

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS

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

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	6
1.1	Contexte.....	6
1.2	Portée du rapport	6
1.3	Méthode de travail	7
1.4	Structure du rapport.....	7
2	POURQUOI UNE RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER ?	10
2.1	Une transition en 10 ans vers des soins de santé intégrés et durables.....	10
2.2	Le Quintuple Objectif comme boussole.....	11
3	L’OFFRE ACTUELLE EN MATIÈRE D’HÔPITAUX AIGUS	13
4	FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DES HÔPITAUX BELGES (ANALYSE SWOT).....	17
4.1	Points forts.....	17
4.1.1	Des soins hospitaliers de qualité	17
4.1.2	Accessibilité	17
4.1.3	Des professionnels de santé qualifiés et engagés	17
4.1.4	Des bases solides.....	18
4.2	Points faibles.....	18
4.2.1	Pénurie de professionnels de santé	18
4.2.2	Sous- et surutilisation des services d’urgence.....	19
4.2.3	Des soins fragmentés et une articulation insuffisante entre les lignes de soins	21
4.2.4	Une offre hospitalière excédentaire, une répartition sous-optimale et des réseaux hospitaliers trop peu contraignants.....	21
4.2.5	Un financement à l’acte générateur de surconsommation et une mesure de la qualité encore insuffisante.....	22
4.3	Opportunités.....	23
4.3.1	Des traitements et médicaments nouveaux plus efficaces, mais également plus complexes et plus coûteux	23
4.3.2	Une attention croissante à des soins sur mesure pour le patient	23
4.3.3	D’une spécialisation croissante à une collaboration renforcée	23
4.3.4	La transformation numérique comme moteur de soins centrés sur la population et sur le patient	24
4.4	Menaces.....	25

4.4.1	Pression démographique et vieillissement	25
4.4.2	Complexité structurelle en politique.....	25
4.4.3	Pression budgétaire.....	26
4.4.4	Pratique privée et déconventionnement	26
4.4.5	Défis sociétaux plus larges, tels que le changement climatique, les pandémies et les conflits internationaux.....	26
5	PRESSIION BUDGETAIRE ET DÉMOGRAPHIQUE	28
5.1	Augmentation des dépenses de santé.....	28
5.2	Diminution de la population active	28
5.3	L'inaction n'est pas une option.....	29
6	VERS UNE OFFRE APPROPRIÉE.....	31
6.1	Combiner taille critique et proximité des soins.....	31
6.1.1	Une offre de soins fragmentée.....	31
6.1.2	Un nombre suffisant d'hôpitaux mais trop de sites	31
6.1.3	La nécessité d'une taille critique	31
6.1.4	Potentiel de l'hôpital de jour.....	32
6.1.5	Optimisation de l'offre de soins et renforcement de la qualité au sein des structures hospitalières élargies.....	33
6.2	Conclusion : les soins du futur combinent taille critique et proximité.....	34
7	LA PIERRE ANGULAIRE DE LA RÉFORME : QUATRE TYPES DE STRUCTURES DE SOINS.....	35
7.1	Hôpital Général Régional (HGR).....	37
7.1.1	Services médicaux et médico-techniques	37
7.1.2	Capacité en lits et capacité volumétrique requises.....	37
7.1.3	Une offre de soins complète sur un même site	38
7.1.4	Gestion des catastrophes et des crises	38
7.2	Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	38
7.2.1	Une fonction HGR, combinée à la recherche, l'innovation et l'enseignement	38
7.2.2	Les CHU et les HGR comme centres de référence pour les pathologies complexes.....	38
7.2.3	Les CHU et les HGR dotés de lits universitaires.....	38
7.3	Centre Médical Local (CML).....	39
7.3.1	Les services médicaux.....	39
7.3.2	Un modèle de « focused clinic », sous certaines conditions.....	40
7.4	Hôpital de soins intermédiaires (HSI)	40

7.4.1	Que sont des soins intermédiaires ?	40
7.4.2	Un nouveau cadre pour la réadaptation	40
7.4.3	Les capacités de lits et de volume requis	41
7.4.4	Financement robuste	41
7.5	Cohérence Institutionnelle entre les HGR/CHU, CML et HSI	42
7.6	Fondements juridiques	42
8	LA RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE	43
8.1	Les services d'urgence sous tension	43
8.2	Triage centralisé avec orientation vers la structure de soins appropriée	43
8.3	Un service d'urgence uniquement dans un HGR.....	44
8.4	Renforcer l'utilisation des postes de garde	44
8.5	Moins de visites aux urgences mais aussi moins de revenus	44
9	UNE OFFRE ADAPTÉE POUR DES AFFECTIONS HAUTEMENT COMPLEXES ET/OU RARES	45
9.1	Les soins cliniques hautement complexes uniquement dans les centres disposant de l'expertise suffisante	45
9.2	Les maladies rares dans les centres d'expertise.....	45
10	UNE TRANSITION APPUYÉE PAR LA CIM ET UN MODÈLE POUR UNE PRISE DE DÉCISION OBJECTIVE	48
10.1	Un plan de transition, appuyé par la CIM	48
10.2	Quel type de réforme ?.....	48
10.3	Une réforme progressive et un modèle d'appui à la prise de décision politique objective	49
10.3.1	Classification selon l'accessibilité et l'offre de soins.....	49
10.3.2	L'offre de soins : classification en trois groupes selon trois normes cumulatives par site	49
10.3.3	L'accessibilité.....	51
10.3.4	L'évaluation intermédiaire à cinq ans	54
10.3.5	Évaluation intermédiaire et mesures transitoires	54
11	SOINS ACCESSIBLES POUR LE PATIENT	56
12	ENCOURAGER LES FUSIONS ET LA COLLABORATION ENTRE LES HÔPITAUX	57
13	APPUI À LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE ET INTERINSTITUTIONNELLE	58
14	LA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE	59
14.1	Un dossier patient électronique national unique (DPE)	59
14.2	L'intégration digitale des technologies intelligentes	59
15	LE SUIVI ET LA MESURE DE LA QUALITÉ DES SOINS.....	61

15.1	Les initiatives en cours.....	61
15.2	La qualité comme composante essentielle de la réforme.....	61
15.2.1	Harmoniser les politiques de qualité entre les niveaux de pouvoir	62
15.2.2	Rendre les données accessibles	62
15.2.3	Articuler la qualité avec les politiques de santé	62
15.2.4	Des indicateurs fiables et de la transparence	62
16	FINANCEMENT D'APPUI	63
16.1	La création d'un fonds de transition.....	63
16.2	Les ressources pour ce fonds de transition	63
17	ANNEXES.....	64
18	BIBLIOGRAPHIE.....	77

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

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 disposant d'une expérience vaste et diversifiée dans les différents aspects 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 de la 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."*

Cette réforme est nécessaire car les hôpitaux belges font aujourd'hui face à **plusieurs défis majeurs**, analysés plus en détail dans ce rapport. Pour y répondre, il est nécessaire de mieux préciser et délimiter leur rôle, leurs missions et leur place au sein du système de soins. **Une telle clarification permettra d'utiliser les ressources humaines et matérielles de manière plus efficiente et de préserver – voire améliorer – à la fois la qualité des soins pour les patients et la qualité de vie des professionnels de santé.**

Les défis contemporains – vieillissement de la population, multimorbidité, inégalités socio-économiques, contraintes budgétaires, pénurie de personnel, évolution numérique rapide – exigent toutefois une **approche systémique** qui dépasse le seul cadre des hôpitaux. Notre système de santé dans son ensemble doit être en mesure de répondre aux besoins de l'ensemble de la population en matière de soins préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs. Cela n'est possible que si les hôpitaux, les soins primaires et les initiatives de prévention collaborent et sont correctement coordonnés. Ce faisant, il convient de tenir compte des déterminants sociaux, dans le cadre d'une approche intégrée et centrée sur la population. Aujourd'hui, cette cohérence fait encore trop souvent défaut, en raison de **structures diverses** (réseaux hospitaliers, réseaux 107, zones de soins primaires, zones d'aide médicale urgente, etc.).

Sans une coordination véritablement intégrée, la réforme des hôpitaux risque de demeurer partielle et fragmentée. Or, si l'on souhaite organiser des soins de qualité selon le principe : « **des soins de proximité lorsque c'est possible, des soins concentrés lorsque c'est nécessaire** » – principe qui a guidé le mandat du groupe d'experts – il est indispensable de disposer d'un système de soins **cohérent et intégré, solidement ancré dans les réalités régionales**.

Partant de ces principes et conscients de ces enjeux, le présent rapport entend contribuer au débat sur l'avenir du paysage hospitalier belge.

1.2 PORTÉE DU RAPPORT

Le rôle des hôpitaux au sein de systèmes de soins en évolution suscite depuis plusieurs années une attention croissante dans le monde entier. De nombreuses études internationales ont été publiées, et la Belgique n'est pas en reste: Le [Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé](#) (KCE) a notamment

publié plusieurs rapports portant, entre autres, sur divers aspects du financement hospitalier¹, des services d'urgence², des unités de soins intensifs³ et des maternités⁴. De même, l'Institut des politiques de santé de Leuven et la Vlerick Business School ont également publié un rapport en 2019, consacré à *l'Hospital of the Future*.⁵

Le présent rapport se concentre, à la demande de la CIM, **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**. Il formule des recommandations pour leur réforme. Il ne traite pas des aspects suivants:

- Les hôpitaux psychiatriques et autres institutions de soins de santé mentale;
- Les soins aux personnes âgées (compétence des entités fédérées);
- Les hôpitaux de révalidation transférés aux entités fédérées¹;
- Les autres réformes en cours, telles que la nomenclature des honoraires médicaux ou le financement hospitalier.

Bien que le financement hospitalier via le BMF relève de la compétence fédérale, les entités fédérées sont responsables de l'agrément et du financement de l'infrastructure des hôpitaux situés sur leur territoire. Il est donc logique que la présente initiative émane de la CIM Santé publique, où toutes les autorités compétentes sont représentées.

1.3 MÉTHODE DE TRAVAIL

Dans une première phase, le groupe d'experts a défini les thèmes à aborder et a procédé à un échange de connaissances à leur sujet, en se référant aux documents existants (notamment des publications scientifiques et des rapports, les notes de vision des ministres de la CIM Santé publique, ainsi que des notes émanant des parties prenantes, telles que les fédérations hospitalières, etc.).

Dans une seconde phase, le groupe a rassemblé, pour chaque thème, les analyses, idées et positions, puis les a harmonisées au terme d'un processus de concertation structuré. Les recommandations ont été évaluées au regard des critères SMART².

Avant l'été 2025, le groupe d'experts a déjà soumis un **rapport intermédiaire** à la CIM.

La composition du groupe d'experts, qui s'est réuni à neuf reprises au total, figure en Annexe 1.

1.4 STRUCTURE DU RAPPORT

La structure du présent rapport s'inspire du **modèle du *Golden Circle*** élaboré par Simon Sinek.⁶ Auteur, conférencier et consultant britanno-américain, Sinek est reconnu pour ses travaux sur le **leadership, la motivation et la culture organisationnelle**. Son modèle, qui vise à comprendre pourquoi certains dirigeants et organisations parviennent à être plus inspirants et plus performants que d'autres, repose

¹ Il est essentiel de se concerter avec le gouvernement flamand concernant le financement des huit hôpitaux flamands de réadaptation.

² La méthode SMART permet de formuler des objectifs de manière claire, réalisable et mesurable. L'acronyme renvoie à : Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporellement défini.

sur trois cercles concentriques (*Why – How – What*). Cette logique a guidé l'architecture générale du rapport:

- **Pourquoi:** clarification de la raison d'être et les motivations des réformes envisagées.
- **Quoi:** définition du contenu concret de ces réformes.
- **Comment:** précision des modalités de leur mise en œuvre.

Par souci de clarté et de lisibilité, nous n'avons pas utilisé l'écriture inclusive dans ce rapport, sans que cela ne remette en cause l'engagement envers l'équité entre les femmes et les hommes dans le domaine de la santé et de la société.

POURQUOI

Afin de parvenir, dans dix ans, à un système de santé durable et intégré, des réformes doivent être engagées dès aujourd'hui, notamment en ce qui concerne le paysage hospitalier belge.

L'analyse SWOT met en évidence nos forces, nos faiblesses, nos opportunités et nos menaces, et constitue ainsi une base pour opérer des choix stratégiques quant à la manière d'y répondre.

L'offre actuelle d'hôpitaux aigus est trop fragmentée, peu efficiente et insuffisamment lisible pour le patient.

2 POURQUOI UNE RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER ?

2.1 UNE TRANSITION EN 10 ANS VERS DES SOINS DE SANTÉ INTÉGRÉS ET DURABLES

Notre système de soins de santé semble soumis à la « **loi du désavantage de la longueur d'avance** »⁷ : grâce au degré de satisfaction élevé des patients et à une intégration sociale poussée des soins, tout semble bien se passer. Cette perception positive peut toutefois masquer 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 l'évolution 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 intégrés**, fondé sur une **approche holistique du Quintuple Objectif** (*Quintuple Aim*), qui combine qualité, accessibilité financière, bien-être des patients et des professionnels, ainsi qu'équité (voir plus loin à la section 2.2).

Dans un **modèle de soins intégrés**, l'hôpital n'occupe plus la position centrale, mais devient l'un des piliers d'un ensemble coordonné de **soins centrés sur le patient**. Inspirée de la vision de la santé positive⁸ et d'une responsabilité populationnelle, cette approche vise à aligner les soins sur les besoins, les préférences et les objectifs de vie des patients, tout en tenant compte des valeurs sociétales que sont la solidarité, l'équité et la durabilité.

Le modèle garantit ainsi continuité, proximité et cohérence entre les acteurs des soins de santé, du secteur social et de la société au sens large.

Les soins intégrés sont dispensés au plus près du milieu de vie des patients. Les patients (chroniques) présentant plusieurs pathologies ne se retrouvent plus dans des programmes de soins fragmentés : **les professionnels de diverses disciplines collaborent à l'intérieur d'un parcours coordonné par un référent** – souvent le médecin généraliste. Les soins suivent le patient à travers tous les **lieux de soins**, le domicile, l'hôpital, la réadaptation, la maison de repos, un rôle crucial étant dévolu aux soins primaires.

Le suivi ne se limite plus aux seuls aspects cliniques et est **holistique** : la santé mentale, les déterminants sociaux et les aspects de bien-être sont également pris en compte. Les soins font le lien entre les différents lieux de vie (domicile, travail, société, hôpital, centre de réadaptation) et intègrent toutes les dimensions du bien-être : physique, psychique, sociale et écologique.

Des gains substantiels peuvent être obtenus en informant mieux les patients et en renforçant leur pouvoir d'agir (« *empowerment* »), notamment en matière de prévention, d'autogestion, de *evidence-based practice* et de soins en fin de vie. Au cours du processus de maladie, le patient peut, en concertation avec son médecin, choisir en connaissance de cause de poursuivre les traitements, ou de

privilégier une surveillance attentive (*watchful waiting*). Lors de **l'analyse SWOT** (voir chapitre 4), les experts considèrent d'ailleurs l'évolution actuelle vers une prise en charge plus personnalisée comme une opportunité majeure.

Les **pouvoirs publics** jouent un rôle clé dans la facilitation des soins intégrés, en agissant à travers différentes politiques, en adaptant les incitants financiers, en simplifiant les procédures administratives et en améliorant les échanges de données.

Exemples belges de l'intégration des soins

Il existe déjà plusieurs **initiatives belges** de soins intégrés, comme les trajets de soins diabète de type 2⁹ et pour l'insuffisance rénale chronique¹⁰. Les ministres de la Santé publique ont développé un plan conjoint pour les personnes atteintes de maladies chroniques¹¹ et pour les soins intégrés¹². On peut aussi citer par ailleurs la réforme des soins en santé mentale (Article 107)¹³ et celle liée aux soins psychologiques en première ligne¹⁴.

Ces expériences montrent que des soins plus intégrés et davantage centrés sur la personne sont possibles, mais aussi que leur déploiement dans notre pays reste très lent.

Une telle évolution demande du temps : une **période de transition de dix ans** est prévue pour restructurer et renforcer progressivement le système hospitalier.

2.2 LE QUINTUPLE OBJECTIF COMME BOUSSOLE

La réforme du système hospitalier belge exige une vision large et transversale des soins. Le **cadre du Quintuple Objectif** constitue, à cet égard, un instrument d'orientation puissant. Il articule cinq objectifs essentiels : **la qualité des soins, l'accessibilité financière, le bien-être des patients, le bien-être des professionnels et l'équité** (voir Encadré 1). Selon cette approche holistique, les progrès réalisés dans chacun de ces domaines se renforcent mutuellement et contribuent à un système de santé plus durable, plus humain et plus équitable.

En plaçant la Quintuple Objectif au cœur des réformes, les hôpitaux peuvent évoluer de structures centrées sur la performance vers des piliers d'un **modèle de soins véritablement intégré**. Cela implique davantage de collaboration – entre hôpitaux, mais aussi avec les soins primaires – une attention accrue à la prévention et au bien-être, ainsi qu'une organisation des soins fondée sur les besoins réels de la population.

ENCADRÉ 1 : LES CINQ PILIERS DU QUINTUPLE OBJECTIF

1. Amélioration de l'expérience du patient

- Les soins doivent être sûrs, efficaces et centrés sur le patient.
- Le bien-être, la satisfaction et l'implication des patients sont essentiels.

2. Amélioration de la santé de la population

- L'accent est mis sur la prévention, la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé au sein de la population.

3. Amélioration de l'efficience sans compromis sur la qualité

- Les soins doivent être financièrement durables et organisés de manière efficiente, sans actes inutiles ni gaspillage.

4. Amélioration de la satisfaction et du bien-être des professionnels de santé

- Les professionnels doivent être soutenus afin d'améliorer le bien-être au travail.
- Viser un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

5. Amélioration de l'équité

- Chacun doit avoir un accès équitable à des soins de qualité, en particulier les groupes de population les plus vulnérables.

Source: Nundy et al.¹⁵

3 L'OFFRE ACTUELLE EN MATIÈRE D'HÔPITAUX AIGUS

À l'heure actuelle (en juin 2025) la Belgique compte **103 hôpitaux aigus** (y compris les hôpitaux universitaires), répartis sur **189 sites** (un site fonctionnant comme centre logistique n'a pas été repris).¹⁶ Le tableau 1 présente la répartition des types de lits sur ces 189 sites.

TABEAU 1 : TYPES DE LITS PARMI LES 189 SITES

Catégorie	Nombre de sites	Détails à propos des types de lits
Sites aigus	132	C, CD, D, E, M, NIC, B, L (et G, mais seulement en combinaison avec d'autres indices)
Sites avec un profil chronique	38	1 site ayant uniquement des lits G 5 sites ayant uniquement des lits palliatifs (Sp4) 14 sites ayant un mix de lits Sp 10 sites ayant un mix de lits A-, K-, T-, G-, Sp et des hospitalisations de jour
Sites avec un profil psychiatrique	4	A, K, T
Sites ayant uniquement un hôpital de jour ou une polyclinique	15	8 sites ayant un hôpital de jour chirurgical 7 sites uniquement dédiés à la polyclinique

C = chirurgie, D = médecine interne, E = pédiatrie, M = maternité, NIC = néonatalogie intensive, B = traitement de la tuberculose, L = traitement des maladies infectieuses, G = gériatrie, Sp = service spécialisé pour le traitement et la réadaptation, A = neuropsychiatrie pour adultes nécessitant une intervention urgente, K = neuropsychiatrie pour enfants, T = neuropsychiatrie pour adultes (réadaptation sociale)

La majorité des 189 sites (voir Figure 1) correspondent à des sites d'hospitalisation aiguë (voir Figure 2), mais des sites à profil chronique ou psychiatrique (voir Figure 3) font également partie du paysage des soins.

Par ailleurs, 15 sites ne disposent pas de lits hospitaliers classiques : 8 fonctionnent comme hôpitaux de jour chirurgicaux et 7 offrent exclusivement des soins en polyclinique (voir Figure 3).

La plupart de ces sites étaient autrefois des hôpitaux autonomes, mais ont été intégrés à de plus grandes structures hospitalières à la suite de fusions. Bien qu'ils aient été réorientés vers des activités de jour ou de consultation, ces sites ont été maintenus comme lieux de prestation de soins.

FIGURE 1 : RÉPARTITION DES 189 SITES

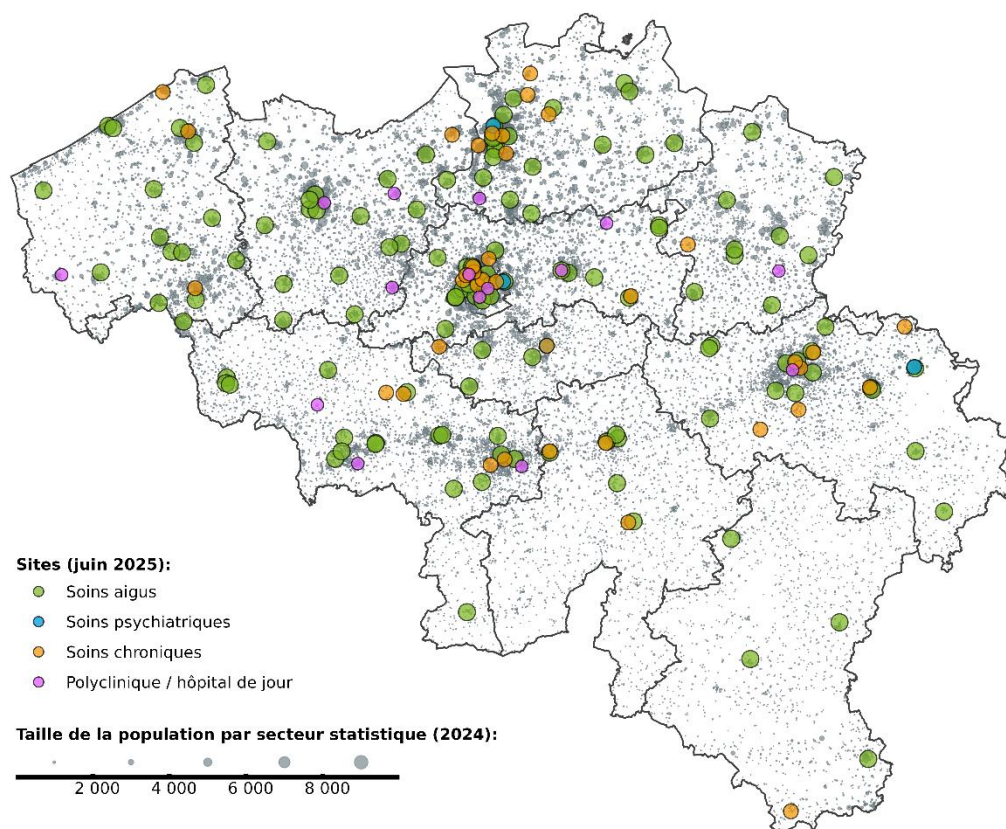


FIGURE 2 : RÉPARTITION DES 132 SITES AIGUS

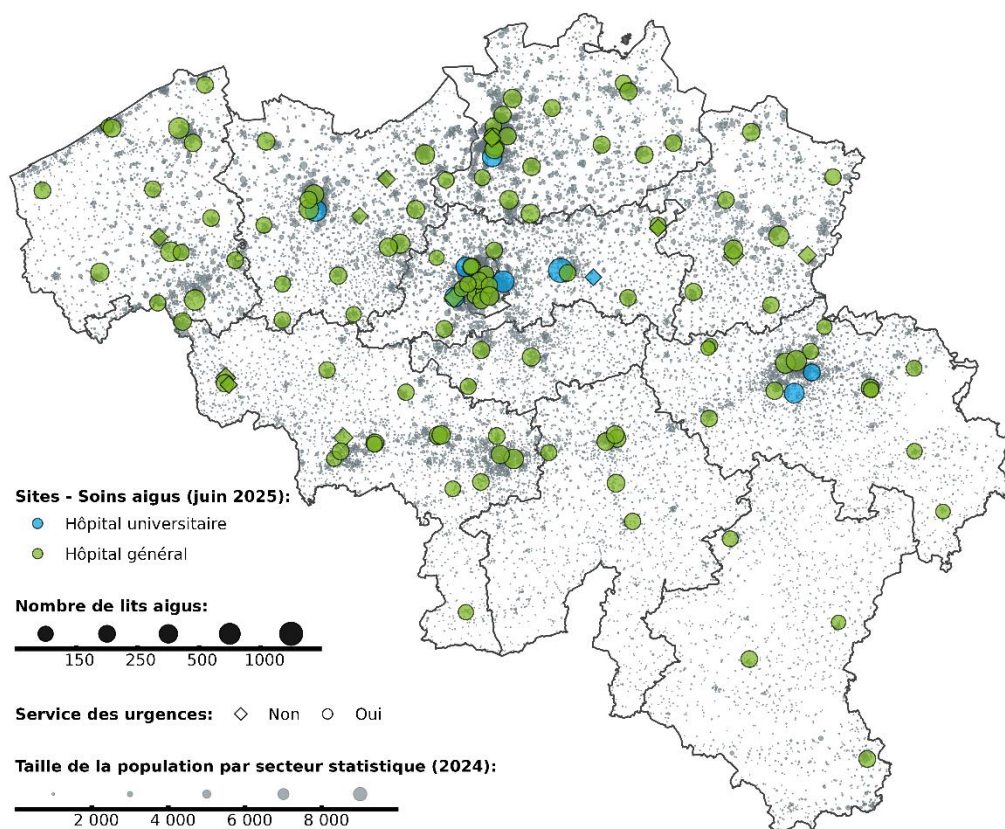
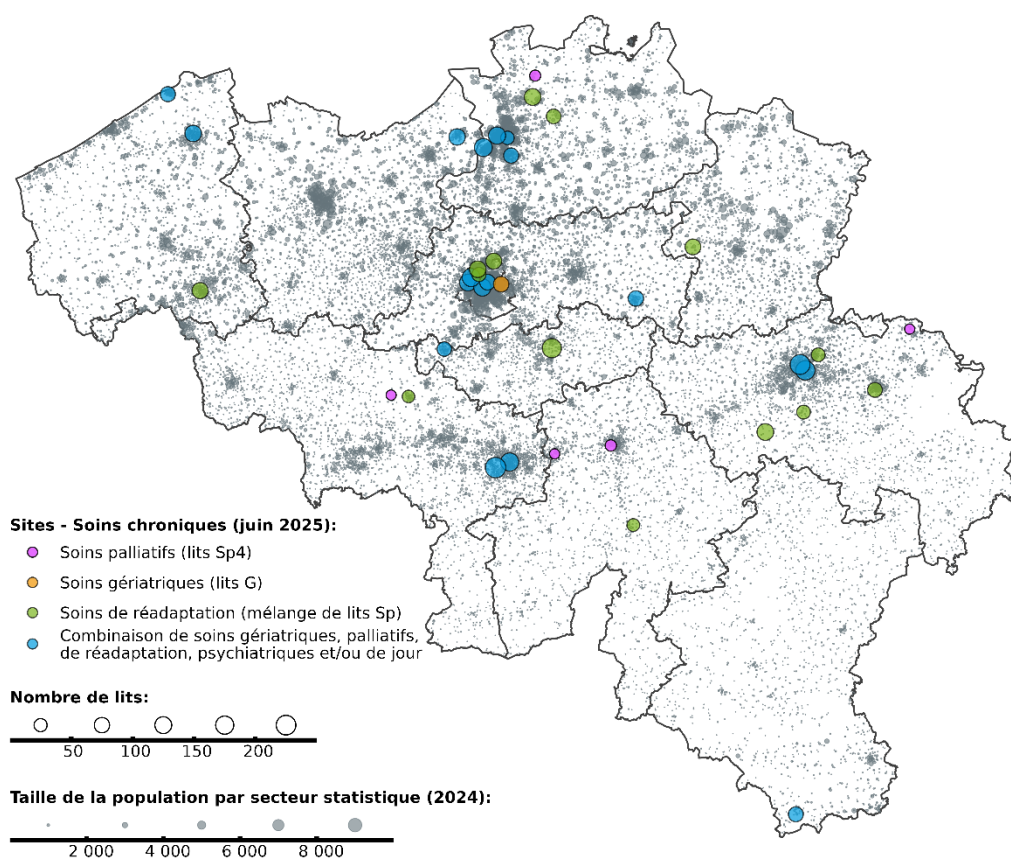


FIGURE 3 : RÉPARTITION DES SITES AYANT UN PROFIL CHRONIQUE OU PSYCHIATRIQUE, AINSI QUE LES SITES AYANT UN HÔPITAL DE JOUR OU UNE POLYCLINIQUE



4 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DES HÔPITAUX BELGES (ANALYSE SWOT)

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. Cette analyse permet de comprendre de **manière structurée** la situation actuelle et de soutenir des **choix stratégiques éclairés**. Un **bref aperçu** des résultats est présenté dans l'Encadré 2

Le rapport récent de l'OCDE *Health at a Glance 2025* récemment publié, compare notre système de santé à celui d'autres pays similaires et met en évidence tant nos points forts que les domaines où des améliorations restent possibles.¹⁷

4.1 POINTS FORTS

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

4.1.1 Des soins hospitaliers de qualité

La Belgique dispose d'un système de santé **performant**, offrant des soins médicaux de haute qualité. La population éprouve généralement une grande **confiance** à l'égard du secteur des soins et considère les prestations comme très sûres. Bien que certaines disciplines médicales connaissent des **listes d'attente**, celles-ci restent globalement limitées. Le niveau **médico-technique** du pays est élevé, ce qui contribue à une offre de soins moderne et efficace. En outre, la **qualité** des soins hospitaliers est renforcée par une transparence croissante et par des procédures volontaires d'accréditation.

4.1.2 Accessibilité

La Belgique dispose d'un réseau hospitalier dense et diversifié, avec une répartition géographique équilibrée qui garantit une **accessibilité relativement aisée** pour la population. Les patients peuvent librement **choisir** leur médecin, leur spécialiste ou leur hôpital, ce qui facilite l'accès aux soins et contribue à la satisfaction générale. Par ailleurs, chaque résident est obligatoirement affilié à **l'assurance maladie nationale (AMI)**, ce qui permet le remboursement – total ou partiel – de la plupart des prestations médicales. Cette couverture réduit sensiblement les obstacles financiers à la recherche de soins.

4.1.3 Des professionnels de santé qualifiés et engagés

Les hôpitaux belges disposent d'un personnel soignant **qualifié**, doté non seulement des compétences nécessaires, mais également d'un fort sens de la profession. Conscients de l'importance et de l'impact de leur mission, ces professionnels sont profondément motivés à fournir des **soins de haute qualité**.

4.1.4 Des bases solides

Les soins hospitaliers en Belgique reposent sur des bases solides. De nombreux hôpitaux ont été transformés en profondeur ou rénovés ces dernières années, ce qui a sensiblement amélioré **l'infrastructure**. Un cadre juridique pour les **réseaux hospitaliers** est également en place, visant à renforcer la collaboration entre les établissements. Le système hospitalier belge est **non commercial**, ce qui favorise une focalisation sur la prise en charge du patient et sur la qualité des soins. On observe par ailleurs un mouvement clair vers **l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires**, offrant davantage de confort aux patients et améliorant l'efficacité. Le fait que les patients ne séjournent pas la nuit ou le week-end libère des ressources. En parallèle, les **soins complexes sont de plus en plus concentrés**, ce qui contribue à une efficacité accrue et à de meilleurs résultats cliniques. Les hôpitaux jouent également un rôle important dans **l'innovation** médicale et technologique, ainsi que dans la **recherche clinique**, ce qui leur permet d'améliorer continuellement la qualité des soins.

4.2 POINTS FAIBLES

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

4.2.1 Pénurie de professionnels de santé

La **pénurie de personnel dans le secteur des soins** constitue depuis plusieurs années un problème aigu. Tant la **médecine générale** que certaines **disciplines de la deuxième ligne** (notamment la psychiatrie, la gériatrie, l'oncologie médicale et la rhumatologie) sont confrontées à des manques importants. Du fait du vieillissement du personnel soignant et de l'augmentation de la demande de soins, l'écart entre l'offre et la demande en personnel infirmier se creuse chaque année. De plus en plus de structures de soins sont ainsi contraintes de fermer des lits ou d'instaurer temporairement un arrêt des admissions. Les conséquences sont immédiates : la charge de travail des équipes augmente, les délais d'attente s'allongent et la qualité des soins se trouve sous pression.

Selon le PlanCad, plus de 232.700 personnes étaient titulaires d'un visa infirmier en 2023, mais seules 58 %, soit un peu plus de 134.600 (près de 117.000 ETP), étaient effectivement actives dans le secteur des soins – dont 58 % dans les hôpitaux.¹⁸ Or, les projections indiquent que **plus de 65.000 ETP infirmiers** supplémentaires seront nécessaires d'ici 2046. Cette situation devient d'autant plus préoccupante en raison des éléments suivants :

- Le **vieillessement de la population** : les personnes âgées présentent souvent plusieurs affections chroniques simultanées (**multimorbidité**). Cela entraîne une demande accrue de soins complexes et de coordination, notamment lors des transitions entre le domicile et l'hôpital, et inversement.
- **Des conditions de travail difficiles** : une charge de travail élevée, le stress et l'attractivité limitée de la profession entraînent des abandons professionnels ou une diminution du nombre de fonctions remplies à temps plein.¹⁹
- **La réduction de la durée de séjour** à l'hôpital génère une forte rotation des patients, avec à la clé une intensification des soins et un accroissement des tâches administratives et logistiques.¹⁹
- **Un cadre légal et organisationnel insuffisant concernant le partage des tâches** au sein des professions de santé et entre celles-ci (tout doit-il être réalisé par un spécialiste ? tout doit-il passer par un médecin ?), en raison d'une pyramide de la loi sur l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS) rigide, hospitalo-centrée et inefficace. Dans son rapport d'avis, la Commission de planification souligne, par exemple, que les infirmiers sont trop souvent mobilisés pour des tâches non infirmières et qu'ils **ne reçoivent pas la reconnaissance correspondant à leurs responsabilités de coordination**.²⁰
- La **récente réforme de la profession infirmière** offre un cadre clair pour répondre à la problématique connue de longue date des différences de niveaux de formation. En Flandre, les **premiers assistants en soins infirmiers** (ex-HBO5) seront diplômés en juin 2026. À Bruxelles et en Wallonie, la réforme de ce niveau de formation (**infirmier breveté**) ne débutera qu'en septembre 2026, et les premiers diplômés ne seront donc disponibles qu'en juin 2029.
- Dans le futur, ces **assistants en soins infirmiers** collaboreront avec les **infirmiers responsables de soins généraux**. Ce second groupe recouvre les infirmiers de niveau bachelier et assimilés. Les deux profils se verront confier des compétences et responsabilités propres. Les **assistants en soins infirmiers** travailleront **sous la supervision d'un infirmier responsable de soins généraux** si celui-ci (ou un médecin) juge que la situation de soins est trop complexe.
- En raison de la complexité croissante des soins, il est important de **former suffisamment d'infirmiers responsables de soins généraux**. Dans le passé, les infirmiers brevetés bénéficiaient souvent d'un soutien financier pour une formation-passerelle vers le diplôme de bachelier. Aujourd'hui, ces trajectoires se retrouvent toutefois fragilisées tant en termes de financement que de reconnaissance. Un **décalage** risque donc de survenir entre les **besoins de soins croissants** et les **compétences disponibles sur le terrain**.

4.2.2 *Sous- et surutilisation des services d'urgence*

4.2.2.1 *Utilisation fréquente des services d'urgences pour des problèmes non urgents*

En Belgique, les services d'urgence sont aisément accessibles et remplissent, de ce fait, **deux fonctions distinctes** : d'une part, la prise en charge de **situations potentiellement vitales** ; d'autre part, la délivrance de **soins généraux, souvent programmables, tant pendant qu'en dehors des heures ouvrables**. Cette dualité place l'aide médicale urgente devant des défis majeurs.

Un nombre important de personnes sollicitent les urgences pour des problèmes non urgents (**surutilisation**), tandis que d'autres, confrontées à de véritables situations critiques, y ont recours trop

tardivement (**sous-utilisation**). Chaque année, un peu plus de 19 % des Belges se rendent aux urgences²¹, souvent en raison des éléments suivants :

- une collaboration insuffisante entre médecins généralistes et hôpitaux
- une plus grande proximité géographique des services d'urgence par rapport aux postes de garde de médecine générale
- une organisation des gardes de médecine générale encore sous-optimale dans certaines zones
- l'absence de médecin généraliste ou une méconnaissance du système de soins de santé ;
- la saturation des cabinets, avec un nombre croissant de médecins généralistes ne pouvant plus accepter de nouveaux patients;
- une inquiétude légitime des patients.

L'usage inapproprié des services d'urgence fait que de véritables situations critiques, telles que les infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux, sont parfois prises en charge trop tard, avec pour conséquence une mortalité accrue et davantage de complications.

La **diversité culturelle**, particulièrement marquée dans les grandes agglomérations, joue également un rôle. Ces zones concentrent en effet des groupes socio-économiquement plus fragiles, cumulant plusieurs vulnérabilités, des langues variées et des compétences en santé (*health literacy*) limitées. Les mesures uniformes visant à dissuader les patients de se rendre inutilement et directement aux urgences s'y avèrent dès lors insuffisantes.

L'ensemble de ces facteurs **perturbe le fonctionnement normal des services d'urgence et l'utilisation efficiente des ressources humaines et matérielles**.

4.2.2.2 Trop de services d'urgence, un recours insuffisant au 1733 et des compétences fragmentées

L'organisation même des services d'urgence pose également des problèmes. La Belgique compte 124 services d'urgence¹⁶, parfois situés à très faible distance les uns des autres, et présentant des **écarts de qualité parfois importants**. Tous les hôpitaux ne disposent pas en permanence des spécialistes ou des infrastructures nécessaires pour traiter adéquatement l'ensemble des urgences. Les chances du patient dépendent donc dans une certaine mesure du service d'urgence où il aboutit.

Cette **offre pléthorique de services d'urgence** entraîne donc également une **utilisation inefficace de professionnels de santé déjà rares**. Chaque service doit en effet être doté, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, d'équipes médicales, infirmières et de personnel de soutien, quel que soit le nombre réel de patients qui s'y présentent.

De nombreux hôpitaux considèrent leur service d'urgence comme un instrument essentiel d'attraction et de recrutement de patients. La proportion de patients admis via les urgences peut ainsi dépasser 50 %. Le **mode de financement** introduit en 2012, qui rémunère les services d'urgence par visite, accroît encore davantage la pression pesant sur ces services.

Une part de la surutilisation des services d'urgence pourrait être reportée sur les postes de garde en médecine générale. Ceux-ci peuvent se charger des problèmes de santé moins urgents ou moins graves et, si nécessaire, référer le patient à un service d'urgence et éventuellement appeler un SMUR, un PIT ou une ambulance. Testé depuis dix ans dans notre pays, le système des **postes de garde de**

médecine générale, joignables via le 1733, n'est pas encore entièrement déployé ni uniformément intégré. Les pénuries de médecins généralistes, la diversité des mécanismes de financement et la réticence de certains praticiens ou régions en compliquent le déploiement. Par ailleurs, le numéro 1733 reste encore trop peu connu du grand public, ce qui conduit les patients à se tourner trop souvent directement vers les urgences.

La **dernière réforme de l'État** a encore complexifié cette problématique : l'aide médicale urgente et les postes de garde de médecine générale sont demeurés des compétences fédérales, alors que les entités fédérées se sont vu confier la responsabilité des normes relatives à l'aide urgente, au transport interhospitalier et aux cercles de médecins généralistes.

4.2.3 Des soins fragmentés et une articulation insuffisante entre les lignes de soins

Les soins de santé sont aujourd'hui fortement fragmentés. Les **personnes âgées**, en particulier celles atteintes de **plusieurs affections souvent chroniques**, sont confrontées à une multiplicité de prestataires, à l'hôpital comme en soins primaires. Ces prestataires disposent chacun de leurs propres modes de fonctionnement et collaborent encore trop peu. Parallèlement, les soins se déplacent de plus en plus vers les soins primaires, notamment après une hospitalisation de jour ou à domicile. De surcroît, les professionnels de santé sont fréquemment influencés par la culture et les attentes économiques de la **structure dans laquelle ils exercent**, tandis que les liens entre **santé et bien-être** restent insuffisamment développés. Bien que **prévention et accompagnement** soient étroitement liés, leurs structures opérationnelles demeurent séparées, ce qui accentue la fragmentation des soins et entraîne de nombreuses occasions manquées.

Comme indiqué dans la section 2.1, il est donc nécessaire de mettre en place un **modèle permettant l'intégration des soins**, assurant une meilleure coordination entre l'hôpital et les soins primaires, ainsi qu'une prise en charge véritablement adaptée au patient. Un tel modèle permettrait de réduire la sur- et la sous-utilisation des services de santé, d'améliorer la prévention et les résultats de santé en général, et de réduire des dépenses inutiles. Le mode actuel de financement ne favorise toutefois pas cette évolution.

Même pour les soins hautement complexes, la coordination entre la deuxième et la troisième ligne demeure parfois insuffisante. Plusieurs rapports du KCE mettent en évidence la relation entre le **volume** d'interventions réalisées dans un hôpital et les résultats pour le patient (mortalité, espérance et qualité de vie, complications, etc.). Ce principe vaut notamment pour diverses chirurgies complexes, parmi lesquelles les interventions liées au cancer du sein²², du pancréas²³, de l'œsophage²³, de la tête et du cou²⁴, du poumon, ainsi que la chirurgie cardiaque. Pourtant, plusieurs de ces interventions continuent d'être pratiquées **dans un trop grand nombre d'hôpitaux**, y compris lorsque les volumes minimaux ne sont pas atteints.

4.2.4 Une offre hospitalière excédentaire, une répartition sous-optimale et des réseaux hospitaliers trop peu contraignants

Certains hôpitaux disposent d'un **nombre élevé de lits aigus** dont le taux d'occupation est insuffisant, ce qui se traduit par une **utilisation peu efficiente de leurs capacités**. Cette surcapacité structurelle mobilise des infrastructures et du personnel sans correspondre réellement aux besoins de soins.^{4, 25, 26}

En outre, la Belgique compte, au regard de sa population et de sa géographie, un **nombre relativement important d'hôpitaux et de sites hospitaliers**, en particulier dans les zones urbaines. Ceci engendre une offre excédentaire et des inefficiences, avec des chevauchements de fonctions et une pression accrue sur des ressources humaines et financières déjà limitées.

L'accès à certains types de soins **dépend à la fois du lieu de résidence** du patient (au sein de la structure administrative de santé dans laquelle il réside) et de la **prévalence de certaines pathologies**. Ainsi, les centres de dialyse, par exemple, sont inégalement répartis sur le territoire belge. Certaines zones rurales ou faiblement peuplées en comptent moins que les régions urbaines denses telles que Bruxelles, Anvers ou Gand. Les patients résidant dans des zones peu peuplées doivent dès lors parcourir de plus longues distances. Par ailleurs, les centres de dialyse de certains hôpitaux sont très petits, ce qui rend difficile l'organisation efficace des différentes formes de dialyse et la garantie d'une qualité optimale.

La loi de 2019²⁷ oblige les hôpitaux à faire partie de **réseaux locorégionaux**, dont les missions sont définies dans l'arrêté royal du 23/11/2022²⁸. Si ces réseaux ont renforcé la prise de conscience de la nécessité de collaborer, ils **ne bénéficient pas d'un financement propre et adapté**. Ils demeurent donc tributaires des budgets et des stratégies des établissements qui les composent. Leur capacité à développer des projets communs, à mener des actions préventives ou à coordonner les soins avec la première ligne reste limitée. Certains hôpitaux ont dès lors opté pour une coopération structurelle ou une fusion, afin de mutualiser les ressources. En l'absence de telles initiatives, les organes de réseau restent souvent symboliques et sans réelle portée.²⁹ La collaboration avec la première ligne se révèle elle aussi parfois laborieuse, constituant un obstacle majeur à l'évolution vers un système de soins plus intégré.

4.2.5 Un financement à l'acte générateur de surconsommation et une mesure de la qualité encore insuffisante

Le système actuel de financement, fondé principalement sur la rémunération à l'acte, incite les hôpitaux et les médecins à **multiplier interventions et consultations**, même lorsque celles-ci ne sont pas toujours indispensables sur le plan médical.

Les hôpitaux, soumis à une forte pression financière, cherchent à se **démarquer les uns des autres** en investissant dans des technologies, des infrastructures ou de nouvelles offres médicales, indépendamment de leur nécessité réelle.

Ce modèle ne les encourage donc ni à collaborer ni à mutualiser leurs activités, même lorsque cela serait plus logique et plus efficient. Au contraire, ils se perçoivent encore trop souvent comme des concurrents. Paradoxalement, cette dynamique coexiste avec une **fragilité financière persistante des hôpitaux**, les enveloppes budgétaires globales étant fermées et devant être réparties entre eux.

Malgré des initiatives louables menées par des groupes qualité et des programmes d'accréditation hospitalière, la **politique belge en matière de qualité** souffre d'une **fragmentation entre niveaux de pouvoir**, d'une **collaboration et d'une coordination limitées**, d'une mise à disposition laborieuse des **données de soins**, d'un lien insuffisant entre **qualité, politique et financement**, ainsi que d'une gestion **asymétrique concernant la transparence et l'accès du public aux indicateurs de qualité**. Le citoyen a généralement peu, voire pas, d'informations sur la qualité des soins fournis par un établissement.

Le financement actuel est également centré sur la relation de soin **individuelle**. Grâce à l'exploitation analytique des données de santé (*datamining*), il est pourtant possible aujourd'hui d'utiliser des données locales ou régionales sur l'état de santé des populations afin de développer des **stratégies ciblant l'ensemble de la population**. De nombreux problèmes de santé peuvent en effet être évités par des actions de prévention et d'éducation à la santé dirigées vers des publics spécifiques. Les acteurs de la première ligne manifestent une réelle volonté d'avancer dans cette direction, mais la mise en œuvre dépend de la réforme annoncée à plusieurs reprises par les différents ministres de la Santé concernant le financement hospitalier. Si les hôpitaux étaient également rémunérés pour leur contribution à la santé d'une population entière, une incitation financière verrait le jour pour renforcer leur collaboration avec les soins primaires et investir davantage dans la prévention.

4.3 OPPORTUNITÉS

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

4.3.1 *Des traitements et médicaments nouveaux plus efficaces, mais également plus complexes et plus coûteux*

Les **nouvelles technologies, les nouveaux médicaments et traitements** offrent des opportunités pour des soins plus efficaces, permettant notamment de déléguer ou de digitaliser certaines tâches. Toutefois, ces évolutions rendent également les soins **plus complexes et plus coûteux**.

4.3.2 *Une attention croissante à des soins sur mesure pour le patient*

L'attention accordée à des **soins véritablement personnalisés, fondés sur les valeurs et les objectifs individuels du patient, ne cesse de croître**. Deux questions essentielles guident l'intervention du professionnel de santé : « *Qu'est-ce qui importe le plus pour vous, dans votre vie comme pour votre santé ?* » et « *De quelle manière ce choix s'accorde-t-il avec votre quotidien ou vos projets d'avenir ?* ». Pour parvenir à une **décision partagée et éclairée**, des réponses explicites de la part du patient sont indispensables. Cela implique toutefois d'encourager les patients à formuler clairement leurs objectifs et d'inciter les professionnels à accorder une place plus centrale aux préférences personnelles de chacun.

4.3.3 *D'une spécialisation croissante à une collaboration renforcée*

Il existe une nette tendance à la transition des **soins hospitaliers vers des soins ambulatoires**. Cette évolution se traduit par des séjours hospitaliers plus courts et libère des capacités hospitalières pour répondre à d'autres besoins, tels que les soins chroniques ou la rééducation.

Parallèlement, la **spécialisation au sein des hôpitaux s'intensifie fortement**. Cette évolution présente des avantages évidents, notamment une expertise approfondie et des possibilités diagnostiques et

thérapeutiques de pointe. Toutefois, elle a aussi pour revers la **perte progressive d'une expertise plus généraliste** : certaines situations inattendues ou moins complexes, qui requièrent une approche plus holistique, deviennent plus difficiles à prendre en charge au sein d'une seule (sous-)spécialité, en raison de la disparition progressive du rôle d'interniste généraliste.

Un levier essentiel d'une approche intégrée et centrée sur le patient réside dans la **collaboration intra-et interdisciplinaire**. Cela nécessite de la part des professionnels de santé une réelle volonté de collaborer, fondée sur la confiance, le respect et une communication claire. Pour ancrer durablement cette collaboration, il est crucial de l'intégrer dans la **formation** et dans les **processus d'accréditation**.

Un **exemple concret** illustrant la valeur ajoutée du travail multidisciplinaire est la Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM), un modèle qui mérite d'être étendu à d'autres domaines.

4.3.4 La transformation numérique comme moteur de soins centrés sur la population et sur le patient

Les **technologies numériques** offrent aujourd'hui des perspectives majeures pour rendre les soins plus efficaces, plus accessibles et mieux orientés vers les besoins de la population et des patients. **L'informatisation complète des données de santé** ouvre la voie à une action réellement intégrée entre les différents acteurs de soins — médecins généralistes, infirmiers à domicile, médecins et infirmiers hospitaliers. Une communication plus claire avec les patients, éviter des examens redondants, une planification optimisée et la mesure des résultats cliniques permettent d'améliorer à la fois la qualité et l'efficacité du parcours de soins. Des garanties solides en matière de protection de la vie privée restent toutefois indispensables.

Les innovations telles que **l'intelligence artificielle (IA)** et **le machine learning (ML)** offrent de nouveaux outils pour soutenir les professionnels dans les tâches de triage, de diagnostic et de prédiction de l'évolution des maladies, grâce à l'analyse de vastes ensembles de données. Chez les **personnes âgées**, la gestion de la **polypharmacie** pourrait devenir plus sûre et plus efficace grâce à l'utilisation de **biomarqueurs** et de pilules « numériques »³, tandis que les avancées en génétique rendent possibles des approches préventives et des traitements personnalisés.

Les **technologies de type point-of-care** permettent quant à elles de réaliser des tests rapides au chevet du patient, comme la mesure continue de la glycémie.

Les traitements actuels étant par ailleurs souvent **moins invasifs**, le rétablissement s'en trouve généralement accéléré. Les **chat bots et applications de santé** encouragent une participation plus active du patient à son propre suivi, et la **télémédecine** ainsi que **l'imagerie à distance** renforcent l'accès à l'expertise, notamment dans les régions dépourvues de certains spécialistes.

Cependant, la valeur clinique réelle de ces innovations pour les patients et les risques en matière de sécurité sont encore **très rarement évalués** de manière systématique.

Par ailleurs, les systèmes numériques de santé **peinent encore à communiquer entre eux** : les dossiers médicaux électroniques (DME) et dossiers patients électroniques (DPE) consistent souvent en fichiers

³ Il s'agit de pilules équipées d'un capteur électronique, qui peut être ingéré. L'objectif est de surveiller l'observance thérapeutique, c'est-à-dire de vérifier si le patient a pris son traitement correctement et au moment prescrit.

PDF isolés, sans intégration automatique avec les données sociales. À l’heure actuelle, seul Vaccinnet peut être considéré comme une plateforme véritablement intégrée. De plus, tous les partenaires essentiels de soins (y compris les infirmières) n’ont pas accès aux systèmes disponibles, ce qui accroît encore l’inégalité d’accès pour les patients. La mise en œuvre future de l’Espace européen des données de santé (*European Health Data Space*- EHDS) devrait remédier à ces obstacles.

Il manque également un système de **suivi performant pour l’analyse populationnelle**. La base de données de l’AIM³⁰ ne fournit que des informations partielles, disponibles tardivement, pour éclairer en temps opportun les décisions prises dans les pratiques, les hôpitaux ou les régions. Les projets pilotes de la KU Leuven — baromètres concernant l’usage des antibiotiques, le diabète, l’insuffisance rénale et le dépistage du cancer du col de l’utérus — sont prometteurs, mais encore en phase de développement.

En définitive, la transformation numérique représente une opportunité majeure pour faire évoluer le système de santé vers des **soins intégrés et tournés vers l’avenir**, à condition de disposer d’une **infrastructure de données solide** et de cadres éthiques adéquats.

4.4 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

4.4.1 Pression démographique et vieillissement

La progression du **vieillissement démographique** entraîne une demande de soins toujours plus importante. Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et de multimorbidité est élevé : près de la moitié (48%) de la population de 15 ans et plus est atteinte d’au moins deux affections chroniques. Chez les 75 ans et plus, cette proportion atteint même trois quarts (76,2%).³¹ Cette part sera amenée à augmenter encore dans le futur, avec un impact colossal sur les dépenses de santé.

Parallèlement, les **soignants vieillissent aussi**. Une part significative d’entre eux est récemment partie ou prendra sa retraite dans les prochaines années, ce qui accroît les départs et aggrave un manque de main-d’œuvre déjà préoccupant. Cette double pression – une demande de soins croissante et un nombre décroissant de professionnels – met fortement à l’épreuve non seulement le fonctionnement, mais aussi le **budget et la pérennité** du système de santé belge (voir aussi section 5).

4.4.2 Complexité structurelle en politique

Le système de santé belge présente une **structure complexe**, dans laquelle les entités fédérées peuvent appliquer de manière asymétrique et variable les décisions fédérales. De plus, la

fragmentation des compétences complique la mise en place d'une **offre de soins cohérente et efficace**, ainsi que l'évolution vers un modèle de soins intégré, incluant la prévention.

Cette organisation institutionnelle génère **une prise de décision lente et lourde**, accentuée par un manque de détermination et de capacité décisionnelle au niveau des autorités, ainsi que par un degré élevé de bureaucratie. L'un des effets concrets de cette situation est le retard accumulé dans la reconnaissance légale de nouvelles fonctions et missions de soins. Parallèlement, l'influence de nombreux **groupes de pression actifs** et la volonté du secteur de **décider de manière autonome dans de nombreux domaines** entravent l'adoption de réformes pourtant nécessaires.

4.4.3 Pression budgétaire

Les soins de santé en Belgique sont confrontés à une pression budgétaire croissante, les **coûts augmentant continuellement** alors que les réformes doivent souvent être menées sans budget de transition dédié. La majorité des hôpitaux fait face à des **difficultés financières**, menaçant leur stabilité et la qualité des soins. **L'incertitude** demeure également quant aux futurs modèles de financement, non seulement pour les hôpitaux et les médecins hospitaliers, mais aussi pour les soins infirmiers à domicile et d'autres formes de prise en charge (voir aussi section 5).

4.4.4 Pratique privée et déconventionnement

Certaines disciplines médicales particulièrement lucratives se développent de plus en plus **en dehors du cadre hospitalier** traditionnel. Ce mouvement s'accompagne d'une **hausse des déconventionnements** entraînant une différenciation croissante dans l'accès aux soins. Les patients disposant de ressources financières plus importantes bénéficient alors d'un accès plus rapide à des prestations offertes dans des structures privées, parfois qualifiées de « médecine de villa ». Cette évolution risque de fragiliser le principe d'un accès équitable et rapide à des soins de qualité aux tarifs conventionnés pour l'ensemble de la population.

4.4.5 Défis sociétaux plus larges, tels que le changement climatique, les pandémies et les conflits internationaux

Les hôpitaux doivent également faire face à des **défis sociétaux plus vastes**, tels que le changement climatique, les pandémies ou encore les conflits internationaux. Il est dès lors nécessaire de disposer de structures de soins robustes et flexibles, dotées de capacités de réserve suffisantes et de mécanismes de réponse rapide. La **durabilité et la résilience** deviennent ainsi des notions clés d'une politique hospitalière tournée vers l'avenir.

ENCADRÉ 2 : APERÇU DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE SWOT

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

5 PRESSION BUDGETAIRE ET DÉMOGRAPHIQUE

5.1 AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Toute vision relative à l'organisation future des soins ou du paysage hospitalier doit tenir compte des **contraintes budgétaires et démographiques**. Ces contraintes ne feront que s'accroître à relativement court terme.

En 2025, le **déficit budgétaire** s'élève à 4,2 % du PIB, soit environ **27 milliards d'euros**.³² Selon le Comité de monitoring, ce déficit atteindra **5,8 % du PIB d'ici 2030**, ce qui représente près de **42 milliards d'euros**. Cette progression s'explique en grande partie par l'augmentation marquée des **charges d'intérêts**, qui passeront de 12 milliards d'euros (en 2026) à 21 milliards (en 2030). La combinaison d'un niveau élevé de dette publique (105 % du PIB) et de la forte hausse des taux d'intérêt, alimentée par les épisodes d'inflation consécutifs à la crise énergétique de 2022-2023, pèse lourdement sur les finances publiques. En cas de nouvel emballement, une **dégradation de la notation souveraine** pourrait entraîner encore davantage de charges liées au refinancement de la dette.

Les experts sont pleinement conscients de cette **situation budgétaire critique** et appellent l'ensemble des parties prenantes à **en tenir compte comme point de départ**.

En 2025, les **dépenses de soins santé** ont augmenté de 5,71 % dans notre pays. Selon l'INAMI, le **budget des soins de santé** passera de 45,22 milliards d'euros (en 2025) à 46,78 milliards (en 2026), principalement en raison de la **norme de croissance** de 2 % et de **l'indexation des salaires**.³³ Les analyses, notamment celles de la Commission d'étude sur le vieillissement, montrent que les dépenses de santé – incluant les soins aux personnes âgées – **continueront de croître** sous l'effet du vieillissement, de la multimorbidité ainsi que des évolutions technologiques et sociétales.³⁴ Ces projections se fondent sur les tendances historiques de la demande de soins, sans intégrer les limites strictes des ressources publiques disponibles.

Il est donc essentiel **d'adapter la structure de l'offre**. Que se passe-t-il si chacun continue à tout faire et que la question de l'efficacité reste ignorée ? Un **plafonnement des dépenses publiques** devient alors inévitable, et une partie de la croissance de la demande de soins risque de ne plus être financée par la sécurité sociale. On s'expose ainsi à une médecine à deux vitesses, où certains types de soins cesseraient d'être accessibles à l'ensemble de la population.

5.2 DIMINUTION DE LA POPULATION ACTIVE

La hausse de la demande de soins — particulièrement consommatrice de main-d'œuvre — implique mécaniquement une **augmentation de l'emploi dans le secteur de la santé**. Or, cette croissance sera difficilement réalisable dans un contexte où la **population en âge de travailler (20–65 ans) demeure globalement stable**. La plupart des projections à l'horizon 2040 indiquent que la population active n'augmentera que très faiblement, si tant est qu'elle augmente. Dans ces conditions, **accroître l'emploi dans les soins de, par exemple, 4 % d'ici 2040 constitue un défi majeur**.

À cela s'ajoutent des disparités régionales : en Wallonie, une baisse de 2,51 % de la population active est attendue entre 2024 et 2040 ; en Flandre, une très légère hausse de 1,48 % est prévue ; à Bruxelles,

la situation devrait rester relativement stable, bien que difficile à prévoir en raison des dynamiques migratoires.³⁵

5.3 L'INACTION N'EST PAS UNE OPTION

Ne rien faire n'est tout simplement pas une option. Les ressources financières demeurent limitées, et la population active ne croîtra pas suffisamment pour absorber la demande de soins en hausse constante. Préserver un **système de santé solidaire** exige des **choix explicites et courageux**. Il **faudra donc transformer pour préserver**. Et cette **transformation devra être collective** : l'ensemble des prestataires du paysage hospitalier devra contribuer à l'effort et aux adaptations nécessaires.

QUOI

Pour aboutir à un paysage hospitalier durable et intégré, les experts proposent de structurer l'offre autour de quatre types d'établissements de soins, qui constituent l'ossature de leur projet de réforme.

Cette base est complétée par des centres d'expertise dédiés aux affections complexes et rares.

Ils plaident en parallèle pour une réforme de l'aide médicale urgente, reposant sur un triage renforcée et un rôle accru des postes de garde de médecine générale. Afin de permettre une mise en œuvre transparente et progressive de ces transformations, ils avancent un modèle de décision objective destiné à servir de cadre de référence tout au long du processus d'application.

6 VERS UNE OFFRE APPROPRIÉE

6.1 COMBINER TAILLE CRITIQUE ET PROXIMITÉ DES SOINS

L'analyse SWOT montre l'importance de progresser vers des soins de qualité, accessibles et intégrés. Il s'agit de préserver nos atouts, de saisir les opportunités, d'écarter les menaces et de corriger les faiblesses.

6.1.1 Une offre de soins fragmentée

Selon le rapport KCE 359 (2022)³⁶ et l'analyse SWOT, la Belgique souffre **d'un excès d'offre en soins aigus**. Parallèlement, les soins primaires sont très dispersés entre de nombreux acteurs, ce qui limite leur capacité à organiser des soins intégrés et orientés vers la population. Le KCE recommande dès lors de **structurer les soins en territoires géographiques clairement définis**, ce qui permet d'organiser les soins en les centrant sur les besoins de la population, de **réduire le volume de jours d'hospitalisation en soins aigus** et, si nécessaire, de reconverter ou de fermer certaines unités ou sites.

L'analyse SWOT montre en outre que le paysage hospitalier reste réparti sur trop de sites où « **chacun fait tout, 24 heures sur 24** ». Une telle **fragmentation** est difficilement compatible avec l'évolution de la médecine aiguë, qui repose de plus en plus sur une expertise spécialisée et concentrée.

6.1.2 Un nombre suffisant d'hôpitaux mais trop de sites

Entre 1985 et 2025, le nombre d'hôpitaux belges a presque été divisé par deux, tandis que le nombre de sites a diminué beaucoup plus lentement. En 1985, le pays comptait plus de 200 hôpitaux. Aujourd'hui, après de nombreuses fusions, il en reste **103 répartis sur 189 sites**. Comme détaillé au chapitre 3, ces sites se composent de 132 sites avec lits aigus, 38 sites à profil chronique, 4 sites psychiatriques et 15 sites dédiés à la chirurgie ambulatoire ou aux consultations.

Ce **maintien d'un grand nombre de sites** s'explique notamment par l'insuffisance des moyens d'investissement régionaux pour accompagner une intégration, par la volonté des hôpitaux de conserver un ancrage local, et par la pression politique visant à préserver des implantations historiques.

6.1.3 La nécessité d'une taille critique

La **tendance à l'augmentation de l'échelle** n'est pas tant le résultat d'une décision politique que de **l'évolution même de la médecine**, qui progresse rapidement grâce à l'accroissement des connaissances (par exemple le séquençage du génome), aux nouvelles technologies et à la sous- et surspécialisation.

Ces évolutions créent un besoin réel de taille critique. L'établissement d'un diagnostic peut être complexe et nécessite le recours à de multiples techniques. En phase thérapeutique, des solutions plus performantes reposent sur une spécialisation poussée – ce qui réduit mécaniquement le nombre de patients concernés et **impose une concentration de l'expertise et, par conséquent, une meilleure collaboration**.

Par ailleurs, une augmentation d'échelle est nécessaire en raison du **déficit structurel en personnel de soins**. En effet, dans le contexte de surcapacité actuel, le maintien d'une activité 24h/24 et 7 jours sur 7 demande un investissement important en personnel (p.ex. une fonction qui doit être assurée en permanence requiert environ 5,7 ETP⁴). Une maternité qui totalise par exemple 500 accouchements par an en réalise en moyenne moins de 10 par semaine et 1,4 par jour, mais doit malgré tout disposer en continu d'une équipe complète (sage-femmes, gynécologues, anesthésistes...). Une dotation moindre est impossible : les accouchements ne suivent pas un rythme prévisible et un pic d'activité ou la nécessité d'une césarienne urgente peuvent se produire à tout moment.

Les médecins préfèrent en général des hôpitaux plus grands, où les **gardes** sont mieux réparties et où l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée est meilleur.

En effet, lorsqu'il est question d'une activité 24h/24 et 7 jours sur 7, une **permanence** doit être assurée à toute heure du jour ou de la nuit dans les **spécialités où le temps d'intervention revêt une importance critique**, parce que le service des urgences est susceptible de les solliciter à tout moment.

Les spécialités critiques nécessitant une permanence 24/7 incluent notamment :

- La cardiologie (infarctus, coronarographie)
- La neurologie (trajectoires S1/S)
- La chirurgie abdominale (perforations, traumatismes, rupture hépatique)
- L'orthopédie (fractures avec hémorragie artérielle)
- La gastro-entérologie (hémorragies gastriques aiguës)
- La gynécologie (césariennes urgentes)
- La pédiatrie (détresse respiratoire aiguë)
- La psychiatrie (urgences sévères)

Une taille critique adéquate permet non seulement une **organisation plus efficiente**, mais aussi une **amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des professionnels**.

6.1.4 Potentiel de l'hôpital de jour

Nous observons, tant dans notre pays qu'à l'international, le succès croissant des **hôpitaux de jour**. Grâce à des techniques moins invasives, à une imagerie de meilleure qualité et à une anesthésie adaptée, un nombre toujours plus important de patients peut être pris en charge. Cette évolution concerne aussi bien les **interventions chirurgicales** que **les actes de médecine interne**.

À la demande des experts, la *Belgian Association of Ambulatory Surgery* (B.A.A.S.) a fourni une liste **d'interventions pouvant être réalisées en toute sécurité, de manière responsable et avec remboursement dans une unité autonome de chirurgie ambulatoire**. Cette liste a été élaborée au sein du groupe de travail mixte médecins-hôpitaux (commission des conventions et Conseil Fédéral

⁴ Une fonction assurée en permanence correspond à 8.760 heures par an (365 jours x 24 heures). Partant d'une disponibilité réelle moyenne de 1.540 heures par prestataire de soins ETP – déduction faite des jours de congé, de réduction du temps de travail, de maladie, de formation, etc. –, il faut environ 5,7 ETP pour assurer cette fonction (8.760 / 1.540).

des Établissements Hospitaliers) dans le cadre de la réforme de l'hospitalisation de jour. Ses grandes lignes figurent dans la note de vision sur la révision du fonctionnement, de l'organisation et du financement de l'hospitalisation de jour.³⁷ Les principales disciplines concernées sont l'orthopédie, l'ophtalmologie, la stomatologie et l'urologie. Une présélection préalable fondée sur le *severity of illness score* est effectuée en concertation avec l'anesthésiste, afin d'évaluer si le patient peut être soumis sans risques à une opération sous anesthésie à l'unité de chirurgie ambulatoire indépendante (*free standing ambulatory surgery unit*).

En médecine interne également, l'« ambulatorisation » est manifeste, par exemple pour les examens diagnostiques, la chimiothérapie ou l'immunothérapie. Par ailleurs, la réadaptation ambulatoire, les soins polycliniques, la prévention et l'éducation (par exemple en matière de soins cardiaques ou d'accompagnement des femmes enceintes) trouvent leur place au sein de l'hôpital de jour (voir aussi section 7.3.1).

Un hôpital de jour de proximité peut éviter que les patients ne doivent se tourner vers d'autres pratiques extramurales. Une **maison médicale de garde** peut également y être intégrée et, en collaboration avec les acteurs de soins primaires, des actions à visée populationnelle peuvent y être menées.

Une offre médicale décentralisée, accessible et à faible seuil est à la fois souhaitable et réalisable. Elle peut constituer un pont essentiel pour garantir la proximité des soins.

6.1.5 Optimisation de l'offre de soins et renforcement de la qualité au sein des structures hospitalières élargies

La réforme du paysage hospitalier, qui met l'accent sur la **réduction du nombre de sites hospitaliers et sur le renforcement des collaborations**, doit s'accompagner d'une **clarification de l'offre médicale au sein des hôpitaux**. En effet, la restructuration du paysage hospitalier ne doit pas se limiter à une concentration géographique des soins, mais conduire également à une amélioration durable de la qualité, de l'efficacité et de la performance du fonctionnement hospitalier.

Toutes les activités de soins existantes ne peuvent pas se tenir ou ne sont pas souhaitables sur chaque site ou dans chaque établissement, même au sein de structures plus vastes. C'est pourquoi une optimisation supplémentaire des grandes structures hospitalières sera nécessaire. L'Arrêté royal du 23 novembre 2022²⁸ fournit déjà des définitions des missions de soins locorégionales dans le cadre des réseaux hospitaliers. Cette définition du contenu doit être accompagnée de **critères de volume et de normes de qualité**. Pour certaines disciplines et fonctions, il est indispensable de fixer des **normes minimales**, notamment en matière de capacité (telle que le nombre de lits), de volume, d'effectifs et de disponibilité de l'expertise.

Il convient également d'évaluer dans quelle mesure **les investissements** dans des équipements parfois extrêmement coûteux sont justifiés, en particulier lorsqu'ils sont sous-utilisés. L'établissement de telles normes est essentiel pour garantir la continuité et la sécurité des soins, ainsi que pour assurer un volume d'activité suffisant, condition indispensable au maintien de la qualité de la prise en charge.

Grâce à des **normes et des modèles financiers objectifs, transparents et fondés sur des données probantes**, les hôpitaux peuvent aligner leur organisation sur les besoins réels en soins tout en utilisant leurs ressources de manière plus efficiente. Les experts émettent toutefois certains doutes quant à la

capacité des réseaux hospitaliers à constituer, à eux seuls, la « solution globale », notamment en raison de l'hétérogénéité importante des exigences selon les missions de soins.

6.2 CONCLUSION : LES SOINS DU FUTUR COMBINENT TAILLE CRITIQUE ET PROXIMITÉ

Pour continuer à garantir des soins de qualité, **une taille critique suffisante** est indispensable. Parallèlement, le principe selon lequel les **soins doivent être organisés au plus près du patient** demeure fondamental.

Si nous voulons maintenir la soutenabilité des soins — tant pour le patient que pour la sécurité sociale — et utiliser efficacement les professionnels de santé, dont les ressources sont limitées, la **structure de l'offre** doit être adaptée. Nous miserons davantage sur les **hôpitaux de jour** et définirons une **taille minimale** pour les hôpitaux généraux. Des **normes de volume pour les soins hautement complexes** sont nécessaires pour garantir la qualité. En parallèle, nous instaurerons des garde-fous pour contrer la tendance à l'essor d'une médecine privée dans des structures distinctes et **commerciales**.

Cette réforme ne constitue pas une solution exhaustive : elle doit **s'accompagner d'autres changements indispensables**, tels qu'un financement hospitalier révisé, la réforme de la nomenclature médicale et une répartition adéquate des tâches. Des **mesures incitatives** seront également requises pour soutenir les coûts liés au processus de transformation.

Une **collaboration transmurale et multidisciplinaire** entre les hôpitaux, la première ligne et les autres prestataires de soins est cruciale. Celle-ci doit être solidement ancrée dans le cadre d'un modèle de soins intégrés.

7 LA PIERRE ANGULAIRE DE LA RÉFORME : QUATRE TYPES DE STRUCTURES DE SOINS

Pour les experts, une offre de soins adéquate repose sur une combinaison des éléments suivants :

- une **offre accessible pour les affections courantes** pour lesquelles le médecin généraliste estime qu'une orientation est indiquée ;
- des **soins aigus ou intermédiaires** au sein d'une structure de soins ;
- une **aide médicale urgente** bien organisée ;
- une orientation – soit par le médecin généraliste, soit par un médecin spécialiste – vers un **centre d'expertise pour les affections complexes et/ou rares**.

Dans les chapitres suivants (7 à 9), le groupe d'experts formule des recommandations visant à optimiser cette offre dans chacun de ces domaines.

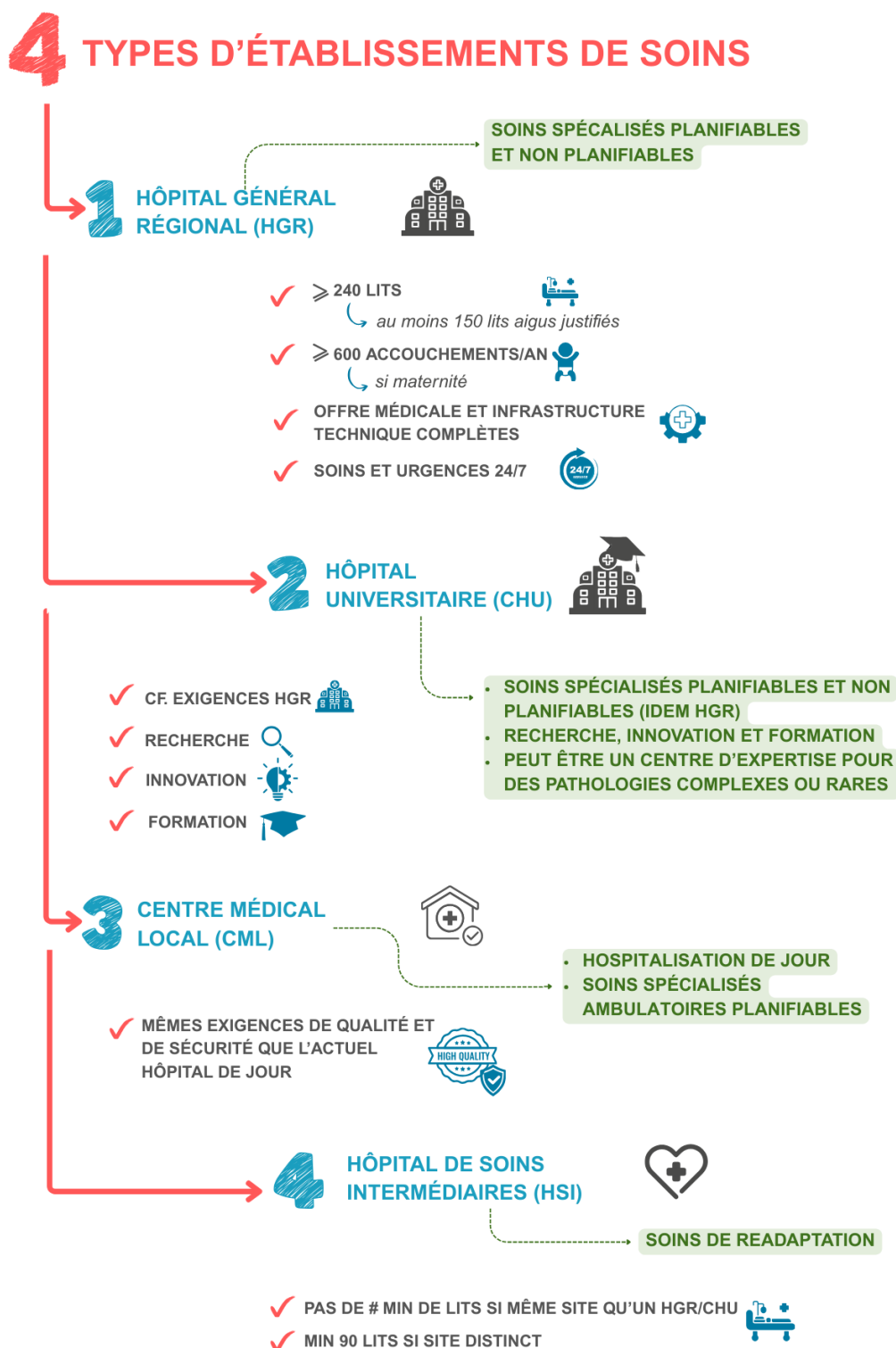
Selon le principe « **des soins de proximité lorsque c'est possible, des soins concentrés lorsque c'est nécessaire** », les experts proposent de subdiviser le paysage hospitalier (à l'exclusion des hôpitaux mentionnés à la section 1.2) en **quatre types distincts de structures**, chacun doté d'un rôle et de responsabilités spécifiques. Cette classification constitue la pierre angulaire de la réforme, car elle jette les bases d'une meilleure collaboration, d'une répartition claire des tâches et d'une utilisation plus efficiente des ressources et des expertises (voir Figure 4 et plus loin).

- **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 sont définis **au niveau d'un site**.

Afin de disposer du 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**. La section 10.3 décrit plus en détail cette démarche progressive.

FIGURE 4 : REPRÉSENTATION SCHEMATIQUE DE LA RÉFORME PROPOSÉE



7.1 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 un patient **ayant des besoins en soins plus complexes** vers des hôpitaux spécialisés, universitaires ou autres. Ceux-ci doivent alors collaborer étroitement et communiquer efficacement avec le HGR, que le patient peut continuer à consulter 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.

7.1.1 Services médicaux et médico-techniques

- Des **services médicaux** permettant de diagnostiquer et de traiter les affections courantes, incluant une maternité et un service de pédiatrie ;
- Des **infrastructures médico-techniques complètes** : imagerie, laboratoire, anatomopathologie, bloc opératoire, unité de soins intensifs et salle d'accouchement. Les services médico-techniques peuvent être organisés en « back-office » sur plusieurs sites ou au sein d'un ensemble HGR/CHU (p. ex. laboratoire, pharmacie, anatomopathologie) ;
- **Prise en charge 24 h/24 et 7 j/7** : service d'urgence et services de garde pour les affections sensibles à l'urgence telles que les défaillances cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique, cérébrale ou multiviscérale, ainsi que pour les césariennes urgentes.

7.1.2 Capacité en lits et capacité volumétrique requises

- **Au moins 150 lits aigus justifiés à atteindre en 2026** (catégories C, D, CD, G, E, M – y compris MIC – et NIC, y compris hôpital de jour chirurgical), calculés à partir de la moyenne des durées de séjour justifiées des trois dernières années. Les lits aigus au-delà de ce minimum peuvent être comptabilisés pour atteindre les 240 lits requis dont question ci-dessous.
- **Au moins 240 lits au total à atteindre d'ici 2031**. Pour ce total, tant les lits aigus justifiés que les lits Sp, A et K agréés sont comptabilisés.
- Un total de **180 lits aigus justifiés sera atteint d'ici 2031**.
- Un **minimum de 600 accouchements** sera atteint par an, conformément aux recommandations du rapport KCE 323 (2019)⁴. Cet objectif **sera à atteindre d'ici 2031**. Tout HGR doté d'une maternité doit disposer d'une taille critique suffisante. Une répartition des tâches déjà en place entre hôpitaux proches – ou, à l'avenir, entre HGR appartenant à une même entité institutionnelle – peut être maintenue, même si elle implique qu'un site ne réalise aucun accouchement.

Des précisions supplémentaires concernant ces exigences et la mise en œuvre progressive figurent à la section 10.3.2.

7.1.3 Une offre de soins complète sur un même site

Un HGR peut également héberger **sur le même site** un Centre Médical Local (CML) et un Hôpital de Soins Intermédiaires (HSI) (voir plus loin). Les patients ont ainsi accès, au sein d'un seul lieu, à une **offre de soins complète, tant programmée qu'aiguë ou urgente**.

7.1.4 Gestion des catastrophes et des crises

Un HGR sera en mesure **de renforcer ses capacités en cas de catastrophes, de pandémies ou d'autres situations de crise**. S'il est institutionnellement lié à un CML et/ou un HSI, il peut également mobiliser leurs capacités et leur personnel. Pour une description détaillée de l'organisation de ces mécanismes de renforcement, il est renvoyé au rapport KCE 374 sur l'organisation des soins médicaux en cas d'incidents CBRNE.³⁸

7.2 LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)

7.2.1 Une fonction HGR, combinée à la recherche, l'innovation et l'enseignement

Un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est désigné par Arrêté royal sur proposition de l'université et est institutionnellement rattaché à une université dotée d'une faculté de médecine disposant d'un programme complet d'études pour les futurs médecins. Pour chaque faculté de médecine, un seul CHU peut être désigné. Un CHU doit satisfaire aux conditions énoncées dans la Loi sur les hôpitaux du 10 juillet 2008³⁹, article 4, ainsi que dans l'Arrêté royal du 7 juin 2004⁴⁰, modifié par l'Arrêté royal du 17 novembre 2006⁴¹.

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 un HSI peuvent donc également être associés à un CHU, et doivent satisfaire aux mêmes conditions que n'importe quel autre CML ou HSI. Dans la suite de ce texte, nous n'utiliserons donc que le terme Hôpital Général Régional (HGR). Une **collaboration accrue** est nécessaire entre les CHU et les autres structures de soins, mais aussi entre les CHU eux-mêmes.

7.2.2 Les CHU et les HGR comme centres de référence pour les pathologies complexes

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 HU s'avèrent indispensables.

7.2.3 Les CHU et les HGR dotés de lits universitaires

Actuellement, les hôpitaux universitaires en Belgique **totalisent 5.775 lits**. La norme relative à l'encadrement infirmier y est environ 20 % plus élevée que dans les hôpitaux non universitaires, et ils

bénéficient d'un financement additionnel pour leurs missions d'enseignement, de recherche et d'innovation.

Par ailleurs, on compte également **1.630 lits universitaires dans les hôpitaux généraux, et donc non universitaires**. Ces lits bénéficient également d'un financement complémentaire dans le BFM. Toutefois, les soins qui y sont délivrés ne diffèrent souvent pas fondamentalement de ceux des autres hôpitaux généraux bien équipés. Malgré les conditions fixées par la réglementation, leur rôle dans la formation et la recherche reste flou et une évaluation systématique fait défaut.

De plus, les stages cliniques des étudiants et la formation des médecins spécialistes en formation (MSF) se déroulent également en dehors de ces établissements. Depuis le 1^{er} août 2021, l'acteur (hôpital ou maître de stage) qui assume la charge salariale du MSF bénéficie en outre d'un financement supplémentaire pour sa formation, à condition qu'un certain nombre de conditions soient remplies.

Les raisons ne manquent donc pas de réexaminer d'un œil critique **la pléthore de lits universitaires dans certains hôpitaux généraux** et de baser l'encadrement sur la pathologie et la lourdeur des soins des patients, comme cela se fait également dans les autres hôpitaux.

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

7.3 CENTRE MÉDICAL LOCAL (CML)

Les experts recommandent que les interventions hospitalières soient réalisées en **hospitalisation de jour** chaque fois que possible. Aujourd'hui (en 2024), 14% des admissions concernent des hospitalisations de jour médicales, 54% des hospitalisations de jour chirurgicales et 32% des hospitalisations classiques⁵. L'hospitalisation de jour est en général plus confortable et plus sûre pour le patient, permet de compenser en partie la pénurie de personnel la nuit et le week-end, et est plus avantageuse pour le budget des soins de santé. Bien entendu, les hospitalisations de jour peuvent continuer à être organisées au sein d'un HGR ou d'un CHU.

7.3.1 Les services médicaux

Un CML assure des soins **spécialisés programmés et ambulatoires**. Il dispose d'un **hôpital de jour** chirurgical, avec bloc opératoire, salle de réveil et un plateau diagnostique complet.

Les CML **ne disposent ni de service d'urgence ni de structure de première prise en charge**. Un site n'offrant **que des consultations ambulatoires** ne peut être considéré comme un CML. Toutes les structures doivent satisfaire aux mêmes exigences de qualité et de sécurité que les hôpitaux de jour actuels.

L'offre de soins peut inclure, outre la **chirurgie de jour, des interventions de médecine interne, des consultations ambulatoires, une dialyse « low-care », ainsi que le suivi de soins chroniques**, tels que la surveillance du diabète (éventuellement par télésurveillance). Un CML peut également organiser une **réadaptation ambulatoire** ou une **réadaptation en hôpital de jour** après une sortie d'hôpital. **L'éducation à la santé** (école du dos, réadaptation cardiaque), les **programmes de prévention et les**

⁵ Calcul réalisé par le SPF Santé publique sur la base des données RHM.

centres de vaccination en font également partie, permettant d'opérationnaliser très concrètement les objectifs du Quintuple Objectif dans le domaine des mesures préventives. **Un hôpital de jour peut aussi servir de base à l'hospitalisation à domicile** : il organise et suit les soins, qui sont finalement dispensés au domicile du patient. Si le HGR est éloigné, un **poste de garde en médecine générale** peut être installé sur le même site qu'un CML.

Les soins dispensés dans un CML permettent une utilisation plus efficace du personnel infirmier. Le staffing infirmier dans un CML est de 2 à 2,5 fois inférieur au nombre minimal d'infirmières requis dans un hôpital général de 150 lits fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

7.3.2 Un modèle de « *focused clinic* », sous certaines conditions

Pour certaines interventions, **une ou quelques nuits d'hospitalisation peuvent s'avérer nécessaires (short stay)**. Cela s'écarte certes du modèle classique de l'hôpital de jour, mais correspond au concept de *focused clinic*.⁴² Il s'agit d'une structure de soins spécialisée se concentrant 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 est la forte standardisation et optimisation du parcours de soins, conduisant à une efficacité et une qualité accrues.

Selon les experts, le modèle de *focused clinic* peut être envisagé s'il est strictement limité à la **chirurgie orthopédique** et uniquement en cas de **volume important** d'interventions, par exemple 5.000 interventions par an, soit environ 20 interventions par jour ouvrable. Dans ces conditions, un service de nuit pourrait être justifié.

7.4 HÔPITAL DE SOINS INTERMÉDIAIRES (HSI)

7.4.1 Que sont des soins intermédiaires ?

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. Il s'agit de patients souffrant d'affections cardio-pulmonaires (Sp1), locomotrices (Sp2), neurologiques (Sp3), de pathologies chroniques multiples (Sp5), de troubles psychogériatriques (Sp6) ou relevant de soins palliatifs (Sp4).

En Belgique, on dénombre actuellement 38 sites dotés de lits de réadaptation (Sp) ou de lits gériatriques (G) au sein des hôpitaux aigus.

7.4.2 Un nouveau cadre pour la réadaptation

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.

Ce déplacement reflète une évolution de la demande en soins, mais la réglementation et le financement restent inadaptés, les compétences étant partagées entre l'INAMI et le SPF Santé publique. En outre, le financement demeure lié à l'origine historique des lits. Pour les **patients nécessitant une réadaptation**, les conséquences sont majeures : selon la structure dans laquelle ils sont admis, l'encadrement et le modèle de financement varient sensiblement. Il est également essentiel de se concerter avec le gouvernement flamand concernant le financement des 8 hôpitaux flamands de réadaptation.

Il manque également un **instrument de mesure uniforme permettant d'évaluer objectivement les besoins en réadaptation**, ce qui engendre de fortes disparités dans l'accès et l'intensité des soins.

Dans son avis du 28 septembre 2023, le **Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers**⁴³ a émis les recommandations suivantes:

- Une **classification uniforme des besoins en soins**, par exemple via la *Rehabilitation Complexity Scale*, déjà utilisée au Royaume-Uni, au Danemark et en Italie ;
- Le **remplacement des lits Sp actuels par des lits R**, de manière à mieux aligner l'offre de soins sur les besoins réels des patients ;
- La **création d'un hôpital de jour de réadaptation**, afin de réduire l'écart entre la réadaptation hospitalière et la réadaptation ambulatoire.

S'appuyant sur ces recommandations, les experts préconisent la création **d'Hôpitaux de Soins Intermédiaires (HSI)**. Des lits Sp peuvent continuer à exister dans les HGR, comme d'autres existent sur un site distinct.

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 maisons de repos et de soins, renforcement de l'aide et des soins à domicile, etc., en cohérence avec les politiques des entités fédérées.

7.4.3 Les capacités de lits et de volume requis

Lorsque les activités d'un HSI sont localisées sur **le même site qu'un HGR**, **aucun volume ou capacité minimale** n'est exigé. Le HGR peut également comptabiliser les lits de l'HSI pour atteindre le seuil requis de 240 lits.

La situation est différente pour un HSI situé sur un **site distinct** : il doit disposer **d'au moins 90 lits agréés**, incluant d'éventuels lits A ou K. Les sites exclusivement dotés de lits palliatifs (Sp4) sont exemptés de cette obligation. Des lits gériatriques (G) peuvent aussi être intégrés dans un HSI, pour autant que des soins gériatriques multidisciplinaires y soient assurés. Un HSI sur un site séparé nécessite en outre des conventions et protocoles structurels pour garantir l'accès à des services indispensables mais non disponibles sur place, tels qu'un service d'urgence, un laboratoire, une imagerie médicale et des avis spécialisés.

7.4.4 Financement robuste

- Le financement des HSI doit être **suffisamment robuste** pour couvrir une grande partie des coûts fixes, y compris lorsqu'ils sont situés sur un site distinct.
- Pour permettre la conversion de **lits aigus en lits Sp/G** (soins chroniques ou réadaptation), les experts proposent de **supprimer la programmation de ces lits**. Les structures de soins gagneraient ainsi en flexibilité pour adapter leur offre aux besoins réels de leurs patients. Une telle évolution ne peut toutefois intervenir qu'en parallèle de la mise en place du nouveau financement de la réadaptation.
- Le **financement de ces lits Sp** doit reposer sur les éléments suivants :

- Un instrument de mesure uniforme permettant d'évaluer objectivement les besoins en soins des patients ;
- Un financement adapté et plus équitable, éliminant les grandes disparités historiques dans les prix de journée entre établissements de réadaptation (qui peuvent aujourd'hui varier d'un à quatre). Les DRG classiques (*Diagnosis Related Groups*) sont inappropriés pour refléter la nature complexe, prolongée et multidisciplinaire des soins de réadaptation. Une classification spécifique des séjours, mieux adaptée à ce type de prise en charge, est donc nécessaire.

7.5 COHÉRENCE INSTITUTIONNELLE ENTRE LES HGR/CHU, CML ET HSI

Un CML comme un HSI est institutionnellement rattaché à un seul Hôpital Général Régional (HGR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU) au sein d'une même zone de soins, qu'il soit implanté sur le même site ou sur un site distinct. Une seule personne morale (publique ou privée à but non lucratif) définit la stratégie, gère les moyens consolidés et assume la responsabilité juridique de l'ensemble des entités. Les médecins et les 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**.

7.6 FONDEMENTS JURIDIQUES

Ces réformes nécessitent une **adaptation en profondeur de la législation**. Les nouvelles normes doivent y trouver leur place à côté de celles des types d'établissements de soins existants, comme les hôpitaux psychiatriques. Pour ce faire, les experts ont demandé une étude au DGGS Legal Management du SPF Santé publique. Vous trouverez cet avis important à l'annexe 2.

8 LA RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

8.1 LES SERVICES D'URGENCE SOUS TENSION

À l'heure actuelle, les services d'urgence belges assurent à la fois **l'aide médicale urgente** et les **soins de première ligne** pendant et en dehors des heures ouvrables. La qualité et l'efficacité de la prise en charge urgente sont compromises par **l'usage inapproprié des services d'urgence** (sur- et sous-utilisation), la **fragmentation des compétences**, le **fonctionnement insuffisant du système 1733** et la **prolifération de 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.

8.2 TRIAGE CENTRALISÉ AVEC ORIENTATION VERS LA STRUCTURE DE SOINS APPROPRIÉE

Dans de nombreux pays occidentaux, un numéro d'appel unique regroupe l'ensemble des services de secours – police, pompiers et aide médicale. En Belgique, cette organisation est scindée entre deux numéros : le **112 pour l'aide urgente** (y compris police et pompiers), et le **1733 pour l'aide médicale en dehors des heures ouvrables**. L'analyse SWOT montre que le 1733 est insuffisamment connu du grand public et que les postes de garde de médecine générale ne jouent actuellement aucun rôle dans un système 24/7 d'aide médicale urgente.

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

La fragmentation actuelle des compétences constitue un obstacle majeur : le **SPF Intérieur** gère le numéro 112, tandis que le **SPF Santé publique** est responsable du 1733 et du volet médical du 112. Cette double tutelle complique la collaboration. La création d'une **agence fédérale de secours**, chargée de coordonner tous les appels d'urgence et de définir clairement les responsabilités, constitue une solution structurelle.

Pour garantir un triage de qualité, les **opérateurs du 112/1733** doivent être dotés d'une **formation paramédicale ou infirmière** et disposer d'un accès permanent à un appui médical. Les données numériques — images, mesures de saturation en oxygène, monitoring cardiaque — doivent pouvoir être transmises en continu et analysées par la centrale. Cela nécessite des **investissements en technologie et en capacité**.

Les **protocoles de triage et de dispatching** sont élaborés en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés : médecins généralistes, spécialistes, hôpitaux, cercles de médecine générale et postes de garde. Une approche largement consensuelle renforce la fiabilité et l'efficacité du système.

Enfin, la **notion d'urgence médicale** doit être clarifiée et définie comme une « *situation dans laquelle un diagnostic ou un traitement doit être posé dans les minutes ou les heures pour éviter une atteinte grave à la santé ou un décès* ». Si un transfert vers l'hôpital s'avère nécessaire, « **l'hôpital le plus proche** » doit être interprété comme le centre disposant de l'infrastructure adéquate pour la pathologie présumée, et non simplement comme l'établissement le plus proche géographiquement.

8.3 UN SERVICE D'URGENCE UNIQUEMENT DANS UN HGR

L'offre de soins urgents elle-même nécessite une restructuration. Le nombre élevé de services d'urgence dans notre pays entraîne, selon le rapport KCE 263 (2016)², une dispersion des **ressources humaines et matérielles**, ce qui met la **qualité des soins** sous pression et accentue encore la **pénurie de professionnels de santé**. Les services d'urgence des petits hôpitaux doivent eux aussi assurer une permanence médicale et infirmière complète, une exigence devenue insoutenable. Les services d'urgence **ne devraient donc être organisés qu'au sein d'un HGR**.

8.4 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 **sont idéalement situés sur le site d'un HGR ou d'un CML lorsque la distance vers le HGR est trop importante**, et doivent être organisés de manière complémentaire au service d'urgence du HGR.

8.5 MOINS DE VISITES AUX URGENCES MAIS AUSSI MOINS DE REVENUS

Si une régulation médicale 1733/112 permanente était instaurée, avec les postes de garde comme alternative structurée à l'urgence hospitalière, le **nombre annuel de visites aux urgences** – actuellement un peu moins de 4 millions – diminuerait au profit des postes de garde (qui représentent aujourd'hui moins de 3 % des 50 millions de consultations annuelles).

Cela pourrait avoir des **conséquences financières défavorables** pour certains hôpitaux, car la baisse des consultations non urgentes réduirait les revenus des services d'urgence, ces interventions étant aujourd'hui souvent rémunérées au même tarif que les prestations complexes. La nouvelle réforme du financement hospitalier devra encourager une approche adéquate et équitable.

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

9.1 LES SOINS CLINIQUES HAUTEMENT COMPLEXES UNIQUEMENT DANS LES CENTRES DISPOSANT DE L'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 conduisent à de meilleurs résultats** : plus une équipe réalise fréquemment une intervention complexe, plus les chances de survie sont élevées. La concentration de ces soins améliore donc la qualité et l'efficacité, à condition d'assurer une coordination optimale avec des disciplines telles que la médecine d'urgence et les soins intensifs, afin de garantir une prise en charge spécialisée rapide et cohérente.

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, de sorte que l'expertise, l'expérience et la qualité des soins puissent être maintenues ;
- une **infrastructure** spécialisée, dotée de l'équipement (souvent hautement technologique) et des installations de soutien nécessaires ;
- une équipe **multidisciplinaire** : une collaboration démontrable entre médecins spécialistes expérimentés et autres professionnels de santé. Chacun doit être **suffisamment actif dans l'hôpital** pour garantir une prise en charge **24/7** ;
- une intégration dans un **réseau de soins** régional ou national, assorti d'accords sur l'orientation des patients, le suivi et les soins post-thérapeutiques.

La **qualité** des soins hautement complexes est suivie au moyen d'indicateurs tels que la mortalité, la survie, les complications, la récupération fonctionnelle, la qualité de vie et la satisfaction des patients.

Une **commission indépendante**, composée de représentants des pouvoirs publics, des organisations professionnelles et des associations de patients, statue sur les reconnaissances, contrôle la qualité via des registres et audits, et publie les résultats. Les agréments sont retirés par le Ministre compétent si les hôpitaux ne satisfont plus aux conditions requises.

9.2 LES MALADIES RARES DANS LES CENTRES D'EXPERTISE

Les maladies rares sont définies, au sein de l'Union européenne, comme des affections dont la **prévalence est inférieure à 1 cas sur 2.000 habitants**. On estime qu'il existe **entre 6.000 et 8.000 maladies rares différentes**.

Bien que chaque maladie rare touche séparément un petit nombre de personnes, elles concernent ensemble environ **5 % de la population mondiale** – soit quelque 30 millions d'Européens et plus de 500.000 Belges. Les trois quarts touchent des enfants, et un enfant sur trois décède avant l'âge de cinq ans. Septante pour cent sont d'origine génétique et moins de 6 % disposent d'un traitement efficace. Les patients et leurs proches en subissent souvent des conséquences lourdes et durables. En Belgique, le délai moyen avant l'établissement du diagnostic est de 4,9 ans, ce qui affecte négativement les chances thérapeutiques et les résultats cliniques. En raison de leur grande diversité et surtout de leur rareté, seul un nombre limité de professionnels de santé peut acquérir une expertise suffisante.

Pour remédier à ces problèmes, un Plan belge pour les Maladies Rares⁴⁴ a été lancé en 2013 à la suite des recommandations de la Commission européenne, et fondé sur les recommandations de la Fondation Roi Baudouin (2011)⁴⁵. Ce Plan prévoit notamment la création de centres d'expertise pour des maladies rares ou 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 ces centres d'expertise**.

Conformément au Plan, ils plaident pour **trois priorités** :

- un **diagnostic plus rapide**, notamment grâce à une meilleure sensibilisation de la population, des structures de soins périnatales et à 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, entre ces centres et ceux des pays voisins, ainsi qu'avec les centres de génétique**, qui jouent un rôle essentiel dans le diagnostic. Cette répartition des rôles doit être communiquée clairement aux médecins adresseurs afin qu'ils sachent quand et vers qui orienter leurs patients.

COMMENT

La transition vers un paysage de soins tourné vers l'avenir nécessite un plan réfléchi, soutenu par la Conférence interministérielle (CIM). La réforme tient compte de l'impact sur l'accessibilité pour le patient, tout en renforçant la collaboration interdisciplinaire et la mise en réseau des hôpitaux à une échelle plus large. De nouveaux modèles organisationnels relient les différents sites hospitaliers, chacun doté d'une mission propre. La transformation numérique est pleinement mise à profit comme moteur du changement. Un financement adapté doit permettre de soutenir cette transition et de l'ancrer durablement.

10 UNE TRANSITION APPUYÉE PAR LA CIM ET UN MODÈLE POUR UNE PRISE DE DÉCISION OBJECTIVE

10.1 UN PLAN DE TRANSITION, APPUYÉ PAR LA CIM

Depuis plus de vingt ans, la collaboration entre hôpitaux – qui doit être adaptée aux réalités locales – est considérée comme essentielle et activement encouragée. Pourtant, les réformes structurelles demeurent souvent limitées, notamment en raison d’une rivalité persistante entre acteurs de terrain et de résistances d’ordre financier, légal et politique.

Tant que le financement et les modalités de reconnaissance ne sont pas alignés sur les objectifs de soins, et qu’aucune garantie à long terme n’est offerte, il est difficile de rendre les conseils d’administration des hôpitaux responsables du manque d’évolution. D’où la nécessité d’un **plan de transition** comprenant une **feuille de route** et des **mesures d’accompagnement** essentielles afin de permettre, au cours des dix prochaines années, la mise en œuvre effective de la réforme envisagée.

Étant donné que la réforme proposée relève à la fois de la compétence de l’autorité fédérale et des entités fédérées, il est essentiel que la **Conférence interministérielle (CIM)**, ou un organe désigné par celle-ci, en assure l’encadrement et le suivi.

10.2 QUEL TYPE DE RÉFORME ?

Lors de toute réforme, il est important de préciser de quoi il est question. Réformer peut aller de modifications limitées et progressives à de profonds changements systémiques. Des **choix méthodologiques explicites s’imposent** donc.

Les **réformes limitées, ou approches « incrémentales »**, consistent en des adaptations ponctuelles de l’organisation, sans modifications du financement. Elles peuvent produire des résultats rapides et sont souvent réalisables sans large consensus. Parmi les exemples, citons des équipes de soins de quartier ou la présence d’infirmiers dédiés au triage. Ces mesures sont flexibles, mesurables et pragmatiques, mais risquent de retarder indûment des réformes plus ambitieuses.

Une **réforme de nature transformatrice** touche simultanément plusieurs dimensions : la structure (organigramme, coopération, infrastructures), le financement (budgets stables et incitations adaptées) et les comportements (motivation, politique RH, collaboration). Le succès dépend de la synergie entre ces dimensions. De petites étapes organisationnelles doivent être associées à un plan clair de changement en profondeur. Le financement et les incitations évoluent progressivement, selon des jalons définis. Les grands défis systémiques – comme l’augmentation de la demande de soins (complexes) – ne peuvent être relevés que par de telles réformes structurelles.

Selon les experts, une approche incrémentale ne suffit pas. Compte tenu des défis actuels du système, ils recommandent une **réforme transformatrice** de la structure et du financement.

10.3 UNE RÉFORME PROGRESSIVE ET UN MODÈLE D'APPUI À LA PRISE DE DÉCISION POLITIQUE OBJECTIVE

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 « *Decision-Making Support Model* ».

L'objectif est de cartographier **l'accessibilité et l'offre de soins hospitaliers**, tant dans la situation actuelle que durant leur évolution progressive vers l'un des quatre types obligatoires. La réforme nécessite d'abord une phase d'adaptation pour les acteurs de terrain, fondée sur la concertation et la négociation. Pour laisser le temps nécessaire à ce processus, la réforme **débiterait en 2026, avec une durée totale de dix ans, structurée en deux phases de cinq ans chacune, assorties d'une évaluation intermédiaire.**

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

Le modèle classe les hôpitaux en fonction de deux axes :

- un axe représentant l'offre de soins, basé notamment sur le nombre de lits justifiés, le nombre total de lits et le nombre d'accouchements ;
- un axe représentant le temps nécessaire aux patients pour accéder à cette offre, calculé en minutes de trajet en voiture entre le domicile du patient et le site hospitalier, en tenant compte du trafic (par exemple un lundi matin à 8 heures).

Pour **l'offre de soins**, les experts se basent sur celle d'un Hôpital Général Régional (HGR), telle que définie à la section 7.1 et ci-dessous. Les hôpitaux (ou sites) ne répondant pas aux conditions d'un HGR peuvent se transformer en Centre Médical Local (CML), en Hôpital de Soins Intermédiaires (HSI), ou en une combinaison des deux. **L'accessibilité** pour le patient est mesurée en termes de temps moyen de déplacement en voiture entre le lieu de résidence du patient et le site hospitalier, en tenant compte du trafic automobile d'un lundi matin à 8 heures.

10.3.2 L'offre de soins : classification en trois groupes selon trois normes cumulatives par site

Les normes relatives à l'offre de soins sont cumulatives et s'appliquent à **chaque site**. L'objectif est que tous les HGR satisfassent à ces normes au terme de la période de transition.

Norme 1 : Minimum 150 lits aigus justifiés en 2026, et 180 d'ici 2031

- Le seuil de 150 lits aigus justifiés constitue un minimum absolu. Les sites qui ne l'atteignent pas **doivent, d'ici 2029, fusionner en un site unique ou se transformer en CML (avec ou sans HSI).**

Le calcul repose sur le nombre de lits aigus justifiés – déterminé par le SPF Santé publique dans le cadre du financement des hôpitaux aigus – sur les trois dernières années. Dans les simulations, les lits justifiés issus du BMF de juillet 2025 (basés sur les données RHM 2023) ont été répartis par site selon l'activité justifiée de chaque site. Les données n'étant pas disponibles pour les autres années, seule l'année 2025 a pu être prise en compte, offrant néanmoins une estimation indicative. **La décision finale sera prise sur la base de la moyenne du nombre de lits aigus justifiés en 2024, 2025 et 2026, calculés à partir des données RHM**

de 2022, 2023 et 2024 respectivement. Dans le futur, la même méthode sera appliquée sur la base des moyennes mobiles.

Norme 2 : Minimum 240 lits au total d'ici 2031

- Sont pris en compte : les lits aigus justifiés, les lits reconnus de soins intermédiaires (lits Sp), ainsi que les lits A et K.

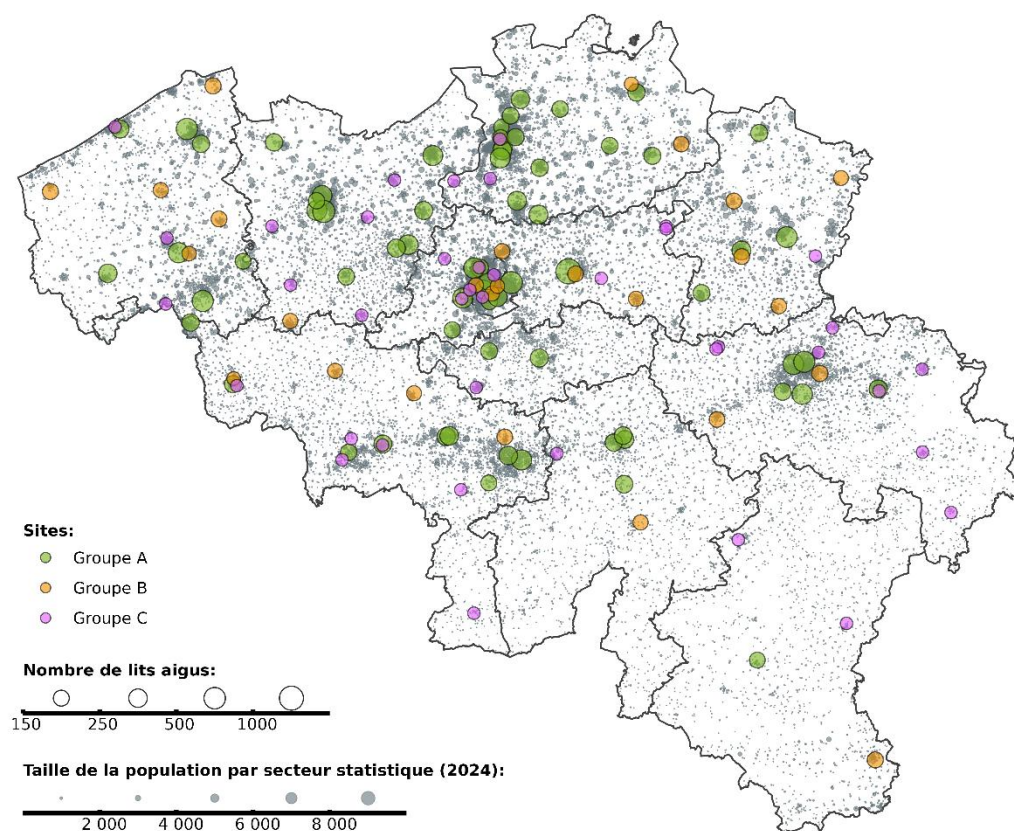
Norme 3 : Minimum 600 accouchements par an d'ici 2031

- Chaque site doté d'une maternité doit atteindre une taille critique suffisante. Une répartition actuelle – ou future – des missions, dans laquelle un site ne réalise aucun accouchement, peut toutefois être maintenue.

Sur la base de ces trois normes, le KCE a réparti les **132 sites d'hôpitaux aigus en trois groupes** (voir Figure 5) :

- Groupe A : sites répondant déjà aux trois normes cumulatives prévues pour 2031 (67 sites) ;
- Groupe B : sites intermédiaires devant poursuivre leur développement pour atteindre les critères finaux d'ici 2031 (26 sites) ;
- Groupe C : sites ne répondant pas à la norme des 150 lits aigus justifiés et devant se transformer d'ici 2029 (39 sites).

FIGURE 5 : RÉPARTITION DES SITES AIGUS EN TROIS GROUPES



10.3.3 L'accessibilité

L'accessibilité est exprimée en termes de **pourcentage de la population pouvant atteindre un HGR dans un temps de trajet déterminé**. L'objectif est d'obtenir un pourcentage aussi élevé que possible. La figure 5 illustre la situation actuelle pour la Belgique et pour les différentes provinces, sans distinction entre les groupes A, B ou C. L'axe vertical indique le pourcentage de la population ayant accès à un site aigu (au total 132 sites) dans le temps de trajet (en minutes) figurant sur l'axe horizontal. La figure 7 présente les mêmes données, mais uniquement pour les sites appartenant aux groupes A ou B.

Dans la configuration où le temps de trajet maximal est fixé à 30 minutes, la totalité de la population reste en mesure d'accéder à un HGR dans la plupart des provinces. Dans certaines provinces, toutefois, l'accessibilité diminue : en Hainaut de 100 % à 99 %, en Liège de 100 % à 97 %, en Namur de 98 % à 93 % et au Luxembourg de 94 % à 78 %. Dans la configuration où le temps de trajet maximal est augmenté à 40 minutes, l'accessibilité monte à 99 % en Hainaut, 100 % en Liège, 98 % en Namur et 98 % au Luxembourg.

FIGURE 6 : L'ACCESSIBILITÉ DES SITES AIGUS : SITUATION ACTUELLE

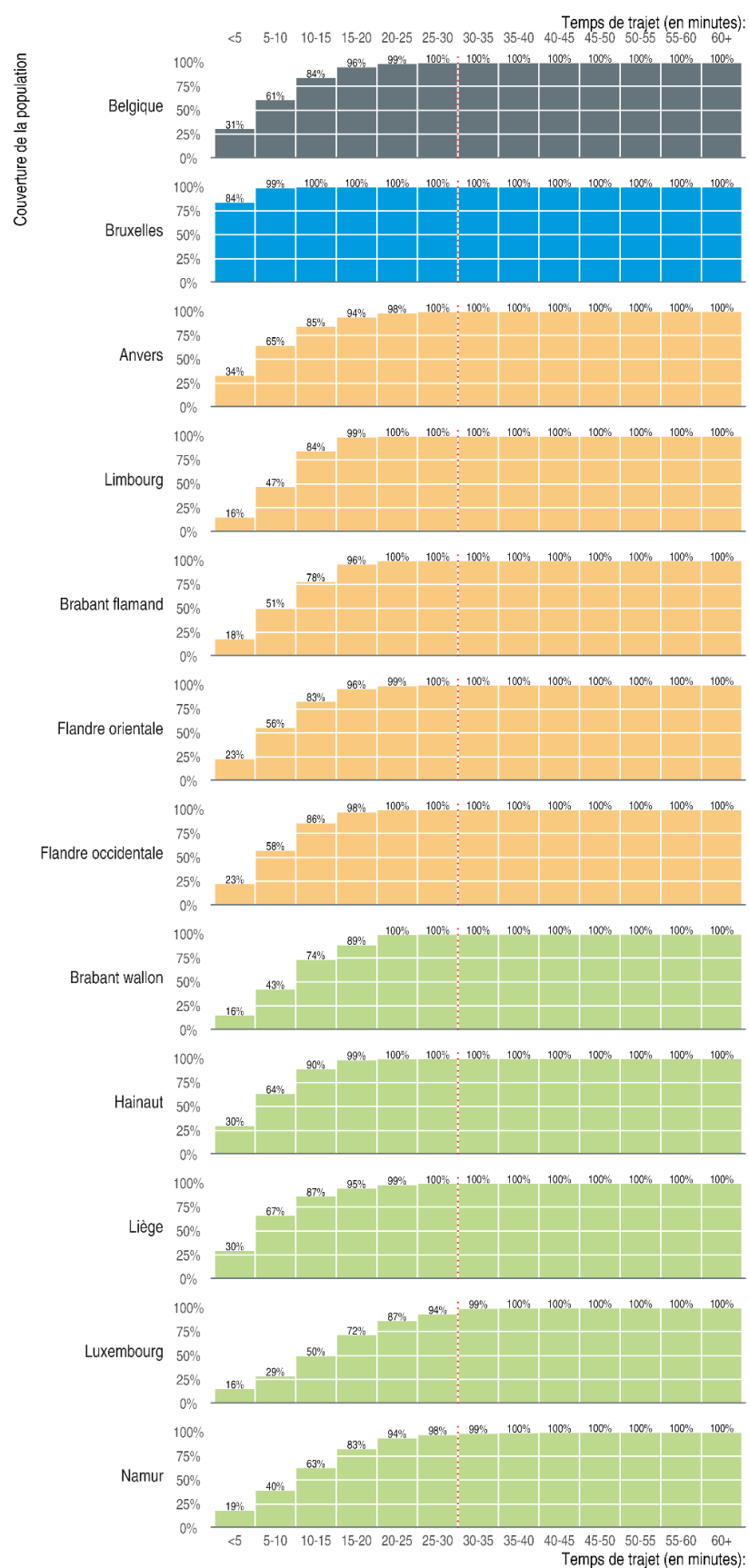
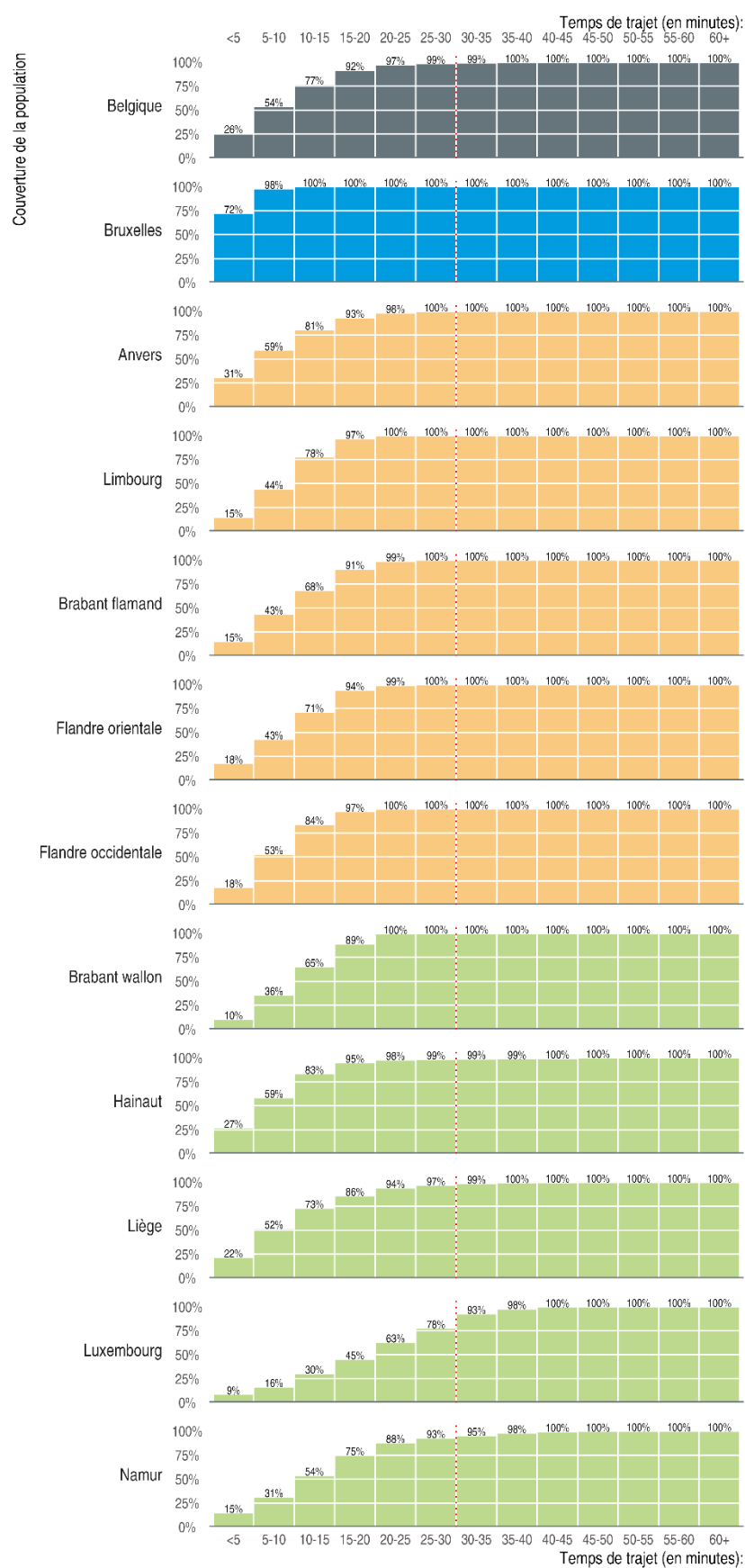


FIGURE 7 : L'ACCESSIBILITÉ DES SITUES AIGUS POUR LES GROUPES A ET B



10.3.4 L'évaluation intermédiaire à cinq ans

La transformation obligatoire et relativement rapide 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 finales. Il est préférable de suivre cette évolution de près, avec une évaluation intermédiaire après cinq ans (soit en 2031).

À ce moment-là, il sera également possible d'évaluer plus précisément les éléments suivants :

- s'il est envisageable d'augmenter le nombre minimal de lits aigus justifiés de 180 à, par exemple, 210 ;
- quels sont les effets sur le terrain de l'introduction d'une classification uniforme et d'un financement harmonisé des lits Sp ;
- dans quelle mesure les accouchements provenant des sites du groupe C se reportent vers les groupes A et B ;
- à quel rythme les incitants financiers destinés à accompagner la transition peuvent être octroyés et quelles adaptations sont nécessaires.

10.3.5 Évaluation intermédiaire et mesures transitoires

Un **moratoire** doit être instauré pour les lits **Sp intermédiaires** jusqu'à ce que la classification uniforme et le nouveau financement soient d'application. La programmation actuelle permettrait en effet d'octroyer des agréments supplémentaires et de contourner ainsi la réorganisation proposée. Au sein de l'unité institutionnelle formée par un HGR–CML–HSI, l'offre de soins peut être optimisée et les lits réalloués. Dès que la classification uniforme et le nouveau financement auront été introduits, la programmation des lits Sp pourra être supprimée, comme expliqué dans la section 7.4.4.

Les experts constatent que le **groupe des structures de soins non incluses dans les 132 sites aigus (57 sites)** est très hétérogène. Certaines relèvent de la psychiatrie, d'autres plutôt de la réadaptation ou des soins palliatifs, mais toutes sont financées via le BMF.

Les experts proposent d'intégrer ces 57 sites dans les modèles envisagés. La plupart pourraient alors fonctionner comme un CML ou un HSI. D'autres peuvent endosser un rôle dans les hôpitaux psychiatriques. Une norme minimale de 90 lits agréés (pour un HSI) est alors justifiée, à l'exception des structures de soins palliatifs.

La figure 8 présente la ligne du temps de la réforme proposée.

FIGURE 8 : LIGNE DU TEMPS DE LA RÉFORME PROPOSÉE



11 SOINS ACCESSIBLES POUR LE PATIENT

Les réformes proposées visent à orienter les patients vers le lieu de soins qui correspond le mieux à leurs besoins.

Pour les **demandes de soins urgents**, les systèmes de dispatching via le 1733 ou le 112 – après la réforme recommandée par les experts – garantissent que les patients soient immédiatement dirigés vers l'hôpital disposant de l'infrastructure diagnostique et thérapeutique adéquate.

L'accessibilité, la qualité et la permanence 24 h/24 doivent être considérées conjointement. Grâce à la classification en quatre types d'établissements, il sera clair quel type d'offre de soins est accessible, et pour quelles pathologies. À l'avenir, chaque Hôpital Général Régional (HGR) sera disponible jour et nuit avec une offre complète et multidisciplinaire.

Avec la structure proposée, les patients pourront plus souvent qu'auparavant être pris en charge dans le HGR/CHU le plus proche, en raison de son offre complète et multidisciplinaire. Les transferts vers une autre structure de soins deviendront plus exceptionnels.

En raison des conditions recommandées par les experts pour un HGR, il apparaîtra que certains hôpitaux ne pourront y répondre. Les Centres Médicaux Locaux (CML) pourront ainsi occuper une nouvelle place importante. Bien que l'offre d'un CML soit limitée aux soins programmés et aux interventions ou traitements en formule ambulatoire (ou éventuellement en court séjour), un large éventail d'activités médicales y est possible et de nombreux patients pourront y être pris en charge de manière adéquate. Certains patients – et leurs proches – devront toutefois se déplacer davantage pour certains examens, interventions ou traitements nécessitant un HGR. En contrepartie, le **HGR disposera de toutes les capacités nécessaires pour stabiliser, diagnostiquer et traiter le patient.**

Grâce à l'outil développé par le KCE, il est possible de simuler si, dans certaines régions, le temps de déplacement vers le HGR le plus proche ne devient pas excessif.

Les experts réaffirment que, pour un HGR, la norme de 150 lits justifiés constitue **un minimum absolu**, dont il ne faut pas s'écarter. La réduction obligatoire, à partir de 2026, des sites qui comptent aujourd'hui moins de 150 lits aigus justifiés ne peut être reportée qu'à la fin de 2028, et seulement si :

- l'hôpital est engagé dans un processus de fusion en cours, avec un plan crédible de rationalisation ;
- d'autres sites impliqués dans cette fusion ferment ou se transforment en CML ;
- les normes sont atteintes avant la fin de 2028.

Pour la communauté germanophone, les experts constatent que les deux hôpitaux existants (Eupen et Sankt Vith) n'atteignent pas la norme de 150 lits. Là aussi, ils recommandent de ne pas déroger à la norme. Des solutions sont possibles à l'intérieur des modèles proposés, aussi bien pour les services aigus que pour les soins intermédiaires (importants dans cette région). Des garanties sont en outre nécessaires pour que les patients germanophones résidant loin de ce site, y compris à proximité ou de l'autre côté de la frontière linguistique, puissent être pris en charge en allemand (par exemple à l'hôpital de Verviers).

En ce qui concerne le **transport intersite**, l'hôpital concerné continuera, comme aujourd'hui, à assurer le déplacement. Pour le transport interhospitalier, un financement forfaitaire est prévu dans le BMF depuis 2024.

12 ENCOURAGER LES FUSIONS ET LA COLLABORATION ENTRE LES HÔPITAUX

Pour permettre la mise en place des quatre types de structures de soins, les hôpitaux sont encouragés à **ancrer durablement leur collaboration**. **Après une fusion, une seule personne morale est responsable** de la stratégie, de la gestion, de la **reconnaissance (avec un unique numéro d'agrément), du financement et du budget**, ce qui constitue une approche plus simple et plus efficace que de nombreuses formes actuelles de collaboration. Les réseaux hospitaliers existants, par exemple, sont souvent trop complexes et n'offrent pas de solidarité économique.

- Les **hôpitaux privés et publics** doivent pouvoir fusionner plus aisément, à condition que la nouvelle structure assume l'entière responsabilité juridique (comme c'est le cas en Flandre avec l'« association hospitalière » (*Ziekenhuisvereniging*)).
- La fusion de sites implique une implantation **sur un site unique**. Si deux petits sites ne répondent pas aux nouvelles normes, ils peuvent fusionner et s'établir ensemble sur un seul site, ou se transformer en CML. Les experts sont conscients que des projets de construction ou de rénovation sont actuellement en préparation et qu'ils devront être adaptés lors de la mise en œuvre des réformes. Les entités fédérées, qui financent l'infrastructure, sont invitées à faire preuve de flexibilité à cet égard.
- Un obstacle important réside dans la **perte de budget BMF**, car le financement est souvent lié au numéro d'agrément et non uniquement au type ou au nombre de patients. Ainsi, par exemple, le budget B4 est réparti en partie par hôpital et en partie sur la base du nombre de lits. Une **période transitoire** maximale de cinq ans, durant laquelle le budget consolidé actuel est maintenu après la fusion, permettrait de neutraliser cet effet. Des mesures similaires pourraient être prévues lors de l'introduction d'un nouveau système de financement.
- Les fusions nécessitent également des **adaptations d'infrastructure**, qui requièrent des moyens financiers pouvant être octroyés notamment par les Communautés et les Régions. (Voir à ce sujet le chapitre consacré au financement.) Par ailleurs, des assouplissements législatifs sont nécessaires pour faciliter la coopération entre hôpitaux. Les experts préconisent les éléments suivants:
 - la **révision des normes d'agrément**, afin que les services de soutien – pharmacie, laboratoire, imagerie médicale – puissent fonctionner sur plusieurs sites reconnus, et que certaines obligations organisationnelles, comme la création de commissions, soient simplifiées ;
 - la possibilité de collaborer au sein d'un même groupe **sans obligation de TVA**, en particulier pour les fonctions de support telles que l'informatique, la pharmacie, la cuisine ou la comptabilité ;
 - la facilitation de **l'échange de personnel**, en dehors du cadre du travail intérimaire, afin de favoriser la mobilité ;
 - **l'allègement de la charge administrative**, par exemple en ce qui concerne les conditions d'octroi des subventions à l'infrastructure.

13 APPUI À LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE ET INTERINSTITUTIONNELLE

Comme indiqué précédemment dans l'analyse SWOT (voir chapitre 4), la Belgique est confrontée à une **pénurie de professionnels de la santé, en particulier d'infirmiers**.

Ce problème ne peut être résolu uniquement en formant davantage de médecins et d'infirmiers. Une révision en profondeur des formes de collaboration au sein du système de soins est également nécessaire, car la pyramide LEPS⁶ actuelle, centrée sur l'hôpital, est trop rigide et inefficace.

Les experts recommandent dès lors de renforcer les **équipes de soins interdisciplinaires** travaillant au-delà des lignes de soins – donc de manière transmurale. Ces équipes doivent être structurées autour du patient, en intégrant mieux l'hôpital, les soins de première ligne et les structures résidentielles.

Les affections complexes et chroniques peuvent entraîner une accumulation de problèmes médicaux, financiers et sociaux. De plus, la continuité des soins est souvent fragilisée par des **responsabilités mal définies entre les différents niveaux de soins**, ce qui conduit à des chevauchements de tâches, à un manque de clarté dans le suivi et à des trajectoires de soins fragmentées.

Dans de tels cas, un **case manager** peut être indiqué. Cette personne référente assure la coordination des soins et le suivi global du patient. Elle relie les différents prestataires et garantit la cohérence des interventions. Les **outils numériques** doivent être améliorés et mieux intégrés.

L'accent doit également être mis sur les **compétences et responsabilités** plutôt que sur les seuls diplômes, ce qui est particulièrement important dans les régions insuffisamment desservies. De nombreuses études montrent que certaines tâches médicales peuvent être déléguées en toute sécurité à d'autres professionnels, tels que les pharmaciens (par ex. vaccination, suivi de l'usage des médicaments), les sage-femmes, les infirmiers et les paramédicaux.⁴⁶⁻⁴⁹

Les **modèles de financement doivent également être simplifiés et encourager la collaboration** ainsi que la **prévention**, notamment via des paiements forfaitaires (par ex. pour le suivi conjoint de patients atteints de BPCO ou de diabète par médecins, pharmaciens et infirmiers).

Il est en outre essentiel que le travail en équipe et la collaboration interdisciplinaire soient intégrés de manière structurelle dans les **formations de soins de santé**. Ce n'est qu'à ces conditions que l'attractivité des professions de soins pourra être préservée et que la qualité, la continuité et l'accessibilité des soins pourront être garanties.

⁶ Le terme de « modèle de la LEPS » fait référence à la Loi sur l'Exercice des Professions des Soins de Santé, qui fixe qui est autorisé à effectuer quels actes de soins et constitue dès lors la base de la structure hiérarchique des soins. Traditionnellement, la LEPS attribue de nombreuses responsabilités en matière de soins aux médecins, tandis que d'autres professions – infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et paramédicaux – se voient confier principalement des tâches de soutien ou d'exécution.

14 LA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE

La santé doit être envisagée à **l'échelle des populations**, en mettant l'accent sur l'amélioration de la santé d'un **groupe spécifique de personnes** (une population), plutôt que sur la seule réponse aux demandes individuelles de soins. L'objectif est de promouvoir la **prévention, l'efficacité et la collaboration**.

De **nouvelles technologies intelligentes** offrent de nombreuses possibilités en ce sens, grâce au **traitement de données** permettant l'analyse des informations de santé par (sous-)région. Une **numérisation complète des dossiers patients** constitue à cet égard un élément essentiel.

14.1 UN DOSSIER PATIENT ÉLECTRONIQUE NATIONAL UNIQUE (DPE)

Une **numérisation complète des données patientes offre d'importantes opportunités pour l'intégration des soins**. Elle facilite la collaboration entre les médecins généralistes, les infirmières à domicile et les équipes hospitalières, améliore la communication avec les patients, évite les examens redondants et renforce la planification ainsi que la coordination des soins. Cela conduit à un processus de soins plus qualitatif et plus efficace, à condition que la protection de la vie privée soit strictement garantie.

Un **dossier patient électronique (DPE) obligatoire, uniforme, accessible et unique** est essentiel à cet égard. Il doit non seulement contenir des informations médicales, mais également offrir un soutien à la planification des soins.

Aujourd'hui, toutefois, différents prestataires de soins utilisent encore des systèmes de DPE divergents, ce qui complique la collaboration. Une uniformisation s'impose donc.

C'est pourquoi une **plateforme nationale, interopérable, de DPE** est nécessaire, reliant l'ensemble des prestataires de soins. La législation doit définir clairement **qui a accès à quelles données**, tout en garantissant le droit de regard des patients et, si ces derniers le souhaitent, de leurs aidants proches.

14.2 L'INTÉGRATION DIGITALE DES TECHNOLOGIES INTELLIGENTES

Les **solutions informatiques et d'intelligence artificielle doivent être intégrées de manière fluide** dans les processus de soins et dans l'administration, en veillant à l'interopérabilité et à l'alimentation automatique des systèmes. Cela exige une connexion entre le dossier patient électronique (DPE) et les bases de données administratives, d'une part, et des réseaux externes tels qu'e-Health, l'INAMI, les mutualités, PACSonWeb⁷, les réseaux hospitaliers et le dossier médical global (DMG) du/de la médecin généraliste, d'autre part.

⁷ PACSonWeb est une plateforme en ligne qui permet de consulter et de partager en toute sécurité des images médicales. Elle est utilisée par les hôpitaux, les médecins et, parfois, également par les patients eux-mêmes.

L'infrastructure physique des hôpitaux doit également être adaptée à cette évolution numérique, tout comme le **financement hospitalier**, afin de permettre les investissements nécessaires.

15 LE SUIVI ET LA MESURE DE LA QUALITÉ DES SOINS

15.1 LES INITIATIVES EN COURS

Lors de la sixième réforme de l'État, plusieurs compétences en matière de santé ont été transférées aux entités fédérées. Celles-ci sont ainsi devenues responsables du **suivi de la qualité des soins au sein des institutions de soins**. Les entités fédérées contrôlent le bon fonctionnement des hôpitaux, des maisons de repos, etc., en matière d'organisation, d'infrastructure et de personnel. Le niveau fédéral, en revanche, est resté compétent pour la **surveillance de la qualité des activités médicales et paramédicales**, c'est-à-dire pour la qualité même des soins : la manière dont les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc., exercent leur travail et leur professionnalisme.

Dans la foulée, d'importants progrès ont été accomplis afin de **rendre la qualité mesurable et d'utiliser de manière structurelle les résultats de ces mesures dans les politiques de santé**.

Au **niveau flamand**, l'**Institut flamand pour la qualité des soins** (*Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ)*) a été créé. Il collabore avec différents secteurs de soins, tels que les hôpitaux généraux, la santé mentale, les soins aux personnes âgées et la première ligne. Ensemble, ils développent des indicateurs de qualité fiables. L'objectif est, d'une part, de stimuler une culture d'amélioration continue au sein des institutions de soins et, d'autre part, d'offrir une transparence au public. Cela permet aux citoyens de faire des choix éclairés entre les institutions de soins, notamment via le site Zorgkwaliteit.be.

En **Wallonie et à Bruxelles**, la **Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des Soins et de la Sécurité des Patients (PAQS)** a été créée. Contrairement au VIKZ, la PAQS met l'accent sur la réalisation d'enquêtes, la promotion d'une culture de sécurité, la fourniture de formations et l'accompagnement des institutions de soins. L'accent est donc davantage mis sur le soutien interne et l'amélioration des processus que sur le reporting public.

Au **niveau fédéral**, le **programme Pay for Performance (P4P)** a été instauré. Il encourage les hôpitaux à mettre en œuvre un système de qualité performant au moyen d'incitants financiers. Par ailleurs, de nouveaux accords entre les pouvoirs publics et les institutions de soins intègrent également des indicateurs et des quotas de qualité. Ainsi, la qualité n'est pas seulement mesurée : elle est également activement encouragée par des mécanismes de rémunération.

Cependant, l'analyse SWOT met en évidence que ces initiatives en matière de qualité présentent encore un large potentiel d'amélioration.

15.2 LA QUALITÉ COMME COMPOSANTE ESSENTIELLE DE LA RÉFORME

Il est clair que la mesure de la qualité des soins doit constituer un élément essentiel de la réforme du paysage hospitalier. Elle contribue à rendre ce paysage plus durable et permet de rendre la collaboration, la spécialisation et la reconnaissance plus transparentes et plus ciblées.

15.2.1 Harmoniser les politiques de qualité entre les niveaux de pouvoir

Comme mentionné ci-dessus, de nombreuses initiatives relatives à la qualité des soins existent aux niveaux flamand, wallon et fédéral. Toutefois, celles-ci fonctionnent souvent en parallèle, alors que la collaboration et l'harmonisation sont précisément cruciales. La création de la **Plateforme interfédérale pour la qualité** constitue un premier pas important vers une meilleure coordination de l'expertise et des approches.

15.2.2 Rendre les données accessibles

Les autorités fédérales (SPF Santé publique, INAMI, Sciensano), certains instituts nationaux (Registre du Cancer) ainsi que les entités fédérées disposent d'une quantité considérable de **données de santé** précieuses. Une approche intégrée, soutenue par une tierce partie de confiance (*Trusted Third Party*), est nécessaire pour ouvrir et exploiter toutes ces sources de manière sûre et efficace. Il est par ailleurs essentiel de pouvoir disposer systématiquement de données aussi récentes que possible.

15.2.3 Articuler la qualité avec les politiques de santé

Pour ancrer véritablement la démarche **qualité**, celle-ci doit être **liée aux procédures d'agrément, au financement et aux décisions en matière de politiques de santé**. On peut penser, par exemple, à la définition des normes pour les cliniques du sein. Sans suivi, la politique de qualité demeure trop facultative. Les centres qui ne répondent plus aux normes doivent perdre leur agrément.

15.2.4 Des indicateurs fiables et de la transparence

Les citoyens doivent pouvoir identifier les lieux où ils peuvent recevoir des soins de qualité. Il est donc essentiel de disposer d'indicateurs de qualité fiables et **accessibles**. Le site Zorgkwaliteit.be constitue un bon exemple de la manière dont la transparence peut aider les patients à faire un choix éclairé. Les avantages et les inconvénients de la publication des données de qualité et de performance des hôpitaux (*public reporting*) feront l'objet d'une étude prévue par le KCE.

16 FINANCEMENT D'APPUI

16.1 LA CRÉATION D'UN FONDS DE TRANSITION

Les hôpitaux qui, à la suite des réformes, adaptent leur offre de soins doivent faire face à des coûts de transition. Leurs médecins et collaborateurs sont mobilisés dans de nouveaux environnements de travail, tandis que les patients doivent s'orienter dans une structure d'offre modifiée. Lorsqu'un hôpital est transformé en Centre Médical Local (CML), certains patients devront dès lors pouvoir s'adresser ailleurs, par exemple à un Hôpital Régional Général (HRG). Lorsque qu'une maternité ferme, les patientes se tourneront vers la maternité d'un autre hôpital. Les bâtiments et les équipements doivent également être adaptés.

C'est pourquoi les experts plaident pour la création d'un **fonds de transition** destiné aux établissements de soins devant s'adapter aux réformes. Ce fonds offre un soutien financier temporaire tant pour les dépenses de fonctionnement (comme les coûts de personnel ou la double activité temporaire) que pour les investissements (comme les adaptations d'infrastructure ou l'acquisition de nouveaux équipements). Il constitue ainsi un **pont entre l'ancien et le nouveau système**, garantissant le maintien de la continuité et de la qualité des soins durant la transition. Le financement provenant de ce fonds **complète** la nouvelle organisation du financement des honoraires médicaux et des hôpitaux sur laquelle le gouvernement travaille actuellement.

Les experts préconisent en outre un **financement adapté pour les CML**. Aujourd'hui, les coûts fixes des activités de soins de jour dans un hôpital général sont répartis sur l'ensemble de l'organisation. Dans la proposition de réforme actuelle, l'implantation des CML dans les zones faiblement peuplées sur des **sites distincts** est recommandée, ce qui améliore la proximité pour les patients. Mais cette organisation engendre proportionnellement des **coûts fixes plus élevés**, auxquels le financement doit être attentif. Sans financement complémentaire et adapté, le modèle des CML risque de ne pas être viable financièrement, malgré ses avantages pour les patients.

16.2 LES RESSOURCES POUR CE FONDS DE TRANSITION

Le Budget des Moyens Financiers (BMF) actuel comporte plusieurs **postes de dépenses recouvrant des composantes historiques qui sont aujourd'hui devenues difficiles à justifier**.

Dans le nouveau modèle de financement des hôpitaux, les ressources financières seront attribuées sur la base du degré de sévérité des pathologies des patients, établi de manière objective. Comme indiqué plus haut, il faudra développer un **financement objectif et transparent pour les patients en réadaptation** (lits Sp). **Le financement des lits universitaires situés hors des hôpitaux universitaires qui ne répondent pas aux critères légaux** peut également être réexaminé, de même que certaines **composantes historiques du financement** (par exemple les primes de recyclage). Ces éléments peuvent être réaffectés pour soutenir la transition. Avec une période transitoire de cinq ans, cela permettrait de dégager **environ 130 millions d'euros par an**.

Enfin, la viabilité financière sera également assurée par le **fonctionnement efficient des Centres Médicaux Locaux (CML)**, dont les horaires plus restreints – sans services de nuit ni de week-end – contribuent à une utilisation plus ciblée des ressources. Quoi qu'il en soit, les moyens rationalisés doivent être entièrement consacrés à une transition à la fois ambitieuse et indispensable.

17 ANNEXES

Annexe 1

MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS

Les membres du groupe d'experts possèdent une expérience aussi large que diverse dans différents domaines de l'organisation hospitalière, acquise au départ de perspectives professionnelles variées. Il s'agit des personnes suivantes :

Peter Degadt (Président)

Ancien administrateur délégué de la fédération Zorgnet-Icuro, qui rassemble non seulement tous les hôpitaux généraux et universitaires de flamands, mais aussi des structures de soins de santé mentale et de soins aux personnes âgées. Son parcours lui permet d'avoir une vue d'ensemble de l'entière du paysage hospitalier. Il a aussi assuré pendant 12 ans la présidence du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers.

Jean Bernard Gillet (Président, remplacé par Guy Durant)

Médecin urgentiste à la retraite et président honoraire du Conseil national de l'aide médicale urgente. Il a également été chef du service des urgences de l'UZ Leuven et directeur médical de plusieurs hôpitaux à Bruxelles et en Wallonie. Il possède ainsi une vue d'ensemble des spécificités des différentes régions.

Guy Durant (Président, successeur de Jean Bernard Gillet)

Ingénieur de gestion, licencié en gestion hospitalière et docteur en santé publique. Professeur émérite à l'Ecole de Santé Publique (UCL) et éminence grise du secteur des hôpitaux.

Johan Albrecht

Professeur d'économie à l'Université de Gand et membre fondateur du *think tank* Itinera. Il a publié plusieurs travaux sur le secteur de la santé, avec un accent particulier sur la prévention (des maladies chroniques liées au mode de vie) et la santé mentale.

Alda Greoli

A été affiliée à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, dont elle fut la secrétaire nationale de 2006 à 2014. Elle a également été conseillère au sein du cabinet de la ministre Laurette Onkelinx en 2005. Elle a occupé le poste de ministre wallonne de la Santé de 2017 à 2019.

Jean-Marie Kohnen

Juriste et criminologue, il fut durant plusieurs années à la tête d'INAGO, une intercommunale qui gère des centres de soins résidentiels dans l'Est de la Belgique en étroite collaboration avec la Communauté Germanophone. Il possède également une expérience des structures de soins palliatifs.

Hans Nijman

Professeur de gynécologie-oncologie à l'UMC Groningen. Il a notamment rédigé en 2023 un plan d'action concernant les soins en réseau et hautement spécialisés pour les personnes atteintes de cancer (*Passende zorg in oncologieregio's: plan van aanpak netwerk- en expertzorg voor mensen met kanker*) à la demande du *Zorginstituut Nederland* et du ministre de la Santé, du Bien-être et du Sport néerlandais Ernst Kuipers.

Bram Spinnewijn

Médecin généraliste engagé actif en région anversoise, et bien familiarisé avec les problématiques des grandes villes. Il apporte une expertise des flux de patients et des liens avec les soins de première ligne.

Benjamin Van Camp

Hématologue clinicien de formation, recteur de l'Université libre de Bruxelles de 2000 à 2008 et ancien président de l'hôpital de revalidation Inkendael. Il apporte une expertise des hôpitaux universitaires, de la Région bruxelloise et des hôpitaux de revalidation.

Carine Van de Voorde

Experte senior en économie de la santé au KCE ; on lui doit plusieurs rapports sur l'organisation des hôpitaux. Elle est également professeure invitée à l'Institut de politique de santé de Louvain.

Thérèse Van Durme

Infirmière et chercheuse à l'UCL, elle possède une expertise dans le domaine des soins de première ligne et des personnes âgées (fragilité). Grâce à son bagage d'infirmière, elle est également particulièrement bien placée pour intégrer à la réflexion la question de la pénurie de personnel soignant.

Jean-Paul Van Vooren

Médecin Interniste, diplôme de l'ULB. Ancien directeur médical puis directeur général de l'hôpital universitaire Erasme. Chargé de cours à l'UMONS. Expertise en infectiologie, soins palliatifs et en transition hôpital domicile.

NOUS REMERCIONS POUR LEUR PRÉCIEUSE CONTRIBUTION :

Le **SPF Santé publique**, et plus particulièrement les collaboratrices et collaborateurs de la DG Soins de Santé pour leur contribution déterminante pour la collecte, l'analyse et la validation des données ainsi que pour les cartographies. Une mention particulière est adressée au Service de l'organisation et du financement des hôpitaux, au Service des données et informations stratégiques et au Service du soutien juridique pour leur appui précieux.

Le **Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)** et plus particulièrement Carine Van de Voorde, Nicolas Bouckaert, Helena van Deynse (soutien scientifique), Gudrun Briat (rédaction), Emily Van Coolput (traduction) et Ine Verhulst (mise en page).

Annexe 2

AVIS DU SERVICE LEGAL MANAGEMENT DE LA DGGS DU SPF SANTÉ PUBLIQUE : COMPOSANTES JURIDIQUES DE LA RÉFORME DES HÔPITAUX

Le contenu de cette note constitue une première analyse basée sur les principes tels qu'exposés oralement par les coprésidents du groupe de travail d'experts de la CIM sur la réforme des hôpitaux au service Legal Management de la DGGS le 1^{er} octobre 2025 et transmis dans une présentation PowerPoint du groupe de travail d'experts.⁸

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 1 : 5 TYPES D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Actuellement, la **définition d'un hôpital** à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins (ci-après dénommée « la Loi sur les hôpitaux »)⁹ est la suivante :

« Pour l'application de la présente loi coordonnée **sont considérés comme hôpitaux**, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. »

À l'heure actuelle, la Loi sur les hôpitaux distingue déjà les hôpitaux généraux (articles 42, 62/1, 105) et les hôpitaux psychiatriques (définis à l'article 3).). En outre, il existe des hôpitaux universitaires (définis à l'article 4) comme faisant partie des hôpitaux généraux, ainsi que des « petits hôpitaux » (article 7). Il existe également des hôpitaux universitaires (définis à l'article 4), et des « petits hôpitaux » (article 7).

⁸ L'impact sur le financement hospitalier dépasse la portée de la présente note. La présente note est rédigée sous réserve des principes définitifs tels qu'ils seront repris dans la note du Groupe d'experts qui sera présentée à la CIM Santé publique. DGGS Legal Management pourra effectuer une analyse juridique approfondie sur la base de la note finale ou de la décision de la CIM.

⁹ Disponible sur : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2008/07/10/2008A24327/justel>

Sur la base de des **normes organiques**, il est possible de subdiviser davantage le paysage hospitalier en plusieurs types d'établissements de soins/hospitaliers et d'intégrer cette subdivision dans la loi actuelle sur les hôpitaux ou dans une nouvelle loi sur les hôpitaux.

Les points d'attention à cet égard sont les suivants :

- Sous réserve des exceptions prévues par la loi spéciale du 8 août de réformes institutionnelles, telle que modifiée par la loi spéciale du 1^{er} juillet 2014 (la Sixième Réforme de l'État), les entités fédérées sont compétentes pour **la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins**, en particulier pour toutes les normes d'agrément qui ne relèvent pas des normes organiques d'agrément; pour le coût d'investissement des infrastructures et des services médicotéchniques; et pour les règles de programmation complémentaires.
- Les **établissements de réadaptation** relèvent en outre pour leur réglementation organique, de la compétence pleine et entière des entités fédérées, en vertu de la Sixième Réforme de l'État (article 5, I, 4° de la loi spéciale du 8 août 1980). Un autre groupe de travail au sein de la CIM Santé publique se penche actuellement sur la réforme du paysage de la réadaptation.

Cependant, les types d'hôpitaux envisagés par le Groupe de travail d'experts ne répondront pas tous encore à la définition d'un hôpital citée ci-dessus. Entre autres choses, Il faudra notamment examiner la possibilité de rendre facultative dans la définition la possibilité de nuitée. Par ailleurs, des adaptations doivent être apportées aux normes d'agrément applicables aux hôpitaux, telles que prévues dans :

- L'**arrêté royal du 23 octobre 1964** portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre ;¹⁰
- L'**arrêté royal du 30 janvier 1989** fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.¹¹

En particulier, en ce qui concerne les fonctions d'« hospitalisation chirurgicale de jour » et d'« hospitalisation non chirurgicale de jour », les normes sont reprises dans les arrêtés suivants :

- L'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la **fonction « hospitalisation chirurgicale de jour »** pour être agréée;¹²
- L'arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la **fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour »** doit répondre pour être agréée.¹³

Celle-ci prévoit, entre autres, que :

- La fonction d'hospitalisation chirurgicale de jour (sous réserve d'exceptions) doit faire partie sur les plans organisationnel et architectural, d'un hôpital général et se trouver sur le même site ; la

¹⁰ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1964/10/23/1964102306/justel

¹¹ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1989/01/30/1989025040/justel

¹² Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1997/11/25/1997022869/justel

¹³ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2008/02/10/2008024080/justel

fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » doit faire partie, sur les plans organisationnel et fonctionnel, d'un hôpital général et se situer sur le même site ;

- Ces fonctions doivent être exploitées par le même pouvoir organisateur que l'hôpital sur le site duquel elles se trouvent.

Chaque hôpital fait obligatoirement partie, conformément à l'article 2, §1^{er}, alinéa 3 de la Loi sur les hôpitaux, d'un seul **réseau hospitalier clinique locorégional**, sous réserve des exceptions qui y sont prévues. Si tous les hôpitaux qui font partie des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux actuels n'appartiennent pas au même type d'hôpital, il convient d'examiner les éléments suivants :

- Dans quelle mesure les principes à la base de l'arrêté d'exécution du 23 novembre 2022 qualifiant les missions de soins suprarégionales et les missions de soins locorégionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et déterminant l'offre géographique des missions de soins locorégionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux¹⁴ sont maintenus, notamment l'obligation vis-à-vis des hôpitaux de proposer les missions de soins qualifiées de « locorégionales » de façon à garantir un **temps de parcours de maximum 30 minutes pour 90% des citoyens au sein de la zone géographique** couverte par le réseau hospitalier concerné, sauf dérogations inscrites dans l'arrêté. Actuellement, ledit AR prévoit entre autres une dérogation en cas d'« investissements subsidiables en infrastructure immobilière nécessaires dans un nouvel emplacement » ;
- Quels sont les **délais et les mesures transitoires** appropriés pour permettre aux hôpitaux actuels de s'intégrer dans le paysage hospitalier réformé ? La concentration des missions de soins dans les hôpitaux assumant le rôle d'« hôpital général régional » aura un impact sur les **investissements déjà réalisés et en cours** ainsi que sur les plans d'organisation des soins ou les subventions accordées, qu'ils aient été ou non approuvés par les autorités régionales ;
- Quels **leviers de gouvernance supplémentaires** sont nécessaires pour que le pouvoir public soit en mesure d'assurer un contrôle effectif de la qualité et de garantir l'accessibilité financière pour le patient ?

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 2 : DISPOSITION LÉGALE IMPÉRATIVE RELATIVE À LA DÉNOMINATION

Il semble possible d'exiger, dans le cadre des normes d'agrément, que chaque type d'hôpital communique de manière transparente aux patients par sa dénomination à quel type d'hôpital et à quelle structure de collaboration il appartient. Par exemple, l'article 2:20 du Code des sociétés et des associations du 23 mars 2019 (ci-après : **le Code des sociétés**) exige déjà que tous les actes, factures, annonces, publications, lettres, notes de commande, sites internet et autres documents, sous forme électronique ou non, émanant d'une personne morale, doivent contenir la dénomination, la forme légale, l'indication précise du siège, etc. L'article 2:3, §1^{er}, alinéa 3 du Code des sociétés stipule en outre qu'une personne morale ne peut utiliser, dans sa dénomination ou autrement, une forme légale autre que celle qu'elle a valablement adoptée. On peut donc examiner la possibilité d'imposer également aux hôpitaux et, le cas échéant, aux fonctions hospitalières, programmes de soins, etc., une

¹⁴ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2022/11/23/2022033610/justel

dénomination déterminée et d'interdire l'utilisation d'autres noms inappropriés. Dans le cadre de la réforme hospitalière, il pourrait être intéressant d'indiquer de manière transparente le type d'hôpital concerné, et donc l'offre de soins hospitaliers fourni, ainsi que la structure de collaboration à laquelle il appartient. Pour les **unités hospitalières normées**, on pourrait également réfléchir à comment améliorer la transparence relative à l'agrément par le biais d'une protection de la dénomination.

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 3 : AGRÉMENT AU NIVEAU DU SITE

L'article 69 de la Loi sur les hôpitaux dispose que chaque hôpital doit être agréé et précise les conditions à remplir pour obtenir cet agrément. Toutefois, aucune entrée en vigueur n'a été fixée pour cette disposition (cf. article 168, alinéa 1^{er}, 2^o de la Loi sur les hôpitaux). En d'autres termes, les hôpitaux et les sites ne sont actuellement pas agréés. L'article 66 de la Loi sur les hôpitaux prévoit néanmoins que **les hôpitaux sont tenus de respecter les normes hospitalières**. Par contre, **une obligation d'agrément existe bien pour les services créés au sein de l'hôpital** (article 72 de la Loi sur les hôpitaux). Sur la base des articles 12 et 79 de la Loi sur les hôpitaux, cette disposition peut être étendue aux **programmes de soins**¹⁵ d'une part et aux **services hospitaliers et aux fonctions hospitalières** d'autre part.

Dans le cadre des normes d'agrément de certaines missions de soins, il est déjà stipulé que **certaines normes doivent être respectées sur un seul site** (cf. entre autres, l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "pathologie cardiaque" doivent répondre pour être agréés¹⁶; les arrêtés royaux précités relatifs à la fonction d'hospitalisation (non) chirurgicale de jour). L'article 67 de la Loi sur les hôpitaux prévoit la possibilité **de fixer des normes spéciales pour les sites des hôpitaux**, mais cette disposition n'a pas encore été exécutée. L'article 82 de la Loi sur les hôpitaux dispose qu'un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un programme de soins, un appareil médical lourd ou un service médical ou médico-technique peut – dans le respect des conditions fixées – être exploité sur plusieurs sites, sous réserve des exceptions prévues par arrêté royal. Il n'existe **pas encore de disposition impliquant l'obligation (en vigueur ou à entrer en vigueur) de disposer d'un agrément pour chaque site**.

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 4 : GARANTIES CONTRE LA COMMERCIALISATION DES SOINS HOSPITALIERS

L'article 1^{er} de la Loi sur les hôpitaux dispose que cette loi s'applique à tous les hôpitaux, qu'ils soient gérés par des **personnes morales de droit public ou privé**, à l'exception du Ministère de la Défense.

¹⁵ Par exemple, l'article 72 de la Loi sur les hôpitaux a été déclaré applicable à plusieurs programmes de soins par l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et indiquant les articles de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins applicables à ceux-ci. Cet arrêté peut être consulté sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1999/02/15/1999022166/justel

¹⁶ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2004/07/15/2004022658/justel

L'article 2, §1^{er}, alinéa 2 stipule que les hôpitaux qui relèvent de la Loi sur les hôpitaux remplissent une **mission d'intérêt général**. Conformément à l'article 15, §2 de la Loi sur l'hôpital, un hôpital est exploité par une personne morale dont le seul objet statutaire est l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux ou établissements de soins de santé ou institutions médico-sociales. Toutefois, cela doit se faire dans les conditions fixées par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, qui n'ont pas été fixées. L'article 15, §3 de la Loi sur les hôpitaux prévoit également la possibilité **de déterminer**, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, **les catégories de personnes morales qui peuvent exploiter un hôpital ou un réseau hospitalier clinique locorégional**. Cette disposition n'a elle non plus pas encore été exécutée. L'article 4 de l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, stipule que **l'association doit avoir pour objet** « l'exploitation conjointe par deux ou plusieurs hôpitaux de l'objet de l'association dans le but de garantir une utilisation optimale des moyens disponibles, en évitant les doubles emplois dans l'offre de services et de garantir la qualité des soins et d'optimiser le fonctionnement et l'infrastructure des hôpitaux participants ». ¹⁷ **La Loi sur les hôpitaux n'impose donc pas de forme juridique spécifique aux hôpitaux et ne leur interdit pas la poursuite du profit**. Comme déjà expliqué dans le cadre de l'étude KCE 277 sur la Gouvernance pour les collaborations hospitalières, les possibilités en termes de forme juridique sont limitées en raison de la réglementation sur les **subventions d'infrastructure** (cf. article 63 de la Loi sur les hôpitaux concernant les allocations A1 « Pour autant que le maître de l'ouvrage, demandeur, soit une administration subordonnée, une association sans but lucratif, un établissement d'utilité publique ou une université »). ¹⁸

Toute réglementation visant à restreindre la commercialisation des soins (hospitaliers) doit être compatible avec des principes tels que **la liberté d'établissement, la libre prestation de services et la liberté d'entreprendre**, ainsi qu'avec les conditions qui y sont liées dans les textes de droit européen et interne. ¹⁹ Il est donc important d'examiner quel est l'objectif précis poursuivi et si les mesures envisagées **sont proportionnées à cet objectif**. ²⁰ Les objectifs semblent être principalement

¹⁷ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1997/04/25/1997022330/justel

¹⁸ Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_277B_Modeles_gouvernances_hopitaux_Synthese_0.pdf

¹⁹ Dans ce contexte, voir l'avis de la section de législation du Conseil d'État sur le projet de décret flamand relatif à l'interdiction du profit en matière de soins. Disponible sur : <https://themis.vlaanderen.be/files/65d4772d9a5e28000d000260/download?name=VR%202024%202302%20DOC.0210-5%20Mozaiekdecreet%20II%20-%20advies.pdf&content-disposition=inline>
Le Conseil d'État se réfère à cet égard aux articles 49 et suivants du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) en ce qui concerne le droit d'établissement, aux articles 56 et suivants du TFUE en ce qui concerne la libre prestation des services, ou, en ce qui concerne la liberté du commerce et de l'industrie, à l'article 6, § 1^{er}, VI, alinéa 3, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. En ce qui concerne la jurisprudence, le Conseil relève dans une note en bas de page : « Par exemple, la liberté d'entreprise ne peut pas être comprise comme une liberté absolue et n'empêche pas le législateur compétent de réglementer les activités économiques des personnes et des entreprises. Celle-ci n'agirait de manière déraisonnable que si elle restreignait la liberté d'entreprise sans qu'il soit nécessaire de le faire ou si cette restriction était disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi (C. Const. 22 juin 2023, n° 101/2023, B.8.3).

²⁰ Cf. dans ce contexte l'avis du 22 décembre 2023 du Conseil flamand WVG sur l'avant-projet de décret contenant diverses dispositions concernant le domaine politique du bien-être, de la santé publique et de la famille, y compris l'interdiction des bénéfices en matière de soins, qui prévoit également ce qui

l'accessibilité financière (cf. régulation des prix), la durabilité des investissements publics (cf. régulation de l'utilisation des fonds publics) et la qualité des soins (cf. normes d'agrément).

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 5 : UNE STRUCTURE JURIDIQUE COMMUNE

La Loi sur les hôpitaux prévoit déjà la possibilité de conclure **des partenariats juridiquement formalisés dotés de la personnalité juridique** entre hôpitaux (obligatoire pour le réseau hospitalier clinique locorégional sur la base de l'article 14/1, alinéa 1^{er}, 1° de la Loi sur les hôpitaux et facultatif pour les associations sur la base de l'article 67, alinéa 2, de la Loi sur les hôpitaux).

Comme expliqué ci-dessus, les hôpitaux sont déjà obligés de faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional. En ce qui concerne d'autres formes de collaboration, il n'y a pas d'obligation d'en conclure, mais des incitants encouragent les hôpitaux à le faire (gains d'efficacité/économies partagées, etc.).

Les partenariats entre entreprises, y compris les hôpitaux, ont des implications pour la libre concurrence. Dans son rapport 277 (voir ci-dessus), le KCE a proposé de créer une autorité de contrôle de la concurrence dans le secteur des soins de santé, compte tenu des risques de formation de monopoles. La constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional, toute modification ultérieure de sa composition et les concentrations entre hôpitaux agréés au sens de la Loi sur les hôpitaux sont, en vertu d'une exception légale, exemptées du contrôle préalable de l'Autorité belge de la concurrence (ABC), visé au livre IV, titre 1^{er}, chapitre 2 du Code de droit économique sauf s'ils dépassent le seuil de chiffre d'affaires prévu (pour un chiffre d'affaires supérieur à 900 millions d'euros).²¹ **Cependant, l'ABC reste compétente pour examiner les abus de position dominante sur le marché, les accords entre hôpitaux qui n'appartiennent pas au même réseau ou les concentrations entre hôpitaux de réseaux différents.** Selon que la réforme envisagée maintienne ou non un rôle pour les réseaux locorégionaux, il conviendra d'examiner dans quelle mesure l'obligation de faire partie

suit : « Le Conseil est d'avis que les initiateurs de soins en établissement devraient pouvoir réaliser des bénéfices. Et pour le conseil, c'est un signe de bonne gouvernance. C'est un problème pour le conseil si ces initiateurs agissent dans le but de maximiser le profit sur les soins et les services liés aux soins et de leur permettre de s'éloigner des soins. Il est important pour le conseil que les initiateurs réinvestissent ce rendement en premier lieu pour atteindre leurs objectifs sociaux, notamment en offrant des soins et un soutien socialement responsables. » Disponible sur : <https://themis.vlaanderen.be/files/65d4772d9a5e28000d000264/download?name=VR%202024%202302%20DOC.0210-4%20Mozaiekdecreet%20II%20-%20advies.pdf&content-disposition=inline> ; Le Conseil d'État néerlandais a annulé une disposition d'une loi néerlandaise qui stipulait qu'il ne pouvait y avoir de but lucratif dans l'organisation de soins de santé, car cela constituerait une violation de l'article 49 du TFUE. Selon le Conseil, la restriction doit être proportionnée à l'objectif poursuivi. Disponible en néerlandais sur : www.raadvanstate.nl/uitspraken/@154279/202200235-1-a2/

²¹ En effet, dans la publication de sa position le 22 juillet 2020, l'ABC a considéré que l'obligation légale d'adhérer à un réseau n'affectait pas son pouvoir d'appréciation, puisque sa compétence n'était pas explicitement exclue à ce moment-là et qu'un certain espace de décision autonome demeurerait pour les hôpitaux autour des partenaires du réseau. La publication est disponible sur : www.abc-bma.be/sites/default/files/content/download/files/position_reseaux_hospitaliers.pdf

d'un réseau hospitalier clinique locorégional et l'exception au contrôle préalable doivent être adaptées ou transférées à la nouvelle forme de coopération.

Le contrôle préalable par l'ABC poursuit plusieurs objectifs sociétaux qui sont également cruciaux dans la politique de santé²², mais des arguments importants ont également été formulés contre un tel contrôle préalable qui justifient au moins une procédure adaptée.²³

Outre la concurrence, d'autres aspects des collaborations devront également faire l'objet d'une attention particulière, notamment la relation entre les types d'hôpitaux au sein de la collaboration par rapport à la collaboration, la coopération entre entités publiques et privées, le financement des hôpitaux, la gestion médicale et le conseil médical, les dispositions relatives aux prestataires de soins et au personnel hospitalier (en termes de déploiement, mobilité, nominations, etc.), les aspects fiscaux (y compris la réglementation en matière de TVA), le transport interhospitalier, la répartition des rôles en cas de pandémie ou de situation de crise, ainsi que la gestion des dossiers patients et la protection de la vie privée.²⁴

Compte tenu de l'expérience acquise avec les réseaux hospitaliers locorégionaux et des critiques souvent formulées selon lesquelles les réseaux visent une coopération plus intense mais n'ont pas de responsabilité financière (qui incombe aux hôpitaux individuels), il semble souhaitable que la nouvelle forme de coopération implique une responsabilité financière commune.

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 6 : CONNEXION TERRITORIALE

L'exigence d'une connexion territoriale dans le cadre d'une collaboration entre hôpitaux a déjà des précédents :

- L'article 14/1 de la Loi sur l'hôpital stipule que les partenaires d'un réseau hospitalier clinique locorégional doivent se trouver « **dans une zone géographiquement continue** ».
- L'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, prévoit ce que l'on appelle une « **association bassin de soins** », pour les hôpitaux situés dans une zone bien définie, ou « bassin de soins ». L'article 16ter du même arrêté stipule que le territoire auquel se rapporte l'objet de « l'association bassin de soins » est déterminé par arrondissement administratif ou par l'addition d'arrondissements contigus couvrant une population minimale de 150 000 habitants.

²² Par exemple, dans le cadre de l'affaire n° Mede-CC-23/0037, l'ABC a fait respecter divers engagements, tels que le gel du plafond maximal des suppléments d'honoraires et l'augmentation des suppléments de chambre à limiter sur la base de paramètres convenus. Disponible sur : www.abc-bma.be/sites/default/files/content/download/files/BMA-2024-CC-24%20PUB.pdf

²³ Voir à cet égard les avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers du 16 novembre 2023 (587-2) et du 11 novembre 2023 (597-2) disponibles sur : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/conseil-federal-des-etablissements-hospitaliers>

²⁴ Plusieurs de ces aspects ont déjà été examinés de manière approfondie dans le rapport 277 du KCE (voir ci-dessus).

- Dans le cadre d'autres formes de collaboration, des **distances maximales** ont été fixées, par exemple :
 - Les hôpitaux d'une fusion ne peuvent être distants de plus de 35 km. Toutefois, les hôpitaux concernés par la fusion pourraient être plus éloignés les uns des autres s'il n'y a pas deux hôpitaux de soins aigus dans le périmètre.²⁵
 - Les hôpitaux d'un groupement hospitalier ne peuvent pas être distants de plus de 25 km.²⁶

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 7 : RÉFORME DU DISPATCHING MÉDICAL

La réforme du paysage hospitalier entraînera des adaptations importantes de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (triage, programmation des moyens AMU, etc.), ainsi que dans les soins de première ligne (offre suffisante, système de garde, etc.). Des projets de réforme de l'aide médicale urgente et de renforcement de la première ligne sont déjà en cours. Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme hospitalière, il conviendra d'examiner si les chantiers en cours dans ces domaines permettent de prendre suffisamment en compte l'impact de la réforme hospitalière. À tout le moins, la régulation médicale devra être mise à jour afin de tenir compte des nouveaux types d'hôpitaux, dont certains n'offriront que des soins planifiables.

POINT DE DÉPART DU GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS 8 : MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME

Différents leviers peuvent être utilisés pour mettre en œuvre cette réforme, notamment :

- La programmation/un moratoire ;
- L'agrément ;
- Le financement.

Compte tenu de l'ampleur de la transformation envisagée et de son impact sur les investissements et la sécurité juridique, **il conviendrait idéalement**, dans le respect des principes de bonne gouvernance, **d'établir un calendrier prévoyant une mise en œuvre progressive de la réforme.**

²⁵ L'article 3, alinéa 1^{er}, 3^e et la dérogation à celle-ci figurant dans l'arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter, disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1989/05/31/1989025172/justel

²⁶ L'article 9, alinéa 1^{er}, 1^o de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1989/01/30/1989025040/justel

Programmation/moratoire

Sur la base de la compétence fédérale en matière de programmation (voir par exemple les articles 36, 37 et 80 de la Loi sur les hôpitaux), il peut être recouru à des moratoires afin d'éviter que le paysage hospitalier s'adapte en violation avec les plans proposés. Ainsi, en 2016, des « mesures conservatoires dans le cadre de la réforme des hôpitaux » ont été adoptées au titre 2, chapitre 1^{er}, section 9 de la loi-programme du 25 décembre 2016²⁷, à savoir :

- Une interdiction d'augmenter le nombre de lits existants, agréés et utilisés dans les services des hôpitaux généraux et psychiatriques, par type de service et par hôpital (article 61/1 de la Loi sur les hôpitaux) ;
- Une interdiction d'augmenter le nombre de fonctions hospitalières, de départements hospitaliers, de services hospitaliers, de services médicaux, de services médico-techniques, de programmes de soins agréés, ainsi que le nombre d'appareils médicaux lourds mis en service ou exploités, tant au niveau du Royaume qu'au niveau de l'hôpital (article 62/1 de la Loi sur les hôpitaux).

Ces mesures s'ajoutent au moratoire existant sur le nombre de lits, tel que prévu aux articles 42, 43 et 44 de la Loi sur les hôpitaux. Dans le cadre de la réforme, il convient également d'analyser quelles adaptations sont nécessaires concernant :

- L'arrêté royal du 21 mars 1977 fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers;²⁸
- l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles visées à l'article 32 de la Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers.²⁹

Agrément

Le groupe de travail d'experts souhaite donner au secteur hospitalier une phase « bottom-up » permettant aux hôpitaux de proposer eux-mêmes la manière dont ils s'intégreront dans le plan de réforme. Afin de limiter au maximum le blocage susmentionné, il convient donc de prévoir un cadre clair d'attentes pour le secteur dans les meilleurs délais.

L'intention serait de confier à un organe interfédéral l'approbation des plans élaborés par le secteur. Étant donné que l'organisme donnerait un avis contraignant ou non contraignant aux autorités compétentes en matière d'agrément sur la base duquel celles-ci accorderaient les agréments futurs et que la réforme concerne la compétence de plusieurs autorités, la conclusion d'un **accord de coopération** pour la mise en place d'un tel organisme semble indiquée. L'obligation d'obtenir l'avis de

²⁷ Cela doit se faire par voie de loi, comme en témoigne l'annulation de l'arrêté royal du 18 janvier 1996 précisant des règles visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnées le 7 août 1987, en ce qui concerne des lits dans des services d'hôpitaux généraux, disponible sur : www.raadvst-consetat.be/Arrets/79000/100/79190.pdf#xml=http://www.raadvst-consetat.be/apps/dtsearch/getpdf.asp?DocId=54132&Index=c%3a%5csoftware%5cdtsearch%5cindex%5carrets%5ffr%5c&HitCount=2&hits=e+f+&01038302025308

²⁸ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1977/03/21/1977032104/justel

²⁹ Disponible sur : www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1999/06/16/1999022822/justel

cet organe avant l'octroi d'un agrément, ou l'obligation de disposer d'un plan approuvé comme norme d'agrément, devra être ancrée juridiquement.

À l'issue de cette phase « bottom-up », une phase davantage « top-down » suivrait pour les hôpitaux qui ne disposent pas d'un plan approuvé. Les modalités précises d'élaboration et de mise en œuvre d'un tel plan top-down, ainsi que le rôle de l'organe interfédéral et celui des différentes autorités, devront alors être déterminés.

Financement

Comme il est indiqué ci-dessus, l'impact sur le financement des hôpitaux sort du périmètre de la présente note. Le service Legal Management de la DGGs souhaite toutefois attirer l'attention sur les dispositions existantes suivantes dans la Loi sur les hôpitaux :

- La possibilité **d'allouer un budget à une structure de collaboration** est déjà inscrite pour le réseau hospitalier clinique locorégional à l'article 96/1 de la Loi sur les hôpitaux ;
- La possibilité de prendre en compte « les différences selon le **catégorie de l'hôpital** ou des parties d'un hôpital » dans le Budget des Moyens Financiers est déjà prévue à l'article 105, §1^{er}, alinéa 3 de la Loi sur les hôpitaux ;
- L'article 95/1 de la Loi sur les hôpitaux stipule qu'un budget distinct est établi « pour couvrir les coûts ayant trait à la mise en œuvre **d'innovations portant sur le fonctionnement hospitalier ou l'organisation des soins**, ainsi que leur coordination fédérale » et l'article 109 de la Loi sur les hôpitaux prévoit la possibilité d'accorder un montant spécifique dans le BMF d'un hôpital « pour **améliorer le fonctionnement de l'hôpital** lorsque cela s'accompagne d'une décision du gestionnaire débouchant sur une diminution réelle du budget et ce, dans le cadre d'une restructuration de l'établissement ou d'une fusion, d'une association, d'un groupement ou d'une collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux » ;
- L'article 65 de la Loi sur les hôpitaux prévoit la possibilité pour l'État d'accorder une **indemnisation** pour les frais de fermeture ou de non-exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier ou de non-exploitation ou d'arrêt d'utilisation de l'appareillage médical lourd. Une condition d'octroi de moyens pourrait, par exemple, être l'existence d'un plan approuvé par l'organe CIM précité.

La réforme entraînera inévitablement des coûts de transition. Sans financement de ces coûts, il sera très difficile d'obtenir l'adhésion des hôpitaux qui devront se transformer. Dans le cadre d'un exercice budgétairement neutre, le budget destiné à financer ces coûts de transition devra, selon nous, être trouvé de préférence dans les lignes budgétaires dites « historiques », qui ne sont plus directement liées à l'activité réelle des hôpitaux.

Enfin, il sera essentiel d'accorder une place adéquate aux différents types d'hôpitaux dans le financement hospitalier. Si un type d'hôpital s'avère nettement plus rentable qu'un autre, il y aura peu ou pas de candidats pour exploiter le type le moins rentable.

18 BIBLIOGRAPHIE

1. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: <https://doi.org/10.57598/R229C>
2. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 29/03/2016. KCE Reports 263 Available from: <https://doi.org/10.57598/R263C>
3. Bouckaert N, Lefèvre M, Van den Heede K, Detollenaere J, Castanares-Zapatero D, Van de Voorde C. Organisation and financing of intensive care services in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2025 04/07/2025. KCE Reports 404 Available from: <https://doi.org/10.57598/R404C>
4. Lefèvre M, Bouckaert N, Camberlin C, Devriese S, Pincé H, de Meester C, et al. Organisation of maternity services in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2020. KCE Reports 323 Available from: <https://doi.org/10.57598/R323C>
5. Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, Vlerick Business School. Hospital of the future: the future of hospitals. 2019. Available from: <https://www.kuleuven.be/samenwerking/ligb/Home/Images/eindversie-groenboek-hospital-of-the-future.pdf>
6. Sinek S. Start with Why: How Great Leaders Inspire Everyone to Take Action. New York: Penguin; 2011.
7. Romein J. De dialectiek van de vooruitgang. Forum. Maandschrift voor Letteren en Kunst. 1935;4:841.
8. Huber M, Jung H, van den Brekel-Dijkstra K. Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2021.
9. INAMI. Conditions pour suivre un Trajet de soins Diabète de type 2 [Web page]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/maladies/diabete-remboursement-des-differentes-prises-en-charge/conditions-pour-suivre-un-trajet-de-soins-diabete-de-type-2>
10. INAMI. Conditions pour suivre un Trajet de soins Insuffisance rénale chronique [Web page]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/maladies/maladies-renales/conditions-pour-suivre-un-trajet-de-soins-insuffisance-renale-chronique>
11. Plan conjoint en faveur des malades chroniques. Des soins intégrés pour une meilleure santé. 2015. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_cim_plan_soins_integres_malades_chroniques.pdf
12. WeCare. Le rapport final WeCare. Programme "Plan interfédéral pour l'aide et les soins intégrés. 2023. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_interfederal_soins_integres_rapport_final.pdf

13. Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins [Web page]. Available from: <https://www.psy107.be/index.php/fr/>
14. INAMI. Vos soins psychologiques de 1re ligne : remboursés via les réseaux de santé mentale [Web page]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale/vos-soins-psychologiques-de-1re-ligne-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale>
15. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022;327(6):521-2.
16. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Institutions de soins [Web page]. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/partage-de-donnees-de-sante/institutions-de-soins>
17. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: 2025. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf
18. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Cellule Offre et Planification. Infirmiers sur le marché du travail. Rapport du couplage des données PlanCad pour la profession d'infirmier. 2025. Available from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers_sur_le_marche_du_travail_2023_-_final.pdf
19. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, et al. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2020. KCE Reports 325 Available from: <https://doi.org/10.57598/R325V>
20. Commission de planification Offre médicale. Avis formel 2024-01 de la Commission de planification Offre médicale. 2024.
21. L'Agence InterMutualiste. Recours aux services d'urgence en Belgique.
22. Leroy R, De Gendt C, Bourgeois J, Verbeeck J, Savoye I, Silversmit G, et al. Survival and Quality of care offered in Belgian hospitals with and without recognition for breast cancer. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023 03/2023. KCE Reports 365 (365C) Available from: <https://doi.org/10.57598/R365C>
23. Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 10/02/2014. KCE Reports 219 (D/2014/10.273/21) Available from: <https://doi.org/10.57598/R219C>
24. Leroy R, De Gendt C, Stordeur S, Silversmit G, Verleye L, Schillemans V, et al. Quality indicators for the management of head and neck squamous cell carcinoma. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2019. KCE Reports 305 Available from: <https://doi.org/10.57598/R305C>
25. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: <https://doi.org/10.57598/R289C>

26. Lefèvre M, Bouckaert N, Detollenaere J, Vlayen J, García Fernández L, Van den Heede K, et al. Organisation of paediatric hospital care in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022 09/2022. KCE Reports 358 Available from: <http://doi.org/10.57598/R358C>
27. Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, M.B. 28/03/2019.
28. Arrêté royal du 23 novembre 2022 qualifiant les missions de soins suprarégionales et les missions de soins locorégionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et déterminant l'offre géographique des missions de soins locorégionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, M.B. 01/12/2022.
29. De Swaef D, Voets J, Eeckloo K, Vandewoude K, Raus K. Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen: een geslaagde samenwerkingsformule? Universiteit Gent, Faculteit Economie en Bedrijfskunde (vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management) en Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg en Vakgroep Inwendige Ziekten en Pediatrie); 2024. Available from: <https://www.uzgent.be/sites/default/files/2024-09/Locoregionale%20klinische%20ziekenhuisnetwerken-%20een%20geslaagde%20samenwerkingsformule.pdf>
30. L'Agence InterMutualiste. Nos banques de données [Web page]. Available from: <https://www.ima-aim.be/-Nos-banques-de-donnees-?lang=fr>
31. Van der heyden J, Charafeddine R, Drieskens S. Maladies et affections chroniques. Enquête de santé 2023 - 2024. Bruxelles: Sciensano; Avril 2025. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ma_report_fr_his2023.pdf
32. SPF Stratégie et Appui. Comité de monitoring : actualisation 2025-2030. 2025. Available from: <https://bosa.belgium.be/fr/news/comite-de-monitoring-actualisation-2025-2030>
33. INAMI. Service des Soins de Santé. Conseil général. Budget des soins de santé 2026. Note CGSS 2025/06. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/INAMI_CGSS_2025.pdf
34. Conseil Supérieur des Finances. Comité d'Étude sur le Vieillissement. Rapport annuel. 2025. Available from: https://conseilsuperieurdesfinances.be/sites/default/files/publications/csf_vieillissement_2025_07.pdf
35. Albrecht J. Het zorginfarct in België. Vergrijzing en multimorbiditeit zetten zorgsysteem onder grote druk. ITINERA; 2024. Available from: https://www.itinera.team/sites/default/files/content-documents/Kan%20het%20preventiebeleid%20een%20zorginfarct%20voorkomen_0.pdf
36. Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022 10/2022. KCE Reports 359 Available from: <http://doi.org/10.57598/R359C>
37. RIZIV. Dienst Geneeskundige Verzorging. Verzekeringscomité. Visienota betreffende de herziening van de werking, organisatie en financiering van de daghospitalisatie. Nota CGV 2019/345. 2019.

38. Cornelis J, Dauvrin M, Desomer A, Gerken S, Primus-de Jong C, Christiaens W. Organisation of medical care in CBRNE incidents – a guidance. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023 11/2023. KCE Reports 374 (374C) Available from: <https://DOI.org/10.57598/R374C>
39. Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, M.B. 7/11/2008.
40. Arrêté royal du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire, M.B. 10/08/2004.
41. Arrêté royal du 17 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire, de service hospitalier universitaire, fonction hospitalière universitaire ou programme de soins hospitalier universitaire, M.B. 8/12/2006.
42. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care. McGraw-Hill; 2009.
43. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers. CFEH/D/581-2 - Avis du CFEH relatif à la programmation et offre de soins en réadaptation – Lits Sp (partie 1). 2023. Available from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cneh_d_581-2_-_avis_lits_sp.pdf
44. Plan belge pour les Maladies Rares. 2013. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/plan_belge_maladies_rares.pdf
45. Fonds Maladies Rares et Médicaments Orphelins. Fondation Roi Baudouin. Recommandations et propositions de mesures en vue d'un Plan belge pour les Maladies Rares. Rapport final. 2011. Available from: <https://www.radiorg.be/wp-content/uploads/2020/04/PUB-3010-PlanBelgeMaladiesRares2011-DEF.pdf>
46. Paier-Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Semlitsch T, Radl-Karimi C, Spary-Kainz U, et al. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. Hum Resour Health. 2024;22(1):74.
47. Bomholt KB, Nebsbjerg MA, Burau V, Mygind A, Christensen MB, Huibers L. Task shifting from general practitioners to other health professionals in out-of-hours primary care - a systematic literature review on content and quality of task shifting. Eur J Gen Pract. 2024;30(1):2351807.
48. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016;6(2):e010003.
49. Bourne RS, Jennings JK, Panagioti M, Hodgkinson A, Sutton A, Ashcroft DM. Medication-related interventions to improve medication safety and patient outcomes on transition from adult intensive care settings: a systematic review and meta-analysis. BMJ Qual Saf. 2022;31(8):609-22.