

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

BRUXELLES, le 12/04/2001

Administration des Soins de Santé

**Direction de la politique
des soins de santé**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Section "Programmation et Agrément"

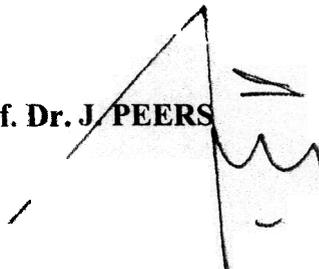
**Groupe de travail permanent
PSYCHIATRIQUE**

N/Réf. : CNEH/D/PSY/193-

**AVIS CONCERNANT LES MESURES
VISANT A GARANTIR L'ACCESSIBILITE
DES SOINS DE SANTE MENTALE ET
L'ACCES A CEUX-CI. (*)**

LE PRESIDENT,

Prof. Dr. J. PEERS



(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau Spécial du 12/04/2001

GENERALITES

Une des priorités politiques formulées dans diverses déclarations et notes de politique des ministres M. Aelvoet et F. Vandenbroucke est le maintien et/ou le rétablissement de l'accessibilité financière des soins de santé mentale et de l'accès à ceux-ci.

Concrètement, on y souligne la nécessité de porter une attention particulière aux « groupes vulnérables » des malades chroniques ...

La déclaration politique du ministre F. Vandenbroucke plaide d'autre part, en faveur d'une « société de personnes actives ». Dans ce contexte, on plaide pour la suppression non seulement des soi-disant pièges au chômage, mais également des soi-disant « pièges à l'inactivité » au niveau de la sécurité sociale.

En raison de leur maladie, les patients psychiatriques risquent d'être exclus non seulement de différents rôles sociaux, mais également du « marché du travail ». Cela aboutit à une perte de revenus à un moment où les dépenses découlant de leur maladie, augmentent considérablement. De plus, la réintégration dans les régimes de travail réguliers se déroule très difficilement. Même en ce qui concerne les statuts de travail alternatifs, tels que les ateliers protégés, les ateliers sociaux et les centres d'aide par le travail, les (ex-) patients psychiatriques sont le plus souvent exclus du groupe cible visé par ces équipements. Entre-temps, il a été constaté que le fait de retrouver un emploi ou un rôle social ou une activité sociale significatifs constitue un des éléments-clés de la réhabilitation des malades psychiques.

Nous constatons que, dans ses déclarations politiques, le Ministre Vande Lanotte (chargé notamment de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale), plaide explicitement en faveur de la création de travail comme moyen de lutte contre la pauvreté. Il est frappant de constater que les programmes politiques relatifs à la mise au travail de groupes à risques et/ou aux initiatives de lutte contre la pauvreté n'établissent nulle part le lien avec la lutte contre la marginalisation des malades psychiques.

Il a toutefois été démontré à plusieurs reprises comment des problèmes de santé mentale conduisent à l'exclusion sociale, à la marginalisation et à la pauvreté (nouveaux pauvres). La perte d'emploi combinée au paiement de tickets modérateurs élevés pendant une longue période joue un rôle important dans ce processus de

marginalisation des patients psychiatriques. Une politique ciblée et cohérente en la matière est plus que jamais indispensable.

On constate d'ailleurs que la stigmatisation encore toujours inhérente aux maladies mentales touche non seulement les patients psychiatriques et leurs familles, mais également les équipements et les intervenants chargés de soigner ces patients.

Citons comme exemple l'exclusion presque systématique des patients psychiatriques en ce qui concerne les allocations et les soins, et ce non seulement au niveau des assurances privées, mais également des assurances hospitalières complémentaires proposées par les mutualités.

C'est pourquoi les soins psychiatriques requièrent plus que n'importe quelle autre forme de soins une couverture correcte des frais par le biais de l'assurance maladie obligatoire et par conséquent solidaire.

Recommandations relatives aux initiatives politiques à prendre

Accessibilité financière

Jusqu'à présent, on a tenté, de façon divergente et souvent peu cohérente, de tenir compte de la capacité financière du patient et de ses proches pour déterminer le montant de l'intervention personnelle. Cela se fait le plus souvent sur la base de catégories d'assurabilité ou de paramètres de dépendance peu pertinents pour des maladies psychiques (qui de par leur nature sont souvent récidivantes et persistantes et où l'effet cumulatif joue un rôle important). Le résultat est parfois contradictoire, dans la plupart des cas incohérent et presque toujours trop peu sélectif, et donc inapproprié pour évaluer le montant de l'intervention personnelle, le besoin d'un revenu de remplacement et le subventionnement du coût réel des soins. On propose dès lors de mettre sur pied une étude globale pour fixer des paramètres plus performants en matière de capacité et de charge financières permettant de déterminer la nature et le montant de l'intervention personnelle et du revenu de remplacement requis.

2. Activation

Le fait de conserver et/ou de retrouver un emploi ou un rôle social valable constitue, pour les malades psychiques, un élément essentiel du processus de traitement et de réhabilitation. Lors de la définition et de la concrétisation du cadre politique à l'égard des initiatives non-spécialisées, telles que les ateliers protégés, les ateliers sociaux, les centres d'aide par le travail, l'accompagnement du trajet professionnel, ... il y a lieu d'intégrer explicitement des incitants positifs pour que ces initiatives s'adressent également aux (ex)-patients psychiatriques (aujourd'hui, ils en sont souvent exclus de fait).

En outre, des mesures spécifiques devront être prises pour que les efforts consentis pour retrouver du travail ne soient pas sanctionnés financièrement, comme c'est le

cas à l'heure actuelle, dans la mesure où la combinaison d'un emploi et d'une allocation donne lieu à un revenu inférieur, égal ou à peine supérieur pour la personne concernée.

De plus, pour que les patients psychiatriques soient suffisamment encadrés et accompagnés dans la recherche d'un emploi et d'une réintégration, il y a lieu de concrétiser davantage, dans le cadre des missions des soins de santé mentale, la fonction de soins « activation ». Cette mission doit être réalisée à travers les différentes phases de traitement, de soins, d'accompagnement, ... Dans le cadre des nouveaux circuits de soins à créer pour les différents groupes cibles, il conviendra de concrétiser la fonction de soins « activation » lors de la définition des différentes missions de soins. (Voir l'avis CNEH du 8/2/2001, qui formule une proposition de renouvellement en matière de soins notamment pour le groupe cible des adultes présentant des troubles sévères et persistantes.)

3 Lutte contre la pauvreté

Dans le vaste groupe des pauvres, un nouveau sous-groupe qui s'accroît fortement est celui des (ex-) patients psychiatriques pauvres. Tant au niveau de la définition de la politique en matière de lutte contre la pauvreté qu'au niveau de la conception de la restructuration de certains équipements du secteur des SSM, il y aura lieu d'éviter que de grands groupes de patients psychiatriques soient exclus de certaines structures de soins qui les prennent en charge, sans qu'une alternative valable et financièrement abordable leur soit offerte.

En Angleterre et aux Etats-Unis, de grands groupes de patients mènent une vie errante dans les rues des grandes villes en raison d'une politique irréfléchie et à courte vue visant à réformer le secteur des soins de santé mentale, inspirée par le souci de réaliser des économies.

4. Revenus de remplacement

Pour ce qui concerne les revenus, il existe également un certain nombre de problèmes globaux et spécifiques. Tout d'abord, certains « patients psychiatriques » n'ont jamais réussi à accéder au marché du travail régulier. Soit, leur statut de travail ou leur carrière sont tellement précaires qu'ils n'acquièrent jamais des droits à part entière en matière de revenu de remplacement. De plus, la réglementation en la matière présente encore un certain nombre d'anomalies devant être corrigées d'urgence.

Par exemple, pour ce qui concerne le « paiement » de l'intervention personnelle majorée dans le prix de la journée d'hospitalisation, les patients psychiatriques hospitalisés, à l'exception des chefs de famille, sont tous considérés comme des personnes isolées, ce qui les oblige à payer un ticket modérateur plus élevé. En revanche, pour déterminer le revenu de remplacement, ces « personnes isolées » sont considérées comme des personnes cohabitantes (conséquence : un revenu plus bas). Cette anomalie, qui n'existe que pour les patients admis en hôpital psychiatrique, doit être supprimée d'urgence.

Un autre problème se pose pour toutes les personnes qui ont perdu une large part de leur autonomie et qui peuvent revendiquer l'allocation 'aide d'une tierce personne'.

Cette allocation prévoit une compensation pour les frais supplémentaires liés à l'intervention d'une tierce personne pour faire face à ce problème de perte d'autonomie. Pour ce qui concerne les patients psychiatriques, plus particulièrement les patients à domicile ou ceux qui séjournent dans un environnement qui en tient lieu (par ex. habitation protégée), le problème majeur qui se pose est celui de l'échelle utilisée pour mesurer le degré de dépendance. Ces échelles sont essentiellement conçues pour mesurer les dysfonctionnements physiques (échelles-AVQ). Elles ignorent le dysfonctionnement psychique, ce qui a un tas de répercussions sur l'accompagnement, l'aide et la surveillance exigés de la part de tierces personnes. Les problèmes se posent avant tout lorsque les patients psychiatriques rentrent chez eux ou réintègrent un environnement qui tient lieu de chez-soi.

La proposition consiste à fixer une échelle spécifique pour déterminer le dysfonctionnement psychique.

5 Malades chroniques

Le gouvernement se propose également de remédier, par le biais de mesures spécifiques, à l'effet cumulatif des coûts et des tickets modérateurs pour les malades chroniques. Une première série de mesures a déjà été prise. Celles-ci ne tiennent guère ou pas compte des patients psychiatriques chroniques. Les ministres des Affaires sociales et de la Santé publique annoncent une deuxième série de mesures qui tiendront compte de la vulnérabilité des patients psychiatriques.

C'est pourquoi le budget pour le refinancement des malades chroniques doit réserver chaque année des moyens financiers importants au financement de projets d'innovation en matière de soins aux patients psychiatriques.

6 Seuils financiers des programmes de soins

Les initiatives précitées ainsi que d'autres initiatives visant à rendre les SSM financièrement abordables (également en ce qui concerne les problèmes chroniques) sont d'une grande importance pour éliminer les seuils financiers inappropriés existant tant au niveau des différents éléments de l'offre actuelle en soins qu'au niveau des modules futurs du programme de soins qui dépassera les limites des équipements. L'élimination de ces seuils financiers contribuera également à une meilleure harmonisation entre la demande en soins d'une part, et l'utilisation de l'offre en soins, d'autre part.

Les initiatives que le ministre des Affaires sociales F. Vandebroucke a annoncées dans la presse (voir annexe) et qui visent à rendre les soins psychiatriques financièrement plus abordables pour des personnes avec charge de famille ou étant à charge, sont certainement un premier pas dans la bonne direction.

Pour rendre les soins psychiatriques financièrement abordables pour de grands groupes de patients à revenus et/ou capacité financière limités, un correctif davantage individualisé s'imposera, qui tiendra également compte des frais de médication, de l'intervention personnelle dans les frais d'hospitalisation, des frais liés aux maladies chroniques, ...

La fixation individualisée du montant de l'intervention de l'Etat dans les MSP, ainsi que l'adaptation et l'élargissement de la liste des coûts entrant en ligne de compte pour déterminer le montant de la facture dite maximale, permettent de tenir réellement compte de la capacité et de la charge financières individuelles des patients.

Pour ce qui concerne les MSP, il subsiste un problème spécifique, à savoir la répercussion rétroactive des coûts réels d'investissements et de charges d'intérêt dans le prix d'hébergement du MSP. Le retard historique dans l'imputation des coûts supplémentaires liés à une nouvelle construction et/ou à des travaux de rénovation ne peut en aucun cas être mis à charge des résidents actuels du MSP. Ces coûts devraient être pris en charge d'une manière globale et unique par le budget de la Santé publique, et ce pour chaque MSP.

Enfin, on demande une attention particulière pour le problème de la facturation des frais de gestion et des frais liés à l'administration provisoire des biens des patients psychiatriques à revenus limités. Pour ceux-ci, les frais de gestion et les coûts précités devraient être pris en charge par le biais d'une procédure pro Deo.

Communiqué de presse de Frank Vandebroucke le 12 mars 2001: Soins psychiatriques

Vandebroucke rend les soins psychiatriques financièrement abordables pour les personnes ayant charge de famille

[retour vers la liste des communiqués de presse](#)

Le ministre des Affaires sociales Vandebroucke rend l'hospitalisation en établissements psychiatriques plus abordable pour les personnes avec charge de famille et pour les membres de leur famille. Les personnes ayant charge de famille et les membres de cette famille devront payer 308 F de moins par jour pendant les périodes d'hospitalisation coûteuses (à savoir durant les neufs premiers mois de la première année et à partir de la sixième année). Le ticket modérateur de 478 F par jour est réduit à 170 F par jour. C'est ce que le ministre Vandebroucke a annoncé lors de sa visite de travail au centre psychiatrique à Saint-Trond.

Concrètement, le montant de 478 F demandé par jour, du 4^e au 12^e mois d'hospitalisation et à partir de la sixième année d'hospitalisation, est réduit à 170 F. Par exemple, pour 365 jours d'hospitalisation, ça ramène le coût pour le patient de 176.470 F à 62.050 F. Ce faisant, Vandebroucke espère améliorer la situation financière, souvent critique, des patients psychiatriques qui doivent entretenir une famille : 'Il est inacceptable qu'une famille entière tombe dans la pauvreté parce que le soutien de famille doit être hospitalisée durant une longue durée', explique le ministre. Cette mesure entre en vigueur à l'automne.

Vandebroucke estime également que l'intervention en faveur des personnes séjournant dans un établissement psychiatrique est trop faible pour celles qui ont charge de famille. Les maisons de soins psychiatriques (MSP) sont destinées aux patients, à titre d'alternative à un séjour en hôpital psychiatrique. L'intervention de l'État est de 400 F par jour ; par conséquent, le résident d'une MSP doit payer, de sa poche, 712 F par jour ou 21.360 F par mois. En concertation avec la ministre Aelvoet, Vandebroucke relève cette intervention à 500 F en faveur des personnes ayant charge de famille. Une procédure individuelle est également instaurée, qui permet au CPAS de leur venir en aide en cas de difficultés financières. Soixante pour cent des frais que paie le CPAS seront remboursés par l'État.

À l'avenir, les frais élevés qui incombent à de nombreux patients psychiatriques pourront être couverts par la Facture santé maximale. Ainsi, les patients ne devront plus dépenser davantage qu'un plafond annuel déterminé, qui sera calculé sur la base de leur revenu. En premier lieu, les frais de médication seront inclus dans le numérateur de la facture. D'autres dépenses, comme les frais d'hospitalisation, suivront.

Outre l'accessibilité financière aux soins psychiatriques, le ministre veut stimuler le traitement et l'intégration en société des patients psychiatriques en développant des centres d'activités de jour et des formes souples de travail. L'activité (par exemple le travail) est un élément essentiel du processus de guérison du malade psychique et est un instrument qui s'inscrit dans le cadre de la rééducation et de la réadaptation. Quant au patient, le travail peut également être un levier pour, après sa période de maladie, se réinsérer dans la société.

La liste des «Priorités soins de santé 2001» prévoit, en concertation avec Aelvoet, un montant de 70,9 millions sur une base annuelle pour le développement et le soutien de centres d'activités de jour pour patients psychiatriques.

En 2002, Frank Vandebroucke veut, à l'intention des bénéficiaires d'une indemnité de maladie, assouplir la limite du cumul indemnité - revenu du travail. Le système existant de travail autorisé est en effet assez complexe. D'abord, il est difficile de savoir le montant du salaire d'appoint qu'une personne peut toucher sans risquer de perdre l'indemnité. Ensuite, beaucoup d'assurés qui, aujourd'hui, recourent au travail autorisé risquent, au bout du compte, d'avoir un revenu net inférieur. Une réforme du système de travail autorisé est prévue pour l'an 2002. À cette fin, il est prévu un budget de 200 millions.

Vandebroucke a exprimé ses remerciements particuliers aux membres de l'organisation de patients SIMILES et aux divers experts du domaine psychiatrique qui l'ont mis sur la voie des problèmes importants en matière d'accessibilité financière aux soins de santé mentale : «Il est pour moi fondamental de mettre les soins à la portée des moyens des groupes les moins nantis dans notre société.», affirme le ministre lors de sa visite au centre de Saint-Trond.