

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue de Tervueren 211 - 1150 Bruxelles

Service des soins de santé COMITÉ DE L'ASSURANCE

Note CSS 2021/239

Bruxelles, 26 juillet 2021

OBJET : Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et chaque réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires.

CONTENU :

Cette note propose de conclure la convention en annexe 1 avec les réseaux de santé mentale adultes et enfants & adolescents dans le cadre d'une mise en œuvre plus poussée des soins de santé mentale de première ligne. Cela concerne un total de 32 réseaux, chacun ayant sa propre zone d'opération (cartes en annexe 2). Ensemble, les réseaux couvrent l'ensemble du pays. Cette mission des réseaux s'inscrit dans une transition vers une intégration plus structurée des soins ambulatoires de santé mentale dans les soins de la première ligne et dans le contexte plus large des 4AIM pendant la durée de cette convention.

MOTIVATION :

Le 2 décembre 2020, un [Protocole d'accord](#) a été conclu entre le Gouvernement fédéral et les Régions et Communautés sur l'approche coordonnée du renforcement de l'offre de soins de santé mentale, en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus touchés par la pandémie de COVID-19.

À cette fin, dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé, le budget déjà disponible de 39,3 millions d'euros a été augmenté de 112,5 millions d'euros à partir de 2021 pour développer davantage la fonction de soins psychologiques de première ligne et les soins ambulatoires spécialisés en santé mentale en coopération et en complémentarité avec l'offre existante, et en lien direct avec les réformes des soins de santé mentale.

Cette convention s'appuie sur la première convention intitulée « soins psychologiques de première ligne » (note CSS 2018/406) et tient compte de nombreuses préoccupations et recommandations formulées lors de plusieurs réunions de la Commission de conventions transversale pour la santé mentale (voir annexe 3 « *Organisation et financement des soins psychologiques ambulatoires en première ligne basés sur la perspective public mental health* »).

La présente convention constitue une nouvelle étape dans l'ouverture des soins psychologiques à la population et permet de développer davantage les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés dans le cadre des soins de santé mentale ambulatoires. C'est un complément important aux dispositions existantes.

Les soins psychologiques de première ligne sont des interventions visant à renforcer l'autonomie ou les soins informels via une évaluation de la demande d'aide par la clarification de la plainte, l'auto-assistance guidée, la psychoéducation, le renforcement de l'autonomie et de la résilience, le soutien des acteurs de première ligne et l'orientation si nécessaire.



L'objectif est que les besoins du patient soient détectés le plus rapidement possible (détection précoce) et traités adéquatement (« *matched care* »). La convention règle le financement de deux fonctions psychologiques dans les soins de première ligne : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés.

En fonction de la demande d'aide, l'intervention peut viser de manière préventive à soutenir l'auto-soin et la résilience dans le cadre de la fonction de soins psychologiques de première ligne. Si le bilan fonctionnel montre qu'un traitement du trouble psychologique sous-jacent est nécessaire, il est fait appel à la fonction de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale après requête au sein du réseau.

Ces soins psychologiques dans la première ligne sont importants pour réduire les « unmet needs » de la population qui a (ou risque d'avoir) des problèmes psychiques et qui, en l'absence de soins adéquats ne cherche pas de soins et a recours tardivement aux services de santé mentale (en moyenne 10 ans plus tard). On peut dire la même chose des « overmet needs », des soins offerts mais insuffisamment adaptés aux besoins ou à d'autres demandes de nature plutôt somatique ou sociale.

Le projet de convention ci-joint est le résultat de plusieurs mois de consultation au sein de la « Commission de conventions transversale pour les soins de santé mentale ». Cette proposition étant complémentaire à ce qui existe déjà en terme de soins de santé mentale, cette convention a également été concertée avec les entités fédérées (groupe de travail inter-cabinet SSM de la Conférence Interministérielle Santé publique).

NOTES EXPLICATIVES DE L'ACCORD

(a) Objet de l'accord

La convention est conclue entre le Comité de l'assurance et les 32 réseaux de soins de santé mentale.

Elle détermine :

1. Les conditions d'utilisation par le réseau des ressources financières provenant de l'assurance obligatoire soins de santé, plus particulièrement le financement des soins psychiques ambulatoires de première ligne pour les deux fonctions de soins ;
2. La manière dont les ressources financières, via l'hôpital en tant que représentant du réseau, sont mises à disposition du réseau et la manière dont les dépenses sont suivies et régularisées ;
3. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans le cadre des soins directs aux patients.

(b) Fonctions des soins psychiques

Cette convention décrit deux fonctions de soins qui sont organisées de façon intégrée : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés. Le point de départ est de détecter le plus rapidement possible les besoins du patient.

La fonction de soins psychologiques de première ligne propose des interventions psychologiques de courte durée et/ou de faible intensité. Ces soins permettent aux bénéficiaires de maintenir ou, si nécessaire, de retrouver un mode de vie sain et une qualité de vie satisfaisante. Les séances peuvent être réalisées de manière individuelle, par des soins à distance (télémédecine) ou en intervention spécifique de groupe. Une séance individuelle est effectuée par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien. Une intervention en groupe se déroule sous la supervision d'acteurs de l'aide et du soins ou d'experts du vécu, dont au moins un est un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

La Fonction des soins spécialisés s'adresse aux personnes qui ont besoin de soins spécialisés en raison de leur maladie mentale sous-jacente. Ces interventions psychologiques visent le psychodiagnostic et le traitement. Elles peuvent être réalisées de manière individuelle, par des soins à distance (télémédecine) ou en intervention spécifique de groupe. Cela signifie que l'intervention spécialisée est celle pour laquelle des techniques spécifiques sont utilisées. Ce traitement est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens avec des compétences spécifiques, démontrables par le biais du portfolio du prestataire de soins.

(c) Dispositions spécifiques relatives aux séances de traitement

1. Dans le cadre de la fonction de première ligne, les adultes (+15 ans) ont droit à maximum 8 séances individuelles ou 5 séances collectives par période de 12 mois. Les enfants et adolescents (-23 ans) ont droit à maximum 10 séances individuelles ou 8 séances de groupe par période de 12 mois.

Dans des cas exceptionnels, une séance supplémentaire peut être nécessaire afin de compléter un programme de traitement de 8 ou 10 séances individuelles respectivement. Le nombre de cas exceptionnels ne peut dépasser 5 % du nombre total de bénéficiaires ;

2. Au sein de la fonction de soins spécialisés, les adultes (+15) ont droit par période de 12 mois à une moyenne de 8 séances individuelles (maximum 20) ou maximum 12 séances de groupe. Les enfants et les adolescents ont droit à une moyenne de 10 séances individuelles (maximum 20) ou maximum 15 séances de groupe.
 - a. La fonction spécialisée ne peut être remboursée qu'après une requête au réseau du service ambulatoire de soins de santé mentale spécialisés, sur base d'un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin conformément aux accords de réseau relatifs à l'application et à l'orientation des soins ;
 - b. Au cours de la série individuelle de soins psychologiques spécialisés, une évaluation intermédiaire est effectuée au moyen du bilan fonctionnel ou d'une concertation multidisciplinaire.
3. Un bénéficiaire fait appel soit au réseau enfants et adolescents, soit au réseau adultes durant une même année ;
4. Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents, le tuteur ou un membre de la famille ;
5. L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage a formulé une demande d'aide au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien de première ligne ;
6. Le prestataire et le bénéficiaire sont physiquement présents dans un lieu adapté à la situation de la personne. Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent avoir lieu dans le propre lieu de vie du bénéficiaire (*outreaching*). De même, si les conditions énoncées à l'art. 3, § 3 et art. 5, § 2 sont remplies, elles peuvent également être réalisées par vidéoconférence.

(d) Processus d'orientation des bénéficiaires, de concertation et de rapportage

1. La demande peut se faire à l'initiative du bénéficiaire lui-même, de son entourage ou après son orientation par un acteur de l'aide ou de soins ;
2. Les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens établissent avec un acteur local de la première ligne un bilan fonctionnel lors du premier contact. Ce bilan est un outil de communication pour les autres partenaires du réseau et sert également d'indication pour les soins spécialisés ;
3. A tout moment du parcours, une séance peut être utilisée pour (ré)orienter la personne ou la guider vers des soins plus coordonnés ;
4. Si, à la suite d'une évaluation intermédiaire de la série de soins psychologiques spécialisés en individuel, il existe un besoin d'expertise supplémentaire en raison de sa complexité, une concertation multidisciplinaire peut être prévue. Si au moins trois

prestataires de soins sont présents lors de cette concertation (par exemple, un psychiatre, un médecin généraliste, un prestataire de soins psychologiques spécialisés), un remboursement de 225 euros pour la rémunération des intervenants à la concertation peut être facturé, à hauteur d'une fois par période de 12 mois par bénéficiaire ;

5. Si une intervention psychologique de première ligne a lieu, est interrompue ou est orientée vers des soins de santé mentale spécialisés, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve de son accord ou de celui de ses parents ou de son tuteur légal, il doit y avoir au cours de/à la fin de l'intervention ou après l'orientation, une communication avec le médecin détenteur du DMG (ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenant le DMG) pour l'informer du soutien/de l'orientation et/ou pour discuter du suivi et/ou fournir des soins de suivi appropriés ;
6. Des informations sur les droits des patients et les coordonnées des médiateurs, des associations de patients et de familles seront mises à la disposition du bénéficiaire et/ou de son entourage.

(e) Règles de cumul

1. Seule une séance psychologique ou une intervention de groupe par jour et par bénéficiaire est remboursable, à l'exception d'une séance avec les parents ;
2. Le remboursement de la concertation multidisciplinaire n'est pas cumulable avec d'autres remboursements de consultation.

(f) Missions des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens

1. Conclure une convention avec le réseau et s'engager pour au moins 8h par semaine dans l'ensemble des réseaux de soins de santé mentale ;
2. Etre titulaire d'un visa et d'un agrément comme psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, disposer dans ces conditions d'un numéro INAMI, et démontrer une expérience pertinente par son portfolio. Les statuts d'indépendants et de salariés sont tous deux acceptés, mais il n'est pas permis de percevoir une autre rémunération ;
3. Appliquer une méthodologie éthique et evidence-based ;
4. Suivre une formation sur le fonctionnement du réseau et participer aux intervisions/supervisions que ce dernier organise ;
5. Réaliser les séances psychologiques et autres missions dans la zone de travail du réseau avec lequel il a passé un accord (de préférence dans le milieu de vie des bénéficiaires) ;
6. Tenir un dossier individuel pour chaque bénéficiaire ;
7. Informer le bénéficiaire du parcours qu'il suit et du nombre de séances qui sont (encore) possibles (sur base des informations fournies par le réseau ou par le bénéficiaire dans le cadre de l'anamnèse) ;
8. Percevoir l'intervention personnelle du bénéficiaire.

(g) Développement d'une culture de la qualité

Le réseau s'engage à participer activement à la poursuite et au développement d'une culture de la qualité conformément aux initiatives du Gouvernement fédéral et des entités fédérées. Au sein du réseau, cela implique le partage de convictions, de valeurs, d'attitudes, d'institutions et de modèles de comportement partagés visant à l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins. L'orientation du patient est un élément de qualité particulièrement important.

Afin de stimuler un changement de mentalité, la culture de la qualité doit faire partie de chaque mission du réseau et de chaque acteur impliqué dans les soins.

(h) Missions du réseau de santé mentale dans le cadre de cette convention

Les réseaux sont répartis entre ceux offrant des soins de santé mentale pour adultes (+15 ans) et pour enfants et adolescents (-23 ans). Chaque réseau est représenté par un hôpital qui signe la convention.

Les réseaux concluront des accords de coopération avec des partenariats multidisciplinaires locaux afin de viser une intégration structurée, pendant la durée de cette convention, des soins ambulatoires de santé mentale dans les soins de santé de première ligne.

Les réseaux stimuleront la coopération multidisciplinaire par une double approche :

1. d'une part, le développement de relations fonctionnelles avec des partenariats multidisciplinaires locaux, au niveau du quartier ou du district avec les acteurs de première ligne ;
2. d'autre part, avec la mise à disposition de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale.

Les réseaux doivent se charger des missions suivantes :

1. Traduire la gestion de la population du réseau de santé mentale en partenariats locaux et en flux de patients ;
2. Assurer l'organisation administrative des programmes de formation et des interventions/supervisions des soins psychologiques via les partenariats locaux ;
3. Lorsqu'il existe un « [projet de soins intégrés](#) » avec lequel le Comité de l'assurance a conclu un accord, le réseau y a recours ;
4. Pour le 31 décembre 2021, les réseaux enfants/adolescents et adultes/personnes âgées concluront conjointement une convention au niveau de la province avec les partenariats locaux visant à différents accords (cf. art. 11, 5°) ;
5. Désigner au sein du réseau un coordinateur local pour mettre en œuvre et développer la fonction psychologique et les missions du réseau dans le cadre de la présente convention ;
6. Par l'intermédiaire de l'hôpital dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention ;
7. Pour la réalisation des 2 fonctions, le réseau fera appel à des acteurs de l'aide et de soins (indépendants ou organismes reconnus), avec lesquels le réseau conclut une convention qui comprendra différents accords (cf. art. 11, 8°) ;
8. Développer des initiatives visant à encourager une culture de la qualité ;
9. Il n'est pas prévu de rémunération pour des missions/actions déjà financées par d'autres réglementations ;
10. Réalisation d'une formation sur le fonctionnement du réseau et la coordination des interventions/supervisions ;
11. Elaborer et soumettre à l'INAMI des rapports qui, d'une part, démontrent la pérennité de la gouvernance du réseau et, d'autre part, permettent d'évaluer la mise en œuvre des missions visées par la présente convention.
12. Collaborer à une étude d'évaluation réalisée dans le cadre de cette convention.

Chaque réseau dispose d'un budget maximal. Ce budget est spécifiquement déterminé par réseau selon une méthode scientifique qui prend en compte le nombre d'habitants, l'âge initial et la prévalence des troubles et le statut socio-économique par réseau.

(i) Attentes à l'égard du partenariat multidisciplinaire local

L'organisation des soins de première ligne, tant mentaux que somatiques, est une compétence des entités fédérées. Le réseau est censé se concerter avec les structures existantes (« partena-

riat multidisciplinaire local ») et les autorités (Communauté/Région/Local) pour intégrer conjointement les soins psychologiques dans les soins de première ligne. Il est essentiel que l'équipe multidisciplinaire locale couvre l'ensemble de la population d'une zone définie et soit reconnue ou désignée par l'autorité compétente.

Ce partenariat devrait présenter aux acteurs de sa région une vision conforme au protocole du 2 décembre 2020 susmentionné.

Les réseaux de santé mentale contrôlent l'utilisation des ressources en fonction de la gestion et de la stratification de la population (cartographie des besoins en soins psychologiques) en coopération avec les partenariats multidisciplinaires locaux.

(j) Budget global des ressources financières par réseau (art. 13)

Pour la réalisation des missions dans le cadre de cette convention, le réseau et l'hôpital disposent d'un budget global annuel calculé en fonction de la population comprise dans le réseau et des besoins de celle-ci (*population-based financing*).

Le paiement de ce montant est effectué de manière centralisée pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM.

1. 90% du budget annuel servira au financement des soins directs aux bénéficiaires (séances, concertations multidisciplinaires, forfait d'inclusion), et 1/12 de ce montant sera avancé chaque mois ;
2. 10% servira à financer les frais de fonctionnement et de poursuite de différents objectifs par le réseau. 50% de ce montant sera versé au moment de la signature de la convention (septembre 2021), puis 25% pour le 30 juin 2022 et pour le 31 janvier 2023.

Ces avances sont régularisées sur base de factures électroniques que le réseau soumet de manière centralisée aux organismes assureurs via l'ASBL IM. Le réseau tiendra à sa disposition tous les justificatifs possibles des frais facturés : factures, fiches de paie, rapports d'action, comptes rendus de réunions, séances de remboursement, etc.

Au plus tard à partir du 1^{er} mars 2022, le processus de facturation et de paiement tel que prévu dans le présent article sera remplacé par un système électronique qui, après avis de la commission de conventions hôpitaux - organismes assureurs et approuvé par le Comité de l'assurance, sera mis à disposition par les organismes assureurs. Dans ce système, les données concernant les soins dispensés et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé, et par lequel, entre autres :

1. Les paiements au réseau pourront être régulés de manière centralisée ;
2. Le prestataire pourra prendre connaissance des données d'assurabilité ;
3. Le bénéficiaire pourra recevoir une preuve de paiement ;
4. Le réseau pourra être informé de l'offre de soins qui a été prodiguée et de données individuelles utiles à l'évaluation du réseau (ceci dans un délai ne dépassant pas 3 mois après que les données aient été fournies) ;
5. Le médecin généraliste titulaire du DMG pourra être informé de la prise en charge psychologique de son patient dans le cadre de cette convention ;
6. Le SPF Santé publique et l'INAMI sont informés de l'offre de soins réalisée et d'un ensemble de données centralisées permettant l'évaluation de la convention avec le réseau.

(k) Règles spécifiques concernant la facturation des missions liées à l'assurance obligatoire soins de santé (art. 14)

Les montants mentionnés ci-dessous comprennent, le cas échéant, l'intervention personnelle.

1. Pour chaque nouveau bénéficiaire avec lequel un suivi a été convenu, 60 euros par période de 12 mois peuvent être facturés par le psychologue/orthopédagogue clinicien pour les tâches administratives, la coopération multidisciplinaire, le *matched care*, etc ;

2. La rémunération des psychologues et orthopédagogues cliniciens est de 75 euros par séance individuelle (60 minutes, dont au moins 45 minutes de contact avec le patient) ;
3. Pour une intervention de groupe, 400 € peuvent être facturés si elle est proposée par deux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou 326 € si elle est proposée par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un autre acteur d'aide ou de soins ou expert du vécu ;
4. 225€ maximum peuvent être facturés pour l'ensemble des participants à la concertation multidisciplinaire.

(l) Indexation

Tous ces montants sont indexés annuellement, à l'exception de l'intervention personnelle du bénéficiaire.

(m) Intervention personnelle du bénéficiaire

L'intervention personnelle s'élève à 4 euros (BIM) ou 11 euros par séance individuelle, ou à 2,5 euros pour les séances de groupe. Cette intervention est collectée par le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, qui en fournit la preuve au bénéficiaire.

La première session au sein de la fonction de première ligne est gratuite. Dans le cas d'un soutien à un acteur de première ligne, dans le cadre d'un bénéficiaire, aucune intervention personnelle n'est facturée non plus.

En dehors de l'intervention personnelle, aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

(n) Groupes cibles enfants/adolescent et adultes/personnes âgées

En plus des deux fonctions, la répartition des soins se fait également selon deux catégories d'âge qui se chevauchent et qui déterminent des réseaux de soins différents :

1. les moins de 23 ans (réseaux enfants et adolescents)
2. les plus de 15 ans (réseaux adultes).

Le chevauchement garantit une offre adaptée à l'âge de transition (15-23 ans). Pour les individus de cette tranche d'âge, le réseau de soins (jeunes ou adultes) est indiqué selon la nature de leurs besoins.

(o) Suivi - Comité d'accompagnement

Un comité d'accompagnement sera mis en place pour veiller à l'exécution de la présente convention dont la composition et les missions sont détaillées à l'article 18.

L'évaluation se fera également au moyen d'une étude scientifique.

(p) Dispositions transitoires de la convention actuelle

Pour la détermination du nombre de séances dans la présente convention, il n'est pas tenu compte du nombre de séances prévues dans la précédente convention.

Le réseau et l'hôpital fournissent à l'INAMI un relevé de l'utilisation des sommes versées en application de l'article 16 de la « convention PPL » susmentionnée. Les montants encore non utilisés au 1^{er} septembre 2021 pourront être utilisés pour la compensation des coûts de démarrage dans le cadre de cette convention, sous réserve de l'approbation de l'INAMI.

(g) Validité de la convention

1. La présente convention entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit la signature de l'accord et au plus tôt le 1er septembre 2021. Elle remplace la précédente convention. L'accord est signé par le réseau et par l'hôpital représentant le réseau.
2. La convention est valable jusqu'au 31/12/2023.

(r) engagement spécifique

En signant cet accord, le directeur de l'hôpital qui signe cet convention au nom du réseau de santé mentale confirme que cet convention a été discuté et approuvé au préalable par le réseau de santé mentale, et en particulier par les représentants des soins psychologiques de première ligne.

INCIDENCE BUDGÉTAIRE :

Pour la réalisation des missions dans le cadre de cette convention, le réseau et l'hôpital disposent d'un budget global annuel, composé des interventions personnelles perçues et de l'intervention de l'INAMI.

Le montant AMI alloué à chaque réseau et l'hôpital le représentant est basé sur la population couverte par ce réseau (« *Population-based financing* »).

- **10 % du budget** reste disponible pour l'INAMI = **15.180.600 euros**
- **90 % du budget est disponible pour les réseaux : 136.625.400 euros**
 - Un maximum de **10% de ce budget** peut être utilisé pour le remboursement des coûts pour les **frais de fonctionnements et la concrétisation des missions** (soutien et mise en œuvre des partenariats locaux et équipes multidisciplinaires, gouvernance, organisation, gestion de la convention avec les prestataires de soins, culture de la qualité, reporting, évaluations, formations, interventions/supervisions, coordinateur local,... cf. art. 10 et 11) = **13.662.540 euros**
 - **Un minimum de 90% du budget annuel est utilisé, de minimum 45% pour la fonction de soins psychologiques de première ligne, et de maximum 45% pour la fonction de soins psychologiques spécialisés** (au sens de l'article 5, y compris les coûts des consultations multidisciplinaires au sens de l'article 6, b) = **122.962.860 euros**.
- **Budget total AMI : 151.806.000 euros.**

Le tableau suivant reprend les budgets par région, pondérés en fonction des besoins, avec une attention particulière pour les populations à risque identifiées dans le protocole d'accord du 2 décembre 2020, et du groupe d'âge transitoire 16-23 ans.

RESEAUX	ENTITE	Budget
Réseau Adulte		
Bruxelles-Brussel	BXL	11.482.861 €
Noord West Vlaanderen	VL	4.387.880 €
Zuid West Vlaanderen	VL	2.532.464 €
Midden West Vlaanderen	VL	3.064.660 €
PAKT	VL	7.219.181 €
GG ADS	VL	4.873.184 €
GG KEMPEN	VL	3.750.249 €
SARA	VL	7.904.036 €
EMERGO	VL	2.892.160 €
RELING	VL	4.223.256 €
NOOLIM	VL	2.942.899 €

DILETTI	VL	4.670.245 €
SAVHA	VL	4.140.902 €
BRABANT WALLON	W	2.819.145 €
RÉG CENTRE	W	4.950.694 €
SANTE MENTALE HAINAUT	W	4.400.617 €
NAMUR	W	3.506.742 €
LIÈGE	W	5.775.810 €
RESME	W	1.994.030 €
107 LUX	W	1.925.270 €
Réseau Enfants-Adolescents		
Antwerpen	VL	7.357.282 €
Limburg	VL	3.300.463 €
Oost Vlaanderen	VL	5.982.089 €
West Vlaanderen	VL	4.400.617 €
Vlaams Brabant	VL	4.331.858 €
Hainaut	W	5.088.214 €
Liège	W	4.263.098 €
Luxembourg	W	1.168.914 €
Namur	W	1.787.751 €
Brabant Wallon	W	1.512.712 €
Bruxelles-Brussel	BXL	6.944.724 €
Réseau DG		
Com Germ.	DG	1.031.395 €
TOTAL		136.625.400 €

Ce tableau reprend les budgets (en gras) et les coûts. Il comprend les versements qui seront versés par l'INAMI sur base annuelle à l'ASBL IM qui les redistribuera aux réseaux. Elles seront ensuite régularisées (cf. art 13 de la convention).

<i>En euros – valeurs 2021</i>	2021	2022	2023	2024
1. Convention actuelle première ligne (rubrique 40)	39.306.000	39.306.000	39.306.000	39.306.000
2. Financement structurel complémentaire (rubrique 40)	112.500.000	112.500.000	112.500.000	112.500.000
Total 1 + 2	151.806.000	151.806.000	151.806.000	151.806.000
3. Estimation coûts PPL (convention actuelle) janvier-août /2021	<i>-9.672.000</i>			
4. Mesures étudiant, jeunes et seniors*	<i>-25.619.000</i>			
5. Renforcement équipes mobiles*	<i>-707.000</i>			
6. Dispositif de soutien aux indépendants : Séances*	<i>-46.245.210</i>			
7. 10% budget total réservés (INAMI/SPF SP)	<i>-15.180.600</i>	<i>-15.180.600</i>	<i>-15.180.600</i>	
8. Versements ASBL IM				
• Avances séances**	<i>-30.740.715</i>	<i>-122.962.860</i>	<i>-122.962.860</i>	<i>-10.246.905</i>
• Avances frais de fonctionnement et missions (50% 09/2021 + 25% 06/2022 + 25% 01/2023)	<i>-15.939.630</i>	<i>-7.969.815</i>	<i>-7.969.815</i>	
Totaux - marge	7.701.845	5.692.725	5.692.725	

*en 2021 le budget de 112,5 millions est utilisé pour les mesures 4., 5. et 6 qui, dès 2022 sont transférées vers la rubrique 45. Pour la mesure 6., dont la validité prends fin en février 2022, le montant est de 9.249.000€.

**en 2021, le montant versé pour les séances équivaut à 3 mois d'avances. En 2022 : 12 mois. En 2023 : 12 mois. En 2024 : 1 mois (total : 28 mois).

En ce qui concerne l'indexation : les interventions personnelles ne seront pas indexées. Les estimations techniques/budgets 2022-2023-2024 devront en tenir compte.

Au plus tard à partir du **1er mars 2022**, le **processus de paiement et de facturation sera remplacé** par un système qui sera mis à disposition par les organismes assureurs et qui sera basé sur une **application web**.

IMPACT ADMINISTRATIVE :

Cette convention n'est qu'une étape dans la restructuration plus profonde des soins de santé mentale dans un ancrage communautaire.

De nombreuses démarches restent à faire pour l'implémentation de la présente convention :

- Communication vers les partenaires et la population (plan de communication, associant les Communautés et Régions)
- Soumettre la convention aux réseaux et aux hôpitaux pour signature
- Communication vers les réseaux (team SPF Santé publique)
- Communication de chaque réseau aux partenaires du réseau : via un coordinateur local qui sera recruté par réseau (supervision team SPF Santé publique)
 - Sensibilisation à l'ensemble du réseau
 - Faire appel à des psychologues/orthopédagogues cliniciens et à d'autres prestataires d'aide et de soins, y compris des experts du vécu.
- Pour l'hôpital :
 - Gestion des budgets et facturation
- Pour le réseau (via l'hôpital) :
 - Conclure des conventions avec les prestataires et/ou avec des établissements.
 - En concertation avec les entités fédérées, conclure des accords concernant les partenariats locaux + mettre en place des "équipes de psychologues/orthopédagogues cliniciens" dans la première et la deuxième fonction.
 - Toutes les missions de l'article 11
- Pour les psychologues/orthopédagogues cliniciens : tenue du dossier patient, perception et délivrance de la preuve de paiement de l'intervention personnelle, communication de données au réseau
- Pour MyCareNet: faciliter la consultation de l'assurabilité des patients par le psychologue/orthopédagogue clinicien
- Pour les organismes assureurs et l'ASBL IM:
 - Traitement des avances, factures et régularisations
 - Concevoir le processus de partage des données nécessaires à la gestion des flux financiers/administratifs et partage d'infos (Cfr article 13, § 6).
- Pour l'INAMI/SPF Santé publique (le cas échéant avec le comité d'accompagnement) :
 - Traitement administratif de l'adhésion à la convention
 - Commission informatique et TBSC
 - fournir un certain nombre de pseudo-codes
 - instructions pour la facturation à l'ASBL IM
 - processus de versement des avances (art. 202 Loi AMI)
 - clôture des comptes – régularisation des avances
 - communication des données : dans les doc N ou autre circuit ?
 - impact sur l'échantillon permanent
 - ...
 - Convention avec l'ASBL IM

- Attribution d'un numéro INAMI aux psychologues/orthopédagogues cliniciens sur la base de l'info du SPF SP
- Site web/portail
- Organisation d'une étude d'évaluation scientifique – cahier de charges
- Elaborer une proposition d'enregistrement des données en vue d'évaluer les réseaux et les dispositions de la convention – en complément des données via les OA,
- Mise en place d'un comité d'accompagnement et suivi de ses missions (cf. art. 18),
- Organisation de la transition de l'ancienne convention,
- Soutenir les réseaux et les partenariats (équipe SPF):
 - Coaching sur le terrain,
 - faciliter les moments d'intervision/supervision,
 - modules de formation,
 - soutien vers une culture de la qualité,
 - mise à disposition de lignes directrices,
 - mise à disposition de lignes directrices pour l'e/m-health,
 - mise à disposition d'un dossier patient multidisciplinaire partagé tel que prévu dans la feuille de route eHealth (point 4.2)
 - mise en place et mise à disposition d'instruments pour les réseaux et les prestataires
 - révision de la gouvernance des réseaux dans le cadre de l'article 63, § 2 de la loi sur les hôpitaux (affectation SPF VG) - entre autres, participation accrue des organisations de patients et de familles.

Pour les administrations fédérales impliquées, un chef de projet externe inter-administratif sera désigné pour accompagner ce processus.

PROCÉDURE :

Article 22, 6°bis, de la loi SSI

MISSION DU COMITÉ DE L'ASSURANCE :

Le Comité de l'assurance est prié de conclure la convention avec les 32 réseaux de soins de santé mentale.

* *

*

Annexe 1.

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE
MALADIE-INVALIDITÉ**

Avenue Galilée 5/11
1210 Bruxelles



Service des soins de santé

Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et le réseau de santé mentale XXX concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6°bis ;

Sur proposition de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, en concertation avec les représentants des médecins, des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens, des organisations de patients et de familles et des réseaux de soins de santé mentale (SSM),

Il est convenu ce qui suit, entre,

D'une part,

Le Comité de l'assurance soins de santé, institué au sein du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, représenté par le responsable exécutif du Service des soins de santé de l'INAMI,

Ci-après dénommé "le Comité de l'assurance".

Et d'autre part,

Le réseau santé mentale adultes XXX, ci-après dénommé « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé publique une convention « *relative à la participation au projet article 107 en vue du financement d'un coordinateur de réseau et d'un réseau SSM au sein d'une zone d'activités spécifique* » en exécution de l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, représenté ici par le directeur général (nom et prénom)

ou

Le réseau de soins de santé mentale enfants et adolescents XXX, appelé ci-après « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé publique une convention « *concernant l'implémentation de la nouvelle*



politique de santé mentale pour enfants et adolescents » en exécution de l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux,

représenté ici par le directeur général (nom et prénom)

ou

le réseau de soins de santé mentale de la Communauté germanophone, ci-après nommé « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX, portant le numéro INAMI XXX et le numéro KBO XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé Publique une convention « XXX », conformément à l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, représenté ici par le directeur général (nom et prénom)

- l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, représenté par le directeur général de l'hôpital, (nom et prénom),
Ci-après dénommé « l'hôpital ».

Introduction

Le 2 décembre 2020, un Protocole d'accord a été conclu entre le Gouvernement fédéral et les Régions et Communautés sur une approche coordonnée visant le renforcement de l'offre de soins psychiques, en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus touchés par la pandémie de COVID-19.

Ce protocole est également conforme aux engagements de l'accord du Gouvernement fédéral qui stipule, entre autres, que *« les soins de santé mentale sont abordés de la même manière que les soins de santé somatique en termes d'accessibilité, de qualité, de proximité et d'accessibilité financière, et à cette fin, des efforts sont faits pour que les soins soient très accessibles, ambulatoires et communautaires et qu'ils se dirigent vers la personne qui a besoin de soins. Le remboursement des soins psychologiques par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens est une première priorité dans ce contexte. »*

Comme prévu dans l'accord du Gouvernement fédéral, l'objectif de cette convention est de rapprocher les soins de santé mentale de l'environnement du citoyen, et ce en collaboration avec les acteurs de première ligne.

Dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé, le budget déjà disponible de 39,3 millions d'euros a été augmenté de 112,5 millions d'euros à partir de 2021.

Cette convention s'appuie sur la première convention intitulée « soins psychologiques de première ligne » et tient compte de nombreuses préoccupations et recommandations. La présente convention constitue une nouvelle étape dans l'ouverture des soins psychologiques à la population et permet de développer davantage les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés dans le cadre des soins de santé mentale ambulatoires. Cela complète les dispositions existantes et est en lien direct avec les réformes des soins en santé mentale. Cet investissement doit être intégré à l'importante offre psychosociale fédérale et régionale déjà existante sur laquelle un accord a été conclu au sein de la CIM le 2 décembre 2020. Dans cet accord, il a été convenu que les investissements du Gouvernement fédéral, des Communautés et Régions sont complémentaires : *« Les entités fédérées s'engagent à ne pas réduire leurs investissements récurrents supplémentaires et à maintenir les projets temporaires pendant la crise du COVID. Afin d'éviter un double financement, des mécanismes de contrôle sont prévus au sein des réseaux sur la base de leur quota. Ceux-ci sont convenus bilatéralement entre le Gouvernement fédéral et les Communautés et Régions ».*

Les 32 réseaux de soins en santé mentale auront un rôle de coordination dans le cadre duquel ils prendront des initiatives pour organiser l'offre de soins de santé mentale de première ligne, dans le cadre de la vision définie dans le Protocole d'accord, en un modèle organisationnel plus large et échelonné, dans lequel :

- les soins sont adaptés à la situation personnelle et aux possibilités du patient et de son environnement (*matched care*) ;
- les soins font partie de soins de première ligne plus larges dans le cadre de soins de première ligne multidisciplinaires et intégrés;
- les soins font partie des soins de santé mentale intégrés plus largement au sein des réseaux SSM ;
- en considérant la perspective du « *public mental health* ».

L'accent est mis sur les tâches définies dans le Protocole d'accord : prévention (y compris la réduction des symptômes et la prévention des rechutes), clarification de la demande, interventions précoces et de soutien à la résilience temporaire, diagnostic, traitement et réhabilitation/rétablissement, ainsi que partage des connaissances et de l'expertise. A l'exception de la prévention universelle (qui relève de la compétence des entités fédérées) et des demandes de soins complexes, le modèle organisationnel prévu dans cette convention est défini sous la forme de deux fonctions: **la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés**. La distinction entre ces deux fonctions est importante pour l'organisation des soins dans le cadre de la convention, mais une offre intégrée de soins et d'assistance psychologiques et d'autre nature doit être présentée au bénéficiaire, car une prise en charge intégrale et « *matched* » doit être le principe directeur.

Cette mission des réseaux s'inscrit dans un contexte de transition vers l'intégration structurée, pendant la durée de la présente convention, des soins ambulatoires de santé mentale dans les soins de santé de première ligne. Des partenariats multidisciplinaires réunissent tous les acteurs de soins de première ligne sur un territoire défini dont la population varie entre 75 000 et 250 000 habitants. Ils sont reconnus à cette fin ou sont désignés par les entités compétentes. Ces partenariats multidisciplinaires locaux sont communiqués pour information à la Conférence Interministérielle de la Santé publique¹.

Pendant cette phase de transition, les acteurs actifs dans les « activités de première fonction concernant la prévention, la promotion des soins de santé mentale, la détection précoce, le dépistage et le diagnostic » dans les réseaux d'adultes ou dans le « programme d'activité 1 : détection et intervention précoces » dans les réseaux d'enfants et d'adolescents concluront des accords avec le partenariat multidisciplinaire local sur la manière dont le travail multidisciplinaire et intégré peut être réalisé à partir du « *patient centered and goal oriented care* ».

Fondés sur une évaluation des besoins d'une région et sur une gestion de la population, les réseaux stimuleront la coopération multidisciplinaire dans cette phase de transition par une double approche :

- 1° d'une part, on stimule une méthode de travail d'équipes multidisciplinaires au niveau du quartier ou du district avec des acteurs de première ligne (niveau micro, avec intégration de la fonction psychologique de première ligne) ;
- 2° d'autre part, au niveau du partenariat pluridisciplinaire local, une méthode de travail est déployée au sein d'un réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale avec des acteurs spécialisés (niveau méso, avec intégration de la fonction spécialisée).

Il est attendu que tous les acteurs concernés par la mise en œuvre des deux fonctions au sein du réseau SSM travaillent ensemble pour les intégrer dans le paysage global des soins et du

¹ En Flandre, il s'agit des niveaux de soins dans les zones de première ligne.

bien-être, à la fois au niveau macro (gouvernements), méso (réseaux SSM et partenariats multidisciplinaires locales) et micro (modèle d'organisation multidisciplinaire dans le quartier/la commune).

Cette convention poursuit un quadruple objectif (4AIM) :

- Tout d'abord, améliorer la santé de la population grâce à de meilleurs résultats en matière de santé mentale, à la promotion de la littératie en matière de santé, au renforcement de la résilience, à une détection plus efficace et plus précoce des problèmes de santé mentale, ainsi qu'à l'orientation vers les soins appropriés, disponibles et accessibles.
- Deuxièmement, accroître la qualité des soins au moyen du suivi (monitoring) et une évaluation axée sur les résultats, tant de la qualité des soins ressentie par le patient et son entourage que de l'application de lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience.
- Troisièmement, œuvrer à l'amélioration des conditions de travail pour les personnes exerçant dans le secteur des soins, y compris par le soutien et la formation des prestataires de soins.
- Quatrièmement, assurer l'utilisation efficace du budget en déployant des ressources qui créent de la valeur ajoutée en proposant notamment différentes modalités de soins et en faisant appel à d'autres prestataires de soins pour les missions de soins psychologiques de première ligne et de soins psychologiques spécialisés. Une approche de stratification des risques est utilisée pour garantir un déploiement des ressources adaptés à l'intensité du besoin/de la nécessité psychologique dans la zone d'opération du réseau.

La communication et la sensibilisation sont pratiquées et des accords de partenariat sont établis entre les acteurs et les structures de soins et d'aide sociale. Le réseau contrôlera et évaluera automatiquement la mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints.

Les ressources prévues à cet effet dans le budget de l'INAMI sont allouées aux réseaux SSM sur base d'un financement populationnel. Cela tient compte du nombre d'habitants, de l'âge d'apparition et de la prévalence des troubles mentaux, ainsi que de la situation socio-économique de la zone d'intervention. À cette fin, le budget disponible a été réparti entre les 32 réseaux SSM de manière scientifique.

Conformément à la perspective « *public mental health* » et aux ressources limitées, on s'efforce, sur base des connaissances scientifiques, de la faisabilité pratique et de la demande de soins du bénéficiaire et de son contexte, de développer davantage une offre de groupe, d'intervention précoce et de détection précoce.

L'utilisation des ressources sera discutée au sein du réseau (dans le cadre de la première fonction ou du programme d'activité 1 susmentionnés). Le point de départ de cette démarche est l'évolution des besoins de chaque citoyen à travers les étapes de sa vie, de la naissance (ou même avant), du développement de l'enfant, de la transition vers l'âge adulte, et de l'âge adulte à la vieillesse. L'offre de soins doit être largement accessible, avec une attention particulière pour les groupes cibles vulnérables.

Le bénéficiaire recevra des soins personnalisés basés sur une offre de soins intégrée et multidisciplinaire. La demande d'aide sera clarifiée lors du premier contact (sans réclamer de quote-part) et (si nécessaire) le patient est orienté vers les soins appropriés. Les personnes présentant un risque accru de développer une plainte psychique (liée ou non à des plaintes soma-



tiques) peuvent s'adresser directement à des prestataires de soins psychologiques. Les missions regroupées sous la fonction de soins psychologiques de première ligne sont très accessibles et organisées dans l'environnement immédiat de la personne. En cas de problèmes psychiques légers à modérément graves, une prise en charge plus spécialisée est indiquée et est signalée au réseau de soins psychologiques spécialisés. Les patients présentant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés avec des besoins de soins psychologiques légers à modérés peuvent être orientés vers des soins psychologiques de première ligne (modèle de soins circulaires intégrés). Ces processus de demande, de consultation et d'échange d'informations sont soutenus par l'élaboration d'un bilan fonctionnel² et/ou d'un plan de soins et d'assistance.

Afin de soutenir les missions de ces réseaux SSM et les accords conclus avec des partenariats multidisciplinaires locaux, le Gouvernement fédéral s'engage à fournir une offre qui est complémentaire à l'offre des Communautés/Régions. Cela sous la forme de coaching, de facilitation des moments d'intervision/supervision, de modules de formation, de la mise à disposition de lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience, de lignes directrices pour l'e/m-santé (un site portail fournissant des outils de soutien à l'auto-soin et à la prestation de soins), et d'un dossier patient multidisciplinaire partagé tel que prévu dans la feuille de route e-santé. A cet effet, 10% du budget total disponible sera réservé. Son utilisation fera l'objet de décisions spécifiques du Comité de l'assurance, après avis ou proposition du Comité d'accompagnement. Dans le cadre de ce budget réservé, une prime de pratique sera prévue pour les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants, selon des modalités à déterminer. La prime facilite la communication par l'utilisation du matériel informatique ou de logiciels.

En outre, en coopération avec l'ASBL IM, le processus de paiement et de facturation sera remplacé par un système électronique qui sera rendu disponible par les institutions d'assurance et dans lequel les données concernant les soins fournis et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé et, sous réserve de l'eConsent du bénéficiaire, pourront être partagées avec le médecin généraliste détenteur du DMG ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenteur du DMG. Cette application doit également permettre au réseau SSM de rembourser les prestataires de soins pour les soins prestés.

Une attention particulière sera également accordée à la gouvernance de cette réforme. Les autorités compétentes concluront des accords concernant le pilotage des réseaux SSM et des partenariats multidisciplinaires locaux pour organiser les soins psychologiques dans le cadre d'une approche multidisciplinaire plus large. À cet égard, le modèle de gouvernance prévu dans les conventions avec les réseaux et financé via l'article 63, § 2, du budget des ressources financières sera revu et complété afin que les prestataires de soins de première ligne, les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ainsi que les organisations de patients et des familles puissent y jouer un rôle égal. Dès lors, et dans le cadre de la part budgétaire réservée, un soutien approprié sera apporté à la participation des organisations concernées.

La mise en œuvre de cette convention sera réalisée en différentes phases. La priorité est donnée à la réalisation des soins psychiques ambulatoires et aux partenariats multidisciplinaires locaux. Notamment, le développement d'une culture de qualité et l'évaluation se réaliseront progressivement.

Cette convention régit les droits et obligations du réseau SSM et de l'hôpital d'une part, et de l'INAMI d'autre part. Pour la réalisation des deux fonctions, le réseau SSM fera appel aux partenariats multidisciplinaires locaux, aux prestataires de soins individuels et aux organisations

² Selon le KCE, le bilan fonctionnel est un instrument qui décrit l'état fonctionnel du bénéficiaire dans son contexte, y compris les problèmes et les capacités de la personne et de son environnement (médical, psychologique, social, traitement actuel, antécédents, etc.) Sur la base du bilan fonctionnel, il est possible d'estimer les soins ou l'aide nécessaires (y compris les interventions déjà réalisées), établir un plan de soins ou de traitement et estimer la durée de l'intervention nécessaire.

de soins avec lesquels une convention aura été signée. Un partenariat est prévu là où un « [projet de soins intégrés](#) » existe.

Objet de la convention

Article 1

La convention détermine les conditions d'utilisation par le réseau SSM des ressources financières provenant de l'assurance obligatoire soins de santé, plus particulièrement le financement des soins psychiques ambulatoires de première ligne pour les deux fonctions visées à l'article 2.

Cette convention définit la manière dont les ressources financières, via l'hôpital en tant que représentant du réseau SSM, sont mises à disposition du réseau SSM et la manière dont les dépenses sont suivies et régularisées auprès de l'INAMI.

Cette convention établit également l'intervention du bénéficiaire dans le cadre des soins directs aux patients.

Fonctions des soins psychiques

Article 2.

Cette convention décrit deux fonctions de soins qui sont organisées de façon intégrée : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés. Ces services sont fournis par des prestataires de soins psychologiques possédant les aptitudes et les compétences nécessaires. Le point de départ est de détecter le plus rapidement possible les besoins du patient. En fonction de la demande d'aide du patient, l'intervention peut viser de manière préventive à soutenir l'auto-soin et la résilience dans le cadre de la fonction de soins psychologiques de première ligne. Si le bilan fonctionnel montre que le traitement de la maladie mentale sous-jacente est nécessaire, les soins spécialisés ambulatoires en santé mentale sont fournis au sein du réseau après notification. La fonction de soins psychologiques spécialisés est sollicitée.

Fonction des soins psychologiques de première ligne

Article 3 - Attribution

§ 1. Les missions suivantes sont prévues dans le cadre de cette fonction :

- 1° Soutien aux personnes souffrant de problèmes mentaux par le biais d'interventions de groupe qui renforcent la santé mentale et préviennent les problèmes mentaux, renforcent les possibilités d'auto-soin et/ou soutiennent les soins informels. Ce travail est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens, de préférence en collaboration avec des acteurs de l'aide et de soins et d'experts du vécu. Pour ces derniers, leur intervention ne peut se faire que sous la supervision d'un professionnel de santé mentale et dans le cadre de son expertise (par exemple, évaluation des problèmes présents et clarification de la plainte). Cette fonction est exercée à l'endroit où se trouve la personne dans un service, un établissement ou un lieu de la communauté locale (*outreaching* vers les personnes de la communauté) ;



- 2° Soutien individuel aux bénéficiaires qui peuvent être aidés par un nombre limité d'interventions psychologiques de première ligne. Ces soins permettent aux bénéficiaires de maintenir ou, si nécessaire, de retrouver un mode de vie sain et une qualité de vie satisfaisante.

Ces soins sont dispensés lors de séances individuelles (y compris les soins à distance – télémédecine).

Ces interventions psychologiques de courte durée et/ou de faible intensité se concentrent sur les tâches suivantes :

- a. Évaluation des problèmes présents et clarification de la demande ;
- b. Auto-assistance guidée, psychoéducation ;
- c. Promotion de l'autonomie et de la résilience du bénéficiaire ou de son environnement familial ;
- d. Soutien des acteurs de première ligne autour du bénéficiaire ;
- e. Orientation vers des soins spécialisés et/ou orientation vers d'autres organisations de d'aide et de soins et/ou des associations de patients et de familles,...

§ 2. Les interventions de groupe visées au § 1, 1° sont réalisées au cours de séances de 120 minutes, dont 90 minutes au moins sont consacrées au contact direct avec les patients. Une intervention de groupe peut être précédée d'une séance individuelle au cours de laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien examine si une intervention en groupe est appropriée pour le bénéficiaire. Cette intervention peut également se conclure par une séance individuelle. Une intervention de groupe se compose d'un minimum de 4 et d'un maximum de 15 participants. Une session d'intervention en groupe se déroule de préférence sous la supervision d'acteurs de l'aide et de soins ou d'experts du vécu, dont au moins un est un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

§ 3. Les séances individuelles visées au § 1, 2° se déroulent lors de sessions d'une durée de 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient). Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents dans un lieu adapté à la situation de la personne (possibilité d'*outreach*).

Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents, le tuteur ou un membre de la famille.

L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage a formulé une demande d'aide au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien de première ligne.

Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent avoir lieu dans le propre cadre de vie du bénéficiaire (*outreaching*).

Si les conditions suivantes sont remplies, ces sessions peuvent également être organisées à distance :

- Pour la première séance, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble ;
- Le bénéficiaire doit avoir donné son autorisation préalable pour les soins à distance ;



- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien utilise des moyens de communication pour les soins à distance qui garantissent les conditions minimales et les règles d'utilisation pour une communication sûre, comme indiqué sur le site web de la plateforme eHealth : [Bonnes pratiques en matière de plateformes pour les soins à distance formulées par le Comité de sécurité de l'information | eHealth \(fgov.be\)](#) ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit noter ces consultations vidéo et leur durée dans le dossier du patient.

Article 4 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement

Les restrictions suivantes s'appliquent au financement de la mission visée à l'article 3, § 1^{er} :

- 1° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « adultes/personnes âgées », un maximum de 8 séances individuelles peut être remboursé ou un maximum de 5 interventions de groupe sur une période de 12 mois ;
- 2° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « enfants et adolescents », un maximum de 10 séances individuelles ou un maximum de 8 interventions de groupe peuvent être remboursées par période de 12 mois, y compris les sessions pour lesquelles les parents sont présents ;
- 3° Dans des cas exceptionnels, une séance supplémentaire peut être nécessaire afin de compléter un programme de traitement de 8 ou 10 séances individuelles respectivement. Le nombre de cas exceptionnels ne peut dépasser 5 % du nombre de bénéficiaires.

Le nombre maximal de séances psychologiques par série fixé dans le présent article ne constitue pas un droit à réclamer de la part du bénéficiaire.

Fonction de soins psychologiques spécialisés

Article 5 - Attribution

§ 1. Cette fonction s'adresse aux personnes qui ont besoin de soins spécialisés en raison de leur maladie mentale sous-jacente. Ces interventions psychologiques visent le psychodiagnostic et le traitement.

Cette fonction spécialisée peut être réalisée de différentes manières : intervention individuelle, soins à distance (télémédecine) ou intervention spécifique en groupe. Cela signifie que l'intervention est adaptée en fonction de la problématique et pour laquelle des techniques spécifiques sont utilisées (par exemple, intervention de groupe pour les personnes atteintes de TDAH ou intervention pour les parents d'enfants anxieux). Ce traitement est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens avec des compétences spécifiques, démontrables par le biais du portfolio du prestataire de soins.

§ 2. Les sessions psychologiques en individuel visées au § 1 se déroulent au cours de séances d'une durée de 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient). Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble dans un lieu adapté à la situation du bénéficiaire (possibilité d'*outreach*).

Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents.



L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage formule une demande au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent se dérouler dans le cadre de vie du bénéficiaire. La session dure 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient).

Sous réserve du respect des conditions suivantes, ces sessions peuvent être organisées à distance :

- Pour la première séance, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ;
- Le bénéficiaire doit avoir donné son accord préalable pour des soins à distance ;
- Le psychologue/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit utiliser des moyens de communication pour les soins à distance qui garantissent les conditions minimales et les règles d'utilisation pour une communication sécurisée telles que mentionnées sur le site de la plateforme eHealth: [Bonnes pratiques en matière de plateformes pour les soins à distance formulées par le Comité de sécurité de l'information | eHealth \(fgov.be\)](#) ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit noter ces consultations vidéo et leur durée dans le dossier du patient ;
- La session dure 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient).

§ 3. Les interventions de groupe visées au § 1 sont réalisées au cours de séances d'en moyenne 120 minutes (dont au moins 90 minutes de contact avec le patient).

Une intervention de groupe peut être précédée d'une séance individuelle au cours de laquelle le psychologue clinicien/l'orthopédagogue clinicien examine si l'intervention en groupe est adaptée au bénéficiaire. Si nécessaire, cette intervention peut également se conclure par une séance individuelle. Une intervention de groupe se compose d'un minimum de 4 et d'un maximum de 15 participants. Une intervention en groupe se déroule de préférence sous la supervision de 2 acteurs de l'aide et de soins ou d'experts du vécu, dont l'un au moins doit être un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

Article 6 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement

Les dispositions suivantes s'appliquent au financement du contrat tel que visé à l'article 5, § 1 :

- 1° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « adultes/personnes âgées », une moyenne de 8 séances individuelles est remboursable, avec un maximum de 20 séances remboursables, ou un maximum de 12 séances de groupe par période de 12 mois ;
- 2° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « enfants et adolescent », une moyenne de 10 séances individuelles est remboursable par période de 12 mois, avec un maximum de 20 séances remboursables ou un maximum de 15 séances de groupe, y compris les sessions pour lesquelles seuls les parents sont présents ;
- 3° La fonction psychologique spécialisée ne peut être remboursée qu'après une notification au réseau de soins psychiques spécialisés ambulatoires sur la base d'un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin conformément aux accords de réseau sur la notification et la gestion des soins ;

- 4° Au cours de la série individuelle de soins psychologiques spécialisés, une évaluation intermédiaire est effectuée au moyen du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de l'orientation, ou par le biais d'une consultation multidisciplinaire.

Le nombre maximal de séances psychologiques par série fixé dans le présent article ne constitue pas un droit opposable pour le bénéficiaire.

Si le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien estime que les besoins en soins du patient ne peuvent être satisfaits dans le cadre de ce nombre de séances ou en cas de soins de crise, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien orientera le patient vers des soins de santé mentale spécialisés plus intensifs dans le réseau.

Processus d'orientation, de consultation et de rapport

Article 7

Pour organiser les soins psychologiques dans le cadre de ces 2 fonctions, les processus suivants s'appliquent :

- 1° La demande peut se faire à l'initiative du bénéficiaire lui-même, de son entourage ou après son orientation par un acteur de l'aide ou de soins ;
- 2° Les prestataires de soins psychologiques de première ligne sont directement et facilement accessibles sur les sites locaux. Dès le départ, ils établissent avec un acteur de soin de la première ligne un bilan fonctionnel et, par le biais d'un maximum d'interventions, ils travaillent de manière solidaire à l'auto-soin et à la résilience. Un bilan fonctionnel peut également être établi par un médecin et un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui dispense des soins spécialisés, en vue d'une inscription au réseau conformément à l'article 6, 3°.
Ce bilan est un outil de communication pour les autres partenaires du réseau et sert également d'indication pour les soins spécialisés et de notification au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale ;
- 3° A tout moment du parcours, une séance peut être utilisée pour (ré)orienter la personne ou la guider vers une prise en charge plus coordonnée comme un autre prestataire de soins de première ligne ou vers des soins psychologiques spécialisés ou encore des soins spécialisés vers des soins psychologiques de première ligne. Cela peut se faire dans le cadre d'une séance conjointe avec bénéficiaire et son entourage et un autre acteur de l'aide et du soins ;
- 4° Si une intervention psychologique de première ligne a lieu, est interrompue ou est orientée vers des soins de santé mentale spécialisés, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve de son accord ou de celui de ses parents ou de son tuteur légal, il doit y avoir au cours de/à la fin de l'intervention ou après l'orientation, une communication avec le médecin détenteur du DMG (ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenant le DMG) pour l'informer du soutien/de l'orientation et/ou pour discuter du suivi et/ou fournir des soins de suivi appropriés ;
- 5° Si le bilan fonctionnel indique qu'un traitement dans le cadre de soins spécialisés est indiqué, la personne est signalée au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale qui orientera le bénéficiaire vers les soins psychologiques spécialisés qui lui conviennent.
- 6° Au cours de la série de soins psychologiques spécialisés individuels, une évaluation intermédiaire est effectuée par le biais du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de la demande et de la (ré)orientation.

Si l'évaluation intermédiaire montre qu'un renforcement de la prise en charge spécialisée est nécessaire, une concertation (en ligne ou en face à face) peut être prévue pour le bénéficiaire. Cette concertation multidisciplinaire coordonne diverses interventions cliniques autour et en coopération avec le bénéficiaire et son



entourage, et implique au moins trois prestataires de soins (par exemple, un psychiatre, un médecin généraliste, un spécialiste des soins psychologiques). Cette concertation ne peut avoir lieu qu'après avoir obtenu l'autorisation du bénéficiaire, de ses parents ou de son tuteur légal. Un remboursement ne peut être facturé qu'une fois par période de 12 mois et par bénéficiaire.

Cette concertation est complémentaire à la concertation multidisciplinaire facilitée par les entités dans le cadre de l'élaboration du plan de soins et d'accompagnement qui coordonne diverses interventions cliniques autour et en partenariat avec le bénéficiaire et son entourage.

- 7° Des informations sur les droits des patients et les coordonnées des médiateurs, des associations de patients et de familles seront mises à la disposition du bénéficiaire et/ou de son entourage.

Règles de cumul

Article 8.

Seule une séance psychologique ou une intervention de groupe par jour et par bénéficiaire est remboursable, à l'exception d'une séance avec les parents.

Le remboursement de la concertation multidisciplinaire prévu à l'article 7, 8° n'est pas cumulable avec d'autres remboursements de concertation.

Missions des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens

Article 9.

Dans le cadre de la présente convention, les remboursements liés aux missions confiées aux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ne peuvent être utilisés que pour le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui :

- 1° a conclu une convention avec le réseau SSM ;
- 2° est titulaire d'un visa et d'un agrément comme psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et dispose dans ces conditions d'un numéro INAMI ;
- 3° a une expérience clinique dans le domaine des soins psychologiques de première ligne ou des soins psychologiques spécialisés démontrée par son portfolio ;
- 4° en fonction des besoins du bénéficiaire et des séances/interventions de groupe qu'il a déjà suivies au sein du réseau SSM, l'informer du parcours qu'il suit et du nombre de séances qui sont (encore) possibles. Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien se base sur les informations fournies par le réseau SSM ou sur les informations données par le bénéficiaire dans le cadre de l'anamnèse ;
- 5° suit la formation locale organisée par le réseau SSM sur le fonctionnement du réseau SSM ;
- 6° participe aux intervisions/supervisions avec les autres psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou autres professionnels du réseau SSM. Ces intervisions sont organisées localement et coordonnées par le réseau SSM ;
- 7° réalise les séances psychologiques et autres missions dans la zone de travail du réseau SSM avec lequel il a passé une convention. Elle se déroule de préférence dans le milieu de vie des bénéficiaires. Ces missions peuvent également être réalisées sur la base d'un travail de proximité (par exemple, au domicile du bénéficiaire, dans une école, une entreprise, etc.)
- 8° peut aussi bien être salarié et/ou indépendant, et ne peut percevoir aucune autre rémunération pour la durée et les missions prévues dans la présente convention ;



- 9° tient un dossier individuel du patient pour chaque bénéficiaire. Ce dossier est conforme aux dispositions générales relatives aux dossiers des patients, telles qu'elles sont énoncées dans la loi sur les droits des patients;
- 10° dans le cadre de la facturation électronique à l'organisme d'assurance du bénéficiaire ou à l'ASBL IM - communiquer les informations des interventions personnelles collectées en application de la présente convention et fournir au bénéficiaire une pièce justificative ;
- 11° applique une méthode éthique ancrée dans des pratiques « evidence, practice et experience based » en soins psychologiques de première ligne ou spécialisés ;
- 12° est engagé pour l'ensemble des réseaux adultes/personnes âgées et enfants et adolescents, pendant au moins 8 heures par semaine.

Développement d'une culture de la qualité

Article 10.

Le réseau SSM s'engage à participer activement à la poursuite et au développement d'une culture de la qualité conformément aux initiatives du Gouvernement fédéral et les entités fédérées. Développer une culture de la qualité au sein du réseau SSM implique le partage de convictions, de valeurs, d'attitudes, d'institutions et de modèles de comportement partagés visant à l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins : pour des soins sûrs, efficaces, efficaces, égaux et opportuns, axés sur le patient. L'orientation du patient est un élément de qualité important : concrètement, il faut tenir compte de la promotion de la prise de décision partagée, du travail axé sur le rétablissement, de la responsabilisation, de l'inclusion, etc.

Afin de stimuler un changement de mentalité, la culture de la qualité doit faire partie de chaque mission du réseau, des missions de chaque collaborateur ou établissement/institution de soins ou de chaque organisation impliquée dans les soins, ainsi que dans les tâches des patients et des aidants informels.

Une culture de la qualité est développée par :

- 1° Doter le réseau SSM et tous ses partenaires d'un système de qualité comprenant une auto-évaluation à intervalles réguliers à l'aide d'indicateurs, d'objectifs mesurables et de processus de suivi et d'évaluation ;
- 2° Impliquer activement tous les acteurs, en soutenant et en accompagnant les prestataires de soins dans le domaine de l'amélioration de la qualité et en indiquant l'importance de la mesure et de l'évaluation dans un processus d'amélioration. Cela commence par la définition d'un objectif commun au début de chaque nouvelle mission afin de créer un soutien ;
- 3° Travailler de manière orientée vers un objectif pour chaque mission, prévoir un processus de suivi et d'évaluation, et intervenir lorsque les changements ne sont pas réussis ;
- 4° Une culture de la qualité comme instrument de changement en se remettant en question, en menant une réflexion critique sur la qualité fournie et en se concentrant sur l'amélioration continue. L'organisation et la participation à l'intervision/supervision y contribueront ;
- 5° Mesurer et contrôler la satisfaction et les expériences des patients et des familles, ainsi que celles des prestataires de soins de santé ;
- 6° Communication et discussion transparentes des résultats des évaluations entre les partenaires du réseau SSM.

Missions du réseau SSM pendant la durée de cette convention



Article 11

Le réseau SSM s'engage à :

- 1° Via l'hôpital, réaliser la facturation électronique visée à l'article 13 ;
- 2° Traduire la gestion de la population du réseau SSM en partenariats locaux et en flux de patients ;
- 3° Assurer l'organisation administrative des programmes de formation soutenus par le Gouvernement fédéral au sein du réseau SSM et des interventions/supervisions des soins psychologiques via les partenariats locaux ;
- 4° Lorsqu'il existe un « [projet de soins intégrés](#) », avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention, le réseau SSM y a recours ;
- 5° Pour le 31 décembre 2021, les réseaux enfants/adolescents et adultes/personnes âgées concluront conjointement une convention au niveau de la province avec les partenariats locaux dans laquelle les accords suivants sont notamment conclus :
 - a. Accords sur la gouvernance et la coopération avec le partenariat local - le suivi de celui-ci est inclus dans la convention avec le réseau SSM conformément à l'article 63 § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 ;
 - b. Accords concernant le soutien du réseau SSM pour l'introduction et l'intégration des 2 fonctions : via des équipes multidisciplinaires au niveau du quartier ou du district avec des acteurs de soins primaires (niveau micro, avec intégration de la fonction de soins psychologiques de première ligne) et en travaillant au sein d'un réseau de santé mental ambulatoires spécialisés (niveau méso, avec intégration de la fonction spécialisée) ;
 - c. Accords concernant l'intégration des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants (par exemple, rôle du cercle local de psychologues) dans la gouvernance et la collaboration dans le réseau SSM ;
 - d. Accords concernant le processus d'inclusion d'un patient et sur l'indication à des soins psychologiques (accueil de la demande, orientation, renvoi, *outreaching*, etc.) et du travail sur place ;
 - e. Proposer un plan de croissance pour l'offre d'interventions de groupe dans le cadre des pourcentages proposés d'utilisation des ressources dans les fonctions de soins psychologiques de première ligne et spécialisés de l'article 13 ;
 - f. Accords concernant la supervision (scientifique), la formation, l'innovation dans la pratique, l'auto-évaluation, la culture de la qualité et la gestion de la population ;
 - g. Accords sur la répartition des ressources disponibles sur la base de la stratification des risques de la population afin de parvenir à une répartition équilibrée de la capacité disponible pour les soins psychologiques de première ligne et spécialisés dans la zone d'activité du réseau SSM ;
 - h. Accords sur l'enregistrement (paramètres) pour pouvoir évaluer les résultats concernant le 4AIM et la réalisation des missions du réseau SSM ;
 - i. Le cas échéant, des accords concernant le suivi financier ;
 - j. Accords concernant la vision sur le déploiement d'experts du vécu.
- 6° Proposer au sein du réseau un coordinateur local pour mettre en œuvre et développer la fonction psychologique et les missions du réseau SSM dans le cadre de la présente convention. Le rôle spécifique, les compétences que cette personne doit avoir et le facteur de pondération qui détermine l'ETP seront communiqués par le SPF Santé publique au coordinateur du réseau. Des informations sur la procédure de sélection seront fournies au coordinateur de réseau ;
- 7° Par l'intermédiaire de l'hôpital, dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention ;

- 8° Pour la réalisation des 2 fonctions, le réseau SSM fera appel à des acteurs de l'aide et du soins indépendants et d'organisations reconnues, avec lesquels le réseau SSM conclut un contrat d'entreprise ou une convention de collaboration qui comprendra des accords sur :
- a. La description des deux fonctions, de leur groupe cible et la valorisation des prestations ;
 - b. La fonction pour laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien assure des séances (1, 2 ou les deux) ;
 - c. L'adhésion du psychologue clinicien /orthopédagogue clinicien au processus d'orientation, de consultation et d'établissement de rapports ;
 - d. L'adhésion du psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien à la vision du partenariat multidisciplinaire local ;
 - e. Les modalités de communication du nombre de séances individuelles et d'interventions de groupe par bénéficiaire via un environnement sécurisé (eHealthbox) en vue de la facturation et du paiement par le réseau SSM ;
 - f. Les conditions visées à l'article 9 de la présente convention ;
 - g. Communication au patient concernant la facturation de l'intervention personnelle ;
 - h. Les aspects pour lesquels les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens peuvent s'appuyer sur le réseau/le partenariat multidisciplinaire local ;
 - i. La participation à l'évaluation des soins prévus par la présente convention et l'incitation des patients à participer à l'étude d'évaluation.
- 9° Initiatives visant à développer une culture de la qualité telle que visée à l'article 10 ;
- 10° Pas de rémunération pour des contrats déjà financés par d'autres réglementations ;
- 11° Réaliser une formation sur le fonctionnement du réseau SSM et la coordination des interventions/supervisions ;
- 12° Elaborer et soumettre à l'INAMI des rapports qui, d'une part, démontrent la pérennité de la gouvernance du réseau SSM et, d'autre part, permettent d'évaluer la mise en œuvre des missions visées par la présente convention. La méthode de *reporting* (contenu, modèle et fréquence) sera élaborée en concertation avec les représentants au sein du comité d'accompagnement (dont un représentant des réseaux SSM) et en coordination avec les autres initiatives du SPF Santé publique en matière de *reporting* (« *only once* ») ; ceci fera l'objet d'un avenant à la présente convention ;
- 13° Collaborer à une étude d'évaluation réalisée dans le cadre de cette convention. Le protocole de recherche est élaboré sur base d'un cahier des charges proposé par le comité d'accompagnement.

Attentes à l'égard du partenariat multidisciplinaire local

Article 12

L'organisation de la première ligne, tant pour les soins de santé mentale que somatique, est une tâche des entités fédérales. Le réseau SSM est censé consulter les structures existantes (« partenariat multidisciplinaire local ») et les autorités (Communauté/Région/Locale) pour intégrer conjointement les soins psychologiques dans les soins de première ligne. Il est essentiel que le partenariat multidisciplinaire local concerne l'ensemble de la population d'une zone définie et soit reconnu ou désigné par l'organisme compétent.

Ce partenariat doit présenter aux acteurs de sa région une vision conforme au protocole du 2 décembre 2020 précité.



Les réseaux de soins de santé mentale contrôlent l'utilisation des ressources en fonction de la gestion et de la stratification de la population (cartographie des besoins en soins psychologiques) en coopération avec les partenariats multidisciplinaires locaux.

Budget global des ressources financières par réseau

Article 13

§ 1. Pour la réalisation des missions dans le cadre de cette convention, le réseau et l'hôpital disposent d'un budget global annuel qui se compose d'une intervention maximale de xxxxxx euros et des interventions personnelles perçues par le réseau telles que décrites à l'article 16 et de l'intervention de l'assurance soins de santé de :

- 1° maximum xxxxxxxxxxxx euro en 2021, ou xxxxxxxxxxxxxx sur base annuelle ;
- 2° maximum xxxxxxxxxxxx euro en 2022 ;
- 3° maximum xxxxxxxxxxxx euro en 2023 ;
- 4° ou un total de xxxxxxxx euro pour la durée de la convention.

§ 2. Un maximum de 10% de ces fonds, ce qui correspond à un maximum de xxxxxx euros pour toute la durée de la convention, peut être utilisé pour le remboursement des coûts pour :

- 1° Le soutien du réseau pour la mise en œuvre des 2 fonctions ;
- 2° La gouvernance de la présente convention, l'organisation relative à l'exécution des missions, les contacts avec les acteurs de l'aide et de soins, ... ;
- 3° Le développement d'une culture de la qualité telle que visée à l'article 10 ;
- 4° Les initiatives en matière d'enregistrement de l'activité, y compris les rapports au gouvernement (voir article 11, 12°) ;
- 5° La participation aux études d'évaluation ;
- 6° Le coordinateur local ;
- 7° L'organisation de formations sur le fonctionnement du réseau ;
- 8° Gestion de la convention avec les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou avec les autres acteurs qui se voient confier des missions dans le cadre de cette convention et de tout le processus de facturation et de paiement. Ce coût s'élève à 30 000 euros plus un maximum de 0,70 euro par séance facturée.

À cette fin, des pseudocodes seront attribués aux centres de coûts suivants :

- 1° Coût de l'hôpital pour la charge administrative (article 13, § 2, 8°) ;
- 2° Coût des réunions, frais de déplacement ;
- 3° Coût des personnes employées pour remplir les missions (autres que les séances individuelles et les interventions de groupe) ;
- 4° Coût des logiciels et matériels nécessaires au niveau du réseau pour soutenir l'exécution des missions (sauf ceux utilisés par les prestataires de soins) ;
- 5° Coût de la communication aux acteurs/patients ;
- 6° Coût de l'organisation des interventions de groupe ;
- 7° Tout autre type de centres de coûts qui pourrait être ajoutés par l'INAMI.

Le paiement de ce montant est effectué de manière centralisée pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM, dans les conditions et selon les modalités suivantes :

- 1° Dépôt d'une avance de 50 % de ce montant dans le mois qui suit la signature ou le début de la convention ;
- 2° Le paiement d'une avance de 25% du montant sur une base annuelle avant le 30 juin 2022 ;
- 3° Le paiement d'une avance de 25% du montant annuel avant le 31 janvier 2023 ;



- 4° En vue de la régularisation de ces avances, l'hôpital du réseau ajoute ces frais (en indiquant le pseudocode) à la facture électronique centrale dans laquelle sont également facturés les soins visés au § 3. Les coûts encourus ultérieurement ou les coûts antérieurs pour lesquels l'information n'était pas connue lors de la facturation de mai 2023 peuvent être ajoutés ultérieurement dans les factures suivantes. Ces frais seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximum prévu au premier paragraphe ;
- 5° Le réseau tiendra à sa disposition tous les justificatifs possibles des frais facturés: factures, fiches de paie, rapports d'action, comptes rendus de réunions, séances de remboursement, etc. ;
- 6° Ne sont pas remboursés dans ce cadre : les frais d'investissements dont la durée normale d'amortissement est égale ou supérieure à 4 ans.

§ 3. Minimum 90 % du budget prévu au § 1 sont utilisés comme suit :

- 1° 45% au minimum est utilisé pour la fonction de soins psychologiques de première ligne visée à l'article 3 ;
- 2° 45% au maximum est utilisé pour la fonction de soins psychologiques spécialisés au sens de l'article 5, y compris les coûts des consultations multidisciplinaires au sens de l'article 7, 6°).

Ces pourcentages font partie d'un plan de croissance pour la réalisation du quatrième objectif du 4AIM. Ces fonds seront versés de manière centralisée au réseau pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM sous forme d'avances mensuelles dont le montant correspond à 1/12 de 90% du budget annuel visé au § 1. Les paiements sont effectués au plus tard le 5ème jour du mois auquel ils se rapportent.

Ces avances sont régularisées chaque mois sur la base d'une facture électronique que l'hôpital soumet de manière centralisée (via l'ASBL IM) aux organismes assureurs selon les instructions de facturation par voie électronique. Les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1° La facture est présentée au plus tard le 20 du mois suivant le mois auquel elle se rapporte ;
- 2° Cette facture indique le nombre d'heures par mois pour lesquelles le réseau a versé une compensation et le montant correspondant. Une distinction est faite entre :
 - a. Coût des interventions de groupe - art. 3, § 2 ;
 - b. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 3, § 2 ;
 - c. Coût des séances individuelles - art. 3, § 3 ;
 - d. Coût de la séance supplémentaire exceptionnelle - art. 4, 3° ;
 - e. Coût des séances individuelles - art. 5, § 2 ;
 - f. Coût des interventions de groupe - art. 5, § 3 ;
 - g. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 5, § 3.

Cette facture mentionne également :

- a. Le coût de la consultation multidisciplinaire - art. 7, 6° ;
- b. Les coûts des inclusions - art. 14, § 2, 1° ;
- c. Les coûts liés à d'autres activités dans le cadre des deux fonctions qui soutiennent la coopération multidisciplinaire et sont approuvées par l'INAMI sur proposition du Comité d'accompagnement ; le remboursement est basé sur des prestations équivalentes au sein de la loi AMI ;



- d. Par bénéficiaire, l'intervention personnelle qui a été payée par séance, en indiquant le numéro INAMI du psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le pseudocode de la prestation ;
- e. Le montant de l'avance versée pour ce mois.

Lors du traitement de cette facture, le paiement anticipé est régularisé. Si cela révèle qu'un montant trop élevé a été payé à l'avance, l'excédent est déduit du 12^e paiement suivant. Si l'avance est insuffisante, la différence est versée au réseau.

Les acteurs d'aide et de soins conservent dans leur dossier toutes les preuves des soins facturés.

§ 4. A aucun moment, le total des montants versés ne peut dépasser le budget prévu au § 1, premier alinéa, 4^o.

§ 5. Ces sommes visées aux §§ 2 et 3 sont déposées

- sur le numéro de compte
- au nom de

§ 6 Au plus tard à partir du 1^{er} mars 2022, le processus de paiement et de facturation tel que réglementé aux §§ 1 et 2 dans cet article sera remplacé par un système électronique qui, après avis de la commission de convention hôpitaux-organismes assureurs et approuvé par le Comité de l'assurance, sera mis à disposition par les organismes assureurs et qui sera basé sur une application web dans laquelle les données relatives à la prestation de soins et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé, et sur la base de laquelle, entre autres :

- 1^o Les paiements au réseau peuvent être régulés de manière centralisée ;
- 2^o Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien peut prendre connaissance des données d'assurabilité ;
- 3^o Le bénéficiaire peut recevoir un élément de preuve ;
- 4^o Le réseau pourra être informé des soins qui ont été prodigués et de données individuelles et agrégées qui doivent pouvoir servir de support à l'évaluation du réseau, dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter du mois au cours duquel les données ont été transférées ;
- 5^o Le médecin généraliste titulaire du DMG peut être informé de la prise en charge psychologique de son patient dans le cadre de cette convention ;
- 6^o Le SPF Santé publique et l'INAMI sont informés de la réalisation des soins et d'un ensemble de données agrégées permettant l'évaluation de la convention avec le réseau, et ce dans un délai maximum de 3 mois après le mois au cours duquel les données ont été fournies.

Règles spécifiques concernant l'imputabilité des missions liées à l'assurance obligatoire soins de santé

Article 14

§ 1. Les montants mentionnés ci-dessous comprennent, le cas échéant, l'intervention personnelle prévue à l'article 16.

§ 2. Les conditions suivantes s'appliquent aux montants ci-dessous, à l'exclusion de l'intervention personnelle du bénéficiaire, qui sont imputés pour l'utilisation du budget visé à l'article 13 :

- 1^o Pour chaque nouveau bénéficiaire avec lequel le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien a convenu d'un suivi après la première séance, 60 euros peuvent être facturés une fois pour une période de 12 mois pour l'établissement et la tenue du dossier (électronique) du patient, pour le contact avec d'autres acteurs de l'aide et de



soins, pour le rapport au médecin généraliste et au psychiatre, pour la facturation et l'enregistrement des données à la demande du réseau SSM.

- 2° Pour une « séance psychologique de 60 minutes » telle que visée à l'article 3, § 3 ou à l'article 5, § 2, 75 € (y compris la quote-part du bénéficiaire) peuvent être facturés.
- 3° Pour une « intervention de groupe de 120 minutes » telle que visée à l'article 3, § 2, ou à l'article 5, § 3, 400 € peuvent être facturés si elle est proposée par deux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou 326 € si elle est proposée par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un autre acteur d'aide ou de soins ou expert du vécu. Ces deux montants comprennent l'intervention personnelle de 2,5 euros.
- 4° Pour le remboursement de la participation à la concertation multidisciplinaire visée à l'article 7, 6° (intervention d'un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, d'un médecin généraliste, et d'un (pédo)-psychiatre), un montant de 225 € maximum peut être facturé.

Indexation

Article 15

Les montants mentionnés aux articles 13 et 14, à l'exclusion de l'intervention personnelle du bénéficiaire, sont indexés annuellement. L'indexation a lieu le 1^{er} janvier sur base de l'évolution entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 déterminant les modalités d'application de l'indexation des prestations du régime obligatoire d'assurance soins de santé, pour autant que le Conseil général ait prévu la marge financière pour l'indexation.

Intervention personnelle du bénéficiaire

Article 16

§ 1. L'intervention personnelle par séance psychologique individuelle s'élève à 4 € pour les bénéficiaires qui ont droit à l'indemnité majorée³ et à 11 € pour les bénéficiaires pour lesquels cette indemnité majorée ne s'applique pas. L'intervention personnelle pour les interventions de groupe s'élève à 2,5 euros par intervention de groupe pour le bénéficiaire.

Aucune intervention personnelle ne peut être demandée pour la première séance individuelle de soins psychologiques de première ligne. Dans le cas d'un soutien à un acteur de première ligne, dans le cadre d'un bénéficiaire, aucune intervention personnelle n'est facturée non plus.

§ 2. L'intervention personnelle est perçue par le prestataire de soins, qui en fournit la preuve au bénéficiaire conformément à l'article 53 de la loi du 14 juillet 1994.

§ 3. En dehors de l'intervention personnelle, ni le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, ni le réseau SSM, ni l'hôpital ne facturent de supplément au bénéficiaire.

Groupes cibles enfants/adolescent et adultes/personnes âgées

³ l'allocation majorée visée à l'article 37, §§ 1 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, coordonnée le 14 juillet 1994

Article 17

Aux fins de la présente convention, les termes « enfants/adolescent » et « adultes/personnes âgées » désignent :

- 1° Un bénéficiaire peut appartenir à la catégorie des enfants/adolescents jusqu'à l'âge de 23 ans.
- 2° Un bénéficiaire peut appartenir à la catégorie des adultes/personnes âgées dès qu'il a 15 ans ou plus.
- 3° Pour les personnes âgées de 15 à 23 ans, l'attribution à la catégorie des enfants/adolescents ou à celle des adultes/personnes âgées dépend du contexte spécifique évalué par le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien concerné.
- 4° Par période de 12 mois, un bénéficiaire ne peut appartenir qu'à une seule catégorie.

Les membres de la famille tels que les parents, les enseignants, les proches ou les partenaires des bénéficiaires peuvent également être présents lors des interventions, ceci uniquement après autorisation du bénéficiaire. Chaque séance avec des proches compte pour une séance.

Suivi - Comité d'accompagnement

Article 18

§ 1. Il est créé, au sein du Comité de l'assurance, un comité d'accompagnement composé comme suit :

- 6 représentants des associations professionnelles représentatives des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens, dont un nombre égal de néerlandophones et de francophones ;
- 2 représentants des organisations des familles, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 2 représentants des organisations de patients, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 6 membres du comité de conventions entre les établissements de soins et les organismes assureurs, comprenant autant de représentants des établissements de soins que des organismes assureurs et comprenant autant de néerlandophones que de francophones ;
- 3 médecins généralistes désignés par les organisations représentant les médecins au sein du Comité de l'assurance, dont au moins un néerlandophone et au moins un francophone ;
- 2 psychiatres désignés par les organisations représentant les médecins au sein du Comité de l'assurance, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 2 experts du SPF Santé publique pour soutenir les réseaux SSM et les hôpitaux dans la mise en œuvre de cette convention ;
- l'administration de l'INAMI ;
- un conseiller du ministre des Affaires sociales et un conseiller du ministre de la Santé publique.
- un représentant de l'administration des entités fédérales concernées.

§ 2 Les tâches du comité d'accompagnement sont les suivantes :

- 1° formuler une proposition de rapport et d'enregistrement des données sous la forme d'une clause d'amendement à la présente convention ;
- 2° le suivi global des tâches des réseaux prévues par la présente convention et la rémunération des deux fonctions ;



- 3° l'analyse des rapports d'activité soumis par les réseaux SSM ;
- 4° formuler un avis concernant un projet d'un protocole d'évaluation des tâches prévues par la convention ;
- 5° formuler des solutions à tout problème qui pourrait survenir pendant la durée de la présente convention en ce qui concerne la mise en œuvre de la présente convention;
- 6° évaluer les montants inclus dans la présente convention.
- 7° la formulation d'avis et de recommandations en vue d'un ancrage structurel après l'expiration de la convention.

Dispositions transitoires de la convention actuelle

Article 19

Pour la détermination du nombre de séances visées aux articles 4 et 6, il n'est pas tenu compte du nombre de séances prévues par la convention conclue entre le Comité d'assurance, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne (« convention PPL »).

Le réseau et l'hôpital fournissent à l'INAMI un relevé de l'utilisation des sommes versées en application de l'article 16 de la « convention PPL » susmentionnée. Les montants encore non-utilisés au 1^{er} septembre 2021 pourront être utilisés pour la compensation des coûts de démarrage dans le cadre de cette convention, sous réserve de l'approbation de l'INAMI.

Assurance responsabilité civile professionnelle

Article 20

En ce qui concerne les missions et prestations réalisées dans le cadre de la présente convention, le réseau SSM est chargé d'informer les acteurs impliqués dans la réalisation de ces missions et prestations de la nécessité de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.

Contrôle

Article 21

Le réseau SSM et l'hôpital s'engagent à autoriser les médecins inspecteurs ou leurs mandataires du Service d'évaluation et de contrôle médical à effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

Des tribunaux compétents

Article 22

En cas de litige entre les parties concernant la présente convention, seuls les tribunaux de Bruxelles sont compétents.

Période de validité de la convention

Article 23



§ 1. La présente convention entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la signature de l'accord et au plus tôt le 1^{er} septembre 2021. Elle remplace à partir de cette date, la convention conclue entre le Comité des assurances, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2023 et ne sera pas reconduite automatiquement.

§ 3. Le défaut de signature d'une clause modificative proposée par le Comité de l'assurance entraîne la résiliation automatique de la convention à partir du premier jour du troisième mois suivant l'envoi de la clause modificative.

§ 4. La présente convention peut être résiliée à tout moment par l'une des parties. Cette résiliation est valable à partir du premier jour du troisième mois qui suit la résiliation. Dans chaque cas, la continuité des soins des bénéficiaires doit être assurée.

Engagement spécifique

Article 24

En signant cette convention, le directeur général de l'hôpital qui signe cette convention au nom du réseau SSM confirme que cet accord a été discuté et approuvé au préalable par le réseau SSM, et en particulier par les représentants au sein du réseau de la fonction principale : « activités de prévention, de promotion de la santé mentale, de détection précoce, de dépistage et de diagnostic » dans les réseaux adultes ou du programme d'activité 1 : « détection et intervention précoces » dans les réseaux enfants et adolescents, tels qu'ils sont définis dans le « Guide pour de meilleurs soins de santé mentale pour les adultes » ou dans le « Guide pour une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents ».

Bruxelles,

Pour le Comité de l'assurance:

Le fonctionnaire dirigeant

Pour le réseau de santé mentale XXX,
(nom et prénom du directeur général de
l'hôpital avec lequel le SPF a conclu une
convention B4)

Signature :

Pour l'hôpital, (Nom et prénom du directeur
général de l'hôpital qui exécute l'ordre de
facturation) :

Signature :



Annexe 2

Liste et carte des réseaux

Réseaux enfants



Réseaux Adultes



Remarque : un réseau supplémentaire sera créé pour la Communauté Germanophone (Réseau Enfants-Adolescents et Adultes).



ANNEXE 3

« Organisation et financement des soins psychologiques ambulatoires en première ligne basés sur la perspective public mental health »

1. La mission

Le 2 décembre 2020, un protocole d'accord a été conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant l'approche coordonnée pour le renforcement de l'offre de soins psychologiques, en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus impactés par la pandémie de COVID-19.

Ce protocole d'accord s'appuie sur l'accord de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 octobre et du Conseil fédéral des ministres du 30 octobre 2020 visant à renforcer l'offre de soins psychologiques de la première ligne⁴. Pour ce faire, un équivalent de 1986 ETP prestataires de soins psychologiques sera déployé pour poursuivre le développement des soins psychologiques de première ligne et des soins en santé mentale ambulatoires spécialisés, et ce en collaboration et en complémentarité avec l'offre existante. .

Ces accords s'inscrivent dans la vision globale et intégrée des réformes des soins en santé mentale axée sur des soins communautaires. Il s'agit d'une nouvelle étape dans le cadre de ces réformes des soins en santé mentale dont le point de départ est une perspective de santé publique.

La tâche de l'INAMI et des partenaires qui feront partie de la Commission de convention transversale soins en santé mentale, qui doit encore être créée, est d'élaborer une convention qui, en partant de la vision de santé publique, réponde aux accords susmentionnés. Dès lors, les objectifs du quintuple but seront poursuivis : (i) Améliorer la qualité de vie de la population (et des aidants) ; (ii) Améliorer la qualité des soins (en se concentrant sur les objectifs de vie des personnes) ; (iii) Améliorer l'utilisation des ressources ; (iv) Améliorer la qualité de vie des professionnels ; (v) Garantir la justice sociale.

2. Contexte global et principes indicatifs

Le protocole d'accord vise à développer davantage **l'offre de soins en santé mentale à proximité du lieu de vie du citoyen et en collaboration avec les acteurs de première ligne**. Ce mouvement s'inscrit dans une approche plus large des soins de santé (mentale) dans une perspective de **santé publique** et de **population**. Il vise également à franchir des étapes importantes pour **l'intégration des soins de psychologie et d'orthopédagogie clinique dans la première ligne** tel que définie par la Loi coordonnée relative à l'Exercice des Professions des soins de santé (LEPSS) dans le cadre d'une

⁴ De manière générale, les soins (de santé mentale) de première ligne sont intégrés dans la communauté et caractérisés par leur accessibilité, une approche globale et centrée sur la personne et son entourage. Les soins (de santé mentale) de première ligne englobent toutes les interventions relatives au traitement, à la prévention et à la promotion de la santé et sont dispensés par une équipe professionnelle (issue de différents secteurs) responsable de la prise en de la grande majorité des problèmes de santé (mentale) de la population. Ils jouent un rôle dans la continuité des soins.

approche bio-psycho-sociale. Un certain nombre de principes de référence en découlent. Dans ce paragraphe, nous clarifions ce que nous entendons par les termes de santé (mentale) publique et de soins en santé mentale axés sur la communauté . Une approche de santé publique part d'une vision plus large de l'ensemble de la population plutôt que d'une vision individuelle. Ces différences d'approche ont un impact sur le choix des interventions, la manière dont elles sont organisées et pour quel groupe cible. Nous nous référons aux principes fondamentaux suivants tels que décrits par Thornicroft et Tansella (2009).

Public Health Approach	Individual Health Approach
(1) Whole population view	(1) Partial population view
(2) Patients seen in socio-economic context	(2) Tends to exclude contextual factors
(3) Interested in primary prevention	(3) Focus on treatment rather than prevention
(4) Individual as well as population-based interventions	(4) Individual level interventions only
(5) Service components seen in context of whole system	(5) Service components seen in isolation
(6) Favours open access to services on the basis of need	(6) Access to services on the basis of eligibility, e.g. by age, diagnosis or insurance cover
(7) Teamwork preferred	(7) Individual therapist preferred
(8) Long-term / life-course perspective	(8) Short-term and episodic perspective
(9) Cost-effectiveness seen in population terms	(9) Cost-effectiveness seen in individual terms

Table 1 : différences entre les deux approches « Public health » versus « Individual health » de Thornicroft et Tansella (2009).

2.1. Les soins en santé (mentale) dans une perspective de santé publique

Une approche de santé publique part d'une perspective populationnelle et vise à améliorer et à protéger la santé de tous les membres de cette population. La santé mentale fait partie intégrante de cette même santé et, par conséquent, la santé mentale publique est essentielle pour améliorer la santé des citoyens. Elle ne se concentre donc non seulement sur l'organisation des soins pour les problèmes de santé existants, mais aussi sur la recherche portant sur les déterminants de la santé, la promotion d'un mode de vie sain, la prévention et la détection des facteurs de risque et l'intervention précoce dans les problèmes de santé. Son succès ne se mesure non pas tant à la qualité optimale des soins au niveau individuel mais à l'état de santé global de la population totale.

Outre la perspective de santé publique, celle de l'utilisateur des soins de santé est également très importante, à savoir l'idée que le traitement doit être proportionnel, efficace, participatif et satisfaisant (value-based healthcare (Porter et Teisberg, 2006)) et conforme aux préférences et aux besoins du patient.

Nous en parlerons, plus en détail dans un second temps. Dans la partie suivante, nous définirons la santé (mentale) publique comme l'étude (1) de l'épidémiologie (prévalence et déterminants sociodémographiques), (2) de l'ensemble du spectre de la santé et de l'offre de soins, du recours aux soins et des reports de traitement, (3) de l'économie de la santé et du monitoring des effets (Saraceno e.a., 2009; Keyes & al., 2016).

2.1.1. Prévalence des troubles psychologiques dans la population

L'enquête nationale de santé estime la qualité de vie vécue sur base de cinq dimensions, dont l'une est le sentiment d'anxiété/dépression déclaré par l'intéressé lui-même. Les plaintes les plus fréquemment signalés par les personnes âgées de 15 ans

et plus sont celles liées aux dimensions de la douleur/inconfort (56,2 %) et de l'anxiété/dépression (31,5 %)⁵.

2.1.2. Épidémiologie des troubles mentaux au sein de la population

Ce paragraphe étant basé sur les données épidémiologiques nationales et internationales actuellement disponibles, ce qui implique que les chiffres de certaines populations peuvent être incomplets.

Stoornissen	0-17 jarigen	18-64 jarigen	64+ jarigen
Prevalentie angststoornis	6%	7%	8%
Prevalentie depressie	2%	6%	5%
Prevalentie alcoholstoornis	2%	3%	0.6%
Prevalentie externaliserende stoornis	13%	5%	--
Prevalentie gedragsstoornis	8%		--
Prevalentie EPA	1%	1.7%	1.7%
Totaal pathologie	19%	15%	15%
Prevalentie suicide-ideatie	--	3%	2%

Table 2: épidémiologie de la prévalence des différents troubles mentaux par groupe d'âge et par troubles généraux (=pathologie). (Bruffaerts, 2021)

Prévalence des troubles psychiques sur 12 mois :

Nous appliquons une perspective de 12 mois en ce qui concerne la prévalence des troubles, définie comme la proportion de la population qui répond aux critères d'un trouble psychique sur une période de 12 mois. À ce niveau, on distingue *les troubles mentaux récurrents*⁶ (= *common mental disorders*) et *les troubles mentaux graves (TMG)*. Comme le montre le tableau, un mineur sur cinq et un adulte sur sept présentent des troubles psychiques. Des recherches récentes montrent que les troubles mentaux sont souvent associés (ce qui donne lieu à une forte "comorbidité") et que le risque de récurrence et de chronicité est élevé. De plus, il semble y avoir un facteur psychopathologique dominant. Tant dans la recherche que dans la pratique clinique, il est donc nécessaire d'avoir une vision transdiagnostique⁷ de la vulnérabilité aux troubles psychiques.

Suicide. Entre 2000 et 2016, la mortalité par suicide a globalement diminué en Belgique, passant de 21,6 à 17 cas pour 100 000 habitants. Le taux de mortalité par suicide chez les hommes est toujours plus de 2,5 fois supérieur à celle des femmes. Le suicide est la principale cause de décès dans la tranche d'âge des 25-44 ans. En 2019-

⁵ cfr. https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/QL_NL_2018.pdf

⁶ Troubles anxieux (phobie spécifique, phobie sociale, angoisse généralisée, panique et agoraphobie), troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur et dysthymie), troubles de la consommation d'alcool (tant usage abusif que dépendance) et troubles d'extériorisation (TDAH, trouble du comportement antisocial, trouble oppositionnel avec provocation).

⁷ Une vue transdiagnostique est basée sur la découverte de la recherche selon laquelle différents types de troubles qui peuvent être distingués à un niveau descriptif (tels que la dépression, l'anxiété, les troubles d'extériorisation) sont en grande partie causés par les mêmes processus psychologiques et / ou biologiques sous-jacents. Cela explique également pourquoi les troubles psychologiques surviennent généralement ensemble. Une conséquence importante de ceci est que les traitements transdiagnostiques sont indiqués pour de nombreuses conditions, plutôt que des traitements ciblant une condition spécifique, car ils se concentrent sur ces processus communs sous-jacents plutôt que sur leurs différentes manifestations. En d'autres termes, les traitements transdiagnostiques se concentrent davantage sur la personne dans son ensemble que sur une condition spécifique particulière (Dalgleish, 2020)

2020 ; la tranche d'âge des 15-24 ans est la plus représentée dans les consultations pour idées suicidaires ou tentatives de suicide, soit 26% des consultations⁸.

Âges de l'émergence des troubles psychiques. L'âge moyen et l'âge médian d'apparition des troubles psychiques en Belgique sont respectivement de 19 et 21 ans (Bruffaerts et al., 2011). Cela signifie que la moitié des troubles naissent avant l'âge de 19 ans et l'autre moitié plus tard. Les troubles de l'extériorisation apparaissent dès l'âge de 7 ans, les troubles de l'anxiété à 14 ans, les troubles liés à l'alcoolisme à 23 ans et les troubles de l'humeur à 38 ans. Un quart des troubles dans la population générale en Flandre apparaissent avant l'âge de 14 ans. L'âge médian (c'est-à-dire l'âge auquel la vulnérabilité se manifeste déjà dans 50 % des cas) pour les problèmes d'anxiété et de contrôle des impulsions est de 11 ans, pour l'abus de substances de 20 ans, pour les psychoses récurrentes de 28 ans et pour la dépression de 30 ans (Kessler ea. 2005, De Girolamo ea. 2012).. L'âge de l'apparition des troubles du développement se situe, par définition, presque entièrement dans l'enfance.

Effets de cohorte. Les personnes nées plus récemment présentent un risque plus élevé de développer des troubles psychiques et de les développer plus rapidement. Un jeune de 20 ans en 2020 présente un risque plus élevé de troubles psychiques qu'un jeune de 20 ans en 2010 qui présente un risque plus élevé de troubles psychiques qu'un jeune de 20 ans en 2000. Les troubles psychiques sont plus fréquents dans les cohortes les plus jeunes et ont une évolution clinique plus rapide. Il s'agit principalement des troubles dits d'extériorisation qui sont liés à la régulation du contrôle des impulsions (attention et concentration, agressivité, consommation excessive d'alcool et troubles alimentaires) (Bruffaerts, R., 2021)

Déterminants socioéconomiques. Le statut socio-économique détermine la santé psychique (Kivimäki et al., 2020). Certains groupes de population sont plus vulnérables (Lund, C et al., 2018) : les 18-24 ans, les personnes seules avec ou sans enfants et les allocataires sociaux peuvent éprouver plus de difficultés à préserver leur santé mentale. Les personnes les moins instruites présentent plus souvent que les personnes plus instruites des troubles psychiques tels que la dépression. Le score EQ-5D (un score de qualité de vie dans lequel l'anxiété/la dépression est incluse comme un des 5 domaines) augmente de manière significative avec le niveau d'éducation : il s'élève à 0,65 pour les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme de l'enseignement primaire, à 0,74 pour celles qui ont un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, à 0,78 pour celles qui ont un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et à 0,83 pour celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Le score moyen EQ-5D est de 0,79 pour la population âgée de 15 ans et plus en Belgique (Nationale Gezondheidsenquête, HIS 2018, Lydia Gisle et al.). Heckman fait également référence aux déterminants socio-économiques comme facteur de vulnérabilité psychopathologique.

Les expériences négatives de la vie dans l'enfance, telles que définies selon l'échelle ACE (Adverse Childhood Experiences), qui inclut, principalement, des expériences telles que la maltraitance des enfants, les traumatismes de la petite enfance, la négligence et le dysfonctionnement des parents, ont un impact significatif important tant sur le développement des troubles en santé mentale que somatique (Petruccioli ea. 2019).

Incapacité de travail de longue durée et décrochage scolaire due à des affections psychiques. Entre 2005 et 2019, la proportion des travailleurs (du secteur privé) montrant une incapacité de travail de longue durée (plus d'un an) est passée de 6,5 % à 11,1 %. Les affections psychiques en sont la cause principale. En 2019, plus d'un tiers

⁸ source : Un Pass dans l'impasse

(35,8 %) de l'incapacité de travail de longue durée était dû à des affections psychiques et à des troubles comportementaux (Federaal Planbureau 2021) ⁱ.

Les élèves présentant un trouble mental sont 1,3 à 15,2 fois plus susceptibles d'abandonner leurs études que ceux qui n'en souffrent pas (Kessler et al. 1995 ; Bruffaerts et al., 2018). Jusqu'à 14% des abandons au lycée et 5% de ceux au collège seraient dus à l'existence d'un ou plusieurs troubles mentaux (Bruffaerts et al., 2010).

Remboursement des médicaments psychotropes. Le nombre de doses pour 1 000 personnes/jour de tous les médicaments psychotropes est passé de 79,5 en 2008 à 97,3 en 2018. Cette augmentation de 22,4 % résulte presque exclusivement de l'utilisation des antidépresseurs et des stabilisateurs de l'humeur (Devos, C. et al., 2019). ⁱⁱ.

Demande de soins et recours aux soins. En 2020, le recours aux soins sur 12 mois pour les troubles mentaux (c'est-à-dire la proportion de personnes atteintes d'un trouble mental qui reçoivent un traitement par un professionnel au cours de la même période) est estimé à 43% pour les adultes et à 31% pour les 0-18 ans. Les cas les plus fréquents de demande d'aide concernent les troubles de l'humeur (tels que la dépression) et les troubles anxieux ; moins souvent (moins d'un sur cinq) les troubles liés à l'alcool et les troubles d'extériorisation. Cependant, il est important de noter que la majorité des personnes (9/10) souffrant de troubles psychiques cherchent à se faire soigner à un moment ou à un autre. Les délais de recours au traitement sont donc très longs (10-15 ans en moyenne) et augmentent sans aucun doute le risque d'une évolution progressive du trouble, le développement d'une comorbidité psychiatrique étant réel et générant un impact aux niveaux relationnel et professionnel.

Au cours des deux dernières décennies, la demande en termes de soins pour les problèmes psychiques a néanmoins augmenté. En Belgique, l'augmentation de cette demande est estimée entre 0,75 et 1 % par an pour une personne souffrant de troubles psychiques. Il est frappant de constater que cette augmentation ne concerne pas tant les soins spécialisés que les soins non spécialisés et à bas seuil : le médecin généraliste (94 % des Belges ont un médecin généraliste et plus de 75 % des traitements par des professionnels de la santé mentale commencent chez le médecin généraliste), dans les services d'urgence et via des suivis par Internet (Bruffaerts, R. et al., 2004).

2.1.3. Spectre de l'offre de santé et de soins

Du point de vue de la santé publique, on envisage un système de santé rendant toutes les facettes nécessaires de l'offre accessibles à une population définie. Il comprend donc l'ensemble du spectre, comme l'esquissent Mrazek & Haggerty (1994) (cf. la figure 1)⁹.



Figure 1 : spectre de Mzrek & Haggarty (1994)

⁹ Dans ce schéma, le traitement "standard" fait référence à toutes les interventions qui appliquent le principe du lege artis selon les connaissances et les perspectives actuelles.

Les efforts à consentir dans le cadre de ce spectre se concentreront sur d'autres groupes de la population. De gauche à droite, dans le modèle ci-dessus, des groupes toujours plus petits auront besoin des interventions couramment utilisées à ce niveau. Ainsi, ce spectre peut être converti en une pyramide de l'offre. Plusieurs versions de cette pyramide ont chacune des accents différents mais elles visent toutes le même objectif (cf. figure 2, OMS 2009).

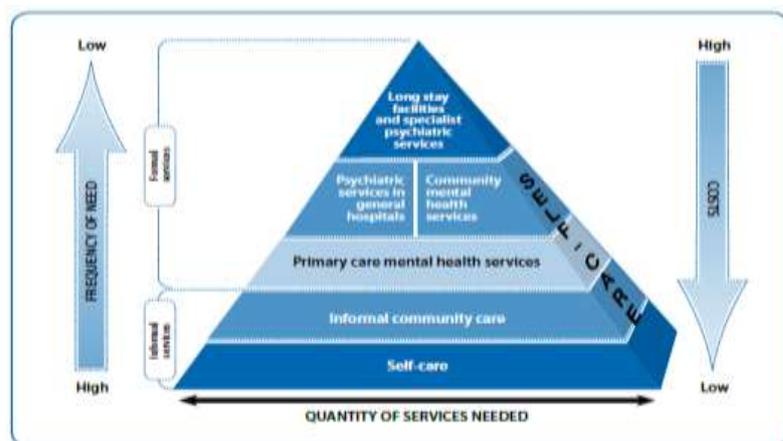


Figure 2 World Health Organization Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health (WHO, 2009)

Les différents niveaux de soins sont décrits par l'OMS comme suit :

- **Auto-traitement (Self-care)** = La plupart des personnes gèrent leurs problèmes de santé mentale elles-mêmes ou avec le soutien de leur famille et de leurs amis. L'auto-traitement est plus efficace lorsqu'il est soutenu par des services de santé professionnels[...]. L'auto-traitement devrait être facilité par tous les prestataires de soins de santé et à tous les niveaux de l'organisation des soins de santé.

- **Soins communautaires (in)formels ((In)formal community care)** = services offerts dans la communauté qui ne font pas partie du système formel de santé et de bien-être. Il s'agit par exemple de professionnels d'autres secteurs tels que les enseignants ou la police, de services fournis par des ONG (par exemple, le travail de rue), d'experts du vécu, d'aidants proches, de profanes, ...

Ce niveau de soins peut contribuer à prévenir les rechutes des personnes qui sont sorties de l'hôpital. Les soins informels sont accessibles et acceptés car ils font partie intégrante de la communauté. Pourtant, les soins communautaires informels ne doivent pas constituer le cœur des soins en santé mentale et ne peuvent pas en dépendre uniquement.

- **Services de soins de première ligne pour la santé mentale (Primary care services for mental health)** = Les soins en santé mentale dispensés dans le cadre des soins de première ligne généraux constituent le premier niveau de soins au sein du système de santé professionnel. Les services essentiels à ce niveau comprennent le dépistage et le traitement précoce des troubles mentaux, la prise en charge des patients psychiatriques stabilisés, le suivi des troubles mentaux les plus courants « common mental health », l'orientation vers d'autres services, si nécessaire, la promotion de la santé mentale et la prévention.

Ces soins en santé mentale peuvent être assurés par des psychologues et orthopédagogues cliniciens, des médecins généralistes, des infirmières et d'autres professionnels de la santé dans le cadre des soins de première ligne. Ces services sont les plus accessibles, les plus abordables et les plus satisfaisants pour les communautés. Lorsque la santé mentale fait partie intégrante de ces services, lorsque l'accessibilité est améliorée, les problèmes de santé mentale sont identifiés et traités plus rapidement, et les comorbidités entre les problèmes de santé physique et mentale peuvent être gérées de manière transparente.

Services de soins en santé mentale dans la communauté (Community mental health services) = les services formels de santé mentale tels que les centres de jour, les centres de réadaptation, les programmes de prévention à l'hospitalisation, les équipes mobiles de crise, les soins thérapeutiques supervisés (en résidences ou outreach), les refuges, les soins de santé à domicile, le soutien aux familles et autres services de soutien. Si seuls quelques centres communautaires de santé mentale sont en mesure d'offrir la gamme complète de ces services, la combinaison d'au moins certains d'entre eux est essentielle à la réussite des soins en santé mentale. Des centres de santé mentale communautaires bien établis sont essentiels dans le cadre de programmes visant à la communautarisation des soins et à éviter les hospitalisations inutiles.

- **Unités psychiatriques (psychiatric services in general hospitals)** = Le développement des soins en santé mentale en milieu hospitalier généraliste est considéré comme une composante essentielle de l'organisation des soins en santé mentale. Compte tenu de la nature de certains troubles mentaux, des soins palliatifs pendant les phases aiguës sont parfois nécessaires. Les hôpitaux généraux locaux constituent un lieu accessible et adapté pour la prise en charge et la surveillance médicale 24/24 heures des personnes présentant une décompensation mentale aiguë, de la même manière qu'ils traitent les problèmes somatiques aigus.

- **Établissements résidentiels de longue-durée et services spécialisés (long-stay facilities and specialist services)** = Une petite minorité de personnes présentant une maladie mentale ont besoin des soins spécialisés allant au-delà de ce qui peut être offert dans un hôpital général. Par exemple, les personnes qui ne répondent pas bien au traitement ou qui présentent des syndromes complexes peuvent avoir besoin d'être orientées vers des centres spécialisés pour des tests et des traitements supplémentaires. D'autres ont souvent besoin de soins permanents dans des établissements résidentiels en raison d'une grave maladie mentale ou d'une déficience intellectuelle et du manque de soutien familial. La psychiatrie légale est un autre type de service spécialisé qui entre dans cette catégorie. Le besoin d'orientation vers des services spécialisés et de longue-durée peut être réduit lorsque les hôpitaux généraux ont accès à des professionnels de la santé hautement spécialisés, tels que des psychiatres et des psychologues et orthopédagogues cliniciens.

2.1.4. Perspective économico-sanitaire

Du point de vue économico-sanitaire, il est avant tout important que le groupe cible approprié bénéficie de l'offre de soins adaptée. L'offre peut être insuffisante pour le groupe cible visé et/ou inaccessible (« unmet need » besoins non satisfaits) mais elle peut tout aussi bien être utilisée de manière inefficace par rapport à un groupe cible qui n'en a pas besoin = (« overmet need » dépassement des besoins) (Thornicroft & Tansella, 2008; P. Nicaise, 2020; G. Dimitri, 2018; Bruffaerts et al., 2015)..

Met et unmet need (besoins satisfaits et besoins non satisfaits)

Par « *met need* » (besoins satisfaits), on comprend la situation d'une personne qui répond aux critères d'un trouble psychique au cours des 12 derniers mois et qui a pu

trouver l'accès à des soins de santé professionnels. Cette définition de l'OMS implique donc qu'un patient atteint de troubles psychiques qui a introduit une demande de soins en santé mentale mais qui est sur une liste d'attente est classifié « *met need* ». Une deuxième implication de cette définition est qu'il semble suffisant que les demandeurs de soins soient pris en charge indépendamment de la correspondance entre le besoin de soins et le professionnel de soins ; la définition ne fait donc aucune distinction dans le degré de spécialisation des soins.

Une troisième implication de cette définition est qu'elle ne tient pas compte de la qualité des soins ni de leur durée. En revanche, on entend par « *unmet need* » (tel que défini par l'OMS dans Demyttenaere et al., 2004 ; Wang et al., 2007 ; Rens et al., 2019) d'une personne qui répond aux critères d'un trouble psychique au cours des 12 derniers mois et qui n'a pas (trouvé) d'accès à des soins de santé professionnels. En gardant ces définitions à l'esprit, nous pouvons dire que le pourcentage des besoins non satisfaits en matière de troubles psychiques est estimé à 60-69 % chez les jeunes atteints de troubles psychiques et à 57 % chez les adultes et personnes âgées atteints de troubles psychiques. Du point de vue de la santé publique, il est impératif pour la société de proposer des soins de grande qualité à chaque patient individuellement mais, en même temps, de garantir une réduction des besoins non satisfaits au niveau de la population qui ont été estimés à environ 61 % parmi toutes les personnes atteintes d'un trouble psychique

Le concept de « *met need* » (besoins satisfaits) est très important, mais le concept de « *Minimal Adequate Treatment* » (MAT) l'est tout autant. En effet, il est nécessaire, sans être suffisant, qu'un contact avec le prestataire de soins soit établi (définition de "Met need"). Les interventions effectuées doivent également répondre à un degré minimum de conformité avec la demande d'aide ou les besoins de soins de la personne traitée (*matched care*) (Wang et al., 2007). Le contenu de cette entrevue doit également répondre à une norme minimale d'efficacité scientifique (*practice-based evidence*). Nous comprenons les interventions « *evidence-based* » telles que définies par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (2017) : pour un prestataire de soins, quelle que soit son activité, l'EBP est la combinaison de trois éléments. 1) une expérience clinique propre, 2) des preuves scientifiques (« *evidence* » en Anglais, généralement sous la forme de lignes directrices, et 3) les préférences et valeurs de chaque patient. Aujourd'hui, les futurs soignants sont formés pour trouver un équilibre subtil entre ces facteurs.

De plus, il est important de déterminer où se situe l'impact sanitaire le plus important. Cela peut être exprimé en Disability Adjusted Life Years (« *DALY* », (ou espérance de vie corrigée de l'incapacité), une mesure du nombre d'années de vie perdues à cause d'un décès prématuré plus le nombre d'années de vie vécues avec un dysfonctionnement, corrigé en fonction de la gravité de ce dysfonctionnement (Wittchen et al., 2011).

L'impact des problèmes de santé mentale exprimé en DALY est le plus important dans la tranche d'âge comprise entre 14 et 24 ans (cf. figure 3).

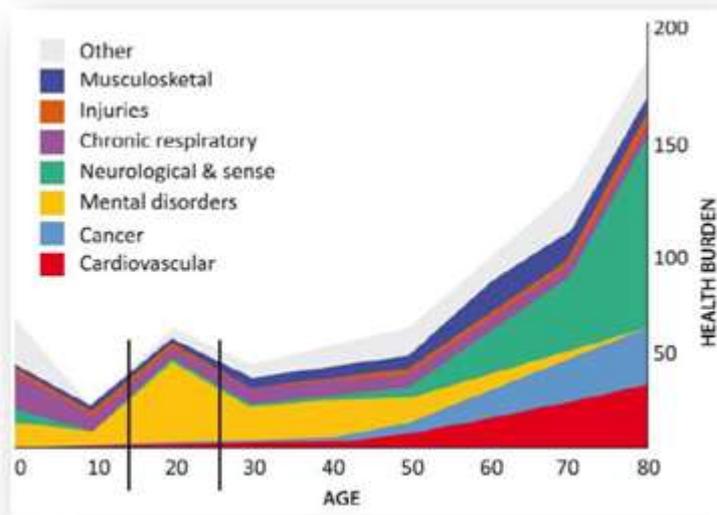


Figure 3 : fardeau sanitaire (health burden) par tranche d'âge : dans la tranche d'âge de 15-25 ans, les troubles mentaux sont responsables, pour la majorité, du fardeau sanitaire.

Le lauréat du prix Nobel James Heckman décrit dans son modèle économique de la santé qu'il est logique que les interventions précoces génèrent des gains économiques, sociaux et sanitaires plus importants, étant donné que les compétences acquises à un âge précoce augmentent les compétences à un âge ultérieur et, inversement, que les circonstances négatives de la vie s'inscrivent dans le développement du cerveau et le système de traitement du stress. Il a, notamment, étudié l'impact des programmes intégrés d'intervention précoce ayant des effets tout au long de la vie sur la santé, la cognition et les caractéristiques mentales et comportementales. Les effets les plus importants résultent de la réduction des problèmes de comportement d'extériorisation. Il a également déclaré que, plus on tarde à intervenir auprès des enfants en situation de développement précaire, plus la remédiation sera onéreuse. Bien qu'il ait étudié des programmes entre 0 et 5 ans, il affirme que l'intervention après 3-4 ans est déjà trop tardive car les effets transactionnels sont alors déjà bien avancés.

Pour rappel, Heckman n'étudie pas les interventions psychologiques en tant que telles, mais plutôt les programmes d'intervention précoce combinés à des interventions parentales. Son "équation", cependant, est présentée comme une idée générale qui intègre de larges lignes de recherche démontrant la nature transactionnelle des facteurs génétiques et environnementaux tout au long de la vie, avec un impact maximal entre 0 et 3 ans.

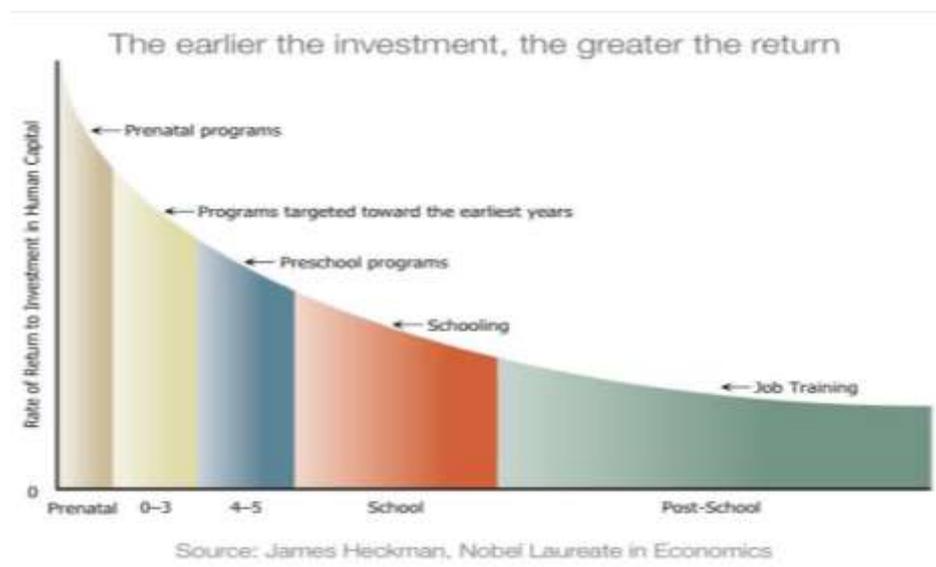


Figure 4: l'effet de «return on investment » des programmes par tranche d'âge

2.2. Les soins de santé mentale dans la Communauté

La mission à développer ici se situe dans la communauté. Cela signifie qu'elle doit être organisée localement, à **proximité du lieu de résidence** de ceux qui en font usage. D'autres aspects des soins sont plus éloignés car ils nécessitent une certaine concentration des ressources et des compétences spécialisées. Toutes les compétences spécialisées ne doivent pas nécessairement être disponibles au niveau local. L'offre est organisée au niveau de la population selon un modèle de soins échelonnés (**stepped care**). Au niveau individuel, l'objectif est toujours d'offrir **l'aide la plus adaptée (« matched care »)**. Nous nous efforçons d'offrir l'aide la plus appropriée, rapidement et de manière accessible à la personnes nécessitant des soins, en coordination et en coopération avec les acteurs impliqués dans le contexte du réseau (in)formel.

Dans la vision holistique de la santé, le bien-être mental/résilience mentale, la santé mentale, sociale et physique sont indissociables et constituent une condition préalable l'une par rapport à l'autre. L'une comme l'autre ont un impact réciproque et les interventions psychologiques peuvent tout autant être utilisées pour améliorer la santé physique. Un modèle holistique de santé prend également en compte les aspects biologiques, psychiques et sociaux de la santé. Cela nécessite une participation de l'ensemble des professionnels de l'aide et du soins et de la personne elle-même lors de l'évaluation de la situation et de l'intervention. Un modèle de santé intégré exige donc que l'intervention considère ces trois aspects et s'articule autour d'une collaboration multidisciplinaire.

Thornicroft et Tansella (2008) affirment que les soins en santé mentale modernes devraient être transposés sur une région spécifique et, que cette région, devrait offrir un éventail de prestations spécialisées et orientées vers la communauté bien équilibré. Au niveau local, il est certainement important, de proposer toutes les composantes de soins et de bien-être de manière aussi intégrée que possible. L'« intégration » peut être interprétée de plusieurs façons. Elle peut être comprise comme le fait de proposer toutes les formes de soins dans un seul et même lieu. Elle peut également être comprise comme : « l'ensemble des soins organisés autour de la personne et de son entourage dans une coopération et une communication mutuelles via un plan d'action commun ». Ces deux perceptions sont pertinentes et prévalent dans notre système actuel de d'aide et de soins.

3. Application des principes de référence: scope de la convention INAMI.

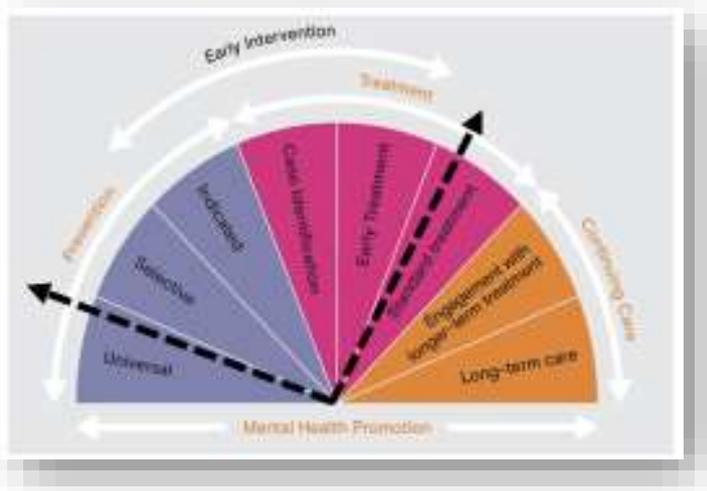
Du point de vue de la santé publique et de la population, nous nous efforçons de répondre à 80 % des demandes en santé mentale par des soins appropriés dans le cadre d'une offre locale intégrée (community-based), qui est principalement soutenue par les soins de première ligne en santé mentale. Pour ce faire, les soins de première ligne peuvent bien sûr faire appel aux soins en santé mentale spécialisés (et vice versa). La collaboration, l'orientation et la continuité des processus de soins dans les deux sens (si les besoins de la personne sont pris en compte) doivent servir de références .

3.1. Les fonctions des-soins en santé mentale

Sur base de la pyramide de l'OMS, les niveaux de soins suivants sont inclus dans le champ d'application : (i) soutenir l'auto-traitement et les soins communautaires informels, (ii) les soins de première ligne en santé mentale, (iii) une partie des soins en santé mentale dans la communauté.

Le protocole d'accord définit le renforcement de l'offre de soins psychologiques au niveau de la fonction psychologique de première ligne et des soins en santé mentale ambulatoires spécialisés. Ces renforcements sont organisés dans le cadre d'une offre de soins échelonnés et comprennent les fonctions suivantes : prévention (y compris la réduction des rechutes et des symptômes), détection, clarification de la demande, les interventions précoces et à court terme, le diagnostic, le traitement et la réhabilitation-ainsi que le partage des connaissances et de l'expertise.

La différence entre les deux formes de prise en charge se situe au niveau de plusieurs dimensions : les problématiques (nature & évolution tels que la sévérité et la complexité), les caractéristiques de l'individu (résilience, personnalité,...) et la nature de la relation et du processus d'aide et le type de soins offerts (court terme, long terme,...). L'indication d'une forme spécifique de soins et la qualification correspondante du prestataire de soins dépendent de ces dimensions (voir avis CFPSSM). La coopération multidisciplinaire, ancrée dans un réseau de soins ou un partenariat¹⁰, garantit la qualité des soins et la continuité des soins, tant pour les soins de première ligne que pour les soins spécialisés.



Bien entendu, il n'y a pas de frontière stricte entre les étapes successives de prise en charge mentionnées ici. Bien qu'une politique de santé intégrée doive parvenir à une combinaison optimale (d'interventions et de qualifications) pour l'ensemble du spectre de Mrazek et Haggerty, et que la politique de réforme s'y emploie égale-

ment de manière constante, l'accent dans **cette phase de mise en œuvre** via le protocole d'accord est principalement mis sur les segments situés entre les deux flèches du diagramme.

¹⁰ Sur l'aide et le soin intégrés, organisés au niveau local et intersectoriel, pour les personnes souffrant de problèmes mentaux et psychosociaux, projet de texte d'inspiration des coordinateurs de réseaux.

Dans le protocole d'accord, il a été décidé que la fonction de rétablissement et les soins de longue durée ne seront pas financés dans le cadre du déploiement des 1986 ETP prestataires de soins en santé mentale, mais qu'ils seront inclus dans le modèle organisationnel.

3.2. L'articulation vers les groupes cibles spécifiques

Les groupes cibles correspondent à ceux du diagramme épidémiologique du gouvernement : voir figure ci-dessous. La prévention sélective (en cas de facteurs de risque accrus) et la prévention indiquée (en cas de premiers symptômes) s'adressent aux groupes cibles vulnérables (transition entre les personnages verts et bleus). La détection et l'intervention précoces visent les premiers problèmes de santé mentale légers (personnages bleus) et modérés (personnages jaunes). Dans ce dernier cas, l'objectif supplémentaire est de procéder à des orientations adaptées et ciblées en temps utile. La promotion et la protection de la santé peuvent être appliquées à l'ensemble de la population mais ne sont pas comprises dans le champ d'application de la convention.

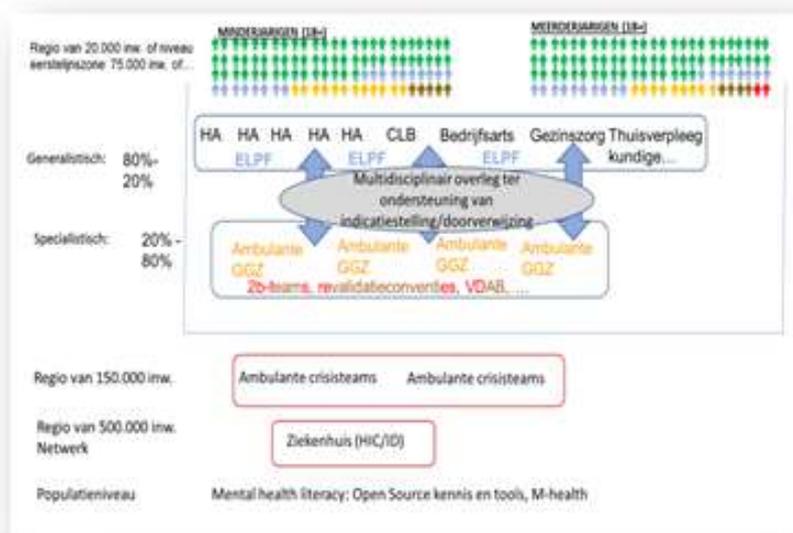
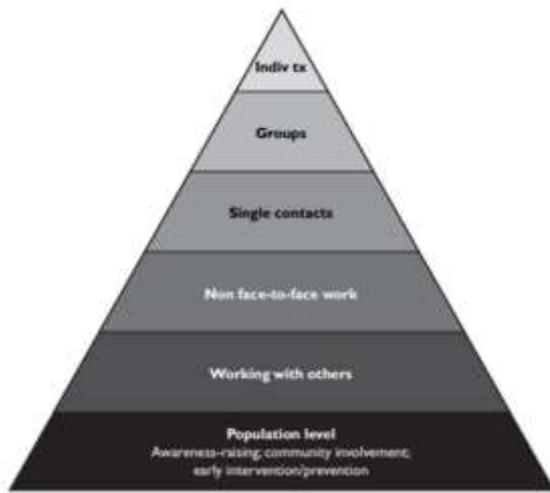


Figure 5 : (A) prévalences des problèmes psychiques dans la population avec des personnes sans problème (vert), des personnes avec un problème léger à modéré (bleu), personnes avec un problème/trouble modéré à grave (jaune), des personnes avec un trouble complexe chronique (brun) et des personnes avec un trouble/maladie mentale grave (rouge). (B) avec un schéma des soins généraliste et spécialisé ambulatoires. Et (C) une représentation de taille d'échelle de l'organisation des soins.

3.3. Les modalités du traitement.

Les modalités de l'offre doivent être diverses car plus le groupe cible est important, moins il est réaliste de l'aborder uniquement dans le cadre d'une configuration face à face :



- Methodologies universelles pour promouvoir la résilience dans les environnements scolaires, professionnels et de loisirs (Johansson et al., 2020).
- Approches collectives ciblées dans les écoles, les environnements professionnels et récréatifs (sélectifs et/ou indiqués), y compris les programmes skills-training (Waddell et al., 2018).
- Programmes de selfhelp (E-health et M-health) avec encadrement individuel ou non
- Offre participative (collaboration avec des experts d'expérience)
- Offre collective trans diagnostique
- Offre psychoéducatrice collective pour personnes psychologiquement vulnérables et/ou leur entourage
- Interventions thérapeutiques individuelles

Toutes ces modalités devraient être disponibles afin d'adapter l'intervention aux objectifs et d'atteindre la population de la manière la plus efficace et la plus ciblée possible dans une approche bio-psycho-sociale.

Certaines de ces modalités pourront être envisagées sous forme de co-interventions individuelles et collectives avec des acteurs de la première ligne. L'offre peut à la fois être organisée en outreach, à proximité ou encore au sein de l'environnement de pratique des acteurs des soins en première ligne ainsi que dans les cabinets des professionnels des soins de santé mentale toujours dans le respect des principes de fonctionnement et des modalités de l'approche de santé publique. Toutefois, le lieu sera également déterminé par les éléments mentionnés ci-dessus, tels que le groupe cible à atteindre, la tâche/fonction, les modalités de l'intervention.

Références :

- Adriaenssens J, Eyssen M, Mertens R, Benahmed N, Paulus D, Ameye F, Bossens M, Cauwenberg C, Cools A, Doms K, Everaert E, Gheysen M, Haelterman M, Laloup M, Malonne H, Meeus P, Penninckx W, Roisin T, Walraevens M. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – deel 1: Bestuursplan – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 291As. D/2017/10.273/54.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., . . . Saxena, S. (2018) ; Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5, 357-369. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- R. Bruffaerts, De mythes voorbij Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg, Zorgnet-Icuro, Brussel, 2021.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., . . . Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2, 119-137. doi: 10.1177/2167702613497473.

- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175, 831-844. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17121383.
- P. Nicaise, D. Giacco, B. Soltmann, A. Pfennig, E. Miglietta, A. Lasalvia, M. Welbel, J. Wciorka, V.J. Bird, S.Priebe, V. Lorant, Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries, *Health Policy* 124(1) (2020) 25-36.
- P. Nicaise, A. Grard, M. Leys, C. Van Audenhove, V. Lorant, Key dimensions of collaboration quality in mental health service networks, *J Interprof Care*° (2020) 1-9.
- G. Dimitri, D. Giacco, M. Bauer, V.J. Bird, L. Greenberg, A. Lasalvia, V. Lorant, J. Moskalewicz, P. Nicaise, A. Pfennig, M. Ruggeri, M. Welbel, S. Priebe, Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries?, *Eur Psychiatry* 48 (2018) 6-12.
- Keyes KM, Galea S. Setting the Agenda for a New Discipline: Population Health Science. *Am J Public Health*. 2016 Apr;106(4):633-4. doi: 10.2105/AJPH.2016.303101. PMID: 26959265; PMCID: PMC4804350.
- Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, et al. *Lancet Public Health*. 2020 Mar;5(3):e140-e149. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30248-8. Epub 2020 Jan 31. PMID: 32007134.
- Bruffaerts RP, Bonnewyn A, Demyttenaere K. [Associations between early-onset mental disorders and educational attainment in Belgium; a population study]. *Tijdschr Psychiatr*. 2010;52(3):133-42. Dutch. PMID: 20205077.
- Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, et al. Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatry*. 2015 Feb;206(2):101-9. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141424. Epub 2014 Nov 13. PMID: 25395690; PMCID: PMC4312965.
- R. Bruffaerts, A. Bonnewyn, H. Van Oyen, S. Demarest, K. Demyttenaere, Zorggebruik voor mentale stoornissen in België, *Tijdschrift voor Geneeskunde* 60 (2004) 790-799.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):841-50.
- Rens, E., Dom, G., Remmen, R. et al. Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. *Int J Equity Health* 19, 169 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01287-0> Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Sep;21(9):655-79.
- Waddell C, Schwartz C, Andres C, Barican JL, Yung D. Fifty years of preventing and treating childhood behaviour disorders: a systematic review to inform policy and practice. *Evid Based Ment Health*. 2018 May;21(2):45-52. Johansson M, Biglan A, Embry D. The PAX Good Behavior Game: One Model for Evolving a More Nurturing Society. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2020 Dec;23(4):462-482. doi: 10.1007/s10567-020-00323-3. PMID: 32839866; PMCID: PMC7585564.
- (Conti G & Heckman J, 2013, The developmental approach to child and adult health. *Pediatrics*, 131, S133-141)
- C.Devos, A. Cordon, M. Iefèvre, C. Obyn, F. Renard, N. Bouckaert, S. Gerkens, C. Maertens de Noordhout, B. De Vleeschauwer, M. Haelterman, C. Léonard, P. Meeus, Performance of the Belgian health system – Report 2019. Report 313, in: K. Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg (Ed.) *Health Services Research*, Brussel, 2019.
- Federaal Planbureau Januari 2021 artikel nr. 7 Duurzame ontwikkeling, Geestelijke gezondheid in België: de verborgen kosten van COVID-19