

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

Bruxelles, le 23 février 1996

Administration des soins de santé

Direction de la Politique
des Soins de Santé

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Sections "Programmation et
Agrément" et "Financement"

Réf. : NRZV/D/99-4

AVIS DU CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

RELATIF A LA NOTE MINISTERIELLE DU 9 NOVEMBRE 1995

CONCERNANT LA REDUCTION ET LA RECONVERSION DE LITS HOSPITALIERS. ()*

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 22 février 1996

A. AVANT-PROPOS

Le premier projet d'avis inscrit, pour discussion et approbation, à l'ordre du jour de la réunion plénière du 11 janvier 1996 du C.N.E.H., Sections "Programmation et Agrément" et "Financement", a été préparé au cours des réunions d'un groupe de travail mixte ad hoc.

Les membres du C.N.E.H., dont les noms figurent ci-dessous, ou des membres suppléants ont participé à ce groupe de travail qui s'est réuni les 7 et 14 décembre 1995.

Professeur Dr Jan PEERS, Président

- Section "Programmation et Agrément"

Mme. Dr C. BOONEN, Président

Dr J. BAEYENS
 Dr L. BECKERS
 M. C. BOUFFIOUX
 Dr C. CLAEYS
 M. P. DE BUCQUOIS
 M. J. SCHOTS
 Dr J. BURY
 Mme. F. GHEKIERE
 M. A. GREVEN
 Mme. Dr DE BIE
 M. C. DENEE
 Dr D. DEVOS
 M. A. DUGAUQUIER
 M. A. GREVEN
 M. D. HASARD
 M. W. HEUSCHEN
 Dr K. MAHLER
 Dr Y. MESSENS
 Dr D. DUCULOT
 Dr J. PROESMANS
 Dr R. RUTSAERT
 Dr R. RADERMECKER
 M. J. VAN CAMP
 M. L. VAN ROYE
 Dr A. VLEUGELS

- Section "Financement"

Mme. L. OLEFFE, Président

Mme. S. DE SIMONE
 M. J. HERMESSE
 M. M. TUERLINCKX
 M. A. MOORTGAT
 M. P. SMIETS
 Mme. S. DAVIGNON
 M. VAN LEER

M. L. SEAUX
 M. A. MASSET
 M. M. VAN ROOSBROECK
 Mme. C. KESTENS
 M. R. PAUWELS
 Mme. C. FONTAINE
 Dr S. LEJEUNE
 M. R. VAN DER STAPPEN
 M. J.C. DORMONT

B. REACTIONS ECRITES TRANSMISES AU SECRETARIAT DU C.N.E.H.

A la suite de la demande formulée par le Professeur J. PEERS à la fin de la réunion du groupe de travail du 14 décembre 1995, au cours de laquelle on a examiné le texte martyr dans son entièreté, les membres ont été autorisés à transmettre des remarques complémentaires par écrit au secrétariat.

Les membres ont largement fait usage de cette possibilité. Ce fut le cas pour :

Dr DEVOS
 Dr COLLARD
 Dr BURY
 Dr BAEYENS
 Dr RADERMECKER
 Dr MESSENS
 M. HERMESSE
 M. HEUSCHEN
 Dr PROESMANS
 Mme OLEFFE
 Mme FONTAINE
 Mr. VAN ROYE
 Mme. GHEKIERE
 Mr. COLPAERT
 Mr. TUERLINCKX
 Dr VAN CAMP
 Mr SEAUX

Le premier projet d'avis a été examiné le 11 janvier 1996 au cours d'une réunion commune des sections "Financement" et "Programmation et Agrément", ainsi que par le Bureau. Lors de ces réunions, les membres ont formulé diverses remarques et propositions d'amendement.

Le 23 janvier 1996, le président a transmis un nouveau projet d'avis aux membres de la réunion commune des deux sections en leur proposant de transmettre leurs remarques.

Des remarques ont été formulées par les membres suivants :

- le Professeur TIELEMANS
- Monsieur TASSIN
- le Professeur COLLARD
- Monsieur HERMESSE

- le Docteur MESSENS
- le Docteur BAEYENS
- le Docteur DEVOS

Le texte a été examiné par le Bureau le 8 février et adapté le 13 février par un comité de rédaction composé de plusieurs membres du Bureau.

Tout le courrier reçu jusqu'au 8 février 1996 a été transmis au président.

Le présent avis doit donc être considéré comme le résultat des discussions des remarques formulées par les membres du groupe de travail mixte du Conseil.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS
RELATIF À LA NOTE MINISTÉRIELLE DU 9 NOVEMBRE 1995 CONCERNANT
LA RÉDUCTION ET LA RECONVERSION DE LITS HOSPITALIERS.

En réponse à la demande du Ministre, le Conseil souhaite formuler un avis en deux parties.

Dans la note du 9 novembre 1995, le Ministre fait part de son intention de faire reposer à l'avenir la politique hospitalière sur des règles d'agrément, de programmation et de financement fondées sur un nouveau concept d'agrément. Ce concept est essentiellement basé sur l'ensemble des programmes offerts par chaque hôpital à la population.

Le Conseil est dès lors d'avis qu'il convient de donner la priorité absolue à la concrétisation de ce nouveau concept dont les principes de base ont déjà été formulés dans un avis antérieur du Conseil.

Le Conseil estime que ce concept doit être axé sur l'ensemble des programmes qu'assume chaque hôpital au bénéfice de la population. Les fonctions de base doivent être offertes par chaque hôpital alors que les programmes spécialisés doivent répondre à des conditions spécifiques.

Le Conseil estime que les solutions à l'ensemble des problèmes examinés en matière de réduction et de reconversion de lits hospitaliers ne seront efficaces que si elles s'inscrivent dans la formulation et l'application progressives du nouveau concept d'hôpital.

Dans la première partie du présent avis, le Conseil souhaite franchir une nouvelle étape dans la concrétisation de ce concept.

La deuxième partie de l'avis formule, toujours en réponse à la demande du Ministre, un certain nombre de recommandations concrètes pouvant être réalisées à court terme. Il est clair que ces recommandations s'inspirent notamment des principes et modalités formulés dans la première partie de l'avis.

I. ELÉMENTS D'UN NOUVEAU CONCEPT D'AGRÈMENT.

1. Points de départ.

Dans le cadre d'une politique en matière de Santé publique garantissant l'accessibilité sociale, géographique et financière des équipements hospitaliers ainsi que l'intégralité des services offerts, l'article 2 de la loi sur les hôpitaux définit les hôpitaux non plus comme une infrastructure mais comme une mission: dispenser des soins de médecine spécialisée dans un contexte cohérent et pluridisciplinaire dans le but de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

Dans le cadre de cette mission, le patient occupe une place centrale.

L'hôpital ne se caractérise pas en premier lieu par sa structure et son infrastructure mais par la nature des soins qu'il offre aux patients en réponse à leurs besoins.

Cela signifie qu'outre l'agrément de base qui concerne le personnel et le matériel minima à mettre en oeuvre dans chaque hôpital pour l'ensemble des fonctions de base, des ensembles de soins cohérents (programmes de soins aux patients) et/ou des programmes spécialisés (services médicaux lourds et services médicaux) doivent constituer la base de l'agrément d'un hôpital.

Cette approche permet la réalisation des objectifs suivants:

- a. adapter davantage l'agrément des hôpitaux en fonction du contenu et de l'organisation actuelles de la médecine hospitalière;
- b. tenir compte plus activement des progrès scientifiques et technologiques de la médecine et des soins, ainsi que des évolutions extérieures, démographiques et sociales autres;
- c. mettre au point un modèle de financement cohérent qui soit orienté vers le programme et donc vers le patient et qui tienne compte de la nature, de la qualité et du coût des soins dispensés; affecter les moyens de manière plus efficace par le biais d'une meilleure adéquation entre les besoins et les soins;
- d. concrétiser la collaboration entre les hôpitaux en la focalisant sur la mission elle-même, à savoir la dispensation des soins au patient;
- e. développer des conditions de travail appropriées pour le médecin hospitalier dans le respect des normes fonctionnelles et organisationnelles propres à chaque programme.
- f. optimiser le rôle de l'autorité en tant que garante de l'accessibilité sociale, géographique et financière des équipements hospitaliers et de l'exhaustivité des soins offerts.

2. Conditions de base.

- a. l'élaboration d'exigences de qualité appropriées pour chaque type de service dispensé dans le cadre des programmes disponibles;
- b. l'harmonisation, par le biais d'une adaptation rapide de la législation, des conditions et des règles de fonctionnement et de financement en vigueur dans les secteurs public et privé;
- c. l'appel à un maximum de dynamisme et de créativité au sein du secteur lui-même par le biais d'une réglementation moins détaillée;
- d. une flexibilité suffisante permettant aux différents types de collaboration (fusion, regroupement, associations, associations fonctionnelles etc...) de répondre aux besoins et aux conditions spécifiques;
- e. la mise à disposition de données récentes et validées relatives au fonctionnement des hôpitaux.
- f. la mise à disposition des moyens nécessaires en vue de garantir un financement correct, actualisé et cohérent.

Ces conditions de base s'inscrivent dans le cadre du rôle de coordination de l'autorité, responsable en dernière instance de la politique de santé.

3. Concrétisation.

Dans le prolongement de son avis antérieur, le Conseil esquisse, dans le présent avis, les grandes étapes de la concrétisation du nouveau concept d'hôpital. Il est impossible d'être plus précis à ce sujet compte tenu du délai que s'est accordé le Conseil pour rédiger le présent avis. Toutefois, le Conseil se propose de poursuivre en priorité son travail dans ce domaine afin de pouvoir présenter d'ici le milieu de l'année 1996 un concept d'agrément plus détaillé sur le plan de ses modalités.

4. Typologie.

Compte tenu du fait que le présent concept d'agrément est axé sur la pathologie/l'activité, il convient d'utiliser des données récentes relatives à ces deux éléments. Il est donc essentiel de disposer de garanties en ce qui concerne l'exhaustivité, la fiabilité, la comparabilité et l'exactitude des données. Il convient de prendre les initiatives qui s'imposent.

Suivant la nature de la pathologie et les besoins en soins du patient, on peut distinguer plusieurs ensembles cohérents de soins ou "programmes de soins". Outre les programmes de base relatifs aux problèmes fréquents (voir 5) offerts dans chaque hôpital, il est nécessaire de définir des programmes spécialisés destinés à des groupes-cible particuliers (voir 6). Un nombre limité de patients ont en outre un profil de soins particulier, non généralisable (outliers).

Pour être agréé comme hôpital, l'établissement doit assurer les fonctions de base qui sont déjà prévues dans les normes telles que la biologie clinique, l'officine hospitalière, par exemple.

De nombreux programmes peuvent être proposés dans le cadre d'une hospitalisation classique et d'un traitement de jour combinés. Cela signifie que l'hôpital de jour n'est qu'une forme sous laquelle l'hôpital propose ses programmes. Cela implique que l'actuelle distinction, artificielle, entre l'hôpital de jour et l'hôpital classique n'a plus de raison d'être et que l'activité de l'hôpital de jour doit, en termes d'agrément et de financement, faire partie, intégralement et de manière homogène, de l'hôpital.

On examinera dans quelle mesure des programmes de soins aux patients peuvent être dispensés par le biais d'une collaboration et sans perte de qualité.

5. Définition des programmes relatifs aux pathologies fréquentes.

La distinction entre les différents index est en grande partie dépassée. Dans la structuration du nouveau concept d'agrément, la notion de service (index) est remplacée par une différenciation des programmes sur la base de catégories d'âge: enfants (jusqu'à 16 ans), adultes (de plus de 16 ans) et personnes âgées.

Il est clair que les catégories "enfants" et "adultes" telles que définies ci-dessus ne sont que des propositions qu'il y a lieu de définir avec davantage de précision. Les patients gériatriques seront définis comme tels en fonction de l'âge, de la présence de pluripathologies et du profil de soins caractéristique tel qu'il ressort des données RIM, par exemple.

Dans les catégories "enfants" et "adultes", on définira un certain nombre de programmes en tenant compte du domaine de pathologie. L'objectif du CNEH est d'élaborer en un minimum de temps un instrument spécifique qui permette de définir les différents domaines.

Pour le Conseil, il va de soi que la définition des différents programmes ne peut être fondée sur une approche purement statistique. C'est la raison pour laquelle les résultats d'une première approche statistique devront toujours être évalués en fonction de la réalité médicale/infirmière.

Dans le cadre du traitement statistique et de l'interprétation des données, il convient en outre de remplacer l'emploi de moyennes, qui nivellent les différences et ne donnent pas une image suffisamment nuancée de la réalité, par une approche statistique plus appropriée.

Pour être agréé comme "hôpital de base", l'établissement doit dispenser un ensemble de soins de base, conformément à la définition de l'hôpital visée à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux: l'hôpital doit pouvoir dispenser des soins à chaque instant dans un cadre pluridisciplinaire. Cette exigence implique un nombre de critères minima :

- disposer de services médico-techniques tels qu'un laboratoire de biologie clinique de base, un service d'imagerie médicale de base, une salle d'opération et..
- assurer une permanence médicale et infirmière, sous la responsabilité d'un médecin chef et d'un(e) infirmier(e) chef du département infirmier.
- avoir une taille minimale garantissant la viabilité économique de l'établissement;
- avoir une activité minimale;
- participer à un processus d'évaluation systématique de la qualité du processus et des résultats de soins sur base d'une typologie des patients en groupes homogènes de pathologies.

On décrira ensuite pour chaque programme de base un certain nombre de caractéristiques: groupe-cible, type et contenu des soins, volumes minima, infrastructure, encadrement par les personnels médical et non médical, suivi de la qualité, etc. Il convient de déterminer le nombre ainsi que le type de programmes de base (pour les adultes et/ou les enfants et/ou les patients gériatriques) qu'un hôpital doit offrir pour être agréé en tant que tel.

Ces programmes de base ne sont pas nécessairement liés aux groupes d'âge dans la mesure où un même programme hospitalier peut s'adresser aux patients d'âge différent.

En outre, il est clair qu'un agrément ne dépendra pas uniquement de la présence ou non d'un certain nombre de programmes. En effet, l'hôpital devra également répondre aux exigences de qualité (relatives à la structure, au processus et également au résultat) propres à chaque programme.

Le nombre de journées d'hospitalisation approprié correspondant peut être fixé sur la base, par exemple, des données nationales par programme.

Dans le cadre de la concrétisation du nouveau concept d'hôpital (Cf point 3 du présent avis), le Conseil examinera la définition et le contenu des différents programmes hospitaliers et du concept d'hôpital de base. Ce concept permettra d'éviter la création d'hôpitaux monospécialisés isolés.

6. Définition de programmes destinés à des groupes-cible particuliers.

Ces programmes s'adressent aux groupes de patients dont la pathologie est identifiable et qui requièrent une expertise, une organisation et/ou une infrastructure particulières et, en général, nettement pluridisciplinaires.

Ainsi, il existe un certain nombre de programmes dont le caractère spécialisé découle directement de la spécificité du groupe-cible auquel ils s'adressent. Il s'agit par exemple des programmes suivants: insuffisance rénale chronique, soins périnataux ("mère et enfant"), soins intensifs de néonatalogie, soins aux grands brûlés, hémato-oncologie, traumatismes multiples.

On définira avec davantage de précision ces programmes spécifiques et leurs caractéristiques (groupe-cible, type et contenu des soins, volumes minima, infrastructure requise, encadrement et expertise requis sur les plans médical et non médical, suivi de la qualité).

7. Définition des "outliers".

On désigne par "outliers" les patients qui, sur le plan de la gravité de la pathologie, de la lourdeur des soins, de la durée de séjour, des moyens mis en oeuvre etc, ont un profil si particulier qu'ils ne peuvent plus être inclus dans un groupe global de patients homogènes. Leur "part" dans l'activité globale de l'hôpital doit être définie avec davantage de précision. Il y a lieu d'élaborer un mécanisme de financement adapté. A cet égard, il peut être utile de s'inspirer des expériences menées à l'étranger.

8. Différenciation en fonction de la lourdeur.

En vue, notamment, d'évaluer avec précision les besoins financiers relatifs à chaque programme, on peut distinguer, dans chacun de ceux-ci, un certain nombre de catégories afférentes à la lourdeur des soins, et ce sur la base, par exemple, de l'âge et/ou de la distribution des scores RIM et du résumé social minimum relatifs aux admissions concernées. Le nombre de catégories afférentes à la lourdeur des soins doit être fixé pour chaque programme. Lors de la fixation du financement, on tiendra compte des éléments éventuels qui sont déjà présents dans un financement de base.

II. POINTS CONCRETS PRIORITAIRES.

1. "Fonction pour enfant"

En ce qui concerne la proposition relative à la "fonction pour enfant", le Conseil se réfère à la partie I de l'avis, laquelle précise la façon dont les programmes axés sur l'enfant seront définis et intégrés dans le concept hospitalier.

Le Conseil ne souhaite pas anticiper sur la réalisation concrète. Le projet visant à considérer le service de médecine pédiatrique et la maternité comme une seule entité devant être disponible en permanence dans son intégralité, n'est toutefois pas conforme aux principes déterminés ci-dessus. Le lien automatique, au sein d'un même hôpital, entre les équipements destinés aux soins hospitaliers aux enfants et la maternité n'est d'ailleurs pas évident. La proposition axée sur l'admission obligatoire et exclusive de tous les enfants dans un service de pédiatrie, indépendamment du motif de leur admission, est rejetée.

Le nouveau concept d'agrément présente les soins périnataux (maternité, mère et enfant) comme un programme spécialisé.

On prévoira en outre des programmes spécialisés pour les soins maternels particuliers (grossesses à haut risque) et les soins néonataux particuliers. En ce qui concerne ces programmes, le Conseil a déjà rendu, le 14 janvier 1993, fût-ce sur la base d'une terminologie différente, un avis en la matière prévoyant notamment une liaison entre les deux programmes spécialisés.

Préalablement à l'augmentation de ce nombre minimum, le Conseil demande que les avis du CNEH ainsi que les AR qui existent déjà au sujet de l'organisation des soins hospitaliers maternels et néonataux en Belgique soient également exécutés. Cette exécution redessinera déjà quelque peu le paysage des établissements hospitaliers périnataux.

2. Occupation de lits, durée de séjour, diminution et reconversion de lits, réallocation des moyens.

Le Conseil juge prématuré à l'heure actuelle de se prononcer sur les questions du ministre. Des mesures basées sur une approche essentiellement structurelle sont susceptibles d'hypothéquer lourdement la crédibilité de la réorientation de la politique vers une approche axée sur l'activité et sur des programmes. On peut s'attendre à ce qu'un système d'agrément et de financement y afférent basés sur des programmes adaptés aux besoins objectifs de la population permette une utilisation beaucoup plus efficace des moyens. Un recours plus massif à l'hôpital de jour - à condition évidemment que celui-ci soit intégré de manière harmonieuse dans le concept hospitalier global - permettra déjà à lui seul d'améliorer considérablement le rapport coût-efficacité.

Le Conseil est d'avis qu'une mesure structurelle obligatoire de réduction du nombre de lits ne conduira pas à une utilisation plus rationnelle des moyens, et ce pour plusieurs raisons.

1. La fermeture "obligatoire de lits" suivant des règles structurelles aboutit à un résultat contraire à l'objectif poursuivi (moins de jours d'admission). En menaçant de réduire "de manière administrative" le nombre de lits, l'autorité transforme un bien surabondant en bien rare. Il se dessine alors une tendance à occuper artificiellement les lits (et à trouver les moyens pour ce faire dans le respect des règles de financement) afin de pouvoir les garder coûte que coûte. Etant donné la rareté précitée, les transferts de lits entre hôpitaux se monnayent.

Les règles de financement actuelles visent à une diminution du nombre de journées d'hospitalisation par le biais du développement de durées de séjour plus courtes ainsi que de l'hospitalisation de jour. Il convient d'encourager le plus possible les hôpitaux à adapter leur capacité en lits sur une base volontaire en fonction de cette tendance.

2. Une raison importante expliquant pourquoi, dans un certain nombre de cas, on ne procède pas à des réductions de lits réalisables est le manque de moyens permettant de couvrir le passif social. Tant qu'on ne trouvera pas de solutions positives à ce problème, on ne pourra pas tenir rigueur aux hôpitaux d'adopter une attitude défensive à l'égard des mesures en vigueur.
3. L'impact du raccourcissement de la durée de séjour sur l'organisation hospitalière et l'encadrement est insuffisamment reconnu et trop peu analysé. Des durées de séjour en moyenne plus courtes vont de pair avec une plus grande rotation des patients. Cela alourdit la charge de travail pour le personnel soignant, mais également dans les services médico-techniques, les services d'entretien et les services logistiques. L'évolution justifiée vers la prise en charge ambulatoire, l'hospitalisation de jour, le court séjour, etc. a pour effet secondaire que le profil pathologique des patients hospitaliers restants devient plus lourd et plus complexe. Cette évolution modifie la charge et le contenu des tâches confiées au personnel infirmier et soignant. Les tâches deviennent plus lourdes et le contenu de celles-ci requiert une formation de base plus poussée et un recyclage permanent, ce qui entraîne un accroissement des coûts.

La réduction obligatoire du nombre de lits ne constitue donc pas la technique adéquate pour soutenir l'évolution souhaitée, mais elle renforcera plutôt la tendance à maintenir le nombre de lits (et de journées d'hospitalisation). Seul un financement correct basé sur des programmes aboutira à une réduction spontanée du nombre de lits hospitaliers.

On peut dès à présent promouvoir cet objectif:

Il convient de soutenir d'emblée (également par des incitants financiers) les initiatives prises par certains hôpitaux qui s'efforcent d'utiliser de manière plus rationnelle les moyens financiers qui leur sont octroyés. La flexibilité, les initiatives et la créativité des hôpitaux doivent être respectées et encouragées au maximum.

De cette manière, les hôpitaux peuvent, tout au long du processus d'évolution, adapter leurs effectifs de personnel en fonction des besoins.

La réalité de l'augmentation de la charge de travail est confirmée par l'accroissement de l'emploi dans le secteur, et ce en dépit du fait que les normes officielles en matière de personnel en tant que base de financement, n'ont pas été adaptées.

Le nouveau mode de financement aura un impact positif sur les moyens destinés au personnel.

Il permettra tout d'abord de prévoir un meilleur encadrement, ce qui revient à réaliser (poursuivre) la réallocation des moyens destinés au personnel, en fonction de besoins en soins objectifs (R.I.M). A cet égard, il ne faudrait pas perdre de vue que ces nouvelles formes de prise en charge et de traitement entraînent de nouvelles tâches (par ex. pour les services logistiques de l'hôpital) et que le groupe restant de patients présente un profil pathologique plus lourd.

Il y a en outre lieu de maintenir l'encadrement de base pour les services et les fonctions logistiques, de sorte que la réduction ne pourra certainement pas être linéaire.

Un financement correct de programmes aura également des conséquences en ce qui concerne les prestations techniques. Ce facteur de coûts peut sans aucun doute encore être réduit, ce qui permettra de libérer des moyens pour financer de nouvelles technologies.

En résumé:

Le Conseil souligne clairement que les moyens supplémentaires générés par des mesures de rationalisation doivent être réinvestis dans les hôpitaux eux-mêmes.

Nous conseillons de procéder de manière progressive, en prévoyant des incitants et en responsabilisant les hôpitaux. Les expériences du passé ont non seulement montré qu'une telle approche offre les meilleurs résultats, mais également que s'en écarter aboutit à des catastrophes.

Nous plaçons donc pour que les moyens affectés au personnel soient réinvestis dans les hôpitaux:

- 1° en fonction des besoins liés aux pathologies et aux autres caractéristiques des patients pour l'hospitalisation;
- 2° dans le cadre d'incitants visant à encourager l'hospitalisation de jour, le court séjour, les soins ambulatoires et d'autres formes de soins médicaux spécialisés en hôpital;

Les soins aux personnes âgées doivent faire l'objet d'une politique spécifique qui s'inscrit dans le cadre d'une politique globale de la santé. Il appartient à l'autorité fédérale d'élaborer cette politique en concertation avec les Communautés.

A cet égard, il convient de veiller à ce que les soins aux personnes âgées se situent dans un continuum afin que celles-ci puissent en permanence recourir au type de prise en charge le plus approprié à un moment déterminé. Le programme hospitalier pour les patients gériatriques, y compris l'hôpital de jour de gériatrie, fait partie de ce continuum.

3. Associations.

Le Conseil souligne l'importance des associations en tant que formes de collaboration entre hôpitaux axées sur la réalisation commune de programmes. Dans un avis ultérieur, le Conseil définira, 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'une collaboration fonctionnelle.