

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 9 décembre 1988

-----  
Administration des établissements  
de soins

-----  
CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS

Sections "agrément" et "programmation"

CNEH/D/22

AVIS DU CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS (x)  
SUR LES NORMES D'AGREMENT POUR LES HOPITAUX ET LES SERVICES  
HOSPITALIERS A L'EXCLUSION DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES.

=====

(x) Rédigé par les sections "Agrément" et "Programmation" et  
approuvé par le Bureau le 9 décembre 1988.

## INTRODUCTION

Le 2 décembre 1988, le Conseil national des établissements hospitaliers a été prié par le Ministre des Affaires sociales, M. Ph. BUSQUIN, d'émettre dans les huit jours un avis sur de nouvelles normes d'agrément à fixer pour les hôpitaux et services hospitaliers, à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques et de leurs services.

Le Bureau a décidé le 8 décembre 1988 de convoquer les sections "agrément" et "programmation" à une séance plénière commune le 9 décembre 1988 afin d'examiner la demande du Ministre.

Les débats de cette réunion plénière ont abouti au présent avis, lequel a été ratifié le 9 décembre 1988 par le Bureau en séance extraordinaire.

Il est ci-après successivement répondu aux questions posées par le Ministre :

1 + 2 Le ou les types de services par hôpital + le nombre minimal de lits par hôpital.

Les sections "Agrément" et "Programmation" du C.n.e.h. sont d'avis qu'une entité hospitalière regroupant un ou plusieurs établissements de manière fonctionnelle, structurelle et complémentaire suivant les critères géographiques à définir ultérieurement et sans préjuger des situations particulières liées au caractère rural d'une région, doit comporter au moins 150 lits, qu'il s'agisse d'un seul établissement ou d'un groupement d'hôpitaux en fonction d'une organisation commune des soins aux malades.

Les chiffres précités peuvent être appliqués avec une marge de 10 % en moins. Des dérogations justifiées doivent rester possibles.

L'entité hospitalière précitée doit au moins comporter les services D (médecine interne générale), et C (chirurgie générale) ainsi que les services médico-techniques suivants : anesthésiologie, radiologie, biologie clinique et l'infrastructure pour la réadaptation fonctionnelle. D'autres combinaisons de services doivent être possibles en fonction des pathologies spécifiques.

Chaque entité hospitalière doit garantir la continuité des soins pour tous les patients hospitalisés, ce qui suppose la présence permanente d'un médecin.

Le Conseil s'est basé, pour déterminer la capacité en lits et les conditions supplémentaires, sur la proposition de la Commission nationale de Programmation, figurant dans l'avis NAT/D/107 du 17 février 1976.

3. Le nombre minimal de lits par type de service.

Sans préjuger des situations particulières existant dans les zones rurales, le Conseil estime que chaque service d'un hôpital ou d'un groupement d'hôpitaux doit comprendre un minimum de lits, dont le nombre peut varier de  $\pm$  10 % :

.../..

Service	Nombre minimal de lits
(x) D	25
(x) C	25
E	15
M	15 et au moins 400 accouchements par an
(xx) N (soins néonataux lourds)	15
G	24
V	30
L	15
A + a	25

Pour l'application du nombre minimal de lits par service, les lits de services identiques, mais situés dans des institutions hospitalières distinctes formant un groupement d'hôpitaux, ne peuvent être additionnés.

#### 4. Le niveau d'activité par services hospitalier.

Le niveau d'activité par service hospitalier doit être évalué en fonction du taux d'occupation moyen et de la durée moyenne de séjour par rapport à la moyenne nationale, étant entendu que chaque direction d'hôpital doit avoir l'occasion de justifier un dépassement (important) - notamment en ce qui concerne la durée moyenne de séjour - qui résulte de l'activité particulière de certains services d'hospitalisation (xxx) ou d'un nombre important de patients présentant une pathologie particulière susceptible d'influencer fortement la durée de séjour.

En ce qui concerne le taux d'occupation moyen jugé normal, le Conseil opte pour les chiffres suivants :

---

(x) D = médecine générale et sous-spécialités

C = chirurgie générale et sous-spécialités

(xx) Le nombre minimal de lits (non intensifs) pour le service N sera défini ultérieurement, après dépôt des conclusions du groupe de travail ad hoc, lequel sera créé suite à la demande formulée par le Ministre le 14 octobre 1988.

(xxx) Le C.n.e.h. poursuit actuellement l'étude des services lourds. Les propositions qui seront élaborées permettront sans aucun doute de mieux cerner la notion de "niveau d'activité" de certains services.

Service	Taux d'occupation moyen Proposition (xx)
C	80 %
D	80 %
(x)E	70 %
M	70 %
N (lourd)	75 %
G	80 %
V	95 %
L	80 %
A + a	80 %

Les taux d'occupation moyens cités ci-dessus doivent correspondre à ceux enregistrés durant les 5 jours ouvrables de la semaine (du lundi au vendredi compris).

En ce qui concerne la réduction du nombre de lits souhaitée par le gouvernement, le Conseil peut marquer son accord sur l'avis formulé précédemment par la Commission nationale de programmation hospitalière (NAT/D/300-4 du 26 juin 1981), et plus particulièrement sur les critères pour une réduction sélective mentionnés au point 4 de ce document. L'ancienne Commission nationale de programmation hospitalière estimait en résumé qu'une réduction éventuelle du nombre de lits dans le cadre des hôpitaux généraux devait en tout cas tenir compte, pour chaque cas concret, des éléments d'appréciation suivants :

---

Les éléments suivant seront, par ordre décroissant d'importance, déterminants lors d'une réduction de capacité dans les divers groupes de services :

1. taux d'occupation faible et durée de séjour élevée
  2. taux d'occupation faible et durée de séjour normale
  3. taux d'occupation élevé et durée de séjour élevée, nonobstant la présence d'équipements alternatifs (R, V, homes de soins, hôpitaux de jour).
- 

(x) Les cas de chirurgie hospitalisés en service E doivent pouvoir être pris en compte pour le calcul de l'occupation moyenne.

## 5. Définition du concept "groupement d'hôpitaux".

### 5.1. Considérations générales.

5.1.1. Le Conseil constate qu'il y a lieu de situer la définition du concept "groupement d'hôpitaux", demandée par le Ministre, dans le cadre des dispositions de l'article 2, § 2, 3° prévoyant des normes d'agrément pour les groupements d'hôpitaux.

Le Conseil se propose d'émettre ultérieurement un avis plus détaillé à ce sujet.

5.1.2. La création de groupements d'hôpitaux doit se faire sur base de liens fonctionnels, structurels et de complémentarité, permettant un fonctionnement plus rationnel. Celui-ci peut se traduire par une réduction du nombre de lits, mais aussi par d'autres mesures entraînant une diminution des coûts et une amélioration de la qualité.

5.1.3. Lors de l'opération de regroupement, il y a lieu de respecter l'équilibre entre les divers pouvoirs organisateurs, ceci dans l'esprit de la loi relative à ce point.

### 5.2. Conditions minimales d'agrément pour les groupements d'hôpitaux.

Compte tenu entre autres des diverses formes de groupements d'hôpitaux, le Conseil estime qu'il faut se garder de réglementer cette opération de façon excessive.

#### 5.2.1. Cadre juridique.

La collaboration interhospitalière dans le cadre d'un "groupement d'hôpitaux" doit faire l'objet d'une convention écrite entre les établissements concernés. Il n'est pas indispensable de créer une nouvelle personne juridique assurant la coordination.

Un organe de coordination est chargé non seulement de conclure l'engagement définitif sur le plan juridique, mais aussi, et entre autres, d'assurer le suivi et l'accompagnement de cette collaboration.

#### 5.2.2. Localisation.

Chaque groupement doit être constitué de manière à offrir toutes les garanties sur le plan de la qualité des soins. Dès lors, la distance en kilomètres et en temps, est un facteur déterminant.

5.2.3. Durée de la convention.

Le Conseil estime souhaitable de prévoir une durée et un délai de préavis importants et concrets.

La collaboration peut être prolongée automatiquement pour une durée identique.

Eu égard notamment à l'amortissement de certains instruments de travail, le Conseil estime que la durée de collaboration peut être fixée à 10 ans minimum et le délai de préavis à 2 ans minimum.

5.2.4. La convention doit également inclure des dispositions et des accords concernant les matières suivantes :

- les procédures de concertation et de décision
- le personnel
- le rôle (timing) d'utilisation
- l'optimisation des moyens
- les tarifs et modalités d'utilisation
- les accords financiers
- les assurances
- les différends entre parties.

5.3. Le Conseil se propose d'évaluer - en fonction de l'expérience - le fonctionnement et les normes d'agrément figurant dans le présent avis.

Remarque

Le Conseil attire l'attention du Ministre sur la nécessité de ne rendre les dispositions relatives aux taux d'occupation obligatoires qu'après avoir procédé à l'inventaire des résultats obtenus par l'application volontaire de la politique incitative de réduction de lits.

Cet avis a été adopté lors de la réunion plénière mixte des sections "Agrément" et "Programmation" du 9 décembre 1988 par 26 voix pour, 3 contre et 2 abstentions.

Le Président,

(sé) Dr J. PEERS.