

Fiche technique : 2

## ENCADREMENT MEDICAL DANS LES SERVICES "T"

### La reconversion

Depuis 1990, la reconversion a été menée en psychiatrie. Cette opération, qui a été terminée le 31.12.1995 a accentué la mission des hôpitaux psychiatriques vers la mise en place d'une offre de soins médico-spécialisés, orientée vers le diagnostic et le traitement des malades psychiques.

Le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques a diminué de 3.400 lits entre 1990 et 1994. 1,3 millions en moins de journées d'hospitalisation ont été réalisés. Cette diminution a lieu surtout (exclusivement) dans les services "T" où les patients chroniques stabilisés ont été déplacés vers des MSP et des habitations protégées. En outre, le nombre de prises en charge à court terme a augmenté.

### 2. Conséquences de la reconversion pour l'activité médicale

Ces mesures ont généré pour les hôpitaux connaissant une forte réduction, une diminution de revenus pour les psychiatres dans les hôpitaux psychiatriques à savoir 20% entre 1990 et 1994.

D'autre part, la charge de travail a augmenté. On trouve la cause de cette charge de travail accrue pour les psychiatres dans le renforcement des critères d'admission dans les hôpitaux psychiatriques. Les pathologies les plus lourdes exigent un traitement plus intensif, associé à une diminution de la durée de séjour. En outre, seuls les patients avec des pathologies sérieuses et qui demandent un travail intense, sont restés dans les services "T". La charge de travail administrative a aussi augmenté pour le psychiatre et augmentera entre autres par l'introduction de l'enregistrement R.P.M.

Lors de la rédaction des mesures de reconversion, le Gouvernement avait explicitement planifié une revalorisation de l'activité médicale dans les services A, T et K. Concrètement, on prévoyait la réestimation des numéros de nomenclature 598426, 598441, 598 522 et 598544. Une première réévaluation de 11% a été effectuée en 1990. Cette adaptation ne peut pas compenser la diminution du nombre de journées d'hospitalisation. Les deux réévaluations successives prévues, chacune de 11% ont été faites par rapport à une évaluation de l'impact des mesures de reconversion sur les honoraires de surveillance. Ces réévaluations n'ont pas encore été effectuées à ce jour.

Les valeurs de nomenclature ne sont seulement réglées que pour les lits occupés. Dans une psychiatrie active et actuelle, on doit véritablement tenir compte d'une évolution irrégulière du patient. En outre, les congés, vacances et week-ends interviennent dans le processus thérapeutique du patient. Ceci conduit inévitablement à un degré d'occupation qui est inférieur à 100%.

En outre, les évolutions dans les valeurs de nomenclature sont restées en deçà de l'augmentation de l'index des prix à la consommation.

### 3. Proposition d'adaptation de l'encadrement médical et des honoraires

La norme d'un psychiatre par 120 patients dans un service "T" est donc absolument insuffisante. Il est certain que pour des patients avec une durée de séjour de moins d'un an, ce qu'on appelle les patients T1, il faut prévoir un psychiatre par 60 patients.

Enfin, on doit évincer l'anomalie des codes de nomenclature bien déterminés qui sont inférieurs pour un psychiatre dans le service "T" par rapport à un praticien généraliste.

Au vu de toutes ces constatations, nous proposons de modifier les honoraires actuels comme suit :

	situation actuelle	adaptation
jour 1 -> 5	654	654
6 -> 60	256	352
60 -> 180	112	224
180 -> 365	80	224
plus qu'un jour	80	96

Cela signifie au plan macro-économique, compte tenu des honoraires payés en 1994 et d'une extrapolation du nombre de lits T1 - T2 jusqu'à 1/3 et 2/3 du nombre total de lits T, cela signifie une dépense supplémentaire de 180 millions de francs (calculs techniques en annexe)

Pour le calcul technique de cette augmentation de l'encadrement médical et l'adaptation des valeurs de la nomenclature, on renvoie à la commission médico-mutualiste.

2 février 1996