

Art. 3 - Der für Volksgesundheit zuständige Minister und der für Landwirtschaft zuständige Minister sind, jeder für seinen Bereich, mit der Ausführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

Gegeben zu Brüssel, den 16. September 2018

PHILIPPE

Von Königs wegen:

Der Minister der Wirtschaft

K. PEETERS

Die Ministerin der Volksgesundheit

M. DE BLOCK

Die Ministerin der Umwelt

M. C. MARGHEM

Der Minister der Landwirtschaft

D. DUCARME

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C - 2019/13169]

25 MARS 2019. — Protocole d'accord portant sur la répartition entre entités fédérées de la programmation des programmes de soins spécialisés "soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives"

Contexte

Considérant les dispositions de l'arrêté royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)" doivent répondre pour être agréés,

Considérant que l'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixe le nombre maximum de programmes de soins spécialisés "soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives" à 15,

La répartition du maximum de 15 centres S2 pour les soins de l'AVC interventionnels est importante afin d'éviter que chaque autorité compétente pour l'agrément reste dans l'incertitude quant au nombre de centres qui peuvent être agréés.

Une décision rapide s'impose donc compte tenu du fait que le moratoire général sera levé après les élections du 25 mai 2019 (lors de l'installation de la Chambre des représentants nouvellement élue).

Analyse de la situation

Plusieurs éléments doivent être pris en compte dans la répartition de la programmation des centres S2 pour les soins interventionnels de l'AVC :

- Une répartition géographique correcte: l'AVC ischémique est avant tout une pathologie urgente nécessitant que le patient, le cas échéant, puisse atteindre le plus rapidement possible un centre spécialisé facilement accessible où des techniques d'intervention (telles que la thrombectomie) peuvent être appliquées.

- L'expertise déjà présente / les services assurés: sélectionner les bons patients et pratiquer une thrombectomie, ainsi que le suivi, est un traitement qui nécessite une grande expertise de la part de l'équipe d'intervention, y compris du neuroradiologue interventionnel. Le nombre de médecins ayant cette spécialisation spécifique est très limité. En outre, seul un nombre limité de patients sont éligibles pour une thrombectomie et on suppose que 40 à 60 procédures par médecin et par an doivent être effectuées afin de conserver les compétences nécessaires. Ces faits militent en faveur d'une forte concentration afin de pouvoir faire appel à une expertise existante et prouvée.

- Depuis début 2015, cette approche a été soutenue par des preuves irréfutables. Un certain nombre de centres ont pris l'initiative de lancer ces programmes de traitement, dans des conditions difficiles, mais avec le souci du bien-être des patients concernés. En outre, la continuité des soins assurée par une équipe expérimentée, également disponible en dehors des heures de travail, est et reste un élément essentiel.

- Il existe des preuves scientifiques très solides selon lesquelles les paramètres de résultat cliniquement pertinents, y compris le résultat fonctionnel le plus important, mesuré à l'aide de l'échelle mRS, après un AVC ischémique traité par thrombectomie, sont significativement meilleurs si le patient est traité rapidement par une équipe hautement spécialisée. L'organisation du paysage des soins doit être adaptée de manière à ce que ces conditions soient remplies.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C - 2019/13169]

25 MAART 2019. — Protocolakkoord over de verdeling van de programmatie van de gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroerte' met invasieve procedures' tussen de deelstaten

Context

Gelet op de bepalingen van het koninklijk besluit van 19 april 2014 tot vaststelling van de normen waaraan zorgprogramma's "beroerte" moeten voldoen om erkend te worden.

Gezien het feit dat het Koninklijk Besluit van 16 december 2018 het maximale aantal gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroerte' met invasieve procedures' vastlegt op 15,

De verdeling van de maximaal 15 S2-centra voor interventionele beroerte is van belang om te vermijden dat elke overheid bevoegd voor erkenning in de onzekerheid leeft hoeveel centra men kan erkennen.

Een snelle beslissing dringt zich dus op gezien het feit dat het algemeen moratorium na de verkiezingen van 25 mei 2019 (bij de installatie van de nieuw verkozen Kamer van volksvertegenwoordigers) opgeheven zal worden.

Analyse van de situatie

Verschillende elementen moeten in rekening gebracht worden bij de verdeling van de programmatie van de S2-centra voor interventionele beroerte:

- Een correcte geografische spreiding: ischemische beroerte is bij uitstek een tijdskritische pathologie die vereist dat de patiënt, indien aangewezen, zo snel als mogelijk een goed bereikbaar, gespecialiseerd centrum kan bereiken waar men interventionele technieken (zoals trombectomie) kan toepassen

- De reeds aanwezige expertise/ verzekerde dienstverlening: het selecteren van de correcte patiënten en het uitvoeren van een trombectomie, alsook de nazorg is een handeling die heel wat expertise vereist van het interventionele team, waaronder de interventionele neuroradioloog. Het aantal artsen met deze specifieke specialisatie is heel beperkt. Daarenboven komt slechts een beperkt aantal patiënten in aanmerking voor een trombectomie en gaat men ervan uit dat men 40 à 60 procedures per arts per jaar moet uitvoeren om de nodige expertise te behouden. Deze feiten pleiten voor een sterke concentratie waarbij beroep wordt gedaan op reeds bestaande en bewezen expertise.

- Sedert begin 2015 is deze aanpak ondersteund door overweldigende evidentie. Een aantal centra hebben het initiatief genomen om, onder moeilijke omstandigheden, maar met het welzijn van de betrokken patiënten voor ogen, deze behandeltrajecten toch op te starten. Daarbij was en is een continuïteit van zorgen door een ervaren equipe die ook buiten de werkuren beschikbaar is, een essentieel element.

- Er is heel sterke wetenschappelijke evidentie dat klinisch relevante uitkomstparameters, waaronder de belangrijkste functionele uitkomst, gemeten met de mRS-schaal, na een ischemische beroerte behandeld met trombectomie, opmerkelijk beter zijn als de patiënt snel wordt behandeld door een team met hoge expertise. De organisatie van het zorglandschap moet zo aangepast zijn dat deze voorwaarden worden verwezenlijkt.

Compte tenu de tout cela, il est important de garder à l'esprit qu'il n'y a aucune possibilité de scinder un centre S2 sur 2 sites ou plus, le radiologue interventionnel se déplaçant éventuellement entre les différents sites. Une telle organisation contredirait l'évidence selon laquelle c'est le savoir-faire de toute l'équipe qui fait le succès de ce processus de soins (et pas seulement du neuroradiologue interventionnel). De plus, un système de neuroradiologues interventionnels itinérants rend l'assurance d'un service de surveillance 24h / 24, 7j / 7, extrêmement complexe, voire impossible. On peut espérer beaucoup plus de la mise en place de réseaux forts avec de bons protocoles d'accord entre centres S1 et S2 pour référer les patients et leur retour vers l'hôpital initial.

Enfin, nous soulignons que les centres de soins interventionnels pour l'AVC, par définition (moins de 25 centres, soins complexes, besoin de concentration, ...) offrent une mission de soins suprarégionale. En d'autres termes, les collaborations entre les centres S1 et S2 peuvent / doivent dépasser le réseau locorégional.

Les chiffres nous apprennent que la répartition géographique actuelle est sous-optimale. A Gand, Anvers, dans le Limbourg, à Namur et à Liège, une optimisation doit être mise en œuvre. La Flandre occidentale est aussi un point d'attention avec trois centres qui réalisent des procédures interventionnelles. Dans la région des Ardennes, une offre doit être mise en place bien que la densité de population puisse nécessiter un scénario différent. (un centre est certes en train de démarrer à l'hôpital d'Arlon.)

Répartition des 15 centres S2 « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives »

Les ministres membres de la Conférence Interministérielle Santé publique décident de répartir les 15 centres S2 « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » entre les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution, comme suit :

- territoire de la Région flamande : maximum 7 centres
- territoire de la Région Bruxelles Capitale : maximum 3 centres
- territoire de la Région wallonne : maximum 5 centres.

La répartition proposée ci-dessus est de nature géographique et ne dit rien des autorités qui seront autorisées à accorder les agréments.

Lorsque plusieurs entités sont compétentes pour octroyer des agréments sur un territoire donné, un accord préalable entre ces différentes entités est nécessaire pour la ventilation de la programmation des centres sur le territoire.

Ainsi conclu à Bruxelles le 25 mars 2019.

Bij dit alles is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat er geen mogelijkheid is voorzien om een S2-centrum uit te splitsen over 2 of meer vestigingsplaatsen, waarbij de interventionele radioloog zich eventueel tussen de verschillende sites zou verplaatsen. Dergelijke organisatie zou ingaan tegen de evidentie dat het de expertise van het volledige team is die het succes uitmaakt van dit zorgtraject (en dus niet enkel van de interventionele neuroradioloog). Bovendien maakt een systeem van rondreizende interventionele neuroradiologen het verzekeren van een 24u/7d wachtdienst enorm complex, zonet onmogelijk. Er valt veel meer te verwachten van een sterke netwerkvorming met goede afspraken voor verwijzing en terug verwijzing tussen S1- en S2-centra.

Tot slot wijzen we erop dat centra voor interventionele beroertezorg per definitie (minder dan 25 centra, complexe zorg, nood aan concentratie,...) een suprarégionale zorgopdracht aanbieden. De samenwerkingen tussen S1- en S2-centra kunnen/moeten met andere woorden het locoregionaal netwerk overstijgen.

Cijfers leren ons dat de huidige geografische spreiding suboptimaal is. In Gent, Antwerpen, Limburg, Namen en Luik dient er een optimalisatie doorgevoerd te worden. West-Vlaanderen is een aandachtspunt met drie centra die interventionele procedures uitvoeren. In de streek van de Ardennen dient een aanbod uitgebouwd te worden, hoewel de bevolkingsdichtheid daar mogelijk een ander scenario vereist. (Er is weliswaar een centrum aan het opstarten in ziekenhuis van Arlon.)

Verdeling van de 15 S2-centra 'acute beroertezorg met invasieve procedures'

De ministers, leden van de Interministériële Conferentie Volksgezondheid, beslissen om de 15 centra S2 " acute beroertezorg met invasieve procedures " te verdelen tussen de bevoegde autoriteiten voor het gezondheidsbeleid volgens artikels 128, 130 en 135 van de Grondwet, als volgt:

- gebied van het Vlaams Gewest : maximaal 7 centra
- gebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest : maximaal 3 centra
- gebied van het Waals Gewest : maximaal 5 centra

De hierboven voorgestelde verdeling is geografisch van aard en zegt niets over de overheden die bevoegd zullen zijn om de erkenningen toe te kennen.

Wanneer meerdere entiteiten bevoegd zijn om op een bepaald grondgebied erkenningen te verlenen, is voor de verdeling van de programmering van de centra op het grondgebied voorafgaande overeenstemming tussen deze verschillende entiteiten vereist.

Aldus gesloten te Brussel op 25 maart 2019.

Pour l'Etat fédéral :
Voor de Federale Staat :

M. DE BLOCK,
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :

J. VANDEURZEN,
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Région wallonne :

A. GREOLI,
Vice-Présidente, Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative

Pour la Communauté française :

R. DEMOTTE,
Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale :

Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad :

D. GOSUIN,
Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de la Santé, les Finances, le Budget, la Fonction publique, le Patrimoine et les Relations extérieures

G. VANHENGEL,
Lid van het Verenigd college, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Financiën, de Begroting, het Openbaar Ambt, het Patrimonium en de Externe Betrekkingen

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft :

Pour la Communauté germanophone :
A. ANTONIADIS,
Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales