
Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/552-2 (*)

**Avis du CFEH sur la garantie d'un temps de parcours de maximum 30 minutes
pour 90 % des citoyens au sein de la zone géographique couverte par le
réseau hospitalier locorégional**

Au nom du Président,
Margot Cloet

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 21/04/2022 et ratifié par le Bureau à cette même date.

1. Réponse du ministre à l'avis du CFEH du 16/12/2021

Le 14 mars 2022, le CFEH a reçu la réponse du ministre à l'avis 545-2 du 16/12/2021 relatif au financement des missions de soins au niveau du réseau et à la subdivision des missions de soins en missions de soins loco- et suprarégionales.

Le CFEH se montre satisfait qu'une réponse a été donnée à sa demande de clarté concernant la qualification des missions de soins loco- et suprarégionales.

Il regrette néanmoins que le ministre n'ait pas tenu compte dans le projet d'arrêté royal d'un certain nombre de préoccupations exprimées dans le précédent avis et souhaiterait revenir sur plusieurs points :

- Le ministre rappelle dans sa lettre de réponse que le législateur a prévu que toutes les missions de soins locorégionaux doivent être offertes au sein du réseau hospitalier locorégional. Selon le CFEH, cette disposition n'empêche pas la possibilité de proposer la mission de soins via une convention de collaboration. Le CFEH regrette que le ministre n'ait pas suivi cette interprétation. Le CFEH indique, comme il l'a fait dans son précédent avis, que pour certaines missions de soins, le Roi devrait explicitement prévoir que le respect de cette condition (à savoir l'obligation d'offrir la mission de soins au sein du réseau hospitalier) peut être réalisé par la conclusion d'un accord de collaboration, à condition que cela ne compromette pas l'accessibilité du patient. Ceci s'applique en particulier aux missions de soins pour lesquelles l'application stricte d'une offre obligatoire dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional impliquerait une expansion de l'offre de soins hospitaliers, sans qu'il y ait d'indications de pénurie dans l'offre de soins hospitaliers concernée ou d'accessibilité sous-optimale pour le patient.
- Dans la proposition de liste du CFEH du 16/12/2021 avec des missions de soins locorégionaux et suprarégionaux, le PET scan a été qualifié de mission de soins locorégionaux. Dans le projet d'arrêté royal, le PET scan est qualifié de tâche de soins suprarégionale. Le CFEH approuve l'importance d'une utilisation optimale des capacités actuellement disponibles. Dans le même temps, le CFEH souhaite attirer une nouvelle fois l'attention sur l'importance d'une offre oncologique globale au sein d'un centre d'oncologie, dont le PET scan constitue une partie essentielle, ainsi que sur la répartition historiquement déséquilibrée des PET scans. En outre, il existe également un certain nombre d'indications non oncologiques.
- Concernant le programme de soins pathologie cardiaque E, le CFEH demande à nouveau, après concertation avec les experts, de formuler un avis supplémentaire sur la subdivision de ce programme de soins en une partie suprarégionale et une partie locorégionale.
- Le CFEH a souligné dans son avis que la liste des missions de soins devait être dynamique et évolutive, notamment en fonction des évolutions de la technologie médicale. Le CFEH a également proposé un plan par étapes. Le CFEH souhaite à nouveau mettre en exergue le caractère dynamique de la liste car nous ne le trouvons pas dans le projet d'AR.

2. Demande d'avis du 14 mars 2022 relative à l'article 3 du projet d'arrêté royal qualifiant les missions de soins locorégionales et suprarégionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et déterminant leur offre géographique

Le ministre demande l'avis du CFEH sur l'article 3 du projet d'AR :

Les missions de soins visées à l'article 1^{er} (ndlr : en l'occurrence les missions de soins locorégionales) sont proposées dans le réseau hospitalier clinique locorégional de manière telle qu'un temps de parcours de maximum 30 minutes pour 90 % des citoyens au sein de la zone géographique couverte par le réseau hospitalier visé soit garanti.

Dans son avis 545-2 du 16 décembre 2021, le CFEH a proposé une série de critères supplémentaires pour choisir entre le niveau locorégional et le niveau suprarégional :

- accessibilité/proximité, mobilité des patients et continuité des soins ;
- degré d'urgence des interventions, l'importance des délais de temps de parcours ;
- intensité en capital (infrastructure ou matériel coûteux) ;
- taille et composition du groupe cible de patients (prévalence et masse critique) ;
- degré de spécialisation, expertise interprofessionnelle requise et complexité ;
- faible disponibilité du personnel spécialisé ;
- fréquence de l'intervention (par patient).

La demande du ministre concerne les deux premiers critères de l'avis.

Le CFEH formule l'avis suivant sur l'article 3 du projet d'AR :

1. Réflexion générale

Le CFEH estime que veiller à l'accessibilité de l'offre de soins hospitaliers de qualité relève plutôt de la responsabilité des réseaux hospitaliers locorégionaux eux-mêmes.

À cet égard, le CFEH fait référence à la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, article 17/2, alinéa 1^{er}, 1° à 3° :

La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional englobe les missions suivantes :

- 1° la prise des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre de missions de soins locorégionales ;
- 2° la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional ;
- 3° la garantie de l'accessibilité de toutes les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question.

Le CFEH estime que l'accessibilité, dans ce cas un temps de réponse de 30 minutes, doit être considérée du point de vue du patient. Par exemple, un réseau qui chevauche un autre réseau peut offrir des soins à la périphérie du réseau. Si l'on considère ce principe du point de vue du réseau, il est possible que l'accessibilité soit moins garantie, mais que l'autre réseau puisse combler cette lacune. Et l'accessibilité est ainsi garantie pour le patient. A l'inverse, la décision d'un réseau ou de deux réseaux de délocaliser (simultanément) une tâche de soins peut compromettre cette accessibilité. La question se pose alors de savoir comment sont prises les décisions concernant la prise en charge de la mission de soins par quel réseau hospitalier et à quel endroit.

Le CFEH estime donc que les autorités fédérées, qui sont compétentes en matière d'agrément, ont un rôle à jouer dans la planification de l'offre de soins et de l'accessibilité.

En outre, le CFEH s'interroge également sur les implications du critère proposé sur l'offre actuelle de soins. Si un taux de couverture de 90 % dans les 30 minutes est exigé pour toutes les missions de soins, cela peut également conduire à la nécessité d'une offre supplémentaire de missions de soins locorégionaux sur de nouveaux sites et probablement à une utilisation moins efficace des ressources.

Un investissement approprié des fonds publics dans les coûts de transport, par exemple, devrait être envisagé - en particulier pour les plus vulnérables, pour ceux qui en ont le plus besoin et/ou pour les 10% (potentiels) - afin que des soins de qualité soient accessibles à tous.

2. Pertinence de temps de parcours pour l'ensemble des missions de soins locorégionales

Garantir l'accès pour tous à des soins de qualité en prévoyant des délais de temps de parcours maximaux pour l'ensemble des missions de soins locorégionales n'apporte pas toujours une plus-value, surtout s'il s'agit de soins plus spécialisés, non urgents. Les services Sp en sont un exemple, notamment pour la réadaptation spécialisée et le programme de soins « médecine de la reproduction A. L'utilité d'établir un tel critère géographique pour toutes les missions de soins de santé n'a pas été démontrée et, selon le CFEH, ne semble pas nécessaire.

L'accessibilité des soins ne porte pas seulement sur les délais de temps de parcours. Des éléments tels que le type de population (par ex. patients fragiles et chroniques) ainsi que la fréquence des traitements et des visites (par ex. patients sous dialyse) et la mobilité du patient (qui peut ou non compter sur des aidants informels pour le transport) jouent un rôle (tout) aussi important.

La littérature scientifique, internationale contient déjà beaucoup de données probantes attestant de l'importance des délais de temps de parcours pour des pathologies d'urgence vitale. Il s'agit ici plus spécifiquement du First Hour Quintet¹, à savoir l'arrêt cardiaque, l'infarctus aigu du myocarde, le traumatisme grave, l'accident vasculaire cérébral et la détresse respiratoire grave. Pour ces pathologies d'urgence vitale, le laps de temps entre l'apparition de la pathologie et le début du traitement adéquat à l'hôpital est un facteur de résultat vraiment déterminant. L'hôpital en question doit rapidement disposer de l'équipement et de l'expertise nécessaires pour fournir des soins urgents adéquats et un triage préhospitalier adéquat est crucial.

En appliquant cela aux missions de soins locorégionales, il s'agit tout d'abord de la disponibilité d'une fonction de soins d'urgence spécialisés, où les premiers soins urgents peuvent être dispensés. Celle-ci doit de préférence s'accompagner de directives préhospitalières pour que le patient soit transporté, de préférence et si la couverture de l'aide médicale urgente le permet, immédiatement vers l'hôpital qui est responsable de ces missions de soins.

Au sein de l'aide médicale urgente, un principe SLA (Service Level Agreement) a été proposé, selon lequel, dans 90 % de tous les appels, l'ambulance doit arriver sur les lieux dans un délai moyen de 15 minutes.

Si ce principe SLA était utilisé et appliqué dans la programmation de l'aide médicale urgente, l'accessibilité serait garantie et les délais de temps de parcours pour les pathologies d'urgence vitale en termes de temps seraient respectés. Maintenant, il n'y a plus qu'une programmation pour les Smurs.

Si ces principes sont appliqués, le CFEH est d'avis que l'imposition de délais de temps de parcours maximaux pour les missions de soins, responsables de la prise en charge de pathologies d'urgence

¹ https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_frep_07_en.pdf

vitale, s'inscrit dans le cadre du SLA de l'aide médicale urgente. Ce type de patients est souvent transporté par les moyens de l'aide médicale urgente.

Conclusion

Le CFEH est d'avis qu'il n'est pas pertinent de prévoir un tel critère géographique pour toutes les missions de soins de santé.

Le CFEH reconnaît que, pour les situations où le temps est critique, il peut être utile d'établir des temps de réponse maximums. Toutefois, dans les situations où le temps est compté, les ressources des services médicaux d'urgence sont presque toujours sollicitées. Dans la programmation de l'aide médicale urgente, les délais de temps de parcours devraient être pris en compte de sorte que l'imposition supplémentaire de délais de temps de parcours maximums pour ces conditions n'a aucune valeur ajoutée.

3. Précisions techniques

Si, toutefois, le choix est fait de conserver la disposition de l'article 3, le CFEH souligne la nécessité d'un certain nombre de clarifications afin de pouvoir évaluer correctement l'impact de l'ensemble du projet d'AR dans toutes ses parties.

Titre

Le CFEH indique que le titre actuel du projet d'AR suppose à tort que les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux peuvent décider eux-mêmes de la répartition des points de référence où sont proposés des soins suprarégionaux. Une mission de soins suprarégionale est destinée à être proposée par un hôpital, qualifié de point de référence (art. 14/1, 5°). L'hôpital concerné décide de manière autonome s'il offre ces soins suprarégionaux.

Le CFEH souligne que ceci n'est pas la conséquence d'une décision prise par le réseau hospitalier clinique locorégional. Les réseaux prennent des décisions sur « le choix des points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional, la définition des modalités d'adressage et de renvoi et la conclusion des accords de collaboration avec ces points de référence » (4° de l'art. 17/2 de la loi sur les hôpitaux). Cette compétence ne permet toutefois pas de garantir la répartition des points de référence dans la zone géographiquement contiguë dont le réseau est responsable. Il n'est donc pas correct de présenter les missions de soins suprarégionales comme des missions de soins pour lesquelles le réseau peut décider de la manière dont elles doivent être offertes.

Le CFEH propose dès lors d'adapter le titre comme suit :

« Arrêté royal qualifiant les missions de soins suprarégionales et locorégionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et déterminant l'offre géographique de (certaines) missions de soins locorégionaux des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux ».

Calendrier

Étant donné que l'introduction du projet d'AR fait référence à l'article 14/4, alinéas 1^{er} et 3 de la loi coordonnée, cette disposition est considérée comme une norme d'agrément organique : une

« caractéristique de base » que l'autorité fédérale établit en vertu de sa compétence dans le domaine de la législation organique et que les entités fédérées devront respecter dans le cadre de l'agrément ainsi que de l'élaboration et de l'application de leurs normes d'agrément. L'article 14/4, alinéa 3 établit en effet que « Le Roi peut préciser les missions de soins visées et déterminer les normes d'agrément. »

Le CFEH préconise une période transitoire raisonnable suffisamment longue pour permettre à tous les réseaux hospitaliers de s'aligner et garantir ainsi suffisamment de coordination avec les entités fédérées.

Comme susmentionné, la gestion des réseaux hospitaliers a pour mission d'élaborer des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre de missions de soins locorégionales. Les divers réseaux hospitaliers n'ont pas tous la même maturité en matière de stratégie et de gouvernance. Les réseaux ne sont pas tous en mesure de mettre en œuvre la disposition de l'article 3 dès sa publication.

Le CFEH estime que la faisabilité de la date d'entrée en vigueur pour l'article 3 dépendra des possibilités de collaboration entre les réseaux hospitaliers pour certaines missions de soins. Selon si c'est prévu ou non, il est possible de tendre vers une entrée en vigueur anticipée de l'article 3.

Précisions conceptuelles

- ◆ Délais de temps de parcours

Le CFEH demande des précisions sur la définition du concept « délai de temps de parcours ». Le CFEH l'interprète comme le temps qui s'écoule entre le départ du domicile du patient à son admission à l'hôpital. Les grandes différences dans les délais de temps de parcours entre un contexte urbain et un contexte rural, ainsi que les divers obstacles possibles comme les embouteillages pendant la journée dans les villes ne permettent pas de mesurer facilement ces délais de temps de parcours. Cela dépend aussi du type de transport utilisé : transport personnel (via transport en commun, voiture, etc.) ou un moyen de l'aide médicale urgente (ambulance, hélicoptère, etc.).

Le CFEH propose d'utiliser comme référence pour les pathologies d'urgence vitale les délais de temps de parcours des ambulances, qui sont actuellement utilisés dans le cadre du système d'assistance médicale d'urgence, tenant ainsi compte des différences entre les zones métropolitaines et les zones rurales.

- Citoyens

La question se pose aussi de savoir s'il est pertinent de toujours prendre en compte la population totale dans tous les calculs ? Par ex. dans le cadre du programme de soins pour les enfants, il serait plus logique de n'inclure que la population de 0 à 18 ans. Par ailleurs, le mot « citoyen » est choisi à mauvais escient : en effet, cela ne couvre pas l'ensemble de la population (mineurs, étrangers, ...).
