

SPF SANTÉ PUBLIQUE
23/04/2026
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/634-1

**Projet d'avis du CFEH concernant la note du groupe
d'experts**

**« Recommandations pour la réforme du paysage hospitalier.
Changer pour préserver (2026-2036) »**

1. Introduction

La Conférence interministérielle Santé publique (CIM Santé publique) a désigné, début 2025, une commission d'experts indépendants chargée de remettre un rapport sur une réforme du paysage hospitalier. Le 17 décembre 2025, cette commission a présenté ses recommandations à la CIM Santé publique.

Par la suite, le ministre de la Santé publique a posé la question au Conseil fédéral des établissements hospitaliers — d'autres organes consultatifs sont également consultés par l'intermédiaire des membres de la CMI — afin d'émettre un avis sur :

- la période de transition nécessaire ;
- les critères envisagés auxquels les quatre niveaux doivent répondre ;
- l'adéquation avec les besoins de soins de la population ;
- les mesures d'accompagnement nécessaires, tenant compte du contexte budgétaire et de la pénurie de personnel soignant.

En outre, il est également demandé spécifiquement au CFEH de se prononcer de manière concrète sur les éléments suivants :

- Le KCE a, dans son rapport 289A, estimé la capacité nécessaire en lits hospitaliers agréés à l'horizon 2030. Les experts recommandent, dans leur rapport, de reconverter dans une première phase tous les sites disposant de moins de 150 lits aigus justifiés — au total 39 sites — soit en centres médicaux locaux (CML), soit via une fusion avec un autre site. Il semble opportun que, lors de cette reconversion, la capacité en lits restants soit confrontée au nombre de lits nécessaires tel qu'estimé par le KCE, afin de garantir une capacité d'admission suffisante. La question se pose dès lors de savoir dans quelle mesure cette reconversion des sites peut être laissée exclusivement à l'initiative des hôpitaux eux-mêmes ou si un rôle de supervision de l'autorité publique doit être prévu.
- Dans la description du centre médical local (CML), il est recommandé que, pour certaines interventions, une ou quelques nuitées puissent néanmoins être indiquées (short stay). La question se pose de savoir dans quelle mesure cela s'inscrit dans le concept global, avec une définition claire d'un HGR comme hôpital aigu et d'un CML comme centre exclusivement de soins de jour.
- Les recommandations relatives à la taille minimale d'un Hôpital Général Régional (HGR) sont fondées, en premier lieu, sur le nombre de lits aigus justifiés. Étant donné que, dans la réforme prévue du financement hospitalier, le concept de lits justifiés sera abandonné et remplacé par un forfait global par pathologie et par admission, le ministre souhaitait connaître les points de vue du CFEH sur ce critère utilisé.

2. Considérations générales

Le CFEH souhaite avant tout exprimer son appréciation pour le travail approfondi réalisé par la commission d'experts. Celle-ci a remis un rapport détaillé contenant des recommandations, qui constitue déjà un point de départ important pour la réforme finale et nécessaire.

Le Conseil estime qu'une réforme profonde du paysage hospitalier est non seulement justifiée, mais également devenue indispensable. Une évolution du paysage hospitalier s'impose pour garantir la pérennité d'un système de soins efficace et accessible pour tous.

Le secteur hospitalier attend la **clarification rapide du cadre légal** dans lequel le paysage hospitalier va évoluer. A cet égard, le Conseil estime indispensable de disposer d'une **vision claire à court terme** reprenant :

- les critères à atteindre (par type de sites), à terme, après l'implémentation de la réforme ;
- un engagement politique fort de soutenir la réforme et la transition du secteur, aussi bien au niveau organisationnel que financier.

La réforme devra être fondée sur les besoins réels de la population, actuels et futurs, en tenant compte des évolutions démographiques, épidémiologiques, sociologiques, économiques et territoriales. Il sera également indispensable que la vision globale soit portée par la CIM Santé afin de fixer les jalons de la réforme de manière uniforme. L'application concrète de ces critères sur le territoire de chaque région relève de la compétence des entités fédérées.

Il convient, à tout moment, de veiller à ce que l'équilibre entre l'accessibilité des soins, la qualité des soins et l'efficacité de l'organisation des soins soit assuré de manière optimale.

Les dérogations aux principes et piliers proposés de la réforme doivent être abordées de manière restrictive et être motivées sur la base du rapport optimal précité. À cet égard, pour un certain nombre de membres, l'accessibilité des soins — et en particulier des soins aigus non planifiés — revêt une importance primordiale, les dimensions géographiques, linguistiques et sociales étant également prises en considération.

Une réflexion générale du CFEH est qu'il existe un besoin de transparence quant aux données (modèles) utilisées, notamment en ce qui concerne l'outil du KCE employé pour déterminer les distances et les temps d'intervention, y compris le nombre de lits par site d'implantation. Cela pourrait également apporter davantage de clarté et de compréhension au secteur afin de permettre la prise de décisions et d'offrir des perspectives pour les différents sites, adaptées à la réalité locorégionale (géographique) du point de vue des patients. Certains membres expriment à cet égard leurs préoccupations quant à une accessibilité et une disponibilité potentiellement moindres des soins dans les provinces de Namur et du Luxembourg, tandis que d'autres membres soulignent le caractère relatif de ces craintes en comparaison avec d'autres pays.

En outre, le CFEH souhaite souligner que la réforme du paysage hospitalier doit également s'inscrire dans le cadre des réformes en cours de la nomenclature et du financement des hôpitaux. Il est important que l'ensemble de ces chantiers soient développés de manière itérative afin d'éviter des retards inutiles, et ce dans un calendrier concomitant. Par ailleurs, les différentes réformes doivent également être cohérentes entre elles. Sans vision stabilisée du futur modèle économique et organisationnel, les hôpitaux et les autorités ne disposent pas des conditions

nécessaires pour engager les investissements lourds, planifier les transformations requises et relever les importants défis numériques sous-jacents.

Le CFEH s'est efforcé de discuter et de commenter aussi largement que possible les recommandations de la commission d'experts, en accordant une attention particulière aux points concrets soulevés par le ministre de la Santé publique.

Pour l'avis, la structure de la note des experts est largement suivie.

L'avis est structuré comme suit :

Vers quatre types de structures de soins

- a. HGR
- b. CHU
- c. CML
- d. HSI
- e. Cohérence institutionnelle

Réforme de l'aide médicale urgente

Modèle de transition et financement des hôpitaux

Autres points

- a. Besoins de soins de la population, zones de soins logiques et réseaux
- b. Attention à la prise en charge transversale et intégrée
- c. Qualité des soins
- d. Rôle des pouvoirs publics
- e. Médecins
- f. Personnel soignant
- g. Pratiques extramurales

Conclusion et réponse aux éléments de la demande d'avis du ministre

3. Vers quatre types de structures de soins

Le CFEH peut souscrire aux quatre types de structures de soins proposés. Chacun de ces quatre types doit faire l'objet d'une définition claire et être ancré en tant qu'hôpital dans la loi sur les hôpitaux.

Le CFEH comprend que les experts sont partis de la situation existante (« as is ») des hôpitaux généraux et universitaires et que certaines autres structures de soins n'ont pas été abordées. Néanmoins, nous attirons l'attention sur deux autres types d'hôpitaux qui doivent être pris en compte dans la réforme, à savoir les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de revalidation flamands. Ce point sera développé plus en détail plus loin dans le présent avis.

La réforme proposée par les experts est basée sur la notion de site. Le Conseil souhaite qu'une clarification légale de cette notion soit apportée. Le site doit être défini sur base d'une cohérence géographique, fonctionnelle, organisationnelle et institutionnelle, et faire l'objet d'un agrément en soi, dans lequel il est clairement défini quelles activités de soins doivent et peuvent être réalisées sur le site. Une refonte des numéros d'agrément, permettant de distinguer les sites, les hôpitaux et les entités juridiques (personnes morales) gestionnaires, serait très utile afin de définir plus clairement la nature de l'entité à laquelle on se réfère lorsque l'on parle d'hôpital.

Le CFEH estime également qu'il peut être potentiellement pertinent de considérer deux hôpitaux contigus comme une seule entité, pour autant qu'ils collaborent de manière intégrée, sous une entité factuelle unique. À titre d'exemple, deux hôpitaux situés géographiquement sur un même site ou au sein d'un même campus et fonctionnant de manière intégrée d'un point de vue organisationnel doivent être considérés comme une seule entité (un seul site) pour l'application des critères de taille critique, et le site doit dès lors être agréé comme tel. De même, deux sites hospitaliers dépendant du même numéro d'agrément (actuel) ne doivent pas être considérés de la même manière qu'une offre de soins identique rassemblée sur un même site (ce que le projet prévoit, mais que les principes actuels de numérotation des agréments ne permettent pas de distinguer).

Une phase transitoire est en tout état de cause indiquée afin de pouvoir analyser suffisamment les éléments susmentionnés quant à leur utilité et leur faisabilité. La définition d'un site d'implantation ainsi que l'organisation des numéros d'agrément requièrent en effet une discussion plus approfondie. Le CFEH se dit prêt à formuler un avis complémentaire à ce sujet.

Le Conseil fédéral estime que la réforme proposée pourrait avoir un impact significatif sur le transport interhospitalier et demande que les effets de la réforme envisagée sur le transport sanitaire urgent et non urgent, assis et couché, entre les différents sites, soient cartographiés. La soutenabilité financière et la disponibilité de solutions de transport pour le citoyen, et les hôpitaux vers et entre les acteurs de soins, doivent être garanties au maximum dans un système humain, efficace et organisé de manière logique (y compris sur le plan géographique), dans lequel des soins et un accompagnement appropriés sont assurés.

Dans les zones où l'offre de soins est moins proche, ou dans les situations où les HGR, HSI et CML sont implantés sur des sites différents, les autorités et/ou les hôpitaux doivent prévoir des solutions. Celles-ci peuvent notamment prendre la forme d'un réseau de transport, d'une navette bien organisée entre les sites, de formes alternatives de soins résidentiels ou d'une collaboration avec des hôpitaux situés au-delà des frontières lorsque cela est possible.

Dès les premières phases de la réforme, une attention suffisante doit être accordée aux solutions de transport et aux interventions en matière de transport et/ou d'accompagnement, en particulier pour les personnes en situation de pauvreté en matière de mobilité et pour celles qui ne disposent pas d'un réseau étendu d'aidants proches ou de membres de leur famille.

a. HGR (hôpital général régional)

Dans une première phase, le CFEH peut marquer son accord sur les normes minimales proposées pour un HGR, sur la base du nombre de lits (agréés et justifiés).

Sur la base du cadre légal, qui comprend également les normes minimales applicables aux HGR/CHU, telles qu'exposées dans la loi sur les hôpitaux et les normes complémentaires (notamment l'arrêté royal du 30 janvier 1989), les entités fédérées devront procéder à l'élaboration plus poussée des normes concrètes d'agrément. Cela doit aboutir à un paysage hospitalier futur suffisamment robuste et accessible.

Il n'y a pas d'unanimité quant à l'inclusion ou non des lits de l'hôpital de jour chirurgical dans les normes minimales proposées

La question de savoir si, d'autres activités relevant d'autres types d'hospitalisation de jour devraient également être prises en compte a fait l'objet de discussions approfondies, mais n'a pas été retenue. Le Conseil souhaite toutefois souligner qu'il convient de veiller à ce que cela ne génère pas un déplacement inverse, du recours à l'hôpital de jour vers l'admission classique.

En ce qui concerne plus spécifiquement la norme minimale de 600 accouchements par an pour la maternité, le CFEH peut souscrire au choix de cette norme. Nous renvoyons à cet égard aux conclusions du rapport du KCE 323A (2019) ainsi qu'à l'avis du CFEH (557). Certains membres s'interrogent toutefois sur l'opportunité de prévoir des seuils plus stricts (avec une suggestion de 1 000 accouchements) afin d'éviter une révision à court terme, alors que tant l'étude du KCE que l'avis du CFEH (557) soulignent l'importance de l'accessibilité des soins. Selon ces membres également, une concentration supplémentaire est nécessaire, compte tenu des obligations légales et des risques médico-légaux potentiels qui y sont associés.

Les hôpitaux qui ne disposent pas d'une maternité (et, le cas échéant, non plus d'un service de néonatalogie et/ou de pédiatrie) devraient également pouvoir être agréés en tant que HGR, pour autant qu'ils présentent une activité suffisante. Cela est possible si la demande de soins peut être prise en charge via une orientation vers un autre HGR disposant de cette fonction.

Le Conseil fédéral renvoie également à son avis antérieur FRZV/D/621-2 concernant le lien nécessaire entre une fonction de soins urgents spécialisés et une fonction de soins intensifs, en tenant compte de l'accessibilité, de la qualité et de l'efficacité. Il demande que le KCE poursuive ses travaux de recherche à ce sujet.

Les experts proposent une évaluation en 2031. Le CFEH soutient l'intégration d'un tel moment d'évaluation et formule à cet égard les observations suivantes :

- La méthodologie de l'évaluation doit encore être élaborée, afin que les hôpitaux sachent clairement de quelle manière l'évolution de la réforme sera évaluée et si celle-ci évolue dans la bonne direction. À cet égard, 2031 constitue au minimum un moment de réflexion, au cours duquel le secteur doit être activement associé.
- L'utilisation des lits justifiés comme déterminant normatif ne restera, à première vue, pas représentative dans le calendrier proposé. En effet, un déplacement de l'activité résultant de la reconversion de sites d'implantation aura, avec un certain décalage, un impact sur l'activité justifiée dans les hôpitaux d'accueil.
 - o En outre, il convient de veiller à ce que les données les plus récentes et les plus représentatives soient utilisées. Le CFEH estime que les données de 2022 sont encore trop influencées par la pandémie de COVID-19.
- En réponse à la question du ministre concernant le critère qui pourrait être utilisé après une réforme du financement hospitalier basée sur des forfaits par APR-DRG, le Conseil estime que, même dans un tel système de financement, celui-ci restera fondé sur les durées de séjour, de sorte que le concept de durée de séjour « justifiée » pourra être maintenu.
 - o En complément, le Conseil précise qu'au sein de zones de soins logiques, il doit être répondu aux besoins de soins de la population, et que, à cet effet, une capacité suffisante (minimale) doit être prévue dans le cadre de la programmation.

- Le CFEH recommande également d'élaborer des paramètres de qualité et de résultats (outcomes) et de les utiliser comme critères supplémentaires.
- Le calendrier peut être présenté de manière ambitieuse, mais lors de la mise en œuvre et de l'évaluation, il faudra apprécier correctement si les adaptations nécessaires — infrastructurelles, logistiques (y compris l'ICT), légistiques (normes d'agrément) et autres adaptations liées aux soins — peuvent être développées en amont. Compte tenu de la répartition des compétences, un accord devra être trouvé à ce sujet au sein de la CIM.
- Il conviendra également d'évaluer, dans le cadre de l'évaluation, l'impact de l'évolution de la médecine et des possibilités technologiques.
- Le Conseil demande enfin que la réforme débouche sur un paysage hospitalier futur stable.

L'évolution du paysage des soins aigus aura pour effet de réduire le nombre de lits aigus agréés. Dès lors, le Conseil attire l'attention des autorités sur plusieurs conditions indispensables à la réussite de la réforme :

- la nécessité d'augmenter corrélativement l'offre hospitalière et extrahospitalière en soins chroniques et post-aigus ;
- l'anticipation indispensable des besoins futurs et l'adaptation en temps utile des capacités ;
- un investissement suffisant dans la préparation aux crises, y compris en matière de formation, de planification capacitaire, de montée en charge et de coordination nationale, afin de garantir un plan de gestion de crise robuste à l'échelle du pays. Le rapport des experts souligne également l'importance de structures de soins suffisamment robustes et flexibles face aux pandémies, aux catastrophes et à d'autres crises sociétales et environnementales majeures.

b. CHU (centre hospitalier universitaire)

Le Conseil soutient la proposition des experts visant à accroître la transparence et la lisibilité du label universitaire en concentrant les activités universitaires.

Le CFEH renvoie à cet égard en premier lieu à la législation et aux missions relatives aux hôpitaux universitaires en la matière.

Le CFEH est d'avis que le diagnostic et l'(initiation du) traitement d'une maladie rare doivent être réalisés dans un centre agréé, disposant d'une expertise spécialisée permettant d'offrir une prise en charge multidisciplinaire et de qualité des maladies rares. Dans la pratique, cela se fera le plus souvent au sein des hôpitaux universitaires. Certaines (traitements de suivi) peuvent également être assurés plus près du patient (dans un HGR ou un CML), en concertation avec l'équipe du centre agréé. À cet effet, le CFEH renvoie à ce sujet au récent Plan belge Maladies rares 2026-2030 ([Belgische plan Zeldzame ziekten 2026-2030](#)).

En complément, pour les maladies rares, des accords devront être conclus entre les hôpitaux universitaires, étant donné l'expertise parfois très poussée requise, en raison de laquelle chaque hôpital universitaire ne peut pas exploiter un centre d'expertise pour chaque maladie rare.

La prise en charge des pathologies hautement complexes devrait pouvoir être assurée tant dans les CHU que dans les HGR disposant de l'expertise et de la spécialisation nécessaires. Pour ces pathologies, il convient de travailler avec des volumes minimums et des indicateurs de qualité clairs (cf. l'exemple des conventions relatives à la chirurgie complexe de l'œsophage et du pancréas), ainsi qu'avec une participation à la recherche scientifique et à la formation. Les paramètres et indicateurs d'inclusion sont déterminés sur la base de lignes directrices fondées sur la médecine factuelle (*evidence-based medicine* – EBM), et le nombre de centres requis est décidé en fonction des besoins de soins de la population.

Par ailleurs, il convient également de prêter attention aux patients présentant une pathologie complexe qui consultent pour d'autres problèmes – moins complexes. Ces patients requièrent en effet une expertise particulière qui ne peut pas être offerte par tous les hôpitaux.

L'aspect de la suppression du caractère universitaire des lits dans les hôpitaux généraux a également été discuté au sein du CFEH. Pour ce point également, une demande d'accès aux données et à l'analyse de l'effet de la proposition a été formulée

Lors des discussions, certains membres ont indiqué que ces lits à caractère universitaire au sein des HGR pouvaient encore représenter une valeur ajoutée importante, pour autant que les conditions d'agrément correspondantes soient remplies.

Le CFEH conclut qu'il est nécessaire de procéder à une analyse approfondie du nombre de lits requis, des fonctions et des services universitaires par faculté de médecine, ainsi que de leur localisation optimale, tant pour les pathologies prises en charge dans ces lits des HGR que dans les hôpitaux universitaires, et ce en concertation avec les hôpitaux (universitaires) concernés, avant de prendre de nouvelles décisions concernant les lits universitaires.

c. CML (centre médical local)

Pour le CFEH, il est important que les quatre types proposés — y compris le CML — soient agréés comme des hôpitaux et définis comme tels dans la loi sur les hôpitaux. Comme recommandé dans la note des experts, la cohérence institutionnelle du CML avec un HGR ou CHU ainsi que son caractère non marchand (social profit) doivent être garantis.

En ce qui concerne l'activité proposée du CML :

- Au sein du CFEH, un débat existe quant à la possibilité d'une *focused clinic avec short stay* dans un CML. Certains membres y sont opposés, étant donné qu'une telle organisation nécessiterait une permanence nocturne et n'entraînerait donc pas de gain d'efficacité. D'autres membres estiment en revanche que le *short stay* devrait être possible, à condition qu'il s'agisse d'une véritable *focused clinic* avec une activité à haut volume et à haute expertise pour des patients présentant un profil à faible risque. Cette possibilité ne devrait d'ailleurs pas se limiter à l'orthopédie. Ils soulignent en outre que ce type d'activité devra être évalué lors de l'évaluation et pouvoir être poursuivi de manière motivée. Le Conseil estime également que l'entrepreneuriat social des hôpitaux doit

bénéficier de la flexibilité nécessaire afin de répondre aux besoins de soins au sein de leur zone de soins logique, et ce dans le cadre de leurs missions de soins locorégionales.

- Le CFEH indique également que des services médico-techniques (p. ex. scanner CT, IRM) doivent être possibles au sein d'un CML. Enfin, le CFEH demande que l'activité de jour au sein d'un CML ne soit pas limitée au seul hôpital de jour chirurgical et internistique, mais que, par exemple, des hôpitaux de jour de revalidation, psychiatriques ou gériatriques puissent également y être organisés.

À ce jour, il n'est pas clair combien de sites, exploités par des hôpitaux, existent déjà sans offre de soins résidentiels, où ils sont implantés et quels types exacts de soins et/ou de services ils proposent — tant en matière de soins hospitaliers (activités de clinique de jour, soins ambulatoires, etc., services médico-techniques, etc.) que, le cas échéant, de soins de première ligne. Il est important d'en avoir une vision claire dans le cadre de l'analyse et de la redéfinition du paysage hospitalier.

Cette vue d'ensemble est indispensable afin d'éviter une fragmentation inutile et/ou une multiplication non souhaitée d'investissements à forte intensité capitalistique sur des sites (très) proches les uns des autres.

d. HSI (hôpital de soins intermédiaires)

Dans la note des experts, une norme minimale de 90 lits est proposée pour un HSI qui n'est pas située sur le même site qu'un HGR/CHU. Le groupe de travail s'interroge sur la base de ce calcul et renvoie à la motivation sous-jacente liée à une utilisation efficiente du personnel infirmier de nuit. Le CFEH demande de réexaminer cette norme minimale en tenant compte des normes d'agrément de la plupart des services Sp, ainsi que sur la base de calculs d'efficience.

En outre, il convient également ici de laisser la flexibilité nécessaire et une marge pour l'entrepreneuriat social dans l'organisation d'un HSI.

Une taille minimale est certes indiquée en vue d'une organisation efficiente des soins de revalidation, mais le CFEH estime qu'il est judicieux d'intégrer la flexibilité nécessaire afin d'utiliser de manière économiquement optimale l'infrastructure existante

La note des experts propose également de lier l'HSI à un HGR/CHU.

Au sein du groupe de travail, plusieurs membres ont exprimé leurs préoccupations quant aux collaborations qui existent aujourd'hui entre les services de réadaptation et plusieurs hôpitaux aigus. Le modèle de collaboration proposé entre un HGR/CHU et un HSI pourrait limiter ces possibilités de coopération. Le Conseil confirme la nécessité de pouvoir collaborer avec plusieurs HGR/CHU afin d'assurer une orientation adéquate des patients en revalidation vers le cadre de revalidation le plus approprié. D'autres membres estiment toutefois que de telles collaborations avec plusieurs hôpitaux restent possibles même lorsque l'HSI relève d'une entité institutionnelle commune avec un HGR ou CHU.

Concernant la proposition des experts selon laquelle un HSI devrait relever d'une unité institutionnelle, l'avis était partagé.

Une partie des membres s'y oppose. La situation des hôpitaux non aigus exploitant tant des lits Sp et/ou G isolés que des lits psychiatriques ne peut être dissociée du paysage hospitalier psychiatrique exclu de la présente réforme. Dès lors, la situation de ces hôpitaux devra être analysée dès qu'une clarification de la réforme sera apportée concernant les hôpitaux psychiatriques.

Une autre partie des membres plaide en revanche pour le rattachement de l'Hôpital de Soins Intermédiaires (HSI) à une entité institutionnelle, en raison des gains d'efficacité liés aux économies d'échelle.

Malgré les divergences concernant l'unité institutionnelle, tous les membres du groupe de travail s'accordent toutefois sur la nécessité d'une collaboration étroite entre un Hôpital de Soins Intermédiaires (HSI) et un Hôpital Général Régional (HGR) ou un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), tant en matière de prise en charge des patients que pour les services de soutien.

Un élément qui ne peut en aucun cas être absent de la discussion concernant les HSI est la place des hôpitaux de réadaptation flamands, qui exercent de nombreuses activités similaires à celles prévues pour les HSI. Il est demandé d'élaborer un accord de coopération entre la Flandre et l'autorité fédérale. En effet, les patients présentant une même pathologie doivent pouvoir bénéficier partout d'un traitement de qualité équivalente, qu'ils soient admis dans un lit d'un hôpital de réadaptation flamand ou d'un HSI. Cela implique l'utilisation d'un même instrument de classification, ainsi qu'un financement identique par type de patient.

La note des experts ne mentionne que les lits Sp, y compris les lits A ou K, et implique la possibilité de lits G. Le CFEH attire ici l'attention sur l'augmentation marquée des besoins d'une population vieillissante, tout en soulignant la nécessité d'un débat quant à la place de ces patients dans un HSI. À cet effet, le CFEH demande une clarification supplémentaire de la définition de la gériatrie subaiguë.

Enfin, pour la réadaptation également, une estimation des besoins de soins de la population au sein d'une zone de soins logique est indispensable, afin de déterminer de manière étayée la capacité nécessaire et, partant, la programmation.

e. Cohérence institutionnelle

Le CFEH souscrit au principe de l'unité institutionnelle, mais plaide pour qu'une marge suffisante soit laissée à l'entrepreneuriat social dans le cadre mis à disposition par les pouvoirs publics. Il souligne toutefois la valeur ajoutée d'une unité de vision, de moyens et de pilotage.

Il est essentiel que les personnes morales conservent un caractère de service public ou de *social profit*, afin de prévenir une commercialisation accrue des soins.

Le Conseil demande à cet égard que les pouvoirs publics prennent suffisamment rapidement les décisions nécessaires concernant ce cadre. Dans la continuité, les hôpitaux doivent disposer d'un espace suffisant pour organiser les soins au sein de la zone de soins logique dont ils font partie, en collaboration avec les autres acteurs, et en adéquation avec les besoins de soins de la population concernée.

Les membres du groupe de travail étaient partagés quant au délai à accorder aux hôpitaux dans ce contexte, mais plusieurs d'entre eux ont souligné la nécessité et l'urgence de la réforme, et ont insisté sur le fait que celle-ci ne peut entraîner de retards.

Un certain nombre de membres ont exprimé leurs préoccupations quant à l'organisation des structures de l'HSI, pour les raisons mentionnées au point d).

Enfin, un point d'attention important concerne le rôle de supervision de l'Autorité belge de la concurrence (ABC) et l'impact que cela peut avoir sur les formes de coopération. À l'heure actuelle, seule une exception est prévue pour les réseaux hospitaliers en ce qui concerne le contrôle préalable de l'ABC (cf. article 2, § 3, de la loi relative aux hôpitaux). Le Conseil fédéral recommande dès lors que cet aspect soit explicitement pris en compte dans l'exercice de réforme, ainsi que la question d'une structure faîtière chargée de piloter les HGR/CHU, les CML et/ou les HSI.

4. Réforme de l'aide médicale urgente

Le CFEH soutient la réforme de l'aide médicale urgente. Il convient à cet égard de trouver à nouveau un équilibre entre l'accessibilité des soins, l'expertise nécessaire pour assurer une qualité adéquate de ces soins et l'efficience.

L'évolution du paysage hospitalier aigu doit garantir une prise en charge suffisante et adaptée des soins non planifiables, ainsi qu'une couverture adéquate de l'aide médicale urgente (112 et services d'urgences) sur l'ensemble du territoire. Le Conseil appelle à ce que chaque prestataire de soins impliqué dans les soins non planifiables (tant en première qu'en deuxième ligne) assume sa responsabilité en matière de disponibilité. Il va de soi qu'il convient également de tenir compte de l'expertise nécessaire en la matière

En cas de besoin urgent et non planifié, l'accessibilité est essentielle. La note des experts mentionne l'outil développé par le KCE, les experts évoquant un temps d'accès général de 30 minutes, sans toutefois se prononcer sur des valeurs seuils précises.

Les membres du groupe de travail réitèrent la demande de mise à disposition de l'outil utilisé, tout en soulignant que, selon la nature de la demande de soins, les seuils acceptables en matière de temps d'accès peuvent varier.

Plusieurs membres attirent également l'attention sur le fait que, pour les pathologies aiguës non planifiées, il convient aussi de prendre en compte les temps d'intervention des moyens de l'AMU, et que la possibilité doit être maintenue de stationner une équipe PIT en dehors d'un HGR/CHU, si cela contribue de manière significative à réduire au maximum le délai jusqu'au premier contact de soins. Ainsi, une équipe PIT devrait par exemple également pouvoir partir depuis un CML (et donc être rattaché à un HGR/CHU).

Le CFEH souligne en outre la nécessité de quantifier davantage l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire belge, tant pour les soins planifiés que non planifiés, en tenant compte des dimensions géographiques, linguistiques et sociales.

Le lien entre une fonction de soins urgents spécialisés et un Hôpital Général Régional (HGR) ou un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) demeure important pour le CFEH, étant donné que des volumes suffisants, une expertise spécialisée ainsi qu'une fonction de soins intensifs, un bloc

opérateur et d'autres services de soutien doivent être disponibles afin de garantir la qualité. On retrouve ici à nouveau l'exercice d'équilibre parfois délicat entre, d'une part, l'accessibilité et, d'autre part, la qualité et l'efficacité des soins.

Néanmoins, plusieurs membres soulignent la nécessité d'analyser l'accessibilité requise et, le cas échéant, de prévoir un nombre limité d'exceptions géographiques lorsque cela se justifie.

Pour les besoins aigus non planifiés moins graves, un rôle important incombe également aux CML, et plus encore à la première ligne, plutôt qu'aux services d'urgences plus spécialisés d'un HGR ou d'un CHU. Ainsi, un CML devrait aussi pouvoir assurer, en journée, une fonction d'aide médicale urgente en facilitant l'accès rapide à des consultations urgentes de deuxième ligne.

On peut s'attendre à la disparition de certaines fonctions de soins urgents spécialisés ; toutefois, les besoins de soins existants devront être (partiellement) pris en charge par d'autres services d'urgences qui seront maintenus. Ils devront dès lors disposer de la capacité nécessaire, tant en termes d'infrastructure que de personnel, pour pouvoir répondre à ces demandes de soins. La fermeture éventuelle de fonctions de soins d'urgence spécialisés devra donc, en termes de calendrier, s'inscrire dans l'éventuelle extension des fonctions existantes.

Le CFEH soutient la recommandation de la commission d'experts relative à un renforcement de la coopération entre les services d'urgences et les postes de garde de médecine générale, avec un triage contraignant pour le patient. La notion de triage contraignant doit encore être précisée. Idéalement, le poste de garde de médecine générale serait intégré au service des urgences ou situé sur le même site. Une exception éventuelle évoquée au sein du groupe de travail concerne la possibilité d'intégrer un poste de garde de médecine générale dans un CML, pour des raisons d'accessibilité géographique.

Un membre remet en question l'intégration physique obligatoire lorsque l'hôpital est implanté le long d'un grand axe d'accès en périphérie de la ville ; dans ce cas, un poste de garde situé en ville peut garantir une meilleure accessibilité.

Enfin, le CFEH demande que la réforme de l'aide médicale urgente fasse l'objet de discussions complémentaires avec le CFMU et les acteurs concernés.

5. Modèle de transition et financement des hôpitaux

Une stabilité et une sécurité budgétaires suffisantes doivent être garanties durant la transition vers le nouveau paysage hospitalier.

Plusieurs membres renvoient à l'avis relatif à la fusion d'hôpitaux (CFEH/D/624-2), dans lequel un mécanisme de compensation est proposé pour le BFM. Toutefois, l'impact dans le cadre d'une estimation de réforme à l'échelle de l'ensemble du secteur doit encore faire l'objet d'une analyse approfondie.

En complément, le financement nécessaire doit être prévu pour les capacités et les activités supplémentaires que certains hôpitaux devront assurer. Le financement devra éventuellement aussi être corrigé en cas de déplacement d'activités spécifiques, telles que, par exemple, la maternité. En outre, la séparation de la partie des honoraires couvrant les coûts pour le patient hospitalisé devra, le cas échéant, également y être intégrée.

Le CFEH réitère dès lors son plaidoyer visant à lier la réforme du paysage hospitalier aux réformes en cours de la nomenclature et du financement hospitalier.

Une fois que la CIM Santé aura fixé le cadre de la réforme, les autorités devront, en concertation avec le secteur, déterminer les évolutions concrètement attendues sur le terrain (quels sites fermer ou réorienter, quels sites augmenter leur capacité, etc.). Cette évolution concrète du paysage des soins devra être définie par chaque entité compétente au plus tard dans les 15 mois suivant la décision de la CIM.

Il sera ensuite nécessaire de prévoir un délai suffisant pour organiser cette évolution concrète du paysage, en alignant les délais de mise en œuvre sur la capacité d'exécution des calendriers de construction, le transfert des capacités de soins entre institutions, la réforme de la première ligne, etc.

Une évaluation de la réforme en 2031 peut, comme indiqué précédemment, être présentée de manière ambitieuse, mais il convient d'apprécier correctement si les adaptations nécessaires — infrastructurelles, logistiques (y compris les ICT), législatives (normes d'agrément) et autres adaptations liées aux soins — pourront effectivement être réalisées. Cette appréciation devra être entérinée au sein de la CIM, et, le cas échéant, conduire à l'ajustement nécessaire du calendrier.

Le Conseil souligne que, sur le plan infrastructurel, les investissements nécessaires devront être réalisés. En effet, nous ne partons pas d'une page blanche, mais d'infrastructures existantes. Il est dès lors essentiel de dresser dans un premier temps un état des lieux approfondi de ces infrastructures existantes afin de pouvoir évaluer l'impact potentiel, notamment financier, des déplacements envisagés d'activités et de sites au sein de zones de soins logiques, dans le cadre d'une approche orientée vers la population. Étant donné que les Communautés sont devenues exclusivement compétentes pour les infrastructures depuis la sixième réforme de l'État, une coordination étroite entre les différents niveaux de pouvoir sera également cruciale dans ce contexte. Le CFEH attire l'attention sur le financement sans cesse décroissant — et désormais structurellement insuffisant — des infrastructures hospitalières. Un financement adéquat constitue une *conditio sine qua non* pour réussir la réforme du paysage hospitalier.

Une fois les réformes mises en œuvre, le secteur doit bénéficier de sécurité et de stabilité, afin de pouvoir travailler à long terme dans le cadre existant.

Le Conseil insiste sur la nécessité d'un financement supplémentaire, étant convaincu que ces investissements infrastructurels ne pourront en aucun cas être réalisés de manière budgétairement neutre.

Le Conseil soutient la proposition des experts de créer un **fonds fédéral de transition**. C'est indispensable pour permettre la réussite de la réforme. Les moyens des entités fédérées ne seront pas suffisants pour permettre une implémentation de la réforme. La création de ce Fonds fédéral devra faire l'objet d'une validation en CIM Santé. La création de ce Fonds fédéral devra permettre de répondre à deux objectifs :

1. aide au financement des transformations infrastructurelles ;
2. couverture des coûts, y compris du personnel, liés aux fermetures, transferts ou reconversions des activités.

Le Fonds fédéral devra être suffisamment étoffé pour pouvoir répondre aux besoins du secteur et couvrir sur une période suffisamment longue. Les 130 millions identifiés par les experts ne seront

certainement pas suffisants. En ce qui concerne l'origine des moyens, le Conseil considère que les lignes historiques dans le BMF ne peuvent pas être mobilisées pour la transition. Les moyens actuels couvrent de l'encadrement nécessaire dans les institutions. Malgré le contexte budgétaire difficile, le secteur hospitalier ne doit pas financer lui-même la transition.

Le Conseil demande également une révision de la normalisation, avec une simplification et une flexibilisation, afin d'éviter des investissements qui contribuent peu à la qualité des soins.

Il va également de soi que le secteur doit continuer à porter une attention particulière — et accrue — à une gestion efficiente des coûts.

Le Conseil recommande également que les pouvoirs publics garantissent un instrument de suivi strict des coûts, étant donné que l'un des effets visés par la réforme est précisément une amélioration de l'efficacité. Les gains d'efficacité démontrés doivent rester au bénéfice du secteur hospitalier (y compris les frais de transport — ou les interventions dans ceux-ci — lorsque les soins ne peuvent être organisés à proximité).

6. Autres points

a. Besoins de soins de la population, zones de soins logiques et réseaux

Il est clair que les réseaux hospitaliers tels que prévus par la loi du 28 février 2019¹ n'ont pas — ou du moins pas partout — atteint l'objectif visé ou sont, à tout le moins, dépassés. Plusieurs réseaux hospitaliers présentent aujourd'hui une cohérence géographique limitée. Le CFEH recommande dès lors d'abandonner les réseaux hospitaliers obligatoires et de supprimer les modifications apportées à la loi sur les hôpitaux en 2019

Cela ne signifie toutefois pas que les bons exemples de collaboration issus des réseaux hospitaliers, ou certains principes tels que l'accessibilité des soins loco-régionaux, doivent être purement et simplement écartés. Ces formes de coopération devraient pouvoir être maintenues et intégrées dans le nouveau cadre du paysage hospitalier. De même, les objectifs visés lors de l'introduction des réseaux hospitaliers — notamment répondre, en collaboration, aux besoins de la population locale — doivent être préservés. Il doit en effet exister une certaine cohérence entre les réformes antérieures et la nouvelle réforme du paysage hospitalier. Un manque de cohérence a un impact négatif sur la faisabilité et l'adhésion à la nouvelle réforme. La collaboration est toutefois prévue dans le cadre proposé via une cohérence institutionnelle.

La réforme du paysage hospitalier doit avoir pour objectif de stimuler davantage la collaboration, éventuellement via des mécanismes d'incitation, tout en évitant une concurrence mutuelle à une nouvelle échelle.

En remplacement des réseaux hospitaliers, il conviendrait plutôt de travailler avec des zones de soins logiques, comme également proposé dans la note d'experts. Une définition claire de ce qu'il convient d'entendre par zones de soins logiques doit être élaborée, en partant des besoins de soins de la population desservie par l'offre hospitalière au sein de la zone de soins, tout en tenant

¹ Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

compte des flux de patients. La programmation au sein des hôpitaux doit également être alignée sur ces besoins de soins.

Pour ces zones de soins logiques, il ne convient pas uniquement de considérer le paysage hospitalier, mais également, par exemple, les zones de première ligne, les réseaux de santé mentale ou les zones régionales de soins (en Flandre).

b. Attention portée aux soins transversaux et intégrés

Outre les quatre types de structures de soins proposés, il convient également d'accorder une attention particulière à un certain nombre d'autres acteurs du système de santé, tels que la santé mentale, mais aussi les hôpitaux de réadaptation flamands, les centres de séjour de récupération fonctionnelle, les soins aux personnes âgées, les réseaux de soins palliatifs et les soins de première ligne. Cela dans une optique de bonne coordination et de collaboration au sein des zones de soins logiques et d'un renforcement des soins intégrés au bénéfice du patient.

En ce qui concerne plus spécifiquement la collaboration avec les **services de santé mentale**, il devrait au minimum exister un lien fonctionnel entre les hôpitaux et les réseaux de santé mentale (SSM), avec une participation à la gouvernance du réseau SSM dans lequel ils sont implantés. En outre, une attention accrue doit être accordée à la santé mentale et aux problématiques psychiatriques aiguës dans le cadre du triage standardisé des services d'urgences et des postes de garde de médecine générale.

La collaboration entre les hôpitaux et les différentes formes d'offre en santé mentale est indispensable. En tout état de cause, une offre de soins de santé mentale au sein des hôpitaux généraux demeure nécessaire : aux urgences, via la psychiatrie de liaison, les lits et les places SPG (A et K), ainsi que les lits Sp de psychogériatrie.

Comme indiqué précédemment, le groupe d'experts n'a pas intégré l'offre de santé mentale (intra- et extrahospitalière) dans l'élaboration de ses propositions.

Il est néanmoins nécessaire de poursuivre le développement de l'offre de santé mentale, tant au sein des quatre types d'hôpitaux que dans les hôpitaux psychiatriques. En raison de sa spécificité, l'hôpital psychiatrique conserve une place distincte dans la législation hospitalière, à côté des quatre types d'hôpitaux proposés par le groupe d'experts.

Nous demandons à la CIM Santé de charger un groupe d'experts d'élaborer un rapport sur le futur paysage des soins de santé mentale. Celui-ci doit couvrir l'offre des hôpitaux psychiatriques, des services psychiatriques des hôpitaux généraux, ainsi que l'offre de santé mentale organisée par les entités fédérées.

En ce qui concerne la **situation spécifique des hôpitaux de revalidation flamands**, il est renvoyé au point 3 d) relatif aux HSI.

La réforme du paysage hospitalier ne peut dès lors être envisagée sans un renforcement structurel de **la première ligne** et de la collaboration entre la 1^{ère} ligne et le paysage hospitalier réformé. Par ailleurs, les structures de soins en amont et en aval de l'hôpital devront également être renforcées pour faire face à la diminution de la capacité hospitalière.

Dans le cadre d'une réforme du paysage hospitalier, le CFEH est convaincu que les CML, notamment dans les espaces libérés après reconversion, peuvent offrir de réelles opportunités pour des initiatives de collaboration. Ils peuvent servir de points de soins médicaux décentralisés

et accessibles, permettant au patient de limiter ses déplacements. Parallèlement, une analyse devra être menée afin de déterminer si l'implantation et l'offre actuelles et futures sont optimales dans certaines zones géographiques, comme évoqué au point 3 c) consacré aux CML.

Le CFEH recommande de reconnaître la collaboration avec la première ligne (liaison, outreach, télésurveillance, éducation, etc.) comme une activité hospitalière essentielle et de l'intégrer dans le financement.

Le Conseil renvoie également à la collaboration nécessaire dans le cadre des besoins aigus et non planifiés, telle que décrite au point 4.

Un élément essentiel de toute forme de collaboration réside dans l'échange (numérique) des données, qui demeure aujourd'hui insuffisamment abouti.

Enfin, des définitions claires sur le terrain sont nécessaires. La note de la commission d'experts fait notamment référence à un « case manager », notion qui diffère de celle de « casemanager » telle qu'elle est définie dans le Plan interfédéral pour les soins intégrés. Le CFEH souscrit pleinement à la nécessité d'un suivi étroit et de qualité du patient, tout en plaidant simultanément pour éviter autant que possible toute confusion dans les tâches, rôles et terminologies.

c. Qualité des soins

La qualité des soins — et son optimisation — constitue un moteur essentiel de la réforme du paysage hospitalier.

Comme indiqué précédemment, il convient de rechercher un équilibre entre l'accessibilité des soins, l'efficacité des soins et la qualité des soins dispensés.

La réforme doit dès lors représenter une opportunité de revoir en profondeur la réglementation en matière de qualité. En effet, certaines normes n'apportent aujourd'hui que peu de valeur ajoutée et génèrent au contraire une charge administrative inutile. En outre, une meilleure coordination doit être assurée entre les différentes autorités concernées afin d'aboutir à un ensemble cohérent, le principe du « *only once* » pour les enregistrements pouvant servir de fil conducteur.

Le CFEH plaide pour un recours accru à des indicateurs de résultats (*outcomes*) et de processus afin de mesurer la qualité au sein des hôpitaux, ainsi que pour une plus grande prise en compte de la voix du patient dans la démarche qualité, notamment via l'intégration des PREMs et des PROMs.

Comme déjà mentionné, le CFEH préconise également que, lors de l'évaluation prévue en 2031, des paramètres de qualité soient utilisés en complément des seuils minimaux d'activité. Ces paramètres devront dès lors être développés et validés en temps utile.

d. Rôle des pouvoirs publics

Le CFEH demande aux autorités concernées de définir un cadre clair, des définitions précises et un objectif de transition explicite, avec des décisions prises à court terme, afin que le secteur

dispose d'une vision claire du futur paysage hospitalier. À cet égard, il est renvoyé au point 5 relatif au calendrier et au fonds de transition.

Une bonne coordination entre l'autorité fédérale (compétente pour les normes organiques hospitalières) et les Communautés (compétentes pour les normes d'agrément et l'infrastructure hospitalière) sera également cruciale.

Le Conseil fédéral demande en outre aux autorités de lever les obstacles légaux entravant une collaboration accrue entre hôpitaux. Il renvoie à cet égard à ses avis antérieurs concernant les agréments en cascade (CFEH/D/619-4) et les fusions hospitalières (CFEH/D/624-2).

A cet égard, le Conseil souligne que la **fusion des agréments relevant d'autorités différentes** doit constituer un chantier prioritaire pour les autorités compétentes. Le conseil soutient les différentes mesures identifiées par les experts comme essentielles (mise à disposition du personnel, TVA, transports interhospitaliers, partage de données, ...).

Il est également essentiel que les conditions de collaboration entre hôpitaux découlant des programmes de soins (centres polycentriques de dialyse, cliniques du sein, programmes cardiaques, etc.) soient revues pour les mettre en cohérence avec le cadre de Nouveau Paysage Hospitalier. Ces modifications doivent être légalement définies dès la mise en oeuvre du NPH, avec des périodes de transition dans leur mise en application de manière à permettre aux hôpitaux de s'y adapter en fonction du calendrier prévu par le projet

Enfin, une communication claire et accessible, tant à destination du secteur des soins que — surtout — de la population, sera essentielle pour assurer le succès de la réforme. Il devra être clairement expliqué qu'il ne s'agit pas d'un exercice d'économies, mais bien d'une démarche d'optimisation de l'efficience et de la qualité des soins.

e. Personnel de soins

Le secteur des soins est confronté à une pénurie de personnel soignant — selon diverses projections, cette problématique ne devrait pas s'améliorer au cours des prochaines années, voire des prochaines décennies. Outre la poursuite d'un plan d'attractivité du secteur afin d'attirer de nouveaux professionnels, il convient d'investir dans une politique de rétention visant à motiver suffisamment le personnel soignant actif à s'engager dans cette réforme. Pour nombre d'entre eux, celle-ci entraînera en effet des conséquences importantes, notamment en matière de mobilité et/ou de formation.

Une communication claire à destination du personnel soignant hospitalier est dès lors cruciale pour la réussite de la réforme. En plus de la réalité susmentionnée de pénurie, plusieurs processus de changement sont actuellement en cours (notamment la réforme de l'échelle de carrière infirmière), ce qui peut générer une certaine inquiétude. Fournir en temps utile une information claire et adéquate peut contribuer à instaurer la sérénité nécessaire. Un rôle important est dès lors dévolu à la concertation sociale locale, qui peut répondre aux préoccupations et besoins spécifiques du terrain.

f. Médecins

En ce qui concerne (certaines) disciplines médicales, une pénurie menace également dans les hôpitaux. Il est constaté qu'il devient de plus en plus difficile pour les hôpitaux de maintenir

certaines spécialités en intramuros. Cela peut avoir des conséquences négatives sur l'organisation des services de garde et sur la disponibilité des avis au lit du patient hospitalisé.

En outre, la réforme aura également un impact non négligeable sur les médecins hospitaliers, notamment en raison des attentes en matière de déplacements de l'offre de soins entre sites. Par ailleurs, plusieurs réformes sont actuellement en cours (financement hospitalier et nomenclature), lesquelles entraînent déjà des changements importants pour les médecins.

Le CFEH recommande dès lors de veiller à maintenir l'hôpital comme un environnement de travail suffisamment attractif pour les médecins spécialistes.

À cet égard, il peut être envisagé de prévoir une autonomie suffisante. Une réforme de la structure de gouvernance de l'hôpital peut constituer un levier à cet effet, en tant que composante de l'ensemble du paquet de réformes.

Afin de faire face à la pénurie, certains membres ont évoqué la possibilité d'instaurer une permanence obligatoire pour chaque médecin spécialiste, y compris ceux exerçant en pratique extramurale (conformément à l'article 21 de la loi relative à la pratique de qualité des soins de santé). D'autres membres ont proposé que les médecins qui terminent leur formation travaillent un nombre défini d'années à l'hôpital. Cette proposition a toutefois suscité une forte opposition de la part d'autres membres.

Ces divergences confirment la nécessité d'une concertation avec les parties concernées, afin de garantir au maximum, à terme, la continuité et la qualité des soins aux patients.

Enfin, le Conseil attire également l'attention sur l'importance d'une information correcte et en temps utile à destination des médecins.

g. Pratiques extramurales

Étant donné que la commission d'experts a abordé à plusieurs reprises la question des pratiques extramurales, le CFEH a également jugé utile de discuter de ce point au sein du groupe de travail. Quelques réflexions issues de cette discussion sont présentées ci-dessous, sans formulation d'un avis spécifique, compte tenu des divergences intrinsèques de points de vue entre les membres.

Afin d'avoir une meilleure visibilité sur la qualité des soins tant dans les hôpitaux que dans les pratiques extramurales, davantage de transparence, de suivi et de contrôle sont nécessaires.

- Aujourd'hui, les pratiques extramurales relèvent de très peu de législation, alors que les hôpitaux doivent satisfaire à toute une série de normes et d'exigences. Des normes spécifiques de qualité et de sécurité, des inspections, etc., devraient dès lors également être prévues pour les pratiques extramurales. Cela permettrait de garantir que le patient bénéficie de soins de qualité et sûrs, quel que soit le cadre dans lequel ils sont dispensés.
- On ne réfère pas uniquement à la loi Qualité. Il existe de très nombreuses normes auxquelles les hôpitaux doivent se conformer. Ces mêmes normes doivent être applicables à la pratique ambulatoire afin de garantir un même niveau de qualité de soins. Nous pensons notamment aux normes relatives à l'hygiène, à la stérilisation, à l'infrastructure, aux pompiers, mais aussi des normes telles que la compliance au RGPD, à la Cyber sécurité, à l'IA Act, la législation sur les marchés publics, le respect des CCT

pour les conditions de travail et de rémunération du personnel, etc. Se pose encore la question de la formation des médecins : si on supprime des hôpitaux l'ensemble des interventions de base et/ou plus techniques, la formation des médecins va en pâtir. Si toutes ces règles et normes sont rencontrées, cela reviendrait finalement à créer des hôpitaux de jours privés- contre lesquels le CFEH s'insurge totalement -, accessibles uniquement aux patients pourvus de moyens suffisants. De facto, nous aurions affaire à une médecine à deux vitesses.

- Il convient de définir une distinction claire entre les pratiques extramurales et les Centres Médicaux Locaux (CML), ces derniers devant en tout état de cause être organisés comme des hôpitaux.

Certains membres soulignent les expériences positives avec les pratiques privées et indiquent que ces pratiques doivent également disposer des leviers nécessaires, tant juridiques que financiers, pour pouvoir fournir des soins de qualité. Il convient de veiller à ce que, en cas de déplacement des profils de patients — les patients moins complexes étant plus facilement orientés vers les pratiques privées, tandis que les patients plus complexes et donc plus intenses en soins restent à l'hôpital — le financement soit adapté de manière proportionnée.

Ici aussi, les divergences mettent en évidence la nécessité d'une concertation dans l'intérêt du patient.

7. Conclusion et réponse aux éléments de la demande d'avis du ministre

Le CFEH exprime son appréciation pour l'important travail réalisé au travers de la note de la commission d'experts. Cette note constitue un point de départ essentiel pour les étapes ultérieures d'une réforme nécessaire du paysage hospitalier.

Le CFEH souscrit à la nécessité d'une réforme en profondeur du paysage hospitalier afin de garantir un équilibre optimal entre durabilité, qualité et accessibilité des soins. Le Conseil peut, dans les grandes lignes, adhérer à la **vision proposée reposant sur quatre types de structures de soins (Hôpital Général Régional – HGR, Centre Hospitalier Universitaire – CHU, Centre Médical Local – CML et Hôpital de Soins Intermédiaires – HSI), à la concentration des soins hautement complexes et rares, ainsi qu'à la réforme de l'aide médicale urgente.** Le CFEH comprend que la situation existante (« as is ») ait servi de point de départ aux experts, mais attire l'attention sur les hôpitaux psychiatriques ainsi que sur les hôpitaux de réadaptation flamands, qui ont été exclus de l'analyse alors qu'ils font partie intégrante du paysage hospitalier.

Le CFEH souligne que des définitions claires, la transparence quant aux données utilisées et un cadre politique fort sont essentiels.

Le CFEH réitère également son soutien au maintien du caractère *social profit* des unités institutionnelles et des types d'hôpitaux proposés. Cet aspect est en effet indispensable pour garantir durablement la qualité et l'accessibilité du secteur hospitalier pour le patient.

En ce qui concerne **la période de transition**, le CFEH estime qu'il est avant tout nécessaire que les pouvoirs publics mettent rapidement en place un cadre clairement délimité, assorti d'une vision uniforme à long terme, et qu'un dialogue soit engagé à ce sujet avec le secteur. Le CFEH

soutient à cet égard un calendrier d'implémentation ambitieux, tout en soulignant la nécessité d'évaluations intermédiaires approfondies, compte tenu des défis mentionnés.

En ce qui concerne les **critères applicables aux HGR et CHU**, il est possible, dans une première phase, de travailler avec les normes minimales proposées sur la base des lits (agréés et justifiés). Le CFEH souligne toutefois la nécessité d'une réflexion en temps utile sur les effets de ces critères sur l'offre de soins et sur la santé publique.

Le CFEH est d'avis que, dans le cadre de la **réforme du financement hospitalier vers un financement basé sur les DRG**, il conviendra de continuer à tenir compte de la notion de « **durée de séjour justifiée** ». Dès lors, la taille minimale semble pouvoir être maintenue comme critère.

Le CFEH plaide néanmoins pour l'élaboration et l'utilisation d'**indicateurs de qualité** validés et pertinents en tant que critères complémentaires.

En ce qui concerne les **lits à caractère universitaire**, le CFEH conclut qu'une analyse approfondie est nécessaire quant au nombre de lits requis, aux fonctions et aux services universitaires par faculté de médecine, ainsi qu'à leur localisation optimale, tant pour les pathologies prises en charge dans ces lits des HGR que des CHU, et ce en concertation avec les hôpitaux (universitaires) concernés, avant de prendre toute décision supplémentaire.

S'agissant de la possibilité d'une **focused clinic avec short stay** au sein d'un CML, l'avis est partagé. Certains membres s'y opposent, notamment en raison d'obligations de permanence jugées inutiles et d'un manque de gains d'efficacité. D'autres membres estiment en revanche que le **short stay** devrait être possible, à condition qu'il s'agisse d'une véritable activité **focused**, à haut volume et à haute expertise, destinée à des profils de patients à faible risque. Le Conseil estime également que l'entrepreneuriat social des hôpitaux doit bénéficier de la flexibilité nécessaire afin de répondre aux besoins de soins dans leur zone de soins logique, et ce dans le cadre de leurs missions de soins locorégionales.

En ce qui concerne les **critères applicables aux Hôpitaux de Soins Intermédiaires (HSI)**, le CFEH demande de réexaminer la taille minimale sur la base de calculs d'efficacité. À cet égard, le Conseil propose également de prévoir la flexibilité nécessaire afin de permettre une valorisation économique optimale de l'infrastructure existante.

Le CFEH attire l'attention sur les besoins fortement croissants liés au vieillissement de la population, tout en s'interrogeant sur la mesure dans laquelle ces patients relèvent du HSI. À cet effet, le CFEH demande une clarification complémentaire de la définition de la gériatrie subaiguë.

Le CFEH soutient le principe de l'**unité institutionnelle** et souligne la valeur ajoutée d'une unité de vision, de moyens et de pilotage. Il est essentiel que les personnes morales conservent un caractère public ou privé **social profit**, afin d'éviter une commercialisation accrue des soins.

C'est uniquement pour les HSI que l'avis est partagé à cet égard.

Le CFEH attire l'attention sur le rôle de surveillance de l'Autorité belge de la concurrence (ABC) et sur l'impact que celui-ci peut avoir sur les formes de collaboration.

La réforme doit être alignée sur les **besoins de soins de la population au sein de zones de soins logiquement délimitées**. Ces notions et les besoins de soins correspondants doivent toutefois encore être définis plus avant. À cette fin, un accès aux données et aux modèles utilisés est indispensable.

Une attention particulière doit également être accordée aux aspects transmuraux des soins. Cela requiert une bonne coordination et une collaboration étroite au sein des zones de soins logiques, ainsi qu'un accent mis sur une prise en charge plus intégrée du patient, avec et entre plusieurs autres acteurs du secteur des soins de santé, tels que la santé mentale, mais aussi les hôpitaux de revalidation flamands, les centres de séjour de revalidation, les soins aux personnes âgées, les réseaux de soins palliatifs et les soins de première ligne.

Le CFEH souligne l'importance de **mesures d'accompagnement** dans un contexte de pression budgétaire et de pénurie de personnel. La stabilité budgétaire durant la période de transition est essentielle. Le Conseil soutient la création d'un fonds fédéral de transition destiné à couvrir les coûts liés aux fermetures, reconversions et transferts, mais souligne que le secteur ne peut assumer seul le financement de cette transition.

Le CFEH demande aux **autorités concernées** de fournir un cadre clair, des définitions précises et un objectif de transition explicite, assorti de décisions à court terme, afin que le secteur dispose d'une visibilité suffisante sur le futur paysage hospitalier. Une bonne coordination entre l'autorité fédérale et les Communautés est cruciale. Le Conseil fédéral demande également aux pouvoirs publics de lever les obstacles légaux à une coopération accrue entre hôpitaux.

Enfin, les pouvoirs publics doivent veiller à une communication claire et accessible, tant à destination du secteur des soins (y compris les médecins) que, surtout, de la population.

Le CFEH conclut que cette réforme ne pourra aboutir que dans le cadre d'une politique cohérente, prévisible et communiquée en temps utile, en lien avec les réformes du financement hospitalier et de la nomenclature, avec pour objectif de continuer à garantir à chaque patient des soins de qualité et accessibles.