

AVIS n°1519

Avis sur l'avant-projet de décret relatif à la santé mentale et ses services actifs en Wallonie

Avis adopté le 19/12/2022

Table des matières

1.	EXPOSE DU DOSSIER	p.3
1.1	Demande d'avis	p.3
1.2	Rétroactes	p.3
1.3	Contexte	p.3
1.4	Objet de l'avant-projet de décret	p.4
1.5	Budget	p.6
2.	AVIS	p.6
2.1	Considérations générales	p.6
2.1.1	Vision globale et plan stratégique	p.6
2.1.2	Volet prospectif et instances consultatives	p.7
2.1.3	Articulation entre les acteurs	p.7
2.1.4	Évolution des besoins	p.8
2.1.5	Charges administratives	p.8
2.1.6	Approche transversale et multidisciplinaire, centrée sur le bénéficiaire	p.8
2.1.7	Politique préventive	p.8
2.1.8	Liberté thérapeutique	p.9
2.1.9	Liberté de choix et accessibilité des bénéficiaires	p.9
2.1.10	Budget	p.9
2.1.11	Arrêtés d'exécution	p.9
2.2	Considérations particulières sur les dispositifs	p.9
2.2.1	Les services de santé mentale	p.9
2.2.2	Les MSP et IHP	p.10
2.2.3	Le transport médico-sanitaire	p.11
	ANNEXE – CONTENU DE L'AVANT-PROJET DE DECRET	p.12

Le CESE accueille positivement :

- La volonté de favoriser une approche globale : élaboration d'un plan stratégique en santé mentale sur 5 ans, données objectives, objectifs prioritaires, guidance par un comité de pilotage.
- Le souci de cohérence accrue entre les divers services actifs dans ce domaine et une implication des acteurs concernés.
- La programmation territoriale permettant d'avoir une vision d'ensemble de l'offre de services.
- L'approche pluridisciplinaire centrée sur le bénéficiaire, en lien avec la première ligne de soins et le Plan de prévention et de promotion de la santé (plan WAPPS).

Le CESE recommande :

- Une implication des acteurs dès l'élaboration du plan stratégique et des clarifications sur la composition du comité de pilotage.
- Une analyse prospective sur l'évolution des besoins, en lien avec les instances de l'AViQ.
- Des moyens ajustés aux charges administratives liées à la récolte des données socio-sanitaires.
- Une offre de services, diversifiée et adaptée à l'explosion des cas de troubles de santé mentale.
- La liberté thérapeutique des intervenants, le choix et l'accessibilité financière des bénéficiaires.
- Un équilibre des missions des services de santé mentale, entre urgence thérapeutique et action préventive.
- Un renforcement de l'offre d'accueil résidentiel : nombre de places, encadrement, infrastructures.

1. EXPOSE DU DOSSIER

1.1 DEMANDE D'AVIS

En date du 24 octobre 2022, le CESE Wallonie a été saisi par Madame la Ministre Christie MORREALE d'une demande d'avis concernant l'avant-projet de décret modifiant le Code wallon de l'action sociale et de la santé concernant la santé mentale et ses services actifs en Wallonie, adopté en première lecture par le GW le 20 octobre 2022.

L'avis de l'Organe de concertation intra-francophone et du Conseil de stratégie et de prospective (à défaut la Commission wallonne de la santé), est également sollicité.

1.2 RETROACTES

Le CESE avait rendu un avis sur l'avant-projet de décret relatif aux services de santé mentale (A.1393 du 20 novembre 2018). L'avant-projet de décret modifiant le Code wallon de l'action sociale et de la santé n'a pas été adopté sous la précédente législature.

Les dispositions du CWASS applicables au secteur psychiatrique et de la santé mentale sont définies aux articles 492 à 624 du code décretaal.

1.3 CONTEXTE ¹

Un exposé des motifs détaillé explique le contexte dans lequel s'inscrit la révision du cadre relatif aux soins en santé mentale en Wallonie.

Définition de l'OMS :

« La santé mentale est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

¹ Extrait de la note au GW du 20.10.22.

Points d'attention du Conseil supérieur de la santé (CSS), notamment en suivi de la crise COVID 19 :

- Organiser les soins de santé mentale selon le modèle des soins échelonnés : accessibles à tous, ancrés localement, et avec des systèmes d'orientation solides.
- Faire de la santé mentale une partie intégrante de la santé publique.
- Utiliser la communication comme un facteur de motivation plutôt que comme une charge supplémentaire.
- Être attentif à la chronicité de la pandémie, organiser un monitoring régulier et donner des feedbacks.
- Renforcer la résilience individuelle et collective.
- Promouvoir la protection sociale et reconnaître le rôle du (retour au) travail.
- Accorder de l'attention à la perte et au deuil.
- Se préparer aux futures vagues et/ou aux nouvelles pandémies.
- Apporter un soutien supplémentaire au secteur des soins.
- Impliquer les experts de manière proactive dans les choix politiques.

Le CSS recommande un système d'expertise simple et proactif, la préoccupation pour la santé mentale contribuant de manière durable à l'amélioration de la santé globale de la population.

Contexte institutionnel :

- Larges compétences héritées de la sixième réforme de l'État et des accords de la Sainte Émilie.
- Protocoles d'accords résultant de la CIM visant à réformer les soins en santé mentale (réforme 107).
- Nécessaire articulation avec les autres domaines de la santé (cohérence optimale entre la première ligne de soins et les soins spécialisés dont les réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale).²

1.4 OBJET DE L'AVANT-PROJET DE DECRET ³

L'avant-projet de décret a pour ambition de mettre en oeuvre :

- Une vision de santé publique intégrée en matière de santé mentale (articulation avec : les soins de première ligne, les plans interfédéraux tel que le Plan interfédéral relatif aux soins intégrés, la promotion de la santé mentale et la prévention).
- Une lisibilité accrue de l'offre de soins (mobilité, anonymisation des données, monitoring de la consommation des soins).
- Le développement d'un plan stratégique de santé mentale à 5 ans, en concertation avec le secteur.

A cet effet, le projet de texte intègre dans le CWASS :

- Un **plan stratégique des soins en santé mentale** défini comme « *le plan stratégique pour la santé mentale adopté par le Gouvernement présentant le diagnostic de situation relatif à l'état de santé mentale de la population de la région de langue française, fixant les objectifs transversaux et thématiques de santé mentale, guidant les actions et les stratégies à mettre en oeuvre en matière de santé mentale.* »⁴ Le Plan est établi pour 5 ans minimum et contient les éléments suivants : diagnostic, analyse des facteurs d'inégalité, besoins de la population, objectifs, actions et stratégies à mettre en oeuvre. Le Plan fait l'objet d'une évaluation tous les 5 ans par le Comité de pilotage.

² NB. Mise en place de l'organisation de la première ligne de soins annoncée pour début 2023.

³ Extraits de la note au GW du 20.10.22 et de l'APD. Cf. contenu plus détaillé de l'APD en annexe du présent document.

⁴ Cf. art.4 de l'APD insérant l'art.47/19, 2° dans le CWASS.

- Un **Comité de pilotage** « en charge du pilotage stratégique du plan dans le but de renseigner sur le déroulement du plan et d'apporter des aménagements ou des correctifs nécessaires à l'amélioration continue du plan ». ⁵ Le Comité de pilotage est composé de représentants : du Ministre, de l'AViQ, du secteur actif dans le domaine de la santé mentale, des organismes assureurs wallons, de la population et des bénéficiaires concernés. Le Comité de pilotage supervise la mise en œuvre du Plan, établit une évaluation tous les 5 ans et propose au GW une version actualisée du Plan.⁶
- Les dispositions (missions, agrément, subventionnement) relatives aux **différents dispositifs** actifs dans ce secteur, à savoir :
 - Les plates-formes de concertation « des soins en santé mentale » ;
 - Les services de santé mentale ;
 - Les maisons de soins psychiatriques ;
 - Les initiatives d'habitation protégée ;
 - Les centres de revalidation dont le public cible concernent les soins en santé mentale ou les assuétudes ;
 - Les réseaux formels (spécialisés en aide et soins en assuétudes, services intégrés de soins à domicile à cause de la concertation psychiatrique) et informels (107) ;
 - L'aide à distance - anonyme (centres de télé-accueil, non modifiés par ailleurs).

A noter par ailleurs :

- Les **services agréés en vue de l'hébergement collectif pour personnes en difficultés prolongées pour adultes** (art. 694/15) ne sont pas considérés comme des établissements de soins en santé mentale et ne peuvent donc adhérer aux plates-formes de concertation des soins en santé mentale.
- Les **réseaux de santé mentale** doivent être intégrés et pris en compte dans le cadre de cette réforme mais ceux-ci ne disposent d'aucune base légale ou décrétole car ils relèvent de la compétence de l'autorité fédérale qui les finance sur la base de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux.
- Les **réseaux 107** et des **Nouvelles Politiques de Santé mentale pour Enfants et Adolescents** doivent s'intégrer dans l'organisation des soins en santé mentale en Wallonie (accessibilité et parcours de soins, lisibilité accrue de l'offre et des activités des différents intervenants).
- La réglementation relative aux **réseaux et services d'aide et de soins en assuétudes** n'est pas modifiée, en dehors de l'intégration dans les plates-formes de concertation des soins en santé mentale.

Méthode :

- Période transitoire prévue pour permettre l'adaptation des opérateurs.
- Concertation annoncée avec les secteurs concernés et l'AViQ (groupes de travail, préparation des arrêtés d'exécution, ...).
- Première lecture des arrêtés d'exécution prévue parallèlement à la troisième lecture de l'APD.

⁵ Cf. art.4 de l'APD insérant l'art.47/19, 3° dans le CWASS.

⁶ Cf. art.13 de l'APD insérant l'art.47/24, §1er dans le CWASS.

1.5 BUDGET ⁷

Montant total des mesures prises dans le présent avant-projet de Décret : 1,910M € correspondant à :

- Valorisation de la fonction médicale : 1,040M €.
- Valorisation des frais de fonctionnement : 870.152 €.

2. AVIS

Le CESE a examiné avec attention l'avant-projet de décret relatif à la santé mentale et fait part des commentaires suivants.

2.1 CONSIDERATIONS GENERALES

2.1.1 Vision globale et plan stratégique

Le CESE approuve la volonté du Gouvernement wallon d'opter pour une **vision intégrée en matière de santé mentale**. L'avant-projet de décret constitue une avancée importante en ce sens par l'intégration dans le CWASS, d'un plan stratégique en santé mentale ainsi que de l'ensemble des dispositifs wallons actifs dans ce domaine. Le Conseil souligne la concertation bénéfique menée par le Cabinet de la Ministre avec les représentants du secteur et ceux de l'AViQ, sur ce projet de texte.

Parmi les aspects positifs, le CESE pointe notamment les éléments suivants :

- L'intention de favoriser une approche globale par l'élaboration d'un plan stratégique en santé mentale sur 5 ans, sur base de données objectives et d'objectifs prioritaires.
- La création d'un comité de pilotage chargé du suivi de la mise en œuvre du plan stratégique.
- Un souci de cohérence accrue entre les divers services actifs dans ce domaine.
- Une programmation territoriale permettant d'avoir une vision d'ensemble de l'offre de services.
- Une implication des multiples acteurs concernés, qui constitue un gage de cohérence.
- Une approche pluridisciplinaire centrée sur le bénéficiaire.
- Un lien établi avec la première ligne de soins ainsi qu'avec le Plan de prévention et de promotion de la santé (plan WAPPS).

Le CESE indique qu'il faudra veiller à ce que l'intention annoncée puisse se réaliser concrètement. Une réelle vision intégrée suppose en effet de prévoir des lieux d'échange, une implication des acteurs et des engagements permettant de dépasser la simple juxtaposition de réglementations sur les différents dispositifs.

A ce stade, un certain flou subsiste sur l'élaboration même du **plan stratégique** et sur la composition du **Comité de pilotage**. ⁸ L'APD précise que « *Le Gouvernement définit et met en œuvre un plan stratégique pour la santé mentale dans le but de déterminer les objectifs et stratégies de santé mentale, en vue de contribuer à l'amélioration de la santé mentale en région de langue française en tenant compte*

⁷ Extrait de la note au GW du 20.10.22.

⁸ Il est mentionné que le plan stratégique sera mis en place « *en concertation avec l'ensemble des représentants des soins en santé mentale. En considérant que le secteur des soins résidentiels ne peut être représenté qu'à concurrence de 45 % par rapport au secteur des soins ambulatoires ou mobiles et de l'aide à distance (télé-accueil), dans une perspective de désinstitutionalisation* ». Cf. Exposé des motifs de l'APD (p.7).

des facteurs d'inégalité sociale de santé».⁹

Le Comité de pilotage quant à lui sera chargé de superviser la mise en oeuvre du plan de façon régulière (au moins une fois par an), de procéder à son évaluation tous les 5 ans et d'en proposer une version actualisée, le cas échéant.¹⁰

Le CESE estime qu'il serait judicieux d'associer les acteurs concernés dès l'entame du processus au moment de l'élaboration du plan. En outre, des clarifications devraient être apportées sur les acteurs qui seront désignés pour constituer le Comité de pilotage (ex. organismes assureurs, fédérations professionnelles, représentants syndicaux).¹¹ Le CESE estime utile d'envisager la participation de « *représentants de la population et des bénéficiaires* » mais indique que les représentants des interlocuteurs sociaux pourraient apporter une contribution tout aussi légitime, en particulier sur certaines thématiques (ex. impact des conditions de vie ou de travail sur la santé mentale des individus). Enfin, le CESE considère que le Comité de pilotage doit être en mesure d'assurer un suivi réel de la mise en oeuvre du plan stratégique. Une supervision « *au moins une fois par an* » paraît insuffisante à cet égard.¹²

2.1.2 Volet prospectif et instances consultatives

Le CESE s'interroge, en outre, sur l'articulation qui sera établie entre le Comité de pilotage et les instances de l'AViQ (ex. Commissions « Première ligne de soins » et « Santé mentale ») car cela n'est pas mentionné dans l'APD. Il estime que le présent projet de décret devrait prendre en compte les modifications envisagées dans l'APD relatif aux instances de l'AViQ, en cours de consultation.

Il convient en effet de faire le lien avec la mission stratégique des instances de l'AViQ. Le volet prospectif de l'Agence doit inclure également ce champ de la santé mentale.

2.1.3 Articulation entre les acteurs

Le CESE avait déjà manifesté son souhait d'une mise en connexion plus globale de l'ensemble de la ligne de soins en santé mentale (ambulatoire, hospitalière et résidentielle). Le plan stratégique, les plates-formes de concertation et les centres de référence en santé mentale sont autant de jalons importants pour atteindre cet objectif. Par ailleurs, dans le souci d'une proximité plus étroite avec les besoins de la personne, le rôle du médecin généraliste s'avère particulièrement essentiel. Il faut toutefois prendre en compte la pénurie de médecins généralistes, quant à leur nombre et leur répartition sur le territoire, ce qui pourrait affecter l'objectif visé.

Le Conseil souligne que l'articulation avec d'autres dispositifs (ex. intervenants des réseaux 107) répond aussi à la logique visée alors que cela n'est pas mentionné explicitement dans l'APD. D'une manière générale, il insiste sur l'importance d'une coordination de l'APD avec les compétences des autres niveaux de pouvoir (Fédéral, Féd. Wallonie-Bxl).

Il relève, en outre, que l'accroissement de cas psychiatriques finissent par impacter d'autres secteurs (ex. MR-MRS, action sociale/sans-abrisme, ...), faute d'accueil résidentiel suffisant en santé mentale. Le Conseil estime que ces constats doivent faire partie des éléments d'analyse de l'évolution des besoins.

⁹ Cf. art.7 de l'APD insérant l'art.47/20 dans le CWASS.

¹⁰ Cf. art.13 de l'APD insérant l'art.47/24, §2 dans le CWASS.

¹¹ Le Comité de pilotage est composé de représentants : du Ministre, de l'AViQ, du secteur actif dans le domaine de la santé mentale, des organismes assureurs wallons, de la population et des bénéficiaires concernés. La composition, les modalités de désignation et le fonctionnement du comité de pilotage sont précisés par le Gouvernement. Cf. art.13 de l'APD insérant l'art.47/24, §1er dans le CWASS.

¹² Cf. art.13 de l'APD insérant l'art.47/24, §2, 1^o dans le CWASS.

2.1.4 Évolution des besoins

Les professionnels de terrain formulent en effet une série de constats inquiétants observés ces dernières années sur l'accroissement de problématiques psychiatriques chez certains publics spécifiques (ex. personnes âgées, jeunes, population carcérale, personnes sans-abri ou sujettes aux assuétudes, etc.). Les crises successives n'ont fait qu'assombrir ce bilan interpellant face à une telle explosion de situations problématiques reflétées par la multitude, la diversité et la complexité des diagnostics.

Le CESE appuie donc la volonté du Gouvernement d'améliorer la qualité de services aux bénéficiaires sur base d'une confrontation actualisée entre les besoins et l'offre disponible, en tenant compte des difficultés rencontrées par le secteur. Le Conseil recommande d'effectuer une projection régulière et objective de l'évolution des besoins et des prises en charge mais également de procéder à un affinage des causes de l'augmentation structurelle des cas de troubles de santé mentale. Les dispositions prévues dans l'APD concernant l'obligation de recueil des données socio-sanitaires, fixée pour chaque dispositif, devraient contribuer à la réalisation de cet objectif.

2.1.5 Charges administratives

Le CESE souligne que les différentes tâches administratives confiées aux opérateurs concernant notamment la récolte des données socio-épidémiologiques, impliquent un surcroît de temps et de travail pour les services (encodage de données, digitalisation, etc.). Il convient de prévoir les moyens (humains, technologiques) permettant à ceux-ci de remplir correctement les missions qui leur sont confiées en la matière, car cela s'avère particulièrement important pour l'analyse des besoins et leur évolution.

2.1.6 Approche transversale et multidisciplinaire, centrée sur le bénéficiaire

Le CESE partage l'importance accordée à une approche transversale et pluridisciplinaire, intégrant : les besoins des patients, les caractéristiques et spécificités des services ainsi que celles des différents intervenants tant officiels qu'informels (y compris les politiques élaborées par les autres entités du pays au niveau fédéral et communautaire). Le Conseil approuve les dispositions du décret qui reflètent cette préoccupation : introduction de la définition de l'OMS, prise en compte des besoins du bénéficiaire (dossier individuel, droits du bénéficiaire, volonté d'inclusion dans la Cité, respect du secret professionnel, etc.).

2.1.7 Politique préventive

Le Conseil estime que la politique en santé mentale doit être centrée sur le bien-être individuel et collectif, en agissant en amont des pathologies psychiques. Raison pour laquelle il est essentiel le plan stratégique en santé mentale soit articulé avec le Plan de prévention et de promotion de la santé (WAPPS). Le CESE recommande d'accorder notamment une attention particulière à la politique préventive à l'égard des enfants et adolescents. L'adolescence peut en effet s'avérer une période critique pour la santé mentale des jeunes.¹³

¹³ Dans l'exposé des motifs de l'APD (p.8), on mentionne : « Sachant que la moitié des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de 14 ans, les soins en santé mentale sont organisés de manière à répondre tant aux enfants et adolescents, jusqu'à l'âge de 23 ans, qu'aux adultes quel que soit leur âge ».

2.1.8 Liberté thérapeutique

Le CESE considère qu'il est pertinent d'insister sur la liberté thérapeutique et associative au sein des institutions. Il constate avec satisfaction que la liberté thérapeutique est évoquée pour chacun des dispositifs repris dans l'APD.

2.1.9 Liberté de choix et accessibilité financière des bénéficiaires

La programmation des services devrait permettre une visibilité accrue de l'offre disponible pour les bénéficiaires sur l'ensemble du territoire, dans les différents registres d'intervention. Le CESE indique que l'accessibilité financière des patients à ce type de services, reste toutefois compliquée pour certaines catégories de publics en difficultés.

2.1.10 Budget

Le CESE avait souligné la nécessité d'un refinancement global du secteur pour assurer une continuité des soins en santé mentale, à inscrire dans la durée. Il approuve donc l'effort substantiel consenti avec l'octroi d'un budget supplémentaire de 2 millions € (1,040M pour la fonction médicale et 870.000€ pour les frais de fonctionnement).

L'APD mentionne néanmoins que la nouvelle approche en santé mentale s'inscrit dans le cadre des limites budgétaires annoncées. Cela pose la question de la continuité des services dans le chef des opérateurs.

2.1.12 Arrêtés d'exécution

Le CESE relève que l'APD prévoit de multiples délégations au GW sur de nombreux aspects. Beaucoup de points doivent faire l'objet de précisions dans les arrêtés d'exécution. Il demande donc d'être consulté sur ces mesures exécutoires qui permettront d'avoir un aperçu plus complet des dispositions relatives à ce champ d'activités. Il recommande également de poursuivre la concertation sectorielle avec l'ensemble des acteurs concernés (notamment les représentants patronaux et syndicaux tant du secteur public que du secteur privé) dans ces différents secteurs.

2.2 CONSIDERATIONS PARTICULIERES SUR LES DISPOSITIFS

2.2.1 Les services de santé mentale

Concernant les **services de santé mentale** (SSM), le CESE est favorable à la volonté du GW d'uniformiser une série de dispositions (ex. tarifs, liberté de choix du patient sur le territoire, ...) mais préconise de maintenir une certaine latitude pour les services concernant l'affectation des places et l'accès à leurs prestations.

En effet, l'APD indique que les SSM doivent pouvoir accueillir toute demande mais s'avère moins précis sur la manière d'opérer les **choix prioritaires**. Le texte mentionne que « *Si le service de santé mentale n'est pas en mesure de répondre à chaque demande de prise en charge, il prend en charge d'abord les demandeurs en situation de précarité psychique, financière ou sociale et il réoriente autant que possible les autres demandeurs* ». ¹⁴ Encore faut-il pouvoir définir quelle est une personne vulnérable, une marge d'appréciation doit être préservée pour les services à ce propos.

¹⁴ Cf. art.169 de l'APD modifiant l'art.544, §2 dans le CWASS.

En tout état de cause, le CESE souligne la pertinence de distinguer l'accueil du soin. Si toute demande émanant de bénéficiaires doit être accueillie, le SSM ne doit pas nécessairement être le lieu du soin proprement dit, une réorientation vers un autre service étant toujours possible. En conséquence, il est intéressant d'établir un focus sur les personnes confrontées à des réalités financières les empêchant d'avoir accès à une autre offre de soin ou celles dont les difficultés psychiques nécessitent un soin pluridisciplinaire.

Concernant les **missions** des SSM, le CESE est favorable au maintien d'une approche de première ligne, préventive et généraliste, permettant de favoriser une société inclusive, approche qui pourrait être mise à mal par la définition de missions ou de publics prioritaires. Les missions des SSM ne doivent pas être cantonnées à la prise en charge d'urgence de personnes en grande précarité. Le CESE plaide pour un accueil généraliste et large au sein des SSM, en réponse à des difficultés psychiques variées, dimension qui participe à la richesse professionnelle des soignants et à la qualité des soins. Il mentionne, par exemple, le rôle de prévention secondaire rempli par les SSM, en lien avec les services visant d'autres publics tels que la petite enfance, l'adolescence et les personnes âgées.

Le CESE constate, en outre, qu'une distinction est établie entre les **activités prioritaires** et les **activités complémentaires** des SSM ¹⁵. Il se demande qui va décider des activités relevant de ces deux catégories, dans quel cadre et sur base de quels critères.

De même, l'APD précise que la mission du SSM s'organise en **deux lignes de soins** établissant une distinction entre les soins primaires et les soins spécialisés. ¹⁶ Des précisions devront aussi être apportées à cet égard. Le CESE rappelle l'importance d'une prise en charge tant préventive que curative. A cet égard, un suivi qui s'inscrit dans la durée et à fréquence variée, permet d'éviter les décompensations, les hospitalisations et à terme la désinsertion sociale. En tout état de cause, il convient de respecter l'autonomie des SSM pour évaluer le soin adéquat et en définir les modalités.

Concernant le « **pair-aidant** », le CESE s'interroge sur la stratégie politique visée par l'apport de ce type de personnes et pourquoi on n'envisage cette possibilité seulement pour les SSM.

Concernant le **personnel de direction**, le CESE relève la distinction établie entre la direction thérapeutique et la direction administrative, les deux fonctions devant être exercées par des personnes distinctes. Le CESE approuve l'augmentation substantielle prévue notamment pour le renforcement de la fonction médicale au sein des SSM, compte tenu des difficultés de recrutement de psychiatres et pédopsychiatres dans ce secteur. ¹⁷ Il ne faut toutefois pas oublier les autres fonctions utiles, parallèlement à celles du soin (ex. personnel administratif et non-soignant).

2.2.2 Les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitation protégée (IHP)

Concernant les **maisons de soins psychiatriques (MSP)** et les **initiatives d'habitation protégée (IHP)**, le CESE relève qu'un certain nombre de dérogations par rapport aux nouvelles règles prévues dans l'APD, sont autorisées pour les structures existantes. Il s'interroge sur les limites effectives qui seront imposées à ces dérogations.

¹⁵ Cf. art. de l'APD modifiant les art.540 et 550 du CWASS.

¹⁶ Cf. art.163 de l'APD modifiant l'art.540 dans le CWASS : « Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés et pluridisciplinaires au sein de la communauté. Ces soins se caractérisent par une accessibilité universelle et une approche globale axée sur la personne. Le service de santé mentale dispense ces soins en partenariat durable avec les bénéficiaires, leur médecin généraliste, leurs aidants proches et les pairs-aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. Les soins de deuxième ligne consistent à assurer sur le long terme et de manière chronique le suivi des bénéficiaires par des soins pluridisciplinaires et spécialisés ».

¹⁷ Cf. art.188 et 189 de l'APD modifiant les art.560 et 561 dans le CWASS.

Concernant les infrastructures et les contingences imposées aux bâtiments, le CESE recommande de prévoir une période de transition. En effet, ces structures héritées de la 6^{ème} réforme de l'État bénéficiaient antérieurement d'une intervention dans le cadre du BMF des hôpitaux. Il conviendra de programmer les investissements nécessaires dans les plans de construction pour ce type d'infrastructures.

Le CESE a approuvé les mesures récentes adoptées par le GW (avant-projets d'arrêtés de financement et octroi de subventions) destinées à renforcer l'encadrement des bénéficiaires et améliorer les conditions de travail du personnel au sein des IHP et MSP, en application de l'accord cadre tripartite intersectoriel du secteur non-marchand 2021-2024.¹⁸

Le CESE tient néanmoins à insister sur l'importance d'un nombre suffisant de places au sein du secteur résidentiel, en regard du parcours de soin et/ou du trajet de prise en charge des bénéficiaires. Or ce secteur (IHP, MSP) souffre d'une insuffisance chronique de l'offre face à l'explosion des situations problématiques pour les personnes exposées aux troubles psychiatriques ou en grande souffrance psychologique. Le Conseil indique que le désinvestissement dans le secteur résidentiel entraîne le développement de structures « pirates » n'offrant pas toutes les garanties de qualité, alors qu'il est essentiel de prévoir des dispositifs agréés dans ce champ d'intervention hautement sensible.

2.2.3 Le transport médico-sanitaire

Le CESE estime opportun que l'on prévoie un chapitre distinct dans le CWASS concernant ce dispositif.

¹⁸ Cf. Avis n°1514 relatif à l'accord non-marchand – IHP/MSP, adopté le 5 décembre 2022, disponible sur www.cesewallonie.be, rubrique « Avis ».

ANNEXE - CONTENU DE L'AVANT-PROJET DE DECRET ¹⁹

1. Plan stratégique pour la santé mentale

Un **Plan stratégique pour la santé mentale** est inséré dans un livre préliminaire bis de la deuxième partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable (CWASS). Ce Plan a pour but « *de déterminer les objectifs et stratégies de santé mentale, en vue de contribuer à l'amélioration de la santé mentale en région de langue française en tenant compte des facteurs d'inégalité sociale de santé* ».

Le Plan est établi pour 5 ans minimum et contient les éléments suivants : diagnostic, analyse des facteurs d'inégalité, besoins de la population, objectifs, actions et stratégies à mettre en œuvre.

Le Plan fait l'objet d'une évaluation tous les 5 ans par le Comité de pilotage. Le Comité de pilotage est composé de représentants : du Ministre, de l'AViQ, du secteur actif dans le domaine de la santé mentale, des organismes assureurs wallons, de la population et des bénéficiaires concernés. Le Comité de pilotage supervise la mise en œuvre du Plan, établit une évaluation tous les 5 ans et propose au GW une version actualisée du Plan.

2. Transport médico-sanitaire

L'APD définit dans les dispositifs de soins en santé mentale, un titre spécifique qui est inséré dans le CWASS concernant le transport médico-sanitaire (cf. APD ad hoc).

3. Centres de référence en santé mentale

Des modifications sont apportées concernant les centres de référence en santé mentale.

Un centre de référence agréé en santé mentale a pour **mission** de soutenir l'ensemble du secteur des soins en santé mentale agréé par la Région wallonne ainsi que les professionnels de l'aide et des soins visés par le CWASS, qui sont confrontés à des personnes présentant des difficultés psychologiques ou des troubles psychiatriques, afin d'aider les professionnels à soutenir efficacement ces personnes dans leur cheminement vers le rétablissement de leur autonomie et de leur inclusion dans leur communauté de vie.

Cette mission s'exerce par différentes **actions** telles que : observation des pratiques, collecte et diffusion d'informations spécialisées et de données socio-épidémiologiques auprès des professionnels du secteur, participation à des concertations, etc.

L'APD définit les conditions et la procédure relative à l'**agrément** des centres de référence en santé mentale.

Un **comité d'accompagnement** est institué auprès de chaque centre de référence en santé mentale, ayant pour mission d'évaluer la mission générale et le plan d'action du centre. Ce comité est composé de représentants : du centre concerné, du secteur et des professionnels agréés en santé mentale, des personnes prises en charge et des réseaux constitués à leur encontre (sur appel à candidatures, modalités de procédure de désignation à préciser).

¹⁹ Extraits de la note au GW du 20.10.22 et de l'APD.

Un ou plusieurs **centres de référence spécifiques** peuvent être agréés, en relation avec des thématiques spécifiques de santé mentale (même dispositions que pour les centres de référence généraux mais pour une thématique spécifique).

L'APD prévoit également une **subvention** annuelle destinée à couvrir des frais de personnel et des frais de fonctionnement des centres de références agréés. Il définit en outre les dispositions relatives aux **obligations** comptables ainsi qu'aux principes **d'évaluation-contrôle-sanction**.

4. Maisons de soins psychiatriques

Des modifications sont apportées concernant les maisons de soins psychiatriques (MSP).

Une maison de soins psychiatriques a pour **mission** d'héberger, d'accompagner et de fournir les soins adéquats et nécessaires, en séjour de jour et de nuit, aux personnes concernées, en vue de raccourcir leur séjour en hôpital psychiatrique ou de leur éviter un séjour en hôpital psychiatrique.

La maison de soins psychiatriques est destinée aux **bénéficiaires** suivants :

1° personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé, étant entendu qu'elles :

- a) ne requièrent pas de traitement hospitalier ;
- b) n'entrent pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné leur état psychique ;
- c) n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;
- d) ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique non-interrompue ;
- e) nécessitent un accompagnement continu ;

2° personnes en situation de handicap mental, étant entendu qu'elles :

- a) ne requièrent pas de traitement hospitalier ;
- b) n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;
- c) n'entrent pas en ligne de compte pour une admission dans un service résidentiel ou résidentiel de nuit pour adultes ou un service de logements supervisés ;
- d) ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique non-interrompu ;
- e) nécessitent un accompagnement continu.

Le bénéficiaire peut, en cas de crise ou de nécessité de procéder à un traitement et des soins cliniques, être admis temporairement dans un hôpital afin d'y subir des examens et traitements appropriés, avant de réintégrer la MSP.

Un **règlement** établit les conditions et la procédure d'admission, d'exclusion et de départ des bénéficiaires de la MSP. Celui-ci doit être communiqué à tous les bénéficiaires, à toute personne souhaitant intégrer la maison de soins psychiatrique ou à son représentant ainsi qu'à l'AViQ.

Dans l'intérêt des bénéficiaires, la MSP conclut une **convention** écrite avec au moins un hôpital psychiatrique et est membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale.

Les projets et actions de la MSP s'exercent dans le cadre d'un **projet de service** d'une durée maximale de cinq ans. Le projet de service reprend au moins les éléments suivants :

- 1° l'identification de la maison de soins psychiatriques ;
- 2° l'environnement de la maison de soins psychiatriques en termes territorial et institutionnel ;
- 3° l'organisation de la maison de soins psychiatriques et son articulation avec le réseau ;
- 4° la définition des objectifs et du plan d'actions ;
- 5° les mécanismes d'auto-évaluation.

La maison de soins psychiatriques doit disposer, pour l'accompagnement des bénéficiaires, du **personnel** en nombre suffisant (statutaire ou sous contrat de travail, titres, qualifications normes d'encadrement à préciser dans l'arrêté d'exécution). L'exercice de certaines fonctions peuvent être exercées par des prestataires indépendants liés au pouvoir organisateur par une convention de collaboration. Le pouvoir organisateur désigne le médecin psychiatre chargé de la supervision de l'équipe pluridisciplinaire (qualifications minimales exigées pour exercer cette fonction de supervision à préciser dans l'arrêté d'exécution).

Le pouvoir organisateur de la maison de soins psychiatriques respecte la **liberté thérapeutique** des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et le pouvoir organisateur sont tenus au **secret professionnel** pour tous les éléments relatifs aux bénéficiaires dont ils ont ou pourraient avoir connaissance. Toute infraction à l'obligation de secret professionnel est sanctionnée conformément à l'article 458 du code pénal.

L'APD définit les dispositions relatives au **bâtiment** :

- Capacité de 10 lits minimum et 60 lits maximum (sauf dérogation).
- Implantation en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique, dans la communauté de vie locale, de manière telle qu'elle puisse assurer le bien-être psychique des bénéficiaires.
- Chambres à un ou deux lits, espaces communs, espace extérieur (superficies et volumes à préciser dans l'arrêté d'exécution).
- Respect des normes de salubrité et de protection contre l'incendie.
- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

L'APD définit les dispositions relatives au **cadre de vie** : atmosphère familiale et agréable, respect de l'intimité des bénéficiaires, vie communautaire régie par un ROI.

Pour chaque bénéficiaire, il est constitué un **dossier individuel** contenant les données médicales, sociales et administratives nécessaires, adéquates et pertinentes pour la prise en charge et à la continuité des soins dans le respect des règles déontologiques et de protection de la vie privée (RGPD, protocole de protection des données). L'APD énumère les 25 points qui doivent figurer dans le dossier individuel. Celui-ci doit être soigneusement tenu à jour et conservé selon des règles de sécurité appropriées. Le bénéficiaire a droit à la consultation du dossier le concernant (hors annotations personnelles d'un membre de l'équipe et données concernant des tiers, possibilité de se faire assister par une personne de confiance et/ou via l'intermédiaire d'un membre de l'équipe de la MSP ou d'une autre MSP désigné par lui – modalités à préciser dans l'arrêté d'exécution).

Les règles applicables à la distribution et à la conservation des **médicaments** sont à préciser dans l'arrêté d'exécution.

L'APD définit également les **droits spécifiques du bénéficiaire** (information sur le fonctionnement de la MSP, son caractère multidisciplinaire, les coûts, garantie de la continuité des soins, fiche de liaison entre intervenants, état d'avancement du processus thérapeutique en phase avec la temporalité et les préoccupations du bénéficiaire, gestion de l'argent et des biens, etc.).

L'APD établit les **dispositions financières** applicables aux MSP :

- Modalités de calcul du prix d'hébergement en MSP (à préciser dans l'arrêté d'exécution) tenant compte d'un montant minimal de revenus, déterminé par le Gouvernement, qui doit être laissé à la libre disposition du bénéficiaire.
- Respect de la tarification établie par le Gouvernement.
- Calcul de l'intervention des organismes assureurs dans le prix d'hébergement déterminé par le Gouvernement.
- Obligation de tenue d'une comptabilité double, bilan et compte de résultats.

L'APD définit les dispositions relatives aux **données socio-sanitaires** :

- La MSP recueille des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires (17 points énumérés), ayant pour finalité :
 - 1° d'établir le profil des bénéficiaires que la maison de soins psychiatriques prend en charge et, sur la base de ces données, d'orienter le projet de service ;
 - 2° d'alimenter la recherche et l'analyse au niveau du territoire de la région de langue française, en compris pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale.
- Ces données doivent permettre d'identifier au moins :
 - 1° les caractéristiques sociologiques et de santé mentale de la population qui entre dans la MSP ;
 - 2° le périmètre d'accessibilité de la maison de soins psychiatrique ;
 - 3° les parcours des bénéficiaires dans le réseau d'aide et de soins.
- Les données sont anonymisées, transmises à l'AViQ qui en effectue une analyse globalisée communiquées aux MSP et au comité de pilotage du Plan stratégique pour la santé mentale.

L'APD définit les dispositions relatives à la **programmation** et à l'**agrément** des MSP (conditions, procédure, retrait, sanctions).

5. Initiatives d'habitations protégées

Des modifications sont apportées concernant les initiatives d'habitations protégées (IHP).

Une initiative d'habitations protégées a pour **mission** d'héberger et d'accompagner des personnes majeures qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées.

Tous les projets et actions de l'initiative d'habitations protégées s'exercent dans le cadre d'un **projet de service**, d'une durée maximale de 5 ans, centré prioritairement sur le bénéficiaire.

Le projet de service reprend au moins les éléments suivants :

- 1° l'identification de l'IHP ;
- 2° l'environnement de l'IHP en termes territorial et institutionnel ;
- 3° l'organisation de l'IHP et son articulation avec le réseau ;
- 4° la définition des objectifs et du plan d'actions ;
- 5° les mécanismes d'auto-évaluation.

Le **plan d'actions** doit s'inscrire dans les objectifs, actions et stratégies prévus par le Plan stratégique pour la santé mentale.

L'IHP est destinée aux **bénéficiaires** adultes qui réunissent l'ensemble des caractéristiques suivantes:

- 1° elles présentent un trouble psychiatrique ;
- 2° elles nécessitent l'organisations d'activités de jour spécifiques ;
- 3° elles nécessitent un accompagnement axé essentiellement sur le développement maximal de l'autonomie individuelle.

Le bénéficiaire peut être admis temporairement dans un hôpital afin d'y subir des examens et traitements appropriés, avant de réintégrer l'IHP.

Un **règlement** établit les conditions et la procédure d'admission, d'exclusion et de départ des bénéficiaires de l'IHP. Celui-ci doit être communiqué à tous les bénéficiaires, à toute personne souhaitant intégrer l'IHP ou à son représentant ainsi qu'à l'AViQ.

Dans l'intérêt des bénéficiaires, l'IHP doit comprendre parmi ses membres au moins (ou à défaut établir une convention de collaboration avec une ou plusieurs institutions de cette catégorie) :

- 1° un hôpital psychiatrique ou un hôpital général disposant d'un service psychiatrique ;
- 2° une maison de soins psychiatrique ;
- 3° un service de santé mentale.

L'IHP est membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale. L'initiative d'habitations protégées est gérée d'une manière distincte par rapport à d'autres institutions ou services relevant du même pouvoir organisateur.

L'IHP doit disposer, pour l'accompagnement des bénéficiaires, du **personnel** en nombre suffisant (fonctions, titres et qualifications, normes d'encadrement à définir dans l'arrêté d'exécution). Personnel statutaire, contractuel ou sous convention de collaboration avec des prestataires indépendants. Le pouvoir organisateur désigne la personne chargée de la supervision de l'équipe pluridisciplinaire (qualifications et tâches spécifiques à définir dans l'arrêté d'exécution). Une concertation pluridisciplinaire doit être organisée.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et le pouvoir organisateur sont tenus au **secret professionnel** pour tous les éléments relatifs aux bénéficiaires dont ils ont ou pourraient avoir connaissance. Toute infraction à l'obligation de secret professionnel est sanctionnée conformément à l'article 458 du code pénal.

L'APD définit les dispositions relatives au **bâtiment** :

- Implantation en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique, dans la communauté de vie locale, de manière telle qu'elle puisse assurer une réinsertion sociale des bénéficiaires.
- Chambres à un lit (sauf dérogation), espaces communs, espace extérieur (superficies et volumes à préciser dans l'arrêté d'exécution).
- Respect des normes de salubrité et de protection contre l'incendie.
- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

L'APD définit les dispositions relatives au **cadre de vie** : atmosphère familiale et agréable, respect de l'intimité des bénéficiaires, vie communautaire régie par un ROI. Un **contrat de séjour** doit être signé entre le bénéficiaire et le pouvoir organisateur (conditions de location, coût du séjour, conditions de résiliation).

Pour chaque bénéficiaire, il est constitué un **dossier individuel** contenant les données médicales, sociales et administratives nécessaires, adéquates et pertinentes pour la prise en charge et à la

continuité des soins dans le respect des règles déontologiques et de protection de la vie privée (RGPD, protocole de protection des données). Cf. mêmes dispositions que pour les MSP.

L'APD définit également les **droits spécifiques du bénéficiaire** (information sur le fonctionnement de l'IHP, son caractère multidisciplinaire, les coûts, garantie de la continuité des soins, fiche de liaison entre intervenants, état d'avancement du processus thérapeutique en phase avec la temporalité et les préoccupations du bénéficiaire, gestion de l'argent et des biens, etc.).

L'APD établit les **dispositions financières** applicables aux IHP :

- Modalités de calcul du prix d'hébergement en IHP (à préciser dans l'arrêté d'exécution), déterminé par le Gouvernement.
- Respect de la tarification établie par le Gouvernement.
- Calcul de l'intervention des organismes assureurs dans le prix d'hébergement déterminé par le Gouvernement.
- Obligation de tenue d'une comptabilité double, bilan et compte de résultats.

L'APD définit les dispositions relatives aux **données socio-sanitaires** :

L'IHP recueille des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires (19 points énumérés), ayant pour finalité :

- 1° d'établir le profil des bénéficiaires que l'IHP prend en charge et, sur la base de ces données, d'orienter le projet de service ;
- 2° d'alimenter la recherche et l'analyse au niveau du territoire de la région de langue française, en compris pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale.

Ces données doivent permettre d'identifier au moins :

- 1° les caractéristiques sociologiques et de santé mentale de la population qui consulte l'IHP ;
- 2° le périmètre d'accessibilité de l'IHP ;
- 3° les parcours des bénéficiaires dans le réseau d'aide et de soins.

Les données sont anonymisées, transmises à l'AViQ qui en effectue une analyse globalisée communiquées aux IHP et au comité de pilotage du Plan stratégique pour la santé mentale.

L'APD définit les dispositions relatives à la **programmation** et à l'**agrément** des MSP (conditions, procédure, retrait, sanctions).

6. Services de santé mentale

Des modifications sont apportées concernant les services de santé mentale (SSM).

Afin d'assurer à la population de la région de langue française une aide et des soins en matière de santé mentale en dehors des hôpitaux et services hospitaliers psychiatriques, le Gouvernement (ou son délégué) agréé et subventionne des services de santé mentale.

Le service de santé mentale est un **service de santé ambulatoire** qui, dans le cadre de la prévention secondaire (stade précoce) et tertiaire (complications et risques de récurrence), par une approche pluridisciplinaire médico-psycho-sociale globale et intégrée, répond aux difficultés psycho-sociales ou psychologiques, ou aux troubles psychiatriques du bénéficiaire.

Le **bénéficiaire** est toute personne, toute famille ou tout groupe de personnes fragilisées de manière momentanée ou chronique par des difficultés psychologiques ou psycho-sociales ou des troubles psychiatriques, qui bénéficie de l'intervention d'un service de santé mentale.

L'**aidant proche** est une personne qui apporte une aide et un soutien continus ou réguliers au demandeur ou au bénéficiaire, reconnue conformément à la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche.

Le **pair-aidant** est une personne qui est ou a été atteinte de difficultés psycho-sociales ou psychologiques ou de troubles psychiatriques et qui, sur la base de cette expérience et d'une formation spécifique destinée aux pairs-aidants en santé mentale ou assuétudes, fournit une aide dans le service.

Le service de santé mentale a pour **mission** de soutenir le bénéficiaire dans son cheminement vers son autonomie et son inclusion dans sa communauté de vie de manière à lui permettre de bénéficier d'un meilleur état de santé mentale. Cette mission s'organise en deux lignes de soins :

Les **soins de première ligne** consistent à dispenser des soins de santé intégrés et pluridisciplinaires au sein de la communauté. Ces soins se caractérisent par une accessibilité universelle et une approche globale axée sur la personne. Le service de santé mentale dispense ces soins en partenariat durable avec les bénéficiaires, leur médecin généraliste, leurs aidants proches et les pairs-aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. Les **soins de deuxième ligne** consistent à assurer sur le long terme et de manière chronique le suivi des bénéficiaires par des soins pluridisciplinaires et spécialisés.

Dans le cadre de sa mission, le service de santé mentale réalise les **activités prioritaires** suivantes : accueil, réponse à la demande, prise en charge multidisciplinaire, évaluation régulière de la prise en charge.

Le SSM utilise les approches et les moyens qu'il estime les plus efficaces et pertinents, en ce compris le travail en réseau, en tenant compte de l'état actuel des connaissances scientifiques. Tous les projets et actions du service de santé mentale, en ce compris ceux de ses différents sièges, initiatives spécifiques, clubs thérapeutiques et autres actions complémentaires, s'exercent dans le cadre d'un **projet de service**, élaboré pour une durée maximale de cinq ans et centré sur le bénéficiaire.

Le projet de service reprend au moins les éléments suivants :

- 1° l'identification du SSM ;
- 2° l'environnement du SSM en termes territorial et institutionnel ;
- 3° l'organisation du SSM et son articulation avec le réseau ;
- 4° la définition des objectifs et du plan d'actions ;
- 5° les mécanismes d'auto-évaluation.

L'APD précise les modalités de réception des demandes et les **priorités** accordées par rapport aux demandes formulées. Le SSM prend en charge les personnes :

- 1° qui présentent des difficultés psychologiques ou psycho-sociales ou des troubles psychiatriques ;
- 2° et qui soit nécessitent une collaboration pluridisciplinaire, soit sont dans une situation de précarité financière.

Si le service de santé mentale n'est pas en mesure de répondre à chaque demande de prise en charge, il prend en charge d'abord les demandeurs en situation de précarité psychique, financière ou sociale et il réoriente autant que possible les autres demandeurs.

Une **concertation pluridisciplinaire** est instaurée dans chaque service de santé mentale (min 1x par semaine). L'objectif prioritaire de cette concertation pluridisciplinaire est de définir la prise en charge la plus adéquate, efficace et pertinente pour le bénéficiaire en fonction de ses besoins et ressources,

de son évolution, de l'évolution de sa prise en charge, des ressources disponibles au sein du service de santé mentale ou dans les réseaux.

Le SSM peut accomplir les **activités complémentaires** suivantes : réalisation d'expertises, organisation d'activités au bénéfice d'autres professionnels sous forme d'information, de supervision ou de formation, des activités ou projets à destination d'un public spécifique. La réalisation des missions visées dans l'accord de coopération du 8 octobre 1998 relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel est considérée comme une initiative spécifique.

Le SSM est en outre tenu de collaborer avec les **réseaux**, dans l'intérêt des bénéficiaires (action centrée sur les besoins du bénéficiaire, suivi des décisions, continuité et complémentarité de la prise en charge, conventions de collaboration à établir le cas échéant, etc.). Le SSM travaille avec l'**entourage** du bénéficiaire, ses proches et les professionnels de l'aide et du soin, dans la mesure où la prise en charge le requiert. Le SSM choisit librement les institutions avec lesquelles il souhaite développer une concertation institutionnelle. Il est membre au moins d'une **plate-forme** de concertation en santé mentale.

Le **personnel** réalise les activités liées aux fonctions, dans le respect des règles de l'art de sa profession, sous la responsabilité conjointe de la direction administrative et de la direction thérapeutique du service (titres, diplômes, expérience requise, formation continuée, à préciser dans l'arrêté d'exécution). Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire est engagé par le pouvoir organisateur du service de santé mentale : soit en tant que travailleur salarié sous statut, soit en tant que travailleur salarié sous contrat de travail, soit en tant que psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue indépendant dans le cadre d'une convention de collaboration (contenu, conditions et modalités de la convention de collaboration, à préciser dans l'arrêté d'exécution).

La **direction thérapeutique** est exercée par un médecin du service de santé mentale (psychiatre ou pédopsychiatre). Le nombre d'heures minimal consacré à la fonction de directeur thérapeutique sera défini par l'arrêté d'exécution. Le directeur thérapeutique ne peut exercer simultanément la fonction de directeur administratif. Le **directeur administratif** et le directeur thérapeutique exercent leurs fonctions respectives en pleine collaboration l'un avec l'autre, pour le bon accomplissement des missions du service (réponse aux demandes, continuité, efficacité et qualité des missions).

L'équipe peut s'adjoindre la compétence d'un **pair-aidant** (engagé sous statut de volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires).

Le nombre d'ETP subventionnés attribués pour la direction administrative, l'accueil et le secrétariat ainsi que pour la fonction sociale, la fonction psychologique, la fonction psychiatrique et les fonctions complémentaires, est défini par arrêté d'exécution.

La **fonction sociale** peut être assurée soit par un assistant social, soit par un infirmier spécialisé dans les matières sociales ou en santé communautaire (par dérogation : les éducateurs A1 ou les assistants en psychologie qui exercent la fonction sociale au 1^{er} janvier 2023 peuvent poursuivre cette fonction et être subsidiés, jusqu'au moment où ils cessent définitivement d'exercer la fonction sociale).

La **fonction psychologique** est assurée par un psychologue clinicien (par dérogation : les psychologues non cliniciens qui exercent la fonction psychologique au 1^{er} janvier 2023 peuvent poursuivre cette fonction et être subsidiés, jusqu'au moment où ils cessent définitivement d'exercer la fonction psychologique).

La **fonction psychiatrique** est exercée par un médecin psychiatre ou pédopsychiatre. Le service peut conclure une convention de collaboration avec un médecin psychiatre ou pédopsychiatre indépendant exerçant la fonction psychiatrique pour le nombre d'heures spécifiées dans l'agrément.

Une dérogation au nombre d'équivalents temps plein subventionnés peut être accordée lorsque le pouvoir organisateur du SSM fait la preuve de l'impossibilité matérielle d'engager un nombre suffisant de psychiatres ou pédopsychiatres pour remplir le cadre attribué et propose des mesures compensatoires qu'il s'engage à mettre en œuvre (durée max. 1 an, renouvelable). L'objectif est de maintenir l'accessibilité aux soins et d'assurer le recours à une direction thérapeutique pour les membres de l'équipe.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire, le pouvoir organisateur, les pairs-aidants et les membres des réseaux sont tenus au **secret professionnel** pour tous les éléments relatifs aux bénéficiaires dont ils ont ou pourraient avoir connaissance. Toute infraction à l'obligation de secret professionnel est sanctionnée conformément à l'article 458 du code pénal.

Le service de santé mentale est assisté par un **conseil d'avis**, composé au minimum de deux représentants du pouvoir organisateur, du directeur administratif et du directeur thérapeutique et de deux représentants de l'équipe, dont chacun relève d'une fonction différente (conditions et modalités de la concertation organisées par le conseil, à définir dans l'arrêté d'exécution).

L'APD définit également les **droits spécifiques** du bénéficiaire (libre choix du service, qualité des prestations, respect de la dignité humaine et de l'autonomie, non-discrimination) et les modalités relatives à son **dossier individuel** (25 points énumérés, respect RGPD, dispositions relatives à la consultation du dossier).

Le bénéficiaire peut disposer à tout moment d'une information claire sur le fonctionnement du SSM, son caractère multidisciplinaire, le coût des prestations et les réductions éventuelles, les modalités des soins, ses droits notamment en matière d'échange d'informations sur les données qu'il communique, etc.).

Le service de santé mentale est tenu d'assurer la continuité des soins du bénéficiaire qu'il prend en charge. Dans le cadre de la prévention tertiaire, chaque service de santé mentale évalue régulièrement avec le bénéficiaire l'avancement du **processus thérapeutique** en phase avec la temporalité et les préoccupations de celui-ci (modalités de l'évaluation à définir dans le projet de service).

Le bénéficiaire a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que le dispositif des SSM, auprès de la **fonction de médiation** compétente (missions définies dans l'APD, précisions à apporter dans l'arrêté d'exécution concernant les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort).

L'APD définit les dispositions relatives aux **données socio-épidémiologiques** :

Le SSM recueille des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires (19 points énumérés), ayant pour finalité :

- 1° d'établir le profil des bénéficiaires que le SSM prend en charge et, sur la base de ces données, d'orienter le projet de service ;
- 2° d'alimenter la recherche et l'analyse au niveau du territoire de la région de langue française, en compris pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale.

Ces données doivent permettre d'identifier au moins :

- 1° les caractéristiques sociologiques et de santé mentale de la population qui consulte le SSM ;
- 2° le périmètre d'accessibilité du lieu de consultation ;
- 3° les parcours des bénéficiaires dans le réseau d'aide et de soins.

Les données sont anonymisées, transmises à l'AViQ qui en effectue une analyse globalisée communiquées aux SSM et au comité de pilotage du Plan stratégique pour la santé mentale.

L'APD mentionne les aspects relatifs à l'**accessibilité** des SSM. Le service de santé mentale veille à disposer de locaux aisément accessibles depuis l'ensemble du territoire qu'il dessert. Les locaux de chaque siège sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (échelonnage possible des travaux). Les locaux du service de santé mentale ne peuvent jamais être mis à disposition d'un prestataire indépendant lorsque celui-ci ne respecte pas les honoraires maximaux fixés dans la convention de collaboration. Les heures d'ouverture des services de santé mentale, ainsi que les modalités de l'organisation de consultations à distance sont définies par l'arrêté d'exécution.

L'APD précise que le SSM doit tenir une **comptabilité** en partie double par année budgétaire et doit fournir annuellement un bilan et un compte de résultats selon le modèle déterminé par le Gouvernement.

L'APD définit les dispositions relatives à la **programmation** et à l'**agrément** des SSM (conditions, procédure, retrait, sanctions).

Les activités de chaque SSM font l'objet d'une **évaluation** qualitative périodique par l'Agence. Le SSM est tenu de participer activement à son évaluation et de collaborer avec l'Agence pour l'élaboration et le suivi de cette évaluation (modalités et procédure d'évaluation à préciser dans l'arrêté d'exécution).

Le **contrôle administratif et financier** du SSM est exercé par les membres du personnel de l'Agence désignés à cet effet.

7. Les plates-formes de concertation en santé mentale

Des modifications sont apportées concernant les plates-formes de concertation en santé mentale. Le GW agréée et subventionne (dans la limite des crédits budgétaires) des plates-formes de concertation en santé mentale. Il est précisé que ces dispositions s'appliquent sans préjudice des compétences respectives de l'Etat fédéral et de la Communauté française.

Les plates-formes de concertation en santé mentale ont pour objet les **missions** suivantes :

- 1° identifier l'offre de santé mentale et les besoins de soins en santé mentale sur leur territoire ;
- 2° soutenir l'amélioration de la qualité des soins en santé mentale sur leur territoire ;
- 3° favorisent le partage des pratiques entre les acteurs du domaine de la santé mentale ;
- 4° contribuer à l'élaboration, à la mise œuvre et à l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale pour la Wallonie, sur le territoire de langue française, sur la base de sa concertation territoriale locale, en regroupant tous les acteurs œuvrant sur le territoire de la plate- forme ;
- 5° organiser la fonction de médiation en santé mentale, pour l'ensemble des dispositifs de santé mentale sur leur territoire et entre leurs membres ;
- 6° participer, sur leur territoire, au développement des réseaux de soins en santé mentale ainsi qu'au réseaux d'aide et de soins en assuétudes.

A cet effet, les plates-formes de concertation en santé mentale développent les **activités** suivantes :

- 1° mener une concertation avec les centres locaux de promotion de la santé agréés, afin de leur permettre d'identifier les besoins en matière de promotion d'une bonne santé mentale et de prévention des usages addictifs et de réductions des risques, en vue de contribuer au plan de promotion de la santé, en ce compris la prévention, et de mener une concertation entre ses membres.
 - a) sur les besoins en matière de dispositifs de santé mentale sur son territoire dans le but d'améliorer l'articulation entre les besoins et l'offre ;
 - b) sur la collaboration possible, et la complémentarité en ce qui concerne l'offre de services, les activités et les publics cibles, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins de santé mentale intégrés ;
- 2° mener une concertation avec d'autres associations ou réseaux d'institutions et de services de santé mentale non-membres en vue d'améliorer l'offre et de la rendre lisible et accessible pour les publics cibles sur leur territoire ;
- 3° collaborer à l'établissement des collectes de données par les membres des plates-formes en concertation en santé mentale et à leur dématérialisation ;
- 4° contribuer à l'exploitation des données dans le cadre d'études relatives à la santé mentale en collaboration étroite avec les centres de référence en santé mentale et l'Agence ;
- 5° faciliter la collaboration et la concertation entre les réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un trouble lié aux assuétudes au sens de l'article 625 du Code ;
- 6° soutenir la compréhension et la diffusion de toute information en provenance des autorités publiques auprès des membres de la plate-forme de concertation des soins en santé mentale ;
- 7° contribuer à la définition de la stratégie régionale et sous-régionale de santé mentale sur le territoire de langue française, en ce compris par la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan stratégique pour la santé mentale, en regroupant tous les acteurs œuvrant sur le territoire de la plate-forme, en co-construction avec les réseaux.

Composition : les membres d'une plate-forme de concertation en santé mentale appartiennent aux catégories d'institutions suivantes :

- 1° les hôpitaux généraux qui disposent d'un service hospitalier psychiatrique agréé ;
- 2° les hôpitaux psychiatriques ;
- 3° les maisons de soins psychiatriques ;
- 4° les services de santé mentale ;
- 5° les initiatives d'habitations protégées ;
- 6° les institutions liées par une convention INAMI ou une convention avec l'Agence, qui ont pour mission d'organiser une offre spécifique dans le cadre des soins de santé mentale ;
- 7° les réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes.

Les institutions ne peuvent devenir membres que des plates-formes de concertation en santé mentale dont le territoire couvre totalement ou partiellement leur zone d'activité. Les relations entre la plate-forme de concertation en santé mentale et ses membres font l'objet d'une convention.

Pour être agréée, la plate-forme de concertation en santé mentale doit comprendre au minimum un membre appartenant à chacune des catégories visées et être composée à 55 % au moins de membres visés aux 3° à 6° (à défaut, une convention de collaboration avec une ou plusieurs institutions de cette catégorie peut être établie). Peuvent également être membres d'une plate-forme de concertation en santé mentale, des acteurs actifs dans le domaine de la santé mentale moyennant le respect de la condition précédente. La plate-forme de concertation en santé mentale conclut des conventions de collaboration avec les centres de référence en santé mentale et les centres de référence spécifiques.

L'APD définit les dispositions relatives à la **programmation** et à l'**agrément** des plates-formes de concertation en santé mentale.

Il détermine également les modalités relatives à la **comptabilité** ainsi qu'à l'**évaluation**, au **contrôle** et **sanction** des plates-formes de concertation en santé mentale (id. supra).

8. Dispositions transitoires

Les institutions et services en santé mentale (centres de référence, MSP, IHP, SSM et plates-formes de concertation) qui disposent d'une reconnaissance ou d'un agrément au moment de l'entrée en vigueur du présent décret sont supposés la/le conserver jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret.

Ils sont tenus de se mettre en conformité à l'égard des dispositions du présent décret au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret. Pour cette mise en conformité, ils sont réputés avoir souscrit les conditions d'agrément qui les concernent, visés dans le présent décret.