environnement et en étant aussi proche que possible de l'environnement du patient. Outre l'accompagnement médico-psychiatrique et psychologique, l'accueil et l'accompagnement sociaux par rapport au logement et au travail et relatifs à l'intégration socioculturelle plus large font aussi partie des soins. Par ailleurs, dans une vision axée sur le rétablissement, le patient est impliqué avec son expérience dans la planification de l'accompagnement et l'accent est déplacé des symptômes et des dysfonctionnements vers les points forts et les possibilités du patient.

Afin que cette mission globale des SSM orientés vers la communauté soit menée à bien, il est essentiel d'assurer un travail d'équipe efficace, afin de garantir la continuité des soins, une vision globale et différenciée sur les différentes difficultés et sur le réseau du patient, et une approche reprenant une vaste gamme de compétences et d'aptitudes, tout en veillant à ce qu'un soutien mutuel, la formation et la préparation soient possibles pour les membres de l'équipe. Un travail d'équipe efficace débouche sur un meilleur et un plus grand accompagnement que s'il était assuré par les membres individuels intervenant en solo. Il est donc important que le psychiatre fasse effectivement partie intégrante de cette équipe et que de bons accords soient conclus en ce qui concerne son rôle de responsable de l'activité clinique et de dirigeant/coordonateur de l'équipe ou non.

Il est ressorti d'une enquête que les experts s'accordaient à dire que l'implication et la collaboration du psychiatre étaient des éléments cruciaux pour le travail de l'équipe (équipe de santé mentale communautaire, équipe mobile, équipe de proximité assertive, équipe de crise, équipe d'intervention précoce, etc.) en vue d'assurer des SSM axés sur la communauté efficaces. (Burns e.a. 2001), et dans un aperçu de l'organisation des services pour l'accompagnement à domicile dans les SSM, Burns identifie six caractéristiques communes à l'action des « home treatment teams » dans différents pays : il s'agit d'équipes composées de manière multidisciplinaire, avec un (plus faible) case load (en moyenne 15 patients/accompagnateur EPT), qui effectuent régulièrement et fréquemment des visites à domicile, tenant compte aussi bien des aspects médico-psychiatriques que de l'intégration psychosociale et dont le psychiatre fait partie intégrante. (Wright e.a. 2004, Burns e.a. 2006).

D'après Rosen (2006), le psychiatre dans une équipe interdisciplinaire assure d'une part essentiellement un rôle en tant qu'expert médical dans l'évaluation, l'étude, la prescription adaptée, le traitement des maladies et des troubles médicaux et le rapportage médical, et d'autre part une responsabilité médico-légale notamment en ce qui concerne la fourniture d'attestations pour les assurances, les employeurs, les tribunaux, etc. D'autre part, on peut s'attendre à ce qu'il participe à l'évaluation holistique des individus et des familles qui demandent de l'aide (collecte d'informations, processus décisionnel et décision) et à ce qu'il se dresse avec l'équipe interdisciplinaire un plan de soins et d'accompagnement. Il peut aussi proposer une formation sur les troubles mentaux, les interactions avec les maladies physiques, les sujets éthiques et médico-légaux, la base biologique des psychotropes, et d'autres domaines d'expertise et intérêts ; cela peut en outre être mutuellement enrichissant en collaboration avec d'autres disciplines, utilisateurs, médecins de famille et familles. Il peut continuer d'étendre ses connaissances en développant son expertise dans plusieurs domaines qui ne sont pas approfondis dans la formation psychiatrique traditionnelle afin de l'utiliser dans une approche holistique intégrée. D'autre part, le psychiatre doit aussi jouer un rôle dans la promotion de la santé mentale et du bien-être dans la communauté, et ce en collaboration avec d'autres disciplines, utilisateurs et institutions en vue d'assurer la prévention, la sensibilisation et une

intervention précoce, mais aussi dans le cadre de la lutte contre la marginalisation et la stigmatisation.

Les psychiatres communautaires de l'avenir doivent intégrer différentes dimensions dans une approche holistique avec les composants suivants et y intégrer les connaissances de la psychiatrie sociale (Priebe e.a., 2004 ; Rosen, 2006): la réalisation que la plupart des troubles qu'ils traitent ont des causes multifactorielles qui nécessitent une intervention multimodale ;

la nécessité de faire concorder l'intervention et l'évaluation sur l'ensemble de la personne depuis un paradigme bio-psycho-socioculturel (et spirituel) plutôt que d'intervenir de manière simplement symptomatique sur des sous-systèmes biophysiques fragmentés ; un accent sur l'émancipation : partir des points forts et des compétences des utilisateurs en mettant l'accent sur la reprise des rôles et l'abandon d'une vision négative mettant l'accent sur les points faibles, les limitations et la perte de rôle. A ce niveau, la coopération active et la prise d'initiative par les utilisateurs est appréciée, plutôt que d'essayer d'exercer un contrôle professionnel.

Dans la pratique, le psychiatre est le plus habilité à appliquer cette approche multimodale lorsqu'il est convaincu de l'importance d'un bon travail d'équipe et qu'il fournit sa contribution essentielle aux soins dans la collaboration avec d'autres disciplines et professionnels de la santé, comme des psychologues, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, etc., où l'autorité clinique du psychiatre, soutenue par sa formation et son expérience, est plus soutenue que menacée par un bon travail d'équipe.

On indique que les équipes communautaires sont structurées de manière moins hiérarchique que dans le contexte hospitalier, que l'on travaille de préférence par consensus (Burns 2004) et que l'on accepte de plus en plus, bien que ce ne soit pas dans la même mesure, que les membres des équipes de différentes disciplines assument des responsabilités dans la prise de décisions importantes en ce qui concerne les patients. Ceux-ci recourent donc régulièrement à la possibilité d'avoir une discussion avec un psychiatre en cas de problème. Plusieurs décisions ressortent toujours de la responsabilité du psychiatre, comme la prescription de médicaments, les décisions relatives à des situations psychiatriques aiguës ou lorsque des aspects médicaux sont mis en avant (Kent e.a. 2005, Rosen 2006). Le contrôle de l'accent clinique et la résolution des divergences d'opinion à propos des priorités cliniques sont généralement un rôle assumé par un psychiatre. La politique quotidienne, les aspects opérationnels, la politique de personnel et la supervision du personnel non médical sont de plus en plus assumés par le chef d'équipe (Burns 2004). Des accords clairs et une concertation régulière entre le psychiatre et le coordinateur d'équipe débouchent sur une combinaison opérationnelle de compétences et de fonctions, de sorte que le processus décisionnel clinique, le suivi de la qualité, la supervision, la planification et l'administration sont garantis. (Herman e.a. 1999, RANZCP 2002)

2 La fonction de psychiatre dans le cadre des équipes 2A et 2B telle que décrite par C. Decoster (SPF Santé publique, Directeur général des Soins de Santé) à la réunion de la VVP du 19 juin 2012

La direction des deux équipes

- Politique médicale en concordance avec le médecin en chef
- Le planning, l'exécution et le suivi des activités des deux équipes
- Les psychiatres font partie des équipes mobiles et se déplacent le cas échéant sur place
- Consultations pour les patients qui sont traités par les équipes mobiles
- Etre garant de la bonne tenue des dossiers des patients et de l'enregistrement des activités
- Suivi quotidien des cas des patients
- Entretenir le contact avec le médecin traitant et veiller le cas échéant à ce que le patient désigne un médecin traitant de son choix s'il n'en a pas.
- La collaboration avec les différents partenaires du réseau, aussi bien ceux du secteur médical

que ceux des autres secteurs

- La participation à l'attente, comme organisée par le médecin en chef pour l'ensemble des patients de l'hôpital
- Les psychiatres veillent à ce que le patient soit traité dans l'ensemble de son contexte de vie, afin d'assurer une émancipation maximale et l'intégration dans la vie sociale

(Une indemnité fixe via un contrat B4 (225.000 euros sur une base annuelle correspondant à 1,5 ETP équivalent psychiatre) est versée ; ne sont pas couverts par l'indemnité fixe : les consultations des patients, pour les consultations, les codes de nomenclature existants sont d'application. Bien que la visite du psychiatre avec les équipes mobiles au domicile du patient soit comprise dans l'indemnité fixe, une indemnité séparée suivant la nomenclature en vigueur peut être facturée si cela se fait sur demande expresse du médecin de famille. L'indemnité fixe est garantie pendant toute la période du projet pilote, au moins trois ans.)

3 *La description suivante des missions du psychiatre a été dressée par les médecins en chef des hôpitaux psychiatriques de Bruxelles et de Wallonie*

EQUIPE 2A

- Le psychiatre responsable devra coordonner le traitement des patients en crise psychiatrique qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas faire appel aux services psychiatriques de première ligne (service de santé mentale, consultation dans la polyclinique ou psychiatres indépendants).
- Dans un certain nombre de situations, le psychiatre devra se déplacer dans l'environnement domestique. Il ne doit pas toujours se déplacer dans l'environnement domestique, mais il doit toujours avoir un contact clinique avec le patient ; la fréquence de ces contacts ressort toujours de sa responsabilité.
- Il gèrera le traitement aux psychotropes avec de fréquentes adaptations jusqu'à ce qu'il puisse confier les soins après une période de maximum 30 jours à un médecin de famille ou un psychiatre qui poursuivra le traitement du patient.
- Il sera le responsable du traitement, même s'il sera principalement pluridisciplinaire.
- Afin de pouvoir assurer un transfert du traitement vers d'autres psychiatres, il faut prévoir des honoraires de concertation entre le psychiatre traitant et le psychiatre de l'équipe 2A.
- Si le financement pris en considération correspond à 2/3 de l'enveloppe actuellement prévue pour les équipes mobiles (150.000 euros/an), il semble que ce financement forfaitaire indexé soit adapté, mais ce forfait peut être pondéré en tenant compte de la région géographique qui est couverte ou des déplacements réalisés et il peut varier suivant le case load : forfait complet pour maximum 240 patients suivis par an, par ex. (case load de 20 patients suivis par moi x 12 mois) et pourcentage minimum pour le financement des équipes à 80% du case load des patients.

EQUIPE 2B

- Contacts cliniques systématiques avec le patient ; de préférence au moins un déplacement vers l'environnement domestique du patient.
- Contacts cliniques avec le patient si nécessaire d'un point de vue clinique
- Réunions cliniques avec l'équipe pour discuter des inclusions, de l'évolution des patients, des projets, de la clôture de dossiers, etc.
- Réunions théorético-cliniques avec les équipes : questions éthiques, travail théorique
- Réunions de concertation clinique sur le patient avec d'autres prestataires de soins du réseau.
- Réunions de coordination/gestion des équipes : organisation du travail de l'équipe et des

contacts avec les assistants externes et le réseau

- Réunions (représentation) : avec les promoteurs, avec le comité de fonction 2, avec le comité de fonction de réseau, avec les groupes de qualité locaux des médecins de famille, avec les psychiatres
- Travail administratif : dossiers, rapports, échange de courriers, contacts téléphoniques
- Le psychiatre responsable aura pour mission de coordonner les traitements de longue durée d'un grand nombre de patients chroniques et complexes.
- Les missions 1 et 2 pourraient être financées par traitement, mais en tenant effectivement compte des déplacements ;; - Les autres missions doivent être forfaitaires, mais ce forfait peut varier sur la base du case load ;; forfait complet pour 150 patients suivis par an par ex. et pourcentage minimum pour le financement des équipes à 80% des patients du case load.

Références

- Burns, T., Knapp, M., Catty J., Healey A, Henderson J, Watt H, Wright C. : Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 5, 1 - 139, 2001
- Burns, T. & Firn M. : *Assertive Outreach in Mental Health, A Manual for Practitioners*. Oxford: Oxford University Press. 2002
- Burns T.: Community mental health teams. *Psychiatry* 3:9 -11,2004
- Burns T, Catty J, Wright C. : Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr Scand*: 113 (Suppl. 429): 33–35, 2006
- Cuddeback G.S., Morrissey J.P., Meyer P.S. :How many Assertive Community Treatment Teams do we need?, *Psychiatric Services*, 57, 1803 – 1806,2006.
- Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins, SPF Santé publique 2010
- Herman H., Trauer T., Warnock J., and the Professional Liaison Committee (Australia),Project Team : The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services 1999,2002
- Kent A., Burns T. : Assertive community treatment in UK practice: Revisiting... setting up an assertive community treatment team *Advances in Psychiatric Treatment* 11, 388–397,2005
- Mc Glynn P.: *Crisis Resolution and Home Treatment. A practical guide*. The Sainsbury Centre for Mental Health 2006
- Morris M. : *A Framework for Developing Community Based Mental Health Service*, powerpoint, july 2009.
- Priebe S., Fakhoury W., White I., Watts J., Bebbington P., Billings J., Burns T., Johnson S., Muijen M., Ryrie I. et Wright C. pour le Pan-London Assertive Outreach Study Group: Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Brit J. Psychiatry* 185, 306 – 311 2004
- Rosen A. : The Community Psychiatrist of the Future *Curr Opin Psychiatry*. 19:380-388, 2006
- Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists : *Psychiatrists as team members (Position Statement #47)* 2002
- Test M. :Training in community living. Dans *Handbook of Psychiatric Rehabilitation* (ed. R. P. Lieberman). New York: Macmillan. 1992
- Wijckmans B.,Van der Donck S., Leys M. : De ervaringen van netwerkpartners in interorganisatorische netwerken in de GGZ Rapport intégré: Suivi scientifique du programme de réforme « Vers des meilleurs soins en santé mentale » Rapport intermédiaire 3 2015
- Wright C, Catty J, Watt H, Burns T:A systematic review of home treatment services Classification and sustainability *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39 : 789–796, 2004

