

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT

Administration des établissements
de soins

Bruxelles, le 11 mai 1989

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Sections "Programmation" et Agrément"

N/réf.: CNEH/D/26

AVIS DU CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS, SECTIONS
"PROGRAMMATION" ET "AGREMENT" SUR LA PSYCHIATRIE

Réformes structurelles dans les hôpitaux psychiatriques.

1. Justification générale et principes

A la lumière des récentes mesures d'économie annoncées par le Ministre Busquin et des éléments innovateurs annoncés à plusieurs reprises en matière de politique (le rapport dit Rapport Groot), les hôpitaux psychiatriques sont tenus de prendre une position claire et de formuler également des propositions en matière de réformes structurelles.

Pour un secteur qui, malgré un retard historique et le fait d'avoir été systématiquement mis à rude épreuve dans le passé, a cependant connu plusieurs bons développements et une bonne dynamique ces dernières années, les principes généraux suivants se doivent d'être appliqués :

1. Les initiatives bien développées doivent être maintenues.
2. Des adaptations doivent être élaborées afin de permettre une meilleure politique, avant tout en ce qui concerne les éléments pour lesquels les efforts passés n'ont pas encore abouti à des solutions.
3. Des effets d'économie doivent être poursuivis afin de rendre possible les deux points qui précèdent, mais les effets d'économie doivent également être axés sur la concrétisation de ces points.

Il convient par ailleurs de faire remarquer à ce propos qu'au 1.1.1989, le pays comptait 19.514 lits agréés sous les index A, T et K, alors que les critères de programmation en autorisent 20.519, ce qui prouve que le secteur psychiatrique a consenti un réel effort ces dernières années.

2. Positions par rapport aux options de politique et aux mesures d'économie.

2.1. Nécessité d'une sécurité de politique

La programmation actuelle, laquelle n'a jusqu'à présent pas encore été entièrement réalisée, est née d'une large concertation entre les autorités et le secteur hospitalier et a abouti à un "projet pour la psychiatrie". Ce projet formait jusqu'à présent un solide instrument de politique tant pour les autorités que pour le secteur hospitalier, et les hôpitaux psychiatriques définissaient jusqu'à ce jour leur propre politique sur base de ce projet. Les nombreux projets en cours dans la plupart des hôpitaux cadrent avec et sont basés sur la programmation actuelle de la psychiatrie.

Les nouvelles options de politique et les récentes propositions d'économie semblent contrecarrer radicalement cette programmation. Aucune argumentation approfondie ne fut cependant présentée à ce sujet. Par conséquent, une réorganisation du secteur risquerait plutôt d'entraîner la perte irréparable des bienfaits d'une politique de plusieurs années que de générer une amélioration ou un assainissement du secteur. Dans l'intérêt aussi d'une sécurité de politique indispensable, il y a dès lors lieu de proposer que la programmation soit respectée et ait l'occasion d'être mise intégralement à exécution.

C'est seulement en se basant sur la programmation actuelle qu'une évaluation et une adaptation éventuelle de la programmation peuvent avoir lieu, conjointement avec une analyse des besoins et de l'offre de soins au sein de la psychiatrie. Une étude des besoins, des développements ultérieurs nécessaires, des évolutions au sein du secteur des soins, des populations de patients existants et des situations démographiques, doit être à la base même des évaluations et de la formulation des corrections nécessaires. En même temps, il y a lieu d'insister sur le fait que des consultations et une vaste concertation sont des plus souhaitables et même indispensables en vue d'aboutir à une politique basée sur des expériences réalistes.

2.2. Image de marque secteur psychiatrique

Les hôpitaux psychiatriques sont parfaitement conscients que l'image de marque de la psychiatrie conserve une coloration très négative. Ils imputent ceci aux causes suivantes :

De par la création des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (S.A.H.G.), lesquels admettent et traitent, pendant une courte durée, des cas aigus (tant profonds que légers)

ces patients restent admis avec de troubles majeurs et problèmes psychiatriques dans les hôpitaux psychiatriques classiques, où même l'admission obligatoire se passe encore régulièrement sous la forme de collocation.

- Des patients psychiatriques présentant des problèmes plus graves sont encore constamment envoyés depuis les services psychiatriques des hôpitaux généraux vers les instituts psychiatriques. De par la présence des divers groupes au sein des hôpitaux psychiatriques et l'encadrement totalement insuffisant en personnel pour l'assistance thérapeutique de patients y séjournant plus longtemps et pour l'admission de patients en surnombre (des patients n'ayant en fait plus leur place en psychiatrie mais devant malgré tout y rester admis, vu le manque d'autres structures ou dispositions), il existe un mélange inévitable des groupes. Malgré d'importants efforts sur le plan thérapeutique et sur le plan de l'encadrement matériel, des résultats optimaux de traitement risquent de ne pas être atteints. Ceci n'est pas acceptable pour un service de santé. Une politique fournissant une réponse face à de telles situations de surcharge et de fonctionnement difficile en raison d'un manque de personnel et de possibilités, doit par conséquent être instaurée.

La situation au sein des hôpitaux psychiatriques pourra certainement être améliorée en remettant un peu d'ordre dans les divers groupes, à condition que la garantie d'une offre thérapeutique suffisante soit fournie à tous les groupes.

2.3. La notion centrale de durée d'hospitalisation

Dans les nouvelles options de politique et également dans les récentes propositions d'économie et de financement en cours de discussion, il est fréquemment mis l'accent sur la durée d'hospitalisation ou durée de séjour comme critère pour mesurer la qualité de l'offre de soins et même le besoin en soins. Il y a lieu d'insister sur le fait que cette manière de procéder ne peut que fournir des compositions purement arithmétiques, lesquelles ne sont nullement le reflet de la réalité médicale. Elles sont totalement inadéquates et ne comportent pas le moindre élément de qualité. Le critère de durée de séjour peut seulement être de façon limitée un paramètre directeur et cela à condition qu'il soit encore associé à d'autres critères ou qualifications de nature médicale ou de nature hospitalière.

3. Les sous-groupes au sein de la psychiatrie en milieu hospitalier en tant que base indispensable pour la politique.

3.1. Différenciation de la psychiatrie

Au sein de la psychiatrie, des pathologies et des besoins très divergents sont traités et soignés. Il existe une grande différence entre les patients névrotiques et les patients psychotiques, entre les êtres présentant des troubles relationnels, les personnes avec des problèmes de dépendance, etc. Cette réalité a donné lieu à une spécialisation effective de nombreux services psychiatriques.

Cette diversité n'est absolument pas reflétée au travers de l'existence de divers types de services cliniques. Excepté pour la spécialité de la psychiatrie des enfants et des jeunes (index K) il n'est fait que deux grandes distinctions : les services cliniques A et T. Pour le service T, il existe bien un sous-service distinct administrativement : le service Tg ou TVP pour la psychogériatrie.

Par le biais d'un maniement assez aisé des normes, la psychiatrie en milieu hospitalier est parvenue en grande partie à tenir compte de la différenciation psychiatrique au sein de ces distinctions globales. Comme précisé dans la loi-programme, les hôpitaux psychiatriques accomplissent les actes de médecine mentale en milieu hospitalier dans le cadre de l'ensemble de la médecine d'une région. Cette région peut être différente pour les diverses spécialisations de l'hôpital. Tout ceci est déjà repris comme il se doit en partie dans la politique de programmation et de reconnaissance antérieure. Ceci est en même temps la motivation pour se pencher sur les sous-groupes de patients pour lesquels aucune solution efficace ne peut malgré tout encore être trouvée, afin de corriger la politique passée et de la compléter sur base des besoins spécifiques de ces groupes.

3.2. Groupes spécifiques relevant de la psychiatrie et suscitant des problèmes déterminés.

Au sein de la psychiatrie, nous pouvons encore distinguer un nombre de sous-groupes, lesquels deviennent déjà maintenant ou deviendront bientôt de vrais groupes problématiques. Nous pensons ici aux handicapés mentaux adultes, aux patients psychogériatriques, aux patients agressifs et présentant de sérieux troubles du comportement et aux patients chroniques.

- Un nombre croissant de malades hospitalisés dans les divers services médicaux des hôpitaux généraux requiert, pour la mise au point et le traitement intensif de leur pathologie somatique, la collaboration d'équipes psychiatriques (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes - activités dites de Psychiatrie de Liaison).

Une qualité de soins accrue et des économies par le biais d'une diminution de la durée de séjour et d'une diminution des réhospitalisations est prévisible à moyen terme si les conditions de financement, très limitées actuellement (728 frs applicables une fois pendant le séjour et non cumulables avec les actes techniques régulièrement prescrits) étaient modifiées pour permettre une intégration des aspects médico-psychologiques de nombreuses maladies.

Deux propositions sont faites :

- Un équivalent temps plein psychiatre/100 lits d'hospitalisation,
- ou - l'application des codes INAMI de consultation psychiatrique et de psychothérapie durant l'hospitalisation, selon les nécessités.

Les handicapés mentaux adultes.

Un nombre considérable d'handicapés mentaux adultes séjournent encore toujours au sein des hôpitaux psychiatriques tandis qu'une autre partie fut transférée vers des homes adaptés, lesquels furent créés dans le cadre du Fonds 81. La comparaison entre les deux structures est franchement choquante, partant du fait que les handicapés mentaux adultes séjournant encore en psychiatrie dans les lits non programmés bénéficient d'un encadrement en personnel de 24 ou 27 unités seulement pour 90 patients (parmi cet effectif, les normes ne prévoient que trois personnes qualifiées). Ce n'est que par le biais d'une adaptation de ses structures à l'aide de moyens financiers propres et d'une distribution du personnel disponible sur l'ensemble de l'hôpital, qu'un centre psychiatrique parvient actuellement à améliorer quelque peu la situation et à développer une approche orthopédagogique. Ces initiatives bien intentionnées restent toutefois parfaitement insuffisantes en comparaison avec les possibilités des homes pour handicapés mentaux adultes. Une meilleure séparation de ce groupe, par le biais d'une reconnaissance adaptée au niveau des homes existants, est très urgente. Nous souhaitons continuer à nous occuper de ce sous-groupe à condition que les moyens soient adaptés en fonction du nombre de patients. Enfin, nous souhaitons également prendre en charge les handicapés mentaux adultes présentant des problèmes psychiatriques, pour lesquels des possibilités spécifiques d'accueil doivent être prévues dans ce secteur pressant.

Les patients psychogériatriques.

Une attention spéciale est demandée, sur base de considérations démographiques, pour le groupe sans cesse croissant de patients présentant des problèmes psychogériatriques, lesquels doivent être hospitalisés aussi bien temporairement, partiellement que complètement dans un centre psychiatrique et requièrent un

accueil et un encadrement thérapeutique adaptés. Le fait de les renvoyer complètement vers le secteur du troisième âge est absurde, étant donné qu'outre l'aspect soins, l'aspect médical et les soins psychiatriques continue de jouer un rôle important et indispensable, de sorte que leur admission dans un milieu psychiatrique est parfaitement indiquée. En même temps, il est demandé un personnel suffisamment qualifié afin d'assurer l'accueil spécialisé de ce groupe. Enfin, il y a lieu de préciser que la programmation en matière de lits psychogériatriques ne fut pas réalisée. Des propositions concrètes relatives à ce secteur fort important seront formulées ultérieurement conformément au principe figurant au § 5.2. du présent avis.

- Les patients agressifs de troubles majeures du comportement.

Un groupe de patients est défini par les termes "comportement agressif et fortement perturbé". Ce comportement est de telle nature que ces patients requièrent un encadrement de crise de façon continue. Les patients renvoyés vers la psychiatrie par le Ministère de la Justice appartiennent souvent à ce groupe. Ils requièrent un cadre spécifique tant du point de vue matériel (chambres individuelles et systèmes de sécurité adaptés) que du point de vue personnel (assistance individuelle, laquelle se révèle être de longue durée dans ce cas).

Nous sommes disposés à étudier avec les instances concernées comment nous pouvons assurer un accueil adapté pour ce groupe, à condition que la garantie soit fournie sur le plan matériel et sur le plan du personnel.

- Les patients chroniques.

Les nouvelles lignes de politique et propositions d'économie traitent de façon très marginale le groupe de patients devant être admis pour un séjour de longue durée à permanent dans les instituts psychiatriques et désignés par le terme "chronique". Depuis 1972, ces patients reçurent également le statut de patients d'hôpitaux et purent aussi être traités thérapeutiquement, mais néanmoins avec des moyens insuffisants.

Il existe une nette tendance à transférer cet important groupe relevant de la psychiatrie vers des lits de repos et de soins, de sorte que ces patients perdent leur statut de patient d'hôpital, doivent payer une contribution personnelle dans le prix de la journée et recevront purement des soins au lieu d'une thérapie. Cette mesure est clairement un retour vers l'ancien système asilaire, où seuls un retrait et un maintien en dehors de la société étaient supposés être les objectifs.

Nous ne pouvons accepter une telle mesure, laquelle est basée sur des considérations purement économiques et financières, étant donné qu'elle compromet fondamentalement la dignité humaine de ces patients chroniques.

Une partie de ces patients chroniques doit, vu leur pathologie, continuer de recevoir des soins médico-psychiatriques et leur transfert vers des maisons de repos et de soins (M.R.S.) représente simplement une atteinte à leur droit de recevoir des soins appropriés. En ce qui concerne une autre partie de ces patients, c'est-à-dire les patients chroniques entièrement stabilisés ne requérant pas de traitement ultérieur spécifique en milieu hospitalier, un transfert vers une maison de soins peut éventuellement être possible, mais alors dans ce cas vers des maisons de soins spécifiques avec des exigences auxquelles les maisons de repos et de soins ne répondent certainement pas (*). Ceci est exposé de manière plus détaillée par la suite. Une contribution plus élevée de la part du patient peut toutefois être envisagée, à la stricte condition qu'aucun soins nécessaires à ce dernier groupe ne lui soit refusé et que son encadrement soit aussi nettement amélioré.

(*) La solution MRS ne satisfait pas étant donné que la dimension psychiatrique dans l'accompagnement et les soins restera indispensable pour le patient psychiatrique chronique stabilisé. . . . / . . .

6

Nous voulons aujourd'hui également continuer d'assumer la responsabilité pour tous ces sous-groupes posant des problèmes particuliers au sein de la psychiatrie, et nous demandons à cet effet à la communauté de continuer de nous accorder les moyens nécessaires et de laisser primer les normes thérapeutiques et déontologiques sur les normes économiques et financières, lors de toute décision prise en matière de soins de santé.

4. Propositions en matière de réforme structurelle des soins psychiatriques en milieu hospitalier.

4.1. Aspects généraux

- La proposition ci-après vise des améliorations fondamentales au sein des cadres de politique existants relatifs au secteur de la psychiatrie. Les index A, T et K actuels (aussi bien l'hospitalisation complète que l'hospitalisation partielle) ne sont pas supprimés, mais davantage différenciés en ce qui concerne le service T, et il n'est plus prévu de conversion ultérieure impérative de lits programmés en lits M.R.S.
- Les propositions concernent essentiellement les hôpitaux psychiatriques. Il est clair que ces services intra-muros cadrent dans l'ensemble de la médecine mentale avec ses autres services extra-muros et se positionnent dans la politique de santé totale.
- Les indications données ci-après en matière de durée de séjour représentent une indication pour le type de soins et ne sont pas à associer directement à des mécanismes financiers.
- Des développements programmatiques ultérieurs requièrent des évaluations préalables et doivent toujours avoir lieu par le biais d'une concertation.

4.2. Les services psychiatriques programmés en milieu hospitalier, optant pour l'accueil en situation de crise, l'observation, l'établissement de diagnostics et les programmes de soins spécialisés.

A. Services A dans les hôpitaux généraux (SAHG).

- norme de personnel : suivant les dispositions actuelles 16/30.
- définition : service clinique d'examen, d'observation et de traitement de situations de crise psychosociales et de troubles psychiatriques aigus. Lors de l'observation, on peut faire usage, le cas échéant, de l'infrastructure médicale et technologique de l'hôpital général. Le traitement suppose les éléments suivants :
 - 1) la réalisation, au niveau du service, d'un milieu thérapeutique adapté.
 - 2) la mise au point de programmes thérapeutiques intensifs de courte durée de sorte que le patient puisse le plus rapidement possible entrer de nouveau en ligne de compte pour un traitement ambulatoire.

durée de séjour : le séjour moyen d'un patient en section S.A.H.G. se situe entre 3 et 4 semaines. La durée varie entre quelques jours pour une prise en charge en cas de crise et environ 2 mois pour les patients qui effectuent entièrement un programme thérapeutique de courte durée. A la sortie, la patient est adressé, soit au réseau existant d'équipements extrahospitaliers soit à un hôpital psychiatrique (traitement hospitalier) pour des programmes nécessitant une durée de séjour plus longue, à savoir de 3 à 6 mois voire davantage.

- 4
- programmation : il est remarquable que la programmation effective de ces services ainsi que les reconnaissances dépassent largement les critères de programmation. (les attributions de lits dans le cadre de la programmation dépassent, pour la communauté flamande, les critères de programmation de 51,4 %).

Services A dans les hôpitaux psychiatriques.

- norme de personnel en hospitalisation complète (A) suivant les dispositions actuelles 16/30.
12 infirmiers/infirmières A1 ou A2
4 paramédicaux
- norme de personnel en hospitalisation partielle (ø) jour/nuit suivant les dispositions actuelles
11/30 pour la nuit
10/30 pour le jour

- définition : service plus particulièrement centré sur l'accueil en situation de crise, l'observation, l'établissement de diagnostics et le traitement actif de patients présentant entre autres des troubles névrotiques, psychotiques, psycho-organiques, des états dépressifs et de dépendance.

Le traitement actif suppose le concours sociothérapeutique d'un traitement bio-psycho-social et vise aussi bien l'accueil de patients en situation de décompensation aiguë que la prévention de la récurrence.

Ces services, en tant qu'unités de soins psychiatriques intensifs, prennent en charge les cas de syndromes psychiatriques majeures, comme la psychose aiguë, le délire, le comportement agressif, les troubles du comportement, le comportement suicidaire, etc., pour lesquels le traitement requiert nécessairement des soins intensifs hautement qualifiés, une surveillance plus importante et éventuellement une sécurisation accrue. Une unité de 30 lits A devrait dès lors disposer d'un nombre plus important d'infirmiers / infirmières, à savoir 14 au lieu de 12 et 4 paramédicaux.

- durée de séjour : la durée de séjour moyenne d'un patient dans un service A d'un hôpital psychiatrique est d'environ 2 à 3 mois. Ensuite, le patient quitte l'hôpital et est renvoyé aux services extrahospitaliers ou le traitement est poursuivi si nécessaire éventuellement par le biais d'un programme de plus

- programmation :
 1. Les critères sont bons et la programmation est appropriée.
 2. Les lits encore libres devraient être répartis le plus rapidement possible en fonction des lits reconnus et programmés existants.
 3. En ce qui concerne les lits A programmés mais non encore disponibles, un programme d'exécution doit être établi.
 4. Les services A partiels ne sont pas en fonction en tant que tels en certains endroits. Ils doivent en partie être remplacés par des services A à part entière.

C. Service K.

Service K d'hospitalisation complète :

- norme de personnel service K :
 - hospitalisation complète :
 - suivant les dispositions
 - actuelles 16/20
 - 10 infirmiers/infirmières /
 - éducateurs/éducatrices A1
 - ou A2
 - 6 paramédicaux
 - hospitalisation partielle
 - jour / nuit :
 - 10/20 pour la nuit
 - 8/20 pour le jour
- définition : le service K est destiné à l'observation et au traitement actif d'enfants et d'adolescents.
- durée de séjour : non déterminable.
- programmation :
 1. les critères et la programmation sont bons mais non exécutés. La réalisation de la programmation doit avoir lieu mais éventuellement avec une réserve en ce qui concerne un nombre de lits pour des patients présentant un comportement agressif et de troubles majeures de comportement.
 2. en ce qui concerne les lits déjà programmés mais non encore affectés, il y a lieu de tenir compte des demandes déjà introduites et des besoins réels.

D. Service Ig ou service I pour la psychogériatrie.

- norme de personnel : 15/30
 - 8 infirmiers/infirmières A1 ou A2
 - 5 aides-infirmiers/infirmières
 - 2 paramédicaux
- définition : accueil et traitement de personnes du troisième âge présentant des syndromes de démence et/ou une pathologie psychiatrique grave (avec par exemple de l'agitation, de sérieux troubles du comportement, de la dépression, etc.), lesquelles ne peuvent être prises en charge par des homes pour personnes âgées ou des maisons de repos et de soins, en raison de leurs problèmes spécifiques.
- durée de séjour : non déterminable.
- programmation : ce service est fortement sous-programmé et une partie seulement des critères de programmation initialement définis se trouve satisfaite. La programmation doit être revue et exécutée.

E. Service I.

Service I d'hospitalisation complète.

Une division supplémentaire d'un service clinique conçu de manière trop globale s'impose avant tout ici. Le maintien du service I pour des traitements prolongés est bien entendu indispensable, mais cependant avec la différenciation nécessaire en fonction de la gravité de la pathologie du patient et de l'intensité du traitement.

* Service T :

- norme de personnel 15/30

10 infirmiers/inf ères A ou A2

5 paramédicaux

- définition : cet index définit en réalité plusieurs types de traitement de longue durée, suivant la nature des troubles présentés par le patient, à savoir : de troubles majeurs de la personnalité, des troubles du comportement, des troubles psychotiques, affectifs ou psycho-organiques, lesquels présentent ou risquent de présenter une perte importante des fonctions mentales et/ou sociales, vu la nature et/ou l'évolution du processus pathologique. Le traitement vise aussi bien une meilleure maîtrise bio-psycho-sociale du processus pathologique qu'une approche rééducative à l'égard de la perte de certaines fonctions et la préparation sociothérapeutique à un milieu de vie adéquat, dans un nombre de cas. Pour ce groupe de patients, la durée de séjour moyenne peut se situer à ± 2 ans.

Le service T accueille d'autre part également des patients nécessitant un traitement de plus longue durée, axé sur la réinsertion dans la société, avec maintien de l'option de réaliser une forme de réinsertion sociale en dehors de l'hôpital, pour les patients présentant un processus de rétablissement plus lent ou un certain degré de déficience à plus long terme.

Certains services T peuvent également se consacrer aux soins et à l'assistance de longue durée de patients présentant de troubles majeurs de la personnalité, des troubles du comportement, des troubles psychotiques, affectifs et psycho-organiques, lesquels, de par la nature et/ou l'évolution de leur pathologie, sont marqués par un trouble permanent de leurs fonctions mentales et/ou sociales et chez qui les symptômes du processus pathologique sont de telle nature qu'un traitement médical s'avère nécessaire après et malgré un traitement intensif préalable.

Il est de surcroît important de savoir que des soins de qualité moindre ou une assistance inadéquate entraîneront une récurrence, laquelle nécessitera une réadmission dans un service de soins plus intensifs. La durée de séjour est difficile à déterminer.

Au cas où la durée de séjour moyenne enregistrée ferait apparaître que certains services T se consacrent spécifiquement aux 2 dernières catégories de patients, on pourrait envisager de ramener la norme de personnel à 14/30 : 8 infirmiers A1/A2, 3 aides-infirmiers et 3 paramédicaux.

Service I d'hospitalisation partielle jour/nuite :

- norme de personnel : 10/30 jour ou nuit
- programmation pour les deux services :
 1. la répartition des lits I programmés entre les services susmentionnés doit se faire en fonction des besoins réels; c'est-à-dire par exemple sur base des données annuelles concernant les patients (la durée de séjour) dans chaque hôpital.
 2. la programmation globale est bonne mais la répartition entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle met trop l'accent sur l'hospitalisation partielle. Le nombre global de lits, en dehors des lits déjà affectés pour l'hospitalisation partielle, devrait être davantage porté sur l'hospitalisation complète.
 3. la programmation doit demeurer entièrement exécutée.

4.3. Service pour patients à comportement agressif et présentant de troubles majeurs du comportement. (à distinguer des services dits de "défense sociale"

- norme de personnel : 10/10. A l'exemple de la situation aux Pays-Bas, il peut être proposé de fixer la norme à 20/10.
- définition : accueil et soins aux patients présentant un comportement exceptionnellement agressif et fortement perturbé, pratiquement de manière continue. En raison de la charge de travail importante, les unités s'occupant de tels patients ne peuvent compter plus de 10 patients. Une assistance adéquate, intensive et continue doit être assurée; la fonction d'intervention en situation de crise, d'observation et de traitement intensif, également sur une plus longue période, devant pouvoir être réalisée.

L'image du "département pénitentiaire doit totalement être évitée (c'est la raison pour laquelle ces services ne peuvent être associés uniquement à un renvoi émanant des services de la justice); il y a également lieu de prévoir une meilleure répartition

durée de séjour : non déterminable

programmation :

1. L'admission de ces patients représente en partie une tâche complémentaire pour les hôpitaux psychiatriques, pour laquelle aucune programmation n'est prévue. C'est une charge supplémentaire dans le secteur dont la budgétisation ne peut avoir lieu au détriment des autres soins psychiatriques.
2. ce service particulier doit être instauré indépendamment de la programmation existante. Lors de l'élaboration de la programmation des services K, il peut toutefois en être tenu compte.
3. un tel service peut être instauré dans un hôpital psychiatrique possédant un service A relativement important, lequel s'est également engagé à accepter des patients colloqués, ou possédant un service K important.
4. les besoins en places pour ce type de patients ne doivent pas être surestimés: on évalue leur nombre à 500 pour l'ensemble du Royaume.

gionale (provinciale) des services destinés à ce type de patients.

4.4. Les lits d'hôpitaux psychiatriques non programmés mais existants.

Une réglementation complémentaire s'avère indispensable si les autorités concernées souhaitent accélérer la politique. La suppression progressive très importante de lits d'hôpitaux psychiatriques (environ 4000) a atteint une limite, du fait qu'il subsiste une population requérant des soins en hôpitaux psychiatriques, pour laquelle il n'existe aucune autre structure. Des mesures complémentaires doivent être prises afin d'accélérer la politique et un statut modifié doit être défini pour ces lits non programmés.

La population de ces lits est essentiellement constituée d'handicapés mentaux et de patients chroniques nécessitant des soins permanents mais dont une partie ne requiert plus de traitement spécifique en milieu hospitalier, en raison d'un état entièrement stabilisé. Etant donné que les handicapés mentaux ne présentant pas de problèmes psychiatriques ne sont plus admis en hôpital psychiatrique, ce groupe est en voie d'extinction. Lors de situations de crises psychiatriques aiguës, ces patients doivent pouvoir être admis temporairement en vue d'un traitement dans un service hospitalier psychiatrique. Outre ce service, l'encadrement de soins suivant est indiqué sous la forme d'un service spécifique tel que la maison de soins psychiatriques (M.S.P.).

On fait remarquer que ces patients relèvent en fait de l'A.R. 81

A Handicapés mentaux

- norme de personnel : 14/30 pour personnel pédagogique, soignant et paramédical.
- participation personnelle du patient, en tenant compte des moyens d'existence et de l'argent de poche garanti (suivant Fonds 81).

B. Patients chroniques stabilisés

- norme de personnel : 12/30
 - 6 infirmiers/infirmières
 - 4 aides-infirmiers/infirmières
 - 2 paramédicaux
- participation personnelle du patient, en tenant compte des moyens d'existence et de l'argent de poche garanti.
- éventuellement dans un service ou un bâtiment sur le terrain d'un hôpital psychiatrique.

Le statut de ces populations mentionnées sous A et B est

La Maison de Soins Psychiatriques (M.S.P.).

- Un statut adapté doit être créé pour ces patients ne requérant aucun traitement médical ultérieur, mais n'entrant toutefois pas en ligne de compte pour vivre en habitations protégées et encadrées.

Vu la spécificité de ce groupe, les lits M.R.S. ne sont absolument pas indiqués. La surveillance médicale doit être psychiatrique, en raison de l'état pathologique permanent de nature psychiatrique. Les logements doivent être spécifiques et adaptés à des patients psychiatriques et doivent dès lors être conçus différemment de ceux d'une maison de repos et de soins ordinaire.

Une programmation complémentaire est nécessaire pour la M.S.P., outre celle prévue pour les M.R.S.

4.5. La conversion intentionnelle de lits programmés d'hôpitaux psychiatriques en lits M.S.P.

- Une telle conversion ne peut relever d'une option générale. Elle entraverait la politique de la programmation et négligerait de nombreux besoins et exigences propres aux groupes cibles définis.
- Suite à une initiative privée et à une requête individuelle, une telle conversion est cependant possible pour un hôpital ou un service particulier.
- Les lits programmés qui seraient ainsi convertis en lits M.S.P. disparaîtraient en même temps de la programmation.
- Afin d'accélérer la reconversion des lits dits résiduels, on pourrait autoriser la création d'un lits MSP pour un lit supprimé. Des incitants pourraient être prévus pour la suppression progressive des lits psychiatriques programmés : à l'instar du secteur hospitalier général, 1 lit psychiatrique programmé pourrait être reconverti en 1 lit MSP avec outre le bénéfice d'un fonds de fermeture, un recyclage des économies réalisées.

4.6. Habitations protégées et habitations encadrées.

- Afin de favoriser la réinsertion sociale, éviter les séjours prolongés et prévenir la récurrence, il y a lieu de prévoir du personnel pour les patients vivant en habitations protégées et en habitations encadrées.
 - * pour les habitations protégées (maisons communautaires)
norme de personnel : 1/8 patients
 - * pour les habitations encadrées (maisons indépendantes)
norme de personnel : 1/12 patients
 - Il est possible de stimuler la vie en habitations protégées par le biais d'un assouplissement des conditions d'admission actuelles par exemple. Dans ce contexte, nous tenons également à préciser qu'un passage depuis avant tout les services T vers une vie en habitations protégées doit être rendu possible.
- On renvoie également à ce sujet au système du placement familial (Geel).

4.7. La maison d'accueil.

- La maison d'accueil est une forme relativement nouvelle de post-hospitalisation. Elle prépare les patients à un type de vie plus indépendant ou éventuellement à une vie en habitations protégées ou en habitations encadrées.
- norme de personnel : 1/6
- durée de séjour : jusqu'à 1 an.

- remarque : point 4.6. et 4.7. l'organisation et le développement d'habitations protégées et d'habitations encadrées, ainsi que de maisons d'accueil, relèvent des tâches de l'hôpital psychiatrique.

Plusieurs initiatives semblent déjà avoir été prises par des services extra-muros. Dans tous les cas, une étroite collaboration entre le secteur extrahospitalier et l'hôpital psychiatrique est et reste une condition essentielle.

4.8. Taux d'occupation

Dans le cadre de la réinsertion sociale et de la réintégration en général, il serait souhaitable d'offrir aux patients plus de possibilités de passer le week-end dans leur milieu familial. Pour cette raison, il est demandé un taux d'occupation de +/- 80 % par lit (comme dans les hôpitaux généraux), de sorte que le patient pourrait être absent 1 jour par semaine (à l'heure actuelle, seulement 24 jours par an dans le service T). En ce qui concerne l'hospitalisation partielle, il est opté pour un taux d'occupation de 60 %, en hospitalisation de jour et de 70 % en hospitalisation de nuit. Il s'agit à chaque fois de propositions prévoyant un encadrement en personnel de 100 %.

4.9. Encadrement médical

a) Spécialiste en médecine interne.

Un interniste est prévu et nécessaire dans le cadre des soins psychiatriques. Il n'est toutefois pas prévu d'indemnités ou d'honoraires de garde pour de telles prestations.

Il serait souhaitable de prévoir un spécialiste en médecine interne à temps plein, au prorata de :

1/60 lits Tg

1/120 lits A

1/240 lits T

Une indemnité, à prévoir dans le prix de la journée d'hospitalisation, peut être fixée à :

50 fr. / jour pour Tg

25 fr. / jour pour A

12,5 fr. / jour pour T

plus 700 fr. par admission.

b) Dans le cadre du traitement actif au sein d'un hôpital psychiatrique, les dispositions actuelles en matière d'assistance spécialisée individuelle des patients hospitalisés par le psychiatre ne sont aucunement satisfaisantes. Outre la nomenclature existante, par exemple celle pour la thérapie par électrochocs, et outre les honoraires de garde, il doit être prévu que des actes psychothérapeutiques spécifiques puissent être accomplis et portés en compte par des psychiatres non prévus dans les critères de reconnaissance existants.

5. Conclusion

5.1. C'est avec plaisir que nous présentons notre point de vue et nos propositions à l'attention des autorités concernées, dans l'espoir de pouvoir contribuer ainsi de façon constructive au développement ultérieur du secteur des soins psychiatriques. Ces propositions de réforme structurelle de la psychiatrie sont susceptibles de conduire aux économies et structures suivantes, à condition qu'elles soient appliquées de manière conséquente :

1. des orientations M.S.P. avec une participation personnelle accrue pour ces patients, tout en tenant compte des moyens financiers individuels, peuvent aider à contribuer au financement de l'encadrement plus important en personnel.
2. les normes adaptées de personnel pourront absorber, au moins globalement dans le secteur, tous les statuts d'emplois complémentaires actuels (C.S.T., F.B.I.) de personnel médical et de personnel soignant.
3. de par le maintien du bon fonctionnement (stimulé par le présent plan) des services T, des transferts plus nombreux et plus rapides vers un type de vie en habitations protégées seront possibles.
4. pour les handicapés mentaux séjournant de facto encore en psychiatrie et pour lesquels aucune structure n'existe à l'heure actuelle, il devrait être tenté de conclure à moyen terme un genre d'accord protocolaire avec les communautés afin de permettre un transfert vers le Fonds 81.
5. le calendrier d'exécution en matière de réforme nécessaire des hôpitaux doit être écourté. La réforme inévitable, de par son lent déroulement, ne peut être un frein à la réalisation de la programmation.

5.2. Aspects liés à la programmation.

Le Conseil national des établissements hospitaliers, sections "Agrément" et "Programmation", s'est penché sur les aspects du dossier "psychiatrie" liés à la programmation.

Le Conseil constate un consensus général quant à la politique à mener à l'égard des hôpitaux psychiatriques, laquelle avait déjà été esquissée et examinée en réunion plénière.

Le Conseil a pris connaissance des données statistiques concernant les divers équipements psychiatriques et constate qu'il n'existe pour le moment aucune pléthore, du moins par rapport aux critères de programmation actuels. Il est néanmoins vrai que la répartition interne entre les divers index ne correspond pas aux critères proprement dits par service.

Le Conseil estime qu'une restructuration interne des divers équipements psychiatriques s'impose et qu'il y a lieu, dans l'attente d'une révision des critères de programmation des divers services, d'effectuer une étude d'accompagnement concernant la formulation quantitative la plus adéquate des lignes d'action déjà définies.

Le Conseil plaide en faveur de la poursuite de l'analyse de la population des équipements psychiatriques en espérant que celle-ci permettra à terme de procéder à la nécessaire adaptation des critères de programmation.