

**MINISTERE DES  
AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 14/12/2000**

**Administration des Soins de Santé**

**Direction de la politique  
des soins de santé**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

**Section "Programmation et Agrément"**

-----

**Groupe de travail permanent  
PSYCHIATRIQUE**

**N/Réf. : CNEH/D/PSY/183-2 (\*)**

**AVIS RELATIF AUX SOINS  
PSYCHIATRIQUES POUR LES PATIENTS  
VIVANT A DOMICILE**

**(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 14/12/2000**

## PROJET D'AVIS RELATIF AUX SOINS PSYCHIATRIQUES POUR LES PATIENTS VIVANTS A DOMICILE

Le présent avis a été formulé à l'initiative du groupe de travail permanent "psychiatrie" qui déjà le 6/10/1999 avait chargé un groupe de travail ad hoc de préparer un avis à ce propos, et à la demande expresse des ministres M. Aelvoet et F. Vandenbroucke qui le 2/2/2000, dans leur demande relative au Fonds de soins innovateurs ont également demandé de formuler un avis sur les formes spécifiques de soins psychiatriques pour les patients vivants à domicile.

Un groupe de travail ad hoc "Soins psychiatriques à domicile" a été créé au sein du groupe de travail permanent "Psychiatrie" du C.N.E.H.

Les membres de ce groupe de travail étaient:

C. Bostijn, J. Boydens (président), R. De Rycke, N. Demeter, L. Dulaing, V. Fabry, P. Giebels, P. Igodt, Ph. Marroyen, B. Monaco, M. Moreels, J. Peuskens, M.P. Scailteur, H. Schröter, R. Stockman, I. Van Der Brempt, J. Van Holsbeke, M. Vandervelden.  
M. Moreels assurait le secrétariat.

Le groupe de travail s'est réuni les: 06/10/1999; 26/10/1999; 23/11/1999; 10/12/1999;  
14/01/2000; 21/02/2000; 08/03/2000; 30/5/2000;  
14/6/2000 et 3/8/2000.

Afin de donner un aperçu le plus complet possible de tous les aspects des soins psychiatriques à domicile, différentes personnes furent invitées à présenter leurs vues au groupe de travail. Furent successivement entendus:

- 26/10/1999: H. Vandenbroele et R. Lembrechts: auteurs de *Psychiatrische thuiszorg: modellen, concepten, beleidsintenties en lastenboek*;
- 23/11/1999: Dr M. De Hert, Mme Staskowiak et Mme Dries: personnel infirmier;
- 10/12/1999: M. Y. De Groote ; projet soins psychiatriques à domicile : « L'accord Audenarde ». Commentaire sur le rôle du médecin généraliste;  
Dr P. Vanden Bussche: W.V.V.H. (*Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen*); U.H.A.K. (*Unie van Huisartsenkringen*);  
V.H.P. (*Vlaamse Huisartsenparlement*);
- 14/01/2000: Mme N. Guillaume (Administration Région wallonne)  
Dr Ph. Rochet (Société scientifique de Médecine générale);
- 21/02/2000: M. E. Messens et F. Willems: Ligue bruxelloise francophone de Santé mentale (L.B.F.S.M.)

### 1. Avis

Cet avis s'inscrit dans l'ensemble des avis qui visent à concrétiser les principes du second avis partiel du groupe de travail permanent «Psychiatrie» du C.N.E.H. (Bureau C.N.E.H. 12 juin 1997).

L'avis actuel esquisse un cadre général soumis pour évaluation au groupe de travail permanent «Psychiatrie». Dans une phase ultérieure, on pourra procéder à une élaboration plus détaillée des principes définis.

Il concerne d'abord l'inventaire des besoins de soins psychiatriques pour des patients vivants à domicile, et ensuite une proposition d'organisation de soins psychiatriques à domicile compte tenu de l'offre existante.

Le présent avis plaide en faveur du développement des différentes **fonctions de soins dans des modalités de collaboration adaptées** et ne vise **pas la création d'une nouvelle structure, organisation ou infrastructure** qui devrait englober une partie ou l'ensemble de l'assistance psychiatrique aux patients dans leur situation à domicile.

## 2. **Terminologie et délimitation des notions**

Les soins psychiatriques prodigués aux patients vivants à domicile sont souvent qualifiés « organisation de soins psychiatriques à domicile ». Il s'agit toutefois d'un terme, d'une notion qui couvre plusieurs contenus et qui peut engendrer certaines confusions.

C'est pourquoi dans cet avis nous avons explicitement choisi de ne pas utiliser ce terme. Tout d'abord parce que ce terme donne l'impression qu'il s'agit d'une nouvelle offre de soins globale, n'étant en rien liée avec les soins qui sont déjà actuellement prodigués par les acteurs actifs en situation de domicile.

Ensuite, parce que ce terme laisse supposer que les soins psychiatriques prodigués aux patients vivants à domicile sont les mêmes en termes de contenu et de modalités pour tous les patients et qu'ils émanent d'une seule et même initiative.

Nous proposons dès lors dans cet avis de parler de **différents contenus de soins psychiatriques et des formes d'organisation y afférentes pour des patients vivants à domicile**.

La caractéristique commune réside dans le fait que les soins psychiatriques doivent être proposés dans la situation à domicile du patient. Tous les orateurs invités ont abondamment illustré que cette modalité, à savoir la situation au domicile du patient, requiert des compétences spécifiques et de l'expérience.

Ils soulignent chaque fois que des « soins sur mesure », adaptés aux besoins du patient et à son environnement, nécessitent une forte différenciation de l'offre qui existe déjà partiellement ou qui se développe via différents prestataires.

Dans ce sens, dans le cadre des soins psychiatriques à prodiguer à des patients vivants à domicile, il est utile d'établir une différence entre les fonctions à assurer : accompagner, soutenir, traiter, aide d'urgence, ...

Quelques exemples :

- L'objectif d'une fonction de soins peut cibler l'**accompagnement / le soutien**; ex. en vue d'une réhabilitation optimale, où avec une fréquence, une intensité et des horaires variables une aide en matière de santé mentale est prodiguée aux patients, aux membres de la famille et aux intervenants de première ligne qui les entourent.
- Dans une autre situation, l'accent peut davantage être placé sur la fonction **traitement**; ex. un traitement commencé dans une infrastructure résidentielle ou non et qui durant une certaine période est prolongé, voire consolidé au domicile du patient.
- Dans un autre cas, il s'agira d'une **demande d'aide urgente** à domicile et il peut être nécessaire de prodiguer des soins de santé mentale rapidement, en adéquation aux besoins du patient (vivant à domicile).

Dans chacune de ces propositions, il s'agit de soins psychiatriques prodigués dans la modalité « à domicile », bien qu'il s'agisse à chaque fois d'une autre fonction de soins.

Les soins psychiatriques aux patients dans leur situation à domicile sont une des missions à développer dans chaque circuit de soins afin de pouvoir garantir une offre intégrée et intégrale. Pour atteindre cet objectif, il faudra donner une description précise des différentes fonctions de soins visées à chaque fois et il conviendra de tenir compte de la complémentarité de l'ensemble des activités des autres acteurs actifs dans le cadre des soins à domicile.

### 3. Groupe cible

Les personnes (patients) avec une symptomatologie psychiatrique, identifiées, dépistées et éventuellement déjà diagnostiquées par des prestataires de soins spécialisés et qui ont besoin d'une forme spécifique d'assistance pour que leur maintien à domicile puisse être assuré. Les patients pour lesquels la loi du 20/6/1990 est applicable, appartiennent également à ce groupe cible.

### 4. Acteurs

Les soins psychiatriques aux patients vivants à domicile ne peuvent être offerts à la place, mais en complémentarité et soutien aux patients, aux familles et à tous les acteurs qui sont déjà actifs dans les soins à domicile.

Chacun des acteurs des soins de santé de premier échelon doit assurer seul et/ou en étroite concertation fonctionnelle dans la situation à domicile les patients ayant des problèmes psychiatriques. Le médecin traitant est en première ligne un acteur qui, comme on l'attend de lui pour les soins somatiques, joue un rôle central pour tout ce qui concerne les aspects médicaux des soins de santé mentale. Il est celui qui assure une fonction de base en faisant appel à temps à des experts des différentes disciplines et infrastructures des soins de santé mentale. Dans les cas où les services psychiatriques des hôpitaux organisent certaines fonctions de soins pour des patients soignés à domicile, les soins de santé mentale offerts devront prendre appui sur une collaboration fonctionnelle impliquant au minimum un centre de santé mentale, une SPHG et un hôpital psychiatrique. Les initiatives d'habitations protégées peuvent également y être impliquées.

La réussite de l'intégration (réintégration) des patients vivants à domicile dépendra aussi du soutien et de l'aide offerts entre autres pour essayer de (re)trouver un travail adapté ou un revenu de remplacement, établir des contacts sociaux intéressants, offrir des activités et des loisirs, obtenir un logement adapté ainsi que l'aide ménagère requise....Ceci requiert l'implication de divers acteurs dans le secteur socio-éducatif et des soins à domicile.

La cohésion de l'ensemble des acteurs du premier échelon et des soins de santé mentale permet d'atteindre une offre coordonnée de soins multidisciplinaires.

### 5. Missions des soins psychiatriques pour les patients vivants à domicile

- Signalisation, dépistage, diagnostic, traitement, accompagnement, activation, psycho-éducation et autres soins aux patients qui (peuvent être) sont assistés à domicile ;
- En ce qui concerne la coordination des soins psychiatriques, il existe deux dimensions qui ne doivent pas être hiérarchisées. Nous différencions ainsi la **coordination du contenu des soins** et d'autre part la **coordination de l'organisation des soins**.
- En ce qui concerne la coordination du **contenu** des soins, le patient, son entourage, les prestataires assurant le suivi psychiatrique à domicile, le praticien de l'art infirmier à domicile et le médecin traitant joueront un rôle important.  
Lors de la coordination de ce contenu des soins, la situation familiale et sociale du patient exigera une attention permanente.

- Dans le cadre de la seconde dimension, à savoir la **coordination de l'organisation** des soins, il convient d'optimiser et de garantir la collaboration entre les acteurs qui réalisent le contenu des soins. Cette coordination implique une concertation structurelle régulière de l'ensemble des acteurs.

## 6. Conditions essentielles en vue de remplir cette mission

- Connaître les limites : l'aide psychiatrique aux patients dans leur situation à domicile nécessite d'être bien conscient de ses limites. Elle ne peut être développée et organisée indépendamment des autres aspects des soins de santé mentale;
- les soins psychiatriques aux patients dans leur situation à domicile n'ont de raison d'être que s'ils offrent au patient une **plus-value réelle** qui stimule et consolide sa resocialisation;
- les soins psychiatriques aux patients dans leur situation à domicile requièrent certaines compétences, aptitudes spécifiques ainsi qu'une expérience. Aussi peut-on faire appel à des intervenants issus des soins de santé mentale. Pour ceux qui ne disposent pas encore des qualités requises en suffisance, une formation multidisciplinaire solide devra être organisée afin de pouvoir développer des soins de qualité.
- l'environnement du patient (partenaire, famille, voisins, soins de l'entourage, ...) est un vecteur important de la réussite des soins psychiatriques à domicile;
- La continuité des soins doit pouvoir être réalisée; dans des situations de crise, il faut de préférence pouvoir anticiper et ce par une action adéquate des acteurs. Une communication appropriée entre ces différents acteurs est dès lors très importante.
- Accessibilité financière : l'accessibilité sur le plan financier doit pouvoir être garantie au patient et à sa famille.
- Répartition géographique et accessibilité : lors de l'organisation des soins psychiatriques à domicile, il faudra trouver un équilibre entre les exigences en matière de compétence et de continuité des soins et celles en matière d'accessibilité.

## 7. Financement

Les soins psychiatriques à domicile peuvent déjà être partiellement réalisés par les personnes et les moyens déjà attribués aux services et aux acteurs issus du secteur des soins de santé en les mobilisant en les rassemblant, et en les orientant vers les diverses fonctions de soins à prendre en charge.

Cette réallocation et ce rassemblement du personnel et des moyens du secteur des soins de santé nécessitent un cadre normatif plus souple et dynamique. Il faudra également intégrer de manière sélective des moyens additionnels.

Ces moyens additionnels doivent être attribués pour:

- Prendre en charge les coûts de la collaboration et de la coordination;
- Prendre en charge les coûts de l'encadrement et de l'évaluation des projets de modernisation ou de rénovation de soins ;
- permettre à divers acteurs du secteur des soins de santé (médecins généralistes, infirmiers, ...) de fonctionner de manière plus large et intégrée;
- permettre aux services des soins de santé mentale de mettre des fonctions de soins spécialisées à la disposition des acteurs dans le cadre des soins à domicile (post-traitement, interventions de crise, ...).

## **8. Réalisation d'une offre adéquate de soins psychiatriques dans le domaine des soins à domicile**

Offrir aux patients psychiatriques soignés à domicile des soins de santé plus intégrés et plus complets ne peut se faire sans activer et valoriser l'apport des acteurs, déjà en place dans le système des soins de santé à domicile. Dans le cadre des soins de santé mentale, ils devront se concentrer sur des formes de collaboration fonctionnelle plus spécifiques. Pour certaines fonctions de soins spécifiques, il faudra recourir à la compétence et à l'apport d'intervenants issus des soins de santé mentale.

Cet avis part du principe que les soins de santé mentale continueront à évoluer.

Les possibilités et le caractère inéluctable des formes à développer et des contenus des soins de santé psychiatriques aux patients dans leur situation à domicile devront d'ailleurs tenir compte des besoins des patients et évoluer au gré des développements de la société et des attentes vis-à-vis de la (re)socialisation des patients dans la communauté et des nouvelles connaissances scientifiques et thérapeutiques.

C'est pour cette raison que cet avis décrit trois domaines dans lesquels des initiatives devront être prévues :

- le contexte social général et l'interaction entre les soins de santé et d'autres domaines tels que le travail, le logement, les soins socio-éducatifs, l'enseignement, la culture et les loisirs, ...
- la mission des acteurs issus des soins de santé à domicile et leur collaboration;
- il faut offrir davantage de fonctions de soins spécialisés dans le domaine des soins de santé mentale;

Dans chacun de ces trois domaines, il faut entreprendre ou poursuivre des initiatives innovatrices.

### **8.1. Une mission pour tous les acteurs en situation de domicile.**

Pour pouvoir prodiguer des soins à domicile efficaces pour les patients avec une problématique psychiatrique, il faut impliquer davantage les acteurs déjà actifs dans le domaine des soins à domicile et optimiser leur mission.

Les patients psychiatriques pourront vivre mieux et plus longtemps dans leur logement et leur environnement, tout comme les autres patients, et pourront pleinement faire appel aux services et à l'infrastructure des soins de santé au sens large. Concrètement cela signifie qu'il faut trouver comment ces patients qui se maintiennent chez eux pourront mieux accéder aux différents aspects des soins, de l'enseignement, du travail et de l'emploi, de la culture et des loisirs, ... La stigmatisation, la difficulté d'accès, les possibilités d'encadrement inadéquates sont encore trop souvent la cause d'exclusion sociale. Il faut donc tout d'abord arriver à accepter et à tolérer une autre manière d'être chez les patients psychiatriques.

On attend des pouvoirs publics compétents pour les matières relatives à l'emploi, au travail, au logement, à la culture et aux loisirs, à l'enseignement et au bien-être, qu'ils prennent des mesures appropriées au maintien ou à l'amélioration de la santé mentale et à la réintégration des patients psychiatriques afin de pouvoir davantage concrétiser les soins de santé mentale (ou bien : les soins psychiatriques) dans le contexte social.

Le groupe de travail suggère notamment en matière de

- **Enseignement** : il faudrait soutenir les initiatives qui visent à améliorer les connaissances et la perception des jeunes en ce qui concerne les soins de santé mentale.
- **Emploi** : il faudrait soutenir des initiatives dans les domaines des SSM au travail par exemple: prévention, stress, rythme de travail...; les initiatives visant à maintenir ou à (ré)intégrer les patients psychiatriques dans des statuts d'emploi réguliers ou protégés (notamment dans l'économie sociale) y compris les initiatives spécifiques en vue de l'accompagnement du trajet professionnel pour les patients psychiatriques.
- **Culture et loisirs** : il faudrait soutenir des initiatives pour accompagner les patients psychiatriques dans la participation à des initiatives générales ou spécifiques à ce groupe cible relatives à la culture et aux loisirs.
- **Accessibilité** : problèmes d'assurer l'ensemble des risques dans le cadre de l'assurance obligatoire et privée concernant la maladie et l'invalidité, en particulier que dans ce dernier secteur, les pathologies mentales ne soient pas exclues.

## 8.2. Les acteurs issus des soins de santé dans leur situation à domicile : optimisation de la collaboration et moyens de fonctionnement adaptés.

Les patients psychiatriques dans leur situation à domicile peuvent déjà faire appel à diverses formes de soins de santé à domicile, cela concerne notamment les médecins généralistes, les soins infirmiers à domicile, les paramédicaux, les psychiatres indépendants et les psychologues cliniques, les centres de santé mentale (C.S.M.), les soins policliniques, ...

Les soins pouvant être prodigués par les prestataires de soins de santé généraux (notamment les médecins généralistes, les prestataires de soins infirmiers, ...) ne peuvent être réalisés dans un certain nombre de cas en raison de moyens insuffisants (par exemple l'indemnisation est inexistante ou alors très limitée par le biais de la nomenclature relative aux prestations) et/ou d'un manque de compétence ou de connaissances.

Pour les prestataires de soins de santé mentale actifs dans le domaine des soins ambulatoires la rémunération est parfois insuffisante et les formes d'activités ne sont pas toujours adaptées au groupe cible ou à la situation des soins.

Par ailleurs, on constate parfois qu'en raison d'un manque de concertation et de communication, les acteurs travaillant dans le domaine des soins à domicile ne sont pas toujours sûrs des objectifs qu'ils doivent atteindre et ne savent pas toujours avec certitude comment travailler de la manière la plus optimale.

Dans le cas de situations de soins complexes, dans lesquelles l'interaction entre les divers intervenants professionnels (à l'intérieur ou à l'extérieur des soins de santé mentale) et les aides issus de l'entourage du patient n'est pas toujours évidente, il faudra parfois recourir à des formes spécifiques de concertation, d'harmonisation et de médiation des soins. Dans le cadre de cet avis, on a explicitement décidé de faire appel au maximum aux procédures et aux formes d'activités déjà en place dans le secteur des soins à domicile, notamment par le biais d'initiatives de concertation et de collaboration mises en place par les communautés et les régions pour les soins à domicile (par exemple les Coordination des Soins à Domicile (C.S.D.), la médiation relative aux soins dispensés par les CPAS ou les maisons médicales, les mutualités, ...

Les centres de soins ambulatoires pour les soins de santé mentale peuvent dans le cadre de leur mission spécifique établir un lien entre les acteurs travaillant dans le domaine des soins à domicile et les réseaux relatifs aux SSM. En ce qui concerne les formes de soins à domicile qu'il reste à développer et la collaboration relatives aux patients

psychiatriques, les centres de Santé mentale (C.S.M.) peuvent jouer un rôle de catalyseur ou de moteur.

### Projets pilotes d'innovation dans les soins dans le cadre des soins à domicile

Des initiatives d'innovation de soins sont d'ores et déjà lancées par des organisations de soins à domicile ou dans le cadre des soins de santé mentale, que ce soit ou non sous l'impulsion de plates-formes de concertation pour les soins de santé mentale.

Pour que ce processus d'innovation des soins puisse vraiment réussir, il est essentiel que les pouvoirs publics créent un cadre dans lequel ces initiatives puissent être reconnues et financées comme projets pilotes et dans lequel elles puissent être évaluées de façon efficace et indépendante. Ce cadre sera élaboré plus en détail dans un avis complémentaire.

Cette évaluation doit ensuite permettre de tirer certaines conclusions concernant par exemple les exigences qui doivent être posées à l'avenir pour les diverses formes de soins psychiatriques à domicile, concernant aussi les adaptations imposées par la réglementation (moins de règles mais plus grande efficacité de celles-ci), concernant les possibilités de substitution de moyens par rapport à la nécessité d'un financement additionnel.

### 8.3. Soutien supplémentaire des SSM pour les fonctions spécifiques de soins

L'intégration d'acteurs travaillant dans le secteur des soins à domicile dans les soins aux patients psychiatriques dans leur situation à domicile connaît également des limites liées :

- Aux caractéristiques, aux besoins et aux demandes spécifiques du groupe cible ;
- à la connaissance spécialisée, aux compétences et aux méthodes nécessaires à la concrétisation de la fonction de soins;
- A l'intensité et la continuité des personnes et des moyens nécessaires à la concrétisation de la fonction de soins.

Pour ces fonctions de soins, les acteurs issus des soins à domicile doivent pouvoir faire appel à l'aide additionnelle apportée par les infrastructures de soins de santé mentale.

Les initiatives nouvelles ou existantes devront explorer et concrétiser également dans ce domaine les fonctions de soins psychiatriques qu'il reste à développer. L'apport des SSM doit toujours être conçu comme un complément et un soutien à celui des acteurs travaillant dans le domaine des soins à domicile. Les deux compétences doivent être présentes dans les projets pilotes à agréer.

Il est conseillé de développer déjà à court terme trois fonctions spécifiques de soins sans pour autant oublier les formes de soins qui seront présentées après évaluation à partir des projets pilote. Les trois fonctions de soins décrites ci-dessous ne remplacent en aucun cas des projets pilotes qui doivent encore être développés (ultérieurement) comme prévu au point 8.2. Par contre, ces trois initiatives viennent soutenir le passage vers les soins psychiatriques ou en provenance de ceux-ci, que ce soit le passage vers les infrastructures de SSM ou vers les soins psychiatriques dans la société. Ces trois fonctions de soins spécifiques se situent donc entre les soins de santé mentale intra-muros et les soins à domicile.

Celles-ci sont conçues comme des points de soutien pour les autres formes de soins psychiatriques qu'il faut encore développer pour les patients soignés à domicile. Pour chaque fonction de soins, il s'agit en plus d'une offre limitée (par exemple dans le temps, cela ne concerne pas tous les patients, ni tous les soins intensifs ...).

### 8.3.1. Soins psychiatriques intensifs de crise

Cette fonction de soins a pour but d'améliorer les interventions psychiatriques urgentes en situation de crise pouvant survenir à domicile. La fonction de soins devant être remplie ici se caractérise par le caractère intensif et urgent des soins de crise. Pour la description des groupes cibles, des caractéristiques des patients, des activités de soins, des formes d'activités et des moyens requis pour l'accomplissement de cette fonction de soins, nous vous renvoyons à l'avis relatif à l'intervention psychiatrique urgente (avec notamment l'équipe mobile de soins de crise).

### 8.3.2. Postcure psychiatrique complémentaire.

Cette fonction de soins tente d'arriver à un transfert par phases des patients qui passent d'un traitement spécialisé dans un contexte intramuros ou hospitalier à une situation à domicile. Ce transfert doit être réalisé grâce à une collaboration fonctionnelle entre, d'une part, le personnel des hôpitaux psychiatriques, des SPHG et des CSM et, d'autre part, les généralistes et les praticiens de l'art infirmier à domicile. La mission de postcure consiste à garantir dans la situation à domicile le transfert et la consolidation du traitement pré-établi, dans un laps de temps très bref. La description concrète relative au groupe cible, les objectifs, les personnes et les moyens, les formes d'activités,... de cette modalité de postcure sont décrits dans le cadre de la convention Inami (postcure de Rééducation fonctionnelle – code INAMI 762134) organismes assureurs – hôpitaux et services psychiatriques.

### 8.3.3. Soins psychiatriques de soutien

Certains patients psychiatriques à domicile nécessitent un accompagnement ou un soutien spécialisé (visant à la réhabilitation), afin d'éviter qu'ils ne soient déstabilisés par un accompagnement inefficace et qu'ils ne rechutent. Ce type de soins psychiatriques de soutien s'adresse à une groupe limité de patients présentant des problèmes chroniques et complexes et vise à créer une fonction de soins analogue à celle appliquée actuellement par les associations d'initiatives d'habitations protégées, à l'intention des patients psychiatriques « en résidence collective ». L'avis du conseil national relatif aux aspects d'agrément et de programmation pour l'habitation protégée prévoit une extension de 20 % de la fonction de soins habitation protégée en faveur des patients psychiatriques à leur domicile. La collaboration fonctionnelle qui est ancrée sur le plan administratif dans les ASBL habitations protégées, doit suivre les groupes cibles et les fonctions de soins par le biais des paramètres RPM et garantir une mission complémentaire par rapport à la mission de base des CSM. Afin d'éviter des chevauchements inutiles, cette interaction doit être transcrite dans une première phase.

## LA PLACE DES SOINS PSYCHIATRIQUES POUR LES PATIENTS VIVANTS A DOMICILE

### En résumé

Concernant la qualité de vie en général, on peut faire la distinction entre

- ① le domaine du bien-être en général
- ② le domaine de bien être soigné
- ③ le domaine de bien être soigné en santé mentale

C'est à ce troisième échelon que se situe les soins psychiatriques pour les patients vivants à domicile, et pour lesquels les distinctions suivantes peuvent encore être faites

- soutien/accompagnement
- réhabilitation
- urgence/crise

### Sources et documents consultés

- avis du C.N.E.H. du 12/6/1997 – relatif au contenu à venir et à l'organisation des soins de santé mentale.
- Avis du C.N.E.H. du 18/4/2000 – relatif au fonds de renouvellement en matière de soins de santé mentale.
- Avis du C.N.E.H. du 8/4/1999 – relatif à la programmation et aux critères d'agrément des habitations protégées.
- Nouveau cadre descriptif SSM – rédaction Edgard Nassen.
- Organisation et effets des infirmiers psychiatriques – rédaction Prof. Dr. I. Abraham, Prof. Dr. J. Peuskens.
- Modèles de soins psychiatriques à domicile, concepts, intentions et cahier des charges, rédaction H. Vandenbroele et R. Lembrechts.