

Administration des Etablissements de Soins

C.n.e.h.

Section "AGREMENT"

AE/03/01 - n° 2

SECOND AVIS PARTIEL RELATIF  
AUX EQUIPEMENTS INSTITUTIONNELS POUR PERSONNES AGEES MALADES.

- I. Introduction.
- II. Projet de normes pour le service G.
- III. - Projet de normes pour l'agrément spécial de la maison de repos et de soins (avis majoritaire)
  - Projet de normes pour l'agrément spécial de l'unité de soins de la maison de repos et de soins (avis minoritaire).
- IV.-A. - Projet de normes pour l'unité des soins infirmiers de la maison de repos et de soins (avis majoritaire)
  - B. - Le service V en tant que service hospitalier (avis majoritaire).

## I. Introduction.

Sur la base des principes généraux figurant dans le premier avis partiel relatif aux équipements institutionnels pour personnes âgées malades (document AE/03/01 du 14 avril 1983), la section "agrément" propose les équipements suivants pour les personnes âgées malades :

### I. Les personnes âgées malades devant être admises à l'hôpital.

L'admission à l'hôpital se caractérise par et s'indique pour :

1. l'établissement d'un diagnostic, un traitement et une réadaptation fonctionnelle à caractère médical spécialisé pour lesquels l'infrastructure médico-technique de l'hôpital aigu s'avère nécessaire.
2. des soins infirmiers continus ;
3. des soins continus.

Le service pris en considération dans ce cas est le service de gériatrie (index G) qui remplace le service R, et dont les normes soulignent le caractère gériatrique. Les dispositions préliminaires des normes d'agrément précisent clairement qu'il s'agit d'un service admettant principalement les personnes âgées malades au cours de la phase aiguë de leur affection. Ce service assure également l'hospitalisation prolongée des personnes âgées malades pour lesquelles une hospitalisation reste nécessaire selon les critères précités.

Il n'a pas été répondu à la question de savoir s'il ne faut pas prévoir, outre le service G, un service d'hospitalisation pour la réadaptation fonctionnelle aiguë des patients non gériatriques. La réponse à cette question sera élaborée ultérieurement.

### II. Les patients âgés atteints d'une affection chronique.

Les équipements institutionnels destinés à ces personnes âgées se caractérisent par et s'indiquent pour :

1. un traitement médical non spécialisé et occasionnel, qui ne requiert pas l'infrastructure médico-technique de l'hôpital ;
2. un niveau de confort et d'équipement adapté à l'âge et aux besoins des personnes âgées ;
3. des soins infirmiers continus ou occasionnels ;
4. des soins continus ;
5. le maintien au maximum et, si possible, l'amélioration de la capacité d'assumer les actes de la vie quotidienne.

Les besoins en soins infirmiers diffèrent fortement et peuvent être répartis en deux catégories, à savoir les soins infirmiers occasionnels et les soins infirmiers permanents.

I.- Les patients chroniques âgés ne nécessitant que des soins infirmiers occasionnels sont admis dans une unité de soins. L'A.R. du 2 décembre 1982, amendé pour certains points, sert de base pour les normes de cet équipement institutionnel.

II.- Les patients âgés nécessitant des soins infirmiers permanents peuvent être admis :

1. - soit dans un service hospitalier destiné au traitement des malades chroniques, à savoir le service V actuel ;
2. - soit dans une unité de soins infirmiers qui, tout comme une unité de soins, est un milieu tenant lieu de domicile, et ne constitue donc pas un service hospitalier.
3. - Il y a lieu d'opter pour une des deux variantes.

1) Si l'on opte pour la première variante, à savoir le maintien d'un nombre limité de lits V, les normes actuelles des services V restent applicables à ce type d'équipement, qui continue à être agréé, programmé et financé comme un service hospitalier.

Afin d'éviter cependant toute discrimination financière entre les établissements et entre les patients âgés, il est proposé que la personne âgée contribue personnellement aux frais de séjour dans ce service V, et ce à concurrence d'un montant analogue à l'intervention personnelle dans les maisons de repos et dans les unités de soins.

Aucune indication formelle n'est donnée en ce qui concerne la cohérence fonctionnelle, caractérisée par l'implantation géographique, entre ces services V et les unités de soins.

Ces deux équipements peuvent donc être implantés indépendamment de part et d'autre.

2) Si l'on opte pour la seconde variante, à savoir l'unité de soins infirmiers agréée, programmée et financée comme un milieu tenant lieu de domicile, étant entendu que l'on octroie un ensemble de soins dont le montant est calculé en fonction du personnel requis par les normes, il y a lieu de prévoir de nouvelles normes pour l'unité de soins infirmiers.

En ce qui concerne la cohérence fonctionnelle, caractérisée par l'implantation géographique, l'unité de soins infirmiers et l'unité de soins doivent être installées dans le même établissement, à savoir la maison de repos et de soins qui peut ou non avoir une liaison fonctionnelle avec un home pour personnes âgées.

Afin d'éviter tout malentendu, il convient de préciser clairement, entre autres dans l'optique de la programmation des nouveaux équipements, qu'un pourcentage limité de la population des services V, un faible pourcentage, ira vers le service G de l'hôpital aigu. La majeure partie de la population V sera admise dans les unités de soins infirmiers ou services V, et dans les unités de soins.

Cette reconversion des services ne peut en aucun cas donner lieu à un dépassement du nombre de lits prévus actuellement.

La section "agrément" du conseil national des établissements hospitaliers a examiné les deux variantes de façon approfondie et a abouti à la conclusion, par 12 voix pour et 6 contre, qu'il y avait lieu de considérer l'unité de soins infirmiers comme un service hospitalier bénéficiant d'un prix de la journée d'hospitalisation. Le patient doit contribuer personnellement aux frais de séjour. Le montant de cette contribution doit être fixé par analogie avec la maison de repos et de soins. Le prix de la journée d'hospitalisation doit tenir compte du nombre plus important d'infirmiers et de paramédicaux.

Les membres de la section "agrément" qui ont voté contre estiment qu'il n'y a pas lieu de considérer l'unité de soins infirmiers comme un service hospitalier, mais bien comme une section d'une maison de repos et de soins.

Cette dernière comporterait dès lors deux unités :

- l'unité de soins infirmiers, qui assure en permanence des soins infirmiers et autres, administrés par un personnel infirmier et paramédical important qui serait calculé dans un ensemble de soins infirmiers lourds.;
- l'unité de soins, qui assurerait des soins infirmiers et autres de façon régulière mais non continue.

Le nombre limité d'infirmiers et de paramédicaux est calculé dans l'ensemble de soins infirmiers actuel de 632 F.

Il convient, dans cette optique, d'élaborer un système de codification pour les soins infirmiers et autres afin de permettre le transfert dans l'unité de soins infirmiers ou dans l'unité de soins.

## II. PROJET DE NORMES SPECIALES POUR LE SERVICE DE GERIATRIE (INDEX G).

---

1. L'agrément en qualité de service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic à caractère médical spécialisé, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation de patients gériatriques.  
Le patient gériatrique, dont la nature de la pathologie rend ce service le plus indiqué, est admis soit directement, soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection, dans ce service.
2. Outre l'admission de patients gériatriques dans la phase aiguë de leur affection, ce service assure également l'hospitalisation prolongée des patients gériatriques dont l'affection subaiguë, donc encore évolutive et non stabilisée, nécessite la prolongation du séjour à l'hôpital.
3. Toutes les activités du service, qu'elles soient d'ordre médical, infirmier, paramédical ou hôtelier, auront en permanence pour souci d'appliquer des traitements actifs précoces, devant permettre le plus vite possible la sortie du patient, dont le potentiel social et physique sera rétabli de façon optimale.  
L'hospitalisation prolongée dans le service G ne peut en aucun cas être une hospitalisation de longue durée pour personnes âgées, pour lesquelles une permanence médicale spécialisée et une admission à l'hôpital ne se justifient pas.
4. Le service G doit disposer sur place du personnel et de l'équipement nécessaires afin de pouvoir remplir la tâche précitée le plus vite possible et dans les meilleures conditions.

## I. NORMES ARCHITECTURALES

1. Le service sera accessible sans avoir à passer par un autre service.
2. Les unités d'hospitalisation du service formeront un ensemble complètement séparé des locaux d'hospitalisation des autres services. Elles seront accessibles aux fauteuils roulants.
3. Dans les couloirs et dégagements du service, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves seront évitées autant que possible. En outre, le sol sera recouvert d'un revêtement antidérapant.
4. Les déplacements des patients dans le service seront facilités par l'installation de balustrades, d'aires de repos et de mains courantes. Les installations sanitaires seront également dotées de balustrades et de mains courantes.
5. Un système d'appel efficace sera prévu dans tous les locaux.
6. Les installations sanitaires des patients seront aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité des salles de séjour et d'exercice. Les toilettes seront spacieuses et pourvues d'une porte suffisamment large afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant et au personnel d'assister éventuellement le patient.
7. Le service comprendra au moins une unité de 24 lits.
8. Chaque unité d'hospitalisation disposera au moins d'un local d'examen et d'un local destiné aux entretiens avec les patients.
9. Un salon, une salle à manger ainsi qu'une salle pour les exercices collectifs seront prévus à chaque niveau d'hospitalisation. Les dimensions de ces pièces seront fonction du nombre de patients du niveau d'hospitalisation ; ces salles sont réservées aux patients du service.
10. Les fonctions des différents locaux seront indiquées de manière uniforme. L'architecture et l'aménagement intérieur mettront le plus possible l'accent sur l'aspect intime et familial.
11. Les unités d'hospitalisation seront dotées de conduites d'oxygène et d'aspiration.
12. Il faut veiller à une aération adéquate de tous les locaux.

## II. NORMES FONCTIONNELLES

1. Le service disposera de l'équipement nécessaire à l'application des techniques infirmières et paramédicales propres au service.

Cet équipement comprend au minimum :

- a. chaque unité d'hospitalisation doit être entièrement équipée de lits réglables en hauteur, articulés et mobiles, et disposer :

- de matériel anti-escarres en nombre suffisant ;
- de panneaux latéraux pour quelques lits ;
- de fauteuils de hauteur différente ;
- d'un nombre suffisant de chaises percées ;
- d'un nombre suffisant de chaises roulantes ;
- d'un nombre suffisant de chariots de marche, de béquilles et de cannes.

- b. dans le local d'exercice de chaque niveau d'hospitalisation :

- des barres parallèles ;
- une bicyclette orthopédique ;
- un escalier d'exercice ;
- un espalier.

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

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

4. Le médecin consigne dans le dossier du patient les conclusions du premier examen complet effectué lors de l'admission. Dès l'admission, une évaluation de toutes les possibilités et exigences en ce qui concerne un retour au domicile ou vers un milieu qui en tient lieu sera effectuée en concertation avec le travailleur social ou l'infirmier social. Le médecin dressera un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements médicaux spéciaux que les possibilités de réadaptation fonctionnelle.

Le dossier sera complété régulièrement par un rapport qui reflétera l'évolution de l'état du patient en le comparant au programme et au timing de traitement établis ou adaptés lors de l'admission et ultérieurement. A cet effet, il convient que l'équipe, à savoir : le médecin, l'infirmier en chef, le kinésithérapeute, le travailleur social, le logopède et éventuellement le psychologue clinique, se réunisse chaque semaine. Le rapport de cette réunion figure dans le dossier.

### III. NORMES D'ORGANISATION

1. La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un médecin spécialiste, agréé en médecine interne et spécialement formé en gériatrie.
2. Le médecin-chef de service devra pouvoir faire appel chaque fois, en cas de besoin, aux médecins-spécialistes associés au traitement.
3. Le service disposera d'un(e) infirmier(e) en chef, de neuf infirmier(es) et de quatre auxiliaires de soins par 24 lits dont le taux d'occupation moyen s'élève à 80 %.
4. Le service disposera d'un kinésithérapeute et d'un ergothérapeute par 24 lits dont le taux d'occupation moyen est de 80 %.  
Le service doit en outre disposer de logopèdes, de diététiciens, de travailleurs sociaux ou d'infirmières graduées sociales, dont le nombre est fonction du nombre de lits du service et de la nature des patients admis.
5. Le personnel d'entretien sera en nombre suffisant.
6. Il sera créé au sein du service un climat psychologique favorable adapté aux besoins des patients gériatriques.  
L'établissement de l'horaire, le rythme des différentes occupations et activités, le tour de rôle du personnel etc. seront étudiés en fonction de ces besoins.  
Les patients mangent en groupe dans la salle à manger.  
La kinésithérapie et l'ergothérapie se font pour la plus grande partie en groupe.  
Des activités socio-culturelles sont organisées.



### III. PROJET DE NORMES POUR L'AGREMENT SPECIAL DE LA MAISON DE REPOS

#### ET DE SOINS (\*)

ou

### PROJET DE NORMES POUR L'AGREMENT SPECIAL DE L'UNITE DE SOINS DE LA

#### MAISON DE REPOS ET DE SOINS (\*)

#### A. NORMES GENERALES.

1. L'unité de soins est destinée aux personnes âgées malades chroniques dont l'état somatique et/ou psychique est perturbé, que ce soit d'une manière évolutive - stabilisée - ou involutive, étant entendu que :
  - a) l'examen diagnostic nécessaire a été pratiqué avant leur admission et que ces personnes ont subi tous les traitements actifs et réactivants sans qu'ils se soient soldés par le rétablissement complet des fonctions nécessaires à la vie journalière; ceci doit ressortir du rapport médical détaillé sur les patients exigé lors de l'admission ;
  - b) ces personnes nécessitent un traitement médical non spécialisé occasionnel ainsi qu'une surveillance qui ne requièrent pas l'infrastructure médico-technique de l'hôpital ;
  - c) l'état de santé de ces personnes exige des soins réguliers mais non continus et/ou une aide aux actes de la vie courante ;
  - d) l'état de santé de ces personnes âgées exige le plus souvent des soins paramédicaux en vue d'une activation afin d'obtenir un maintien maximal et si possible, une amélioration de leur capacité d'assumer les actes de la vie quotidienne.

Pour être admise dans une maison de repos et de soins, la personne doit être fortement tributaire de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes essentiels de la vie journalière ; elle doit, en outre, satisfaire à au moins une des deux conditions suivantes :

- 1° soit se trouver dans deux des situations suivantes :
  - ne pouvoir quitter le lit et/ou le fauteuil, ce qui exige une activation continue ;
  - ne pouvoir s'alimenter seule, de telle sorte qu'un aidant doive nourrir le bénéficiaire ;
  - nécessiter chaque jour une toilette complète, faite par une autre personne ;
  - souffrir d'incontinence chronique ;

---

(\*) En ce qui concerne les normes pour l'agrément spécial de la maison de repos et de soins ou pour l'agrément spécial de l'unité de soins de la maison de repos et de soins, les deux tendances (à savoir respectivement une majorité en faveur du maintien d'une partie des services V et une minorité en faveur de la création d'une unité de soins infirmiers dans la maison de repos et de soins) n'ont pas abouti à un point de vue commun.

2° soit être atteinte de troubles sérieux d'orientation dans le temps et dans l'espace.

2. L'unité de soins doit disposer de 24 lits au moins et de 30 lits au plus.

**B. NORMES SPECIFIQUES.**

1. Conditions architecturales générales (voir A.R. du 2.12.1982)

.....

.....

2. Conditions architecturales spéciales (voir A.R. du 2.12.1982)

.....

.....

3. Normes fonctionnelles (voir A.R. du 2.12.1982)

.....

.....

Il convient d'ajouter à ces normes les dispositions suivantes :

1. Chaque maison de repos et de soins, respectivement chaque unité de soins de la maison de repos et de soins sera toujours en liaison fonctionnelle avec un hôpital général, au moins agréé sous C et D, et comprenant de préférence un service G.

Cette liaison sera réglée par contrat écrit.

Ce contrat stipulera, entre autres, que l'hôpital général accepte, en tout temps, d'hospitaliser les patients de l'unité de soins infirmiers lorsque leur état de santé l'exige et vice versa.

2. Le transfert dans un service V (avis majoritaire), respectivement une unité de soins infirmiers (avis minoritaire) doit être possible.

4. Normes d'organisation (voir A.R. du 2.12.1982, à l'exception des normes b), e) et g)

.....

.....

Norme b) :

Il faut veiller à mener une politique cohérente d'admission, afin de permettre des transferts aisés entre les différents échelons des soins aux personnes âgées et d'éviter les admissions inadéquates.

Norme ●) :

La personne pourra, chaque fois que son état de santé le requiert, faire appel au médecin de son choix.

A défaut de son propre médecin traitant, la personne nécessitant des soins doit pouvoir faire appel à un médecin désigné par le pouvoir organisateur.

Variante : avis minoritaire

La personne nécessitant des soins pourra, chaque fois que son état de santé le requiert, faire appel au médecin généraliste de son choix.

Afin que l'aide dispensée par le médecin généraliste se déroule dans de bonnes conditions et de façon efficace, le pouvoir organisateur de la maison de repos et de soins devra joindre à sa demande d'agrément une preuve de la conclusion d'une convention collective de fonctionnement avec les médecins généralistes de la région où se situe la maison de repos et de soins.

Cette convention collective de fonctionnement sera remis à tous les médecins auxquels les occupants de la maison de repos et de soins font appel. Le médecin concerné sera prié de signer cet accord.

Ce document doit mentionner le nom du médecin généraliste accepté par le pouvoir organisateur, ce praticien agissant en tant que coordonnateur responsable et intermédiaire entre la maison de soins et le groupe des médecins généralistes.

Norme g) :

En ce qui concerne le personnel paramédical, il y a lieu de prévoir l'équivalent d'un kinésithérapeute à mi-temps ainsi que l'équivalent d'un ergothérapeute à mi-temps.

-----

N.B. Dans le texte de l'A.R. du 2.12.1982, auquel le présent projet se réfère, il y a lieu de remplacer les mots "maison de repos et de soins" par "unité de soins" de la maison de repos et de soins dans l'optique de l'avis minoritaire.

\*  
\* \* \*

IV.A. - PROJET DE NORMES POUR L'UNITE DES SOINS INFIRMIERS DE LA  
MAISON DE REPOS ET DE SOINS (avis majoritaire)

A. Normes générales.

1. L'unité de soins infirmiers est destinée aux personnes âgées malade chronique dont l'état somatique et/ou psychique est perturbé, que ce soit d'une manière évolutive - stabilisée - ou involutive, étant entendu que :
  - a) l'examen diagnostique nécessaire a été pratiqué avant leur admission et que ces personnes ont subi tous les traitements actifs et réactivants sans qu'il se soient soldés par le rétablissement complet des fonctions nécessaires à la vie journalière ; ceci doit ressortir du rapport médical détaillé sur les patients exigé lors de l'admission ;
  - b) ces personnes nécessitent un traitement médical non spécialisé occasionnel ainsi qu'une surveillance qui ne requièrent pas l'infrastructure médico-technique de l'hôpital ;
  - c) l'état de santé de ces patients requiert une surveillance infirmière constante et des soins infirmiers continus ;
  - d) l'état de santé de ces personnes âgées exige le plus souvent des soins paramédicaux en vue d'une activation afin d'obtenir un maintien maximal et si possible, une amélioration de leurs capacité d'assumer les actes de la vie quotidienne.

B. Normes spécifiques.

1. Conditions architecturales générales (voir A.R. du 2.12.1982)  
.....  
.....
2. Conditions architecturales spéciales (voir A.R. du 2.12.1982)  
.....  
.....
3. Normes fonctionnelles (voir A.R. du 2.12.1982)  
.....  
.....

#### 4. Normes d'organisation.

1. L'unité de soins infirmiers sera toujours en liaison fonctionnelle avec un hôpital général, au moins agréé sous C et D, et comprenant de préférence un service G.

Cette liaison sera réglée par contrat écrit.

Ce contrat stipulera, entre autres, que l'hôpital général accepte, en tout temps, d'hospitaliser les patients de l'unité de soins infirmiers lorsque leur état de santé l'exige, et vice versa.

2. Chaque patient aura fait l'objet d'un examen médical complet avant son admission.

Le protocole de cet examen devra contenir toutes les données requises concernant l'état de santé tant physique et psychique que fonctionnel de l'intéressé, ainsi que son degré de dépendance vis-à-vis des soins infirmiers. Ce document constituera la base du dossier individuel du patient.

Le protocole de cet examen permettra de voir si l'admission du patient se justifie ; et donc de garantir une politique d'admission cohérente.

3. Un dossier comportant tant le dossier médical que celui des soins infirmiers doit constamment être tenu à jour pour chaque patient. Le dossier du patient comprendra, outre les données médicales, celles se rapportant aux aspects infirmiers, sociaux et paramédicaux.

4. Les instructions des médecins concernant le traitement, les soins infirmiers et autres des patients seront consignées par écrit.

5. Le transfert vers une unité de soins doit être possible.

6. La direction médicale du service doit être confiée à un médecin qui s'intéresse à la gériatrie et qui a reçu une formation supplémentaire adéquate dans ce domaine.

Ce chef de service sera responsable de l'admission et de la sortie des patients. Il veillera à maintenir les malades dans un état physique et psychique aussi bon que possible, par l'application de la thérapie la mieux adaptée.

Il sera responsable de l'organisation des soins urgents et des tours de garde.

Afin d'assurer son bon fonctionnement, le service doit disposer de l'équivalent d'un médecin à plein temps par 90 lits (\*).

Les médecins du service doivent, en cas de besoin, pouvoir faire appel à des médecins spécialistes consultants.

Une réunion d'équipe doit avoir lieu chaque semaine avec toutes les personnes concernées par le traitement, les soins infirmiers et les autres soins.

Le médecin traitant recevra un rapport circonstancié lors de la sortie du patient.

-----

(\*) Il convient d'adapter la nomenclature des prestations de santé dans ce sens.

7. Le service doit disposer de 15 membres du personnel infirmier et auxiliaire par 30 lits.  
Le personnel infirmier doit au moins comprendre 9 membres, l'infirmière en chef y comprise.  
Le personnel d'entretien, distinct du personnel soignant, sera en nombre suffisant.  
La surveillance infirmière des personnes nécessitant des soins infirmiers doit être assurée en permanence, de jour comme de nuit.
8. Le service doit, par 30 lits, disposer d'un équivalent d'un kinésithérapeute à mi-temps ainsi que d'un équivalent d'un ergothérapeute à mi-temps.

-----

N.B. Dans le texte de l'A.R. du 2.12.1982 auquel le présent projet se réfère, il y a lieu de remplacer les mots "maison de repos et de soins" par "unité de soins infirmiers de la maison de repos et de soins".

\*  
\* \*

**IV.B. LE SERVICE V EN TANT QUE SERVICE HOSPITALIER (avis majoritaire)**

Voir les normes de l'arrêté royal du 15.4.1965 complétant l'arrêté royal en date du 23.10.1964, portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

\*  
\* \* \*

SCHEMA des VARIANTES proposées

pour les personnes âgées malades chroniques

tel que proposé dans le document (p. 2) concernant les équipements institutionnels pour personnes âgées

O P T I O N

soit 1. Maintien d'une partie du V actuel

parallèlement à la

MAISON DE REPOS ET DE SOINS

↓  
En tant que service hospitalier, avec un ensemble de soins infirmiers lourds, avec un nombre important d'infirmiers et de paramédicaux

↓  
En tant que service de soins, avec un ensemble de soins légers (632 F), avec un nombre restreint d'infirmiers et de paramédicaux

Remarque

1. Le service V reste un service hospitalier avec un prix de la journée d'hospitalisation. Le patient paie toutefois une contribution personnelle plus importante (par ex. égale à celle de la maison de repos et de soins).
2. Le nombre de lits V subit en tout cas une réduction
  - a) de nombreux patients vont dans les maisons de soins
  - b) un nombre limité de patients va dans les services G.

ou 2. SUPPRESSION du service V actuel en tant que service hospitalier.

La maison de repos et de soins compte deux sections ou types de lits pour les personnes âgées malades

1. L'UNITE DE SOINS INFIRMIERS

et

2. L'UNITE DE SOINS

Soins infirmiers permanents + autres soins ensemble de soins infirmiers lourds nombre plus important d'infirmiers et de paramédicaux ( $\pm = V$ )

Soins infirmiers occasionnels + autres soins ensemble de soins légers (632 F) nombre restreint d'infirmiers et de paramédicaux

(1 et 2) Ces deux unités sont situées dans le même établissement, à savoir maison de soins infirmiers et maison de soins, installée ou non dans une maison de repos. Les services hospitaliers supprimés (principalement V) peuvent également être reconvertis en maisons de soins infirmiers et/ou maisons de soins

REMARQUE IMPORTANTE : Une fois l'option prise, il faudra ultérieurement codifier de façon claire (avec système de notes) les soins infirmiers et autres, afin de permettre le transfert des patients vers l'unité de soins ou l'unité de soins infirmiers. Ceci permettra de déterminer et de contrôler (conseillers médicaux) les régimes financiers, différents pour ces deux unités.

DECISION : LA SECTION AGREMENT a choisi la 1ère option le 30.6.1983 par 12 voix contre 6.



4 juillet 1983

Note de minorité concernant le second avis partiel relatif aux équipements institutionnels pour personnes âgées (vote du 30/6/83).

---

Monsieur le Président,

J'estime devoir me faire l'interprète du groupe qui ne peut pas être d'accord avec la majorité qui a estimé, par son vote du 30/6/83, qu'il fallait maintenir les services V, fût-ce sous une forme modifiée.

J'aurais préféré voir les débats se dérouler à un niveau où l'on aurait recherché, pour les 30 prochaines années, une vision fondamentale en matière d'équipements de santé pour personnes âgées. Je déplore en outre l'absence manifeste de volonté d'étudier les erreurs du passé dans ce domaine ainsi que la manière d'y remédier.

Le but de la présente note de minorité est dès lors d'exposer une vision de base, scientifiquement fondée. Il convient de signaler que cette vision correspond aux tendances que l'on peut actuellement discerner dans les autres pays industrialisés.

En outre, eu égard à l'importance de l'offre tant sur le plan quantitatif (dépassement des normes de programmation) que sur celui de la diversification (C, D, S, H, R et V), nous constatons à l'heure actuelle que des personnes âgées encore relativement valides traînent un temps indéterminé (toujours) dans les hôpitaux, partiellement en raison d'un avantage financier. Il est par ailleurs frappant de constater que de nombreuses personnes âgées restent privées d'un diagnostic élémentaire et d'un traitement approprié tant chez elles que dans les maisons de repos, en y ayant à tort besoin d'un ensemble important de soins.

Une option fondamentale consiste à préciser que la personne âgée doit rester le plus longtemps possible chez elle. Si le médecin généraliste n'est pas à même de résoudre les problèmes en cas de maladie, il convient de procéder à une hospitalisation, et ce pour une période aussi courte que possible, dans le but d'un retour à la maison. La personne âgée est hospitalisée soit dans un service spécialisé spécifique en fonction des besoins (I, D, C, etc.) soit, directement ou par la suite, dans le service de gériatrie (G). Il s'indique parfois de prolonger quelque peu le séjour à l'hôpital dans une phase subaiguë. Le séjour au cours de la phase subaiguë peut être centralisé dans un département ou partie spécifique du service G, situé ou non dans les murs de l'hôpital aigü. Le service G reste toutefois un service hospitalier, axé sur un séjour aussi bref que possible dans l'optique de la sortie. Le rythme de vie de la personne fort âgée sera toutefois nettement plus lent que celui de l'adulte.

.../...

Il est évident qu'une partie d'entre eux (10 à 20 %) décéderont dans le service.

Les autres devront rentrer chez eux.

- si cela est possible : il convient alors de promouvoir au maximum les soins de santé primaires.

citons entre autres :

- une bonne formation des médecins généralistes en médecine gériatrique

- un bon travail d'équipe, également au niveau des soins de santé primaires

- permettre aux familles de s'occuper de leurs parents âgés grâce à l'instauration d'un congé sans solde dans ce but (ce qui favoriserait aussi grandement l'emploi).

- l'octroi éventuel d'une prime aux personnes âgées qui, en dépit de leurs besoins importants en soins, préfèrent rentrer chez elles (cette prime se monte à £ 100.000 F par an en Angleterre).

- une prime pour l'adaptation de l'habitation de la personne âgée (voir avis du Conseil supérieur du troisième âge à Mme le Ministre Steyaert).

- si cela n'est pas possible : la personne âgée a alors besoin d'un milieu tenant lieu de chez-soi où elle peut recevoir les soins nécessaires.

L'intervention de l'INAMI doit être dans ce cas proportionnelle aux besoins en soins de la personne âgée, de manière à éviter toute discrimination financière entre les divers établissements :

- en cas de soins réduits, la maison de repos actuelle ou l'appartement-services suffisent

- en cas de soins plus importants, ces personnes doivent aller dans une maison de repos et de soins (M.R.S.).

Suite à ma note "M.R.S.: maison de soins infirmiers et/ou maison de soins ?" (transmise en même temps à la section programmation), j'ai pu, à l'issue d'une étude approfondie, aboutir aux constatations suivantes :

1. les critères figurant dans l'A.R. du 2 décembre 1982 sont en effet très sélectifs. (L'assouplissement de ces critères aurait pour conséquence de permettre à toutes les personnes âgées de prétendre à une indemnité). Il convient de signaler en passant qu'il y a uniquement lieu de mieux préciser le concept de "grabataire".

2. cette catégorie de personnes âgées comprend deux groupes :

- ceux qui ont besoin d'un ensemble de soins infirmiers réduit (qui peut facilement être assuré avec les normes actuelles et 632 F par jour)

.../...

- ceux qui ont besoin d'un ensemble de soins infirmiers plus important, pour lequel les normes actuelles ne suffisent pas et qui exigerait  $\pm$  1.000 F par jour.

La proportion entre ces deux groupes n'est pas encore définitivement fixée : probablement entre 15/85 et 33/66.

Il est en outre facile de distinguer ces deux groupes sur la base de méthodes actuellement bien connues, pour lesquelles je renvoie à nouveau à ma note précitée.

Si le deuxième avis partiel, à présent voté, se concrétisait, on pourra constater que les 2/3 des patients qui devraient être hébergés dans une M.R.S. resteront dans le secteur hospitalier. On peut alors se demander si cela valait la peine de créer les M.R.S. Le tiers restant préférera aussi rester dans le milieu hospitalier, meilleur marché (?) ou plus familier.

En outre, la population ne prendra jamais, de cette manière, conscience du fait que le séjour prolongé de façon indéterminée, de la personne âgée à l'hôpital est au fond anormal et inadmissible. La situation de ces personnes âgées restera dès lors très fortement médicalisée, avec toutes les conséquences humaines et financières que cela entraîne.

Si la M.R.S. est conçue comme une situation tenant lieu de chez-soi, il serait logique de prévoir que le médecin traitant y sera le médecin généraliste de la personne concernée. Il faut éviter à tout prix l'apparition de "médecins de homes de soins" comme aux Pays-bas. Par ailleurs, le bon fonctionnement du service requiert en tout cas une coordination médicale, par exemple sous la forme d'un médecin généraliste - coordonnateur par établissement.

Il est également nécessaire que l'interniste-gériatre du service G détermine la politique d'admission afin d'assurer le bon fonctionnement de ce service et le transfert, en temps opportun, des personnes âgées dont la maladie est stabilisée et qui n'ont plus besoin de soins infirmiers. Il s'impose dès lors également de créer un comité d'admission dans la M.R.S. ainsi que dans les maisons de repos et les appartements-services (voir avis du Conseil supérieur du troisième âge à Mme le Ministre Steyaert).

La transition de l'ancien au nouveau système devrait de toute façon aller de pair avec des mesures transitoires suffisantes.

Puis-je dès lors vous demander, Monsieur le Président, de vouloir bien joindre en tout cas la présente note de minorité au texte que vous transmettez au Ministre à la suite du vote du 30 juin 1983.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

(s6)

Dr J.P. BAEYENS

Interniste-gériatre

Membre effectif de la section agrément  
du C.n.e.h.

Membre effectif du Conseil supérieur  
du troisième âge.