

Vision bruxelloise sur la réforme du paysage hospitalier

Position paper GIBBIS v 26/05/2025

Points de départ

Les hôpitaux généraux et académiques bruxellois sont demandeurs d'une réforme du paysage hospitalier pour que l'offre puisse s'adapter aux besoins croissants et changeants en soins, à la pénurie du personnel soignant et aux défis budgétaires. C'est pourquoi **GIBBIS se veut force de proposition** ambitieuse, adaptée à la réalité de notre Région.

Pour la Région Bruxelles-Capitale, cette réforme doit tenir compte des spécificités bruxelloises. La demande de soins bruxelloise est spécifique de par la densité de sa population, le hinterland desservi au-delà de la région bruxelloise (39%¹ des patients hospitalisés à Bruxelles (hospitalisation classique et de jour chirurgicale) ne sont pas domiciliés à Bruxelles) et la patientèle vulnérable ou multiculturelle.

L'offre hospitalière, qui doit aujourd'hui faire face à un manque de réponses ambulatoires, connaît déjà une concentration d'activités sur certains sites spécialisés (chroniques ou aigus) et est impactée par les limites de développement de l'infrastructure possible en milieu urbain. L'offre hospitalière bruxelloise représente aujourd'hui 14 % des lits agréés belges au niveau somatique et compte 3 hôpitaux universitaires.

Conditions pour une mise en œuvre de la réforme

GIBBIS est convaincu que la réforme du paysage hospitalier ne peut réussir que si toutes les autorités fixent conjointement durant cette législature une **vision commune et un calendrier** qui identifient les concepts et la cible à atteindre à moyen terme (10-15 ans) et des objectifs à court terme. Cette cible devra être **co-construite** avec le secteur, puis fixée et **imposée légalement** à tous les acteurs concernés. Les calendriers de construction, la révision des programmations, les réformes de financement et des normes d'agrément seront des leviers pour atteindre la cible.

Le secteur ne peut s'engager dans une telle réforme que pour autant que des garanties soient apportées par les autorités :

- une stabilité financière pendant la transition et un soutien financier fédéral temporaire pour couvrir les frais de transition, en finançant la reconversion ou la fermeture des lits sur les sites transformés² ;
- une révision de la programmation pour répondre à l'évolution des besoins, en tenant compte de l'hinterland desservi par Bruxelles au-delà de la région bruxelloise ;
- une réforme du financement visant à inciter les rapprochements ;
- un cadre réglementaire simplifié et incitant les rapprochements, offrant une flexibilité suffisante pour les institutions.

¹ Sur base des parts de marchés, [données RHM 2023](#)

² Permettant de couvrir les frais uniques de transformation liés au personnel et à l'infrastructure

Il faudra par ailleurs laisser un **temps suffisant** aux institutions (en lien avec les calendriers de construction notamment) pour atteindre la cible. Le timing de la réforme devra tenir compte de l'absence actuelle de clarté en termes de futur calendrier de construction pour les hôpitaux bicommunautaires à Bruxelles et de la situation financière actuelle compliquée de la Région bruxelloise limitant les possibilités d'investissements.

Il faut enfin que le **secteur ambulatoire** puisse s'adapter de façon concomitante pour répondre à la demande ambulatoire supplémentaire qui sera une conséquence évidente de la réforme du paysage hospitalier et des évolutions médicales et sociétales en général. Il faudra néanmoins être attentif à garantir une attractivité suffisante pour les médecins et membres du personnel soignant travaillant dans les hôpitaux face à la tendance vers plus de pratiques extramurales. Cela nécessite un cadre juridique plus contraignant.

3 nouveaux concepts de prise en charge du patient au sein de l'hôpital général

L'évolution du paysage hospitalier proposée reste fondée sur les définitions et missions actuelles reprises dans la loi sur les hôpitaux pour les différents types d'hôpitaux, à savoir l'hôpital (général), l'hôpital académique et l'hôpital psychiatrique³.

L'hôpital académique conserve un rôle unique dans le paysage eu égard aux fonctions qui lui sont propres dans le domaine des soins spécialisés aux patients, de l'enseignement (formation des professionnels) et de la recherche médicale. Un statut spécifique doit lui être reconnu justifiant un financement structurel dédié.

En conservant ces fondements de base, les propositions de GIBBIS reprises dans cette note ont pour objectif de repenser l'offre hospitalière générale et d'offrir des **soins plus qualitatifs, accessibles, y compris financièrement, pour la patientèle et plus efficaces**. Les moyens :

- une **spécialisation**, avec moins de sites hospitaliers complets et une **concentration** des fonctions de référence mais avec une pérennisation et renforcement de la qualité de soins proposés ;
- plus de **collaboration**, à travers une diminution du nombre de pouvoirs organisateurs d'une part et des collaborations plus structurées entre les institutions hospitalières d'autre part, ainsi qu'avec la 1^{ère} ligne de soins au sens large et les acteurs sociaux.

GIBBIS propose trois nouveaux concepts pour l'évolution des hôpitaux généraux et académiques et leur interaction avec la 1^{ère} ligne :

1. Le « **acute care center** » : un site aigu avec une **offre** proposant des soins **programmés et non programmés**, avec des soins urgents spécialisés, des unités de soins intensifs (USI), un ensemble d'indices de lits pour hospitalisation aiguë classique (C, D, E, M et G) ainsi qu'éventuellement une offre de jour et ambulatoire.

Le « acute care center » se décline en **deux tailles** offrant une masse critique minimale :

- Le big acute care center : site de plus de 400 lits aigus agréés, et
- le small acute care center : site de plus de 200 lits aigus agréés exploité par le même pouvoir organisateur (PO) qu'un big acute care center. Une exception doit être prévue pour les hôpitaux aigus monospécialisés.

Ces sites peuvent être complétés d'une offre de soins chroniques (lits de réadaptation, de santé mentale).

³ Les réflexions autour du paysage de l'offre hospitalière de soins psychiatriques doivent encore être menées.

2. La « **planned care clinic** » : un site hospitalier qui propose soit une offre de soins aiguë **de jour et ambulatoire**, soit une offre de soins **chroniques** (lits de revalidation, de santé mentale), soit les deux. Les soins y sont **programmés**, les soins non programmés ne peuvent pas y être organisés.
La planned care clinic a une **convention de collaboration formelle** avec au moins un « big acute care center ».
3. Le « **community center** » : un groupement d'acteurs qui peut être organisé sur un site hospitalier, mais qui peut également être organisé ailleurs. Ce centre s'organise à proximité de la population et **regroupe un nombre d'acteurs de proximité** : médecine générale, médecine spécialisée (polyclinique), paramédicaux, acteurs sociaux, centre de santé mentale et un poste de prise en charge des soins non planifiés à faible urgence (sans lien 112). La **prévention** de la population desservie est une des missions du « community center », ainsi que le « **triage** », les **soins** de patients souffrant de pathologies qui ne nécessitent pas un environnement hospitalier et le **suivi** après l'hospitalisation.
Le « community center » a une **convention de collaboration formelle avec au moins un hôpital** « acute care center ». Les prestataires actifs dans le « community center » ont accès au dossier patient informatisé hospitalier, en fonction de leur relation de soins avec le patient.
Le « community center » favorise également l'échange avec les prestataires de la 1ère ligne qui sont actifs dans son territoire.

Ce concept, certainement intéressant à développer à Bruxelles et probablement dans d'autres zones urbaines, pourrait être développé dans le cadre des projets INAMI **Soins intégrés** qui offrent l'agilité nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques visés **pouvant varier selon l'endroit où ce centre est installé**.

Objectif : Evoluer vers plus de spécialisation et plus de collaboration

Le paysage hospitalier existant pourra évoluer vers plus de spécialisation et plus de collaboration à travers la mise en place graduelle des trois concepts précités.

La reconversion de sites hospitaliers vers des « planned care clinic » va **diminuer** un certain nombre de **lits hospitaliers aigus**. Ces lits seront (1) en partie **reconvertis en lits chroniques** (réadaptation (y compris gériatrique⁴), santé mentale), (2) en partie transférés pour **renforcer des sites** « acute care center » qui n'atteignent pas aujourd'hui la taille critique mais sont indispensables pour assurer l'aide médicale urgente et (3) fermés pour le reste.

La transformation des sites devra garantir une répartition adéquate de l'aide médicale urgente sur l'ensemble de la région, pour garantir une prise en charge rapide du patient, ainsi qu'une gestion clarifiée des soins non planifiés à faible urgence.

Les **fonctions de référence hospitalières** seront concentrées par pathologie dans les « acute care center » et les « planned care clinic » des hôpitaux généraux et académiques en fonction de l'**expertise** présente, d'un **volume** minimal de patients traités et de la **qualité** démontrée à travers le suivi d'indicateurs rendus publics. Certaines fonctions de référence seront réservées aux **hôpitaux académiques** en fonction des missions de soins, de recherche et d'enseignement qui leur sont propres. A cet égard, le rôle des centres de référence, y compris académiques, devra être clarifié dans

⁴ Les indices de lits G dits « subaigus » (services G exploités en dehors d'un « acute care center ») pourront être reconvertis en lits de réadaptation avec un focus gériatrique.

les différents modèles de collaboration entre les hôpitaux (ex. réseaux hospitaliers, groupements hospitaliers, etc.).

Enfin, **la collaboration entre les acteurs hospitaliers et extrahospitaliers** sera également favorisée par la mise en place des « community center ». Ce centre ne se positionne ni comme un nouveau modèle d'organisation ou de financement de la première ligne, ni comme un remplacement de modèles existants. C'est un nouveau concept qui permet aux prestataires individuels d'unir leurs forces afin d'offrir à la population un service accessible, complémentaire au dispositif hospitalier. **Le patient est ainsi incité à s'adresser d'abord à la 1ère ligne plutôt qu'à l'hôpital.**

Personne de contact: Karel Van De Sompel – 0499/96.35.37 - karel.vandesompel@gibbis.be