

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

Bruxelles, 09/04/2009

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

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section «Programmation et Agrément»

Réf. : CNEH/D/298-3 (*)

PREMIER AVIS PARTIEL EN MATIÈRE DE PROGRAMMATION DES LITS Sp

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau du 9 avril 2009

La demande d'avis

Le 24 novembre 2006, le ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique demandait au CNEH un avis sur une révision de la programmation de 0,52 lit Sp par 1000 habitants, fixée dans l'AR du 12 octobre 1993 (MB du 19 octobre 1993).

Ce chiffre de programmation avait été fixé compte tenu de la programmation des anciens lits V, des reconversions en lits MRS et lits Sp et des autres chiffres de programmation en vigueur (AR du 21 mars 1977).

Le ministre a lié cette demande au constat selon lequel les durées de séjour sont de plus en plus courtes. Le CNEH part du principe que le ministre entendait par là, la durée de séjour en service aigu.

Constatations

1. Le CNEH constate que la durée de séjour dans les services aigus a baissé ces dernières années et que celle-ci ne s'élevait plus, en 2006, pour les services C-D, qu'à *(5.49 journées C et 6.70 journées D)* en moyenne. Cela paraît être la conséquence des progrès de la science médicale, des évolutions technologiques et - élément non négligeable - de l'instauration du financement de l'activité hospitalière sur la base des durées de séjour justifiées. (AR du 25 avril 2002).
2. Lors de l'instauration du nouveau financement en 2002, les critères de programmation des différences index de lits n'ont pas été évalués ni adaptés. Le nombre de lits aigus agréés est, au 1^{er} juillet 2008, plus élevé que le nombre de lits aigus justifiés C et D, soit 30315 contre 28018.
3. Des questions se posent à propos de ces courtes durées de séjour, des sorties rapides et des réadmissions. D'aucuns craignent pour la sécurité des patients parce que l'encadrement approprié à domicile ou en milieu de substitution du domicile fait parfois défaut en cas de sortie prématurée.
4. En raison du vieillissement, de nombreux patients hospitalisés dans les services aigus ont un profil gériatrique. Le problème peut être résolu partiellement par une meilleure orientation vers des lits G, mais des pénalisations pour durées de séjour trop longues s'appliquent aussi aux lits G.
5. Bien que la programmation des lits Sp soit largement dépassée, de nombreux établissements sont demandeurs de lits Sp supplémentaires. À l'origine de la demande se trouve parfois un besoin de services spécialisés pour la revalidation ; parfois il s'agit simplement d'offrir une solution de remplacement du court séjour en service aigu pour des patients qui, pour des raisons variées, ne peuvent pas (encore) regagner leur domicile ou milieu de substitution du domicile.
6. Depuis que la demande du ministre Demotte est parvenue au CNEH, plusieurs actions ont été prises pour lancer des initiatives expérimentales et/ou des programmes de soins appropriés pour certains groupes cibles de patients (sclérose en plaques, LCA, patients comateux, Huntington, etc.) et/ou pour en poursuivre le développement.
7. Les différents index de lits S ont chacun un profil de patients et des besoins spécifiques. Une évaluation des besoins et de la programmation de ces divers types nécessite analyse et réflexion.

Considérations

Le CNEH estime que la programmation des lits Sp nécessite une évaluation.

Le nouveau financement de l'activité hospitalière (AR du 25 avril 2002) a atténué la signification du lit agréé au profit du lit justifié sur la base de la durée de séjour et donc aussi de la programmation des différents types de services hospitaliers.

Chaque programmation de lits doit apporter une réponse à un besoin réel (rééducation spécialisée, pathologie spécifique, prise en charge alternative, passage sécurisé à une situation "normale"....) des différents groupes cibles.

Etant donné les différents indices de lits Sp couvrant des besoins très diversifiés, une évaluation de la programmation est complexe.

Le CNEH souhaite s'attaquer à cette évaluation par des avis partiels.

Le Conseil est d'avis que les demandes actuelles des hôpitaux visant à exploiter de nouveaux ou des lits Sp complémentaires doivent être pris fort au sérieux.

Premier avis partiel

1. Le Conseil recommande de **retirer de la programmation des lits Sp** (à savoir 0,52 lits par 1.000 habitants) **les lits de soins palliatifs** qui y sont actuellement inclus. Les lits de soins palliatifs ne doivent pas être considérés comme un indice Sp¹ (« service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle »). Ceci doit permettre de libérer 360 lits en Belgique, à répartir proportionnellement entre les Régions et les Communautés. A l'intérieur de la programmation et à budget constant, les établissements qui le souhaitent pourraient ainsi, dès à présent, convertir certains lits justifiés en lits Sp.
2. Le Conseil recommande d'élaborer un **mode de financement approprié et cohérent des lits Sp**. En effet, les moyens budgétaires ne dépendent pas des soins qui y sont dispensés mais sont calculés sur une base historique qui pénalise certains établissements (discrimination en fonction de l'origine du lit²). Le CNEH considère donc qu'un financement correct et homogène des différentes activités est nécessaire.

1 Les services hospitaliers d'indice Sp ont été créés en 1993 (AR du 12.10.1993) comme « service spécialisé de traitement et de réadaptation destiné aux patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, neurologiques, locomotrices et chroniques. Les patients visés nécessitent un traitement médical spécialisé, des soins infirmiers, une réadaptation fonctionnelle et une réactivation en milieu hospitalier et requièrent une prise en charge active et prolongée mais de durée limitée.

2 La situation des lits Sp varie en fonction de l'origine des lits, à l'exception des lits Sp soins palliatifs qui bénéficient d'un régime spécifique. Les budgets initiaux ont été maintenus et 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, particulièrement pour les lits provenant de la reconversion de lits V ou S (voir avis du CNEH du 09/09/1999)

3. Le Conseil s'engage à formuler des propositions à la Ministre dans d'autres avis partiels en matière de programmation de services spécialisés, de fonctions et programmes de soins, et en matière de formes de prises en charge alternatives (tant intra- qu'extra-muros). Le but consistant à mieux répondre aux besoins spécifiques des différents groupes cibles, de manière à ce que, grâce à une offre de soins de qualité et des moyens appropriés, les établissements soient mieux à même d'orienter leur offre de soins en fonction de la population cible de patients.
4. le CNEH s'engage à analyser la programmation des lits "Sp palliatifs" ainsi que des lits "Sp psycho-gériatriques" et fera des propositions concrètes à ce sujet