

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

BRUXELLES, le 9 mai 1996

Administration des soins de santé.

Direction de la politique de santé

CONSEIL NATIONAL DES ETBALISSEMENTS HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"
--

Réf. : CNEH/D/100-2

AVIS RELATIF A L'EVALUATION DE LA RECONVERSION EN PSYCHIATRIE.

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 09/05/96

Avis relatif à l'évaluation de la reconversion en psychiatrie

1. Contexte

Pour la rédaction du présent avis, on a tenu compte:

- des avis que le CNEH a formulés dans le passé;
- des documents de travail examinés par le groupe de travail psychiatrie;
- du contenu et de la forme des points à examiner en priorité tels que proposés lors de la réunion du 16 février 1996 du groupe de travail permanent.

Concrètement, la présente note constitue la réponse à la première partie de la lettre comprenant la demande d'avis des Ministres De Galan et Colla au CNEH, de décembre 1995, (voir annexe 1) à savoir "l'évaluation ainsi que les recommandations et propositions concernant l'adaptation des normes de programmation et d'agrément des équipements psychiatriques mentionnés dans la loi sur les hôpitaux".

Dans l'avis, les recommandations et propositions demandées concernant l'adaptation des équipements psychiatriques sont précédées d'une série de recommandations importantes, plus générales, relatives aux principes fondamentaux ainsi qu'aux modalités de ces propositions.

Certaines propositions et recommandations relatives aux différents équipements psychiatriques mentionnés dans la loi sur les hôpitaux ont déjà fait l'objet dans le passé d'avis du CNEH. D'autres propositions sont maintenant ajoutées.

Dans cet avis, on mentionne brièvement chacun de ces points, puis on renvoie à une "fiche technique". Ces fiches techniques présentent en détail les propositions et recommandations tant sur le plan du contenu que sur le plan technique.

Comme indiqué dans la lettre des Ministres compétents, le groupe de travail psychiatrie du CNEH rédigera un deuxième avis "dans un délai un peu plus long" concernant "la définition des fonctions de base et des fonctions complémentaires d'un hôpital psychiatrique, d'une part, et d'un service psychiatrique d'un hôpital général, d'autre part." Dans le cadre de la définition de ces fonctions, on mentionnera les nouveaux équipements qu'il serait souhaitable de créer.

Etant donné que tout ceci nécessite encore de nombreuses discussions dans et en dehors du CNEH, le deuxième avis en question pourra être formulé au plus tôt pour le mois de juin 1996.

2. Avis généraux.

2.1. Les objectifs de la reconversion (de juillet 1990) et remarques en marge.
Avant d'examiner les avis généraux qui découlent de l'évaluation de la reconversion, il est utile de rappeler brièvement les objectifs sous-jacents à la reconversion en psychiatrie.

1. Opérer une distinction structurelle plus nette dans le secteur des soins de santé mentale entre la mission "thérapeutique" et la mission "soins", et ce par la création de maisons de soins psychiatriques et d'initiatives d'habitation protégée.

2. Renforcer la mission "thérapeutique" de l'hôpital psychiatrique en améliorant la fonction de diagnostic et de traitement. Cela suppose des effectifs de personnel adéquats.

3. Assurer un développement plus équilibré et améliorer la complémentarité des différents équipements et services du secteur des soins de santé mentale par le biais de la création de plates-formes de concertation et d'associations en matière d'initiatives d'habitation protégée.

- Dans le prolongement de ces objectifs, on a pris des mesures concernant entre autres la fonction de traitement, l'amélioration et/ou la normalisation de la situation concernant l'hébergement du patient, le développement de la fonction d'accompagnement et/ou de soins, la création d'associations en matière d'initiatives d'habitation protégée et les plates-formes de concertation.

- La réforme de la loi sur la protection de la personne et des biens du malade mental a également étayé ce processus de réforme.

- Pour être tout à fait clair, il y a lieu de rappeler que les 19 arrêtés royaux et ministériels du 10 juillet 1990 visaient expressément, en premier lieu, à une amélioration de la qualité des soins de santé mentale. Les moyens dégagés à la suite de la reconversion ont donc été réinvestis dans le développement d'une structure de soins de santé mentale mieux adaptée.

- Il convient également de signaler que ce sont principalement les hôpitaux psychiatriques qui ont été touchés par les mesures prises alors qu'un certain nombre des objectifs précités concernaient l'ensemble des dispensateurs de soins de santé mentale.

- Les centres de santé mentale ont bien été associés au développement des associations en matière d'initiatives d'habitation protégée.
Dans ce cadre, on a proposé le principe de l'égalité des partenaires.

Les sections psychiatriques d'hôpitaux généraux et les centres de santé mentale ont été partenaires au sein des plates-formes de concertation.

Dès lors, dans les 19 arrêtés de reconversion, on ne définit, ni ne redéfinit la mission principale du CSM et/ou de la SPHG.

- Enfin, il serait plus approprié de parler d'une "amorce" d'évaluation de l'impact des 19 arrêtés de reconversion.

En effet, la reconversion progressive de lits hospitaliers psychiatriques en habitations protégées et en MSP s'est terminée officiellement il y a seulement quelques semaines (le 31 décembre 1995). L'impact n'est donc pas encore complètement perceptible et encore moins visualisé.

En outre, les résultats de l'étude nationale réalisée dans ce domaine peuvent difficilement être considérés comme complets et fiables en ce qui concerne tous les aspects des arrêtés de reconversion. En effet, l'étude, pour des raisons que l'on comprend aisément, traite en premier lieu de l'impact de la reconversion pour un groupe particulier de patients, à savoir les patients chroniques.

2.2. Constatations générales.

- On peut dire de manière générale que l'on s'est essentiellement attaché à la réalisation du premier des trois objectifs principaux précités relatifs à la reconversion, à savoir la subdivision des fonctions "thérapeutiques" et "soins" par le biais du développement de formes alternatives de soins et d'accompagnement pour les patients chroniques stabilisés (HP et MSP).

- La réalisation du deuxième objectif, à savoir le renforcement de la fonction de diagnostic et de traitement de l'hôpital psychiatrique, a à peine été amorcée. On n'a pas non plus élaboré un cadre de personnel adéquat, de sorte que l'hôpital peut difficilement assumer sa fonction relative au diagnostic spécialisé intensif et au traitement. De plus, le travail de préparation à la sortie de l'hôpital n'a pas été suffisamment pris en compte.

- Le troisième objectif, à savoir un développement plus équilibré ainsi que le renforcement de la collaboration et de la complémentarité entre les différents équipements en matière de soins de santé mentale n'a été concrétisé qu'en partie (par le biais des associations en matière d'initiatives d'habitation protégée et des plates-formes de concertation) et est de plus en plus hypothéqué en raison notamment de l'absence d'une politique coordonnée en matière de soins de santé mentale entre les autorités nationale et communautaires.

Ainsi, les rémunérations du personnel des hôpitaux psychiatriques, des SPHG, des MSP et des habitations protégées, d'une part, et des CSM, d'autre part, présentent des écarts grandissants. Par ailleurs, les centres de santé mentale ne disposent pas de personnel suffisant pour assumer les nouvelles tâches. Le problème de la nécessité d'une politique coordonnée doit être examiné dans le cadre d'une conférence interministérielle.

- En outre, on peut dire de manière générale que des problèmes graves se posent sur le plan de l'accessibilité financière des nouvelles structures de soins créées. 20 à 50% des patients en MSP ne peuvent payer le prix d'hébergement imposé. Le fonds qui devait garantir un minimum vital de 3000F n'est pas devenu opérationnel.

- Les mesures prévues dans le cadre de la reconversion n'ont pas toujours conduit à une amélioration de la qualité de vie et d'hébergement des patients psychiatriques hospitalisés.

Cela s'explique entre autres par le non-versement des subsides de construction et de transformation nécessaires ainsi que les normes de personnel encore trop limitées.

- En ce qui concerne l'amélioration de la position juridique du patient, par le biais entre autres de la réforme de la loi relative à la protection de la personne et des biens du malade mental, et la participation du patient et de sa famille dans le cadre de la MSP, d'importantes lacunes subsistent encore, notamment sur le plan du droit à l'information, de la médiation en cas de plaintes, etc.

- Les réformes proposées dans le cadre de la reconversion ont dû trop souvent être menées par un personnel insuffisant mais aussi et surtout par du personnel trop peu qualifié. En outre, il y avait un manque criant de formation préalable ou d'accompagnement en vue de la réalisation des réformes.

- Les arrêtés de reconversion avaient pour objectif de développer pour les patients chroniques stabilisés, d'une part, une offre de soins et, d'autre part, une offre en matière d'accompagnement. Cette offre en matière d'accompagnement devait viser à une intégration et à une resocialisation maximales du patient dans la société. On peut dire que cet objectif n'a été réalisé qu'en partie en raison de l'absence de moyens et de structures de réadaptation et de resocialisation, entre autres la nécessité de créer un accompagnement de travail et d'activités.

- En ce qui concerne les structures alternatives créées en matière de soins et d'accompagnement, la nécessité de développer des formes plus adaptées de soins, d'accompagnement et de réadaptation pour des groupes de patients spécifiques se fait fortement sentir.

- On constate que les règles et les modalités de reconversion n'ont pas toujours débouché sur une offre de qualité adaptée aux besoins et/ou sur une répartition équilibrée des équipements de soins de santé mentale.

Dans la partie de l'avis qui suit, on précise les diverses lacunes de l'offre de soins et les solutions à apporter pour que chacun puisse assumer sa fonction correctement dans le réseau des équipements de soins de santé mentale.

3. Avis et propositions concrets.

1. Les hôpitaux psychiatriques.

- Constatations

Au cours des 5 dernières années, l'hôpital psychiatrique s'est de plus en plus transformé en un hôpital spécialisé capable de dispenser un traitement intensif et spécialisé aussi bien à des patients présentant une pathologie psychiatrique générale qu'aux groupes spécifiques de patients psychiatriques.

A cet égard, il convient de souligner que les arrêtés de reconversion n'ont contribué que dans une faible mesure à un renforcement de la fonction de diagnostic et de traitement au sein de l'hôpital psychiatrique. Cela est dû à l'insuffisance des effectifs de personnel, notamment médical.

La seule mesure définie dans les arrêtés de reconversion, à savoir le relèvement des normes en matière de personnel pour les patients T1 (patients en traitement pendant moins d'un an), n'est pas suffisante pour faire face à l'accroissement de la charge de travail que représente un traitement plus court et/ou plus intensif.

Selon la circulaire du Ministère de la Santé du 28.07.87, les agents F.B.I. pouvaient être affectés à n'importe quel service, clinique, médico-technique ou services communs. Or, en psychiatrie, la différence entre le subside et le traitement réel de l'agent subventionné par le F.B.I. reste entièrement à charge de l'hôpital, vu le fait que le prix de journée est le seul revenu pour les hôpitaux psychiatriques. Et s'il s'agit, par exemple, d'agents paramédicaux, cette différence représente encore près de 25% de la charge salariale totale.

Même si les normes d'encadrement sont relevées, l'apport de personnel F.B.I. se justifie encore pour composer les variations que l'effectif subira par l'influence des taux d'occupation. Aussi, puisqu'une part du subsides vient du Ministère de l'Emploi et du Travail, il conviendra que le solde soit pris en charge par la Santé publique.

En ce qui concerne l'encadrement médical, on peut dire que la norme de 1 psychiatre pour 120 lits T est totalement insuffisante.

La pharmacothérapie est gravement menacée par un financement insuffisant des frais de fonctionnement et de personnel de l'officine.

Les possibilités de diagnostic en matière de biologie clinique ont si peu évolué, en raison du blocage pour des raisons historiques, qu'elles compromettent la qualité même du traitement.

La fonction de diagnostic et de traitement doit être développée de manière équivalente tant pour la fonction de base que pour les fonctions spécialisées telles que par exemple, la toxicomanie, les PCTA, la gérontopsychiatrie, la psychogériatrie, la fonction K, la psychiatrie légale, les dépressions, les soins en cas de psychoses etc..

C'est la raison pour laquelle on formule pour l'hôpital psychiatrique les propositions de solutions suivantes.

Propositions.

1. Sur le plan des effectifs de personnel.

1.1. Structuration du département infirmier et paramédical dans les hôpitaux psychiatriques.

- financement intégral des chefs de service et des cadres intermédiaires tel que prévu dans les hôpitaux généraux;
- financement d'un infirmier en chef pour 30 lits (au lieu de 60 lits T)

Fiche technique (voir annexe 1)

1.2. Normes de personnel T

- relèvement des normes de personnel dans les services T jusqu'à 14 équivalents temps plein pour 30 lits, à un taux d'occupation se situant dans une fourchette de 80 à 100%;

- pour T journée et T nuit, calcul du taux d'occupation sur la base de 5 jours par semaine et/ou relever le taux d'occupation à 11/30 pour T journée et à 12/30 pour T nuit.

Fiche technique (voir annexe 2)

1.3. Norme de personnel dans les services A

- relèvement de la norme de personnel jusqu'à 17/30, à un taux d'occupation compris entre 80% et 100%;

- hospitalisation partielle en A journée et A nuit: calcul du taux d'occupation sur la base de 5 jours par semaine et/ou une norme de personnel de 11/30 pour A journée et 12/30 pour A nuit.

Fiche technique (voir annexe 3)

1.4. Normes de personnel K

1ère phase: norme en matière de taux d'occupation de 70% à 100% pour la norme de personnel actuellement en vigueur, laquelle est de 21/20;

2ème phase: relèvement de la norme de personnel jusqu'à 26/20.

3ème phase: intégration des conventions réadaptation dans les normes de personnel de l'hôpital et relèvement de la norme de personnel jusqu'à 31/20.

Fiche technique (voir annexe 4)

1.5. Gérontopsychiatrie: index Gp.

- Création dans les hôpitaux psychiatriques d'une norme spécifique d'agrément et de programmation pour les services de gérontopsychiatrie.

- Dans les hôpitaux généraux, ce service peut être programmé et agréé dans le cadre de la programmation des services G.

- Dans l'hôpital psychiatrique, ce service doit être programmé et agréé par le biais de la reconversion de lits Vp, agréés sous l'index T, en Gp.

- La norme de personnel est fixée à 16 équivalents temps plein pour 24 lits, à un taux d'occupation de 80% à 100%.

Fiche technique (voir annexe 5)

1.6. Psychogériatrie: index Sp.

Par analogie avec les nouvelles normes d'agrément du service de psychogériatrie (Sp), il convient d'élaborer une norme de programmation spécifique adaptée ainsi que des règles de reconversion appropriées en ce qui concerne l'agrément de ce service dans l'hôpital psychiatrique.

Fiche technique (voir annexe 6)

1.7. PCTA

- après évaluation de l'effet du traitement et quantification des besoins en matière de services PCTA, étendre les expériences pilotes.

- normes de personnel 52/24 lits

Fiche technique (voir annexe 7)

1.8. Traitement des toxicomanes

Concertation et coordination ainsi que développement d'un réseau régional d'équipements pour la prise en charge des toxicomanes. Nécessité de développer un réseau et de lui confier des tâches spécifiques en matière de soins de santé mentale.

Fiche technique (voir annexe 8)

Nécessité d'unités et de normes spécifiques.

Fiche technique

Sera établie dans les mois à venir.

1.9. Patients protégés et psychiatrie légale

Fiche technique (doit encore être établie)

1.10 I.B.F.

Normalisation et intégration du FBI dans le prix de journée:

- statut professionnel à part entière;
- relèvement de la prime jusqu'à 1,1 million F par équivalent temps plein;
- dans le cadre du relèvement des normes actuelles, seule une augmentation du personnel qualifié est possible:
 - le personnel logistique et les auxiliaires doivent, par le biais d'une révision de la sous-partie B1, être repris dans un centre de frais à normaliser, en tant que collaborateurs logistiques pour l'entretien, l'alimentation, l'administration...

Une attribution partielle aux MSP du personnel FBI ayant des qualifications "logistiques" doit être également possible.

2. Encadrement médical.

2.1. Renforcement de l'encadrement médical dans les services T.

Modification des normes d'agrément des services T en prévoyant 1 psychiatre pour 60 lits T, pour les patients dont la durée de séjour est inférieure ou égale à 1 an.

Fiche technique (voir annexe 9)

3. Services médico-techniques.

3.1. Financement des frais de fonctionnement Officine

Adaptation de la sous-partie B5 du prix de journée

- révision des coefficients de pondération
- financement des aides pharmaciens

Fiche technique (voir annexe 10)

3.2. Biologie clinique

Révision des forfaits fondés sur une situation historique totalement dépassée et mise au point d'un système spécifique pour la biologie clinique à l'hôpital psychiatrique et dans les SPHG.

Fiche technique
doit encore être établie

3.3. Radiologie

Fixation des examens de base (ainsi que de l'appareillage nécessaire à cet effet) qui pourraient être effectués dans un hôpital psychiatrique.

Elaboration d'un système d'indemnisation spécifique incluant les frais de transport et d'accompagnement par le personnel, et ce dans le cas où l'on doit faire appel à un service de radiologie extérieur situé, par exemple, dans un hôpital général.

Ces frais de transport et d'accompagnement concernent tous les examens médico-techniques pour lesquels le patient doit être adressé à l'hôpital général. Possibilité de faire appel à des collaborateurs logistiques.

Fiche technique

doit encore être établie

3.4. Financement.

- Financement transparent, complet et en temps opportun avec, entre autres:

- date limite fixe pour la distribution du montant de rattrapage

- inclure dans les crédits de caisse les intérêts dus pour la révision tardive du prix de journée.

- Adaptation du financement compte tenu du fait que la fixation du prix, en raison notamment des références de prix historiques, ne correspond pas au coût réel (coût personnel, ancienneté,...)

- Révision partie B, B4 et B5.

Fiche technique (voir annexe 11)

3.5. Infrastructure

Versement en temps opportun et dans leur intégralité des subsides de construction ou de transformation par les autorités communautaires compétentes.

Relèvement du plafond de construction jusqu'à 80 m² par lit ou place.

Fiche technique

doit encore être établie

2. MSP.

Le concept de MSP répond aux besoins d'un groupe important de patients psychiatriques stabilisés nécessitant des soins chroniques.

Un groupe limité de patients peut encore être dirigé vers des formes de résidence plus autonomes après avoir séjourné en MSP.

Toutefois, pour la plupart de ces patients, la MSP est une solution à long terme, voire définitive. Il convient donc en priorité d'améliorer la qualité de vie et de séjour, entre autres également dans les lits MSP dits extinctifs. Cela suppose que les autorités communautaires lancent un programme de construction ou de reconditionnement de l'infrastructure et que les autorités fédérales adaptent éventuellement les normes relatives au personnel pour certains groupes de patients. Dans le cadre de la continuité des soins, la norme de personnel devrait être revue en fonction de la taille de certaines M.S.P.

Autres problèmes majeurs:

2.1. Accessibilité financière

Les résultats de diverses études, confirmés par l'étude nationale, montrent qu'il existe des seuils financiers importants en ce qui concerne l'admission dans une MSP ou le transfert vers celle-ci.

En moyenne, 20% des patients séjournant en MSP ne peuvent payer le prix d'hébergement. En ce qui concerne les lits MSP définitifs, ce pourcentage grimpe à 50%. La prise en charge financière de ce groupe de patients par les CPAS est contraire aux principes de la reconversion et menace l'existence même du concept de MSP.

Cela entraîne en outre une charge financière inéquitable pour les CPAS des communes où sont implantés un hôpital psychiatrique et une MSP.

Dans les arrêtés de reconversion, on annonce la création d'un fonds spécial. Ce fonds de solidarité, organisé au niveau national, devait non seulement éviter la prise en charge financière des patients par les CPAS mais également offrir à tous les patients MSP la garantie d'un minimum vital majoré.

- Installation du fonds spécial de solidarité
- Garantie d'un minimum vital et majoration du montant
- Augmentation de l'intervention de l'Etat ou limitation de l'intervention personnelle dans le prix d'hébergement au montant que l'intéressé peut verser compte tenu de ses revenus et de ses charges.

Fiche technique (voir annexe 12)

2.2. Fonction médicale

- Fixation de l'encadrement médical à un psychiatre pour 120 lits.

Fiche technique (voir annexe 13)

2.3. Financement

Adaptation des frais fixes dans le contexte de la fermeture.

Fiche technique (doit encore être traduite)

2.4. Programmation

Meilleures répartition et réalisation régionales de la programmation.

Fiche technique (voir annexe 15)

3. Habitation protégée.

3.1. Le concept

L'habitation protégée a certainement démontré son utilité en tant que structure intermédiaire. On constate toutefois que le concept de "résidence collective" sur lequel repose pour le moment l'habitation protégée ne convient pas à une partie des utilisateurs potentiels de ce type d'équipement.

En effet, les formules "studio" conviennent mieux aux jeunes "new-chronics".

Pour des patients psychiatriques un peu moins autonomes, il y a lieu de développer des formules de résidence avec accompagnement où, dans un cadre de vie aussi normal que possible, une permanence et un accompagnement minimum devraient être assurés.

A cet effet, il y a lieu de prévoir un personnel d'encadrement plus important.

Il faut donner la possibilité de développer de nouvelles formules d'habitation protégée par une plus grande souplesse dans l'utilisation des moyens disponibles, sans pour autant porter atteinte aux missions des centres de santé mentale.

Il convient également d'accorder une attention toute particulière aux activités de jour, à l'accompagnement lors de la recherche d'un emploi ainsi qu'au bénévolat (des résidents des habitations protégées).

Le développement des centres d'activité doit être confié aux associations en matière d'habitations protégées.

Pour un certain nombre de patients, la combinaison "habitation protégée-hospitalisation de jour" est indispensable dans le cadre d'un projet thérapeutique et permet de mettre plus rapidement un terme à l'hospitalisation complète et de faciliter l'intégration et la réinsertion. La possibilité de recourir à cette combinaison doit être étudiée via les données du Résumé Psychiatrique Minimum.

3.2. Encadrement

- Fonction médicale

Nécessité d'élaborer des normes et un financement de la fonction médicale. A cet égard, il convient, en ce qui concerne le fonctionnement de cet équipement, de faire une nette distinction sur le plan du contenu entre la fonction de traitement des patients individuels et la fonction consultative médicale, visée dans ces normes.

Fiche technique (voir annexe 16)

3.3. Frais de fonctionnement

Outre la fonction d'accompagnement, l'habitation protégée remplit également nombre de fonctions administratives. Celles-ci devraient être reprises dans le financement.

Fiche technique (doit encore être établie)

3.4. Accessibilité financière

On peut améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des habitations protégées en incluant expressément les habitations protégées dans les formes de logements sociaux intégrés.

Le statut social des isolés doit pouvoir être maintenu dans les places agréées d'habitation protégée (sinon, diminution des revenus sociaux).

3.5. Activité de jour.

On s'accorde généralement à reconnaître que les possibilités en matière de structuration des activités de jour, d'accompagnement des activités et donc a fortiori de la réinsertion professionnelle et de la création de "social firms" pour les patients (ex)psychiatriques n'occupent qu'une place très secondaire parmi les objectifs préconisés en matière de réinsertion et de réadaptation dans le cadre de la reconversion.

C'est la raison pour laquelle on propose de créer un soutien financier plus structuré aux activités de jour des patients psychiatriques, et ce en partant des associations en matière d'initiatives d'habitation protégée (dans lesquelles les secteurs hospitalier et extra-hospitalier sont représentés).

Fiche technique (doit encore être discutée).

4. L'association en tant que plate-forme de concertation.

L'association en tant que plate-forme de concertation vise à garantir un développement équilibré des équipements psychiatriques. Pour ce faire, il y a lieu d'utiliser la concertation afin d'avoir une meilleure connaissance des besoins et des lacunes en ce qui concerne l'offre régionale en matière de soins de santé mentale. Cette concertation doit permettre une meilleure collaboration ainsi que le développement de nouvelles initiatives.

Constatations.

Le plus souvent, les plates-formes de concertation ont été créées au niveau provincial: il y en a cinq en Flandre, huit en Wallonie et une seule dans la Région de Bruxelles-Capitale. Presque tous les services associés aux soins de santé mentale y participent et on a utilisé les structures existantes et créé de nouvelles ASBL. Dans la plupart des provinces, une concertation a vu le jour.

Plusieurs plates-formes ont traité des thèmes spécifiques et lancé des études.

Le dialogue s'est instauré mais doit encore être approfondi. L'examen des besoins et des lacunes devra être le point de départ d'une collaboration accrue.

Une des missions des "plates-formes de concertation" est la collaboration avec les médecins généralistes, les organisations de patients et les organismes assureurs.

Dans plusieurs provinces, on a créé des groupes de travail pour la toxicomanie, la psychogériatrie, les alternatives possibles après l'hospitalisation, les lacunes en ce qui concerne l'offre de soins. Au sein des plates-formes de concertation, le consensus est limité.

Les établissements liés par des conventions INAMI et l'association avec des psychiatres indépendants ne sont pas impliqués dans la concertation. Les plates-formes de concertation doivent se consacrer en priorité à la concertation et à la collaboration sur le terrain et dans les régions et ne peuvent donc pas se transformer en instances politiques ou normatives chargées de modifier les équipements psychiatriques dans les régions.

5. Les soins hospitaliers - extra-hospitaliers.

Pour atteindre l'objectif visé - un développement équilibré et intégré des soins de santé mentale - par le biais de la création de plates-formes et d'associations en ce qui concerne la gestion de l'habitation protégée, il est urgent d'élaborer une politique cohérente en matière de soins de santé mentale fondée sur une plus grande convergence des politiques menées respectivement par l'autorité nationale et les autorités communautaires sur le plan, d'une part, de la SPHG, de l'hôpital psychiatrique, de la MSP et de l'habitation protégée et, d'autre part, des CSM.

Dans le cadre de la politique relative à la reconversion et de la politique à mener en matière de soins de santé, on met particulièrement l'accent sur la nécessité d'une "cohésion, complémentarité, intégration, harmonisation, égalité des partenaires en ce qui concerne les associations hospitalières et extra-hospitalières, l'échange de personnel" etc. Ces principes doivent également se concrétiser dans la politique menée, et ce en concertation entre l'autorité fédérale et les autorités communautaires.

La conférence interministérielle de la Santé publique doit donc dans les plus brefs délais élaborer une politique cohérente en matière de soins de santé mentale et éliminer à court terme tous les obstacles susceptibles d'hypothéquer le développement d'une offre optimale dans ce domaine.

Les thèmes prioritaires à soumettre à la concertation dans le cadre de cette conférence sont les suivants:

- traitement équivalent du travail en milieu hospitalier et extra-hospitalier dans le domaine des soins de santé mentale par le biais d'une harmonisation des politiques de rémunération (médecins et autres prestataires de soins). La politique doit renforcer la continuité et la cohérence de l'offre de soins, notamment en prévoyant des modalités de fonctionnement adaptées par lesquelles les soins de santé mentale peuvent être assurés conjointement et d'une manière cohérente par les personnels hospitalier et extrahospitalier.

- renforcement du secteur ambulatoire en vue d'un développement plus équilibré des soins de santé mentale; ceci ne peut se faire au détriment des structures existantes dépendant du secteur de la Santé.

- Harmonisation des politiques mises en oeuvre respectivement par l'autorité fédérale et par les autorités communautaires en définissant des objectifs pluriannuels.

- Affectation d'un budget spécifique aux subventionnements des infrastructures requises par la reconversion.

6. Conclusion générale

On peut dire de manière générale que le CNEH ne voit aucune raison impérieuse de modifier fondamentalement les options politiques définies en 1990.

Les objectifs relatifs à la qualité, sous-jacents à l'opération de reconversion, peuvent être maintenus. En effet, ils permettent une meilleure affectation des équipements au sein du secteur ainsi qu'une collaboration plus efficace.

Toutefois, le CNEH recommande d'affiner ou de concrétiser les mesures qui ont été annoncées.

Concrètement, cela signifie qu'il convient tout d'abord de développer et de renforcer encore davantage la mission de l'hôpital psychiatrique et des services hospitaliers psychiatriques en matière de diagnostic, de traitement et de réadaptation. En ce qui concerne les formes alternatives de soins et d'accompagnement pour les patients psychiatriques chroniques, le C.N.E.H. constate qu'il existe d'importants écarts entre les régions sur le plan du nombre d'initiatives d'habitations réalisées. On constate par ailleurs que le niveau de programmation actuel n'est pas encore atteint et qu'il y a donc des possibilités pour réaliser des places d'habitation protégée et des M.S.P. supplémentaires. Le C.N.E.H. recommande de poursuivre la restructuration des missions "thérapeutiques et soins" sur la base des données relatives à la pathologie et au traitement des patients psychiatriques. Afin de recueillir les données nécessaires à cet effet, on vient d'instaurer l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum (R.P.M.). On peut partir du principe que ces données permettront, dans une première phase, d'étayer la politique en matière de programmation et d'agrément des services, de fonctions et/ou de programmes et dans un deuxième temps, de développer les alternatives nécessaires dans le secteur extra-hospitalier et même en dehors des soins de santé.

Il est également fondamental de soutenir les évolutions en cours, notamment en prévoyant de nouveaux incitants.

De cette manière, on peut espérer que le secteur se transforme progressivement en un réseau d'équipements susceptible d'offrir un gamme complète de soins dans une région déterminée. Les pouvoirs publics devront garantir les conditions positives nécessaires pour que cette évolution puisse se concrétiser.

Concrètement, il s'agit de garantir que les restructurations proposées visent une meilleure allocation du budget existant et non un objectif d'économie budgétaire.

En effet, les moyens actuellement disponibles, majorés en fonction d'une norme de croissance justifiée pour le secteur, doivent pouvoir être utilisés pour développer une offre de soins plus adaptée et différenciée dans le secteur des soins de santé mentale en fonction d'une vision dans laquelle le patient occupe une place centrale.

Un interventionnisme dirigiste et/ou pénalisant des pouvoirs publics ne peut que brusquer ces évolutions et ne débouchera que sur des blocages.

En revanche, les autorités doivent prévoir les modalités de fonctionnement ainsi que le financement adéquat en ce qui concerne :

- le développement plus poussé et le refinancement de la fonction de diagnostic, de traitement et de réadaptation de l'hôpital psychiatrique et des services hospitaliers psychiatriques en général et le développement de services hospitaliers spécialisés en particulier.

- il convient de définir avec davantage de précision la mission de l'habitation protégée ainsi que de la M.S.P. en terme de forme et de contenu. En outre, il y a lieu d'améliorer l'accessibilité financière et de développer davantage l'offre afin de concrétiser la programmation prévue.

- l'harmonisation des soins de santé mentale hospitaliers et extra-hospitaliers doit faire l'objet d'une conférence interministérielle spécifique au cours de laquelle on définira les objectifs concrets dans le cadre d'une politique pluriannuelle.