

Fiche technique : 2.9

ACCESSIBILITE FINANCIERE DES M.S.P.

Constatations

Les résultats des diverses études ont été corroborés par les résultats de l'enquête nationale "Effets des mesures de reconversion sur les patients psychiatriques chroniques". Ces résultats démontrent qu'il y a de grands seuils financiers pour la prise en charge dans ou via une MSP. En moyenne, 20% des patients enregistrés dans une MSP ne payent pas eux-mêmes le prix de leur hébergement. Cela va jusqu'à 50% des lits dans les MSP définitives.

La situation, telle qu'elle a été constatée, ne fera que s'aggraver dans l'avenir. Une tendance décroissante a été constatée dans la participation aux frais pour les moins valides. En outre, on tiendra compte des allocations familiales comme revenu lors des révisions des dossiers de participation aux frais. Cela aboutira à un revenu encore plus bas que ce qui a été constaté dans l'enquête.

En outre, les constatations dans l'enquête ont été basées sur la population actuelle des occupants des MSP. A cause de la spécificité de sous-groupes déterminés, (les handicapés mentaux), la situation financière de la population actuelle est plus favorable que la situation attendue de l'occupant futur d'une MSP.

Pour un occupant qui a été admis dans une MSP après un long séjour dans l'hôpital psychiatrique, la différence en ticket modérateur est énorme. Ainsi, un patient en hôpital paye après 5 ans d'hospitalisation en cat. 1 : 8.773 F, en cat. 2 : 12.741 F et en cat. 3 : 20.429 F.

Enfin, l'introduction d'une franchise sociale et fiscale aiguisé encore plus cette situation financière pénible. A partir d'octobre 94, des catégories déterminées de patients ont reçu en hôpital psychiatrique un remboursement de tickets modérateurs supérieur à 15.000 F. Le reste des patients verront régler ce remboursement en 1995 via leurs impôts. Les occupants d'une MSP - pour ceux dont les quotes-parts en MSP ne valent pas comme ticket modérateur pour la franchise fiscale et sociale - devront continuer à payer ces montants élevés. La confirmation légale de l'exclusion des patients des MSP de la franchise sociale et fiscale, tel que déterminé dans l'art. 23 de la loi-programme sociale du 21 décembre 1994, publiée dans le Moniteur belge du 23 décembre 1994, est un obstacle au transfert de patients psychiatriques chroniques de l'hôpital vers la maison de soins psychiatriques.

En outre, on tient compte encore actuellement lors du passage de l'hôpital vers la MSP de la situation sociale du patient en question. Des personnes mariées avec un partenaire et/ou des enfants dans une situation familiale n'ont pas pu, jusqu'à présent, pour des raisons financières, être obligés d'aller en MSP.

Enfin, il reste le problème de l'argent de poche qui est resté inchangé à 3.000 F. a t-on constaté. Cet argent est destiné à des fins personnelles, plus précisément tous les frais personnels qui ne sont pas déjà remboursés sur base légale (1). En ce sens, la dénomination "argent de poche" mérite d'être changée, par le terme "argent de survie"(subvention pour entretien courant). Ces 3.000 F sont très peu, surtout en comparaison avec le secteur des handicapés où l'argent de poche garanti pour les personnes dans un hospice, pour ceux qui ne travaillent pas, s'élève à environ le double et dans un hospice pour ceux qui travaillent, cet argent de poche s'élève au triple. Dans le secteur des handicapés, un supplément socio-culturel de +/- 2.000 F s'ajoute encore à cela. Le montant de l'argent de poche est sûrement pour le nouveau groupe de jeunes occupants d'une MSP un point qui demande un examen approfondi.

2. Propositions et remèdes

a) Historiquement

Lors de la création d'une MSP, les Autorités se sont montrées soucieuses du fait que la quote-part des occupants ne pouvait pas être trop élevée. Une intervention de l'Etat dans le prix de cette quote-part a pu éviter le recours au CPAS de ces occupants. L'émargement au CPAS de ce groupe de patients est toujours en contradiction avec les intentions de la reconversion et menace l'existence même du concept des MSP. En outre, cela charge de manière injuste et injustifiée les CPAS de ces communes où se trouve un hôpital psychiatrique et une MSP.

Cette intervention de l'Etat était dégressive et dépendante de la catégorie à laquelle appartenait l'occupant. Pour la catégorie 1, cette intervention s'élevait successivement à 680 F, 540 F et 400 F.

Pour la catégorie 2, cette intervention s'élevait successivement à 560 F, 430 F et 300 F. Pour la catégorie 3 enfin, cette intervention a été déterminée de manière dégressive à 340 F, 320 F et 200 F.

Depuis le 30 juin 1992, l'intervention de l'Etat s'élève respectivement à 400 F, 300 F et 200 F. Cette intervention n'a pas été indexée.

b) Les principes

Dans cette proposition, il ressort le principe général d'une saine relation entre une augmentation des frais et une amélioration de l'accessibilité. Nous suggérons les règles de base suivantes :

1. Sélectivité

Des diverses enquêtes, il ressort que les problèmes d'accessibilité se manifestent différemment entre la MSP définitive et la MSP extinctive et entre les différentes catégories de paiement. Les problèmes se font les plus forts pour la MSP définitive dans la catégorie 2

2. Finalité

Dans un nombre de cas individuels, le revenu social est si bas qu'une augmentation générale de l'intervention de l'Etat serait une solution très coûteuse. En outre, cela aurait l'effet inverse que les patients, avec des revenus relativement élevés, pourraient en profiter. C'est pourquoi on tend vers un pourcentage d'accessibilité de 90%.

3. Fonds spécial de solidarité

Dans les décrets de reconversion, on a annoncé la création d'un fonds spécifique. Ce fonds de solidarité organisé au niveau fédéral n'a pas servi seulement à lutter contre l'émargement au CPAS, mais aussi offrirait la garantie "d'un minimum vital d'argent" à tous les patients des MSP.

Ce fonds interviendrait, par analogie avec le Fonds d'Assistance Spécial dans le paiement du prix de la MSP pour ces occupants qui ne peuvent pas payer le prix de la MSP, même après une intervention supérieure de l'Etat (cfr. point 2 : +/- 10%).

c) Proposition

Compte tenu de ces principes, on a proposé pour la catégorie 1 l'intervention de l'Etat pour la MSP définitive avec 150 F par jour, par place. Pour la catégorie 2, on a proposé d'augmenter l'intervention de l'Etat de 50 F pour la MSP définitive. Pour la catégorie 3, ce n'est pas encore possible de faire une proposition fondée, vu les données limitées dans cette catégorie.

Au point de vue macro-économique, cette proposition donne un résultat total de 150 millions de francs. Ici, on a tenu compte d'un nombre total de lits de 3.489 fin 1995 et d'une occupation de 90%. Ce pourcentage d'occupation est plutôt bas en comparaison avec l'occupation réelle actuelle. Ces 90% tiennent compte de l'effet cumulatif des lits qui disparaissent et de la possibilité que l'effectif total programmé de 3.489 lits ne sera pas encore opérationnel au 1.1.1996. En outre, on a tenu compte d'une répartition au niveau des catégories de 36%, 58% et 6%, respectivement pour la catégorie 1, 2 et 3 (données de la Santé Publique)

2 février 1996