

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

BRUXELLES, 10 mai 2012

DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Section «Programmation et Agrément»

Réf. : CNEH/D/PSY/409-1 (*)

Avis concernant l'évaluation des projets pilotes « *Unités de crise, comprenant la fonction de case manager, spécifiques aux personnes en situation de crise psychique et aux personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives* » et l'ancrage structurel de ces projets dans le programme de soins de santé mentale pour le groupe cible des adultes

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 14 juin 2012

1. Contexte de la demande d'avis

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a sollicité l'avis du CNEH concernant :

- l'évaluation des projets « **Unités de crise, comprenant la fonction de case manager, spécifiques aux personnes en situation de crise psychique et aux personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives** »¹ et
- l'opportunité d'un ancrage structurel de ces projets dans le programme de soins de santé mentale pour le groupe cible des adultes.

Le présent avis et l'évaluation portent sur **7 projets pilotes lancés en 2002**² et relatifs à des unités de crise comprenant une fonction de case manager pour les personnes présentant un trouble lié à la consommation de substances psychoactives, et sur **2 unités de crise ayant déjà démarré en 1991** pour les personnes en situation de crise psychique et les personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives³.

À la demande du Bureau du CNEH, les conventions « toxicomanies » financées par l'INAMI ont également été prises en considération. Ces centres de rééducation assurent aussi des missions pour les personnes présentant une assuétude liée à une situation de crise⁴. Le présent avis indique la complémentarité qui unit ces initiatives INAMI aux 9 projets pilotes Unités de crise.

Le groupe de travail permanent a chargé un groupe de travail ad hoc de préparer le présent avis. Le groupe de travail ad hoc était composé de Jozef Peuskens (président) et des membres Jöel Boydens, Chantal Gelders, Denis Henrard, Stéphane Hoyoux, Ann Moens et Jef van Holsbeke. Le secrétariat a été assuré par Ilse Declercq, Kurt Doms et Katia Huard. Des spécialistes du secteur des soins en assuétudes ont également été invités à participer, à titre d'expert, à certaines réunions⁵. De même, tous les initiateurs des projets pilotes ont été entendus.

Le groupe de travail ad hoc « Assuétudes » a pu prendre connaissance des rapports d'activité des 9 projets pilotes et des missions spécifiques assurées par les centres de rééducation financés par l'INAMI. Le groupe de travail ad hoc a aussi pu prendre connaissance du rapport d'évaluation rédigé par les équipes scientifiques de Leuven, Anvers et Gand⁶ en charge du suivi et de l'évaluation desdits projets pilotes Unités de crise et case management.

L'annexe 1 consiste en un résumé des conclusions du rapport des équipes scientifiques.

2. Constatations

Après analyse et discussion des résultats avec les experts concernés, **une première constatation importante** est que, dans le cadre de la mise en oeuvre opérationnelle des projets pilotes Unités de

¹ Également appelée « unité d'intervention psychiatrique d'urgence », et dénommée ci-après projet pilote Unités de crise

² CHR de la Citadelle, UZ Leuven, CHU Ambroise Paré, CHR de Namur, AZ Sint Jan, Ziekenhuis Oost-Limburg, UZ Gent

³ CHU Brugmann et ZNA - PZ Stuivenberg

⁴ CIC financés par l'INAMI : De Spiegel (Lovenjoel), De Sleutel (Wondelgem), Katarsis (Genk), Antwerps Drugs Interventie Centrum (ADIC, Anvers), Kompas (Courtrai), Clean (Liège), Transition (Gilly), Centre Médical Enaden (Bruxelles).

⁵ Dr Anne Van Duyse, Dr Benjamin Delaunoit, Denis Hers, Dirk Vandeveldel, Frédéric Gustin, Dr Geert Dom, Dr Hendrik Peuskens, Jacques Van Russelt, Kurt Lievens, Marijs Geirnaert, Serge Zombek, Stephan Luisetto

⁶ - R. Bruffaerts, W. Vanderplasschen, G. Van Hal, & K. Demyttenaere (2011), Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid -: De Evaluatie van Crisis en Case Management (ECCAM), Politique scientifique fédérale.

- « Rapport d'évaluation du projet pilote 'Unités' réalisé par la Cellule Drogues, 2011 ».

crise comprenant la fonction de case manager, chacun des initiateurs a donné au projet un accent particulier et souvent locorégional. En témoignent les caractéristiques disparates des 9 projets telles que présentées à l'annexe (2) relative au profil des patients pris en charge, aux activités réalisées, à la durée de séjour, aux référants, à la nature des produits de toxicomanie,...

Selon les initiateurs des projets, la nécessité de donner un accent particulier et locorégional aux unités de crise incluant une fonction de case manager résulte de :

- l'intégration ou non du projet pilote « Unités de crise comprenant la fonction de case manager » dans le cadre plus large d'une unité générale de crise ou d'un service hospitalier psychiatrique (A);
- le fonctionnement ou non à proximité immédiate des urgences d'un hôpital général;
- l'absence ou présence d'alternatives pour l'accueil de crise et de possibilités d'hospitalisation, et la disponibilité d'un suivi spécialisé dans l'offre régionale de SSM ;
- les attentes spécifiques des référants (médecins généralistes/police/...) et d'autres partenaires SSM. C'est la raison pour laquelle, lors du développement du projet pilote « Unités de crises comprenant la fonction de case manager », l'accent a été mis sur : soit l'unité de crise comme un point de départ accessible pour les SSM, qui met l'accent sur les interventions de stabilisation, la pose d'indications et le renvoi ; soit une unité de crise qui permet également la mise en route d'un traitement et les soins de suivi y afférents (consultation/polyclinique). En raison de ces différentes options, le temps d'admission dans les projets pilotes variait généralement de quelques heures à 3 - 5 jours ;
- la mesure dans laquelle ces unités s'adressent en particulier aux personnes qui présentent une dépendance aux drogues illicites et/ou à l'alcool et/ou aux médicaments **et** qui se trouvent dans une situation de crise, de manière axée ou non sur une prise en charge à bas seuil de personnes très marginalisées (les sans-abri notamment).

Une seconde constatation importante est que, comparativement aux 9 projets pilotes « Unités de crise comprenant une fonction de case manager », les centres pour toxicomanes financés par l'INAMI s'orientent plus spécialement vers les personnes qui manifestent une dépendance prononcée en matière de drogues illicites et de polytoxicomanie, en situation de crise ou non, mais toujours en vue de motiver ou proposer une offre de traitement plus vaste d'un ou plusieurs mois.

Dans l'offre globale de soins de santé mentale, les projets pilotes « Unités de crise et fonction de case manager » ont dès lors une mission qui se distingue clairement de la mission des « centres de rééducation INAMI », tout en étant complémentaire à celle-ci.

Sur la base des différentes missions⁷ qui leur sont confiées, une nette distinction doit être établie entre les 9 projets pilotes « Unités de crise comprenant la fonction de case manager » et les centres d'intervention de crise financés par l'INAMI.

L'avis rendu ici ne porte par conséquent que sur les 9 projets pilotes « Unités de crise comprenant la fonction de case manager ».

3. Évaluation des 9 projets pilotes « Unités de crise comprenant la fonction de case manager » et possibilités d'ancrage structurel

⁷ Les missions des deux formes de soins sont expliquées à l'annexe 3 du présent avis

Les conclusions de l'évaluation des projets pilotes sont les suivantes :

- Chacun des projets pilotes, compte tenu du contexte locorégional concret dans lequel il a vu le jour, a développé de manière spécifique et adaptée la mission dont il a été chargé, à savoir la création d'une offre accessible aux personnes en situation de crise et présentant un problème d'assuétude.
- Presque tous les projets ont satisfait aux trois caractéristiques suivantes :
 - offre de soins pour les personnes en situation de crise et présentant un trouble lié aux assuétudes
 - séjour de courte durée avec pour mission première la stabilisation du patient
 - fonction de case manager comme élément inclusif et faisant suite à l'accueil de crise
- Dans le cadre de l'offre SSM actuelle, les projets pilotes accomplissent un travail utile et méritoire, et comblent en partie une lacune dans l'offre de soins actuelle.
- Les projets pilotes concernent principalement l'aide de crise aux adultes et pas - ou dans une moindre mesure - aux adolescents et personnes âgées.
- La plupart des projets pilotes ont intégré, du point de vue organisationnel, l'optique spécifique de l'accueil de crise et de la fonction de case manager qui s'y rattache, dans un cadre plus large d'aide de crise aux personnes avec ou sans troubles prononcés liés aux assuétudes.
- Il faut éviter que les projets pilotes interprètent de manière trop vaste l'accent mis sur les personnes en situation de crise et présentant une problématique de dépendance. Les moyens attribués doivent être utilisés pour les personnes ayant un problème évident de dépendance à l'alcool, aux drogues illicites et aux médicaments.
- Dans l'offre de soins de santé mentale actuelle, fragmentée et axée sur les structures, les projets pilotes réalisent un travail utile et méritoire.
Les projets pilotes devront à l'avenir s'intégrer en tant qu'élément d'une offre de soins transstructurelle reprenant les 5 fonctions telles que décrites et prévues dans le guide approuvé au niveau interministériel comme cadre de référence pour le développement d'un programme global de SSM pour adultes. L'annexe 4 est une description schématique des 5 fonctions du programme de SSM pour adultes.

Possibilités d'ancrage structurel

Des modifications approfondies de la mission et de la mise en oeuvre opérationnelle des projets pilotes « Unités de soins comprenant la fonction de case manager » sont à prévoir dans le cadre du développement des 5 fonctions décrites dans le guide interministériel pour le développement d'un programme de soins transstructurel pour le groupe cible des adultes.

On peut en effet s'attendre à ce que, dans une offre de SSM plus cohérente et développée de manière plus complète, les modifications suivantes se manifestent au niveau de la demande de soins:

- De nombreux patients qui sont aujourd'hui inscrits dans les projets pilotes « Unités de crise » pourront, à un stade plus précoce, faire appel à d'autres SSM accessibles, mieux adaptés à leurs besoins.
- Des patients ayant bénéficié de l'aide de crise pourront faire appel à des soins de suivi ambulatoires, assertifs, orientés sur la réhabilitation, de sorte qu'ils retomberont moins vite dans une situation de crise.
- Le développement de modalités de crise plus larges et plus intensives dans toutes les formes de soins de santé mentale aura pour conséquence que patients et référants seront moins contraints qu'aujourd'hui à s'adresser à ce type d'accueil de crise lié à l'hôpital.

Le fonctionnement actuel des projets pilotes ne permet pas de donner une description du prototype d'unité de crise à développer dans le futur. En effet, l'aide de crise devra à l'avenir être intégrée

comme élément des divers modules de l'itinéraire de soins « Aide SSM urgente/immédiate et active ». Cet itinéraire de soins devra à son tour faire partie intégrante, se rattacher à et répondre aux 5 fonctions du programme global de soins pour adultes.

Dans son avis du 09/06/2011 relatif au développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents, le CNEH a procédé à une analyse différentielle plus poussée des diverses missions qu'il convient de distinguer dans le développement de l'itinéraire de soins SSM « soins urgents/immédiats et actifs ». Cet avis a fait une distinction entre les missions suivantes : fonction de liaison externe, SSM ambulatoires assertifs, soins de crise (résidentiels et ambulatoires) et soins d'urgence pour situations à risque vital. Ce même avis précise que de nombreuses demandes de soins de patients et référants, faute de soins adéquats, évoluent encore trop souvent inutilement en des situations de soins urgents (en soins d'urgence ou non selon le caractère vital de la situation de soins).

Face à cette description fonctionnelle de l'itinéraire de soins « Soins urgents/immédiats et actifs », on observe que les projets pilotes « Unités de crise » offrent aujourd'hui une réponse partielle aux demandes de soins de personnes présentant une large gamme différenciée de problématiques de SSM.

Un scénario de transition doit donc être mis au point pour permettre aux 9 projets pilotes « Unités de crise comprenant la fonction de case manager » de s'intégrer dans les 5 fonctions du programme de soins global pour adultes et dans le développement ultérieur de l'itinéraire de soins « aide urgente/immédiate et active ». L'annexe 5 donne une description de la mission de cet itinéraire de soins qui comprend la fonction de liaison externe, la fonction de soins assertifs (« assertive care »), la fonction de soins de crise et la fonction de soins d'urgence.

4. Un avis en trois parties

1. *Intégration dans le programme de soins pour adultes (art. 107)*
2. *Continuité des projets en cours en adéquation avec la durée des projets art. 107*
3. *Soins en assuétudes pour adultes comme itinéraire spécifique dans le programme de soins global pour le groupe cible de base des adultes : soins génériques si possible, spécifiques si nécessaire, y compris dans le cadre de soins urgents, immédiats et actifs.*

1) Intégration dans le programme de soins pour adultes (art. 107)

- D'une part, l'on constate que les projets comblent actuellement une offre nécessaire et utile pour des demandes de SSM certes disparates.
- D'autre part, l'on observe que la réalisation progressive d'un programme de SSM transstructurel pour le groupe cible des adultes, comme prévu dans le guide pour les projets 107, permettra à l'avenir d'intégrer les demandes urgentes de SSM d'une manière autre et plus différenciée.
- Concrètement, on peut s'attendre à ce que le développement des fonctions 2a et 2b (équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques) et de la fonction 4 (unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques), avec l'évolution vers des unités de crise et unités spécialisées de traitement intensif..., modifiera en profondeur la gestion actuelle des demandes urgentes de SSM.

On espère que le développement de fonctions de liaison externe, soins assertifs, aide de crise et aide d'urgence, intégrés dans le programme de soins pour adultes (dans le cadre des projets 107), apportera une réponse mieux adaptée aux demandes de soins urgents ou demandes de soins évoluant en soins urgents.

- L'avis dessine un itinéraire de transition qui intègre progressivement les 9 projets en tant qu'élément du programme de soins global pour adultes. Les 9 projets pilotes « Unités de crise » ont tous explicitement pour mission de participer activement au développement des projets 107. Cela doit leur donner la possibilité d'intégrer de manière flexible le personnel et les moyens actuellement octroyés du projet pilote « Unités de crise comprenant la fonction de case manager », dans le développement du programme de soins global (en particulier comme élément des fonctions 2a, 2b et 4, cf. supra).
- Il est demandé au SPF Santé publique de mettre au point les conditions connexes et modalités relatives à cet itinéraire transitoire, de sorte que les projets « Unités de crise comprenant la fonction de case manager » puissent réellement s'intégrer dans les projets 107.
- Si, courant 2012, après délibération à la CIM, les deux projets 107 qui ont déjà obtenu un score 1b en 2011 et les sept autres projets reçoivent l'autorisation de démarrer, ce scénario de transition pour les 9 projets en question pourra être réalisé à brève échéance.

2) Continuité des projets en cours

Afin de ne pas générer de lacunes supplémentaires au cours de cette période transitoire dans l'offre actuelle de SSM, et dans l'optique explicite d'une intégration des missions de crise des 9 projets dans les projets 107, il est conseillé de poursuivre temporairement les 9 projets pilotes « Unités de crise comprenant la fonction de case manager » pour les trois années à venir, à condition que :

- les projets continuent à se focaliser sur les missions suivantes : une prise en charge DE COURTE DURÉE, pour des personnes EN CRISE ET AYANT UNE PROBLÉMATIQUE DE DÉPENDANCE à

- l'alcool, aux drogues illicites et aux médicaments, et avec une fonction de CASE MANAGEMENT pour le suivi ;
- que le taux minimum d'occupation de 80% soit atteint pour le groupe cible des personnes en crise et présentant une problématique de dépendance à l'alcool, aux drogues illicites et/ou aux médicaments ;
 - qu'aucun critère d'exclusion ne soit utilisé pour les personnes manifestant une dépendance aux substances, en particulier pour les usagers de drogues illicites ;
 - que les projets mentionnés au point 1 ci-dessus participent activement au développement des projets 107 et se convertissent en un élément intégré des fonctions 2a, 2b et 4 du programme global de soins de santé mentale pour adultes.

Il est en outre proposé :

- d'assouplir les modalités de financement des projets pilotes afin de donner à chaque projet une plus grande marge de manœuvre pour affecter du personnel à la gestion de cas individuels;
- de prévoir un financement propre à la fonction médicale sous la forme d'un honoraire de surveillance ou de disponibilité spécifique.

3) Soins en assuétudes pour adultes comme itinéraire spécifique dans le programme de soins global pour le groupe cible de base des adultes : soins génériques si possible, spécifiques si nécessaire, y compris dans le cadre de soins urgents, immédiats et actifs.

Il est constaté que des problèmes de « dépendance » sont de plus en plus associés (comme cause ou conséquence) à d'autres troubles SSM et font autrement dit partie de très nombreuses demandes SSM. Pour une détection, un diagnostic, une indication et un traitement temporaires et corrects de cette problématique de dépendance dans l'offre régulière de soins, le groupe de travail ad hoc « Assuétudes » conseille de renforcer d'urgence les compétences de base de tous les intervenants SSM dans le domaine des toxicomanies.

Il est conseillé d'engager des intervenants SSM particulièrement compétents en toxicomanies, en tant que spécialiste dans notamment :

- les équipes mobiles de traitement intensif (fonctions 2a et 2b) ayant les adultes comme groupe cible ;
- la fonction de liaison externe qui peut être sollicitée par des intervenants dans d'autres domaines que les SSM.

Pour les sous-populations de toxicomanes qui manifestent un comportement fort externalisant (comportement qui perturbe le traitement, avec normes, mode de comportement et système de valeurs déviants...), une approche méthodique ou organisationnelle spécifique est toutefois nécessaire.

Un point de repère au niveau des soins est également souhaitable pour les personnes au système de vie fort appauvri et dans un contexte d'habitat précaire (personnes fortement marginalisées). On songe notamment ici à une offre de SSM qui porte sur la mission que remplissent déjà les MASS financées par l'INAMI et qui forme un point de repère accessible en matière de soins pour les personnes fortement marginalisées qui présentent une grave problématique de dépendance dans les grandes villes et les centres urbains.

Une approche méthodique spécifique est également requise pour le traitement de personnes présentant une grave dépendance à des substances telles que l'héroïne ou des produits de substitution comme la méthadone.

Enfin, il est prouvé qu'il est nécessaire de disposer d'une méthode de traitement spécifique aux personnes atteintes de psychose et d'un problème évident de dépendance (avec « double diagnostic »). Cf. avis du 11 février 2011.

ANNEXE 1

Résumé de l'étude « Evaluatie van Crisis en Casemanagement »

Résumé extrait de : Bruffaerts, R., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., Van Hal, G., Beutels, P. & Demyttenaere, P. « Evaluatie van Crisis en Casemanagement », (2011): hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de middelgebonden crisisopvang in België ». (Universités de Gand, Anvers et Leuven)

Dans l'étude ECCAM (Evaluatie van Crisis en casemanagement), les chercheurs mettent en évidence une série de recommandations relatives à *l'accueil des personnes en crise liée à la consommation de substance(s) psychoactive(s)*. Lorsqu'il est question de « crise » dans ce document, elle est toujours en lien avec la consommation de substance(s) psychoactive(s).

1. Besoin d'une hospitalisation de courte durée pour l'accueil de personnes en crise

Les unités de crise du projet pilote fédéral (UC) ainsi que les centres d'intervention de crise conventionnés INAMI (CIC) accueillent chaque année en moyenne 28.500 personnes en crise. Ces deux offres sont complémentaires et répondent à un besoin, chacune dans leur région respective.

L'étude ECCAM considère ce type de projet comme une première *intervention précoce*, étant donné que la moyenne d'âge des personnes fréquentant les UC est de 36 ans et de 28 ans pour les CIC alors que l'âge moyen d'entrée en soins pour les usagers de drogues est de 45 ans. D'ailleurs, pour un patient sur 4, il s'agit du premier contact avec des soins spécialisés. Les chercheurs mettent également en avant la complémentarité de l'offre en pointant que les UC accueillent principalement des patients consommant des substances légales (alcool, médicaments) et du cannabis alors que les CIC accueillent majoritairement des patients consommant des drogues illicites. Ils soulignent que les patients des UC sont pour 43% d'entre eux, dépendants à une substance ; ceci signifiant que les autres patients font une utilisation abusive d'un ou plusieurs produits. Ces éléments vont donc tous dans le sens d'une *prise en charge précoce*, en amont d'un diagnostic de dépendance.

Les chercheurs plaident aussi pour un élargissement de la *définition de crise* liée à la consommation de substances psychoactives car cette consommation peut être la cause ou le résultat de la crise. Une crise est pour la plupart du temps liée à une pathologie mentale, des comportements suicidaires ou encore des symptômes dépressifs.

2. Recours systématique à une prise en charge de crise : évaluation, intervention et planning et suivi après traitement

L'*évaluation* sert à mettre la crise en images. On identifie comment la crise est apparue et s'est développée. On évalue les stratégies de coping, le soutien social, la motivation pour un traitement, etc.

L'*intervention et le planning* sont mis en place dans un second temps. D'une part, on stabilise le patient et d'autre part, on l'amène à reconnaître ses problèmes et ce qui l'a conduit à la crise. L'entretien motivationnel est privilégié. Le patient doit se focaliser sur des objectifs clairs à court, moyen et long terme. Ce module doit être limité dans le temps.

La *suivi après traitement* consiste principalement en la mise en place d'un trajet de soins spécifique et individualisé. Idéalement, le premier contact après l'hospitalisation doit avoir lieu au plus tard 7 jours après la sortie de l'UC. Outre l'entretien motivationnel, il faut responsabiliser le patient et impliquer son entourage social et familial.

3. Besoin d'augmenter la capacité d'accueil de crise et de collaborer avec le réseau

Le simple fait qu'il existe des listes d'attente pour ce type de prise en charge indique que la capacité d'accueil est trop faible. Les chercheurs plaident également pour une augmentation de personnel pour assurer le suivi après traitement. Ils suggèrent aussi un allongement de la durée d'admission (de 4 à 7 jours au minimum) afin de diminuer les rechutes.

Les UC et CIC doivent également collaborer activement avec le réseau spécialisé et non spécialisé qu'il soit résidentiel, de première ligne, ambulatoire, etc. En effet, la plupart des patients en crise présente des comorbidités psychiatriques et d'importants problèmes sociaux et relationnels.

4. Besoin d'un ancrage structurel et d'une intégration dans la réforme des soins en santé mentale.

En plus d'une inscription forte dans un réseau, les UC et CIC doivent développer davantage la *fonction d'outreaching* afin d'amener plus de consistance pour le patient : une même équipe le suit à moyen voire long terme et favorise ainsi le passage entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Ceci est aussi important pour l'équipe qui peut continuer à évaluer l'évolution du patient. Ainsi, il faut impliquer d'avantage les UC et CIC dans la réforme des soins de santé mentale.

Un financement structurel de l'équipe multidisciplinaire est également souhaitable. Le financement de la fonction médicale est requis étant donné que bon nombre de patients arrivent dans les UC avec des problèmes somatiques qu'il faut prioritairement stabiliser.

5. Utilisation d'un modèle unique de case management (CM)

Dans un premier temps, il faut élargir la fonction de case manager dans les UC (seulement 1 ETP pour plus de 200 patients/an). La forme de CM qui doit donc être privilégiée est un CM principalement destiné aux consommateurs qui ne savent pas comment faire pour entamer une prise en charge. Une telle forme de CM, non intensive, autorise un grand caseload.

Un passage systématique par *les 7 étapes du CM* est prescrit pour être considéré comme tel:

- *Case finding & engagement, Assessment & Planning* : ces trois premières étapes sont souvent réalisées, dans les UC, par l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire. On motive le patient pour qu'il soit suivi par un case manager et on définit avec lui un trajet de soins.
- *Linking* : le case manager : en concertation avec le patient et en fonction de son degré de motivation, on le réfère vers le réseau. Le case manager aide son client à prendre contact avec l'offre de soins.
- *Advocacy* : le case manager défend les intérêts de son client (pour CM intensif)
- *Monitoring* : le case manager suit l'évolution de son client et en réfère aux autres intervenants impliqués dans le processus de soins
- *Evaluation & disengagement* : suivre, évaluer et mettre fin au CM lorsque les objectifs sont atteints.

6. Intégration du case manager dans le réseau formel et informel

Le case manager doit être bien intégré dans le réseau de soins et être connu de celui-ci. Il doit idéalement avoir une personne de contact dans l'entourage du patient afin de le soutenir et de coordonner son trajet de soins.

L'équipe de recherche souligne également le manque de formations pour la fonction de CM. En effet, il semble que les case managers soient rapidement démotivés en l'absence de temps pour travailler au sein d'une équipe et en l'absence de formation spécifique à ce type de prise en charge.

ANNEXE 2

Profil des patients pris en charge, activités réalisées, durée de séjour, référants, nature des produits de toxicomanie...

Le projet « unités de crise comprenant la fonction de case manager » a été mis en place suite à l'évaluation du projet pilote « unités d'intervention de crise en psychiatrie », mis en place en 1992. Celle-ci avait en effet montré l'utilité de créer des unités de crise spécifiques pour les patients présentant des troubles liés aux substances psychoactives. La littérature indiquait également l'utilité de la mise en place d'une fonction de case management pour ce groupe cible. Dès lors, un projet pilote visant à l'installation d'Unités de Crise spécifiques aux personnes présentant des troubles liés aux substances comprenant la fonction de Case Manager a été mis en place dans neuf hôpitaux à la fin de l'année 2002.

Ce projet pilote visait à intégrer une unité de crise spécifique pour usagers de drogues dans le dispositif de soins existant afin d'identifier clairement et rapidement les attentes et les besoins des patients concernés, d'affiner le diagnostic et d'organiser efficacement la prise en charge à moyen terme.

L'organisation de ce projet est axée sur une hospitalisation de courte durée (maximum 5 jours, voire 6 si le séjour comporte un week-end ou un jour férié) au départ du service des urgences. L'objectif du projet est, après avoir contrôlé la situation somatique aigüe, de pouvoir offrir un traitement durant lequel la situation de crise puisse être travaillée pour enclencher un processus de guérison.

Les objectifs principaux du traitement spécialisé sont qu'après une période limitée :

- le patient soit au minimum stabilisé
- qu'il soit, sur la base d'une concertation pendant son séjour et après son départ de l'unité, référé à d'autres services ambulatoires ou résidentiels.

De plus, si le patient accepte, il pourra être accompagné sur le long terme par le case manager qui assurera la coordination des aides et des soutiens apportés par les divers partenaires et dispositifs externes. L'objectif du case manager est d'assurer la continuité des soins du patient. Il doit pour cela préparer son orientation et élaborer son trajet de soin.

Il existe 9 unités dont 2 sont dites intégrées, c'est-à-dire qu'elles comportent 6 lits à la place de 4 et 16,5 ETP à la place de 11. Ces unités intégrées ont quant à elles la possibilité d'accueillir des patients en crise psychique sans qu'aucun lien avec une substance psychoactive ne soit nécessaire.

Depuis le début du projet pilote, les unités sont suivies via des comités d'accompagnement et via leurs rapports d'activités biannuels. Voici un bref aperçu des données issues des derniers rapports d'activités.

En moyenne, les unités accueillent chacune 37 patients mensuellement (écart-type 15). Toutefois, des écarts importants sont constatés entre par exemple l'unité de Bruges qui accueille en moyenne 68 patients par mois contre 28 pour Bruxelles qui est pourtant une unité de 6 lits.

Le taux d'occupation des unités (pour 4h passées dans l'unité) est toujours supérieur à la condition requise des 80% fixée dans l'arrêté royal. Ce taux d'occupation reste relativement identique lorsqu'il est question de patients passant une nuit ou plus dans l'unité sauf pour les unités de Bruxelles et de Bruges. A Bruges, ce taux d'occupation tombe même à 18%, ce qui est très bas. En moyenne les patients restent 3.5 jours.

En moyenne, près de 70% des patients qui se présentent à l'unité n'y ont jamais été admis auparavant. Ce taux chute encore plus pour certaines unités comme celle de Liège.

Près d'un quart des patients ont entre 18 et 25 ans alors que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-49 ans (environ 49%). Près de 63% des patients sont des hommes. Toutefois, dans les unités de Bruxelles et de Liège, cette tendance s'inverse avec une majorité de femmes admises. La plupart des patients perçoit un revenu d'invalidité (31%). A noter toutefois qu'un quart des patients travaille et qu'environ 7% sont sans revenu. Sans surprise, l'alcool est la substance principalement consommée pour environ 60% des patients suivie par le cannabis (8%) et les benzodiazépines (6.5%).

Les patients se rendent dans les unités le plus souvent de leur propre chef (28%). 18% des patients sont envoyés vers les unités par un hôpital général et pour 16% d'entre eux, c'est la famille qui réfère.

Les trajets de soins proposés par les case managers se réduisent souvent à un renvoi vers le médecin généraliste (20% des patients). Les orientations proposées sont ensuite l'hospitalisation en hôpital psychiatrique (17.5%) ou le service psychiatrique d'un hôpital général (16%). A souligner que 10% des patients ressortent de l'unité sans orientation.

ANNEXE 3

Missions des CIC :

(<http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study06/pdf/study06.pdf>)

Les centres d'accueil de crise (ou centres de crise) ont pour but, comme leur nom l'indique, d'intervenir dans les situations de crise. Une situation de crise offre l'occasion de tenter de modifier en profondeur le mode de vie d'un toxicomane. Si un toxicomane est en situation de crise, les centres de crise peuvent l'admettre rapidement (de préférence le jour même, ou au plus tard le lendemain).

Les centres de crise ont plusieurs objectifs. D'une part, ils visent à accueillir rapidement le patient, à intervenir et à remédier à la situation de crise qu'il connaît; d'autre part, ils ont pour but de réaliser le sevrage physique, et de préparer (et motiver) le patient en vue d'un traitement complémentaire adapté. Ce traitement complémentaire peut, dans certains cas, signifier un séjour dans une C.T. La plupart des centres de crise sont d'ailleurs créés par des communautés thérapeutiques.

Pour réaliser le sevrage physique, les centres de crise utiliseront souvent (durant une courte période) une médication appropriée (comme la méthadone). Toutefois, cette dernière est presque toujours supprimée à brefs délais (en une ou quelques semaines, au maximum). Par ailleurs, un centre de crise consacre généralement une large part à l'accompagnement individuel. La durée du séjour préconisée dans un centre de crise est le plus souvent de quatre à six semaines.

Ensemble, les centres de crise conventionnés peuvent accueillir 77 patients par jour.

Mission des Unités de crise

1. JUSTIFICATION DU PROJET

Les personnes présentant des troubles liés aux substances psychoactives sont le plus souvent prises en charge dans les services d'urgences des hôpitaux. Cette prise en charge rencontre de nombreuses difficultés. Ce projet pilote vise à donner les ressources nécessaires à ces services pour permettre l'instauration d'une prise en charge adéquate du groupe cible des personnes présentant des troubles liés aux substances psychoactives et de développer la fonction de case manager.

2. OBJECTIFS OPERATIONNELS

Après le contrôle de la situation somatique aiguë dans l'unité d'observation, l'objectif de cette offre spécifique de soins est de pouvoir offrir un traitement de courte durée durant lequel la situation de crise apparue suite à une problématique liée aux substances, puisse être travaillée pour enclencher un processus de guérison. Les objectifs principaux du traitement spécialisé sont qu'après une période limitée de traitement intensif de 5 jours maximum (avec la possibilité de rester 6 jours si le séjour comprend un week-end ou un jour férié) :

- Le patient est au minimum stabilisé,
- qu'il soit, sur base d'une concertation organisée par le case manager pendant le séjour du patient dans l'unité de crise, référé à d'autres services ambulatoires ou résidentiels après son départ de l'unité de crises. L'objectif du case manager est donc d'assurer la continuité des soins du patient, ceci par la préparation de l'orientation du patient et par l'élaboration de son trajet de soin.

3. CRITÈRES

Critères d'inclusion :

- Il peut s'agir de patients masculins et féminins ;
- Le patient doit avoir manifesté des symptômes clairement déterminés comme consécutifs à l'utilisation d'une substance psychoactive ;
- Se trouver en situation de crise ;

Critère d'exclusion :

- Un patient présentant une crise qui ne serait pas liée à un abus de substances psychoactives

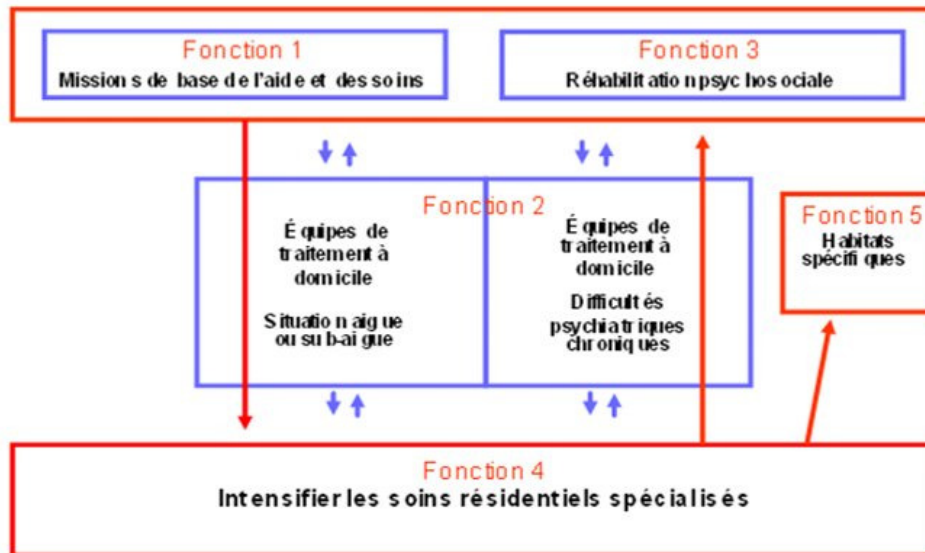
4. EXÉCUTION DU PROJET

- Cette unité de crises sera complètement intégrée dans le réseau de soins régional pour personnes ayant une problématique liée aux substances psychoactives ;
- Les programmes et l'organisation viseront à améliorer la qualité de vie tant des patients que des travailleurs ;
- En outre, l'unité de crises devra veiller à orienter le patient d'une manière plus efficace et rapide au sein d'un réseau de soins adapté à la problématique du patient ;
- Le contractant s'engage à collaborer avec les institutions avec lesquelles des accords de collaboration ont été signés. Les établissements et les services suivants peuvent faire partie de cette association: les hôpitaux généraux qui disposent d'un service de neuropsychiatrie, les hôpitaux psychiatriques, les maisons de soins psychiatriques, les services ou les centres de soins de santé mentale et les services d'habitation protégée. Le contractant pourra également collaborer avec des institutions ayant conclu une convention I.N.A.M.I. qui ont pour mission d'organiser une offre spécifique dans le cadre des soins de santé mentale, plus spécifiquement des institutions qui dispensent des soins aux patients présentant des troubles liés aux substances ;
- Une concertation aura également lieu avec d'autres intervenants que ceux des institutions et des services qui sont pertinents pour ce groupe cible, à savoir: les représentants des services de soins à domicile agréés et intégrés, des mutualités, des organisations de patients ayant une personnalité juridique et des organisations pour les membres de la famille des patients ayant une personnalité juridique ;
- Le contractant devra participer aux actions de concertation organisées dans le cadre de projets pilotes que le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement déterminera ultérieurement ;
- L'institution veillera à assurer un taux maximal d'occupation des lits. Le taux d'occupation doit s'élever à 75% au minimum. L'institution doit par an accueillir au minimum 200 patients qui restent chacun au minimum une nuit ;
- Sur le plan architectural l'unité de crises:
 - a. Sera une unité d'exactly 4 lits (provenant de lits A ou D, agréés et existant précédemment) dans laquelle est prévue une chambre individuelle pour chaque patient ;
 - b. Sera distincte, mais localisée non loin du local pour l'observation qui fait partie de la fonction « soins urgents spécialisés » telle que décrite par l'Arrêté Royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction 'soins urgents spécialisés' doit répondre pour être agréée, de sorte que, en cas de nécessité, on puisse faire appel à ce service.
 - c. Disposera d'un local d'accueil et de consultation, d'équipements sanitaires en suffisance ainsi qu'un système interne de sécurité, d'alarme et de monitoring. Les frais d'aménagement et de construction éventuels ne sont pas à charge de ce projet ;
- Pour les séjours
 - a. La prise en charge dans cette unité de crises durera le temps strictement nécessaire pour accomplir les objectifs fixés sans toutefois excéder les cinq jours (avec la possibilité de rester 6 jours si le séjour comprend un week-end ou un jour férié).
 - b. Les programmes et l'organisation de l'unité de crises doivent être conçus comme des programmes à durée limitée dans le but de référer le patient à d'autres services ambulatoires ou résidentiels (pour garantir la continuité des soins).
 - c. La continuité des soins du patient est assurée sur base d'une concertation, organisé par le case manager. L'objectif du case manager est la préparation de l'orientation du patient et l'élaboration de son trajet de soin. Le case manager veillera à la continuité du plus grand nombre de patients possible, cependant en premier des patients qui ont le plus besoin d'une préparation d'une référence à d'autres services ambulatoires ou résidentiels après leur départ de l'unité de crises.
 - d. Le patient ne paiera aucun frais complémentaire.

- Du point de vue de l'encadrement pour les lits
 - a. L'équipe assignée à cette unité de crise assurera, entre autres, l'assistance psychiatrique et psychologique pour le patient lors de son arrivée aux urgences, ainsi qu'une fonction permanente et flexible (24 heures sur 24) à l'intérieur de l'unité de crise créée.
 - b. Une unité de crise de 4 lits doit être encadrée par exactement 11 ETP :
 - 2 ETP psychologues
 - 9 ETP A1 dont minimum 1 ETP case manager. La personne engagée pour cette fonction bénéficiera d'une solide expérience (au moins 3 ans) dans l'aide aux personnes présentant des troubles liés aux substances psychoactives. Les autres ETP A1 garantissent la permanence. Chaque ETP peut être assuré par au maximum 2 personnes. Dans le cadre de ce projet, tout membre du personnel doit donc travailler au minimum à mi-temps. Les 11 ETP seront financés comme suit :
 - 8,8 ETP, en cas de lits A ou 9,3 ETP en cas de lits D seront financés par ce contrat.
 - 2,2 ETP seront financés dans le cadre de l'agrément de quatre lits A (ou 1,7 ETP dans le cadre de l'agrément de quatre lits D).
 - c. On fera également appel à un psychiatre lié au service A de l'établissement.
 - d. Afin de résoudre les problèmes sociaux des patients, il sera fait appel au service social de l'établissement
 - e. Les programmes et l'organisation de l'unité de crises devront offrir au personnel un cadre suffisamment sécurisant pour qu'une relation thérapeutique puisse s'établir et que le personnel puisse continuer à travailler à long terme dans cette unité.
- L'amélioration des compétences et l'intervention du personnel sont des gages de réussite.
Le personnel engagé devra être compétent et formé pour prendre en charge les patients du groupe cible. Les frais de formation de ce personnel ne sont pas à charge de ce projet.

ANNEXE 4

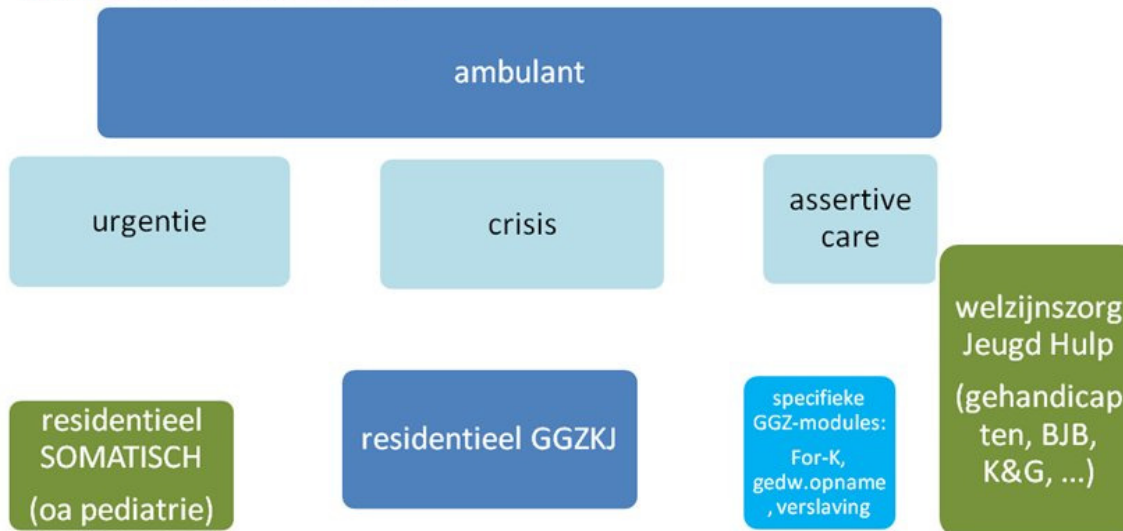
Description schématique des 5 fonctions du programme de SSM pour adultes



ANNEXE 5

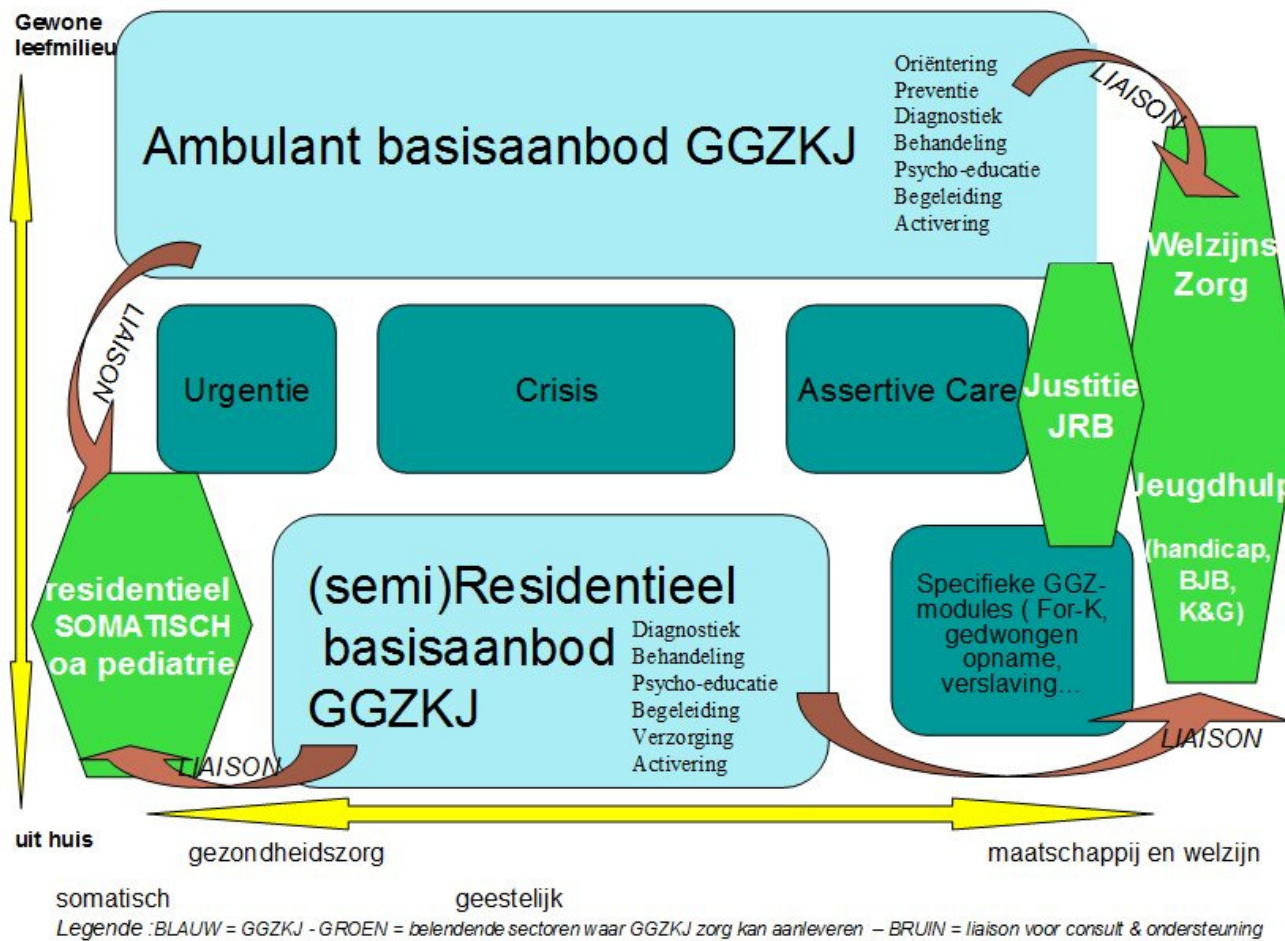
Prioritaire noden in GGZ voor leeftijdsgroep 0-18 jaar

TRAJECT URGENTIE, CRISIS EN ASSERTIVE CARE ONTWIKKELEN



Assertive, crisis, urgentie

ZORGMODULE	WAT	DOELGROEP	REACTIE- EN INTERVENTIETIJD	WIE
Assertive care	Actief aanklappende zorg	Door het netwerk gekend GGZ-cliënteel	Afhankelijk van patiënt en situatie, kan kort-intensief, maar ook langdurig zijn	Teams, samengesteld uit ambulante en residentiële HV
Crisiszorg	Stabiliserende interventie bij dreigende ontsporing	Zowel gekende patiënten als inroepbaar door andere zorgdomeinen bij hun cliënteel	Reactietijd: enkele dagen Interventietijd: enkele weken	Alle GGZKJ moeten deze modaliteit uitwerken, in samenspraak met de netwerkcollega's
Urgentiezorg	Interventie in acute noodsituatie	Kleine groep problematische jongeren en superacute situaties	Reactietijd: enkele uren Interventietijd: enkele dagen	Specifieke module, koppeling met somatische zorg met grotere werkregio



Wat is externe liaison?

ZORGMODULE	WAT	DOELGROEP	REACTIE- EN INTERVENTIETIJD	WIE
<u>Externe liaison</u>	Ondersteuning van andere zorgdomeinen in zake GGZ -Consult en <u>toeleiding</u> -Zorg op verplaatsing	Kinderen en jongeren uit andere jeugdhulpdomeinen en hun begeleiders	Aanvaardbare "gewone" termijnen	Alle GGZKJ moeten deze modaliteit kunnen aanbieden