

MINISTERE  
DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT



ADMINISTRATION  
DES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS

Section "Programmation et Agrément"

N/réf. : CNEH/D/28

1010 BRUXELLES, le 13 juillet 1989  
Cité administrative de l'État  
Quartier Vésale  
Tel. 02/210.45.11

AVIS SUR LE RAPPORT FINAL DU GROUPE DE TRAVAIL CHARGE  
DE L'ENQUETE SUR LES SERVICES V. (\*)

(\*) cet avis a été ratifié par le Bureau le 13 juillet 1989

Par sa lettre du 27 juin 1989, le Ministre a demandé dans le mois un avis du Conseil national des établissements hospitaliers sur le rapport final du groupe de travail ad hoc chargé de l'enquête sur les services V.

Lors de la réunion du 29 juin 1989, la section "programmation et agrément" a décidé de créer un groupe de travail à ce sujet.

Ce groupe de travail s'est réuni une fois le 6 juillet 1989. Son président a fait rapport lors de la séance plénière du 13 juillet 1989; la discussion qui s'ensuivit a donné lieu à l'avis suivant :

"Le Conseil national des établissements hospitaliers, section "Agrément et Programmation" opte pour une reconversion modérée des lits V, telle que décrite au point 2.1.2. du rapport final du groupe de travail chargé de l'enquête sur les services V".

Cet avis a été approuvé par 28 voix pour et 2 abstentions.

RAPPORT FINAL DU GROUPE D'ENQUETE SUR LES LITS V.

---

DONNEES DES TROIS PREMIERS  
TRIMESTRES DE L'ENQUETE.

FEVRIER 1988

Groupe d'enquête sur les Services V  
Projet de second rapport  
Rôle des lits V.

1) Principes généraux  
-----

Quelques principes généraux peuvent être extraits des documents présentés par les membres du groupe d'enquête.

1.1. Chaque institution de soins est confrontée au problème des patients non aigus.

1.2. Il n'est pas acceptable que les patients non aigus dont l'état nécessite la poursuite des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux soient éconduits parce qu'ils mettent en péril la durée de séjour moyen d'un établissement.

1.3. Il est du devoir de chaque institution de garantir la continuité des soins adéquats aux patients non aigus, de manière adaptée aux besoins spécifiques (user's friend).

1.4. La pathologie psychogériatrique isolée ou associée est d'une importance qui ne peut-être sous-estimée.

1.5. Certaines institutions se consacrent avec évidence au traitement de patients non gériatriques atteints de pathologies bien individualisées. Ces institutions devraient être maintenues sous un indice particulier.

2. Avenir des services V: conception.  
-----

2.1. Aspects quantitatifs et structurels. Deux tendances se sont manifestées au sein du groupe de travail, l'une en faveur d'une reconversion maximale des lits V, l'autre en faveur d'une reconversion modérée.

2.1.1. Reconversion maximale des lits V.

===== 2.1.1.1. Un certain nombre de lits hospitaliers aigus devraient être mis à la disposition des patients pré-terminaux ou terminaux, sans que l'allongement de la durée moyenne de séjour qui pourrait en résulter n'entraîne de pénalités pour l'institution en cause. Un membre du groupe de travail estime que ce nombre de lits est de 2% (1,82%) de la capacité en lits aigus.

2.1.1.2. Les patients convalescents pourraient être adressés

à des institutions moins médicalisées, spécialisées dans cette fonction, telles les maisons de convalescence pour lesquelles un statut spécial sera prévu dans la loi sur les hopitaux, élargie aux institutions de soins.

2.1.1.3. Les patients chroniques stables pourraient être transférés vers des maisons de repos et de soins; ces dernières devraient être classées et indemnisées par catégorie, suivant la lourdeur des pathologies prises en charge.

2.1.1.4. Les patients chroniques lourds et instables pourraient être pris en charges par les services G

2.1.2.Reconversion modérée des lits V.  
=====

2.1.2.1. Durant l'enquête un nombre important de lits V se sont déjà reconvertis vers d'autres indices. L'évolution prévue pour fin 1989 est une réduction de 8833 lits en juillet 82 à 4.142 lits au 31-12-89, soit une diminution de 4961 lits, dont la majeure partie (93%) est réalisée en Flandre et en Wallonie (respectivement 53% et 38%).

2.1.2.2. Un certain nombre de lits V pourraient être intégrés dans les services G, de manière à éviter les transferts toujours préjudiciables de patients nécessitant une prolongation des soins.

2.1.2.3. Les lits V qui fonctionnent actuellement dans une optique spécialisée pourraient être maintenus, à certaines conditions, sous un indice particulier.

2.1.2.4. Un certain nombre de lits V pourraient être reconvertis en lits de jour; ceci favoriserait la réintégration progressive des patients hospitalisés dans le milieu non-hospitalier et pourrait aussi éviter certaines hospitalisations.

2.1.2.5. Le résidu des lits V non-reconvertis selon les possibilités énumérées ci-dessus serait destiné à la prise en charge de patients lourds. Les besoins en soins, en personnel, le caractère multidisciplinaire de ces services feraient que leur coût avoisinerait celui des services hospitaliers aigus.

2.2. Modifications d'ordre qualitatif et fonctionnel.  
=====

2.2.1. Instauration et financement d'une fonction V

2.2.1.1. Volume des soins non aigus et fonction V.

Il est téméraire, par des critères individuels et préalables, de tirer le portrait du patient qui est exclusivement redevable des soins non aigus.

Le volume des soins non aigus peut cependant être évalué globalement et isolé du secteur des soins aigus, par une série d'éléments qui peuvent être utilisés seuls ou combinés: pourcentage du nombre total des lits ou des journées d'entretien, âge, ADL, type et sévérité des pathologies, interventions ponctuelles des médecins conseils ou/et des médecins des communautés.

Les lits V actuels seraient amenés à jouer un rôle primordial dans l'instauration de cette fonction "séjour de longue durée avec soins non aigus "; une partie de cette fonction V pourrait cependant être réalisée également au sein d'un établissement de soins aigus.

2.2.1.2. Financement des soins non aigus.

Le financement du secteur des soins non aigus peut se réaliser par la fixation d'une enveloppe globale qui évolue en fonction du besoin global en soins de l'ensemble du groupe des patients non aigus.

2.2.1.3. Financement des institutions

Chaque institution peut être rémunérée en fonction des pathologies et de leur sévérité selon un montant provisionnel qui sera adapté à posteriori, sur base d'éléments statistiques combinant les activités médicales, paramédicales et infirmières, en exécution de l'article 86 de la loi coordonnée sur les hopitaux. Cette enveloppe provisionnelle couvrirait également une partie des frais d'hébergement.

2.2.1.4. Participation aux frais d'hébergement.

Les frais d'hébergement sont la conséquence du besoin en soins non aigus. Ces frais varient d'institution à institution et ne sont pas liés au caractéristiques du patient.

Une partie du forfait des frais d'hébergement devrait être mise à charge du patient, en fonction de ses revenus. L'assurance-maladie pourrait continuer à couvrir le surplus, totalement ou en partie.

L'objectif est d'établir une participation financière du patient qui soit indépendante du coût des soins reçus.

2.2.2. Critères pour des services et des patients V.

### Description du patient V

Il a déjà été souligné plus haut qu'il était téméraire de tirer un portrait-robot du patient V qui exclue ceux qui n'y ressemblent pas.

Cependant, la notion d'adaptation à la pathologie et sa sévérité impose que l'on se fasse une image du patient à laquelle les services devront pouvoir faire écho.

Les caractéristiques du patient candidat à la fonction V sont les suivantes:

- Agé, son état peut être stable ou instable, il peut présenter des phases aiguës,
- Il nécessite la continuation des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux, permanents, parfois très spécialisés et pendant une période longue
- Son évolution peut être favorable, fatale, ou chronique et lourde
- La charge en problèmes sociaux et psychologiques est lourde

La nécessité d'une admission préalable dans un service aigu semble admise par tous. Cette admission préalable doit cependant être motivée par des besoins médicaux nouveaux ou brutalement accrus et ne peut être réduite à une observation dont le but est de légitimer le transfert ultérieur en service V.

Une admission préalable ne semble pas devoir être imposée au patient dont le caractère terminal de l'affection est dûment établi ou qui est réadmis dans le service V.

2.2.2.2. Normes et critères pour des services V qui subsisteraient.

#### a) Description du service V

Ces projets de normes ne seraient en toute hypothèse applicables qu'aux entités V de capacité et de taille suffisantes (nombre de lits minimum de 75 à 100). Les lits V isolés à l'intérieur des services aigus ne seraient donc pas soumis à ces normes, et conserveraient les caractéristiques de l'unité dans laquelle ils sont inclus.

Le service V se consacre à l'hospitalisation, aux soins, à la réadaptation fonctionnelle, à l'établissement des diagnostics intercurrents de patients âgés nécessitant la continuation de soins médicaux, infirmiers et paramédicaux, pendant une période prolongée, et fortement dépendant de l'aide d'autres personnes dans leurs activités quotidiennes.

Il est souhaitable que le service V fasse partie d'un hôpital général avec service gériatrique et liaison fonctionnelle avec au moins une maison de repos et de soins.

Un service V peut également se trouver en dehors de l'hôpital général. Pour le bon fonctionnement de ce service architecturalement isolé, il faut cependant:

que l'entité ait une capacité minimale de 75 lits

- que ce service soit en liaison fonctionnelle étroite avec au moins un hôpital général, avec service de gériatrie, ainsi qu'avec au moins une maison de repos et de soins. Ces liaisons fonctionnelles doivent faire l'objet d'une convention écrite si les pouvoirs organisateurs sont différents.

Isolé ou inclus dans l'hôpital général, le service V doit

- pouvoir faire appel aux techniques (notamment la radiologie, le laboratoire de biologie clinique, l'électrocardiographie, l'algologie, les techniques d'analgésie) aux compétences et aux avis spécialisés rendus nécessaires par la pathologie des patients, notamment ceux d'un gériatre, d'un anesthésiste particulièrement compétent en algologie, d'un orthopédiste, d'un cardiologue, d'un médecin interniste particulièrement versé en cancérologie.

- pouvoir faire appel à tout moment à l'intervention urgente d'un médecin

#### b) Normes architectoniques.

En sus des normes générales prévues pour les services G (unités architecturales séparées de 24 lits, accessibles aux fauteuils roulants,.....)il est souhaitable

qu'une chambre ADL puisse fonctionner

qu'un local mortuaire soit disponible

#### c) Normes d'organisation.

La direction médicale sera assurée par un médecin spécialiste en médecine-interne, de préférence compétent en gériatrie.



Transitoirement , les médecins qui à la date du 31.12.1989 dirigent depuis 10 ans le service, conservent leurs droits acquis

Les médecins spécialistes associés au traitement doivent pouvoir être consultés.

L'hospitalisation doit être assurée par suffisamment de personnel infirmier diplômé assisté par des auxiliaires de soins. Dans chaque unité, une infirmière diplômée doit être présente en permanence. La fonction d'infirmier(e) en chef sera de préférence assurée par une infirmière spécialement compétente en la gériatrie.

Le service disposera d'un kinesiithérapeute. Il doit en outre pouvoir faire appel à des ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, assistants sociaux ou infirmier(e)s gradué(e)s social(e)s selon les besoins des malades.