

Ministère de la Santé publique
et de l'Environnement

Bruxelles, le 30 juillet 1993

Administration des établissements de soins

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Section "Programmation et Agrément"

N/réf. : CNEH/B/70

CONSIDERATIONS RELATIVES A LA DEMANDE D'AVIS
DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES DU 14/07/1993, réf. 1957

I. Introduction.

Dans sa lettre du 14 juillet 1993, le Ministre des Affaires sociales, B. Anselme, a demandé un avis au Conseil national des établissements hospitaliers au sujet des modalités concrètes des mesures de réduction du nombre de lits et de reconversion des lits V. Le C.N.E.H. a immédiatement fait le nécessaire pour pouvoir encore rendre un avis en la matière avant la fin du mois de juillet.

Le Conseil national des établissements hospitaliers constate qu'aucun avis ne lui a été demandé concernant une diminution de 1.000 lits aigus et la reconversion de 2.000 lits V. Légalement, le C.N.E.H. est le seul organe consultatif compétent dans le domaine de la programmation, de l'agrément et du financement des services hospitaliers.

Bien que la réduction de l'infrastructure hospitalière soit peut-être justifiée, une étude sérieuse des besoins permettrait de déterminer avec discernement quels équipements sont devenus moins utiles et quels sont ceux pour lesquels il existe une offre trop limitée.

Le fait qu'un avis soit à présent sollicité concernant les modalités d'exécution de la décision gouvernementale, telle que déjà fixée dans un protocole d'accord avec les Communautés, donne lieu aux considérations exposées ci-après.

II. Considérations générales.

1 Les modalités telles que soumises pour avis ne semblent pas correspondre à celles figurant dans le protocole d'accord qui, comme l'a annoncé la presse, a déjà été signé. Dans ces circonstances, le Conseil, Section "Programmation et agrément", n'est, de fait, pas en mesure de formuler un avis en la matière.

2. Lors de la discussion du problème posé, le Conseil a formulé les réflexions suivantes:

2.1. Les critères utilisés doivent tenir compte de l'utilisation effective et rationnelle des équipements hospitaliers.

L'utilisation d'un taux d'occupation sans prise en compte de la durée de séjour et du profil des patients mène à des conclusions fortuites et parfois incorrectes. Il en va de même lorsqu'on opère une distinction entre les index C et D. En ce qui concerne l'occupation des lits, il conviendrait de tenir compte exclusivement de l'occupation du lundi jusqu'au vendredi et ce, en raison des motifs sociaux pour lesquels on permet au plus grand nombre de patients possible de quitter l'hôpital durant le week-end.

2.2. Lors de l'interprétation de moyennes sur une période de référence déterminée, il convient également de tenir compte des résultats relatifs à la dernière année.

La fermeture et la reconversion de lits hospitaliers ne peuvent pas, de l'avis du Conseil, s'appliquer aux lits qui ont été transférés d'un hôpital à un autre, dont la copie de proposition de transfert a été transmise au Ministre in tempore non suspecto et qui n'ont pas encore été mis en service ou agréés dans l'hôpital ayant reçu les lits fermés ou reconvertis.

Le C.N.E.H. souligne l'absolue nécessité de faire débiter l'agrément de l'hôpital de jour dans un hôpital en même temps que l'exécution des modalités proposées. C'est indispensable pour que le processus d'ajustement se déroule de façon harmonieuse et ciblée.

On doit rechercher des modalités financières d'ajustement afin de couvrir les frais fixes, si une réduction du nombre de lits agréés est appliquée.

Le Conseil juge souhaitable, dans le cadre des modalités proposées, que chaque hôpital dispose toujours d'un service C et D mais pas nécessairement des trois services.

Le Conseil confirme que s'il existe un service M, la fonction E doit être maintenue. Cette fonction E doit également être instaurée dans les grands hôpitaux, même en l'absence d'une maternité.

- 2.8. Dans le cadre de la rationalisation de l'utilisation de l'infrastructure hospitalière, le Conseil est d'avis que les règles relatives aux fusions et aux groupements d'hôpitaux doivent être revues. A cet égard, on doit envisager l'abrogation des règles actuellement en vigueur concernant le nombre des hôpitaux concernés, la distance et la réduction imposée du nombre de lits, mesures qui vont de pair avec les opérations précitées. En outre, le Conseil est également d'avis que le renforcement des formes juridiques afférentes aux fusions et aux groupements d'hôpitaux est souhaitable. Des initiatives conjointes des hôpitaux en matière d'ajustement et de transfert des services et de leurs lits doivent être encouragées par l'application de règles souples.
- 2.9. La reconversion de lits V en lits S ne peut pas s'accompagner d'une réduction de personnel. En ce qui concerne la proposition relative aux services S, le Conseil rappelle les avis déjà formulés concernant les services V et G.
- 2.10. Des incitants visant à encourager la création de lits MRS en dehors de l'hôpital doivent être prévus.
- 2.11. Le Conseil estime que les normes d'agrément provisoires des services S doivent être adaptées sur la base d'une étude approfondie. A terme, les résultats de cette étude devront aboutir à l'élaboration de normes définitives.

III.

Enfin, en ce qui concerne sa proposition de moratoire temporaire relatif à certains services médico-techniques, à savoir les services de cathétérisme cardiaque, de chirurgie cardiaque et d'hémodialyse, le Conseil souhaite faire remarquer que des projets d'avis sont actuellement en préparation et que normalement ils donneront encore lieu avant la fin de l'année à l'élaboration de critères de programmation et de normes d'agrément définitifs.

TRADUCTION

CNEH/B/70

Monsieur le Président,

Vous n'êtes pas sans savoir que le gouvernement a décidé de fermer 1000 lits aigus en raison de leur sous-occupation en vertu de l'AR du 30 janvier 1989. On a également décidé de reconvertir 2000 lits V.

Les modalités concrètes de cette opération de réduction de lits ont été élaborées en concertation avec les Communautés dans la note que vous trouverez en annexe. Afin de pouvoir prendre en temps utile les mesures nécessaires, je vous prie de me transmettre un avis avant la fin du mois de juillet 1993.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération très distinguée,

Le Ministre des Affaires sociales,

B. ANSELME.

MODALITES CONCRETES POUR LA FERMETURE ET LA RECONVERSION
DES LITS HOSPITALIERS

1. Fermeture de lits hospitaliers aigus

En application de l'article 20 de l'A.R. du 30 janvier 1989, le nombre de lits aigus et existants reconnus sera diminué conformément aux règles de sous-occupation spécifiées dans l'annexe à l'Arrêté Royal susmentionné.

Lors de sa mise en oeuvre, quelques assouplissements seront néanmoins apportés :

- a) Pour les services G dont l'activité a débuté au cours de l'une des trois années de référence, il n'y aura pas application de la diminution de lits;
- b) Toute modification dans le nombre de lits qui s'est effectuée au cours de l'une des trois années de référence est neutralisée en ce qui concerne la diminution des lits;
- c) La règle de diminution du nombre de lits est également applicable pour les services E et M, étant entendu que :

Le pourcentage d'occupation minimum considéré est 65 %;

Au cas où l'application de la règle de diminution du nombre de lits fait descendre, pour un service E ou M, la capacité en-dessous de 10 lits, alors le service doit être totalement fermé, sauf toutefois les dérogations prévues à l'article 18.

Cette dérogation ne permet néanmoins pas au service concerné de ne pas diminuer jusqu'au niveau minimum de 10 lits.

Les services E qui obtiennent une capacité en lits se situant entre 10 et 15 doivent, au plus tard pour le 1er décembre 1993, introduire un plan de restructuration en vue d'un regroupement de services pédiatriques existants endéans les deux ans qui suivent la notification des règles.

L'agrément des maternités sera retiré si, au cours des années de référence, il y a moins de 400 accouchements par année.

Si, entretemps, ce montant de 400 a été atteint, la fermeture ne sera pas appliquée.

Deux maternités voisines qui enregistrent toutes les deux moins de 400 accouchements pourront également introduire un plan de restructuration en vue d'une fusion soit des services incriminés soit avec d'autres services. Ce plan doit être exécuté endéans les deux années.

- d) Les services hospitaliers autres que E et M qui, suite à la diminution de lits, tombent en-dessous de la capacité minimale exigée (moins de 24 pour les G et moins de 30 pour les autres services) peuvent, dans ce cas, momentanément continuer à exister, pour autant qu'ils ne descendent pas de plus de 5 lits en-dessous de la capacité minimale.

De même, tout établissement qui, pour les mêmes raisons, tombe en-dessous du seuil de 150 lits (ou de 120, conformément à l'article 3 de l'A.R. du 30/C1/1989) peut être maintenu.

Ces établissements devront, conformément à l'article 7 de l'A.R. susmentionné, introduire un plan de restructuration en vue d'une fusion ou d'un regroupement avec un ou plusieurs autres établissements. Les établissements en cause ne doivent pas nécessairement s'intégrer sur un seul campus.

Pour les services qui n'atteignent plus la capacité minimale, le plan devra prévoir l'addition avec un ou plusieurs autres services analogues. Ce plan devra être introduit au plus tard le 1er décembre 1993, et mis en exécution endéans les deux années après parution des arrêtés au Moniteur.

2. Fermeture et reconversion des lits V

Le Gouvernement a fixé comme objectif une désaffectation de 2.000 lits V. Afin de réaliser ceci, les principes suivants ont été acquis :

2.1. Isolement des lits Vp

Les lits Vp sont maintenus hors de l'opération.

- 2.2. Les autres lits V (+/- 3.600) seront reconvertis sur la base des règles d'équivalence suivantes entre lesquelles les établissements doivent choisir.

1	45 V =	20 S (nouveau statut) au 1.1.94 25 M.R.S. in situ au 1.1.94 25 M.R.S. au 1.1.95
2	30 V =	20 S (nouveau statut) au 1.1.94 10 M.R.S. in situ au 1.1.94 4 M.R.S. hors situ au 1.1.95 CONDITION : avoir au moins 20 autres lits V reconvertis suivant la règle 3, 4, 5 ou 6
3	30 V =	30 M.R.S. in situ au 1.1.94 30 M.R.S. hors situ 1.1.95
4	30 V =	30 M.R.S. in situ au 1.1.94 21 M.S.P. au 1.1.95
5	30 V =	30 M.R.S. in situ au 1.1.94 77 H.P. au 1.1.95
6	30 V =	30 M.R.S. in situ au 1.1.94 35 places familiales au 1.1.95

Les services V auront deux mois à partir de la publication des arrêtés de reconversion pour introduire leur plan de reconversion et ceci au plus tard pour le 1er décembre 1993.

Chaque lit V pour lequel aucune reconversion n'est demandée à la date du 1er décembre 1993, sera automatiquement reconverti en deux lits M.R.S. dont un à la date du 1er janvier 1994 et un à la date du 1er janvier 1995.

2.3. Concept des services S

L'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers a été maintenu en tant que tel, étant entendu qu'il y aura 4 types de services S (au lieu de 3)

- S cardio-pulmonaire
- S neurologique
- S locomoteur
- S chronique (somatique - psycho-gériatrique)

L'agrégation en indiquera le type.

La définition de lit S "chronique" doit stipuler qu'il s'agit de patients qui nécessitent une surveillance médicale spécialisée continue à cause de leur état somatique et/ou psychogériatrique.

Les services S doivent se consacrer par unité de 20 lits à une même spécialisation.

2.4. Programmation des lits S

(Max) 2.600 V ⇒ 2.300 S nouveau ou 0,23 lit %, hab.
(Max) 959 anciens S ⇒ 959 S nouveau ou 0,1 lit %, hab.
(Max) 500 C, D ou H ⇒ 500 S nouveau ou 0,05 lit %, hab.

3.759 S nouveau ou 0,38 lit % hab

Ce chiffre de programmation sera revu en fonction du nombre réel de lits V qui seront convertis en lits S.

2.5. Règles d'équivalence

Pour la reconversion des V vers les nouveaux S (voir point 2.2.);

Pour la reconversion des anciens S, ainsi que des C, D, H ou Vp vers les nouveaux S, la règle d'équivalence un lit "ancien" pour un lit "nouveau" est valable.

Les lits S qui ne répondraient pas à la nouvelle norme pourraient être reconvertis en lits M.R.S. à raison de deux lits M.R.S. pour un lit S.

2.6. Révision des critères de programmation des M.R.S.

Le critère de programmation pour les M.R.S sera revu afin de rendre possible la réalisation des nouveaux lits M.R.S.

2.7. Lits M.R.S.

- a) Les réglementations en matière d'organisation médicale seront adaptées. Déjà il est prévu que le pouvoir organisateur désigne un médecin auquel la personne nécessitant des soins doit pouvoir faire appel en cas d'absence de son propre médecin. Le rôle de ce médecin devra être renforcé au niveau organisationnel, comme par exemple, en matière d'uniformité pour établir les dossiers médicaux, pour la procédure d'admission et de départ, etc....
- b) La distribution des médicaments se fait actuellement à partir d'une officine publique. Celle-ci, en l'absence d'un pharmacien dans la M.R.S., laisse souvent à désirer. En outre, le système s'avère coûteux parce qu'il est impossible de travailler avec des emballages unitaires, mais bien avec des emballages publics. Il y a donc lieu de veiller à une meilleure distribution des médicaments.
- c) Dans les normes M.R.S. il y aura lieu d'introduire quelques précisions concernant les droits des patients (voir la législation en matière de M.S.P. et la législation valable pour les maisons de repos).
