



Note approfondissement et élargissement des projets « Article 107 »

I° Introduction

1. L'hôpital psychiatrique en mutation et acteur de la réforme :

Depuis la fin des années 70, l'hôpital psychiatrique n'a eu de cesse de diversifier ses options thérapeutiques dans la prise en charge de la maladie mentale. Cela s'est traduit au cours des quarante dernières années par une évolution et une adaptation des soins, centrés sur les besoins bio-psycho-sociaux du patient et, chaque fois que cela est possible, orientés vers des soins dans la communauté ou vers des formes résidentielles alternatives. Aussi peut-on parler aujourd'hui de « centres multifonctionnels ». Outre la diversité de l'offre de soins et d'accompagnement, ils offrent aussi, notamment aux travailleurs, un cadre organisationnel cohérent. Ces centres ont la capacité de participer, en partenariat avec d'autres acteurs, à la gestion des processus, du plus simple au plus complexe, et d'adapter leur mode de gestion en conséquence.

Pour preuve, dans la continuité de ces 40 années d'évolutions, depuis 2012, 19 projets « article 107 » se sont développés grâce au gel de lits d'hôpitaux psychiatriques promoteurs et sont en activité sur le territoire belge. Ils ont été créés sur base d'un modèle de mise en réseau composé de cinq fonctions.

La philosophie des projets 107 est orientée par le souci de mettre le patient au centre des préoccupations. La poursuite de cet objectif nécessite d'améliorer encore l'accessibilité de la population aux soins de santé mentale et la continuité des soins ainsi que les soins sur mesure.

2. Annonce des objectifs de l'élargissement :

Le 1er septembre 2015, les fédérations hospitalières ont été invitées par l'Autorité fédérale à prendre connaissance des suites qu'elle souhaitait donner aux projets « article 107 », à savoir principalement:

- tout le territoire belge devrait être couvert (suppression des zones « blanches ») ;
- une programmation minimale des équipes mobiles serait fixée à 8 ETP pour 100.000 habitants ;
- à partir du 1er janvier 2016, les projets ayant débuté leurs activités en 2011 verraient leurs moyens complémentaires supprimés à concurrence d'un montant de 425.000 € par projet. La même démarche serait d'application dès le 1er janvier 2018 pour les projets ayant débuté leurs activités en 2013. Pour ces derniers, le budget sera déjà réduit de moitié à partir du premier janvier 2017.



Suite à la communication de ces informations, l'ensemble des fédérations hospitalières ont fait part de leurs questions, demandes et inquiétudes concernant le futur des projets « article 107 ».

Ainsi, les attentes des fédérations wallonnes et bruxelloises peuvent se résumer en 7 points :

- une publicité et une méthodologie transparente de l'évaluation globale de la réforme, si elle existe ;
- une intégration des évaluations de terrain avec les équipes de recherche scientifiques ;
- un maintien des moyens complémentaires pour tous les projets et l'ajout de moyens supplémentaires pour les extensions de zones d'activité ;
- la prise en compte des spécificités organisationnelles et territoriales de chaque projet et région ainsi que de l'énergie investie par les acteurs de terrain ;
- une flexibilité au niveau de l'utilisation du budget des moyens financiers ;
- une vision transparente quant aux finalités de la réforme ;
- l'ouverture de lieux de concertation avec les fédérations hospitalières.

3. Organe de concertation fédéral

La Conférence Interministérielle Santé Publique du 19 octobre 2015 propose la création d'une plateforme de concertation avec les organisations faïtières afin de débiter conjointement, dès 2016, une réflexion concernant la suite à donner aux projets « article 107 ».

Dans ce cadre, le GTI « taskforce soins de santé mentale » est invité pour la prochaine conférence interministérielle à mener une réflexion relative à la création et au rôle de cette nouvelle plateforme.

Le 25 janvier 2016, divers acteurs représentatifs du secteur de la santé mentale ont pris connaissance d'hypothèses de travail concernant le futur des projets « article 107 ».

Quel que soit le rôle qui sera attribué à cette plateforme, il nous paraît pertinent de rappeler les textes clefs existants, l'un juridique et l'autre politique :

1. Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins

Art. 32. (32) *Le Conseil [National des Etablissements de Soins] se compose de deux sections :*

1° une section agrément et programmation qui, outre les avis prévus aux articles 5, 6, 35, 36, 38, 40, 41, 52, 53, 54, 57, 61, 66 et 124, a pour mission d'émettre un avis sur tout problème de programmation hospitalière et sur tout problème d'application de la programmation relative aux hôpitaux pour lesquels l'autorité fédérale a pouvoir de décision ainsi que d'émettre un avis sur tout problème de fonctionnement des hôpitaux et sur l'agrégation ou la fermeture des hôpitaux pour lesquels l'autorité fédérale a le pouvoir de décision;

Art. 36. *Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, et après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, les critères qui sont d'application pour la programmation des différentes sortes d'hôpitaux, services hospitaliers sections hospitalières, fonctions hospitalières et groupements d'hôpitaux, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités, compte tenu des besoins généraux et spéciaux de la population à desservir à l'intérieur d'un territoire à fixer*

Art. 137. *Dans le cadre de l'objectif décrit à l'article 136, le conseil médical donne au gestionnaire un avis sur les matières suivantes :*

...13° la création de nouveaux services médicaux, la modification, le dédoublement et la suppression de services médicaux existants.

2. Annexe 2 de la déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique en matière de soins de santé mentale du 24 juin 2002

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

2° Zone d'activité

2.1. Couverture de la population belge dans son ensemble

Un des objectifs primordiaux des autorités est la couverture de l'ensemble de la population belge et la suppression des zones non desservies (« zones blanches »).

Toutefois, une délimitation purement administrative des territoires d'action, par exemple dans un cadre strictement provincial, ne peut rencontrer les spécificités régionales et communautaires tant en terme d'organisation et de déploiement de l'offre de soins que de superficie à couvrir.

Soulignons qu'à ce jour, les communautés et régions sont en tout ou partie compétentes pour les fonctions 1, 3,5, voire pour les fonctions 2 et 4.

Enfin, tel que précisé dans l'article 36 de la loi sur les hôpitaux, les critères territoriaux, services hospitaliers, sections hospitalières, fonctions hospitalières et groupements d'hôpitaux, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités sont fixés :

1. par arrêté délibéré en Conseil des Ministres ;
2. après avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, section agrément et programmation.



En Région wallonne, le secteur dispose d'une expérience tout à fait spécifique en matière de territorialité, notamment au travers des projets « article 107 » existants, mais aussi des projets pilotes SPAD. Ces derniers ont pu mettre en évidence les problèmes organisationnels spécifiques qu'ils rencontrent, eu égard notamment aux distances importantes à parcourir pour couvrir des populations rurales.

En outre, la réalité administrative des territoires n'est pas la même selon le dispositif auquel celle-ci fait référence : SISD, SPAD, Plateforme de concertation en santé mentale, projets « 107 »,...

Ces caractéristiques wallonnes sont encore plus mises en évidence dans le cadre de la réflexion du Gouvernement wallon à propos de la réorganisation de la première ligne de soins. Elles doivent trouver un écho et surtout des solutions adaptées.

La couverture globale de toute la population belge doit pouvoir s'envisager en dehors de frontières administratives, au départ de réalités pratiques locales et ce, afin de rencontrer les objectifs d'efficacité en matière de Santé Publique.

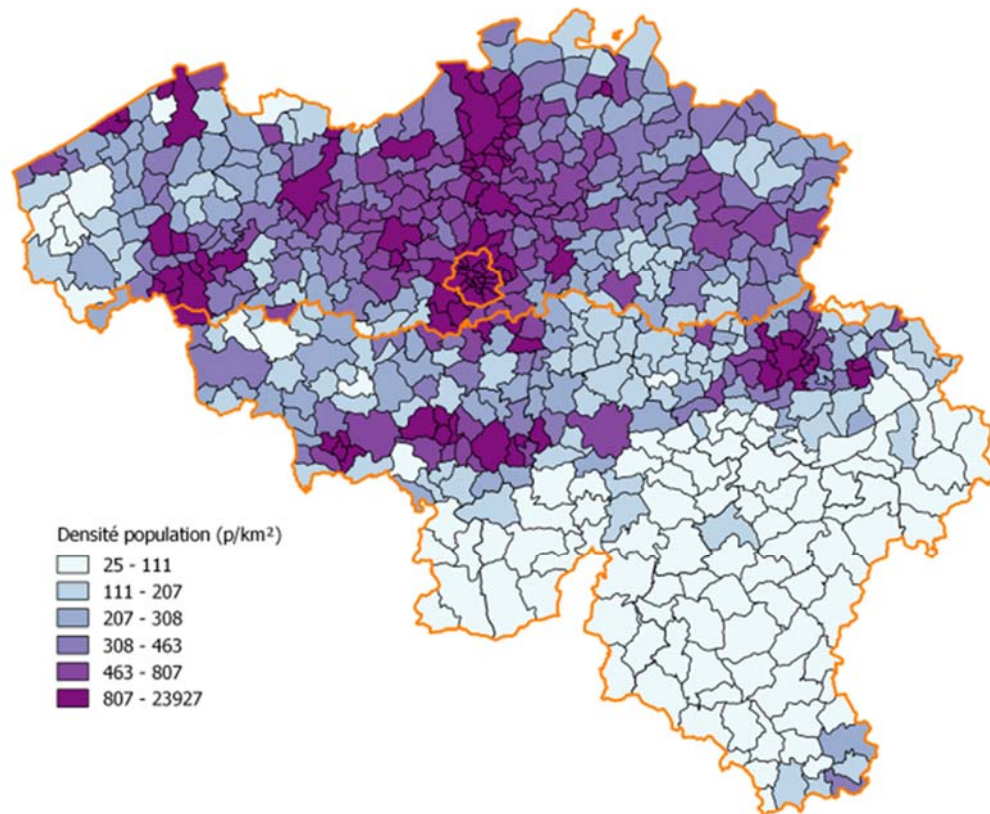
2.2. Modalité de couverture :

A terme, tout le territoire doit-il être couvert de la même manière ? A titre d'exemple, le risque de schizophrénie en environnement urbain a été estimé à 2,37 fois plus élevé qu'en milieu rural¹.

De plus, au vu des données de densité de population (cf. graphique), les différences régionales et sous-régionales sont à ce point énormes qu'elles doivent faire l'objet d'une approche tout à fait spécifique.

¹ Kaves-Majesty.V., « European approach to rural-urban differences in mental health » ; the ESEMed 2000 comparative study ; Revue Canadienne de psychiatrie ; 2005 ; p 926-936

Une distinction devrait pouvoir être réalisée entre les zones rurales, semi-rurales et urbaines en tenant compte de la répartition de la population qui ne se réalise pas au départ de délimitations administratives :



Enfin, on doit se poser la question suivante : toutes les populations doivent-elles être couvertes selon des modalités identiques ? Pour ce qui est des soins de première ligne en Wallonie, l'accent devra être mis sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

3° Gel de lits et frais de fonctionnement des équipes mobiles et des réseaux

Selon la convention « réseau » signée avec les Promoteurs des réseaux « article 107 » : « *L'objectif poursuivi est d'assurer au contractant qu'aucune perte de budget ne résulte de sa participation au « Projet 107 ».*

« *En ce qui concerne les loyers de locaux ou de biens (par exemple, frais de leasing de véhicule(s) destinés spécifiquement au 'Projet 107'), ils sont couverts par le montant spécifique octroyé pour couvrir les frais de fonctionnement* »².

² Convention portant sur la mise hors activité de lits dans le cadre de la participation à un projet "107".

Si le financement des projets devait évoluer de la manière annoncée par l'autorité fédérale, cette disposition de la convention serait rendue caduque et l'autorité n'honorerait dès lors plus ses engagements. En outre, dans le cadre de la suppression linéaire annoncée du budget complémentaire :

- il serait exigé que le personnel des équipes mobiles à charge de ces budgets soit désormais financé par un gel de lits supplémentaire. Partant d'un engagement forcé de gel de lits, les promoteurs seraient ainsi **contraints** d'assumer une charge supplémentaire liée à ce gel de lits ;
- la modification du financement engendrerait une augmentation de la disparité et un renforcement de la disproportion résultant du nombre de lits et des hôpitaux psychiatriques présents au sein de chaque zone d'activité. Quant à l'opportunité de réaliser des soins réellement intensifiés en fonction 4 elle serait rendue impossible sur certains territoires.

Le financement de personnel via la sous-partie B2 du budget des moyens financiers ne peut être affecté à la fois au fonctionnement de l'équipe mobile et à l'intensification des soins en milieu hospitalier. Un gel de lit, avec maintien du personnel des équipes mobiles actuellement financé par le budget complémentaire, entraîne automatiquement une diminution du volume d'emploi à l'hôpital.

A nouveau, il semble donc que la réforme s'apparente uniquement au développement de la fonction 2, notamment au détriment de la fonction 4, au départ d'un système de vases communicants et ce, sans analyse étayée des besoins de la population en matière de santé mentale.

En outre, à moyens constants, cela ne résout en rien la question de l'accès aux soins offerts par les autres partenaires dont l'offre est inchangée, ainsi que celle de l'accès au logement.

Enfin, un gel de lits n'apporte, par lui-même, aucune solution pour assurer les frais de fonctionnement des équipes mobiles (location immeuble, frais de déplacement et charges de fonctionnement) et met en péril le fonctionnement des réseaux. En effet, le budget complémentaire finance aussi la location de bâtiments, la mise en œuvre d'outils de réseaux, l'organisation des réunions, etc..

4° Gouvernance

Selon la littérature, « La gouvernance d'un réseau consiste en la liaison ou le partage d'informations, de moyens, d'activités et de compétences d'au moins trois organisations pour réaliser ensemble un résultat »³.

³ Provan, K.G., & Kenis, P.N. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 229-252. : « *Network governance is het verbinden of delen van informatie, middelen, activiteiten en competenties van minstens drie organisaties om samen een outcome te bewerkstelligen* »

Provan et Kenis⁴ définissent **trois formes** de gouvernance de réseau (réseau autorégulé, réseau avec organisation « leader » et réseau avec organisation administrative) qui sont conditionnées par 4 facteurs :

- la confiance ;
- le nombre de partenaires au sein du réseau ;
- le niveau de consensus ;
- le besoin en compétences réseau.

Ces 4 facteurs de contingence sont complétés par les analyses du Professeur Leys⁵, à savoir :

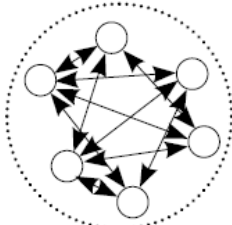
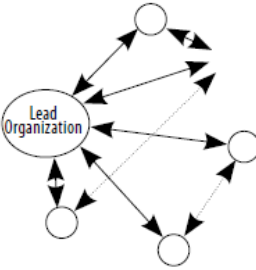
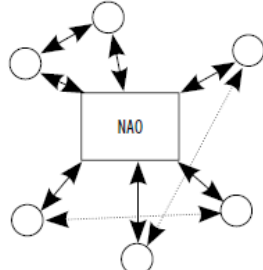
- la confiance ;
- la culture (normes et valeurs communes) ;
- le pouvoir et l'influence (expertise, ressources et moyens financiers, culture...);
- le conflit (compétition et rivalité entre les différents partenaires du réseau).

Ces facteurs de contingence ne sont par définition jamais statiques. Dès lors, il n'existe pas de modèle unique de réseau sachant que ce dernier est dans une dynamique permanente.

⁴ Provan&Kenis, contingentie voor effective vormen van de governance van netwerken, 2008

⁵ Mise en place d'un réseau : collaboration sous forme d'interdépendance, VUB, unité de recherche MESO, 17/12/2010

Tabel 17.2 Drie vormen van network governance (bron: Provan & Kenis, 2008)

Netwerk governance	Zelfregulerend netwerk	Leiderorganisatie-netwerk	Netwerk administratieve organisatie (NAO)
Visualisatie			
Principe	Geen administratieve entiteit, participatie in netwerkmanagement door alle partijen	Administratieve entiteit (en netwerkmanager) is een belangrijke netwerkpartij die ook een rol heeft in het primaire proces	Een toegewezen en aparte entiteit is gecreëerd om het netwerk te managen

6

Tabel 17.3 Contingentie voor effectieve vormen van de governance van netwerken (bron: Provan & Kenis, 2008)

Governancevorm	Vertrouwen	Aantal netwerkleden	Doelconsensus	Behoeftte aan netwerkcompetenties
Zelfregulerend netwerk	Hoog	Weinig	Hoog	Laag
Leiderorganisatienetwerk	Laag	Moderaat	Relatief laag	Moderaat
Netwerk administratieve organisatie (NAO)	Moderaat	Moderaat tot veel	Relatief hoog	Hoog

Le réseau autorégulé n'est en principe plus d'actualité. Il correspondait aux réseaux de collaboration « historiques » et de petite taille qui ont été développés entre quelques partenaires avant la réforme des soins de santé mentale. Ces partenaires historiques sont aujourd'hui intégrés dans un réseau plus large au regard des partenaires actifs sur l'ensemble de la zone d'activité d'un projet.

Deux autres modes de gouvernance sont possibles :

- le réseau avec une organisation « leader » ;
- et le réseau avec une organisation administrative « NAO ».

⁶ Provan&Kenis, contingentie voor effective vormen van de governance van netwerken, 2008.

Le Professeur Leys⁷ identifie une quatrième forme possible de gouvernance, à savoir, un réseau constitué de sous-groupes :

Réseau solidaire comportant deux sous- groupes



A ce stade de la réforme, la volonté politique semble être d'orienter les réseaux en santé mentale vers un modèle de gouvernance inspiré du modèle NAO (organisation administrative via un coordinateur). Dans les faits, force est toutefois de constater que le degré d'intégration des acteurs est actuellement extrêmement faible. Ceci est certainement dû aux caractéristiques historiques du modèle belge. Cela entraîne une culture d'organisation et de recours aux soins où la libre détermination et le libre choix ont une place fondamentale.

Dans notre réalité belge, le modèle « en piliers » s'est progressivement transformé en un système à la fois plus spécialisé et aussi, à certains égards, plus coopératif. Toutefois, une saine concurrence entre les opérateurs est toujours existante. Elle permet d'offrir un éventail de réponses adaptées à la diversité des besoins et des attentes de la population.

Le réseau est-il la panacée universelle et la réponse adéquate à tous les objectifs d'organisation des soins ? Une chose est certaine, c'est qu'il entraîne des coûts directs et indirects extrêmement importants, en particulier en terme d'heures de réunion (organisationnelles, concertation, etc.). L'importance du travail en réseau est bien réelle mais il faut considérer que cela nécessite du temps en engendre des coûts directs et indirects tant pour les prestataires que pour les gestionnaires.

Dès lors, dans la philosophie des soins intégrés et eu égard aux différents facteurs de contingence possible des réseaux, aucun modèle de gouvernance ne devrait être imposé unilatéralement et uniformément. Les opérateurs doivent également conserver toute leur liberté, tant en terme de détermination de la place qu'ils souhaitent prendre dans le système, qu'en terme d'association ou d'appartenance.

⁷ Mise en place d'un réseau : collaboration sous forme d'interdépendance, VUB, unité de recherche MESO, 17/12/2010

5° Fonction de coordination de réseau

Le guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » nous précise que : *“Un coordinateur de réseau est choisi pour un territoire donné (le territoire est à définir). Ce coordinateur est désigné par l’ensemble des garants et sur base d’un profil précis. Le coordinateur de réseau prend connaissance des ressources mobilisables existantes sur le territoire du projet. Il se profile comme étant le facilitateur de la création du réseau. Il connaît les spécificités des différentes ressources, il connaît les projets en cours ...Il rencontre les responsables, pouvoirs organisateurs et directions de ces structures, il s’imprègne de l’offre des différentes ressources mais aussi de leurs limites, il en connaît les législations. Il réalise une cartographie actualisée”*⁸.

A ce jour, les orientations prises par rapport au rôle des coordinateurs de réseau tendent à conditionner ces derniers en tant que continuum de l’autorité fédérale et non de l’assemblée de partenaires du réseau. Cette position rend le travail en réseau et la fonction de coordination particulièrement inconfortables.

Rappelons le facteur “confiance” précité, comme « success factor » fondamental pour la réussite du fonctionnement en réseau.

6° Proposition : une programmation mobile de réseau

Compte tenu des prescrits légaux et de la constitution d’un organe de concertation « article 107 », nous souhaiterions aussi émettre quelques réflexions et formuler des propositions. Celles-ci ont trait à l’élargissement du cadre actuel de l’offre mobile de soins et de l’intensification des soins à l’hôpital (fonction 2 ET fonction 4) :

1. Dans le cadre de son autonomie de gestion⁹, chaque opérateur d’équipe mobile fixe le nombre d’ETP nécessaires par rapport aux besoins évolutifs de la population

Les hôpitaux qui choisissent de geler à nouveau des lits doivent pouvoir choisir entre les affecter à l’équipe mobile ou à l’intensification des soins hospitaliers selon les besoins de la population. Le principe consiste à avoir une possibilité de circularité des soignants entre les fonctions 2 et 4 afin de rencontrer les capacités individuelles de chaque soignant, les besoins (ou les projets liés à) des groupes-cibles spécifiques liés à chacune de ces fonctions ainsi que le cadre budgétaire.

Cela nécessite une profonde révision et un assouplissement des normes d’agrément en termes d’encadrement tout en garantissant les budgets y relatifs.

2. Des référents de soins mobiles issus des autres fonctions

Suite aux constats évoqués précédemment, des référents de soins mobiles issus des fonctions 1, 3 et 5 pourraient également consacrer une partie de leur activité en appui aux équipes mobiles, selon les besoins.

⁸ Guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins ».

⁹ Cfr décret du 20 novembre 2008 de la Région Wallonne relatif à l’économie sociale et avis du CNEH concernant un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins.

Pour faire face aux situations cliniques qui l'exigeraient, l'organisation du travail des « référents de soins mobiles » pourrait être adaptée afin qu'ils puissent se rendre dans la communauté en appui de l'équipe mobile (à domicile, aux urgences d'un hôpital, etc.). A défaut de besoin, ces référents prestent au sein de leur centre opérationnel d'origine (qui conserve ses moyens budgétaires) et avec lequel ils gardent la relation contractuelle. Tout cela nécessite une implication et une coordination effective des autorités régionales.

3. Cadre réglementaire et législation sociale

Une adaptation du cadre réglementaire et de la législation sociale est indispensable.

Relevons notamment à cet égard les éléments suivants :

- le décret relatif aux services de santé mentale devrait être modifié afin de revoir la fonction de liaison pour évoluer vers une fonction de référent mobile en lien direct avec les équipes mobiles ;
- un meilleur financement de la fonction de coach à l'emploi devrait être prévu dans le cadre des conventions de réadaptation fonctionnelle (7.72) et, de la même façon, une fonction de soutien des équipes mobiles et du réseau, pour les problématiques relatives aux assuétudes, pourrait être créée dans le cadre de convention 7.73 ;
- une fonction spécifique de référent mobile devrait être créée et financée au sein des IHP et pourrait également, selon les besoins, compléter le cadre de l'équipe mobile ;
- enfin, l'accès aux dispositifs de soins de santé mentale devrait être corrélé à un degré d'importance des problèmes de santé mentale.