

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 28 septembre 2017

---  
Direction générale Soins de santé

---  
CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS  
---

RÉF.: CFEH/D/ 459-3

## **Avis du CFEH sur les missions de soins locorégionales et suprarégionales dans les réseaux cliniques**

## 1. Introduction

Il est mentionné dans l'accord de gouvernement Michel remontant à 2014 qu'au cours de cette législature, des initiatives seront prises afin d'adapter l'organisation des soins hospitaliers aux défis qui nous attendent dans le futur. Il y est explicitement fait référence à la constitution de réseaux cliniques, comme forme de collaboration entre hôpitaux universitaires, hôpitaux spécialisés et hôpitaux de base. En octobre 2016, ces intentions ont été transposées dans un premier document, la note de conclave. L'approche générale et les objectifs ont été développés plus en détail au cours des mois suivants et ont débouché sur trois notes de vision et une liste de missions de soins, subdivisées en missions de soins locorégionales et suprarégionales. Les trois notes de vision mettaient respectivement l'accent sur les réseaux en tant que tels, la gouvernance des réseaux et enfin la programmation des missions de soins. La liste des missions de soins comprenait, outre la subdivision entre missions de soins locorégionales et suprarégionales, une subdivision supplémentaire en fonctions A et S selon qu'elles pourraient ou non être présentes dans chaque hôpital et en fonctions R et U selon qu'elles devraient ou non être considérées comme des fonctions universitaires spécifiques.

Une note de synthèse de la part du Cabinet a suivi en mai 2017 dans laquelle, outre les thèmes précités issus de la note de vision, un chapitre était consacré à des pistes possibles pour le financement des réseaux en développement. Dans ce texte, la subdivision des missions de soins en quatre groupes (A, S, R et U) était maintenue.

Aujourd'hui, une liste adaptée de missions de soins est soumise pour avis au conseil fédéral des établissements hospitaliers qui ne contient plus cette liste détaillée des missions de soins. Seule subsiste une subdivision en missions de soins locorégionales et suprarégionales. En ce sens, le texte correspondant de mai 2017, pour lequel aucun avis n'a jamais été demandé au CFEH, n'est plus cohérent avec l'approche actuelle de subdivision des missions de soins.

Le CFEH est d'avis que le non-maintien de la subdivision en fonctions A et S pour les missions de soins locorégionales offre la possibilité aux hôpitaux de mettre en œuvre, de manière concertée, qualitative et efficace, ces missions de soins dans le réseau. Le CFEH tient également à souligner que le non-maintien de la subdivision en fonctions R et U pour les missions de soins suprarégionales exige que le rôle des centres universitaires, leurs missions de soins spécifiques et la collaboration entre les différents centres universitaires soient explicités.

Enfin, nous aimerions encore attirer l'attention sur l'intention du cabinet de parvenir rapidement à la programmation d'un certain nombre de missions de soins prioritaires. Au cours des derniers mois, la composition de cette série de missions de soins est restée quasiment inchangée et constitue dès lors la base d'une première étape de programmation des missions de soins : maternité, pédiatrie, urgences, soins de l'AVC, chirurgie oncologique à faible volume et radiothérapie.

## 2. Réseaux

Le CFEH s'interroge sur la mesure dans laquelle la création des réseaux cliniques est en relation directe avec la programmation proposée. La structure des réseaux s'inscrit dans une optique de durabilité où la collaboration entre les hôpitaux est réglée pour une longue période. La programmation des missions de soins sera sujette à une actualisation régulière dans le futur, compte tenu des évolutions sur le plan de la démographie, de la technologie, des connaissances scientifiques, etc.

Ceci exige, pour la programmation des missions de soins, un système permettant de réagir rapidement à ces évolutions. Par ailleurs, la demande d'une forme stable de financement subsiste, de même que celle d'une période transitoire suffisamment longue pour permettre aux hôpitaux d'implémenter les deux missions (la création et le déploiement des réseaux cliniques et la programmation des missions de soins) en leur sein et avec une confiance suffisante.

Le risque est réel qu'en conséquence du déploiement des réseaux cliniques et de la programmation des missions de soins, certaines des missions de soins actuelles viennent à disparaître. Le CFEH insiste auprès du cabinet pour prévoir ici aussi des mesures permettant de soutenir cette transition et pour développer un système de compensations (financières).

Le CFEH demande également avec insistance la levée du moratoire sur la reconversion des lits d'hôpitaux de décembre 2016. Le moratoire constitue un obstacle majeur à l'élaboration d'accords au niveau de la concertation entre les hôpitaux dans le cadre des réseaux cliniques locorégionaux.

## 3. Missions de soins locorégionales/suprarégionales

### a. Remarques générales

Le CFEH tient à avant tout à insister fortement sur la nécessité de veiller à des soins accessibles et de qualité. Dans les documents actuellement présentés, on trouve peu de points d'ancrage offrant à cet effet les garanties nécessaires.

Le CFEH tient également à souligner que la subdivision présentée des missions de soins doit tenir compte de l'expertise qui existe déjà dans les différents hôpitaux. La programmation ne part pas d'une feuille blanche. Une expertise existe en plusieurs endroits pour chacune des missions de soins (tant sur le plan médical qu'au niveau de l'encadrement en personnel), des investissements importants ont également été réalisés par le passé en appareillage et en infrastructure. Le déploiement futur des missions de soins doit tenir compte de ces éléments. Le démantèlement et la fermeture de certaines missions de soins dans les hôpitaux peut entraîner un passif social majeur.

Il convient également de prendre en considération les flux de patients qui existent déjà, pour les missions locorégionales mais aussi et surtout pour les fonctions suprarégionales.

Comme évoqué ci-dessus, nous sommes confrontés dans la présente demande d'avis à une subdivision moins poussée des missions de soins: au lieu de 4 niveaux de subdivision (A, S, R et U), 2 niveaux seulement ont été maintenus. Dans la note jointe de mai 2017, l'argumentation est toutefois toujours basée sur 4 niveaux. Une subdivision en deux niveaux implique potentiellement moins de discussions sur la question de savoir si certaines missions de soins peuvent (doivent) ou non être présentes dans chaque hôpital. Le CFEH plaide pour que la mise en œuvre concrète des missions de soins dans les réseaux locorégionaux soit laissée aux soins des hôpitaux constitutifs du réseau. Ainsi, selon la liste soumise à l'avis du CFEH, la maternité fait maintenant partie des missions de soins locorégionales, mais on ne sait pas clairement si chaque hôpital peut continuer à exploiter une maternité. En ce qui concerne les missions de soins suprarégionales, il est utile de préciser la subdivision en R et U lors de la programmation.

Un élément préoccupant supplémentaire est la répartition des compétences dans l'ensemble du processus de programmation et d'agrément. On ne peut qu'insister ici sur une concertation approfondie entre les différentes autorités pour parvenir à un ensemble cohérent avec des accords clairs sur la manière dont les agréments auront lieu et une transparence quant aux critères adoptés qui seront appliqués.

Il est répété à plusieurs reprises que la présente liste actuelle de missions de soins est une « liste indicative ». Ceci suggère que l'attribution d'une mission au niveau locorégional ou suprarégional est susceptible de modification. Le groupe s'interroge sur la base qui servira à prendre cette décision. La note de vision affirme que la programmation s'effectuera sur la base d'une argumentation scientifique. Néanmoins, le CFEH estime que le caractère « indicatif » de cette liste est problématique pour plusieurs raisons. D'une part, il n'est pas évident de conclure des accords entre les hôpitaux d'un réseau lorsque certaines missions de soins peuvent évoluer au cours du temps de locorégionales à suprarégionales et vice-versa. L'établissement d'un plan stratégique de soins pluriannuel organisant l'offre de soins dans le réseau peut ainsi connaître d'importants bouleversements au fil du temps. D'autre part, un problème non négligeable se pose quant à la mesure dans laquelle il est possible de rendre un avis sur cette liste.

Le CFEH constate que d'autres mouvements sont simultanément en cours dans le secteur des soins en vue de redessiner le paysage géographique des soins (zones de première ligne, réseaux en soins de santé mentale, ...). Une harmonisation de ces diverses initiatives est indispensable pour parvenir à une vision cohérente et consistante permettant de faciliter les accords pratiques sur le terrain plutôt que de les entraver.

Enfin, il y a l'évolution inhérente à la médecine qui fait qu'au cours du temps, les missions de soins peuvent glisser d'un niveau à l'autre. La technologie, les connaissances, la nécessité d'un encadrement peuvent se modifier tellement au fil du temps que ce qui requiert initialement une approche très exclusive, devient progressivement une sorte d'offre de soins de base. Il faut donc aussi tenir compte de l'évolution dans le temps. Il est affirmé dans les textes existants que ce caractère évolutif sera pris en compte par une révision de la programmation à intervalles réguliers. Cet aspect doit assurément être repris dans la philosophie de subdivision des missions de soins.

b. Remarques spécifiques

La subdivision des missions de soins en missions locorégionales et suprarégionales repose sur un certain nombre d'arguments cités dans différents textes. L'un des principaux arguments est l'incidence de groupes de pathologies. Sur cette base est établie la fourchette du nombre de citoyens à inclure dans un réseau, qui est fixée à 400.000 à 500.000 de façon à formuler la proposition de 25 réseaux. Le CFEH se demande s'il est nécessaire de déterminer à l'avance le nombre exact de réseaux à créer. Il est plutôt considéré qu'il y a lieu de partir des évolutions qui se dessinent sur le terrain, en tenant compte des flux de patients.

Les missions de soins qui présentent une incidence et une prévalence élevée sont décrites comme des missions de soins locorégionales, et les missions de soins présentant une incidence et une prévalence plus faibles sont des missions de soins suprarégionales. Établir cette distinction en se basant sur les taux d'incidence et les groupes de pathologies est, selon le CFEH, trop réducteur. Le CFEH tient à souligner que l'un des problèmes dans le futur est précisément que l'on est confronté dans les soins à une polypathologie, une multimorbidité et une polypharmacie. Une subdivision rigoureuse par groupe de pathologies pourrait ainsi fort bien manquer son but.

En référence au rapport du KCE 289B « Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères pour la maîtrise de l'offre en chirurgie oncologique complexe, radiothérapie et maternité », plusieurs critères sont cités dans ce rapport en vue d'étayer la subdivision en missions de soins locorégionales ou suprarégionales. Il y est fait référence aux éléments suivants :

- Degré d'urgence des interventions ;
- Intensité en capital (infrastructure ou matériel coûteux) ;
- Taille et composition du groupe cible de patients ;
- Niveau de spécialité et de complexité ;
- Disponibilité de personnel ;
- Fréquence de l'intervention (par patient).

Le CFEH recommande d'utiliser ces éléments comme guide pour chaque mission de soins reprise sur la liste présentée afin d'aboutir à une subdivision équilibrée. Un facteur complémentaire à prendre en considération est la proximité des soins au citoyen.

Il est en tout cas manifeste que des statistiques de population comme seule base pour opérer la distinction entre locorégional et suprarégional sont insuffisantes. Il ne paraît dès lors pas logique d'appliquer une fourchette fixe de volume de population. L'argument est avant tout que dans un territoire logiquement défini, une collaboration est mise en place permettant de couvrir de façon optimale les besoins de la population locale. Le fait que ces zones soient plus petites (si l'on veut par exemple se concentrer en premier lieu sur les soins de base avec une bonne collaboration avec la ligne horizontale) ou plus grandes (comme ce sera le cas dans les grandes zones urbaines) a dès lors moins d'importance. En s'accrochant à la fourchette fixe de 400.000 à 500.000 habitants, cette forme logique de collaboration peut être perturbée et davantage de collaborations forcées peuvent être induites.

c. Remarques détaillées

Cf. liste en annexe.

#### 4. Programmation

##### a. Généralités

Le CFEH se pose la question de principe de savoir si une programmation est encore l'instrument approprié pour définir les missions de soins. Le Conseil se déclare prêt à réfléchir, dans un avenir proche, à adapter le concept de programmation - un concept datant du passé - aux besoins modernes du secteur, lequel est p. ex. davantage orienté sur le soutien aux programmes de soins. De même, les imprécisions relatives à la terminologie utilisée de programmation et d'agrément devraient être élucidées. Plus haut dans ce texte déjà, on a évoqué la nécessité d'une concertation intense entre l'autorité fédérale et les Régions. L'interaction entre les différentes autorités est également cruciale pour parvenir à des décisions judicieuses et fondées sur l'attribution de missions de soins au niveau locorégional ou suprarégional.

Dans les différents textes disponibles, le cabinet annonce vouloir programmer toutes les missions de soins reprises sur la liste sur une période de 7 ans. Cet objectif paraît relativement ambitieux étant donné qu'il s'agit tout de même de 122 missions de soins dans la liste fournie. Chaque programmation devrait s'effectuer sur la base de données scientifiques probantes, soit issues de la recherche propre, comme p. ex. via le KCE, soit par le biais d'informations issues de l'étranger ou de la littérature internationale. Lorsque toutefois les données scientifiques probantes débouchent sur une fourchette (plus ou moins large) d'un nombre d'unités à programmer, une décision finale s'impose. Une transparence est indispensable pour assurer le maintien de la confiance nécessaire dans ce processus de programmation.

Le CFEH demande également d'être attentif au contenu technique souvent non uniforme d'une mission de soins. Dans certaines missions de soins, il est parfaitement possible qu'une mise en œuvre largement répandue existe à côté d'une mise en œuvre plus pointue sur le plan technologique nécessitant un appareillage et/ou des connaissances spécifiques. En ce sens, au sein d'une mission de soins donnée, certains éléments peuvent être proposés au niveau locorégional et d'autres aspects de cette même mission de soins doivent plutôt être organisés au niveau suprarégional (radiothérapie p. ex.).

##### b. Priorités

Puisqu'il est actuellement impossible d'inclure l'ensemble des missions de soins dans une évaluation scientifique validée permettant d'aboutir à une subdivision fondée en missions de soins loco- et suprarégionales, nous voudrions suggérer de limiter ce processus aux missions de soins que le cabinet de la ministre De Block entend programmer en priorité. Les remarques détaillées formulées par le secteur sur la base de la liste présentée sont reprises ci-dessous.

Elles concernent les fonctions suivantes :

- Maternité
- Pédiatrie
- Urgences
- Soins de l'AVC
- Radiothérapie
- Chirurgie oncologique à faible volume

En appui à ces 6 dossiers prioritaires, il convient d'examiner les études disponibles afin de prendre en considération les fondements scientifiques nécessaires. Le court délai imparti pour la remise du présent avis n'a toutefois pas permis au CFEH de soumettre à une évaluation scientifique approfondie les études KCE renseignées ci-après.

- Maternité

La fonction M (+ le quartier d'accouchement) est qualifiée de mission de soins locorégionale dans la liste présentée.

Le rapport du 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 » peut être considéré comme une information de fond dans cette mission de soins.

Les recommandations rassemblées dans ce rapport fournissent les éléments d'une approche ultérieure possible.

- Pédiatrie

Elle est qualifiée de mission de soins locorégionale dans la liste présentée.

Du fait de l'annulation en 2016 par le Conseil d'État de l'AR de 2014 relatif à l'organisation du programme de soins « pédiatrie », le secteur est actuellement revenu à la réglementation antérieure.

L'AR annulé contient toutefois un grand nombre d'éléments pouvant au minimum servir d'inspiration pour une nouvelle tentative de programmation des services E. L'interconnexion étroite entre maternité et pédiatrie nécessite probablement aussi d'examiner ces deux missions de soins dans une même réflexion, surtout dans l'optique de la permanence et de la disponibilité des pédiatres.

- Urgences

Les services d'urgence (ceci incluant la première prise en charge, les soins spécialisés d'urgence, le SMUR et le PIT) sont considérés comme des missions de soins locorégionales dans la liste présentée. La liste fait également explicitement référence à la relation avec les postes de garde de médecine générale, la première ligne, ...

Les centres de traumatologie niveau 1 sont considérés comme des missions de soins suprarégionales dans la liste présentée.

Le rapport du KCE 263B « Organisation et financement des services d'urgence en Belgique: situation actuelle et possibilités de réforme » et le rapport du KCE 281B

« Vers un système intégré de prise en charge des traumatismes graves » peuvent être considérés comme une information de fond dans cette mission de soins.

Le CFEH constate qu'en ce moment, de nombreuses incertitudes planent sur la prise en charge des soins non planifiables et de l'aide médicale urgente. Des études sont toujours en cours à l'heure actuelle pour examiner l'approche idéale, mais on n'est pas encore parvenu à des conclusions. De nouvelles propositions visant p. ex. à dissocier la fonction PIT des hôpitaux n'ont pas encore été étudiées en profondeur. Pour cette raison, le CFEH propose dès lors de reporter provisoirement la programmation des services d'urgences jusqu'au moment où on disposera d'une plus grande certitude sur une vision globale dans laquelle tant les services des urgences (première prise en charge et soins spécialisés) que les centres de traumatologie, la fonction SMUR et PIT, les postes de garde de médecine générale, la fonction 1733,... auront été précisés davantage.

#### - Soins de l'AVC (S2)

Les soins spécialisés de l'AVC (S2) sont qualifiés de mission de soins suprarégionale dans la liste présentée.

À ce sujet, nous renvoyons à un avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section Programmation et Agrément, d'octobre 2012 dans lequel l'avis « Unités pour soins de l'AVC (*stroke units*) » se réfère à la fonction S2.

Le rapport du KCE 181B « Unités neurovasculaires: efficacité et indicateurs de qualité » peut être considéré comme une information de fond dans cette mission de soins.

Les deux AR du 19 avril 2014 « Normes relatives aux programmes de soins "soins de l'AVC" » et « Normes d'agrément pour le réseau "soins de l'AVC" » fournissent le cadre légal.

#### - Radiothérapie

La radiothérapie est qualifiée de mission de soins suprarégionale dans la liste présentée.

Le rapport du 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 » peut être considéré comme une information de fond dans cette mission de soins.

Les recommandations regroupées dans ledit rapport fournissent les éléments d'une approche ultérieure possible.

La radiothérapie paraît être, par excellence, une mission de soins qui doit être offerte à proximité des patients. Le vieillissement de la population, l'extension des indications, l'augmentation de la pathologie oncologique sont des arguments qui indiquent une nécessité accrue de cette méthode de traitement à l'avenir. La charge physique pesante sur ces patients, due aux sessions souvent longues pendant lesquelles ces personnes gravement malades doivent recevoir leur thérapie, fait que les longs déplacements sont à éviter. L'offre de cette thérapie (à l'exception des formes extrêmement spécialisées de radiothérapie qui peuvent n'être proposées qu'en un nombre limité de lieux) devrait dès lors être possible au

sein de chaque réseau. Cette vision est en outre étayée par une note de vision des radiothérapeutes.

Le CFEH propose dès lors un glissement de la mission de soins « radiothérapie » du niveau suprarégional à locorégional.

- Chirurgie oncologique à faible volume

La chirurgie oncologique à faible volume est qualifiée de mission de soins suprarégionale dans la liste présentée.

Le rapport du 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 » peut être considéré comme une information de fond dans cette mission de soins.

Les recommandations rassemblées dans ledit rapport fournissent les éléments d'une approche ultérieure possible.

## Liste de missions de soins locorégionales et suprarégionales

Le CFEH présente ici les remarques et recommandations apportées par le secteur. Lorsque, pour une mission de soins, aucun changement de niveau n'est demandé de façon explicite, cela signifie que le CFEH n'a pas de remarques concernant la proposition de la ministre.

Dans la liste des missions de soins telles qu'énumérées ici, une remarque générale préalable s'impose. Dans l'évaluation d'un certain nombre de missions de soins, le CFEH constate qu'il existe des arguments pour établir le niveau d'organisation de ces missions de soins au niveau suprarégional, mais qu'il est indéniablement nécessaire, dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle de ces missions de soins, de les rapprocher autant que possible du patient, et que par conséquent, une organisation au niveau locorégional peut se justifier. À titre d'exemple, nous renvoyons à « l'autorégulation du diabète chez l'enfant et l'adolescent », dont l'expertise peut être regroupée au niveau suprarégional mais où le suivi concret des patients peut être organisé au niveau locorégional pour une proximité maximale avec les patients.

### 1. Lits hospitaliers

E : située au niveau locorégional; le CFEH tient avant tout à insister ici sur le lien entre la permanence pédiatrique et la fonction M.

M (+ quartier d'accouchement) : située au niveau locorégional; le CFEH tient à attirer l'attention sur la nécessité de temps de trajet acceptables pour rejoindre un service M (15 à 30 minutes) et sur le lien entre la fonction M et le service des urgences.

A, A1, A2, K, K1, K2 : il est renvoyé pour cela aux avis émis antérieurement relatifs à l'organisation des soins de santé mentale – vu la progression de la problématique psychosociale, une accessibilité correcte et rapide aux soins est indispensable. Le groupe ce travail propose de situer la mission de soins K au niveau locorégional.

SP4 (soins palliatifs) : il est renvoyé pour cela à l'avis récemment émis par le CFEH sur la nécessité d'une capacité palliative supplémentaire.

### 2. Services médico-techniques et appareillage (lourd)

Radiothérapie : déjà discutée au niveau des dossiers prioritaires; le CFEH propose un déplacement de cette mission du niveau suprarégional à locorégional.

Imagerie par CT / IRM : le CFEH est d'accord avec le positionnement au niveau locorégional, mais insiste plutôt sur une déprogrammation de l'IRM (examen standard, éviter la charge de rayonnement).

PET : le CFEH propose un déplacement du niveau suprarégional à locorégional, notamment dans le cadre de la progression à attendre de la problématique oncologique. 1 appareil PET par réseau paraît justifié dans ce contexte pour éviter les temps d'attente et améliorer la proximité de la technique.

Robot : le CFEH considère celui-ci comme un instrument permettant d'accomplir certaines missions de soins plutôt qu'une entité à programmer en soi.

### 3. Services – fonctions

Service des urgences : discuté dans la liste des missions de soins prioritaires.

Soins intensifs : le CFEH tient à souligner qu'une forme de surveillance médicale et infirmière accrue doit être considérée conjointement avec d'autres missions de soins. La présence d'un service d'urgences, la réalisation d'interventions chirurgicales (y compris dans des centres dédiés) nécessite une mission de soins de ce genre. Par analogie avec la vision d'un système graduel aux urgences, un système comparable peut être prévu ici.

Maladies rares : le CFEH tient ici à souligner l'expertise existante déjà présente dans de nombreux centres. Le Conseil marque son accord avec l'organisation de la fonction maladies rares au niveau suprarégional.

### 4. Programmes de soins

Programme de soins Oncologie : le CFEH tient à souligner que la mission de soins « oncologie » est à considérer conjointement avec d'autres missions de soins comme la radiothérapie, le PET-scan, ... La brachythérapie est à considérer conjointement avec la mission de soins « radiothérapie ». Le CFEH met l'accent sur la nécessité d'une vision intégrée de l'organisation des flux de patients au sein de la vaste mission de soins « oncologie ». Celle-ci est par définition une mission de soins où une approche large, orientée vers les patients, est à privilégier.

Programme de soins Pédiatrie : puisque le programme de soins de base pour enfants est exclusivement axé sur l'activité ambulatoire et l'hôpital de jour, la possibilité d'une hospitalisation dans le cadre du programme de soins spécialisés doit être organisée au niveau locorégional plutôt que suprarégional. La liaison pédiatrique est également une fonction qui doit être organisée au niveau locorégional plutôt que suprarégional.

Programme de soins Pathologie cardiaque : le CFEH propose de ne pas dissocier B1 et B2 et de les situer au niveau locorégional. Le CFEH propose également d'amener la fonction B3 au niveau locorégional en ce sens que chaque réseau clinique devrait disposer d'au moins 1 centre B3. En raison de la progression à attendre du nombre de troubles du rythme auprès d'une population vieillissante, le CFEH propose, selon la même logique, d'amener la fonction E au niveau locorégional (1 centre par réseau).

Centres de traumatologie : comme déclaré ci-dessus, ce programme de soins doit être examiné dans le cadre de l'ensemble des soins non planifiables et de l'aide médicale urgente.

Centres pluridisciplinaires de traitement de la douleur : le CFEH propose de transférer cette mission de soins du niveau suprarégional au niveau locorégional. La proximité et l'accessibilité sont perçues comme des arguments importants.

Transplantation : le CFEH marque son accord avec le maintien des banques de tissus au niveau suprarégional, tout en faisant néanmoins remarquer que p. ex. les banques d'os doivent être

disponibles au niveau locorégional étant donné le lien important avec la chirurgie orthopédique. La coordination locale des donneurs (comme le nom lui-même l'indique, d'ailleurs) doit, selon le CFEH, être située au niveau locorégional.

#### 5. Conventions INAMI au niveau fédéral

Autorégulation du diabète enfants & adolescents : le CFEH marque son accord avec le maintien de cette convention INAMI au niveau suprarégional, moyennant la remarque (telle que signalée dans la remarque générale ci-dessus) que le suivi régulier de cette catégorie d'âge doit, de préférence, s'effectuer à proximité du patient.

Hémophilie : le CFEH marque son accord avec le maintien de cette convention INAMI au niveau suprarégional, avec accessibilité facilitée au niveau locorégional afin de pouvoir garantir la qualité et la sécurité des décisions opérationnelles relatives à cette population de patients.

Maladies respiratoires : le CFEH propose d'amener cette mission de soins au niveau locorégional compte tenu de la nécessité d'une collaboration très étroite avec la première ligne dans ce groupe de pathologies.

Maladies cardiaques : le CFEH demande d'accorder une attention particulière à la revalidation cardiaque qui, en raison de l'importance de la resocialisation des patients cardiaques, doit être offerte le plus près possible du patient.

Démence débutante – clinique de la mémoire : le CFEH propose d'amener cette mission de soins au niveau locorégional. Il s'agit d'une problématique largement répandue et croissante dont les soins doivent de préférence être offerts le plus près possible du patient.

#### 6. Services (médicaux) d'appui

Laboratoires de biologie moléculaire : le CFEH demande ici une définition plus spécifique tenant compte de la rapide évolution technologique. Le CFEH privilégie ici des accords en interne entre les partenaires du réseau clinique.

Salles de stérilisation : de préférence au niveau locorégional, avec la conclusion d'accords entre les hôpitaux du réseau.

Pharmacie clinique : vu l'importance croissante de cette mission de soins, celle-ci doit être organisée au niveau locorégional (dans chaque hôpital).

Remarque générale : l'organisation de plusieurs de ces missions de soins peut certainement se discuter au sein du réseau clinique afin de la réaliser le mieux possible sur le plan de la qualité et de l'efficacité en termes de coûts.

**Tabel zorgopdrachten**

Zorgopdrachten in algemene ziekenhuizen	Voorstel	
	locoregionaal	supraregionaal
<i>ziekenhuisbedden (algemeen ziekenhuis)</i>		
CD		
CD univ		
E		
E univ		
M (+bevallingskwartier)		
G		
L		
MIC		
NIC		
A		
A1		
A2		
K		
K1		
K2		
K univ		
T		
BWC		
SP4 palliatief		
SP 1 cardiopulmonair		
SP 2 locomotorisch		
SP 3 neurologisch		
SP 5 chronisch		
SP 6 psychogeriatrisch		
<i>(zware) medisch technische diensten - apparatuur</i>		
radiotherapie		
Beeldvorming met CT		
NMR		
Nierfunctieervangende therapie		
Dialysecentra/centra chronische nierinsufficiëntie		
Hemodialyse		
Collectieve autodialyse		
Niertransplantatie (cf ook TX)		
PET		
Robot		
<i>Diensten/funcities</i>		
Spoedgevallendiensten		
Eerste opvang		
Gespecialiseerd		
MUG		
PIT (SUS)		
(SMUR)		
Centra voor zware brandwonden		
Palliatieve zorg		

Intensieve zorg		
Centra menselijke erfelijkheid/antropogenetica		
Lokale neonatale (N*)		
Regionale perinatale zorg (P*)		
Chirurgisch dagziekenhuis		
Niet-chirurgisch dagziekenhuis		
Expertisecentrum comapatiënten		
Zeldzame ziekten		
<i>Zorgprogramma's</i>		
<b>ZP Oncologie</b>		
Oncologie basiszorg		
Oncologie		
Ref centra chirurgie zeldzame tumoren		
Brachytherapie (noot: zie ook MTD: radiotherapie)		
<b>ZP Borstkanker</b>		
Coördinerend gespec onco ZP borstkanker		
Gespec onco ZP borstkanker		
Gespec onco ZP borstkanker - satelliet		
<b>ZP kinderen</b>		
Basis		
Gespecialiseerd		
Tertiair ZP		
<b>Pediatische hemato-oncologie</b>		
<b>PICU</b>		
<b>Pediatische liaison</b>		
<b>ZP Cardiale pathologie</b>		
A		
B1 (invasieve diagnostiek)		
B2 (interventionele)		
B3 (cardio HK)		
P (pacemakertherapie)		
T (hart- e hartlong transplantatie)		
C (congenitale afwijkingen kinderen)		
E (electrofysiologie)		
TAVI		
Mitraclip		
<b>ZP Reproductieve geneeskunde</b>		
A		
B		
Associatie (pm)		
<b>ZP beroertezorg (stroke)</b>		
Protocol beroertezorg		
Basis (S1)		
Gespecialiseerd (S2)		
<b>ZP geriatische zorg</b>		
Dienst geriatrie		
Geriatrisch consult		
Geriatrisch dagziekenhuis		
Interne liaison		
Externe liaison		
<b>Traumacentra level 1</b>		
<i>Transplantatie</i>		
Orgaantransplantatie		
Stamceltransplantatie		
Weefselbanken		
Lokale donorcoördinatie		
Multidisciplinaire pijncentra		

<i>RIZIV-conventies, op federaal niveau</i>		
<b>Endocriene en metabole ziekten</b>		
Zelfregulatie diabetes		
Insulinepompen		
Voetklinieken		
Zelfregulatie diabetes kinderen en adolescenten		
Continue glucosemonitoring		
Zeldzame erfelijke monogene metabole aandoeningen		
Mucoviscidose		
<b>Aandoeningen bloed &amp; immuunsystemen</b>		
Hemofilie		
HIV		
<b>Aandoeningen genitaal-urinair systeem</b>		
Kindernefrologie		
Genitale verminking		
<b>Ademhalingsziekten</b>		
Ademhalingsrevalidatie		
Ademhalingsondersteuning		
Zuurstoftherapie thuis		
Cardiorespiratoir toezicht op zuigelingen		
Obstructief slaapapneu		
<b>Hartaandoeningen</b>		
<b>(Neuro)locomotorische ziekten &amp; handicaps</b>		
Locomotorische & neurologische aandoeningen		
Neuromusculaire ziekten		
Hersenverlamming (CP)		
Spina bifida		
MS/ALS		
Huntington		
<b>Mentale en neurologische stoornissen</b>		
Refractaire epilepsie		
Beginnende dementie - geheugenkliniek		
<b>Ziekten bij zuigelingen of jonge kinderen</b>		
Prematuren		
Plots en medisch onverklaard overlijden jong kind		
<i>(Medisch-)ondersteunende diensten</i>		
Ziekenhuislabo's		
Labo's moleculaire biologie		
Labo's anatomo-pathologie		
Ziekenhuisapothek		
PICS - clean rooms...		
Klinische farmacie		
Centrale sterilisatie		
Ziekenhuisbloedbank		
Ombudsfunctie		
Veiligheidsconsulent		
Ziekenhuishygiëne		

