
Direction générale de l'Organisation des
Etablissements de Soins

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section Programmation et Agrément

Réf. : CNEH/D/PSY/319-3 (*)

**Avis concernant les projets pilotes pour le traitement intensif des
patients psychiatriques présentant un double diagnostic : psychose et
assuétude**

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau du 10 février 2011

Contexte de la demande d'avis

Dans sa lettre du 1^{er} février 2010 à Peter Degadt, président du CNEH, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx a demandé d'émettre un avis sur les projets pilotes "double diagnostic" pour adultes présentant des troubles psychotiques et une assuétude.

La tâche de rédiger un projet d'avis a été confiée au groupe de travail permanent "psychiatrie". Afin de préparer cet avis, le groupe de travail permanent "psychiatrie" a organisé des réunions (le 4 mai¹ 2010 et le 8 juin 2010²) auxquelles, entre autres, les responsables de projets ont été invités à venir expliquer le fonctionnement et les résultats de leur projet pilote. Les projets pilotes sont actuellement en cours au "Psychiatrisch Centrum te Sleiding" et à l'"Intercommunale de Soins spécialisées de Liège". C'était également l'occasion de prendre connaissance d'un rapport d'étude qui évalue le fonctionnement et les résultats des deux projets pilotes.

Lors de la réunion du 1^{er} juillet 2010, le groupe de travail permanent "psychiatrie", présidé par le Pr J. Peuskens, a formulé le projet d'avis.

Ce projet d'avis a tenté d'apporter des réponses aux questions suivantes:

Quels résultats ont pu être obtenus par ces deux projets pilotes ?

Compte tenu de ces résultats, quelle est l'opportunité de prolonger ces projets pilotes, de les actualiser et de les améliorer?

Dans quelle mesure peut-on formuler des propositions de généralisation et d'ancrage structurel de ces projets pilotes dans de nouveaux index, sur la base de ceux-ci ?

Quelle est la norme de programmation correspondante à établir pour ces unités de traitement intensif pour double diagnostic au sein du groupe d'âge cible pour adultes ?

Quelle place doit être accordée à ces unités résidentielles en tant que sous-partie du trajet de soins à élaborer pour adultes présentant une psychose et un problème d'assuétude ?

¹ Les experts ad hoc suivants ont assisté à l'audience publique du 4 mai 2010 : Mme Marijs GEIRNAERT (Vereniging voor Alcohol en Drugs – VAD), Mme Frieda MATTHYS (VAD), Mme An VAN DUYSE (De Sleutel), Mme Christelle GAZON (unité "double diagnostic", Liège), Mme Katia HUARD (FOD VVVL), M. Stéphane HOYOUX (unité "double diagnostic", Liège), M. Marc-André DOMKEN (unité "double diagnostic", Liège) et M. Raoul DE CUYPER (unité "double diagnostic", Sleidinge).

² Les experts ad hoc suivants ont assisté à l'audience publique du 8 juin 2010 : Mme An VAN DUYSE (De Sleutel), Mme Christelle GAZON (unité "double diagnostic", Liège), M. Stéphane HOYOUX (unité "double diagnostic", Liège), M. Pierre ZAEYTYDT (unité "double diagnostic", Liège), Mme Katia HUARD (SPF SPSCAE), M. Raoul DE CUYPER (unité "double diagnostic", Sleidinge), Mme Catherine CLAEYS (unité "double diagnostic", Sleidinge) et Mme Hellen VERSTRYNGE (unité "double diagnostic", Sleidinge)

Avis

- **Constatations générales**

Pour une description plus complète et détaillée des résultats de ces deux projets pilotes, se référer au rapport d'étude³ de l'Université d'Anvers, plus précisément, de "Collaborative Antwerp Psychiatric Institute" sous la direction du Pr B. Sabbe. Les deux projets pilotes existants "*soins intensifs pour les personnes présentant un double diagnostic*" ont également fait l'objet d'un suivi régulier par des comités d'accompagnement et par des rapports d'évaluation du SPF SPSCAE.

Il en est ressorti qu'un traitement intensif et intégré des (jeunes) adultes présentant un double diagnostic, à savoir, une psychose et une assuétude, apporte un plus-value par rapport aux possibilités existantes de traitement de cette sous-population, entre autres, dans le cadre des services A classiques des hôpitaux psychiatriques et les centres conventionnés INAMI. Actuellement, il est difficile d'évaluer les effets de ce traitement intensif dans la durée.

Les deux projets pilotes ont prêté une attention particulière à la phase de traitement intensif au sein de l'hôpital. Dans une moindre mesure, des éléments ont déjà été établis pour le maillon « soins ambulants » qui, soit précèdent cette phase de traitement, soit en découlent. De cette façon, ces deux projets pilotes n'ont pas explicitement reçu la tâche d'élaborer une Cellule de crise et d'outreaching à part entière. De ce fait, il n'est pas possible non plus de correctement évaluer l'afflux futur et le transit qu'il faut prendre en considération, afin de pouvoir estimer la capacité de soins à programmer.

Par ailleurs, il n'est pas encore possible, sur la base de ces deux projets pilotes, de faire une estimation quantitative d'une façon fiable et univoque du groupe d'adultes qui ont besoin de ces soins intensifs et intégrés dans un contexte *intra muros*. Pour ce faire les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés dans le cadre des projets devraient pouvoir s'appliquer à la totalité du groupe cible d'adultes et plus particulièrement à ceux présentant un double diagnostic: psychose et assuétude. Il a été demandé au SPF de faire une évaluation sur la base, entre autres, du RPM. Les autorités régionales et communautaires devraient procéder à une estimation pour évaluer dans quelle mesure cette partie de la population bénéficie de soins au sein des structures SSM ambulatoires.

- **Recommandations concrètes.**

³ SABBE, B., MALONE, M., VAN HAM, S., DE WILDE, B. (2008) Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose. Antwerpen : Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute.

Compte tenu des constats susmentionnés, l'avis suivant est émis:

1. Les deux projets pilotes actuels ont fait la preuve de leur utilité (en termes d'efficacité et d'opportunité). Il est recommandé de les poursuivre et d'actualiser et d'optimiser leur fonctionnement.

Pour cela, il faut actualiser le financement de ces projets pilotes, afin d'adapter l'indemnisation appliquée au cours des dernières années pour le personnel à l'ancienneté actuelle, au coût supplémentaire lié à la mise en oeuvre d'accords sociaux et à l'évolution de l'index. Le coût supplémentaire est calculé pour l'ensemble de projets pilotes B4 et est repris dans la Fiche 42 de la proposition de la confédération dans l'annexe de l'avis de la section financement du CNEH relatif aux besoins du budget 2011.

Par ailleurs, le rajout explicite cette fois d'un module crise et outreaching dans le descriptif des tâches de ces projets pilotes serait à recommander. De même, il faudrait inscrire explicitement dans les tâches l'adéquation et la coopération avec le restant des acteurs et partenaires.

2. L'ancrage structurel de ces projets pilotes dans un index ou sous-rubrique spécifique, par exemple, les unités de traitement intensif, est prématuré et n'est pas recommandé.

A la lumière des décisions de la conférence interministérielle du 26 avril 2010, la création de nouveaux index et services en tant qu'entités autonomes n'est pas souhaitable. Au lieu d'être structurellement reconnus en tant que service, ces projets pilotes doivent s'intégrer comme des maillons des programmes de soins qui, entre autres, sont élaborés dans les projets « article 107 » pour le groupe cible des adultes.

3. Compte tenu du fait que pour l'heure il n'est pas possible d'avoir une estimation correcte de l'importance de la population cible pour qui ces unités de traitement intensif, en tant que sous-partie d'un trajet de soins, sont nécessaires le conseil estime que pour le moment aucune capacité à programmer spécifiquement ne peut être proposée dans les limites du nombre de lits A/T existants.

4. Enfin, le groupe de travail permanent "psychiatrie" prend l'initiative de créer un groupe de travail ad hoc "Assuétude" qui se verra attribué comme tâche la formulation d'une proposition de description des modules requis dans le cadre du trajet de soins pour adultes présentant une psychose et une assuétude.

En outre, les exigences fonctionnelles, organisationnelles et, le cas échéant, architecturales, seront décrites, non seulement pour cette tâche de traitement résidentiel intensif mais également pour toutes les autres tâches qui doivent être prévues dans le trajet de soins.

En fonction de la description des tâches spécifiques et régulières qui doivent être reprises dans le trajet de soins, la généralisation de cette offre peut faire son chemin dans les esprits, entre autres, dans le cadre de l'élaboration des projets pilotes "article 107".

Proposition de conditions à remplir dans le cadre de la prolongation des projets pilotes

Dans le cadre de la prolongation des projets pilotes liés au double diagnostic (psychose et assuétude), on attend des initiateurs des projets qu'ils poursuivent la concrétisation et l'évaluation des aspects liés à leur fonctionnement qui sont énumérés ci-dessous, ainsi que de la place que ceux-ci occupent à l'intérieur d'un trajet de soins 'assuétude', en tant que composante du programme de soins SSM, pour le groupe cible des adultes.

Dans le cadre des arrêtés royaux qui mettent en œuvre la prolongation des projets pilotes, on poursuivra, en concertation avec les services du SPF Santé publique, la mise au point, dans le cahier des charges des missions, des aspects liés au fonctionnement qui sont énumérés ci-dessous ainsi que de leur intégration dans des trajets de soins et on établira à l'avance des critères d'évaluation pour chaque sous-mission afin d'assurer le suivi de l'accomplissement de ces missions.

Dans le cadre de la prolongation de leur mission, les projets pilotes doivent:

- étudier les modalités selon lesquelles le fonctionnement des unités de traitement concernées, en tant que composante d'un trajet de soins 'assuétude', peut être intégré dans la description des programmes de soins pour le groupe cible des adultes;
S'ils en ont la possibilité, les projets pilotes 'double diagnostic' doivent en outre intégrer dès à présent leurs activités dans l'exploration de la description de ce programme de soins, ainsi que le prévoient les projets portant exécution de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins.
- fournir une description plus concrète des éléments indispensables en amont et en aval du trajet qui sont nécessaires aux soins;
- formuler des recommandations quant au soutien (conseils, coaching et expertise) à fournir à partir du trajet de soins en faveur des unités moins spécialisées qui ont également affaire à cette population de patients;
- fournir une description plus concrète des caractéristiques du groupe de patients qui gagnent à être traités dans ces unités de double diagnostic;
- formuler des propositions qui, en vue de déterminer la programmation requise de cette offre spécifique d'unités de traitement, permettent de réaliser une évaluation quantitative des demandes de soins émanant de personnes à double diagnostic (psychose + assuétude) ainsi que de l'offre de soins en leur faveur.

Pour parvenir à une description et à un calcul détaillé de la population visée pour les unités de double diagnostic, les projets pilotes participants collaboreront étroitement avec les services du SPF Santé publique.

Il sera en outre demandé aux participants à ces projets pilotes de transmettre et d'expliquer chaque année leurs constatations au groupe de travail permanent '*psychiatrie*' du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH).

Lors de la réunion du Bureau du 13 janvier 2011, la présente proposition reprise ci-dessus a été évoquée et discutée en présence du Président ainsi que de quelques membres du groupe de travail permanent « psychiatrie ».

A l'issue de cette discussion, le Bureau a proposé ce qui suit :

- prolongation de deux années des trois projets pilotes liés au double diagnostic (les deux projets financés par le SPF ainsi que le projet financé par l'INAMI)
- Après une année, donner un état des lieux des projets pilotes à l'attention des membres du Bureau
- En vue de soutenir les travaux liés à ces projets, l'accompagnement d'une équipe scientifique est nécessaire afin que le Conseil national des établissements hospitaliers puisse, à l'issue de ces deux années, tirer des conclusions définitives en terme de programmation, d'agrément afin de déterminer un programme de soins adéquat.
