

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS

SYNTHÈSE EXÉCUTIVE

POUR LA RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER BELGE

Changer pour préserver (2026-2036)

À LA DEMANDE DE

La Conférence
Interministérielle Santé
publique

Date : 17 12 2025

Cette synthèse exécutive est un résumé de l'avis du groupe d'experts sur la future réforme du paysage hospitalier belge.

Cet avis a été formulé le 17 décembre 2025 à la demande de la Conférence Interministérielle Santé publique.

1 INTRODUCTION

Dans le cadre de la **réforme du paysage hospitalier belge et de son financement**, la Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique a décidé le 19 mars 2025 de constituer un **groupe d'experts**.

Ce groupe, composé d'experts indépendants avec une expérience aussi large que diversifiée des différentes facettes de l'organisation hospitalière, a reçu pour mission de **formuler des recommandations pour la réforme du paysage hospitalier belge**.

***Mission de la CIM Santé Publique:** « En partant de la situation « as is », formuler directement à l'intention de la Conférence interministérielle Santé Publique des recommandations concernant l'organisation souhaitée du paysage hospitalier, afin de garantir des soins de qualité tout en assurant une utilisation efficiente des ressources financières et humaines. »*

Dans son avis, le groupe d'experts se penche sur **l'organisation actuelle des hôpitaux généraux et de leurs sites dans notre pays, et sur la structure actuelle de l'offre telle qu'elle s'est historiquement développée au fil du temps**.

Ce rapport ne traite PAS :

- des **hôpitaux psychiatriques** et autres institutions de soins de santé mentale ;
- des **soins aux personnes âgées** (compétence des entités fédérées) ;
- des **hôpitaux de réadaptation**, transférés aux entités fédérées ;
- des **autres réformes en cours**, comme celles de la nomenclature des honoraires médicaux ou du financement hospitalier.

2 POURQUOI UNE RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER ?

Notre système de soins de santé semble soumis à la « **loi du désavantage de la longueur d'avance** » : grâce au degré de satisfaction élevé des patients et à une intégration sociale poussée des soins, tout semble aller pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Cette perception positive masque toutefois la **nécessité d'agir pour préserver l'accessibilité, la qualité et la soutenabilité financière de notre système de soins de santé et en garantir la pérennité**.

Les soins de santé sont confrontés à des défis fondamentaux qui appellent une **transformation en profondeur et à long terme**. Pour répondre à la complexité croissante des besoins de soins, à la pénurie de personnel et à l'augmentation des coûts, nous avons besoin d'une approche durable et résolument tournée vers l'avenir.

Selon les experts, la réforme du paysage hospitalier s'inscrit dans un parcours visant à instaurer un **modèle de soins intégré**, fondé sur une **approche holistique du Quintuple Objectif (Quintuple Aim)**, qui combine qualité, accessibilité financière, bien-être des patients et des professionnels, et équité.

Une telle évolution ne se fera pas du jour au lendemain : une **période de transition de dix ans** est prévue pour restructurer et renforcer progressivement le système hospitalier.

3 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES : ANALYSE SWOT DES HÔPITAUX BELGES

À l'aide d'une **analyse SWOT**, le groupe d'experts a identifié les forces, faiblesses, opportunités et menaces (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) du paysage hospitalier belge actuel.

FORCES



1. Des soins hospitaliers de qualité
2. Accessibilité
3. Des professionnels de santé qualifiés et engagés
4. Des bases solides

FAIBLESSES



1. Pénurie de professionnels de santé
2. Sous- et surutilisation des services d'urgence
3. Des soins fragmentés et une articulation insuffisante entre les lignes de soins
4. Une offre hospitalière excédentaire, une répartition sous-optimale et des réseaux hospitaliers trop peu contraignants
5. Un financement à l'acte générateur de surconsommation et une mesure de la qualité encore insuffisante

OPPORTUNITÉS



1. Des traitements et médicaments nouveaux plus efficaces, mais également plus complexes et plus coûteux
2. Une attention croissante portée à des soins véritablement centrés sur le patient
3. D'une spécialisation accrue vers une collaboration renforcée
4. La transformation numérique comme moteur de soins axés sur la population et sur le patient

MENACES



1. Pression démographique et vieillissement
2. Complexité structurelle et politique
3. Pression budgétaire
4. Pratique privée et déconventionnement
5. Défis sociétaux plus larges, tels que le changement climatique, les pandémies et les conflits internationaux

4 VERS UNE OFFRE ADAPTÉE

L'analyse SWOT révèle que l'offre de soins belge est actuellement très **fragmentée** : le pays compte trop d'hôpitaux qui « *veulent continuer à tout faire* », alors que les soins deviennent de plus en plus complexes et spécialisés. Ceci débouche sur une **utilisation inefficace du personnel et des moyens disponibles**, en particulier pour les services qui doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Avec la super-spécialisation accrue et le manque de personnel, une **échelle suffisante** est nécessaire pour pouvoir assurer la qualité et la continuité des soins et pour maintenir la charge de travail à un niveau acceptable.

Il est toutefois aussi important de préserver la **proximité** des soins : les soins de base et les interventions courantes doivent pouvoir être organisés au plus près du domicile du patient. L'**hôpital de jour** a un rôle important à jouer sur ce plan, parce qu'un nombre croissant de traitements peuvent être réalisés en ambulatoire. Un centre de jour peut proposer une offre accessible et travailler de manière intégrée avec la première ligne, et représente une alternative aux initiatives privées à caractère commercial.

La structure de l'offre de soins future combinera donc **agrandissement d'échelle** et **proximité**, ce qui suppose d'une part des sites hospitaliers **moins nombreux, mais mieux développés** avec des **normes claires en termes de qualité et de volume d'activité**, et d'autre part davantage de **soins locaux ambulatoires**.

Ne serait-il pas envisageable d'attendre que la situation évolue spontanément dans le bon sens ? D'après l'analyse SWOT, **ce n'est pas une solution viable**. Les moyens disponibles ne vont pas augmenter, que du contraire, et l'évolution de la population active ne permettra pas de répondre aux besoins en soins croissants de la population vieillissante.

Des choix clairs devront être posés pour préserver des soins de santé solidaires. Nous allons devoir **changer** pour **préserver**, et ces changements devront être **réalisés de façon solidaire** : tous les acteurs du paysage hospitaliers devront faire des efforts.

5 LA PIERRE ANGULAIRE DE LA RÉFORME : QUATRE TYPES D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Pour les experts, **une offre de soins adaptée** combine :

- Une **offre accessible pour les pathologies courantes** dont le généraliste estime qu'elles nécessitent un renvoi à d'autres acteurs ;
- Des **soins aigus ou intermédiaires** au sein d'un établissement de soins ;
- Une **aide médicale urgente** bien organisée ;
- Le renvoi vers un **centre d'expertise pour les pathologies rares et/ou complexes** à l'initiative du généraliste ou d'un médecin spécialiste.

En partant du principe « **des soins de proximité lorsque c'est possible, des soins concentrés lorsque c'est nécessaire** », les experts proposent de subdiviser le paysage hospitalier en **quatre types**

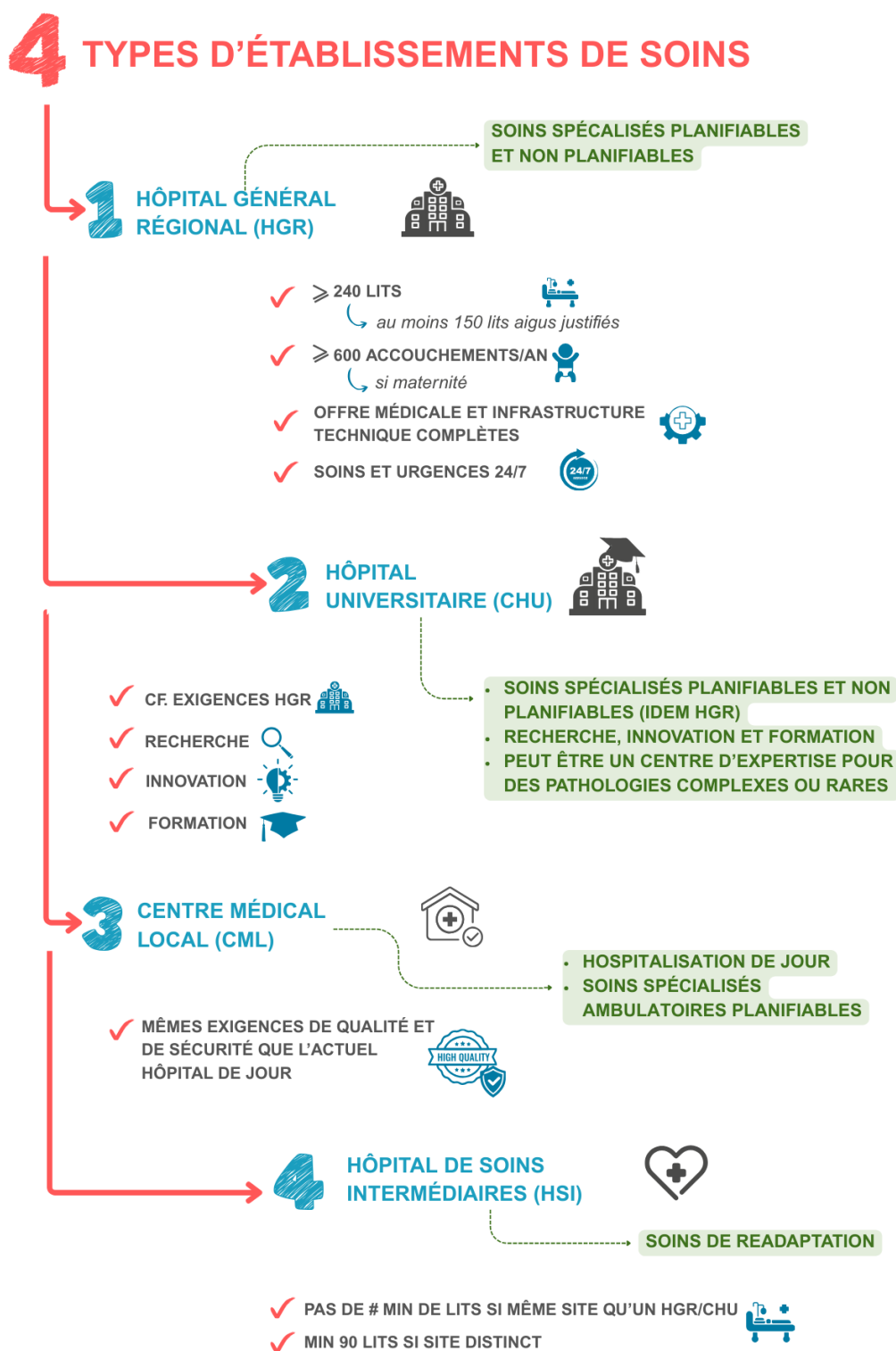
d'établissements bien distincts, dotés chacun d'un rôle et de responsabilités spécifiques. Cette classification constitue la pierre angulaire de la réforme, car elle pose les bases d'une meilleure collaboration, d'une répartition claire des tâches et d'une utilisation plus efficiente des ressources et de l'expertise (voir Figure 1).

- Hôpital Général Régional (HGR)
- Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- Centre Médical Local (CML)
- Hôpital de Soins Intermédiaires (HSI)

Le concept et les normes formulées ci-après ont été élaborés **au niveau des sites individuels**.

Afin de laisser le temps nécessaire à la mise en œuvre, la réforme **débiterait en 2026, avec un délai d'exécution de dix ans, divisé en deux périodes de cinq ans et assorti d'une évaluation intermédiaire par la CIM**.

FIGURE 1: REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DE LA RÉFORME PROPOSÉE



5.1 HÔPITAL GÉNÉRAL RÉGIONAL (HGR)

Un Hôpital Général Régional (HGR) organise des **soins programmés et non programmés pour les patients présentant des problèmes de santé courants**. Si nécessaire, un HGR peut orienter les patients **ayant des besoins en soins plus complexes** vers des hôpitaux spécialisés, universitaires ou autres. Ceux-ci doivent alors **développer une collaboration étroite** et une communication efficace avec le HGR, où le patient peut continuer à se rendre pour les soins plus courants et le suivi.

Un HGR dispose de **services médicaux et médico-techniques complets, d'une capacité suffisante et de la possibilité de renforcer son activité en situation de crise**.

5.2 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)

Dans le nouveau paysage hospitalier, un CHU combine sa **mission d'enseignement, de recherche et d'innovation** avec la fonction d'un **Hôpital Général Régional (HGR)**.

Un CHU répond aux **mêmes exigences médico-cliniques** qu'un HGR. Un CML ou HSI peut donc également être rattaché à un CHU, et doit alors satisfaire aux mêmes conditions que n'importe quel autre CML ou HSI. Une **collaboration accrue** est nécessaire entre les CHU et les autres structures de soins, mais aussi entre les CHU eux-mêmes.

Pour être reconnus ou conserver leur reconnaissance en tant que **centres d'expertise pour certaines affections complexes**, tant les CHU que les HGR doivent répondre à des exigences minimales concernant, notamment, le volume d'activité, les indicateurs de résultats, l'infrastructure technique et la qualité des soins multidisciplinaires.

Certaines formes de reconnaissance, comme celles relatives aux **maladies rares**, sont réservées aux CHU. Compte tenu de la rareté de ces affections, une concentration de l'expertise et une coopération entre les CHU sont indispensables.

En-dehors des CHU, il y a actuellement aussi une pléthore de **lits universitaires dans certains hôpitaux généraux**, ce qui prête à confusion. Les experts recommandent de réexaminer cette situation d'un œil critique. L'encadrement doit être basé sur la pathologie et la lourdeur des soins des patients, comme dans les autres hôpitaux.

L'usage des qualificatifs universitaire et académique doit être **strictement réservé aux hôpitaux satisfaisant à l'ensemble des critères légaux applicables aux CHU**.

5.3 CENTRE MÉDICAL LOCAL (CML)

Les experts recommandent que les interventions hospitalières soient réalisées autant que possible en **hospitalisation de jour**. Cette approche est globalement plus confortable et plus sûre pour le patient, permet de résoudre en partie le problème de la pénurie de personnel la nuit et le week-end, et est plus avantageuse pour le budget des soins de santé. Les hospitalisations de jour peuvent évidemment continuer à être organisées au sein des HGR ou CHU. Les experts recommandent toutefois également la création de **Centres Médicaux Locaux (CML)**, qui assurent des **soins ambulatoires spécialisés programmés**.

L'offre de soins peut inclure, outre la **chirurgie de jour, des interventions de médecine interne, des consultations ambulatoires, la dialyse « low-care » et le suivi de soins chroniques**, comme par

exemple la surveillance du diabète (éventuellement à distance). Un CML peut également organiser une **réadaptation ambulatoire** ou une **réadaptation en hôpital de jour** après une sortie d'hôpital. On pourrait aussi envisager qu'il assure une **éducation à la santé** (école du dos, réadaptation cardiaque) ou des **programmes de prévention**, ou qu'il abrite un **centre de vaccination**. **L'hôpital de jour peut aussi servir de base à l'hospitalisation à domicile** : il assure l'organisation et le suivi des soins, mais ceux-ci sont **dispensés au domicile du patient**. Si l'HGR ne se trouve pas à proximité, un **poste de garde en médecine générale** peut être installé sur le même site qu'un CML.

Pour certaines interventions, il est possible que le patient doive malgré tout passer **une ou plusieurs nuits à l'hôpital** (séjour bref ou **short stay**). Cette situation ne correspond plus tout à fait au modèle classique de l'hôpital de jour, mais rejoint le concept de **focused clinic** – une structure de soins spécialisée qui se concentre sur un nombre limité de types d'interventions au sein d'une seule discipline, par exemple en chirurgie orthopédique. L'avantage d'un tel modèle réside dans la possibilité d'une standardisation poussée et d'une optimisation du parcours de soins, avec à la clé une efficacité et une qualité accrues.

5.4 HÔPITAL DE SOINS INTERMÉDIAIRES (HSI)

Les **soins intermédiaires** ou **soins de réadaptation** constituent une **phase transitoire** visant à permettre aux patients de retrouver ou de renforcer leur autonomie après une hospitalisation, afin qu'ils puissent regagner leur domicile ou leur maison de repos. Ils concernent des patients souffrant d'affections cardio-pulmonaires (Sp1), locomotrices (Sp2) ou neurologiques (Sp3), de pathologies chroniques multiples (Sp5), de troubles psycho-gériatriques (Sp6) ou relevant des soins palliatifs (Sp4).

Alors que le nombre de **lits hospitaliers aigus** diminue en Belgique, le nombre **d'hospitalisations de jour et de lits destinés aux soins chroniques, gériatriques ou de réadaptation** augmente. Il manque toutefois une **catégorisation uniforme et un financement adapté**. Les experts recommandent, conformément à l'avis du Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers (23 septembre 2023), de s'attaquer en priorité à ces lacunes.

Outre les HSI, les experts soulignent **l'importance des différentes formes de prise en charge après une hospitalisation** : centres de réadaptation, centres ou accueils de jour, courts séjours en maison de repos et de soins, renforcement de l'aide et des soins à domicile, etc., en cohérence avec les politiques des entités fédérées.

5.5 COHÉRENCE INSTITUTIONNELLE ENTRE HGR/CHU, CML ET HSI

Tant les CML que les HSI sont institutionnellement rattachés à un seul Hôpital Général Régional (HGR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU) au sein d'une même région de soins, qu'ils soient implantés sur le même site ou sur un site distinct. Une seule personne morale (publique ou privée et à but non lucratif) définit la stratégie, gère les moyens consolidés et assume la responsabilité juridique de l'ensemble des entités. Les médecins et infirmiers des CML et des HSI font pleinement partie du personnel du HGR/CHU.

Les CML et les HSI disposent de **protocoles obligatoires pour les urgences et les transferts**.

Pour de détails notamment sur les normes requises pour ces quatre types d'établissements de soins, nous vous invitons à vous référer au chapitre 7 de l'avis.

6 RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

6.1 LES SERVICES D'URGENCE SOUS TENSION

À l'heure actuelle, les services d'urgence belges assurent à la fois **l'aide médicale urgente** et certains **soins de première ligne**. La qualité et l'efficacité des soins urgents sont compromises par **l'usage inapproprié des services d'urgence (sur- et sous-utilisation), la fragmentation des compétences, le fonctionnement bancal du système 1733** et la **prolifération des services d'urgence**. Ces facteurs aggravent également la pénurie de personnel. Une **réforme en profondeur** du système est donc indispensable pour améliorer durablement les soins urgents.

6.2 TRIAGE CENTRALISÉ AVEC ORIENTATION VERS L'OFFRE DE SOINS APPROPRIÉE

Le système actuel fonctionne mal faute d'une bonne coordination entre les **deux numéros qui y coexistent (le 112 et le 1733)**, qui sont largement utilisés de manière interchangeable. Le 1733, qui permet de contacter les postes de garde en médecine générale, reste aussi trop peu connu du grand public, et ces postes de garde ne jouent actuellement aucun rôle dans un système d'aide médicale urgente accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Pour remédier à cette confusion et garantir une égalité d'accès aux soins, une **structure d'appel intégrée, dans laquelle les deux numéros collaborent**, est nécessaire. Quel que soit le numéro composé, chaque appel doit être évalué de manière centralisée selon son degré d'urgence, puis orienté si nécessaire vers l'acteur adéquat : médecin généraliste, poste de garde, ambulance, PIT (équipe d'intervention paramédicale), SMUR, ou service d'urgence du HGR ou CHU. **Un tel triage centralisé est instauré en continu, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.**

6.3 SERVICES D'URGENCE : UNIQUEMENT DANS LES HGR ET CHU

Le nombre élevé de services d'urgence dans notre pays entraîne, selon le [rapport KCE 263](#) (2016), une **dispersion des ressources humaines et matérielles**. Dans un tel système, les services d'urgence des petits hôpitaux doivent eux aussi assurer et financer une permanence médicale et infirmière complète, ce qui est aujourd'hui devenu insoutenable. Les services d'urgence **ne devraient donc être organisés qu'au sein des HGR ou CHU**.

6.4 RENFORCER L'UTILISATION DES POSTES DE GARDE

Pour limiter le recours inapproprié aux services d'urgence, les **postes de garde de médecine générale** doivent gagner en **visibilité** et en **accessibilité**. Ils seront idéalement **installés sur le site d'un HGR/CHU, ou d'un CML lorsque la distance jusqu'au HGR/CHU le plus proche est excessive**, et doivent être organisés de manière complémentaire au service d'urgence du HGR/CHU.

7 UNE OFFRE ADAPTÉE POUR DES AFFECTIONS HAUTEMENT COMPLEXES ET/OU RARES

7.1 SOINS CLINIQUES HAUTEMENT COMPLEXES : UNIQUEMENT DANS LES CENTRES AVEC UNE EXPERTISE SUFFISANTE

Les **soins cliniques hautement complexes** concernent généralement des **interventions lourdes** – par exemple la chirurgie de l'œsophage ou du pancréas, la traumatologie sévère ou l'oncologie pédiatrique. Ils requièrent une expertise hautement spécialisée, une collaboration multidisciplinaire et, souvent, une infrastructure technologique de pointe.

Dans ce domaine, la recherche démontre de manière systématique que des **volumes de soins plus élevés débouchent sur de meilleurs résultats** : plus une équipe réalise fréquemment une intervention complexe, plus les chances de survie sont élevées.

Pour la **reconnaissance** d'un établissement en tant que **centre d'expertise** pour une indication donnée, les experts recommandent **au minimum les critères suivants** :

- un **volume d'activité suffisant** par équipe et par membre individuel de l'équipe ;
- une **infrastructure** spécialisée ;
- une équipe **multidisciplinaire**, avec une collaboration démontrable entre médecins spécialistes expérimentés et autres professionnels de santé. Les membres de cette équipe doivent tous être **suffisamment actifs** au sein de l'hôpital pour pouvoir garantir une prise en charge **24/7** ;
- une intégration dans un **réseau de soins** régional ou national, assortie d'accords sur l'orientation des patients, le suivi et les soins post-thérapeutiques.

Une **commission indépendante** statue sur les reconnaissances, contrôle la qualité et publie les résultats. Si un hôpital ne satisfait plus aux conditions requises, sa reconnaissance est retirée.

7.2 MALADIES RARES : DANS DES CENTRES D'EXPERTISE

On entend par maladies rares celles qui ont une **prévalence inférieure à 1 cas sur 2.000 habitants**. On estime qu'il existe entre 6.000 et 8.000 maladies rares différentes. En raison de leur grande diversité et surtout de leur rareté, le nombre de professionnels de la santé qui peuvent acquérir une expertise suffisante d'une maladie rare est limité.

Un [Plan belge pour les Maladies Rares](#) a été lancé en 2013. Il prévoit notamment la création de **centres d'expertise** pour des (groupes de) maladies rares. Ces centres doivent disposer d'équipes spécialisées et multidisciplinaires et concentrer l'expertise relative aux affections concernées.

Les experts recommandent de **transformer les centres de référence actuels en centres d'expertise**.

Ils plaident en faveur de **trois priorités** :

- un **diagnostic plus rapide**, notamment grâce à une meilleure sensibilisation de la population, des structures de soins périnataux ainsi que des prestataires de soins, au recours à l'intelligence artificielle dans les dossiers médicaux électroniques et à un renvoi précoce ;

- des **trajectoires de soins intégrées**, définissant clairement les tâches qui doivent être effectuées par les centres hautement spécialisés et celles qui peuvent être assurées au plus près du patient ;
- une collaboration structurée et une répartition des rôles **entre les centres de référence actuels et les centres de génétique**. Cette répartition des rôles doit être communiquée clairement aux médecins adresseurs afin qu'ils sachent quand et vers qui orienter leurs patients.

8 UNE TRANSITION SOUTENUE PAR LA CIM ET UN MODÈLE POUR UNE PRISE DE DÉCISION OBJECTIVE

8.1 UN PLAN DE TRANSITION SOUTENU PAR LA CIM

Un **plan de transition** est nécessaire, avec une **feuille de route** et des **mesures d'accompagnement** qui permettront la mise en œuvre effective de la réforme envisagée au cours des dix années à venir. Étant donné que la réforme relève à la fois de la compétence de l'autorité fédérale et de celle des entités fédérées, il est essentiel que la **CIM**, ou un organe désigné par celle-ci, en assure l'encadrement et le suivi.

8.2 UN MODÈLE POUR SOUTENIR UNE PRISE DE DÉCISION POLITIQUE OBJECTIVE

8.2.1 Objectif de l'outil

La réforme du paysage hospitalier implique des choix politiques. Pour **les objectiver et les soutenir**, le groupe d'experts a demandé au KCE de développer un modèle d'aide à la prise de décision (**Decision-Making Support Model**).

L'objectif est de cartographier **l'accessibilité** et **l'offre de soins hospitaliers** dans la situation actuelle et durant l'évolution progressive des sites hospitaliers vers l'un des quatre types obligatoires. La réforme **débutterait en 2026 et s'étalerait sur une durée totale de dix ans, structurée en deux phases de cinq ans chacune, assorties d'une évaluation intermédiaire**.

8.2.2 Classification selon l'accessibilité et l'offre de soins

Le modèle classe les hôpitaux en fonction de leur **offre de soins** et de leur **accessibilité géographique**.

L'accessibilité pour le patient est mesurée en termes de temps moyen de déplacement en voiture entre le lieu de résidence et le site hospitalier, en tenant compte du trafic automobile d'un lundi matin à 8 heures.

L'offre de soins est évaluée sur la base du nombre de lits aigus justifiés, du nombre total de lits et du nombre d'accouchements.

8.2.3 Trois normes cumulatives pour les HGR

Les normes sont résumées ci-dessous dans leurs grandes lignes (voir également Figure 2). Pour le texte complet, voir section 10.3 de l'avis.

Pour pouvoir fonctionner en tant qu'**HGR**, un site devra répondre d'ici 2031 à **trois normes cumulatives** :

1. Au moins 150 lits aigus justifiés en 2026, au moins 180 d'ici 2031.
2. Au moins 240 lits d'ici 2031, en prenant en compte les lits aigus justifiés, les lits reconnus de soins intermédiaires (lits Sp) et les lits A et K.
3. Au moins 600 accouchements par an d'ici 2031 si le site dispose d'une maternité.

Sur cette base, les **132 sites aigus** peuvent être répartis en **trois groupes**¹ :

- **Groupe A (67 sites)** : sites répondant déjà aux normes ;
- **Groupe B (26 sites)** : sites qui ont encore du chemin à parcourir pour répondre aux normes en 2031 ;
- **Groupe C (39 sites)** : sites ne répondant pas à la norme des 150 lits aigus justifiés et devant se transformer d'ici 2029.

Les hôpitaux qui **ne répondent pas** à la norme de 150 lits aigus justifiés devront donc commencer à réduire leur activité à partir de 2026, sauf :

- s'ils participent à une fusion, avec un plan de rationalisation crédible ;
- si d'autres sites impliqués dans cette fusion ferment ou se reconvertissent en CML ;
- et qu'ils répondent aux normes d'ici fin 2028.

8.2.4 Évaluation intermédiaire et mesures transitoires

La transformation obligatoire du groupe C entraînera une augmentation du nombre de patients dans les HGR des groupes A et B. Plusieurs HGR du groupe B pourront ainsi atteindre plus facilement les normes définitives d'ici 2031.

Une **évaluation intermédiaire après cinq ans (en 2031)** sera nécessaire pour évaluer :

- s'il est envisageable d'accroître encore le nombre minimal de lits aigus justifiés (p.ex. de 180 à 210) ;
- si le nouveau financement harmonisé des lits intermédiaires a bien l'effet escompté ;
- si les accouchements provenant des sites du groupe C se reportent effectivement vers les groupes A et B ;
- si les incitants financiers destinés à accompagner la transition sont suffisants et octroyés en temps utile.

¹ Le calcul se base sur le nombre de lits aigus justifiés en 2025 (données RHM 2023). La décision finale sera prise sur la base du nombre moyen de lits aigus justifiés en 2024, 2025 et 2026 (données RHM 2022, 2023 et 2024). Dans le futur, la même approche sera appliquée sur la base des moyennes successives.

FIGURE 2: LIGNE DU TEMPS DE LA RÉFORME PROPOSÉE



9 MESURES DE SOUTIEN

Pour **soutenir** la réforme du paysage hospitalier, les experts formulent des recommandations concernant:

- Les **fusions et collaborations entre hôpitaux**
- La responsabilité populationnelle afin de **lutter contre la sous- et la sur-traitance** et de réduire les listes d'attente
- La **collaboration interdisciplinaire**
- La **transformation numérique**
- La mesure et le suivi de la **qualité des soins**
- Un nouveau **cadre juridique** clair
- Un financement d'appui, par le biais de la création d'un **fonds de transition**.

EN RÉSUMÉ : DOUZE RECOMMANDATIONS POUR LA RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

1. Redéfinir l'offre hospitalière en **quatre types de structures distinctes**² ayant chacune leur propre rôle, avec obligation de collaborer entre elles :
 - L'Hôpital Général Régional (HGR)
 - Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
 - Le Centre Médical Local (CML)
 - L'Hôpital de Soins Intermédiaires (HSI)
2. Valoriser les possibilités de l'**hôpital de jour** ou du **Centre Médical Local (CML)**, et stimuler la collaboration avec la **première ligne**.
3. Désigner, parmi les HGR et les CHU, des **centres d'expertise** satisfaisant à certaines exigences de qualité et de volume.
4. Réformer l'**Aide Médicale Urgente** par :
 - Un **meilleur triage** des patients via les numéros 112 et 1733
 - Une **concentration des services d'urgence** dans les HGR et les CHU
 - Des **postes de garde en médecine générale** accessibles, idéalement sur le site d'un HGR/CHU
5. Fixer des **normes minimales suffisamment strictes, et les appliquer au niveau des sites** pour les différents types d'établissements de soins
6. Utiliser le modèle développé par le KCE pour **objectiver l'accessibilité pour le patient**
7. **Soigner les soignants** – médecins, infirmiers et autres prestataires de soins – notamment par une bonne communication et un bon accompagnement tout au long des réformes
8. Utiliser un **plan en étapes** : prévoir une **période de transition** suffisamment longue (10 ans), avec une **évaluation intermédiaire (après 5 ans)**
9. Veiller à des **incitants financiers** sous la forme de moyens de fonctionnement et d'investissement, et attribuer ceux-ci d'une manière équitable
10. Créer un **cadre juridique clair**
11. Favoriser l'intégration des **dossiers patients** via une **plateforme numérique (sécurisée) unique**
12. Stimuler des **initiatives de qualité** objectivées et validées au niveau international

² Sur le plan légal, il y aurait donc au total cinq types de structures en comptant les hôpitaux psychiatriques, qui sortent du cadre de cette mission.