

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA FAMILLE

BRUXELLES, le 10 mai 1984

Administration des établissements
de soins

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section mixte "Programmation -
Agrément"

Réf.: C.N.E.H./P/D/4-3

AVIS PROVISOIRE SUR LES EQUIPEMENTS INSTITUTIONNELS POUR PATIENTS
PSYCHOGERIATRIQUES.

Bruxelles, le 10 mai 1984

Administration des établissements
de soins

CONSEIL NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section mixte "Programmation -
Agrément"

Réf.: C.N.E.H./P/D/4-3

Avis provisoire sur les équipements institutionnels pour patients
psychogériatriques.

I. INTRODUCTION

La Section "Programmation" du Conseil national des établissements hospitaliers a émis lors de sa réunion du 23 décembre 1983, un avis relatif à l'estimation des besoins en lits dans le service Gériatrie (index G).

Ce document, référence C.n.é.h./P/D/3-2 stipule à l'article 2, point 3, que les services spécifiquement destinés aux patients psychogériatriques ne sont pas examinés dans le cadre des services "G" proprement dits et feront dès lors l'objet d'un avis séparé. Le présent document a pour but d'approcher le problème spécifique des équipements psychogériatriques sous deux angles, à savoir chiffrer les besoins en équipements institutionnels d'une part et donner une autre définition qualitative de l'équipement destiné aux patients psychogériatriques dans la phase aiguë ou subaiguë de leur affection d'autre part.

Le Conseil s'est, à cet effet, aligné sur les avis antérieurs relatifs aux équipements institutionnels pour personnes âgées malades, notamment en ce qui concerne les services G.

Le présent avis peut dès lors être considéré comme un complément nécessaire aux avis partiels "G", émis antérieurement par la section "Agrément" les 14 avril et 30 juin 1983 d'une part et par la section "Programmation" le 23 décembre d'autre part.

Un groupe de travail mixte, composé de membres de la section "Programmation" et de délégués de la section "Agrément", a été créé afin d'examiner les aspects quantitatifs et qualitatifs des équipements institutionnels spécifiques pour patients psychogériatriques.

.../...

Cette procédure a l'avantage de permettre une approche globale du problème des équipements psychogériatriques.

On tentera plus loin de formuler les principales conclusions concernant ce problème. Il est indéniable que l'étude objective d'un problème aussi vaste que celui des équipements psychogériatriques a exigé de grands efforts de la part du groupe de travail. Ce dernier était en partie handicapé par l'absence de données spécifiques de morbidité concernant notre pays d'une part et, par l'insuffisance des connaissances actuelles en ce qui concerne la structure globale des soins de santé pour patients âgés d'autre part.

Le groupe de travail a néanmoins estimé devoir émettre par analogie avec les avis partiels sur les services G, un avis provisoire circonstancié relatif aux équipements pour patients psychogériatriques aigus ou subaigus.

Cette tâche s'impose d'urgence, eu égard aux remaniements imminents dont le secteur institutionnel des soins de santé fera l'objet, comme l'ont annoncé à maintes reprises des discours ministériels et des communications gouvernementales.

Ce rapport intérimaire a pour but d'éviter qu'une révision générale des modèles d'organisation des soins gériatriques chroniques n'ignore les équipements institutionnels pour patients psychogériatriques.

II. DISCUSSION DU PROBLEME DES PATIENTS PSYCHOGERIATRIQUES.

1. Vieillesse de la population.

Les problèmes relatifs aux malades mentaux se sont accentués ces deux dernières décennies en raison du vieillissement croissant de la population, et particulièrement eu égard à l'augmentation relativement importante du nombre de personnes du quatrième âge. Il est extrêmement difficile d'estimer le nombre de personnes âgées nécessitant des soins pour troubles psychiques. L'enregistrement de la morbidité n'est en effet pas obligatoire en Belgique, même pas dans le cadre des équipements institutionnels. L'estimation doit dès lors se faire sur la base de constatations se rapportant à la société dans son ensemble, notamment en ce qui concerne la prévalence des personnes âgées, particulièrement les personnes du quatrième âge souffrant de troubles psychiques.

2. Définition du patient psychogériatrique.

On peut affirmer en règle générale que les personnes âgées de notre société sont menacées au niveau de l'intégralité de leur vécu.

Sur le plan physique, de nombreuses fonctions diminuent; l'homéostasie, notamment, devient précaire.

Sur le plan psychique, la personne âgée s'adapte plus difficilement au changement de ses conditions de vie; son statut social et financier subit enfin, dans le plupart des cas, une régression sensible. La notion de "patient gériatrique" s'emploie lorsque la maladie est indéniablement liée aux problèmes entraînés par un âge avancé, accentués par une pathologie multiple, fréquente dans ces cas; les avis partiels antérieurs relatifs aux services "G" ont déjà amplement mis l'accent sur ce phénomène.

Le groupe de travail a voulu à cette occasion, souligner une fois de plus que le problème des patients gériatriques en général, et des patients psychogériatriques en particulier, demande une qualification et des structures d'accueil spécifiques.

Les patients psychiatriques âgés peuvent se répartir en plusieurs catégories en fonction des symptômes, des possibilités de traitement et des pronostics :

a. patients âgés présentant des symptômes psychiatriques, mais de nature non gériatrique.

L'âge ne constitue pas un facteur étiologique pour cette catégorie de patients âgés. Ces derniers peuvent être admis pour le diagnostic et le traitement dans les équipements A et T en fonction des symptômes psychiatriques (dépression, névrose, psychose).

b. patients âgés présentant des symptômes psychogériatriques.

L'âge constitue ici un facteur déterminant des symptômes psychiatriques. La pathologie la plus connue se caractérise par la désorientation aiguë et la démence sénile (de modérée à profonde).

Le présent avis, préparé par le groupe de travail mixte, se borne à examiner les équipements destinés à ce dernier groupe de travail.

3. Chiffres de prévalence.

Des études étrangères concernant le chiffre de prévalence pour la démence parmi les personnes de plus de 65 ans (sans correction en fonction de la distribution d'âge) montrent que près de 4 % de la population âgée présentent des signes de démence sénile et artériosclérotique.

Ces études donnent notamment :

pour l'Angleterre (étude PARSONS) : 4,4 %

pour le Danemark (étude NIELSEN) : 3,1 %

pour l'Ecosse (étude PRIMROSE) : 3,6 %

La Fédération des institutions hospitalières de Caritas Catholica a effectué, sous la direction scientifique de M. DELESIE, une étude sur la prévalence des mêmes affections psychogériatriques en ce qui concerne la population en Flandre; pour autant du moins que les personnes âgées concernées aient été admises dans un équipement institutionnel.

En voici les résultats (exprimés par 1.000.000 personnes âgées)

- Admission en :	service aigu	:	1.340
	service R	:	140
	service V	:	1.820
	home pour personnes âgées	:	6.300
	hôpital psychiatrique		910
			<hr/>
	Total		10.500

Les personnes âgées en Flandre sont au nombre de ± 741.000, dont 1,4 % est admis. Une étude similaire, effectuée au Pays-Bas par l'Inspection générale de la Santé mentale (Nederlandse Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg), donne un résultat comparable : 1,8 % de la population âgée totale est admis pour des motifs psychiatriques.

Les membres francophones du groupe de travail se sont concertés au sein de leur communauté linguistique et estiment le résultat de l'étude représentatif de leur région.

En ce qui concerne l'ensemble du pays (la région Bruxelles-capitale inclus) on peut donc partir de l'hypothèse de travail selon laquelle 1,8 % des personnes âgées est admis dans l'un ou l'autre équipement institutionnel pour des raisons psychiatriques.

.../...

Les groupes d'étude des deux communautés linguistiques s'accordent à reconnaître que le coefficient d'admission des personnes du quatrième âge est largement supérieur à la moyenne, bien qu'il soit impossible de le démontrer à l'appui de chiffres de prévalence précis, ventilés en fonction de l'âge.

Le groupe de travail pense que ce pourcentage de prévalence, à savoir 1,8 %, est sans doute sous-estimé, eu égard à l'accroissement relativement important du nombre de personnes du quatrième âge qui se produira dans les dix années à venir.

II. Remarques relatives au problème des patients psychogériatriques.

On a cité plus haut les chiffres de prévalence relatif au nombre de patients psychogériatriques séjournant dans l'un ou l'autre équipement institutionnel. Ces patients constituent à peu près 1,4 % de la population de plus de 65 ans. On admet cependant que 4 à 5 % des personnes âgées sont confrontés à des problèmes psychogériatriques, et que ce pourcentage passe à 20, voire 22 %, pour le groupe des plus de 80 ans.

On constate en pratique qu'un tiers seulement des patients psychogériatriques sont admis dans un établissement, en raison surtout de troubles de comportement résultant de leur affection. L'admission est cependant due dans certains cas, à des lacunes au niveau des relations sociales qui privent la personne de la protection de l'environnement familial.

On constate en outre que les demandes d'admission dans un équipement institutionnel varient également en fonction d'usages régionaux. L'isolement et la dégradation du statut de la personne âgée sont davantage marqués dans certaines régions de notre pays que dans des communautés à structure plus patriarcale. Beaucoup de personnes âgées présentent rapidement des troubles psychiques en raison du manque total de mesures préventives visant à faire face à la sénilité dans des équipements extra-hospitaliers spécifiques au troisième âge.

.../...

IV. Tentative de structuration des équipements institutionnels pour patients psychogériatriques.

Le groupe de travail a tout d'abord exorimé sa réelle préoccupation face à une situation qui évoluera rapidement à l'avenir.

Il faudra prévoir, dans les prochaines décennies, une organisation et une infrastructure solides d'équipements spécifiques pour patients psychogériatriques: si l'on veut faire face au nombre sans cesse croissant de personnes du troisième et surtout du quatrième âge: c'est à présent qu'il faut jeter les fondations de ces structures. Ci-après figure un aperçu des différents équipements susceptibles d'être envisagés dans le cadre d'une programmation intégrale à terme.

Le groupe de travail juge en premier lieu absolument nécessaire de consacrer une attention particulière à l'encadrement du troisième âge.

Cette phase, sans conteste importante, de l'existence humaine doit recevoir un contenu aussi signifiant que possible. De nombreuses initiatives surgissent à l'heure actuelle (centres de quartier, clubs pour personnes âgées etc...) mais elles témoignent souvent davantage d'une bonne volonté que d'une approche professionnelle, d'où d'ailleurs leur caractère éphémère.

Le groupe de travail estime que des mesures préventives, visant à faire face aux problèmes du vieillissement, rendraient sans doute superflus de nombreux équipements hospitaliers.

La dispensation de soins ambulants permet d'autre part d'éviter l'hospitalisation de patients gériatriques. Une planification globale ne peut ignorer les possibilités offertes par les instituts de traitement de jour, la polyclinique, les bureaux de consultation, les centres de services et, bien entendu, les soins de santé primaires et les soins dispensés par l'environnement du malade.

Une approche intégrale des problèmes du troisième (et du quatrième) âge déborde en principe du cadre du présent avis; le groupe de travail estime toutefois opportun de préconiser une prévention accrue. Il s'est évidemment préoccupé davantage des soins institutionnels, étant donné que ce problème rentre dans le cadre des attributions du Conseil national des établissements hospitaliers. Le groupe de travail n'a toutefois pas été à même d'émettre un avis global sur toutes les formes d'accueil institutionnel, étant donné que le Ministre des Affaires sociales doit encore formuler certaines options en ce qui concerne la politique à mener dans ce domaine.

.../...

La répartition des services destinés aux patients psychiatriques proposée ci-après, n'est par conséquent donnée qu'à titre d'exemple.

Là où le Ministre a clairement défini une position, par exemple en ce qui concerne les normes et la programmation des services G destinés aux patients non-psychiatriques, le groupe de travail veut, par analogie, élaborer une proposition relative aux services psychogériatriques pour patients aigus et subaigus. Ces derniers services sont désignés, dans le jargon du groupe de travail, par l'abréviation "Gp".

Il est à rappeler une fois de plus que la présent avis ne vise qu'à réglementer l'hospitalisation des patients répondant à la définition susmentionnée; à savoir les patients présentant des symptômes multiples, dont l'aspect psychiatrique est lié à l'âge élevé. L'avis ne concerne donc pas les patients psychiatriques non-gériatriques, pour lesquels existent des équipements spécifiques (A et T). Le groupe de travail a estimé devoir respecter un parallélisme, compte tenu de la répartition, proposée par les avis antérieurs, en ce qui concerne les services pour malades âgés gériatriques (aigus et subaigus), souffrant d'affections (somatiques) chroniques.

Les problèmes des patients psychogériatriques peuvent recevoir une réponse structurelle en fonction du degré de dépendance vis-à-vis des soins médicaux et infirmiers.

On distingue, en pratique, trois types de soins :

- les soins ambulants
- l'observation, le traitement et la réactivation des patients dans la phase aiguë ou subaiguë de leur affection psychogériatrique
- le traitement continu des déments profonds, non susceptibles de réhabilitation.

Le présent avis concerne tout particulièrement le service gériatrique pour patients psychogériatriques où l'accent est mis sur le diagnostic et le traitement. Le patient psychogériatrique est, selon le groupe de travail, avant tout un patient gériatrique, nécessitant en outre des soins psychiatriques particulièrement compétents. L'aspect gériatrique doit cependant toujours primer. On envisage donc pour ces patients, un équipement tout à fait spécifique, en relation étroite avec le service de gériatrie (index G) pour patients gériatriques somatiques.

Un tel équipement - appelé "Gp" - peut être associé, sur le plan de l'organisation, à un hôpital général ou à un établissement psychiatrique.

.../...

La second volet de cet avis approfondira les aspects architecturaux, fonctionnels et organisationnels du service Gp.

Le groupe de travail s'est basé, en ce qui concerne la programmation, sur la situation de fait, telle qu'elle se présente actuellement dans le cadre des services programmés antérieurement, destinés aux patients gériatriques nécessitant un traitement psychiatrique (voir A.R. du 21 mars 1977 - M.B. du 30 avril 1977).

On constate qu'un tiers environ des patients admis dans ces services (ceux-ci sont, selon la région, agréés provisoirement sous l'index V ou T, à défaut d'index spécifique) se trouvent dans une phase aiguë ou subaiguë de leur affection (le plus souvent désorientation ou démence sénile).

En d'autres termes, 1.000 des 3.000 patients, actuellement admis dans les services Vp, devraient en réalité se trouver dans un service Gp, eu égard à leurs besoins sur le plan du diagnostic, du traitement et de la réadaptation fonctionnelle.

On propose donc, à l'instar des services V, dont une partie peut être reconvertie en services G du fait de leurs excellents résultats sur le plan de l'activation des patients, de reconvertir un tiers du nombre de lits, actuellement réservés au traitement prolongé de patients psychogériatriques, en services "Gp", en offrant davantage de possibilités diagnostiques et thérapeutiques que les services "Vp".

Le groupe de travail est conscient de la façon arbitraire dont le critère proposé, à savoir 1.000 lits - ce qui revient à 0,7 lits pour 1.000 personnes âgées -, a été fixé. Le groupe de travail a néanmoins tenu à fixer un critère provisoire parce qu'il estime que cette nouvelle formule "Gp" doit pouvoir se concrétiser.

Le groupe de travail est évidemment toujours prêt à adapter le chiffre proposé vers le haut ou vers le bas à la lumière des résultats de la nouvelle formule "Gp".

.../...

V. Projet de normes spéciales pour le service de psychogériatrie (index Gp)

1. L'agrément en qualité de service de psychogériatrie peut être accordé au service hospitalier qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic à caractère médical spécialisé, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation de patients psychogériatriques.

Le patient psychogériatrique est un patient âgé se trouvant dans la phase aiguë ou subaiguë d'une pathologie spécifiquement psychiatrique ou d'une maladie psycho-organique, influencé entre autres par la pathologie propre à un âge avancé.

Ce service se situe dans un hôpital général ou dans un établissement psychiatrique. * (1)

Un service de psychogériatrie peut, à titre exceptionnel, fonctionner indépendamment, sous réserve de l'existence de liens fonctionnels avec d'autres services hospitaliers.

Ces liens fonctionnels doivent faire l'objet d'un accord écrit.

Il y a également lieu de prévoir des liens fonctionnels avec les équipements extra-hospitaliers. Il est souhaitable que le travail d'équipe des services de psychogériatrie soit axé sur ces liens.

Le patient psychogériatrique peut être admis dans ce service soit directement, soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection.

2. Ce service admet non seulement des patients psychogériatriques dans la phase aiguë de leur affection, mais assure aussi l'hospitalisation prolongée des patients psychogériatriques présentant une affection subaiguë non encore stabilisée, affection exigeant les soins spécialisés précités.
3. Toutes les activités du service, qu'elles soient d'ordre médical, infirmier, paramédical ou hôtelier, auront en permanence pour souci d'appliquer des traitements actifs précoces afin de permettre une sortie aussi rapide que possible du patient dont le potentiel physique, psychique et social aura été rétabli.

x(1) : voir à ce sujet le résultat du vote sur ce point contesté.

4. Le service Gp doit disposer du personnel et de l'équipement minimum nécessaires à l'accomplissement de la tâche précitée dans les plus brefs délais et dans les meilleures conditions.

1. Normes architecturales * (1)

1. Le service sera accessible sans devoir passer par un autre service.
2. Les unités d'hospitalisation du service formeront un ensemble distinct, complètement séparé des locaux d'hospitalisation des autres services. Elles seront accessibles aux fauteuils roulants.
3. Dans les couloirs et dégagements du service, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves seront évitées autant que possible. Le revêtement de sol sera constitué d'un matériau anti-érapant.
4. Les déplacements des patients dans le service seront facilités par le placement de balustrades et de mains courantes; les installations sanitaires en seront aussi dotées.
5. Tous les locaux doivent être pourvus d'un système d'appel efficace.
6. Les installations sanitaires pour les patients seront aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité des salles de séjour et d'exercice.

Il y a lieu de prévoir au minimum 1 lavabo avec eau courante par 2 patients, un bain ou une douche par 10 malades et une toilette par 5 malades. Certaines toilettes seront spacieuses et pourvues de portes suffisamment larges afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant et au personnel d'assister éventuellement le patient.

Les bains et les douches doivent être équipés d'un robinet mélangeur excluant les températures supérieures à 45 ° C.

- * (1) Il y a lieu de prévoir une période transitoire afin de permettre aux établissements et services à reconvertir d'effectuer les aménagements nécessaires.

.../...

7. Les chambres individuelles auront une superficie d'au moins 8 m^2 et les chambres collectives une superficie d'au moins 6 m^2 par lit.
Il y aura un maximum de 6 lits par chambre.
Il y aura au moins des chambres individuelles pour un cinquième des malades. Le service comprendra au moins 1 unité par 24 lits.
8. Chaque unité de soins disposera au moins d'un local d'examen et d'un local destiné aux entretiens avec les patients.
9. Les salles à manger et les salles de séjour devront pouvoir abriter tous les malades de l'unité.
Les salles de séjour auront une superficie totale d'au moins 4 m^2 par malade, y compris $1,25 \text{ m}^2$ pour la salle à manger. Ceci correspond à un espace vital global de 10 m^2 par malade (chambre à coucher + salle de séjour).
10. Les fonctions des différents locaux seront indiquées de manière uniforme. L'architecture et l'aménagement intérieur mettront le plus possible l'accent sur l'aspect hôtelier.
11. Chaque unité de soins sera dotée d'appareils mobiles pour l'oxygène et pour l'aspiration.
12. Il faut veiller à une aération adéquate de tous les locaux.
13. Chaque unité doit comprendre un nombre suffisant de chambres pourvues d'une isolation phonique.
Ces chambres doivent être conçues de manière à garantir la sécurité du patient.
14. Les fenêtres seront équipées de systèmes de sécurité permettant d'en entraver l'ouverture.
15. Les portes des toilettes et des salles de bain doivent ouvrir vers l'extérieur et être pourvues d'une fermeture de sécurité pouvant être actionnée de l'extérieur par le personnel.

.../...

2. 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 certain nombre de lits articulés, mobiles et réglables en hauteur.

Il y a en outre lieu de disposer des équipements suivants :

- suffisamment de matériel anti-escarres,
- des panneaux latéraux pour quelques lits,
- des fauteuils 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 de chaque niveau d'hospitalisation

- des barres parallèles,
- une bicyclette ergométrique,
- un escalier d'exercice.
- un espalier.

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

Le psychologue disposera également de l'équipement nécessaire.

3. Il est établi pour chaque patient, dès son admission, un dossier comportant ses données médicales et infirmières.

4. Le médecin consigne dans le dossier 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 un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements médicaux spéciaux que les possibilités de réadaptation fonctionnelle.

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

A cet effet, il convient que l'équipe, à savoir le médecin, l'infirmier en chef, le psychologue, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le travailleur social et le logopède se réunisse chaque semaine. Le rapport de cette réunion figure dans le dossier.

3. Normes d'organisation.

1. La direction médicale du service de psychogériatrie est confiée à un neuropsychiatre témoignant d'un intérêt particulier pour la psychogériatrie et ayant reçu une formation complémentaire dans ce domaine.
2. Le médecin-chef de service devra pouvoir faire appel chaque fois en cas de besoin aux médecins-spécialistes susceptibles d'être associés au traitement, et en particulier à un interniste possédant une expérience particulière en gériatrie.
3. L'unité de soins disposera, par 24 lits dont le taux moyen d'occupation s'élève à 90 %, de 15 équivalents temps plein comportant en tout cas :
 - 1 infirmier en chef A1
 - 8 membres du personnel infirmier
 - 4 aides-soignantes
 - 1/2 infirmier social ou 1/2 assistant social.

Le 1 1/2 équivalent temps plein restant doit être réparti entre les fonctions de psychologue clinique, de kinésithérapeute ou d'ergothérapeute, ceci en fonction de la nature de la pathologie des patients admis dans l'établissement et des besoins du service. Il faut, en outre pouvoir faire appel, dans l'établissement, à la collaboration de logopèdes et de diététiciens; leur nombre sera déterminé en fonction du nombre de services et de diversité de ces derniers au sein de l'établissement.

.../...

4. L'unité de soins disposera d'un kinésithérapeute à mi-temps et d'un ergothérapeute à mi-temps par 24 lits dont le taux d'occupation moyen s'élève à 90 %.

Le service doit en outre disposer d'un psychologue clinique à mi-temps et d'un travailleur ou infirmier social à mi-temps. Il faut de plus prévoir la collaboration de logopèdes et de diététiciens, dont le nombre sera fonction du nombre de lits des services de l'établissement et de la nature des affections des patients admis dans ces services.

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

6. Il sera créé au sein du service un climat psychologique favorable adapté aux besoins des patients psychogériatriques.

L'établissement de l'horaire, le rythme des différentes occupations et activités, la tour de rôle du personnel, etc. seront étudiés en fonction de ces besoins.

Les patients mangent en groupe dans la salle à manger.

La kinésithérapie et l'ergothérapie se font pour la plus grande partie en groupe. Des activités socio-culturelles sont organisées.

7. Deux médecins au minimum seront en tout cas liés au service, dont au moins un neuropsychiatre par deux unités de soins.

Fait à Bruxelles, le 10 mai 1984 en séance plénière du Conseil national des établissements hospitaliers, Sections "Agrément" et "Programmation", à l'unanimité des voix, exception faite du point V, 1, pour lequel 14 membres se prononcent en faveur du texte proposé tandis que 8 membres estiment que le service de psychogériatrie devra se situer dans un hôpital général et ne peut dès lors pas dépendre d'un établissement psychiatrique.

Le Secrétaire,

Le Président du Conseil,

Jean Wang

D. VAN DAELE,
Directeur général.

Dr J. PEERS.

[Signature]