

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

4 avril 2011

ÉCHANGE DE VUES

**La santé mentale et l'article 107
de la loi relative aux hôpitaux
et à d'autres établissements de soins,
coordonnée le 10 juillet 2008**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME **Marie-Claire LAMBERT**

SOMMAIRE

Page

I. Exposé introductif	3
II. Échange de vues.....	7
A. Questions et remarques des membres	7
B. Réponses de la ministre	9
C. Dernières questions, réponses et répliques	11

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

4 april 2011

GEDACHTEWISSELING

**Geestelijke gezondheid en artikel 107
van de wet betreffende de ziekenhuizen
en andere verzorgingsinrichtingen,
gecoördineerd op 10 juli 2008**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Marie-Claire LAMBERT**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting	3
II. Gedachtewisseling	7
A. Vragen en opmerkingen van de leden.....	7
B. Antwoorden van de minister	9
C. Laatste vragen, antwoorden en replieken	11

**Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag**

Président/Voorzitter: Hans Bonte

A. — Titulaires / Vaste leden:

N-VA	Manu Beuselinck, Reinilde Van Moer, Flor Van Noppen, Bert Wollants
PS	Colette Burgeon, Marie-Claire Lambert, Yvan Mayeur, Franco Seminara
MR	Daniel Bacquelaine, Damien Thiéry
CD&V	Nathalie Muylle, N
sp.a	Hans Bonte
Ecolo-Groen!	Thérèse Snoy et d'Oppuers
Open Vld	Ine Somers
VB	Rita De Bont
cdH	Annick Van Den Ende

B. — Suppléants / Plaatsvervangers:

Peter Dedecker, Els Demol, Sarah Smeyers, Nadia Sminate, Veerle Wouters
Valérie Déom, Laurent Devin, Julie Fernandez Fernandez, Christiane Vienne, N
Valérie De Bue, Katrin Jadin, Marie-Christine Marghem
N, Nahima Lanjri, Jef Van den Bergh
Myriam Vanlerberghe, Maya Detiège
Muriel Gerkens, Kristof Calvo
Gwendolyn Rutten, Carina Van Cauter
Guy D'haeseleer, Annick Ponthier
Catherine Fonck, N

N-VA	:	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>	Afkortingen bij de nummering van de publicaties:
PS	:	<i>Parti Socialiste</i>	DOC 53 0000/000: <i>Parlementair document van de 53^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
MR	:	<i>Mouvement Réformateur</i>	QRVA: <i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
CD&V	:	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>	CRIV: <i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
sp.a	:	<i>socialistische partij anders</i>	CRABV: <i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
Ecolo-Groen!	:	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</i>	CRIV: <i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</i>
Open Vld	:	<i>Open Vlaamse liberalen en democraten</i>	(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
VB	:	<i>Vlaams Belang</i>	PLEN: <i>Plenum</i>
cdH	:	<i>centre démocrate Humaniste</i>	COM: <i>Commissievergadering</i>
LDD	:	<i>Lijst Dedecker</i>	MOT: <i>Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>
INDEP-ONAFH	:	<i>Indépendant - Onafhankelijk</i>	

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
<p>Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.lachambre.be e-mail : publications@lachambre.be</p>	<p>Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail : publicaties@dekamer.be</p>

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 1^{er} mars 2011 à un échange de vues sur les soins de santé mentale, spécialement dans le cadre des circuits et réseaux de soins visés à l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

I. — EXPOSE INTRODUCTIF

Selon la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, démissionnaire, en exécution de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 un pas important est fait en faveur de la santé mentale. En effet, l'article 107 prévoit la possibilité de réallouer temporairement et dans le cadre d'un projet, une partie du budget des moyens financiers (BMF). Ainsi, les moyens et le personnel peuvent être utilisés dans un certain territoire de fonctionnement pour la création de réseaux et circuits de soins et garantir ainsi une réponse appropriée aux besoins en santé mentale.

L'objectif principal de cette réforme consiste à répondre le plus rapidement et le plus efficacement possible aux attentes sociales concernant les soins de santé mentale et ce de préférence dans l'environnement de vie propre de la personne afin de favoriser son insertion. Aujourd'hui, les mentalités ont évolué et tous les acteurs concernés sont persuadés qu'à chaque demande de soins spécifique, une réponse adaptée doit être apportée sous la forme d'un trajet de soins individuel: les personnes souffrant de problèmes psychiques doivent être soutenues autant que possible dans leur propre milieu de vie et au sein de leur propre contexte social.

Les compétences au niveau de la santé mentale sont réparties entre le fédéral et les Communautés et Régions. Ce projet est donc le résultat d'une pleine collaboration entre ces différentes entités.

Les travaux ont commencé le 28 septembre 2009 avec un accord des Communautés et des Régions pour ouvrir leur offre de soins en santé mentale pour la mise en place et/ou l'intensification de la collaboration entre les structures intra et extramurales. À la conférence interministérielle du 26 avril 2010, les guides bilatéraux ont été signés et présentés publiquement le 21 mai 2010.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft haar vergadering van 1 maart 2011 gewijd aan een gedachtewisseling over de geestelijke gezondheidszorg, meer bepaald in het kader van de zorgcircuits en -netwerken bedoeld in artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

I.— INLEIDENDE UITEENZETTING

De ontslagnemende vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, geeft aan dat de toepassing van artikel 107 van de op 10 juli 2008 gecoördineerde wet betreffende de ziekenhuizen een nieuwe en belangrijke stap is ten behoeve van de geestelijke gezondheid. Artikel 107 voorziet immers in de mogelijkheid om een deel van het budget financiële middelen (bfm) tijdelijk en in het kader van een project anders toe te wijzen. Zo kunnen middelen en personeel in een bepaald werkingsgebied worden gebruikt om zorgnetwerken en -zorgcircuits op te richten en zo aan de behoeften van geestelijke gezondheid tegemoet te komen.

De voornaamste doelstelling van deze hervorming bestaat erin zo snel en zo efficiënt mogelijk op de sociale verwachtingen rond geestelijke gezondheidszorg in te spelen, bij voorkeur in de eigen leefomgeving van de betrokkene, om zijn integratie te bevorderen. Vandaag heerst een andere mentaliteit en alle betrokken actoren zijn het erover eens dat elke specifieke zorgvraag een aangepast antwoord moet krijgen in de vorm van een individueel zorgtraject: de mensen die aan een geestesstoornis lijden, moeten zoveel mogelijk in hun eigen leefomgeving en binnen hun eigen sociale context worden geholpen.

De bevoegdheden op het vlak van de geestelijke gezondheid zijn verdeeld tussen de federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten. Dit project is dus het resultaat van een intensieve samenwerking tussen die verschillende entiteiten.

De werkzaamheden zijn begonnen op 28 september 2009 met een overeenkomst tussen de Gemeenschappen en de Gewesten om hun geestelijke-gezondheidszorgaanbod open te stellen voor de totstandkoming en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen intramurale en extramurale voorzieningen. De bilaterale gidsen werden ondertekend op de Interministeriële Conferentie van 26 april 2010 en bekendgemaakt op 21 mei 2010.

Le 1^{er} juin 2010, un appel à projet a été lancé aux hôpitaux psychiatriques et aux hôpitaux généraux disposant d'un service psychiatrique. Cet appel visait à mettre en place, dans chacune des régions, des réponses adaptées pour les adultes et les adolescents (à partir de 16 ans) atteints de troubles mentaux dans un contexte essentiellement ambulatoire (et résidentiel si nécessaire).

Les objectifs visés par cet appel à projets étaient de:

- développer des activités de prévention, de détection précoce et de dépistage;
- promouvoir des équipes mobiles de traitement intensif, tant pour les problèmes aigus que chroniques;
- créer des équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale;
- proposer, lorsque le maintien à domicile est impossible, des formules résidentielles spécifiques.

Le choix de cette réforme n'a pas été opéré par mesure d'économie. Au contraire, l'objectif étant que le patient, son vécu ses besoins, se retrouvent au centre du système de soins.

Au 1^{er} novembre 2010, 26 dossiers avaient été introduits.

À la conférence interministérielle du 20 décembre 2010, l'évaluation des projets a été approuvée (voir tableau récapitulatif en dessous): 1 projet a été classé en 1 et a pu démarrer dès le 1^{er} janvier dernier, 7 projets ont été classés en 2 et doivent faire l'objet d'adaptations limitées, 12 projets ont reçu un 3 et doivent faire l'objet d'adaptations plus sérieuses et enfin 4 projets ne correspondant à l'appel, ont été rejetés.

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Total
Flandre	1	3	7	2	13
Bruxelles	0	1	2	1	4
Wallonie	0	3	3	1	7
Total	1	7	12	4	24

- Classe 1: À considérer pour la sélection, sans adaptations.
- Classe 2: À considérer mais des adaptations limitées sont nécessaires.
- Classe 3: Des adaptations sérieuses sont nécessaires.

Op 1 juni 2010 werd aan de psychiatrische ziekenhuizen en aan de algemene ziekenhuizen met een dienst psychiatrie een projectoproep voorgelegd. Bedoeling van die oproep was in elk gewest in een hoofdzakelijk ambulante kader (residentieel indien nodig) aan volwassenen en jongeren (vanaf 16 jaar) met geestelijke stoornissen aangepaste oplossingen te bieden.

De projectoproep had de volgende doelstellingen:

- activiteiten ontwikkelen om te voorkomen, vroegtijdig op te sporen en te screenen;
- ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel acute als chronische problemen bevorderen;
- revalidatieteams oprichten die rond herstel en sociale inclusie werken;
- specifieke residentiële formules voorstellen als een verblijf thuis niet meer mogelijk is.

Die hervorming is geen besparingsmaatregel. Integendeel, het is de bedoeling dat de patiënt, zijn omgeving en zijn behoeften centraal staan in het zorgsysteem.

Op 1 november 2010 waren er 26 dossiers ingediend.

Op de interministeriële conferentie van 20 december 2010 werd de evaluatie van de projecten goedgekeurd (zie de samenvattende tabel hieronder): 1 project stond als 1^o gerangschikt en kon op 1 januari 2011 van start gaan, 7 projecten stonden op de 2^e plaats en moesten nog een aantal beperkte aanpassingen krijgen en 12 projecten stonden op de 3^e plaats en vereisten nog een aantal belangrijke aanpassingen. Vier projecten die niet met de oproep overeenstemden, werden afgekeurd.

	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Klasse 4	Totaal
Vlaanderen	1	3	7	2	13
Brussel	0	1	2	1	4
Wallonië	0	3	3	1	7
Totaal	1	7	12	4	24

- Klasse 1: Komen in aanmerking voor de selectie, zonder aanpassingen.
- Klasse 2: Komen in aanmerking voor de selectie, met beperkte aanpassingen.
- Klasse 3: Ernstige aanpassingen zijn vereist.

— Classe 4: La proposition n'est pas adaptée.

La différence entre le nombre de projets introduits (26) et le nombre de projets réellement évalués (24) s'explique par le fait qu'un projet n'était pas recevable parce qu'il ne correspondait pas aux critères formels et que deux projets situés à Liège couvrant le même territoire ont été invités à travailler ensemble.

Au total, les projets couvrent environ 60 % des lits psychiatriques en Belgique (9 428 lits A et T sur l'ensemble des 15 542 lits) mais seulement 11 % (presque 1 000 lits) de cette capacité sera neutralisée et utilisée pour mettre en place des équipes mobiles, renforcer la fonction de réhabilitation et intensifier l'activité résidentielle.

Pour réaliser la mise en place et le support des équipes, c'est tout un réseau qui doit être activé et qui va bien au-delà de l'hospitalier. Cependant, le support financier est bien celui du budget des moyens financiers de l'hôpital. En 2011, un budget de 7 250 000 euros est prévu pour faciliter la mise en place de tels réseaux et circuits de soins. L'idée est de conclure des conventions (projets pilotes) avec des hôpitaux psychiatriques et/ou des hôpitaux généraux. Concrètement, 10 projets à concurrence de 725 000 euros pourront être sélectionnés.

Lors de la conférence interministérielle du 20 décembre 2010, un projet a été classé en 1: ceci implique donc qu'il a pu commencer dès le 1^{er} janvier 2011 et qu'il recevra durant cette année 725 000 euros supplémentaire à côté des moyens libérés par la neutralisation des lits.

Deux contrats de base vont être rédigés avec les projets sélectionnés:

1. Un premier contrat sera un contrat "B4" conclu entre un hôpital et la ministre pour ce qui concerne la fonction de coordination et les moyens supplémentaires pour la mise en œuvre des équipes mobiles pour l'ensemble du projet. Il s'agit d'un montant de maximum 100 000 euros pour financer le coordinateur, 225 000 euros pour l'activité médicale des deux équipes mobiles et 400 000 euros pour financer les coûts de personnel supplémentaires et de fonctionnement.

2. Le deuxième type de contrat sera un contrat "B4" individuel qui garantira le financement des sous-parties individuelles du budget des moyens financiers pour chaque hôpital participant.

— Klasse 4: Het voorstel is niet aangepast.

Het verschil tussen het aantal ingediende (26) en het aantal echt geëvalueerde projecten (24) wordt verklaard door het feit dat 1 project niet ontvankelijk was omdat het niet aan de formele criteria beantwoordde en dat voor 2 projecten uit Luik die hetzelfde gebied bestrijken werd gevraagd samen te werken.

De projecten dekken in totaal ongeveer 60 % van de bedden in de psychiatrie in België (9 428 A- en T-bedden op een totaal van 15 542 bedden), maar slechts 11 % (bijna 1 000 bedden) van die capaciteit zal geneutraliseerd en gebruikt worden om ambulante teams in te zetten, de herstelfunctie te versterken en de residentiële activiteit te intensifiëren.

Om de teams op te richten en te steunen, moet een heel netwerk worden geactiveerd, tot buiten de muren van het ziekenhuis. De financiële ondersteuning komt wel degelijk van het budget financiële middelen van het ziekenhuis. Voor 2011 voorziet men in een budget van 7 250 000 euro om de invoering van dergelijke zorgnetwerken en -circuits te vergemakkelijken. Het is de bedoeling om met de psychiatrische en/of algemene ziekenhuizen overeenkomsten (proefprojecten) af te sluiten. Concreet zullen 10 projecten ten belope van 725 000 euro kunnen geselecteerd worden.

Tijdens de interministeriële conferentie van 20 december 2010 werd 1 project als 1^e gerangschikt, waardoor het op 1 januari 2011 van start is kunnen gaan en het vanaf 1 januari 2011 725 000 euro extra krijgt naast de middelen die via de neutralisering van de bedden vrijkomen.

Samen met de gekozen projecten zullen twee basisovereenkomsten worden opgesteld:

1. Een eerste overeenkomst zal een "B4"-overeenkomst zijn, gesloten tussen een ziekenhuis en de minister, met betrekking tot de coördinatiefunctie en de bijkomende middelen voor de oprichting van de ambulante teams voor het geheel van het project. Het gaat om een maximumbedrag van 100 000 euro om de coördinator te betalen, 225 000 euro voor de medische activiteit van de twee ambulante teams en 400 000 euro voor de financiering van de bijkomende personeels- en werkingskosten.

2. De tweede soort overeenkomst zal een individuele B4-overeenkomst zijn die de financiering van de individuele onderdelen van het budget van financiële middelen voor elk deelnemend ziekenhuis zal waarborgen.

Il s'agira des hôpitaux qui "neutraliseront" des lits A (adultes), T (chroniques) ou l'hospitalisation de jour A ou T.

Dans un premier temps il ne s'agit pas de fermer des lits. En effet, une fermeture impliquerait de facto une diminution du nombre de lits agréés et donc du financement du personnel en fonction des normes; or, l'objectif poursuivi est de pouvoir aiguiller ce personnel vers de nouvelles formes de prises en charge: soit au sein de l'équipe mobile, soit en intensifiant les soins dans les autres lits hospitaliers non désaffectés.

Pour 17 projets, un financement du coordinateur (le premier contrat) est prévu afin de retravailler leur dossier en tenant compte des remarques formulées dans les lettres d'évaluation. Ils sont invités à réintroduire leur dossier avant le 1^{er} juin 2011 afin que la conférence interministérielle du 6 juin 2011 puisse donner son accord à cette deuxième évaluation. Dans l'intervalle, des rencontres sont en cours avec les auteurs des projets afin de leurs expliquer les remarques formulées lors de l'évaluation et de les accompagner dans l'élaboration de leur projet sur le terrain.

La Belgique n'est pas le seul pays où on vise la promotion de la désinstitutionalisation. C'est seulement dans les années 60 en Scandinavie qu'apparaît ce mouvement qui vise à humaniser les soins de santé mentale par l'abandon progressif de "l'asile" en tant que modèle unique de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. L'objectif étant de permettre le maintien d'un lien avec la communauté et avec le milieu familial.

Il est important d'apprendre des expériences étrangères. Cependant, l'approche fédérale belge est bien unique car une transformation progressive, initiée par le personnel du terrain, et en tenant compte de tout ce qui a déjà été développé auparavant, est promue.

Ce processus de changement ne se met pas en place du jour au lendemain. Cela demande du temps, une bonne préparation, mais aussi un soutien et un bon accompagnement. Durant le premier semestre 2011, une formation est prévue visant principalement le groupe cible des coordinateurs de réseau. Cette formation débutera le lundi 7 et mardi 8 mars 2011 pour les francophones et le jeudi 10 et vendredi 11 mars 2011 pour les néerlandophones.

Het zal gaan om ziekenhuizen die A-bedden (volwassenen), T-bedden (chronisch) of a- of t-ziekenhuisopnames in dagverzorging "neutraliseren".

Het gaat er in eerste instantie niet om bedden te sluiten. Een sluiting zou namelijk *de facto* een vermindering van het aantal erkende bedden betekenen en dus van de afhankelijk van de norm gefinancierde personeelsleden. Er wordt nu juist naar gestreefd personeel voor nieuwe opnamevormen te kunnen inzetten, hetzij in een ambulante team, hetzij door de zorg in de andere, niet buiten dienst gestelde ziekenhuisbedden te versterken.

Voor 17 projecten wordt in een financiering van de coördinator voorzien (de eerste overeenkomst) om hun dossier om te werken, rekening houdend met de opmerkingen uit de evaluatiebrieven. Ze worden verzocht het dossier vóór 1 juni 2011 opnieuw in te dienen, zodat de interministeriële conferentie van 6 juni 2011 die tweede evaluatie kan goedkeuren. Ondertussen zijn er ontmoetingen met de projectleiders om de opmerkingen uit de evaluaties toe te lichten en om ze te begeleiden bij de praktische uitvoering van hun project.

België is niet het enige land is dat wil deinstitutionaliseren. Pas in de jaren '60 is in Scandinavië een beweging ontstaat die de geestelijke gezondheidszorg wil humaniseren door geleidelijk af te stappen van "het gesticht" — zoals men toen zei — als enig opvangmodel voor mensen met een geestesstoornis. Het is de bedoeling dat men een band met de gemeenschap en de gezinsomgeving kan behouden.

Het is belangrijk dat we uit de buitenlandse ervaringen lessen trekken. Onze aanpak is echter wel uniek omdat we een geleidelijke omvorming tot stand willen brengen, waarvoor de aanzet wordt gegeven door de mensen in het veld en die rekening houdt met al wat voordien al ontwikkeld werd.

Een dergelijk veranderingsproces komt er niet van de ene dag op de andere. Het vraagt tijd en een degelijke voorbereiding, maar ook ondersteuning en een goede begeleiding. In de eerste helft van 2011 wordt in een opleiding voorzien die vooral op de doelgroep van de netwerkcoördinatoren zal toegespitst zijn. Die opleiding begint op maandag 7 en dinsdag 8 maart 2011 voor de Franstaligen, en op donderdag 10 en vrijdag 11 maart 2011 voor de Nederlandstaligen.

II. — ÉCHANGE DE VUES

A. Questions et observations des membres

Mme Marie-Claire Lambert (PS) apprécie ces projets, qui associent les Communautés, les Régions et les représentants des prestataires et des patients.

Le lancement de la réforme a pris du temps. D'abord, il n'était question que de démarrer avec les jeunes adultes et les adultes. Ne conviendrait-il pas aussi d'ouvrir ces projets aux enfants et aux adolescents? Ils ont des besoins qu'on peut qualifier de prioritaires.

Les pratiques sont adaptées aux besoins des communautés. Qu'entend-on par là? Les pratiques sont-elles différentes selon le lieu concerné? Comment cette différence a-t-elle été perçue lors de la sélection des projets?

Les promoteurs de projets ont été informés de leur sélection dans une catégorie et des adaptations nécessaires pour passer d'une catégorie à l'autre. Toutefois, ces promoteurs n'ont pas pu obtenir la cotation qui leur a été attribuée selon le cahier des charges initial. Pourquoi cette cotation ne leur a-t-elle pas été communiquée? Il existait en effet des critères.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) rappelle que c'est le CD&V qui avait demandé une évaluation de ces projets en commission. L'état des lieux qui est donné met en avant une situation exemplaire: la concertation entre les Communautés et l'État fédéral fut parfaite. L'une des raisons de cette concertation réussie réside dans le fait que chacun sur le terrain poursuit le même objectif, alors que les acteurs sont très différents (hôpitaux, structures résidentielles, ateliers protégés, etc.). Trop souvent par le passé, les acteurs sont rentrés en concurrence. Même entre hôpitaux, la concertation a parfois été pauvre.

Le budget initial a été utilisé à bon escient. Chaque communauté a pu enregistrer des projets classés dans les trois catégories 1, 2 et 3. Ainsi, toutes ces entités ont pu entamer un travail sur la totalité du circuit, depuis les adaptations majeures jusqu'à leur intégration complète. Une telle situation respecte le concept de régions de soins.

II. — GEDACHTEWISSELING

A. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) waardeert die projecten waarbij de Gemeenschappen, de Gewesten en de vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers en van de patiënten betrokken zijn.

Het heeft tijd gevraagd om de hervorming aan te vatten. Aanvankelijk zouden de projecten alleen de jongvolwassenen en de volwassenen betreffen. Zouden ze ook niet op de kinderen en op de adolescenten moeten slaan? Zij hebben behoeften die als prioritair kunnen worden bestempeld.

De praktijken zijn aangepast aan de noden van de gemeenschappen. Wat wordt daarmee bedoeld? Zijn de praktijken verschillend naargelang de plaats? Hoe werd met dat verschil rekening gehouden bij de selectie van de projecten?

De projectpromotoren werden in kennis gesteld van het feit dat ze geselecteerd waren en van de wijzigingen die nodig waren om van de ene naar de andere categorie over te gaan. Die promotoren zijn echter niet kunnen te weten komen welke cijfer ze hadden gekregen volgens het aanvankelijke bestek. Waarom werd dat cijfer hun niet meegedeeld? Er bestonden immers criteria.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) herinnert eraan dat CD&V had gevraagd dat die projecten in commissie zouden worden geëvalueerd. Uit de beschrijving van de toestand blijkt een exemplarische situatie: het overleg tussen de Gemeenschappen en de federale Staat was perfect. Een van de redenen voor dat geslaagde overleg is dat iedereen in het veld dezelfde doelstelling nastreeft, terwijl de actoren zeer uiteenlopend zijn (ziekenhuizen, residentiële voorzieningen, beschutte werkplaatsen enzovoort). In het verleden is er al te vaak concurrentie geweest tussen de actoren. Zelfs tussen ziekenhuizen liet het overleg soms te wensen over.

De initiële begroting werd weldoordacht angewend. Elke gemeenschap heeft projecten kunnen registreren in de categorieën 1, 2 en 3. Zo hebben al die overheden een werk kunnen aanvatten dat betrekking heeft op het hele circuit, gaande van de belangrijkste aanpassingen tot de volledige integratie ervan. Een dergelijke situatie neemt het begrip zorgregio's in acht.

Les questions concrètes concernent surtout les budgets:

1° Après avoir parcouru les chiffres cités par la ministre, l'intervenante répercute une question qui lui vient du terrain, à savoir celle du caractère récurrent des moyens. Lorsqu'un projet est lancé et qu'il semble efficace, la demande augmente. À mesure du classement nouveau des projets, l'offre augmentera elle aussi.

2° Le rôle des médecins dans les hôpitaux ne saurait être sous-estimé. Il n'est toutefois pas facile de les intégrer dans des projets qui visent à désinstitutionnaliser les patients. Des craintes sont exprimées sur le montant de 225 000 euros pour l'activité médicale des deux équipes mobiles, notamment en ce qui concerne les médecins psychiatres. Leur rôle et le soutien qu'ils peuvent apporter reste une question ouverte. Ne serait-il pas mieux de conserver leurs honoraires dans un cadre neutre?

3° L'oratrice apprécie les précisions apportées sur les conventions B4. Elle se demande toutefois quand ces conventions seront effectivement conclues.

4° Plusieurs institutions hospitalières, dont l'UZ Gasthuisberg, se posent des questions sur l'éligibilité de certains de leurs patients dans les projets concernés. Souvent, les hôpitaux doivent gérer des situations de crise. Les problèmes de santé mentale se posent dans des services aussi variés que la chirurgie, la cardiologie, etc. Les patients traités restent considérés comme des patients dans ces services et ne tombent pas sous la catégorie des lits "T" ou "C". Ne serait-il pas possible d'ouvrir les projets et les subsides en dehors de ces lits?

5° Avec Mme Lambert, l'oratrice s'interroge sur l'opportunité d'ouvrir ces projets aux enfants et aux adolescents. Rappelant les études que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a consacrées à ce sujet, elle espère une solution adaptée à leur âge.

6° Nombre de données chiffrées sont peu à peu disponibles. Les premiers résultats sont engrangés. À terme, il sera impossible de faire l'économie d'une réévaluation des projets. Le passage d'une catégorie (1, 2 ou 3) sera-t-il encore possible en 2011? Les budgets seront-ils constants et resteront-ils dans l'enveloppe actuelle? Quand les projets en catégorie 3 peuvent-ils espérer évoluer?

De concrete vragen slaan vooral op de budgetten:

1° De spreekster overloopt eerst de door de minister aangehaalde cijfers en stelt vervolgens een vraag die uitgaat van de veldwerkers, met name over de recurrende aard van de middelen. Als een project wordt aangevat en als het doeltreffend blijkt, neemt de vraag toe. Ook naargelang de nieuwe rangschikking van de projecten neemt de vraag toe.

2° De rol van de artsen in de ziekenhuizen mag niet worden onderschat. Het is echter niet gemakkelijk hen in te schakelen in projecten die erop gericht de patiënten buiten de zorginstellingen te verzorgen. Er wordt gevreesd dat het bedrag van 225 000 euro voor de medische activiteit van de twee mobiele teams ontoereikend is, meer in het bijzonder wat de artsen-psychiaters betreft. Hun rol en de steun die ze kunnen leveren, blijven onbeantwoorde vragen. Ware het niet beter hun honoraria in een neutraal kader te houden?

3° De spreekster waardeert de preciseringen in verband met de B4-overeenkomsten. Wel vraagt zij zich af wanneer die overeenkomsten daadwerkelijk zullen worden gesloten.

4° Verschillende ziekenhuisinstellingen, waaronder het UZ Gasthuisberg, vragen zich af in hoeverre sommige van hun patiënten in aanmerkingen komen voor de betrokken projecten. Ziekenhuizen moeten vaak crisis-situaties opvangen. Mensen met psychische problemen belanden in de meest uiteenlopende afdelingen: heelkunde, cardiologie enzovoort. Patiënten in die afdelingen zullen altijd als gewone patiënten worden beschouwd en vallen niet in de categorieën van T- of C-bedden. Kan er niet voor worden gezorgd dat het toepassingsgebied van de projecten en de subsidieregelingen niet beperkt blijft tot die bedden?

5° Zoals mevrouw Lambert acht de spreekster het wenselijk die projecten uit te breiden tot kinderen en adolescenten. Zij verwijst naar de studies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in dat verband en hoopt dat er voor die leeftijdsgroepen een specifieke oplossing komt.

6° Het aantal beschikbare cijfergegevens neemt geleidelijk toe. De eerste resultaten worden geboekt. Op termijn zal men niet om een evaluatie van de projecten heen kunnen. Zal men in 2011 nog van de ene op de andere categorie (1, 2 of 3) kunnen overstappen? Zullen de begrote middelen constant blijven en nog altijd binnen de bestaande begrotingsenveloppe vallen? Tegen wanneer mag men meer middelen verwachten voor de projecten van categorie 3?

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) remarque que la réforme de la santé mentale est attendue depuis longtemps. Celle qui est initiée ici comprend des éléments positifs, notamment en ce qu'elle s'inscrit dans la Déclaration d'Helsinki de 2005. Ce texte vise à permettre aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale de continuer à vivre dans la société et entend limiter les hospitalisations en milieu fermé au strict nécessaire.

Ce qui gêne l'oratrice dans les projets visés à l'article 107, c'est qu'ils partent tous des structures hospitalières. L'autorité espère par ce biais que ces structures transfèrent des lits, mais ne les y contraint pas. La préoccupation subsiste de continuer à disposer de subventions de nature hospitalière, pour payer les médecins psychiatres qui travaillent dans ces institutions. Les hôpitaux et leurs divisions psychiatriques sont réticents à abandonner les lits au profit de structures ouvertes et de proximité. En ne s'attaquant pas à ce phénomène, l'autorité publique ne promeut pas les initiatives en dehors du milieu hospitalier. Pourquoi ne pas avoir combiné les projets en milieu ouvert et en milieu fermé?

L'objectif de la réforme consiste à "neutraliser" des lits au profit de projets. Qu'advient-il de ces lits "neutralisés"? Comment s'organise concrètement cette "neutralisation"?

Déjà depuis longtemps l'oratrice exprime sa préoccupation pour les lits "K", qui concernent les enfants et les adolescents. Elle rappelle d'ailleurs avoir été à l'origine de la résolution, adoptée sous la précédente législature, relative aux droits des enfants et des adolescents séjournant en hôpitaux ou en services psychiatriques (DOC 52 1477/010). Pour ces jeunes, il faut travailler à partir des familles et en réseau. L'hôpital vient en complément. Une réponse différente est nécessaire, compte tenu de la difficulté de répondre directement aux situations urgentes. Les plateformes de santé mentale font part de leur inquiétude par rapport au modèle actuel, qui laisse la part belle à l'hospitalier.

B. Réponses de la ministre

La réforme ne peut fonctionner que sur un modèle volontaire, structuré autour d'un réseau, suite à une coordination et à une coopération avec tous les acteurs. En faisant confiance aux acteurs de terrain, on permet une réforme d'ampleur, sans besoin d'un incitant négatif. Ainsi, il ne saurait être question d'une perte de lits. Ces lits sont neutralisés. S'inscrire dans un projet n'a dès lors que des aspects positifs.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) geeft aan dat men al lang uitkijkt naar de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. De hervorming die hier op de sporen wordt gezet, bevat positieve punten, meer bepaald omdat ze in overeenstemming is met de Verklaring van Helsinki van 2005. De tekst strekt ertoe mensen met een geestesstoornis binnen de samenleving te houden en het aantal opnames in een gesloten omgeving tot het strikt noodzakelijke te beperken.

Het stoort de spreker evenwel dat de bij artikel 107 beoogde projecten allemaal uitgaan van de ziekenhuisstructuren. De overheid hoopt dat die structuren aldus bedden zullen overdragen, maar verplicht hen daar niet toe. Het zal die ziekenhuizen in de eerste plaats nog altijd te doen zijn om de ziekenhuissubsidies zodat zij de aan hun instelling verbonden psychiaters kunnen blijven betalen. De ziekenhuizen en hun psychiatrieafdelingen zullen niet rap geneigd zijn bedden af te staan aan open instellingen of lokale zorgcentra. Door daar geen rekening mee te houden, breekt de overheid geen lans voor initiatieven buiten de ziekenhuisomgeving. Waarom werden de projecten voor open omgevingen niet gecombineerd met die voor gesloten omgevingen?

De hervorming heeft tot doel bedden te "neutraliseren" om middelen vrij te maken voor projecten. Wat gebeurt er met die "geneutraliseerde" bedden? Hoe zal die "neutralisering" concreet worden georganiseerd?

De spreker is al lang bekommerd om de K-bedden, met andere woorden de bedden voor jonge kinderen en adolescenten. Zij stipt overigens aan dat haar voorstel destijds ten grondslag heeft gelegen aan de resolutie die tijdens de vorige zittingsperiode werd aangenomen over de rechten van de in een ziekenhuis of in een psychiatrische dienst opgenomen kinderen en adolescenten (DOC 52 1477/010). Voor die jongeren is het belangrijk dat wordt gewerkt vanuit het gezin en via een netwerk. Het ziekenhuis vormt daar een aanvulling op. Die groep heeft een eigen aanpak nodig, aangezien het moeilijk is direct te reageren op noodsituaties. De platforms voor geestelijke gezondheidszorg uiten hun bezorgdheid over het huidige model, waarin de ziekenhuisopvang de overhand krijgt.

B. Antwoorden van de minister

De hervorming kan alleen effect sorteren als ze stoelt op een vrijwillig, op een netwerk gebaseerd model, in overleg en samenwerking met alle actoren. Door te vertrouwen op de actoren in het veld, is een diepgaande hervorming mogelijk, zonder negatieve stimuli. Er mogen hoegenaamd geen bedden verloren gaan. Die bedden worden geneutraliseerd. Een projectmatige benadering heeft dan ook alleen maar voordelen.

Les projets n'ont pas encore été évalués. Cette évaluation est un préalable. Le nombre de projets rentrés est important. Le succès des projets est enthousiasmant.

En ce qui concerne les enfants, le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) examine l'opportunité d'une extension du champ d'application. Son rapport est attendu. Une fois cet avis rendu, il sera soumis à la commission. L'extension éventuelle obligerait à trouver de nouveaux modes d'encadrement, en réseau.

Les jurys étaient composés de membres francophones et néerlandophones. Ce n'est donc pas la sensibilité des membres des jurys qui explique la différence des projets retenus, mais bien la disparité des pratiques sur le terrain. Ces pratiques sont différentes de région à région, parfois même de sous-région à sous-région. Les guides sont d'ailleurs spécifiques selon les régions car les possibilités ouvertes par les projets ne sont pas les mêmes.

Les projets en classe 1 peuvent immédiatement être démarrés, sans aucune adaptation. Ceux en classe 2 nécessitent des adaptations mineures; en classe 3, des adaptations majeures. Ces adaptations visent toujours à éviter les hospitalisations et à faciliter la sortie de l'hôpital par un travail avec les équipes mobiles et les réseaux (notamment les médecins de première ligne). Dans les projets de classe 1, la philosophie de la socialisation est suffisamment présente. Dans certains de classe 3, les promoteurs conçoivent encore trop la désinstitutionnalisation comme une ouverture vers les équipes mobiles de l'hôpital lui-même, sans tenir compte des réseaux.

Dans la situation actuelle, il n'est guère évident de garantir la pérennité des moyens budgétaires. Si la ministre voit l'enveloppe comme des moyens récurrents, elle ne peut s'engager pour son successeur au portefeuille de la Santé publique. La somme de 225 000 euros devra par ailleurs être évaluée, car il faudra définir le rôle des médecins dans les projets retenus. Certains de ces médecins refusent en effet de se déplacer à domicile. Si le médecin reste à l'hôpital, les moyens paraissent certainement suffisants. Un certain nombre de prestations sont en outre reprises dans la nomenclature des actes pouvant être facturés par le psychiatre, pour autant qu'ils ne soient pas déjà couverts par ces 225 000 euros.

Au niveau du calendrier, un des deux contrats de catégorie 1 sera conclu dès la constitution des équipes mobiles. Après une évaluation qui aura lieu en juin, la

De projecten zijn nog niet geëvalueerd, maar die evaluatie is niettemin een voorwaarde. Er zijn veel projecten geregistreerd en hun succes werkt aanstekelijk.

In verband met de kinderen gaat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) na of het wenselijk is het toepassingsgebied uit te breiden. Het rapport van die Raad wordt thans afgewacht. Zodra het advies van de Raad beschikbaar is, zal het aan de commissie worden bezorgd. Ingeval het toepassingsgebied wordt verruimd, moet de omkadering wellicht worden aangepast, met name via netwerken.

De jury bestond uit Franstaligen en Nederlandstaligen. De verschillen tussen de projecten hebben dan ook niets te maken met de eigen voorkeuren van de juryleden, maar met de verschillen in het veld. De praktijken verschillen van regio tot regio, en ook binnen de regio's blijken niet altijd dezelfde praktijken gangbaar te zijn. Overigens heeft elke regio eigen specifieke leidraden, omdat niet alle projecten dezelfde mogelijkheden bieden.

De projecten in klasse 1 kunnen onmiddellijk worden gestart, zonder enige aanpassing. Klasse 2-projecten vergen kleine aanpassingen, klasse 3-projecten grote aanpassingen. Die aanpassingen strekken er altijd toe opnamen te vermijden en het ontslag uit het ziekenhuis te bespoedigen via samenwerking met de ambulante teams en netwerken (met onder meer de eerstelijnsartsen). Voor de klasse 1-projecten is de filosofie van de vermaatschappelijking voldoende aanwezig. Bij sommige klasse 3-projecten vatten de initiatiefnemers de deinstitutionalisering nog al te vaak op als een opening naar de ambulante teams van het ziekenhuis zelf, waarbij de netwerken over het hoofd worden gezien.

In de huidige situatie spreekt het allerminst vanzelf dat de thans begrote middelen ook in de toekomst gewaarborgd zullen zijn. Voor de minister zijn deze middelen recurrent, maar zij kan geen verbintenissen aangaan uit naam van haar opvolger als minister van Volksgezondheid. Overigens zal de som van 225 000 euro moeten worden geëvalueerd, aangezien de rol van de artsen in de geselecteerde projecten zal moeten worden afgebakend. Sommige artsen weigeren immers huisbezoeken af te leggen. Als de artsen vanuit het ziekenhuis werken, lijken de middelen zeker te volstaan. Bovendien zijn een aantal prestaties opgenomen in de nomenclatuur die door de psychiater kunnen gefactureerd worden, voor zover deze activiteit niet gedekt is door de 225 000 euro.

Wat het tijdspad betreft, zal een van de twee overeenkomsten in categorie 1 worden gesloten zodra de ambulante teams zijn opgericht. Na een evaluatie in juni

deuxième phase pourra démarrer. Pour l'instant, sept projets sont en classe 2. Sauf problème, ils devraient pouvoir monter en classe 1. Il faudra en outre tenir compte des évolutions des projets en classe 3. Dix projets étaient prévus en 2011. Ce nombre devra sans doute être réévalué pour 2012.

En ce qui concerne l'utilisation éventuelle de personnel de classe C ou D pour la reconversion des lits, la ministre reconnaît que la question est controversée. À titre personnel, elle n'y est pas opposée, mais il faut qu'il s'agisse de lits justifiés.

C. Dernières questions, répliques et réponses

Mme Muriel Gerrens (Ecolo-Groen!) critique le caractère volontaire de la réforme, le manque de soutien aux structures ambulatoires et à la santé mentale en général et le manque d'intégration des personnes en difficulté dans la société sur la base d'un travail en réseau. L'intervenante réitère qu'il faut éviter autant que possible que les patients souffrant d'un trouble de santé mentale ne rentrent dans les structures hospitalières.

La ministre veut partir de ce qui existe, intégrer les initiatives des Communautés et laisser les réseaux discuter et collaborer. Elle rappelle que le but des projets consiste justement à désinstitutionnaliser les personnes en difficultés de santé mentale. Elle conteste nuire aux initiatives en ambulatoire. Le réseau est d'ailleurs poussé très loin puisqu'il va jusqu'aux acteurs du logement et de l'intégration sociale. Il convient que le lit soit disponible en cas d'urgence.

Mme Marie-Claire Lambert (PS) voudrait rassurer Mme Gerrens par sa propre expérience: elle a préparé les dossiers pour les projets dans sa région. Lorsque certaines institutions n'ont pas été retenues, c'est en raison principalement d'un manque de qualité dans leur travail. La sortie du milieu hospitalier s'opère en pleine collaboration avec le tissu associatif.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) comprend la préoccupation de Mme Gerrens, mais insiste sur les différences entre les communautés du pays, et parfois même entre sous-régions. Dans certaines d'entre elles, les structures hospitalières sont au cœur du dispositif. Dans d'autres, c'est l'ambulatoire. Dans la première ligne, ce sont surtout, en Flandre, les "Centra voor Geestelijke

kan de tweede fase van start gaan. Voorlopig zijn er zeven klasse 2-projecten. Behoudens problemen zouden die naar klasse 1 moeten kunnen overgaan. Voorts zal rekening moeten worden gehouden met de ontwikkelingen van de klasse 3-projecten. Voor 2011 waren tien projecten gepland. Dat aantal zal hoogstwaarschijnlijk moeten worden herzien voor 2012.

In verband met het eventueel inzetten van personeelsleden van klasse C of D voor de overschakeling van de bedden, geeft de minister toe dat dit niet voor de hand ligt. Persoonlijk heeft zij daar niets op tegen, maar het moet dan wel om verantwoorde bedden gaan.

C. Laatste vragen, antwoorden en replieken

Mevrouw Muriel Gerrens (Ecolo-Groen!) laakt het vrijwillige karakter van de hervorming, het gebrek aan ondersteuning voor de ambulante structuren en de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, alsook het feit dat veel te weinig mensen met moeilijkheden via netwerken in de samenleving worden geïntegreerd. De spreekster herhaalt dat zo veel mogelijk moet worden voorkomen dat patiënten met een psychische stoornis in een ziekenhuis belanden.

De minister wil uitgaan van wat bestaat, initiatieven van de Gemeenschappen integreren en de netwerken laten overleggen en samenwerken. Zij herinnert eraan dat de projecten er juist toe strekken mensen met psychische moeilijkheden uit de instellingen te houden. Zij betwist dat haar plannen initiatieven inzake ambulante zorgverlening dwarsbomen. Het netwerk is overigens heel wijdvertakt, aangezien ook de actoren inzake huisvesting en maatschappelijke integratie erbij betrokken zijn. Het komt erop aan bij een urgentie een bed ter beschikking te hebben.

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) wil mevrouw Gerrens geruststellen aan de hand van haar eigen ervaring: zij heeft immers de dossiers voor de projecten in haar regio voorbereid. Wanneer instellingen niet werden geselecteerd, had dat doorgaans te maken met de gebrekkige kwaliteit van hun werk. De overgang van de ziekenhuisomgeving naar de samenleving gebeurt in nauwe samenwerking met de zorgverenigingen.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) begrijpt de bezorgdheid van mevrouw Gerrens, maar beklemtoont de verschillen tussen de gemeenschappen van het land en soms zelfs tussen de subregio's. In sommige daarvan staan de ziekenhuisstructuren centraal in de voorzieningen, in andere dan weer is dat de ambulante zorg. In de eerste lijn zijn dat, vooral in Vlaanderen, de "Centra

Gezondheidszorg” qui sont les acteurs de base. Il est difficile d’intégrer dans un seul modèle des acteurs aussi différents que le “Centrum Algemeen Welzijnswerk” et le “Steunpunt Algemeen Welzijnswerk”. Ce n’est qu’en tenant compte de la disparité dans les pratiques que l’on peut se doter d’outils pertinents.

Le rapporteur,

Marie-Claire LAMBERT

Le président,

Hans BONTE

voor Geestelijke Gezondheidszorg” die als basisvoorziening fungeren. Het is moeilijk in één model diensten onder te brengen die zo van elkaar verschillen als het “Centrum Algemeen Welzijnswerk” en het “Steunpunt Algemeen Welzijnswerk”. Pas wanneer rekening wordt gehouden met de verschillen in aanpak kan men zich met passende hulpmiddelen uitrusten.

De rapporteur,

Marie-Claire LAMBERT

De voorzitter,

Hans BONTE