
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 4 / MAI 2001

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

UNE FUSEE DE FUSIONS

Le dernier arrêté royal précisant les normes d'agrément des fusions d'hôpitaux (A.R. du 7.11.2000, M.B. du 8.2.2001) suscite bon nombre de questions, non seulement en ce qui concerne la praticabilité et l'opportunité de ces mesures, mais également parce que celles-ci sont inconciliables avec les normes particulières de certains services, services médico-techniques et programmes de soins. Nous sommes d'avis que ces dispositions devraient faire l'objet d'une révision mûrement réfléchie pour les motifs suivants :

1. délai d'adaptation particulièrement court (2 ans), comme si les moyens pour réaliser les travaux de transformation coulaient de la corne d'abondance;
2. le fait que la quasi-totalité du paysage hospitalier est concernée par les fusions;
3. le terme "exceptions", qui laisse entendre implicitement que la mesure est inéquitable mais que les problèmes probables seront résolus de manière arbitraire.

Dès lors, les exceptions seront légion. Cela a les apparences d'une politique mais ce n'en est pas une.

L'arrêté envisage deux éventualités, à savoir :

- la dispersion d'un centre d'activités existant sur plusieurs sites;
- la conservation de la dispersion sur plusieurs sites.

Les deux scénarios ou configurations ne peuvent pas être traités par la même voie réglementaire.

Voici quelques exemples :

1. services programmés (services médicaux ou médico-techniques lourds). L'A.R. n'établit aucune distinction. On peut toutefois supposer que les services intégrés dans le programme sont considérés par les autorités comme des services nécessaires. Sinon, on ne voit pas pourquoi il faut une programmation. Peut-être est-il logique, voire évident, que les services programmés ne peuvent pas être scindés mais, d'un autre côté, cela n'a pas beaucoup de sens d'exiger que deux services programmés dans le cadre d'une fusion soient situés sur un seul site. Apparemment, on n'a pas pensé d'emblée à cette configuration. Une exception donc?

Les services (et/ou programmes de soins) programmés sont généralement conçus avec l'obligation de liens fonctionnels, de contrats de collaboration formalisés et, en ce qui concerne les programmes de soins, d'une subdivision fonctionnelle en programmes A, B, ..., chacun avec leurs liens fonctionnels. Dans la logique la plus récente en matière de normes, on a attaché énormément d'importance aux tissus conjonctifs. Un hôpital doté d'un programme B doit également avoir un programme A. Qu'en est-il maintenant? A peut-il également être situé sur l'autre site de l'hôpital fusionné? Rien n'est dit à ce sujet. Une exception donc?

Et on peut encore se demander si l'objectif est de favoriser ou de freiner les fusions d'hôpitaux. Mieux encore : s'est-on posé cette question au moment de la fixation des règles? On peut concevoir qu'un hôpital soit moins tenté de fusionner si celle-ci l'oblige à renoncer à un service agréé dans le cadre de la programmation. Une exception peut-être?

2. Apparemment, il n'a pas été tenu compte d'un certain nombre de normes d'agrément particulières portant notamment sur les services médico-techniques. Lorsque les normes sont contradictoires, l'exception devient la règle.
 - 2.1. Les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique (CTIRC) sont définis comme un "service médico-technique" en vertu de l'A.R. du 27.11.1996 qui prévoit que, au niveau du contenu, les CTIRC sont considérés "comme un ensemble d'activités où les différentes formes de traitement font partie d'un concept global..." et plus loin il est fait mention des "...services qui font partie de ce centre...".
Au point II de l'annexe, on peut lire : "Les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique agréés peuvent organiser la dialyse à domicile, l'hémodialyse en centre collectif d'autodialyse et la dialyse péritonéale ambulatoire".
 - 2.2. Bien que cela ne figure pas comme une exception dans l'arrêté sur les fusions, on peut supposer qu'en cas de fusion, ces activités ne sont pas regroupées sur un seul site. Nous en déduisons qu'à cet égard, les normes de fusion sont subordonnées aux normes d'agrément particulières. Et ce bien que la dernière phase de l'art. 3, 6°, de l'arrêté sur les fusions dise exactement le contraire. Il s'agira donc bien d'une exception.
 - 2.3. Il apparaît par ailleurs que pour ce type de services, on ne redoute pas directement le problème de la fusion de deux hôpitaux disposant chacun d'un CTIRC mais bien le mouvement contraire, à savoir un hôpital doté d'un CTIRC qui scinderait ce dernier sur plusieurs sites. A ce niveau, il ne s'agira donc pas d'une exception.
 - 2.4. Cela se complique encore au vu des exigences environnementales prévues dans les normes d'agrément des services médico-techniques ou des programmes de soins. Pour les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique, il s'agit notamment d'un laboratoire de biologie clinique avec une garde permanente, d'un service d'imagerie médicale et d'un service d'urgences agréé. Il va sans dire qu'en imposant un mouvement de concentration (sur 1 site) de ces éléments environnementaux, on met en péril l'agrément des services, des services médico-techniques et des programmes de soins existants. On a ici à faire à des normes d'agrément qui empêchent de respecter les normes d'agrément. Toute une série d'exceptions sera donc nécessaire.

2.5. Une situation analogue à celle des CTIRC existe pour les laboratoires de biologie clinique qui, en vertu de l'arrêté d'agrément du 3.12.1999, peuvent être scindés en plusieurs centres d'activités localisés sur plusieurs sites. Ceci a d'ailleurs énormément de sens puisque cela permet d'assurer une meilleure disponibilité pour les différentes activités qui sont assurées sur les différents sites. On pourrait même dire qu'il serait plus opportun de disperser les centres d'activités d'un laboratoire d'un hôpital fusionné sur plusieurs sites en fonction des besoins locaux. Surtout lorsque le laboratoire sert à remplir une exigence environnementale en vue de l'agrément de l'activité en question. Ne serait-il pas plus logique de prévoir la possibilité d'une fonction diagnostique complète sur chaque site suivant les activités médicales qui y sont développées?

2.6. Le but final des fusions est de réaliser des économies. Pourtant, il ne semble pas que des économies significatives pourront être réalisées en démantelant des activités existantes pour les mettre en place ailleurs, et ce dans un délai de deux ans. Est-ce bien raisonnable? Qui paiera les travaux de transformation du laboratoire, des urgences et de la dialyse? Ou le déménagement d'un nombre de lits lorsque la capacité d'un service d'hospitalisation descend en dessous du seuil des 2/3?

2.7. La fonction soins néonataux est liée à la maternité et rejoint donc le site sur lequel se trouve(nt) la(les) maternité(s). Mais lorsque la maternité est regroupée sur un site, la fonction soins néonataux locaux peut-elle rester sur son site d'origine?

Conclusion : les autorités ont élaboré cet arrêté avec la tête pleine de préoccupations d'agrément sans vraiment trouver le fil permettant de s'échapper de son propre labyrinthe de normes. Et, dans un moment d'emportement, passablement désorienté par ses propres normes, elles écrivent encore ... "la fonction hospitalière, pour laquelle il existe des normes d'agrément, d'un hôpital fusionné ne peut pas être dispersée sur plusieurs sites".

Nous n'avons malheureusement pas connaissance d'une fonction hospitalière pour laquelle il n'existe aucune norme d'agrément. Peut-être que les candidats à la fusion doivent les inventer. Des exceptions donc.

<p>7 NOVEMBRE 2000. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter (M.B. du 8.2.2001)</p>
--

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté que nous avons l'honneur de soumettre à Votre Majesté vise à apporter un certain nombre de modifications fondamentales à l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières que celle-ci doit respecter.

Cette réforme comporte deux éléments importants, à savoir, d'une part, la diminution du nombre maximum de lits dont une fusion peut disposer et, d'autre part, le renforcement de la règle selon laquelle un hôpital fusionné ne peut en principe exploiter sur plusieurs sites un même service, section, fonction, programme de soins, service médical ou service médico-technique. La version actuelle de l'arrêté royal prévoit déjà qu'à l'intérieur d'une fusion l'homogénéité des services doit être réalisée.

Toute fusion réalisée à partir du 1^{er} janvier 2002 en dehors des grandes agglomérations (Bruxelles, Anvers, Liège, Gand et Charleroi) ne peut disposer que de 700 lits au maximum. Les fusions réalisées entre l'entrée en vigueur de cet arrêté et le 1^{er} janvier 2002 peuvent encore disposer de 900 lits au maximum.

Cette diminution par rapport au plafond actuel de 1000 lits à pour objectif d'éviter qu'à l'avenir des hôpitaux trop grands ne soient encore créés.

Le plafond de 1100 lits après fusion dans les agglomérations susmentionnées reste inchangé, étant entendu qu'une dérogation de la part du Ministre compétent n'est plus requise.

Est intégrée dans l'arrêté royal du 31 mai 1989 la règle selon laquelle un hôpital fusionné ne peut en principe plus exploiter un même service, fonction, programme de soins, service médical ou médico-technique sur plusieurs sites. Cette règle ne s'applique toutefois pas aux services d'imagerie médicale dans lesquels est installé un tomographe axial transverse, aux fonctions d'officine hospitalière, de soins néonataux locaux, de soins palliatifs, d'hospitalisation chirurgicale de jour et de soins intensifs. Le Roi peut également déterminer d'autres exceptions, par exemple à l'occasion de l'établissement de normes d'agrément.

Les fusions agréées avant l'entrée en vigueur du présent arrêté de modification disposent d'un délai de deux ans à partir de l'entrée en vigueur du présent arrêté pour se conformer à la règle précisée.

Toutefois, les fusions agréées après l'entrée en vigueur du présent arrêté disposent d'un délai de deux ans pour se conformer à cette obligation.

Au cas où l'exploitation sur plusieurs sites est autorisée, chacun de ces sites doit répondre à toutes les normes d'agrément. Le projet soumis pour avis au Conseil d'Etat précisait que : « Le cas échéant, le service médico-technique, service médical, (...), la fonction, (...) doivent répondre sur chaque site à l'ensemble des normes d'agrément. ».

Le Conseil d'Etat en a déduit à tort que :

« Sauf un certain nombre d'exceptions, l'article 3, 6°, en projet, entend interdire les dispersions de services, sections, programmes de soins et fonctions d'un hôpital fusionné, à moins de respecter les normes d'agrément sur chaque site considéré isolément. ». Le Conseil d'Etat propose ensuite un texte explicitant cette interprétation.

Afin de préciser le « ratio legis » précité et d'éviter des confusions ou des interprétations erronées, la phrase susmentionnée du projet d'arrêté est remplacée par la disposition suivante :

« Au cas où on répond aux exceptions précitées, le service médico-technique, le service médical, (...), la fonction (...) scindé doit répondre sur chaque site à l'ensemble des normes d'agrément. »

Nous avons l'honneur d'être,

Sire,

de Votre Majesté,

les très respectueux

et très fidèles serviteurs,

Le Ministre de la Santé publique,

Mme M. AELVOET

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat, section de législation, première chambre des vacances, saisi par le Ministre de la Santé publique et le Ministre des Affaires sociales, le 17 juillet 2000, d'une demande d'avis sur un projet d'arrêté royal "modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter", a donné le 7 septembre 2000 l'avis suivant :

Portée et fondement légal du projet

1. Les modifications que le projet soumis pour avis entend apporter à l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter (lire : qu'elle doit respecter), concernent les conditions d'agrément d'hôpitaux.

Le projet consiste notamment en ce qui suit :

- le nombre maximum de lits dont peuvent disposer les fusions d'hôpitaux est diminué, sauf dans les grandes agglomérations (article 1^{er}, 1°, du projet - article 3, 2°, en projet);

- les lits d'un service hospitalier dispersé sur plusieurs sites doivent cependant être regroupés sur le même site, sous certaines conditions (article 1^{er}, 2°, du projet - article 3, 4°, alinéa 2, en projet);
- sauf disposition contraire des normes d'agrément, un service médico-technique, un service médical, une section hospitalière, un programme de soins ou une fonction hospitalière ne peuvent pas, en principe, être dispersés sur plusieurs sites, à moins de respecter les normes d'agrément sur chaque site considéré isolément (article 1^{er}, 3°, du projet - article 3, 6°, en projet);
- l'article 2 du projet prévoit un régime transitoire.

2. Le projet trouve son fondement légal dans l'article 69, 3°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, qui dispose que des normes spéciales peuvent être fixées pour des groupements, des fusions et des associations d'hôpitaux, tels que le Roi les précise.

Examen du texte

Observation générale

L'occasion pourrait être mise à profit pour rectifier le texte français de l'intitulé de l'arrêté royal du 31 mai 1989 et d'écrire "qu'elle doit respecter", comme à l'article 1^{er} du projet, au lieu de "qu'il doit respecter".

Préambule

1. Au premier alinéa du préambule, il s'impose de se référer d'abord à l'article 69, 3°, avant de faire référence aux dispositions modificatives le concernant.
2. Au deuxième alinéa du préambule, il s'impose de se référer à l'article 3 et de faire référence ensuite aux dispositions modificatives le concernant.
3. Au sixième alinéa du préambule, il n'y a pas lieu de mentionner la date de la délibération du Conseil des ministres. En effet, cette date ne correspond pas à la date à laquelle la demande d'avis a été envoyée au Conseil d'Etat.
4. Au septième alinéa du préambule, il y aurait lieu d'écrire : "Vu l'avis du Conseil d'Etat L. 30.463/1/V, donné le 7 septembre 2000,... (la suite comme dans le projet)".

Article 1^{er}

1. Comme le confirme le fonctionnaire délégué, l'article 1^{er}, 1°, du projet entend remplacer le texte de l'article 3, 2°, de l'arrêté royal du 31 mai 1989 précité dans son entier, et non seulement son alinéa 1^{er}.

Il y aurait lieu, dès lors, de rédiger la phrase liminaire de l'article 1^{er}, 1°, du projet, comme suit : "le 2° est remplacé comme suit :".

2. Il semble devoir se déduire de l'article 3, 2°, alinéas 1^{er} et 2, en projet, que le régime prévu par cette disposition entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge. Le fonctionnaire délégué a déclaré à cet égard qu'il s'agit d'éviter que les autorités accordant l'agrément approuvent encore rapidement des fusions en attendant l'entrée en vigueur du nouveau régime.

Le fonctionnaire délégué a déclaré en outre que cette entrée en vigueur devrait s'appliquer en fait à l'ensemble du projet.

Dès lors, la référence que l'article 3, 2°, alinéas 1^{er} et 2, en projet, fait à la publication au Moniteur belge, ne traduit que partiellement l'intention des auteurs du projet. De l'accord du fonctionnaire délégué, il serait préférable de supprimer les mots en question et de compléter le projet par une disposition énonçant que l'arrêté en projet entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

3. La phrase liminaire de l'article 1^{er}, 2°, du projet devrait s'écrire comme suit : "2° le 4°, alinéa 2, est remplacé comme suit :".

4. Sauf un certain nombre d'exceptions, l'article 3, 6°, en projet, entend interdire les dispersions de services, sections, programmes de soins et fonctions d'un hôpital fusionné, à moins de respecter les normes d'agrément sur chaque site considéré isolément.

A l'article 3, 6°, alinéas 1^{er} et 2, en projet, le membre de phrase "Le cas échéant... » prête toutefois à confusion et ne traduit pas suffisamment cette intention.

C'est pourquoi il est recommandé d'omettre ce membre de phrase et de compléter chaque fois la première phrase des alinéas 1^{er} et 2, en projet, par les mots suivants " (...), à moins de respecter les normes d'agrément sur chaque site considéré isolément".

Le fonctionnaire délégué marque son accord sur cette suggestion.

Article 2

Le fonctionnaire délégué déclare au sujet de cet article qu'il s'agit que les fusions agréées avant l'entrée en vigueur du présent projet ne soient pas soumises à l'application de l'article 3, 2°, en projet (article 1er, 1°, du projet). Cette intention ne ressort toutefois pas suffisamment du texte et il vaudrait mieux la préciser au moyen d'une disposition transitoire supplémentaire. En effet, les modifications des normes d'agrément sont également applicables, en principe, aux fusions existantes, sauf dérogation expresse (1).

Cette disposition transitoire ne doit toutefois concerner que les hôpitaux situés en dehors des grandes agglomérations, puisque le projet, en principe, ne change rien pour les autres hôpitaux.

Il est recommandé, dès lors, que cette disposition transitoire ainsi que les autres dispositions transitoires de l'article 2 du projet s'intègrent dans l'arrêté royal du 31 mai 1989 précité et constituent un nouvel article 6bis, qui pourrait s'énoncer comme suit :

"Art. 6bis. § 1er. par dérogation à l'article 3, 2°, alinéa 1er, les fusions réalisées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 novembre 2000 modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, peuvent disposer de 1 000 lits au maximum.

Par dérogation à l'article 3, 2°, alinéa 1er, les fusions réalisées après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 novembre 2000 et avant le 1er janvier 2002, peuvent disposer de 900 lits au maximum.

§ 2. Les hôpitaux disposent d'une période transitoire de deux ans à dater de la signature de la convention de fusion pour satisfaire aux conditions visées à l'article 3, 6°.

Les fusions réalisées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 novembre 2000 précité disposent d'une période transitoire de deux ans à dater de cette entrée en vigueur pour répondre aux conditions visées à l'article 3, 6°."

Le fonctionnaire délégué marque son accord sur la présente proposition de texte.

Article 3

Il y aurait lieu de rédiger cet article comme suit :

« Art. 3. Nos ministres qui ont la Santé publique et les Affaires sociales dans leurs attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté. »

Note

(1) Au demeurant, c'est ce qui résulte clairement aussi de la phrase introductive de l'article 3 de l'arrêté royal du 31 mai 1989 précité.

31 MAI 1989. - Arrêté royal précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter.

**COORDINATION OFFICIEUSE (M.B. 27.06.98)
Dernier arrêté : A.R. 07.11.00 M.B. 08.02.01**

Article 1. Le présent arrêté s'applique à tous les hôpitaux, à l'exception des :

1° hôpitaux psychiatriques;

2° [. . .]¹

3° hôpitaux qui disposent uniquement du [service spécialisé, pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (indice Sp)]², combinés ou non [...] ³ à des services d'hospitalisation normale (indice H), ou à des services neuropsychiatriques pour le traitement de malades adultes (indice T).

¹ < Abrogé art. 1 1° A.R. 06-05-97 (M.B. : 18-06-97)

² < Modifié art. 1 A.R. 23-12-93 (M.B. : 30-12-93)

³ < Modifié art. 1 2° A.R. 06-05-97 (M.B. : 18-06-97)

Art. 2. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par "fusion des hôpitaux " la réunion, après la publication du présent arrêté, de deux ou plusieurs hôpitaux agréés séparément, qui dépendent ou non d'un pouvoir organisateur différent, qui se situent sur différents sites, et qui sont soumis à un seul gestionnaire disposant d'un seul agrément.

Art. 3. Une fusion des hôpitaux doit toujours satisfaire aux conditions suivantes pour être agréée :

1°[...] ¹

2° **[La fusion des hôpitaux ne peut disposer que de 700 lits au maximum.**

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les fusions des hôpitaux se situant dans une des cinq agglomérations (Bruxelles, Anvers, Gand, Liège et Charleroi), peuvent disposer de 1100 lits au maximum.

Dans les chiffres précités aux alinéas 1^{er} et 2, les lits situés dans les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (index Sp) destinés aux patients atteints d'affections psychogériatriques et chroniques et aux patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs, ne sont pas compris]²

[3° les hôpitaux de la fusion ne peuvent être distants de plus de 35 km. Toutefois, ils peuvent l'être à condition qu'il n'y ait pas deux hôpitaux aigus dans ce périmètre.

Ils peuvent également l'être s'ils font déjà partie d'un même groupement au 1^{er} décembre 1996.] ³

[4 ° il y a lieu de réaliser l'homogénéité des services au sein de la fusion.

[Si un hôpital fusionné dispose d'un service hospitalier dispersé sur plusieurs sites, les lits du service en question doivent être regroupés sur le même site lorsque la capacité en lits sur l'un des sites est inférieure à 2/3 de la capacité minimum fixée, étant entendu qu'en ce qui concerne le service C-D, une capacité minimum de 30 lits sur chaque site suffit.]⁴

Les hôpitaux disposent d'une période transitoire de deux ans après la signature de l'accord de fusion pour se conformer à la norme.

Les fusions d'hôpitaux qui sont agréés au moment de la publication du présent article, disposeront d'une période transitoire de deux ans, prenant cours à la date d'entrée en vigueur du présent article, pour répondre aux conditions visée dans le deuxième alinéa;

5° Si l'hôpital fusionné dispose de plusieurs types de services hospitaliers, éventuellement dispersés sur différents sites, chacun de ces services doit séparément répondre aux normes d'agrément visées, et ce, sans préjudice des dispositions du point 4°.] ⁵

[6° A l'exception du service d'imagerie médicale dans lequel est installé un tomographe axial transverse et hormis les exceptions à préciser par Nous, un service médico-technique, un service médical, une section hospitalière et un programme de soins d'un hôpital fusionné ne peut en aucun cas être dispersé sur deux ou plusieurs sites. Au cas où on répond aux exceptions précitées, le service médico-technique, le service médical, la section hospitalière ou le programme de soins scindé doit satisfaire sur chaque site à l'ensemble des normes d'agrément.

A l'exception de la fonction d'officine hospitalière, de soins néonataux locaux, de soins palliatifs, « hospitalisation chirurgicale de jour » et de soins intensifs, et hormis les exceptions à préciser par Nous, la fonction hospitalière, pour laquelle il existe des normes d'agrément, d'un hôpital fusionné ne peut pas être dispersée sur plusieurs sites. Au cas où on répond aux exceptions précitées, la fonction scindée doit répondre sur chaque site à l'ensemble des normes d'agrément.]⁶

¹ < Abrogé art. 2 1° A.R. 06-05-97 (M.B. : 18-06-97)

² < Remplacé art. 1 A.R. 07-11-00 (M.B. 08-02-01), EV : 08-02-01>

³ <Remplacé art. 1^{er} A.R. 23-06-98 (M.B. : 27-06-98)

⁴ <Remplacé art. 1 A.R. 07-11-00 (M.B. : 08-02-01), EV : 08-02-01>

⁵ <Inséré art. 2 4°A.R. 06-05-97 (M.B. 18-06-97)

⁶ <Complété art. 1 A.R. 07-11-00 (M.B. 08-02-01), EV : 08-02-01>

Art. 4. Les hôpitaux de la fusion doivent dans leur ensemble au moins satisfaire aux conditions de l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Art. 5. § 1. L'agrément de la fusion des hôpitaux doit aller de pair avec une diminution du nombre de lits correspondant à au moins 5 pourcents de la capacité totale en lits des hôpitaux fusionnés, [étant entendu que, lors de fusions successives, la réduction ne soit opérée que sur la capacité en lits de l'hôpital adhérent à une fusion existante.]¹

§ 2 La réduction dont question au § 1er, ne peut toutefois avoir pour conséquence que la capacité en lits soit inférieure à 72 lits par hôpital.

§ 3. Pour le calcul de la diminution visée au § 1er, il n'est pas tenu compte des lits des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (index Sp) destinés aux patients atteints d'affections psychogériatriques et chroniques et aux patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs².

[§4. En ce qui concerne la réduction visée au § 1^{er}, les lits qui ont été fermés dans le cadre de l'application de l'article 21 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, modifié, par les arrêtés royaux du 4 mars 1991 et 12 octobre 1993, 23 décembre 1993, 28 mars 1995, 20 août 1996 et 6 mai 1997 sont portés en déduction.]^{3,4}

[§ 5 La réduction visée au §1^{er} n'est pas d'application lorsque la fusion est opérée entre partenaires qui, au moment de cette fusion constituaient déjà un groupement, et qu'au moment de l'adhésion à ce groupement, la capacité globale en lits des hôpitaux de celui-ci avait fait l'objet d'une réduction de 5%.

Toutefois, l'éventuelle fermeture de lits d'un hôpital qui, au moment de la fusion, ne fait plus partie du groupement, n'est pas prise en compte.

§ 6 La diminution visée au 1^{er} ne s'applique pas aux hôpitaux qui satisfont individuellement aux normes visées à l'article 2, §1^{er} de l'arrêté précité du 30 janvier 1989 [pour autant que les gestionnaires des hôpitaux qui souhaitent opérer une fusion aient conclu une convention avant le 1^{er} janvier 1999 visant à réaliser une fusion avant le 1^{er} juillet 1999]⁵. Si des hôpitaux visés fusionnent [après le 30 juin 1999]⁶, ils ne doivent fermer chacun un nombre de lits égal à 5% du nombre de lits du plus petit hôpital fusionné.]⁷

Art. 6. § 1. Les gestionnaires des hôpitaux qui souhaitent opérer une fusion doivent conclure une convention appelée ci-après "le plan de fusion".

§ 2. La convention visée au § 1er réglera au moins les matières suivantes

- 1° les objectifs généraux de la fusion, dont
 - a) l'amélioration de la dispensation de soins;
 - b) la rationalisation du fonctionnement et de l'infrastructure de l'hôpital ;
 - c) l'unité de conception, de gestion et de l'organisation de l'hôpital.
- 2° la forme juridique de la fusion
- 3° les problèmes financiers quant à la fusion;
- 4° un plan de réalisation relatif
 - a) à la rationalisation qui va de pair avec la fusion, y compris la manière dont la diminution visée à l'article 5 sera réalisée,
 - b) aux phases intermédiaires pour réaliser les objectifs de la fusion, dont la répartition des tâches entre les différents hôpitaux qui font partie de la fusion, dans les domaines de l'offre des services et spécialités, y compris de l'équipement;
- 5° les problèmes de personnel liés à la fusion;

¹ <Inséré art. 3 1° A.R. 06-05-97 (M.B. 18-06-97)

² <Modifié art. 3 2° A.R. 06-05-97 (M.B. 18-06-97)

³ <Modifié art. 3 3° A.R. 06-05-97 (M.B. 18-06-97)

⁴ <Modifié art. 2 A.R. 12-10-93 (M.B. 19-10-93)

⁵ <Modifié art.1 A.R. 23-12-98 (M.B. 31-12-98)

⁶ <Modifié art. 1 A.R. 23-12-98 (M.B. 31-12-98)

⁷ <Inséré art. 3 4° A.R. 06-05-97 (M.B. 18-06-97)

6° [la manière selon laquelle il sera répondu [aux conditions prévues dans l'article 3, 4° et 5°]¹].²

§ 3. Le plan de fusion visé au § 1er, doit être conçu de manière telle qu'il y aura dès la réalisation de la fusion un gestionnaire, un directeur, un médecin en chef, un chef des services infirmiers et un conseil médical pour tous les hôpitaux ensemble qui font partie de la fusion.

[§ 4. Le Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions, fixe les dates avant lesquelles les hôpitaux visés à l'article 7, de l'arrêté royal précité du 30 janvier 1989, doivent respectivement introduire le plan de fusion concerné, auprès du Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions et le réaliser. Une copie de ce plan doit être transmise au Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions.]³

[Art. 6bis. § 1. Par dérogation à l'article 3, 2°, alinéa 1^{er}, les fusions réalisées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 novembre 2000 modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, peuvent disposer de 1000 lits au maximum.

Par dérogation à l'article 3, 2°, alinéa 1^{er} les fusions réalisées après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 novembre 2000 précité et avant le 1^{er} janvier 2002, peuvent disposer de 900 lits au maximum.

§ 2. Les hôpitaux disposent d'une période transitoire de 2 ans à dater de la signature de la convention de fusion pour satisfaire aux conditions visées à l'article 3, 6°, du même arrêté du 31 mai 1989, tel qu'inséré par le présent arrêté.

Les fusions d'hôpitaux agréées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 novembre 2000 précité disposent d'une période transitoire de 2 ans, prenant cours le jour de l'entrée en vigueur de la présente disposition, pour répondre aux conditions visées à l'article 3, 6°, du même arrêté du 31 mai 1989, tel qu'inséré par le présent arrêté.]⁴

Art. 7. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur Belge.

Art. 8. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

SOINS URGENTS SPECIALISES COORDINATION OFFICIEUSE

27 AVRIL 1998. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée ^{(⁵), (⁶), (⁷), (⁸), (⁹)}

CHAPITRE Ier. - Normes architecturales et équipement

Section 1re. - Dispositions générales

Art. 1^{er}. La fonction « soins urgents spécialisés » est composée d'une partie administrative et d'une partie technique qui forment un ensemble sur les plans architectural et fonctionnel.

Elle dispose d'une entrée propre, clairement identifiée, qui comporte un accès pour piétons et une zone d'accueil pour ambulances, couverte, chauffée et pouvant être fermée.

¹ <Modifié art. 4 A.R. 06-05-97 (M.B. 18-06-97)>

² <Modifié art. 3 A.R. 12-10-93 (M.B. 19-10-93)>

³ <Inséré art. 4 A.R. 12-10-93 (M.B. 19-10-93)>

⁴ <Inséré art. 2 A.R. 07-11-00 (M.B. 08-02-01), EV : 08-02-01>

⁵ MB 19/06/1998

⁶ Modifié par AR du 10/08/1998 (MB 02/09/1998)

⁷ Modifié par AR du 26/03/1999 (MB 12/06/1999)

⁸ Modifié par AR du 28/04/1999 (MB 07/10/1999)

⁹ Modifié par AR du 09/02/2001 (MB 06/04/2001)

Elle doit être accessible aux personnes handicapées.

Section 2. - La partie administrative

Art. 2. La partie administrative se compose:

- 1° d'un hall d'entrée;
- 2° d'un espace pour les formalités administratives;
- 3° d'une salle d'attente;
- 4° des installations sanitaires pour le personnel;
- 5° des installations sanitaires distinctes pour les visiteurs qui doivent être accessibles aux personnes handicapées;
- 6° d'un local pour l'accueil des patients et de leur famille;
- 7° d'un local de travail pour les médecins et les infirmières de la fonction;
- 8° des locaux pour le stockage du linge, du matériel, des vêtements et des objets de valeur;
- 9° d'un local de détente pour le personnel de la fonction;
- 10° d'une chambre de repos pour le médecin qui assure la permanence dans la fonction.

Les équipements visés aux 4°, 5°, 8° et 9° peuvent être partagés avec un autre service ou une autre fonction ou section, pour autant que ceux-ci soient attenants à la fonction « soins urgents spécialisés ». La chambre de repos visée au point 10° peut être située en dehors de la fonction « soins urgents spécialisés ».

Le Roi fixe les modalités selon lesquelles la fonction "soins urgents spécialisés" peut être organisée alternativement sur un des plusieurs sites d'un hôpital.

Section 3. - La partie technique

Art. 3. § 1^{er}. La partie technique se compose au minimum:

- 1° de locaux d'examen conçus pour respecter l'intimité des patients et équipés pour l'administration des soins médicaux;
 - 2° un ou des locaux équipés pour la préservation, la stabilisation et la restauration des fonctions vitales d'au moins deux patients en état critique;
 - 3° une salle équipée pour la petite chirurgie sous anesthésie loco-régionale;
 - 4° un local disposant d'au moins quatre lits pour l'observation, visée à l'article 2, alinéa 2, 4°, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « soins urgents spécialisés », dont au moins un lit est muni d'un dispositif de surveillance adapté à un patient en état critique. Ce dispositif est distinct de ceux visés au 2°;
 - 5° un espace pouvant servir de site de tri en cas d'afflux massif de victimes qui peut être celui visé à l'article 2, 1°, 3° ou 6° ainsi que la zone d'accueil pour ambulances visée à l'article 1^{er}, alinéa 2;
 - 6° un local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë contre l'automutilation et de les isoler des autres patients;
 - 7° une salle équipée pour la pose de plâtres;
 - 8° un local où des soins d'hygiène peuvent être prodigués aux patients alités ou ambulatoires.
- Les lieux visés aux points 1° à 5° doivent permettre l'emploi d'un appareil mobile de radiographie.

§ 2. L'équipement visé au § 1^{er}, 2° et 4° dont l'usage est strictement réservé à la fonction même, se compose au minimum de :

- 1° un appareillage de ventilation artificielle;
- 2° un défibrillateur avec écran pour le monitoring du rythme cardiaque,
- 3° un dispositif permettant l'aspiration gastro-intestinale;
- 4° un appareillage permettant l'aspiration endotrachéale;
- 5° un appareillage pour le monitoring de la concentration O₂ périphérique d'un patient;
- 6° un appareillage pour le monitoring du volume de CO₂ expiré par un patient.

§ 3. La fonction doit également être équipée des appareils suivants:

- 1° un électrocardiographe avec 12 dérivations;
- 2° le matériel de réanimation cardiorespiratoire de l'enfant et de l'adulte;
- 3° plusieurs sources d'oxygène portables permettant l'oxygénation des patients durant d'éventuels transports intrahospitaliers;
- 4° un nombre suffisant de brancards mobiles.

§ 4. En vue du maintien en service des appareils susmentionnés en cas de panne de la (des) source(s) d'électricité normalement utilisée(s), il convient de connecter la fonction à la source d'électricité autonome de l'hôpital.

CHAPITRE II. - Normes fonctionnelles

Art. 4. § 1^{er}. La fonction « soins urgents spécialisés » doit pouvoir faire appel à tout moment, au sein de l'hôpital général dont elle fait partie :

1° à un minimum de 3 lits de soins intensifs, adaptés à l'intensité de l'activité de la fonction « soins urgents spécialisés » et aux besoins des patients traités, ou à une fonction agréée de soins intensifs;

2° à un bloc opératoire polyvalent équipé et organisé pour effectuer les interventions urgentes de chirurgie;

3° à un laboratoire de biologie clinique équipé et organisé pour effectuer sur place et à tout moment, les analyses nécessaires;

4° à un service d'imagerie médicale disposant de l'appareillage nécessaire aux examens diagnostiques, radiologiques et échographiques, y compris un appareil mobile de radiographie et un tomographe axial transverse organisé pour effectuer sur place et à tout moment les examens diagnostiques nécessaires;

5° à un service d'archivage des dossiers médicaux accessible 24 heures sur 24.

§ 2. Une réserve de globules rouges concentrés, y compris de globules rouges concentrés de type O Rh négatif, et de substituts plasmatiques doit être disponible dans la fonction même, sauf si l'hôpital dispose d'une banque de sang capable d'assurer à tout instant la fourniture de ces produits.

Une réserve de médicaments, nécessaire pour faire face aux urgences, doit également être disponible dans la fonction même.

Art. 5. La fonction « soins urgents spécialisés » doit disposer :

1° d'une ligne téléphonique extérieure indépendante du central téléphonique de l'hôpital, uniquement destinée à recevoir des appels du système d'appel unifié;

2° des moyens de télécommunication utilisés par le système d'appel unifié définis par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Il doit disposer d'un télécopieur et d'une station radiophonique fixe d'au moins trois fréquences. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions détermine les fréquences auxquelles les fonctions "soins urgents spécialisés" doivent avoir accès.

Art. 6. La fonction « soins urgents spécialisés » doit pouvoir faire appel, au sein de l'hôpital dont elle fait partie, à une infrastructure adaptée en vue de la formation permanente en soins d'urgence de son personnel médical, infirmier et paramédical.

Art. 7. La fonction doit participer à un enregistrement spécifique des activités de la fonction "soins urgents spécialisés" selon les modalités imposées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

CHAPITRE III. – Normes

Section 1re. - Staff médical

Art. 8. Un médecin spécialiste agréé, porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence et attaché à temps plein à l'hôpital, est médecin-chef de service de la fonction. Il consacra plus de la moitié de son temps de travail à l'activité dans la fonction et à la formation permanente du personnel de sa fonction.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 12 décembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence, qui n'est pas porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, mais qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, possède au moins 5 ans d'expérience comme chef de service d'un service d'urgences répondant à la description figurant à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6°bis, § 2, 6°bis, de la loi sur les hôpitaux, peut être médecin chef de service de la fonction, pour autant que celui-ci réponde à une des qualifications visées à l'article 9, § 1er, alinéa 1^{er}.

Le médecin chef de service, visé au présent article, peut simultanément assumer la direction de la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR), telle que visée à l'article 5 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée.

Art. 8bis. L'hôpital disposant d'une fonction "soins urgents spécialisés", intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente doit, conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) doit répondre pour être agréée, conclure un protocole avec les autres hôpitaux de la même province ou de l'arrondissement administratif Bruxelles-Capitale, qui disposent d'une fonction "soins urgents spécialisés" intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente.

Art. 9. § 1^{er}. La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1° médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence ou porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs;

2° médecin spécialiste en formation en vue d'obtenir le titre professionnel particulier en soins d'urgence;

3° médecin qui, soit a suivi la formation visée à l'article 5, § 2, 2°, b), de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence, soit est considéré comme ayant suivi cette formation, tel que visé à l'article 6, § 4, du même arrêté ministériel;

4° médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, ou un candidat-médecin spécialiste en formation dans une des ces disciplines, pour autant que sa formation réponde aux critères minimum en matière de médecine d'urgence multidisciplinaire, définis par arrêté en exécution de l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes en matière de médecine d'urgence multidisciplinaire.

Les médecins visés au présent paragraphe, qui assument la permanence, doivent entretenir et développer continuellement leurs connaissances et leur savoir-faire en fonction de l'évolution de la science.

§ 2. Le nombre de médecins participant à la permanence médicale doit être adapté à l'intensité de l'activité de la fonction « soins urgents spécialisés ».

Entrent en ligne de compte pour cette permanence adaptée, les médecins visés au § 1^{er} ainsi que les médecins-spécialistes et les candidats-médecin spécialiste ayant reçu une formation d'au moins deux ans, dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence.

§ 3. Les médecins visés au § 1^{er} assurent la permanence médicale de la fonction "soins urgents spécialisés" et ne peuvent, à l'exception de l'application de l'alinéa deux, simultanément assurer aucune autre permanence médicale telle que visée à l'article 14 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée et à l'article 6 de l'arrêté royal du 10 août 1998 auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréé,

Si une fonction « soins urgents spécialisés », une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) et une fonction de soins intensifs existent sur le site dont il est question, les médecins qui assurent la permanence de la fonction « soins urgents spécialisés » peuvent simultanément assurer la permanence de la fonction « service mobile d'urgence » (SMUR), au sens de l'article 6 de l'arrêté royal du 10 août 1998 susvisé, pour autant qu'un médecin supplémentaire, répondant aux conditions visées au § 1^{er}, soit présent dans la fonction « soins urgents spécialisés » dans les quinze minutes après que le premier médecin a quitté la fonction visée à la suite d'un appel de la fonction « service mobile d'urgence » (SMUR). Tant que ce médecin n'est pas arrivé sur place, le médecin qui, en application des articles 14 et 15 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 susvisé, assure la permanence de la fonction de soins intensifs, doit assurer également la permanence de la fonction « soins urgents spécialisés »

Les médecins visés au § 1^{er}, peuvent toutefois assurer simultanément la permanence telle que visée à l'article 2, § 1^{er}, 4°, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ainsi que, si la permanence est assurée par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, la permanence visée à l'article 12 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "hospitalisation chirurgicale du jour" pour être agréée.

Les médecins visés à l'alinéa 1^{er}, doivent être présents durant la permanence sur le site et être immédiatement disponibles pour la fonction "soins urgents spécialisés".

§ 4. La permanence médicale à la fonction spécialisée des urgences doit être assurée 24 heures sur 24.

§ 5 Les médecins qui participent à la permanence médicale ne peuvent effectuer de permanence médicale dans un hôpital durant plus de 24 heures consécutives. ».

Art. 10. § 1^{er}. Le médecin qui assure la permanence doit au moins pouvoir faire appel à tout moment, et selon des modalités préétablies à :

- 1° un médecin spécialiste en médecine interne;
- 2° un médecin spécialiste en chirurgie;
- 3° un médecin spécialiste en anesthésiologie et réanimation;
- 4° un médecin spécialiste en radiodiagnostic;
- 5° un médecin spécialiste en pédiatrie;
- 6° un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique;
- 7° un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique;
- 8° un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie;
- 9° un médecin spécialiste en ophtalmologie,
- 10° un médecin spécialiste en psychiatrie ou neuropsychiatrie;
- 11° un médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie.

§ 2. Les médecins visés au § 1^{er} doivent pouvoir être sur place dans les plus brefs délais après avoir reçu l'appel.

Section 2. - Le personnel infirmier

Art. 11. § 1^{er}. L'infirmier en chef est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence, sauf s'il/elle est infirmier gradué ou infirmière graduée et peut justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté ou s'il/elle est infirmier ou infirmière breveté(e) et peut justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction d'infirmier en chef à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service agréé de soins intensifs, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique dans le sens de l'article 6bis, § 2, 6°bis, de la loi sur les hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe 1 de l'arrêté royal précité du 28 novembre 1986.

§ 2. La fonction « soins urgents spécialisés » dispose d'une équipe infirmière spécifique propre, qui permet d'assurer une permanence 24 h sur 24 d'au moins 2 infirmiers dont un au moins est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence sauf s'il/elle peut justifier en tant qu'infirmier ou infirmière gradué(e) ou breveté(e) qu'il/elle peut justifier d'au moins 5 ans d'expérience dans un des services visés au § 1^{er}, alinéa 2, au moment de la publication du présent arrêté.

L'équipe infirmière doit être adaptée en fonction des activités du service; à cet égard, les mêmes exigences de qualification que celles visées à l'alinéa 1er sont d'application.

Section 3. - Formation permanente

Art. 12. Le personnel médical et infirmier de la fonction « soins urgents spécialisés » assure, pour l'ensemble de l'hôpital, la formation permanente en ce qui concerne les principes de base de la réanimation.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires

Art. 13

« Art. 13. § 1^{er}. Le chef de service, visé à l'article 8, peut, pendant une durée de deux ans à dater de l'entrée en vigueur du présent arrêté, également être un médecin spécialiste, tel que visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993.

§ 2. La permanence médicale visée à l'article 9, § 1^{er}, du présent arrêté, peut également être assurée, durant la période visée au § 1^{er}, par un médecin spécialiste, tel que visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993.

§ 3. La permanence médicale peut, durant la période visée au § 1^{er}, également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation, tel que visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence. Si la permanence est assurée par un médecin candidat spécialiste en formation, tel que visé dans le présent paragraphe, un médecin spécialiste doit être appelable.

Aussi longtemps que les critères visés à l'article 9, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 4^o, ne sont pas fixés, la période transitoire visée à l'alinéa 1^{er}, est prorogée chaque année d'un an.

§ 4. Le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut prolonger la période transitoire visée au §§ 1^{er}, 2, et 3, s'il s'avère qu'à l'expiration de cette période, un nombre encore insuffisant de médecins répond aux conditions visées aux articles 8 et 9, § 1^{er}, du présent arrêté. ».

CHAPITRE VI. - Dispositions finales

Art. 14. L'annexe 1 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique dans le sens de l'article 6bis, § 2, 6^obis, de la loi sur les hôpitaux, modifié par l'arrêté royal du 12 août 1991, est abrogé.

Art. 15. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge, à l'exception des articles 1^{er}, 2 et 3, § 1^{er}, alinéas 1^{er}, 1^o, 3^o, 5^o, 6^o, 7^o, et 8^o, et 2, qui entrent en vigueur le premier jour du vingt quatrième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 16. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

"SERVICE MOBILE D'URGENCE" (SMUR) COORDINATION OFFICIEUSE

10 AOÛT 1998. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée ^{(1), (2), (3), (4)}

CHAPITRE I. – Définitions

Art. 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

1^o Ministre : le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

2^o zone d'intervention : la zone attribuée conformément à l'arrêté royal 10 août 1998 instituant les Commissions d'aide médicale urgente et au sein de laquelle la fonction SMUR effectue ses missions;

3^o SMUR : service mobile d'urgence qui, uniquement à la demande du préposé du système d'appel unifié, travaille dans la zone d'intervention qui lui est attribuée;

4^o fonction "soins urgents spécialisés" : la fonction "soins urgents spécialisés" tel que visée dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée;

5^o association : une association d'hôpitaux agréée, visée dans l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter;

6^o protocole : la convention visée à l'article 7, alinéa 3, 2^o et 3^o, de l'arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme

¹ MB 02/09/1998

² Modifié par l'AR du 26/03/1999 MB 12/06/1999

³ Modifié par l'AR du 28/04/1999 MB 07/10/1999

⁴ Modifié par l'AR du 09/02/2001 MB 06/04/2001

centres du système d'appel unifié, réglant la prise en charge des patients par les hôpitaux, conclue entre tous les hôpitaux de la province ou de l'arrondissement administratif de Bruxelles - Capitale ayant une fonction "soins urgents spécialisés", intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente.

CHAPITRE II. - Dispositions générales

Art. 2. Pour être agréée et le demeurer, la fonction SMUR doit démontrer qu'elle est susceptible d'être intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente et doit répondre aux normes d'agrément du présent arrêté.

L'agrément de la fonction SMUR est accordé à un hôpital disposant d'une fonction "soins urgents spécialisés" intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente ou à une association d'hôpitaux disposant d'une fonction "soins urgents spécialisés" intégrés dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente.

La (les) fonction(s) SMUR exploitée(s) par l'association (les associations) est (sont) considérée(s) comme une fonction de chacun des hôpitaux qui y participent

CHAPITRE III. - Normes fonctionnelles

Art. 3. § 1^{er}. La gestion de chaque fonction SMUR, disponible dans la province ou au sein de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, est assurée par un hôpital ou une association hospitalière.

Lorsqu'au sein d'une même zone d'intervention, plusieurs hôpitaux disposant d'une fonction "soins urgents spécialisés" posent leur candidature à la création d'une fonction SMUR, toutes les fonctions SMUR de cette zone d'intervention doivent être exploitées par une seule association regroupant tous les hôpitaux ayant posé leur candidature.

Par dérogation à l'article 6, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, la fonction SMUR exploitée par une association peut se trouver sur plusieurs sites, pour autant que ceci n'implique qu'un fonctionnement en alternance et que, dès lors, il n'y ait pas de fonctionnement simultané sur plus d'un site.

§ 2. Outre les matières qui, en raison de l'application de l'arrêté royal précité du 25 avril 1997, doivent être réglées par la convention d'association, cette dernière organise au moins les questions suivantes :

1° l'indication du lieu de départ de l'équipe d'intervention que différents hôpitaux peuvent se partager pour autant qu'ils soient implantés à une distance raisonnable l'un de l'autre. On entend, par distance raisonnable, une distance d'un maximum de 5 km. Lorsqu'il s'agit d'une région rurale, l'autorité compétente pour l'agrément des associations peut octroyer une dérogation en ce qui concerne cette distance maximale à condition que les hôpitaux qui font partie de l'association introduisent une demande motivée à cet effet. La motivation doit au moins inclure un document précisant tant les besoins de la région que le potentiel de lieux de départ éventuels;

2° le mode de structuration de l'activité médicale, en ce compris le mode de désignation du coordinateur médical;

3° le mode de structuration de l'activité infirmière, en ce compris le mode de désignation du coordinateur infirmier;

4° les modalités générales relatives au fonctionnement et à la collaboration, y compris les aspects financiers;

5° la répartition des tâches entre les hôpitaux concernés et l'organisation des trajets;

6° la répartition des services de garde entre les hôpitaux.

Au cas où une association exploite plusieurs fonctions SMUR, la convention doit préciser les matières qui doivent être réglées séparément pour chaque fonction SMUR. Celles-ci englobent au moins les matières visées aux 1°, 5° et 6°.

Art. 4. Un protocole doit être conclu entre tous les hôpitaux disposant d'une fonction "soins urgents spécialisés" intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente et qui sont situés dans la même province ou dans l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, avant que les fonctions SMUR dans la province concernée ou dans l'arrondissement administratif puissent être agréées.

CHAPITRE IV. - Normes d'organisation

Section 1re. - Du personnel médical et infirmier

Art. 5. Le médecin qui assure la direction de la fonction doit être un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence et attaché, à temps plein, à l'hôpital ou à un des hôpitaux de l'association.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence, qui n'est pas porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, mais qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, possède au moins 5 ans d'expérience comme chef de service d'un service d'urgences répondant à la description figurant à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6bis, § 2, 6^obis, de la loi sur les hôpitaux, peut être médecin chef de service de la fonction, pour autant que celui-ci réponde à une des qualifications visées à l'article 6, § 2, alinéa 1^{er}.

Le médecin qui assume la direction de la fonction, tel que visé dans le présent article, peut simultanément être le médecin chef de service de la fonction "soins urgents spécialisés", tel que visé à l'article 8 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée.

Art. 6. § 1^{er}. Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du personnel médical de la fonction "soins urgents spécialisés", la fonction SMUR doit assurer 24 heures sur 24 une permanence médicale propre.

§ 2. La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1^o médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence ou porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs;

2^o médecin spécialiste en formation en vue d'obtenir le titre professionnel particulier en soins d'urgence;

3^o médecin qui, soit a suivi la formation visée à l'article 5, § 2, 2^o, b), de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence, soit est considéré comme ayant suivi cette formation, tel que prévu à l'article 6, § 4, du même arrêté ministériel;

4^o médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, ou candidat-médecin spécialiste en formation dans une de ces disciplines, pour autant que sa formation réponde aux critères minimum en matière de médecine d'urgence multidisciplinaire, définis par arrêté ministériel en exécution de l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes en matière de médecine d'urgence multidisciplinaire.

Les médecins visés au présent paragraphe, qui assument la permanence, doivent entretenir et développer continuellement leurs connaissances et leur savoir-faire en fonction de l'évolution de la science.

Les médecins visés dans le présent paragraphe assurent la permanence médicale dans la fonction « service mobile d'urgence » (SMUR). Ils ne peuvent pas assurer simultanément la permanence médicale, telle que visée à l'article 14 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction de soins intensifs pour être agréée. Ils ne peuvent pas non plus assurer simultanément la permanence médicale visée à l'article 9, § 3, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre

une fonction « soins urgents spécialisés » pour être agréée, sauf à remplir les conditions fixées à l'alinéa 2 de cette disposition.

Les médecins visés au présent paragraphe peuvent toutefois assurer simultanément la permanence, telle que visée à l'article 2, § 1^{er}, 4^o, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ainsi que, si la permanence est assurée par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, la permanence visée à l'article 12 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée.

Les médecins visés au présent paragraphe doivent être présents sur le site où se trouve le lieu de départ du SMUR et être disponibles à tout moment pour la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR).

Les médecins qui participent à la permanence médicale ne peuvent effectuer de permanence dans un hôpital durant plus de 24 heures consécutives.

Si la permanence est assurée par un médecin qui n'est pas un médecin spécialiste tel que visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, et s'il existe une fonction agréée de soins intensifs telle que visée à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, sur le site où se trouve le lieu de départ du SMUR, un médecin spécialiste, tel que visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité, doit être présent sur le site. ».

Art. 7. L'infirmier en chef qui assure la direction du personnel infirmier de la fonction doit être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence ou doit être un infirmier gradué ou une infirmière graduée justifiant, à la date de la publication du présent arrêté, une expérience minimum de 5 ans dans un des services visés à l'article 7, alinéa 2 ou doit être infirmier ou infirmière breveté(e) justifiant, à la date de la publication du présent arrêté, d'une expérience de 5 ans dans cette fonction d'infirmier en chef.

Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service agréé de soins intensifs, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6bis, § 2, 6^obis, de la loi sur les hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe I de l'arrêté royal précité du 28 novembre 1986.

Art. 8. Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du personnel infirmier de la fonction "soins urgents spécialisés", la fonction SMUR doit assurer 24 heures sur 24 une permanence infirmière propre constituée d'au moins un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence sauf s'il peut justifier en tant qu'infirmier gradué ou breveté à la date de la publication du présent arrêté, une expérience minimum de 5 ans dans un des services visés à l'article 7, alinéa 2.

Art. 9. Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du corps médical et du personnel infirmier d'une fonction "soins urgents spécialisés", le personnel chargé d'exécuter les missions de la fonction SMUR fait partie du corps médical et du personnel infirmier d'une des fonctions "soins urgents spécialisés" visées à l'article 3, § 1^{er}.

Art. 10. Pour chaque intervention, l'équipe d'intervention médicale de la fonction SMUR comprend au moins un médecin et un infirmier répondant aux conditions visées respectivement aux articles 6 et 8, et utilise un véhicule équipé, comme visé aux articles 13 à 17.

Art. 11. La fonction SMUR doit apporter la preuve du recyclage permanent de son personnel médical et infirmier conformément aux modalités définies par le Ministre.

Art. 12. La fonction SMUR doit participer activement à la formation des secouristes-ambulanciers, visée à l'article 6bis de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

Section 2. - De l'équipement

Art. 13. La fonction SMUR doit disposer d'au moins un véhicule stationné à l'hôpital où se trouve l'équipe d'intervention médicale. Le véhicule doit être conforme aux caractéristiques définies par le Ministre.

Art. 14. Tous les membres de l'équipe d'intervention médicale doivent disposer d'un équipement personnel dont les caractéristiques sont fixées par le Ministre.

Art. 15. Le matériel portable suivant doit se trouver à bord du véhicule :

1° un cardioscope muni d'un défibrillateur avec possibilité d'enregistrement sur support papier du tracé ECG;

2° un oxymètre de pouls;

3° un tensiomètre non invasif;

4° une réserve d'oxygène portative, suffisante pour administrer de l'oxygène à un patient pendant 90 minutes à raison de 10 litres/minute;

5° une pompe pousse-seringue;

6° un glucomètre;

7° des colliers cervicaux et attelles pour les membres qui conservent leur forme pendant 6 heures au moins en cas d'utilisation;

8° un appareil électrique d'aspiration;

9° le matériel nécessaire à la réanimation avancée de l'adulte et de l'enfant;

10° un appareil de radiophonie mobile doté de la fréquence régionale et nationale du service 100 ainsi que de la fréquence interhospitalière conformément à la réglementation en vigueur en la matière;

11° un appareil de radiophonie portatif doté des fréquences visées au point 10°;

12° tout autre matériel ou équipement défini par le Ministre.

Tous les appareils susmentionnés doivent avoir une autonomie d'au moins 90 minutes.

Art. 16. Le Ministre peut établir une liste des médicaments devant se trouver à bord du véhicule. Ces médicaments doivent être conservés conformément aux dispositions de la pharmacopée belge.

Art. 17. Tous les appareils doivent être correctement entretenus, en bon état de fonctionnement et prêts à l'emploi.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires

« **Art.18.** § 1^{er}. Le médecin qui assure la direction de la fonction, tel que visé à l'article 5, peut, pendant une durée de deux ans à dater de l'entrée en vigueur du présent arrêté, également être un médecin spécialiste, tel que visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993.

§ 2. La permanence médicale visée à l'article 6 du présent arrêté, peut également être assurée, durant la période visée au § 1^{er}, par un médecin spécialiste tel que visé à l'article 2, §1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993.

§ 3. La permanence médicale peut, durant la période visée au § 1^{er}, également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation, tel que visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence. Si la permanence est assurée par un médecin candidat spécialiste en formation, tel que visé dans le présent paragraphe, un médecin spécialiste doit être appelable.

Aussi longtemps que les critères visés à l'article 6, § 2, alinéa 1^{er}, 4°, ne sont pas fixés, la période transitoire visée à l'alinéa 1^{er}, est prorogée chaque année d'un an.

§ 4. Le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut prolonger la période transitoire visée aux §§ 1^{er}, 2, et 3, s'il s'avère qu'à son expiration, un nombre encore insuffisant de médecins répond aux conditions visées aux articles 5 et 6, § 2 du présent arrêté.

CHAPITRE VI. - Dispositions finales

Art. 19. Il est inséré, dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée, un article 8bis, rédigé comme suit :

" Art. 8bis. L'hôpital disposant d'une fonction "soins urgents spécialisés", intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente doit, conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) doit répondre pour être agréée, conclure un protocole avec les autres hôpitaux de la même province ou de l'arrondissement administratif Bruxelles-Capitale, qui disposent d'une fonction "soins urgents spécialisés" intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente. ».

Art. 20. Le présent arrêté entre en vigueur à la date fixée par la Ministre des Affaires sociales et le Ministre de la Santé publique et des Pensions et, en tous les cas, au plus tard, le 1^{er} mai 1999.

Art. 21. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

SOINS INTENSIFS TEXTE COORDONNE

27 AVRIL 1998. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée ^{(1), (2), (3)}

CHAPITRE I^{er}. - Dispositions générales

Art. 1er. Le présent arrêté s'applique à la fonction de soins intensifs visée à l'arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de soins intensifs.

Art. 2. Pour être agréée et le demeurer, la fonction de soins intensifs doit répondre aux normes d'agrément du présent arrêté.

CHAPITRE II. - Normes architecturales et équipement

Art. 3. La fonction constitue une entité autonome et architecturalement identifiable au sein de l'hôpital. Elle dispose d'une entrée distincte et contrôlable et est accessible aux personnes handicapées.

Art. 4. La fonction a une capacité minimum de six lits.
Les lits sont disposés de façon à permettre une surveillance visuelle permanente de chaque patient et à garantir l'hygiène hospitalière et l'intimité du patient.
Il doit être possible de se laver les mains à proximité de chaque lit.

Art. 5. § 1^{er}. La fonction dispose d'au moins une chambre d'isolement avec sas par six lits.
§ 2. L'architecture de la fonction et la disposition des lits sont telles qu'il n'y a aucun risque de désorientation spatio-temporelle.

¹ MB 19/06/1998

² Modifié par l'AR du 28/04/1999 MB 07/10/1999

³ Modifié par l'AR du 09/02/2001 MB 06/04/2001

Art. 6. La fonction dispose au minimum des locaux logistiques suivants:

- 1° un local pour l'appareillage;
- 2° un local pour le rangement des produits de consommation;
- 3° un local pour le rangement du linge propre;
- 4° un local pour le rangement du linge et du matériel sales;
- 5° un local pour la cuisine du service ou la cuisine centrale;
- 6° des installations sanitaires distinctes pour le personnel.

Il faut prévoir dans chaque local un dispositif fonctionnel pour le lavage des mains du personnel et l'évacuation du matériel et du linge sales.

Art. 7. La fonction dispose au moins des locaux suivants :

- 1° un bureau pour l'équipe médicale;
- 2° un bureau pour l'équipe infirmière;
- 3° une salle de réunion et/ou de détente pour le personnel;
- 4° un local de repos pour le médecin qui assure la permanence dans la fonction;
- 5° une salle d'attente avec possibilité d'accueil des visiteurs et des membres de la famille;
- 6° des installations sanitaires distinctes pour les visiteurs qui doivent être accessibles aux personnes handicapées.

Les équipements visés, à l'exception de ceux visés sous 5°, peuvent être partagés avec un autre service ou une autre fonction ou une autre section, à condition que ceux-ci soient attenants à la fonction de soins intensifs. Le local de repos visé au 4° peut être situé en dehors de la fonction.

Art. 8. La surface de travail ainsi que celle réservée à chaque lit doivent être adaptées aux activités médicales et infirmières.

CHAPITRE III. - Normes fonctionnelles

Art. 9. La fonction peut être divisée en plusieurs unités d'au moins six lits répondant chacune à l'ensemble des normes, à l'exception de celles visées aux articles 13 et 16. Si les unités en question sont dispensées sur plusieurs bâtiments, chaque unité doit organiser sa propre permanence médicale telle que visée aux articles 14 et 15.

Art. 10. Chaque lit est équipé de l'appareillage nécessaire à la surveillance et au traitement continus des patients en état critique sur les plans cardiaque, respiratoire, métabolique, cérébral et circulatoire y compris leur transport éventuel.

Cet équipement doit permettre, pour chaque lit, l'administration d'oxygène, l'administration de perfusions à débit strictement contrôlé, des aspirations de différentes puissances, la respiration artificielle avec réglage des divers paramètres et le recouvrement cérébral et cardio-pulmonaire.

La continuité et la sécurité d'approvisionnement en énergie et gaz doivent être assurées en permanence.

Chaque lit doit pouvoir être réglé en hauteur et posséder des articulations pour une position correcte du patient. Un matériel de prévention des escarres doit pouvoir y être adapté.

Art. 11. Un système d'appel pouvant être manié aisément par le patient doit être disponible auprès de chaque lit.

La mise en communication avec les visiteurs doit être possible depuis chaque lit.

Il faut prévoir des lignes téléphoniques en nombre suffisant.

Art. 12. § 1^{er}. La fonction doit pouvoir faire appel à tout moment, au sein de l'hôpital dont elle fait partie, à :

- 1° un bloc opératoire polyvalent équipé et aménagé pour effectuer des interventions urgentes de chirurgie;
- 2° un laboratoire de biologie clinique capable d'exécuter à tout moment et sur place les analyses nécessaires;
- 3° un service d'imagerie médicale disposant de l'appareillage nécessaire aux examens diagnostiques, radiologiques et échographiques, y compris un appareil mobile de radiographie et un appareil de tomographie axiale transverse.

§ 2. Une réserve de globules rouges concentrés, y compris de globules rouges concentrés O Rh négatif, et de substituts plasmatiques doit être disponible dans la fonction même, sauf si l'hôpital dispose d'une banque de sang capable d'assurer à tout instant la fourniture de ces produits.

Une réserve de médicaments, nécessaire pour faire face aux urgences, doit également être disponible dans la fonction même.

CHAPITRE IV. - Normes organisationnelles

Section 1re. - Staff médical

Art. 13. Un médecin spécialiste agréé en chirurgie, médecine interne, anesthésie-réanimation ou dans une de leurs sous-spécialités, ou dans des situations spécifiques en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, est médecin-chef de service de la fonction. Il travaille à temps plein à l'hôpital et exerce son activité principale dans la fonction.

L'équipe médicale comprend, outre le médecin-chef de service, des médecins agréés spécialistes en chirurgie, médecine interne, anesthésie-réanimation ou dans une de leurs sous-spécialités, ou dans des situations spécifiques en pédiatrie, porteurs du titre professionnel particulier en soins intensifs. Il faut veiller à ce que toutes les disciplines précitées soient représentées au sein de l'équipe médicale.

Art. 14. La permanence médicale de la fonction est assurée par au moins un médecin, attaché à titre exclusif à l'hôpital dont la fonction fait partie et ayant une des qualifications suivantes :

1° un médecin spécialiste en médecine interne ou dans une des sous-spécialités de cette discipline, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs;

2° un médecin spécialiste en chirurgie ou dans une des sous-spécialités de cette discipline, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs;

3° un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ou dans une des sous-spécialités de cette discipline, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs;

4° dans des cas spécifiques, un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs;

5° un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, chirurgie, médecine interne ou dans une sous-spécialité, ou, dans des situations spécifiques, en pédiatrie;

6° un candidat-médecin spécialiste ayant reçu une formation d'au moins deux ans dans une de ces spécialités ou sous-spécialités.

Dans le cas visé au 6°, un médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, doit être appelable à tout moment et il doit pouvoir rejoindre la fonction dans les meilleurs délais.

Art. 15. La permanence médicale doit être adaptée à l'intensité de l'activité de la fonction; à cet égard, les mêmes exigences de qualification que celles visées à l'article 14 sont d'application.

Le médecin visé à l'article 14 peut simultanément assurer la présence permanente visée à l'article 2, § 1^{er}, 4°, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, modifié par les arrêtés royaux des 4 mars 1991, 12 octobre 1993, 23 décembre 1993 et 28 mars 1995.

Le médecin visé à l'article 14 ne peut assurer les permanences médicales simultanément, comme visé à l'article 6, § 2, de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée ainsi qu'à l'article 9, § 3, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « soins urgents spécialisés » pour être agréée, sans préjudice de l'application de l'article 9, § 3, alinéa 2, de l'arrêté précité du 27 avril 1998.

La durée des prestations des médecins participant à la permanence médicale ne peut pas excéder 24 heures consécutives.

Art. 16. Le médecin visé à l'article 14 doit pouvoir faire appel à tout moment et selon une liste préétablie à des médecins spécialistes en médecine interne, en chirurgie, en anesthésie-réanimation et dans les spécialités requises pour garantir tous les soins nécessaires aux patients se trouvant dans un état critique. Ces médecins doivent se rendre sur place dans les plus brefs délais après réception de l'appel.

Section 2. - Le personnel infirmier

Art. 17. L'infirmier en chef est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence ou d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée justifiant d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté ou infirmier ou infirmière breveté(e) justifiant d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction d'infirmier en chef, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service agréé de soins intensifs, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6bis, § 2, 6°bis, de la loi sur les hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe 1 de l'arrêté royal précité du 28 novembre 1986.

Art. 18. La fonction dispose d'une équipe infirmière spécifique propre, qui permet d'assurer une permanence 24 h sur 24 d'au moins 2 infirmiers, par tranche complète de six lits, dont un au moins est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence ou justifie d'au moins 5 ans d'expérience, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, dans un des services visés à l'article 17, alinéa 2.

Par tranche complémentaire entamée de 6 lits, il convient d'adapter le nombre d'infirmiers visé à l'alinéa précédent proportionnellement au nombre de lits.

En outre, l'équipe infirmière doit être adaptée en fonction des activités de la fonction.

Art. 19. La fonction doit pouvoir faire appel à un kinésithérapeute.

Art. 20. La sécurité d'utilisation de l'appareillage doit être assurée en permanence par un programme d'entretien technique et fonctionnel systématique.

Lors de l'entretien, les normes d'hygiène doivent être respectées et les membres du personnel doivent être informés des circonstances particulières dans lesquelles ils travaillent.

Section 3. - Formation permanente

Art. 21. Le médecin chef de service, le cadre infirmier intermédiaire et l'infirmier en chef assurent de manière conjointe, la formation permanente du personnel.

CHAPITRE V. - Normes d'activité

Art. 22. Il y a lieu de procéder à un enregistrement systématique des données médicales et infirmières selon le modèle établi par le Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions. Cet enregistrement vise à définir le profil des patients qui doivent y être traités pendant un délai approprié, aussi court que possible.

CHAPITRE VI. - Dispositions abrogatoires

Art. 23. § 1^{er}. A l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 12 janvier 1970, 24 mars 1974, 14 août 1987, 7 novembre 1988, 4 mars 1991 et 17 octobre 1991, la rubrique "Normes spéciales s'adressant au service de soins intensifs" est abrogée.

§ 2. L'annexe 3 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique dans le sens de l'article 6bis, § 2, 6^obis, de la loi sur les hôpitaux, modifié par l'arrêté royal du 12 août 1991, est abrogée.

CHAPITRE VII- Dispositions finales.

Art. 24. Les articles 6 et 7, la condition visée à l'article 13, selon laquelle il faut être porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs et la condition visée à l'article 17, selon laquelle il faut être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence, entrent en vigueur le premier jour du vingt quatrième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 25. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

DOSSIER EUTHANASIE : END-OF-LIFE DECISIONS

End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey. Deliens L et al, Lancet 2000; 356: 1806-1811.

Analyse critique du Dr D. VAN RENTERGHEM, Vice-président du GBS (23.1.2001).

Cette étude examine un domaine qui, d'une part, fait l'objet d'une controverse socio-politique et médiatique et où, d'autre part, les données sont rares. Les chercheurs ainsi que les médecins et les instances ayant prêté leur concours n'ont pas ménagé leurs efforts pour arriver à un résultat. Il va sans dire que la profusion de données qui en a résulté ne pouvait pas ne pas être publiée. Il n'empêche que l'étude présente plusieurs

faiblesses, notamment de par l'absence de réponses dans certains groupes et en raison de problèmes liés à la méthodologie et à l'interprétation, et ces lacunes n'ont pas été suffisamment évoquées dans la publication. Eu égard à l'attention dont l'étude a bénéficié dans les médias et qui passe sous silence ces faiblesses, cela vaut certainement la peine de se livrer à une analyse critique de l'étude.

Objet de l'étude

Les "médecins-rédacteurs" d'un échantillon de certificats de décès établis durant le premier trimestre de 1998 ont été questionnés par écrit. En fonction des réponses apportées, les décès ont été classés en 4 grandes catégories : 1. (*Euth*) " terminaison volontaire de la vie à la demande du patient (euthanasie), 2. (*NOR, no request*) terminaison de la vie sans demande explicite du patient mais où le médecin pouvait avoir connaissance/avait connaissance de l'opinion du patient ou de sa famille, 3. (*APS, Alleviation of pain...*) administration de "doses potentiellement létales" d'une médication avec ou sans intention d'accélérer la mort, 4. (*NTD, Non Treatment*) la décision de renoncer à des mesures prolongeant la vie. Des données sont également récoltées concernant l'âge, le sexe, l'éducation, l'état civil, la capacité de manifester sa volonté de la personne décédée, les contacts du médecin avec la famille, d'autres médecins, le personnel infirmier, ou la formation et la religion du médecin.

Problèmes méthodologiques majeurs

1. Un premier problème **méthodologique** majeur réside dans le fait que les catégories susvisées sont malgré tout hétérogènes, à l'exception peut-être de la première, de sorte qu'il conviendrait de créer des sous-catégories avant de pouvoir tirer des conclusions.

2. Un deuxième problème **méthodologique** majeur réside dans le fait que l'enquête et sa couverture médiatique présente la mort comme un moment unique et absolu; on perd manifestement de vue qu'en réalité, on a plutôt affaire à une agonie. Le tableau 4 de l'article montre de quelle durée le médecin estime avoir raccourci la vie du patient : il ressort de ces estimations que dans plus de la moitié des cas, la vie a été raccourcie de moins d'un jour... : ces patients étaient donc déjà mourants. Si l'on s'en tient, pour l'euthanasie et la terminaison de la vie sans requête, à une définition stricte d'un raccourcissement de plus d'un mois, deux patients remplissant ce critère (*dans le premier cas, il s'agissait d'une euthanasie (à la demande expresse) et, dans le second, c'était "sans requête explicite" et on ne sait pas exactement dans quel état le patient se trouvait*) ont été détectés sur la période examinée, soit 60 patients en extrapolant sur un an, c'est-à-dire 0,1 % de tous les décès. Si l'on part d'un raccourcissement de la vie de *plus d'une semaine*, on relève 5 cas d'euthanasie, soit 0,26 %, et 8 cas de terminaison de la vie sans requête, soit 0,42 %, soit au total, 0,67 % de tous les décès. Ces chiffres peuvent être multipliés par 1,3 si l'on prend les décès non inopinés et non pas tous les décès comme dénominateur. Une définition plus claire réduit ainsi considérablement le chiffre fréquemment cité de 4,4 % de "mort donnée par le médecin". Pour l'euthanasie, 84 % est jugé capable de manifester sa volonté, pour la "terminaison de la vie sans requête", seulement 12 %.

Si, pour le raccourcissement non intentionnel de la vie par des doses élevées d'opiacés (APS), on a recours à une définition du raccourcissement de plus d'une semaine, il y a alors 37 patients, soit 1,9 %, si c'est de plus d'un mois, 6 patients, soit 0,3 %. Dans ce groupe, seuls 30 % sont jugés capables de manifester leur volonté.

Si, pour le non-traitement (NTD), on utilise une définition de raccourcissement de plus d'une semaine, cela concerne 48 patients, soit 2,5 %, avec plus d'un mois, 12 patients, soit 0,6 %. Dans ce groupe, seuls 16 % sont jugés capables de manifester leur volonté.

Les chiffres relatifs à la capacité de manifester sa volonté montrent que globalement, 25 % sont capables de manifester leur volonté mais il existe une grande incertitude car, dans 22 % des cas, on ne connaît pas la réponse à cette question.

3. Un **troisième problème méthodologique majeur** est de savoir si le taux de réponse est représentatif. Le *taux de réponse chez les généralistes s'élève à 65 % mais ne dépasse pas 40 % chez les spécialistes. Pourtant, ils ont attesté respectivement ± 41 % et 59 % des décès en Flandre*. Ce taux de réponse est inférieur à celui enregistré dans le cadre de l'étude pilote (généralistes : 75 % et spécialistes : 44 %). La méthodologie signale que des biais ont été éliminés pour corriger une répartition inégale des décès dans le temps, au niveau géographique, de la cause du décès, du lieu du décès et du déclarant (l'enquête couvrait les quatre premiers mois de l'année), cette correction s'écarte peu d'une extrapolation linéaire (échantillon 20 % durant 4 mois). Pour le problème principal, la non-représentativité et les biais qui en résultent pour les déclarations par les médecins spécialistes, il n'est évidemment pas possible d'apporter des corrections : l'échantillon n'est tout simplement pas représentatif. Ce point aurait dû être évoqué de manière plus explicite au cours de la discussion.

Problèmes méthodologiques mineurs :

1. Les actes de décès ayant servi de point de départ sont anonymes, ce qui entraîne inévitablement des "problèmes de mémoire" à moins que les actes soient à nouveau dotés d'un nom. Bien qu'il soit question d'interventions pour préserver l'anonymat, il n'est pas certain et par conséquent improbable que cela ait eu lieu.
2. La bonne formulation de la question telle qu'elle apparaît dans l'enquête n'est pas reprise dans le rapport. Pourtant, elle est très importante pour parvenir à une classification exacte.
3. Il est fait référence à des *doses potentiellement létales d'opiacés*. Il n'est pas indiqué clairement comment les doses sont évaluées. Les opiacés sont potentiellement mortels à faibles doses chez des personnes qui n'en ont pas pris auparavant. Par contre, chez les patients prenant depuis longtemps des doses croissantes ou chez qui la douleur est en antagonisme avec la sédation, il n'est pas possible de définir une "dose potentiellement létale" sauf par exemple comme "multiple" de la dose existante.
4. Le fait que des études comparables aient déjà été réalisées auparavant aux Pays-Bas et en Australie peut certes être un soutien, mais ne constitue pas une validation à proprement parler. Les enquêtes répétitives permettent sans aucun doute de révéler des biais répétitifs. En outre, il se pose le problème de l'anonymat des déclarations de décès belges. En guise de soutien, il est ensuite indiqué que les Pays-Bas et la Belgique partagent la même langue ainsi qu'une culture et une histoire communes, une allégation que d'aucuns contesteront, tandis qu'il faut aussi prendre en compte l'influence protestante ou catholique.
5. L' "unité" pour l'enquête est la déclaration de décès; les réponses et non-réponses sont cependant rapportées par médecin. On peut toutefois se demander si tous les répondants ont répondu pour toutes les déclarations, ou juste pour certaines, auquel cas, cela induirait un biais.
6. Le taux de réponse chez les médecins devant réagir à plusieurs actes de décès (44 %) est inférieur à celui observé lorsque le médecin ne devait réagir qu'à un seul acte de décès (56 %). De ce fait, les médecins "ayant une expérience des décès" sont sous-représentés.
7. Le résumé de l'article ne laisse pas apparaître les observations réelles, mais plutôt les données projetées, ce qui peut donner lieu à une sous-valorisation.
8. En ce qui concerne la capacité d'exprimer sa volonté, le pourcentage d'inconnu est très élevé : 22 %.

Problèmes d'interprétation : sous-déclaration ou surdéclaration?

Il est fait référence à Bernard et co-auteurs, lesquels affirment que le "*comportement social indésirable est sous-déclaré*". Selon Deliens et co-auteurs, l'incidence réelle des "end-of-life decisions" pourrait dès lors être supérieure à celle révélée par l'enquête. Cela compenserait quelque peu pour le cas où d'autres problèmes méthodologiques conduiraient à une "sous-évaluation". Pourtant, on peut se demander si au début de l'année 1998, ce n'était pas plutôt le fait d'éviter les "end-of-life decisions" et l'acharnement thérapeutique qui étaient "socialement indésirables" plutôt que les décisions "compatissantes", auquel cas il y aurait alors plutôt une surdéclaration. La propension des médecins à surestimer l'effet de leurs interventions constitue une autre raison laissant supposer une surdéclaration.

Problèmes d'interprétation : conclusions absentes concernant la capacité de manifester sa volonté, concertation, dans le cas de souffrances non terminales, et évolution NOR aux Pays-Bas

Seuls 25 % des patients sont jugés capables de manifester leur volonté au moment de la décision. Dans 22 % des cas, le médecin ne s'est pas exprimé concernant cette capacité. Ce n'est que dans 18 % des cas qu'il n'y a pas eu la moindre concertation avec la famille ou les autres dispensateurs de soins. Les raisons de cette attitude restent obscures : capacité de manifester sa volonté dans le chef de la personne décédée, absence de la famille, processus d'agonie à évolution rapide...? Alors que certains citent l'enquête pour reprocher au médecin son "opiniâtreté", cette affirmation est quelque peu relativisée par ces chiffres.

Il n'y a pas eu un seul cas où il était question de "souffrance insupportable non terminale".

L'article montre *comment les chiffres ont évolué aux Pays-Bas* entre 1990 et 1995. Bien que le nombre de cas d'euthanasie ait progressé de 1,7 à 2,4 %, le nombre de "morts données sans requête" est resté stable durant cette période : 0,78 % et 0,7 %. Apparemment, la réglementation relative à l'euthanasie ne réduit pas le nombre de morts données sans requête.

Opportunités ratées :

Il est problématique, en ce qui concerne l'octroi du droit de décision aux membres de la famille, aux parents et à l'entourage, qu'il ne soit pas fait mention de la fréquence à laquelle différentes personnes de l'entourage ont donné un avis différent, alors qu'il s'agit d'un problème qui se pose justement fréquemment dans la pratique.

Il n'est pas impossible que cette étude donne lieu à d'autres publications dans lesquelles il sera répondu aux remarques formulées plus haut. Ceci entretiendrait au moins la discussion, ce qui est peut-être une des principales intentions des auteurs.

Conclusion :

La discussion portant sur la terminaison volontaire de la vie sur demande ou l'euthanasie peut être pertinente et nécessaire, mais uniquement pour une petite fraction des décès. Tandis que le terme "terminaison de la vie sans requête" (NOR) suggère que la requête aurait été possible, l'article montre que l'incapacité de manifester sa volonté est justement très fréquente. Même après l'élaboration d'une législation concernant l'euthanasie, peu de choses ou rien du tout ne changera aux conditions entourant le décès de la très grande majorité de la population. Cette discussion est par conséquent peut-être surappréciée dans les médias et dans le monde politique.

**REFUS D'ADHESION A L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 18.12.2000
ET COMPARAISON AVEC LES ACCORDS 1998 ET 1997**

	Total actifs	Total refus	% refus	% refus	
				15.12.1998	3.11.1997
Généralistes	17.531	2.133	12,17	14,62	13,88
Médecins spécialistes en formation	3.674	10	0,27	0,62	0,48
Biologie clinique	693	6	0,87	1,31	1,6
Radiothérapie	139	4	2,88	3,79	3,91
Médecine nucléaire	300	10	3,33	4,50	3,48
Anatomie pathologique	254	12	4,72	3,75	5,02
Neurologie	151	8	5,30	4,10	4,27
Pneumologie	287	17	5,92	5,08	5,69
Médecine interne	1.933	195	10,09	7,73	7,12
Radiodiagnostic	1.410	150	10,64	10,53	10,07
Psychiatrie	472	57	12,08	17,25	12,95
Pédiatrie	1.283	159	12,39	14,36	13,22
Gastro-entérologie	367	50	13,62	15,32	13,54
Anesthésiologie	1.508	209	13,86	14,85	15,28
Neuropsychiatrie	1.381	223	16,15	17,01	16,02
Chirurgie	1.387	227	16,37	17,18	16,18
Rhumatologie	229	42	18,34	18,47	17,81
Neurochirurgie	129	26	20,16	22,22	25,22
Méd. physique/Physiothérapie	417	86	20,62	18,09	18,64
Orthopédie	828	193	23,31	24,25	22,61
Urologie	328	78	23,78	25,08	25,57
ORL	554	145	26,17	28,94	27,90
Cardiologie	756	269	35,58	11,50	9,90
Stomatologie	294	107	36,39	33,78	32,20
Gynécologie-obstétrique	1.227	518	42,22	44,93	40,37
Ophthalmologie	948	488	51,48	55,10	54,27
Dermato-vénérologie	614	365	59,45	65,40	63,09
Chirurgie plastique	171	110	64,33	62,50	58,86
Total spécialistes	18.060	3.754	20,79	20,70	19,66
Total général	39.265	5.897	15,02	16,08	15,30

Source : INAMI

**AVANT-PROJET DE LOI PORTANT DES MESURES
EN MATIERE DE SOINS DE SANTE**

Monsieur F. VANDENBROUCKE
Ministre des Affaires sociales
Rue de la Loi 66
1040 Bruxelles

Bruxelles, le 22 mars 2001

Concerne : Avant-projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé

Monsieur le Ministre,

Nous avons appris que vous avez l'intention d'insérer un §5 dans l'art. 140 de la loi sur les hôpitaux, par lequel les accords tels que visés aux §§ 3 et 4 sont contraignants pour les médecins hospitaliers concernés, nonobstant toute stipulation contraire dans les conventions ou les actes de nomination individuels visés à l'article 131.

Pourtant, nous n'ignorons pas que vous avez demandé à la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux de revoir sa position concernant la problématique de la fin des rapports juridiques à l'initiative du gestionnaire de l'hôpital, c'est-à-dire en ce qui concerne l'application de l'art. 125, 7° et ss. de la loi sur les hôpitaux. Et ce malgré les explications écrites claires (du 16.4.1986) données par le ministre des Affaires sociales de l'époque, qui a également été le Premier ministre du gouvernement précédent.

Mieux encore : vous refusez même, dans le cadre de votre initiative de projet de loi, de prendre les mesures nécessaires pour rétablir la sécurité juridique requise et prévoir que toute fin des rapports décidée par le gestionnaire de l'hôpital doit être accompagnée de l'avis "renforcé" visé aux articles 125, 7°, 127 et ss. sauf en cas de fin des rapports juridiques pour motif grave.

En résumé, pour ce qui est des rapports juridiques entre les hôpitaux et les médecins hospitaliers, vous entendez uniquement priver les médecins hospitaliers de droits, parfois même des droits que tout citoyen peut normalement faire valoir.

Vous êtes d'avis que le conseil médical est compétent pour modifier, en accord avec le gestionnaire, des conditions essentielles d'un contrat écrit, à savoir les conditions financières, des médecins hospitaliers. Cependant, en ce qui concerne la fin du contrat du médecin hospitalier, la procédure de l'avis renforcé du conseil médical est superflue à vos yeux.

Les médecins hospitaliers de tout le pays n'ont pas d'autre choix que d'interpréter cette position comme intellectuellement malhonnête et partielle au préjudice de leurs intérêts légitimes.

Vous comprendrez dès lors qu'ils n'hésiteront pas à opter pour un mouvement de résistance organisée aussi longtemps qu'une sécurité juridique totale ne sera pas garantie. Concrètement, cela implique que :

- il soit prévu formellement que toute forme de fin des rapports juridiques du médecin hospitalier à l'initiative du gestionnaire doit être accompagnée de l'avis renforcé du conseil médical, sauf en cas de motif grave (2^e alinéa et ss. de l'art. 125);
- l'application du nouveau §5 de l'art. 140 soit exclusivement limitée aux contributions visées au §4 du même article.

Vu la gravité des mesures que vous vous proposez de prendre, nous sommes obligés d'en informer les médecins hospitaliers et de prendre les mesures organisationnelles nécessaires.

En vous remerciant d'avance de prêter attention à la présente, nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, en l'expression de notre considération distinguée.

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président du GBS

Dr J. DE TOEUF
Président de l'ABSyM

c.c. : Au Premier ministre
Aux Membres du gouvernement

PRIX DE BEYS

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

LE PRIX DE BEYS : POUR LA PREMIERE FOIS EN BELGIQUE UN PRIX RICHEMENT DOTE VISE A ENCOURAGER LA RECHERCHE MEDICALE AYANT UNE DIMENSION SOCIALE, CONCERNANT EN PARTICULIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET DE CRISE.

Bruxelles, le 23 février 2001 - Le Fonds Maria-Elisa & Guillaume DE BEYS géré par la Fondation Roi Baudouin a pour mission d'accorder un prix triennal dans le domaine de la recherche médicale située à l'intersection entre le domaine médical et social. Il s'agit du premier Prix d'une telle importance consacré à ce thème en Belgique. Le Fonds a été créé à son décès par le fils de Monsieur et Madame Guillaume DE BEYS en hommage à ses parents.

Aujourd'hui, le Fonds lance son premier appel et s'adresse aux chercheurs, rattachés à une institution belge, dont les activités sont axées sur la recherche médicale ayant une dimension sociale concernant plus particulièrement les situations d'urgence et de crise.

Ce thème couvre un large éventail de domaines tels que : les services de psychiatrie d'urgence, la gestion des crises familiales, les soins palliatifs, la médecine de première ligne, les soins de santé pour les immigrés, la prise en charge ambulatoire ou itinérante des maladies sexuellement transmissibles, les assuétudes et le monitoring de nouvelles drogues, la sécurité alimentaire, les projets pilotes visant à assurer une meilleure équité dans la dispensation des soins médicaux, la surveillance des maladies émergentes, la gestion des problèmes survenant à l'occasion d'une maternité.....

Le Prix DE BEYS est d'un montant de 6.000.000 FB et figure de ce fait au rang des prix médicaux les plus importants décernés en Belgique. Le Prix sera accordé pour la première fois en 2002. Le Comité de Gestion désignera le lauréat après avis d'un Jury d'experts scientifiques belges et étrangers. Outre la reconnaissance des mérites du lauréat et de ses travaux, le Prix vise à permettre la continuation des recherches entamées.

Pour tout renseignement complémentaire et pour obtenir le règlement organique, vous pouvez vous adresser au:

Secrétariat du Fonds Maria-Elisa & Guillaume DE BEYS
à la **Fondation Roi Baudouin**, rue Brederode 21 - 1000 Bruxelles
téléphone 02- 549 02 58 ou fax 02-549 02 89, e-mail: fondsdebeys@kbs-frb.be
Le règlement se trouve également sur le site internet
de la Fondation Roi Baudouin: www.kbs-frb.be

Les candidatures doivent parvenir au Secrétariat du Fonds De Beys à l'adresse mentionnée ci-dessus au plus tard le **31 janvier 2002**.

PRIX – REGLEMENTS

PRIX INTERBREW-BAILLET LATOUR DE LA SANTE - 2002

REGLEMENT

1. DEFINITION DU "PRIX INTERBREW-BAILLET LATOUR DE LA SANTE - 2002"

Art. 1. Le Comité de gestion, nommé à cet effet par le Conseil d'administration de la Fondation, a décidé que le PRIX INTERBREW-BAILLET LATOUR DE LA SANTE - 2002 aura pour thème: "**L'influenza**".

Le montant du Prix s'élève à **six millions de francs belges, (6.000.000 BEF), (150.000 EUROS)**.

2. CANDIDATURES

Art. 2. Le Prix est décerné à une personnalité dont les activités sont axées sur la recherche scientifique et/ou sur les applications pratiques de celle-ci. Le Prix est destiné à reconnaître les mérites du lauréat et à promouvoir la poursuite de ses travaux.

Exceptionnellement, le Prix pourra être attribué à deux personnalités qui auraient réalisé ensemble leur oeuvre.

Art. 3. Les candidats peuvent être de nationalité belge ou étrangère. Ils ne peuvent avoir obtenu antérieurement un Prix équivalent destiné à récompenser l'oeuvre pour laquelle ils sollicitent le PRIX INTERBREW-BAILLET LATOUR DE LA SANTE.

Les candidatures doivent être introduites par une personnalité qui a des titres pour apprécier la valeur de la contribution fournie par les candidats et qui motive cette introduction sous sa signature, dans un memorandum décrivant les mérites précis du candidat ou, le cas échéant, des deux candidats qui auraient réalisé ensemble leur oeuvre, comme prévu à l'Art. 2. Le memorandum, rédigé en anglais, veillera en outre à démontrer que l'oeuvre du ou des candidats répond au domaine retenu pour l'attribution du Prix comme prévu à l'Art. 1.

Deux photographies du ou des candidats doivent être jointes au dossier.

Les candidatures doivent être adressées avant **le 14 septembre 2001**, sous pli confidentiel, au Secrétariat du **FONDS NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles (Belgique).

3. JURY - VOTE - PROPOSITION D'UN LAUREAT

Art. 4. Le Comité de gestion peut faire appel à un Jury qui appréciera les mérites des candidats. La composition du Jury est réglée par le Comité de gestion. Le nombre des membres ne peut être inférieur à cinq. Ils seront en majorité de nationalité étrangère. L'aîné des membres étrangers du Jury est de droit Président.

Pour délibérer valablement, au moins cinq membres doivent être présents et avoir émis un vote valable. Seuls les membres présents peuvent participer au scrutin. Le scrutin sera fait par bulletin secret; les abstentions et les votes en blanc sont nuls.

Le candidat obtenant à un des trois premiers tours de scrutin, la majorité absolue, c'est-à-dire, les voix de plus de la moitié des membres du Jury participant valablement au vote, est considéré comme lauréat proposé. Si aucun candidat n'obtient une telle majorité au troisième tour, il est procédé à un quatrième et dernier tour de scrutin, la majorité relative étant dès lors reconnue comme suffisante pour la désignation du lauréat proposé.

En cas d'une proposition ex aequo, le candidat le plus jeune est proposé comme lauréat.
Le Jury transmettra aussitôt au Comité de gestion sa proposition d'attribution du Prix à laquelle il joindra un rapport succinct concernant ses travaux et les conclusions de ceux-ci.

4. DESIGNATION DU LAUREAT PAR LE COMITE DE GESTION

Art. 5. Le Comité de gestion statue sur l'attribution du Prix, après avoir pris connaissance de la proposition du Jury, s'il y en a un. Il peut décider de ne pas attribuer le Prix.

Pour que le vote soit valable, la majorité des membres du Comité de gestion doit être présente et y prendre part. Les abstentions et les votes en blanc sont nuls.

Le scrutin est secret.

La désignation du lauréat est portée immédiatement à la connaissance du Conseil d'administration.

5. REMISE DU PRIX - COLLOQUE

Art. 6. Le lauréat accepte de présenter ses travaux au monde scientifique au cours d'une réunion organisée le jour de la remise du Prix.

6. ADMINISTRATION - SECRETARIAT

Art. 7. Le secrétariat du Prix est assuré par le FONDS NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE en collaboration avec la Fondation INTERBREW-BAILLET LATOUR. Relèvent notamment de ce secrétariat, sous la haute direction du Comité de gestion, les mesures destinées à faire connaître l'attribution du Prix en Belgique et à l'étranger, et les modalités pratiques régissant les délais d'introduction et d'examen des candidatures.

Art. 8. Les présentations de candidats, les rapports et les propositions relatifs à l'attribution du Prix INTERBREW-BAILLET LATOUR ne peuvent être ni révélés, ni publiés.

Art. 9. Le Comité de gestion du Prix INTERBREW-BAILLET LATOUR statue souverainement. Ses décisions sont sans appel.

Le Conseil d'administration de la Fondation INTERBREW-BAILLET LATOUR se réserve le droit de modifier à tout moment, en tout ou en partie, les dispositions du présent règlement et la composition du Comité de gestion.

Prix Oswald VANDER VEKEN TUMEURS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR - 2002

REGLEMENT

Art. 1. Le Fonds National de la Recherche Scientifique (F.N.R.S.) décerne un Prix triennal pour une contribution originale ou approfondie, à la connaissance des tumeurs de l'appareil locomoteur, leurs causes, leur prévention, le diagnostic et/ou leur traitement.

Art. 2. Ce Prix est intitulé:
"Prix Oswald VANDER VEKEN - TUMEURS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR". Le montant du Prix est de 1.000.000 BEF (25.000 EUROS).

Art. 3. Le Prix peut être attribué à un ou des chercheur(s) habitant et travaillant dans un des pays de l'Union Européenne.

Art. 4. Les candidatures, rédigées en anglais au moyen du formulaire adéquat, doivent être adressées pour la prochaine période **avant le 1er octobre 2001** à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles (Belgique), accompagnées des documents suivants :

- 1) un curriculum vitae du candidat ou de chacun des candidats,
- 2) une description de la contribution apportée par le ou les candidat(s) à la connaissance des tumeurs de l'appareil locomoteur, leurs causes, leur prévention, le diagnostic et/ou leur traitement.

La description peut prendre la forme d'un mémoire, d'une thèse ou simplement d'une note décrivant la recherche effectuée, en cours ou projetée, par le ou les auteur(s),

- 3) une liste de ses ou de leurs publications, au cours des cinq dernières années,
- 4) deux photographies (13 x 18) du ou des candidat(s).

Art. 5. Le Prix peut couronner:

- a) un travail déjà réalisé dans le domaine de la connaissance des tumeurs de l'appareil locomoteur, leurs causes, leur prévention, le diagnostic et/ou leur traitement,
- ou
- b) un programme de recherche qui, selon l'avis du Jury, présente des prévisions prometteuses dans ce domaine.

Dans ce dernier cas uniquement, le candidat favorisé ou l'équipe de chercheurs peut à nouveau poser sa candidature à une nouvelle session.

Le Jury se prononcera alors sur base des progrès réalisés par ce programme de recherche.

Art. 6. Le Prix ne peut être divisé. Il peut toutefois être décerné à une équipe représentée par au maximum trois chercheurs.

Art. 7. Le Jury a le droit de ne pas attribuer le Prix si la ou les candidature(s) introduite(s) ne sont pas suffisamment valables. Dans ce cas, le montant du Prix est ajouté au capital.

Art. 8. Le F.N.R.S. désigne les membres du Jury parmi les personnalités spécialisées dans le domaine de la connaissance, du diagnostic et/ou du traitement des tumeurs de l'appareil locomoteur.

Art. 9. Les membres du Jury ne peuvent être candidats au Prix. Ils peuvent néanmoins présenter leur candidature lors d'une prochaine session, ou avoir reçu le Prix lors d'une session précédente.

Art. 10. Toutes les questions que soulèvent la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix seront tranchées sans recours par le F.N.R.S.

REMISE DES PRIX SCIENTIFIQUES PHARMACIA 10.1.2001
--

Pour le Fonds National de la Recherche Scientifique, le Prix est décerné à :

Marie-Paule MERVILLE-GIELEN, Docteur en Sciences, Chercheur qualifié du F.N.R.S. à l'Université de Liège,

Vincent BOURS, Docteur en Médecine, Agrégé de l'Enseignement supérieur, Maître de recherches du F.N.R.S. à l' Université de Liège

pour leur travail : "**Modulation de l'apoptose dans le cancer du côlon**" "**Modulation of apoptosis in colon cancer**".

Pour le "Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek", le Prix est décerné à :

Claude LIBERT, "Doctor in de Wetenschappen (Dierkunde)", "Onderzoeksleider VIB", "Gasthoogleraar" à l' "Universiteit Gent",

pour son travail : "**Grondige studie van de pathofysiologie van Tumor Necrosis Factor leidend naar nieuwe therapeutica voor inflammatie, cardiovasculaire shock, kanker en infectieziekten**" "**Profound study of the pathophysiology of Tumor Necrosis Factor leading to new therapeutic drugs for inflammation, cardiovascular shock, cancer and infections diseases**".

RECHERCHE EN CANCEROLOGIE

Le 15.2.2001, la Fédération belge contre le Cancer a procédé à la remise de 26 bourses à des chercheurs de différentes universités du pays.

120.000 millions de francs sont octroyés pour la recherche clinique et fondamentale, 12 millions sont attribués à la recherche d'amélioration thérapeutique en cancérologie et 11 millions sont affectés au soutien d'autres projets.

PUBLICITE

ANNONCES

- 01029 **A VENDRE** : E.M.C. : Pédiatrie : 3 tomes, Radiodiagnostic : 7 tomes à jour. Faire offre. Tél. : 064/22.10.80 (soir).
- 01031 **BRUXELLES** : La Clinique générale Saint-Jean recherche un médecin **CARDIOLOGUE** chef de service temps plein (m/f). Les candidatures sont à envoyer au Dr Y. Bertrand, Direction médicale, Clinique générale Saint-Jean, rue du Marais 104 à 1000 Bruxelles.
- 01032 **BRUXELLES** : La Clinique générale Saint-Jean et la Clinique Sainte-Anne/Saint-Remi/Saint-Etienne recherchent un **CHEF DE SERVICE DIRECTEUR DU LABORATOIRE**. Les candidatures sont à envoyer ♦ au Dr Y. Bertrand, Direction médicale, Clinique générale Saint-Jean, rue du Marais 104 à 1000 Bruxelles ou ♦ au Dr Ph. Hustinx, Direction médicale, Clinique Ste-Anne/St-Remi/St-Etienne, Boulevard J. Graindor 66 à 1070 Bruxelles.
- 01037 **MONS** : Importante clientèle privée **DERMATO** à remettre. Tél. après 20 h : 065/62.29.99.
- 01038 **TUBIZE-NIVELLES** : Ouverture de deux postes d'adjoint en **RADIOLOGIE** au Centre hospitalier de Tubize-Nivelles. Ces postes sont ouverts respectivement le 30 juin et le 30 septembre 2001. Pour tout renseignement complémentaire, les candidats éventuels peuvent s'adresser au Dr André Bellet, chef de service, au n° de tél. : 067/88.52.60.
- 01039 **FRANCE** : L'Institut d'éducation motrice et le Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile de l'A.N.A.J.I situé à Armentières recherche : médecin spécialiste en **MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION** 10 h par semaine. Contact par courrier adressé à Monsieur le Directeur, IEM , 51 bis rue Paul Bert, 59280 Armentières, France; par téléphone au 00.33.3.20.10.90.45; par e-mail : frederic.deffrennes@free.fr
- 01040 **A CEDER** clientèle de **CARDIOLOGIE** (médecine interne) prox. de Bruxelles. Horaires confortables (30 h/sem.). CA : ± 6.200.000. Rens. : M. E. Debaeke, tél. : 02/374.55.82.
- 01041 **ST-VITH** : Urgent : poste à pourvoir de **RADIOLOGUE** temps plein (rx générale), Clinique St Joseph, 4780 St Vith. Demander Dr Huppertz ou Dr Dillenbourg, 080/85.44.16.
- 01042 **LIBRAMONT** : CHA, Service pédiatrie 15 lits + 2 polysomno + secteur néo-natal: cherche 4° **PÉDIATRE** pour travail en pool intra-hospitalier. Collaboration étroite avec service maternité 950 accouchement/an. Surspécialisation à discuter. Salaire forfaitaire maximum durant 2 ans. Investissement personnel à long terme souhaité. Contact: Dr. Ph Dacier, CHA: 35, avenue de Houffalize à 6800 Libramont (061/238 111).

Table des matières

• Une fusée de fusions.....	1
– Arrêté royal du 7 novembre 2000 modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter (M.B. du 8.2.2001).....	3
– Arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter. Coordination officieuse	6
• Soins urgents spécialisés – Coordination officieuse.....	9
• "Service mobile d'urgence" (SMUR) – Coordination officieuse	14
• Soins intensifs – Texte coordonné	19
• Dossier euthanasie : end-of-life decisions	22
• Refus d'adhésion à l'accord médico-mutualiste du 18.12.2000 et comparaison avec les accords 1998 et 1997	25
• Avant-projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé	26
• Prix DE BEYS	27
• Prix – règlements.....	28
• Remise des prix scientifiques PHARMACIA 10.1.2001	30
• Recherche en cancérologie	30
• Annonces	32