



ADMINISTRATION
DES ÉTABLISSEMENTS
DE SOINS

CONSEIL NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section "Agrément"

Ref.: CNEH/D/24-1

1010 BRUXELLES, le 13 avril 1989
Cité administrative de l'État
Quartier Vésale
Tel. 02/210.45.11

AVIS SUR LA FUSION D'HOPITAUX

Avant d'aborder les questions très concrètes posées par le ministre dans sa demande d'avis du 8 février dernier, le Conseil tient à clairement définir le cadre dans lequel il convient de situer une législation éventuelle sur les fusions. Le Conseil estime que, dans le cadre du mouvement de restructuration intervenu ces dernières années dans le secteur hospitalier, la fusion des hôpitaux doit être considérée comme une bonne chose et ce pour une double raison : d'une part pour des raisons d'ordre qualitatif et d'autre part pour des raisons économiques.

La présence d'un nombre accru de médecins et de disciplines au sein d'une même entité favorise la qualité du travail médical. Le caractère multidisciplinaire spécifique à la médecine actuelle peut être pleinement réalisé dans une configuration de ce type.

Il en va de même du travail infirmier : la fusion offre une base plus large à partir de laquelle des fonctions du cadre intermédiaire peuvent être créées et affectées à des tâches spécifiques susceptibles de promouvoir la qualité des soins. Il est généralement reconnu que la médecine hospitalière actuelle a évolué à ce point qu'elle suppose un volume d'activité minimum pour offrir et entretenir en permanence, chez tous les travailleurs de l'hôpital, les compétences requises. Sur le plan économique, on peut souligner les avantages présentés par un ensemble plus vaste en ce qui concerne tant le coût de la construction que les frais d'exploitation.

L'évolution vers des entités hospitalières plus importantes se manifeste déjà, comme une tendance naturelle, depuis les années 60-70. Cette même tendance se dessine également au niveau international.

En ce qui concerne notre pays, un certain nombre de mesures politiques récentes ont souligné, étayé et accéléré cette évolution naturelle.

Les initiatives de fusion prises par le passé sous l'influence de cette tendance ainsi qu'en réponse aux options formulées par les pouvoirs publics doivent dès lors rester acquises. Il convient en outre de tout mettre en œuvre pour que soient réalisées le plus rapidement possible les fusions déjà décidées sur un site unique.

Dans le droit fil de ce qui précède, il y a lieu de continuer à promouvoir les fusions, non pas sous la contrainte mais bien par le biais d'une politique d'incitants. Les pouvoirs publics doivent continuer à assurer un rôle moteur sur ce plan. Les mesures prises par les pouvoirs publics en exécution de la loi programme du 30 décembre dernier ne peuvent dès lors pas être de nature à freiner ou à arrêter cette évolution. Elles ne peuvent d'avance hypothéquer ou entraver le mouvement de fusion comme risque de le faire l'arrêté ministériel du 7 novembre 1988 diminuant, en son article 2.5., le quota de journées pour les hôpitaux fusionnés.

Les pouvoirs publics doivent au contraire encourager, par le biais d'incitants, les fusions et donc la rationalisation. Une politique de fusions judicieuse entraînera automatiquement une rationalisation qui profitera à l'ensemble de la communauté.

Plus concrètement, il convient tout d'abord d'attirer l'attention du Ministre sur la définition du concept de fusion. Par fusion d'hôpitaux, il faut entendre la réunion, sous un gestionnaire unique, de deux ou plusieurs hôpitaux dépendant ou non du même pouvoir organisateur. L'objectif doit être d'aboutir à un site unique comme le précise l'article 2, § 3, de l'A.R. du 30 janvier 1989 fixant des normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter. Il n'est pas possible d'atteindre l'objectif de rationalisation si les hôpitaux fusionnés sont établis de façon durable sur des sites différents.

Outre l'unité de gestion et de site, une fusion implique une unité d'organisation pour tous les services et composantes de l'hôpital, ce qui suppose plus concrètement un numéro d'agrément unique, une seule organisation médicale avec un seul conseil médical, un service unique de médecine interne, de chirurgie, etc., une seule organisation du nursing avec un cadre infirmier unique, une organisation unique de l'officine, une organisation unique des services auxiliaires (hôtellerie, services techniques, achats, administration), une direction unique et une seule organisation des services médico-techniques comme l'imagerie médicale et le laboratoire clinique. L'unité d'organisation est essentielle pour pouvoir réaliser l'objectif recherché, à savoir rationaliser tout en promouvant la qualité des soins.

Il va de soi que l'ensemble fusionné devra répondre en outre aux normes minimales applicables en général aux hôpitaux.

Dans le droit fil de ce qui précède, les avis suivants peuvent être formulés en réponse aux cinq questions spécifiques du ministre :

1) Quel est le nombre maximum d'hôpitaux que peut comporter une fusion ?

La situation est dans ce cas-ci différente de celle d'un groupement. Le nombre d'hôpitaux participants a moins d'importance étant donné qu'une fusion suppose par définition une unité de gestion et d'organisation. Dans le cas d'un groupement par contre, les hôpitaux concernés continuent à fonctionner comme des entités autonomes. Les normes quantitatives seront différentes selon qu'il s'agit d'une fusion ou d'un groupement. Le Conseil est toutefois d'avis qu'un hôpital fusionné doit comporter au moins 300 lits.

2) Quel est le nombre maximum de lits dont un complexe hospitalier fusionné peut disposer ?

Il convient de se demander s'il est bien opportun de fixer un chiffre à cet égard. Le nombre maximum est en premier lieu déterminé par le mode d'organisation de l'hôpital.

Le modèle de gestion et d'organisation prime sur le nombre de lits. Fixer un chiffre exact s'avère dès lors très difficile. La littérature à ce sujet ne contient pas d'arguments ou de preuves décisifs en faveur d'un chiffre précis. La capacité hospitalière sera en outre toujours déterminée par l'environnement dans lequel l'hôpital se situe, à savoir la présence d'autres hôpitaux, leur zone d'attraction, la densité et les caractéristiques de la

population ainsi que des critères géographiques tels que le caractère rural ou urbain du site.

Il convient dès lors d'apprécier la capacité en fonction de la situation concrète.

3. Quelle est la distance maximale pouvant séparer les hôpitaux qui procèdent à une fusion ?

Etant donné qu'une fusion donne lieu à la création d'un hôpital unique, le problème de la distance revêt un caractère secondaire; si toutefois la distance devient trop importante, il ne s'agit plus d'un groupement mais bien d'un transfert. Il y a lieu de maintenir cette dernière possibilité mais en respectant alors les règles spécifique au transfert.

Le Conseil opte en principe pour une distance maximale de 10 km entre les hôpitaux candidats à la fusion. Au cas où l'aspect fonctionnel d'une fusion deviendrait l'unique critère, on peut en effet craindre des décisions arbitraires; c'est pourquoi l'on a avancé en principe une distance limite de 10 km.

Le caractère rationnel et fonctionnel d'une fusion doit être prouvé pour chaque dossier; sur la base de celui-ci, une dérogation à cette limite de 10 km peut éventuellement être accordée.

- 4 A quelles conditions minimales doivent répondre respectivement les différents hôpitaux qui constituent la fusion et l'ensemble du complexe fusionné ?

Dans la perspective de ce qui précède, à savoir l'obligation de réunir les divers hôpitaux sur un site unique et de prévoir une unité d'organisation à tous les égards, il est moins important de savoir comment chaque hôpital participant à la fusion se présentait préalablement à celle-ci.

Il est par contre important de définir un nouveau concept incluant l'unité de gestion et d'organisation.

En résumé, ce qui importe c'est l'aboutissement de la fusion et non la situation individuelle des hôpitaux avant la fusion.

Les conditions minimales auxquelles doit répondre le complexe fusionné se retrouvent dans la définition du concept de fusion, formulée ci-dessus. Les éléments essentiels en sont : l'unité de conception, de gestion et d'organisation.

Il conviendra en tout cas de prouver, pour chaque dossier, le caractère rationnel de la fusion (par exemple, la fusion permet-elle de réduire les frais et éventuellement le nombre de lits, d'augmenter le niveau qualitatif ...?).

5. Un complexe fusionné peut-il procéder à un groupement avec un autre hôpital, et, dans l'affirmative, à quelles conditions ?

La réponse à cette question ne peut être qu'affirmative.

Compte tenu de la finalité d'un groupement, celui-ci ne peut être empêché dans le cas d'une fusion pour autant que ce groupement donne lieu à une organisation meilleure et plus rationnelle. Les conditions y afférentes sont les mêmes que celles en vigueur pour un groupement en général.

Le Conseil tient à formuler une considération supplémentaire.

Les modalités de la fusion peuvent être définies comme suit

La fusion doit faire l'objet d'un plan de fusion décrivant le projet au niveau des divers éléments, mais surtout au niveau de la finalité, à savoir la réalisation de l'unité de gestion, de conception, d'organisation et d'implantation géographique.

En fonction de cet objectif final, il convient de prévoir d'emblée des étapes intermédiaires tendant déjà le plus possible vers cet objectif. Le plan de fusion doit définir ces diverses étapes ainsi que leur étalement dans le temps; un plan de réalisation de la fusion, approuvé par le nouveau conseil de gestion et l'autorité de tutelle, doit être soumis.

Dès le début du projet, il conviendra en tout cas de prévoir une gestion unique et un seul médecin en chef. Chaque étape peut déjà s'accompagner d'un degré déterminé de rationalisation. Il est clair, en ce qui concerne le plan de fusion, qu'il est impossible d'imposer des règles générales et que chaque projet de fusion devra être apprécié individuellement.

Le Conseil tient encore à faire remarquer que l'approbation, par le ministre responsable, du plan de réalisation de la fusion ne peut nullement signifier que son exécution donnerait automatiquement une priorité pour le subventionnement des travaux nécessaires à la réalisation de la fusion. En d'autres termes, le subventionnement du plan de réalisation d'une fusion ne peut se faire au détriment d'autres travaux subsidiables jugés nécessaires dans le reste du secteur hospitalier.

Pour terminer, le Conseil tient à souligner que le présent avis ne tient pas compte du secteur des hôpitaux psychiatriques.