



# Commission Wallonne de la Santé

## Rapport d'activités 2012

Secrétariat permanent du  
Conseil wallon de l'Action  
sociale et de la Santé  
Version finale

---



## Plan du rapport

<b>I.</b>	<b>CADRE GENERAL</b>	<b>3</b>
	1. Texte fondateur et Missions	3
	2. Composition de la Commission wallonne de la Santé	4
<b>II.</b>	<b>BILAN DES ACTIVITES</b>	<b>7</b>
	1. Calendrier des réunions	7
	2. Participation au CWASS	8
	3. Activités	9
	3.1 Remise d'avis	9
	3.2 Avis techniques	13
	3.3 Création d'un groupe de travail	14
	3.4 Activités spécifiques	17
<b>III.</b>	<b>CONCLUSIONS</b>	<b>19</b>
<b>IV.</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>20</b>

## I. CADRE LEGAL

### 1. Texte fondateur et missions

---

La Commission wallonne de la Santé est instaurée par les articles 4 et 19 du Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé. L'article 19 explicite les missions de la Commission :

« **Art. 19.** La Commission wallonne de la santé a, en ce qui concerne les matières visées par l'article 5, § 1er, l, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles :

1° une mission générale, qui consiste à remettre des avis et/ou des rapports au Conseil wallon de l'action sociale et de la santé en ce qui concerne les missions de ce dernier visées à l'article 5, 1° à 4°, afin d'alimenter sa réflexion dans le cadre de l'exercice de ses missions;

2° une mission d'expertise, qui consiste à remettre, en adéquation par rapport aux orientations générales définies par le Conseil wallon de l'action sociale et de la santé, un avis technique au Gouvernement dans les matières qu'il détermine.

Sans préjudice de l'alinéa précédent, il s'agit notamment de remettre un avis technique en ce qui concerne l'application du Chapitre 1er du Titre 1er du Livre V de la deuxième partie du présent code :

- a) sur des projets de normes complémentaires visées à l'article 412 du présent Code;
- b) sur toute demande d'inscription dans la programmation émanant des établissements de soins;
- c) sur les propositions d'agrément ou d'agrément spécial, de prorogation d'agrément ou d'agrément spécial d'un établissement de soins ainsi que préalablement à toute décision de retrait ou de refus d'agrément ou d'agrément spécial d'un établissement de soins, à l'exception des agréments des établissements et services visant l'article 170, § 1er, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 ;
- d) sur toute demande d'agrément de groupement, d'association ou de fusion d'hôpitaux;
- e) avant toute décision d'autorisation d'un appareillage médical;
- f) à la demande du Gouvernement, un avis relatif à la subsidiation des infrastructures;
- g) à la demande du Gouvernement, un avis sur les propositions d'agrément provisoire ou d'agrément spécial provisoire. »

## 2. Composition de la Commission

---

**Président:** Monsieur Alain DUGAUQUIER

**Vice-présidents:**

- Monsieur Michel MARTIN
- Monsieur Pierre SMIETS

**Membres:**

- a. en qualité de représentants actifs en matière de santé mentale, représentant les pouvoirs organisateurs des services de santé mentale et les médecins psychiatres des services de santé mentale, répartis équitablement entre les différents secteurs conformément à l'article 46, 2°, du décret :

MEMBRES EFFECTIFS	MEMBRES SUPPLEANTS
Monsieur Michel MARTIN	Madame Françoise GERARD
Monsieur Robert GORET	Madame Marie-Paule GIOT
Madame Nicole HUBERTY	Madame Maryse VALFER

- b. en qualité de représentants impliqués dans l'accueil, l'aide ou le suivi ambulatoire et/ou résidentiel des personnes souffrant d'assuétudes, dont un proposé par une fédération :

MEMBRES EFFECTIFS	MEMBRES SUPPLEANTS
Monsieur Stéphane LUISETTO	Madame Nicole DEMETER
Madame Laurence MEIRE	Madame Claire TRABERT

- c. en qualité de représentant d'un Relais santé actif sur le territoire de la Région wallonne :

MEMBRE EFFECTIF	MEMBRE SUPPLEANT
Madame Anne DELVENNE	Monsieur Yvon HENRY

- d. en qualité de représentant des centres de télé-accueil destinés aux personnes en état de crise psychologique :

MEMBRE EFFECTIF	MEMBRE SUPPLEANT
Monsieur Olivier MARTIN	Madame Rosalba MORIELLO

- e. en qualité de représentants des associations de santé intégrée :

MEMBRES EFFECTIFS	MEMBRES SUPPLEANTS
Monsieur Patrick JADOULLE	Madame Bérangère ROUSSEAU
Madame Coralie LADAVID	Monsieur Didier GIET

- f. en qualité de représentants des centres de coordination de soins et services à domicile, répartis équitablement entre les différents secteurs conformément à l'article 46, 2°, du décret :

MEMBRES EFFECTIFS	MEMBRES SUPPLEANTS
Madame Sophie MINNE	Monsieur Claudio COLANTONI
Monsieur Brice MANY	Monsieur Edgard PETERS
Monsieur Claude DECUYPER	Madame Anita GANCWAJCH

- g. en qualité de représentants les établissements de soins visés par la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en veillant notamment à ce que soit assurée une représentation équilibrée des secteurs visés par les articles 2, 3, 6, 10 et 170, à l'exception des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, de la loi susvisée (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, habitations protégées, plates-formes psychiatriques et de soins palliatifs, services intégrés de soins à domicile, maisons de soins psychiatriques) :

MEMBRES EFFECTIFS	MEMBRES SUPPLEANTS
Monsieur Alain DUGAUQUIER	Madame Véronique BAUFFE
Monsieur Yves SMEETS	Madame Stéphanie DE SIMONE
Monsieur Jean-Louis TOUSSAINT	Madame Chantal BOUCHEZ
Monsieur Stéphane RILLAERTS	Monsieur Jean-Claude DORMONT
Madame Michelle DUSSART	Monsieur Eric FIEVEZ
Madame Laurence FETU	Monsieur Jean-Noël GODIN
Monsieur Pierre SMIETS	Monsieur Jean-Claude FROGNEUX
Madame Danielle MARTIN	Monsieur Alain JAVAUX
Monsieur Christian DENEÉ	Monsieur Reiner KAIVERS

Monsieur Pierre TEMPELS	Monsieur Francis PITZ
-------------------------	-----------------------

- h. en qualité de représentants des bénéficiaires des services visés par la présente commission, proposées par les organisations mutuellistes :

MEMBRES EFFECTIFS	MEMBRES SUPPLEANTS
Monsieur Jean Marc LAASMAN	Madame Françoise DEWOLF
Madame Thérèse TROTTI	Monsieur Luc DUSSOLIER

- i. en qualité de représentant des organisations représentatives des travailleurs :

MEMBRE EFFECTIF	MEMBRE SUPPLEANT
Monsieur Guy CRIJNS	Madame Sabine LIBERT

Le Secrétariat des réunions de la Commission wallonne des de la Santé est assuré par Mademoiselle Pauline Delbascourt, attachée au Secrétariat permanent du Conseil wallon de l'Action sociale et de la Santé au sein de la DG05, en collaboration avec la Direction des Soins Hospitaliers de la DGO5.

### Cadre administratif

Lors de sa séance du 22 novembre 2012, le Gouvernement wallon a adopté un arrêté modifiant l'arrêté du Gouvernement wallon du 5 juin 2009 portant désignation du président, des vice-présidents et des membres de la Commission wallonne de la Santé instaurée par le décret-cadre du 6 novembre 2008 portant rationalisation de la fonction consultative pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution.

Ainsi, Madame **Nicole Huberty** est désignée comme membre effectif de la CWS (en remplacement de Madame Francine Lange).

Monsieur **Reiner Kaivers** est désigné comme membre suppléant de Monsieur Christian Denée.

## II. BILAN DES ACTIVITES

### 1. Calendrier des réunions

---

La Commission wallonne de la Santé s'est réunie neuf fois en 2012 (annexe 1):

- le 20 janvier 2012
- le 17 février 2012
- le 16 mars 2012
- le 20 avril 2012
- le 08 juin 2012
- le 17 juillet 2012
- le 21 septembre 2012
- le 19 octobre 2012
- le 21 décembre 2012



## 2. Participation au Conseil wallon de l'Action Sociale et de la Santé

---

Les membres désignés pour représenter la Commission wallonne de la Santé au sein du CWASS sont :

EFFECTIFS	SUPPLEANTS
Monsieur Alain DUGAUQUIER	Madame Nicole DEMEETER
Madame Véronique BAUFFE	Monsieur Jean-Louis TOUSSAINT
Monsieur Pierre SMIETS	Madame Danielle MARTIN
Madame Thérèse TROTTI	Monsieur Jean-Marc LAASMAN
Monsieur Patrick JADOULLE	

Les représentants de la CWS ont participé aux réunions du CWASS les :

- le 25 janvier
- le 14 mars
- le 21 mai
- le 19 juin
- le 12 septembre
- le 06 novembre

Le **Bureau du CWASS**, composé des Présidents des six Commissions, du Président du CWASS et des deux Vice-présidents, du Secrétariat, de l'administratrice générale de l'AWIPH et de la directrice générale de la DGO5, s'est réuni à trois reprises :

- le 25 janvier 2012 ;
- le 30 janvier 2012 ;
- le 06 mars 2012.

Cette dernière réunion a eu lieu en présence de Madame la Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances. Cette rencontre fut l'occasion d'un échange autour des travaux du CWASS mais aussi des priorités de Madame la Ministre pour l'année 2012.



## 3. Activités en 2012

---

### 3.1 Remises d'avis

#### Désignation d'un membre de la Commission au sein du comité de pilotage du CRESAM

##### Contexte

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, un Centre de référence en Santé mentale (CrésAM) a été reconnu par Madame la Ministre de la Santé.

Un Comité de pilotage est chargé de superviser les missions de ce Centre. Selon la législation en vigueur, il est précisé que le Gouvernement préside le Comité de pilotage et y désigne quatre représentants.

Cette disposition est précisée par l'arrêté du Gouvernement wallon du 10 décembre 2009 portant exécution du décret du 3 avril 2009 relatif à l'agrément des Services de Santé mentale et à la reconnaissance des Centre de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions. Celui-ci précise que :

*« Art. 58 – Les représentants du Gouvernement au sein du Comité de pilotage du Centre de référence en santé mentale, visé à l'article 82 § 5 du décret, sont désignés comme suit :*

- 1° un représentant du Ministre ayant la Santé dans ses attributions ;*
- 2 ° un membre proposé par la Commission permanente de la Santé, visée à l'article 53 du décret du 6 novembre 2008 portant la rationalisation de la fonction consultative pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution ;*
- 3 ° deux membres du personnel des Services du Gouvernement. ».*

Sur base des éléments susvisés, il revient à la Commission wallonne de la Santé de désigner un de ses membres (un effectif et un suppléant) pour siéger au sein du Comité de pilotage du CrésAM.

Pour rappel, le Centre de référence en santé mentale exerce les missions suivantes:

- une mission de concertation transrégionale et transectorielle;
- une mission d'observatoire des pratiques en santé mentale;
- une mission d'appui auprès des acteurs du secteur;
- une mission de recherche qui vise la réalisation d'analyses, d'études et de recherches ponctuelles résultant des missions d'observatoire, d'appui et de

concertation des acteurs de santé mentale dans la Région de langue française;

- une mission de production, de récolte, de mise à disposition et de diffusion de toute information et toute documentation spécialisée, utiles aux différents acteurs de la santé mentale.

Les missions du **Comité de pilotage** sont les suivantes :

- superviser l'organisation des missions du Centre de référence en Santé mentale;
- mener l'évaluation dudit Centre de référence en Santé mentale.

Deux « catégories » de membres ont été instituées au sein du comité de pilotage :

1) Ceux issus de l'appel à candidature public, c'est-à-dire :

- les personnes désignées par le conseil d'administration du centre de référence
- deux représentants des pouvoirs organisateurs des services de santé mentale, dont un directeur administratif;
- trois représentants des travailleurs des services de santé mentale, chacun pour une fonction;
- un représentant de la fonction psychiatrique;
- un représentant des plates-formes de concertation en santé mentale.

2) Et les représentants du Gouvernement au sein du comité, à savoir :

- un représentant du Ministre ayant la santé dans ses attributions ;
- **un membre proposé par la Commission wallonne de la Santé**, visée à l'article 53 du décret du 6 novembre 2008 portant rationalisation de la fonction consultative pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution ;
- deux membres du personnel des Services du Gouvernement.

**La Commission wallonne de la Santé a souhaité que le Groupe de travail « Santé mentale » lui propose les candidatures pour le mandat de membre effectif et de membre suppléant.**

Le groupe de travail s'est donc réuni en mars 2012 afin d'analyser les candidatures réceptionnées. Il a été proposé que le mandat d'effectif revienne à Madame BAUFFE, et celui de suppléant à Madame HUSDEN. Cette proposition a été entérinée par la Commission.

### **Reconnaissance d'un Centre de référence spécifique au suicide**

En mai 2011, l'avis du CWASS était sollicité sur la candidature de l'ASBL « Un pass dans l'impasse » introduite dans le cadre de l'appel à reconnaissance d'un centre de référence spécifique suicide. Monsieur P.Y BOLEN, Directeur des Soins Ambulatoires, a présenté la candidature de l'asbl. C'est la seule association à avoir répondu à l'appel à reconnaissance passé au Moniteur belge fin 2011.

Lors de la réunion du CWASS, il a été proposé que la Commission wallonne de la Santé organise une réunion avec l'asbl candidate. Cette réunion a eu lieu le 21 septembre 2012 dans le cadre des travaux du groupe de travail santé mentale. L'avis proposé par le groupe a été avalisé par la Commission en octobre 2012.

### **Rapport des plaintes reçues en 2011 par le Direction des Soins Hospitaliers**

Conformément à l'article 43 du Code Wallon de l'Action Sociale, la Commission a pris connaissance des plaintes réceptionnées durant l'année 2011 par la Direction des Soins Hospitaliers. La Commission n'a pas formulé de remarques particulières à la suite de la présentation faite par Madame Christine BIERME, Directrice des Soins Hospitaliers.

### **Arrêté du Gouvernement wallon présentant le projet de décret modifiant certaines dispositions du Code wallon de l'Action Sociale et de la Santé relatives au transport médico-sanitaire**

L'avis de la Commission a été sollicité sur le projet de décret en juillet 2012. Le dossier de demande d'avis a fait l'objet d'une présentation par Madame Isabelle PAUL, chef de Cabinet adjoint de Madame la Ministre de la Santé, et Monsieur Cédric MELIS, collaborateur.

#### **Les principales modifications apportées touchent :**

- A la protection des patients (non discrimination et transparence des tarifs) ;
- A la simplification administrative via l'allégement des charges administratives (tant pour les services que pour l'administration) ;

- Au contrôle et sanction (désignation d'un fonctionnaire chargé d'infliger les amendes et introduction de la procédure de fermeture d'urgence) ;
- A l'évaluation via des rapports d'activités.

Les remarques suivantes ont émises en séance :

- Concernant l'article 687 relatif à la présence d'un médecin dans l'ambulance : cette présence risque d'entraîner une augmentation du cout des factures, sans qu'il soit possible de vérifier si la présence de celui-ci est réelle et nécessaire.
- Concernant la référence à une surveillance médicale « particulière » dans l'article 680 : la Commission invite le Gouvernement à supprimer cet adjectif qui n'apporte pas d'information claire sur le type de surveillance en question.

**Demande d'avis – nouvelles dispositions en matière de pathologie cardiaque**

Une demande d'avis concernant les nouvelles dispositions en matière de pathologie cardiaque a été transmise à la Commission en septembre 2012.

Afin de traiter cette demande d'avis dans les meilleures conditions, le groupe de travail « Etablissements de Soins » a créé en son sein un groupe de travail « Cardiologie ».

Trois réunions ont eu lieu entre octobre et décembre 2012, dont l'une en présence de trois experts.

Avec l'aide de l'administration et plus particulièrement de Madame Magali MOSBEUX, Attachée à la Direction des Soins Hospitaliers, et Madame Christine BIERME, Directrice, la Commission a pu rendre à Madame la Ministre de la Santé un avis circonstancié sur les nouvelles dispositions en matière de pathologie cardiaque. A cet égard, la Commission tient à remercier le Direction des Soins Hospitaliers pour l'efficacité et la rapidité du travail réalisé.

### 3.2 Avis techniques

Au cours de ses réunions, sur proposition du groupe de travail permanent « Etablissements de Soins », la Commission wallonne de la Santé a émis les avis suivants:

A. <u>Avis quant aux dossiers relatifs aux demandes de prorogation d'agrément:</u>	28
B. <u>Avis quant aux dossiers relatifs à une demande de retrait d'agrément</u>	1
C. <u>Avis quant aux dossiers relatifs à une reconversion de lits</u>	5

### 3.3. Constitution d'un groupe de travail

Pour rappel, en 2010, la Commission wallonne de la Santé a créé en son sein un groupe de travail "Santé mentale". Celui-ci émane d'une demande de la Commission permanente de la Santé de disposer d'un lieu d'échanges favorisant la transversalité tout en permettant de mettre en avant les spécificités du secteur de la santé mentale.

Ce groupe de travail est assisté d'un double soutien de la part de l'administration au travers d'une part, de la Direction des Soins hospitaliers en la personne de Madame Sophie VILAIN XIII, et d'autre part, de la Direction des Soins ambulatoires en la personne de Madame Emmanuelle DEMARTEAU et de Monsieur P.Y BOLEN.

Le groupe s'est réuni cinq fois en 2012 :

- le 20 janvier
- le 17 février
- le 16 mars
- le 20 avril
- le 21 septembre

Les séances du groupe de travail ont été consacrées aux thèmes suivants :

#### **Le projet du FOREM de catégorisation des demandeurs d'emploi**

Les membres du groupe de travail ont tenu à émettre certaines remarques concernant le nouveau décret du FOREM sur l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi via lequel le FOREM souhaitait classer les demandeurs d'emplois en 4 catégories, en fonction de leur caractère proche ou non de l'emploi. Le terme MMPP, à savoir personnes présentant des problèmes de nature médicale, mentale, psychique et/ou psychiatrique, avait alors été utilisé pour faire référence à la catégorie des chômeurs les plus éloignés de l'emploi.

Le projet de décret a fait l'objet d'une réflexion approfondie de la part du CWASS, et chacune des six Commissions permanentes a eu l'opportunité de remettre un avis plus particuliers sur ce sujet.

En synthèse, les remarques du groupe de travail, validées par la Commission, soulignaient les interrogations qui subsistent concernant l'exécution, sur le terrain, du décret.

Ainsi, la Commission estimait que l'accompagnement individualisé, c'est-à-dire le fait d'accompagner vers l'emploi une personne en tenant compte de ses capacités, de ses compétences, mais aussi de ses attentes, est positif.

La Commission soulignait néanmoins les effets pervers possibles lorsque l'on catégorise les demandeurs d'emploi :

- Le risque de voir une segmentation figer définitivement une personne dans un profil, alors que sa situation évolue ;
- La difficulté de juger des aspects psychologiques et/ou psychiques dans le cadre de l'insertion professionnelle ;
- Le risque d'imposer des soins à une personne pour répondre à un objectif de mise à l'emploi.

### **Présentation du projet 107 de TOURNAI**

Lors de la réunion du 20 janvier, une présentation du projet 107 mené à Tournai a été faite. Elle a permis de rendre compte de la spécificité du projet mis en place sur Tournai et les environs, et d'informer les membres du groupe de travail sur la structuration concrète du réseau (assemblée générale, comité de pilotage, ...).

### **Avis du CNEH sur la pédopsychiatrie**

Les membres du groupe de travail ont pris connaissance de l'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers relatif à la pédopsychiatrie.

Plusieurs points ont été mis en exergue dès l'analyse préliminaire de cet avis du CNEH :

- La note de politique générale du Fédéral qui prévoit d'étendre le 107 à la prise en charge des enfants ;
- Dans le cadre du transfert de compétence, il est prévu que les conventions de revalidation pour la psychiatrie seront transférées aux régions, tandis que les lits K restent au Fédéral ;
- Face à la volonté de transcrire sous forme d'arrêté l'avis du CNEH, la Région wallonne a tout intérêt à communiquer les données wallonnes qui inventorieront les dispositifs existants sur son territoire. Ce travail

d'actualisation des données peut être réalisé en collaboration avec les plateformes.

Des experts ont été invités à la réunion de février 2012 consacrée à ce thème.

### **Candidatures pour le comité de pilotage du CRESAM**

Trois candidatures avaient été posées dans le cadre du mandat de membre effectif et suppléant au sein du comité de pilotage du CRESAM. Ces candidatures ont été présentées lors de la réunion du groupe de travail de mars 2012 ; la proposition retenue a ensuite été avalisée par la Commission réunie en assemblée plénière.

### **Candidature de l'ASBL « Un pass dans l'impasse » comme centre de référence santé mentale**

En septembre 2012, Madame F. Ringlet, Psychologue, Directrice Thérapeutique de l'ASBL « Un pass dans l'impasse », Monsieur T. Thirion, responsable administratif de l'ASBL ainsi que Monsieur X. Malisoux, psychologue, ont présenté aux membres du groupe de travail leur dossier candidature en tant que centre de référence spécifique suicide.

La remarque la plus importante émise après cette présentation est analogue à celle faite lors du processus de reconnaissance du CRÉSAM : il faut un positionnement clair de l'ASBL et du centre de référence. Les pôles doivent être distincts, et les rôles de chacun doivent être clarifiés. Le décret prévoit d'ailleurs l'instauration d'un comité de pilotage indépendant, avec des membres dont les profils sont différents (thérapeutiques VS scientifiques).

Suite à cette réunion, un projet d'avis a été rédigé ; celui-ci a été avalisé par la Commission wallonne de la Santé et adopté ensuite par le Conseil wallon de l'Action Sociale et de la Santé.



### 3.4. Activités spécifiques

#### La Réforme de l'Inspection

Pour rappel, le 23 décembre 2010, le Gouvernement wallon a approuvé les conditions d'un marché de services à passer en 2011 pour procéder à la réforme de l'Inspection des hôpitaux (maison de repos y compris).

Le 23 juin 2011, Madame Brigitte Bouton, Inspectrice générale à la DGO5, et Monsieur Vassilis Alexandris, chef de projet au sein du bureau de consultant Deloitte, ont présenté aux membres de la Commission les principales étapes de la réforme.

Six mois plus tard, en janvier 2012, Madame Brigitte BOUTON présentait à la Commission l'état d'avancement de la réforme. A l'époque, cinq groupes de travail avaient été mis sur pied au sein de l'administration afin de réajuster les conclusions des premières phases de la réforme en fonction du paramètre fonction publique, c'est-à-dire le nombre d'inspecteurs au sein de la Direction des Soins Hospitaliers.

Une phase de communication devra être entreprise vers les Fédérations et les établissements au cours de l'année 2013.

#### Présentation de l'étude de la Fondation Roi Baudouin « Leviers pour une meilleure participation des patients »

Messieurs Lisoir et Rauws de la Fondation Roi Baudouin (FRB) ont présenté aux membres de la Commission les résultats de l'étude « Leviers pour une meilleure participation des patients ». Leur présentation est jointe au présent PV.

Le débat qui a suivi cette présentation a permis de mettre en exergue :

- Les difficultés quant aux critères retenus pour définir une association de patients. A cet égard, La Fondation a renoncé à une définition car le secteur évolue constamment. Néanmoins il existe certains critères à prendre en considération : l'implication plus ou moins forte des patients dans l'organisation de l'association, le rôle décisionnel, la présence des professionnels de la santé, la finalité de l'association (= au service du

patient, entraide entre usagers, familles,...). Il n'y a pas de critère de taille retenu.

- L'indépendance financière des associations. Des firmes pharmaceutiques sont très intéressées par ces associations. Un meilleur financement permettrait de prémunir les associations de se faire sponsoriser par le privé. Il existe certaines revendications pour que les pouvoirs publics soutiennent les associations.

En guise de conclusion, l'étude de la Fondation estime qu'il faut des critères concernant la gouvernance, l'indépendance, la qualité des services offerts aux membres des associations de patients. Il faut affiner ces critères, aider le secteur à se développer pour pouvoir devenir ensuite plus exigeant.

### III. CONCLUSIONS

La Commission wallonne de la Santé estime avoir répondu, pour l'année 2012, à l'ensemble des missions qui lui ont été dévolues par le Gouvernement wallon.

La Commission wallonne de la Santé tient à remercier les membres du personnel de la Direction des Soins hospitaliers et des Soins ambulatoires de la DG05 pour sa collaboration.

## IV. ANNEXES

### Annexe 1 : ordre du jour des réunions

#### ▪ Réunion du 20 janvier 2012

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 16 décembre 2011
2. Propositions du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 16 décembre 2011 :
  1. ASBL Les Habitations protégées Liégeoises – demande de prorogation d’agrément de 85 places d’habitations protégées et de l’association qui les gère ;
  2. Clinique de l’Intercommunale Famenne-Ardenne-Condroz – demande de retrait d’agrément de la fonction SUS et de la fonction SMUR.
3. Points de suivi :
  - Réforme de l’Inspection : présentation
  - Groupe de travail Santé Mentale : désignation du Président et du Vice-Président
4. Divers

#### ▪ Réunion du 17 février 2012

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 20 janvier 2012
2. Proposition du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 20 janvier 2012 :
  1. IHP Notre Domaine-Braine l’Alleud : demande de prorogation d’agrément de 17 places d’habitations protégées et de l’association qui les gère.
3. CréSAM : désignation d’un membre de la CWS au comité de pilotage ;
4. Divers

#### ▪ Réunion du 16 mars 2012

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 17 février 2012 ;
2. Proposition du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 17 février 2012 :
  1. Asbl Les Habitations protégées du Hainaut – Le Relais : demande de prorogation d’agrément de 57 places et de l’association qui les gère, et agrément de 23 places d’habitations protégées ;

2. Association intercommunale de Santé de la Basse Sambre – CHR Val de Sambre : demande de prorogation d'agrément de l'établissement ;
3. Clinique Saint Pierre à Ottignies : demande de prorogation d'agrément de l'établissement .
4. Centre Psychothérapeutique de Jour Charles Albert Frère à Marcinelle : demande de prorogation d'agrément
5. Centre Psychiatrique Saint Bernard à Manage : demande d'extension de la durée de la prorogation d'agrément pour les 30 lits T

3. Demande d'avis : reconnaissance d'un Centre de Référence spécifique « Suicide » ;
4. Rapport d'activité 2011 de la CWS ;
5. Divers

▪ **Réunion du 20 avril 2012**

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 16 mars 2012 ;
2. Proposition du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 16 mars 2012 :
  1. Hôpital de Jour Universitaire « La Clé » : demande de prorogation d'agrément de 25 lits index A de jour;
  2. ASBL l'Essor : demande de prorogation d'agrément de 27 places d'habitations protégées et de l'association qui les gère;
  3. Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne à Soignies: demande de prorogation d'agrément de l'établissement.
  4. Centre Hospitalier Chrétien: demande de prorogation d'agrément
  5. Centre Hospitalier Universitaire A. Paré: demande de prorogation d'agrément de l'établissement
  6. Maison Marie Immaculée Le Goeland : demande de prorogation de l'agrément de l'établissement ;
  7. Association intercommunale de Santé de la Basse Sambre – CHR Val de Sambre (dossier reporté): demande de prorogation d'agrément de l'établissement ;
  8. Clinique Saint Pierre à Ottignies (dossier reporté) : demande de prorogation d'agrément de l'établissement .

3. Comité de pilotage du CRESAM : désignation du représentant effectif de la CWS et de son suppléant ;
4. Divers.

▪ **Réunion du 08 juin 2012**

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 20 avril 2012 ;
2. Proposition du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 20 avril 2012 :

1. Centre Hospitalier de Wallonie Picarde : proposition de reconversion de 43 lits C en 34 lits C+D (banalisés) et 9 lits C+D (USI)
  2. Centre Hospitalier Universitaire A. Paré (dossier reporté) : proposition de prorogation d'agrément de l'établissement.
3. Rapport des plaintes réceptionnées durant l'année 2011 par la Direction des Soins Hospitaliers et rapport des plaintes réceptionnées durant l'année 2011 par la Direction des Soins Ambulatoires ;
4. Suivi du CWASS du 21 mai 2012 :
  - Avis de la CWS relatif au projet du FOREM de catégorisation des chômeurs ;
  - Appel à reconnaissance d'un Centre de référence spécifique Suicide
5. Divers

▪ **Réunion du 17 juillet 2012**

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 08 juin 2012 ;
2. Proposition du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 08 juin 2012 :
  1. Centre Hospitalier Notre Dame Reine Fabiola à Charleroi : proposition de prorogation d'agrément définitif de l'établissement et de ses 563 lits
  2. Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon à St Servais : proposition de prorogation d'agrément définitif de l'établissement et de ses 423 lits ;
  3. Hôpitaux St Joseph- Ste Thérèse- IMTR : proposition de prorogation d'agrément définitif de l'établissement et de ses 604 lits ;
  4. Centre Hospitalier de Mouscron : proposition de prorogation d'agrément définitif de l'établissement et de ses 355 lits ;
  5. Clinique et Maternité Ste Elisabeth Namur : proposition de prorogation d'agrément définitif de l'établissement ;
  6. Centre Universitaire Provincial La Clairière : proposition de prorogation d'agrément définitif de l'établissement et de ses 199 lits ;
  7. ISoSI Secteur A : proposition de prorogation d'agrément définitif de l'établissement et de ses 104 lits
3. Demande d'avis : Arrêté du Gouvernement wallon présentant le projet de décret modifiant certaines dispositions du Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé relatives au transport médico-sanitaire;
4. Divers

▪ **Réunion du 21 septembre 2012**

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 17 juillet 2012 ;
2. Proposition du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 17 juillet 2012 :
  1. Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye – proposition de reconversion de 18 lits D en 18 lits G ;
  2. RHMS Baudour – proposition de prorogation d'agrément de l'établissement et de ses 248 lits ;
  3. Centre de Santé des Fagnes de Chimay – proposition de prorogation d'agrément de l'établissement ;
  4. C.H.U Charleroi - proposition de prorogation d'agrément de l'établissement ;
  5. C.H.U A. Vésale - proposition de prorogation d'agrément de l'établissement ;
  6. Vivalia – Centre Hospitalier de l'Ardenne – proposition de reconversion de 6 lits C en 6 lits G.
3. Présentation de l'étude de la Fondation Roi Baudouin « Leviers pour une meilleure participation des patients »;
4. Divers

▪ **Réunion du 19 octobre 2012**

1. Approbation du procès verbal de la réunion du 21 septembre 2012;
2. Proposition du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 21 septembre 2012 :
  1. CHWAPI – proposition de prorogation d'agrément définitif du site et de ses 170 lits;
  2. Clinique Notre-Dame des Anges– proposition de reconversion des 30 lits T en 17 lits A et 4 lits A partiels de jour;
  3. Hôpital Psychiatrique Saint Jean de Dieu- proposition de prorogation d'agrément de l'établissement et de ses 180 lits ;
  4. Maison de Soins Psychiatrique Mozart - proposition de prorogation d'agrément de 60 lits MSP;
  5. Centre Hospitalier de Réadaptation et de Psychiatrie du Brabant Wallon – proposition de reconversion de 4 lits T en 6 lits Tj ;
3. Divers

▪ **Réunion du 21 décembre 2012**

1. Approbation des procès verbaux des réunions du 21 septembre 2012 et du 19 octobre 2012;
2. Propositions du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 21 septembre 2012 :

1. CHWAPI – proposition de prorogation d’agrément définitif du site et de ses 170 lits;
2. Clinique Notre-Dame des Anges– proposition de reconversion des 30 lits T en 17 lits A et 4 lits A partiels de jour;
3. Hôpital Psychiatrique Saint Jean de Dieu- proposition de prorogation d’agrément de l’établissement et de ses 180 lits ;
4. Maison de Soins Psychiatrique Mozart - proposition de prorogation d’agrément de 60 lits MSP;
5. Centre Hospitalier de Réadaptation et de Psychiatrie du Brabant Wallon – proposition de reconversion de 4 lits T en 6 lits Tj ;

Propositions du groupe de travail « Etablissements de Soins » du 19 octobre 2012 :

1. ASBL Habitations Protégées Sud-Luxembourg – proposition de prorogation d’agrément de 30 places et de l’association qui les gère ;
2. Centre Hospitalier Psychiatrique le Chêne aux Haies – proposition de prorogation de l’agrément

3. Groupe de travail « Cardiologie » : proposition d’avis ;
4. Divers



**Annexe 2 : avis relatif Avis de la Commission Wallonne de la Santé relatif à l'arrêté du Gouvernement wallon présentant le projet de décret modifiant certaines dispositions du Code wallon de l'Action Sociale et de la Santé relatives au transport médico-sanitaire**

La Commission wallonne de la Santé, ci-après nommée CWS,

Conformément à l'article 3 du Code wallon de l'Action Sociale et de la Santé,

Faisant suite à la demande d'avis adressée en date du 11 juin 2012 par Madame la Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances, et à la présentation du dossier par Madame Isabelle Paul, Chef de Cabinet adjoint, et Monsieur Cédric Melys, collaborateur,

Remet l'avis suivant :

La CWS salue le projet de réforme du TMS, notamment en ce qui concerne la protection du patient et le souci de simplification administrative poursuivis.

Néanmoins, elle estime que cette modification de la législation devrait être l'occasion de revenir sur certaines imprécisions héritées du décret du 29 avril 2004.

De ce fait, la CSW émet les remarques suivantes :

**Champ d'application du projet de décret**

Le projet de décret s'applique, notamment, aux véhicules sanitaires légers, dont la définition est donnée à l'article 680, §1<sup>er</sup>, alinéa 4 : « tout véhicule destiné au transport sanitaire de patients qui ne nécessitent ni de surveillance médicale *particulière*, ni la position couchée ».

La CWS invite le Gouvernement à supprimer, concernant la surveillance médicale, l'adjectif « particulière », qui dans ce cadre précis engendre un certain nombre d'interrogations (que signifie une surveillance médicale particulière ?).

De plus, une interrogation subsiste quant aux transports inter-hospitaliers.

### Définition du transport médico-sanitaire

A l'article 680 §1<sup>er</sup>, alinéa 2 du projet de décret, le transport médico-sanitaire est défini comme « tout transport effectué contre rémunération, par route, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, par un personnel qualifié depuis le lieu de prise en charge jusqu'au lieu de destination (...) ».

Selon cette définition, la tarification débute donc à partir du moment où le patient se trouve effectivement dans le véhicule, et non pas à partir de la base de départ de ce dernier. Or, cela pourrait avoir comme conséquence le refus, par des opérateurs, d'effectuer un trajet pour un patient dont le lieu de prise en charge est (trop) éloigné de sa base.

Certes, si la tarification (via la fixation d'un forfait ou d'un montant minima-maxima) doit être réglée dans l'arrêté d'exécution du décret, la question de l'éventuel préjudice causé au patient ne peut être éludée.

### Présence d'un médecin dans le cadre d'un transport médico-sanitaire par ambulance

L'article 687 du projet de décret reprend l'obligation, lorsque l'état du patient nécessite l'utilisation d'une ambulance de type B ou C, la présence d'un médecin ou d'un infirmier au chevet du patient.

Afin d'éviter des abus, et de facturer au patient des coûts supplémentaires, la présence du médecin dans l'ambulance devrait faire l'objet d'une prescription, décidée en fonction de l'état réel du patient et de la nécessité d'avoir un médecin présent dans le véhicule.

**Annexe 3 : Avis relatif aux nouveaux arrêtés royaux relatifs aux programmes de soins « pathologie cardiaque »**

A la demande de Madame la Ministre Eliane Tillieux, le groupe de travail « Etablissements de soins » s'est penché sur la question des nouvelles dispositions entrées en vigueur avec la parution des A.R. du 12 juin 2012 relatifs à la pathologie cardiaque.

Ce groupe était présidé par Monsieur A. Dugauquier et composé des membres suivants : P. Smiets, D. Martin, A. Javaux, Y. Husden, J.L. Toussaint, J.C. Dormont, Ch. Bouchez, T. Trotti, M. Dussart, C. Denée, P. Tempels, V. Bauffe. Ont également accompagné ces travaux : M. Y. Smeets, représentant du cabinet ainsi que des représentants de l'administration : B. Bouton, Dr. C. Biermé, M. Mosbeux et D. Hachez. Enfin, les membres du groupe de travail ont sollicité l'avis de trois experts pour les éclairer sur certaines questions qui devaient l'être : le Dr. Marcelle, le Dr. Etienne et le Dr. Bury.

En préliminaire, les membres du groupe de travail souhaitent rappeler à Madame la Ministre :

- L'intérêt de confronter le présent avis aux membres du Conseil communautaire des Etablissements de soins puisque les agréments des nouveaux centres B1-B2 seront en réalité délivrés aux centres « mères », c'est-à-dire dans la majorité des cas aux quatre hôpitaux universitaires francophones dont l'agrément dépend de la Ministre de la Communauté française qui a la santé dans ses attributions ;
- Le souhait de concerter la COCOM sur les critères complémentaires qui sont proposés ici afin d'harmoniser les approches puisque dans certains cas, les hôpitaux universitaires situés à Bruxelles passeront sans aucun doute des conventions d'association avec des hôpitaux bruxellois.

Sans préjudice de la position que pourrait avoir la Direction générale de l'action sociale et de la Santé quant à l'interprétation des normes fixées dans les arrêtés royaux en question, le groupe de travail propose d'adopter les positions qui suivent pour les articles qui ont fait l'objet d'une analyse de sa part.

---

**1. A.R. du 12 juin 2012 fixant les normes d'agrément pour le réseau « pathologie cardiaque »**

**Art. 3 : « Chaque fournisseur de soins peut faire partie de plusieurs réseaux »** : les membres du GT estiment que si tout est envisageable sur le plan juridique, l'application concrète de certaines normes engendrera une certaine restriction (chef de service commun, staff médical commun, manuel pluridisciplinaire). Dans tous les cas, les demandes d'agrément des réseaux devront être accompagnées d'une liste exhaustive des communes couvertes par le réseau.

A ce propos, les membres souhaitent préciser que l'option de ne signer une convention d'association qu'avec un seul programme B complet ne peut contraindre les hôpitaux qui auront un programme B1-B2 à transférer des patients à ce seul programme B. Des collaborations informelles avec d'autres programmes B resteront toujours possibles notamment dans le souci de respecter la liberté de choix des patients.

**2. A.R. du 12 juin 2012 coordonné fixant les normes auxquelles les programmes de soins pathologie cardiaque doivent répondre pour être agréés**

**Art.3 7° « un programme de réadaptation qui mesure l'état fonctionnel de manière objective »** : les membres du GT estiment qu'il est impossible que chaque programme A ait une convention INAMI de revalidation cardiaque. Par contre, si l'on se réfère à la définition de l'hôpital de base reprise dans l'A.R. du 30 janvier 89, on peut considérer qu'il relève des missions de chaque hôpital de faire de la réadaptation fonctionnelle. Sur cette base, les membres du GT estiment raisonnable d'exiger qu'un programme de réadaptation cardiaque soit au minimum composé d'un kinésithérapeute qui travaillera sous la supervision d'un cardiologue ou le cas échéant d'un physiothérapeute intervenant sur base d'une prescription de prise en charge signée par un cardiologue.

Dans le cadre du réseau, le programme devra, le cas échéant, pouvoir faire appel à l'avis d'un diététicien, d'un tabacologue et d'un assistant social.

**Art. 5 4° « disposer de possibilités de traitement ambulatoire pour le suivi, en concertation avec la première ligne, de patients atteints d'une pathologie cardiaque chronique »** : les membres du GT propose que le réseau soit en mesure de démontrer qu'il met à disposition de tous les intervenants de la première ligne - qu'il s'agisse de médecins généralistes et/ou de cardiologues ayant uniquement une consultation privée - le manuel pluridisciplinaire tel que décrit à l'article 8/1 §1<sup>er</sup>. L'idée d'encourager les hôpitaux partenaires du réseau à publier sur leur site internet ce manuel devra par ailleurs être soutenue.

**Art. 5 5° « disposer des possibilités de transférer, à tout moment (...), éventuellement avec intervention d'un médecin ou d'une fonction SMUR (...) »** :

les membres du GT estiment que le transfert médicalisé est une question toujours difficile : **soit** on fait appel à une **société de transport privée** en exigeant la présence d'un médecin auquel cas on n'a aucune garantie sur la qualité de ce médecin et le coût est totalement à charge du patient **soit l'hôpital met à disposition l'un de ses médecins** dans l'ambulance (coût pour l'hôpital) **soit c'est le médecin du SMUR** qui assure l'accompagnement auquel cas l'hôpital est en infraction avec la législation sur l'A.M.U. **Cette question devra être négociée entre les « fournisseurs » au sein de chaque réseau, mais le GT souhaiterait par ailleurs que la Ministre interroge l'INAMI sur ce projet d'honoraire spécifique** qui pourrait couvrir le médecin qui accompagne un patient nécessitant un transfert dans le cadre d'un programme de pathologie cardiaque.

**Il est aussi proposé de réunir un GT spécifique sur la question du transport des patients** (en complément de l'avis relatif au TMS remis il y a qq. mois).

**Art. 8/1 & 1<sup>er</sup> et art. 20 – du manuel cardiologique pluridisciplinaire** : Les articles 8/1 & 1<sup>er</sup> et 20 & 1<sup>er</sup> semblent suffisamment explicites. Tout ce qui concerne les directives pluridisciplinaires relatives au diagnostic, au traitement, etc. ne devraient pas poser problème, car tout le monde suit grosso modo les *guides lines* européens reconnus en la matière, mais il risque cependant d'y avoir un problème pour la question du renvoi des patients. Les membres du GT proposent que **ce problème soit résolu entre « fournisseurs » du réseau.**

**Art. 16 1° « un laboratoire de cathétérisme cardiaque comprenant au moins 2 salles d'angiographie équipées... »** : le « FAQ » du Fédéral précise que les programmes B1 qui souhaitent une conversion vers un programme de soins B1-B2 doivent satisfaire à toutes les normes d'agrément définies pour B1-B2 au moment de la demande d'agrément. Pour les hôpitaux qui n'avaient pas encore de programme B1 et pour les hôpitaux candidats B1 à l'agrément d'un programme B1-B2, le GT propose que les hôpitaux disposent en tout **cas au moins d'une salle au moment de la demande et s'engagent à en aménager une seconde dans un délai rapide. Ces 2 salles devront être exploitées sur le même site.**

**Art. 19/1 inséré : « Dans l'optique d'un usage sûr de l'appareillage et de son entretien technique et fonctionnel systématique, le programme de soins doit pouvoir faire appel, au sein d de l'hôpital, à un expert technique »** : la technologie des appareils d'angiographie actuels présente des spécificités propres à chaque marque et les up-gradings du système informatique de ce matériel sont très spécifiques. L'hôpital doit pouvoir garantir qu'un expert technique peut réagir par rapport à tout problème technique, soit par une solution interne au minimum en première ligne soit via un contrat de maintenance avec les firmes, soit par l'intrication des deux. L'hôpital doit dans ce cadre pouvoir fournir la preuve de l'entretien annuel de la salle.

**Art. 22/3 « Un hôpital disposant d'un programme de soins « pathologie cardiaque » A agréé qui souhaite obtenir l'agrément pour les programmes B1-B2**

**doit démontrer qu'il a renvoyé au total pendant les trois ans précédant la demande d'agrément, au moins 750 patients présentant une problématique cardiaque vers un programme B** » : Dans l'état actuel, vu l'absence d'une base de données fiable, l'administration pourrait comptabiliser les cas potentiels sur base d'une déclaration cosignée à la fois par l'hôpital demandeur et par l'hôpital receveur reprenant le total des patients ayant fait l'objet d'un transfert ces 3 dernières années (moyenne annuelle ou moyenne sur trois ans tel que décrit dans l'A.R.) pour les codes de nomenclature qui étaient encore en vigueur pour ces années de référence (cf. A.R. 15 mars 2004).

Pour l'avenir, le GT demande à la Ministre d'interpeller le fédéral pour demander que les hôpitaux émetteurs soient encodés par les receveurs dans les bases de données existantes (Qermid - E-health et encodage du Collège).

**Art. 18 & 1<sup>er</sup>, 1° « Outre l'équipe médicale prévue pour le A, le programme B dispose d'une équipe médicale composée d'au minimum 3 cardiologues attachés à temps plein et à titre exclusif au programme... »** : L'A.R. est clair : « outre l'équipe médicale du A,... ». Il faut donc bien 4 cardiologues. Notons d'ailleurs que par le passé, les hôpitaux qui étaient agréés pour un programme B n'avaient pas fait agréer leur programme A (le 2d englobant le 1<sup>er</sup>) ; ce ne sera plus le cas : il faut un agrément pour chaque programme.

**Art. 19 (A.R. 12/06/12) « Les programmes B1 qui ont été agréés et exploités sur un site distinct avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté peuvent être exploités pendant au maximum 7 ans (...) moyennant l'accord de l'autorité compétente de la communauté concernée et si les conditions visées au paragraphe 2 sont respectées »** : le GT souligne le fait que les programmes B1 isolés ne disposent pas automatiquement de ces 7 ans de « survie » pour amortir leur matériel avant de perdre ou de renoncer à leur agrément. Les deux conditions visées dans l'A.R. doivent absolument être rencontrées pour maintenir l'agrément des B1 isolés. En clair, même si un B1 répond aux normes, il pourrait voir son agrément retiré par le Ministre compétent si ce dernier estime qu'il ne répond plus à un besoin.

**Art. 22/3 « Un hôpital disposant d'un programme B1 agréé (...) qui souhaite obtenir l'agrément pour les programmes partiels B1-B2 doit démontrer qu'il a renvoyé au cours des trois années précédant la demande d'agrément (...) au moins 300 patients présentant une problématique cardiaque vers un programme B »** : en stricte théorie, des hôpitaux qui sont chacun agréés pour un B1 et qui dépendent du même pouvoir organisateur dans le cadre d'un groupement ne peuvent pas additionner leur activité pour solliciter un agrément B1-B2.

Cependant, pour des raisons de répartition géographique équitable et à condition que la demande s'inscrive dans un projet de rationalisation porté par un même pouvoir organisateur, les membres estiment qu'une demande d'addition de l'activité de deux B1 pour arriver au seuil d'activité minimal imposé et dans le but

d'obtenir un seul programme B1-B2 déployé sur un seul site devrait pouvoir être prise en considération par la Ministre. La prise en compte des données de plusieurs centres B1 isolés pour obtenir un centre B1-B2 impliquerait évidemment que les centres B1 isolés concernés disparaissent dès la mise en place du nouveau centre B1-B2.

**Art. 17 modifié « Pour les besoins du programme de soins B, la fonction (agrée de soins intensifs) doit disposer d'une unité de soins intensifs destinée aux patients présentant une problématique cardiaque à pronostic vital. Cette unité disposer de lits qui sont spécialement équipés pour les patients nécessitant un monitoring invasif et non invasif et une assistance cardiovasculaire spécialisée... »** : la seule exigence supplémentaire que l'on peut attendre des unités de soins intensifs telles qu'elles sont agréées actuellement concerne l'existence d'un système de contre-pulsation dans l'unité.

**Art. 16 2° modifié «au minimum deux salles d'opération dont une à usage hybride... »** : une salle d'opération à usage hybride est une salle conçue pour faire à la fois une intervention de chirurgie cardiaque et à la fois une intervention de cardiologie interventionnelle. Bien que tous les centres de chirurgie cardiaque aient 2 salles d'op (ancienne norme), peu d'entre eux ont équipé l'une des 2 salles pour y faire du cathétérisme cardiaque. Dans les faits, il semblerait même plutôt que ce soit la salle de cathétérisme cardiaque qui ait été conçue pour pouvoir y pratiquer une intervention chirurgicale en urgence. Le problème étant que la salle de cathétérisme n'est pas toujours située à l'intérieur du bloc opératoire. Etant donné le coût que représente l'aménagement d'une salle d'opération en salle hybride, les membres du GT estiment de l'avis des experts que l'administration pourrait tolérer que la 2<sup>e</sup> salle hybride dont question dans l'A.R. soit en fait une salle de cathétérisme cardiaque que l'on peut upgrader en salle d'op, mais il conviendra de recueillir l'avis du Comité d'hygiène sur cette dérogation temporaire. En cas de travaux dans le bloc opératoire existant ou de travaux de construction d'un nouveau bloc, l'institution devra en effet s'engager à rapatrier les 2 salles dont une à usage hybride à l'intérieur du bloc.

---

