

DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION  
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

-----

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/426-1(\*)

## **Avis relatif à la programmation des lits Sp**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 16 mai 2013

## Préambule

**Le présent avis a été élaboré en réponse à la demande formulée le 24 novembre 2006 par le Ministre Demotte:**

*« Le Moniteur Belge du 19 octobre 1993, a publié l'AR du 12 octobre 1993 relatif à la programmation de lits Sp.*

*Le chiffre de programmation fixé est de 0,52 lits Sp par mille habitants.*

*Cette programmation d'un nouvel indice s'inscrivait dans le cadre de la reconversion des lits V. Elle n'a jamais été évaluée.*

*Tenant compte des durées de séjour de plus en plus courtes, je souhaiterais que votre conseil rende un avis sur l'opportunité d'adapter cette programmation. »*

Le groupe de travail durant les réunions des,10 mai 2012, 21 juin 2012, 12 juillet 2012, 13 septembre 2012, 11 octobre 2012 et enfin le 14 mars 2013, a travaillé à l'élaboration d'un troisième avis partiel relatif à la programmation et l'agrément des lits Sp

### 1. Introduction

Avant 1987, la revalidation était assurée dans les services R, S et V.

En 1987, les lits R sont supprimés en fonction du principe selon lequel la revalidation devait se faire dans les services initiaux : médecine , chirurgie, pédiatrie, gériatrie, etc. Cette option, théoriquement fondée, c'est toutefois heurtée à la tendance irréversible à la réduction des durées de séjour rendant difficile des séjours prolongés dans les services aigus. En 1993, décision est prise de reconvertir les lits S et V en lits d'index Sp afin de distinguer la **réadaptation de durée déterminée** des soins résidentiels.

Les services hospitaliers d'indice **Sp ont été créés en 1993** (A.R. Du 12-10-1993).

Les normes spécifiques des services Sp-psychogériatrie ont été définies par l'A.R. du 13-11-1995, celles des services Sp-soins palliatifs par l'A.R. du 15-07-1997 et celles des services Sp-cardio-pulmonaire, Sp-neurologie, Sp-locomoteur, Sp-chroniques par l'A.R. du 10-08-1998.

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, neurologiques, locomotrices, psychogériatriques et chroniques. Ces services s'inscrivent tant dans la **prolongation des services aigus** (continuité de l'hospitalisation aiguë) que dans la **revalidation active et multidisciplinaire** et dans la prise en charge directe de patients atteints de diverses **pathologies spécifiques** (sclérose en plaques, chorée de Huntington, comateux, troubles psychogériatriques, pulmonaires chroniques, ...).

En outre, le service Sp peut également être destiné à des patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessite des **soins palliatifs** (Sp soins palliatifs).

Les patients accueillis dans des unités d'indice Sp sont stabilisés sur le plan médical

mais demandent, soit un complément de mise au point médicale, soit un suivi médical ou une prise en charge constante. Ces services hospitaliers ne sont toutefois pas des services de longue durée. Les services Sp exercent une réelle activité de revalidation active et multidisciplinaire.

La configuration des services Sp peut être **très hétérogène**, tant par sa taille, sa destination que par son origine ou son histoire. Dans le paysage hospitalier belge, nous pouvons rencontrer des services Sp intégrés dans un hôpital général « aigu », des services Sp isolés (combinés ou non à des lits G) et des services Sp associés à une MRS.

Etant donné, d'une part, une augmentation de la demande de séjours en réadaptation et, d'autre part, le constat que des lits C et D étaient sous-occupés, la possibilité a été ouverte pour des hôpitaux généraux de reconverter des lits aigu en lits Sp. La demande, des hôpitaux aigus, de création de lits Sp se justifie en partie par le souhait de disposer de lits où il est possible de prendre en charge des patients qui ne peuvent quitter l'hôpital mais dont le séjour en lit aigu a atteint le seuil de journées justifiées. La motivation de ces reconversions est de disposer des lits d'aval et de permettre un transfert rapide du patient dans un service Sp afin de réduire la durée moyenne de séjour.

Cette opération était financièrement plus équitable à celle des lits Sp issus des lits V ou S, car le budget (BMF) de ce nouveau lit Sp était bien supérieur.

Les lits de soins palliatifs et les lits de soins psychogériatriques (HP, HG) sortent du cadre du présent avis. Le groupe de travail souligne le rôle important et spécifique que ces lits jouent dans le paysage hospitalier dans deux avis antérieurs. Nous renvoyons à ces deux avis partiels antérieurs du CNEH.

Dans un premier avis partiel, le CNEH recommandait de retirer les lits Sp-palliatifs de la programmation des lits Sp (0,52 lits par 1000 habitants) et le CNEH s'engageait à étudier la programmation des lits palliatifs de manière à ce que chaque hôpital qui le souhaite ait la possibilité d'admettre des patients dans des lits palliatifs.

Dans un second avis partiel, le CNEH indique que les lits Sp psychogériatriques ont une norme de programmation propre (0,23 lits par 1000 habitants) qui n'est pas encore épuisée (voir annexe pour les deux avis partiels).

## 2. Lits agréés et programmation

<b>TABLEAU 1</b>	Bruxelles	Flandre	Wallonie	TOTAL
<u>Hôpitaux psychiatriques</u>				
Sp-psychogériatrie	0	463	171	<b>634</b>
<u>Hopitaux généraux</u>				
S1 Sp cardio-pulmonaire	80	213	164	<b>457</b>
S2 locomoteur	350	1541	746	<b>2637</b>
S3 neurologie	187	777	477	<b>1441</b>
S4 palliatif	54	209	116	<b>379</b>
S5 chronique	114	381	263	<b>758</b>
S6 psychogériatrie	125	314	281	<b>720</b>
Total HG	910	3435	2047	<b>6373</b>
<b>TOTAL HG+ HP</b>	<b>910</b>	<b>3898</b>	<b>2218</b>	<b>7007</b>

Source : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement – Direction générale de l'Organisation des établissements de Soins – Service data management

En septembre 2012, notre pays comptait 7007 lits Sp (voir annexe: nombre de lits par indice et par région avec nombre de lits programmés). Ces lits sont répartis dans des hôpitaux généraux (6.373 lits) et des hôpitaux psychiatriques (uniquement les lits Sp psychogériatriques : 634 lits).

Le tableau suivant montre que, à l'exception de Bruxelles, la programmation n'est pas atteinte quel que soit le type de lits Sp. La programmation est atteinte pour la région de Bruxelles pour ce qui concerne les lits Sp non psychogériatriques.

<b>TABLEAU 2</b>	Flandre Lits agréés	Bruxelles Lits agréés	Wallonie Lits agréés	Total Lits agréés	Programmation
HG (0,52/1000)					
Sp (excl. S6, incl S4)	3121	785	1766	5672	5729
Sp (excl. S4 et S6)	2912	731	1650	5293	5729
HP (0,23/1000)					
Sp psychogériatrie	777		452	1354	2534
Population	6.344.628	1.130.301	3.542.379		11.017.308

Waarnemingen bevolking per gewest op 1/1/2012 Bron Federaal Planbureau – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie  
Laatst gewijzigd op 08/03/2012

Le constat ressenti d'une offre de soins insuffisante doit être objectivé avec la collaboration, notamment, du KCE et des universités. Seule cette objectivation pourra conduire à une description des besoins en soins couverts et non couverts (pour les populations de patients visés au point suivant). Ces besoins devront être décrits tant sur le plan qualitatif (type d'offre requise) que quantitatif.

Une préoccupation qui se fait aussi sentir, c'est que les hôpitaux performants ( plus de lits justifiés qu'agréés) ont également un besoin de possibilités d'accueil en lits Sp mais n'ont absolument pas la possibilité de reconvertir des lits.

---

([1]) Lits agréés par la CoCof, la CoCoCom et VGC sur le territoire de Bruxelles capitale

### **3. Modèle prospectif : lits de réadaptation et continuité des soins**

Le CNEH constate un nombre croissant de maladies chroniques avec davantage de comorbidité ou multimorbidité. Les coûts en augmentation ainsi que la demande croissante en soins exigent une approche efficace afin que puissent être garanties l'accessibilité aux soins et la qualité de ceux-ci. Il existe un échange amélioré de données par des applications e-health entre l'hôpital, les centres de services de soins et de logement et la première ligne, ce qui permet l'établissement d'un dossier patient commun.

Engager une plus grande collaboration entre la première ligne, les centres de services de soins et de logement et les hôpitaux semble donc être un choix logique, mais il n'existe en Belgique aucun modèle fixe qui soutienne cette collaboration.

À l'heure actuelle, les lits Sp dans les hôpitaux sont (trop souvent) utilisés pour

compenser la durée d'hospitalisation limitée dans les lits C, D et G aigus. Le système de financement ainsi que le manque de place, notamment dans les établissements de soins aux personnes âgées, et le manque de soins dispensés par l'entourage contribuent à cette politique d'admissions.

La solution à ce problème consiste en quatre éléments :

=> prévoir suffisamment de lits de réadaptation (cf. définition ci-dessous) en hôpital aigu et catégoriel

=> prévoir suffisamment de lits MRS dans les structures de soins aux personnes âgées

=> travail en réseau et collaboration avec ré-adressage mutuel entre services de réadaptation, notamment en fonction de la spécialisation;

=> ne plus admettre en lits Sp des patients qui attendent leur placement dans d'autres établissements ou qui ne peuvent pas encore regagner leur domicile pour des raisons non médicales, mais élargir la **capacité des formes d'accueil alternatives en dehors de l'hôpital** (procéder éventuellement à une étude de capacité).

Le groupe de travail du CNEH propose, d'une part, la mise en place de lits de réadaptation dans les hôpitaux et, d'autre part, la création de lits MRS en suffisance dans le secteur des soins aux personnes âgées.

### **Lits de réadaptation (lits R) en hôpital aigu et catégoriel**

Le groupe de travail propose de transformer les catégories de lits Sp cardiopulmonaires (S1), locomoteurs (S2) et neurologiques (ST) en lits R. Les lits R sont des lits de réadaptation à caractère intensif avec une durée d'hospitalisation limitée en hôpital aigu et catégoriel.

Nous proposons une reconversion de 1 lit Sp cardiopulmonaire, neurologique et locomoteur en 1 lit de réadaptation.

Les hôpitaux disposant de lits Sp chroniques qui prennent en charge des polyopathologies graves ont la possibilité de reconvertir ces lits en lits aigus et subaigus (p. ex. lits G) ou en lits de réadaptation (besoin de rééducation complexe, avec reconversion 1 sur 1) ou en lits Sp psychogériatriques (problématique neurodégénérative et gérontopsychiatrique).

Les règles de reconversion actuelles permettent également, par une désaffectation de lits aigus (C, D, G, E), de créer des lits Sp (AR du 16 juin 1999). La présente proposition doit dès lors permettre d'en faire des lits de réadaptation.

Groupe cible : patients nécessitant une surveillance médicale et une rééducation intensive et multidisciplinaire en hôpital aigu ou catégoriel. Il peut s'agir ici tant d'une réadaptation faisant suite à une problématique aiguë ponctuelle récente que d'une réadaptation pendant les phases susceptibles de réadaptation de la maladie de patients chroniques.

Les normes (durée d'hospitalisation, intensité, encadrement,...) relatives à ces lits de réadaptation seront préparées plus avant avec des experts. Dans ce contexte, nous préconisons le développement de la fonction de réadaptation et d'un programme de soins en réadaptation.

Lors de la définition des normes, il faut aussi prévoir explicitement la prise en charge de groupes cibles à pathologie plus lourde (p. ex. patients SP, patients comateux et Huntington).

### **Lits MRS**

Les conséquences du vieillissement et les soins chroniques doivent être abordés dans des formes de prise en charge (alternatives) appropriées et bien développées, et non plus dans des hôpitaux.

La proposition vise à établir une distinction plus nette entre les soins spécialisés aigus et complexes et les soins de longue durée.

Ce faisant, les lits Sp chroniques à profil MRS devront se situer dans des centres de services de soins et de logement (lits MRS), et la programmation MRS devra être adaptée en conséquence.

Les lits Sp chroniques occupés par des patients des groupes cibles A, B et C (cf. ci-dessous) devront être admis dans des formes de prise en charge alternatives supplémentaires.

Le groupe de travail propose de prévoir des formes supplémentaires de prise en charge alternatives pour trois groupes cibles.

### **Groupe cible A**

Les patients qui ne nécessitent plus de surveillance médicale spécialisée, qui sont prêts à sortir, mais attendent un placement dans un centre de services de soins et de logement ou une autre solution (p. ex. court-séjour, accueil de crise, accueil de nuit).

Les patients qui nécessitent de manière temporaire ou permanente un séjour en milieu de substitution du domicile avec des soins, souvent pour décharger quelque peu l'entourage.

### **Groupe cible B**

Les patients qui ont besoin d'un accueil temporaire pour leur permettre de restaurer leur autonomie dans leur environnement familial naturel (de nouveaux séjours de convalescence, par exemple, peuvent être prévus à cet effet).

Exemple pour des patients après une hospitalisation de longue durée ou une intervention lourde ou assortie d'une demande spécifique de soins plus lourds ou dans le cas d'un patient convalescent en attente d'une rééducation spécifique.

### **Groupe cible C**

Les patients qui nécessitent des soins spécialisés, mais pour lesquels aucune prise en charge permanente appropriée n'est disponible (c.-à-d. des patients souffrant d'un handicap physique ou mental à un stade avancé de la maladie / /NAH/Korsakov/SP/Huntington/jeune atteint de démence...).

Le groupe de travail propose un continuum de soins, du traitement curatif (*cure*) aux soins (*care*).

Une estimation concrète de la capacité requiert une mesure de la capacité dans les hôpitaux aigus et catégoriels, les structures de soins aux personnes âgées, les secteurs des soins à domicile et des soins de proximité.

L'objectif de cet exercice consiste à positionner de manière plus claire les soins aigus et la rééducation dans les hôpitaux aigus et catégoriels par rapport aux soins non médicaux et chroniques. Ceci doit mener à un fonctionnement et un engagement plus efficaces de ressources humaines et de moyens.

Les patients qui ont besoin d'une rééducation multidisciplinaire et connaissent souvent aussi une multipathologie seront admis dans les lits de réadaptation dans les hôpitaux aigus et catégoriels. Les autres groupes cibles doivent pouvoir être admis dans des structures d'accueil adaptées en dehors des hôpitaux.

La collaboration transmurale doit être renforcée à cette fin. Il convient de remédier aux limites d'âge de certaines formes de prise en charge, aux obstacles budgétaires et aux obstacles à l'accessibilité financière des structures.

#### 4. FINANCEMENT DES SERVICES Sp VIA LE BMF

La configuration des services Sp peut être **très hétérogène**, tant par sa taille, sa destination que par son origine ou son histoire. Les services Sp existant à ce jour proviennent soit de la reconversion de lits V et S en 1994, soit de la transformation de lits aigus C, D ou G. En matière de budget des moyens financiers, la situation des lits Sp varie selon l'origine des lits, à l'exception des lits Sp-soins palliatifs qui bénéficient d'un régime spécifique. En pratique, les budgets initiaux ont été maintenus mais ramenés au nombre de lits résultants des règles de reconversion en vigueur. **Il n'y a donc pas de couverture financière effective des normes d'agrément en vigueur.** Ceci est particulièrement vrai pour les services Sp provenant de la reconversion de lits V ou S. Le budget des moyens financiers devrait, au minimum, couvrir les charges imposées par les normes d'agrément sans discrimination entre les lits Sp en fonction de leur origine. Toute augmentation du nombre de lits aura pour effet de creuser le différentiel entre les lits issus des anciens lits V ou S et les autres. Nous nous référons ici aux avis rendus par le C.N.E.H., section financement :

- le 09/04/2009 (B2) ;
- le 09/04/2009 (B1) ;
- le 14/02/2008 (avis relatif aux hôpitaux Sp) ;
- le 13/01/2000

Dans l'avenir, un financement spécifique aux lits de revalidation « R » devrait tenir compte des normes de fonctionnement de chaque programmes de soins de revalidation basé sur des groupe cibles de patients.

#### 5. CONCLUSIONS

## **Le groupe de travail CNEH propose :**

1. D'objectiver (en la collaboration, notamment, du KCE et des universités) le constat ressenti d'une offre de soins insuffisante. Seule cette objectivation pourra conduire à une description des besoins en soins couverts et non couverts (pour les populations de patients visés au point 7). Ces besoins devront être décrits tant sur le plan qualitatif (type d'offre requise) que quantitatif.
2. De prévoir suffisamment de lits de revalidation (indice « R » pour les patients nécessitant une rééducation intensive et multidisciplinaire en hôpital aigu et catégoriel) dans les hôpitaux : reconversion (1-1) des lits Sp cardio-pulmonaires, locomoteurs et neurologiques en lits R. Ces sont des lits de revalidation à caractère intensif avec une durée d'hospitalisation limitée.
3. De définir, par des experts, les normes de financement et d'agrément des lits R sur base de programmes de soins de revalidation spécifiques à des groupes cibles de patients (y compris les patients SEP/SLA, les patients comateux et ceux atteints de la chorée de Huntington).
4. De permettre aux hôpitaux la reconversion (1-1) des lits Sp chroniques en lits G ou en lits R ou encore en lits Sp psychogériatriques.
5. De ne plus admettre en lits Sp des patients qui attendent leur placement dans d'autres établissements ou ne peuvent pas encore regagner leur domicile, mais élargir la capacité des formes d'accueil alternatives en dehors de l'hôpital (procéder éventuellement à une étude de capacité).
6. La création de lits MRS en suffisance dans le secteur des soins aux personnes âgées.
7. De prévoir des formes supplémentaires de prise en charge alternatives pour trois groupes cible de patients :
  - a. Les patients qui attendent un placement ou qui nécessitent de manière temporaire ou permanente un séjour en "milieu de substitution du domicile"
  - b. Les patients qui ont besoin d'un accueil temporaire pour leur permettre de restaurer leur autonomie (séjours de convalescence).
  - c. Les patients qui nécessitent des soins spécialisés (handicap physique et mental à un stade avancé de leur maladie...).
8. Un continuum de soins et un renforcement de la collaboration entre les différentes formes de soins.
9. De corriger le budget des moyens financiers qui devrait, au minimum, couvrir les charges imposées par les normes d'agrément sans discrimination entre les lits Sp en fonction de leur origine.