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

**CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS**

Section Programmation et Agrément

Réf. : CNEH/D/PSY/318-1

**Avis relatif à la fonction de concertation des plates-formes de concertation
en soins de santé mentale, notamment pour les personnes présentant un
problème lié aux substances**

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau du 9 septembre 2010

Dans un courrier du 29 mars 2010, la ministre Onkelinx demande au président du CNEH de rendre un avis sur la proposition de projet pilote « Implémentation de la fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances ».

Se basant sur l'audition d'experts invités ad hoc (Mme Sophie Henry, M. Dirk Hellemans, M. Didier De Vleeschouwer et M. Jacques Van Russelt), sur l'examen de documents mis à disposition (rapport 2010 et note de motivation sur proposition des plates-formes de concertation en soins de santé mentale) et sur une présentation de Mme Caroline Theisen relative à l'évaluation du projet par le SPF Santé publique, le groupe de travail permanent Psychiatrie du CNEH dresse une série de constatations et formule l'avis suivant.

Considérations

Le rapport 2010 du SPF Santé publique montre que le projet fait l'objet d'interprétations diverses de la part des plates-formes de concertation. Il importe dès lors de déterminer des objectifs communs pour la fonction de concertation et de coordination que les plates-formes sont appelées à intégrer. On constate par ailleurs que *la concertation et la coordination en soins de santé mentale* doit se développer *à trois niveaux distincts*.

Tout d'abord, des catégories de patients spécifiques, confrontés ou non à des situations de soins spécifiques, nécessitent une *concertation individuelle relative au client* – généralement appelée concertation de cas – dont par exemple la forme et contenu sont définis via l'une ou l'autre forme de case management lié au client.

Ensuite, dans le cadre du développement de réseaux et programmes de soins transstructurels pour les groupes d'âge cibles (ou des trajets de soins qui les composent), il s'agira de guider et coordonner les soins en termes de contenu et d'organisation. À cet égard, la *concertation* se tient *au niveau du réseau*, entre acteurs des SSM. L'objectif est entre autres de garantir la mise en œuvre harmonieuse des moyens en personnel et matériel par les structures et services participant au réseau, et d'élaborer, en termes opérationnels, le contenu et la finalité de chaque partie qui compose le programme de soins offert.

Enfin, au niveau des plates-formes de concertation, il est nécessaire de prévoir une *fonction de concertation liée au groupe cible* en ce qui concerne les soins proposés de fait dans la zone d'activité concernée de la plate-forme. Cette concertation doit être orientée non seulement sur les trois grands groupes d'âge cibles, mais aussi sur les populations cibles à l'intérieur de ces groupes. Pour certains sous-groupes cibles (soins médico-légaux p.ex.), ladite concertation peut également être assurée conjointement par des plates-formes adjacentes.

En outre, cette concertation n'est pas axée uniquement sur les acteurs des SSM entre eux, mais aussi sur la cohérence avec les initiatives prises par les structures et services d'autres domaines politiques comme le logement, le bien-être, l'enseignement, le travail, la culture, le sport et les loisirs, ... Cette fonction de concertation liée au groupe cible a pour but premier de clarifier le rôle et les missions de chacun et d'ainsi optimiser la synergie et la complémentarité entre ces différents domaines. Cette concertation doit permettre à la plate-forme d'identifier et

de suivre les lacunes et doublons dans l'offre de soins et faciliter la collaboration entre acteurs des SSM et avec d'autres partenaires.

Avis

Compte tenu des résultats positifs de l'évaluation réalisée par le SPF Santé publique, le projet pilote lancé en novembre 2002 peut se voir attribuer une base structurelle, moyennant les recommandations et adaptations suivantes :

- Les mots « coordination de soins » prêtent à confusion et ne correspondent pas à la mission à proprement parler. Il convient donc de les adapter comme suit : ***fonction de concertation liée au groupe cible***. Les plates-formes de concertation ont en effet pour mission de soutenir et faciliter la concertation.
- Non seulement la concertation entre les structures SSM doit être facilitée, mais de nombreux autres acteurs et partenaires doivent également être associés à la concertation, comme les soins de première ligne, les organismes assureurs, la justice, les provinces, les structures d'aide sociale, ...
- Au lieu d'instaurer un nouveau comité central d'accompagnement à l'échelon fédéral, considérer la mission comme une spécification de la mission actuelle des plates-formes de concertation peut permettre une intégration dans la plate-forme de concertation fédérale mentionnée à l'art. 10bis de l'AR du 10 juillet 1990. Le texte peut être rédigé comme suit :
« Un rapport d'activité annuel de la fonction de concertation liée au groupe cible est intégré dans le rapport annuel de la plate-forme de concertation. Les activités des fonctions de concertation liées au groupe cible doivent être discutées et évaluées au moins chaque année par la plate-forme de concertation fédérale visée à l'art. 10bis »
- Le groupe cible de la concertation dans le cadre des projets pilotes, orienté actuellement sur les personnes manifestant un problème lié aux substances, doit s'étendre à terme à d'autres sous-groupes spécifiques. On songe ici concrètement aux personnes atteintes d'un handicap mental et manifestant des troubles psychiatriques, et aux internés. Un plan échelonné sera demandé aux plates-formes de concertation et devra indiquer quand et pour quel sous-groupe cible la fonction en question est développée.
- La proposition visant à insérer un art. 8ter à l'AR du 10 juillet 1990, telle que formulée dans la note de motivation précitée, est modifiée comme suit :
« Art. 8bis §1^{er} Les activités de concertation d'une association se rapportent aux soins dispensés aux trois groupes cibles qui correspondent aux groupes d'âge cibles suivants:
 - a) Enfants et jeunes
 - b) Adultes
 - c) Personnes âgées

Dans le cadre de ces activités, une concertation est également organisée pour des sous-groupes cibles spécifiques, notamment les personnes présentant une dépendance aux

substances, les personnes atteintes d'un handicap et manifestant des troubles psychiatriques, les personnes sous statut médico-légal et présentant des troubles psychiatriques, ...

Les activités de concertation liées au sous-groupe cible associent de manière active les acteurs et partenaires pertinents issus des secteurs concernés (soins en assuétudes, soins aux personnes handicapées, justice, bien-être, travail, ...). »

- Pour chaque plate-forme de concertation, il est proposé, en supplément du financement de leur mission actuelle, spécialement pour le groupe cible des toxicomanes, un montant de base de € 15.000. Ce montant de base doit aussi être accordé à la plate-forme de concertation germanophone. Concernant l'élargissement de la fonction de concertation aux autres groupes cibles, il est proposé de répartir entre toutes les plates-formes de concertation un budget complémentaire d'un montant total de € 180.000 au prorata des budgets actuels pour le projet pilote après correction du financement de base. Concernant l'indexation et les coûts relatifs à l'ancienneté, on renvoie à l'avis du CNEH de procéder à ces ajustements pour tous les projets pilotes. Le financement serait en fait subordonné à la mesure dans laquelle ils prouvent qu'ils assurent effectivement ces tâches.

Sur une base annuelle, cela donne le résultat suivant (hors indexations et adaptations dues à l'ancienneté) :

	Montants actuels pour groupe toxicomanes (1)	(2) = (1) avec montant minimum de € 15.000	(3) = (2) + € 180.000 répartis au prorata des montants de la colonne (2)	(4)=(2)+(3)
Flandre orientale	49.495	49.495	22.443	71.938
Flandre occidentale	40.863	40.863	18.529	59.392
Anvers	60.162	60.162	27.280	87.442
Limbourg	29.040	29.040	13.168	42.208
Brabant flamand	37.185	37.185	16.861	54.046
Brabant wallon	12.997	15.000	6.802	21.802
Liège	37.084	37.084	16.816	53.900
Hainaut *	46.177	46.117	20.912	67.029
Luxembourg	9.161	15.000	6.802	21.802
Namur	16.322	16.322	7.401	23.723
Bruxelles	35.691	35.691	16.184	51.875
Région germanophone		15.000	6.802	21.802
	374.177	396.959	180.000	576.959

* À ventiler sur deux plates-formes

Le présent avis répond aux questions 1, 2, 6 et 7 telles que formulées à la fin du rapport 2010.

La réponse aux questions 3, 4 et 5 est non.

Les questions sont reproduites intégralement ci-dessous.

1. Proposition de modification de l'AR

Nous avons demandé à l'ensemble des coordinateurs de soins de se concerter et de nous faire une proposition de modification de l'AR du 10 juillet 1990 (article 8ter)

Voici la proposition qui nous a été envoyée :

« Par ailleurs, chaque association développera les activités de concertation relative aux problèmes liés aux substances et aux assuétudes. Afin de les réaliser, l'association veillera à la collaboration et à la concertation maximale entre les institutions de soins de santé mentale et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un problème lié aux substances et/ou lié aux assuétudes. Les secteurs apparentés pourront également être impliqués dans les activités de concertation.»

“Elk samenwerkingsverband ontwikkelt overlegactiviteiten betreffende ‘middelengerelateerde stoornissen en verslavingsproblemen’. Om dit te realiseren, zal het samenwerkingsverband waken over de samenwerking en het maximaal overleg tussen de zorgvoorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de relevante zorgvoorzieningen voor personen met een middelengerelateerde stoornis en/of verslavingsproblematiek. Ook de sectoren met gemeenschappelijke raakvlakken worden in deze samenwerking en overleg betrokken.”

L'avis du CNEH est demandé.

2. Faut-il un temps de travail à minima

Le budget forfaitaire attribué aux plates-formes de concertation est calculé en fonction de la densité de la population au sein de chacune des provinces. Le budget alloué à certaines provinces (entre autres Brabant Wallon et Luxembourg) ne permet l'engagement d'un coordinateur qu'avec un temps de travail réduit (moins d'un mi-temps). Néanmoins, au sein de ces provinces le nombre d'acteurs impliqués est assez restreint. Est-ce qu'il faudrait envisager d'accorder à minima un budget permettant d'engager un mi-temps ou est-ce que cette répartition initiale du budget vous semble adéquate ?

3. Faut-il faire une distinction alcool/drogues illicites ?

Certaines provinces ont choisi délibérément de faire une distinction entre les problèmes d'alcool et ceux de drogues illicites. Dès lors, ces plates-formes organisent deux concertations distinctes. Faudrait-il, selon vous, le préconiser pour toutes les provinces ayant une offre de soins diversifiée ? Faut-il au contraire laisser le choix aux plates-formes elles-mêmes ?

4. Faut-il continuer à demander la signature formelle d'accords de collaboration ?

Le projet pilote est en cours depuis fin 2002. Dès lors, les coordinateurs, selon les objectifs mentionnés par le projet pilote, devaient tenter de favoriser au maximum la signature d'accords formelles de collaboration. Au bout de maintenant 8 ans de projet, les principaux accords de collaboration pouvant être signés au sein des provinces ont été conclus. Faut-il continuer de demander la signature de ce type d'accords ou est-ce qu'il serait plus judicieux de laisser libres les plates-formes et ainsi qu'elles en évaluent elles-mêmes la pertinence en fonction de leurs caractéristiques propres ? En effet, il y a dans certaines provinces des réticences à signer des accords formels alors que d'autres collaborations plus informelles sont bien souvent plus effectives.

5. Méthodologie à recommander ?

Une fois le projet rendu structurel, les plates-formes de concertation recevraient un subside supplémentaire pour autant qu'ils accordent une attention particulière au groupe cible des personnes présentant un trouble lié à la consommation de substance. Une grande latitude est donc laissée aux plates-formes pour l'organisation de cette concertation. Avez-vous une méthodologie en particulier à préconiser ?

6. Lien avec les missions de base de la santé mentale

Pour l'année 2010, nous avons demandé aux plates-formes de concertation qu'elle intègre davantage la fonction « spécifique assuétudes » aux missions de base de concertation en santé mentale des plates-formes. Dès lors, les missions de base seront les mêmes que celles de la santé mentale. Comment ce lien devrait se créer, entre autres en termes de réunions de concertations (ou autres formes) à organiser ?

7. Elargissement aux autres types de dépendances (non liés à une substance)

Pour l'instant, le projet pilote se limite à tout ce qui concerne les dépendances liées à une substance. Dès lors, les dépendances aux jeux (ou cyberdépendance) ne sont pas prises en compte. Faudrait-il envisager d'élargir le projet et donc d'inclure le jeu ?

Annexe : « Rapport 2010 »

Rapport 2010

Projet pilote :

**« IMPLÉMENTATION DE LA FONCTION DE
COORDINATEUR DE SOINS AU SEIN DES PLATES-
FORMES DE CONCERTATION EN SOINS DE SANTÉ
MENTALE CONCERNANT LE TRAITEMENT DE
PERSONNES PRÉSENTANT UN PROBLÈME LIÉ AUX
SUBSTANCES »**

Theisen Caroline & Karel Borrenbergen

DG-1, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Service des soins de santé psychosociaux
Cellule drogues

1. Descriptif du projet :

Ce projet pilote vise à implémenter la fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances.

Les plates-formes de concertation provinciales doivent investiguer les besoins sanitaires régionaux, ainsi qu'inventorier et décrire les programmes et circuits de soins, et ceci d'un point de vue soins de santé mentale. En plus, ces plates-formes doivent détecter les fonctions manquantes dans l'offre de soins, et les créer via une concertation locale. Les chevauchements dans l'offre de soins doivent également être recherchés et rémédiés.

La tâche du coordinateur de soins de chacune des plates-formes de concertation consiste à faciliter la concertation concernant un circuit de soins destiné aux personnes présentant un problème lié aux substances et tendre vers une participation maximale des acteurs, de sorte que cette concertation mène à la création des accords de coopération parmi au minimum trois différents types d'acteurs pertinents.

En résumé, le responsable du projet « Implémentation de la fonction de coordinateur de soins pour le traitement des personnes présentant des troubles liés aux substances » devra rassembler de l'information (faire inventaire) concernant les questions suivantes :

- Quelle est l'offre et la demande (liste d'attente, lits supplémentaires nécessaires pour un sous-groupe cible particulier, ...) de soins pour le groupe cible au niveau de la province ?
- Décrire les types de traitement mis en place dans les différentes institutions.
- Quels sont les besoins en soins au niveau des provinces, dans l'optique d'un circuit de soins ?
- Quels sont aujourd'hui les principaux obstacles ?
- Les provinces présentent-elles certaines lacunes dans l'offre de soins ?
- Y a-t-il une participation maximale des acteurs concernés dans les différents niveaux de concertation ?
- Combien des collaborations informelles et/ou récemment créées sont formalisées ?
- Existe-t-il sur le terrain un consensus quant à la définition des notions essentielles de « circuits de soins » et de « réseau » pour ce groupe cible ? Si oui, lequel ?

2. Budget

Le budget forfaitaire attribué aux plates-formes de concertation est calculé en fonction de la densité de la population au sein de chacune des provinces (comme spécifié à l'article 9 de la loi des hôpitaux du 7 août 1987 et dans l'AR du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques). Le budget annuel alloué à ce projet est de 374.177 € pour l'ensemble des provinces ou régions concernées.

Voici la répartition du budget province par province :

Provinces	Budget 2010 pour 12 mois
Flandre orientale	49.495 €
Flandre occidentale	40.863 €
Anvers	60.162 €
Limbourg	29.040 €
Brabant flamand	37.185 €
Brabant wallon	12.997 €
Liège	37.084 €
Hainaut	46.177 €
Luxembourg	9.161 €
Namur	16.322 €
Bruxelles	35.691 €
Total	374.177 €

3. Historique

Ce projet a été mis en place en novembre 2002, dans toutes les provinces belges, à l'exception de la province de Namur et de la Région de Bruxelles-Capitale, qui ne sont entrés dans le projet respectivement qu'en novembre 2005 et décembre 2007.

Depuis le début de ce projet pilote, on remarque une évolution par rapport aux objectifs concrets définis les années précédentes : l'offre de soins pour l'ensemble du groupe cible est impliquée dans la concertation, le nombre de conventions formelles de collaboration augmente, l'établissement d'une vision claire et la déclaration d'objectifs en tant qu'instruments de travail importants deviennent habituels, le nombre de types d'acteurs pertinents participants à la concertation augmente, et le consensus parmi les acteurs concernant les concepts de base de circuit de soins et de réseau, s'accroît.

L'évaluation de l'année 2007 avait mis en évidence la nécessité de revoir le fonctionnement de ce projet, notamment pour mieux s'adapter aux situations spécifiques de chaque province, et mieux se coordonner aux autres initiatives existantes en la matière. Une prolongation de 6 mois avait été décidée afin de permettre d'évaluer plus en profondeur la suite à y donner (convention du 1^{er} août 2008 au 31 janvier 2009).

L'évaluation de l'année 2008 a montré qu'il est difficile de préconiser une réorientation du projet identique au sein de toutes les provinces. En effet, la situation et l'évolution au sein des diverses provinces varient fortement. Nous avons donc pris la décision de prolonger ce projet pour une durée de 11 mois. Cependant, quelques adaptations et modifications avaient été apportées. En effet, les objectifs de base étaient toujours les mêmes que les années précédentes mais en plus, chaque plateforme s'engageait à suivre **un plan individuel (timing et objectifs)**. Une évaluation et un suivi individuels et approfondis de chaque plan provincial a été assurés par le SPF en complément des comités d'accompagnement habituels.

Au cours de l'année 2009, grâce aux suivis individuels et approfondis du travail de chaque coordinateur, nous avons pu mieux se rendre compte du travail accompli et évaluer si les objectifs propres à chaque province étaient ou non atteints. La mise en place de ces plans individuels et donc la prise en considération de la réalité de terrain au sein des différentes provinces a été très bénéfique. En effet, on observe une implication plus grande des acteurs pertinents pouvant être expliquée par une meilleure prise en compte de leurs spécificités, de leurs besoins et de leurs attentes. De plus, au sein d'un grand nombre de provinces des groupes de travail spécifiques à un groupe cible (jeunes et parents, doubles diagnostics, ...) ont vu le jour en plus de la concertation générale de base. Ces groupes ont entre autres permis d'initier des discussions et des débats concernant des groupes pour lesquels l'offre de soins n'est pas toujours adaptée et suffisante.

A l'avenir, nous souhaiterions que ce projet soit rendu structurel via l'octroi d'un subside complémentaire à celui accordé à la subvention de base des plates-formes de concertation en santé mentale (via subventions des hôpitaux). Une année supplémentaire sur base de ce même modèle (plan individuel) semble encore être nécessaire pour pouvoir atteindre de manière optimale les objectifs fixés et faire les démarches nécessaires (modifications AR et demande de subside) pour rendre ce projet structurel.

Dès lors, les objectifs de base repris dans les conventions ont été adaptés et sont donc ceux repris à l'article 7 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques **mais pour tout ce qui concerne spécifiquement le groupe cible des personnes présentant un problème de substances illicites et/ou licites.**

De plus, pour l'année 2010 nous avons demandé aux plates-formes de concertation qu'elle intègre davantage la fonction « spécifique assuétudes » aux missions de base de concertation en santé mentale des plates-formes. En effet, il est primordial de créer des complémentarités et d'initier un travail en parfaite synergie entre les missions de base des plates-formes et les missions spécifiques à la fonction de « coordination de soins assuétudes ».

4. Remarques

- **Situations différentes d'une province à l'autre**

Il est difficile de faire une évaluation globale (toute province confondue) de ce projet puisque la situation est très différente d'une province à l'autre.

Premièrement, le budget alloué (en fonction de la densité de la population) et donc le temps de travail du coordinateur de soins sont différents d'une province à l'autre.

Ensuite, le nombre d'acteurs pertinents varie d'une province à l'autre. De plus, dans certaines provinces le nombre d'acteurs spécifiques « drogues » est restreint puisqu'il s'agit principalement de structures généralistes (Luxembourg, Brabant Wallon, ...). Les structures généralistes n'étant pas directement concernées par la problématique des assuétudes ne présentent pas la même motivation ou implication que d'autres institutions plus spécifiques « drogues ».

Troisièmement, au sein de certaines provinces, il y a déjà une tradition de concertation depuis de nombreuses années alors que dans d'autres le projet pilote a seulement permis d'initier ce processus.

- **Décret wallon**

Depuis le 27 novembre 2003, la Région wallonne a un décret sur les réseaux en assuétudes. En 2004, un arrêté du gouvernement wallon porte exécution de ce décret. La circulaire parue en novembre 2005 permet le début de l'implémentation et des candidatures pour l'agrément. Ensuite, en 2009, une nouvelle mouture de ce décret est élaborée et publiée.

Ce décret de la Région Wallonne présente certaines redondances et chevauchements des missions avec le projet pilote fédéral. Cependant, le décret se veut davantage intersectoriel. En effet, contrairement au décret, le projet pilote fédéral ne touche que le domaine des soins.

Pour l'instant le décret wallon n'est pas mis œuvre de la même façon dans toutes les provinces. Il faut éviter que deux personnes soit impliquée dans le même type de fonction car cela constitue une perte de temps et donc d'argent considérable. Les coordinateurs fédéraux de la région wallonne travaillent donc en concertation et collaboration avec les coordinateurs du décret wallon afin d'éviter le plus possible des chevauchements et une confusion du secteur.

5. Résumés situations des différentes provinces

La situation étant très différente d'une province à l'autre, il semble utile de donner un bref aperçu des particularités et de l'état des lieux du travail accompli au sein de chacune des provinces ou région.

Il est important de noter qu'il a été demandé, cette année, à chaque province d'intégrer la fonction de coordination de soins en assuétudes aux missions de base en santé mentale des plates-formes de concertation.

En effet, en travaillant à l'intégration de la fonction au sein des plates-formes, l'apport spécifique de la prise en compte de la problématique assuétudes devrait ouvrir de nouvelles perspectives de prise en charge avec une meilleure cohérence entre les institutions de santé mentale et les institutions spécialisées. Par conséquent, le coordinateur de soins assuétudes devra veiller à la collaboration et à la concertation maximale entre les institutions 'générales' de soins de santé mentale et les institutions 'spécifiques' de soins pour les personnes ayant un problème lié aux substances illicites et licites, tout en respectant les spécificités de chacun.

LIEGE :

Le coordinateur travaille à trois quart temps et actuellement il y a 3 accords de collaboration ainsi qu'une charte partenariale signés.

Le coordinateur de cette province a mis en place 3 groupes de travail (alcoolisme, toxicomanie, jeunes et consommation).

En effet, il semblait, selon eux, important, au sein de cette province ayant une offre assez diversifiée, de faire une distinction entre les acteurs impliqués dans les problèmes d'alcool et ceux qui prennent en charge des problèmes liés aux autres substances. De plus, il existe des lacunes dans l'offre de soins spécifiques aux jeunes. Il était donc important d'y remédier et de tenter de trouver des solutions ou d'élaborer des recommandations spécifiques à ce groupe cible en concertation avec le secteur.

Au cours de cette année 2010, au sein du groupe de travail « alcoolisme », les membres tenteront entre autre de favoriser un projet de création d'un module de soins mobiles spécifiques. De plus, ils organiseront une journée d'étude spécifique alcool et participeront à l'évaluation du projet thérapeutique spécifique alcool de la province.

Au sein du groupe « toxicomanie », ils tenteront au cours de cette année de favoriser davantage de cohérence avec le décret wallon et donc envisageront l'éventualité d'intégrer les réseaux de la région wallonne. De plus, ils veilleront à améliorer la visibilité de l'offre en créant un site internet regroupant l'ensemble de l'offre de soins disponible. Par ailleurs, ils souhaiteraient mettre à disposition un numéro d'appel gratuit pour le public proposant une aide pour l'orientation des usagers. Ils tenteront donc de trouver des sources de financement pour réaliser ce projet.

Le groupe de travail jeunes et consommation a déjà permis de mettre en évidence les lacunes de cette offre spécifique et de rédiger des recommandations en la matière. De plus, une brochure d'informations permettant d'augmenter la visibilité de l'offre spécifiques aux jeunes a été réalisée. Prochainement, toutes les informations disponibles sur l'offre de soins spécifique aux jeunes sera reprise sur un site internet.

NAMUR

Le coordinateur travaille à quart-temps et actuellement il y a 3 accords de collaboration signés. Il y a une collaboration très active avec le décret wallon. En effet, les accords signés ont tous un lien avec le décret wallon. Ils envisagent même un accord de collaboration permettant de réunir les 3 zones du décret wallon en une (concertation en 2010).

En plus des objectifs de base du projet, une attention particulière est portée sur le groupe cible des jeunes. Via la mise en place en 2009 de 4 tables rondes (pédopsychiatrie, services spécialisés, aide à la jeunesse, justice + secteur scolaire), ils ont établi des recommandations concernant la prise en charge des assuétudes chez les jeunes. En 2010, ils organiseront une table ronde de synthèse avec les représentants des différents secteurs consultés afin de valider les recommandations de manière plus globale. Via les groupes de concertation, ils examineront les pistes qui pourraient être opérationnalisées sur le territoire.

Dans la perspective (éventuelle) de l'extinction des projets thérapeutiques en avril 2011, ils rencontreront, au cours de l'année 2010, les partenaires pour envisager la suite. Dès lors, par le biais de différentes réunions avec les partenaires impliqués au niveau clinique et avec le comité de pilotage du projet, ils tenteront d'examiner les perspectives de continuité de la concertation autour des patients initiée par le projet thérapeutique et du soutien que pourrait y apporter la fonction de coordination assuétudes, de manière à maintenir ce type de collaboration lorsque le projet-pilote sera arrêté.

LUXEMBOURG

Le coordinateur travaille 3 dixième temps. Cette province a comme particularité d'être très étendue, d'avoir une mauvaise répartition de l'offre de soins au sein de la province mais surtout d'avoir un nombre réduit d'acteurs spécialisés. En effet, la majorité des acteurs sont des structures généralistes. De plus, cette province, contrairement aux autres, ne comprend qu'une seule zone du décret wallon. Dès lors, ils ont eu l'autorisation de travailler en complémentarité et en synergie avec le coordinateur du décret wallon afin d'éviter toute redondance.

Il y a actuellement 2 accords de collaboration signés.

Un groupe de travail a été créé et il s'agit d'un lieu de rencontre des partenaires. Cet espace permet de diffuser et de collecter des informations. Ces réunions se tiennent en moyenne deux fois par an. Le

coordinateur tente de valoriser, diffuser auprès de tous les acteurs les outils et les informations de chaque partenaire.

Par exemple dans cette optique, au cours de l'année 2010, ils vont mettre en place une base de données via un site internet qui servira alors de répertoire en ligne. De plus, les informations recueillies lors des concertations seront utilisées pour la création d'un outil de fiches informatives sur le réseau. Cela permettra d'améliorer considérablement la visibilité de l'offre.

Un des autres objectifs poursuivis en 2010 sera de trouver de nouveaux partenaires au projet. En effet, au vu du nombre réduits d'acteurs spécifiques au sein de cette province, il semble important de combler certaines lacunes via la recherche de nouveaux partenaires (surtout "frontaliers").

Une étude concernant l'alcoolisme en province de Luxembourg à été réalisée par l'ULG. Dès lors, la concertation devrait permettre, au cours de 2010, de valoriser au maximum les résultats.

BRUXELLES

Ils ne sont entrés dans le projet qu'en décembre 2007 ce qui explique qu'à ce jour, ils n'ont pas encore d'accord de collaboration signé.

Une des particularités de cette région est qu'il existe d'autres organes de concertation et dès lors, ils doivent tenter de collaborer au mieux avec ces différentes instances, tout en évitant les redondances. En effet, dans la Région de Bruxelles, la plate-forme de concertation doit cohabiter avec la CTB, la Fedito, le VAD, le LBFSM et le réseau Cocof. Dès lors, plusieurs réunions inter-bureau sont organisées afin de collaborer au mieux.

Le coordinateur travaille à mi-temps.

Une des principales constatations faites est qu'il y a un manque d'interconnaissance entre les modes de travail respectifs des différents secteurs.

Via des rencontres entre travailleurs des secteurs toxicomanie et santé mentale, ils vont tenter de décloisonner l'offre et diminuer la stigmatisation de la santé mentale envers le secteur de la toxicomanie.

2 groupes de travail dont un spécifique aux jeunes ont été mis en place. Ce groupe de travail « jeunes, consommation et délinquance » permet la rencontre entre les travailleurs des secteurs de la protection à la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, des soins de santé mentale et des toxicomanies. De cette manière, ils tentent de répondre à la question « quelle prise en charge pour les jeunes à problématiques multiples (dont la consommation de produits et les problèmes avec la justice) ? ».

HAINAUT

Le coordinateur travaille à mi-temps.

Il y a un grand nombre d'acteurs impliqués (+ de 120) au sein de cette province très étendue. Au début, les acteurs étaient majoritairement réticents à collaborer avec le projet fédéral étant donné qu'ils craignaient une trop grande rigueur des circuits de soins et une entrave de la liberté thérapeutique. De plus, ils trouvaient qu'il y avait de nombreuses redondances avec le décret wallon et ne voyaient donc pas toujours la pertinence de ce projet. Depuis 2009, un nouveau coordinateur a été engagé et celui-ci à tenter d'inverser le processus de réticence en introduisant une nouvelle méthode de travail.

Il a ainsi développé un groupe de concertation sur le thème de l'alcool, des interventions thématiques sur les assuétudes ainsi que des concertations spécifiques aux différentes réalités locales. Il tente également de favoriser, le plus que possible, l'implication des médecins généralistes dans le projet.

La mise en place de ce type de groupe a permis petit à petit d'élargir le nombre de participants et ainsi diminuer les réticences. Il faudra, en 2010, examiner les possibilités de nouveaux accords de

collaboration pour la suite. Ce groupe de travail alcool, organisé environ tous les mois et demi, devrait à l'avenir initier des collaborations concrètes entre les structures. De plus, les interventions ont donné la possibilité de confronter les méthodes de travail, d'accueillir de nouveaux membres (IHP, convention INAMI) et de développer une meilleure connaissance des structures et des projets institutionnels. Par ailleurs, les concertations spécifiques aux différentes réalités locales ont permis de délimiter de nombreuses questions/problèmes/besoins concernant les circuits de soins spécifiques aux problématiques des assuétudes.

Le coordinateur veillera, en 2010, à une meilleure coordination et cohérence avec les actions entreprises via le décret wallon. De plus, il travaillera à développer la visibilité de la fonction de coordinateur de soins en assuétudes.

BRABANT WALLON

Le temps de travail du coordinateur est assez réduit (environ 8h/semaine).

L'offre de soins n'est pas très diversifiée (peu d'acteurs spécifiques et une majorité de services généralistes) et il y a donc de nombreuses lacunes. La prise en charge des problèmes de toxicomanie (héroïne, cocaïne, ...) est très restreinte car il n'y a pas ou peu d'offre de soins spécifiques drogues et les conditions d'admissions diminuent encore plus les possibilités.

Deux accords de collaboration ont été signés mais pas à l'initiative du projet pilote. Un accord de collaboration préexistait déjà avant la mise en place du projet et des acteurs se sont réunis en asbl dans le cadre de l'application du décret de la Région Wallonne.

Avant 2009, en raison entre autre de l'étendue de la province, le coordinateur avait fait le choix de ne pas organiser de concertation générale mais de rencontrer en bilatéral chaque service et de diffuser par après au maximum les informations récoltées à l'ensemble des acteurs impliqués.

Depuis mars 2009, un nouveau coordinateur a été engagé. Il a instauré une nouvelle méthode de travail et donc une nouvelle dynamique entre les acteurs. Le coordinateur a davantage favorisé les concertations cliniques, les interventions et les supervisions. L'émergence du groupe de travail a permis de redéfinir les objectifs et améliorer le taux d'implication dans le projet.

Un portail internet, en cours de finalisation, va permettre d'augmenter l'interconnaissance entre intervenants et servira à terme d'outil d'orientation. Le coordinateur, au vu du nombre réduit d'acteurs spécifiques, veillera à davantage impliquer les acteurs isolés tels que les médecins généralistes et les psychiatres. Dès lors, il tentera d'analyser mieux leurs besoins et attentes en matière d'assuétudes.

LIMBOURG

Caractéristiques

La concertation est une tradition qui existe en province de Limbourg depuis 1983 et qui a donné lieu jusqu'à présent à la signature de 4 accords de coopération. En 2004, les 16 partenaires du LIZOM (Limburgs Zorgcircuit Middelen) ont signé une convention dans le but d'organiser un circuit de soins pour les patients atteints de troubles liés à la consommation de substances (« Overeenkomst tot oprichting van een samenwerkingsverband met als doel de organisatie van een zorgcircuit voor personen met een middelengerelateerde stoornis »). Un plan a également été approuvé pour le développement de circuits et réseaux de soins, permettant ainsi de réaliser un des principaux objectifs du projet pilote de coordination des soins en assuétudes.

La structure établie dans le cadre de la convention LIZOM susvisée est la suivante :

- ✓ Un comité de pilotage, composé des directions, administrateurs ou mandatés
- ✓ Un trajet de soins, composé de professionnels de terrain
- ✓ Une équipe « Patiëntenzorg », chargée de la concertation multidisciplinaire aux niveaux régional et local.
- ✓ Les prestataires qui souhaitent se concerter sur un cas peuvent s'adresser au « Provinciaal Meldpunt Signaaldossiers ».

Le coordinateur de soins en assuétudes facilite la concertation et, par l'intermédiaire de la plate-forme de concertation, occupe une fonction d'indicateur pour les autorités. Le suivi, l'évaluation et l'optimisation du nouveau réseau constituent dès lors un thème de discussion important pour la province.

Le Limbourg se caractérise aussi par

- l'existence d'une seule structure ambulatoire, à savoir le CAD Limburg, et
- une forte opposition sur le terrain envers la base de données Spiller, de sorte que le fonctionnement de cette dernière a été temporairement bloqué.

Plan annuel

Le plan annuel de la province de Limbourg comprend 6 points d'action :

1. Suivi, évaluation et optimisation du réseau

En 2009, le comité de pilotage a évalué le fonctionnement et l'implémentation de la nouvelle structure en réseau. Certains objectifs ont été atteints, d'autres doivent encore davantage se concrétiser. La priorité est donnée aux initiatives supportées par tous les membres du réseau.

2. Suivi des lacunes et mise en place d'une concertation en la matière

Ce point porte sur l'absence de transfert direct entre structures, les flux au sein de ces structures, la gestion des situations de crise par la première ligne de soins, la prise en charge des usagers de drogues sans abri, et le passage des jeunes vers les soins pour adultes.

3. Facilitation et participation active à la concertation existante

Sont concernés ici le comité de pilotage LIZOM, le trajet de soins LIZOM, le point de contact central en milieu carcéral (Centraal Aanmeldingspunt), les médecins LIZOM et les groupes de travail régionaux et locaux.

4. Suivi des PT / CT

Le PT permet de mettre en lumière de nouveaux cas qui doivent être pris en charge par le circuit de soins. Ces cas alimentent la concertation relative au sans-abrisme, au « patient difficile » et à l'aide de crise ambulatoire.

5. Intégration de la fonction de coordinateur de soins en assuétudes

Il s'agit de l'ancrage structurel de la fonction de coordinateur de soins dans la plate-forme de concertation SSM.

6. Autres tâches

Concertation avec représentant du cabinet, participation à des journées d'étude, au « Lokale Stuurgroep Drugs » à la prison d'Hasselt, et à la « Limburgs Platform Verslaving ».

FLANDRE ORIENTALE

Caractéristiques

En Flandre orientale, la fonction de coordinateur de soins se partage en trois : une fonction de fond, une fonction administrative et une fonction de coordination. Une des caractéristiques les plus marquantes de l'aide aux usagers de drogues dans cette province est la forte concentration de l'offre de soins (surtout résidentielle) autour de Gand, ce qui engendre notamment un effet d'aspiration dans l'agglomération gantoise, mais conduit aussi à ce que les clients aient un accès limité à l'aide proposée au niveau local. C'est pourquoi des efforts sont entrepris afin d'organiser, dans la mesure du possible, un système d'accueil de crise et d'intervention précoce à l'échelon local, de sorte à ne pas « contraindre » les clients à se rendre à Gand, et de prévoir un suivi postcure local leur permettant de retourner dans leur région après avoir suivi un traitement résidentiel.

Par ailleurs, des structures de soins de première ligne ont tiré la sonnette d'alarme au cours du premier semestre 2009, concernant la taille du groupe des usagers de drogues qui ne relèvent pas de l'aide actuellement offerte. Elles craignaient en effet d'éventuelles nuisances.

S'il n'y a pas d'étroite collaboration avec les différents projets thérapeutiques, les évolutions sont

néanmoins suivies de près par le Comité de réseau en charge du traitement des toxicomanies (Netwerkcomité Middelenmisbruik).

Plan annuel

Le plan annuel de la province de Flandre orientale comprend 10 points d'action :

1. Organisation générale et appui des réunions du Comité de réseau

Le coordonnateur de soins prépare, fait rapport et assure le suivi des réunions bimestrielles.

2. Organisation générale et appui des réunions du Bureau permanent du Comité de réseau

Suivi et préparation des réunions du Comité de réseau, dans le but de les rendre plus efficaces.

3. « Drugbehandelingskamer » (DBK, chambre spécialisée en matière de stupéfiants)

Collaboration entre la justice et le secteur de l'aide pour les personnes ayant commis des faits dus à un problème d'accoutumance, en vue d'offrir des alternatives aux sanctions pénales et dans l'optique d'une orientation rapide vers les structures d'aide.

4. Exploration des possibilités de rationalisation des signalements par la justice

Il s'agit ici de rechercher, en collaboration avec un groupe de travail nouvellement composé au sein du Comité de réseau, les possibilités de rendre plus efficace la transmission des signalements par les prisons, vers les partenaires du réseau.

5. Lancement du nouveau projet « Optimalisatie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een verslavingsproblematiek »

Améliorer l'aide aux jeunes et adultes présentant un handicap intellectuel et un problème d'alcoolisme ou de drogues, y compris leurs parents, familles et aidants professionnels.

6. Renforcement de la coordination des différents projets de case management + clôture du projet de case management au sein de la PCSSM provinciale

Le comité de pilotage « case management » sera réactivé et aura pour principal objectif d'améliorer la coordination des divers projets « case management » lancés au cours des dernières années au sein du réseau, et ainsi veiller à ce que l'expression « case management » recouvre autant que possible la même notion dans les différents projets et que ceux-ci se complètent au mieux. De même, les procédures d'accompagnement encore en cours dans le cadre du projet qui se termine seront soit clôturées, soit transférées vers d'autres organisations.

7. Participation au « Provinciale Adviesraad Drugs Oost-Vlaanderen » (PARDOV)

Cette instance a pour but de faire coordonner la politique de drogues menée par la province, avec les activités du réseau.

8. Suivi et évaluation du programme d'échange de personnel

L'objectif ici est la collaboration au niveau non seulement des directions, collaborateurs de staff et administrateurs, mais aussi des professionnels de terrain. Il s'agit aussi d'apprendre à connaître le fonctionnement des structures et unités de soins des collègues.

9. Concertation « Clients »

Il est veillé ici à une meilleure coordination de l'aide, à la continuité des soins et à des soins sur mesure pour les personnes qui font appel à des membres du réseau. On vise aussi à détecter les éventuels problèmes de collaboration et à trouver des solutions auprès d'autres forums de coopération et de concertation.

10. Analyse de l'offre de soins

Recherche d'un cadre de référence qui doit permettre d'évaluer l'offre de soins actuelle, en collaboration avec l'Université de Gand.

ANVERS

Caractéristiques

Il existe au niveau de la province un comité de concertation sur la toxicomanie (Provinciale Overleggroep Problematisch Middelengebruik - OG PMG). Il se compose de 21 acteurs, principalement issus du secteur des soins de santé mentale, qui organisent les soins offerts aux personnes manifestant un problème lié à la consommation problématique de substances. Dans chaque arrondissement, une concertation est organisée tous les mois autour de cette problématique. Si, à Anvers, cette concertation a lieu depuis plusieurs années, elle est plus récente à Malines, et Turnhout étudie comment étendre la concertation dans leur région.

La fonction de coordinateur de soins est scindée en un collaborateur de projet pour Anvers, Malines et Turnhout. Anvers assure la coordination et le lien avec l'autorité.

À l'échelle provinciale, on compte 1 accord de coopération signé, à Anvers 2, à Malines et Turnhout 1.

On observe une forte différence entre Anvers, Malines et Turnhout concernant la tradition de la concertation et la répartition des établissements. La plupart des établissements sont concentrés dans la région d'Anvers. La région de Malines comprend elle aussi plusieurs secteurs, fût-ce dans une moindre mesure. L'offre de soins liée à l'abus de substances dans l'arrondissement de Turnhout est quant à elle très restreinte : il n'y a qu'une offre ambulatoire.

L'offre résidentielle en province d'Anvers est nettement plus limitée qu'en Flandre orientale, où 6% des clients enregistrés (essentiellement pour des demandes de traitement en milieu résidentiel) sont originaires de la province d'Anvers. On notera aussi l'absence de communauté thérapeutique proposant des soins pour le traitement des accoutumances.

Enfin, des services non spécialisés dans la problématique des toxicomanies et/ou troubles psychiatriques (éducateurs de rue, soins à domicile, CPAS, centres d'aide sociale..., du moins les services où ces problèmes ne sont pas un critère d'exclusion) sont souvent confrontés à des clients présentant un double diagnostic.

Plan annuel

Le plan annuel de la province d'Anvers comprend les points d'action suivants :

A: Niveau provincial

1. Renforcement et validation du fonctionnement de la concertation provinciale

L'assistance pratique et logistique, de même que le « maintien » du contenu, le feed-back et l'association des différents thèmes d'actualité, s'avèrent autant d'éléments essentiels permettant à l'OG PMG (cf. plus haut) de mettre en route et/ou d'appuyer différentes initiatives et actions.

2. Mise sur pied d'activités de formations, à l'initiative de l'OG PMG

Les initiatives de formations prises par l'OG PMG donnent l'occasion d'explorer plus en profondeur certains contenus, en approfondissant un thème précis avec des experts invités. Le but est de promouvoir le savoir-faire des prestataires de soins actifs dans le secteur des usagers de drogues.

3. Liaison provinciale

Des visites de travail et des stages encadrés sont organisés afin de permettre aux secteurs concernés (soins aux toxicomanes, SSM et centres d'aide sociale générale) de faire connaissance, de coordonner leurs activités et de créer des liens entre eux. Les évaluations et le nombre de participants montrent indéniablement l'importance de ces visites à la fois comme élément de connexion et comme facteur facilitant une meilleure collaboration et coordination.

B: Niveau régional

4. Concertation « Clients »

L'objectif central de cette concertation mensuelle est de proposer des soins adaptés aux personnes présentant une problématique complexe de double diagnostic qui ont déjà été admises et/ou traitées dans quasiment toutes les structures SSM et pour lesquelles aucune

offre de soins adéquate n'est disponible. Le traitement de cette catégorie de patients devient ainsi une responsabilité partagée entre tous les prestataires de soins concernés de la région.

5. Développement de trajets de soins régionaux

La concertation prévue dans ce cadre est menée via le « Stuurgroep Spoed- & Crisisconvenant 'Groot Antwerpen' », le groupe de travail « Regionaal Zorgtraject Mechelen », le projet « Gedeelde zorg voor mensen met (DD) dubbeldiagnose Turnhout » et le groupe de concertation « drughulp Kempen ».

C: Autres concertations

6. Participation au « SODA Overlegplatform Hulpverlening »

Les sujets abordés à l'occasion de cette concertation sont d'un apport précieux pour la politique de drogue en milieu urbain. En participant à cette concertation, le coordinateur de soins reste bien informé de la politique menée par la ville d'Anvers en matière de drogues et suit de près les initiatives et les décisions prises au sein de cet organe.

7. Participation au « Thematische Werkgroep Onderzoek & Registratie »

Le coordinateur de soins prend part à ce groupe de travail thématique pour se maintenir au courant des recherches scientifiques en cours dans le domaine des drogues.

8. Renforcement du groupe de travail interne Drogues au sein du CSM De Pont

Faciliter la concordance interne entre prestataires d'aide, conseillers en prévention et collaborateurs de projet des divers sites du CSM De Pont.

9. Autres initiatives : Journée d'étude sur le GHB et organisation d'une journée de rencontre sur le thème de l'aide aux alcooliques et aux toxicomanes dans la région de Malines

BRABANT FLAMAND

Caractéristiques

Le Brabant flamand ne connaît pas de tradition en termes de concertation et de collaboration. Cela s'est traduit par les grandes difficultés rencontrées pour conclure un premier accord de coopération signé, fin 2009.

La province se caractérise aussi par un nombre limité d'établissements composés de plusieurs antennes. Lors des réunions de concertation organisées par le coordinateur de soins, toutes les antennes ne sont pas représentées, mais il n'y a qu'un seul représentant par établissement. En conséquence de quoi, la concertation se déroule de manière plutôt abstraite et traite moins des dossiers spécifiques. On constate aussi que chaque unité de soins réclame son segment du groupe cible et tente même pour ce faire de proposer un circuit de soins complet.

De plus, on fait remarquer que des problèmes de mobilité rendent l'orientation des clients dans la région de Hal-Vilvorde plus difficile. Sont cités à cet égard le ring de Bruxelles et l'absence d'offre de qualité en matière de transports publics. Cela conduit à une répartition inégale de l'aide offerte et crée un vide au niveau de la région de Hal-Vilvorde.

Enfin, la province ne compte aucune offre spécialisée pour les patients présentant un double diagnostic, l'accueil de crise est insuffisant pour les usagers problématiques de drogues illicites et l'offre pour les jeunes témoignant d'une consommation de drogues problématique est trop peu diversifiée.

Plan annuel

Le plan annuel de la province du Brabant flamand comprend les points d'action suivants :

1. Élargissement des accords de coopération et suivi de l'accord de coopération existant

Un accord de coopération bilatérale a été conclu en 2009 et renferme des directives concrètes qui explicitent, tant du point de vue politique que pour le lieu de travail, les arrangements conclus en matière de renvoi et d'information. L'objectif 2010 est d'utiliser cet accord comme modèle pour de nouvelles conventions de coopération entre deux ou plusieurs structures.

2. Intégration de la coordination des soins dans les soins de santé mentale en général

La concertation existante se poursuit. En 2010, on s'activera toutefois à associer plus étroitement les établissements généraux de soins de santé mentale à la concertation. Une attention particulière sera accordée aux SPHG et CSM.

3. Suivi et affinement de l'enregistrement Spiller

Depuis 2008, l'enregistrement Spiller (disponible en ligne) dresse l'inventaire de l'offre spécifique aux personnes présentant des problèmes liés à la consommation de substances. En 2010, cet inventaire fera l'objet d'un suivi (tous les 6 mois).

Le coordinateur de soins participera également aux travaux du comité de pilotage flamand « Spiller », en vue d'affiner cet enregistrement (notamment améliorer l'accès, générer des rapports d'analyse, ajouter des données relatives à la capacité d'admission des unités de soins). Il s'agira pour cela de se concerter et de négocier avec la firme qui gère le site web. Le planning concret de ces discussions sera déterminé par le comité de pilotage « Spiller ».

4. Collaboration avec le coordinateur de soins d'un projet thérapeutique

Depuis le lancement du projet thérapeutique « Zorgoverleg Drughulpverlening in de regio Halle Vilvoorde », le coordinateur de soins de ce projet est associé à la concertation régionale en matière d'aide aux toxicomanes. Cette collaboration se poursuivra en 2010.

5. Développement d'une coopération à long terme entre le terrain et la K.U.Leuven concernant l'appui scientifique à l'élaboration de circuits de soins

Pour exécuter ses différentes tâches, le coordinateur de soins peut compter sur le soutien et la guidance, d'une part, des structures membres de la plate-forme de concertation qui proposent une offre pertinente pour le groupe cible, et d'autre part, de la cellule Drogues du Service public fédéral Santé publique. Les chercheurs constituent toutefois ici le chaînon manquant. À plus long terme, il importera de disposer de données fondées et d'évaluer les résultats obtenus à partir de standards objectifs. Pour ce faire, on cherchera à collaborer avec des universitaires qui souhaitent assurer cette tâche. Le point de départ est que la situation profite tant aux acteurs de terrain (« bonnes pratiques ») qu'aux chercheurs (recherche utile à la pratique).

6. Représentation de l'aide aux toxicomanes dans d'autres secteurs

Ce point implique la participation au comité directeur local Drogues de la prison et à la cellule de coordination provinciale Drogues.

FLANDRE OCCIDENTALE

Caractéristiques

La province de Flandre compte 14 accords de coopération signés.

En ce qui concerne le groupe cible des substances illicites, la base de données Spiller confirme, d'un point de vue fonctionnel, les besoins et lacunes majeurs observés sur le terrain depuis des années. L'offre en modules types suivants fait défaut ou est quasi inexistante : détection et intervention précoces ; réduction des dommages ; accueil bas seuil ; outreaching ; diagnostic, case management ; activation de jour et assistance par le travail.

Concernant les soins résidentiels, on constate un manque évident de capacité à l'échelon provincial. De même, les patients « à retours répétés » de certains sous-groupes cibles (crise, double diagnostic) sont orientés vers la Flandre orientale en raison d'une pénurie en lits de traitement.

On voit aussi que la pression sur les modules ambulatoires et mobiles existants augmente. Il est question presque partout de longues listes d'attente, d'arrêt prématuré du traitement ou de renvoi. Sans oublier que, malgré des demandes de soins en hausse, les structures doivent composer ces derniers mois avec la suppression de moyens financiers.

Enfin, la province ne dispose que d'un seul case manager.

Plan annuel

1. Cartographie de l'offre et de la demande de soins dans la province, en mettant l'accent sur les principaux besoins en soins, les obstacles et les lacunes

On vise ici à tenir à jour l'inventaire de l'offre de soins via la base de données Spiller « Middelennisbruik W-VL » et à collecter des informations pertinentes en rapport avec les soins offerts par des prestataires hors SSM. On veut aussi tendre vers un usage maximal de la base de données et procéder à une évaluation critique.

Un autre point d'action consiste à contrôler, diffuser et, si nécessaire, adapter les analyses à partir de Spiller, et à stimuler la discussion axée sur la recherche de solutions. Une attention particulière sera accordée à cet égard aux obstacles, lacunes et doubles emplois dans le cadre de la continuité des soins.

2. Opérationnalisation des concepts et objectifs à atteindre en termes de circuits et réseaux de soins, dans le cadre de la législation fédérale en la matière

La structure mise en place et rendue opérationnelle ces dernières années encourage la participation active, **au niveau politique**, de l'ensemble des acteurs SSM pertinents à l'optimisation du réseau et des circuits de soins pour les personnes présentant des problèmes liés aux substances, en accord avec les évolutions de la concertation au sein de la PCSSM de Flandre occidentale. Cette structure permet de continuer à tendre vers une participation maximale aux **outils de travail actuels sur le lieu de travail** et, si nécessaire, de les évaluer, les optimiser, les organiser et les coordonner. Elle prévoit aussi la possibilité de stimuler et, si nécessaire, créer de nouveaux instruments visant à promouvoir entre structures la **collaboration au niveau du client**. Enfin, cette structure de concertation contribue à diffuser des analyses depuis Spiller et à encourager la concertation orientée solution.

3. Poursuite de la promotion d'accords de coopération formels

Les accords de coopération susceptibles d'être formalisés apportent une plus grande clarté, non seulement vis-à-vis de l'autorité, mais aussi entre services. Y souscrire signifie en effet être formellement d'accord avec la vision définie et être disposé à s'engager envers les objectifs fixés. Ces accords peuvent également représenter une plus-value en termes de continuité et de durabilité et en ce qui concerne le caractère moins facultatif de la collaboration.

4. Préparation de l'intégration de la fonction de coordinateur de soins dans les plates-formes de concertation SSM

L'intégration actuelle de la fonction de coordinateur de soins dans la plate-forme de concertation SSM de la province sera évaluée. Des adaptations seront apportées si nécessaire.

Par ailleurs, en collaboration avec les autres plates-formes de concertation, un avis sera formulé concernant l'adaptation de l'article 7 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

6. Conclusions et questions qui restent ouvertes

La ministre a donné son accord pour entamer la procédure pour rendre ce projet structurel.

Dès lors, plusieurs démarches doivent être entreprises :

- Demande d'avis au Conseil national des établissements hospitaliers
- Modification de l'article 7 de l'AR du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques
- Modification de l'arrêté royal de financement du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux et plus spécifiquement l'article 52

Un certain nombre de questions restent encore en suspens. On suggère que le CNEH se penche dans son avis sur ces points également entre autres.

8. Proposition de modification de l'AR

Nous avons demandé à l'ensemble des coordinateurs de soins de se concerter et de nous faire une proposition de modification de l'AR du 10 juillet 1990 (article 8ter)

Voici la proposition qui nous a été envoyée :

« Par ailleurs, chaque association développera les activités de concertation relative aux problèmes liés aux substances et aux assuétudes. Afin de les réaliser, l'association veillera à la collaboration et à la concertation maximale entre les institutions de soins de santé mentale et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un problème lié aux substances et/ou lié aux assuétudes. Les secteurs apparentés pourront également être impliqués dans les activités de concertation.»

“Elk samenwerkingsverband ontwikkelt overlegactiviteiten betreffende ‘middelengerelateerde stoornissen en verslavingsproblemen’. Om dit te realiseren, zal het samenwerkingsverband waken over de samenwerking en het maximaal overleg tussen de zorgvoorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de relevante zorgvoorzieningen voor personen met een middelengerelateerde stoornis en/of verslavingsproblematiek. Ook de sectoren met gemeenschappelijke raakvlakken worden in deze samenwerking en overleg betrokken.”

L'avis du CNEH est demandé.

9. Faut-il un temps de travail à minima

Le budget forfaitaire attribué aux plates-formes de concertation est calculé en fonction de la densité de la population au sein de chacune des provinces. Le budget alloué à certaines provinces (entre autres Brabant Wallon et Luxembourg) ne permet l'engagement d'un coordinateur qu'avec un temps de travail réduit (moins d'un mi-temps). Néanmoins, au sein de ces provinces le nombre d'acteurs impliqués est assez restreint. Est-ce qu'il faudrait envisager d'accorder à minima un budget permettant d'engager un mi-temps ou est-ce que cette répartition initiale du budget vous semble adéquate ?

10. Faut-il faire une distinction alcool/drogues illicites ?

Certaines provinces ont choisi délibérément de faire une distinction entre les problèmes d'alcool et ceux de drogues illicites. Dès lors, ces plates-formes organisent deux concertations distinctes. Faudrait-il, selon vous, le préconiser pour toutes les provinces ayant une offre de soins diversifiée ? Faut-il au contraire laisser le choix aux plates-formes elles-mêmes ?

11. Faut-il continuer à demander la signature formelle d'accords de collaboration ?

Le projet pilote est en cours depuis fin 2002. Dès lors, les coordinateurs, selon les objectifs mentionnés par le projet pilote, devaient tenter de favoriser au maximum la signature d'accords formels de collaboration. Au bout de maintenant 8 ans de projet, les principaux accords de collaboration pouvant être signés au sein des provinces ont été conclus. Faut-il continuer de demander la signature de ce type d'accords ou est-ce qu'il serait plus judicieux de laisser libres les plates-formes et ainsi qu'elles en évaluent elles-mêmes la pertinence en fonction de leurs caractéristiques propres ? En effet, il y a dans certaines provinces des réticences à signer des accords formels alors que d'autres collaborations plus informelles sont bien souvent plus effectives.

12. Méthodologie à recommander ?

Une fois le projet rendu structurel, les plates-formes de concertation recevraient un subside supplémentaire pour autant qu'ils accordent une attention particulière au groupe cible des personnes présentant un trouble lié à la consommation de substance. Une grande latitude est donc laissée aux plates-formes pour l'organisation de cette concertation. Avez-vous une méthodologie en particulier à préconiser ?

13. Lien avec les missions de base de la santé mentale

Pour l'année 2010, nous avons demandé aux plates-formes de concertation qu'elle intègre davantage la fonction « spécifique assuétudes » aux missions de base de concertation en santé mentale des plates-formes. Dès lors, les missions de base seront les mêmes que celles de la santé mentale. Comment ce lien devrait se créer, entre autres en termes de réunions de concertations (ou autres formes) à organiser ?

14. Elargissement aux autres types de dépendances (non liés à une substance)

Pour l'instant, le projet pilote se limite à tout ce qui concerne les dépendances liées à une substance. Dès lors, les dépendances aux jeux (ou cyberdépendance) ne sont pas prises en compte. Faudrait-il envisager d'élargir le projet et donc d'inclure le jeu ?