



SSM – La concertation sur le patient et le rôle de la personne de référence

Version du 18 juillet 2011

Introduction

Les projets thérapeutiques ont commencé le 1^{er} avril 2007 et s'achèveront le 31 mars 2012. Au cours de cette période, ces projets expérimentaux auront été évalués de diverses manières. Nous pensons notamment à la concertation transversale des plates-formes de concertation, à l'étude effectuée par le KCE, à l'étude des organisations de patients et de leur famille ainsi qu'aux rapports annuels des projets.

Les rapports annuels et les évaluations mettent en avant différents aspects positifs des projets.

La mise en commun des connaissances et des expériences acquises en matière de concertation multidisciplinaire entre différents partenaires des soins de santé a été vécue positivement par les projets. La collaboration a permis aux différents partenaires d'une région d'apprendre à mieux se connaître. Mieux connaître les possibilités et les limitations des uns et des autres permet d'agir plus efficacement sur la situation du patient, de répondre aux demandes et d'offrir des soins sur mesure. En résumé, il est possible d'affirmer qu'au niveau des patients surtout, la collaboration a été stimulée entre les secteurs et à travers les structures.

La concertation en matière de soins est vécue par les dispensateurs d'aide et de soins comme un soutien et permet souvent d'aplanir plus rapidement les difficultés. Le regard que les dispensateurs d'aide et de soins portent sur les patients s'élargit, et le projet offre aux patients, à leur famille et aux thérapeutes un forum où raconter leur vécu.

Plus concrètement, différents projets accueillent favorablement aussi la collaboration entre soins de première ligne et soins de santé mentale.

Les principales difficultés des projets thérapeutiques portaient sur une réglementation, d'après eux, trop rigide quant à la concertation sur le patient : le nombre de moments de concertation, leur régularité et les partenaires devant être présents.

Lorsque les projets thérapeutiques s'achèveront, l'Inami souhaite naturellement maintenir les aspects positifs découlant du projet et trouver des solutions aux problèmes.

C'est bien sûr impossible sans tenir compte aussi du paysage changeant des soins de santé mentale pour lesquels nous renvoyons aux projets dans le cadre de l'article 107¹ de la loi sur les hôpitaux.

¹ Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes.

Le texte ci-dessous contient une proposition pour le maintien structurel de la concertation sur le patient, pour laquelle nous prévoyons sa possibilité tant dans les régions où se déploient des projets « article 107 » que dans les régions où ce n'est pas encore le cas. De même, la réglementation à mettre au point doit s'appliquer à la fois aux enfants, aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées.

La réforme prévoit 5 fonctions :

1. Activités de prévention, promotion des SSM, détection précoce, dépistage et diagnostic
2. Équipes de traitement ambulatoire intensif pour les problèmes psychiques tant aigus que chroniques
3. Équipes de rééducation travaillant sur le rétablissement et l'inclusion sociale
4. Unités de traitement résidentiel Intensif pour les problèmes psychiques tant aigus que chroniques lorsqu'une admission s'impose
5. Formes d'habitat spécifiques permettant d'offrir des soins lorsque le milieu familial ou les structures extrahospitalières ne conviennent pas.

Le groupe cible : patients pour lesquels une concertation / collaboration entre partenaires peut être encouragée et financée

Le groupe cible des projets thérapeutiques était constitué de patients ayant des troubles psychiatriques complexes et chroniques.

À l'avenir, nous voulons définir la population de patients visée comme il suit :

- A. Patients requérant l'établissement d'un « **plan d'accompagnement** » d'une durée de 12 mois au moins. L'établissement et l'exécution de ce plan réclament une coordination entre au minimum trois types différents de dispensateurs d'aide et de soins, dont au moins un du secteur des soins de santé mentale.
- B. Par ailleurs, il s'agit de patients présentant des troubles psychiatriques pour lesquels un diagnostic principal est posé sur la base du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) ou de l'*International Classification of Diseases* (ICD 10),. De plus, l'affection est répétitive ou de nature potentiellement répétitive. Les pathologies des groupes diagnostics principaux suivants n'appartiennent pas au groupe cible :
 - démence
 - autres troubles cognitifs avec causes médicales vasculaires ou traumatiques
 - épilepsie
 - retard mental
 - troubles neurologiques.
- C. **Facteurs concernant le patient (il y a lieu de satisfaire à toutes ces conditions) :**
 - a. Comorbidité, c.-à-d. aux moins deux codes DSM ou ICD 9, et
 - b. aggravation de l'intensité ou de la fréquence des symptômes et
 - c. admission(s) préalable(s) dans un hôpital psychiatrique, un SPHG ou un service K : admission d'au moins 14 jours, au plus tard un an auparavant, ou prise en charge pendant au moins 14 jours par les équipes mobiles prévues dans le cadre de l'article 107. En outre il peut s'agir d'admissions dans d'autres services hospitaliers où un psychiatre est appelé en consultation (numéros de nomenclature 599443, 599465, 596562, 596584) C'est une condition lors de la première prise en charge et lors d'une nouvelle prise en charge qui ne se rattache pas à une précédente période de prise en charge. En cas de prolongation qui correspond à une période de prise en charge précédente, cette condition ne compte pas. Et,
 - d. à la suite de l'affection psychiatrique, le patient a perdu certaines aptitudes ou dispose seulement d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants :

Pour les adultes et les personnes âgées

- l'autonomie de base, soit les activités indispensables à la satisfaction des besoins personnels de base : se nourrir, se laver, aller aux toilettes et s'habiller ;

- l'autonomie en matière de logement, soit les aptitudes nécessaires pour l'organisation journalière sur le plan ménager : cuisiner, faire le ménage, laver et repasser, veiller à sa santé et à sa sécurité ;
- l'autonomie au sein de la collectivité, soit les aptitudes requises pour se déplacer en société, pour utiliser les moyens qu'offre la société, pour faire des achats, gérer son argent et respecter les lois et règlements de la société ;
- la langue et la communication, soit la communication sous ses aspects réceptifs et expressifs. Les aptitudes visées concernent principalement les possibilités d'avoir des contacts avec autrui ;
- l'adaptation sociale, soit les aptitudes requises pour s'intégrer dans un groupe ou une association. Sont concernées ici l'attitude envers soi-même (connaissance de soi et image de soi), l'attitude envers autrui (relations interpersonnelles), la participation à la vie en communauté ;
- le travail, soit les composantes essentielles d'une intégration professionnelle : motivation, compétences et aptitudes de base, capacités à s'intégrer dans une équipe ;
- les connaissances scolaires, soit les aptitudes intellectuelles de l'individu, tant concernant les connaissances élémentaires que la lecture, l'écriture et le calcul ;
- la motricité, soit les aptitudes locomotrices d'un individu telles que la posture, les aptitudes de base au niveau locomoteur, la motricité fine, les aptitudes psychomotrices et les capacités à effectuer des activités physiques ;
- un comportement personnel adapté, soit certains comportements, attitudes ou symptômes socialement indésirables. Alors que les précédents domaines portaient sur des aptitudes à acquérir ou rétablir, ce domaine-ci met l'accent sur les attitudes ou les comportements qui devraient disparaître.

Pour les enfants et les adolescents

- l'autonomie de base, soit les activités indispensables à la satisfaction des besoins personnels de base : se laver, s'habiller, manger, ...
- l'autonomie au sein de la collectivité, soit apprendre à gérer son argent, faire des (petits) achats, se déplacer en autonomie (vélo, transports en commun, ...) ;
- la langue et la communication, soit la communication sous ses aspects réceptifs et expressifs. Les aptitudes visées concernent principalement les possibilités d'avoir des contacts avec autrui ;
- le fonctionnement au sein de la famille ou de la famille de substitution, c.-à-d. le maintien d'une relation de confiance avec les parents ou d'autres responsables de soins et des capacités à vivre ensemble avec d'autres enfants, frères ou sœurs ;
- l'entente sociale, soit les capacités requises pour s'entendre avec des personnes du même âge. Sont concernées ici l'attitude envers soi-même (connaissance de soi et image de soi), l'attitude envers autrui (relations interpersonnelles), la participation à la vie du quartier ;
- l'école, soit les composantes essentielles d'une intégration en milieu scolaire : motivation, compétences de base, aptitudes sociales, capacités à fonctionner dans le cadre d'une relation d'autorité. Il s'agit à la fois des aptitudes cognitives et du fonctionnement psychique et émotionnel qui peuvent réprimer celles-ci ;

- la motricité, soit les aptitudes locomotrices d'un individu telles que la posture, les aptitudes de base au niveau locomoteur, la motricité fine, les aptitudes psychomotrices et les capacités à effectuer des activités physiques ;
- un comportement personnel adapté, soit certains comportements, attitudes ou symptômes socialement indésirables. Alors que les précédents domaines portaient sur des aptitudes à acquérir ou à rétablir, ce domaine-ci met l'accent sur les attitudes ou les comportements qui devraient disparaître.

En plus des patients qui répondent aux critères précités, font aussi partie du groupe cible, les patients qui, au moment où les projets thérapeutiques s'achèvent, sont encore pris en charge par un projet thérapeutique. Les dispositions décrites ci-après en matière de plan d'accompagnement, de partenaires visés, ... s'appliquent aussi à ces patients.

Le plan d'accompagnement

L'établissement du plan d'accompagnement à partir d'une identification explicite du patient et de son entourage immédiat. Le plan est établi dans les situations où les différents dispensateurs d'aide et de soins doivent s'accorder. Le patient conserve une copie du plan à domicile.

Le plan d'accompagnement mentionne toutes les tâches convenues dont se chargent les dispensateurs d'aide et de soins associés au traitement du patient. Peuvent également y être mentionnés les engagements pour le patient lui-même ou sa famille. Les tâches convenues doivent répondre aux objectifs généraux que l'on formule par rapport au patient et à son entourage immédiat. Le but n'est pas de décrire en détail l'accompagnement ou la thérapie mais bien de noter les données qui sont importantes pour harmoniser les soins et l'accompagnement qu'offrent les différents dispensateurs d'aide et de soins.

Le plan d'accompagnement fixe d'une part les objectifs généraux pour le patient et d'autre part des tâches plus précises par épisode de soins :

- Une première partie générale concerne les données d'identification du patient et les coordonnées des dispensateurs d'aide et de soins, services sociaux ainsi que des aidants informels concernés. Il importe que le patient ou sa famille sache à tout moment, avec quels services il peut prendre contact au moyen d'une liste téléphonique et d'adresses e-mail. Cela doit être clair pour le patient 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7². Cette partie indique également qui est la personne de référence du patient (voir plus loin).
Une deuxième partie décrit en termes généraux les données qui peuvent avoir de l'importance pour la suite de l'aide et des soins (p.ex. l'historique de la thérapie, les besoins de soins personnels et la situation sociale du patient). Il n'est pas prévu de mentionner dans ce plan de données diagnostiques.
Cette partie est définie de telle manière qu'en cas de diffusion entre les dispensateurs d'aide et de soins qui sont associés à la concertation, ni la vie privée du patient, ni le secret professionnel ne sont violés.
- Le plan d'accompagnement contient ensuite les objectifs généraux qui sont recherchés avec le patient. Les tâches convenues représentent une activité / un acte pour atteindre ces objectifs généraux.
- Des parties spécifiques du plan d'accompagnement décrivent par épisode de soins (voir plus loin) les tâches convenues, les activités de soins et les responsabilités tant des dispensateurs d'aide et de soins et des aidants informels que du patient lui-même. Étant donné que le patient sera (le plus souvent) présent à la concertation, il a

² Cela ne veut pas dire que les dispensateurs d'aide et de soins concernés doivent être disponibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

également un droit de regard sur les tâches convenues pour chacun des partenaires participant. De même, lui aussi se verra confier des tâches.

Pour la description des activités de soins et la fixation des responsabilités, il est précisé pour quels domaines de besoins des activités sont prévues. En cas de pertinence, il est indiqué par épisode de soins comment est organisée la séquence des activités. Les différentes tâches convenues ne doivent en effet pas être exécutées en même temps dans un épisode de soins prévu. Parfois, une mission ne commencera que lorsque la précédente aura été terminée.

Un épisode de soins est délimité comme la période entre deux moments de concertation prévus de dispensateurs d'aide et de soins. Le plan d'accompagnement indique explicitement (sous forme de date ou de semaines) quelle est la prochaine période d'un épisode de soins prévu.

Les épisodes prévus peuvent être interrompus par des événements particuliers (p.ex. crises, ou bien à la demande du patient ou de sa famille), qui rendent des concertations intermédiaires souhaitables. La personne de référence est responsable de la signalisation du besoin de ces moments de concertation imprévus. À cet effet, il peut prendre contact avec le SISD responsable de l'organisation et de la coordination de la concertation.

Les tâches convenues et les responsabilités sont exprimées en temps et sont évaluées à tout moment de concertation dans l'équipe de soins et de préférence avec la participation du patient et/ou de sa famille, éventuellement corrigées et/ou achevées et font l'objet d'un compte rendu dans le plan d'accompagnement. Les dispensateurs de d'aide et de soins peuvent apporter des modifications tout au long de la période de prise en charge.

Là où des rubriques du plan d'accompagnement correspondent à un plan de soins existant, celui-ci pourra être repris dans le plan d'accompagnement ou il pourra y être fait référence. Il conviendra donc d'annexer au plan d'accompagnement un extrait du plan de soins concerné.

La diffusion du plan d'accompagnement

Ce plan d'accompagnement n'est pas seulement un outil destiné aux dispensateurs d'aide et de soins mais constitue aussi et surtout un fil conducteur pour le patient (ou sa famille).

Le médecin généraliste est considéré comme un partenaire associé. Il doit être invité à chaque concertation. S'il n'est pas présent à la concertation, le plan d'accompagnement lui est systématiquement transmis par le SISD, de sorte qu'il puisse suivre quels aide et soins sont dispensés à son patient et quels sont les objectifs poursuivis. La transmission peut se faire par une voie électronique sécurisée.

S'il existe un DMG pour le patient, ce plan doit figurer dans le DMG, ce plan et le nom de la personne de référence devront être mentionnés dans le DMG. On doit encore étudier la manière dont cela peut être organisé et contrôlé.

Le plan d'accompagnement devrait par exemple aussi pouvoir être mis à disposition en cas d'hospitalisation du patient pour des motifs psychiatriques. De cette manière, l'hôpital sait quel trajet le patient a suivi et quels sont les dispensateurs qui sont ou ont été associés à son traitement. Dans la mesure du possible, le patient devrait prendre lui-même le plan à l'hôpital. Parfois, ce sera impossible, par exemple en cas de psychose. En complément, les OA examineront réciproquement la possibilité d'envoyer un avis CareNet à l'hôpital, signalant que pour le patient en question, au cours de l'année précédente, une rémunération pour une personne de référence a été facturée. En cas de besoin l'hôpital peut prendre contact avec le

SISD de la région ou avec le médecin généraliste du patient pour obtenir les données de la personne de référence.

Le plan d'accompagnement est un outil de coordination des activités concernant le patient. L'équipe de soins fait des conventions claires et explicites au sujet de l'accès et de l'utilisation de ce plan d'accompagnement.

Le stockage des informations, l'utilisation et la communication des données dans un plan d'accompagnement sont effectués suivant les principes déontologiques en vigueur dans le cadre de la dispensation d'aide et de soins. Quiconque se voyant mettre à disposition un plan d'accompagnement a la responsabilité morale de protéger la vie privée du patient et de son entourage par une conservation scrupuleuse et une utilisation adéquate du plan d'accompagnement.

La concertation sur le patient : partenaires présents

L'établissement et l'exécution de ce plan d'accompagnement exigent la coordination d'au moins trois types différents de dispensateurs de d'aide et de soins concernés. Au moins un de ces partenaires est un dispensateur de soins du secteur des soins de santé mentale : hôpital psychiatrique, SPHG, maison de soins psychiatriques, initiative d'habitation protégée, centre de soins de santé mentale, service de soins psychiatriques en milieu familial financé par une initiative d'habitation protégée, centre de rééducation psychosociale ayant une convention Inami, un psychiatre établi comme indépendant.

En outre, au moins un de ces partenaires est un dispensateur de soins de première ligne (une liste sera dressée par le Comité de l'assurance): médecin généraliste, infirmier à domicile (indépendant ou sous contrat de travail), kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, accoucheuses.

En principe, peuvent être présents à la concertation tous les dispensateurs de d'aide et de soins concernés qui jouent un rôle (potentiel) dans le plan de prise en charge du patient. Sont également inclus : l'école, le *CLB* (centre d'encadrement pour élèves), les soins particuliers aux jeunes, le CPAS, le *CAW* (centre d'aide sociale générale), la mutualité, service d'aide familiale et aide à domicile complémentaire, un psychologue clinicien ou orthopédagogue. Il est recommandé que le patient (ou sa famille) soit présent(e) à la concertation ; de nombreux projets thérapeutiques déclarent cette présence très positive. Toutefois, ce n'est pas une obligation.

Le nombre de fois que la concertation doit être menée et la durée dépendent d'un patient à l'autre.

Le nombre de fois que la concertation peut être financée est limité à 3 fois par an. Il est postulé que la concertation prend entre 30 et 90 minutes, et il faut que la concertation ait lieu au moins 2 fois par an.

Organisation et coordination par le SISD ou le SEL/CCS avec lequel le SISD a conclu un accord à cet effet

Si une concertation est demandée pour un patient déterminé, le demandeur se mettra toujours en rapport avec le SISD de la région de soins concernée. Par patient, le SISD peut déterminer s'il assure lui-même l'organisation ou la fait assurer par le SEL ou centre de coordination de soins avec lequel il a conclu un accord.

L'organisation et la coordination de la concertation multidisciplinaire entre, dispensateurs d'aide et de soins, aidants informels dans les soins à domicile et le patient comprennent les tâches suivantes.

- La délimitation de la demande de soins, qui consiste à vérifier avec le demandeur de la concertation si le patient fait partie du groupe cible de la réglementation et quel est l'objectif à atteindre par la concertation multidisciplinaire, et l'examine dans la mesure du possible avec le patient et d'autres personnes intéressées ;
- La connaissance de la carte sociale du rayon d'action, y compris sur le plan des soins de santé mentale ;
- Le recensement de tous les dispensateurs de soins et thérapeutes concernés au niveau du patient ;
- La planification de la concertation multidisciplinaire et la passation d'accords ;
- La coordination (et, le cas échéant, la conduite) de l'entretien pendant la concertation multidisciplinaire ;
- La formulation des conclusions des participants de la concertation multidisciplinaire en termes d'accords concrets ;
- Le contrôle de l'établissement du plan d'accompagnement conformément aux accords passés pendant la concertation ;
- La réception du plan d'accompagnement de la personne de référence et ensuite la transmission du plan d'accompagnement au médecin généraliste du patient, au patient et à tous les autres dispensateurs d'aide et de soins;
- Le suivi administratif par rapport au SISD ;

Lors de la concertation multidisciplinaire une personne de référence est désignée (voir plus loin).

Le SISD peut effectuer lui-même cette mission ou conclure un accord avec un SEL ou un centre de coordination de soins. Ces services peuvent à leur tour seulement solliciter les partenaires avec lesquels ils peuvent conclure/ont conclu un accord dans le cadre de leur propre réglementation.. Si, par exemple, un SPAD veut exécuter cette mission, il doit s'adresser à un SEL ou un CCS pour un accord de collaboration..

Le SISD est responsable du soutien et de l'accompagnement de ceux à qui il délègue l'organisation et la coordination de la concertation (p.ex. proposer un scénario, développer et mettre à disposition un plan d'accompagnement informatisé).

Dans chaque cas, le SISD doit à tout moment pouvoir mettre les données à la disposition de l'Inami :

- un récapitulatif des réunions de concertation, mentionnant les personnes présentes, la durée, le lieu ;
- les conventions de coopération en cas de délégation de l'organisation et de la coordination ;
- à l'intention des services de contrôle, une copie des plans d'accompagnement ;
- un récapitulatif de tous les flux financiers : interventions reçues de l'Inami / des mutualités et montants accordés aux partenaires.
-

Dans les régions sans SISD les responsables concernés peuvent être repris par un SPAD ou un hôpital qui tout comme le SISD précité, peut conclure un accord avec un centre de coordination de soins.

La personne de référence

La personne de référence a une relation de confiance avec le patient et :

- est responsable de l'établissement du plan d'accompagnement conformément aux accords passés pendant la concertation et de sa transmission au SISD, qui le transmettent à leur tour à tous les dispensateurs d'aide et de soins concernés, au patient ainsi qu'à son médecin généraliste ;
- conserve le plan d'accompagnement original ;
- assure la coordination générale concernant l'exécution et le recadrage du plan d'accompagnement ;
- est la personne à contacter tant pour le patient et sa famille que pour ses dispensateurs d'aide et de soins (y compris le médecin généraliste) qui mettent en pratique le plan d'accompagnement, et assure les contacts avec les dispensateurs de soins. Dans le plan d'accompagnement il est prévu qui doit être contacté à quel moment en cas d'une hospitalisation urgente. La personne de référence doit être informée de la même manière dès que possible ;
- intervient lorsque les partenaires ne respectent pas un accord ;
- prend l'initiative d'une concertation intermédiaire via le SISD en cas de situation de crise par exemple ;
- règle la continuité le soir, le week-end, les jours de congé : gardes du médecin généraliste, urgences, ...

Le rôle de la personne de référence peut être tenu par des dispensateurs de soins tels que définis dans l'AR 78 et ces arrêtés d'exécution et psychologues cliniciens, assistants sociaux et orthopédagogues.. La personne de référence a en tout cas toujours une relation de soins directe avec le patient. En fonction de la situation concrète du patient, il convient de voir quel dispensateur de soins est le mieux placé pour être personne de référence. Pour certains patients, le médecin généraliste sera la personne indiquée pour tenir ce rôle. Pour d'autres patients, les infirmières à domicile passent déjà tous les jours et sont bien placées pour tenir le rôle de personne de référence. Les assistants sociaux ou les psychologues peuvent également être personnes de référence par rapport au patient. Pour les enfants, ce peut être un dispensateur de soins du *CLB*.

La personne de référence peut aussi changer pendant le trajet, par exemple lorsque les priorités doivent être déplacées, lorsqu'il passe d'un établissement à un cadre familial, lorsque le patient change de lieu de séjour. Il est désigné lors de la concertation parmi les dispensateurs de soins – ce peut aussi être un dispensateur d'un service / d'un établissement.

SISD – Règlement administratif

Le SISD est toujours responsable des tâches suivantes :

- Le contrôle du respect des conditions relatives à la rémunération de la concertation ;
- La facturation de la concertation + la rémunération de la coordination + la rémunération de la personne de référence ;
- Le versement des montants aux participants de la concertation, au coordinateur et à la personne de référence.

Dans les régions sans SISD le règlement administratif doit être effectuée par l'hôpital et/ou le SPAD concernés qui prennent mutuellement en charge l'organisation et la coordination .

L'Inami communiquera aux organismes assureur, pour cette région, les informations utiles au sujet de l'hôpital ou du SPAD concernés

Le Financement

Le financement de la concertation

Pour les dispensateurs de soins individuels tels que définis dans l'AR 78 et ces arrêtés d'exécution et psychologues et orthopédagogues qui travaillent en première ligne et qui ne font pas partie d'un établissement ou service où la concertation fait déjà partie de la mission (p.ex. médecin généraliste, psychiatre, psychologue, praticien de l'art infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...), il convient de prévoir une rémunération pour la participation à la concertation sur le patient. Si ce dispensateur d'aide ou de soins se voit attribuer des tâches convenues dans le plan d'accompagnement du patient, celles-ci sont portées en compte via les canaux existants (nomenclature, forfaits, interventions des Communautés / Régions). En d'autres termes, il n'y a pas de financement spécifique complémentaire pour cette activité de soins.

Pour d'autres dispensateurs d'aide ou soins que ceux visés au paragraphe précédent, (par exemple des membres du personnel de CPAS, organismes assureurs, MSP, Hôpital psychiatrique, IHP) qui prennent part à la concertation, le SISD qui est lui-même un prestataire de soins peut porter en compte une intervention collective.. Mais si plusieurs participants semblables ont collaboré, le SISD ne recevra qu'une seule intervention. Le SISD décide comment cette intervention sera dépensée. Des accords préalables clairs avec les dispensateurs de soins concernés ou les aides définis ci-avant.

Cette intervention est due uniquement:

- s'il est satisfait aux conditions du groupe cible ;
- si le plan d'accompagnement est établi et/ou suivi ;
- si au moins 3 prestataires d'aide et de soins différents ont été associés dont au moins 1 vient du secteur des soins de santé mentale et un des soins de santé de première ligne ;
- si le plan d'accompagnement définit, pour les prestataires d'aide et de soins, au moins 3 tâches convenues, dont au moins 1 pour un dispensateur de soins du secteur des soins de santé mentale .

S'il apparaît au cours de la première concertation (pseudo-code séparé) qu'il n'y a de tâches convenues que pour 1 service ou établissement, l'intervention pour le dispensateur de soins individuel est due à condition :

- de satisfaire aux critères du groupe cible ;
- qu'au moins 3 prestataires d'aide et de soins différents y étaient associés, dont au moins 1 du secteur des soins de santé mentale et un des soins de santé de première ligne ;
- que le plan d'accompagnement mentionne la ou les missions de ce service / établissement / partenaire.

Pour un même patient, il ne peut être facturé deux fois dans l'année une première concertation sans qu'il soit établi de plan d'accompagnement confiant des tâches convenues à au moins 3 prestataires d'aide et de soins dont au moins 1 du secteur des soins de santé mentale.

L'intervention est due uniquement aux dispensateurs de soins individuels et psychologues et orthopédagogues ou prestataires d'aide de soins des services/institutions qui participent ef-

fectivement à la concertation. Les concertations par téléphone ou par courrier électronique n'entrent pas en ligne de compte pour une intervention.

Le paiement de cette concertation est effectué par l'intermédiaire d'un service intégré de soins à domicile (SISD), qui contrôle le respect des conditions.

Conformément à la réglementation actuelle en matière de SISD, une intervention plus élevée est prévue lorsque la concertation a lieu au domicile du patient : actuellement, 43,51 EUR chez le patient à domicile et 32,63 EUR ailleurs.

Coût pour les dispensateurs de soins individuels et psychologues cliniciens et orthopédagogues : 44 EUR * 1.5 dispensateur de soins individuel par concertation * 4 000 patients * 3 concertations par année = 792 000 EUR.

Coût pour les autres dispensateurs de soins ou d'aide via le SISD : 44 EUR * 4000 patients * 3 concertations par année = 528.000 EUR.

Le forfait pour la participation à la concertation peut être facturé par 4 dispensateurs de soins au maximum.

Ces montants sont indexés annuellement au 1er janvier en application de l'index santé.

La 'postcure' telle que visée à l'article 3 de la convention avec les établissements hospitaliers n'est, à court terme et dans le cadre de cette concertation, pas prise en considération à moins de faire partie d'une des (au minimum) trois tâches convenues du plan d'accompagnement.

Le financement de l'organisation et de la coordination de la concertation

Durée des activités par concertation

Préparation de la concertation : 1^{re} concertation 2 heures, concertation de suivi 1 heure.

- Délimiter la demande de soins
- Recenser les dispensateurs d'aide et de soins concernés
- Planifier la concertation multidisciplinaire et passer des accords.

Déplacement : 30 mn

Concertation : 1^{re} concertation 1 heure, concertation de suivi 45 minutes

- Coordonner (et, le cas échéant, mener) l'entretien pendant la concertation multidisciplinaire
- Formuler les conclusions des participants de la concertation multidisciplinaire en termes d'accords concrets.

Après la concertation : 1 heure

- Contrôler l'établissement du plan d'accompagnement conformément aux accords faits pendant la concertation
- Réceptionner le plan d'accompagnement de la personne de référence et le transmettre ensuite au médecin généraliste du patient et à tous les autres dispensateurs d'aide et de soins
- Assurer le suivi administratif par rapport au SISD.

→ Durée : 1^{re} concertation 4,5 heures, concertation de suivi 3,25 heures

Coût par heure A1 : 35,05 EUR

Partant d'une 1^{re} concertation et de 5 concertations de suivi, pendant 2 ans : 121,21 EUR par concertation. Ce montant peut être facturé au maximum 3 fois par an.

Pour l'organisation et la coordination, le SISD perçoit par concertation organisée un supplément d'intervention de 121,21 EUR. Si le SISD délègue la mission, il verse ce montant au service / à l'établissement concerné.

Coût total : 121,21 EUR * 4 000 patients * 3 concertations par an = 1.454.520 EUR.

Ce montant est indexé annuellement au 1^{er} janvier en application de l'index santé.

Le financement de la personne de référence

Il s'agit en l'occurrence d'une nouvelle mission dans le cadre des soins de santé mentale fédéraux.

Sur la base du plan d'accompagnement reçu, le SISD facture à la mutualité du patient le montant destiné à la personne de référence.

Si la personne de référence est salariée, la rémunération va au service / à l'établissement en question où travaille cette personne. En effet, pour le service / l'établissement, il s'agit d'une mission nouvelle, supplémentaire, non prévue actuellement dans l'ensemble des tâches et donc non couverte par leur financement de base.

Budget

Durée des activités par an

- Plan d'accompagnement
 - Rédiger le plan d'accompagnement conformément aux accords qui ont été passés lors de la concertation et le remettre au SISD, qui le transmettra à tous les intéressés : 2h30 (1 heure 1^{ière} concertation, 3 quarts d'heure par concertation de suivi)
 - Assurer la coordination générale et le recadrage du plan d'accompagnement si les partenaires ne s'en tiennent pas aux conventions : 2 heures
- Personne de contact : 3 heures
 - Assurer le contact tant pour le patient et sa famille que pour les dispensateurs d'aide et de soins (y compris le médecin généraliste)
 - Prendre l'initiative de la concertation intermédiaire via le SISD en cas de situation de crise par exemple, ...

→ 7,5 heures par an.

Coût horaire, compte tenu de la proportion 1/3 psychologue (42,53 EUR/heure), 2/3 A1 possédant qualification supplémentaire (35,83 EUR/heure) : 38,06 EUR.

Coût de la personne de référence par concertation : 38,06 EUR * 7,5 heures * 3 concertations par an = 95,16 EUR.

Pour la rémunération de la personne de référence, il est prévu un montant de 285,48 EUR par patient par an. La facture est établie par concertation aux organismes assureurs pour un montant de 95,16 EUR et ce, au maximum trois fois par an.

Coût total : 95,16 EUR * 4 000 patients * 3 concertations par an = 1 .141.920 EUR.

Ce montant est indexé annuellement au 1^{er} janvier en application de l'index santé.

Financement SISD pour le règlement administratif

Les SISD maintiennent le même coût d'enregistrement que celui qu'ils reçoivent dans le cadre de l'actuelle réglementation SISD, soit 13.80 EUR.

Coût total: 13.80 EUR * 4 000 patients * 3 concertations = 165 600 EUR.

Ce montant est indexé annuellement au 1^{er} janvier en application de l'index santé.

.

Pour les Régions où il n'y a pas de SISD actif, un hôpital ou un projet de soins psychiatriques à domicile se portera garant pour le suivi administratif. Cette institution peut pour ceci porter en compte le même montant qu'un SISD.

Le cadre légal³

La présente proposition de maintien structurel de la concertation sur le patient et la rémunération de la personne de référence sera réglée dans un AR en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 1^o, de la loi AMI.

³ À terme, les dispositions de l'article 3 de la convention avec les hôpitaux psychiatriques devront être intégrées dans ce concept.