



AVIS A.1393

**SUR L'AVANT-PROJET DE DÉCRET RELATIF
AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE**

ADOPTÉ PAR LE BUREAU DU CESW LE 20 NOVEMBRE 2018

Table des matières

1.	DEMANDE D’AVIS	3
2.	EXPOSÉ DU DOSSIER	3
2.1.	OBJET DE L’AVANT-PROJET DE DÉCRET	3
2.2.	CONTENU DE L’AVANT-PROJET DE DÉCRET	4
3.	AVIS	7
3.1.	PREAMBULE.....	7
3.2.	MODE ET MOYENS DE FINANCEMENT.....	8
3.3.	MISSIONS DES SERVICES.....	8
3.4.	PROJET DE SERVICE	9
3.5.	PUBLICS PRIORITAIRES	9
3.6.	ORGANISATIONS DES SERVICES	10
3.7.	LIBERTE DE CHOIX THERAPEUTIQUE ET EVALUATION DU SOIN	11

1. DEMANDE D'AVIS

En date du 2 octobre 2018, Madame la Ministre GREOLI a sollicité l'avis du CESW sur le texte de l'avant-projet de décret modifiant des dispositions du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatives aux services de santé mentale, adopté en première lecture par le GW le 20 septembre 2018.

2. EXPOSÉ DU DOSSIER

2.1 OBJET DE L'AVANT-PROJET DE DÉCRET

L'exposé des motifs du Gouvernement met en évidence les éléments suivants.

« Les services de santé mentale (SSM) sont des services ambulatoires qui prennent en charge les personnes qui présentent des troubles en santé mentale en Wallonie. Ces services proposent une aide professionnelle, dans un cadre pluridisciplinaire. Ils sont largement répandus en Wallonie (65 services, comptant 125 sièges) et ils sont facilement accessibles, y compris aux personnes sans revenus.

L'équipe de base du service est constituée d'une fonction d'accueil et de secrétariat, d'une fonction psychiatrique, d'une fonction psychologique et d'une fonction sociale. Elle est encadrée par une direction thérapeutique et une direction administrative. L'équipe de base peut être complétée par des initiatives spécifiques. Celles qui existent visent les enfants ou adolescents, les personnes âgées, les personnes présentant des assuétudes ou encore les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les services sont donc à la fois tous généralistes en santé mentale et parfois ajustés à des publics particuliers. Au total, la Wallonie subventionne 466 équivalents temps plein dans les services de santé mentale. Le budget total consacré en 2018 à ces services et à leurs deux centres de référence est d'environ 34.000.000 €.

Tous les pays européens ne disposent pas d'un outil de ce type aussi répandu et a priori aussi accessible. Ces soins ambulatoires ont l'avantage sur les soins résidentiels de ne pas couper le patient de sa communauté de vie et de ne pas le priver de son autonomie. Le patient conserve ainsi son insertion au niveau familial, social et professionnel. En prenant en charge les patients en ambulatoire, les SSM permettent d'éviter le recours à des soins résidentiels coûteux, qui peuvent en outre aggraver la rupture de la personne avec son milieu de vie (perte de logement et d'emploi par exemple). Le cadre pluridisciplinaire permet de considérer la personne dans sa globalité. De nombreuses difficultés psychologiques peuvent en effet trouver leur origine dans des difficultés sociales ou familiales.

Néanmoins, les services de santé mentale en Wallonie font l'objet de nombreuses critiques :

- *Les listes d'attente semblent presque généralisées. Elles seraient de plusieurs mois jusqu'à près de deux ans par endroit. Parfois, les demandes sont simplement refusées ou réorientées par manque de places.*
- *A cause notamment des listes d'attente, les personnes qui ont le plus besoin d'une prise en charge, telles que les personnes atteintes de trouble psychiatrique grave ou de double diagnostic par exemple, auraient difficilement accès à ces services.*
- *Certains professionnels des soins en santé mentale font remarquer que les listes d'attente pourraient être aggravées par des durées de prise en charge parfois inutilement longues pour des troubles légers. Or, si les suivis au long cours sont nécessaires pour des patients victimes de troubles psychiatriques graves ou chroniques, d'autres approches, comme les thérapies brèves, ont prouvé leur efficacité pour certaines difficultés psychologiques légères.*

- *Des médecins généralistes et d'autres professionnels extérieurs aux services se plaignent de n'avoir pas ou pas suffisamment d'information sur la prise en charge de leur patient dans les SSM, notamment au niveau médicamenteux. D'après eux, les SSM ne collaboreraient pas suffisamment.*
- *L'avis des usagers et des proches n'est pas pris en compte de manière structurelle dans les SSM. Or, tenir compte de cet avis permet de s'assurer que le fonctionnement du service est correctement adapté à la situation des usagers et de leurs proches.*
- *Certains services de santé mentale sont de très petites structures qui comptent moins de 3 équivalents temps plein. Il y a un risque élevé dans ces structures que les prises en charge ne soient plus assurées ou que l'aspect pluridisciplinaire soit perdu dès qu'un membre du personnel est absent.*

En outre, les données manquent sur les prises en charge dans les SSM. Il n'y a pas d'information suffisamment accessible et valide sur le nombre d'usagers pris en charge, sur leurs caractéristiques ou sur la durée des prises en charge. Les données envoyées à l'AViQ ne sont pas utilisables à ce niveau. Vu ce manque de données, il n'est pas possible d'estimer l'efficacité ou non de ces services par rapport aux besoins de la population wallonne ; ni si les personnes qui ont le plus besoin de soins sont bien celles qui sont traitées en priorité.

Des modifications sont donc nécessaires pour améliorer la qualité de l'offre de soins dans ces structures et pour garantir un service efficient pour la population wallonne. Il s'agit donc de mettre l'accent sur l'efficacité des soins et sur l'efficience de ceux-ci dans une perspective de santé publique, sans bouleverser l'existant ».

2.2 CONTENU DE L'AVANT-PROJET DE DÉCRET

Les modifications envisagées par le Gouvernement dans l'avant-projet de décret portent sur les aspects suivants.¹

« Amélioration de la qualité et de la continuité des soins : *Pour atteindre ce premier objectif, des modifications apportées par le décret consistent à adapter les obligations des services de santé mentale aux recommandations internationales. Ces recommandations pour de meilleurs soins en santé mentale ont déjà abouti en Belgique à la réforme des soins en santé mentale pour adultes et à la nouvelle politique en santé mentale pour enfants et adolescents. Cette réforme et cette nouvelle politique ont été développées par la Conférence interministérielle de santé publique avec le même objectif d'amélioration de la qualité et de la continuité des soins. Grâce à l'impulsion et au suivi de la Conférence interministérielle, des réseaux issus de la réforme et de la nouvelle politique couvrent maintenant l'entièreté de la Belgique. Ces réseaux peuvent améliorer concrètement la qualité et la continuité des soins en poussant les institutions à collaborer autour des prises en charge et en impliquant des représentants des usagers et des proches. Ces derniers ramènent les débats sur les enjeux fondamentaux : la qualité et la continuité des soins.*

Concrètement, les recommandations internationales et les évolutions qui en découlent mettent l'accent sur le rétablissement de la personne dans sa communauté de vie. Cela ne vise pas la guérison (parfois extrêmement longue à atteindre ou presque illusoire dans les cas de maladie chronique) mais l'autonomisation de la personne, quel que soit son trouble. Les modifications décrétales suivent ces évolutions.

¹ Extrait de la note GW du 20.09.18.

Plusieurs modifications décrétales sont ainsi amenées par ces principes. Elles ont concrètement pour effet :

- d'impliquer le bénéficiaire dans sa prise en charge dans une perspective d'empowerment, c'est-à-dire d'autonomisation du bénéficiaire, en tenant compte de son avis et de ses possibilités et en favorisant autant que possible son fonctionnement dans sa communauté de vie ;
- d'impliquer les proches du bénéficiaire, dans la prise en charge dès que nécessaire et, bien sûr, uniquement si la personne concernée le souhaite ;
- d'impliquer des représentants d'usagers et de proches dans les réponses institutionnelles données aux troubles en santé mentale ;
- d'améliorer la collaboration avec la première ligne de soins et surtout avec le médecin généraliste qui est le premier à recevoir des plaintes liées à des troubles en santé mentale ;
- de tenir compte des prises en charge que la personne reçoit avant, pendant ou après son passage dans un service de santé mentale, dans une perspective de continuité des soins ;
- d'insister sur le nécessaire travail en réseau.

La personne présentant des troubles en santé mentale doit donc être vue par les services de santé mentale de manière globale et non uniquement sous l'angle de son trouble en santé mentale.

Les modifications décrétales généralisent cette approche dans l'intérêt des personnes avec des troubles psychologiques ou psychiatriques, mais surtout dans l'intérêt des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves qui ont besoin d'un suivi sur le long terme (souvent réalisé par plusieurs professionnels et institutions différentes), d'une équipe pluridisciplinaire et d'une institution ambulatoire financièrement accessible.

Améliorer l'efficacité du travail des services en santé mentale en Wallonie

- en poussant les services à réfléchir à l'efficacité concrète de leurs actions pour aider leurs patients, dans le cadre de l'état actuel des connaissances scientifiques, sans toucher à la liberté thérapeutique des soignants ;
- en responsabilisant les services par rapport à l'ensemble des demandes de soins et par rapport à leur liste d'attente, via notamment l'introduction de la notion de public prioritaire.

A nouveau, de très nombreux professionnels dans les SSM appliquent sans doute ces principes. Le décret les généralise et les rend obligatoires.

Pour éviter de recréer de nouveaux mini-services, un article oblige les nouveaux services à avoir au moins 6 équivalents temps plein. En outre, une des dispositions décrétales précise que les services peuvent fusionner entre eux sans perte de frais de fonctionnement. Certains services étant minuscules (3 ou 4 personnes), il est en effet important de leur permettre de fusionner sans les désavantager.

Mode de subventionnement : permettre une amélioration du mode de subventionnement des services de santé mentale

Actuellement, lors de la liquidation de la subvention, l'AViQ vérifie et calcule dans les détails les montants dus à chaque personne employée dans un service de santé mentale. L'AViQ se comporte comme un secrétariat social, ce qui n'est pas son rôle et ce qui entraîne une lourde charge de travail tant pour le personnel de l'AViQ que pour les services de santé mentale qui doivent demander l'autorisation de l'AViQ au moindre changement de personnel (remplacement lors de maladie par exemple). La procédure est encore alourdie par les risques d'erreur, qui sont multipliés par ces calculs minutieux.

Les articles réglant le subventionnement sont donc simplifiés pour permettre au Gouvernement de déterminer un autre mode de liquidation des subventions (voir l'article 31 de l'avant-projet de décret). La subvention allouée aux services restera toujours calculée sur base de l'agrément de chaque service. Cet agrément reprend précisément le nombre d'heures attribuées à chaque fonction. A chaque fonction, correspond un niveau de diplôme et un barème.

Le subventionnement est divisé en 3 enveloppes :

- *la 1^e enveloppe est destinée aux frais de personnel qui découlent directement de l'agrément de chaque service ;*
- *la 2^e est destinée aux frais de fonctionnement dont le montant est précisé dans l'agrément de chaque service ;*
- *la 3^e enveloppe est destinée à permettre au Gouvernement de donner un budget pour des objectifs complémentaires. Cette enveloppe sera définie sur base des montants disponibles.*

Le subventionnement sera fixé dans l'arrêté d'exécution dans les limites budgétaires existantes comme le spécifie le 2^e paragraphe de l'article 2 de l'avant-projet de décret : "Le budget alloué dans le cadre du présent chapitre évolue en fonction de l'évolution de l'indice pivot et de la progression barémique".

Comme les services de santé mentale sont largement et presque uniquement subventionnés par de l'argent public, il est également précisé que toutes les recettes (par exemple la participation financière des patients ou la formation ou encore les loyers perçus par le service grâce à un bien amorti) doivent être utilisées dans le cadre de sa mission, donc au bénéfice des personnes avec des difficultés psychologiques ou psychiatriques.

Lors de l'élaboration de l'arrêté d'application, on veillera à ne pas alourdir les charges administratives des services mais, au contraire, à les simplifier autant que possible.

Consultation du terrain :

Les changements décrets proposés impliquaient de tenir compte de l'avis de différents groupes pour vérifier concrètement que ces changements étaient adaptés à l'objectif d'amélioration de la qualité et de la continuité des soins :

- *des personnes présentant des troubles en santé mentale,*
- *des familles qui sont également atteintes par les conséquences des troubles en santé mentale de leur proche ;*
- *des intervenants qui sont sur le terrain et prennent ces personnes en charge ;*
- *de l'AViQ chargée d'inspecter ces services et de liquider les subventions.*

Différentes personnes représentant ces groupes ont été consultés depuis 2016 sur les changements décrets. L'avant-projet de décret qui est proposé a fait l'objet d'une large et intense consultation du terrain. Après avoir débuté en 2016, les concertations se sont intensifiées entre août 2017 et février 2018, afin d'avoir un avis détaillé des professionnels de la santé et des représentants d'usagers et de proches sur les modifications décrets. Entre février et juillet 2018, ces modifications ont été analysées et retravaillées en profondeur avec l'AViQ, avec la FéWaSSM (la fédération des services de santé mentale) et avec des représentants des travailleurs ».

3. AVIS

3.1 PREAMBULE

Le CESW a examiné avec attention l'avant-projet de décret relatif aux services de santé mentale et formule les remarques suivantes.

Le CESW apprécie la volonté du Gouvernement d'améliorer la qualité de l'offre aux bénéficiaires sur base du constat partagé d'une évolution et d'une augmentation de la demande, de l'offre limitée des services de santé mentale (SSM) et des difficultés rencontrées par le secteur.

Néanmoins, le CESW estime qu'à ce stade le Gouvernement devrait clarifier son approche sociétale et la programmation budgétaire qu'il envisage dans le secteur de la santé mentale. Il souhaiterait que la Ministre de tutelle puisse faire une présentation officielle et transparente devant les partenaires sociaux de l'ensemble de la ligne de soins en santé mentale (ambulatoire, hospitalier et résidentiel). Il souligne qu'il est effet délicat de réformer un secteur sans replacer ses spécificités et ses difficultés dans un contexte plus global (cf. réforme 107, réseaux et plates-formes psychiatriques, accueil résidentiel psychiatrique, etc.). Aussi, tant une projection de l'évolution des besoins et des prises en charge qu'un affinage de l'expertise relative aux causes de l'augmentation structurelle des cas de troubles de santé mentale, s'avèrent essentiels pour l'élaboration d'une politique cohérente.

Le CESW souligne que la question de la santé mentale est complexe et nécessite une approche transversale et pluridisciplinaire, intégrant les besoins des patients, les caractéristiques et spécificités des services et celles des différents intervenants tant officiels qu'informels. Il est également indispensable d'inclure dans ce spectre de réflexion les politiques élaborées par les autres entités du pays au niveau fédérale et communautaire.

La politique en matière de santé mentale doit se concevoir dans une optique de bien-être individuel et collectif, en faisant en sorte qu'on puisse agir en amont des pathologies psychiques : les services de santé mentale jouent sur ce plan un rôle extrêmement important, en étant généralistes et en ayant une approche préventive permettant de favoriser une société inclusive, approche qui pourrait être mise à mal par la définition de publics prioritaires (cf. infra).

Le CESW estime que désinvestir de cette action préventive et généraliste risque d'entraîner un glissement dans les interventions, délaissant des situations qui auraient pu être traitées à la base, à moindres frais tant budgétaires que sociétaux. Ce qui conduira inévitablement à une aggravation des problématiques, ces cas devant alors être traités en 2^{ème} ou de 3^{ème} lignes avec un coût important pour l'utilisateur mais aussi pour son entourage et la société dans son ensemble. Les services ambulatoires doivent rester des acteurs clés dans cette optique de première ligne préventive.

Enfin, bien qu'il soit précisé dans l'exposé des motifs qu'une consultation de terrain ait été effectuée, celle-ci semble ne pas avoir touché tous les acteurs concernés. Le CESW rappelle que la consultation sectorielle doit être menée avec l'ensemble des représentants patronaux et syndicaux tant du secteur public que du secteur privé. En outre, Il note qu'une série de points sont soumis à la délégation du Gouvernement dans l'APD. Il demande donc que le dialogue avec le secteur se poursuive avant la seconde lecture du projet de texte ainsi que sur les projets d'arrêtés d'exécution, sur lesquels le Conseil demande également d'être formellement consulté.

3.2 MODE ET MOYENS DE FINANCEMENT

Le CESW souhaite obtenir davantage de précisions sur les modalités de subventionnement des SSM et regrette l'absence de moyens supplémentaires attribués pour assurer leurs missions.

En effet, il a été constaté une augmentation continue de la demande en corollaire d'une fragilisation de la situation financière du secteur, amenant des prestataires de services à avoir recours à des mesures radicales ou en tout cas fragilisantes pour assurer leur survie et la continuité des soins pour leurs usagers.

Le positionnement de ces services a également évolué, les plaçant en première ligne et dans une obligation de continuité et parfois d'un suivi à long terme de certains patients. Sans un refinancement global du secteur, il est à craindre que les politiques de prise en charge des soins en santé mentale ne puissent être assurées dans le temps.

Le Conseil est conscient des nombreux défis sociétaux auxquels le Gouvernement est confronté dans un contexte budgétaire limité. Néanmoins, il attire l'attention sur le fait que dans ce secteur comme dans d'autres, la stagnation ou la faible évolution des dotations et allocations budgétaires laissent craindre un sous-financement chronique qui risque d'étouffer le secteur par rapport à ses missions de base et l'empêcher de remplir les nouvelles missions qui lui sont conférées par le décret.

3.3 MISSIONS DES SERVICES

L'article 6 du projet de décret redéfinit les missions et les modalités de reconnaissance des services de santé mentale. Le CESW craint une limitation des pratiques qui seraient prioritairement orientées sur l'approche curative, par l'introduction d'une différence entre les activités prioritaires et les activités complémentaires, assorties de conditions. En outre, les moyens pour de nouvelles initiatives dans le cadre de la troisième enveloppe de financement ne sont pas clairement définis. En tout état de cause, le Conseil rappelle la nécessité de garantir la liberté thérapeutique à ces différents niveaux.

Le Conseil note que le texte de l'APD prévoit comme activités prioritaires des SSM « *l'organisation d'une réponse selon les ressources disponibles, les particularités de la demande et les suivis antérieurs, en posant un diagnostic et en instaurant une prise en charge pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale impliquant au minimum un suivi psychologique ou psychiatrique* ». ²

Le Conseil insiste sur la nécessité de veiller à l'articulation et la complémentarité de cette prise en charge avec les différents intervenants d'autres structures (ex. cellule mobile 107, SAFA) et les diagnostics posés antérieurement.

3.4 PROJET DE SERVICE

Le CESW relève les précisions apportées sur la procédure d'élaboration du projet de service au sein des SSM. Un tel projet, en effet, doit être porté par l'équipe du service, et il est donc essentiel qu'il soit réalisé par celle-ci, sous la responsabilité du Directeur et/ou coordinateur. En tout état de cause, le PO doit valider ce projet comme cela se passe déjà actuellement.

3.5 PUBLICS PRIORITAIRES

L'avant-projet de décret introduit la notion de publics prioritaires dans l'objectif d'agir à la source. Cette volonté de recentrage adoptée dans un souci annoncé de rationalisation des ressources, pourrait induire un glissement vers une approche davantage curative que préventive et exclure un public pris en charge jusqu'à ce jour par les services.

Le CESW souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur le fait que selon la formulation du projet de décret, et en particulier dans la définition du public prioritaire, les services ayant une offre insuffisante pour assurer le suivi de toute demande, verront leur public limité à ce public prioritaire. Il rappelle que, déjà aujourd'hui, les services accueillent déjà toute demande avec une attention particulière accordée à ce public précarisé et très fragilisé psychologiquement avec les répercussions sur la vie sociale évidentes.

Le CESW estime nécessaire de poursuivre un accueil généraliste et large au sein des SSM. En effet, la pratique sur le terrain montre l'importance pour les professionnels des SSM, et dès lors pour les usagers qu'ils rencontrent, d'apporter des réponses à des personnes qui présentent des difficultés psychiques variées. C'est là un aspect essentiel qui participe à la richesse professionnelle des soignants et à la qualité des soins qu'ils offrent au sein des services.

Toutefois, le CESW considère qu'il est pertinent de distinguer l'accueil du soin. Si toute demande émanant de bénéficiaires doit être accueillie, le SSM ne doit pas nécessairement être le lieu du soin de ceux-ci. En effet, seules les demandes provenant de personnes

² Tel que défini à l'art.6 insérant l'art.540, §1, 2° du CWASS.

confrontées à des réalités financières les empêchant d’avoir accès à une autre offre de soin ou celles dont les difficultés psychiques nécessitent un soin pluridisciplinaire, ont leur place au sein de ces structures. Ceci correspond largement à la pratique de terrain à ce jour.

Le CESW souligne enfin le rôle de prévention secondaire rempli par les SSM, s’éloignant de la définition de public prioritaire. Ce rôle essentiel pour la communauté doit être maintenu de même que les services visant d’autres publics tels que la petite enfance, l’adolescence et les personnes âgées.

Le CESW estime que l’intervention des SSM dans la « *communauté de vie* » de l’usager, au domicile de patient, le cas échéant³, doit être davantage réfléchi et étayé, en prenant en considération les différents intervenants dans ces cas spécifiques, que ce soit la famille ou les aides familiales.

Enfin, le CESW relève certains constats inquiétants observés par les professionnels de terrain ces dernières années. Les personnes âgées présentent de manière accrue des problématiques psychiatriques, peut-être accélérées en l’absence de structure d’accueil et de maintien de la socialisation. Il en est de même avec l’augmentation d’un jeune public présentant des doubles diagnostics. Enfin, la population carcérale, le phénomène du sans-abrisme et la problématique des assuétudes, renforcent la nécessité d’une réflexion approfondie sur l’augmentation sensible des troubles de santé mentale au sein de notre société et d’un investissement accru en matière de politique de santé mentale. Le CESW juge interpellant d’assister à une telle explosion des situations problématiques reflétées par la multitude, la diversité et la complexité des diagnostics.

3.6 ORGANISATION DES SERVICES

Le CESW rappelle la nécessité d’affiner la juste définition des différentes fonctions liées à l’organisation des SSM ainsi que de s’interroger sur leur plus-value et leur articulation avec les fonctions et/ou organisations existantes (réseaux, plates-formes psychiatriques, PMS, etc.).

Par ailleurs, la possibilité de fusion de services peut apparaître comme une avancée au yeux des partenaires sociaux réunis au sein du CESW à la condition que cette fusion soit effectuée dans la plus parfaite garantie de pérennité et d’accessibilité des soins, par le maintien de services de proximité.

Le CESW souhaite que soit assurée la présence des partenaires sociaux au sein du comité de pilotage du Centre de référence en santé mentale,⁴ compte tenu du rôle confié à cette instance en particulier les décisions relatives aux activités complémentaires et à l’attribution de la 3^{ème} enveloppe.

³ Tel que prévu à l’art.6 de l’APD insérant l’art. 540, §3 du CWASS.

⁴ Tel que prévu à l’art. 43, insérant l’art.572, §4 de l’APD.

3.7 LIBERTE DE CHOIX THERAPEUTIQUE ET EVALUATION DU SOIN

Le CESW relève que le texte du projet de décret fait appel à de nombreuses reprises à la notion de « *en fonction de la connaissance actuelle de la science* ». Or, la santé mentale est un champ dans lequel les pratiques innovantes sont fondamentales et dans lequel la pratique n'est pas homogène et suscite de nombreux débats.

A cet égard, le CESW souligne la nécessité d'une formation permanente du personnel des services de santé mentale mais également le fait que le thérapeute garde la liberté du choix thérapeutique.

En outre le CESW s'inquiète, à la lecture du texte de la volonté d'agir de manière restrictive sur le flux en imposant une durée de suivi limité à un certain nombre de rencontres là où pour certains patients l'ancrage à durée illimitée et à fréquence variée permet d'éviter les décompensations, les hospitalisations et à terme la désinsertion sociale. Il estime donc indispensable que les SSM soient pleinement acteurs de l'évaluation du soin adéquat et puisse en définir les modalités, tout en évaluant la surcharge de travail que cela entraîne pour les services.
