

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12 septembre 2019

---  
Direction générale Soins de santé

---  
CONSEIL FEDERAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---  
Réf. : CFEH/D/498-1 (\*)

### **Avis du CFEH pour le k-jour (phase 2)**

Au nom du président,  
Margot Cloet

Le secrétaire,  
Pedro Facon



(\*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 12/09/2019 et entériné par le Bureau ce même jour

## 1. Contexte de l'avis

Par courrier du 17 juillet 2017, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Mme Maggie De Block, a demandé au CFEH de mettre au point un financement correct et uniforme pour K(j) et K(n), aussi bien pour les lits déjà existants que pour ceux restant à ouvrir et aussi bien pour les hôpitaux généraux que psychiatriques. Cette demande était directement liée à une adaptation du BMF pour le k-jour dans les hôpitaux généraux. Dans l'avis CFEH/D/460-1 du 28/09/2017, un financement provisoire a, dans un premier temps, été défini pour le k-jour, avec l'engagement d'approfondir par la suite la programmation, les normes et le financement de tous les modules psychiatriques partiels (2<sup>ème</sup> phase) et l'harmonisation avec les services K (3<sup>ème</sup> phase). Le 17 novembre 2017, la réponse de la ministre Maggie De Block était de mettre temporairement fin aux autres adaptations du financement B2 pour le k-jour dans les hôpitaux généraux, dans l'attente des phases 2 et 3. Dans une lettre du 25/04/2018, le Bureau du CFEH rappelait une nouvelle fois la demande de financement adapté pour le k-jour.

Le présent avis vise à formuler une proposition concrète pour le financement et la programmation du k-jour, dans le prolongement de l'avis précédemment rendu par le CFEH le 28/09/2017, et en réponse à la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents conforme à la vision de la CIM du 10 décembre 2012.

Suite à la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État, la politique en matière d'agrément et de normes pour hôpitaux relève de la compétence des communautés et régions. En vue de permettre un financement adapté qui tient compte des mécanismes de financement spécifiques des hôpitaux généraux et psychiatriques, et afin de réaliser une estimation de l'impact budgétaire, le présent avis trace les contours de nouvelles normes de personnel. Il est recommandé d'aboutir, dans le cadre d'une CIM, à l'harmonisation nécessaire des normes entre l'autorité fédérale et les communautés et régions ainsi qu'entre les communautés et les régions. Dans ce contexte, nous renvoyons aux conventions de revalidation pour enfants et adolescents ayant des problèmes psychiques qui, suite à la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État, sont transférées aux communautés et aux régions.

## 2. Situation du k-jour dans le paysage de l'aide

En vertu d'un modèle de soins échelonné et équilibré (*stepped care and balanced care model*), les patients reçoivent idéalement un traitement qui n'est ni lourd ni plus approfondi que nécessaire. Dans une optique axée sur la réhabilitation, ce qui signifie : le plus près possible de leur cadre de vie.

### Soins sur mesure.

**L'hospitalisation de jour** s'est ainsi développée en tant que forme de soins située entre l'offre de soins ambulatoire et l'offre de soins résidentielle. Les enfants et adolescents qui fréquentent l'hôpital de jour nécessitent un traitement plus intensif qu'une aide ambulatoire, mais peuvent ou doivent (parfois, une admission résidentielle est (encore) intenable pour l'enfant ou la famille) rentrer chaque jour à la maison, de sorte qu'une hospitalisation 24h/24 n'est pas nécessaire. Grâce au retour quotidien au domicile, l'hôpital de jour permet de mieux répondre au besoin d'attachement des enfants et adolescents. Ainsi, cette forme de soins est souvent plus appropriée pour le traitement de jeunes enfants (nourrissons, bébés, enfants en bas âge) que l'hospitalisation complète.

Les places k occupent donc une unique place en tant que forme de soins dans le paysage des soins intersectoriel pour les enfants et adolescents.

### **Formes et objectifs.**

Dans la pratique, il existe plusieurs applications de l'hospitalisation de jour :

- hospitalisation de jour primaire : il y a une indication directe pour un programme de traitement de jour.
- hospitalisation de jour secondaire : le traitement de jour intervient au préalable (*step-up*) ou à l'issue (*step-down*) d'un trajet résidentiel.
- indication diagnostique : où l'observation directe de l'enfant/l'adolescent dans plusieurs situations sur une plus longue période est un maillon indispensable dans le processus diagnostique, impossible à réaliser sur une base ambulatoire.

### **Collaboration**

Une distinction peut être faite entre la collaboration clinique et la collaboration juridico-organisationnelle. L'objectif n'est pas de toucher à l'indépendance juridique des hôpitaux, mais de les encourager à s'engager activement dans les réseaux mis en place, dans le cadre de la Nouvelle Politique de Soins de Santé pour les Enfants et les Adolescents. En cas de dispersion des places de jour, une collaboration entre toutes les places de jour ou entre les places de k-jour et les lits K est impérative si l'on veut garantir la continuité des soins au sein d'un réseau et pouvoir compter sur une sorte de « back-office » pour les fonctions de soutien. .

- L'hospitalisation de jour peut s'effectuer dans le cadre de groupes de vie de jour suivant un programme thérapeutique propre, mais peut également se dérouler dans le contexte d'un groupe de vie dans lequel les enfants séjournent en permanence et auquel certains patients de jour viennent s'ajouter. La continuité de la prise en charge par du personnel qualifié doit être garantie.
- La collaboration dans un contexte de bien-être et de soins plus large est nécessaire pour que les places de jour puissent compter sur des fonctions de soutien ou une sorte de « back-office » (accueil, services techniques et autres services de soutien, gestion du personnel, etc.) et accroître ainsi l'efficacité..

### **Indications.**

Les enfants peuvent être admis en hôpital de jour psychiatrique en raison d'un large éventail de problématiques, qui ne diffèrent pas vraiment de celles d'une unité résidentielle. Les places de k-jour peuvent être mises en œuvre à la fois dans un cadre généraliste large ou spécifiquement pour un groupe cible précis (troubles alimentaires, infantilisme). Une ou plusieurs des caractéristiques suivantes déterminent en grande partie l'indication de traitement de jour :

- la capacité de l'entourage : le milieu de vie de l'enfant/l'adolescent doit être capable d'assurer les soins quotidiens à l'enfant le matin, le soir et la nuit ;
- la capacité du jeune : il/elle doit être capable de combiner chaque jour ses deux cadres de vie (environnement à l'hôpital et environnement à domicile) et effectuer rapidement les transitions ;
- des raisons pratiques : l'enfant/l'adolescent doit pouvoir accomplir chaque jour le trajet depuis et vers le domicile, soit de façon autonome, soit avec l'aide de ses parents ou d'une personne de son réseau personnel.

### **Participation intensive du milieu de vie en cas d'hospitalisation partielle.**

Le volume de contacts avec les parents est élevé, du fait des fréquentes rencontres quotidiennes et des échanges journaliers de récits sur l'autre milieu de vie. Ces contacts intensifs permettent d'obtenir plus vite un aperçu des valeurs, normes et règles de vie de la famille et d'accélérer la généralisation du

bénéfice du traitement au contexte du domicile. La gestion ciblée de ce lien de collaboration avec les parents exige une orientation vers la famille plus intense encore qu'en cas d'admission résidentielle. Outre les nombreux contacts informels, il existe une participation formelle du contexte du domicile. La psychiatrie infanto-juvénile est également la psychiatrie de la famille. Les objectifs de traitement et de diagnostic ne valent pas seulement pour le jeune, mais également pour sa famille. Grâce à la participation du jeune et de son entourage, on se dirige vers un meilleur équilibre pour la famille où les forces de chacun (et donc bien entendu également celle du jeune) ont plus de possibilités de développement. Il va de soi que ces objectifs sont adaptés à la phase de développement dans laquelle se trouve le jeune.

#### **L'enseignement comme partenaire obligatoire.**

Les enfants et les adolescents ont le droit à l'enseignement et ont l'obligation scolaire. Les objectifs scolaires sont un élément important du plan thérapeutique global. Quand un enfant dysfonctionne, l'école est souvent le premier terrain où la crise se manifeste. La combinaison d'exigences cognitives et sociales que le milieu scolaire impose et la grande importance que la société attache au fonctionnement scolaire font que les difficultés psychiques et psychiatriques sont rapidement visibles à l'école. Régulièrement, les exigences scolaires (cognitives et/ou sociales) sont en partie la cause de la décompensation psychique.

Les jeunes doivent donc bénéficier d'un programme scolaire adapté lorsqu'ils sont en hospitalisation de jour, soit via une école hospitalière, une enveloppe scolaire<sup>1</sup>, une école ou un enseignement à domicile. Il faut toujours établir une collaboration intensive avec l'équipe thérapeutique.

#### **Incorporation sociale.**

Une admission en hôpital de jour pédopsychiatrique ne peut mener à une aliénation de la vie de tous les jours. Dans la mesure du possible, un contact sera donc établi avec le voisinage, la vie en association et en société de proximité.

### **3. Offre de soins pour le k-jour**

Plusieurs facteurs entraînent un **besoin accru et adapté** de places k au niveau de l'aide dispensée :

- L'expérience des places de k-jour a augmenté la visibilité de leur plus-value et des possibilités de traitement des mineurs souffrant de troubles psychiques et psychiatriques. Dans la mesure du possible, les enfants et adolescents nécessitant un traitement intensif devront TOUJOURS pouvoir être admis en place de k-jour si leur situation le permet (cf. § indications ci-dessus). La pression au niveau des admissions en lits K accroît également la pression au niveau des admissions en k-jour. Il faudra donc augmenter la programmation des places de k-jour, afin de réduire la pression au niveau des admissions en lits K. Il faut disposer d'un cadre référentiel plus large et davantage de données chiffrées en vue d'une meilleure programmation en fonction de la population, des groupes d'âge, de la prévalence et de l'incidence, de la durée d'hospitalisation moyenne, du rapport entre les admissions de jour k et les lits K, du taux d'occupation prévu, des déterminants socio-économiques de la zone d'action et d'autres paramètres (cf. point 5)..

---

<sup>1</sup> En Flandre, une enveloppe scolaire fermée a été octroyée à tous les services K. En 2016, cette enveloppe scolaire s'élevait à 5.606,87 € par k-place. Pour 8 places, ce montant est de 44.854,96 €, soit +/- 0,7 ETP et pour 6 places, il est de 33.641,22€ ou +/- 0,53 ETP. Si aucun budget supplémentaire n'est dégagé pour le nombre d'hospitalisations de jour, qui est augmentation, l'allocation moyenne par enfant se verra réduite.

- Dans tous les cas, il faudrait suffisamment de **flexibilité** et de **dispersion** pour pouvoir répondre rapidement aux besoins.
  - interaction flexible entre le lit K et l'admission de jour k en tant que vases communicants et adaptés aux besoins *ad hoc* du jeune ;
  - flexibilité dans la durée de présence par jour (ex. instauration de demi-journées au lieu de jours entiers, ce qui permet ainsi de combiner avec des demi-journées d'école).
  - flexibilité dans le nombre de jours de présence (ex. programmes avec 1-5 jour(s) par semaine de présence, où la dégressivité dans les honoraires de surveillance est calculée sur la base du nombre de jours de présence) ;
  - plus de dispersion géographique de l'offre de places de jour, pour permettre l'incorporation sociale.

#### 4. Encadrement en personnel

##### 4.1. Description des besoins en personnel

###### **Une offre multidisciplinaire.**

L'objectif d'une admission en hospitalisation partielle est le traitement (et/ou l'atténuation de l'impact) d'une problématique psychiatrique du jeune et de l'entourage, et l'amélioration de son fonctionnement dans plusieurs domaines de vie. Dans le plan de traitement, établi autant que possible en collaboration avec le jeune et son entourage, on part la plupart du temps d'un objectif général pour le traitement, avec des objectifs spécifiques qui en découlent pour divers domaines de fonctionnement. Le traitement doit être conçu dans une optique professionnelle axée sur le but poursuivi. Il comprend toujours une combinaison d'éléments thérapeutiques de groupe et individuels. Il faut une large panoplie de possibilités d'exercice dans divers environnements thérapeutiques afin de permettre au jeune de développer une motivation, d'expérimenter un nouveau comportement, de trouver sa personnalité propre et de donner un sens à sa vie. Il faut d'ordinaire un rétablissement psychothérapeutique des lésions psychiques causées dans et en dehors du contexte familial. Il a déjà été avancé antérieurement que l'enseignement fait intégralement partie de ce plan multimodal.

Lorsque l'admission relève d'une indication diagnostique, un schéma d'observation intensif est appliqué, qui entraîne aussi la nécessité d'observer le jeune dans des situations multiples et dans une grande diversité de situations et d'activités (cf. *testing*) afin d'identifier ses possibilités, talents, vulnérabilités et limites.

Par définition, une équipe professionnelle, spécialisée et pluridisciplinaire est donc nécessaire.

###### **Le groupe de vie en tant qu'entité socio-thérapeutique.**

De façon classique, les admissions en psychiatrie infanto-juvénile (admissions de jour autant que résidentielles) sont organisées en fonction d'un « groupe de vie » central. Il s'agit d'un groupe de vie de 6-8 enfants/adolescents (taille du groupe réduite plus l'âge s'abaisse) dans le cadre duquel surviennent de façon naturelle des situations permettant d'exercer le comportement pro-social, la régulation des émotions, l'écoute et la prise de parole, le « prendre et donner », la distance et la proximité, la coopération, la tolérance et le respect mutuels, les règles de vie et les limites, etc. Le personnel d'accompagnement au sein du groupe de vie guide le jeune face à ces défis de la « vie quotidienne » (sociothérapie). Dans le calcul des besoins en personnel, il convient de raisonner en fonction de la nécessité de continuer cette structure organisationnelle de groupe de vie.

###### **L'accompagnement du groupe de vie.**

Un élément clé dans une équipe est l'accompagnement du groupe de vie. Ces personnes assument simultanément une mission de soins, une mission pédagogique et une mission thérapeutique. Elles utilisent les multiples événements spontanés du vécu pour aider les jeunes dans leur quête d'auto-épanouissement en mettant ces situations journalières ordinaires en relation avec leurs points d'action individuels. Elles participent à la réflexion avec les jeunes et les aident à ordonner leurs idées, à augmenter leur tolérance aux frustrations, ainsi que leurs aptitudes à trouver des solutions et à rendre leurs émotions supportables. Elles sont présentes en permanence et de façon active au sein du groupe de vie. Elles sont joignables pendant tous les moments collectifs non structurés. Par ailleurs, elles organisent aussi des sessions thérapeutiques (entraînement aux aptitudes sociales, régulation des émotions, entretiens collectifs thématiques, apprentissage axé sur le vécu, ateliers de cuisine, sport, etc.). Elles mèneront également des actions pédagogiques : fixer des limites le cas échéant, prendre des mesures correctives, offrir des chances de rétablissement, fournir et expliquer des informations, montrer et exprimer son appréciation et/ou désappointement, fixer des attentes, fixer des conséquences positives et négatives par rapport au comportement, etc. Souvent, ce sont elles aussi qui accueillent les parents le matin et le soir, qui discutent avec eux et partagent les expériences au quotidien. Elles participent aux entretiens familiaux destinés à aider le jeune à exprimer son opinion et à épinglez des observations sur le fonctionnement du jeune dans le groupe de vie.

### **Sécurité.**

Les enfants et adolescents admis en hôpital de jour pédopsychiatrique sont souvent hypersensibles, irritables et rapidement submergés, ce qui entraîne des éclats émotionnels et un comportement difficilement gérable. Il est fréquent de rencontrer chez un ou plusieurs jeunes une menace (sub)aiguë d'autodestruction ou d'agression. La présence d'autres jeunes offre beaucoup d'opportunités de processus mutuels d'apprentissage, mais entraîne également d'innombrables confrontations et conflits. La direction du groupe de vie assure donc simultanément la régulation de la dynamique de groupe et les besoins de soins individuels par jeune. Elle veille à un climat paisible et sûr dans lequel les jeunes peuvent ressentir et réfléchir de façon mesurée. La sécurité peut uniquement être assurée dans un contexte où du personnel en suffisance est présent pour accorder à la fois une attention, individuellement, aux jeunes en difficulté et au groupe qui se trouve à proximité dans ces moments difficiles. Ce n'est que s'ils se sentent en sécurité que les jeunes peuvent trouver un espace pour mener une réflexion, partager leurs émotions et faire l'expérience d'un nouveau comportement.

Conformément à la réglementation actuelle, les enfants et adolescents sont présents pendant (au moins) 7 heures en hôpital de jour, soit l'équivalent d'une journée entière de soins.

C'est pourquoi chaque groupe de vie doit au minimum disposer en permanence de deux chefs de groupe de vie, voire plus pour certains groupes cibles. Nous préconisons une plus grande flexibilisation en passant à au moins 4 heures. Cet assouplissement de minimum 7 heures à minimum 4 heures résultera en un case load plus élevé pour l'équipe de traitement et une charge administrative plus importante. Dans ce contexte, il convient également de veiller au transport des enfants. C'est en tout cas dans certaines régions que des problèmes se posent à ce niveau.

### **Offre thérapeutique/diagnostique pluridisciplinaire.**

Au départ du groupe de vie central, les enfants et adolescents participent seuls ou à plusieurs à des activités thérapeutiques ciblées (structurées, systématiques, axées sur le changement). Pour avoir un impact suffisant, l'offre doit comprendre idéalement les modalités suivantes :

- des programmes *evidence based* ;

- la possibilité de travailler individuellement et au niveau d'un groupe (éducatif) ;
- la combinaison de voies d'accès verbalisées (thérapie d'entretiens individuels, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie de mentalisation, thérapie logopédique, etc.) et non verbales (thérapie psychomotrice, ergothérapie, musicothérapie, danse-thérapie, thérapie créative, EMDR, entraînement à la régulation de l'agressivité et des émotions, entraînement à l'empathie, etc.). L'équilibre dans cette offre thérapeutique au sein d'une équipe dépend de l'âge de développement auquel on est confronté et est parfois aussi spécifique à la psychopathologie ;
- suivis et soins infirmier(ère)s pour les enfants (problèmes somatiques avec maladie pédopsychiatrique, troubles alimentaires, etc ...) ;
- combinaison (*mix*) de cadres psychothérapeutiques.

Il importe que les jeunes participent à un vaste éventail d'offre thérapeutique, à la fois pour pouvoir surfer sur des affinités et talents intrinsèquement présents, pour faire face à la confrontation à des défis moins évidents et pour pouvoir évoluer au niveau des deux. Dans un trajet diagnostique, l'observation des jeunes dans ces diverses situations est importante, outre les tests psychodiagnostiques ciblés.

Un groupe diversifié de collaborateurs qualifiés en thérapie (pédagogues, éducateurs, psychologues, musicothérapeutes, thérapeutes en créativité, thérapeutes en psychomotricité, en logopédie et/ou ergothérapeutes, infirmier(ères)) devront ensemble se porter garants de cette offre, qui sera proposée de manière équilibrée et en alternance avec des moments de détente.

#### Direction pédopsychiatrique.

La responsabilité médico-psychiatrique incombe au psychiatre infanto-juvénile. Il dirigera l'équipe pour la politique médico-psychiatrique, présidera les réunions pluridisciplinaires, se chargera du dossier médico-psychiatrique et de la rédaction finale du rapport. Le pédopsychiatre établit avec l'équipe le plan de diagnostic et/ou de traitement, en synergie avec le jeune et son entourage, en surveille l'exécution et l'ajuste lorsque c'est nécessaire. Il est responsable de l'éventuelle stratégie de médication. Il entretient également des contacts réguliers avec les jeunes, les parents, le référent et les partenaires dans le réseau de soins.

Ensemble de tâches :

Nature	Par unité de 8 jeunes	Durée
<b>Inclusions</b>	Dépistage, triage, gestion, sélection	1h/s
<b>Réunion d'équipe</b>	discussions patient	3 h/s
	réunion de stratégie interne et opérationnelle	2 h/s
<b>Patients</b>	entretiens d'admission	1 h/s
	entretiens individuels	3 h/s
	entretiens familiaux	4 h/s
	entretiens collectifs	1 h/s
	entretiens d'avis	2 h/s
<b>Rapportage</b>	rapports d'admission	1 h/s
	rapports de sortie	1 h/s
	lettres de fin	3 h/s
<b>Stratégie</b>	réunions externes	2 h/s
<b>TOTAL</b>		24h

<b>Admissions</b>	(système de) consultation diagnostique pour l'admission	2 de 2h/s
<b>Soins de suivi</b>	contacts patients après sortie	illimitée

Le financement du médecin, rattaché à une unité de traitement de k-jour, n'est pas inclus dans le financement versé à l'hôpital pour l'exploitation des places de jour. La rémunération de l'activité médicale relève en effet de la compétence de l'INAMI et son financement ne peut pas être pris à charge du BMF. Une note détaillant le financement de l'activité médicale figure en annexe. Nous renvoyons ainsi aux conventions de revalidation pour enfants et adolescents ayant des problèmes psychiques, qui où l'activité médicale est comprise dans le forfait de revalidation. Comme déjà indiqué précédemment, ces conventions relèvent, depuis la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État, de la compétence des communautés et des régions.

#### **Thérapie familiale et contextuelle.**

On a déjà évoqué ci-dessus les contacts intensifs et la collaboration avec l'entourage du jeune. La problématique des enfants/adolescents est intimement liée à leur(s) milieu(x) familial(aux)/social(aux), tant primaires (vulnérabilités génétiques partagées et/ou impact éducationnel négatif ou expériences d'apprentissage traumatisantes partagées), que secondaires (impact des problèmes psychiatriques de développement sur la relation parent-enfant). Ceci étant dit, il faut bien entendu s'y atteler. Il est parfois nécessaire d'accompagner séparément plusieurs milieux d'éducation (familles recomposées et/ou contexte de séjour (placement familial ou aide à la jeunesse)). Des **entretiens hebdomadaires avec l'entourage** sont la règle pour la mise en place de processus d'adaptation ou de changement parallèles et complémentaires. Les parents participent de plus en plus aux sessions thérapeutiques et/ou à la sociothérapie au sein du groupe de vie. Le plan thérapeutique est établi avec eux et ils y intègrent leurs propres objectifs.

Vu la gravité de la problématique chez les enfants fréquentant l'hôpital de jour, d'autres intervenants, la plupart du temps, ont déjà été impliqués. Idéalement, ils sont bien entendu associés au trajet pendant l'admission par une **concertation de réseau** personnalisée et une participation aux discussions d'équipe, de sorte que le jeune et son entourage puissent suivre un trajet intégré et continu.

Il est investi au maximum dans le **transfert de l'information**, dans l'optique de la notion de réseau, organisé de différentes façons : en face à face, en *outreaching*, via des « actions conjointes », une disponibilité téléphonique, des tables de réseau, par le soin apporté à l'aspect administratif.

#### **École.**

Au cours d'une période d'hospitalisation de jour, un minimum d'accompagnement scolaire devrait rester possible, afin de pouvoir, dans la mesure du possible, continuer à suivre (en partie) le parcours d'apprentissage et d'associer l'école au moment de la réinsertion. Il faudrait pouvoir offrir au moins 7 heures d'enseignement par semaine.

#### **Travail social, accueil, réinsertion sociale.**

Le travailleur social accomplit un ensemble de tâches telles que l'exploration et le conseil de toutes les inclusions, la préparation de l'admission, la visite éventuelle à domicile, les contacts avec l'école et d'autres contacts avec les référents et autres personnes impliquées pendant l'admission, le suivi de toute l'administration sociale, la participation à la concertation de réseau avant, pendant et après une hospitalisation de jour, etc. Tout au long de l'admission, le retour dans son cadre de vie/dans un autre milieu doit de préférence être soigneusement préparé et encadré. Ceci doit de préférence s'effectuer



sur mesure et de manière aussi flexible que possible, éventuellement de façon progressive, par une alternance de journées à la maison et en hôpital de jour et/ou via des demi-journées de thérapie en combinaison avec des demi-journées d'école<sup>2</sup>. En tout cas, les connaissances accumulées pendant l'admission doivent être correctement transmises à l'entourage du jeune, afin d'éviter les rechutes. Il se peut qu'un accompagnement soit nécessaire lors de la rentrée scolaire, du commencement de nouvelles activités de loisirs, d'un changement de thérapeute, d'un déménagement, etc.

Le jeune et son entourage sont idéalement encore encadrés pendant quelque temps par l'équipe de l'hôpital de jour jusqu'au moment du passage à une offre thérapeutique ambulatoire ou jusqu'à ce que la situation à domicile soit stabilisée et permettre d'élever le jeune dans le calme et la satisfaction.

#### **Collaboration au sein de l'équipe.**

Un travail en équipe pluridisciplinaire implique une collaboration partant d'une vision partagée du traitement, de façon intégrée, en concertation permanente avec chacun, avec l'enfant et avec les référents. À cet effet, une concertation formelle fréquente et régulière est indispensable. Chaque personne impliquée dans le traitement (ou l'observation) doit poursuivre le même objectif dans l'optique de sa discipline. Ce n'est qu'alors que le jeune sent que le courant va dans un même sens... La collaboration sur un plan de traitement unique exige une concertation et une harmonisation suffisantes, tant pour réagir rapidement que pour mener régulièrement une réflexion suffisamment intense.

#### **Rapportage et enregistrement.**

Un plan de diagnostic ou de traitement est établi pour chaque jeune. Dans ce plan, une attention est accordée aux points forts de l'enfant et de la famille. Par ailleurs, une définition des éventuels facteurs expliquant la problématique est esquissée, de même qu'un descriptif diagnostique récapitulatif (éventuellement fondé sur des hypothèses), comprenant à la fois des éléments 1) de diagnostic catégoriel, 2) de signification et 3) de diagnostic ciblé. De là découle le plan de traitement, qui est établi en concertation avec les parents et les jeunes et sur lequel ils marquent leur accord. Ce plan de traitement fait l'objet d'un suivi permanent et est adapté au fil du temps. À la fin du séjour, les objectifs atteints sont exposés et un rapport (avec l'accord des parents et celui du jeune s'il a plus de 12 ans) est adressé au référent et d'autres destinataires éventuels nécessaires/utiles.

Il est recommandé d'enregistrer les données de manière ciblée et « intelligente ». Idéalement, cet enregistrement comprend un nombre limité et réalisable de « paramètres de résultats de routine » fiables, qui permettent de décrire le fonctionnement et d'effectuer une analyse de résultats limitée. Un bon enregistrement doit apporter une plus-value aussi bien pour les prestataires de soins que pour les responsables politiques au niveau des pouvoirs publics. L'enregistrement actuel ne répond pas à ce critère.

La **direction globale de l'équipe** s'effectue par le biais d'un coordinateur d'équipe ou de traitement, qui assure également le fonctionnement opérationnel et le *people management* de proximité, et qui constitue l'équipe principale de traitement en concertation avec le psychiatre infanto-juvénile et le thérapeute familial.

---

<sup>2</sup> La réglementation actuelle ne permet pas les demi-journées de thérapie. De même, travailler en diminuant progressivement le nombre de jours de thérapie par semaine n'est pas évident, vu la dégressivité rapide des honoraires de surveillance.

Pour un groupe de vie de 6 à maximum 8 enfants et adolescents :

- **accompagnement de groupe** : pour assurer la continuité de deux personnes (tenant compte des absences légales), il faut un cadre en personnel de 2,45 ETP sur base annuelle.
- **thérapeute familial** : il voit toutes les familles lors d'un entretien formel hebdomadaire avec les familles<sup>3</sup>. Afin d'atteindre toutes les familles, ces entretiens seront également organisés en soirée. Dans l'intervalle, il est également joignable pour répondre à des questions urgentes et pour une concertation. Le thérapeute familial veille, lors de la concertation d'équipe, à l'orientation axée sur la famille du plan de traitement. Le thérapeute familial fait souvent partie de l'équipe principale qui élabore les cadres thérapeutiques globaux. Présence minimale = 0,7 ETP pour 8 et 0,6 ETP pour 6 enfants. Le thérapeute familial doit de préférence être encore disponible pendant un certain nombre d'heures supplémentaires afin d'accompagner le jeune et son entourage dans le cadre des soins de suivi et d'effectuer un transfert chaleureux.
- Les **thérapeutes** (à l'exclusion des médecins) voient les jeunes individuellement ou en groupe le plus souvent 2-3 fois par semaine. Il leur faut aussi du temps pour la préparation et le rapportage, pour la concertation d'équipe et la formation. Généralement, une clé de 60/40 est appliquée : 60 % de contacts avec les patients et 40 % d'autres activités. L'emploi du temps hebdomadaire des enfants/adolescents comprend en moyenne 4 heures de thérapie individuelle, ainsi que 10 heures de thérapie en petit groupe et 4 heures de thérapie avec l'ensemble du groupe. Il faut donc au total :
  - **pour 6 enfants** :  
Simulation :  $(6 * 3) + (2 * 10) + 4 = 42$  heures de face à face (60 %) + 28 heures d'autres activités (40 %) = 70 heures de thérapie/semaine = 3640 heures de thérapie /an, soit 1,75 ETP..  
Sur une base annuelle, un thérapeute à temps plein n'est toutefois mobilisable qu'à raison de 1620 heures.  $3640/1620 = 2,2$  ETP..
  - **pour 8 enfants** :  
Simulation :  $(8 * 3) + (2 * 10) + 4 = 48$  heures de face à face + 32 heures d'autres activités = 80 heures de thérapie/semaine = 4160 heures de thérapie /an = 2 ETP ou  $4160/1620 = 2,6$  ETP.

Dans les deux simulations, chaque enfant/jeune reçoit par semaine 17 heures de thérapie (sur 35 heures de présence ; thérapie familiale et enseignement exclus). Les thérapies alternent avec la présence et les activités au sein du groupe de vie.

- **Travail social** : par groupe de vie 0,4 ETP pour 8 places ou 0,3 ETP pour 6 places.
- **Coordination d'équipe** : par groupe de vie 0,4 ETP pour 8 places ou 0,3 ETP pour 6 places. Cette personne devrait de préférence être présente à temps plein. La fonction combinerait donc de préférence plusieurs groupes de vie et/ou une autre fonction.
- **Psychiatre infanto-juvénile** : Le nombre d'heures de psychiatrie infanto-juvénile n'est pas repris dans le tableau (cf. point 4.3). Le financement relève de la compétence de l'INAMI.

#### 4.2. Ratio groupe de vie de 6 enfants par rapport à 8 enfants

Ce ratio est déterminé comme suit :

---

<sup>3</sup> Au vu du nombre élevé de familles recomposées et/ou de situations de vie complexes au sein de la population en psychiatrie infanto-juvénile, le nombre d'entretiens familiaux est plus élevé que le nombre d'enfants présents dans le groupe de vie.

Pour les enfants à partir de 6 ans : 10% pour le groupe de vie de 6 enfants et 90% pour le groupe de vie de 8 enfants. Pour les enfants de moins de 6 ans : ¾ pour le groupe de vie de 8 enfants et ¼ pour le groupe de vie de 6 enfants. Ce ratio doit être considéré comme une norme financière.

#### 4.3. Aperçu du nombre d'ETP pour un groupe de vie de 6 et 8 enfants

##### Aperçu de l'effectif pour une hospitalisation partielle

	6 places	8 places
Direction du groupe de vie	2,45	2,45
Thérapeutes	2,2	2,6
Thérapeute familial	0,6	0,7
Travail social	0,3	0,4
Coordination d'équipe	0,3	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>5,85</b>	<b>6,55</b>
<b>Norme sur 20</b>	<b>19,5</b>	<b>16,4</b>
<b>Norme par jeune</b>	<b>0,98</b>	<b>0,82</b>

##### Considérations par rapport à ce calcul

- L'effectif de personnel vaut pour un taux d'occupation de 70% sur un dénominateur de 251 jours (365 moins les week-ends et jours fériés).
- Cette simulation ne prévoit pas de soutien administratif, technique ou logistique (financement B1) ;
- D'après le calcul, un groupe de vie de 8 jeunes permet une utilisation plus efficace du personnel, mais, en pratique, la cohabitation de plus de 6 enfants en très bas âge souffrant de troubles du développement et psychiatriques graves est presque impossible.
- Dans la pratique actuelle, la norme de personnel se situe à un niveau inférieur et on constate que ce sont surtout les fonctions de coordination et les fonctions axées sur l'entourage qui en font les frais. Cela se traduit par un fonctionnement « replié sur lui-même », mettant moins l'accent sur l'intégration, la transition, le fonctionnement du trajet ..., et – en aval – par le constat qu'en général, les progrès faits dans le cadre de l'hospitalisation de jour sont perdus lorsque le patient réintègre son domicile et/ou passe à l'étape suivante de son trajet d'aide.
- Pour un impact budgétaire complet, nous renvoyons au point 6 du présent avis.

#### 4.4. Possibilité de nouvelle différenciation en fonction de programmes spécifiques

Certaines hospitalisations se concentrent sur une population spécifique qui nécessite une intensité de soins accrue. Nous avons d'ailleurs déjà cité l'exemple des nourrissons, bébés et enfants en bas âge, où seule la présence de plus petits groupes de +/- 6 enfants est possible simultanément. Étant donné que ces enfants nécessitent plus de soins, la norme de personnel relative requise est élevée.

De même, le personnel doit être employé de manière plus intensive lorsqu'il s'agit d'hospitalisation de jour en psychiatrie juvénile pour des adolescents très vulnérables présentant plusieurs problématiques complexes, qui requièrent des programmes plus individuels et un accompagnement 1/1 (ex. projets pilotes For K, double diagnostic avec handicap intellectuel, etc.).

Il devrait donc être possible de justifier un financement de personnel plus élevé pour certains fonctionnements se basant sur la complexité et la différenciation de contenu dans le travail, la forme organisationnelle et/ou le besoin social. Mais une différenciation trop poussée est difficilement réalisable sur le plan financier. Les prestataires de soins peuvent choisir eux-mêmes jusqu'où ils vont pousser la différenciation interne. Ces coûts supplémentaires doivent être absorbés dans le cadre plus large du fonctionnement. C'est également pourquoi la collaboration dans un plus grand cadre est importante.

#### 4.5. Taux d'occupation

Les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques ont des mécanismes de financement différents. Pour les hôpitaux psychiatriques, le taux d'occupation actuel de 70% est maintenu pour le financement de l'encadrement en personnel. Cela implique qu'un financement à 100% de l'encadrement en personnel est garanti jusqu'à 70%. La fixation du BMF tient compte du taux d'occupation de tout l'hôpital.

Pour les hôpitaux généraux, nous devons tenir compte du financement basé sur l'activité justifiée. Pour les lits psychiatriques, les lits agréés sont de facto aussi des lits justifiés.

### 5. Programmation

#### 5.1. Besoin accru en k-jour

Nous renvoyons au point 2 de l'avis. Un renforcement de la programmation pour le k-jour permettra de soulager la pression actuelle sur les services K.

#### 5.2. Absence de données pertinentes

La programmation doit être calculée sur base de la prévalence et de l'incidence, de la durée de séjour moyenne et du taux d'occupation prévu.

Concernant la prévalence et l'incidence chez l'enfant et l'adolescent, nous ne disposons quasiment d'aucune donnée pertinente. Par conséquent, nous souhaitons, par le biais du présent avis, insister sur la collecte et l'analyse de données pertinentes en vue d'identifier les besoins en matière de santé mentale. Ces données pourront notamment être enregistrées au moyen d'un enregistrement RPM adapté, via l'enquête nationale de santé, etc. À cet égard, nous renvoyons à l'avis de l'ancien

CNEH (réf. CNEH/D/PSY/420-1) du 8 novembre 2012 relatif à un nouvel enregistrement RPM, avis qui est resté jusqu'à présent sans suite.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) confirme qu'en Belgique, il n'existe que peu voire aucune donnée sur la nature et la gravité des problèmes de santé mentale, et encore moins sur la nature et la gravité des besoins en soins. Le KCE préconise également une meilleure collecte de données en matière de prestataires de soins, interventions de soins, contenu et efficacité. Vu le manque actuel de statistiques fiables, il est difficile selon le KCE de répondre de façon univoque à la question de savoir quelle capacité K/k est nécessaire. Il est néanmoins possible de prendre des décisions motivées après concertation avec le secteur, sur base de la littérature, de données internationales, etc. (cf. présentation faite par le KCE le 18 avril 2018 lors du groupe de travail ad hoc K/k).

Vous trouverez ci-après une ébauche de paramètres visant à adapter la programmation :

- Prévalence et incidence
- La tranche d'âge (p. ex. le groupe des 0-17 ans (actuellement 14 ans))
- L'utilisation d'un lit ou d'une chaise sur base annuelle est limitée à 251/365 jours.
- Durée d'hospitalisation moyenne.
- Le ratio entre k et K
- Le ratio entre k-jour et k-nuit
- Déterminants socio-économiques de la zone d'action
- ...

La norme de programmation actuelle est la suivante :

k-jour + k-nuit pour hôpitaux généraux et psychiatriques : 0,32 par 1.000 enfants

K pour hôpitaux généraux et psychiatriques : 0,32 par 1.000 enfants

Un groupe de travail Programmation a été constitué au sein de l'organe de concertation fédéral pour le groupe cible des enfants et adolescents. Pour ce qui concerne le développement d'une nouvelle programmation, nous renvoyons à ce groupe de travail. En attendant, le CFEH conseille d'appliquer la norme de programmation actuelle à la tranche d'âge des 0-17 ans. Il importe dès lors que la collaboration soit poursuivie avec ces groupes de travail.

## **6. Aspects budgétaires**

6.1. Le principe d'un encadrement en personnel uniforme dans les HG et HP comme point de départ.

6.2. Système de quotas

Le calcul actuel du quota sur base de 251 jours par an (365 moins 104 jours de week-end et 10 jours fériés payés) est maintenu pour les hôpitaux psychiatriques.

### 6.3. Répercussion financière sur le BMF

6.3.1. Impact de la 1<sup>ère</sup> phase des parties B1, B2 et B4 des hôpitaux généraux (cf. avis du CFEH/D/460-1 du 28/09/2017) : 11.756.914,46 € à programmation inchangée ; 18.494.433,63 € pour une programmation calculée sur la base de la catégorie d'âge allant de 0 à moins de 18 ans.

6.3.2. Impact de la 2<sup>ème</sup> phase pour les hôpitaux généraux et psychiatriques sur la réalisation complète de la programmation calculée sur la base de la catégorie d'âge allant de 0 à moins de 18 ans : 8.865.778,73 €

Cet impact ne porte que sur le surcoût engendré par la mise à niveau des places de k-jour (3,4 ETP pour 20 places pour les unités de vie de 8 places et 6,5 ETP pour 20 places pour les unités de vie de 6 places).

## 7. Infrastructure

7.1. L'infrastructure relève intégralement de la compétence des communautés et régions depuis la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État.

7.2. Recommandation visant à rendre possible l'implantation en dehors du site hospitalier

## 8. Recommandations

8.1. Financement de l'activité médicale

8.1.1. Travail de fond et stratégique

8.1.2. Révision nomenclature INAMI dégressive

8.2. Moyens en suffisance pour les écoles hospitalières ou enveloppes scolaires pour tous les lits et places de pédopsychiatrie agréés.

---

### Annexes :

- Présentation des éléments clés
- Financement de l'activité médicale
- Places k-jour et lits k-nuit agréés et programmés
- Impact budgétaire (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> phase)

## Financement de l'activité médicale

Le médecin génère des rentrées via :

- des honoraires de surveillance

- des honoraires de rapport à l'admission et à la sortie
- des honoraires liés à la discussion d'équipe pluridisciplinaire

Les honoraires de surveillance connaissent une dégression tout au long de l'hospitalisation. Après 90 jours, ils sont devenus négligeables. Nous observons à cet égard les problèmes suivants :

1) L'intensité de l'engagement médico-psychiatrique reste la même durant toute la période d'hospitalisation. Au départ, cet engagement est très diagnostique et dépend de l'établissement d'un plan de traitement. Il devient par la suite très thérapeutique et très orienté sur le contexte plus large et sur la fin de l'hospitalisation. La sortie et le rapport final doivent ensuite être préparés, de même que la réintégration du patient dans son propre environnement.

2) La durée d'hospitalisation peut dépasser les 90 jours et, dans ce cas, le médecin travaille pour ainsi dire gratuitement.

3) Si nous voulons faire participer des jeunes au programme thérapeutique de jour de manière appropriée, p. ex. en leur permettant de participer au programme deux jours par semaine et de suivre les cours à l'école durant les autres jours, le compteur dégressif continue tout simplement de tourner avec le calendrier à partir du premier jour d'hospitalisation.

De plus, certains éléments, qui font partie des tâches du médecin, ne sont actuellement pas indemnisés dans le cadre du financement en vigueur :

1) Le médecin responsable en dernier ressort du traitement médico-psychiatrique de chaque jeune aura, en fonction de ce traitement, des contacts qui actuellement ne sont pas remboursés par la nomenclature en vigueur :

- a. contacts avec les proches et membres de la famille, lesquels font également partie du processus thérapeutique ;
- b. contacts avec d'autres intervenants concernés pour définir un trajet thérapeutique commun et en assurer le suivi.

2) Le médecin dirige la politique médico-psychiatrique générale au sein d'une unité et, à cette fin, devra pouvoir assurer le suivi de réunions stratégiques à la fois internes et externes.

3) Le médecin est également responsable du suivi d'une politique d'accréditation et de qualité, en ce compris une politique en matière de sécurité, gestion de l'agressivité, isolement, suicidalité, etc.

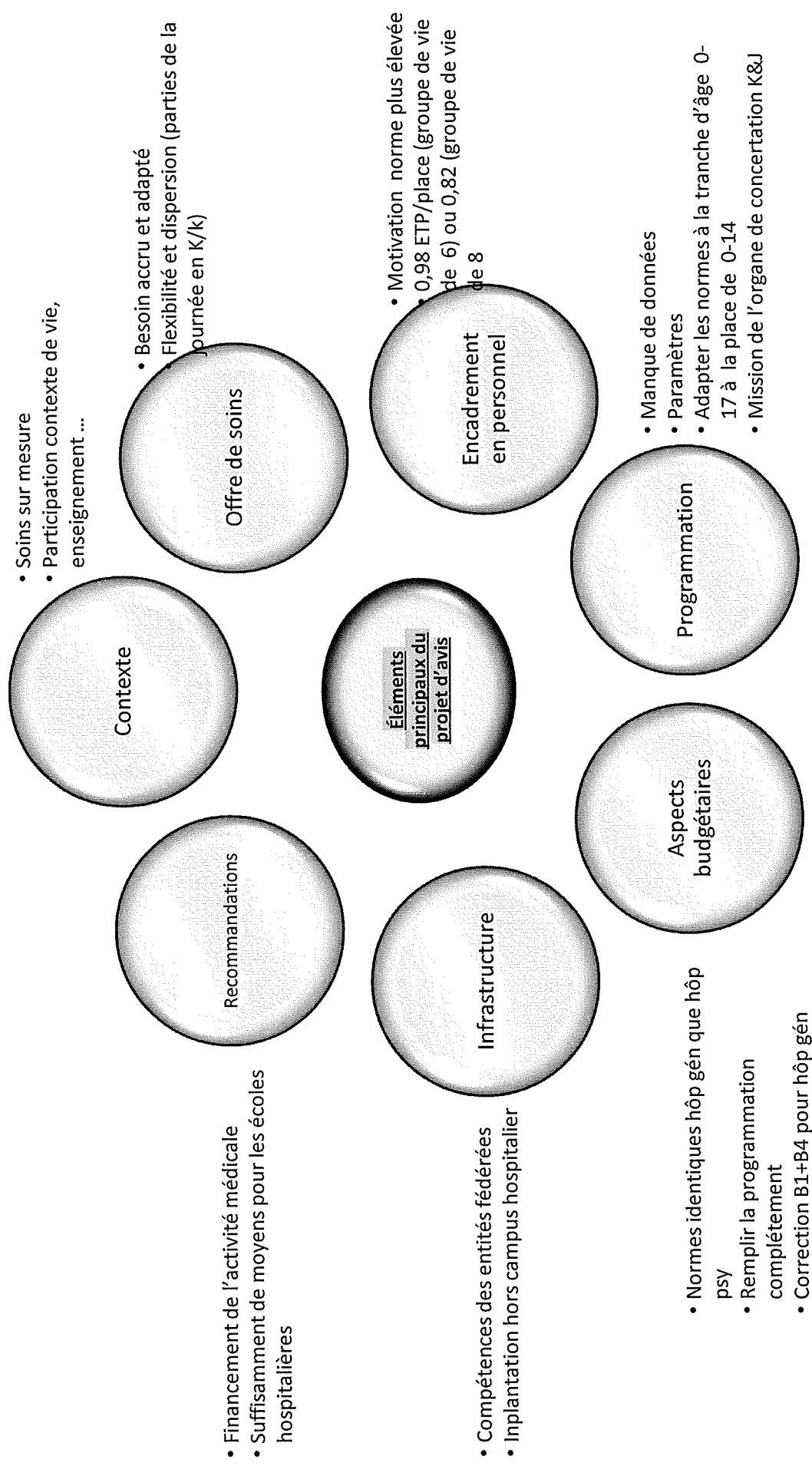
L'idéal serait donc

- que les contacts contextuels établis au cours d'une hospitalisation doivent pouvoir être rétribués par voie de nomenclature ;
- que les honoraires de surveillance ne soient plus réduits de façon dégressive (même après 90 jours). Au minimum, doivent seuls être pris en compte dans le compteur de dégressivité les jours pour lesquels un acte est réellement accompli, ce qui permettrait de corriger une erreur historique et
- que les missions stratégiques assurées en interne et en externe doivent bénéficier d'une forme de financement.





# CFEH – Groupe de travail k-jour





## Simulation Financement des lits Kjour - Groupe de travail "Lits K" - suite réunion 27 juin 2019

### Données utiles

#### **1) Lits Kjour et Knuit agréés au 27/06/2019**

Région Bruxelloise (y compris Jette VUB)

	Kjour	Knuit	total
Hôpitaux généraux	53	0	53
Hôpitaux psychiatriques	67	9	76
Total	120	9	129

Vlaanderen

	Kjour	Knuit	total
Hôpitaux généraux <sup>(1)</sup>	169	8	177
Hôpitaux psychiatriques <sup>(1)</sup>	36	42	78
Total	205	50	255

(1) : dont 64 nouveaux lits Kjour agréés depuis juin 2017 sur le "quota" de 141 lits Kjour "réservé" par la Ministre Fédérale à la Communauté Flamande

Région Wallonne (y compris communauté germanophone)

	Kjour	Knuit	total
Hôpitaux généraux	57	0	57
Hôpitaux psychiatriques	99	20	119
Total	156	20	176

Total Belgique

	Kjour	Knuit	total
Hôpitaux généraux	279	8	287
Hôpitaux psychiatriques	202	71	273
Total	<b>481</b>	79	<b>560</b>

#### **2) Programmation nationale sur base des chiffres de la population au 01/01/2019**

critère de programmation : 0,32 places lits K partiels (Kjour et Knuit) par 1.000 enfants **de moins de 15 ans** globalement dans les hôpitaux généraux et psychiatriques

lits Kjour et Knuit programmés sur base de la population au 1/1/2019 : 618,59 (619)

Comparaison lits programmés versus lits agréés (lits K jour + lits Knuit)

	Programmés	agréés	différence
Total Belgique <sup>(1)</sup>	618,59	560	58,59

(1) : dans le solde disponible de 59 lits Kjour et Knuit, il y a déjà un accord pour 45 lits Kjour supplémentaires  
Donc, solde réellement disponible : 14 lits Kjour/Knuit (58,59 - 45)

Si critère de programmation : 0,32 places/lits K partiels (Kjour et Knuit) par 1.000 enfants **de moins de 18 ans**

Comparaison lits programmés versus lits agréés (lits K jour + lits Knuit)

	Programmés	agréés	différence
Total Belgique <sup>(1)</sup>	737,72	560	177,72

(1) : dans le solde disponible de 178 lits Kjour et Knuit, il y a déjà un accord pour 45 lits Kjour supplémentaires  
Donc, solde réellement disponible : 133 lits Kjour/Knuit (178 - 45)  
(population de moins de 18 ans au 1/1/2019 : 2.305.387 individus)

**Distribution de la population de moins de 18 ans au 1/1/2019 par âge:**

(source: statbel)

Moins de 1 an	117.819				
1 an	120.194				
2 ans	123.121				
3 ans	124.742				
4 ans	128.198				
5 ans	128.952	0-5ans]	743.026	38,4%	743.026
6 ans	131.825				
7 ans	133.201				
8 ans	135.597				
9 ans	134.653				
10 ans	135.222				
11 ans	132.517				
12 ans	131.631				
13 ans	128.552				
14 ans	126.878	[6-14 ans]	1.190.076	61,6%	
15 ans	123.832				
16 ans	123.104				
17 ans	125.349	[6-17 ans]			1.562.361
Total Moins de 18 ans	2.305.387				2.305.387
Total Moins de 15 ans	1.933.102		1.933.102		

**Simulation Financement des places k jour - Groupe de travail "Lits K" - 28 juin 2019**

**1) Financement 1ère phase pour les lits Kjour agréés dans les hôpitaux généraux**

		sous-partie B1	sous-partie B2	sous-partie B4	total
nombre de lits agréés situation de départ :	184	0,00	0,00	3.037.772,00	3.037.772,00
données utiles au calcul de la sous-partie B4 :					
-) +5 ETP / 20 lits					
-) coût par Etp :	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
-) montant déjà financé	168.842,00				
(165.531,16 x 1,02)					
(voir avis CFEH 28/9/2017)					
nombre de lits agréés depuis juin 2017	95	1.074.171,95	2.648.931,08	1.655.588,75	5.378.691,78
données utiles au calcul de la sous-partie B1					
sur base avis CFEH/D/460-3, budget					
nécessaire pour 164 lits	1.818.000,00				
données utiles au calcul de la sous-partie B2					
-) 1 point par lit					
-) valeur du point	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
données utiles au calcul de la sous-partie B4 :					
-) +5 ETP / 20 lits					
-) coût par Etp :	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
nombre de lits encore à agréer par rapport aux	45	508.818,29	1.254.756,83	784.226,25	2.547.801,37
141 lits Kj supplémentaires pour lesquels un accord					
a déjà été donné en tenant compte que 6 lits Kjour					
ont été agréés dans un hôpital psychiatrique					
(141 - 90 - 6) = 45					
données utiles au calcul de la sous-partie B1					
sur base avis CFEH/D/460-3, budget					
nécessaire pour 164 lits	1.818.000,00				
données utiles au calcul de la sous-partie B2					
-) 1 point par lit					
-) valeur du point	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
données utiles au calcul de la sous-partie B4 :					
-) +5 ETP / 20 lits					
-) coût par Etp :	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
Solde de lits programmés non encore agréés si tous	14	158.299,02	390.368,79	243.981,50	792.649,31
les lits non programmés sont agréés dans des					
hôpitaux généraux en Kjour					
données utiles au calcul de la sous-partie B1					
sur base avis CFEH/D/460-3, budget					
nécessaire pour 164 lits	1.818.000,00				
données utiles au calcul de la sous-partie B2					
-) 1 point par lit					
-) valeur du point	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
données utiles au calcul de la sous-partie B4 :					
-) +5 ETP / 20 lits					
-) coût par Etp :	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
Total financement 1ère phase à Programmation inchangée		1.741.289,27	4.294.056,69	5.721.568,50	11.756.914,46
<b>En cas de première extension de la Programmation:</b>					
Supplément de lits programmés non encore agréés si tous	119	1.345.541,71	3.318.134,72	2.073.842,75	6.737.519,17
les lits non programmés sont agréés dans des					
hôpitaux généraux en Kjour					
données utiles au calcul de la sous-partie B1					
sur base avis CFEH/D/460-3, budget					
nécessaire pour 164 lits	1.818.000,00				
données utiles au calcul de la sous-partie B2					
-) 1 point par lit					
-) valeur du point	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
données utiles au calcul de la sous-partie B4 :					
-) +5 ETP / 20 lits					
-) coût par Etp :	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
Total financement 1ère phase à Programmation basée sur les enfants de - de 18 ans:		3.086.830,98	7.612.191,41	7.795.411,25	18.494.433,63

**2) Financement de la 2ème phase pour les lits Kjour dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques**

principe retenu : augmentation de l'encadrement en personnel infirmier/soignant/paramédical  
 par unité de vie de 8 places, de 13 Etp à 16,4 Etp par 20 lits, soit  
 par unité de vie de 6 places, de 13 Etp à 19,5 Etp par 20 lits, soit

3,4 90% chez les 6 ans et + et 75% chez les - de 6 ans  
 6,5 10% chez les 6 ans et + et 25% chez les - de 6 ans

données utiles au calcul  
 coût par Etp

69.709,00

scénario 1	<u>nombre de lits Kj agréés au 27/06/2019</u>	<b>481</b>	
	si unités de vie de 8 places =	100%	<b>5.700.104,93</b>
	si unités de vie de 6 places =	100%	<b>10.897.259,43</b>
	si unités de vie de 8 places =	<b>84,2%</b>	<b>4.801.452,22</b>
	si unités de vie de 6 places =	<b>15,8%</b>	<b>1.718.012,53</b>
	Total		<b>6.519.464,75</b>
scénario 2	<u>nombre de lits Kj agréés au 27/06/2019 et déjà prévus (481 + 45)</u>	<b>526</b>	
	si unités de vie de 8 places =	100%	<b>6.233.378,78</b>
	si unités de vie de 6 places =	100%	<b>11.916.753,55</b>
	si unités de vie de 8 places =	<b>84,2%</b>	<b>5.250.652,53</b>
	si unités de vie de 6 places =	<b>15,8%</b>	<b>1.878.741,35</b>
	Total		<b>7.129.393,89</b>
scénario 3	<u>si le solde de lits programmés non agréés sont agréés sous l'indice Kjour (481 + 45 + 14) ou (619 - 79 Knuit)</u>	<b>540</b>	
	si unités de vie de 8 places =	100%	<b>6.399.286,20</b>
	si unités de vie de 6 places =	100%	<b>12.233.929,50</b>
	si unités de vie de 8 places =	<b>84,2%</b>	<b>5.390.403,74</b>
	si unités de vie de 6 places =	<b>15,8%</b>	<b>1.928.745,88</b>
	Total		<b>7.319.149,62</b>
scénario 4	<u>sur base de la programmation calculé pour la population de moins de 18 ans (738 - 79 Knuit)</u>	<b>659</b>	
	si unités de vie de 8 places =	100%	<b>7.809.499,27</b>
	si unités de vie de 6 places =	100%	<b>14.929.925,08</b>
	si unités de vie de 8 places =	<b>85,2%</b>	<b>6.650.999,22</b>
	si unités de vie de 6 places =	<b>14,8%</b>	<b>2.214.779,51</b>
	Total		<b>8.865.778,73</b>