

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12 décembre 2019

Direction générale Soins de santé

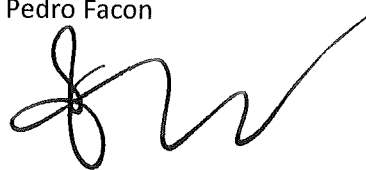
CONSEIL FEDERAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/500-3 (*)

**Avis du CFEH « Révision du BMF comme conséquence de la structuration
des équipes mobiles pour adultes (fonction 2) et des projets intensification
(fonction 4) »**

Au nom du président,
Margot Cloet

Le secrétaire,
Pedro Facon



(*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 12/12/2019 et entériné par le Bureau ce même jour

1. Contexte et objectif de l'avis

1.1. Demande du Bureau du CFEH

La demande d'avis a été formulée lors de la réunion du Bureau du CFEH du 13 septembre 2018 concernant les préoccupations des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux généraux par rapport à l'impact sur le BMF de la structuration des équipes mobiles (projets art. 107 pour le groupe cible Adultes - fonction 2) et des projets relatifs à l'intensification (fonction 4). Le Bureau souhaite ôter l'insécurité juridique concernant l'impact de la structuration sur le futur BMF en établissant un cadre financier clair. Par sa proactivité, le Bureau espère aussi encourager les hôpitaux à poursuivre l'approche des soins dans la communauté via des projets innovants comme la création d'équipes mobiles et d'autres évolutions (intensification, etc.). Le cadre financier proposé peut, à cet égard, servir de source d'inspiration.

Au total, pour la création d'équipes mobiles dans 20 réseaux art. 107 groupe cible Adultes et pour les projets intensification (fonction 4), respectivement 1671 et 247 lits et places ont été gelés (= mise hors service temporaire dans l'attente d'un agrément définitif). Les lits et places gelés pour l'intensification peuvent être répartis comme suit : 168 pour les ID (services intensifs), 59 pour les HIC (High Intensive Care) et 20 pour d'autres formes comme celles destinées au groupe cible des internés. Tous ces chiffres portent sur la situation au 1^{er} juillet 2019.

1.2. Modalités de révision de certaines sous-parties du BMF en cas de structuration des projets art. 107 - adultes et des projets d'intensification

- Les modalités de révision s'appliquent aussi bien aux hôpitaux psychiatriques qu'aux hôpitaux généraux.
- Une première ébauche de structuration pour le coordinateur de réseau des projets (financement forfaitaire de la fonction du coordinateur et frais de fonctionnement y afférents) se retrouve dans la demande d'avis de la ministre De Block en matière de modifications de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du BMF - mesures diverses au 1^{er} juillet 2019. Le CFEH préconise un contenu plus uniforme de la fonction de coordinateur de réseau conformément au modèle salarial du secteur.
- Actuellement, le fonctionnement de la coordination au niveau du SPF Santé publique (= coordinateurs fédéraux) est financé via une convention B4 avec quelques hôpitaux psychiatriques. Après évaluation du fonctionnement, le soutien des réseaux locaux par le pouvoir fédéral devrait rester nécessaire. En cas d'évaluation positive et de consensus sur la suite de la mission (y compris le nombre d'ETP), ce budget, au moment de la structuration des équipes mobiles, ne sera plus financé sur la base de l'art. 63, § 2. Cela implique un financement à charge du SPF Santé publique qui confère aux coordinateurs fédéraux le statut de contractuel. Pour la coordination des projets art. 107, il est question de 3 ETP. À cela s'ajoute le fait qu'au niveau fédéral, 2 ETP sont employés pour le groupe cible des enfants et adolescents, 2 ETP pour la fonction psychologique de première ligne et 1 ETP pour la formation.

- On attend plus de structuration après le déploiement de la 2^e phase pour la création d'équipes mobiles via le gel de lits ou de places. Dans la phase expérimentale, 100 % de garantie budgétaire du BMF est d'application. En outre, lors de cette 2^e phase, on prévoit aussi d'expérimenter l'intensification des soins en gelant des lits ou des places (services avec fonctions ID et HIC).
- Le financement d'ETP supplémentaires dans 5 réseaux sans gel de lits ou de places (réseau de la région du Centre + Charleroi, réseau de Luxembourg, réseau 107 Brabant wallon, regio Halle-Vilvoorde et Brussel) doit également être poursuivi après la structuration. Pour les futures fonctions ID et HIC sans gel de lits ou de places, on s'attend également à un financement d'ETP supplémentaires au moment de la structuration de ces services.
- Dans la phase expérimentale, les projets pilotes art. 107 relèvent de la compétence de l'autorité fédérale. En cas de structuration, le CFEH considère les équipes mobiles (équipes 2a et 2b) comme un nouveau service ou module¹ d'un hôpital. En pratique, les équipes mobiles peuvent être formées par l'apport d'ETP par plusieurs acteurs (hôpitaux psychiatriques, hôpitaux généraux, centres ambulatoires pour soins de santé mentale,...), de sorte qu'il faut conclure au moins des accords de collaboration durables et juridiquement formalisés. Les acteurs concernés du réseau sont libres de déterminer le statut juridique de la collaboration fonctionnelle liée aux équipes mobiles². Dans le cadre du scénario d'un nouveau service ou module de l'hôpital, il est impératif d'élaborer une réglementation concernant le caractère révisable de plusieurs sous-parties du BMF. Une fois ces projets structurés, l'agrément des équipes mobiles relèvera de la compétence des Communautés et des Régions, conformément à la 6^e réforme de l'État. L'autorité fédérale reste toutefois compétente en ce qui concerne les conditions d'agrément de base. Les Communautés et les Régions doivent respecter les règles organiques dans l'élaboration de normes d'agrément. Ces règles sont une compétence fédérale aussi bien en matière de concept que de contrôle du respect. L'autorité fédérale restera compétente en matière de programmation et de financement si les équipes mobiles sont considérées comme un nouveau module ambulatoire au sein de l'hôpital ou un nouveau service hospitalier. Après la détermination des normes d'agrément suit le financement structurel. En pratique, le financement doit d'abord être éclairci. Le CFEH choisit clairement ce scénario pour les raisons suivantes :
 - Les hôpitaux, notamment les hôpitaux psychiatriques, disposent (parfois dans le cadre de projets conjoints) de lits et de places gelés pour pouvoir constituer les équipes mobiles.
 - Comme dans la phase expérimentale, le médecin-chef de l'hôpital est responsable de l'organisation et de la coordination générales de l'activité médicale au sein des équipes mobiles tout comme le reste de l'hôpital. Pour la description de cette responsabilité, nous renvoyons à l'AR du

¹ Un module est une combinaison d'une fonction (par ex. traitement de crise) et d'un *modus operandi* (par ex. à domicile). Un programme de soins s'adresse à un groupe cible particulier et se compose de plusieurs modules qui peuvent être proposés par plusieurs prestataires de soins dans une région donnée, via un réseau.

² Le réseau par ailleurs peut également déterminer son statut juridique propre.

15 décembre 1987 qui peut servir de base référentielle. En cas de structuration, cette responsabilité sera maintenue.

- Dans un souci de pouvoir mener une politique de qualité en matière de personnel pour les équipes mobiles, un ancrage avec les hôpitaux est plus qu'indiqué. Concrètement, nous songeons notamment à la formation et au recyclage pour les collaborateurs actifs dans les équipes mobiles, des possibilités de remplacement à partir de l'hôpital en cas d'absence pour maladie, accident de travail, congé, ... dans les équipes mobiles, des garanties assurant que les conditions de travail et de rémunération (cfr. IFIC et mesures de fin de carrière) pour le personnel hospitalier s'appliquent aussi aux équipes mobiles, etc.
- Les normes d'agrément fonctionnelles actuelles prévoient déjà une base légale pour la fonction ambulatoire à partir d'un service A. L'art. 18 de l'AR du 23.10.1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre établit ce qui suit : « Un service A d'au moins 60 malades doit à chaque instant pouvoir envoyer une équipe thérapeutique au domicile d'un malade qui a besoin d'une aide urgente. »
- ...

Le financement de l'activité médicale après la structuration des projets art. 107 ne relèvera pas de la compétence du CFEH. Il est impossible, d'un point de vue légal, de prévoir un financement de l'activité médicale via le BMF. Cette activité pourra être financée par le biais du BMF uniquement au cours de la phase expérimentale.

Afin de rendre possible la mobilité des médecins chefs et chefs de service au sein du réseau, le CFEH estime utile que, dans les articles 7 et 17 de l'AR du 15 décembre 1987, l'on intègre les réseaux de soins de santé mentale. Dans un récent avis approuvé par le CFEH le 14 novembre 2019, les réseaux cliniques hospitaliers locorégionaux ont été également ajoutés.

- Outre la structuration, il faudra également revoir la programmation. Ainsi, les équipes mobiles, en tant que module ambulatoire de l'hôpital, devront recevoir une programmation de base. Les projets ID et HIC devront eux aussi recevoir une programmation de base. La programmation doit être basée sur un certain nombre de paramètres comme le besoin en équipes mobiles 2a et 2b, en services ID et HIC, la durée du traitement, le nombre d'ETP par *caseload*, etc. Cette programmation est indissociable d'une étude globale des besoins pour la population. Tout comme dans le cadre de la programmation de services hospitaliers, le principe selon lequel la programmation doit toujours être considérée comme une capacité maximale s'applique ici aussi. Dans le même temps, le CFEH recommande de définir une capacité minimale pour les équipes mobiles.
- Il est évident que des règles de reconversion devront également être mises au point pour pouvoir créer des équipes mobiles, services ID et HIC supplémentaires aussi après la structuration. Cela se fera alors dans un cadre non plus expérimental, mais structurel. Il est en outre impératif de revoir la programmation A, a, T, t et Sp actuelle.

Après la structuralisation, il y aura, en principe, une nouvelle marge de manœuvre en cas de normes de programmation inchangées, consécutivement à la suppression définitive des lits et places gelés dans l'agrément. Les lits et places gelés disparaîtront alors définitivement de l'agrément. Le CFEH demande aussi de supprimer la disposition selon laquelle le nombre de lits A et T agréés ne doit pas être inférieur à la moitié du nombre de lits A et T programmés. Cette règle limite en effet la reconversion ultérieure en équipes mobiles, lits A, etc. Le CFEH veut élaborer dans un avis spécifique des modalités de reconversion des lits C et D en lits A, également au-delà de la programmation actuelle en lits A en hôpital général, (reconversion d'1 lit C ou D = 0,73 lit A) qui ne seront jamais mis en service de manière effective, mais seront gelés avec transposition directe en équipes mobiles ou intensification. Il s'agit d'une mesure temporaire, en attendant que la reconversion de lits C et D en équipes mobiles soit rendue possible. Cette reconversion dépasse le cadre du présent avis parce qu'elle doit s'examiner dans une perspective plus large, y compris les conséquences budgétaires du démarrage d'une nouvelle activité.

2. Sous-parties révisables du BMF

2.1. Sous-partie A1

À l'instar de la reconversion des lits psychiatriques vers des MSP et Habitations protégées dans les années '90, il faudrait accorder une indemnisation pour les bâtiments qui sont définitivement mis hors service. L'indemnisation correspondra aux amortissements encore en cours et aux charges financières sur les prêts d'investissement contractés pour édifier ces bâtiments, les reconditionner ou pour mener des travaux d'entretien de grande ampleur. L'AR relatif à l'indemnisation a été aboli fin 2016 et la matière concernant la sous-partie A1 a été transférée aux Communautés et aux Régions, suite à la sixième réforme de l'État. Les montants repris dans la sous-partie A1 du BFM et qui ont été engagés avant le 31.12.2015 doivent être immunisés jusqu'à la fin de la période d'amortissements (intérêts compris). Il faudra également prévoir une indemnisation pour les frais de démolition.

Étant donné qu'à la suite de la 6^e réforme de l'État, la pleine compétence de la sous-partie A1 a été transférée de l'autorité fédérale aux Communautés et Régions avec une dotation, seules les Communautés et les Régions peuvent se charger de l'indemnisation et des éventuels frais de démolition. L'autorité fédérale assume encore uniquement la responsabilité du mécanisme de paiement concernant la sous-partie A1. Le CFEH conseille aux Communautés et aux Régions de prévoir des moyens supplémentaires pour gérer d'éventuels frais de démolition.

Pour toutes ces propositions, une Conférence interministérielle (CIM) doit fournir les garanties écrites requises.

2.2. Sous-partie B1

Dans l'attente d'une réforme complète du système de financement actuel pour les hôpitaux psychiatriques (cf. Avis du CNEH « Avis conjoint des sections « programmation et agrément », « financement » et « groupe de travail permanent Psychiatrie » concernant un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins » du 09.07.2015, portant la référence CNEH/D/446-2), le CFEH propose de maintenir la sous-partie B1 tant en hôpital général que psychiatrique. Les arguments suivants peuvent être avancés à cet égard :

- Pendant la phase expérimentale, le principe de la neutralité budgétaire est d'application. Il est justifié de maintenir ce principe en cas de structuralisation, d'autant plus qu'aucun incitant n'est prévu ou demandé pour le caractère somme toute innovant de la formation d'équipes mobiles. À l'époque, lors de la reconversion en initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques, des primes de recyclage ont été octroyées.
- La sous-partie B1 est structurellement sous-financée, notamment en raison du calcul qui a été appliqué au moment de la subdivision de la partie B en B1 et B2. À l'époque, la sous-partie B1 a été déterminée en déduisant simplement la sous-partie B2 actualisée de la partie B. Ces dernières années, les coûts administratifs ont fortement augmenté en raison de la forte augmentation du nombre d'admissions, mais également la charge de travail des équipes de support, la qualification indispensable du personnel de ces services, les obligations supplémentaires à respecter et coûts supplémentaires à supporter dans le cadre des services communs ne cessent de croître, sans qu'aucun moyen complémentaire n'ait été octroyé en appui de ces besoins.
- Une diminution proportionnelle correspondant au nombre de lits et de places mis définitivement hors services est totalement injustifiée en raison du constat que les coûts fixes dans la sous-partie B1 dépassent largement les coûts variables dans cette sous-partie.
- Il est difficile de ne déduire que les coûts directement variables (par ex. l'alimentation) sur une base réelle en raison de la charge de travail supplémentaire pour l'administration du SPF Santé publique, de l'externalisation éventuelle à des sociétés privées, etc.

Après cinq ans de fonctionnement, les frais de fonctionnement (400 000 € non indexés par projet sur base annuelle) sont supprimés en 2 temps dans les projets pilotes. Le CFEH juge cela inacceptable pour la bonne raison que les frais de fonctionnement restent également après 5 ans. Il s'agit concrètement des frais de déplacement, frais administratifs, frais liés au DPI, équipes mobiles délocalisées, frais de communication pour, notamment, la récolte et le partage de données, frais généraux tels assurance, etc.). Le CFEH opte pour une indemnisation forfaitaire de € 10 200 par ETP. Les équipes mobiles des 20 réseaux comptent au total 521,23 ETP. Le macrobudget nécessaire pour les frais de fonctionnement correspond à € 5 316 546 (521,23 ETP x € 10 200). Les coûts pour la gestion des réseaux seront repris plus tard en fonction de l'évolution future des réseaux (entre autres sur le plan du statut juridique futur).

L'impact sur le BMF de l'hôpital concerné peut être présenté comme suit :

Révision de la sous-partie A1 + relèvement de la sous-partie B1 avec un budget de fonctionnement pour les équipes mobiles

2.3. Sous-partie B2

Nous constatons que les collaborateurs employés au sein des équipes mobiles ont un niveau de qualification élevé ainsi qu'une ancienneté élevée. Le niveau de qualification général a augmenté ces dernières années dans les hôpitaux psychiatriques. Il en est de même au niveau des hôpitaux généraux. Un relèvement de la sous-partie B2 s'impose donc pour indemniser les surcoûts.

En outre, il sera également tenu compte des éléments qui font l'objet d'une indemnisation via d'autres sous-parties du BMF (par ex. les accords sociaux [notamment les mesures de fin de carrière] prévus dans le cadre de la sous-partie B9 [cf. point 2.6], indemnisation TPP/QPP via la sous-partie B4, etc.).

2.4. Sous-partie B4

Un certain nombre de sous-budgets au sein de la sous-partie B4 sont liés à un(e) lit/place. Dans son avis concernant les « modifications de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du BMF - mesures diverses au 1^{er} juillet 2019 », du 31.01.2019, portant la référence CFEH/D/489-1, le CFEH propose de transférer un certain nombre d'éléments de la sous-partie B4, à leur valeur au 30 juin 2019, vers la sous-partie B1 (notamment le réviseur d'entreprise, le médecin en chef, etc.). En raison de ce transfert, tant pour les hôpitaux psychiatrique que généraux, une structuration des équipes mobiles pour adultes et des projets d'intensification ne donnerait plus lieu à une révision budgétaire. Si l'avis précité n'est pas suivi par le ministre compétent, le CFEH plaide pour le maintien de ces sous-budgets dans la sous-partie B4 selon la valeur le jour précédant la date de la structuration.

Dans ce contexte, nous précisons que les honoraires médicaux qui sont indemnisés pendant la phase expérimentale via la sous-partie B4 devront être transférés à l'INAMI au moment de la structuration, à l'exception de l'indemnisation pour les missions de gestion qui pourrait continuer à être à charge du BMF.

2.5. Sous-partie B5

Actuellement, la sous-partie B5 est complètement gelée aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques. À l'heure actuelle, une structuration des projets art. 107 n'entraînera dès lors pas la révision de cette sous-partie.

2.6.Sous-partie B9

En cas de structuration, un certain nombre de composantes salariales qui sont financées par la sous-partie B4 pendant la phase expérimentale (par ex. mesures de fin de carrière) devront être transférées à la sous-partie B9 pour les ETP qui ont été attribués en supplément sans mise hors service de lits ou de places.