

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 12 février 2015**

**DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

-----

**Section "Programmation et Agrément"**

**Réf. : CNEH/D/445-2 (\*)**

### **Avis relatif aux formes alternatives d'accueil**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 12 février 2015

## Préambule

**Le présent avis a été élaboré en réponse à la demande formulée le 13 mai 2013 par Madame la Ministre L. Onkelinx :**

*«Le Conseil des Ministres a décidé d'ouvrir un chantier important : en l'absence d'alternatives d'accueil qui puissent garantir un continuum de soins, un certain nombre de patients qui, d'un point de vue strict, n'ont plus besoin d'encadrement diagnostique ou thérapeutique du niveau proposé dans une infrastructure hospitalière, séjournent tout de même dans des lits hospitaliers aigus. Il convient d'examiner si, pour ces patients et en attendant leur transfert vers des soins de première ligne ou des soins résidentiels à long terme, une formule spécifique moins onéreuse pourrait être élaborée, qui viserait plutôt une dispense de soins curatifs de base qu'un diagnostic et des soins curatifs spécialisés. Bien que cette décision ait été prise dans le cadre d'un exercice de contrôle budgétaire, elle vise un champ beaucoup plus large qui recouvre notamment la qualité de la prise en charge des patients, et le rôle sociétal fondamental que remplissent les institutions hospitalières. Je remercie le Conseil de me faire part d'un avis circonstancié, et de toute proposition qu'il jugerait utile en la matière ».*

### **1. Introduction**

Le présent avis doit s'intégrer dans les avis du CNEH relatifs à la programmation des lits Sp (voir annexe 1, avis du 09-04-2009, du 11-06-2009 et du 16-05-2013) et à la programmation des lits de maison de repos (voir annexe, 1, avis du 11-02-2010).

L'avis du 16-05-2013 s'articulait autour de quatre éléments qui ont été adaptés en fonction de la présente demande :

- I. prévoir suffisamment de lits de **réadaptation** en hôpital aigu et catégoriel ;
- II. prévoir suffisamment de lits **MRS** dans les structures de soins aux personnes âgées ;
- III. ne plus maintenir ou admettre, en lits hospitaliers aigus ou de revalidation, des patients qui attendent leur placement dans d'autres établissements ou qui ne peuvent pas encore regagner leur domicile pour des raisons non médicales, mais élargir la **capacité des formes d'accueil alternatives** (en collaboration avec les hôpitaux et les MR(S)) ; renforcer et soutenir davantage le travail en **réseau** et la collaboration avec ré-adressage mutuel (**trajets de soins**) entre services hospitaliers aigus, de réadaptation, et les soins chroniques (à domicile ou dans une structure adaptée).

Le présent avis fait également référence également aux deux études suivantes : « Federaal kenniscentrum rapport, 057, Organisatie en financiering van musculoskeletale en neurologische revalidatie in België, 2007 » - « Zorgnet Vlaanderen, ontwerp van Zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie, 2012 »

## 2. Analyse de l'offre et de la demande

### 2.1. Introduction

Le constat ressenti d'une offre de soins insuffisante ou parfois inadaptée doit être **objectif**.

Le Conseil a adressé une enquête (voir annexe 2) à l'ensemble des hôpitaux généraux et universitaires de manière à mieux comprendre, à un moment donné (photo sur une journée) :

- quels sont les patients toujours hospitalisés mais qui ne nécessitent plus d'encadrement hospitalier pour des raisons diagnostiques, thérapeutiques ou de revalidation ;
- quelles sont les raisons qui freinent la sortie de l'hôpital ;
- quels seraient les solutions possibles pour permettre la sortie (où les patients pourraient-ils aller ? de quoi auraient-ils besoin ?).

Ce questionnaire a été rédigé à l'intention des services C – D – E - G – Sp (S1 = Sp cardio-pulmonaire - S2 = Sp locomoteur – S3 = Sp neurologique – S5 = Sp chronique – S6 = Sp psychogériatrique ) – Sp soins palliatifs (S4). Une collaboration entre le Directeur médical et le responsable du service social a été proposée de manière à obtenir des informations aussi fiables que possible.

### 2.2. Résultats

Les constats de l'étude permettent d'objectiver plus largement une réalité observée au niveau des services hospitaliers. Cette étude a permis d'enregistrer tous les patients qui, au 3 juin 2014 étaient toujours hospitalisés dans un service C, D, E, G, Sp d'un hôpital (en dehors des hôpitaux psychiatriques) alors que la date de sortie, décidée par le médecin, remontait à plus de 24 heures (voir les résultats complets en annexe 3). Pour des raisons de lisibilité, nous appellerons ces patients les « patients cibles ».

68 hôpitaux ont participé à cette étude (10 à Bruxelles, 36 en Flandre et 22 en Wallonie), soit plus de 30.000 lits répartis comme suit :

	Total
Nombre de lits agréés D (n=57)	8607
Nombre de lits agréés C (n=56)	8357
Nombre de lits agréés CD (n=19)	1320
Nombre de lits agréés I (n=39)	716
Nombre de lits agréés G (n=59)	4055
Nombre de lits agréés S1 (n=12)	301
Nombre de lits agréés S2 (n=40)	1427
Nombre de lits agréés S3 (n=22)	1120
Nombre de lits agréés S5 (n=12)	410
Nombre de lits agréés S6 (n=10)	389
Nombre de lits agréés SP (S4) (n=18)	155
Nombre de lits agréés M (n=51)	1658
Nombre de lits agréés E (n=52)	1494

Ce sont essentiellement les services C, D et G qui présentent la plus importante proportion de patients cibles. Dans les services D, près d'un patient sur 4 répond aux conditions de l'enquête, dans les services G, cette proportion monte à un peu plus de 28% et elle s'élève à 16% dans les services C. Pour les services Sp, un biais existe en raison de la mauvaise interprétation des lettres d'indice (confusion entre le Sp de Spécialité et le SP de Soins palliatifs). Les résultats doivent donc être pris avec prudence et nécessitent une étude ultérieure. Il semblerait que ce soit essentiellement les lits Sp psychogériatriques (S6, près de 5%) et les lits Sp neurologiques (S3, près de 6%) qui affichent la proportion la plus élevée de patients cibles. Mais aussi S5 (patients chroniques 410 patients).

Nbr de patients qui ne sont toujours pas sortis	%
En G (n=49)	28,77%
En D (n=49)	23,55%
En C (n=48)	16,19%
En Sp (n=18)	11,48%
En S3 (n=10)	5,96%
En S6 (n=4)	4,93%
En S2 (n=14)	2,80%
En E (n=15)	2,13%
En S1 (n=4)	1,84%
En CD (n=6)	0,88%
En S5 (n=2)	0,74%
En I (n=2)	0,37%
En M (n=2)	0,37%

Plus de la moitié des patients cibles ont plus de 75 ans et près de 78% ont plus de 65 ans. Presque 30% des patients cibles présents en psychogériatrie ont entre 16 et 65 ans.

Service	0-1	>1-16	>16-65	>65-75	>75	Total
C	0,45%	0,00%	25,34%	23,08%	51,13%	100,00%
D	0,31%	0,31%	28,35%	22,12%	48,91%	100,00%
CD	0,00%	0,00%	41,67%	8,33%	50,00%	100,00%
Unité SI	0,00%	0,00%	20,00%	20,00%	60,00%	100,00%
E	34,48%	62,07%	3,45%	0,00%	0,00%	100,00%
M	40,00%	0,00%	60,00%	0,00%	0,00%	100,00%
G	0,00%	0,00%	0,76%	6,11%	93,13%	100,00%
Sp	0,00%	0,00%	24,44%	24,44%	51,11%	100,00%
S1	0,00%	0,00%	36,00%	4,00%	60,00%	100,00%
S2	0,00%	0,00%	33,33%	16,67%	50,00%	100,00%
S3	1,33%	5,33%	37,33%	17,33%	38,67%	100,00%
S5	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	83,33%	100,00%
S6	0,00%	0,00%	28,36%	25,37%	46,27%	100,00%
Sans réponse	0,00%	0,93%	17,76%	20,56%	60,75%	100,00%
<b>Total</b>	<b>1,04%</b>	<b>1,67%</b>	<b>19,55%</b>	<b>16,70%</b>	<b>61,03%</b>	<b>100,00%</b>

Pour ce qui concerne la pathologie, l'étude montre que les principaux diagnostics des patients cibles sont les suivants :

Démence (toutes formes de démence)	16,42%
Accident vasculaire cérébral hémorragique et ischémique	13,85%
Traumatisme avec ou sans fracture et avec impotence	12,46%
Intervention chirurgicale au niveau du système osteo- articulaire muscle y compris	7,59%
Maladie infectieuse bronchique et pulmonaire	5,01%
Maladies dégénératives du SN y compris la SEP	4,45%
Autres affections d'origine psychiatrique	4,24%
Chutes à répétition d'origine multifactorielle et de pathologie mal définie chez une personne âgée de plus de 75 ans	3,48%

Ces huit pathologies représentent 68% des pathologies répertoriées et les quatre pathologies les plus fréquentes en représentent un peu plus de la moitié. Au sein de ces huit catégories de patients, on observe que près de 78% des patients ont plus de 65 ans.

Deux tiers des patients (66,4%) cibles sont dépendants (catégorie B, C ou Cd sur l'échelle de Katz) et plus de 40% sont désorientés dans le temps et/ou l'espace (ce pourcentage monte à 50% chez les patients de plus de 75 ans).

Service	O	A	B	C	Cd
C	5,88%	25,34%	29,41%	27,15%	5,88%
D	16,51%	14,33%	25,55%	25,86%	8,10%
G	4,58%	16,79%	38,93%	15,27%	21,12%
S3	8,00%	6,67%	24,00%	29,33%	22,67%
S6	11,94%	26,87%	20,90%	5,97%	25,37%
...					
<b>Total</b>	<b>8,98%</b>	<b>16,98%</b>	<b>29,85%</b>	<b>23,10%</b>	<b>13,43%</b>

	Désorientation
0-1	0,00%
>1-16	25,00%
>16-65	27,40%
>65-75	32,50%
>75	48,12%
<b>Grand total</b>	<b>40,57%</b>

Plus de 61% des patients cibles ont eu une admission non planifiée. Le motif social à l'admission n'est présent que dans 5,43% des patients cibles. :

Service	Admission non planifiée	Admission sociale (sans motif médical)
<b>Total</b>	<b>61,52%</b>	<b>5,43%</b>

Par contre, pour les patients hospitalisés en pédiatrie, ce taux s'élève à plus de 65% :

Service	admission non planifiée	admission sociale (sans motif médical)
<b>E</b>	<b>24,14%</b>	<b>65,52%</b>

La durée d'hospitalisation entre la date de demande de sortie médicale et la date d'enregistrement (3 juin 2014) était, en moyenne et pour l'ensemble des patients cibles, de 32,14 jours. Sur l'ensemble de cette population cela représentait 41.044 journées d'hospitalisation. Ce sont essentiellement les lits d'indice G qui montrent le nombre de jours total le plus élevé (9.266 jours), suivis des lits Sp psychogériatriques (S6, 6.836 jours), des lits Sp neurologiques (S3, 5.603 jours) et des lits D et C (respectivement 2.924 jours et 1.393 jours).

Si on reprend les indices principalement concernés, cette durée moyenne est la plus élevée dans les services S3 (Sp neurologique : 86,2 jours) et S6 (Sp psychogériatrique : 102,03 jours).

	C	D	G	S3	S6	...	Total
Nbr total de jours depuis la demande	1393	2924	9266	5603	6836	...	41044
Moyenne	7,11	10,56	25,53	86,20	102,03	...	32,14
Nb de patients cibles	220	320	391	81	67	...	1.058

Si on regarde le temps d'attente estimé entre la date de demande de sortie médicale et la disponibilité de la destination la plus adéquate, les durées d'hospitalisation ainsi estimées montent, en moyenne à 41,06 jours et à 43.609 jours pour l'ensemble de la population.

	C	D	G	S3	S6	...	Total
Nbr total de jours d'attente	2680	3353	13441	5783	1934	...	43609
Moyenne	13,96	14,71	42,94	90,36	101,79	...	41,06

La destination la plus adéquate de sortie des patients cible est principalement la maison de repos ou la maison de repos et de soins (plus de 40%), suivent le domicile (+/- 20%) et le service Sp (+/- 20%).

	Nb de patients	Total
Maison de repos et de soins	470	32,71%
Maison de repos pour personnes âgées	109	7,59%
Retour à domicile	298	20,74%
Service Sp (hors soins palliatifs)	289	20,11%
...		...
<b>Total</b>	<b>1437</b>	<b>100%</b>

Si on compare les différentes régions, on observe des différences relatives aux destinations les plus adéquates. C'est essentiellement la MRS en Flandre et en Wallonie alors que c'est majoritairement les lits Sp (hors S4) à Bruxelles.

	Brux	Flandre	Wal	Total
Maison de repos et de soins	23,33%	37,79%	27,02%	32,71%
Maison de repos pour personnes âgées	5,24%	2,65%	19,19%	7,59%
Retour à domicile	23,33%	19,74%	21,46%	20,74%
Service Sp, revalidation	36,67%	18,77%	14,14%	20,11%

Dans les services de pédiatrie les destinations les plus adéquates sont le retour à domicile (41,38%) ainsi que les services résidentiels pour nourrissons, jeunes enfants et adolescents (24,14%).

En maternité ces destinations sont essentiellement les services résidentiels pour nourrissons, jeunes enfants et adolescents (40%) :

	E		M	
	Nb de patients	Total	Nb de patients	Total
Retour à domicile	12	41,38%	1	20,00%
Institution de santé mentale (MSP, HP,...)	1	3,45%	0	0,00%
Service résidentiel pour nourrissons, jeunes enfants et adolescents	7	24,14%	2	40,00%
Autre	8	27,59%	2	40,00%
Sans réponse	1	3,45%	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

C'est pour les lits de maison de repos que le temps d'attente est le plus élevé :

	0J	1-10J	11-20J	21-30J	1-2M	2-3M	3-5M	5-7M	7M-1 an	>1an
Retour à domicile	2,01%	43,96%	14,43%	5,70%	6,04%	2,35%	0,67%	0,00%	0,00%	0,00%
Maison de repos pour personnes âgées	0,00%	14,68%	8,26%	6,42%	8,26%	4,59%	3,67%	13,76%	12,84%	1,83%
Maison de repos et de soins	0,64%	17,45%	13,19%	12,13%	15,74%	6,81%	3,19%	1,49%	3,40%	0,21%
Service Sp, revalidation	0,35%	44,98%	18,69%	8,30%	5,88%	2,08%	0,69%	0,00%	1,73%	0,00%
<b>Total</b>	<b>0,77%</b>	<b>31,11%</b>	<b>14,27%</b>	<b>9,60%</b>	<b>9,05%</b>	<b>3,69%</b>	<b>1,95%</b>	<b>1,53%</b>	<b>2,71%</b>	<b>0,42%</b>

L'obstacle principal à la sortie est la disponibilité ou l'absence de l'offre de soins (50,17%), viennent ensuite le refus du patient ou de la famille, les obstacles internes, les problèmes administratifs, financiers, de logement et l'isolement social.

	Total
Disponibilité ou absence de l'offre de soins	50,17%
Refus du patient/de la famille	14,70%
Obstacle interne (manque de temps ou problème de communication)	12,39%
Problèmes administratifs et d'organisation	9,54%
Problèmes financiers	7,35%
Problème de logement/adaptation	6,95%
Isolement social du patient	6,01%

---

En **synthèse**, les services les plus concernés sont les services C, D, G et Sp.

Les patients cibles :

- ont plus de 65 ans (78%) ;
- présentent une pathologie qui est majoritairement, la démence (16,42%), l'AVC (13,85%), le traumatisme (12,46%) ou l'intervention chirurgicale du système ostéo-articulaire muscle y compris (7,59%) ;
- sont dépendants (66,4%) ;
- sont désorientés dans le temps et/ou l'espace (40%) ;
- ont eu une admission non planifiée (61%) ;
- pour lesquels la destination de sortie envisagée est soit la maison de repos (40%), le domicile (20%) ou un service Sp (20%) ;
- pour les services E et M doivent retourner à domicile ou vers un service résidentiel pour nourrissons, jeunes enfants et adolescents

Le temps d'attente estimé entre la date de demande de sortie médicale et la disponibilité de la destination la plus adéquate s'élève, en moyenne à 41,06 jours. Ce sont essentiellement dans les services Sp (hors soins palliatifs) puis dans les services G que ce temps est le plus élevé. Si on considère le nombre total de jours d'attente, ce sont les services G qui ont le nombre de journées le plus élevé (plus de 30% des journées tous indices confondus), puis les services S3, S6, D (7,7%) et C (6%).

L'obstacle principal à la sortie est la disponibilité ou l'absence de l'offre de soins (50,17%), viennent ensuite le refus du patient ou de la famille, les obstacles internes, les problèmes administratifs, financiers, de logement et l'isolement social.

---



## 2.3. Discussion et perspectives

Même si cette étude nécessite d'être poursuivie, elle semble confirmer que le manque de disponibilité de lits en maison de repos (et de soins) freine la sortie des patients de plus de 65 ans hospitalisés dans les lits G et Sp (hors soins palliatifs). L'engorgement de ces lits se répercute alors sur les lits C et D qui ne trouvent plus de solution d'aval dans les lits G et Sp. Ces premiers résultats partiels plaident en faveur de la nécessité de structures d'aval, principalement des lits MR/MRS<sup>1</sup>, comme première solution permettant la sortie de patients dans des délais raisonnables. Il est probable que cela ait des répercussions favorables sur la disponibilité de lits G et Sp revalidation.

### 2.3.1. Formes alternatives de soins

Il sera impératif de créer des formes supplémentaires de prise en charge alternatives pour les patients qui n'ont pas leur place dans un lit de maison de repos en raison de leur âge (moins de 65 ans). Ainsi, le CNEH propose de prévoir des formes supplémentaires de prise en charge alternatives pour trois groupes cibles :

#### **Groupe cible A**

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

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

#### **Groupe cible B**

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

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

#### **Groupe cible C**

Les patients qui nécessitent des soins spécialisés, mais pour lesquels aucune prise en charge permanente appropriée n'est disponible (c.-à-d. des patients souffrant d'un handicap physique ou mental à un stade avancé de la maladie / NAH/Korsakov/SP/Huntington/jeune atteint de démence...). Des groupes spécifiques de patients pour lesquels il n'existe que peu ou pas de solutions doivent être ciblés. Il s'agit, notamment, de patients de moins de 65 ans hospitalisés en psychogériatrie, des patients souffrant de démence, des patients hospitalisés dans les service Sp neurologiques, des admissions psycho-sociales chez les enfants de 1 à 16 ans.

---

<sup>1</sup> En Région wallonne, 2000 lits sont en portefeuille et non encore exploités à titre d'exemple.

### 2.3.2. Création de lits de Revalidation (indice R)

Les pathologies principales (AVC, traumatisme, intervention ostéo-articulaire) nécessitent une revalidation précoce et intense.

Le groupe de travail propose de transformer les catégories de lits Sp cardiopulmonaires (S1), locomoteurs (S2) et neurologiques (S3) en lits R. Les lits R sont des lits de réadaptation à caractère intensif avec une durée d'hospitalisation limitée en hôpital non psychiatrique. Nous proposons une reconversion de 1 lit Sp cardiopulmonaire, neurologique et locomoteur en 1 lit de réadaptation.

Les hôpitaux disposant de lits Sp chroniques qui prennent en charge des polypathologies graves ont la possibilité de reconvertir ces lits en lits G ou en lits « R » de réadaptation (besoin de rééducation intensive) avec reconversion 1 sur 1 ou en lits Sp psychogériatriques (problématique neurodégénérative et gérontopsychiatrique). Les règles de reconversion actuelles permettent également, par une désaffectation de lits aigus (C, D, G), de créer des lits Sp (AR du 16 juin 1999) et des lits G. La présente proposition doit, dès lors, permettre d'en faire des lits de réadaptation.

Les lits d'indice Sp disparaissent. Une catégorie spécifique doit être créée pour les lits de soins palliatifs et une autre pour les lits de psychogériatrie (voir avis du 11 juin 2009).

Groupe cible (lits R) : patients nécessitant une surveillance médicale et une rééducation intensive et multidisciplinaire en hôpital aigu ou catégoriel. Il peut s'agir ici tant d'une réadaptation faisant suite à une problématique aiguë ponctuelle récente que d'une réadaptation pendant les phases susceptibles de réadaptation de la maladie de patients chroniques ainsi que la prise en charge de groupes cibles à pathologie plus lourde et très spécifique (p. ex. trajets de soins pour les patients SEP et SLA<sup>5</sup>, patients comateux<sup>3-4</sup> et Chorée de Huntington).

### 2.3.3. Lits de maison de repos (et de soins)

La priorité est de revoir la programmation des lits MR(S) au vu de l'évolution démographique bien connue. Il conviendrait de sortir de la programmation tous les patients avec des pathologies complexes comme les patients des lits LCA<sup>2</sup> (ENVP<sup>3</sup> -EPR<sup>4</sup> - Chorée de Huntington – SEP et SLA<sup>5</sup>) et autres patients comme : Korsakov, démences pré-séniles, ....

---

<sup>2</sup> Lésion Cérébrale Acquise

<sup>3</sup> Etat Neuro-Végétatif Persistant

<sup>4</sup> Etat Pauci-Relationnel

<sup>5</sup> Sclérose en plaques et Sclérose latérale amyotrophique

### 2.3.4. Réseau de soins

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

Il faut décrire les différentes offres de soins qui ont des profils complémentaires, car elles répondent à des besoins de différents niveaux. Les patients auxquels elles s'adressent ne sont pas au même stade d'évolution de leur(s) affection(s) médicale(s).

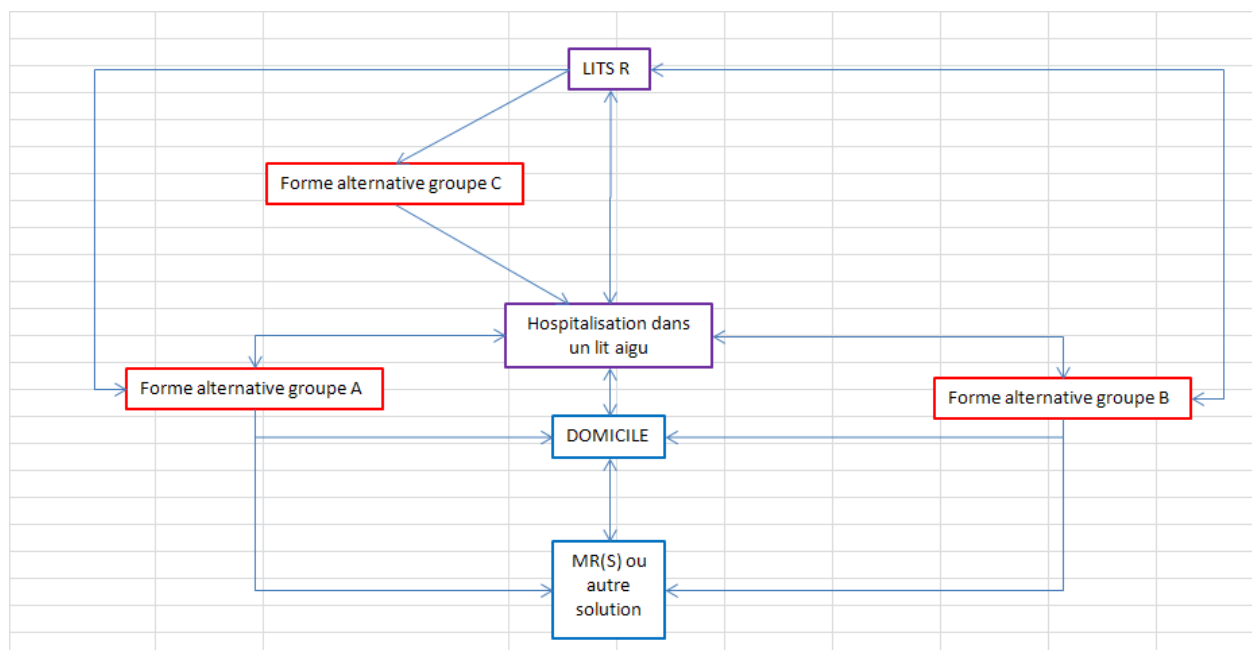
L'articulation de ces offres de soins (séquençage des séjours / ou des épisodes de soins) doit permettre de mettre en œuvre divers **réseaux de soins** pour la prise en charge coordonnée et intégrée de groupes spécifiques de patients. Ainsi, à l'intérieur d'un réseau de soins, il est nécessaire d'orienter adéquatement chaque patient vers l'offre de soins qui sera la mieux appropriée à ses besoins actuels. La mise en place de réseaux de soins permettant des synergies entre les acteurs et les offres de soins paraît un choix positif pour le patient : les réseaux de soins spécialisés offrent une meilleure expertise d'un personnel formé et ceci de l'aigu/intensif (« Cure ») au chronique (« Care ») en passant par le subaigu.

La logique « continuum de soins » conduira à optimiser davantage les collaborations dans le but de garantir une utilisation optimale des moyens disponibles, de garantir la qualité des soins et d'optimiser le fonctionnement des différentes offres de soins.

Les offres suivantes doivent permettre un continuum de soins :

- Alternatives à l'hospitalisation (HAD)
- MR(S)
- Lits R
- Revalidation en ambulatoire, de jour
- Lits aigus (C, D, G, ...)

Enfin, le groupe de travail souhaite obtenir un mandat officiel pour poursuivre et enrichir l'étude de manière à affiner les résultats et les propositions.



### **3. Financement des services Sp via le BMF**

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

- le 09/04/2009 (B2) ;
- le 09/04/2009 (B1) ;
- le 14/02/2008 (avis relatif aux hôpitaux Sp) ;
- le 13/01/2000
- le 16/05/2013

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

\*\*\*\*\*