

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 08/06/2006

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/266-4 (*)

**AVIS RELATIF AU PROGRAMME DE SOINS POUR PATIENT
GERIATRIQUE**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 8 juin 2006

AVIS RELATIF AU PROGRAMME DE SOINS POUR PATIENTS GERIATRIQUES

SOMMAIRE :

- Introduction et considérations générales actuelles
- Proposition de modifications de l'avis du 10 avril 2003 relatif au programme de soins pour patients gériatriques
 1. note relative à l'augmentation de la programmation des lits G
 2. projet d'arrêté royal fixant les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé
- Proposition de modification de l'arrêté royal du 12 avril 1984 relatif aux normes de l'indice « G »
- Proposition de modification de l'arrêté du 30 janvier 1989

Introduction

En date du 13 avril 2006, le Conseil national des établissements hospitaliers a été saisi d'une demande d'avis du 12 avril 2006 du Ministre DEMOTTE relative au programme de soins gériatrique. Il s'agit, pour le CNEH, de confirmer ou, éventuellement, d'adapter l'avis rendu le 10 avril 2003.

Le 27 avril 2006, deux demandes d'avis, complémentaires à celle du 12 avril parvenait au CNEH ; dans le cadre de la réforme gériatrique annoncée, demande est faite d'adapter l'arrêté royal du 30 janvier 1989 (arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et services hospitaliers) ainsi que l'arrêté royal du 12 avril 1984 relative aux normes de l'indice G.

Enfin, il est également demandé au CNEH de se prononcer sur l'adaptation éventuelle de la programmation des lits G.

Un groupe de travail, sous la présidence du Dr BAEYENS, a été mis en place ; ce dernier s'est réuni à une seule reprise, le 3 mai 2006.

Considérations générales actuelles relatives au premier avis du 10 avril 2003 concernant le programme de soins pour patients gériatriques.

Dans son avis du 10 avril 2003 (cfr « Premier avis relatif au programme de soins pour patient gériatriques »), le CNEH soulignait un certain nombre d'obstacles susceptibles d'empêcher la mise en application du programme de soins ; le CNEH estimait qu'avant toute mise en place du programme de soins, une rémunération adaptée pour les médecins spécialistes en gériatrie ou les médecins spécialistes en médecine interne ayant une compétence particulière en gériatrie devait être prévue. La situation a favorablement évolué depuis lors.

Le CNEH se réjouit que suite à l'accord national médico-mutualiste du 20 décembre 2005, une série de mesures nomenclaturaires pour la revalorisation de la gériatrie a été instaurée. Ces mesures concernent entre autres l'évaluation pluridisciplinaire gériatrique, la revalorisation de l'honoraire de surveillance existant en gériatrie....

Il se réjouit également d'apprendre que, dans le cadre de l'accord social, le budget pour financement du programme de soins est prévu. (en 2006, financement de 45 hôpitaux de jour gériatriques dans le cadre d'un projet-pilote, financement de 15 hôpitaux de jours supplémentaires en 2007, financement de la liaison interne et externe en 2008...).

Le CNEH estime donc qu'avec l'amélioration notable des conditions financières liés au programme de soins gériatriques, l'agrément progressif des programmes de soins pour patients gériatriques peut être envisagé.

Convaincu que l'élaboration et l'introduction du programme de soins pour patients gériatriques offrira de nouvelles chances aux patients gériatriques et

au secteur, le Conseil rappelle néanmoins la problématique de pénurie de personnel, en terme de médecins spécialistes en gériatrie ou de médecins spécialistes en médecine interne ayant une compétence particulière en gériatrie, d'infirmiers et de personnel paramédical. La réalisation du programme de soins ne pourra être réalisé que si une politique de recrutement de personnel qualifié est mise en œuvre.

L'avis qui suit est donné sur le projet d'Arrêté Royal mis à la disposition en 2003.

Proposition de modifications de l'avis du 10 avril 2003 relatif au programme de soins pour patients gériatriques

1. Augmentation de la programmation des lits G

Le groupe de travail confirme le contenu de la note qui avait été présentée dans l'avis du 10 avril 2003 (augmentation de la programmation de lits G de 5 o/oo à 6 o/oo personnes de 65 ans et plus) ; comme précisé dans la dite note, il rappelle également que son accord sur une augmentation de la programmation est subordonné à une augmentation proportionnelle des moyens financiers.

2. Projet d'arrêté royal fixant les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé

Le groupe de travail propose de modifier le projet d'arrêté royal dans le sens ci-après : *les modifications sont soulignées et en italique.*

« Art. 3. Le programme de soins pour le patient gériatrique peut être réparti sur différents sites à condition que chacun de ceux-ci réponde aux normes d'agrément. ~~Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, il suffit que la consultation de gériatrie ou l'hôpital de jour de gériatrie soient exploités sur un seul site.~~ *Cependant, au moins un de ces sites doit offrir le programme de soins complet. »*

« Art. 7 A l'exception du service de pédiatrie (index E), du service de néonatalogie intensive (index NIC), du service de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement d'enfants (index K) et du service maternité (index M), chaque unité de soins autre que le service de gériatrie doit disposer d'au moins un "réfèrent infirmier" pour les soins gériatriques. *Ce « réfèrent infirmier » n'est pas un infirmier supplémentaire, mais est un infirmier de l'équipe normale de l'unité. Les moyens financiers nécessaires doivent être prévus pour la formation continue et l'encadrement de ce réfèrent infirmier.*

Le réfèrent infirmier doit avoir une fonction de signal et doit également sensibiliser ses collègues du service en ce qui concerne l'identification de patients ayant un profil gériatrique et leurs soins inadaptés éventuels. Pour ces patients, il est indiqué que le médecin spécialiste à l'origine de l'admission puisse faire appel à la fonction liaison interne où le gériatre est appelé en consultation.

Dans les services des urgences, il faut prêter une attention particulière à la mission "liaison interne". A cette fin, les instruments nécessaires, tels que des échelles ou des schémas, peuvent être utilisés *pour identifier très vite les patients avec profil gériatrique. Comme dans les autres services, le service des urgences doit également disposer d'une infirmière de référence gériatrique. »*

« Art 10 Sous-section 1. – Manuel gériatrique multidisciplinaire

Rajout d'un point 5 :

5) une description précise de l'organisation de la liaison interne avec le service des urgences »

« Art 16

..... En outre, l'hôpital de jour gériatrique doit être adapté au confort et à la sécurité du patient gériatrique et disposer d'un local d'examen, d'un local de soins, d'un local de repos, d'une salle à manger et d'un nombre suffisant d'installations sanitaires. Il faut un local pour des activités collectives. Il convient de prévoir l'infrastructure nécessaire pour les patients de réadaptation fonctionnelle.

Si l'hôpital de jour traite des patients en réadaptation, il importe que les infrastructures spécifiques nécessaires soient présentes et qu'en outre, des possibilités de transports soient prévues et financées.

3. AR du 12 avril 1984 relative à l'indice G

Lors de sa réunion du 3 mai 2006, le groupe de travail propose que les normes du service G soient adaptées comme suit : les propositions de modifications sont reprises en italique et soulignés.

« Normes spéciales pour le service de Gériatrie.

1. L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation, dans les meilleures conditions, de patients âgés.

Un service de gériatrie peut se trouver exceptionnellement hors de l'hôpital général. Ce service est dès lors considéré comme étant réservé à des patients qui ont évolué dans une phase sub-aiguë et dont la revalidation est devenue l'aspect le plus important du traitement.

Pour un bon fonctionnement de ce service architecturalement isolé, il faut cependant :

- que ce service soit en liaison fonctionnelle avec un hôpital général qui doit disposer d'un service de gériatrie réservé aux malades les plus aigus;
- que le même médecin spécialiste en gériatrie ou médecin spécialiste en médecine interne ayant une compétence particulière en gériatrie (ou l'équipe des médecins spécialistes en gériatrie ou des médecins spécialistes en médecine interne ayant une compétence particulière en gériatrie) assure réellement le traitement dans les deux services de gériatrie.

La liaison fonctionnelle sus-mentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services de gériatrie concernés n'appartiennent pas au même pouvoir organisateur.

2. Le patient gériatrique est hospitalisé dans le service soit directement, soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection.

Afin de maintenir la liaison fonctionnelle indispensable entre l'hôpital général et une section G architecturalement distincte, le médecin-chef de service de gériatrie doit veiller à la qualité de la politique d'admission dans les différentes unités dont il est le responsable.

Le patient gériatrique est atteint d'une pathologie multiple, qui sans traitement approprié, est de nature à le rendre invalide et à prolonger le séjour à l'hôpital.

3. Outre l'hospitalisation de malades gériatriques au cours de la phase aiguë de leur affection, ce service assure aussi l'hospitalisation prolongée de malades gériatriques dans une phase sub-aiguë, encore évolutive et non stabilisée pour laquelle des soins spécialisés sont nécessaires. L'âge moyen des patients d'un service de gériatrie est au moins de 75 ans ou plus.

4. Tout le fonctionnement du service sera au point de vue médical, infirmier et paramédical toujours axé sur une application d'un traitement actif permettant de le renvoyer au plus tôt dans un état de rétablissement optimum de son potentiel physique, psychique et social. L'hospitalisation dans le service G ne peut en aucun cas être une hospitalisation de longue durée pour des personnes âgées. En principe, la durée moyenne du séjour dans le service G ne peut être supérieure à ~~3 mois~~ 45 jours.

5. Le service G doit disposer sur place du personnel et de l'équipement nécessaire pour remplir cette tâche dans les plus brefs délais et dans les meilleures conditions. Le financement de ce personnel doit être assuré.

II. Normes fonctionnelles.

1. Le service disposera de l'équipement nécessaire à l'application des techniques infirmières et paramédicales propres au service.

Cet équipement comprend au minimum :

- a) dans chaque unité d'hospitalisation un nombre suffisant de lits réglables en hauteur, articulés et mobiles;
 - un matériel anti-escarres en nombre suffisant;
 - des panneaux latéraux pour quelques lits;
 - des fauteuils adaptés de hauteur différente;

- un nombre suffisant de chaises percées;
- un nombre suffisant de chaises roulantes;
- un nombre suffisant de chariots de marche, de béquilles et de cannes.

b) dans le local d'exercice du service ou du niveau d'hospitalisation :

- une barre parallèle;
- une bicyclette orthopédique;
- un escalier d'exercice;
- un espalier.

2. L'équipement nécessaire à l'application des techniques de logopédie, de kinésithérapie et d'ergothérapie sera prévu.

3. Il est établi pour chaque patient, dès son admission, un dossier détaillé comportant les données sociales, médicales, paramédicales et de soins infirmiers.

4. Le médecin consigne dans le dossier du patient les conclusions du premier examen complet effectué lors de l'admission. Dès l'admission, une évaluation de toutes les possibilités et exigences en ce qui concerne un retour au domicile ou vers un milieu qui en tient lieu sera effectuée en concertation avec le travailleur social ou l'infirmier social.

Le médecin dressera, en concertation avec ceux concernés par le traitement, un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements spéciaux médicaux, infirmiers, paramédicaux et *psychologiques* que les possibilités de réadaptation fonctionnelle.

Le dossier sera complété régulièrement par un rapport qui reflétera l'évolution de l'état du patient et le comparant au programme et au timing de traitement établis lors de l'admission et ultérieurement.

A cet effet, il convient que l'équipe, composée du médecin, de l'infirmier en chef, du kinésithérapeute et éventuellement de l'ergothérapeute, du *psychologue*, de l'assistant social et du logopède, se réunisse chaque semaine.

Le rapport de cette réunion figure dans le dossier.

III. Normes d'organisation.

1. (La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un médecin spécialiste en gériatrie ou à un médecin spécialiste en médecine interne qui a obtenu une agrégation spécial en gériatrie en vertu de l'arrêté ministériel du 21 juin 1985 fixant les critères spéciaux d'agrégation des ou à un médecin spécialiste en médecine interne ayant une compétence particulière en gériatrie, <AR 1985-06-25/34, art. 1, 003; En vigueur : 29-06-1985>

Le médecin-chef de service doit travailler à temps plein (au moins huit dixième de l'activité professionnelle normale) à l'hôpital.

2. Le médecin-chef de service devra pouvoir faire appel chaque fois, en cas de besoin, aux médecins spécialistes associés au traitement.

3. L'hospitalisation doit être assurée par du personnel infirmier diplômé assisté par un nombre suffisant d'auxiliaires de soins. Dans chaque unité de soins au moins un(e) infirmier(e) diplômé(e) doit être présent(e) en permanence.

4. Le service disposera au moins à temps partiel de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, logopèdes, psychologues, diététiciens, assistants sociaux ou infirmières graduées sociales, dont le nombre est fonction du nombre de

lits du service.

5. Le personnel d'entretien sera en nombre suffisant.

6. On créera au sein du service un climat psychologique favorable adapté aux besoins des patients gériatriques.

Il sera en outre tenu compte de ces besoins lors de l'établissement des horaires de travail, du rythme des différentes activités et occupations, de la répartition du travail entre les divers membres du personnel, etc.

Les patients mangeront, si possible, en groupe dans la salle à manger. La kinésithérapie et l'ergothérapie seront organisées autant que possible en groupe. Des activités socioculturelles seront également organisées.

4. Arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter

Pour être cohérent avec le programme de soins pour le patient gériatrique, certaines dispositions de l'arrêté royal ne sont plus adaptées ; en particulier, il y a lieu de modifier :

l'article 2. §1

« Tout hôpital disposant d'un service G agréé doit disposer d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique. »

« Les hôpitaux ne disposant pas d'un service G agréé doivent disposer d'un accord de collaboration fonctionnelle avec un hôpital général disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique. »
