

**Administration des Soins de Santé**

**Direction de la politique  
des soins de santé**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

**Section "Programmation et Agrément"**

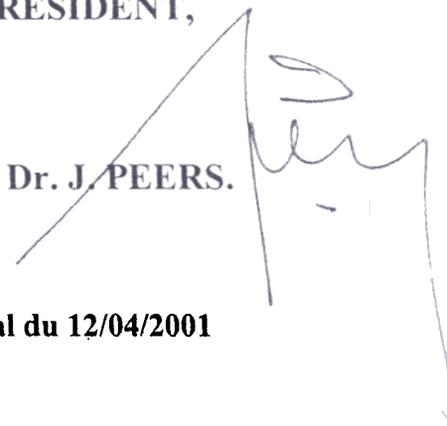
**Groupe de travail permanent  
PSYCHIATRIQUE"**

**N/Réf. : CNEH/D/PSY/194-2**

**AVIS RELATIF A LA PROGRAMMATION  
DES LITS A DANS LES HOPITAUX  
GENERAUX**

**LE PRESIDENT,**

**Prof. Dr. J. PEERS.**



**(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau Spécial du 12/04/2001**

## 1. Contexte de la deuxième reconversion volontaire

La philosophie qui guide les travaux du groupe permanent « psychiatrie » depuis près de 4 ans, et décrite dans le « deuxième avis » (1997), consiste à réorganiser les soins de santé mentale en fonction de groupes cibles, de réseaux et de circuits de soins, prenant distance par rapport aux actuels critères de lits et de services A, T ou K. Cet objectif suppose de redéfinir l'offre de soins en fonction des besoins des différents groupes cibles, sur la base d'une analyse approfondie des besoins.

Cette démarche demande du temps, tant pour cerner les besoins que pour définir le mode de fonctionnement de ces nouvelles structures. Il s'agit de redéfinir entièrement les concepts de base de l'agrément, du financement et de la programmation en santé mentale.

Aussi, avant de finaliser cette réforme du secteur, il est apparu opportun de donner dès à présent une petite marge de manœuvre aux établissements de santé mentale pour réorganiser leur offre de soins en fonction des besoins qui sont exprimés, dans les limites des formes de prise en charge et dans les limites de la programmation existante. En effet, depuis la première reconversion (début des années 90), le secteur de la santé mentale était figé dans une structure de lits et de places, alors que, en 10 ans, les besoins et les attentes des patients ont sensiblement évolué.

Les règles de base qui ont permis de définir les principes de réalisation de la **deuxième reconversion volontaire** étaient donc :

- le **respect du budget** antérieur associé, au niveau micro-économique, à une retenue de 2,5% destinée au financement de nouvelles formes de soins;
- la **reconversion de lits hospitaliers** en d'autres formes de lits hospitaliers ou en structures extra-hospitalières répondant à des normes existantes (M.S.P. ou I.H.P.), excluant la reconversion de structures extra-hospitalières vers des lits d'hôpitaux et sans possibilité de mettre en place des nouvelles formes de prise en charge étant donné que les règles d'agrément et de fonctionnement de ces nouvelles structures ne sont pas encore définies ;
- le **respect des normes de programmation** dans l'attente des résultats d'une analyse approfondie des besoins qui devraient étayer de nouvelles règles de programmation.

Dans ce contexte, la demande d'avis des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales nous oblige à reconsidérer au moins une de ces règles de base, à savoir celle qui concerne le respect des règles de programmation.

## 2. Contexte de la demande d'avis

Les règles de reconversion prévues dans l'A.R. du 16 juin 1999 offraient notamment la possibilité de créer des lits A en hôpital général par reconversion de lits C ou D malgré l'existence d'un nombre de lits A en hôpital général déjà supérieur (de 626 unités) à la norme

de programmation prévue dans l'A.R. du 3/8/76 fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers (0,15 lits par 1000 habitants).

Sur cette base, plusieurs établissements ont introduit une demande de reconversion de lits C ou D en lits A. Grosso modo, on estime que les demandes introduites portent sur quelques 350 lits A supplémentaires en hôpital général (+ quelques demandes en hôpital psychiatrique).

### 3. Travaux du groupe de travail permanent "psychiatrie"

La demande d'avis suppose que l'on anticipe sur les conclusions de l'étude relative à la définition des besoins actuellement en cours. Or, étant donné le court délai accordé au groupe de travail permanent "psychiatrie" pour rendre son avis, il n'a pu qu'examiner les données classiques disponibles auprès du Ministère de la Santé publique, à savoir les données RCM et RPM, ainsi que l'évolution du nombre de lits psychiatriques.

Ces données ne sont cependant que des photographies d'une situation à un moment donné et ne peuvent rendre compte de ce qui est souhaitable pour l'avenir. Elles permettent de constater que certains patients se retrouvent pris en charge par une structure qui est peu adaptée à leurs besoins, mais ne disent rien sur le type de structure qui pourrait répondre à leur besoin de soins.

Toutefois, de l'examen de ces données, il apparaît que

#### 3.1. Au départ des données RCM 1998 :

60 694 patients présentant un **diagnostic principal psychiatrique** (code ICD9 compris entre 290 et 319) ont séjourné en service non psychiatrique ;

172 458 patients présentant un **diagnostic secondaire psychiatrique** (le diagnostic principal étant non psychiatrique) ont séjourné en service non psychiatrique ;

1 701 patients ayant séjourné en service médical ou chirurgical et classés « MDC 19 – troubles mentaux » (1 243 patients) ou « MDC 20 - alcoolisme et usage de drogues » (458 patients) ont été transférés vers un service psychiatrique au sein du même hôpital ;

ces séjours représentent 48 974 journées d'hospitalisation, soit une durée moyenne de séjour de 28.8 jours ;

25% des patients « MDC 19 » ont une durée de séjour de 11 jours ou moins ;

25% des patients « MDC 20 » ont une durée de séjour de 8 jours ou moins

57 468 patients classés « MDC 19 – troubles mentaux » (44 340 patients) ou « MDC 20 - alcoolisme et usage de drogues » (13 128 patients) ont séjourné en service médical ou chirurgical sans être transférés vers un service psychiatrique au sein du même hôpital ;

ces séjours représentent 716 190 journées, soit une durée moyenne de séjour de 12.5 jours ;

25% des patients « MDC 19 » ont une durée de séjour de 3 jours ou moins ;

25% des patients « MDC 20 » ont une durée de séjour de 1 jour.

### 3.2. Au départ des données RPM 1998 :

43 362 patients ont été admis en hôpital psychiatrique

40 056 patients ont été admis en service psychiatrique d'hôpital général ;

au 30 juin 1998, 17 458 patients étaient présents en hôpital psychiatrique (en hospitalisation complète ou partielle) et 2 515 patients étaient présents en service psychiatrique d'hôpital général ;

or, le nombre de lits/places disponibles (données au 1/1/97, mais relativement stable entre le 1/1/97 et le 30/6/98) était de 16 683 en hôpital psychiatrique et de 2 556 en service psychiatrique d'hôpital général ;

parmi les patients sortis en 1998, 15% des patients qui ont séjourné en service psychiatrique d'hôpital général et 7.5% des patients qui ont séjourné en hôpital psychiatrique ne sont restés qu'un jour ; pour les patients qui ont séjourné entre 1 et 7 jours, ces pourcentages passent respectivement à 21.6% et 14.6% ;

7.8% des patients qui ont quitté un service psychiatrique d'hôpital général ont été orientés vers une autre structure de soins psychiatriques (hôpital psychiatrique, service psychiatrique d'hôpital général, MSP, IHP ou placement familial) et 2.4% vers un service hospitalier non psychiatrique ;

pour les patients qui ont quitté un hôpital psychiatrique, ces pourcentages s'élèvent à 8.7% et 2.5% ;

### 3.3. Au départ de l'évolution du nombre de lits entre 1987 et 1997 :

au cours de cette décennie, le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est passé de 20 294 à 16 683, soit une réduction de 3 611 lits ;

pendant la même période, le nombre de lits psychiatriques en hôpital général est passé de 1 871 à 2 556, soit une augmentation de 685 lits ;

au total, donc, le nombre de lits hospitaliers psychiatriques a été réduit de 2 926 unités ;

on constate, en outre, que la programmation des lits A en hôpital général était déjà dépassée de 390 unités au 1/1/87.

### 3.4. L'examen de ces données conduit aux constats suivants

Il y a manifestement une activité de santé mentale dans des structures de médecine générale et les structures hospitalières psychiatriques existantes sont insuffisantes pour donner réponse à cette demande de soins. Ceci justifie sans doute, en partie, le faible taux de transfert de patients vers des structures psychiatriques. Toutefois, certaines places occupées par des patients dans les structures hospitalières psychiatriques pourraient sans doute être libérées si ces patients pouvaient recevoir une réponse à leur demande de soins dans le cadre d'une structure extra-hospitalière.

Alors que 2 926 lits psychiatriques ont été fermés au cours des dix dernières années, plus de 60 000 patients psychiatriques sont pris en charge, sur une année, dans des

structures hospitalières non psychiatriques où ils occupent l'équivalent d'environ 1 965 lits occupés à 100%. Aucune information ne permet cependant de dire si ces patients ont davantage besoin d'une place dans un service psychiatrique hospitalier, dans une habitation protégée, dans un centre de revalidation ou plutôt d'un suivi à domicile ou par un Centre de santé mentale.

Parallèlement avec la fermeture de lits et la création de structures de prise en charge extra-hospitalières (I.H.P., M.S.P. etc.), le contenu de l'activité en hôpital psychiatrique s'est sensiblement modifié en termes de mode de prise en charge, d'approche du patient et de sa famille, de traitement médical, de durée de séjour réduite, etc. Aujourd'hui, le turn-over des patients en hôpital psychiatrique est donc plus élevé et les possibilités d'y accueillir de nouveaux patients sont plus importantes.

Aujourd'hui encore, alors qu'aucune distinction entre les missions des services A d'hôpitaux généraux et les services A d'hôpitaux psychiatriques ne le justifie, des différences subsistent en termes de taux d'encadrement bien que, à plusieurs reprises, le Groupe permanent « Psychiatrie » du C.N.E.H. a plaidé pour une harmonisation de cet encadrement.

Les données examinées n'intègrent pas les modifications intervenues depuis 1998, et notamment les reconversions volontaires desquelles résultent la création d'environ 350 lits A supplémentaires, mais également de divers services Sp psychogériatriques.

Le nombre impressionnant de patients présentant un diagnostic secondaire psychiatrique, associé à un diagnostic principal non psychiatrique (environ 10% des patients hospitalisés hors service psychiatrique) témoigne de l'urgence de développer la **psychiatrie de liaison** dans tous les hôpitaux généraux. Il faudrait en outre compléter cette fonction par un développement significatif des modes de suivi psychiatrique en ambulatoire afin que, à l'issue du traitement somatique en hôpital général, le patient puisse également trouver une réponse à son besoin de soins de santé mentale.

L'importance de la part des séjours de patients psychiatriques en hôpital général (hors service psychiatrique) dont la durée est de 1, 2 ou 3 jours (plus de 25%) traduit l'importance de concrétiser les projets en matière de **prise en charge d'urgence et de crise**, tant dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques.

Se pose également la question du faible développement de l'**hospitalisation partielle** (de jour ou de nuit) qui devrait pouvoir assurer une part des hospitalisations. Or, dans le cadre des reconversions volontaires, on constate qu'il y a eu pratiquement autant de demandes de fermeture de lits partiels que de demandes d'ouverture.

Dans le cadre d'une réforme plus fondamentale des soins de santé mentale, il serait dommageable d'ignorer la demande de soins psychiatriques qui, aujourd'hui, ne reçoit réponse que dans le cadre de structures hospitalières non psychiatriques. Par contre, en l'absence d'évaluation concrète des besoins, aucun indicateur ne plaide réellement pour un accroissement du nombre de lits hospitaliers psychiatriques. Globalement, il semble préférable d'encourager surtout une diversification des modes de prise en charge des patients.

#### **4. Conclusions du groupe de travail permanent "psychiatrie"**

En 1998, 60 000 patients psychiatriques étaient pris en charge dans des structures de soins non adaptées à leur pathologie, auxquels s'ajoutent 172 458 patients qui présentent une comorbidité à caractère psychiatrique.

Si on ne peut ignorer ce phénomène dans le cadre d'une réforme plus fondamentale de la santé mentale, on ne peut pas non plus conclure que ces patients doivent tous être accueillis dans un lit hospitalier psychiatrique, car aucun élément n'est actuellement disponible pour évaluer correctement les pathologies de ces patients ou pour définir la structure de soins la mieux adaptée à leurs besoins.

On peut toutefois examiner dans quelle mesure une réponse partielle peut être apportée à court terme, compte tenu du profil de patients tel qu'il se dégage des données actuellement disponibles et du fait que les structures psychiatriques existantes n'ont pas une capacité suffisante pour répondre à l'ensemble des demandes de prise en charge. En effet, les structures psychiatriques existantes sont elles-mêmes saturées en raison d'un manque de relais extra-hospitaliers pour assurer le suivi du patient dont la pathologie ne demande pas ou plus une hospitalisation.

Par ailleurs, les possibilités de reconversion telles que précisées dans les arrêtés du 16 juin 1999 n'ont pas permis de répondre à l'ensemble des besoins de soins en santé mentale et les Ministres des Affaires sociales et de la Santé publique ont d'ailleurs fait savoir qu'ils ne souhaitent pas prolonger au-delà du 31 décembre 2000 les reconversions de lits en application de ces arrêtés.

Aussi, concentrant son analyse sur le problème des patients psychiatriques pris en charge dans des services hospitaliers non psychiatriques et sur la base des données précitées, le groupe de travail permanent "psychiatrie" dégage huit pistes qui devraient, **complémentairement**, être développées dans une « nouvelle phase de reconversions » :

La mise en place d'**unités d'urgence et de crise**, tant dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques par la spécialisation de lits existants (voir avis du CNEH du 8/2/2001).

2. L'implantation d'une **fonction de psychiatrie de liaison** dans tous les hôpitaux généraux (voir avis Groupe permanent du CNEH du 19/5/98), associée à un renforcement des possibilités de prise en charge en **ambulatoire**.
3. Des incitants au développement de l'**hospitalisation partielle** en service a, au départ de structures hospitalières existantes.
4. De nouvelles marges destinées à créer des **structures de prise en charge extra-hospitalières** (MSP et IHP, mais également soins à domicile - voir avis du CNEH du 14/12/2000) et mieux adaptées aux besoins de certains patients.
5. Des mesures visant à adapter la **politique d'admission** aux besoins de traitement des patients afin de réduire au maximum le nombre de cas de prise en charge de patients psychiatriques dans des structures qui ne disposent pas des qualifications nécessaires pour appréhender ce type de pathologies.

6. Des dispositions particulières afin de permettre, dans le cadre d'associations, de délocaliser des lits psychiatriques existants vers des hôpitaux généraux qui se trouvent confrontés à une demande importante de soins psychiatriques et qui ne disposent pas d'un service adapté à ce type de prise en charge.
7. La création de **lits en nouveaux lits hospitaliers psychiatriques**, (lits A) dans un cadre strictement limité et conditionné.

Compte tenu des actuelles règles de programmation, il est proposé de permettre la reconversion de lits en lits A au sein des marges disponibles dans la programmation de lits A partiels, (A1, hospitalisation de jour, A2, hospitalisation de nuit) réservant toutefois une marge de 30% de cette programmation pour un développement parallèle des structures d'hospitalisation partielle.

Concrètement, cette option permettrait l'ouverture de nouveaux lits A ( voir en annexe un schéma de l'actuelle situation des lits A complets et partiels dans les différentes régions)

En Flandre	environ 140 lits en hôpital psychiatrique environ 220 lits en hôpital général
En Wallonie	environ 200 lits en hôpital psychiatrique environ 115 lits en hôpital général
A Bruxelles	environ 35 lits en hôpital psychiatrique

Le groupe de travail permanent "psychiatrie" estime que la nouvelle étape qui serait franchie doit avoir comme objectif essentiel de participer à la mise en place de structures pour les patients qui sont actuellement dans des structures qui ne sont pas équipées pour développer une prise en charge adaptée à leurs besoins. Par contre, le dépassement historique (qui date de plus de 12 ans) des normes de programmation en lits A d'hôpital général n'est pas à retenir comme objectif prioritaire du groupe de travail permanent "psychiatrie", estimant que cette situation historique devra trouver sa solution dans la réforme globale du secteur (mise en place des circuits et réseaux de soins et abandon des notions de lits A, T, etc.).

En outre, estimant que la mise en place progressive des circuits et réseaux de soins devra conduire à une restriction de lits hospitaliers psychiatriques au profit de formes alternatives de prise en charge, le groupe de travail permanent "psychiatrie" estime qu'un éventuel accroissement des lits à court terme doit être strictement limité.

Dans ce cadre, les demandes de reconversion en lits A **introduites avant le 31 décembre 2000** seraient examinées et, le cas échéant, acceptées, en respectant les **conditions** suivantes :

1. De telles reconversions devront s'inscrire dans un **accord de collaboration** tel que défini ci-dessus, associant au minimum le service psychiatrique de l'hôpital général, un hôpital psychiatrique et un centre de santé mentale. Cet accord doit également tenter de donner une réponse la plus adéquate possible

au problème posé par l'hospitalisation de patients psychiatriques dans des structures non psychiatriques.

2. De telles reconversions ne pourront se réaliser que par **reconversion de lits** existants et que si l'établissement concerné peut apporter la preuve que **l'activité psychiatrique correspondante existe** dans les lits qui seront reconvertis.
  3. La reconversion ne pourra conduire à la mise en service d'unités d'une capacité inférieure à la norme minimale de capacité pour les services A et l'unité qui en résulterait devra avoir une capacité **compatible avec la notion d'unité fonctionnelle** ; l'unité devra donc comporter **minimum 30 lits** et avoir de préférence une capacité en lits qui est un multiple de 15.
  4. Compte tenu de la répartition géographique actuelle des structures hospitalières psychiatriques, il est nécessaire que toute nouvelle création de lits psychiatriques fasse l'objet d'une **concertation régionale**, dans le cadre des plate-formes de concertation, qui conclue au besoin de structures nouvelles pour la région concernée et atteste de l'existence de l'activité psychiatrique dans l'hôpital qui demande la création de lits A.
- 8 Une **application globale et dynamique des règles de programmation** qui tienne davantage compte des besoins locaux que des délimitations géographiques provinciales. Sur cette base, les demandes de reconversion de lits A en hôpital psychiatrique introduites conformément aux règles définies pour la deuxième reconversion doivent pouvoir être réexaminées et admises pour autant qu'il reste une marge disponible dans la programmation globale.

Visant, par ces diverses initiatives, à s'inscrire dans un processus de mise en place progressive de circuits et réseaux de soins, les projets nouveaux devront être encadrés par un **accord de collaboration fonctionnelle** avec des partenaires (minimum trois partenaires : hôpital psychiatrique, service psychiatrique d'hôpital général et centre de santé mentale) offrant diverses formes de soins de santé mentale. Un tel accord doit présenter explicitement les **aspects de complémentarité et de suivi de la prise en charge** des patients.

Enfin, le groupe de travail permanent "psychiatrie" tient à rappeler que les orientations mentionnées ci-dessus ne constituent qu'une étape pragmatique pour le court terme, estimant que la situation actuelle nécessite certains ajustements, mais qu'une réelle réorientation du mode de prise en charge des patients en santé mentale ne peut se faire sans une analyse approfondie des besoins.

Parmi les réajustements pour le court terme, il demande également qu'il soit remédié aux disparités entre l'encadrement des services A d'hôpitaux généraux et d'hôpitaux psychiatriques.

