

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

Bruxelles, le 10/07/2002

Administration des soins de santé.

Direction de la Politique des Soins de Santé.

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/PSY/209-2 (*)

**AVIS DANS LE CADRE DU NOUVEAU CONCEPT SSM; AVIS DE
SYNTHESE ET OPERATIONNALISATION DANS LE CADRE D'UN
PLAN QUINQUENNAL**

LE PRÉSIDENT,

signé

Prof. Dr. J. PEERS

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial du 10 juillet 2002

Situation

Le 15 mai 1997, le groupe de travail permanent psychiatrie formulait son deuxième avis partiel contenant une proposition relative à un nouveau contenu et à une nouvelle organisation des soins de santé mentale. Depuis lors, des dizaines d'avis supplémentaires, relatifs aux aspects partiels des soins de santé mentale, ont été élaborés en vue de concrétiser et d'appliquer ce nouveau concept.

Le 15 janvier 2002, les ministres Aelvoet et Vandenbroucke demandaient au CNEH de formuler un avis de synthèse, dans le prolongement de ces nombreux avis, qui devait faire autorité pour l'opérationnalisation de ce nouveau concept pour les années à venir. C'est en ce sens qu'on a demandé de compléter « cet avis de synthèse par une proposition *d'opérationnalisation concrète* dans le cadre d'un *plan quinquennal* basé sur une évaluation réaliste des moyens financiers disponibles ».

Le 21 juin 2002, le groupe de travail permanent psychiatrie a approuvé cet avis de synthèse, qui comporte trois parties, et la proposition de plan quinquennal.

Une première partie comporte un résumé concis des **principes de base** formulés dans le deuxième avis partiel et concrétisés dans les avis partiels suivants, soit dans le cadre de la description des missions de soins telles que la liaison, l'aide psychiatrique urgente, les soins psychiatriques à domicile, l'activation, soit dans la description des problèmes tels que les soins de psychiatrie légale, la toxicomanie, soit dans la description des programmes de soins pour les groupes cible tels que les enfants et les jeunes, soit dans la description de la réforme du financement.

Une deuxième partie comporte une formulation concise des **domaines** sur lesquels il convient de travailler dans le cadre de la **politique des pouvoirs publics**.

Une troisième partie traite des mesures à prévoir pour l'opérationnalisation de ces domaines de politique dans les 5 années à venir (planning).

En annexe figure **un aperçu des avis déjà émis** ainsi que les recommandations, formulées de manière concise.

PARTIE 1 : Principes de base afférents au nouveau concept organisationnel pour les soins de santé mentale

1.1. Lignes de force du futur cadre politique pour les soins de santé mentale :

Les lignes de force du nouveau concept SSM ont été formulées pour la première fois dans le deuxième avis partiel du Conseil national des établissements hospitaliers.

Cet avis a été élaboré le 15 mai 1997 par le groupe de travail permanent psychiatrie. En préparation de cet avis relatif au nouveau concept SSM, on a rassemblé des informations relatives aux points de départ et aux résultats des réformes de l'organisation des soins de santé mentale dans d'autres pays européens (entre autres l'Italie, la France, la Suisse, l'Irlande, les Etats-Unis, les Pays-Bas, ...).

Les informations de politique obtenues, ainsi que les opinions et les attentes des membres du groupe de travail permanent psychiatrie ont été utilisées de façon créative pour la formulation d'un nouveau concept de politique propre aux SSM. Pour ce faire, on a tenu compte de la spécificité de la réalité belge en matière de répartition des compétences, de l'organisation de la sécurité sociale et de l'assurance-maladie, des caractéristiques de l'actuelle offre de soins

...

Ce nouveau concept avait déjà été approuvé lors de la Conférence interministérielle de Santé publique du 29 juin 1998, tant par l'autorité fédérale que par les autorités communautaires, dans le cadre d'une « note de consensus général, reprenant un programme en 11 points relatif à la réforme du secteur des soins de santé mentale ».

Le 6 mars 2001, la ministre M.Aelvoet a publié, en collaboration avec le ministre F.Vandenbroucke, la note de politique fédérale en matière de soins de santé mentale « *Le Psychè : le cadet de mes soucis ? !* ».

En 2001, l'organisation mondiale de la santé a plaidé, dans son *World Health Report 2001*, pour le développement d'une politique spécifique en matière de santé, relative à l'organisation des soins de santé mentale. Ces recommandations ont été transposées dans une résolution du Executive Board de l'OMS et approuvées par les ministres de la Santé publique des états membres de la Communauté européenne. Lors de la conférence interministérielle Santé publique du 24 juin 2002, les ministres compétents pour les Communautés, les Régions et l'autorité fédérale en matière de soins de santé mentale, ont approuvé une « *Déclaration commune relative à la politique à mener en matière de soins de santé mentale* ».

Au cours des dernières années, le groupe de travail permanent psychiatrie du CNEH a formulé une série d'avis. Ces avis, axés sur des aspects partiels du renouvellement des soins en question, explicitent et concrétisent les principes de base des nouveaux SSM.

Dans le nouveau concept des SSM figurent les points de départ et les objectifs suivants, formulés de façon générale et concise :

- Pour la réorganisation des soins, il faut se baser sur les patients, et non sur les établissements.
- Les caractéristiques du patient malade sur le plan psychique : éléments bio-psycho-sociaux qui posent problème, proches parents en tant que partenaires des soins, alternance de phases de maladie aiguë, de stabilisation, de réhabilitation.
- Ces caractéristiques requièrent qu'une politique en matière de soins de santé mentale ait sa propre forme.
- La qualité des soins est indissociable de la continuité des soins et des soins sur mesure et doit correspondre autant que possible à des circonstances de vie naturelles du patient (entre autres, il convient de développer des modalités de collaboration adaptées, avec le médecin généraliste qui occupe une fonction centrale et relatives aux aspects médicaux des soins et en tant que coordinateur du contenu des soins en matière d'aide psychiatrique à domicile).
- Réaliser la continuité en matière de soins et des soins sur mesure en modifiant l'offre de soins en circuits de soins par groupe cible.
- Elaborer au sein d'un circuit de soins un programme de soins qui dépasse les établissements.
- Dans le cadre d'un accord de collaboration fonctionnel, les équipements doivent assurer conjointement la mise sur pied et le bon fonctionnement d'un circuit de soins.
- Ce réseau organisationnel ne peut pas porter atteinte à l'identité propre ni à l'autonomie des partenaires faisant partie de cette collaboration (concept de collaboration fonctionnelle dans le cadre d'accords de réseaux et d'association au lieu d'une fusion administrative par fusion ou par reprise).
- Une garantie macrobudgétaire et microbudgétaire : une croissance budgétaire annuelle des moyens financiers, nécessaire, réaliste et contrôlable au macroniveau (norme de croissance) et une garantie budgétaire pour les équipements ni les moyens sont utilisés de façon rationnelle (répondant aux nouvelles normes de programmation et d'agrément).
- Réaliser le renouvellement des soins en utilisant des possibilités de substitution du contenu et des formes de soins existants, complétés par des moyens financiers provenant de la norme de croissance et de la reconversion.
- Principe de subsidiarité : pour chaque type de circuit de soins, l'autorité définit les besoins minimums en matière de soins à satisfaire ; les prestataires de soins et les équipements sont responsables de leur affectation pratique des personnes et des moyens et de l'élaboration de soins (« de la sur-régulation, en passant par la dé-régulation, à la re-régulation »).
- Un concept de financement cohérent et prospectif, orienté sur le programme, visant à maintenir les compétences financières existantes des diverses autorités fédérales et communautaires, une fixation uniforme des coûts ou une utilisation similaire des moyens pour une mission de soins similaire et un financement global axé sur la mission et un financement adapté de l'activité médicale.
- Vis-à-vis des autorités compétentes, justifier par le biais du monitoring, les responsabilités assumées par les réseaux et relatives à la réalisation des missions, formulées de façon globale dans la programmation et l'agrément des réseaux et circuits de soins, en matière de contenu et d'organisation des soins.

Ces lignes de force montrent clairement que le nouveau concept relatif au renouvellement des soins de santé mentale, sur le plan du contenu et de l'organisation, vise à une transformation

profonde du contenu et des formes de soins. Par ailleurs, il convient de signaler qu'au cours des dernières années, les équipements de SSM ont déjà pris de nombreuses initiatives en matière de renouvellement et de développement de soins, en vue de réaliser les objectifs formulés ci-dessus. En pratique, ces initiatives de développement de soins se heurtent rapidement aux limites de la réglementation axée sur les équipements et sur l'actuelle répartition de compétences.

De ce fait, il est impossible à ce jour de donner la suite souhaitée à la créativité des SSM. Pourtant, une transformation profonde est nécessaire pour pouvoir répondre de manière qualitative à la demande croissante de soins de santé mentale au sein des différentes communautés.

Une offre de soins de santé mentale renouvelée et de haute qualité doit se fixer pour objectif d'accorder au patient une position centrale. Pour ce faire, il faut accorder aux patients des droits afférents à l'information et à la participation au processus de soins. Les besoins concrets des patients et des membres de leur famille constituent le point de départ pour parvenir à des soins sur mesure. Ces soins sur mesure doivent au minimum répondre aux principes suivants : accessibilité, y compris sur le plan financier, de l'aide et garantie de la continuité des soins.

Il est possible de partir des besoins différents et individualisés des patients, de valoriser les responsabilités des prestataires de soins professionnels et des équipements, et de garantir simultanément un contenu et une organisation des soins de santé mentale socialement justifiés, si la politique des pouvoirs publics est menée en fonction d'un certain nombre de groupes cibles définis sur la base d'une phase de la vie, à savoir les jeunes, les adultes et les personnes âgées.

Cette approche a été chaque fois réaffirmée dans les avis successifs et complétée par l'idée selon laquelle les soins pour les sous-groupes cibles, qui renvoient à des problématiques plus spécifiques, telles que les soins de psychiatrie légale, le traitement des toxicomanes, les soins pour handicapés mentaux présentant des troubles psychiatriques, doivent être réalisés d'une façon intégrée, dans le cadre de trajets de soins spécifiques au sein du programme global de soins de chaque groupe d'âge cible.

Il est difficile de répondre à la demande, souvent complexe, de soins de santé mentale du patient par un type d'équipement et une activité de soins. C'est pourquoi il convient d'aborder les soins de santé mentale avec un programme de soins qui dépasse les équipements, dans le cadre d'une organisation globale aux différents niveaux : micro (soins au patient individuel), meso (niveau du réseau) et macro (politique des pouvoirs publics).

Il est évident que la réalisation des missions des SSM requiert une contribution et une implication des partenaires des soins de santé somatiques et des soins aux personnes âgées, des médecins généralistes et des autres prestataires de soins du premier échelon, mais également des partenaires des domaines du bien-être, de la justice, de l'enseignement, du travail, du logement, de la culture, Il convient de développer des synergies avec les partenaires des domaines connexes.

On peut donc attendre des autorités compétentes qu'elles assument, de manière individuelle mais également en concertation, les responsabilités qui leur sont confiées dans le cadre d'une

politique globale cohérente. Pour ce faire, elles doivent indiquer quels contenus de soins il faut au moins réaliser pour chaque programme de soins (top-down). En outre, les équipements doivent assumer la responsabilité en réseaux, afin d'utiliser de manière optimale les personnes et les moyens mis à leur disposition et répondre ainsi aux demandes de soins individuelles des patients (bottom-up).

1.2. Cadre légal (fédéral)

En vue de réaliser ce nouveau concept des soins de santé mentale, un cadre légal fédéral a été créé à l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux, dans lequel les concepts « réseau d'équipements de soins » et « circuits de soins » ont été définis.

Par le terme « équipement de soins », il faut entendre : un ensemble de prestataires de soins, d'équipements et de services qui, en ce qui concerne la législation organique, relève de la compétence de l'autorité fédérale et qui propose à un groupe cible de patients restant à préciser et dans une zone restant à motiver, un ou plusieurs circuits de soins, dans le cadre d'un accord de collaboration juridiquement formalisé et qui dépasse le cadre des équipements. Un circuit de soins constitue l'ensemble des programmes de soins et d'autres équipements de soins qui, en ce qui concerne la législation organique, relèvent également de l'autorité fédérale et qui sont organisés au moyen d'un réseau d'équipements de soins, qui peut parcourir successivement un groupe cible ou un sous-groupe cible.

Bien que le cadre légal, créé au niveau fédéral, constitue un instrument indispensable à la mise en place de réseaux et de circuits de soins de soins de santé mentale, il convient de faire observer que l'article 9ter de la loi sur les hôpitaux ne permet de réaliser que partiellement le renouvellement des soins visé dans le deuxième avis partiel, parce que cet article n'englobe pas les équipements SSM qui relèvent de la compétence des communautés.

L'implémentation du nouveau concept SSM exige que les autorités fédérales et communautaires harmonisent leur politique en matière de santé et qu'elles développent conjointement une offre de soins SSM cohérente et intégrée.

L'objectif, pour chaque groupe cible, est:

- L'élaboration d'un circuit de soins dans lequel divers besoins de traitement et les modules de traitement y afférents peuvent entrer en ligne de compte, dans le cadre d'un programme de soins intégré et intégral.
- L'élaboration, par des prestataires de soins juridiquement indépendants, dans le cadre des soins de santé mentale, d'un programme de soins pour un groupe cible déterminé dans une zone d'activité déterminée, et l'intégration dans un accord de collaboration fonctionnelle.
- L'intégration dans la programmation et l'agrément en tant que réseau implique que les équipements qui font partie de ce réseau soient solidairement responsables, vis-à-vis des autorités, d'une offre de soins aussi adaptée que possible à toutes les demandes d'aide qui émanent de personnes faisant partie du groupe cible et habitant dans la zone d'activité définie pour ce réseau.
- La définition du cadre de référence de la politique en matière de programmation, d'agrément et de financement à mener par les autorités compétentes, en prenant comme point de départ les circuits de soins et les réseaux ciblés pour l'élaboration du concept SSM.

1.3. Elaboration de lignes de force provisoires auxquelles le concept doit satisfaire

Pour pouvoir réaliser le nouveau concept organisationnel, il convient d'élaborer et d'évaluer les lignes de force précitées et les domaines de politique y afférents dans le cadre de la mise en place d'expériences pilotes en matière de circuits de soins et de réseaux. Lors de la mise sur pied de ces expériences pilotes, on se basera sur les missions et les conditions générales, définies par les autorités dans le cadre d'un accord global. Les équipements participant à ces expériences pilotes doivent avoir la possibilité de travailler de façon créative et flexible au développement des soins nécessaires pour atteindre les objectifs préconisés. Cette approche, effectuée dans le cadre de ce qu'on appelle un modèle de croissance, demande une période de 5 ans au minimum, des moyens supplémentaires, tant pour le financement des coûts d'innovation, de coordination, et d'évaluation que pour le financement destinés à combler des lacunes manifestes dans l'offre de soins actuelle, un accompagnement et une évaluation externes compétents, ainsi qu'une politique efficace, cohérente et de soutien de la part des diverses autorités compétentes.

Les deux chapitres suivants commentent la façon dont il faut réaliser les lignes de force précitées dans une phase expérimentale (mise en place d'expériences pilotes) dans les différents domaines.

PARTIE 2 : DOMAINES DE POLITIQUE

Préambule : Coordination et soutien par le biais d'une politique cohérente

Ce préambule traite des compétences non homogènes des autorités compétentes en matière de politique SSM (comme, par exemple, sur le plan de la programmation, du financement et de l'agrément) dans le cadre de l'interaction entre les différentes missions sociales des pouvoirs publics (sur le plan des soins de santé, de la justice, du bien-être, de l'enseignement, etc) et de la rationalisation de l'implication des autorités compétentes en matière de SSM et des différentes composantes des pouvoirs publics lors de la réalisation ultérieure des lignes de force mentionnées.

Politique cohérente en matière de soins de santé mentale

Il est nécessaire que les autorités compétentes en matière de politique SSM créent conjointement un cadre global de politique et fassent le choix stratégique de réaliser de manière coordonnée l'objectif à long terme des circuits de soins et de réseaux, dans lequel les soins de santé mentale seraient appréhendés globalement et en complémentarité, à partir des compétences propres.

L'objectif est d'élaborer des soins de santé efficaces et de qualité, qui sont organisés de la façon la plus efficiente possible (soins sur mesure, continuité des soins) sous la forme d'une offre de SSM cohérente et intégrée de la part des prestataires de soins qui relèvent tant de l'autorité fédérale que des communautés. Les compétences non homogènes sur le plan de la politique SSM ne peuvent faire obstacle à la réalisation du concept.

Il convient de donner, par le biais d'une politique cohérente et un plan pluriannuel y associé, aux équipements SSM la garantie qu'ils se lanceront dans ce processus de transformations profondes dans le cadre d'une politique des pouvoirs publics transparente, durable et fiable.

Une politique cohérente en ce qui concerne les autres domaines de politique

Une politique en matière de SSM, axée sur un certain nombre de groupes cibles définis (jeunes, adultes, personnes âgées) est motivée, entre autres, par la nécessité, sur le terrain, de modalités de collaboration concrètes avec les intervenants et les acteurs de terrain des secteurs connexes.

L'objectif est de mener (sur la base d'une interaction entre les soins de santé (mentale), la justice, l'enseignement et la formation, le bien-être, l'emploi et le travail, l'intégration sociale, ...) une politique axée sur les groupes cibles en vue d'une interaction entre les différentes missions sociales des autorités fédérales et communautaires.

Coordination /soutien dans la collaboration entre pouvoirs publics et prestataires de soins

La réforme des soins de santé mentale a plus de chances de réussir moyennant une coordination et un accompagnement du processus : différencier suffisamment les phases et les niveaux de concrétisation dans une perspective d'objectifs à long terme (poursuivre la politique dans le cadre d'une politique globale).

A cet effet, on peut constituer une task force : un groupe d'experts au niveau politico-administratif, dont les missions spécifiques consistent à créer, au cours de la phase

expérimentale, un cadre de politique provisoire, à élaborer une méthodologie, à accompagner le processus), et avec des missions à plus long terme telles que la création d'un cadre opérationnel –sur le plan du contenu et de l'organisation- , et de possibilités d'évaluation et de coordination permanentes.

Cette task force coordonne les travaux de plusieurs groupes d'experts, tels que des experts au niveau du contenu, les experts en matière de renouvellement, les experts au niveau financier et budgétaire, etc. Un groupe d'experts peut également apporter un soutien à la task force et à des groupes d'expertises en ce qui concerne l'accompagnement du processus au cours de la phase expérimentale.

Les éléments essentiels sont la présence de compétences suffisamment différenciées et complémentaires, une garantie suffisante de concertation avec le secteur, la transparence lors de la prise de décision.

2.1. Le patient occupe une position centrale

Le nouveau concept des soins de santé mentale donne aux patients (et à leur famille) la possibilité de se repositionner : ils ont un rôle à jouer et des responsabilités à assumer.

Ce domaine de politique englobe les objectifs au niveau des autorités compétentes en matière de SSM (comme par exemple l'amélioration de la position juridique du patient), au niveau du circuit de soins et de l'aide individuelle (assurer la continuité des soins en concertation avec le patient, augmenter l'implication et la participation (également dans la concrétisation de l'aide), et les procédures nécessaires qu'il convient de développer à cet effet. Il convient d'accorder une attention particulière aux groupes vulnérables.

Une des missions des plateformes de concertation des soins de santé mentale consiste à développer une culture de la participation (information, communication, empowerment, implication).

2.2. Contenu et forme des soins

Les autorités compétentes en matière de SSM définissent les limites d'un programme de soins minimum global.

Un programme de soins global donne un aperçu des modules et des trajets à réaliser dans chaque domaine d'action ou pour plusieurs domaines d'action de façon simultanée. En outre, un programme de politique doit contenir des indications relatives au volume des soins (nombre de modules), et aux caractéristiques et exigences nécessaires afférentes aux modules de soins de haute qualité (cahier de charge des missions avec, entre autres, les niveaux d'activité minimum, l'infrastructure requise, l'encadrement en personnel et l'expertise requis, les critères microéconomiques, les critères d'accessibilité géographique, les indicateurs de qualité).

Pour ce qui est de la définition globale d'un programme de soins, il est avant tout important de trouver le bon équilibre : d'une part, les autorités doivent, à partir de leur responsabilité sociale en matière de santé publique, définir des missions déterminées ; d'autre part, le terrain doit pouvoir répondre de manière optimale aux demandes de soins des clients. Les autorités compétentes en matière de SSM doivent partir de la demande de soins du patient pour réorienter les contenus et formes de soins.

Une des missions des plateformes de concertation des soins de santé mentale est, de par leur fonction de lieu de rencontre des différentes parties impliquées dans les soins de santé

mentale, d'inventorier les éventuels lacunes et double emplois sur le plan du contenu et des formes de soins.

2.3. Collaboration des prestataires de soins au sein de réseaux

Un réseau d'acteurs (prestataires de soins juridiquement indépendants) est responsable de la mise en place et du bon fonctionnement d'un circuit de soins au sein de leur domaine d'action. Concrètement, ils travaillent dans le cadre d'un accord de collaboration juridique formalisé et élabore le programme de soins le mieux adapté à leur domaine d'action, en mettant l'accent sur la cohérence, sur le plan du contenu et de l'organisation (transitions souples au niveau des modalités).

Les aspects structurels (entre autres la composition, le contexte juridique et socio-légal, les organes de concertation, en d'autres termes, un cadre structurel pour un accord de réseau), les processus (entre autres sur le plan du management du contenu et de l'organisation, une collaboration optimale avec les partenaires) et les instruments (entre autres, un accord de réseau, un enregistrement, un monitoring) doivent guider la collaboration des prestataires de soins au sein de réseaux.

Les plateformes de concertation jouent un rôle stimulant dans l'organisation de cette collaboration sans pour autant prendre en charge l'organisation ou la coordination du réseau. Elles constituent le lieu de concertation, de dialogue et/ou d'accompagnement du processus et ce, tant lors de la préparation (entre autres, entrée dans le réseau expérimental, la collecte de données de base afférentes au domaine d'activité) que lors du déroulement ultérieur de la phase expérimentale.

2.4. financement

Les soins de santé mentale doivent rester accessibles sur le plan financier (possibilité de maîtrise des coûts pour les pouvoirs publics, accessibilité sur le plan financier pour le patient). En premier lieu, il est nécessaire de disposer d'un aperçu des moyens disponibles (moyens fédéraux, moyens communautaires) et des diverses sources de financement (par exemple, à partir du fonds des villes ou des communes, Intérieur).

En deuxième lieu, il faut une technique de financement conforme aux principes de base du nouveau concept.

En troisième lieu, il faut créer les conditions et garanties nécessaires sur le plan budgétaire.

En ce qui concerne la phase expérimentale, il convient de définir les données financières de base pour les domaines d'action expérimentaux (entre autres un aperçu des moyens disponibles, déficits historiques), de créer des modalités de financement flexibles, de prévoir les incitants nécessaires (sous la forme de garantie budgétaire, de modalités de paiement, de moyens additionnels moyennant des conditions bien définies) et d'élaborer des directives (relatives à l'allocation optimale des moyens financiers).

2.7. Monitoring

Lors du renouvellement des soins, il faut garantir et contrôler la qualité des soins. Les prestataires de soins sont supposés apporter une justification globale pour les choix opérés.

Du point de vue du contenu, il faut veiller à une intégration de l'enregistrement des caractéristiques des patients à un niveau global (module de données minimums pour SSM, soins somatiques, aide en dehors des soins de santé), à un enregistrement global comparable (des caractéristiques propres aux patients, de la demande de soins, du contenu et de l'organisation des soins) au sein des soins de santé mentale (prestataires de soins SSM

relevant tant du fédéral que des communautés), en mettant l'accent sur un socle limité (qui dépasse le groupe cible défini par l'autorité) complété par des « modules » (un monitoring adapté au groupe cible ou au module).

Au cours de la phase expérimentale, il est possible d'élaborer, moyennant le soutien scientifique nécessaire, un instrument de monitoring qui garantisse la qualité et la pertinence pour la politique à mener (en l'occurrence, la définition de la mission d'un circuit de soins) des données enregistrées, au macroniveau, au mesoniveau et au microniveau, et ce, dans les limites de la protection de la vie privée.

Partie 3 : plan quinquennal

Ce plan quinquennal constitue une amorce de scénario, qui fournit tant aux pouvoirs publics qu'aux prestataires de soins un plan transparent à réaliser par étapes et qui devrait permettre l'évolution du nouveau cadre de politique des SSM préconisé vers un modèle de croissance dynamique. Il faut tenir compte d'une phase de préparation, d'une phase expérimentale et d'une phase d'évaluation avant de pouvoir imposer légalement ce nouveau cadre de politique de manière généralisée (dans le cas d'une évaluation positive).

L'objectif est que les équipements participant à l'expérience pilote puissent, à partir de leur situation lors de leur adhésion à l'expérience pilote (et à partir des données de base y afférentes), lancer des évolutions en matière de soins jugées nécessaires pour la réalisation des objectifs fixés dans chacun des domaines définis dans la partie 2. Pour le domaine d'activités dont ils sont responsables avec d'autres prestataires de soins, il convient de répondre aux questions suivantes : quels sont les besoins ? Quelles sont les possibilités existantes ? Quelles sont les lacunes et où se situent les problèmes ? Quels sont les objectifs à atteindre ? Quelle est la marche à suivre ? etc.

Afin de réaliser les expériences pilotes, l'autorité devra élaborer un cadre de politique qui prévoit une approche par étapes. Au cours de la phase de préparation, l'autorité devra définir une série d'éléments de base, en vue de l'expérience pilote : les acteurs invités à participer, l'étendue minimale ou maximale des domaines d'activités expérimentales, un inventaire des missions de soins, formulé de façon globale, les règles concernant la collaboration entre les acteurs, les garanties de qualité et le « capital de départ » nécessaire (le minimum de personnes et de moyens devant être présents dans un domaine d'activité expérimentale). Au cours de la phase expérimentale, l'autorité devra encore prévoir la coordination et l'accompagnement du processus nécessaires de manière à pouvoir opérationnaliser et évaluer les lignes de force d'une façon fiable et valide.

Un facteur important de réussite des expériences pilotes est sans nul doute la cohérence de la politique SSM.

Coordination et soutien basés sur une politique cohérente

Politique cohérente en matière de SSM

En premier lieu, il convient d'opérationnaliser une politique cohérente en matière de SSM, au niveau de la Conférence interministérielle des soins de santé mentale. Concrètement, cela implique la rédaction d'une note consensuelle, la signature d'un protocole d'accord global concernant la future politique à mener en matière de soins de santé mentale, la programmation, dans le budget fédéral et les budgets des communautés, des moyens additionnels requis pour les 5 années à venir. Il convient de prendre, dans le cadre de la Conférence interministérielle de Santé publique, des initiatives visant à créer une task force (politique) centrale, au sein de laquelle siègent, outre les représentants des ministres concernés, les représentants des administrations compétentes en matière de soins de santé tant au niveau fédéral qu'au niveau communautaire.

Cette task force élabore le cadre et la méthodologie pour la phase expérimentale, prévoit le soutien des prestataires de soins par un groupe d'experts chargés de l'accompagnement du processus au cours de la phase expérimentale (au nom de la Task Force). Elle coordonne également les travaux de groupes d'experts, entre autres au niveau du contenu des soins pour un groupe cible, des processus de renouvellement (experts en matière de renouvellement des soins), des matières financières et budgétaires, etc.

Cependant, les missions de la task force ne se limitent pas à la préparation ni à l'accompagnement des expériences pilotes. Elle doit également garantir la continuité de la politique et des possibilités d'évaluation et de coordination durables. Il convient de prévoir un budget spécifique pour la réalisation des missions de la task force, pour la création du groupe d'experts et pour l'élaboration de l'avis d'experts. En deuxième lieu, il convient de prendre les arrêtés d'exécution nécessaires sur les plans légal et réglementaire, afin de permettre la mise en place de circuits de soins et de réseaux sur une base expérimentale. Au niveau fédéral, cela signifie :

- élaborer des arrêtés d'exécution, pour la phase expérimentale, relatifs à l'agrément et à la programmation spécifiques du contenu et des formes de soins, ainsi qu'une réglementation prévoyant un financement spécifique des équipements au cours de la phase expérimentale,
- élaborer des arrêtés d'exécution et des conventions INAMI en application des dispositions prévues dans la législation AMI (art.56 relatif aux projets de renouvellement des soins) en vue de permettre à tous les équipements et prestataires agréés et/ou financés par l'INAMI, y compris les médecins psychiatres, de participer à part entière aux expériences.

Une politique cohérente dans d'autres domaines de compétence ne relevant pas des soins de santé mentale

Une politique cohérente et coordonnée en matière de groupes cibles implique que les différentes missions sociales des autorités (département fédéral Santé publique, Affaires sociales, Justice, Intérieur, Intégration sociale ; départements communautaires : bien-être, santé publique et égalité des chances, ...) soient coordonnées. Les opérationnalisations nécessaires consistent à établir des protocoles de collaboration, par exemple entre la justice et la santé publique, entre le bien-être (des jeunes) et la santé, mais également à soutenir (entre autres sur le plan financier) la concertation et l'échange d'informations, l'encouragement mutuel et la valorisation de synergies et de fonctions passerelles sur le terrain.

Coordination/soutien dans la collaboration entre pouvoirs publics et prestataires de soins

Il est préférable que la collaboration entre les pouvoirs publics et les prestataires de soins prennent la forme d'une coordination à différents degrés.

Outre l'accomplissement de la mission, la composition, les effectifs et le financement de la task force, ainsi que le groupe d'experts y afférent, il convient de prévoir la possibilité de formuler à l'égard des équipements participant à l'expérience un avis relatif aux aspects du contenu, aux aspects juridiques, financiers, organisationnels, ...du futur processus de renouvellement.

A cette fin, les équipements (outre le soutien apporté par le groupe d'experts, lié à la task force, et dont la mission consiste surtout à assurer l'accompagnement et l'évaluation externes globaux du processus) doivent pouvoir faire appel à des experts externes issus de milieux

universitaires ou de centres d'expertise habilités à formuler un avis ad hoc pour les aspects spécialisés du processus de renouvellement.

Il convient d'élaborer la communication et la concertation, l'accompagnement du processus et l'évaluation externes de manière à pouvoir garantir la transparence de la prise de décision en ce qui concerne les résultats des expériences pilotes.

Dans ce contexte, il convient également de préciser et de valoriser le rôle du groupe de travail permanent psychiatrie du CNEH. Jusqu'à présent, ce groupe de travail a, dans le cadre de l'élaboration du nouveau concept SSM, rempli la fonction de centre de réflexion, d'organe consultatif central. Par conséquent, il convient de transmettre à ce groupe de travail au moins annuellement un rapport d'activité intermédiaire détaillé relatif à l'évolution et aux effets des développements en matière de soins dans le cadre des expériences pilotes.

En outre, il convient de prévoir une concertation à intervalles réguliers avec les représentants des médecins et autres intervenants, les mutualités, les représentants des patients et des familles. Cette communication et ces moments de concertation doivent être suffisamment adaptés aux processus concrets qui se développent dans un domaine d'action expérimental.

2.1. Le patient occupe une position centrale

Dans le cadre du nouveau concept SSM, il convient d'élaborer un concept de communication et d'organisation permettant aux pouvoirs publics, aux prestataires de soins, aux patients et à leur famille ainsi qu'aux mutualités d'assumer leurs responsabilités, en fonction de leurs attentes légitimes. Le nouveau concept SSM permet également aux patients et à leur famille, mais également aux mutualités en tant que co-défenseurs des intérêts du patient, de se repositionner.

1. L'autorité (*macroniveau*) doit élaborer un cadre créateur de conditions. En premier lieu, pour ce qui concerne la phase expérimentale, il convient de garantir, de manière formelle, le droit de choisir librement le prestataire de soins (par exemple dans le cadre d'une convention avec les équipements participants). Préalablement aux expériences pilotes proprement dites, il convient également de définir les règles relatives à l'échange de données entre les équipements.

Un cadre efficace créateur de conditions doit également prêter attention à l'encouragement de la représentation du patient et de sa famille.

Les autorités, les prestataires de soins et les mutualités doivent se concerter en ce qui concerne une fixation d'application générale du prix des soins (concertation requise et complémentarité entre, par exemple, les missions de l'INAMI et le ministère fédéral de la Santé publique) pour pouvoir garantir l'accessibilité, y compris sur le plan financier, des soins nécessaires à chaque patient, pour chaque missions de soins.

Au cours de la phase expérimentale, un travail préparatoire peut être effectué en vue de créer un cadre juridique pour l'amélioration de la position juridique du patient et de sa famille (au cours de la phase définitive : un cadre législatif) et un cadre juridique relatif à l'échange de données (conforme à la législation sur la protection de la vie privée).

L'autorité a également pour mission de définir, dans le programme global des missions de soins à réaliser, les soins minimums requis pour les groupes vulnérables, tels que les sans-papiers, les enfants défavorisés, les allochtones.

2. L'opérationnalisation de ce domaine devra se faire par le biais d'une politique d'information, de communication et de participation au niveau du réseau (*mesoniveau*) et/ou domaine d'activité.

A ce niveau, les éventuels indicateurs de politique sont la concertation systématique avec le patient et la famille (représentants), la concertation entre les mutualités et les prestataires de soins au niveau du domaine d'activité, les procédures coordonnées lorsque le patient se présente (dont l'objectif est d'objectiver le problème de la liste d'attente dans un domaine d'activité, d'élaborer les possibilités de participation dans le domaine d'activité, d'objectiver la demande d'aide, l'élaboration des modalités en matière d'échange de données (par exemple un dossier d'utilisateurs réseau).

Dans le cadre de l'expérience pilote à ce niveau, les plateformes de concertation de soins de santé mentale ont un rôle à jouer. L'information des patients et de leur famille, la prise en charge et l'inventoriage des plaintes, la médiation visant à trouver des solutions, le soutien des patients et de leur famille lors de problèmes afférents à l'offre (lacunes, absence de continuité, adéquation de la demande d'aide et de l'offre), faciliter la participation à la concertation en réseaux (entre autres en ce qui concerne l'élaboration des programmes de soins), l'organisation d'enquêtes auprès des patients et de leur famille).

3. Enfin, la demande de soins des patients doit être un élément central des expériences pilotes (et il faut pouvoir la mesurer à l'aide d'indicateurs) en développant des procédures au niveau de l'aide individuelle (*microniveau*). Il s'agit, par exemple, de fournir aux clients et à leur famille des modèles efficaces d'informations relatives à la façon dont cette problématique est abordée. Une place particulière est accordée à l'éducation sanitaire ou à l'accompagnement des patients, en premier lieu par les prestataires de soins, mais aussi par les mutualités. D'autres procédures possibles concernent la participation (p.ex. conseils de patients), le principe du consentement éclairé, l'implication dans la fixation des objectifs et la réalisation du traitement, la prise en charge des plaintes, la médiation en matière de plaintes, etc.

Il convient également de mentionner comme indicateur potentiel l'accompagnement du trajet lors de situations problématiques complexes (case-management, fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins).

2.2. Contenu et forme des soins

La phase expérimentale a précisément pour objectif de rechercher un juste équilibre entre, d'une part, les missions de soins définies de manière globale par l'autorité et, d'autre part, le développement des progrès requis en matière de soins par les acteurs de terrain et ce, afin de répondre le mieux possible aux demandes de soins dans un domaine d'activité déterminé.

1. Préalablement aux expériences pilotes, les autorités (*macroniveau*) définiront de manière globale les missions à remplir dans les circuits de soins expérimentaux et ce, dans le cadre d'un programme de soins global qui précise le contenu et la forme des soins minimums à dispenser aux groupes cibles et qui dépasse les limites propres aux équipements. Le tout doit être exprimé dans une langue plus proche de celle dans laquelle le patient a formulé ses demandes de soins que de celle de l'offre de soins définie de manière classique.

Pour chaque groupe cible, il y a lieu de définir des trajets de soins (comme agrégats de modules de soins) lorsqu'il y a combinaison entre une pathologie psychique et un problème d'assuétude ainsi qu'entre un problème de santé mentale et un handicap mental : la manière dont il est possible, dans les expériences pilotes, de répondre, au moyen de modules réguliers et spécifiques, à une demande de soins sur mesure et de garantir la continuité des soins pour ces problèmes spécifiques.

Au cours de la phase expérimentale, on établit donc un schéma : les missions définies globalement pour un groupe cible défini globalement.

Il est également important que, lors de l'élaboration du cadre pour la phase expérimentale, les autorités fixent les lignes de force suivantes. Au cours de la phase expérimentale, les besoins, la demande, l'utilisation et l'offre en matière de soins doivent être appréhendés dans leur interdépendance. Ensuite, il convient de fixer les indicateurs qui permettront d'évaluer la capacité ou le volume nécessaires des missions définies de manière globale (planification). Toujours au cours de cette phase expérimentale, il y a lieu de définir les caractéristiques et les exigences requises en ce qui concerne les missions de soins et ce, afin de pouvoir établir un cahier de charges de ces missions, précisant, entre autres, les niveaux d'activité minimums, l'infrastructure, les effectifs de personnel et l'expertise requis, les critères microéconomiques et les critères liés à l'accessibilité géographique auxquels il faut répondre, ainsi que les indicateurs de la qualité. En outre, il est nécessaire que les autorités développent un management du contenu des soins pour les circuits de soins expérimentaux. Il faut aussi que des moyens supplémentaires soient débloqués afin de remédier aux lacunes évidentes qui se manifestent dans les domaines d'expérimentation dès le lancement de l'expérience pilote.

Préalablement à celui-ci, on essaie de cerner les domaines d'expérimentation de manière pragmatique. Ce n'est qu'au cours de la phase expérimentale que des directives et des critères pour la fixation de la taille des domaines d'activité pour les circuits de soins est précisée.

2. Il faut donner aux équipements participant à l'expérience pilote (mésoniveau) la possibilité de développer un circuit de soins expérimental de manière équilibrée et diversifiée, en tenant compte de caractéristiques spécifiques (critères sociaux, géographiques, thérapeutiques, économiques et épidémiologiques) du domaine d'activité. Pour les contenus de soins et/ou les modalités non pris en considération (car ils sont trop spécifiques pour des raisons géographiques, thérapeutiques, économiques et épidémiologiques), il convient de fixer des indicateurs en vue de la participation de modules internes au réseau et de préciser les missions en matière de sous-traitance, de continuité et de suivi pour les modules extérieurs au réseau.

Un circuit de soins expérimental doit être assorti d'un management du contenu des soins au niveau du réseau et ce, dans le but d'organiser les soins de manière optimale et, partant, de répondre le mieux possible à toutes les demandes d'aide dans le domaine d'activité expérimental.

Les plateformes de concertation de soins de santé mentale peuvent assumer un certain nombre de tâches dans le cadre de leurs missions légales actuelles, en particulier lors de la préparation de l'expérience pilote et de la phase expérimentale. Dans le domaine d'activité expérimental lié à la plateforme de concertation, les lacunes et les doubles emplois dans l'offre peuvent être signalés (cela suppose alors que l'offre soit visualisée), la participation de patients à l'élaboration du circuit de soins ou au programme local de soins peut être encouragée, la transparence de l'évolution des soins de santé mentale en fonction des groupes concernés

(patients et famille ou les personnes qui les représentent, les secteurs connexes) peut être assurée. Des groupes de travail axés sur le contenu des soins pour chaque groupe cible peuvent être créés à cet effet au sein des plateformes de concertation.

3. Les principes afférents aux soins sur mesure et à la continuité des soins sont opérationnalisés au niveau de la dispensation des soins individuels (*microniveau*) sous la forme de programmes et de trajets de soins individualisés : cohérence sur le plan du contenu des soins et flexibilité du passage du patient d'une forme ou d'une modalité de soins à l'autre.

Les prestataires de soins demeurent responsables du développement qualitatif de la dispensation des soins individuels : travaux scientifiquement étayés, missions individuelles reposant sur la recherche scientifique clinique, développement de programmes pour des groupes cibles cliniques.

A ce microniveau, il convient de garantir une transparence, à l'égard du patient, de la famille et de l'intervenant ayant adressé le patient, en ce qui concerne la manière dont les activités de soins directes et indirectes sont coordonnées et dont l'objectif individuel est atteint. A ce niveau, la diffusion d'informations et la communication concernant le résultat visé de la dispensation de soins doivent être concrétisées, entre autres pour l'utilisation des instruments d'évaluation et des enquêtes effectuées auprès du patient, de la famille et des référants.

2.3. Collaboration de prestataires de soins dans des réseaux

Dans le cadre d'une association fonctionnelle, les réseaux d'équipements doivent assumer la responsabilité de répondre à toutes les demandes d'aide dans une zone d'activité déterminée. La collaboration entre prestataires de soins doit être orientée vers des groupes cibles (jeunes, adultes, personnes âgées) à l'intérieur de zones d'activité.

1. Un point essentiel pour la préparation de la phase expérimentale est la création d'un cadre qui concrétise l'accord de réseau et formalise la collaboration fonctionnelle d'un point de vue juridique.

Pour le développement de ce cadre, les autorités (*macro-niveau*) doivent tenir compte aussi bien des aspects structurels et liés aux processus que des données de résultats. D'un point de vue structurel, il faut préciser les acteurs et les partenaires minimums requis. Il est fondamental qu'un réseau expérimental puisse regrouper un nombre maximum d'acteurs essentiels relevant de la compétence des différentes autorités.

En outre, les modalités de participation à un réseau expérimental doivent être fixées : la liberté de gestion, l'indépendance juridique et financière de l'équipement de soins participant à l'expérience pilote, la réglementation concernant l'adhésion et le retrait, les conditions sur le plan du droit social, une structure de management au niveau du réseau.

Le management du réseau, à savoir la gestion du contenu des soins et le fonctionnement organisationnel des soins, doit également être concrétisé. Il s'agit, en l'occurrence, de la manière dont un réseau assurera les missions (répartir équitablement les missions, combler les lacunes), de la canalisation de la communication entre les acteurs et les partenaires, de l'harmonisation suivant le fonctionnement des secteurs concernés, etc.

Au cours de la phase expérimentale, tant le développement des réseaux expérimentaux que la mesure dans laquelle ces réseaux peuvent exécuter leurs missions, doivent pouvoir être

évalués et rectifiés. En l'espèce, l'enregistrement et le contrôle des aspects afférents à l'organisation et au contenu doivent garantir la transparence nécessaire.

Afin de soutenir cette collaboration, le contrôle, la diffusion des résultats et l'évaluation, l'autorité doit prévoir des moyens financiers supplémentaires (frais dits de friction, d'accompagnement et de coordination).

L'évaluation de réseaux expérimentaux doit établir si les réseaux peuvent servir de référence pour le développement et l'organisation futurs des soins de santé mentale. L'expérience relative aux réseaux expérimentaux, en d'autres termes la perspective de coupler l'agrément de prestataires de soins individuels à l'intégration de ces prestataires de soins dans un réseau offre-t-elle (un « degré supérieur d'agrément ») ?

2. Dans le cadre des lignes de force esquissées par l'autorité, l'accord de réseau devra être transformé en un engagement concret entre les prestataires de soins participant au niveau du réseau expérimental (méso-niveau). En outre, dans des accords distincts, il est possible de fixer des modalités de nature juridique, financière et de droit social concernant la gestion et l'exploitation de modules intermédiaires.

Les compétences des comités de réseaux expérimentaux sont concrétisées : politique de réseau, objectifs stratégiques (de soins), suivi et exécution des accords conclus, budget expérimental, approbation des comptes et répartition des coûts, solutions proposées pour des divergences d'interprétation ou les modalités d'exécution de l'accord expérimental, un code déontologique commun.

Les exigences minimums pour évaluer le fonctionnement de réseaux expérimentaux sont un enregistrement standardisé des données entrantes et sortantes, une méthode d'évaluation de l'utilisation des personnes et des moyens (entre autres, modules intermédiaires, synergies avec partenaires, détachement) et un enregistrement de la demande de soins qui ne soit pas limité aux demandes de soins assumées par l'équipement participant : il convient à tout le moins d'effectuer une distinction entre les demandes de soins non satisfaites (transférer), les demandes de soins satisfaites en priorité (traiter), les demandes de soins intégrées dans le contexte de la continuité des soins (collaborer).

3. Les indicateurs importants en matière de politique concernant cette collaboration peuvent également être formulés au niveau de l'aide individuelle (*micro-niveau*) : les fonctions dites passerelles entre les modules du circuit de soins. Au niveau du patient individuel, ces fonctions passerelles peuvent prendre la forme du case-management, de la fonction de référent hospitalier ou d'autres aspects de la coordination des soins.

2.4. Financement

En termes de politique de financement, le nouveau concept SSM offre la perspective d'un système de financement où, dans le cadre, d'une part, d'un macrobudget préalablement fixé et garanti et, d'autre part, des microbudgets garantis de chacun des équipements participants, les budgets et les revenus de prestataires de soins sont utilisés de la manière la plus efficace possible, en fonction de la demande de soins. A cet égard, le maintien des moyens de base actuels et une marge de croissance du macrobudget contrôlée et préprogrammée sont des principes de base essentiels ; une technique de financement adaptée et des incitants

complémentaires dans le cadre du développement expérimental de circuits et de réseaux de soins sont des conditions nécessaires.

1. En premier lieu, les autorités (macro-niveau) doivent visualiser les budgets disponibles et les différents flux de financement qui peuvent ou doivent être utilisés. En l'espèce, il s'agit aussi bien des moyens fédéraux provenant des départements fédéraux de la Santé publique (financement d'équipements), de l'INAMI/des Affaires sociales (financement des équipements, activité médicale, conventions), des Communautés (financement des Centres de soins de santé mentale) mais aussi des flux de financement provenant d'autres départements que la Santé publique (p.ex. Justice, politique de prise en charge, protection de la jeunesse, etc.) vers les soins de santé mentale. L'objectif n'est assurément pas de constituer un budget global ; toutefois, on peut examiner dans quelle mesure ces moyens financiers à discerner peuvent être utilisés dans le cadre d'un financement orienté vers les programmes.

Les autorités doivent fixer des modalités de financement suffisamment flexibles, adaptées à l'évolution des soins visée, en particulier au cours de la phase expérimentale. Le cadre légal et décretaal à cet effet est déjà prévu au niveau fédéral (législation AMI et législation hospitalière), mais doit être prévu également au niveau des Communautés. Au niveau fédéral, les dispositions relatives au financement de formes expérimentales dans le cadre du renouvellement en matière de soins peuvent être utilisées afin de garantir, par le biais de conventions INAMI spécifiques, un financement cohérent et global des missions.

Les médecins psychiatres également, qui, de par leur activité dans les équipements participants (rémunération par le biais d'honoraires de surveillance), collaborent à la réalisation des expériences pilotes, doivent avoir la garantie de leur financement par le biais de ces conventions INAMI spécifiques.

La flexibilité doit également être garantie en ce qui concerne tant l'octroi (par les autorités) que l'utilisation (par les acteurs de réseaux) de moyens additionnels libérés à la suite des expériences pilotes. Par flexibilité, on entend ce qui suit : une adaptation annuelle est possible, une certaine responsabilité pour les acteurs sur la manière précise dont ces moyens sont utilisés dans les limites esquissées par les autorités (conditionner les autorités, les acteurs ont une sorte de droit de tirage ou de droit d'utilisation au cours de la phase expérimentale).

Chaque année, il faudra prévoir les moyens additionnels nécessaires en fonction de la norme de croissance préconisée du macrobudget et ce, aussi bien pour les budgets des autorités fédérales que pour les budgets des autorités communautaires.

Ces moyens additionnels destinés à combler des lacunes sur le plan du contenu des soins doivent être examinés et utilisés en combinaison avec des possibilités de réallocation volontaire de moyens déjà prévus (au niveau du réseau expérimental).

Dans le cadre de la garantie budgétaire visée pour les prestataires de soins (en l'espèce, les modalités de versement), mais dans le chef du patient (en l'espèce, ticket modérateur), l'élaboration d'un statut expérimental pour le patient est indispensable. Tant le versement ou la liquidation que la contribution financière du patient doivent pouvoir être déterminés dans des situations où plusieurs acteurs réalisent des missions ensemble. D'ailleurs, cela vaut également pour la rémunération de travailleurs qui s'intègrent dans un cadre de collaboration fonctionnelle dépassant les limites des équipements.

Enfin, l'autorité doit prévoir un budget spécifiquement destiné au financement de l'organisation générale d'un réseau expérimental.

2. Au niveau du réseau expérimental (méso-niveau), les microbudgets et les microrecettes actuels sont considérés comme un point de départ. L'indépendance financière des prestataires de soins participants doit être garantie, sans que cela doive empêcher que ces moyens puissent être regroupés dans un pool, par exemple dans le cadre de la réalisation de nouvelles missions et de missions intermédiaires. Un plan financier (avec un aperçu du personnel et des moyens à mettre en oeuvre) et un bilan comptable sont exigés.

Au cours de la phase expérimentale, il y a lieu de définir les éléments relatifs à l'exécution des missions (y compris les frais supplémentaires de la collaboration) et ce, en vue de la fixation possible d'un prix de référence pour certaines missions bien déterminées.

3. Au cours de la phase expérimentale, chaque équipement participant (micro-niveau) doit pouvoir à chaque moment faire une distinction entre les moyens qui, dans chaque équipement, seront consacrés à l'organisation classique des soins et les moyens financiers qui seront utilisés au cours de la phase expérimentale dans les missions de soins de l'expérience pilote. Le résultat en matière de glissement et de substitution de moyens ainsi que la contribution financière pour des missions intermédiaires, l'utilisation de moyens additionnels en plus du microbudget garanti, doivent être transparents. La politique de détachement de chaque prestataire de soins ne peut pas avoir de conséquences financières négatives pour le travailleur individuel...

2.5. Contrôle

L'opérationnalisation au micro-niveau :

- contrôle du contenu et de l'organisation des soins au niveau opérationnel (données sur un module, une unité de soins) : combien de demandes d'aide, caractéristiques des patients (niveau de développement, problème), nature des activités de soins (activités de soins directes et indirectes), priorités fixées à cet égard, les modalités d'exécution des activités, effets d'interaction entre les modules au sein d'une même unité de vie ;
- concordance entre les données à communiquer et les données d'enregistrement (entre autres, la distinction de délais cliniques pertinentes).

L'opérationnalisation au méso-niveau :

- contrôle du contenu et de l'organisation des soins au niveau du réseau/circuit : entre autres, influx de patients dans un circuit de soins, informations sur la demande de soins et les attentes en matière de soins, données globalisées sur les trajets de patients entre les modules et unités de soins comme indicateur de la continuité des soins, etc.
- enregistrement de demandes de soins : conformément aux exigences en matière de politique de programmation, l'enregistrement au cours de la phase expérimentale est nécessaire tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des équipements participants. Le contrôle de la consommation de soins est insuffisante ;

Opérationnalisation au macro-niveau :

- la définition d'un module de données minimum ;
- la concertation avec les Communautés en vue d'une meilleure concordance de l'enregistrement ;
- les missions d'enregistrement spécifiques au cours de la phase expérimentale en ce qui concerne les caractéristiques du patient, la demande de soins, le contenu des soins ainsi que l'organisation des soins à la lumière des circuits et des réseaux de soins à développer (description des missions dans des cahiers de charge) ;

- à cet effet, donner à une équipe scientifique une mission de développement et d'accompagnement (p.ex. aboutir, après deux ans, à une proposition en matière de contenu ; l'expérimenter au cours de la troisième et de la quatrième année et procéder à l'évaluation la cinquième année), évaluer également les propositions de révision (groupes de révision RPM) ;
- enregistrement global comme point de départ : « catégories larges » (conformes à la législation sur la vie privée) ;
- le contrôle doit donner des indications pour la programmation, l'agrément et le financement des missions (toutefois, pas de lien direct entre le contrôle, d'une part, et la programmation et le financement, d'autre part).