

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 10 février 2022

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/549-2 (*)

Avis relatif au critère de programmation des lits Sp1 à Sp5

Au nom du Président,
Margot Cloet

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 10/02/2022 et ratifié par le Bureau à cette même date.

1. Introduction

Cet avis se situe dans le prolongement de l'avis 540-2 du 18/11/2021 relatif à la programmation de l'offre de soins hospitaliers, formulé en réponse à la demande d'avis du ministre Vandenberghe du 30/06/2021.

L'objectif de ce second avis est de proposer, sur base des données existantes, une **actualisation à court terme de la programmation des lits des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle ou « lits de réadaptation » Sp1 à Sp5** dans les hôpitaux généraux, spécialisés et les « hôpitaux isolés de traitement et réadaptation fonctionnelle », qui est aujourd'hui quasiment atteinte. Ceci en vue d'adapter l'offre de soins à l'évolution des besoins de la population, d'assurer **des soins** accessibles et de qualité pour les patients et de gérer efficacement les ressources humaines et les moyens.

Idéalement, l'actualisation de la programmation nécessiterait une **approche globale** qui tiendrait compte d'une description des **besoins en soins couverts et non-couverts** tant sur le plan qualitatif (type d'offre requise) que quantitatif et de l'évolution de **l'ensemble de l'offre de soins de réadaptation** (lits de réadaptation mais aussi soins de réadaptation en ambulatoire, hôpital de jour, conventions de réadaptation, formes d'accueil en dehors de l'hôpital, ...). Toutefois, cette approche globale est **complexe** à mettre en œuvre et nécessiterait de disposer de données et analyses à un niveau plus global et prospectif. Il faut également garder à l'esprit que ces différentes formes de soins ne sont pas totalement substituables les unes aux autres et peuvent également constituer des formes de soins complémentaires dans le cadre d'un trajet de soins.

Comme indiqué dans l'avis CNEH/D/426-1 du 16/5/2013, les services hospitaliers Sp occupent une place spécifique dans l'organisation des soins de santé en Belgique et sont spécialisés pour le traitement et la réadaptation des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, locomotrices, neurologiques, polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés et psychogériatriques (Sp1-Sp3, Sp5-Sp6). En outre, le service Sp peut également être destiné à des patients qui ont besoin des soins palliatifs (Sp soins palliatifs, Sp4). Les patients accueillis dans des unités d'indice Sp sont stabilisés sur le plan médical mais demandent soit un complément de prise en charge médicale, soit un suivi médical ou une prise en charge constante. Les services Sp exercent une réelle activité de réadaptation active et multidisciplinaire et/ou prennent en charge de patients atteints de diverses pathologies spécifiques (sclérose en plaques, chorée de Huntington, comateux, ...).

La programmation des lits de réadaptation (Sp1 à Sp5, c'est-à-dire hors services psychogériatriques Sp6) est actuellement fixée à 0,52 lits pour 1.000 habitants (AR 21/03/1977). Sur base des données de population au 01/01/2021, cela donne, en termes réels :

Région	Programmation Pop. 01/01/21	Lits agréés et/ou places 01/08/2021	"Espace disponible"
Belgique	5.991,04	5.987,00	4,04

Ces chiffres incluent les 878 lits de réadaptation (Sp) des hôpitaux catégoriels de la Région flamande.

2. Approche basée sur le « besoin normatif en lits hospitaliers » (KCE 289, 2017).

Une approche possible pour actualiser à court terme le critère de programmation pourrait s'appuyer sur l'évaluation prospective du « besoin normatif en lits hospitaliers » de réadaptation (Sp) telle qu'effectuée par le KCE dans son étude 289.¹

Cette évaluation repose sur un **modèle prédictif** prenant en compte les perspectives **démographiques** (taille et composition de la population) et l'évolution attendue du **nombre** et de la **durée des séjours** hospitaliers. Les prévisions pour ces variables permettent de déboucher sur un nombre de journées d'hospitalisation attendues en 2025, c-à-d dans l'hypothèse que la politique qui a été menée par le passé (qui impacte les chiffres à la base des analyses et prévisions effectuées par le KCE à l'horizon 2025) soit maintenue à l'avenir. Le taux d'occupation normatif par type de lit a ensuite été appliqué à ce nombre de journées d'hospitalisation pour obtenir le nombre de lits nécessaires en 2025 (également par type).

2.1. Considérations générales

Le Conseil souhaite faire un ensemble d'observations à l'égard de cette approche.

Tout d'abord, même si cette étude repose sur **des données déjà anciennes** (projections démographiques réalisées en 2017, données RHM pour la période 2003-2014 en ce qui concerne les hospitalisations classiques et pour la période 2006-2014 en ce qui concerne les hospitalisations de jour), il s'agit des données les plus fiables actuellement à notre disposition.

Ensuite, un **taux d'occupation normatif de 90%** a été appliqué dans l'étude KCE aussi bien aux lits G qu'aux lits Sp, ce qui pourrait induire une **sous-estimation du besoin en lits**. A cet égard, le KCE émet la considération suivante : « Il est peut-être indiqué de réduire ce taux d'occupation normatif si la durée de séjour diminue également dans ces types de lit et que la rotation des patients augmente. » Il convient également de prendre en compte l'impact de **l'isolement** de certains patients dans le cadre des **infections nosocomiales**. En cas d'indisponibilité de chambres particulières, ces patients en isolement occupent une chambre double, ce qui impacte les taux d'occupation que peuvent atteindre les hôpitaux. Enfin, les **périodes de congé** accordées aux patients le week-end ou durant les vacances rendent également peu réaliste l'atteinte d'un taux d'occupation de 90% dans ces services.

En outre, **diverses évolutions** peuvent affecter le besoin en lits de réadaptation. D'une part, indépendamment du vieillissement de la population, les **progrès de la médecine aigüe** améliorent les taux de survie des patients pour certaines pathologies ; ce qui peut accroître les besoins en réadaptation. L'augmentation du **nombre de patients chroniques** accroît également les besoins en soins de réadaptation. Cela a également augmenté la lourdeur des soins. D'autre part, une partie des réadaptations peut aussi se dérouler **en ambulatoire ou dans des formes de prise en charge (alternatives) appropriées et bien développées**. La réadaptation ambulatoire et la réadaptation en hôpital de jour gagnent en importance car le nombre de patients pouvant bénéficier de ce type de traitement est en augmentation. Grâce aux progrès de la médecine, il existe certains nouveaux traitements. Un continuum de soins et une collaboration solide entre les différentes formes de soins sont importants dans ce contexte.

Plus spécifiquement, l'approche proposée ici ne prend pas en compte **l'impact de la crise sanitaire** suite à l'épidémie de Covid-19 sur les besoins en lits Sp (par exemple, pour la réadaptation de patients ayant fait une forme sévère de la Covid-19 ou pour les Covid-longs).

Ensuite, la programmation des lits hospitaliers doit pouvoir tenir compte de **pics d'activité** et de **l'accessibilité géographique de l'offre de base** ; ce qui induit de prévoir une marge pour pouvoir tenir

¹ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 289. D/2017/10.273/45. ([Consulter le rapport scientifique](#))

compte de ces deux facteurs au sein de la programmation. Selon le KCE, les deux éléments sont déjà (partiellement) pris en compte à travers l'application d'un taux d'occupation.

Enfin, il convient de garder à l'esprit que le **vieillessement de la population** est une tendance démographique qui va se poursuivre au-delà de 2025, avec un impact sur les besoins en soins de réadaptation. A cet égard, le rapport 289B précise :

« Le vieillissement a déjà aujourd'hui un impact majeur sur la capacité hospitalière requise. **Pour anticiper le vrai pic démographique, qui devrait être atteint à partir de 2030, nous avons analysé un scénario avec vieillissement accéléré.** Il serait en effet absurde de vouloir réduire la capacité hospitalière sur la base d'une analyse des tendances à l'horizon 2025 si une augmentation des besoins est à attendre cinq ans plus tard. » (KCE 289B)

Pour cette raison, nous suggérons d'évaluer les besoins sur base des **scénarios avec vieillissement accéléré (scénario 1)**. Les scénarios de « vieillissement accéléré » s'appuient sur les mêmes paramètres que le scénario de base (projections démographiques et évolutions attendues des admissions et des durées de séjour), mais ils accélèrent l'impact du vieillissement démographique.²

2.2. Proposition de principes généraux

Le Conseil estime que, malgré les points d'attention évoqués plus haut et dans l'attente d'une actualisation de l'étude KCE 289 et/ou une approche plus globale, cette approche a l'avantage de partir de données hospitalières objectives et reste valable pour une **première réévaluation** de la programmation des lits Sp. Le CFEH recommande néanmoins d'appliquer certaines hypothèses en vue de tenir compte de ces points d'attention. En premier lieu, le CFEH suggère de **partir d'un scénario de vieillissement accéléré (scénario 1)** pour les raisons évoquées plus haut. Ensuite, il convient d'adapter les taux d'occupation appliqués pour tenir compte des pics d'activité, de l'isolement dans le cadre des infections nosocomiales, des congés accordés aux patients les week-ends et durant les vacances et de la répartition géographique de l'offre en vue de garantir une accessibilité suffisante pour les patients. A cet égard, le CFEH suggère d'appliquer un **taux d'occupation normatif de 80%**. Nous rappelons à cet égard que les normes d'agrément des services de réadaptation prévoient l'encadrement par tranche de 30 lits occupés à 80%.

2.3. Proposition concrète

Selon le **scénario de vieillissement accéléré (scénario 1)**, le KCE estime à 6.545 lits le besoin normatif en lits hospitaliers Sp (hors services psychogériatriques Sp-6) à l'horizon 2025 en supposant l'absence de changements exogènes significatifs (ex. rupture de tendance par rapport au hospitalisation de jour vs. classique, décisions politiques relatives aux (solutions alternatives aux) soins hospitaliers pour certaines groupes cibles, ...); ce qui induirait la nécessité de relever la programmation de 554 lits Sp (hors Sp-6) d'ici 2025. Selon les chiffres de la population au 01/01/2021, cela correspondrait à un critère de programmation de 0,568 lits Sp1 à Sp5 pour 1.000 habitants (au lieu de 0,52 lits pour 1.000 habitants).

Si l'on applique un **taux d'occupation normatif de 80%**, le besoin normatif en lits Sp1 à Sp5 s'élèverait à 7.362 lits selon le scénario 1 de vieillissement accéléré ; ce qui correspond à 0,639 lits Sp1 à Sp5 pour 1000 habitants, soit une programmation de 1.371 lits supplémentaires sur l'ensemble du Royaume.

Les chiffres mentionnés ci-dessus comprennent également les lits de réadaptation des **hôpitaux catégoriels** de la Région flamande (« services Sp isolés »).

² Pour plus d'informations sur les scénarios de vieillissement accéléré, voir le rapport scientifique de l'étude 289 (KCE), pages 135-144 ([consulter le rapport scientifique](#)).

Projections avec un taux d'occupation de 90%

Lits Sp	Actuel	Selon Besoin 2025 Scénario de base	Selon Besoin 2025 Vieillessement accéléré Scénario 1 (Estimation)	Selon Besoin 2025 Vieillessement accéléré Scénario 2 (Estimation)
Norme (lits pour 1.000 habitants)	0,520	0,524	0,568	0,599
Population au 1/1/2021	11.521.238	11.521.238	11.521.238	11.521.238
Nombre de lits programmés / besoin normatif	5.991	6.036	6.545	6.903
Nombre de lits agréés (01/08/2021)	5.987	5.987	5.987	5.987
Différence programmé vs. lits agréés (01/08/2021)	4	49	558	916

Projections avec un taux d'occupation de 80%

Lits Sp	Actuel	Selon Besoin 2025 Scénario de base	Selon Besoin 2025 Vieillessement accéléré Scénario 1 (Estimation)	Selon Besoin 2025 Vieillessement accéléré Scénario 2 (Estimation)
Norme (lits pour 1.000 habitants)	0,520	0,589	0,639	0,674
Population au 1/1/2021	11.521.238	11.521.238	11.521.238	11.521.238
Nombre de lits programmés / besoin normatif	5.991	6.789	7.362	7.766
Nombre de lits agréés (01/08/2021)	5.987	5.987	5.987	5.987
Différence programmé vs. lits agréés (01/08/2021)	4	802	1.375	1.779

3. Conclusion

A court terme, le CFEH suggère donc, à titre de première réévaluation de la programmation, de fixer le critère de programmation des lits Sp1 à Sp5 à 0,639 lits pour 1000 habitants, ce qui correspond, au niveau national, à 7.362 lits selon les chiffres de la population au 01/01/2021. Ces chiffres incluent les lits Sp des hôpitaux catégoriels de la Région flamande. Le Conseil estime toutefois qu'il est primordial d'assurer une **évaluation régulière des besoins en soins** (au minimum tous les 5 ans) et que ce critère de programmation soit à tout le moins revu sur base de l'actualisation future de l'étude KCE 289.

A ce titre, le Conseil estime qu'une **approche globale** de l'offre de soins de réadaptation (services Sp aussi bien dans les hôpitaux généraux que les hôpitaux catégoriels et spécialisés, soins ambulatoires, conventions de réadaptation, formes d'accueil en dehors de l'hôpital, ...) est préférable, bien qu'elle soit plus complexe à mettre en œuvre et nécessite de disposer de données et analyses à niveau plus global, comme indiqué plus haut dans cet avis (cf. Introduction).

Le CFEH a l'intention de poursuivre ses travaux sur cette approche globale de l'offre de soins de réadaptation et d'examiner l'opportunité de remplacer à moyen terme le regroupement des indices Sp1, Sp2, Sp3 et Sp5 par un concept de programmes de soins de réadaptation (indice R) et de réadaptation spécialisée (indice R+). Des recherches supplémentaires, par exemple en ce qui concerne les groupes cibles et l'encadrement en personnel correspondant, devront alimenter ces travaux.

Ceci permettrait une plus grande flexibilité et une allocation plus optimale des ressources en fonction des besoins locaux en soins de réadaptation. A cet égard, le CFEH renvoie notamment vers les avis 426-1 du 16 mai 2013 (avis relatif à la programmation des lits Sp) et 445-2 du 12 février 2015 (avis relatif aux formes alternatives d'accueil).³

³ Voir également la note "Musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen. Ontwerp van normen voor de functie, het zorgprogramma en het gespecialiseerde zorgprogramma", Zorgnet-Icuro.

Les **aspects budgétaires** liés à la création de lits supplémentaires de réadaptation seront abordés dans un prochain avis qui traitera également des questions de la **révision des règles et taux de reconversion** ainsi que d'une éventuelle **révision du financement** des lits Sp.

Toutefois, si ce nouveau critère de programmation devait être appliqué, ainsi que les règles actuelles de reconversion et de financement, cela signifierait que des moyens importants devraient être transférés, par le biais d'une reconversion, de la partie B2 aiguë du BMF vers les lits Sp. En outre, le transfert d'une partie des sous-parties B1 et B5 du budget des soins aigus devrait également être pris en compte. Sans mesures politiques d'accompagnement, ce mouvement aurait pour conséquence d'accroître une nouvelle fois le sous-financement des lits aigus via le BMF. C'est pourquoi il est vivement conseillé de n'appliquer les nouvelles normes de programmation qu'avec une adaptation simultanée des règles de reconversion et de financement, qui sera proposée dans le cadre du prochain avis.

Étant donné que le financement des lits Sp des hôpitaux catégoriels de la Région flamande est devenu une compétence flamande depuis la sixième réforme de l'État, il faut prévoir la possibilité de conclure des accords bilatéraux spécifiques entre le gouvernement fédéral et les communautés et régions lors de l'élaboration ultérieure des règles de reconversion et du financement.

Dans le cadre de ce prochain avis, le CFEH s'efforcera d'évaluer dans quelle mesure il pourra être tenu compte des résultats des **analyses préparatoires**, portant sur les services Sp, effectuées par l'administration dans le cadre de la demande d'avis du 30/06/2021.

Comme déjà indiqué dans l'avis 540-2 du 18/11/2021, le CFEH estime également qu'il sera nécessaire de réévaluer à court terme la programmation **des lits Sp-palliatifs (Sp4)** et propose également de se pencher sur cette problématique dans un prochain avis. Des rapports et avis précédents à ce sujet⁴ peuvent nourrir ce prochain avis.

Enfin, le CFEH constate qu'à ce jour, **on ne dispose pas de suffisamment de données actualisées** pour évaluer de manière objective **le besoin global en lits psychogériatriques (Sp6)**. En effet, à titre d'exemple, l'étude KCE 289 (2017) a évalué les besoins pour les lits psychogériatriques en hôpital *général*. **Des données manquent donc pour évaluer les besoins en lits Sp6 des hôpitaux psychiatriques (qui représentent environ 45% des lits Sp6 agréés)**. Le Conseil estime dès lors qu'une **étude** objective sur le **besoin global** en lits psychogériatriques est **nécessaire**.

⁴ Entre autres l'avis [CNEH/D/131-4 du 22/09/2016](#) relatif à l'organisation des soins palliatifs ; le rapport « [le Middle Care palliatif : un maillon indispensable dans notre réseau de soins palliatifs](#) » et « [le rapport 2020 d'évaluation des soins palliatifs](#) » de la Cellule Fédérale d'Évaluation des Soins Palliatifs (04/06/2021).