

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 08/09/2005

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

RÉF. : CNEH/D/PSY/249-1 (*)

**AVIS RELATIF A L'APPLICATION DE L'ART. 97ter DE LA LOI SUR
LES HOPITAUX**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) CET AVIS A ÉTÉ RATIFIÉ PAR LE BUREAU SPÉCIAL LE 8 SEPTEMBRE 2005

Introduction

Dans la « *Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins de santé mentale* », signée lors de la Conférence Interministérielle du 6 décembre 2004, ont été posées les bases de nouveaux projets pilotes en matière de circuits et réseaux de soins. La « *Note politique relative à la santé mentale* » de mai 2005, émanant du ministre Demotte, constitue pour ces nouveaux projets pilotes une excellente assise.

Dans l'avis du 12 mai 2005, le Conseil National des Etablissements Hospitaliers a demandé au ministre Demotte d'appliquer l'article 97ter de la loi sur les hôpitaux. Cette application permettra en effet d'étendre et de renforcer considérablement les projets pilotes expérimentaux annoncés en matière de circuits et réseaux de soins, sans engendrer pour autant un surcoût.

Contenu de l'art. 97ter: « *Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes.* »

Le groupe de travail permanent tient à faire remarquer que la future offre de soins de santé mentale, basée sur les besoins réels en matière de soins, ne pourra être intégralement réalisée grâce à l'application de l'art. 97ter de la loi sur les hôpitaux. Le présent projet d'avis doit avoir pour objectif premier une mise en oeuvre plus efficace et plus ciblée des moyens disponibles.

Des moyens supplémentaires seront cependant nécessaires en vue de conférer à la future offre exhaustivité et qualité, car dans la négative il s'agirait d'une redistribution de maigres moyens (par exemple soins de santé mentale pour le groupe cible des enfants et jeunes, psychiatrie légale, ...).

1. Motivation

- Grâce à l'application de l'art. 97ter, le secteur des soins de santé mentale veut donner concrètement corps au développement de circuits et réseaux de soins.
- Comme déjà mentionné dans l'introduction au présent projet d'avis, l'objectif est d'obtenir une utilisation encore plus efficace et plus ciblée des moyens disponibles.
- Il sera également possible de développer davantage les soins sur mesure ainsi que les activités axées sur des demandes.
- En outre, les projets permettront une différenciation encore plus poussée des (sous)-groupes cibles, des fonctions de soins et modalités de soins.
- L'accessibilité géographique, psychologique et financière pourra être améliorée grâce à la délocalisation.
- ...

2. Principes

2.1. Affectation souple des moyens budgétaires

Les normes de financement et d'agrément applicables aux services psychiatriques dans les hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques seront assouplies de la manière suivante: 10% maximum des sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers pourront être octroyés à un projet agréé par l'autorité fédérale et l'autorité communautaire compétente, lequel projet sera organisé par un réseau psychiatrique auquel l'hôpital concerné participe. Les sous-parties restantes du budget des moyens financiers continueront en principe à être octroyées intégralement, et ce tant pour les lits et/ou places rendus inactifs que pour les capacités de soins restantes. Proportionnellement au budget alternatif investi par rapport au budget global des moyens financiers, des lits et/ou places seront rendus inactifs. Les lits et/ou places mêmes feront toujours partie intégrante du portefeuille de l'hôpital. Il ne s'agit donc pas d'une désaffectation de lits comme c'est le cas pour les reconversions, mais bien d'un investissement alternatif de moyens financiers liés aux lits et/ou places d'hôpitaux. Les projets sont destinés à développer une activité réelle et prédéfinie. Le volume d'emploi existant sera garanti en fonction de ceux-ci.

Les hôpitaux pourront donc, dans le cadre d'un réseau psychiatrique, affecter une partie des moyens à des projets pilotes bien définis axés sur des sous-groupes cibles spécifiques. En principe, tous les indices des services psychiatriques entreront ici en ligne de compte (A, a, T, Tg, Tf, t, K, k, Sp-psychogériatrique).

2.2. Lien avec les expériences définies par les pouvoirs publics

Les moyens qui seront dégagés grâce à l'application de l'art. 97ter pourront être investis dans des projets existants ou de nouveaux projets. S'il s'agit de projets existants, il conviendra de réaliser un élargissement et/ou un approfondissement. L'usage qui sera fait de ces moyens sera soumis au préalable à l'accord de l'autorité fédérale et des ministres communautaires compétents.

Il s'agit concrètement de :

- par exemple au niveau fédéral: l'outreaching existant, les soins psychiatriques à domicile, le double diagnostic,... ou les nouveaux projets thérapeutiques et transversaux pour les circuits et réseaux de soins, ...
- par exemple au niveau communautaire: de nouveaux projets concernant l'aide aux personnes en situation de crise ou l'aide directement accessible dans le cadre de l'aide intégrale à la jeunesse, ...

Cette liste non limitative pourra être complétée par des expériences pour autant que celles-ci concernent la santé mentale.

2.3. Convention-cadre entre l'état fédéral et l'hôpital

Pour que l'art. 97ter soit appliqué, une **convention-cadre** devra être conclue entre l'état fédéral et l'hôpital, qui comprendra une description plus précise des éléments suivants au minimum: contenu, acteurs, durée, modalités de cessation, montants (en ce compris l'indemnité médicale), usage qui est fait des moyens, modalités d'enregistrement en vue d'évaluation, garanties en matière d'emploi, ...

Du reste, l'autorité communautaire compétente devra également approuver cette convention.

Pour chaque projet, la convention cadre reprendra un budget spécifique pour le financement de l'activité médicale. Ce montant dépendra de l'intensité de l'activité médicale inhérente au projet. Le budget sera payé aux psychiatres à la condition que ceux-ci s'engagent, dans le cadre du projet pilote concerné, à assurer un certain nombre d'heures/semaine encore à déterminer. Pour le financement de ces prestations, un montant historique d'honoraires de surveillance, encore à définir, sera réservé au niveau macroéconomique. Ainsi, à ce niveau, la neutralité du budget sera garantie sur le plan des honoraires de surveillance.

Les nouveaux projets auront une durée minimale de trois ans, avec possibilité de prolongation de minimum trois ans, et ce afin d'élaborer un statut régulier en cas d'évaluation positive et de décision d'activité régulière, prise par l'autorité compétente. S'il s'agit de projets en cours, la durée de ces projets sera d'application.

Dans le réseau psychiatrique (comme prévu dans la loi sur les hôpitaux), la participation des acteurs suivants sera au minimum requise :

- l'hôpital général ou psychiatrique qui affecte les moyens sur la base de l'art. 97ter;
- un centre de soins de santé mentale, sauf lorsque, dans la zone d'activité concernée, aucun centre n'est prêt à axer son activité sur le projet.

Ces deux acteurs devront impliquer dans leur collaboration un ou plusieurs acteurs de première ligne, qui sont actifs dans les soins à domicile (cf. annexe).

Tous ces acteurs concluent, sur pied d'égalité et dans le respect de leur autonomie respective, une **convention de réseau** et créent un comité de réseau.

3. Conditions secondaires

- Cadre juridique

La dérégulation devra être rendue possible en vertu d'un protocole d'accord conclu entre l'état fédéral et l'autorité communautaire compétente et grâce à l'adaptation de la législation et de la réglementation de nature plus technique. En annexe figurent les propositions d'adaptation (un aperçu des adaptations pour chaque acteur et une proposition d'adaptation de l'AR du 25 avril 2002).

Dans le protocole d'accord, les communautés devront garantir l'agrément et l'état fédéral devra garantir le budget. La garantie d'agrément implique que des lits et/ou des places seront rendus inactifs, sans que l'agrément soit délivré de manière irrévocable.

Pour le reste, les autorités communautaires conserveront toujours intégralement leurs compétences légales sur le plan de l'agrément. La garantie du budget implique le maintien du budget des moyens financiers avec un glissement temporaire des moyens des sous-parties B1 et B2 vers la sous-partie B4.

- Soutien scientifique et évaluation

La plus-value des moyens affectés par l'hôpital aux projets fera l'objet d'une évaluation a posteriori, sur la base des objectifs et critères propres aux projets pilotes ayant été définis par l'autorité fédérale ou communautaire. Aux fins de cette évaluation, l'autorité pourra faire usage des résultats de l'enregistrement relatifs au projet, selon les modalités décrites dans la convention-cadre.

4. Points prioritaires spécifiques

- Position et statut patient/résident (implication des patients/résidents, de la famille, des médiateurs, règlement relatif à l'intervention personnelle, ...)

Pour chaque projet, le ticket modérateur sera déterminé en fonction du type de travail. Afin de respecter le principe de la neutralité budgétaire au niveau macroéconomique, les tickets modérateurs perçus devront être déduits de la fixation définitive du budget des moyens financiers. Pour en effectuer un suivi correct, une identification spécifique sera requise.

- Lors de l'affectation de collaborateurs hors du campus de l'hôpital, des conventions spécifiques devront être conclues dans le cadre de la législation sociale.
- Les plates-formes de concertation seront censées jouer le rôle de facilitateur.
- Les mutualités pourront assurer quelques missions spécifiques (par exemple le contrôle des patients et des honoraires médicaux, ...)
- L'investissement alternatif de moyens par les hôpitaux sur la base de l'art. 97ter dans des projets de réseaux psychiatriques sera complémentaire à l'apport de moyens par les autres acteurs participant au réseau. Il est ainsi déjà prévu par décret que les Centres Flamands de Soins de Santé Mentale (Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg) pourront injecter au maximum 10 % de leurs moyens dans des projets de réseaux psychiatriques.

Il est souhaitable que d'autres acteurs (tels que Habitations protégées ou Maisons de soins psychiatriques ou Centres fonctionnant sur la base de conventions avec l'INAMI) contribuent aussi réellement et de manière comparable à la réalisation de ces projets.

Application de l'article 97ter de la loi sur les hôpitaux en relation avec les projets de modernisation des soins de santé mentale

Aperçu des modifications apportées à la réglementation pour les acteurs impliqués dans les projets pilotes en cours, les projets thérapeutiques ou transversaux tels qu'ils seront agréés par les ministres fédéraux et/ou régionaux et communautaires en exécution de la déclaration interministérielle conjointe du 6 décembre 2004 et des pourparlers dans le cadre de la Conférence interministérielle du 13 juin 2005

	Financement	Agrément	Convention	Médecins nomenclature INAMI
Hôpital psychiatrique	Adaptation de l'arrêté du 25/4/2002	Convention conclue entre l'institution et l'autorité communautaire qui délivre l'agrément, en matière de dérogation par rapport aux normes d'agrément	Technique de facturation Identification du patient. Facturation, pharmacie. Tickets modérateurs.	L'accord Médico-Mut prévoit une modalité spécifique pour l'imputation des honoraires de surveillance aux lits d'hôpitaux substitués
SPHG	Adaptation de l'arrêté du 25/4/2002	Convention conclue avec l'autorité communautaire qui délivre l'agrément	Technique de facturation La convention INAMI prévoit la manière dont cette partie du budget sera imputée au niveau de l'INAMI	L'accord Médico-Mut prévoit une modalité spécifique pour l'imputation des honoraires de surveillance aux lits d'hôpitaux substitués

Projet

Adaptation de l'AR 25/4/2002 – Financement d'expériences en matière de réseaux dans les hôpitaux psychiatriques et les services hospitaliers psychiatriques

Chapitre IX – Adaptation du budget

Section 1^{re} – Hôpitaux aigus

Section 2 – Services Sp, Services G isolés et Hôpitaux psychiatriques

Sous-section 1 – Suppression et mise en exploitation de lits

Sous-section 2 Expériences en matière de réseaux dans les hôpitaux psychiatriques et les services hospitaliers psychiatriques

Article 91 bis

§1. Un hôpital psychiatrique ou un service hospitalier psychiatrique est autorisé à utiliser au maximum 10% des sous-parties B1 et B2 du budget qui lui est octroyé conformément aux dispositions du Chapitre VI pour le financement d'expériences en matière de réseaux dans le cadre de la dispensation de soins de santé mentale.

§2. Les expériences mentionnées au §1 font l'objet d'un accord écrit conclu avec le ministre qui a le financement des hôpitaux dans ses attributions ainsi qu'avec le ministre communautaire chargé de l'agrément des institutions de soins. Cet accord mentionne le contenu de l'expérience, les instances participantes, la période durant laquelle l'expérience se déroule, les montants des moyens apportés par chacun des participants et l'usage qui en est fait. Les projets présentés doivent offrir une garantie quant au maintien de la fonction de soins dans l'institution et au maintien de l'emploi pour le personnel s'occupant des lits rendus temporairement inactifs.

§3. Le budget destiné au financement de l'expérience, qui peut être libéré par l'hôpital, comprend une partie du budget tant pour la sous-partie B1 que pour la sous-partie B2.

La partie B1 qui peut affectée au financement de l'expérience est égale à la valeur de la sous-partie B1 par journée d'hospitalisation, à savoir le budget B1 divisé par le nombre de journées d'hospitalisation tel que défini en exécution de l'article 99§2 b), au jour qui précède le début de l'expérience, multiplié par le nombre de journées d'hospitalisation qui a été octroyé conformément à l'article 99§2 b) aux lits temporairement retirés de l'exploitation.

La sous-partie B2 qui peut être libérée pour le financement de l'expérience dépend du type et du nombre de lits temporairement retirés de l'exploitation, de l'encadrement prévu pour ces lits conformément à l'article 48 ainsi que de la charge moyenne salariale du personnel infirmier et paramédical de l'hôpital.

§4. Les budgets libérés au §3 sont ajoutés à la sous-partie B4 du budget pour la durée de l'expérience.

§5 Le nombre de référence de journées d'hospitalisation et, complémentirement, le nombre d'admissions pour les services psychiatriques dans des hôpitaux généraux sont réduits, pour la durée de l'expérience, conformément au nombre de lits temporairement retirés de l'exploitation et aux règles de l'article 99§2 b) du présent arrêté.

§6. Lors de la cessation ou de l'arrêt de l'expérience, les budgets partiels respectifs B1 et B2 sont à nouveau majorés des moyens financiers qui ont été libérés conformément au §3 pour le financement de l'expérience. Le nombre de référence est adapté en fonction des journées et admissions qui ont été déduites conformément au §5.

Annexe 3

Les services suivants, impliqués et actifs en matière de soins dispensés à des patients psychiatriques séjournant à domicile, peuvent être associés comme acteurs dans le cadre de la convention de réseau qui est exigée pour l'application de l'article 97 ter:

Services d'aide familiale

CAW (centra voor algemeen maatschappelijk werk - centres d'aide sociale générale) : les centres autonomes et ceux intégrés aux mutualités (ICAW);

RDC (regionale dienstencentra – centres régionaux de services) et LDC (lokale dienstencentra – centre locaux de services)

GDT (geïntegreerde diensten voor huisverzorging – services intégrés de soins à domicile) dont font partie les SIT (Flandre)

CPAS

services de soins à domicile