

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ

CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Sections "programmation & agrément", "financement"
et "groupe de travail permanent psychiatrie"

Réf. : CNEH/D/446-2 (*)

**Avis conjoint des Sections « Programmation & Agrément »,
« Financement » et « groupe de travail permanent Psychiatrie »
concernant un système de financement prospectif et orienté vers
les programmes de soins**

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 9 juillet 2015

Table des matières

Introduction

1. Quelques critiques du système de financement actuel
2. Conditions auxquelles les nouveaux systèmes de financement devront répondre
 - 2.1. Caractère spécifique
 - 2.2. Conformité des coûts
 - 2.3. Harmonisation des techniques de subvention
 - 2.4. Liberté de gestion associée à des normes de qualité
 - 2.5. Base prospective
 - 2.6. Réglementation claire et simple avec une sécurité juridique pour plusieurs années
 - 2.7. Règlement rapide
3. Phase de développement sur la base d'un modèle de croissance organique avec un financement adapté
 - 3.1. Projets de renouvellement des soins
 - 3.2. Développement progressif des circuits et des réseaux de soins
 - 3.2.1. Attentes à l'égard d'un certain nombre d'acteurs (pouvoirs publics, plateformes de concertation et prestataires de soins)
 - 3.2.2. Garantie du budget
 - 3.3. Quelques corrections préalables nécessaires d'ordre financier
 - 3.4. Protocoles d'accord entre autorités compétentes
4. Principes généraux d'un système de financement prospectif et axé sur un programme
 - 4.1. Frais d'infrastructure (amortissements, charges financières et frais de démarrage)
 - 4.2. Financement de l'entreprise
 - 4.3. Financement des soins
 - 4.4. Financement de l'activité médicale
 - 4.5. Expérimentation possible « d'un financement sur mesure » (« en fonction de la personne »)

Résumé

Introduction

Cet avis est rendu à l'initiative du groupe de travail permanent « Psychiatrie ». Selon cet organe, le secteur des soins de santé mentale nécessite d'urgence un nouveau système de financement basé sur les fondements du développement et de l'organisation futurs du secteur, à savoir des soins centrés sur la demande, davantage de soins sur mesure, une plus grande socialisation, une continuité des soins, une certaine complémentarité et une collaboration fonctionnelle entre institutions au sein d'un même sous-secteur (p. ex. entre hôpitaux psychiatriques), entre institutions appartenant à différents sous-secteurs (p. ex. entre hôpitaux psychiatriques et centres de santé mentale) ainsi qu'entre le secteur des soins de santé mentale et les secteurs dits « connexes » (p. ex. avec les soins aux personnes âgées, les soins aux personnes handicapées). Non seulement la base du système actuel de financement date déjà d'il y a plus de 24 ans et n'a plus fait l'objet de modifications fondamentales depuis lors, mais elle n'est pas non plus adaptée au concept futur. Le financement actuel est beaucoup trop axé sur les données structurelles et ne tient pas suffisamment compte de l'intensité des soins et des groupes cibles. En outre, il manque des incitants pour encourager la collaboration avec des partenaires en dehors du secteur (première ligne, bien-être, emploi, culture, logement, enseignement, ...).

Le 6 juillet 2001, le groupe de travail permanent « Psychiatrie » du C.N.E.H. avait déjà approuvé un avis intitulé « Un système de financement prospectif et orienté vers les programmes pour les services hospitaliers psychiatriques » à la lumière de la deuxième partie de l'avis concernant l'organisation et le développement futurs des soins de santé mentale. Dans l'intervalle, une série de développements importants ont eu lieu dans le secteur des soins de santé mentale et plusieurs réformes ont été réalisées aussi bien sur le plan du contenu que sur le plan financier, en grande partie, il est vrai, sur une base expérimentale. C'est ainsi que les lits IB (lits en unités de traitement intensif) ont été créés pour le groupe cible des PATC (patients agressifs présentant des troubles graves du comportement), que les projets « Article 107 » ont été lancés pour le groupe cible des adultes, ... L'avis de 2001 a dès lors été actualisé et complété compte tenu de ces développements.

Étant donné que le nouveau concept se rapporte à l'ensemble du secteur des soins de santé mentale, nous donnons un domaine d'application le plus large possible à cet avis. De ce fait, nous formulons des propositions qui concernent l'ensemble des secteurs (p. ex. le secteur résidentiel – lié au concept de «(jour + nuit ou nuit)» et “place” de jour - et le secteur ambulatoire des soins de santé mentale), toutes les lignes des soins de santé (première, deuxième et troisième ligne en santé mentale), les institutions, centres et services qui s'occupent de soins de santé mentale (p. ex. les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les centres de revalidation psychosociale, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée, les centres de santé mentale, ...) ainsi que tous les aspects des soins de santé mentale comme p. ex. l'accessibilité financière et l'activité médicale. Ces deux derniers aspects s'avèrent essentiels et peuvent difficilement être ignorés dans un nouveau système de financement. Les propositions ayant trait à des domaines dans lesquels le groupe de travail permanent « Psychiatrie » n'a pas de compétence doivent être considérées comme des suggestions (en particulier le point 4.4). L'organisation et le financement de la première ligne de soins en santé mentale doivent encore être précisés. Un lien entre la première ligne et les deuxième et troisième lignes est indispensable.

Pour assurer le maintien de l'approche globale à l'avenir, il est capital, lors de la modification ou de l'extension de mécanismes de financement, d'appliquer pleinement les principes généraux du nouveau système de financement proposé. Ainsi, p. ex., l'éventuel remboursement dans le futur de la fonction psychologique de première ligne devrait s'effectuer de façon intégrée par un ancrage structurel de la première ligne au lieu d'un remboursement totalement autonome à la prestation via une extension de la nomenclature.

Cet avis est un avis conceptuel et n'est pas un avis technique. Il peut servir de base à un développement plus technique. Il va de soi qu'une analyse plus technique demandera le temps nécessaire. Il s'agit d'un concept de système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins. Les programmes axés sur les groupes cibles (enfants et adolescents, adultes, personnes âgées et quelques groupes cibles catégoriels)ⁱ se retrouvent dans les différentes formes de soins (hôpitaux, centres de revalidation psychosociale, centres ambulatoires de soins de santé mentale, maisons de soins psychiatriques, habitations protégées, centres de revalidation, prestataires de soins individuels, ...) et se composent de différents modules (intensif de courte durée, soins de longue durée, résidentiel, ambulatoire, ...). Pour chaque module, un budget est fixé en fonction d'une combinaison équilibrée et objectivable de paramètres (contenu des soins, caractéristiques des patients, surveillance, ...), en ce compris la rémunération de l'activité médicale. Cette approche implique une programmation dynamique des programmes de soins en combinaison avec l'élaboration de circuits et de réseaux de soins. Une partie des soins résidentiels en santé mentale étant assurée par les hôpitaux généraux, il importe de réaliser l'alignement nécessaire avec le développement d'un nouveau système de financement pour les hôpitaux généraux. Par analogie avec la feuille de route "Évolution vers un nouveau système de financement des soins de santé en Belgique"ⁱⁱ, il faudrait établir une feuille de route pour le secteur des soins de santé mentale ou développer pour les deux secteurs une feuille de route adaptée.

Le nouveau système de financement ne doit pas mener à des économies, mais bien à une utilisation efficace et effective des moyens financiers. Un système de financement visant uniquement à faire des économies impliquerait que la réglementation en matière de subvention est considérée comme une dérivée complète des moyens disponibles, ce qui crée une confusion entre le but et les moyens. Il faut au minimum maintenir le macrobudget actuel affecté aux soins de santé mentale par toutes les autorités concernées. En conséquence de la zone de tension sans cesse croissante entre d'une part les moyens financiers mis à disposition et d'autre part la demande de soins croissante (notamment de la part des groupes cibles plus lourds comme les toxicomanes, la psychiatrie médico-légale, la psychiatrie infanto-juvénile,...) et de plus en plus complexe (population hospitalière plus lourde après la reconversion), des moyens financiers supplémentaires seront sans aucun doute nécessaires, outre un réajustement important du budget existant dans le secteur des soins de santé mentale. Une répartition correcte et bien étayée des moyens financiers sur les différents modules des programmes de soins est nécessaire pour assurer la durabilité d'un nouveau système de financement. L'impact du malaise psychique sur l'économie est tout sauf minime. Le coût s'élèverait à 3,5 voire 4% du PIB (produit intérieur brut). Les maladies psychiatriques graves peuvent entraîner des dépenses et des pertes considérables pour l'économie (perte de productivité, absentéisme pour cause de maladie, ...), la sécurité sociale (chômage, invalidité, frais de traitement, soins, soutien, ...), la politique de l'éducation et le système pénal et judiciaire (frais liés aux admissions forcées, à l'internement, ...). Selon l'OMS, la dépression sera en 2020 la maladie avec la charge de morbidité - exprimée en DALY (*Disability Adjusted Life Years*) - la plus importante. Le DALY calcule la « perte de santé » en tenant compte à la fois des années perdues en raison d'un décès prématuré et des années vécues avec un handicap

imputable à la maladie. En cas de maladie psychique, les années vécues avec un handicap pèsent lourdement. Malgré l'impact social important des problèmes de santé mentale, les dépenses dans ce cadre représentent seulement 6%¹ des dépenses totales en soins de santé (0,62% du P.I.B).. Par opposition aux soins somatiques, aucun moyen ou presque n'est affecté à la recherche scientifique dans le secteur des soins de santé mentale.

La mise en œuvre du présent avis dans sa totalité est une condition sine qua non. Une mise en œuvre limitée, par la suppression de certains éléments ou une modification fondamentale de ceux-ci, n'est pas raisonnable selon le groupe de travail et aurait pour effet de compromettre le concept total de l'avis. Dans ce contexte, un accord des différents acteurs concernés au sein de la Conférence Interministérielle de la Santé est indispensable.

Cette mission a été confiée à un groupe de travail ad hoc « Financement SSM » composé des membres suivants du groupe de travail « Psychiatrie » : R. De Rycke (président), E. Chambeau, D. Henrard, S. Hoyoux, A. Moens, I. Moens, J. Peuskens et R. Thys. L'administration était représentée par P. De Bock et le secrétariat a été assuré par J. Holsbeek. Le groupe de travail ad hoc s'est réuni les 16 septembre 2013, 8 novembre 2013, 10 janvier 2014 et 21 février 2014. L'avis a été approuvé par le groupe de travail permanent le 19 décembre 2014.

L'avis fut présenté aux membres du Bureau du CNEH en date du 12 février 2015, ceux-ci ont proposés d'organiser dans un premier temps une *réunion d'information (qui a eu lieu le 30/03/2015)* pour les membres des deux sections (Financement et Programmation & Agrément). Les membres des deux Sections intéressés pouvant ensuite participer à un *groupe de travail mixte (toujours sous la présidence de Raf De Rycke)*.

L'objectif étant que l'avis soit supporté par l'ensemble du Conseil.

Les membres qui ont participé aux réunions du groupe de travail mixte en date du 06 et 29 mai sont : R. De Rycke (président), Bodeux D., Bury J., Moens I., Lietar M., Tuerlinckx M., Van Brempt S., Van Tielen R, Verschoren K., Peuskens J., Van Hoorde P., Hoyoux S., Thys R.,.

Membres excusés ; Hotterbeeex A ; Dormont J-C.,

Dans un premier point, quelques critiques sont formulées sur les systèmes de financement actuels. Les conditions auxquelles devra répondre le nouveau système de financement sont abordées au point 2. La phase de développement, basée sur un modèle organique de croissance avec adaptation du financement, est abordée au point 3. Les principes généraux d'un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins sont traités au point 4.

1. Quelques critiques du système de financement actuel

Le financement actuel de l'exploitation des institutions appartenant au secteur des soins de santé mentale ne répond plus aux besoins et aux attentes actuels.

¹ Rapport 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé

S'ensuivent ici cinq exemples de critiques. Les critiques mentionnées aux points a et b concernent principalement les services hospitaliers psychiatriques.

- a. La nature des règles de financement actuelles est relativement statique et orientée vers le financement de données structurelles. L'identification des modèles de coût et l'alignement des règles sur ces modèles forment la base du système de financement actuel. On applique ainsi pour le personnel infirmier et paramédical des normes de personnel et de financement par service (A, a, T, t, Sp, K, k, lits et places Tf, IB) sans tenir compte p. ex. du groupe cible, du besoin en soins ou de l'intensité... Cette approche est beaucoup trop rigide. Pour des activités souvent fort divergentes sur le plan médical, infirmier, paramédical et soignant, on accorde des budgets quasi identiques. Le nouveau concept de programmes de soins dépassant l'établissement est par contre dynamique et orienté « processus ». En outre, les normes de financement pour le personnel ne correspondent plus aux normes d'agrément à cause de toutes sortes de mesures telles que l'affectation de personnel T1 et T2 dans le cadre de la première reconversion au début des années 90, l'affectation de personnel FBI ou le maribel social. Ajoutons que des moyens supplémentaires ont été octroyés via la sous-partie B9 du BMF à la suite de différents accords sociaux.
- b. Actuellement, la sous-partie B1 du budget du prix de la journée d'hospitalisation des hôpitaux psychiatriques est toujours basée en grande partie sur les frais et recettes historiques de l'exercice de 1979, qui a servi de base pour le dernier prix provisionnel de 1981. La base historique concernée est totalement dépassée. En outre nous voulons attirer l'attention sur le sous-financement du BMF (p.e. le personnel T1 et T2 en sous-partie B4, et la sous-partie B2) et de rubriques spécifiques hors du BMF (p.e. le personnel FBI et maribel social).
- c. Selon la loi sur les hôpitaux, le gestionnaire assume la responsabilité financière finale. En conséquence de la réglementation de subvention existante, les résultats financiers sont en grande partie déterminés par l'autorité. Si l'on veut attribuer à la responsabilité financière un contenu économique plus local, le gestionnaire doit avoir, davantage qu'aujourd'hui, la possibilité d'allouer lui-même le budget des moyens financiers de manière plus flexible et en fonction de priorités locales et sociales dans le réseau. La décision finale appartient au gestionnaire. Pour offrir plus de chances à l'entrepreneuriat social, le nouveau système de financement doit être moins bureaucratique et moins dirigiste.
- d. Dans les règles de financement existantes, il existe peu de possibilités de renouvellement radical des soins permettant une amélioration qualitative. Cette critique rejoint en partie le point c. L'intégration d'une plus grande flexibilité dans la gestion des moyens financiers mis à disposition permet des initiatives novatrices. Par exemple l' « article 107 » assorti d'une garantie budgétaire, est une modalité intéressante permettant déjà une certaine souplesse dans la gestion des moyens financiers, mais dont il convient d'augmenter encore la flexibilité, pour arriver à de véritables programmes de soins.
- e. Une cinquième critique concerne le caractère disparate des systèmes de financement des différents établissements, centres et services dans le secteur des soins de santé mentale. L'origine de ces systèmes de financement qui ne correspondent pas entre eux se situe au niveau des législations et réglementations hétéroclites des différentes autorités dont dépendent les institutions (INAMI, Santé publique, Communautés, ...).

2. Conditions auxquelles les nouveaux systèmes de financement devront répondre

2.1 Caractère spécifique

Le financement des soins de santé mentale ne peut pas être considéré comme une dérivée des soins somatiques. Cette thèse implique que l'élaboration d'un nouveau système de financement p. ex. pour les services hospitaliers psychiatriques ne doit pas seulement se baser sur la pathologie ou l'approche DRG. Le secteur des soins de santé mentale demande une approche adéquate partant d'une organisation et d'un financement en fonction de groupes d'âge cibles.

2.2 Conformité aux coûts

Le système de financement doit par principe couvrir les frais et comprendre tous les coûts pertinents, en ce y compris la couverture des coûts fixes, ces derniers devant être garantis d'office. Nous pouvons décrire les coûts pertinents comme étant les coûts qui sont nécessaires pour permettre un fonctionnement normal, en tenant compte de toutes les dispositions légales et réglementaires. Ces dernières années, nous constatons que de nouvelles obligations légales et réglementaires sont imposées aux établissements, mais n'ayant pas ou pas suffisamment d'augmentation du budget pour conséquence. Ainsi, certains services ou formes de soins (p. ex. les services K, les maisons de soins...) ou projets pilotes (p. ex. équipes mobiles des projets article 107) ne reçoivent aucun financement supplémentaire pour l'octroi des titres professionnels particuliers ou qualifications professionnelles particulières dans les SSM. Cette condition implique aussi l'implication des employeurs comme partenaires à part entière dans les négociations sur les conditions de travail et de rémunération, en particulier celles qui ont une incidence budgétaire ; il y a lieu de tenir compte, dans contexte, du statut des travailleurs au sein des différentes institutions p.e. les pensions dans le secteur public.

2.3 Harmonisation des techniques de subvention

L'application de ce principe implique que les mêmes soins, offerts par divers prestataires, doivent être financés de la même manière. Des mêmes modules doivent recevoir le même financement peu importe le lieu ou bien l'acteur. Il faut, à ce niveau, tenir compte du contexte spécifique de l'hôpital général versus l'hôpital psychiatrique ; en effet, dans un hôpital général, le type de coûts (relatifs aux soins et autres coûts) diffère de ceux de l'hôpital psychiatrique). Ainsi, il ne peut p. ex. exister aucune différence de financement entre des modules comparables, quelle que soit la forme ou l'instance de soins (hôpital psychiatrique, service A en hôpital général, CSM, ...). À ce principe, il faut associer la condition que les normes d'agrément imposées soient respectées, ceci incluant le respect de normes de qualité. (cf. point 2.4). Des missions et tâches spécifiques (p.e. la permanence d'une expertise 24/24, les urgences, ...) doivent faire l'objet de financements spécifiques.

2.4 Liberté de gestion associée à des normes de qualité

La liberté de gestion implique que le gestionnaire doit pouvoir allouer lui-même les moyens financiers au sein de son établissement, centre ou service, et cela en adéquation avec le

réseau. De cette manière, la responsabilité financière du gestionnaire reçoit aussi un contenu plus économique. Sous ce rapport, nous citons l'article 16 de la loi coordonnée sur les hôpitaux : "La responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire." Nous nous référons ici aux critiques mentionnées au chapitre 1er, aux points c et d. L'accent doit être mis ici sur une gestion compétente et efficace menant à une qualité accrue. La liberté de gestion ne peut pas devenir synonyme d'une diminution de la qualité. La sous-consommation peut être évitée en intégrant dans la description de mission de chaque module des éléments en lien avec les caractéristiques requises des patients, les paramètres d'activité, les caractéristiques du processus des soins à réaliser ainsi que les normes de qualité devant être respectées. Il faut également toujours veiller à satisfaire à l'encadrement en personnel prévu dans chacun des modules de traitement.

2.5. Base prospective

Dans tous les secteurs des soins de santé et du bien-être, il y a une évolution manifeste d'un financement rétrospectif (frais historiques, macrobudget ouvert, les prestataires de soins déterminent le volume des dépenses) vers un financement prospectif (frais normatifs par module) et un macrobudget ferméⁱⁱⁱ. Le financement prospectif ou le financement par budget s'inscrit dans le cadre d'une philosophie de responsabilisation ou du renforcement du terrain (les prestataires de soins). Les pouvoirs publics dirigeront davantage à distance, ce qui correspond à des modèles sociaux transformés.

Nous constatons aussi que dans les secteurs concernés, une réflexion est en cours en vue de responsabiliser les différents acteurs. Un système prospectif s'accorde parfaitement avec ce principe de responsabilisation. Pour l'autorité, un tel système signifie que le budget reste maîtrisable. Il s'agit d'un instrument permettant de continuer à garantir l'accessibilité financière. Pour les prestataires de soins, ce système favorise la conscience des coûts. Une série de mesures sont automatiquement prévues pour une utilisation efficace des moyens et une évaluation correcte des coûts ; et en particulier, les coûts marginaux. Un système prospectif comporte le risque qu'à un moment donné, l'autorité impose une réduction linéaire. Il est dès lors nécessaire de prévoir un certain nombre de garanties dans le nouveau financement afin d'éviter de telles réductions linéaires sur le budget des moyens financiers des institutions.

Le système prospectif doit être observé en parallèle avec les principes suivants :

- Libre choix du patient

On entend par là que le patient psychiatrique a le choix d'entamer un plan de traitement individualisé concerté avec les différents prestataires de soins du réseau. Le patient dispose également du libre choix du réseau.

- Obligation de soins de la part des prestataires de soins

Dans un financement prospectif, il faut veiller à ce que certains patients ou résidents ne soient pas refusés sans alternatives valables au sein de leur région. C'est la raison pour laquelle un financement suffisant et une offre de soins suffisamment différenciée s'avèrent nécessaires.

L'obligation de soins est une responsabilité incombant aux partenaires du réseau. Elle doit être assortie d'une garantie de couverture financière des coûts justifiés.

- Obligation d'acceptation par les organismes assureurs

Dans un système prospectif et orienté vers les programmes de soins, les patients psychiatriques doivent pouvoir compter sur un accès aisé aux organismes assureurs. Dans ce contexte, nous plaidons, pour le groupe cible des personnes internées, en faveur du maintien du statut d'assuré ou d'une conversion rapide.

- Aucune application de type commercial

L'un des grands avantages du système de santé actuel, à savoir la grande accessibilité pour chaque patient, ne peut pas être perdu. Les soins psychiatriques ne peuvent pas et ne doivent pas faire l'objet de mécanismes de marché classiques d'offre et de demande, mais doivent s'inscrire dans un cadre politique et social avec une intervention de régulation par l'autorité. La non-application des mécanismes classiques de marché ne signifie cependant pas une moindre responsabilisation. Tout euro dépensé, également dans les soins de santé mentale, demande responsabilisation et fondement.

2.6 Réglementation claire et simple avec une sécurité juridique pour plusieurs années

Un nouveau système de financement ne peut pas déboucher sur une réglementation complexe. Une telle réglementation peut être évitée en déterminant au préalable le budget de l'établissement avec la garantie budgétaire y afférente et en fixant au préalable le prix et les encadrements en personnel pour chaque module de traitement. Le choix d'un module de traitement n'entraîne pas automatiquement une hausse du budget. L'établissement doit maintenir l'équilibre entre l'intensité des soins et le volume dans le cadre du budget fixé à l'avance et garanti. La clarté et la simplicité sont les garants de la transparence et évitent aussi un retard dans le traitement des dossiers par l'Administration.

La réglementation relative au financement des modules de traitement et des programmes de soins ne peut pas changer chaque année mais doit entrer en vigueur pour plusieurs années. Ce délai doit correspondre aux délais en vigueur pour l'inspection, les visites de contrôle, l'accréditation, les engagements contractés, ... Une solution peut être la conclusion d'une convention pour une période raisonnable, prédéterminée par module. De cette manière, le gestionnaire pourra aussi mener une politique plus stratégique.

En vertu de ce principe, le groupe permanent « Psychiatrie » plaide pour éviter au maximum les révisions a posteriori du budget des moyens financiers.

2.7 Liquidation rapide

Dans le large contexte du système de financement, il faut aussi pouvoir prêter l'attention nécessaire à une révision des modalités de liquidation. D'une part, l'actuel retard de paiement des rattrapages doit être résorbé. D'autre part, le groupe permanent « Psychiatrie » plaide pour une liquidation de la totalité du BMF en douzièmes budgétaires.

3. Phase de développement sur la base d'un modèle de croissance organique avec un financement adapté

Il va de soi que le nouveau concept des soins de santé mentale ne peut pas être mis en œuvre du jour au lendemain. De l'expérience et de l'expertise devront être acquises notamment par le biais des projets pilotes « Article 107 », et des circuits de soins autour des groupes cibles et des réseaux se développeront petit à petit. Une programmation des programmes de soins devra être préparée par phases, ainsi qu'une description par module de tous les éléments des besoins en soins, de l'unité de soins, des fonctions de soins et du mode de soins. La description des modules forme en outre la base du financement futur. La structure de coût des modules donnant toutefois une nouvelle orientation au domaine des soins, sera par définition différente des modèles de coûts existants. Cette conception ne suppose pas qu'il faut attendre le résultat final de la nouvelle programmation des programmes de soins pour débiter un nouveau système de financement. Sa mise en route peut trouver application dès la mise en place de programmes de soins.

La répartition des programmes et modules de soins dépassant le niveau de l'institution devra se faire par zone d'activité² sur la base de critères de programmation. Les critères de programmation actuels par service sont dépassés. Une programmation par service suppose en outre que les services peuvent être distingués les uns des autres de manière explicite. Dans la pratique, une telle distinction n'est pas si évidente et des transferts internes ont souvent lieu. Il faut appréhender l'ensemble des structures, centres et services psychiatriques (ambulatoires, semi-résidentiels, intra- et transmuraux) dans leur globalité du point de vue de la collectivité. Les besoins en soins psychiatriques doivent constituer la base d'une nouvelle programmation dynamique. La programmation de programmes de soins est également indissociable de la programmation de modules en fonction des besoins, des caractéristiques épidémiologiques de la population et de l'offre disponible. Actuellement, les données épidémiologiques disponibles sont insuffisantes. Il importe de trouver des pistes pour développer et stimuler la recherche scientifique dans le secteur des soins de santé mentale, préalable indispensable pour une politique bien étayée. Une approche cohérente de la planification suppose également que les établissements sous convention INAMI, tout comme les centres d'intervention de crise non-conventionnés et les communautés thérapeutiques^{iv} doivent être intégrés dans l'ensemble des circuits et programmes de soins conformément aux normes en vigueur pour de tels programmes. Pour le secteur résidentiel, il peut être fait usage à cet effet des indicateurs classiques: la prévalence et l'incidence des maladies psychiatriques transposée en fréquence d'admission ou en nombre de patients admis par tranche de 1000 habitants, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation souhaité. Pour le secteur ambulatoire, il faudra choisir d'autres indicateurs plus spécifiques (par exemple les délais d'attente). La démarche nécessite de pouvoir s'appuyer sur des enregistrements fiables³, des sources d'informations belges et internationales, les résultats de recherches scientifiques, ... La programmation devra bien moins qu'aujourd'hui être exprimée en termes de lits ou de places. Pour certains modules, la programmation sera traduite, par exemple, en nombre de traitements.

Une nouvelle programmation est susceptible d'entraîner une transformation du paysage actuel des soins psychiatriques. Une éventuelle offre excédentaire dans certaines zones d'activité peut donner lieu à la fermeture, la substitution, l'intensification ou la réallocation de lits. Elle

² «Zone d'activité»: définition infra dans le présent texte (point 3.2.1. page 12).

³ Voir infra point 4.3.c.

pourrait également mener à une réimplantation dans une autre zone d'activité où l'offre est insuffisante.

Certains modules d'un programme de soins en faveur d'un groupe cible spécifique devront, du fait de leur faible fréquentation, être offerts de manière très limitée et connaîtront une dimension suprarégionale.

Au cours de la période transitoire, il faudra également faire disparaître un certain nombre de lacunes fondamentales dues au passé, afin de créer une situation de départ permettant aux établissements d'évoluer avec succès d'un développement axé sur les établissements, vers des soins de santé mentale basés sur des programmes de soins en faveur de groupes cibles. Il s'agit dès lors d'une série d'adaptations permettant de créer les conditions nécessaires à la réalisation du système de financement futur (cf. point 2 du présent avis).

Les protocoles d'accord entre l'autorité fédérale, les Communautés et les Régions sur la concrétisation du présent avis sont un facteur clé de succès aussi bien pour le concept futur que pour le nouveau système de financement.

3.1 Projets de renouvellement des soins

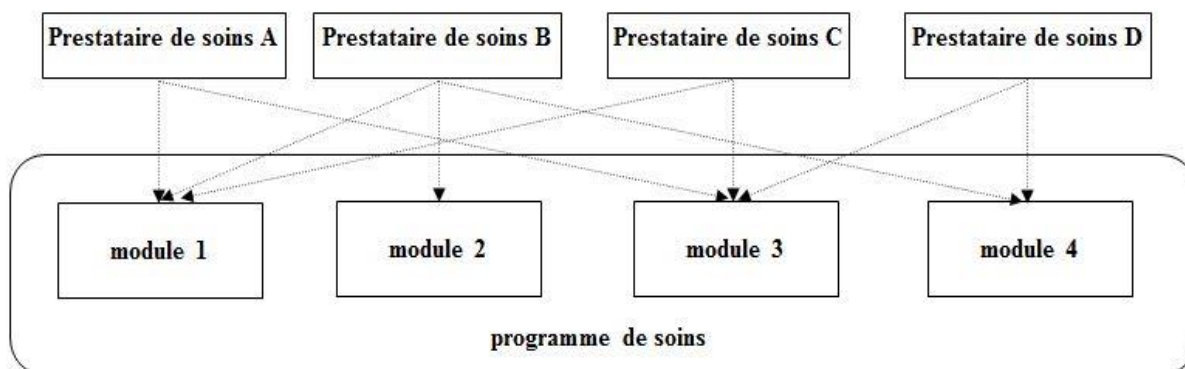
La possibilité doit être offerte à tous les acteurs du secteur des soins de santé mentale, par le biais de projets de renouvellement des soins, de moderniser tant le contenu que la forme des soins, en vue d'en améliorer la qualité.

Pour l'ensemble des futurs projets de renouvellement des soins, il convient de conclure au préalable des accords clairs sur l'organisation, la durée, l'évaluation et le financement. Les projets pilotes doivent être intégrés dans un réseau fonctionnel au sein d'une zone d'activité. L'organisation des projets pilotes doit pouvoir s'appuyer sur suffisamment de flexibilité dans la législation et la réglementation. La durée ne peut en principe excéder trois ans avec la possibilité d'être une seule fois renouvelée de trois ans. Un délai raisonnable pour l'expiration de la date de fin du projet doit offrir la possibilité d'une évaluation correctement étayée sur la structuration ou non du projet avec un taux de couverture général de tous les besoins en soins. Durant cette période, les projets pilotes doivent être financés correctement avec une indexation. En cas de reconnaissance structurelle, le financement doit s'aligner aux principes du présent avis et, dans l'attente de cet avis, sur la base des coûts réels.

3.2 Développement progressif des circuits et des réseaux de soins

3.2.1 Attentes à l'égard d'un certain nombre d'acteurs (pouvoirs publics, plateformes de concertation et prestataires de soins)

À la base du développement progressif des programmes de soins et des réseaux, on retrouve autant les autorités compétentes et les prestataires de soins que les plateformes de concertation. L'initiative doit continuer d'émaner des autorités compétentes, au travers d'une collaboration et d'une concertation indispensables entre entités fédérale et fédérées, sous la forme de projets pilotes et d'un mandat officiel à l'intention des prestataires de soins à qui il est demandé de développer des circuits de soins via des réseaux pour un ou plusieurs groupes cibles dans un domaine d'activité. Concrètement, il est plaidé en faveur de la poursuite et de l'extension de projets pilotes pour adultes en combinaison avec un élargissement aux groupes



cibles des enfants & adolescents⁴ et des personnes âgées. Après une évaluation positive, il faut ensuite une reconnaissance et un financement classiques. Les prestataires de soins devront faire des choix stratégiques importants concernant les partenaires, le domaine d'activité, les groupes cibles et les modules de programmes dépassant l'établissement particulier. Cette tâche devra être réalisée dans un délai défini préalablement, utile et nécessaire pour la réalisation de circuits et de réseaux de soins dans un processus organique. Pour les établissements, centres et services participant au circuit de soins, les organigrammes classiques de gestion et de direction devront être combinés à la direction du prestataire de soins et à la direction du réseau. Le schéma ci-dessous montre clairement que les divers prestataires de soins offrent conjointement un ou plusieurs modules qui, ensemble, constituent un programme de soins. Pour y parvenir, une direction de réseau devra s'ajouter à la direction du prestataire de soins.

Divers modèles ou types de réseaux peuvent être différenciés en fonction de la personnalité juridique (personne morale distincte ou non), de l'affectation de moyens (moyens matériels, financiers et humains), et de la direction ou de la régie (tous les partenaires ensemble, quelques partenaires, un seul partenaire ou un organisme tiers indépendant). Le droit d'initiative pour déterminer le modèle ou le type de réseau appartient aux prestataires de soins dans l'optique d'un équilibre optimal entre autonomie et collaboration.

Au niveau stratégique, des accords devront être passés d'une manière ou d'une autre sur la question du contenu et de l'organisation du circuit de soins. Tous les accords concrets concernant le réseau (zone d'activité, répartition des modules du programme de soins entre les prestataires de soins participants, moyens qui seront affectés, mode de collaboration, coordination et supervision...) sont intégrés dans une convention de réseau. Des accords spécifiques de type juridique, financier et de droit social devront être passés, certainement lorsque du personnel et des moyens doivent être mis à disposition par différents prestataires de soins dans le cadre de modules intermédiaires (p. ex. soins psychiatriques au domicile du patient). Des accords clairs doivent être passés, également à la lumière de la responsabilité financière.

Dans ce contexte se pose la question de la manière de délimiter les zones d'activité **en** fonction du groupe cible. En théorie, on peut choisir parmi différents types de zones d'activité : les Communautés, les Régions, les provinces, les régions de soins, les arrondissements administratifs, les régions sociodémographiques, ... Les 5 critères cumulatifs de délimitation d'une zone d'activité sont les suivants:

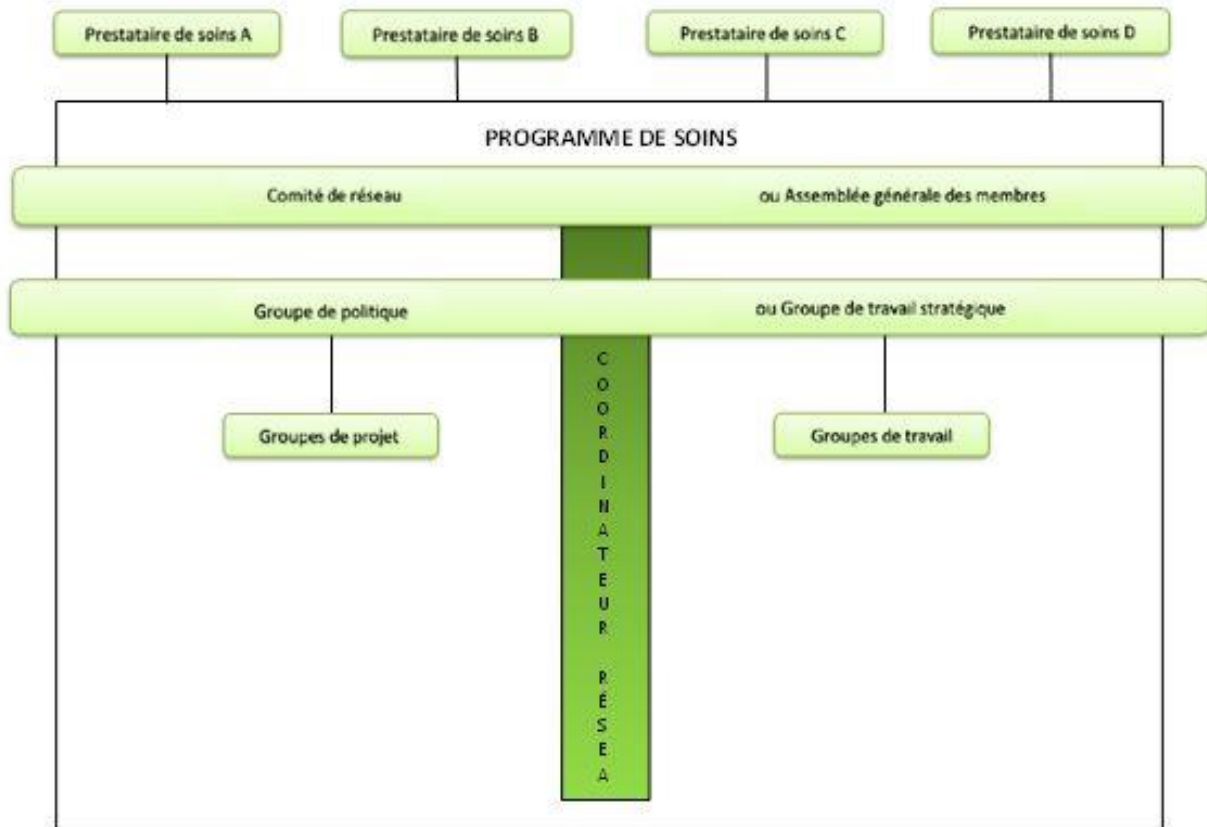
⁴ Guide : « vers une nouvelle politique en soins de santé mentale pour enfants et adolescents »

- présence d'une offre de soins suffisamment différenciée en fonction des besoins en soins, en tenant compte de la prévalence et de l'incidence
- ensemble de villes et de communes sociologiquement liées, en tenant compte des particularités régionales, ...
- répartition équilibrée et accessibilité optimale de l'offre de soins
- prise en compte des modèles de collaboration déjà existants
- prise en compte du contexte et des spécificités de la région (p. ex. législation et directives)

La somme de toutes les zones d'activité doit, au final, couvrir tout le territoire de la Belgique, pour chaque groupe-cible.

De toute façon, les régions seront différentes en fonction des (sous-)groupes cibles, depuis les (sous-)groupes cibles apparaissant dans quasiment chaque région jusqu'aux (sous-)groupes cibles présentant un caractère suprarégional.

La collaboration fonctionnelle engendre un réseau d'organisations où des accords clairs doivent être conclus au niveau des responsabilités (par exemple direction, propriété...) et des implications qui en découlent. Les structures organisationnelles classiques axées sur les services et les départements ne suffisent plus. La mission de soins au sein d'un circuit de soins sera organisée au départ de processus complets qui, finalement, se traduisent en une sorte de structure matricielle : la structure organisationnelle verticale orientée vers les services devra être combinée à une prise en charge interdisciplinaire et intersectorielle. Une application pratique de ce principe se retrouve par exemple dans les organigrammes des réseaux dans le cadre des projets "Article 107". La figure suivante présente une organisation matricielle. Une forme d'organisation de ce type peut finalement déboucher sur un "basculement" complet avec une personnalité juridique unique au niveau de la structure coupole.



Le comité de réseau ou assemblée générale des membres devrait comprendre tous les acteurs, y compris les représentants des partenaires de la 1ère ligne, voire d'associations de patients et/ou de membres de la famille... Cet organe est comparable à l'assemblée générale au niveau d'une ASBL. Le comité stratégique ou groupe de travail stratégique se situe au niveau de gestion et est comparable au conseil d'administration d'un établissement, centre ou service. Les groupes de projet et/ou de travail se situent davantage au niveau opérationnel.

Des moyens additionnels sont requis pour le financement de certains frais supplémentaires (coordination, concertation, enregistrement, encadrement du processus, évaluation, ...). Nous faisons référence ici aux moyens additionnels octroyés aux projets pilotes « Article 107 » pour les adultes (100 000 euros pour les frais salariaux et de fonctionnement du coordinateur de réseau et 400 000 euros pour les frais de fonctionnement du réseau).

Une question importante est de savoir si les moyens financiers pour le financement des modules seront, à l'avenir, directement attribués aux prestataires de soins ou directement au réseau. Cette question ne vise pas les modalités ou la technique de financement (cf. les modalités de financement des plateformes de concertation via le BMF d'un hôpital psychiatrique), mais bien l'instance qui a droit aux moyens. Dans la mesure où, au sein de la convention de collaboration, les prestataires de soins conservent leur indépendance juridique et financière, les moyens financiers seront directement attribués aux prestataires de soins (cf. point 4.3 et schéma « Financement direct des prestataires de soins sur la base des modules proposés »). Cette vision ne peut être vue comme une position de force conservatrice en termes financiers. Plusieurs arguments peuvent justifier le financement direct. Tout d'abord, il s'agit d'un financement de modules réalisés par des prestataires de soins individuels. Par

ailleurs, les législations et réglementations diverses en matière de financement des différentes autorités dont dépendent les institutions empêchent une approche centrale au niveau du réseau (cf. 5ème critique du point 1). Un autre argument se situe davantage au niveau du contexte social. Les travailleurs et leurs organisations syndicales ne souhaitent pas une uniformisation de tous les aspects actuels du travail en fonction d'un financement central. Un financement central sera difficilement réalisable dans la pratique sans une collaboration administrative poussée. Étant donné que la plupart des institutions seront concernées par plusieurs circuits et réseaux de soins, on assistera à une multiplication de nouvelles personnes juridiques. L'expérience des initiatives d'habitations protégées nous apprend qu'un tel développement n'est pas vraiment souhaitable. Enfin, nous souhaitons encore faire référence au principe généralement admis selon lequel le paiement doit en principe être destiné à l'instance qui assure les prestations de soins (cf. point 4.3). Naturellement, les prestataires de soins faisant partie d'un réseau conservent la liberté de rassembler leurs moyens financiers en totalité ou en partie et de rechercher à cette fin des constructions juridiques adaptées. Comme déjà indiqué précédemment, des moyens financiers supplémentaires pour le financement des missions qui concernent davantage la coordination peuvent être octroyés directement au réseau.

3.2.2 Garantie du budget

Vu le flou actuel entourant le contenu des modules à définir par conventions et les moyens financiers qui s'y rapportent, les prestataires de soins ne s'engageront pas rapidement à dégager une part de leur microbudget actuel pour financer des projets de renouvellement des soins ou à l'affecter dans un réseau pour réaliser une ou plusieurs fonctions. De même, un médecin dans une institution refusera de réduire son activité médicale pour assumer la fonction de médecin stratégique au sein d'une équipe mobile sans avoir la garantie que ses revenus ne vont pas diminuer. Ces incertitudes peuvent être levées en garantissant les budgets actuels, tant au niveau des prestataires de soins qu'au niveau du réseau. Cette garantie de budget doit être maintenue jusqu'à la réalisation complète des circuits et réseaux de soins. Les microbudgets existants dont les prestataires de soins disposent pour le moment doivent dès lors être considérés comme une source de moyens financiers avec laquelle les prestataires de soins doivent financer les modules dont ils souhaitent se charger. Chaque prestataire de soins pourra puiser dans les moyens actuels pour couvrir les coûts de ces modules. Les microbudgets continuent également d'être garantis aux prestataires de soins dans la mesure où ils pratiquent le renouvellement des soins de manière dynamique, s'intègrent dans les circuits de soins décrits, et se chargent d'un ou de plusieurs modules. Le choix des modules donnant droit à un encadrement en personnel plus élevé que celui financé dans le microbudget actuel devra mener à un microbudget plus élevé pour autant que cela soit également prévu dans les conventions concernées avec les pouvoirs publics. Nous pensons notamment aux modules relatifs aux patients agressifs présentant des troubles graves du comportement, aux patients sous tutelle judiciaire, ... Pour un certain nombre d'autres modules, il se produira plutôt un glissement entre volume et intensité des soins dans le microbudget existant.

Après cette réalisation, une nouvelle garantie de budget apparaîtra conformément aux principes d'un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins.

3.3. Quelques corrections préalables nécessaires d'ordre financier

Pour réussir la mise en place d'un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins dans les meilleures conditions, il importe de s'assurer des moyens financiers indispensables à sa mise en œuvre : ceci implique notamment la suppression préalable des sous-financements BMF et hors BMF évoqués au point 1.b. supra, ainsi que l'octroi aux acteurs d'une garantie budgétaire sur plusieurs années.

Une autre démarche à entreprendre dans le cadre de la réalisation progressive des circuits et réseaux de soins concerne l'harmonisation des tickets modérateurs lors de l'utilisation d'un même module de traitement. Les grandes différences en termes de tickets modérateurs entre les différents types d'établissements du secteur des soins de santé mentale peuvent créer des barrières financières gênant la continuité des soins et empêchant une offre de soins cohérente. À cet égard, nous tenons à évoquer le fossé de la santé toujours plus grand dans notre pays. De plus en plus de personnes reportent le recours aux soins de santé pour des raisons financières (jusqu'à 42% parmi les groupes aux revenus les plus faibles à Bruxelles). Les soins belges de santé mentale sont caractérisés par des limites financières et organisationnelles relativement statiques entre les différents prestataires, de sorte qu'il est difficile de combiner les divers éléments de l'offre de ces prestataires individuels pour proposer une offre de soins taillée sur mesure aux clients. Une offre se présentant sous la forme de programmes de soins s'articule autour d'une autre structure et d'une autre organisation tendant vers une plus grande flexibilité et une plus grande cohérence. Dans l'évolution d'une organisation axée sur les tâches vers une approche orientée sur les processus, le financement doit aussi suivre. La politique en matière de tickets modérateurs doit se greffer à cette évolution. Au final, le choix du patient et/ou du prestataire de soins peut uniquement être dicté par l'offre de soins correspondant le mieux à ses besoins. Une situation financièrement précaire ne peut empêcher l'accès aux institutions les mieux adaptées.

Une dernière mesure indispensable concerne le financement de l'activité médicale. En préparation de l'introduction d'un financement global lié à la mission, il est souhaitable de garantir également les honoraires médicaux.

3.4 Protocoles d'accord entre autorités compétentes

L'existence de groupes de compétences non homogènes pour les soins de santé belges en général et pour les soins de santé mentale en particulier, peut constituer un obstacle à la mise en œuvre de circuits et de réseaux de soins ainsi qu'à une nouvelle technique de financement de tout le secteur des soins de santé mentale. Les protocoles d'accord conclus via des conférences interministérielles avec des représentants de l'autorité fédérale et des autorités régionales et communautaires resteront nécessaires à l'avenir. On ne peut que progresser dans le cadre de la réforme du secteur des soins de santé mentale si toutes les autorités concernées approuvent entièrement les principes de base d'un nouveau système de financement et sont disposées à conclure des accords en la matière dans le cadre d'une implémentation progressive.

Une harmonisation des réglementations en matière de financement des diverses autorités concernées peut être considérée comme l'un des principaux facteurs critiques de succès pour la mise en place d'un nouveau système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins^v. Il importe également de veiller particulièrement à l'harmonisation spécifique des politiques des diverses autorités en matière d'infrastructures.

4. Principes généraux d'un système de financement prospectif et orienté vers les programmes

Pour expliquer les principes généraux, nous établissons une distinction entre les frais d'infrastructure et les charges financières, le financement d'entreprise, le financement des soins, le financement de l'activité médicale et le financement en fonction de la personne.

4.1 Frais d'infrastructure (amortissements, charges financières et frais de démarrage)

Une mission de soins inclut diverses composantes telles que l'hébergement, le traitement, les soins, l'accompagnement, ... dont les coûts sont partiellement ou totalement à charge du patient. Ainsi, pour les services psychiatriques, une intervention personnelle est prévue dans le prix de journée sans spécification des composantes que cette intervention couvre. Dans les maisons de soins psychiatriques, une stricte distinction est établie entre les frais d'hôtellerie et les frais de soins. Les premiers frais incombent totalement au résident. Dans la pratique, ceci débouche sur la facturation de la partie A (sous la forme d'un montant de rattrapage via la sous-partie C2) et de la sous-partie B1 du prix d'hospitalisation aux résidents.

Conformément à la 6ème réforme de l'État, le financement des coûts d'infrastructure des hôpitaux (sous-parties A1 et C1 du BMF) est transféré aux Communautés et Régions, à l'exception du forfait « informatique ».

À la lumière d'un nouveau système de financement des soins de santé mentale, il est recommandé que les coûts d'infrastructure dans les différentes formes de soins soient financés autant que possible selon les mêmes critères. Il existe actuellement différents systèmes de financement en fonction de la forme de soins (hôpital psychiatrique, CSM, centre de revalidation psychosociale, ...). La variété des systèmes de financement est susceptible d'encore augmenter à la suite de la 6ème réforme de l'État. Chaque Communauté et Région peut élaborer son propre système de financement. L'affectation de moyens financiers dépendra naturellement des possibilités budgétaires des Communautés et Régions ainsi que de leurs priorités et des accents spécifiques qu'elles mettront.

Lors de l'élaboration d'un système de financement pour les coûts d'infrastructure, nous devons tenir compte d'une série de développements et d'évolutions dans le paysage des soins psychiatriques, à savoir :

- On devrait vraisemblablement offrir à l'avenir davantage de soins psychiatriques sous forme ambulatoire et à domicile ou en milieu de substitution du domicile. Sous réserve d'évaluation des besoins, on aura sans doute moins besoin de capacité résidentielle. Les établissements de grande envergure évolueront vraisemblablement vers des entités à plus petite échelle. Simultanément, un nouveau besoin d'infrastructure pour les diverses formes de soins ambulatoires devrait se manifester (centres de réadaptation, CSM, hôpital de jour, équipes mobiles, ...).
- Le développement de programmes de soins horizontaux et verticaux et de réseaux aura des conséquences au niveau de l'infrastructure. Un fonctionnement plus complémentaire et intégré entraînera des glissements de (sous-)groupes cibles et

pourra mener à une extension d'échelle, à une collaboration et éventuellement à des fusions.

- Le concept futur des soins psychiatriques donnera lieu à un plus grand nombre de centres d'expertise (centres spécialisés pour certains (sous-)groupes cibles spécifiques).
- L'importance de l'informatique augmentera également dans le secteur des soins psychiatriques. Le matériel et l'architecture informatique doivent être intégrés sans transition dans l'infrastructure.

En vue d'un système de financement le plus uniforme possible pour les coûts d'infrastructure, les critères suivants sont proposés :

- Les charges d'intérêts doivent être payées sur une base réelle pour les raisons suivantes :
 - L'intérêt dépend fortement du taux d'intérêt au moment de l'ouverture du crédit d'investissement, de la durée, du caractère révisable, de la garantie publique, et de la solvabilité de l'emprunteur.
 - Le montant des charges d'intérêts dépend de l'intérêt, de la durée et du rapport entre le fonds propre engagé et le fonds de tiers.
- Le coût de base des frais d'investissement doit être autant que possible garanti, quel que soit le niveau d'activité. Il est normal que le gestionnaire, qui prend le risque de mettre sur pied des services dans le cadre légal et réglementaire, puisse également récupérer les frais d'infrastructure.
- La contribution du patient aux coûts d'infrastructure doit être liée à la distinction entre une infrastructure qui se substitue au domicile et une infrastructure qui ne se substitue pas au domicile du patient. Dans le cas d'une infrastructure qui ne se substitue pas au domicile (hôpitaux psychiatriques, CSM, centres de revalidation psychosociale, ...), les patients ne doivent en principe pas intervenir dans les coûts d'infrastructure. Un supplément de chambre peut seulement être facturé si, outre les soins de base, le patient reçoit du confort supplémentaire en étant placé en chambre individuelle. Dans le cas d'une infrastructure de substitution du domicile, les coûts d'infrastructure sont à charge des résidents (p. ex. les logements au sein des initiatives d'habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques, ...). Pour ces coûts, des principes de solidarisation peuvent être d'application comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les résidents des maisons de soins psychiatriques. Une attention particulière doit être portée à la contribution possible des patients en situation financière précaire (garantie d'accès aux soins adéquats).
- Pour les nouvelles constructions, le financement doit partir de paramètres objectifs avec l'application de normes (p. ex. plafond par mètre carré).
- Les gros travaux d'entretien et de reconditionnement peuvent être payés de manière forfaitaire sur la base d'une approche par cycle de vie.

4.2. Financement de l'entreprise

Dans le cadre d'un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins, il importe de :

- Définir et calculer les coûts justifiés à couvrir, qu'il s'agisse des coûts fixes et variables liés aux services logistiques et administratifs de type B1 ou des coûts relatifs aux soins à proprement parler de type B2 (voir point 4.3. infra), associés aux modules et programmes.

Une classification fondée sur des diagnostics constitue en général un paramètre peu pertinent pour un financement tenant compte des besoins en traitement, en soins et en accompagnement des patients, variables dans le temps. Ceci n'empêche cependant pas que sur la base de la recherche scientifique, on examine si pour certaines affections psychiatriques (p. ex. une dépression légère) et certains (sous-) groupes cibles spécifiques, un financement DRG puisse faire partie des possibilités. Davantage d'études à ce sujet sont souhaitables. Selon une étude comparative du financement des soins hospitaliers dans 5 pays (Angleterre, France, Allemagne, Pays-Bas et États-Unis Medicare)^{vii} réalisée par le KCE, les soins de santé mentale et les soins de réadaptation ne sont la plupart du temps pas repris dans le financement DRG pour les soins aigus.

- b. On peut dresser la carte des besoins de soins en utilisant, p. ex. des systèmes infirmiers de classification des patients dans le but de mesurer les déficits fonctionnels. Nous en trouvons une application spécifique dans le secteur des personnes âgées avec l'échelle dite « de Katz ». L'expérience dans le secteur des maisons de repos nous apprend qu'un financement lié aux besoins avec attestation établie par les prestataires de soins mène à une explosion des frais.
- c. Nous ne pouvons pas non plus approuver un financement qui se base uniquement sur la mesure des soins effectivement prodigués par chaque prestataire individuel, enregistrés dans le RPM par exemple. Une telle approche peut mener à un alignement dans les faits de l'action médicale, infirmière et paramédicale en fonction de considérations financières et non des besoins de soins réels des patients. La fiabilité d'un tel système doit dès lors être mise en doute. Cela n'empêche pas que le RPM, dans une version adaptée conformément à l'avis CNEH/D/PSY/438-1⁵ du 12/12/2013, en tant qu'enregistrement fiable, transinstitutionnel, permettant les comparaisons internationales, puisse être lié à l'organisation du financement. Cet enregistrement a notamment pour objectif de déterminer les besoins en structures psychiatriques et de définir l'offre en partant de données épidémiologiques. Il peut être une aide précieuse à la catégorisation des patients et à la détermination des soins requis. Ces besoins recevront finalement aussi une traduction financière.
- d. Enfin, nous refusons également de lier le financement à la durée du séjour. L'une des fonctions cruciales de l'hôpital psychiatrique concerne justement le traitement psychiatrique intensif de populations de patients qui connaissent une évolution quasi imprévisible et nécessitent par conséquent une approche flexible.

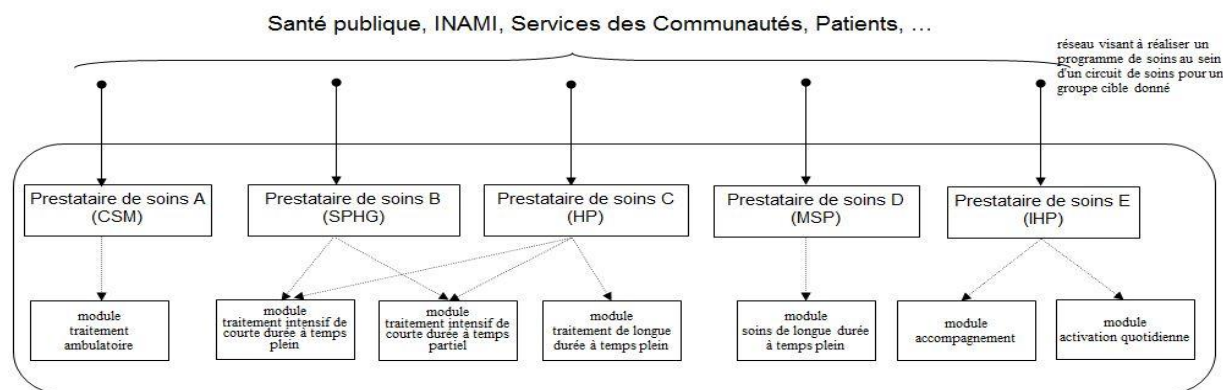
Au lieu de chercher un lien entre diagnostics et engagement financier de moyens, un lien est établi entre les exigences en rapport avec l'offre fixées sur des bases épidémiologiques et les coûts. Ces exigences en rapport avec l'offre comprennent une programmation de contenus et de volumes de circuits de soins par groupe cible. Nous pouvons inscrire ce concept dans le cadre de l'évolution d'un agrément et d'un financement en fonction de l'infrastructure, des lits et du personnel qualifié vers un agrément et un financement en fonction des groupes d'âge cibles (enfants et adolescents, adultes et personnes âgées) et sous-groupes d'âge cibles (soins aux toxicomanes, psychiatrie médico-légale, personnes souffrant d'un handicap mental et d'une maladie psychiatrique), des circuits de soins, des programmes de soins transinstitutionnels et des modules qui y sont prévus. Il s'agit d'un concept à vrai dire facilité par une pratique psychiatrique qui continue de se présenter davantage comme un continuum

⁵ Avis du 12/12/2013 du groupe de travail permanent psychiatrie concernant un enregistrement commun dans les soins de santé mentale.

d'actions cohérentes et multidisciplinaires au lieu d'une succession d'actes individuels de prestataires individuels avec un financement individuel. Dans chaque programme de soins et dans chaque module, il s'agit de rechercher d'une façon objective et scientifiquement justifiée un mélange de variables qui influencent le prix. Un mélange de variables constitue la meilleure garantie d'un système de financement permettant des soins psychiatriques accessibles, financièrement abordables et de qualité. Un financement par module axé sur le programme et le traitement implique en d'autres termes que l'on doit pouvoir disposer de données de prix précises concernant les programmes et les modules de soins. Puisque les frais relatifs à l'activité clinique représentent principalement des coûts de personnel, il faudra surtout examiner quelles variables déterminent l'encadrement en personnel et les disciplines requises comme le besoin en soins^{viii}, la psychothérapie clinique^{ix}, la surveillance^x et l'assistance ménagère, l'accompagnement, la taille du groupe, les formes structurelles de traitement (hospitalisation complète, hospitalisation partielle, formes de postcure,...), la durée du traitement, ... L'objectif est de comparer les programmes et modules sur base de leurs frais justifiés. Le niveau d'accompagnement et de protection surtout exerce une grande influence sur les frais de personnel directement liés aux patients. Songeons ici à un module où le groupe cible est caractérisé par une agressivité sévère, un comportement fortement « acting out » et des tendances suicidaires. Pour les normes, nous proposons d'octroyer une fourchette d'occupation par module de traitement. L'application de la fourchette d'occupation impliquerait qu'il n'est pas appliqué de corrections négatives sur le budget si l'occupation n'est pas inférieure à la limite inférieure de la fourchette. On peut aussi effectuer des corrections quand les pouvoirs publics constatent que le personnel est inférieur aux normes. En principe, nous avons donc affaire à des budgets fixes par programme ou par module de soins. L'endroit où le traitement est finalement réalisé (intra-muros, semi-résidentiel, ambulatoire, ...) n'influencera pas le budget. Il faut octroyer des moyens supplémentaires pour les missions et tâches spécifiques complémentaires remplies par l'hôpital, le centre, le service ou le réseau comme p. ex. le stage des élèves infirmiers, la formation des médecins spécialistes, les missions académiques et scientifiques, la permanence d'une expertise 24/24, les urgences, la liaison somatique... Il faut en outre introduire dans le nouveau système de financement des stimulants visant à améliorer la qualité et la sécurité des patients. Le groupe de travail plaide également pour l'octroi de moyens au niveau du réseau pour la formation des collaborateurs afin de permettre une participation active des associations de patients et de membres de la famille. Le financement des soins comprendra également la rétribution de l'offre psychologique de première ligne. Dans l'introduction déjà, il a été souligné qu'un éventuel remboursement de la fonction psychologique de première ligne doit s'effectuer par le biais d'un ancrage structurel.

Le schéma « Financement direct des prestataires de soins sur la base des modules proposés » a pour but de présenter visuellement l'approche orientée vers les programmes.

Financement direct des prestataires de soins en fonction des modules offerts



6

Le financement direct peut aussi bien porter sur le coût en soins du/des module(s) offert(s) que sur les coûts découlant de la coordination au niveau du réseau (p. ex. les charges salariales d'un coordinateur de soins, d'un coordinateur d'organisation, ...).

Le budget du coût des soins au niveau individuel des prestataires de soins doit être déterminé en fonction d'un mélange de variables qui influencent le coût du/des module(s). Des éléments importants à cet égard sont les suivants : la fonction de soins, l'unité de soins, et le mode proposé (p. ex. un service de 30 lits pour un traitement intensif à temps plein et de courte durée de patients adultes avec protection permanente).

* Le cadre en pointillé signifie que d'autres prestataires de soins peuvent faire partie du réseau comme les centres d'intervention de crise reconnus par l'INAMI et les communautés thérapeutiques, les MASS, les psychiatres et psychologues indépendants, ...

Pour le calcul des coûts des modules, on devra faire appel à un soutien externe. L'autorité peut p. ex. confier cette mission au KCE, à des centres de recherche spécialisés attachés à des universités, ...

Des soins transmuraux supposent aussi que la possibilité doit pouvoir être offerte aux établissements d'introduire dans le réseau leurs budgets historiquement acquis afin de parvenir ainsi à un financement transmural. Un hôpital psychiatrique, un service de soins de santé mentale et une SPHG p. ex. peuvent ainsi réunir une partie de leurs moyens financiers pour financer un module de traitement donné au sein d'un circuit de soins. La formation de réseaux visée s'oriente vers le patient et le résident et non vers les établissements. Cette modalité de financement est complètement en adéquation avec le principe selon lequel les prestataires de soins sont rémunérés de la manière la plus directe possible pour les prestations qu'ils fournissent. Ce principe ne remet bien évidemment nullement en cause le paiement des factures hospitalières par les organismes assureurs. Afin de stimuler la collaboration et le développement des soins transmuraux, les pouvoirs publics peuvent octroyer un financement additionnel aux prestataires de soins qui organisent ensemble un programme de soins pour ainsi permettre certains investissements ou frais en lien avec les tâches de coordination.

Dans chaque programme de soins, il faut offrir par zone d'activité au minimum un certain nombre de formes et de volumes de modules de traitement. Pour chaque module, il faudra fixer une série de critères relatifs au fonctionnement tels que le contenu des soins, les

⁶ Les flèches indiquées sont à titre exemplatif ; leur nombre n'est pas exhaustif

caractéristiques des patients, les critères d'admission et de sortie, l'encadrement en personnel,... Le contenu des soins d'une part, et le prix final d'autre part, sont fixés ex ante pour en principe trois ans au sein de deux organes distincts, à créer, dont la composition respective doit être définie en identifiant lesquels parmi les acteurs devraient y être représentés: les autorités compétentes, les prestataires de soins (établissements, centres et services), les organismes assureurs, mais aussi des techniciens, voire des représentants des patients.

Après la 6ème réforme de l'État, il faudra fixer au préalable au niveau régional, pour chaque module, l'encadrement en personnel qui y est lié. Cet encadrement doit garantir des soins psychiatriques de qualité. Pour autant que ces normes aient également un impact sur le financement, il faudra conclure des accords en harmonie avec le niveau fédéral.

Pour chaque programme ou module de soins, il faudra élaborer des critères d'accès (soins nécessaires, niveau critique, accessibilité géographique, faisabilité financière,...). L'élaboration et l'introduction de programmes de soins extra-muros dans des modules de traitement peuvent être liées à l'application du « *technology assessment* ».

Cette terminologie signifie que, d'un point de vue multidisciplinaire (médical, infirmier, paramédical, financier, éthique, juridique,...), l'autorité est investie d'un jugement de valeur global sur les nouveaux programmes et modules de soins extra-muros^{xi}.

4.4. Financement de l'activité médicale

La réalisation du nouveau concept de programmes de soins extra-muros orientés vers les groupes cibles et organisés en réseaux suppose un financement complémentaire et congruent des missions et activités médicales qui devront être intégrées dans chaque sous-partie et dans l'ensemble du programme de soins.

Les objectifs de ce financement mieux intégré et axé sur la mission globale sont notamment les suivants :

- Une meilleure intégration qualitative et quantitative du staff médical dans le fonctionnement clinique global des établissements concernés. Les soins psychiatriques nécessitent un fonctionnement interdisciplinaire qui ne fait que s'accroître, les médecins devenant des membres dirigeants au sein des équipes interdisciplinaires.

- Aucune répartition stricte entre services médicaux et non médicaux.

Il faut arrêter de subdiviser l'organisation en services médicaux et non médicaux^{xii} : au final, tous les services forment un seul et unique ensemble, afin d'assurer l'intégration des médecins et leur responsabilisation dans la gestion.

- Suppression de la relation actuelle entre la dégressivité des honoraires de surveillance et la durée de séjour des patients.

Ce lien est souvent contraire à l'intensité du traitement médical. Songeons ici notamment au groupe des patients chroniques qui ont encore besoin d'un traitement médical intensif.

Harmonisation de la rémunération de l'activité médicale entre les différentes formes de soins. Un financement davantage axé sur la mission médicale globale permet de valoriser les prestations et activités intellectuelles non directement liées à la thérapie et devrait offrir

aux pouvoirs publics la possibilité de budgétiser plus facilement les dépenses médicales au niveau macro. Une harmonisation entre les différentes formes de soins ne doit pas entraîner une redistribution pure et simple des honoraires médicaux existants.

- Des paramètres semblables pour le financement des missions et activités médicales d'une part, et des autres missions d'autre part.

Le nouveau financement doit conduire à un plus grand parallélisme entre les règles de rémunération pour le gestionnaire et celles pour les médecins. Nous retrouvons un exemple de manque de synergie dans les règles de rémunération propres au quota et aux honoraires médicaux^{xiii}.

- Un financement à part entière des missions et activités médicales qui, à l'heure actuelle, ne s'inscrivent pas dans le cadre de la nomenclature INAMI, lequel est caractérisé par un financement par prestations orienté vers le patient.

Dans l'ensemble des soins psychiatriques, il existe pour les médecins un certain nombre d'activités qui ne peuvent pas être directement rétribuées conformément à la nomenclature INAMI. Il s'agit souvent d'activités qui peuvent jouer un rôle non négligeable dans l'amélioration de la qualité de vie du patient (p. ex. discussions avec la famille). Le nouveau financement doit permettre de rétribuer également cet engagement de qualité.

- Prévoir des modalités de financement devant permettre d'honorer de manière plus flexible les missions et activités médicales qui se situent à un niveau dépassant celui de l'institution ou dans le cadre de l'accompagnement du trajet dans les différentes phases de soins parcourues par les patients.

Le nouveau financement doit permettre aux médecins de déployer des activités de manière plus flexible auprès de plusieurs prestataires de soins faisant partie d'un même réseau. Il est demandé aux médecins, à l'avenir, d'organiser leur activité selon le principe du réseau. En pratique, les activités médicales pourront être exercées dans un ou plusieurs modules. Les médecins doivent également pouvoir suivre le patient ou le résident à travers le programme de soins. La réorientation rapide et nécessaire de patients ou résidents vers d'autres modules ne peut plus être freinée par des seuils financiers. Le financement futur de l'activité médicale doit aider les médecins à réorienter les patients ou les résidents vers le module qui leur convient le mieux. Pour atteindre cet objectif, il est recommandé que les médecins, au départ de la structure à laquelle ils sont attachés comme employés ou comme indépendants, puissent rapidement être intégrés dans un circuit de soins via p. ex. une sorte d'association médicale.

- Garantie budgétaire également pour le financement des missions et des activités médicales en parallèle avec une description claire des missions à réaliser et la définition de paramètres relatifs aux activités à prester.

Dans le cas d'un financement orienté vers une mission globale, on ne constaterait p. ex. plus de pertes de revenus directes pour le pool médical lors d'une diminution progressive des lits, comme c'était le cas dans le cadre de la deuxième reconversion volontaire, lors de la conversion des lits T en lits Sp psychogériatriques.

En vue de réaliser le nouveau concept de programmes de soins en réseaux, axés sur les groupes cibles, il doit être précisé que le financement de l'activité médicale ne peut pas être séparé du financement des soins, comme exposé au point 4.3. En partant de ces principes de financement des soins, il faut prévoir, pour chaque module, un financement davantage orienté sur une mission médicale globale. Pour déterminer le contenu et l'ampleur de ce financement,

il s'agira de définir pour chaque module du programme de soins la nature, la quantité (notamment en termes d'investissement en temps) et la qualité de la mission et des activités médicales à prester. L'ensemble des activités pour la détermination de la durée de prestation concerne les activités directes et indirectes orientées vers les patients et la famille en vue de soutenir d'autres disciplines qui se chargent également de prodiguer des soins aux patients (surveillance médicale, réunions d'équipe, enregistrement RPM, ...). Les décisions médicales qui favorisent la socialisation ne doivent pas pénaliser la rétribution des médecins (p. ex. congés de week-end, accroissement de l'hospitalisation partielle, ...). La rémunération des services de garde et des appels doit être intégrée dans ce nouveau financement ; une attention doit être portée à garantir un financement spécifique pour la permanence d'expertise 24h/24. La rémunération doit être garantie par module, en tenant compte des niveaux d'activités à définir comparables aux principes de la fourchette d'occupation qui sont utilisés, pour ce module, pour la détermination de l'encadrement en personnel non médical.

L'un des objectifs importants du financement futur de l'activité médicale est d'aligner les incitants propres aux gestionnaires et aux médecins afin de pouvoir mettre sur pied la réforme des soins de santé mentale.

- Financement axé sur la mission globale

Pour le financement futur de l'activité médicale, plusieurs possibilités se présentent :

- Maintien du financement actuel à la prestation
- Introduction d'un financement axé sur la mission globale, lié à des modules
- Introduction d'un système mixte

Un système mixte implique, outre un financement à la prestation pour la fonction clinique (activité de traitement), l'introduction d'un financement forfaitaire pour les activités non liées à une prestation (fonction de médecin stratégique avec notamment les tâches suivantes : direction thérapeutique d'un service ou d'une équipe mobile, garantie de la bonne tenue des dossiers de patients et de l'enregistrement des activités, établissement de contacts externes avec l'ensemble des acteurs médicaux du réseau, ...).

Dans sa majorité, le groupe de travail permanent plaide clairement en faveur d'un financement global par missions lié à des modules, comprenant l'entièreté de l'activité médicale, y compris le multidisciplinaire, et attentif à une différenciation suffisante et une rémunération correcte. Le couplage du financement global de l'activité médicale par missions, lié à chaque module, pourrait même aller jusqu'à une intégration complète avec les autres financements du module (vers un « all in » par module).

Dans le cadre du nouveau financement, il y aura lieu d'adapter le système actuel du ticket modérateur, mais également d'assurer le financement correct des charges d'investissement des services médicotechniques, de la formation des médecins spécialistes, ...

Il est demandé à l'autorité fédérale, dans le cadre des négociations visant la conclusion d'accords médico-mutualistes ou leur exécution, de prendre les initiatives adéquates afin de rendre progressivement possible les objectifs susmentionnés relatifs à un financement axé sur la mission globale de la fonction médicale. Une large concertation est nécessaire pour lancer un financement axé sur la mission globale. Il s'agit d'inclure une multitude d'activités dans ce

financement axé sur la mission globale. Un financement axé sur la mission globale ne doit pas se limiter aux psychiatres, mais peut également être élargi à d'autres disciplines médicales au sein des hôpitaux, centres et services.

La poursuite du développement de soins psychiatriques de haute qualité n'est possible qu'avec un nombre suffisant de psychiatres correctement rémunérés, adapté aux besoins de soins des individus et de la société et s'inscrivant dans la ligne de la socialisation accrue et de la réforme des soins de santé mentale. De manière générale, on observe une pénurie de psychiatres. Il faudra en outre se concentrer sur un autre financement de la formation des psychiatres. À l'heure actuelle, les frais de formation sont à charge du pool médical sans que des revenus supplémentaires ne soient générés pour ce pool. Il est urgent d'introduire une rémunération forfaitaire par maître de stage et par médecin spécialiste en formation.

4.5. Expérimentation possible d'un « financement sur mesure » (« en fonction de la personne »)

Pour être complets, nous ne pouvons manquer d'évoquer l'évolution constatée au niveau international du financement "sur mesure", en fonction de la personne ou axé sur la personne. En Flandre aussi, cette évolution s'est manifestée au travers d'un récent décret de la VAPH (*Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap - Agence flamande pour les personnes handicapées*) pour les personnes handicapées.

Dans le cadre d'un tel financement, transposé au secteur de la santé mentale, un certain budget serait alloué au patient ou à son intervenant de proximité (budget lié à la personne) en fonction de son besoin individuel en soins déterminé par une équipe multidisciplinaire. Le patient serait alors libre de choisir lui-même comment il organise ses soins avec ce budget. La mise à disposition peut s'effectuer par exemple sous la forme d'un chèque-valeur. En d'autres termes, le budget n'est plus octroyé au prestataire de soins, mais directement lié au patient. Le financement en fonction de la personne va plus loin que le budget d'assistance personnelle (BAP) qui permettait uniquement le financement d'une assistance extérieure dans le contexte du domicile (p. ex. l'engagement d'un assistant personnel pour une aide matérielle et/ou une aide aux soins).

Dans le cadre de cette évolution internationale et de l'introduction du financement en fonction de la personne en Flandre dans le secteur des personnes handicapées, on peut se demander si un financement en fonction de la personne pour certains patients souffrant d'une maladie psychiatrique fait partie des possibilités. Il est clair qu'un système de financement en fonction de la personne ne peut être généralisé à l'ensemble des patients et résidents. Il peut toutefois constituer une alternative justifiée pour un groupe bien défini de patients, en tenant compte de l'application de mesures de protection dans le cadre de la gestion des biens ou de la personne. Concrètement, nous songeons aux résidents de MSP et d'IHP qui recevraient un budget à la mesure de leurs besoins d'aide et de soins leur permettant de déterminer eux-mêmes comment organiser leur aide et leurs soins avec cette somme. Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, le résident paierait les frais de logement et pourrait acquérir des soins en fonction de ses besoins.

Pour certains résidents, un gestionnaire de budget devra pouvoir assister le client par analogie avec les associations de gestionnaires de budget agréées par la VAPH. L'instauration d'un financement en fonction de la personne pour certains patients dans le secteur des soins de santé mentale peut contribuer à des soins davantage dictés par la demande **et** à une socialisation accrue.

Le financement en fonction de la personne peut être mis en corrélation avec la nouvelle vision du traitement développée par Jim van Os^{xiv}. Selon ce professeur d'épidémiologie psychologique, les gens peuvent apprendre à entrevoir des perspectives au-delà de leurs symptômes et à se percevoir comme un participant actif dans la société. La recherche scientifique démontre que la souffrance psychique se transpose dans la vie quotidienne. Il s'agit là d'un diagnostic individuel et d'un traitement individualisé dans lequel le patient joue un rôle actif. Pouvoir disposer d'un budget taillé sur mesure pour la personne s'inscrit magnifiquement dans cette optique.

Des conditions importantes pour l'introduction à titre expérimental sont la pose préalable d'une indication objective pour la détermination des besoins de soins spécifiques et la fixation des budgets nécessaires. Sans ces conditions, il est impossible d'offrir une garantie de soins.

Ensuite, il ne faut pas sous-estimer l'impact sur l'organisation des centres, établissements et services. Songeons simplement aux conséquences au niveau du financement de l'infrastructure et du cadre du personnel. Des dispositions spécifiques devront éviter l'incertitude juridique.

Des expériences fondées sur la recherche scientifique devraient permettre d'étudier davantage la faisabilité et les conditions d'un financement en fonction de la personne pour les patients souffrant d'une maladie psychiatrique.

Résumé

Le secteur des soins de santé mentale nécessite d'urgence un nouveau système de financement basé sur les fondements du développement et de l'organisation futurs du secteur, à savoir des soins centrés sur la demande, davantage de soins sur mesure, une plus grande socialisation, une continuité des soins, le développement de programmes de soins et de réseaux... Le financement actuel est beaucoup trop axé sur les données structurelles et ne tient pas suffisamment compte de l'intensité des soins et des groupes cibles. En outre, il manque des

incitants pour encourager la collaboration avec des partenaires au sein et en dehors du secteur (première ligne, bien-être, emploi, culture, logement, enseignement, ...).

Le groupe de travail permanent "psychiatrie" préconise un système de financement prospectif et axé sur des programmes. Il s'agit d'un avis conceptuel et non d'un avis technique. Les programmes de soins axés sur les groupes cibles (enfants et adolescents, adultes, personnes âgées et quelques groupes cibles catégoriels) se retrouvent dans les différentes formes de soins (hôpitaux, centres ambulatoires de soins de santé mentale, maisons de soins psychiatriques, habitations protégées, centres de revalidation, prestataires de soins individuels, ...) et se composent de différents modules (intensif de courte durée, soins de longue durée, résidentiel, ambulatoire, ...). Pour chaque module, un budget prospectif est fixé en fonction d'une combinaison équilibrée et objectivable de paramètres (contenu des soins, caractéristiques des patients, surveillance, ...). Outre pour l'activité de soins, un sous-budget est également fixé pour toutes les autres activités: le financement des coûts d'infrastructure, le financement de l'entreprise et le financement de l'activité médicale. Pour cette dernière activité, un financement axé sur la mission globale est préconisé. Une attention particulière est également portée au financement adéquat des coûts fixes, ainsi que des missions, tâches et coûts spécifiques (exemples : permanence d'expertises 24/24, urgences, formation, recherche et enseignement, statut des travailleurs...).

L'introduction de ce nouveau système de financement implique une programmation dynamique des programmes de soins et la réalisation de ces programmes au sein de réseaux.

Le nouveau système de financement doit, d'une part, déboucher sur une utilisation judicieuse et efficace des moyens existants, corrigés de tout sous-financement et, d'autre part, sur des moyens supplémentaires pour la prévention, la détection précoce et en faveur de groupes cibles spécifiques (psychiatrie médico-légale, enfants et adolescents...), les frais de coordination et fonctionnement des réseaux, ... Ensuite, le nouveau système de financement crée davantage de possibilités pour l'entrepreneuriat social.

Enfin, l'avis se termine par une proposition novatrice visant à étudier à titre expérimental, pour un groupe limité de patients et de résidents, un système de financement en fonction de la personne.

ⁱ Un programme présente un caractère transinstitutionnel et peut se définir comme l'offre globale d'un réseau en faveur d'un groupe de patients comparable en termes de problématique et de besoins, constituée de divers modules (p. ex. traitement ambulatoire à domicile, traitement intensif résidentiel de courte durée à temps plein...). Au sein de chaque module, différentes fonctions sont à distinguer (p. ex. détection précoce, screening et orientation, diagnostic, développement et mise en commun d'expertise, ...).

ⁱⁱ Feuille de route de la ministre Onkelinx d'octobre 2013 établie en collaboration avec l'INAMI, le SPF Santé publique et le KCE.

ⁱⁱⁱ KESTELOOT, K., "Een economische evaluatie van enkele recente wijzigingen in de financiering van de gezondheidszorg", Acta Hospitalia, 1995/2.

^{iv} On entend par là les centres psychosociaux (internat et externat), les centres pour alcooliques et toxicomanes, et les centres pour enfants psychotiques (internat et externat).

^v DE RYCKE, R., "Financieringssysteem voor psychiatrische ziekenhuisdiensten", Het Belgisch Ziekenhuis, 1999/3/nr. 238.

^{vi} HELLINGS, J., "Welke soort financiering voor welke zorg?", Acta Hospitalia, 1997/2, p. 127-145. Cf. également C.Z.W., Cursus over de geestelijke gezondheidszorg in perspectief, 5, 6 et 7 décembre 1996.

^{vii} KCE Report 207As d.d. 18.10.2013..

^{viii} Le besoin en soins peut être défini comme étant la mesure dans laquelle les patients psychiatriques présents dans le service ou la communauté ont besoin de soins physiques (assistance AVQ, hygiène, soins des plaies, ...).

^{ix} La loi publiée au M.B. du 20.05.2014 modifiant l'AR n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, définit l'exercice de la psychothérapie comme suit: "l'accomplissement habituel d'actes autonomes ayant pour objet ou présentés comme ayant pour objet, dans le but d'éliminer ou d'alléger les difficultés, les conflits ou les troubles psychiques d'un individu, l'accomplissement d'interventions psychothérapeutiques basées sur un cadre de référence psychothérapeutique, à l'égard de cet individu ou d'un groupe d'individus, considéré comme un système à part entière, dont fait partie cet individu".

^x La surveillance est la mesure dans laquelle la présence permanente et l'attention active du personnel s'avère nécessaire dans un service ou une communauté en raison d'un comportement « acting out » (menaçant), d'un risque d'hétéro-agression, de tendances suicidaires ou de désorientation. Le contrôle permanent en cas d'isolement du patient en fait également partie.

^{xi} VLEUGELS, A., "Noodzakelijke voorwaarden voor een politiek van Medical Technology Assessment in België", symposium du "centrum voor gezondheidseconomie en ziekenhuisbeleid", AZ-VUB, d.d. 25.03.1995 sur l'efficacité des soins de santé.

^{xii} Il s'agit en fait d'activités. Dans la loi sur les hôpitaux, on peut toutefois lire le terme « services » médicaux et non médicaux.

^{xiii} Dans le système actuel, le gestionnaire doit veiller à ce que le quota ne soit pas dépassé. Au-delà du quota, le gestionnaire ne reçoit en effet plus aucune rémunération. Par opposition à cette règle de rémunération, les honoraires médicaux restent définitivement acquis pour les jours allant au-delà du quota.

^{xiv} VAN OS, J, "De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe geestelijke gezondheidszorg", Diagnosis Uitgevers, 2014.