

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 16 décembre 2021

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/546-2 (*)

Avis du CFEH sur la programmation des services psychiatriques

Au nom du Président,
Margot Cloet

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 16/12/2021 et ratifié par le Bureau à cette même date.

1. Contexte

En réponse à la demande d'avis du ministre Vandenbroucke du 30.06.21 concernant la programmation des lits hospitaliers, le CFEH a approuvé un avis dans lequel un certain nombre de grands principes sont formulés (CFEH/D/540-2). Pour traiter ces principes plus à fond, la nécessité de suffisamment de recherche scientifique a été soulignée. En outre, deux sous-groupes de travail ont été démarrés pour regarder les aspects plus spécifiques de la programmation des services Sp et des services psychiatriques. Le projet d'avis ci-dessous est une proposition du sous-groupe de travail services psychiatriques qui s'est réuni le 03.12.21 et le 14.12.21.

Dans la lettre du 12.10.21, le ministre Vandenbroucke communique qu'il fera parvenir à court terme une proposition au CFEH, sur la base d'un avis du groupe de travail programmation du Comité Soins de Santé Mentale Enfants et Adolescents (COMSMEA). Dans la même lettre, le ministre communique qu'il fera également parvenir au CFEH une proposition sur la programmation d'unités ID et HIC. Dans l'attente de ces deux propositions et également en attendant la recherche scientifique à effectuer nécessairement et pour respecter le plus possible la date limite du 31.12.21 comme mentionnée dans la lettre précitée du ministre Vandenbroucke du 12.10.21, le CFEH veut avec cet avis déjà formuler une première proposition concrète sur les lits A/a et T/t tout comme sur un nombre de règles de reconversion à ajouter.

2. Quelques considérations et points d'attention préalables

- En partant des principes de l'approche intégrée, la programmation d'autres formes de soins (MSP, IHP, services de santé mentale, ...), des hôpitaux spécialisés et des domaines de vie apparentés (habitation, aide sociale, travail,...) doit idéalement également être prise en considération lors de la révision de la programmation de services hospitaliers psychiatriques.
- Les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques dans les HG sont et restent un chaînon important dans le circuit de soins, au même titre que tous les acteurs du trajet de soins. Une politique de réseau cohérente doit assurer que chaque patient avec un besoin de soins psychiatriques peut recevoir au moment correct du prestataire de soins correct les soins qualitatifs et accessibles corrects. Chaque patient doit pouvoir décider, en lien avec les principes du rétablissement, où ces soins lui seront donnés, à chaque étape de son trajet de soins.
- La programmation est étroitement imbriquée non seulement dans le financement et l'agrément mais aussi dans la qualité de soins. Développer des soins de qualité dépend aussi fortement de la capacité disponible et d'un personnel qualifié suffisant. Dans ce contexte, le CFEH plaide pour la réalisation d'une étude scientifiquement étayée permettant d'établir un ratio "patient to caregiver" pour les services psychiatriques en HG et HP.
- On propose de limiter le nombre de lits/places d'unités de soins dans le fonctionnement opérationnel à au maximum 24 par unité (au lieu des 30 actuels pour services A, T et Services Sp). Le cadre actuel est maintenu pour un nombre inférieur de lits. Les unités de

soins plus petites ont évidemment un effet sur les règles de reconversion. Il n'y a pas de lien direct avec la programmation. Il est évident qu'une telle adaptation doit se faire de manière progressive pour permettre aux hôpitaux d'adapter les infrastructures avec l'intervention financière nécessaire des entités fédérées.

- La programmation future doit rendre possible suffisamment de différenciation envers les spécialisations et les (sous-)groupes cibles spécifiques (par exemple désordres alimentaires). Lors de plus d'élaboration de la programmation, il faut examiner ce que pourraient être des spécialisations pleines de sens. Une différenciation allant trop loin peut limiter la flexibilité de la programmation.
- La recherche scientifique nécessaire est très vaste et peut être réalisée par plusieurs centres de recherche. Comme rappelé dans l'avis du 18.11, l'étude scientifique permettra établir des propositions concrètes sur base de critères objectifs et flexibles en fonction des besoins locaux. Il est en effet important que la programmation tienne compte des besoins spécifiques de la zone de soins (dont les centres urbains) et tienne compte de la répartition historique des lits. En raison de la répartition inégale actuelle, la programmation future devrait garantir une meilleure accessibilité géographique.
- Le CFEH veut indiquer que dans les priorités mentionnées par le ministre (K/k, Sp et A/a) certains (sous-)groupes cibles spécifiques démontrent également un caractère prioritaire. Nous mentionnons ici plus concrètement, e.a., les patients avec un statut de décision judiciaire (mise en observation c'est-à-dire hospitalisation sous contrainte dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne malade mentale), les patients avec un double diagnostic (affection psychiatrique en combinaison avec une problématique de dépendance et affection psychiatrique en combinaison avec une déficience intellectuelle) et les jeunes dans le groupe d'âge de 16-23 ans.

3. Proposition d'A/a supplémentaires dans les HG et reconversion de T/t vers A/a

- Actuellement il n'est pas clair pour le CFEH quels sont les problèmes actuels à court terme concernant la capacité A/a existante. Pour disposer d'une première vue sur la situation actuelle, le sous-groupe de travail services psychiatriques propose d'organiser une enquête rapide auprès des HG et des HP. L'enquête concerne aussi bien les demandes en cours que les demandes qui seront/pourraient être déposées à court terme par les HG et les HP. Toutefois, cela ne reflétera pas les besoins objectivement définis. Par exemple, dans un hôpital ou une région, une situation peut se présenter où il n'y a plus de lits/places reconvertibles ou qu'il n'y a plus de place dans la programmation.
- Dans la programmation actuelle au niveau national, une marge limitée est encore disponible dans les HG et les HP pour la reconversion vers A/a.
- Le CFEH veut stimuler les HG à ne pas limiter la reconversion à la création de lits A, mais aussi à reconvertir vers a-jour et équipes mobiles, surtout les équipes 2a. Dans le cadre de la poursuite de la socialisation, le CFEH préconise de mettre encore davantage l'accent sur l'hospitalisation de jour et sur une transition souple de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation partielle et vice-versa..
- Certains membres considèrent comme irréalisable une reconversion vers index A/a dans un HG si cela doit se faire depuis des lits justifiés. Cette condition constitue pour les HG un frein important à la création de capacité A/a supplémentaire.
- Le CFEH propose de joindre la programmation d'A/a et T/t pour les HP (une jonction d'A + T et une jonction d'a + t). La distinction entre des index A et T ne correspond déjà depuis

longtemps plus avec le fonctionnement de l'HP lié à des programmes. Cette proposition rejoint aussi l'approche flexible de la programmation future comme mentionnée dans l'avis précité du 18.11 dernier. Pour rendre possible la reconversion de T/t vers A/a, il faut supprimer la limitation existante par laquelle le nombre de lits T ne peut pas être inférieur aux 50% de la programmation. Cette proposition est aussi déjà mentionnée explicitement dans l'avis précité du 18.11 dernier.

- Dans le contexte d'une programmation dynamique, le CFEH plaide pour une flexibilisation de l'hospitalisation de jour. Des discussions informelles ont lieu à ce sujet à l'INAMI pour parvenir à une adaptation de la présence minimale amoindrie dans l'hospitalisation de jour.
- Il est évident que l'approbation pour la reconversion vers A/a par les pouvoirs publics compétents doit se baser, après consultation des réseaux concernés (réseaux services de santé mentale et éventuellement des réseaux cliniques loco-régionaux), sur une motivation bien fondée des hôpitaux qui veulent reconverter vers A/a qui tient également compte des autres acteurs du trajet de soins (liaison, équipes mobiles, traitement de jour...). Dans le cadre de la continuité des soins et du développement des programmes de soins, les services ambulatoires et résidentiels doivent être développés de manière intégrée. Une capacité de lit/place supplémentaire doit partir de l'hypothèse de travail qu'il répond à un besoin explicite et prioritaire et qu'on n'hypothèque pas la programmation scientifiquement fondée future encore à élaborer basée sur les besoins réels de soins. Cette motivation est importante depuis la constatation que, surtout dans les HP, des lits et des places ont été gelés pour la constitution d'équipes mobiles. Les lits/places gelés doivent au moment de la structuration des équipes mobiles être convertis en une programmation spécifique pour cette forme de soins. Depuis 2012, il y a au total 2.017 lits et places qui ont été mis hors service, dont 1.723 pour la constitution d'équipes mobiles (1.661 dans les HP et 62 dans les HG), ce qui correspond à une cessation d'environ 10% de la capacité agréée totale des HP. Par un gel de 294 lits dans les HP, 630 lits existants ont été intensifiés (unités ID et HC) (*chiffres encore à vérifier sur leur valeur d'actualité*).

4. Règles de reconversion

Dans l'attente de dresser la carte des besoins réels de soins sur la base de recherche scientifique, le CFEH propose d'ajouter les règles de reconversion suivantes :

- Réintroduire la reconversion vers MSP et IHP + élargissement vers les centres de revalidation. Depuis la 6e réforme de l'État, ces formes de soins relèvent de la compétence des entités fédérées. Cette conversion doit donc être coordonnée avec les entités fédérées.
- Rendre possible la reconversion d'a-nuit vers a-jour et t-nuit vers t-jour
- Rendre possible la reconversion directe de lits C et D vers équipes mobiles sans une étape intermédiaire via la programmation A/a
- Reconversion vers les services ID et HIC
- Reconversion vers des (sous) groupes-cibles spécifiques, tels que, e.a., IB-for, double diagnostic affection psychiatrique et déficience intellectuelle, double diagnostic psychose et dépendance..... Cela nécessite une recherche scientifique.

5. Implications budgétaires

Dans son avis du 18.11, le CFEH a attiré l'attention sur le fait qu'une nouvelle programmation n'est pas réalisable dans un cadre de neutralité budgétaire. Le CFEH indique qu'un certain nombre des propositions ci-dessus ne peuvent être réalisées de manière neutre sur le plan budgétaire. Après tout, les règles actuelles de reconversion et de financement prévoient que lorsque des lits sont reconvertis, le budget se déplace avec eux. Il existe également une proposition visant à augmenter l'encadrement. La conversion de lits aigus (vides et donc actuellement non financés) en lits psychiatriques ou en équipes mobiles s'accompagnerait donc d'un niveau de financement encore plus faible pour les soins dans les lits aigus qui sont déjà sous-financés. Par conséquent, un ajustement des règles de programmation et de reconversion selon les propositions du présent avis devrait s'accompagner de l'augmentation nécessaire du BMF total. Le CFEH est disposé à approfondir ces propositions de manière plus détaillée".
