

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET  
DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 18 juillet 1996

---  
Administration des soins de santé

---  
Direction de la Politique  
des Soins de Santé

---  
CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---  
Réf. : NRZV/D/101-4

**AVIS RELATIF AUX  
ASSOCIATIONS D'HOPITAUX \***

Cet avis a été ratifié par le Bureau le 18 juillet 1996.

Dans son avis du 23 février 1996 relatif à la demande ministérielle concernant la réduction et la reconversion de lits hospitaliers, le CNEH a proposé de définir dans un avis ultérieur en fonction des concepts de base relatifs à l'agrément fondé sur les programmes, les exigences spécifiques des "programmes" réalisés en commun par les hôpitaux dans le cadre d'une "association", ainsi que de ceux organisés dans le cadre d'un "collaboration fonctionnelle".

D'emblée, donc, le Conseil a voulu s'attacher à l'analyse concrète et prospective de ces deux modalités de relations interhospitalières qui en réalité, existent toutes deux à l'heure actuelle sous une forme excessivement réglementée : en l'occurrence, la collaboration fonctionnelle est le principe de base des groupements, tandis que les fusions correspondent à une formule maximale et globale d'associations.

## I. GROUPEMENTS ET FUSIONS

Préalablement, comme le suggérait la demande ministérielle, il apparaît indispensable d'évaluer les groupements et les fusions et de voir dans quelle mesure les règles qui ont permis leur concrétisation doivent être revues et affinées.

Le Conseil a souhaité obtenir le résultat de l'évaluation récemment demandée par le Ministre Fédéral aux Communautés-Régions, mais n'a pu en prendre connaissance tant qu'à présent. En dehors de cette information, on peut préjuger de l'existence de trois grandes catégories de groupements :

- 1) La première est présentée par les groupements mis en place dans le cadre de l'application de la norme de capacité minimale de 150 lits (120 lits par dérogation pour isolement géographique). C'est dans cette catégorie que l'on risque de trouver le plus de "groupements sur papier" qui n'ont en réalité pour la plupart concrétisé aucune forme de collaboration médico-hospitalière.
- 2) La deuxième catégorie est composée d'institutions qui se sont regroupées au départ d'objectifs communs mais ponctuels de collaboration fonctionnelle sans toutefois vouloir aboutir à une intégration progressive de la majorité des services médico-hospitaliers.
- 3) La dernière catégorie est constituée par des groupements à gestion unique, dont le projet réside dans cette intégration plus ou moins progressive. Il s'agit à terme d'institutions "fusionnées" mais empêchées de concrétiser une fusion, notamment selon l'AR du 31 mai 1989.

Le Conseil, sous réserve de conclusions plus pertinentes qui découleraient de l'évaluation en cours, retient qu'il ne faut pas supprimer les groupements existants mais que pour l'avenir, il faut en adapter la législation afin d'encourager de réelles complémentarités et même des processus de fusions. En ce qui concerne ces dernières, l'AR du 31 mai 1989 devrait être assoupli de manière à contraindre les hôpitaux de moins de 150 (120 lits), le passage d'une convention de groupement à une intégration réelle au sein d'un hôpital fusionné. Par ailleurs, l'AR du 30 janvier 1989 devrait également être modifié afin de favoriser la création de groupements qui ont des objectifs concrets de réelle complémentarités; ces types de groupements peuvent d'ailleurs constituer des phases préparatoires à une fusion ultérieure.

### Concrètement :

- 1) Les notions de distance kilométrique maximale (20 km pour les groupements, 10 km pour les fusions) devraient être revues en tenant compte notamment de délai de liaison raisonnable et de certaines notions telles que le rayonnement, l'attractivité, la couverture géographique optimale...
- 2) Si l'on veut réellement favoriser toute forme de complémentarité interhospitalière, il faut évidemment abolir la contrainte de fermeture de 5 % de la capacité totale du groupement ou de la fusion; en effet, les fermetures de lits s'effectueront spontanément en fonction des critères d'activités tels que fixés par l'AR du 28/03/95, a fortiori si des stimulants sont instaurés notamment en matière de personnel.
- 3) Il faut dans les cas des institutions fusionnées, supprimer l'obligation à terme d'installation sur un seul site qui est totalement irréalisable à moyen terme sur le plan financier tant pour les hôpitaux concernés que pour les autorités subsidiaires.
- 4) Il est évident qu'il n'y a plus de raisons de limiter le nombre d'hôpitaux participant à un groupement ou s'intégrant dans une fusion, ni de limiter à 700 lits le nombre maximum la capacité d'un hôpital fusionné.

## II. COLLABORATIONS FONCTIONNELLES ET ASSOCIATIONS

La philosophie du Conseil a ce sujet a été de considérer qu'il est nécessaire de favoriser les complémentarités interhospitalières au-delà de la réglementation actuelle, corrigée selon les propositions énoncées au point I ci-dessus. Ainsi des collaborations fonctionnelles doivent pouvoir être agréées en dehors de conventions de groupements d'hôpitaux; il en va de même en ce qui concerne des associations-fusions de services en dehors de fusions d'hôpitaux.

Pour réaliser un travail exhaustif à ce sujet, le temps imparti au Conseil est notoirement insuffisant. Aussi ne peut-il qu'émettre des suggestions et des recommandations à l'occasion de certains exemples concrets.

## A. FONCTIONS

La définition des fonctions de base au départ notamment de l'AR du 30 janvier 1989 relève de la mission du groupe de travail "Hôpital de Base". Cependant, sans préjuger de ses conclusions en ce domaine, le groupe "Association" se devait d'analyser les fonctions ou services susceptibles d'être assumés dans le cadre d'accords interhospitaliers. Il considère que deux (ou plusieurs hôpitaux) peuvent avoir recours à des fonctions ou services partagés en collaboration (ou association) agréés sur un des sites hospitaliers; dans cette optique, il retient notamment :

les fonctions de biologie clinique, de bactériologie, virologie, d'anatomie pathologique;

la fonction d'officine hospitalière;

la fonction de stérilisation centrale;

les fonctions exercées par le Comité d'Ethique, le Comité d'Hygiène Hospitalière et le Comité médico-pharmaceutique

les fonctions de divers services logistiques tels que : cuisine et distribution centralisée des repas; entretien, traitement des déchets hospitaliers...

l'organisation du service mobile d'urgence et de réanimation.

Cette considération découle, au départ, de la distinction évidente entre les fonctions dont l'activité nécessite ou non la présence physique du malade.

Afin de permettre de telles collaborations, plusieurs conditions doivent être rencontrées :

a) lever certaines entraves réglementaires telles que par ex. l'AR du 30 janvier 89 qui oblige chaque hôpital à disposer d'une officine hospitalière et d'un laboratoire de biologie clinique.

b) fixer les conditions d'organisation des fonctions centralisées y compris pour l'antenne minimale qui doit permettre sur chaque site de répondre aux besoins: par exemple, pour la biologie clinique, les types d'analyses à caractère urgent, pour l'officine hospitalière, le dépôt de pharmacie en liaison avec le formulaire, pour la stérilisation centrale, le stock d'instrumentation.

c) mettre en place des procédures d'agrément sur base de projets d'accord dont les modalités et les objectifs sont clairement précisés et d'évaluation indispensables aux prorogations d'agrément.

d) Par contre, pour ce type de complémentarités, il ne semble pas de prime abord obligatoire de recourir à des formules juridiques; il s'agira le plus souvent d'accords de collaboration fonctionnelle plutôt que d'associations.

NB : La fonction d'hospitalisation de jour intentionnellement n'est pas reprise dans l'ignorance des règles normatives et de l'application de celles-ci selon le type d'hospitalisation de jour, chirurgical, médical, mixte.

## B. ASSOCIATIONS DE SERVICES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUE

Dans un premier temps, comme le précise la demande d'avis de Madame le Ministre, il faut penser à favoriser des accords interhospitaliers relatifs aux services médico-techniques dont la multiplication éventuelle se heurte soit à un moratoire, soit à des coûts d'investissements et de fonctionnement élevés, soit à des principes de sécurité en matière de Santé publique et de pratique médicale.

De tels accord existent déjà sur le terrain comme pour la RMN et la radiothérapie et pourraient s'étendre à d'autres services comme les centres de dialyse et d'autodialyse collective, les centres d'exploration et de chirurgie cardiaques, les centres de neurochirurgie...

A de rares exceptions près, telles que la RMN, le service médico-technique doit être installé sur site hospitalier disposant des services de traitement indispensables tels que fixés par les normes : soins intensifs par ex.

L'association doit adopter une forme juridique installant un comité exécutif au sein duquel siègent des représentants de chaque hôpital membre. Sur le plan financier, elle doit disposer d'une comptabilité spécifique ou au minimum un centre de frais spécifique de l'hôpital prestataire. La subsidiation de l'équipement, comme le financement du fonctionnement, peuvent transiter via l'hôpital prestataire tandis que les honoraires sont facturés par la perception centrale de chaque hôpital pour ses propres patients, tant hospitalisés qu'ambulatoires au nom de l'Association. Conformément au titre IV de la loi sur les hôpitaux, chaque hôpital reverse au pool d'honoraires des médecins du service le solde d'honoraires après retenue fixée par l'Association.

L'organisation médicale doit prévoir la désignation d'un chef de service sous la responsabilité duquel prestent des médecins agréés par les hôpitaux de l'Association.

Le personnel, dans la majorité des cas, sera détaché des hôpitaux membres et les charges salariales seront facturées à l'Association.

L'agrément de telles associations médico-techniques doit être conditionné par un projet de programme dont les objectifs et les modalités sont clairement établis.

La prorogation de l'agrément doit être conditionnée par une procédure d'évaluation.

Ces associations basées sur la mise en commun d'un programme médico-technique ne peuvent permettre la création d'antennes sur le site des autres hôpitaux, sous le numéro d'agrément de l'hôpital prestataire sauf dans le respect des normes et des conditions garantissant la sécurité, la continuité, la qualité et l'efficacité des soins.

En matière de conventions de collaboration fonctionnelle ou d'association de programmes diagnostics et thérapeutiques, le Conseil insiste pour que de telles formules ne servent pas d'alibi permettant à plusieurs médecins de travailler sur des sites différents, en dehors évidemment de groupements et fusions ou d'accords officiels de collaboration fonctionnelle.

Des conventions pourraient également viser des disciplines qui présentent des subsécialités autorisant les complémentarités au niveau de celles-ci.

Dans tous les projets, un éventuel agrément tiendra compte impérativement de la garantie de qualité, de sécurité et de continuité des soins; une évaluation notamment de l'efficacité du programme conditionnera la prorogation de l'agrément.

Le groupe considère qu'il serait dans un premier temps utile d'obtenir un relevé de conventions de ce type, qui existent déjà sur le terrain, comme c'est le cas par ex. entre les services de néonatalogie "n" et les services intensifs néonataux "N".

Mais il s'agit là de conventions dont le contenu est déjà prévu par l'AR. du 15 août 1987.

### En résumé

Pour le Conseil, dans l'ignorance à ce stade des divers projets pouvant être présentés en fonction notamment de l'évolution de la pratique médicale, la meilleure attitude consisterait à proposer l'agrément provisoire d'associations de programmes clairement définis sous la forme, par exemple d'expériences pilotes présentant des garanties de qualité et soumises à évaluation.

Chaque programme doit évidemment comporter des règles de base notamment en matière d'organisation médicale.

La procédure d'évaluation évoquée tant pour certaines fonctions partagées que pour les services cliniques et médicotechniques, que pour les programmes diagnostics et thérapeutiques, doit être assurée à la fois par les services des Ministres compétents ainsi que par les Peer Reviews concernées.

Concrètement, le CNEH pourrait installer une commission mixte composée d'un certain nombre de membres des deux sections associées à des représentants des administrations fédérales et fédérées afin d'une part, de fixer les modalités de ces nouvelles procédures d'agrément (provisoire) et d'évaluation, et d'autre part, de participer à l'élaboration des modifications des réglementations existantes telles qu'évoquées par la liste, non exhaustive, ci-dessous :

### Loi sur les hôpitaux

- AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (laboratoire de biologie clinique dans normes C, D par exemple).

- AR du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.
- AR du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et les normes particulières qu'elle doit respecter.
- AR du 12 août 1994 modifiant l'AR du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. (Comité d'éthique dans chaque hôpital).

### Législation INAMI

- AR du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (notamment art 24 biologie clinique).

### Législation relative aux pharmacies et produits pharmaceutiques

- AR du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la distribution en gros des médicaments et à leur dispensation (concerne notamment la stérilisation).
- AR du 19 octobre 1978 réglementant les officines et les dépôts de médicaments dans les établissements de soins.

### Législation relative à l'art de guérir

- Divers Arrêtés... fixant les critères des médecins spécialistes, des Maîtres de stage et des services de stage.
- Jurisprudence de l'ordre des médecins : sur les cabinets multiples.

- De plus, il ne faut pas ignorer que l'absence d'un statut homogène du médecin hospitalier intégrant celui-ci aux divers niveaux de responsabilité de l'organisation et de la gestion hospitalière constitue également une entrave à l'application des nouveaux concepts d'agrément de l'hôpital.

### Loi du 8 juillet 1976 organique du CPAS

Sans un certain nombre d'assouplissements, cette législation pose des obstacles majeurs à la formulation juridique de conventions, associations... entre institutions publiques et privées.

Des projets de décrets sont en chantier à ce sujet

- Proposition au Vlaamse Parlement
- Proposition sur les contrats de gestion pour les hôpitaux publics au Conseil Wallon.

Les Conseils communautaires, notamment, devraient agir afin d'obtenir au plus tôt ces modifications.