



COMMUNIQUE DE PRESSE de la Conférence Interministérielle Santé publique

24 juin 2026

La Conférence interministérielle Santé publique est parvenue, par consensus, à une proposition de principe concernant la réforme du paysage hospitalier pour les dix prochaines années. Elle s'est basée sur le rapport de la commission d'experts indépendants et sur les avis des parties prenantes. Cette proposition de principe constitue une base commune de travail. Elle permettra aux ministres de la Santé de poursuivre les discussions avec leurs gouvernements respectifs et de préciser certains aspects de la réforme avant l'adoption des décisions définitives prévue en septembre. « Nous avons un système de santé solide, mais nous devons le changer pour le préserver », ont également souligné les experts. « Nous devons veiller à ce que les patients reçoivent les meilleurs soins et à ce que notre personnel soignant soit mobilisé efficacement », ont déclaré les ministres.

Le paysage hospitalier belge est insuffisamment adapté aux besoins actuels en matière de soins. Les soins deviennent plus complexes et le nombre de patients atteints d'une affection chronique est en hausse. Le nombre d'hospitalisations classiques diminue tandis que le nombre d'hospitalisations de jour augmente. Nous avons trop d'établissements hospitaliers qui veulent tout faire, et trop peu de personnel de soins pour concrétiser ce souhait. Certainement lorsqu'il s'agit de services qui doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Afin d'assurer la qualité et la continuité des soins, tout en maintenant une charge de travail soutenable pour le personnel soignant comme pour le personnel de soutien, il est essentiel de définir clairement les missions et d'atteindre une taille critique suffisante. Personne ne souhaite se retrouver dans un service d'urgences où l'expertise nécessaire est absente ou indisponible, et où l'on ne peut pas être admis en cas de problème. Cette réforme vise à améliorer le déploiement du personnel qui est absolument nécessaire en concertation avec les représentants de l'ensemble du personnel.

Une telle réforme doit être mûrement réfléchie et soutenue tant par le gouvernement fédéral que par les entités fédérées. C'est pourquoi, le 19 mars 2025, la Conférence interministérielle Santé publique a chargé une commission d'experts indépendants d'élaborer un rapport pour la fin 2025. Ce document, intitulé « Pour la réforme du paysage hospitalier belge – changer pour préserver (2026-2036) », a été remis le 17 décembre 2025 (voir [fr_imczh_avis.pdf](#)). Le rapport définit quatre types de sites hospitaliers : hôpital universitaire, hôpital général régional (HGR), centre médical

local (CML) renommé en centre hospitalier de jour (CHJ) par les Ministres de la Santé et hôpital de soins intermédiaires (HSI). Les experts proposent une réforme en deux phases s'étalant sur une période de dix ans.

Les ministres de la Santé publique ont ensuite demandé aux instances consultatives concernées aux différents niveaux de pouvoir d'émettre un avis pour la fin avril 2026. Ces avis ont été examinés en détail et pris en compte dans la proposition de principe sur laquelle les ministres de la Santé publique se sont mis d'accord. Ceux-ci confirment l'avis des experts, qui préconisent de structurer le paysage hospitalier selon quatre types de sites hospitaliers, chacun ayant ses propres spécificités et objectifs. Les ministres envisagent également une réforme en profondeur s'étalant sur dix ans, divisée en deux phases principales, entre lesquelles une évaluation est prévue. Ils assouplissent certains critères proposés par les experts afin de tenir compte au mieux de la proximité des soins si nécessaire, y compris dans les zones plus isolées et rurales. Les ministres soulignent qu'aucun site hospitalier ne sera contraint à une fermeture. Certains sites présentant une activité et un nombre de lits insuffisants devront se reconvertir, par exemple en centre hospitalier de jour – axé sur les soins ambulatoires spécialisés et les hospitalisations de jour – ou en hôpital de soins intermédiaires – axé sur les soins de révalidation visant à permettre aux patients de retrouver ou de renforcer leur autonomie après un séjour à l'hôpital.

Les ministres de la Santé publique transmettent maintenant cette proposition de principe à leurs gouvernements respectifs. La réforme sera définitivement adoptée en septembre après consultation.

La proposition porte sur la réforme du paysage hospitalier. Ce paysage n'est toutefois pas une île. La réforme aura un impact sur les soins de première ligne, les soins de santé mentale, l'aide médicale urgente, ainsi que sur d'autres réformes importantes en cours d'élaboration, telles que la réforme de la nomenclature, la réforme du financement hospitalier ou l'évolution vers des soins plus intégrés. Le travail sur ces questions se poursuivra au cours des mois et des années à venir. Les ministres de la Santé publique ont également convenu qu'un certain nombre d'éléments de la réforme du paysage hospitalier devaient encore être précisés, notamment : Quel est le niveau minimal de soins qu'un HGR doit offrir ? Comment gérer les soins non programmés dans les CHJ ? Qu'attendons-nous des HSI et quel est leur rôle par rapport aux hôpitaux de révalidation flamands ? Ces questions seront également clarifiées au cours des prochains mois.

Vous trouverez le texte complet de la proposition de principe en annexe.

Ce communiqué de presse est rédigé conjointement au nom des ministres formant la Conférence interministérielle Santé publique :

- Yves Coppieters, Gouvernement wallon et Gouvernement de la Communauté française (Président de la CIM)
- Caroline Gennez - Gouvernement flamand
- Frank Vandenbroucke - Gouvernement fédéral
- Valérie Lescrenier, Communauté française
- Elisabeth Degryse, Communauté française

- Karine Lalieux - Commission communautaire française
- Lydia Klinkenberg - Gouvernement de la Communauté germanophone
- Ahmed Laaouej - Commission communautaire commune
- Dirk Desmedt - Commission communautaire commune

La Conférence Interministérielle Santé Publique est organisée et soutenue par la DG Soins de Santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Proposition de principe relative à la réforme du paysage hospitalier belge (2026-2036)

La présente note vise à donner un socle commun aux ministres de la Conférence interministérielle Santé publique concernant la réforme du paysage hospitalier belge. Cette proposition constitue une base commune de travail permettant de poursuivre les concertations et d'affiner certains éléments de la réforme en vue de l'adoption de décisions définitives en septembre 2026 après consultation de leurs gouvernements respectifs.

Décisions politiques fondées sur les recommandations du rapport d'experts « Pour la réforme du paysage hospitalier belge : changer pour préserver (2026-2036) » commandé par la Conférence interministérielle Santé publique (ci-après « CIM ») et discuté lors de la CIM du 17 décembre 2025, et tenant compte des avis soumis par la suite par les différentes entités fédérées et instances consultatives concernées.

Au sein de la CIM Santé, un **consensus** existe sur :

- La nécessité de réformer le paysage hospitalier afin de préserver et pérenniser l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière de notre système de soins
- Sur la base de deux principes fondamentaux :
 - o Proximité des soins là où c'est possible, concentration là où c'est nécessaire ;
 - o Apporter une solution (partielle) à la pénurie de personnel soignant souhaitant travailler en milieu hospitalier.

Cette réforme s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation de notre système de santé. Elle vise à construire un ensemble cohérent et complémentaire avec les réformes de la première ligne de soins, de l'aide médicale urgente, de la nomenclature des prestations de santé et du financement des hôpitaux, afin de garantir une organisation des soins plus efficace, plus intégrée et davantage centrée sur les besoins des patients.

1. La réforme hospitalière envisagée

La réforme prévoit, outre les centres hospitaliers universitaires (CHU) existants, trois types d'établissements de soins devant chacun répondre à des normes spécifiques au niveau du site :

- o Hôpital général régional (HGR)
- o Centre hospitalier de jour (CHJ)
- o Hôpital de soins intermédiaires (HSI)

Un grand nombre d'hôpitaux généraux, ou de leurs différents sites, satisferont aux critères (cf. infra) en vue de l'obtention de l'agrément en tant qu'hôpital général régional (HGR).

Pour les sites ne répondant pas à ces critères, plusieurs options seront envisageables : ils pourront soit renforcer et consolider leurs activités (notamment en augmentant le volume d'activités et le nombre de lits) afin d'atteindre les seuils requis, soit s'inscrire dans une dynamique de fusion avec un autre hôpital général en vue de constituer, à terme, un HGR sur un site unique, soit se reconfigurer en centre hospitalier de jour (CHJ) et/ou en hôpital de soins intermédiaires (HSI), soit, le cas échéant, cesser leurs activités.

La transition et le calendrier correspondant sont détaillés ci-dessous.

Chaque type d'établissement de soins ainsi que les critères à satisfaire sont précisés dans la législation fédérale sur les hôpitaux.

Les entités fédérées sont responsables de l'agrément de chaque établissement de soins, toujours au niveau du site.

Le nombre total de sites sur lesquels sont établis des HGR, HSI et CHJ ne peut dépasser le nombre actuel de sites hospitaliers exploités par des hôpitaux bénéficiant d'un agrément.

Aucun nouveau site ne peut être mis en service pour un CHJ.

Deux hôpitaux se trouvant sur un même site avec un lien structuré sont considérés comme un seul hôpital lors de l'évaluation de leur conformité aux critères de la phase 1 et de la phase 2.

Hôpital général régional (HGR)

- Lors de la phase 1 (voir ci-dessous pour le calendrier), les hôpitaux généraux doivent, pour pouvoir obtenir l'agrément en tant que HGR, disposer d'au moins 150 lits aigus justifiés et de 200 lits C/D/E/M/G/NIC agréés. Les lits de chirurgie ambulatoire justifiés sont considérés comme des lits aigus agréés et sont donc rajoutés dans le calcul du nombre de lits C/D/E/M/G/NIC aigus agréés.

Une dérogation à ces critères est prévue pour les sites qui se trouvent à une distance d'au moins 25 km (par voie routière) d'un HGR, ou pour les sites qui se trouvent à une distance d'au moins 50 km (par voie routière) du site le plus proche appartenant à la même Communauté. Si un site est dans les conditions pour obtenir une telle dérogation en tant que HGR mais ne peut pas satisfaire aux normes d'agrément pour un HGR et se reconvertit en CHJ et/ou HSI, il peut prévoir une structure capable de prendre en charge les soins non planifiés pendant les heures de travail, au maximum entre 7 h et 23 h. Cette prise en charge peut être assurée tant par des médecins généralistes que par des médecins urgentistes. Dans ce cadre, ce CHJ peut servir de base à une équipe PIT (24h/24 et 7j/7). L'autorité d'agrément doit donner son accord à l'organisation des soins non planifiés dans ce CHJ, y compris la nécessité d'un PIT au sein du CHJ. Ceci doit être analysé du point de vue des besoins de santé et de l'accessibilité des soins au sein de la région spécifique.

Une dérogation est également prévue pour un site qui, au sein d'un bassin de soins défini par l'entité fédérée, est le seul à pouvoir prétendre à l'agrément en tant que HGR.

- Pour la phase 2 (voir ci-dessous pour le calendrier), on envisagera après évaluation une augmentation de ces minima à 180 lits aigus justifiés et à 240 lits agréés. Le critère supplémentaire d'un minimum de 600 accouchements est supprimé.
- Un HGR est évidemment libre de proposer sur le même site à la fois des activités de jour et des soins intermédiaires.
- Le contenu minimal obligatoire des soins dispensés par un HGR sera précisé dans les mois à venir, sur la base des principes suivants :
 - Définir les formes obligatoires de « soins de proximité ». Cela comprend entre autres, sans être limitatif : les urgences spécialisées, les soins intensifs, la pédiatrie, la maternité, la gériatrie.
 - Garantir que toutes les formes de « soins de proximité » soient offertes en quantité suffisante dans un bassin de soins à définir par les entités fédérées.
 - Avec la possibilité d'organiser cela – sous réserve de l'approbation de l'autorité d'agrément – sous la forme d'une collaboration structurée entre HGR situés à une distance maximale les uns des autres en fonction du bassin de soins concerné.
 - On vise ainsi une forme d'intégration entre hôpitaux, axée sur une offre de soins efficace, cohérente, centrée sur le patient en géographiquement accessible. Ceci remplace la loi actuelle sur les réseaux hospitaliers locorégionaux.

Centre hospitalier de jour (CHJ)

- Un CHJ est institutionnellement rattaché à un seul HGR. Cela signifie que les sites hospitaliers autonomes individuels qui se reconvertissent en CHJ doivent fusionner avec le HGR auquel ils sont institutionnellement rattachés. Les CHJ *de novo*

- sont créés par la reconversion d'un hôpital général agréé ou d'un de ses sites ;
 - et restent implantés sur leur lieu actuel. Ceci est aussi d'application pour les CHJ existants
- Comprend une activité polyclinique combinée soit à une ou plusieurs formes de soins de jour (qu'ils soient chirurgicaux, internistes, oncologiques, gériatriques, psychiatriques...) et/ou à un appareillage médical lourd.
 - La possibilité de séjourner n'est pas prévue.
 - Un Service Level Agreement (SLA) est conclu avec le HGR pour la continuité des soins.
 - Un service d'urgence spécialisé qui, par définition, assure une permanence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ne peut pas être rattaché à un CHJ. C'est uniquement possible au sein d'un HGR. Cependant, un CHJ peut organiser un poste de secours médicalisé pour la prise en charge de soins non planifiés dans une structure et un encadrement à définir avec le CFMSU et en fonction des besoins à définir par les entités fédérées.

Hôpital de soins intermédiaires (HSI)

- Un HSI peut soit faire partie d'un organe de gestion comprenant un HGR, soit disposer de son propre organe de gestion.
- Au cours de la période à venir, le nombre minimal de lits agréés et la combinaison d'indices de lits seront élaborés plus en détail. La réforme hospitalière proposée ne peut être vue séparément de la réforme de l'offre de soins en rééducation physique dans les entités fédérées, étant donné le lien inextricable entre ces deux formes de soins. En Flandre, l'offre de soins en rééducation physique sera assurée sans distinction entre les HSI et les institutions de réadaptation flamands (RZH). Le patient ne doit ressentir aucune différence, ni en qualité ni en service. RZH et les entités fédérales (HGR, HSI et CHJ) doivent pouvoir collaborer, tant en termes de soutien (services médico-techniques, expertise médicale, etc.) que pour la répartition des tâches (répartition de l'offre des soins en rééducation). Les droits et obligations existants pour les RZH seront conservés. Il sera également examiné comment une institution de réadaptation flamande peut être mise sur le même pied qu'un HSI en termes de collaboration avec un HGR.

2. Calendrier

- Sur la base des lignes politiques définitives fixées en CIM en septembre 2026, et qui seront accompagnées d'un plan de communication détaillé, les entités fédérées déterminent, selon une procédure qu'elles définissent elles-mêmes, au plus tard le 1er janvier 2028, la destination des sites qui ne répondent pas aux critères auxquels un HGR doit satisfaire en phase 1. Les possibilités comprennent : renforcement et consolidation des activités (notamment en augmentant le volume d'activités et le nombre de lits) afin d'atteindre les seuils requis, dynamique de fusion avec un autre hôpital général en vue de constituer, à terme, un HGR, la reconversion en CLHJ et/ou HSI ou la désaffectation.
- Ces décisions doivent être effectivement mises en œuvre au plus tard en janvier 2031 pour les sites dont la reconversion nécessite des modifications infrastructurelles limitées. Si la reconversion implique des exigences infrastructurelles substantielles (soit sur le site même,

soit sur un site voisin), les contours de sa mise en œuvre doivent être clairs d'ici janvier 2031.

- Au cours de l'année 2031, une évaluation de l'impact des reconversions dans le cadre de la phase 1 sera réalisée. Celle-ci comprendra notamment le recensement des transferts de flux de patients vers les hôpitaux environnants et une évaluation de la qualité de la prestation de soins dans les bassins de soins concernés par les reconversions, ainsi qu'une évaluation portant sur la réponse aux urgences dans le cadre de l'aide médicale urgente. En fonction de cela, les critères actuellement prévus pour la phase 2 pourront, le cas échéant, être adaptés.
- Cela doit permettre de déterminer, d'ici fin 2032, la fonction des sites hospitaliers qui n'ont pas encore reçu de destination finale définitive.
- La mise en œuvre effective de la phase 2 se fait en fonction des travaux d'infrastructure nécessaires et doit être réalisée au plus tard en janvier 2037.

Mesures d'accompagnement à élaborer en parallèle d'ici le 1er janvier 2028

- Ampleur et contenu d'un fonds de transition fédéral destiné à couvrir les coûts de réorganisation non liés aux infrastructures
- Finalisation de la réglementation relative au PIT : notamment la programmation, la répartition, l'intégration fonctionnelle et le financement.
- Cette réforme vise à améliorer le déploiement du personnel qui est absolument nécessaire en concertation avec les représentants de l'ensemble du personnel