

PROTOCOLE ENTRE LE GOUVERNEMENT NATIONAL ET LES AUTORITES COMPETENTES EN
 MATIERE DE POLITIQUE DE SANTE EN VERTU DES ARTICLES 59BIS ET 59TER DE LA
 CONSTITUTION EN CE QUI CONCERNE LA POLITIQUE DE SANTE A MENER

Vu les compétences respectives en matière de politique de santé dont disposent l'Etat et les autorités visées aux articles 59bis et 59ter de la Constitution, dénommées ci-après les Communautés ;

Considérant qu'il s'impose, dans le respect des compétences et des responsabilités de chacun, d'aboutir à la plus grande cohérence possible en ce qui concerne la politique de santé menée au niveau national ainsi qu'au sein de chaque Communauté ;

Considérant que l'on a pris l'initiative d'une concertation entre l'Etat et les Communautés afin d'aboutir à une telle cohérence ;

Considérant que cette concertation a mené à la conclusion du présent protocole d'accord.

Cadre institutionnel

Les révisions de la Constitution de 1980 et 1988 ainsi que les lois spéciales de réformes institutionnelles ont entraîné une nouvelle répartition des compétences entre l'Etat national et les Communautés.

Les compétences en matière de politique de la santé ont été réparties comme suit :

1. L'Etat national reste compétent pour la législation organique.
2. L'Etat arrête les règles de base de la programmation, en particulier les critères; les Communautés fixent les priorités lors de l'application et prennent les décisions individuelles de programmation.
3. L'Etat arrête les normes nationales d'agrément; les Communautés fixent les autres normes et sont compétentes pour l'octroi et le retrait de l'agrément. Les Communautés sont également compétentes pour le contrôle et l'inspection des établissements dans l'optique de la santé publique.
4. L'Etat est compétent pour le financement de l'exploitation des hôpitaux réglé par la législation organique; l'A.M.I. relève également de la compétence exclusive de l'Etat.

Conformément à ce schéma, l'Etat fixe le cadre général; ce qui est octroyé par les Communautés dans ce cadre entre en ligne de compte pour un financement par l'Etat (budget de la Santé publique, budget de l'I.N.A.M.I.).

1. Hôpitaux aigus

1.1. Besoins globaux

1.1.1. Constatations

- a) La politique de ces dernières années avait pour but de réduire le nombre de lits hospitaliers afin de mieux le faire correspondre aux besoins. Le nombre de lits aigus a de la sorte été ramené de 60.815 au 1er janvier 1982 à 55.986 au 1er janvier 1989, soit une diminution de 4.829 unités.
- b) Le secteur hospitalier aigu continue à présenter un excédent de lits par rapport aux normes de programmation en vigueur, à savoir 8.942 lits. La surcapacité reste importante dans les services C et D. Les critères de programmation dans la Communauté germanophone ne sont pas atteints.
- c) L'évolution de la science et de la technique médicales permettront d'encore abrégier la durée d'hospitalisation et de réduire le nombre de lits aigus.

1.1.2. Mesures

- a) Au vu des considérations qui précèdent, il est nécessaire de poursuivre les efforts en matière de réduction du nombre de lits. Cet objectif peut être atteint d'une part par l'application des règles d'activité dans le cadre des normes d'agrément fixées par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 et d'autre part par des incitants à la réduction du nombre de lits.
- b) La réduction volontaire des lits est actuellement stimulée en raison d'une part des possibilités de recyclage prévues par l'arrêté ministériel du 9 novembre 1988 et d'autre part de l'indemnisation prévue par l'arrêté royal du 19 mai 1987. On envisagera la possibilité de proroger les incitants actuels ainsi que la nécessité éventuelle d'incitants complémentaires, p.ex. dans le cadre de la reconversion des lits aigus en lits M.R.S. En tout cas la réduction des lits C et D pourra donner compensation en lits MRS.
- c) Le développement de l'hospitalisation de jour, rendue possible par la loi du 30 décembre 1988 qui a modifié la loi sur les hôpitaux, favorisera encore davantage cette réduction. Les mesures de portée générale seront précédées d'expériences de courte durée.
- d) Afin de disposer d'une infrastructure la plus rationnelle possible, la réglementation hospitalière continuera à stimuler la création de groupements hospitaliers et d'accords de coopération.

1.2. Politique globale d'agrément

1.2.1. Point de départ : A.R. du 30 janvier 1989.

L'arrêté royal du 8 décembre 1986, remplacé par l'arrêté royal du 30 janvier 1989, a défini le futur hôpital aigu en précisant le nombre minimum de lits, les types de services et de fonctions ainsi que le niveau d'activité requis. Le groupement d'hôpitaux a également été défini.

1.2.2. Objectifs futurs.

Dans le cadre de ce concept global, la politique de ces prochaines années sera axée sur 4 objectifs :

- a) l'hôpital doit progressivement passer d'une répartition des lits selon les services à une répartition des lits selon les fonctions, la base légale à cet effet ayant été créée par la loi du 30 décembre 1988 précitée ;
- b) il faut aboutir à une définition claire de la fonction d'hospitalisation de jour dans le cadre du concept hospitalier global, ceci sur la base de l'expérience acquise lors de l'évaluation des expériences pilotes ;
- c) il y a lieu d'optimiser le fonctionnement des hôpitaux par l'introduction de normes de qualité et de contrôle de cette dernière. Il convient, dans cette optique, d'accorder une attention particulière au travail infirmier et à la formation permanente du personnel hospitalier.
- d) on veillera à intégrer le plus possible les divers groupes professionnels et leurs activités dans l'hôpital.

1.3. Gériatrie

1.3.1. Le service de gériatrie comme point de départ d'une politique gériatrique .

Eu égard au vieillissement de la population, il faut mettre tout en oeuvre afin d'éviter autant que possible, par le biais d'une gériatrie aiguë, le passage à la chronicité des affections chez les personnes âgées.

Le service de gériatrie, placé sous la direction d'un interniste-gériatre reconnu, constitue un cadre approprié à cet effet.

1.3.2. Objectifs futurs

Afin d'optimiser la fonction gériatrique dans l'hôpital aigu, il convient de poursuivre les objectifs suivants :

- a) compte tenu de la situation qui s'est développée depuis 1985, il y a lieu de procéder à un évaluation approfondi du service de gériatrie afin d'en détecter les problèmes de fonctionnement et d'y remédier à temps ;
- b) le service de gériatrie doit constituer un maillon de l'ensemble des équipements pour personnes âgées. Son fonctionnement doit en l'occurrence être complémentaire de celui des autres équipements. Il faut en outre créer une bonne collaboration entre ces équipements et, notamment, les maisons de repos et de soins et les soins à domicile.

1.4. Services de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie

1.4.1. Maternités

Afin de garantir un fonctionnement optimal des maternités, un nombre minimum annuel d'accouchements a été prévu. Il y a lieu d'établir, en concertation avec les Communautés, un bilan de la situation telle qu'elle s'est redessinée depuis 1987.

1.4.2. Soins néonataux

L'arrêté royal du 15 août 1987 a prévu deux niveaux de soins néonataux, à savoir les soins non intensifs dans le cadre de la section n et les soins intensifs en service N. L'arrêté ministériel du 9 novembre 1988 a entre-temps relevé les normes de personnel tant pour la section n que pour le service N. Eu égard aux accords conclus au niveau politique, la nouvelle structure des soins néonataux doit faire objet d'une évaluation scientifique en 1990.

1.4.3. Pédiatrie

Afin d'accroître la qualité des soins pédiatriques, le Conseil national des établissements hospitaliers sera prié de revoir, en collaboration avec les milieux scientifiques concernés, la réglementation en matière de soins pédiatriques, et d'étudier l'introduction d'une fonction "pédiatrie".

1.5. Appareillage et services médicaux lourds

1.5.1. Point de départ

L'évolution de la nouvelle technologie médicale, qui a incontestablement contribué de façon importante au progrès de la médecine, continuera probablement à exercer une grande influence sur l'évolution des soins de santé. Le Département de la Santé publique suivra dès lors de près l'évolution de la technologie médicale afin d'en tenir compte en temps voulu pour la définition de la politique à mener.

La nouvelle technologie doit se voir offrir toutes ses chances compte tenu des moyens disponibles et de l'état de la science.

- 1.5.2. L'expérience acquise en matière de programmation d'appareillages médicaux lourds a montré qu'un appareil ne peut être considéré isolément, mais doit être situé dans le cadre de l'infrastructure globale de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle on a opté pour l'aménagement de la programmation de l'appareillage médical lourd en une programmation et/ou un agrément de services. L'agrément des services d'imagerie médicale constitue un premier pas dans ce sens. Dans ce contexte, la programmation du remnographie doit à court terme céder la place à une programmation et/ou un agrément des services utilisant ce type d'appareil. Dans le même ordre d'idées, la politique visera à soumettre notamment à des normes spécifiques, entre autres sur le plan de la qualité, de la répartition géographique et de l'activité, d'autres services comme par ex. la cardiologie, l'hémodialyse et la radiothérapie.
- 1.5.3. Outre les services médico-techniques lourds, il faut s'efforcer d'améliorer le fonctionnement qualitatif des services d'hospitalisation "lourds" (par exemple la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque). Il faut également mieux faire correspondre leur nombre aux besoins afin d'éviter la création de services n'atteignant pas une masse critique nécessaire. Il convient également, dans ce cadre, de définir clairement les services de soins intensifs et d'urgences.

2. Soins chroniques

2.1. Services V

2.1.1. Situation actuelle.

La politique des années écoulées a permis une réduction volontaire du nombre de lits V : celui-ci est passé de 9.019 au 1er janvier 1982 à 5.693 au 1er janvier 1989. Il convient de noter que ce dernier chiffre comprend 528 lits V faisant l'objet d'une reconversion progressive en lits M.R.S. On peut constater l'absence des lits V en Communauté germanophone.

2.1.2. Situation future.

L'offre actuelle en matière de services V a entre-temps fait l'objet d'une étude approfondie par une commission ad hoc où siégeaient non seulement des experts, mais aussi des représentants des Communautés et des organismes assureurs. Conformément à la loi sur les hôpitaux, le rapport de cette commission sera soumis pour avis au Conseil national des établissements hospitaliers.

Sur la base du rapport de cette commission, une décision sera prochainement prise concernant le sort futur des services V.

2.2. Psychogériatrie

2.2.1. Situation actuelle

La programmation avait prévu en 1987 0,3 lits par mille habitants pour les déments séniles. Celle-ci n'a pas été réalisée. Le concept de ces services n'a jamais été défini.

2.2.2. Situation future

Il faut définir le concept de la psychogériatrie. L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sera demandé à cet effet. Il y a lieu également de rechercher dans quelle mesure la reconversion d'autres types de services permettrait de couvrir les besoins.

2.3. Maisons de repos et de soins

2.3.1. Constatations

La fermeture de lits aigus et la reconversion de lits V ont permis la création de ± 18.000 lits de repos et de soins. La programmation des lits M.R.S. sera revue avant le 31 décembre 1989, en tenant compte (1) de l'évolution démographique, (2) de la décision concernant le futur statut des lits V et (3) de l'indemnisation forfaitaire de l'I.N.A.M.I pour des patients répondants aux critères M.R.S. dans les maisons de repos.

2.3.2. Evaluation qualitative

Il s'indique de soumettre le fonctionnement actuel des M.R.S. à une évaluation approfondie, en accordant une attention particulière à quatre aspects : les critères de soins, le fonctionnement médical, le fonctionnement infirmier et la distribution des médicaments. Il convient également d'étudier l'interaction de ces divers aspects.

Une enquête sera adressée à toutes les maisons de repos et de soins agréées afin d'en tirer les conclusions requises sur le plan de la politique à mener.

2.3.3. Pool de lits M.R.S.

Dans la même optique que celle du précédent protocole du 25 juillet 1986 une partie des lits M.R.S. restant éventuellement à attribuer sera versée à un pool par Communauté. Ces lits seront attribués par les Ministres compétents.

Services S et services H

Le Conseil national des établissements hospitaliers a émis un avis sur les services S. Il sera demandé un avis au Conseil National sur les services H. Sur la base de ce document, une décision sera prochainement prise concernant le sort futur des services S et des services H.

Psychiatrie

4.1. Evolution historique

4.1.1. Objectifs de la politique des années soixante-dix

La politique menée dans les années soixante-dix avait pour objectif de créer une psychiatrie plus dynamique visant à la resocialisation et à la réinsertion des patients. C'est pourquoi l'on a assisté à la création des services SPHG et des services A, T et K dans les établissements psychiatriques, ainsi qu'au développement de différentes formes d'hospitalisation partielle et d'un réseau de services de santé mentale.

On envisageait en outre le transfert des handicapés mentaux et des déments séniles vers des équipements appropriés.

On s'attend à ce que cette approche plus dynamique permettrait de réduire le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques.

4.1.2. Constatations

Cette politique a porté ses fruits. Le nombre global de lits dans les hôpitaux psychiatriques a été ramené de 26.553 unités en 1971 à 20.934 en 1989, soit une réduction de 5.619 lits. D'autre part, le nombre de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux est passé de + 650 unités en 1971 à + 3.200 en 1989, soit un accroissement de 2.550 lits. Parallèlement à cette évolution positive, il y a lieu d'attirer l'attention sur un certain nombre de problèmes qui se sont fait jour au fil des ans, notamment l'existence d'un excédent de lits par rapport à la programmation octroyée. Ce phénomène est entre autres lié à l'absence de structures d'accueil alternatives. Il convient par ailleurs d'attirer l'attention sur le moratoire de juillet 1986. Force est en outre de constater que la collaboration entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier peut être améliorée.

4.2. Perspectives en matière de politique à mener

1. On peut encore toujours, aujourd'hui, souscrire aux points de départ de la politique des années soixante-dix. Il convient toutefois de remédier à un certain nombre de problèmes si l'on veut accélérer la réalisation des objectifs initialement proposés.

2. L'idée centrale est que les soins psychiatriques hospitaliers doivent être intensifs et spécialisés et ce tant en ce qui concerne les pathologies aiguës que chroniques.

Il s'avère d'ailleurs opportun de réaliser une étude de la population de patients séjournant dans les hôpitaux psychiatriques.

3. A la lumière des considérations précitées, il faut supprimer de façon obligatoire, accélérée et progressive tous les lits hors moratoire dans les hôpitaux psychiatriques, et ce par le biais d'une reconversion en homes de soins psychiatriques, à raison d'un lit de soins psychiatrique par lit hospitalier psychiatrique. Si le besoin existe, on pourra éventuellement opter pour des places d'habitations protégées. Le nombre de lits de soins ou de places d'habitations protégées ainsi créés aura un caractère extinctif.

4. Compte tenu du principe visant à assurer des soins aussi intensifs que possible à l'hôpital psychiatrique d'une part et à la reconversion de lits hospitalo-psychiatriques en formes alternatives de soins d'autre part, il convient de donner la possibilité de reconvertir, sur une base volontaire et de façon limitée, des lits T en lits A, pour autant que cela réponde à un besoin réel.

Il y a dès lors lieu de veiller, dans les hôpitaux psychiatriques, à organiser des soins les plus intensifs possibles.

5. Parallèlement, les hôpitaux psychiatriques auront la possibilité de reconvertir également, sur une base volontaire, des lits T en lits de soins psychiatriques ou en autres formes alternatives de soins si cela permet de mieux répondre aux besoins.

La reconversion sera favorisée par des incitants, notamment sur le plan de l'indemnisation, de l'encadrement pour les lits restants et des possibilités d'amortissement dans le calendrier des constructions. Les règles d'équivalence pour la reconversion doivent favoriser le développement du secteur de l'habitation protégée.

Les règles d'équivalence seront fixées de telle sorte qu'un lit hospitalier donne lieu à un lit de soins psychiatriques ou à une place d'habitation protégée.

Afin de permettre un déroulement ordonné de la reconversion, les hôpitaux psychiatriques recevront un délai pour choisir une option, étant entendu que la mise en oeuvre de la restructuration doit commencer dans un délai raisonnable.

6. La reconversion peut pour une partie donner lieu à la création, par Communauté d'un pool de lits de soins psychiatriques ainsi que de places en habitation protégée.
Il faut noter que, jusqu'à aujourd'hui, il n'existe pas de lits psychiatriques dans la Communauté germanophone.
7. Il convient de prévoir dans les homes psychiatriques un encadrement approprié, compte tenu des besoins en soins et des problèmes psychiatriques.
On dégagera, de l'opération de reconversion, les ressources nécessaires permettant d'améliorer l'encadrement de tous les services T.
8. On veillera à répartir de façon judicieuse les équipements ainsi créés, tant en ce qui concerne les lits hospitaliers psychiatriques que les équipements alternatifs, et ce afin de faciliter le plus possible l'accessibilité.
9. On établira, à l'intérieur du réseau global de soins psychiatriques, des liens de collaboration entre les secteurs hospitalier et extra-hospitalier, grâce auxquels les membres seront associés sur un pied d'égalité. Ces liens de collaboration permettront également à des services de santé mentale d'adresser des patients à des places d'habitation protégée ou à des homes de séjour provisoire créés à la suite de la désaffectation de lits hospitaliers psychiatriques.
Les modalités d'agrément et de financement de ces liens de collaboration seront prévues dans le cadre de la loi sur les hôpitaux.

5. Soins à domicile

Il est indispensable de donner de nouvelles impulsions au secteur des soins à domicile.

Avant de prendre des mesures généralisées dans ce domaine, l'on mettra sur pied des expériences de courte durée avec des modalités de financement différentes.

6. Echange de données

L'autorité nationale et les Communautés se sont mises d'accord pour mettre les données statistiques, collectées par celles-ci, mutuellement à la disposition de chacun pour l'exercice de leurs missions respectives, en respectant le caractère confidentiel.

7. Exécution de l'accord protocole

L'autorité nationale et les Communautés vont s'informer mutuellement de la manière dont le présent protocole est exécuté.

Bruxelles,

Le Ministre des Affaires sociales,



Ph. BUSQUIN.

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Communauté française,

De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden,

Der Gemeinschaftsminister für Jugend, Sport, Erwachsenenbildung und Soziales,

C. PICQUE.

H. WECKX.

M. GROSCH.

Le Ministre des Réformes institutionnelles,

De Minister van Institutionele Hervormingen,



Ph. MOUREAUX.

J.-L. DEHAENE.