

# Grand chambardement en vue dans le paysage hospitalier

A la demande des ministres de la Santé, un groupe d'experts a planché sur une réforme du paysage hospitalier. 67 sites sont dans les normes pour devenir hôpital régional, 26 sites ont pas mal de boulot pour y arriver et 39 sites sont appelés à se reconverter en structures locales.

ERIC BURGRAFF  
SANDRA DURIEUX

Complexité croissante des affections et donc des soins, pénurie de personnel, hausse des coûts, budget limité... Le paysage hospitalier est confronté à des défis fondamentaux qui appellent à une transformation en profondeur de notre système de soins. Cette conviction est celle des huit ministres qui, en Belgique, ont peu ou prou une responsabilité dans le domaine de la santé. Une conviction qui fonde le travail d'un groupe d'experts indépendants chargé par ces ministres d'élaborer une série de recommandations pour réformer le paysage hospitalier.

Leur analyse révèle que l'offre de soins belge est actuellement très fragmentée : le pays compte trop d'hôpitaux qui « veulent continuer à tout faire ». Cela débouche sur « une utilisation inefficace du personnel et des moyens disponibles, en particulier pour les services qui doivent être disponibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept. ».

Les experts proposent dès lors, c'est leur recommandation majeure, de structurer l'offre autour de quatre types d'établissements : des hôpitaux généraux régionaux (HGR), des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres médicaux locaux (CML) et des hôpitaux de soins intermédiaires (HSI). Explications.

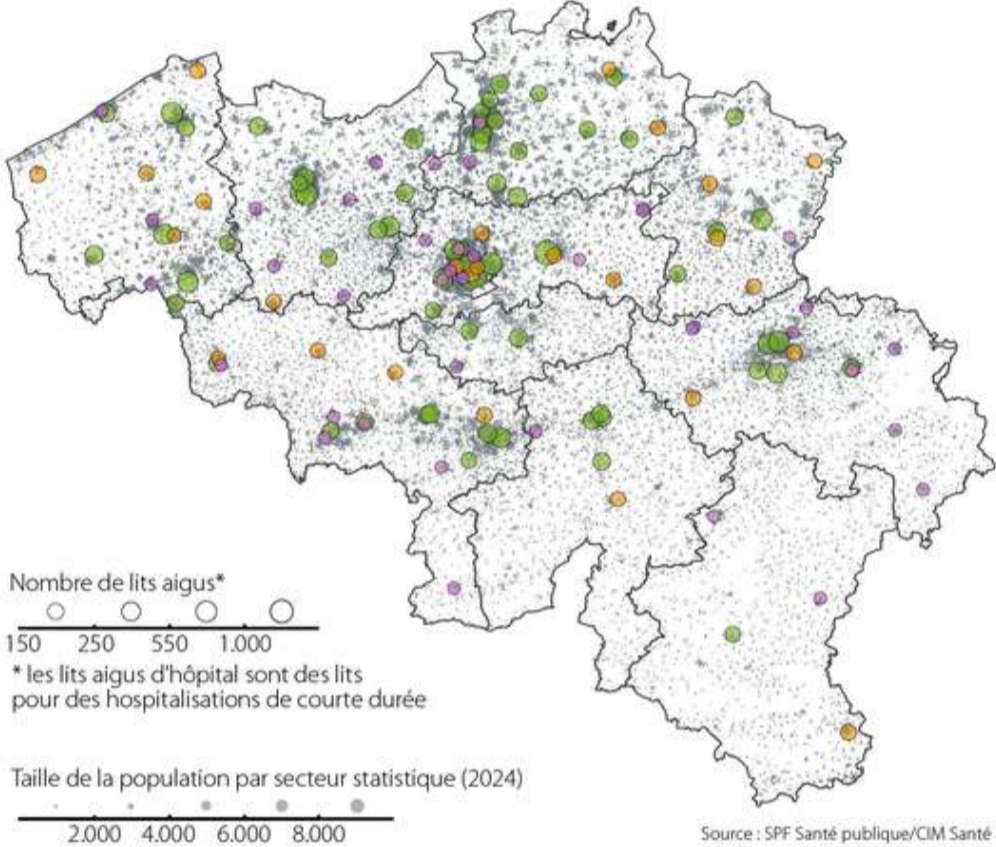
## Les hôpitaux généraux régionaux (HGR)

Un hôpital général régional (HGR) aura pour vocation « d'organiser des soins programmés et non programmés pour les patients présentant des problèmes de santé courants. Si nécessaire, un HGR peut orienter les patients ayant des besoins en soins plus complexes vers des hôpitaux spécialisés, universitaires ou autres ». Un HGR dispose des nombreux services médicaux : tout ce qui permet de diagnostiquer et de traiter les affections courantes, y compris une maternité et un service de pédiatrie. Il doit aussi disposer d'infrastructures médico-techniques complètes : imagerie, laboratoire, anatomopathologie, bloc opératoire, unité de soins intensifs et salle d'accouchement. En outre, il doit faire tourner 24 h/24 et 7 j/7 un service

## Carte des 132 sites aigus actuels

Classés en fonction de leur chance d'obtenir le futur statut « d'hôpital général régional » (HGR)

- Groupe A (67 sites) : ceux qui répondent déjà à la norme de 150 lits aigus justifiés et même des 240 lits exigés pour 2031, ainsi que 600 accouchements par an
- Groupe B (26 sites) : ceux qui ont des chances d'y arriver s'ils se mettent en ordre
- Groupe C (39 sites) : ceux qui n'ont aucune chance et doivent se reconverter en CML ou HSI



## Quatre types d'établissements de soins

### 1. Hôpital général régional (HGR)

- Soins spécialisés planifiables et non planifiables
  - ≥ 240 lits (au moins 150 lits aigus justifiés)
  - ≥ 600 accouchements/an (si maternité)
  - offre médicale et infrastructure technique complètes
  - soins et urgences 24/7

### 2. Hôpital universitaire (CHU)

- Soins spécialisés planifiables et non planifiables (idem HGR)
- Recherche, innovation et formation
- Peut être un centre d'expertise pour des pathologies complexes ou rares
  - cf. exigences HGR
  - recherche
  - innovation
  - formation

### 3. Centre médical local (CML)

- Hospitalisation de jour
- Soins spécialisés ambulatoires planifiables
  - mêmes exigences de qualité et de sécurité que l'actuel hôpital de jour

### 4. Hôpital de soins intermédiaires (HSI)

- Soins de réadaptation
  - pas de nombre minimum de lits si même site qu'un HGR/CHU
  - minimum de 90 lits si site distinct

d'urgences et des services de garde pour les affections sensibles à l'urgence.

## Les centres hospitaliers universitaires (CHU)

Les CHU devront combiner toutes les missions d'un hôpital général avec

celles d'enseignement, de recherche et d'innovation qui leur sont naturellement dévolues. Ils bénéficieront d'une reconnaissance comme centres d'expertise pour certaines affections complexes ou maladies rares pour autant qu'ils répondent à des exigences minimales.

En revanche, le rapport propose de mettre de l'ordre dans la multiplication des lits universitaires au sein des hôpitaux généraux actuels (1.630 lits de ce type). Ils bénéficient d'un meilleur financement « alors que les soins qui y sont délivrés ne diffèrent souvent pas fondamentalement de ceux des autres hôpitaux généraux bien équipés ». Ce sera certainement une pierre d'achoppement : « L'usage des qualificatifs universitaire et académique doit être strictement réservé aux CHU ».

## Les centres médicaux locaux (CML)

Les experts recommandent que les interventions hospitalières soient réalisées autant que possible en hospitalisation de jour, au sein des HGR ou CHU. Ils préconisent toutefois la création de centres médicaux locaux (CML), qui assureront « des soins ambulatoires spécialisés programmés. L'offre de soins peut inclure, outre la chirurgie de jour, des interventions de médecine interne, des consultations ambulatoires, la dialyse low-care et le suivi de soins chroniques, comme la surveillance du diabète. » Un CML pourra également organiser une réadaptation ambulatoire ou une réadaptation en hôpital de jour après une sortie d'hôpital, une éducation à la santé (école du dos, réadaptation cardiaque) ou des programmes de prévention..

## Les hôpitaux de soins intermédiaires (HSI)

Les soins intermédiaires ou soins de réadaptation permettront un accueil transitoire de patients qui ont besoin de retrouver ou de renforcer leur autonomie après une hospitalisation. Ils concernent des patients souffrant d'affections cardio-pulmonaires, locomotrices ou neurologiques, de pathologies chroniques multiples, de troubles psycho-gériatriques ou relevant des soins palliatifs.

## Quel avenir pour quel hôpital ?

On compte aujourd'hui 132 hôpitaux aigus en Belgique. Les experts pensent que pour accéder à la catégorie HGR, un site devra répondre, d'ici 2031, à trois normes cumulatives : compter au moins 150 lits aigus justifiés en 2026, au moins 180 en 2031 et, toujours en 2031, au moins 240 lits toutes catégories. Il devra aussi assurer 600 accouchements minimum par an.

Ils estiment, actuellement, que 67 sites sont déjà dans les conditions pour accéder à ce statut premium, que 26 sites ont encore du chemin à parcourir pour y arriver. Par ailleurs, 39 sites ne répondant pas actuellement à la norme de 150 lits aigus seront invités à transformer leur activité. « Nous proposons qu'ils se reconvertissent en centre médical local ou hôpital de soins intermédiaires ou qu'ils fusionnent avec d'autres structures proches pour atteindre le niveau d'activité suffisant », conclut Guy Durant, coprésident du groupe de travail.

## urgences Uniquement dans les hôpitaux généraux ou universitaires

S.DX

Faites le compte : sur les 132 sites hospitaliers aigus, 124 comptent un service d'urgences. Moins d'une centaine de sites aigus devraient subsister au terme de la réforme, ce qui implique de facto la suppression d'une trentaine de services d'urgences. Une rationalisation qui s'impose, selon les experts et un rapport du KCE, en raison d'une dispersion des ressources humaines et matérielles. « Dans un tel système, les services d'urgences des petits hôpitaux doivent eux aussi assurer et financer une permanence médicale et infirmière complète, ce qui est aujourd'hui devenu insoutenable », explique Guy Durant, copré-

sident du groupe d'experts qui a réalisé le rapport. « C'est pourquoi nous proposons de n'organiser ces services qu'au sein des hôpitaux généraux (HGR) et des centres hospitaliers universitaires (CHU). »

L'aide médicale urgente devrait être elle aussi repensée. « Le système actuel fonctionne mal faute d'une bonne coordination entre les deux numéros que sont le 112 et le 1733 », ajoute Guy Durant. « Le 1733, qui permet de contacter les postes de garde en médecine générale, reste aussi trop peu connu du grand public, et ces postes de garde ne jouent actuellement aucun rôle dans un système d'aide médicale urgente accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Pour remédier à cette confusion et garantir une égalité d'accès aux soins, une structure d'appel intégrée, dans laquelle les deux numéros collaborent, est nécessaire. Quel que soit le numéro composé, chaque appel doit être évalué de manière centralisée selon son degré d'urgence, puis orienté si nécessaire vers l'acteur adéquat : médecin généraliste, poste de garde, ambulance, PIT (équipe d'intervention paramédicale), Smur, ou service d'urgence du HGR ou CHU. Et cela, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. » Les postes médicaux de garde seront prioritairement installés sur les sites des hôpitaux généraux ou universitaires ou dans un centre médical local.

A noter que la notion de « durée maxi-

mal de trajet » pour accéder à un service d'urgences disparaît. L'organisation se base sur les critères explicités ci-dessus. Toutefois, en matière d'accessibilité, les experts ont calculé que 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, 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.