

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 18 novembre 2021

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/540-2 (*)

Avis du CFEH sur la programmation de l'offre de soins hospitaliers

Au nom du Président,
Margot Cloet

p.o., Francis Vyncke, chef de service MO

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 18/11/2021 et ratifié par le Bureau à cette même date.

Par le présent avis, le CFEH souhaite répondre à la demande d'avis du ministre Vandembroucke du 30/06/2021 concernant la **programmation des lits hospitaliers**.

Cette demande d'avis comprend **trois volets** : un premier volet traite d'une **réflexion globale** sur la programmation des lits hospitaliers, en tenant compte de la réalité des problèmes de santé mentale, avec trois dimensions centrales : les critères de programmation, le niveau de programmation et les règles de conversion. Les deuxième et troisième volets traitent de la problématique plus spécifique des lits Sp d'une part, et des lits A et K d'autre part.

Un groupe de travail a été mis sur pied au sein du CFEH afin de se prononcer dans une perspective transversale sur le **premier volet** de cette demande d'avis. Il s'est réuni les 30/08, 10/09, 23/09 et 15/10.

Deux sous-groupes de travail seront mis en place pour traiter les questions plus spécifiques de la programmation des services Sp et des services psychiatriques.

Ce premier avis traitera uniquement des questions relatives à la **programmation**. Le CFEH va poursuivre son travail en vue d'aboutir à un second avis dans les prochains mois qui traitera de manière plus approfondie de la programmation et du financement des lits psychiatriques et des lits de revalidation (Sp).

Dans cet avis, le CFEH s'efforcera d'**établir de grands principes** en matière de programmation. **Une étude scientifique (KCE, université...) est toutefois nécessaire** afin d'approfondir ces principes, sur base de données objectives. A ce titre, le CFEH se réjouit que l'actualisation de l'étude 289B¹, qui date déjà de 2017, semble d'ores et déjà planifiée par le KCE. Le CFEH constate toutefois l'absence d'étude comparable en matière de santé mentale pour les services A,a/k/k/T,Tg,t/Tf, For-K et IB. Il semblerait donc pertinent d'élargir notamment cette étude aux soins de santé mentale.

Certaines données supplémentaires sont nécessaires pour une discussion plus approfondie au sein des groupes de travail, en particulier des données relatives au nombre de lits gelés par service, aux flux de patients entre régions (problématique de la Région de Bruxelles), à la différence dans les flux de patients entre hôpitaux qui ont un service Sp dans leurs propres murs et ceux qui n'en ont pas, aux spécificités épidémiologiques et socio-démographiques locales de la population ainsi qu'à l'objectivation du besoin accru pour les lits A, K, IB, For-K et Sp suite à l'épidémie de COVID-19. Ceci ne constitue pas une liste limitative. D'autres besoins en données pourraient encore être identifiés dans la suite des discussions qui se poursuivront dans les sous-groupes de travail dédiés aux lits Sp d'une part et aux lits psychiatriques d'autre part.

1. NÉCESSITÉ D'UNE PROGRAMMATION ET ALTERNATIVES ENVISAGEABLES

La programmation constitue l'un des piliers classiques de gestion publique de l'offre hospitalière, avec le financement et l'agrément. La programmation reste nécessaire à court terme, certainement pour les lits pour lesquels le financement n'est pas basé sur l'activité justifiée (lits Sp et psychiatriques) alors qu'une déprogrammation ou une programmation plus flexible/globale serait envisageable à plus court terme pour les lits pour lesquels une activité justifiée est calculée. La programmation hospitalière a pour but de maîtriser la dimension budgétaire de l'offre de soins, d'évaluer les besoins et devrait garantir une accessibilité aux soins pour les patients. Les objectifs de la programmation doivent être redéfinis, en prenant en compte notamment la nécessité d'une plus grande flexibilité.

A plus long terme, le Conseil estime qu'il serait utile de questionner le concept même de programmation de lits, en s'inspirant de pays comparables. Nous sommes un des derniers pays à programmer les lits/places hospitaliers. Il faudrait envisager un mécanisme de planification et de régulation plus flexible. Dans cette perspective, certaines activités, plus couteuses/complexes, pourraient rester programmables.

Il importe à cet égard d'avoir une approche différenciée en fonction du type de lits hospitaliers. A titre d'exemple, la programmation des lits/places hospitaliers joue un rôle moins fondamental lorsque le financement est accordé sur base de l'activité justifiée. Cependant, ce type de financement est actuellement limitée aux lits/places aigus

¹ Rapport KCE 289B, Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité, 2017

des hôpitaux généraux (C, D, E, M, G). Pour ce type de lits, une déprogrammation ou une programmation plus flexible / plus globale pourrait être envisagée plus rapidement.

Il est important d'établir un lien entre les besoins et l'offre. Pour cela, nous avons besoin d'instruments adéquats. Il est indispensable de disposer d'outils statistiques prospectifs permettant de mieux évaluer les besoins de la population sur base de critères prédéfinis. Dans ce cadre, il convient également d'évaluer dans quelle mesure il est possible de tirer parti d'éventuels modèles existants. Ces outils permettraient d'évaluer au mieux les besoins de la population selon une approche prospective et dynamique. De tels outils ne doivent pas se limiter aux besoins en places/lits hospitaliers, mais s'appliquer à l'ensemble de l'offre de soins de santé.

Il faut garder à l'esprit les soins résidentiels et ambulatoires, même si les soins ambulatoires ne nécessitent pas de programmation. Il faut aussi intégrer les hôpitaux catégoriels qui relèvent de la compétence de communautés ou de régions.

2. NÉCESSITÉ D'ACTUALISER LA PROGRAMMATION

Le Conseil estime qu'une actualisation des règles de programmation est nécessaire et urgente ; la répartition de lits n'est en effet plus en adéquation avec les besoins de soins et les évolutions de la société. Nous partageons également l'idée que la priorité doit être accordée aux indices de lits psychiatriques et aux lits Sp dont les lits Sp psycho-gériatriques et les lits Sp palliatifs, avec une priorité particulière pour les lits K pour lesquels le besoin est très urgent.

Pour les lits K de jour, le CFEH a déjà formulé un avis qui comprend une proposition d'adaptation de la programmation (CFEH/D/498-1). En effet, dans cet avis, le Conseil avait suggéré d'appliquer la norme de programmation actuelle à la tranche d'âge des moins de 18 ans. Cette adaptation pourrait être facilement et rapidement mise en place, dans l'attente d'une actualisation plus approfondie de la programmation (quick-win).

Concernant les lits Sp palliatifs, cette programmation est dépassée depuis plusieurs années. Nous nous référons ici au rapport annuel de la Plateforme fédérale de l'évaluation des soins palliatifs. Ce rapport plaide notamment pour la création rapide d'un « middle care palliatif » et pour le renforcement des équipes de soins palliatifs spécialisées avec un juste financement afin d'offrir une prise en charge de qualité. Par conséquent, le conseil pourrait étudier la possibilité d'une adaptation de la programmation des lits Sp palliatifs.

La situation des lits G devrait également être examinée (étude KCE 289B).

3. ARTICULATION AVEC D'AUTRES RÉFORMES EN COURS AINSI QU'AVEC LES NORMES D'AGRÉMENT

Bien qu'il soit difficile d'établir un ordre de priorité « chronologique » entre ces réformes, il nous paraît crucial que l'actualisation de la programmation des lits/places hospitaliers s'articule de manière **cohérente** avec d'autres réformes ou évolutions en cours.

Les **réseaux hospitaliers locorégionaux** et les réseaux de soins de santé mentale (adultes, enfants et adolescents, personnes âgées) joueront un rôle dans la mise en place efficace de l'offre de soins locale. Il importe de définir les **missions de soins** locorégionales et suprarégionales, en exécution de la Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Pour les réseaux de santé mentale, nous attirons l'attention sur les différents projets pilotes tels que les équipes mobiles et l'intensification.

L'actualisation de la programmation doit aussi tenir compte d'évolutions telles que les projets de soins intégrés, la réforme de l'hôpital de jour, les soins psychologiques dans la première ligne, l'évolution des soins ambulatoires, les évolutions touchant les hôpitaux de revalidation ainsi que la réforme de la nomenclature des soins de santé en cours.

Une actualisation de la programmation ne peut pas avoir d'impact négatif sur le financement des infrastructures des hôpitaux. Une coordination suffisante entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées doit éviter un éventuel impact négatif.

4. IMPACT DE LA PANDÉMIE :

Comme le ministre le formule dans la demande d'avis, l'épidémie de coronavirus fait peser une pression supplémentaire sur la (pédo)psychiatrie alors que la programmation a déjà été atteinte pour ces services ; ce qui accentue sans aucun doute l'urgence d'une actualisation de la programmation pour ces services.

Le Conseil estime que d'autres impacts de la pandémie doivent aussi être pris en considération. En effet, l'épidémie a également mis en évidence la nécessité d'une réorganisation de la fonction « maladie infectieuse », ainsi que la nécessité d'une réflexion sur l'offre de soins intensifs et les formes de soins intermédiaires (par ex. les unités « high care » et « medium care ») et l'encouragement de l'hôpital de jour. Pour les formes les plus sévères du COVID-19 ou de COVID-longes, la période de réadaptation est longue, que ce soit pour les soins en ambulatoire ou résidentiels. Nous nous référons ici à l'étude en cours du KCE « Besoins et suivi des patients atteints de COVID de longue durée ».

5. QUADRUPLE AIM ET SOINS APPROPRIÉS (APPROPRIATE CARE)

L'approche des **soins pertinents** vise à ce que les soins les plus optimaux soient dispensés dans le lieu le plus approprié. Cette approche implique qu'il faut tenir compte d'un glissement éventuel des admissions hospitalières classiques vers des contextes alternatifs ou des soins à domicile avec les conséquences pour les budgets existant au niveau fédéral et des entités fédérées.

Le Conseil soutient cette approche même si elle nécessite d'assurer la **continuité des soins par une approche intégrée**. Cette continuité des soins nécessite que l'aval de l'hôpital soit organisé de manière optimale et qu'il y ait un maillage et une diversification de l'offre de soins adéquats au sein de l'hôpital (qui constitue aussi bien une offre d'hospitalisation classique, de jour qu'ambulatoire pure) et entre les hôpitaux et les autres formes et structures de soins. C'est loin d'être le cas aujourd'hui.

En cas de glissement vers l'ambulatoire, une adaptation du financement est nécessaire. La majorité des membres du CFEH estiment que cette adaptation du financement doit être examinée dans un contexte de sous-financement historique : dans ce cadre, il convient d'investir les moyens libérés dans le secteur pour corriger le sous-financement hospitalier existant, en vue de garantir un juste financement de l'activité hospitalière.

Du point de vue des patients, le CFEH demande également qu'une attention suffisante soit accordée à l'accessibilité financière. Les changements dans les soins ne doivent pas mettre en péril l'accessibilité financière pour le patient.

6. MAÎTRISE DU BUDGET TOTAL

La demande d'avis du 30/06/2021 pose comme principe fondamental « qu'une augmentation de la programmation d'un indice de lits doit s'accompagner d'une diminution d'un autre indice de lits et qu'une extension de la programmation ne peut être envisagée sans une proposition visant à maîtriser le budget total. »

En matière de maîtrise du budget total, le Conseil estime qu'une actualisation de la programmation ne pourra vraisemblablement se faire en respectant une stricte neutralité budgétaire. Dans ce contexte, le CFEH considère qu'il ne paraît pas réaliste d'adapter la programmation actuelle uniquement sur la base de la reconversion de lits hospitaliers agréés. Cette actualisation vise à adapter l'offre de soins en fonction de l'évolution des besoins de la population (vieillesse de la population, hausse des maladies chroniques et des polyopathologies, impacts de la pandémie sur les besoins de prise en charge (pédo)psychiatriques ...) mais également en tenant compte des évolutions dans l'organisation de la prise en charge (réseaux hospitaliers, alternatives à l'hospitalisation classique telles que l'hospitalisation de jour mais également les soins ambulatoires via équipes mobiles, l'hospitalisation à domicile, ...). Tout ceci nécessite d'être investigué de manière plus approfondie. En outre, il convient de prendre en compte les normes d'encadrement infirmier et paramédical des services hospitaliers concernés. Enfin, nous devons tenir compte des conséquences financières des nouveaux rôles et des responsabilités correspondantes des hôpitaux. Dans le cadre de la maîtrise du budget global, il convient également d'accorder l'attention nécessaire à l'accessibilité financière des patients.

En matière de santé mentale, il est nécessaire d'allouer davantage de moyens à l'intensification des soins. Dans les hôpitaux psychiatriques, le mouvement d'intensification a commencé par le gel des lits et des places. Dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques, un nouveau gel de la capacité existante n'est pas possible en raison des besoins locaux. L'encadrement en personnel peut également avoir un impact sur le taux d'occupation. Ainsi, un taux d'encadrement trop faible peut également entraîner un taux d'occupation moindre pour certains services afin de pouvoir déployer suffisamment d'ETP pour garantir des soins de qualité et sûrs. Il s'agit d'une donnée importante lorsque l'utilisation est prise en compte pour cartographier l'activité.

Considérant également le sous-financement historique des services hospitaliers, il n'apparaît pas réaliste de réallouer une partie des ressources existantes à l'extension de la programmation. A cet égard, il convient également de prendre en compte la répartition historique inégale de lits hospitaliers sur le territoire qui peut également rendre difficile la réallocation de ressources existantes. Les besoins en matière de soins sont un objectif prioritaire. Le budget est un moyen de réaliser cet objectif.

Il est également prévu de développer la réflexion sur le financement dans un avis ultérieur (cf. question finale sur la programmation).

7. LES CRITÈRES DE PROGRAMMATION : MIEUX ALIGNER LA PROGRAMMATION SUR LES BESOINS

Le CFEH ne peut que confirmer la nécessité de revoir les mécanismes de programmation. En effet, les critères de programmation sont devenus obsolètes ; la programmation étant (quasiment) atteinte pour certains indices de lits tels que les lits Sp, A et K, alors qu'il existe une marge importante pour les indices C, D et E.

Lors de l'actualisation de la programmation, un préalable est de distinguer les spécificités des services. De même, aujourd'hui, la programmation est effectuée par indice de lits/places. Or, des liens étroits peuvent exister entre certains services hospitaliers (par ex. les services A et T, l'hospitalisation complète et partielle, la psychiatrie de transition entre 15 et 23 ans), raison pour laquelle une certaine flexibilité est nécessaire avec un dépassement possible dans un indice de lits lorsqu'une marge existe pour un service hospitalier étroitement lié. Dans ce cadre, le regroupement d'indices de lits (par exemple pour les lits A,a et T,t) pourrait être envisagé. Dans le même esprit, il convient d'envisager une approche globale de la programmation. Une flexibilité au niveau des services aigus est également importante d'autant plus que le rôle joué par la programmation est atténué du fait du financement lié à l'activité justifiée qui fonctionne comme des vases communicants. Une piste à envisager pourrait être la mise en place d'une programmation plus globale pour les lits aigus.

Le Conseil considère que le modèle de programmation, développé par le KCE dans l'étude 289B, basé sur le concept de « **besoin normatif en lits hospitaliers** » est une information pertinente à considérer et une piste à explorer dans le développement d'une nouvelle programmation. Le CFEH plaide pour une actualisation de cette étude, avec des chiffres les plus récents possible et une projection sur 15 ans, élargie au secteur de la santé mentale. Le Conseil suggère également que cette étude intègre, à côté des lits hospitaliers, les fonctions et les programmes de soins hospitaliers. A côté de ce modèle, il existe aussi d'autres approches partant de données telles que la prévalence et l'incidence de pathologies dans la population. D'une manière générale, une actualisation de la programmation hospitalière ne peut se faire sans disposer de données suffisantes pour mieux objectiver les besoins en soins, y compris dans le domaine de la santé mentale et en particulier pour la pédopsychiatrie où le besoin semble plus aigu.

Le CFEH souscrit à la remarque formulée dans la demande d'avis selon laquelle il n'est pas souhaitable de travailler avec un système de lits justifiés dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux qui lierait le temps de traitement d'un patient psychiatrique à une durée de séjour justifiée. Le CFEH ne comprend pas ce que la demande d'avis entend par « gerechtvaardigde activiteit ». Dans le cas de la mise en place d'un système alternatif celui-ci devra tenir compte des caractéristiques spécifiques d'un service psychiatrique. A cette fin, il pourrait être fait appel au KCE pour définir ces caractéristiques spécifiques. La même remarque s'applique aux services Sp.

Le Conseil estime que la **mobilité des patients** entre régions doit être prise en compte soit par une programmation organisée au niveau fédéral, avec des attributions plus importantes en raison des flux possibles de patients entre entités fédérées ; soit par l'intégration de ce facteur dans les critères de programmation. Une

flexibilité est en tout cas nécessaire pour prendre en compte les besoins locaux mais également l'expertise regroupée en particulier pour les missions de soins suprarégionales. En outre, il convient d'intégrer des **facteurs socio-économiques** pour tenir compte de la fragilité socio-économique de la population/patiente, en particulier pour estimer les besoins en soins de santé mentale. De même, dans les zones à **faible densité démographique**, il convient de trouver un équilibre entre accessibilité géographique/temporelle et efficacité.

Lors de la détermination de l'offre future, une distinction devra être faite entre les services psychiatriques généraux et les services psychiatriques plus spécialisés qui doivent remplir une fonction suprarégionale. Cette distinction a des conséquences en termes d'accessibilité géographique. Il y a lieu également de prendre en considération la problématique spécifique de la prise en charge de patients psychiatriques souffrant de pathologies multiples. A cet égard, dans le contexte d'une spécialisation croissante des hôpitaux et services psychiatriques, il est nécessaire d'évaluer dans quelle mesure l'hôpital peut être considéré comme un « pool de compétences » qui doit être déployé de manière flexible, favorisant une étroite collaboration entre les différentes disciplines autour du patient souffrant de pathologies multiples (par exemple : troubles alimentaires, double diagnostic, services HIC/ID où des admissions sous contrainte peuvent également avoir lieu...). Les hôpitaux psychiatriques devraient fonctionner comme des centres d'expertise flexibles, s'efforçant de trouver un équilibre entre une spécialisation suffisante et des services généraux.

Parmi les évolutions et critères supplémentaires à prendre en compte, nous recensons notamment : l'innovation numérique (e-Health, mobileHealth), les freins inhérents au manque de disponibilité des prestataires de soins (médecins généralistes, gériatres, (pédo)psychiatres, spécialistes en réhabilitation, infirmiers...), l'effet saisonnier (indices K, E, G,...) et des troubles psycho-sociaux (majorés), des nouvelles pathologies issues de l'évolution de la société et de notre environnement ?

La structuration de certains projets-pilotes après avoir procédé à leur implémentation et à leur évaluation, notamment en santé mentale (psychiatrie légale, équipes mobiles, services ID et HIC, etc.) **nous semble un préalable à une actualisation de la programmation**. Nous nous référons à l'avis du CFEH du 12 décembre 2019 (CFEH-500-3). Le secteur ne peut pas continuer à fonctionner dans un contexte « pilote » sur la longue durée avec une incertitude juridique. Une structuration de ces projets peut également contribuer à renforcer la confiance entre les partenaires du réseau. Toutefois, il convient également que ces projets-pilotes puissent être rendus accessibles dans les régions où ils ne sont pas encore développés. A cet égard, le Conseil estime qu'une plus grande souplesse est nécessaire pour les lits d'intensification des soins psychiatriques (HIC) et que le seuil minimum de 24 lits soit revu à la baisse afin de donner l'accès à ces projets-pilotes à toutes les régions du pays.

Nous estimons qu'il faudrait privilégier **une vision dynamique de la programmation**. Par « programmation dynamique », nous entendons notamment :

- une **révision périodique tenant compte d'évolutions** telles que les changements de prévalence et d'incidence, de tendances démographiques, de l'approche « evidence-based », des équipes mobiles supplémentaires, de l'intensification supplémentaire, de nouvelles options de traitement... ;
- une **actualisation régulière des critères de programmation** ;
- une programmation qui tient compte de l'évolution de l'activité en hôpital de jour et de l'évolution des soins primaires (médecins généralistes,...) et des soins secondaires (SSM, centres de réhabilitation fonctionnelle,...) ;

De même, à plus long terme, l'expression de critères de programmation **en termes de lits/places** est de moins en moins en adéquation avec le fonctionnement actuel (programmes de soins constitués de modules et de fonctions au lieu des indices de lits existants et d'un certain nombre de projets en cours (équipes mobiles 2a et 2b, équipes mobiles pour enfants et adolescents,...) ? Nous nous référons à l'avis du CFEH sur un système de financement prospectif et orienté programme pour les soins de santé mentale (CFEH/D/446-2).

8. LE NIVEAU DE LA PROGRAMMATION : PAYS, ENTITÉS FÉDÉRÉES OU RÉSEAUX HOSPITALIERS ?

La demande d'avis du ministre pose la question de savoir à quel niveau il convient de fixer la programmation afin de prendre en compte de manière optimale les besoins de soins et la mobilité des patients (fédéral, entités fédérées ou réseaux hospitaliers).

A ce jour, la programmation est régie **par le pouvoir fédéral** qui fixe un nombre de lits hospitaliers qui ne peut pas être dépassé **au niveau fédéral** et ce, sur base de **critères démographiques simples** (nombre de lits par 1000 habitants, par 1000 personnes âgées de plus de 65 ans ou de moins de 15 ans, par 1000 naissances). La législation fédérale ne fixant pas de programmation (nombre de lits hospitaliers à ne pas dépasser) par région, des attributions différentes sont possibles au niveau régional, par rapport à la programmation « théorique » régionale que l'on peut estimer en appliquant les critères de programmation fédéraux aux entités fédérées. La programmation étant définie uniquement au niveau fédéral, **la mobilité des patients peut être facilement prise en compte**, avec des attributions plus importantes dans certaines zones géographiques (grandes villes par exemple) en raison de ces flux de patients.

Le pouvoir fédéral pourrait également fixer une **programmation qui serait répartie à un niveau régional**. Par ce niveau, nous entendons les entités fédérées (communautés et régions). Une telle répartition nécessite toutefois au préalable une **objectivation des flux de patients entre entités fédérées** (cas particulier de la Région de Bruxelles-capitale) ainsi qu'un affinement des critères de programmation afin de **prendre en compte d'autres facteurs influençant les besoins locaux en soins hospitaliers ou de santé mentale** (ex : prévalence, incidence, facteurs socio-économiques, etc.). Il serait également nécessaire de tenir compte de la situation spécifique des réseaux transrégionaux. Des recherches scientifiques sont nécessaires pour identifier et cartographier de manière objective ces paramètres. Nous nous référons ici à l'étude du KCE 289B qui doit être actualisée, élargie au secteur de la santé mentale et prendre en compte la dimension régionale de l'offre hospitalière (entités fédérées). Le Conseil se tient également à disposition pour donner son avis sur la répartition. Par ailleurs, les entités fédérées pourraient, de manière autonome, élaborer des critères supplémentaires pour la répartition des capacités de soins régionales aux sous-régions de soins conformément à la nouvelle programmation (par exemple, les zones de soins régionales en Flandre).

Il est également préférable, **que l'autorité publique compétente en matière de programmation soit aussi celle compétente en matière de financement du fonctionnement**. Ceci n'est toutefois pas toujours le cas actuellement (par ex. hôpitaux catégoriels financés par les entités fédérées comme les hôpitaux de revalidation en Flandre).

Une répartition par entité fédérée aurait l'avantage de répartir l'offre de soins de manière **plus cohérente et consistante**, en intégrant directement dans les critères de programmation les facteurs influençant les besoins en soins au niveau régional (flux de patients, prévalence, incidence, facteurs socio-économiques), sans devoir passer par le dépassement d'une programmation « théorique ». En outre, une approche régionale (planification) devrait également permettre une **meilleure répartition et accessibilité géographique** de l'offre de soins au sein des (sous-)régions de soins des entités fédérées.

Dans ce contexte d'une offre de soins cohérente et consistante, le Conseil estime qu'il est préférable qu'il y ait un **même niveau de programmation pour les services hospitaliers qui se retrouvent tant dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques** (ex : services psychiatriques des hôpitaux généraux, lits Sp psycho-gériatriques,...). L'application de la répartition au niveau des entités fédérées (quotas), fondée sur les besoins réels en matière de soins de santé, doit pouvoir être évolutive. Dans certains cas, la programmation peut être également considérée comme un minimum si elle est reposée sur un ensemble de critères scientifiquement fondés qui reflètent correctement les besoins en matière de soins de santé.

Une **programmation** par le pouvoir fédéral **au niveau des réseaux hospitaliers loco-régionaux** n'est pas souhaitable. Un tel niveau de programmation serait difficile à mettre en œuvre. Il serait nécessaire de prendre en compte le chevauchement des réseaux hospitaliers loco-régionaux dans certaines grandes villes, les différences en termes de taille et de territoire couvert par ces réseaux ainsi que les zones frontalières nationales et régionales.

D'après ce qui précède, un choix doit être fait entre une programmation par le pouvoir fédéral fixée globalement au niveau fédéral ou assortie d'une répartition au niveau de chaque entité fédérée. Sur la base des considérations formulées, le CFEH préconise l'approche progressive suivante :

À court terme, l'approche actuelle suivant laquelle le pouvoir fédéral établit uniquement une programmation au niveau fédéral, est maintenue et la répartition entre les entités fédérées est basée sur une concertation entre le

pouvoir fédéral et les entités fédérées. À court terme, cependant, il faut trouver une solution pour les besoins en soins aigus qui se manifestent notamment en (pédo-)psychiatrie et dans les services de Sp.

À moyen-long terme, le CFEH opte pour un cadre général au niveau fédéral basé sur une combinaison équilibrée de paramètres. Ceci sera possible lorsque les flux de patients et les autres facteurs influençant les besoins régionaux en soins hospitaliers ou en santé mentale auront été intégrés dans ce cadre après avoir été précisés et objectivés de manière scientifique. La répartition finale proprement dite sur la base de ce cadre relève de la compétence conjointe des entités fédérées. En pratique, cela peut se faire par l'intermédiaire des CIM.

9. LES RÈGLES DE RECONVERSION :

Le Conseil estime qu'il est nécessaire d'élargir les possibilités de reconversion de lits hospitaliers. Dans ce cadre, **toutes les reconversions devraient être possibles**, en tenant compte du taux d'encadrement. Le CFEH souhaite également que certains freins actuels soient supprimés, tels que la disposition de l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juin 1999² qui prévoit que la reconversion de lits « ne peut entraîner une diminution de l'offre des lits A, T et K telle que celle-ci n'atteigne plus la moitié de nombre de lits prévu dans la programmation. » Les possibilités de reconversion devraient être élargies vers d'autres possibilités en offre de soins intermédiaires, semi-résidentiels. Nous devons assurer une flexibilité suffisante non seulement entre les formes existantes de soins et de services, mais aussi entre les formes futures de soins et de services. Enfin, la reconversion en IHP et MSP doit être rendue à nouveau possible. Les blocages provenant des communautés ou des régions doivent être supprimés.

Le CFEH estime également qu'il est nécessaire que les règles de reconversion soient **revues en fonction de l'évolution de l'encadrement des services hospitaliers**.

En outre, les garanties budgétaires des lits dits gelés dans le cadre de l'article 107 doivent être maintenues sur l'ensemble de la partie B du BMF.

Un assouplissement des règles de reconnaissance des maîtres de stage (MAACS) est nécessaire (seuil minimal de 100 lits C et 100 lits D). En raison du raccourcissement des durées de séjours et de l'augmentation du nombre de séjours et de leur intensité, ce frein à la reconversion devrait être levé.

Il conviendrait également d'évaluer le dispositif temporaire de renforcement et de mise à disposition d'équipes de liaison en pédopsychiatrie pour les services aigus, pour enfants et grands adolescents afin d'envisager une éventuelle pérennisation. Après évaluation, cette mesure peut être dotée d'un caractère structurel en tant que nouveau module du programme de soins pour les enfants et les jeunes.

En ce qui concerne les lits K, il conviendrait de réévaluer le nombre de lits minimum par unité de soins afin de favoriser l'accessibilité et une offre plus décentralisée (à coupler avec une indispensable révision des normes d'agrément pour les lits psychiatriques). Le renforcement récent du taux d'encadrement des lits K influence aussi les clés de reconversion. En effet, suite à l'épidémie de Covid-19, les effectifs des services hospitaliers psychiatriques pour enfants et adolescents (services K/k) dans les hôpitaux psychiatriques et généraux ont été renforcés de manière durable. Les effectifs en termes de personnel des services K/k disposant de lits ou de places d'hospitalisation à temps plein et/ou à temps partiel, et des unités FOR K (y compris les lits de crise), ont été renforcés à raison de 1 ETP pour 8 lits K ou FOR K (à temps plein) ou places de nuit k (à temps partiel) et à raison de 1,36 ETP pour 8 places de jour k (à temps partiel) et ce, depuis le 15 avril 2021. Le CFEH recommande une harmonisation de l'encadrement dans les hôpitaux généraux et psychiatriques.

² Arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers (M.B. 29/09/1999)