

L'organisation des hôpitaux en Belgique suite à la réforme du paysage hospitalier : un pas de plus vers une réforme du financement des hôpitaux

Auteur : Fontaine, Lucas

Promoteur(s) : Behrendt, Christian

Faculté : Faculté de Droit, de Science Politique et de Criminologie

Diplôme : Master en droit, à finalité spécialisée en droit public et administratif (aspects belges, européens et internationaux)

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/9245>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**L'organisation des hôpitaux en Belgique suite à la réforme
du paysage hospitalier : un pas de plus vers une réforme
du financement des hôpitaux**

Lucas FONTAINE

Travail de fin d'études

Master en droit à finalité spécialisée en droit public et administratif

Année académique 2019-2020

Recherche menée sous la direction de :

Monsieur Christian BEHRENDT

Professeur ordinaire

NOTICE

Cette notice est consacrée aux difficultés rencontrées lors de la rédaction de ce travail dû à la crise sanitaire à laquelle nous faisons face. Les plus grandes difficultés ont été liées à l'impossibilité de réaliser plusieurs interviews prévues. Le monde médical, préoccupé par la gestion de la pandémie, n'a pas eu de temps à nous consacrer. Nous regrettons cet état de fait mais nous ne pouvons que faire preuve de compréhension et d'admiration face aux efforts fournis dans cette lutte. Il en résulte que ce travail est moins axé sur le point de vue des acteurs de terrain et revêt un aspect plus théorique et descriptif.

RÉSUMÉ

Le diagnostic de l'état de santé du système hospitalier belge est connu depuis longtemps. Pourtant, le monde politique tarde à trouver un remède efficace. Face aux défis que doit relever le secteur de la santé, la Belgique s'est lancée dans la plus vaste réforme du paysage hospitalier de ces cinquante dernières années.

Cette réforme, qui intervient en tant que préalable à une réforme future du financement des hôpitaux, a pour but d'institutionnaliser une nouvelle forme de collaboration obligatoire entre les hôpitaux : les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Ces réseaux ont pour objectif la réduction de l'offre excédentaire des services coûteux en favorisant la collaboration entre hôpitaux ainsi que de permettre une réduction de la capacité de lits.

L'objet de cette étude est de mettre en lumière l'organisation aussi bien interne qu'externe des hôpitaux afin de mieux comprendre les implications de cette récente réforme. Nous présenterons, en parallèle, les caractéristiques du système hospitalier, d'une part, et les principes fondamentaux de son mode de financement, d'autre part.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à exprimer mes profonds remerciements au Professeur Christian Behrendt qui m'a aiguillé lors de la rédaction de ce travail et, plus généralement, pour son enseignement qui a rythmé mon parcours universitaire.

Ensuite, j'aimerais également exprimer toute ma gratitude aux membres du Centre de Droit public, Constitutionnel et des Droits de l'homme de l'Université de Liège et en particulier Madame Mathilde Franssen pour ses conseils avisés et sa disponibilité. Je remercie également Madame Kristien Casselman, conseillère au sein du cabinet de Madame la Ministre De Block, pour l'entretien qu'elle m'a accordé.

Sur un plan plus personnel, je souhaite également témoigner ma sincère reconnaissance aux membres de ma famille qui ont été une source d'encouragements et de soutien durant ces années d'études, mes amis pour leur relecture précieuse et pour m'avoir épaulé toutes ces années. Aussi, je souhaite remercier celle qui m'a accompagné et soutenu bien au-delà de la réalisation de ce travail. Celle-ci se reconnaîtra.

Enfin, ce travail m'ayant amené à m'intéresser au monde hospitalier, mes dernières pensées vont à tous les membres du personnel médical et praticiens de l'art infirmier qui luttent avec tant de force et de courage face à la crise du Covid-19 que nous affrontons actuellement.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	10
<i>Partie liminaire : vue d'ensemble du système hospitalier belge</i>	11
A. Le secteur de la santé en quelques chiffres	11
1) Les dépenses publiques en matière de santé	11
2) L'encadrement des patients	12
3) Les lits et leur utilisation	13
B. La situation financière des hôpitaux en Belgique	14
<i>Première partie : La législation en matière de politique de santé</i>	15
A. Le contexte européen	15
1) Évolution historique des compétences de l'Union européenne en matière de santé publique	16
2) L'influence du droit européen dans le domaine de la santé publique	17
B. La répartition des compétences en matière de politique de santé	19
1) Les compétences respectives de l'autorité fédérale et des Communautés	19
2) La politique de santé en Région de Bruxelles-Capitale	23
C. La législation hospitalière	25
1) La législation organique	25
2) Cadre général de l'activité hospitalière	27
3) La programmation hospitalière	30
4) L'agrément	31
5) L'organisation des relations entre hôpitaux	33
6) Organisation de l'hôpital	35
<i>Deuxième partie : le financement des hôpitaux</i>	38
A. Le financement des frais d'exploitation	38
1) Le Budget des Moyens Financiers	38
2) Les honoraires des médecins	40
3) Les médicaments et le matériel	41
B. Le financement des investissements	42
1) Le transfert de compétence en matière de financement des infrastructures hospitalières	42
2) Les modalités de financement du transfert de compétence	42
<i>Troisième partie : La réforme du paysage hospitalier</i>	45
A. Vers une nouvelle forme de collaboration entre hôpitaux	45
1) Réorganisation du paysage hospitalier	45
2) Analyse de la loi du 28 février 2019	47
B. Vers une réforme du financement des hôpitaux	53
1) Les modifications apportées par la réforme du paysage hospitalier	54
2) Une réforme en profondeur du mode de financement des hôpitaux dans le futur	54
<i>Conclusion</i>	57

Bibliographie 59

INTRODUCTION

La réforme du paysage hospitalier constitue la première étape d'un changement profond dans le secteur de la santé en Belgique. Notre pays bénéficie d'un système de santé performant¹, le plaçant 5^{ème} au classement de l'indice européen des consommateurs de soins de santé². Toutefois, malgré un classement européen flatteur, la gestion financière des hôpitaux pourrait être plus efficace.

L'objet de cette étude est de mettre en lumière l'organisation aussi bien interne qu'externe des hôpitaux afin de mieux comprendre les implications de la récente réforme. Cette démarche se veut pédagogique et suit une logique duale. Nous présenterons, en parallèle, les caractéristiques du système hospitalier, d'une part, et les principes fondamentaux de son mode de financement, d'autre part.

Nous débuterons avec une vue d'ensemble du système hospitalier dans laquelle nous présenterons plusieurs données relatives tant du milieu hospitalier qu'à la situation financière des hôpitaux.

Nous poursuivrons ensuite avec une présentation en trois parties du cadre normatif de la politique de santé dans laquelle nous aborderons la compétence de l'Union européenne en matière de politique de santé, la répartition des compétences en Belgique ainsi que la législation hospitalière en elle-même.

Nous développerons par après les sources et les principes fondamentaux du financement des hôpitaux.

Enfin, ces développements se rejoindront dans la dernière partie qui concernera la réforme du paysage hospitalier à proprement dit.

¹ Carl DEVOS, Audrey CORDON, Mélanie LEFÈVRE, Caroline OBYN, , Françoise RENARD, Nicolas BOUCKAERT, Sophie GERKENS, Charline MAERTENS DE NOORDHOUT, Brecht DEVLEESSCHAUWER, Margareta HAELTERMAN, Christian LÉONARD, Pascal MEEUS, Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf (consulté le 2 mai 2020).

² Health Consumer Powerhouse, *Euro health Consumer Index. Report*, Stockholm, 2018, p. 10. Disponible sur : <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

PARTIE LIMINAIRE : VUE D'ENSEMBLE DU SYSTÈME HOSPITALIER BELGE

Afin de mieux appréhender la récente réforme mise en place et celles à venir, il nous paraît nécessaire de présenter plusieurs données importantes (A) avant de développer quelques considérations sur la situation financière des hôpitaux en Belgique (B).

A. LE SECTEUR DE LA SANTE EN QUELQUES CHIFFRES

Il existe pléthore de données sur le monde médical, si bien qu'il ne nous est pas possible de toutes les traiter dans ce travail en raison de l'espace qui nous est imparti. Nous nous limiterons donc aux chiffres qui permettent de comprendre la portée des dernières évolutions du secteur³. Ainsi, nous présenterons successivement les évolutions des dépenses de santé par les pouvoirs publics (1). Nous poursuivrons avec quelques considérations concernant le personnel médical (2). Enfin, nous détaillerons les chiffres relatifs au nombre de lits disponibles en Belgique (3).

1) Les dépenses publiques en matière de santé

Les dépenses publiques en matière de santé peuvent s'analyser à travers plusieurs critères. Les ressources qui sont allouées par un État au secteur de la santé dépendent de nombreux facteurs démographiques, sociaux et économiques, mais aussi des structures de financement et d'organisation du système de santé⁴. Pour plus de lisibilité, nous nous bornerons à présenter les chiffres des dépenses en proportion du PIB.

Les États européens font face depuis plusieurs années à des dépenses de santé croissantes. Dans les années 1980, ces dépenses représentaient une moyenne de 7,1% du PIB des États contre 7,7% dans les années 1990 et 8,4% en 2000⁵. La croissance des dépenses de santé a connu un coup d'arrêt pendant la crise économique de 2008⁶. Depuis ces dernières

³ Pour une analyse plus approfondie, voy. Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *Organisatie van de Gezondheidszorg*, Troisième édition, Anvers – Cambridge, Intersentia, 2015, p. 21 et s.

⁴ Nous reviendrons plus en détail sur les sources de financement du secteur hospitalier belge dans la suite de notre étude.

⁵ Gérard VINCENT et Pascal GAREL, « L'Europe des hôpitaux : diversité et convergence », *R.A.E. – L.E.A.*, 2003 – 2004, p. 196.

⁶ Sur ce sujet, voy. Divya PARMAR, Charitini STAVROPOULOU et John IOANNIDIS, « Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review », *British Medical Journal*, 2016, pp. 354 – 365.

années, la proportion moyenne est demeurée relativement stable avec une dépense représentant 8,8% du PIB en 2018 pour les pays de l'OCDE⁷.

La Belgique se situe au-dessus de ce chiffre, avec une dépense de santé représentant 10,4% de son PIB en 2018⁸. Elle suit ainsi la tendance des autres pays de l'OCDE mais se situe au-dessus de la moyenne européenne de 9,8%⁹.

De manière générale, nous constatons une croissance des dépenses de santé depuis ces dernières années. Cette croissance est notamment attribuée à deux facteurs que sont les avancées technologiques médicales et le vieillissement de la population. Ce dernier facteur représente un des défis majeurs pour les systèmes de santé. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a presque doublé au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE, passant de moins de 9% en 1960 à plus de 17% en 2017¹⁰. En moyenne dans les pays de l'OCDE, la part de la population âgée de plus de 80 ans devrait plus que doubler d'ici 2050 pour représenter 10,1% de la population¹¹.

2) *L'encadrement des patients*

En 2017, dans les pays de l'OCDE, le nombre de médecins s'inscrivait dans une fourchette allant de 2,5 au moins à 5 au plus pour 1000 habitants¹². En Belgique, le nombre de médecins en exercice était de 3,1 pour 1000 habitants donc en dessous de la moyenne de l'Union européenne¹³ qui était de 3,6 médecins pour 1000 habitants¹⁴.

Depuis les années 2000, ce nombre a augmenté dans quasi tous les pays de l'OCDE. Avec une moyenne d'un peu moins de 9 infirmiers pour 1000 habitants en 2017, le nombre d'infirmiers en Belgique suit cette tendance¹⁵. De 9 infirmiers pour 1000 habitants en 2005, la

⁷ OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Éditions OCDE, p. 154. Disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Panorama-de-la-santé-2019-Chapitres-0-1-2.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

⁸ En Belgique, les dépenses de santé par habitant atteignaient 3.554 EUR en 2017, soit 20% de plus que dans l'Union européenne dans son ensemble, à savoir 2.884 EUR. (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, p. 10). Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf (consulté le 2 mai 2020).

⁹ OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, p. 10.

¹⁰ OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, p. 220.

¹¹ *Idem*.

¹² OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, p. 174.

¹³ Au cours des dernières années, ce nombre a augmenté à un rythme plus lent que dans la plupart des pays de l'Union européenne. Néanmoins, les études misent sur une augmentation du nombre de médecin dû à l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine (OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, p. 174 ; OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, p. 11).

¹⁴ Sapho BOWOROWSKI, Oscar DIA NAVARRO et Eduard PORTELLA, « Les enjeux du système hospitalier belge à la lumière des expériences internationales », *Antares Consulting*, 2017, p.10.

¹⁵ OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, p.180.

Belgique est passée à 11 infirmiers pour 1000 habitants en 2017. Ce nombre dépasse largement la moyenne de l'Union européenne de 8,5 infirmiers pour 1000 habitants¹⁶.

3) *Les lits et leur utilisation*

Le nombre de lits d'hôpitaux donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés. En 2017, les pays de l'OCDE comptaient en moyenne 4,7 lits d'hôpitaux pour 1000 personnes¹⁷. Avec 5,7 lits par 1000 habitants, la Belgique se situe largement au-dessus de cette moyenne proportionnellement à sa population¹⁸. La densité de lits est sensiblement la même en Flandre et en Wallonie avec respectivement 5 lits pour 1000 habitants et 4,9 lits pour 1000 habitants¹⁹.

Depuis les années 2000, la diminution du nombre de lits est un trait commun des politiques hospitalières dans les pays de l'OCDE²⁰. Cette diminution est en partie imputable aux évolutions des techniques médicales qui provoquent partout la baisse de la durée moyenne des séjours en milieu hospitalier²¹. Toutefois, ce n'est pas la seule explication²². Comme nous le verrons, les modes de financement des hôpitaux ont également une influence sur la baisse du nombre de lits²³.

¹⁶ OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, p. 11.

¹⁷ OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, p. 196.

¹⁸ Sapho BOWOROWSKI, Oscar DIA NAVARRO et Eduard PORTELLA, « Les enjeux du système hospitalier belge à la lumière des expériences internationales », *Antares Consulting*, 2017, p. 12.

¹⁹ Herman NYS, *Medical Law in Belgium*, The Netherlands, Kluwer, 2010, p. 29.

²⁰ Gérard VINCENT et Pascal GAREL, « L'Europe des hôpitaux : diversité et convergence », *R.A.E. – L.E.A.*, 2003 – 2004, p. 197.

²¹ Diane DÉOM et Philippe QUERTAINMONT, « L'évolution récente du droit de la santé et de la législation hospitalière en Belgique », *Administration publique*, 1991, p. 226.

²² Il a par exemple été mis en avant que la durée d'hospitalisation tendait à être en moyenne plus longue dans les régions disposant d'une capacité de lits plus importantes. L'existence de lits excédentaires peut menacer la viabilité et le bon fonctionnement des hôpitaux (Philippe QUERTAINMONT, *Législation hospitalière. Droit, gestion et financement des hôpitaux en Belgique*, Bruxelles, Kluwer, 2001, p. 60). De plus, il importe d'avoir également égard au changement de mentalité dans la population. Beaucoup de personnes souhaitent passer la période de convalescence à leur domicile, privilégiant un système de soin ambulatoire.

²³ Cf. *infra*, p. 40.

B. LA SITUATION FINANCIERE DES HOPITAUX EN BELGIQUE

Malgré l'appréciation générale largement positive de notre système hospitalier par la population, l'opinion des acteurs du milieu de la santé est plus nuancée²⁴. La situation financière des hôpitaux se trouve en ligne de mire et canalise nombre d'inquiétudes²⁵.

La banque Belfius inspecte la santé financière des hôpitaux généraux en Belgique depuis 25 ans. Le dernier bilan datant d'octobre 2019 affiche une situation préoccupante pour un certain nombre d'hôpitaux²⁶. En effet, 32% des institutions belges ont fini l'année 2018 avec des comptes négatifs. De plus, ces quatre dernières années, la marge dégagée par les 38 hôpitaux généraux qui se trouvent sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie est de 0,3%²⁷. En 2014, l'étude annuelle de la banque Belfius mettait en avant le fait que « 40 institutions sur 92 affichent un résultat d'exploitation courant négatif, ce qui constitue une évolution particulièrement négative »²⁸.

Cette situation préoccupante des hôpitaux est bien connue des décideurs politiques. En 2014, la Ministre fédérale de la Santé écrivait dans son Plan d'Approche qu'« [on] ne peut se permettre d'observer passivement un certain nombre d'hôpitaux se diriger tout droit vers la faillite. Des réformes fondamentales [...] s'imposent »²⁹. Ce Plan d'Approche constitue la base de travail pour la mise en place de la réforme du paysage hospitalier, ce dernier étant les prémices d'une réforme du financement des hôpitaux³⁰.

²⁴ Carl DEVOS, Audrey CORDON, Mélanie LEFÈVRE, Caroline OBYN, , Françoise RENARD, Nicolas BOUCKAERT, Sophie GERKENS, Charline MAERTENS DE NOORDHOUT, Brecht DEVLEESSCHAUWER, Margareta HAELTERMAN, Christian LÉONARD, Pascal MEEUS, *op. cit.*, p. 15 et s.

²⁵ « 40% des hôpitaux généraux en déficit », *Le journal du Médecin*, 10 octobre 2018. Disponible sur : https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/40-des-hopitaux-generaux-en-deficit/article-normal-36195.html?cookie_check=1588410123 (consulté le 2 mai 2020) ; « Des hôpitaux aux pieds fragiles », *Le Soir*, 10 octobre 2018. Disponible sur : <https://plus.lesoir.be/183733/article/2018-10-10/des-hopitaux-aux-pieds-dargile> (consulté le 2 mai 2020) ; « 4 op 10 ziekenhuizen in het rood », *De Standaard*, 10 octobre 2018. Disponible sur : https://www.standaard.be/cnt/dmf20181010_03825181 (consulté le 2 mai 2020) ; « Rode cijfers ziekenhuizen gevaar voor zorg », *De Tijd*, 10 octobre 2018. Disponible sur : https://www.gibbis.be/images/De_Tijd.pdf (consulté le 2 mai 2020). ; « Financière situation Belgische ziekenhuizen: besparingen maken marge flinterdun », *Zorgnet-Icuro*, 10 octobre 2018. Disponible sur : <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/financiële-situatie-belgische-ziekenhuizen-besparingen-maken-marge-flinterdun> (consulté le 2 mai 2020).

²⁶ Belfius, Analyse MAHA 2019. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2019/Slides-Maha-09102019-FR.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

²⁷ « À Bruxelles et en Wallonie, 45% des hôpitaux sont dans le rouge », *L'Écho*, 16 novembre 2019. Disponible sur : <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/general/a-bruxelles-et-en-wallonie-45-des-hopitaux-sont-dans-le-rouge/10182430.html> (consulté le 2 mai 2020).

²⁸ Belfius, Communiqué de presse, « 20 ans d'analyse sectorielle des hôpitaux généraux en Belgique : Étude Maha 2014 », Bruxelles, 2 octobre 2014, p. 3. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/press-room/communiques-de-presse> (consulté le 2 mai 2020).

²⁹ Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015, p. 3. Disponible sur : https://www.absym-bvas.be/images/dossier/Reforme_Finacement_Hopitaux/Plan_dapproche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf (consulté le 2 mai 2020).

³⁰ « 20 % des hôpitaux en plus dans le rouge : la ministre De Block dit avoir pris le problème à bras-le-corps », *Le Spécialiste. L'actualité des médecins spécialistes*, 10 octobre 2018. Disponible sur : https://www.gibbis.be/images/Le_Specialiste_-_4_articles.pdf (consulté le 2 mai 2020).

PREMIÈRE PARTIE : LA LÉGISLATION EN MATIÈRE DE POLITIQUE DE SANTÉ

La politique de la santé est une politique publique particulière. En effet, la nature des décisions en matière de santé, impliquant des choix relatifs non seulement à la vie et à la mort, mais aussi relatifs à la morale et à l'éthique, font de cette politique publique une catégorie à part entière. Ce secteur sensible relève, comme nous le verrons, essentiellement de la compétence des États (A). Nous présenterons ensuite la répartition des compétences dans cette matière en Belgique (B) avant de nous attarder quelque peu sur certains aspects de la législation hospitalière en elle-même (C).

A. LE CONTEXTE EUROPEEN

La crise sanitaire que nous traversons depuis le mois de mars 2020 appelle à nous intéresser au pouvoir de l'Union européenne en matière de politique de santé. Celle-ci constitue un élément essentiel dans la politique de tous les pays membres. Or, bien que la majorité des systèmes de soins de santé se fondent sur la solidarité via un financement contributif à la sécurité sociale³¹, le secteur de la santé demeure sous la responsabilité essentielle des États.

Pour autant, les questions de politique de santé ne sont pas totalement étrangères au droit de l'Union européenne³². Nous verrons, dans un premier temps, un bref aperçu historique des compétences de l'Union européenne en matière de santé (1) et, dans un deuxième temps, l'influence du droit européen dans le domaine de la santé (2).

³¹ Ulla NEERGAARD, « EU Health Care Law in a Constitutionnal Light: Distribution of Competences, Notions of 'Solidarity', and 'Social Europe' », in Johan WILLEM VAN DE GRONDEN, Erika SZYSZCZAK, Ulla NEERGAARD, Markus KRAJEWSKI (ed.), *Health Care and EU Law*, La Haye, T.M.C. Asser Press, 2011, p. 20.

³² À ce sujet, voy. Maryse CASSAN, *L'Europe communautaire de la santé*, Paris, Economica, 1989, 274 p. ; Thierry VANSWEEVELT et Filip DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht. Volume I. Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Anvers – Cambridge, Intersentia, 2014, p. 20 ; Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *op. cit.*, p. 310 et s.

1) *Évolution historique des compétences de l'Union européenne en matière de santé publique*

À l'origine, la construction européenne est avant tout économique, fondée sur les principes de libre circulation des biens, des services, des personnes et des capitaux. Cela ne signifie pas pour autant que les préoccupations sociales ou sanitaires aient été occultées³³.

Le traité de Rome³⁴, entré en vigueur dès 1958, faisait référence à la santé aux articles 36, 48 et 56. À l'époque, la santé n'était pas une composante à part entière de l'intégration européenne. Le droit européen avait trait à la santé uniquement en ce qu'il permettait de déroger aux différentes libertés de circulation, à condition de respecter le principe de proportionnalité.

Le traité de Maastricht³⁵ est venu structurer la démarche sociale de l'Union européenne. L'article 129 de ce traité dispose que : « [l]a Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action ». Néanmoins, l'intervention européenne restait limitée à la prévention des maladies ainsi qu'à l'information et l'éducation en matière de santé.

Le traité d'Amsterdam³⁶ modifie le traité de Maastricht en élargissant de façon ténue les compétences de l'Union aux matières relatives aux organes et substances d'origine humaine. Toutefois, le traité exclut explicitement toute « harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres »³⁷ en la matière.

À l'heure actuelle, le traité de Lisbonne³⁸ (ci-après, TFUE) présente des changements importants dans la prise en compte de la santé par le droit européen³⁹. Il dispose notamment que l'Union européenne bénéficie d'une compétence partagée avec les États membres en ce qui concerne les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique⁴⁰ et d'une compétence d'action pour appuyer l'action des États membres dans le domaine de la protection et de l'amélioration de la santé humaine⁴¹.

³³ Un projet d'Europe de la santé a par ailleurs existé avant même la naissance de la Communauté économique européenne (CEE). Il s'agit de la Communauté européenne de la santé (CES), officieusement appelée « pool blanc ». Sur ce sujet, voy. Alban DAVESNE et Sébastien GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954) : une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc », *L'Harmattan*, 2013, pp. 40 – 63 ; Dominique HAMON et Ivan KELLER, *Fondements et étapes de la construction européenne*, Paris, Presses universitaires de France, 1997, 496 p., spéc. p. 122 et s.

³⁴ Traité instituant la Communauté économique européenne, signé à Rome le 25 mars 1957, non publié au Journal officiel.

³⁵ Traité sur l'Union européenne, signé à Maastricht le 7 février 1992, J.O.C.E., n°C.191.

³⁶ Traité modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant la Communauté européenne et certains actes connexes, signé à Amsterdam le 2 octobre 1997, J.O.U.E., n°C340.

³⁷ Article 109R du Traité d'Amsterdam.

³⁸ Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne et le traité instituant la Communauté européenne, signé à Lisbonne le 13 décembre 2007, J.O.U.E., n°C.306.

³⁹ Svelta TSOLOVA, « The Treaty of Lisbon and public health in the EU », *European Journal of Public Health*, 2010, pp. 475 – 476.

⁴⁰ Art. 4 (2), k), TFUE.

⁴¹ Art. 6, a) TFUE. Sur la distinction entre « santé publique » et « santé humaine », voy. Ellen VOS, *Institutional Frameworks of Community Health and Safety Regulation: Committees, Agencies and Private Bodies*, Oxford, Hart Publishing, 1999, p 18.

Les articles 114, (3) et 168 du TFUE viennent encadrer la compétence de l'Union en matière de politique de santé. L'article 114 du TFUE prévoit un niveau de protection élevé en matière de santé dans les propositions de la Commission. L'article 168, intégré dans un titre XIV intitulé « Santé publique », reprend et complète le contenu de l'ancien article 129 du traité de Maastricht. Son paragraphe 7 est particulièrement important en ce qu'il prévoit la responsabilité des États membres pour « la définition de leur politique de santé ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux ».

Ces développements illustrent la tardive évolution vers une interprétation extensive des compétences de l'Union européenne en matière de santé qui est un des « secteurs les plus lents à avoir été européanisés »⁴². En vertu du principe de subsidiarité qui préconise que l'Union européenne intervienne dans la mesure où « les objectifs de l'action envisagée peuvent être mieux réalisés au niveau [européen] »⁴³, il résulte que le secteur de la santé est essentiellement guidé par les règles de droit national. En sus de ce principe, l'article 168 du TFUE intervient comme un double rejet de toute compétence législative de l'Union européenne en matière d'organisation du système de santé⁴⁴.

Les États membres ont ainsi délibérément décidé que le niveau de pouvoir le plus adéquat pour les questions de santé était le niveau national ou régional. L'action commune n'a donc de légitimité que lorsqu'elle complète ou renforce les mesures sur le plan national.

2) *L'influence du droit européen dans le domaine de la santé publique*

Alors que la politique hospitalière n'est pas visée par les traités européens, le droit de l'Union européenne ne s'arrête néanmoins pas à la porte de ceux-ci.

Tout d'abord, la Cour de justice a encadré la faculté des États à restreindre certaines libertés de circulation sur la base de la santé publique. Selon la Cour, cette faculté « n'a pas pour objet de mettre le secteur de la santé publique, en tant que secteur économique [...], à l'abri de l'application des principes de la libre circulation, mais de pouvoir refuser l'accès ou le séjour sur leur territoire à des personnes dont l'accès ou le séjour sur ce territoire constituerait, en tant que tel, un danger pour la santé publique »⁴⁵.

Ensuite, la Cour va avoir une approche extensive de la notion d'activité économique lorsqu'elle s'applique aux services de soins prestés dans des hôpitaux⁴⁶. De la sorte, la Cour

⁴² Jeremy RICHARDSON, « The Onward March of Europeanization: Tectonic Movement and Seismic Events », in Jeremy RICHARDSON, *Constructing a Policy-Making State? Policy Dynamics in the EU*, Oxford, Oxford University Press, 2012, p. 337.

⁴³ Gérard VINCENT et Pascal GAREL, *op. cit.*, p. 199.

⁴⁴ Anniek DE RUIJTER, *EU Health Law & Policy :The Expansion of EU Power in Public Health Care*, Oxford, Oxford University Press, 2019, p. 60.

⁴⁵ C.J.U.E., 7 mai 1986, C-131/85, *Emir Gül c. Regierungspräsident Düsseldorf*, aff. C-131/85, ECLI:EU:C:1986:200, para 17.

⁴⁶ Julio BAQUERO CRUZ, *op. cit.*, p. 84. ; C.J.U.E., 12 juillet 2001, *B.M.S. Smits, épouse Geraets et Stichting Ziekenfonds VGZ c. H.T.M. Peerbooms et Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, aff. C-157/99,

considère que les principes de libre circulation des biens et des services sont applicables⁴⁷ au secteur de la santé. Cette interprétation extensive de la notion d'activité économique⁴⁸ est toutefois contrebalancée en ce « qu'un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale puisse constituer une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une entrave au principe de la libre prestation des services »⁴⁹.

De cette manière, le droit européen reconnaît aux États, en plus des garanties prévues aux articles 114 et 168 du TFUE, le pouvoir de prévenir « le risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale »⁵⁰. De cette manière, cette jurisprudence « s'inscrit dans la double logique du traité relative à la mission d'intérêt général et aux responsabilités particulières de l'État en matière d'organisation du système hospitalier »⁵¹.

Enfin, cette responsabilité des États en matière d'organisation du système hospitalier a également fait l'objet de questions au regard du droit européen. Le pouvoir des États en matière de planification⁵² et de programmation⁵³ en ce qu'il permet de privilégier certains prestataires de soins ou en limitant l'influence de toute concurrence étrangère peut être vu comme une atteinte aux libertés de circulation prévues par le droit de l'Union européenne⁵⁴. Néanmoins, la Cour de Luxembourg a considéré que le nombre d'hôpitaux, leur distribution géographique et la manière dont ils sont organisés sont des matières pour lesquelles la planification doit être possible⁵⁵. Cette planification poursuit tant l'objectif de garantir une accessibilité suffisante et

ECLI:EU:C:2001:404, para 53. et C.J.U.E., 12 juillet 2001, *Abdon Vanbraeckel e.a. c. Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC)*, aff. C-368/98, ECLI:EU:C:2001:400, para 41.

⁴⁷ Gérard VINCENT et Pascal GAREL, *op. cit.*, p. 200.

⁴⁸ Julio BAQUERO CRUZ, « The Case Law of the European Court of Justice on the Mobility of Patients: An Assessment », in WILLEM VAN DE GRONDEN Johan, SZYSZCZAK Erika, NEERGAARD Ulla, KRAJEWSKI Markus (ed.), *Health Care and EU Law*, La Haye, T.M.C. Asser Press, 2011, p. 83.

⁴⁹ C.J.U.E., 28 avril 1998, *Raymond Kohll c. Union des caisses de maladies*, aff. C-158/96, ECLI:EU:C:1998:171, para 41.

⁵⁰ C.J.U.E., 28 avril 1998, *Raymond Kohll c. Union des caisses de maladies*, aff. C-158/96, ECLI:EU:C:1998:171, para 41.

⁵¹ Louis DUBOIS, « L'hôpital et le droit communautaire », *Les Tribunes de la santé*, 2004, p. 41.

⁵² BAETEN Rita et PALM Willy, « The Compatibility of Health Care Capacity Planning Policies with EU Internal Market Rules », in WILLEM VAN DE GRONDEN Johan, SZYSZCZAK Erika, NEERGAARD Ulla, KRAJEWSKI Markus (ed.), *Health Care and EU Law*, La Haye, T.M.C. Asser Press, 2011, p. 392.

⁵³ Cf. *infra*, p. 30. Nous pouvons résumer ce concept en disant que la programmation géographique et quantitative a deux objectifs. D'une part, elle tend à éviter des situations dans lesquelles les dispensateurs de soins ne sélectionnent que les patients qui sont facilement guérissables. D'autre part, la programmation permet d'éviter que les soins soient concentrés dans les zones les plus profitables financièrement.

⁵⁴ Cette question a été l'objet de nombreuses discussions lors de la proposition de la Directive Services par la Commission européenne en 2004. L'article 15 de cette proposition prévoyait un régime automatique et préventif des autorisations. Les États membres étaient tenus, dans un premier temps, « d'évaluer si l'accès à l'exercice d'un service [...] était soumis à une série d'exigences, notamment "des restrictions quantitatives ou territoriales, notamment sous la forme de limites fixées en fonction de la population ou sur la base d'une distance géographique minimale entre les prestataires de services" » (BAETEN Rita et PALM Willy, *op. cit.*, p. 394). Dans un deuxième temps, les États membres devaient justifier si ces exigences étaient justifiées et proportionnées. La Commission a finalement retiré ce texte de sa proposition. Cet article est devenu l'un des aspects les plus controversés de la proposition et a finalement conduit à l'exclusion totale de la prestation de soins de santé du champ d'application de la Directive, conformément à l'article 2, (2), (f), de celle-ci. La Commission européenne a préféré, dans un deuxième temps, établir un document à part entière : Directive Droit des Patients.

⁵⁵ C.J.U.E., 12 juillet 2001, *B.M.S. Smits, épouse Geraets et Stichting Ziekenfonds VGZ c. H.T.M. Peerbooms et Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, aff. C-157/99, ECLI:EU:C:2001:404, para. 76 ; C.J.U.E., 13 mai 2003, *V.G. Müller-Fauré c. E.E.M. van Riet*, aff. C-385/99, ECLI:EU:C:2003:270, para. 77.

permanente aux soins hospitaliers que l'objectif d'une maîtrise des coûts financiers, techniques et humains⁵⁶. Dès lors, selon la Cour, le droit de l'Union européenne permet aux États membres de restreindre « la fourniture de prestations médicales et hospitalières dans la mesure où le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national est essentiel pour la santé publique, voire même pour la survie de la population »⁵⁷.

Ainsi, la Cour de justice reconnaît le besoin et donc le droit pour les États membres de réguler et de planifier la capacité de leurs services de soins. La jurisprudence de la Cour semble donc avoir pris en considération le message politique selon lequel les services de soins de santé sont exclus de la Directive Services et que ceux-ci ne sont pas considérés comme n'importe quel autre service, dû à leur spécificité.

B. LA REPARTITION DES COMPETENCES EN MATIERE DE POLITIQUE DE SANTE

Comme nous venons de l'illustrer, la matière de la politique de santé relève essentiellement de la compétence nationale. À cet égard, la Belgique fédérale connaît une répartition de compétences entre les différentes autorités du pays⁵⁸. Nous analyserons, dans un premier temps, les compétences respectives de l'autorité fédérale et des Communautés au travers des principes et des exceptions, tant légales que jurisprudentielles, de la loi de réformes institutionnelles (1). Nous poursuivrons, dans un second temps, avec la situation particulière en Région de Bruxelles-Capitale et l'imbroglio qui y règne (2).

1) Les compétences respectives de l'autorité fédérale et des Communautés

La communautarisation de la politique des soins de santé a été entamée lors de la révision constitutionnelle de 1980⁵⁹ qui a étendu les compétences des Communautés aux matières personnalisables⁶⁰. Cette notion est définie comme constituée « des matières

⁵⁶ C.J.U.E., 12 juillet 2001, *B.M.S. Smits, épouse Geraets et Strichting Ziekenfonds VGZ c. H.T.M. Peerbooms et Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, aff. C-157/99, ECLI:EU:C:2001:404, para. 78 et 79 ; C.J.U.E., 10 mars 2009, *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung*, aff. C-169/07, ECLI:EU:C:2009:141, para. 49.

⁵⁷ C.J.U.E., 10 mars 2009, *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung*, aff. C-169/07, ECLI:EU:C:2009:141, para. 48.

⁵⁸ Voy. Géraldine ROSOUX, « Les principes de répartition des compétences dans la jurisprudence de la Cour constitutionnelle », *Administration Publique : Revue du Droit public et des Sciences administratives*, 2018, pp. 367 – 416.

⁵⁹ Voy. Michel LEROY, *De la Belgique unitaire à l'État fédéral*, Bruxelles, Bruylant, 1996, 81 p ; André ALEN, « Het nieuwe België in drie fasen : een schematisch overzicht », *Tijdschrift voor bestuurswetenschappen en publiek recht*, 1989, p. 67 et s.

⁶⁰ Art. 128, §1 de la Constitution.

étroitement liées à la vie de l'individu dans sa Communauté »⁶¹. Les matières personnalisables sont donc caractérisées comme étant des matières sociales, à l'occasion desquelles une rencontre personnelle a lieu⁶². Le caractère linguistique est donc prégnant dans ce domaine.

Dès lors, il n'est pas surprenant de constater, dans les travaux parlementaires, que l'attribution des matières personnalisables aux Communautés répond notamment à la revendication des bruxellois néerlandophones de disposer d'institutions hospitalières où ceux-ci ont la certitude d'être accueillis dans leur propre langue⁶³. Toutefois, la question de l'opportunité de transférer ces compétences aux Communautés a été soulevée⁶⁴. En effet, à cette époque, les institutions bruxelloises n'existaient pas encore⁶⁵. La consécration de la Région de Bruxelles-Capitale en 1989, sur laquelle nous reviendrons⁶⁶, règlera la question.

L'inscription de la notion de « matières personnalisables » à l'article 128 de la Constitution est notamment due à l'impossibilité d'étendre l'interprétation des notions de « culture » et de « matières culturelles » déjà présentes dans la Constitution⁶⁷. À ce propos, le Conseil d'État était d'avis que le « Constituant a exclu toutes les matières sociales de la notion de "matière culturelle". Les soins de santé et l'aide sociale ne peuvent dès lors, à peine de violer la Constitution, être ajoutés aux matières culturelles »⁶⁸. Une fois la modification constitutionnelle actée, il revenait au législateur spécial de définir le contenu exact des matières personnalisables⁶⁹.

C'est la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 qui, en son article 5, §1^{er}, a défini la substance des matières personnalisables⁷⁰. Initialement limitée à la politique de santé et aux matières d'aide aux personnes, la notion des matières personnalisables a connu une extension lors de la sixième Réforme de l'État en 2014⁷¹. Selon les travaux parlementaires, l'un des objectifs de la loi spéciale du 6 janvier 2014 est de « permettre aux communautés d'exercer effectivement »⁷² les compétences qui leur sont transférées⁷³. Pour atteindre cet objectif,

⁶¹ Marianne DONY et Bernard BLERO, « La répartition des compétences en matière de politique de santé », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1990, p. 4.

⁶² *Idem*.

⁶³ Révision de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la révision de la Constitution et de la réforme des institutions, *Doc.*, Sén., 1979, n°100/27, p. 5.

⁶⁴ Projet de loi spéciale de réformes institutionnelles, Rapport fait au nom de la commission de la réforme de la Constitution et des réformes institutionnelles, *Doc.*, Ch., 1979-1980, n°627/10, p. 49.

⁶⁵ *Voy.* Philippe DE BRUYCKER, « Bruxelles dans la réforme de l'État », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1989, 61 p.

⁶⁶ Cf. *infra*, p. 23.

⁶⁷ Révision de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la révision de la Constitution et des réformes institutionnelles, *Doc.*, Ch., 1979-1980, n°5/4, p. 12.

⁶⁸ Projet de loi portant diverses réformes institutionnelles, Avis du Conseil d'État sur les articles 73 à 92, *Doc.*, Ch., 1977-1978, n°461/25, p.3.

⁶⁹ Révision de la Constitution, Proposition du Gouvernement relatif à la révision de l'article 59bis, *Doc.*, Sén., 1979, n°100/13, p.2.

⁷⁰ Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *Moniteur belge*, 15 août, art. 5.

⁷¹ Loi spéciale du relative à la Sixième Réforme de l'État du 6 janvier 2014, *Moniteur belge*, 31 janvier, art. 5 à 13.

⁷² Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, Commentaire des articles, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 35.

⁷³ La doctrine était majoritairement d'avis que les Communautés n'étaient compétentes que pour « régler les aspects moins importants et moins coûteux de la politique de santé » (Marc UYTENDAELE, *Le fédéralisme inachevé. Réflexions sur le système institutionnel belge, issu des réformes de 1988-1989*, Bruxelles, Bruylant 1991,

l'accent se porte sur la communautarisation plus large des agréments et de la politique de dispensation des soins en matière spécialisée ou pour des populations spécifiques⁷⁴.

Ainsi, les Communautés ont été reconnues compétentes, en matière de politique de santé, pour la politique de dispensation de soins de manière générale⁷⁵, la politique de revalidation *long term care*, l'organisation des soins de santé de première ligne, l'agrément des professions de soins de santé et l'éducation sanitaire⁷⁶.

Cela étant, l'intégralité de la politique de la santé ne relève pas de la compétence des Communautés. Des restrictions résident, d'une part, au sein même de la loi spéciale et, d'autre part, des limites ont été fixées par la jurisprudence de la Cour constitutionnelle⁷⁷.

Premièrement, l'autorité fédérale reste compétente en ce qui concerne la législation organique des hôpitaux, la programmation et la détermination des hôpitaux universitaires⁷⁸. Quant au financement⁷⁹, la compétence en matière de financement des dépenses de fonctionnement relève de l'autorité fédérale, ainsi que l'assurance maladie-invalidité et la sécurité sociale⁸⁰. En revanche, les Communautés sont compétentes en matière de financement des investissements de l'infrastructure et des services médicotechniques⁸¹.

Deuxièmement, la Cour constitutionnelle a expressément déclaré que la « protection de la santé publique n'a pour le surplus pas été soustraite à la compétence du législateur fédéral et celui-ci peut, sur la base de sa compétence résiduelle en la matière, adopter des mesures dans les matières pour lesquelles les régions et les communautés ne sont pas compétentes »⁸². Le législateur fédéral, par le biais des compétences résiduelles, reste donc compétent pour la protection de la santé publique.

Le principe de la compétence des Communautés en matière de politique de santé souffre donc d'importantes exceptions au profit du législateur national. Ces réserves en faveur de

p. 437) et n'avaient qu'une compétence d'exécution ou d'adoption des normes complémentaires (Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 45 ; Marie-Claire DANCOT, Jean-François DECHAMPS, Myriam DUFRASNE, Claudine ITTERBEECK, Edouard POULLET, *Les compétences communautaires en matière de politique de santé*, Bruxelles, De Boeck – Wesmael, 1987, p. 19 ; Marianne DONY et Bernard BLERO, *op. cit.*, p. 15).

⁷⁴ Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, « Sixième réforme de l'État : quel impact pour les hôpitaux ? », *Healthcare Executive*, p. 4.

⁷⁵ Cela concerne la politique de dispensation de soins de soins dans et au dehors des institutions de soins, la politique de dispensation des soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux, la politique de dispensation de soins dans les institution pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolés et la politique de dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement.

⁷⁶ Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *Moniteur belge*, 15 août, art. 5, §1, I.

⁷⁷ Christian BEHRENDT et Martin VRANCKEN, *Principes de droit constitutionnel*, Bruxelles, La Chartre, 2019, pp. 412 – 413.

⁷⁸ *Voy.* Jeroen VAN NIEUWENHOVE, « De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg » in André ALEN, Benjamin DALLE, Koen MUYLLE, Wouter PAS, Jeroen VAN NIEUWENHOVE, Willem VERRIJDT, *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Bruges, Die Keure, 2014, p. 394.

⁷⁹ *Cf. infra*, p. 38.

⁸⁰ Philippe QUERTAINMONT, *Législation hospitalière. Droit, gestion et financement des hôpitaux en Belgique*, Bruxelles, Kluwer, 2001, p. 44.

⁸¹ Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *Moniteur belge*, 15 août, art. 5, §1, I, 1°, a). *Voy* à ce sujet Bruno SEUTIN et Geert VAN HAEGENDOREN (dirs.), *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, Bruges, Die Keure, 2017, 553 p.

⁸² C. Const., arrêt n° 2/2009 du 15 janvier 2009, B. 5.2.

l'autorité fédérale sont devenues, en pratique, la règle générale⁸³. La sixième Réforme de l'État vient toutefois nuancer ce constat.

L'emprise de l'autorité fédérale reste forte en raison notamment du rôle que joue ce niveau de pouvoir en termes financiers. Le fonctionnement des hôpitaux étant en grande partie financé par le fédéral⁸⁴, les autorités nationales ont, depuis toujours, eu intérêt à garder la mainmise sur les mesures qui pouvaient avoir une répercussion sur le financement des hôpitaux.

Il apparaît également important de mentionner qu'il a été fait usage de la « clause de la Saint-Quentin » prévue à l'article 138 de la Constitution⁸⁵. Ce mécanisme a été mis en œuvre par le décret du 19 juillet 1993 de la Communauté française⁸⁶ dont le contenu a été repris dans le décret spécial du 3 avril 2014⁸⁷ qui a opéré le transfert des compétences nouvellement attribuées aux Communautés par la sixième Réforme de l'État. Le décret du 4 avril 2014 de la Commission communautaire française (ci-après, COCOF)⁸⁸ et le décret du 11 avril 2014 pour la Région wallonne⁸⁹ complètent le transfert. En définitive, la Région wallonne et la COCOF exercent les compétences de la Communauté française en matière de la politique de santé, à l'exception notamment des hôpitaux universitaires, de l'agrément⁹⁰ et du contingentement des professions des soins de santé⁹¹.

Nous pouvons constater un éparpillement des pouvoirs et des centres de décisions. De telle sorte que les politiques pourront, dans le domaine de la santé, être menées concurremment par l'autorité fédérale et les Communautés. Afin néanmoins d'assurer une certaine cohérence dans le domaine de la santé publique, le gouvernement fédéral et les exécutifs des entités fédérées ont conclu plusieurs protocoles d'accord. Ces protocoles constituent un exemple de fédéralisme de coopération⁹² et sont, avant tout, des accords de nature politique. Ils permettent de « connaître l'interprétation qui prévaut à un moment donné des compétences respectives de l'État et des communautés »⁹³.

⁸³ Diane DÉOM et Philippe QUERTAINMONT, « L'évolution récente du droit de la santé et de la législation hospitalière en Belgique », *Administration publique*, 1991, p. 222.

⁸⁴ Cf. *infra*, p. 38.

⁸⁵ Cette clause permet de transférer l'exercice de compétences de la Communauté française à la Région wallonne pour ce qui concerne la région de langue française, d'une part, et à la Commission communautaire française (COCOF) pour ce qui concerne le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, d'autre part. Ce dispositif est un palliatif à l'impécuniosité de la Communauté française. Sur ce sujet, voy. Mathieu DEKLEERMAKER et Laurie LOSSEAU, « Les transferts de compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'État », *Revue belge de sécurité sociale*, 2015, pp. 445 – 464.

⁸⁶ Décret attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 19 juillet 1993, *Moniteur belge*, 10 septembre.

⁸⁷ Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 3 avril 2014, *Moniteur belge*, 25 juin.

⁸⁸ Décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 4 avril 2014, *Moniteur belge*, 25 juin.

⁸⁹ Décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 11 avril 2014, *Moniteur belge*, 12 mai.

⁹⁰ Cf. *infra*, p. 31.

⁹¹ Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 3 avril 2014, *Moniteur belge*, 25 juin, art. 3.

⁹² Marie-Claire DANCOT, Jean-François DECHAMPS, Myriam DUFRASNE, Claudine ITTERBEECK, Edouard POULLET, *op. cit.*, p. 25.

⁹³ Marianne DONY et Bernard BLERO, *op. cit.*, p. 22.

L'un des derniers protocoles ayant été adoptés est le protocole du 5 novembre 2018 qui fait suite à la conférence interministérielle « Santé publique »⁹⁴. Il fixe la manière dont les vingt-cinq réseaux hospitaliers locorégionaux seront répartis dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier⁹⁵.

2) *La politique de santé en Région de Bruxelles-Capitale*

Comme indiqué plus haut, la notion de matières personnalisables a été conçue suite à une revendication de la part des néerlandophones de Bruxelles de disposer d'institutions hospitalières et sociales où ils auront la certitude d'être accueillis dans leur propre langue⁹⁶. Le paragraphe 2, de l'article 128 de la Constitution prévoit la compétence des Communautés notamment à « l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou l'autre communauté »⁹⁷. Cet article contient en lui le germe d'un enchevêtrement particulièrement complexe des compétences en matière de politique de santé à Bruxelles⁹⁸.

Il résulte de cet article que les institutions établies sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale qui s'adressent aux deux communautés linguistiques, tels que les hôpitaux, ne relèvent pas de la compétence des Communautés⁹⁹. Ces institutions bruxelloises « bicommunautaires » relevaient, jusqu'en 1989, de la compétence « du Parlement national et des deux Ministres des Réformes institutionnelles siégeant au sein du Gouvernement national »¹⁰⁰. Cette situation peu satisfaisante a été réglée par la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises¹⁰¹. Cette loi spéciale¹⁰² apporte ainsi une réponse aux difficultés suscitées, sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, par l'application de

⁹⁴ Protocole d'accord sur la répartition du nombre maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sur les entités compétentes pour l'agrément, *Moniteur belge*, 16 janvier 2019. Disponible sur : <https://www.health.belgium.be/fr/news/conference-interministerielle-sante-publique-du-5-11-2018> (consulté le 2 mai 2020).

⁹⁵ Dans ce protocole d'accord, les différentes autorités compétentes se sont accordés sur la répartition suivante : un maximum de 13 réseaux composés exclusivement d'hôpitaux situés sur le territoire de la Région flamande, 8 réseaux sur le territoire de la Région wallonne, 4 réseaux sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale dont un agréé par la Communauté flamande.

⁹⁶ Révision de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la révision de la constitution et de la réforme des institutions, *Doc.*, Sén., 1979, n°100/27, p. 5.

⁹⁷ Art. 128, §2 de la Constitution.

⁹⁸ Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 48 ; Diane DÉOM et Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 223.

⁹⁹ Proposition de loi sur les hôpitaux sur lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision, Avis du Conseil d'État, *Doc.*, Ch., 1983-1984, n°910/2, p. 2.

¹⁰⁰ Révision de l'article 108ter de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la Révision de la Constitution et des réformes des institutions, *Doc.*, Sén., 1988, n°100-6/2°, p. 3.

¹⁰¹ Révision de la Constitution, Révision de l'article 59bis de la Constitution, *Doc.*, Sén., 1988, n°100-2/1°, p. 6 ; Révision de l'article 59bis de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la révision de la Constitution et des réformes des institutions, *Doc.*, Sén., 1988, n°100-2/2°, p. 28.

¹⁰² Loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises du 12 janvier 1989, *Moniteur belge*, 14 janvier.

l'article 128 de la Constitution en ce qui concerne la gestion des matières bicommunautaires dans le domaine de la santé¹⁰³.

En substance¹⁰⁴, la loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises consacre l'existence de la Commission communautaire commune (COCOM), compétente pour « les matières communes aux deux Communautés de Bruxelles-Capitale »¹⁰⁵. Cette institution agit par voie d'ordonnances¹⁰⁶ à l'égard des institutions à caractère public¹⁰⁷.

En outre, il existe à Bruxelles deux Commissions communautaires : la Commission communautaire française (COCOF)¹⁰⁸ et la Commission communautaire flamande¹⁰⁹ (COCON). L'article 64 de la loi relative aux Institutions bruxelloises attribue à la COCOF et à la COCON des compétences identiques à celles détenues par les autres pouvoirs organisateurs pour les matières mono-communautaires. Chaque Commission communautaire dispose donc, sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, de compétences d'organisation¹¹⁰ dans les matières mono-communautaires et ce, en concurrence avec leur propre Communauté¹¹¹.

Rappelons également que la COCOF exerce les compétences de la Communauté française qui lui ont été transférées en vertu de la clause de la Saint-Quentin¹¹².

Comme le résume Philippe QUERTAINMONT, il résulte, au total, que « ce sont six entités autonomes qui sont habilitées à intervenir, en matière de politique de santé, sur le territoire des 19 communes : l'État, pour les domaines de la santé non communautarisés par l'article 5 de la loi du 8 août 1980, la Communauté française et la Communauté flamande, la Commission communautaire commune pour les matières "bi-personnalisables", et enfin la Commission communautaire française et la Commission communautaire flamande »¹¹³.

¹⁰³ Voy. Serge LOUMAYE, « Les nouvelles institutions bruxelloises », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1989, 55 p., spéc. p. 32 et s. ; Pierre NIHOUL, « La spécificité institutionnelle bruxelloise », in *La Constitution fédérale du 5 mai 1993*, Bruxelles, Bruylant, 1993, p. 87 et s. ; Geneviève CEREXHE, « Les compétences de la Commission communautaire à la suite des accords de la Saint-Quentin », *R.R.D.*, 1993, p. 501 et s. ; Yves LEJEUNE, « La réforme de l'État : les nouvelles institutions bruxelloises », *J.T.*, 1989, p. 211.

¹⁰⁴ Pour plus de détails, voy. Marianne DONY et Bernard BLERO, « La répartition des compétences en matière de politique de santé », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1990, p. 47 et s. ; Jean-Paul NASSAUX, « La Commission communautaire commune (COCOM) : vers une autre dimension », *Les analyses du CRISP en ligne*, 2013, 7 p.

¹⁰⁵ Loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises du 12 janvier 1989, *Moniteur belge*, 14 janvier, art. 60, al. 4.

¹⁰⁶ Loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises du 12 janvier 1989, *Moniteur belge*, 14 janvier, art. 68.

¹⁰⁷ Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 49.

¹⁰⁸ Loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises du 12 janvier 1989, *Moniteur belge*, 14 janvier, art. 60, al. 2.

¹⁰⁹ Loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises du 12 janvier 1989, *Moniteur belge*, 14 janvier, art. 60, al. 2.

¹¹⁰ Ces institutions sont donc compétentes, selon l'article 68, alinéa 2 de la loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises, pour élaborer et exécuter une programmation de l'infrastructure, créer les institutions nécessaires, les gérer, adresser des recommandations et avis aux autorités concernées, ainsi que prendre et encourager les initiatives prises en ce domaine.

¹¹¹ Serge LOUMAYE, *op. cit.*, p. 43. ; Philippe DE BRUYCKER, *op. cit.*, p. 118.

¹¹² Cf. *supra*, p. 22.

¹¹³ Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 50.

C. LA LEGISLATION HOSPITALIERE

Cette section aura pour but tant de présenter le paysage dans lequel évoluent les hôpitaux que d'introduire les éléments qui ont connu une modification suite à la loi du 28 février 2019 à laquelle la troisième partie de cette étude sera consacrée.

Il sera donc question, successivement, de présenter ce qui relève de la législation organique (1), d'introduire la matière de l'activité hospitalière (2), avant d'aborder les notions de programmation (3) et d'agrément (4). Enfin, nous terminerons par évoquer tant l'organisation au sein de l'hôpital (6) que l'organisation des relations entre hôpitaux (5). Dès lors, il ne sera pas fait état des relations qu'entretiennent les hôpitaux avec le personnel hospitalier¹¹⁴, d'une part, et avec les patients¹¹⁵, d'autre part. De la même manière, nous n'aborderons pas les questions relatives aux pouvoirs organisateurs¹¹⁶ et à la tutelle de ceux-ci.

1) La législation organique

Avant que la pratique, les avis du Conseil d'État et la jurisprudence concrétisent et étoffent le concept de législation organique, la législation applicable aux hôpitaux a longtemps été limitée. Dans cette section, nous tâcherons donc de circonscrire cette notion dans une perspective historique.

Le législateur belge a longtemps fait preuve de désintérêt vis-à-vis de l'organisation des hôpitaux. Cette indifférence peut paraître surprenante d'autant plus qu'avec la création, dès 1945, de la sécurité sociale obligatoire¹¹⁷, l'État introduisait un véritable « droit à la santé »¹¹⁸. Bien que l'article 56 de l'Arrêté du Régent du 21 mars 1945 sur l'assurance maladie invalidité prévoyait que « l'intéressé choisit librement l'établissement dans lequel il sera hospitalisé et soigné, du moment que cet établissement est agréé par le Ministre de la Santé publique »¹¹⁹, aucune disposition ne concernait la structure ou l'organisation hospitalière. Cette dernière était livrée à l'initiative des pouvoirs organisateurs et des médecins¹²⁰. Malgré cette introduction du

¹¹⁴ Voy. Filip DEWALLENS, *Het statuut van de ziekenhuisarts. De rechtsverhoudingen tussen ziekenhuisartsen en ziekenhuizen*, Antwerp – Cambridge, Intersentia, 2015, p. 101 et s. ; Thierry VANSWEEVELT et Filip DEWALLENS (eds.), *op. cit.*, p. 212 et s.

¹¹⁵ Voy. Yves-Henri LELEU, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patients », *J.T.*, 2003, p. 649 et s. ; Herman NYS, *De rechten van de patiënt*, Louvain, Presses Universitaires, 2003, 182 p. ; Gilles GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2010, pp. 111-124 ; Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *op. cit.*, p. 603 et s.

¹¹⁶ Voy. Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, pp. 11 – 38.

¹¹⁷ Sur la création de la sécurité sociale, voy. *Évolution et tendance de la sécurité sociale. Belgique. Tome I*, Étude effectuée à la demande de la Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier, Genève, 1959, 160 p.

¹¹⁸ Diane DÉOM et Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 220.

¹¹⁹ Bernard DELVAUX, « Évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1986, p. 47.

¹²⁰ *Idem*.

droit à la santé, la législation en vigueur ne traitait que des normes d'agrément, laissant les institutions dispensatrices de soins sans réel contrôle.

La première véritable législation hospitalière date du 23 décembre 1963¹²¹ et instaurait, pour la première fois, l'idée de programmation¹²². Néanmoins, l'objectif principal de cette loi était essentiellement d'imposer des exigences minimales « [du] point de vue de la qualité de l'équipement et des soins »¹²³, ainsi que de garantir la viabilité des hôpitaux au moyen de subsides de l'État¹²⁴.

L'organisation hospitalière en Belgique connaissant le « même climat de compétition mais néanmoins de compromis tacite qu'en matière scolaire, linguistique ou syndicale »¹²⁵, il est également intéressant de noter que cette loi s'appliquait aussi bien aux établissements hospitaliers publics que privés¹²⁶. En effet, le réseau hospitalier connaît la double division bien connue en Belgique opposant, d'une part, une gestion privée catholique ou publique et, d'autre part, une séparation francophone et néerlandophone. Ce clivage entre gestion privée et publique tend toutefois à s'effacer¹²⁷. C'est d'ailleurs l'esprit de la réforme du paysage hospitalier qui fait fi des anciens piliers organisationnels en obligeant les hôpitaux à coopérer entre eux selon une logique territoriale¹²⁸.

Cette loi du 23 décembre 1963 a été modifiée à plusieurs reprises, entraînant une grande incompréhensibilité de la réglementation en matière de gestion et d'organisation hospitalière. Ce fut le début, après une période de vacuité législative, d'une grande production normative concernant les hôpitaux. Finalement, la loi du 23 décembre 1963 fut modifiée une dernière fois par un arrêté, pris en vertu d'une loi de pouvoirs spéciaux¹²⁹, avant d'être abrogée implicitement en 1987.

C'est, en effet, à la fin des années 1980 que la législation hospitalière a connu sa première coordination d'ensemble par l'arrêté royal du 7 août 1987¹³⁰. La seconde coordination a été opérée par l'arrêté royal du 10 juillet 2008¹³¹. Cette loi du 10 juillet 2008, dernièrement modifiée par la loi du 28 février 2019¹³², est principalement l'objet de notre étude.

Cette législation comprend les règles de base traitant de l'organisation, le fonctionnement et le financement des hôpitaux. Néanmoins, la compétence du législateur

¹²¹ Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, *Moniteur belge*, 1^{er} janvier 1964.

¹²² Cf. *infra*, p. 30.

¹²³ Projet de loi sur les hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Sén, 1962-1963, n°323, p. 1.

¹²⁴ Diane DÉOM et Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 220.

¹²⁵ Diane DÉOM et Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 221.

¹²⁶ Projet de loi sur les hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Sén, 1962-1963, n°323, p. 2 ; Projet de loi sur les hôpitaux, Avis du Conseil d'État, *Doc.*, Sén, 1962-1963, n°323, p. 14.

¹²⁷ Annexe, p. VI.

¹²⁸ Cf. *infra*, p. 49.

¹²⁹ Loi attribuant certains pouvoirs spéciaux au Roi du 27 mars 1986, *Moniteur belge*, 28 mars. L'article 1, al. 1, 4° de cette loi prévoyait que le Roi devait prendre toutes les mesures utiles en vue de « compléter, d'adapter ou de modifier la législation sur les hôpitaux.

¹³⁰ Arrêté royal portant coordination de la loi sur les hôpitaux du 7 août 1987, *Moniteur belge*, 7 octobre.

¹³¹ Arrêté royal portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre.

¹³² Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soi, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, *Moniteur belge*, 7 avril.

fédéral ne se limite pas à cette seule loi mais s'étend à toute législation de base¹³³. En effet, la Cour constitutionnelle a considéré que « par législation organique, il faut entendre les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière, telles qu'elles sont *notamment* contenues dans l'arrêté royal du 7 août 1987 portant coordination de la loi sur les hôpitaux »¹³⁴. Dans un autre arrêt, la Cour a apporté des précisions sur la notion de législation organique en précisant que ce concept ne se limitait effectivement pas à ce qui était réglé par la loi sur les hôpitaux mais surtout, que tout ce que règle cette loi n'est pas « organique »¹³⁵.

Enfin, le législateur spécial est venu clarifier la situation dans les travaux parlementaires de la sixième Réforme de l'État. Ainsi, sont notamment organiques les caractéristiques de base des hôpitaux, des services hospitaliers, sections, fonctions hospitalières, des collaborations hospitalières ainsi que les règles générales relatives à la gestion et au processus décisionnel dans les hôpitaux¹³⁶.

2) Cadre général de l'activité hospitalière

Avant une brève introduction aux différentes activités pratiquées dans les hôpitaux, nous présenterons les différents types d'hôpitaux prévus par le législateur.

a) Les types d'hôpitaux

Il y a lieu de faire une distinction entre les différents types d'hôpitaux qui sont organisés par la législation belge. La loi du 10 juillet 2008 distingue les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux universitaires¹³⁷.

Les hôpitaux généraux sont les établissements de soins de santé dans lesquels des personnes sont admises pour subir un examen ou un traitement médical, chirurgical ou obstétrical¹³⁸. Cette large définition, reprise à l'article 2, §1^{er} de la loi du 10 juillet 2008, permet d'englober un grand nombre d'établissements. Cependant, pour répondre à la notion d'hôpital, des conditions supplémentaires sont exigées par l'arrêté royal du 30 janvier 1989¹³⁹. En effet,

¹³³ Projet de loi complétant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux et portant des dispositions organiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers, Exposé des motifs, *Doc.*, Sén., 1983-1984, n°653/1, p. 12.

¹³⁴ C. Const., arrêt n°83/98 du 15 juillet 1998, B.5.4., nous soulignons.

¹³⁵ C. Const., arrêt n°108/2000 du 31 octobre 2000, B.1.4.1. *Voy* Peter HANNES, « Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de outderenzorg? » in Jan VELAERS, Jürgen VANPRAET, Yannick PEETERS et Werner VANDENBRUWAENE (eds.), *De zesde staatshervorming: instellen, bevoegheden en middelen*, Anvers, Intersentia, 2014, p. 391.

¹³⁶ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, Commentaire des articles, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 35 – 36.

¹³⁷ Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *op. cit.*, p. 39.

¹³⁸ Projet de loi sur les hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Sén., 1962-1963, n°323, p. 2.

¹³⁹ Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février.

chaque hôpital doit disposer d'un minimum de 150 lits, d'un service où est pratiqué tant l'activité chirurgicale que celle afférente à la médecine interne¹⁴⁰. En outre, les activités suivantes sont également présentes dans un hôpital de base : anesthésiologie, radiologie, activités de base en biologie clinique, réadaptation fonctionnelle et activité de base en officine hospitalière, ainsi que le programme de soins de base en oncologie¹⁴¹. De plus, un médecin doit en permanence être présent¹⁴².

Les hôpitaux psychiatriques sont exclusivement destinés à des patients atteints de troubles psychiques graves¹⁴³. Ils proposent des services neuropsychiatriques d'observation et de traitement, des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation ainsi que des services de traitement intensif des patients psychiatriques¹⁴⁴. Ils peuvent également contribuer à créer et à gérer des habitations protégées¹⁴⁵.

Les hôpitaux universitaires sont des hôpitaux qui ont pour mission de prendre en charge des patients mais également d'assurer des fonctions d'enseignement et de recherche scientifique¹⁴⁶. Ils jouent aussi un rôle en matière de développement des nouvelles technologies. Ces sont les Universités belges qui proposent les établissements ayant le caractère d'hôpital universitaire¹⁴⁷. Il en existe actuellement sept en Belgique. Le nombre maximum de lits des hôpitaux universitaires est, quant à lui, fixé par un arrêté royal¹⁴⁸. Toutefois, l'ensemble de ces lits ne sont pas tous implantés dans ces établissements¹⁴⁹.

¹⁴⁰ Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février, art. 2, §1, 1° et 2°.

¹⁴¹ Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février, art. 2, §1, 3°.

¹⁴² Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février, art. §1, 5°.

¹⁴³ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 3.

¹⁴⁴ Arrêté royal fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers du 3 août 1976, *Moniteur belge*, 17 septembre, art. 2.

¹⁴⁵ Arrêté royal fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques du 10 juillet 1990, *Moniteur belge*, 26 juillet 1990, art.3.

¹⁴⁶ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 4.

¹⁴⁷ Projet de loi sur les hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Sén, 1962-1963, n°323, p. 3.

¹⁴⁸ Arrêté royal fixant le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires du 24 décembre 1980, *Moniteur belge*, 24 janvier 1981.

¹⁴⁹ Bernard DELVAUX, *op. cit.*, p. 36. Sur la répartition des lits agréés par type et par région, voy. Anja CROMMELYNCK, Katerijn DEGRAEVE et David LEFÈVRE, « L'organisation et le financement des hôpitaux », *MC-informations*, 2013, p. 5.

b) Les activités à l'hôpital

L'activité à l'hôpital est organisée en services, fonctions et sections. Par souci d'exhaustivité, il ne sera possible de présenter ces différentes notions que de manière succincte.

Premièrement, chaque hôpital possède différents services de soins¹⁵⁰ qui peuvent être regroupés en trois catégories. La première comprend les services dits « aigus » qui « accueillent les patients dans la phase aiguë de leur maladie et comportent dans certains cas des sections neuropsychiatriques »¹⁵¹. La seconde catégorie concerne les services spécialisés qui sont orientés vers le traitement d'un seul type d'affectation ou vers l'application d'une seule technique médicale particulière. Enfin, la dernière catégorie concerne les services gériatriques qui sont axés sur les soins aux personnes souffrant de maladies de longue durée¹⁵².

Outre ces services de soins, l'activité hospitalière peut être étendue aux services médicaux et aux services médicotechniques¹⁵³. Ces services viennent en appui des autres spécialités. Il peut s'agir de service d'imagerie médicale¹⁵⁴, d'un service de radiothérapie¹⁵⁵, d'un service d'hémodialyse¹⁵⁶, d'un centre de médecine nucléaire où est installé un scanner PET¹⁵⁷ ou d'un centre de transplantation¹⁵⁸.

Ensuite, la notion de section est proche de celle de fonction. En effet, « la section fait généralement partie d'un service hospitalier, tandis qu'une fonction a plutôt pour but de fournir des soins transversaux, sur l'ensemble des services et sections »¹⁵⁹. Nous citerons, à titre d'exemple, la section « centre d'expertise pour les patients comateux »¹⁶⁰.

¹⁵⁰ Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 23 octobre 1964, *Moniteur belge*, 7 novembre.

¹⁵¹ Bernard DELVAUX, *op. cit.*, p. 4.

¹⁵² *Idem*.

¹⁵³ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 58.

¹⁵⁴ Arrêté royal fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installée un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6bis, §2°bis, de la loi sur les hôpitaux du 28 novembre 1986, *Moniteur belge*, 6 décembre.

¹⁵⁵ Arrêté royal fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médicotechnique [...] au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 5 avril 1991, *Moniteur belge*, 17 avril.

¹⁵⁶ Arrêté royal fixant les normes auxquelles les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre pour être agréés comme service medico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 27 novembre 1996, *Moniteur belge*, 18 février.

¹⁵⁷ Arrêté royal fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service medico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 14 décembre 2006, *Moniteur belge*, 3 avril 2007.

¹⁵⁸ Arrêté royal fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 23 juin 2003, *Moniteur belge*, 4 août.

¹⁵⁹ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, « L'organisation et le financement des hôpitaux », *MC-informations*, 2013, p. 6.

¹⁶⁰ Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la section « centre d'expertise pour les patients comateux » du 4 juin 2008, *Moniteur belge*, 1^{er} juillet.

Enfin, les hôpitaux sont susceptibles de comporter diverses fonctions comme la fonction d'officine hospitalière¹⁶¹, la fonction de soins néonataux locaux¹⁶², la fonction de soins palliatifs¹⁶³, la fonction d'hospitalisation chirurgicale de jour¹⁶⁴, la fonction de « première prise en charge des urgences »¹⁶⁵, la fonction de soins intensifs¹⁶⁶ ou la fonction de banque de sang hospitalière¹⁶⁷.

3) *La programmation hospitalière*

La politique de programmation remplit deux objectifs. Comme le résume Bernard DELVAUX, il s'agit « d'une part, d'éviter que, globalement, l'activité hospitalière ne se développe inconsidérément. D'autre part, veiller à une répartition harmonieuse de l'infrastructure hospitalière entre services et entre régions »¹⁶⁸.

L'idée de programmation est apparue pour la première fois avec la loi du 23 décembre 1963. L'article 6 de cette loi conditionnait l'octroi de subsides pour des frais de construction aux hôpitaux qui « s'insèrent dans le cadre d'un programme hospitalier national »¹⁶⁹. Celui-ci prévoyait pour chaque type de service hospitalier, un nombre maximal de lits par milliers d'habitants¹⁷⁰. Cette « planification purement indicative »¹⁷¹ ne limitait en aucun cas la construction ou l'ouverture d'établissements hospitaliers. Seul était restreint l'octroi de subsides.

La loi de 1963 s'étant avérée être un moyen inefficace pour assurer le développement harmonieux du paysage hospitalier¹⁷², le législateur a décidé d'introduire le concept de programmation impérative¹⁷³. L'article 26 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987,

¹⁶¹ Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction d'officine hospitalière du 4 mars 1991, *Moniteur belge*, 23 mars.

¹⁶² Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de soins néonataux locaux (fonction N*) du 20 août 1996, *Moniteur belge*, 1^{er} octobre.

¹⁶³ Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de soins palliatifs du 15 juillet 1997, *Moniteur belge*, 31 juillet.

¹⁶⁴ Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » du 25 novembre 1997, *Moniteur belge*, 5 décembre.

¹⁶⁵ Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « première prise en charge des urgences » du 27 avril 1998, *Moniteur belge*, 19 juin.

¹⁶⁶ Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de soins intensifs du 27 avril 1998, *Moniteur belge*, 19 juin.

¹⁶⁷ Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de banque de sang hospitalière du 17 février 2005, *Moniteur belge*, 25 février.

¹⁶⁸ Bernard DELVAUX, *op. cit.*, p. 50.

¹⁶⁹ Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, *Moniteur belge*, 1^{er} janvier 1964, art. 6.

¹⁷⁰ Bernard DELVAUX, *op. cit.*, p. 48.

¹⁷¹ Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 53.

¹⁷² Cette programmation *a minima* ne permit pas aux autorités publiques d'assurer pleinement un rôle d'État-providence et de répondre de manière satisfaisante aux problèmes du milieu médical. En laissant l'offre de santé soumise à l'initiative de tout un chacun, cela engendrait une répartition déséquilibrée du nombre de lits et des services médicaux entre les différentes régions du pays.

¹⁷³ Philippe QUERTAINMONT, *op. cit.*, p. 55.

étend l'interdiction de construction à tous les hôpitaux qui ne « s'insèrent pas dans le cadre du programme hospitalier »¹⁷⁴.

De plus, depuis 1982, est instauré un moratoire sur les lits d'hôpitaux généraux¹⁷⁵. Un protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et l'exécutif des Communautés bloque la création de nouveaux lits¹⁷⁶. Ce principe a été repris à l'article 62/1 de la loi sur les hôpitaux¹⁷⁷. Pour qu'un lit supplémentaire puisse être créé, une diminution équivalente du nombre de lits existants est requise. Actuellement, c'est l'arrêté royal du 21 mars 1977 qui reprend le nombre de lits programmés, par index, dans les hôpitaux en Belgique¹⁷⁸.

La Cour constitutionnelle a récemment rappelé que l'interdiction faite à l'article 62/1 faisait partie des « règles de bases relative à la programmation » qu'il appartient à l'autorité fédérale d'adopter¹⁷⁹. Néanmoins, les travaux préparatoires de la sixième réforme de l'État prévoient que « des accords bilatéraux asymétriques peuvent [...] être conclus lorsqu'une communauté le requiert »¹⁸⁰. Ces accords bilatéraux pourront porter sur la reconversion de lits hospitaliers sans que cela n'affecte la programmation d'une autre entité fédérée¹⁸¹. Dans ce cas, l'article 47/9, §5 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 prévoit que les moyens affectés aux lits reconvertis seront transférés à l'entité fédérée concernée¹⁸².

4) *L'agrément*

L'agrément des établissements hospitaliers est étroitement lié à la programmation. Toute institution hospitalière doit être intégrée dans une norme de programmation. En outre, ces établissements doivent être agréés et pour ce faire, ils doivent remplir un certain nombre de conditions prévues par les normes d'agrément¹⁸³. Il y a donc lieu de distinguer, d'une part, les normes d'agrément auxquelles les établissements doivent se soumettre et, d'autre part, l'agrément à savoir l'autorisation d'ouvrir et d'exploiter une institution de soins délivrée par l'autorité compétente.

¹⁷⁴ Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, *Moniteur belge*, 7 octobre, art. 26.

¹⁷⁵ Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, *op. cit.*, p. 14.

¹⁷⁶ Bernard DELVAUX, *op. cit.*, p. 49.

¹⁷⁷ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 62/1.

¹⁷⁸ Arrêté royal fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers du 21 mars 1977, *Moniteur belge*, 30 avril.

¹⁷⁹ C. Const., arrêt n°1/2019 du 23 janvier 2019, B. 13.

¹⁸⁰ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, Commentaire des articles, *Doc., Sén.*, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 37.

¹⁸¹ Projet de Déclaration de Politique Générale, 1^{er} décembre 2011, Bruxelles, p. 37. Disponible sur : http://www.uvcw.be/no_index/publications-online/86-2.pdf (consulté le 2 mai 2020).

¹⁸² Loi spéciale relative au financement de Communautés et des Régions du 16 janvier 1989, *Moniteur belge*, 17 janvier, art. 47/9, §5.

¹⁸³ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 66 et s.

a) Les normes d'agrément et compétences

Depuis la sixième Réforme de l'État, la compétence de fixation des normes d'agrément a été transférée aux Communautés¹⁸⁴. Toutefois, les travaux parlementaires précisent de suite que les normes d'agrément édictées par les Communautés ne doivent pas avoir d'impact négatif sur les budgets fédéraux¹⁸⁵ ; raison pour laquelle une procédure stricte est prévue à l'article 5, §1, I, alinéa 3 de la LSRI pour tout décret qui aurait pour objet de fixer des normes d'agrément des hôpitaux. Par ailleurs, il est prévu, au même article, que la Cour des comptes rédige, chaque année, un rapport sur l'incidence des normes d'agrément communautaires sur le budget de l'État fédéral.

De plus, la Cour constitutionnelle a jugé, dans l'arrêt précédemment cité, que les règles de base relatives à la programmation dont l'autorité fédérale est restée compétente « ne forme[nt] pas une matière à ce point imbriquée dans celle de la définition des “normes d'agrément des hôpitaux” [...] que l'autorité fédérale devait, avant d'exercer sa compétence, consulter les autorités compétentes dans cette dernière matière »¹⁸⁶. Les trois instruments politiques que sont la programmation, l'agrément et le financement doivent être utilisés dans le respect d'une cohérence minimale mais « ne sont complémentaires [que] dans une certaine mesure »¹⁸⁷, comme le mentionnent les travaux parlementaires.

Vu le transfert de la compétence normative, des normes différentes en matière d'agrément peuvent apparaître entre les différentes entités fédérées du pays. Cependant, une politique de *standstill* semble prévaloir du côté wallon et bruxellois¹⁸⁸. La Flandre, quant à elle, continue d'appliquer son système d'accréditation¹⁸⁹. Enfin, la Communauté germanophone semble tentée par le modèle flamand¹⁹⁰.

¹⁸⁴ Jeroen VAN NIEUWENHOVE, « Les nouvelles compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées », *Rev. b. séc. soc.*, 2015, pp. 265 – 304.

¹⁸⁵ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, Commentaire des articles, *Doc., Sén.*, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 3.

¹⁸⁶ C. Const., arrêt n°1/2019 du 23 janvier 2019, B.18.

¹⁸⁷ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, Commentaire des articles, *Doc., Sén.*, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 35.

¹⁸⁸ Les assemblées de la Communauté française, de la Communauté communautaire commune et de la Région wallonne, dans les différents décrets faisant application de la clause de la Saint-Quentin transférant les compétences communautaires en matière de politique de santé, ont prévu de se concerter en vue de « l'instauration d'un socle de principes communs visant à guider l'exercice de ces compétences ». La création d'une structure de concertation entre les différentes entités afin d'assurer la convergence des politiques menées sur les territoires de la région de langue française et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, d'améliorer la gestion de ces mêmes compétences et de veiller à l'application effective des principes communs est prévue à l'article 13 du décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et la Commission Communautaire française du 11 avril 2014.

¹⁸⁹ Le système d'accréditation flamand est un système parallèle au système des agrément. Il a été mis en place via le décret de la Communauté flamande relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale du 17 octobre 2003, *Moniteur belge*, 10 novembre et porté à exécution par l'Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale dans les hôpitaux généraux, [de revalidation] et universitaires du 14 mai 2004, *Moniteur belge*, 30 juillet.

¹⁹⁰ Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, *op. cit.*, p. 12.

b) L'inspection, visite et accréditation

L'enchevêtrement des compétences en matière de politique de santé s'illustre au plus haut point dans la matière du contrôle du respect des normes d'agrément. La Communauté flamande¹⁹¹, la Région wallonne¹⁹², la Commission communautaire commune¹⁹³, la Commission communautaire française¹⁹⁴ et la Communauté germanophone¹⁹⁵ sont chacune compétentes, parfois sur le même territoire, pour le contrôle du respect des normes d'agrément.

5) L'organisation des relations entre hôpitaux

Il n'a pas fallu attendre la réforme du paysage hospitalier pour que le législateur s'intéresse à la collaboration entre hôpitaux. L'augmentation des coûts en matière de soins de santé, les avancées technologiques, la limitation du nombre de lits sont autant d'éléments qui ont poussé les autorités sanitaires à mettre en place des instruments permettant de rationaliser les moyens mis en place par les hôpitaux. Trois formes juridiques de collaboration existent : le groupement, l'association et la fusion¹⁹⁶.

L'article 8 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 définit le groupe d'hôpital comme « une collaboration hospitalière durable, juridiquement formalisée et agréée [...] en vue d'une répartition des tâches [...] en matière d'offre et de services, de disciplines ou d'équipements »¹⁹⁷. L'article 9 prévoit les conditions auxquelles le groupement doit satisfaire.

¹⁹¹ La Communauté flamande est compétente pour l'inspection et l'agrément de l'ensemble des hôpitaux situés en Flandre mais aussi pour les hôpitaux mono-communautaires flamands situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. C'est le cas d'une seule institution hospitalière psychiatrique : le Psycho-social centrum-Sint-Alexius. (Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, *op. cit.*, p. 11).

¹⁹² En vertu du transfert de compétence intra-francophone, la Région wallonne est compétente pour l'inspection et l'agrément de tous les hôpitaux situés sur son territoire, à l'exclusion de ceux situés sur le territoire de la Communauté germanophone. En outre, elle est compétente pour l'inspection et l'agrément des hôpitaux universitaires francophones, en ce compris les hôpitaux situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. (Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, *op. cit.*, p. 11).

¹⁹³ La COCOM est compétente pour l'inspection et l'agrément de l'essentiel des hôpitaux situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et qui sont considérés comme bicommunautaires. À ce sujet, voy. Jean-Paul NASSAUX, « Les aspects bruxellois de l'accord des réformes institutionnelles du 11 octobre 2011 », *Courrier hebdomadaire du CRIP*, 2012, 61 p.

¹⁹⁴ La COCOF est compétente pour l'inspection et l'agrément des deux seuls hôpitaux ayant fait le choix de s'adresser exclusivement aux francophones et situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, à savoir les hôpitaux psychiatriques : Parhélie et l'Equipe. (Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, *op. cit.*, p. 12).

¹⁹⁵ La Communauté germanophone est compétente pour l'inspection et l'agrément de deux hôpitaux situés sur son territoire, à savoir ceux d'Eupen et de Saint-Vith. (Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, *op. cit.*, p. 11).

¹⁹⁶ Voy. Thierry VANSWEEVELT et Filip DEWALLENS (eds.), *op. cit.*, p. 188.

¹⁹⁷ Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février, art. 8.

Par exemple, les hôpitaux ne doivent pas être distants de plus de 25 km entre eux¹⁹⁸. De plus, deux organes chapeautent cette collaboration¹⁹⁹ : le comité médical commun²⁰⁰ et le comité de coordination²⁰¹.

L'association d'hôpitaux est prévue par l'arrêté royal du 25 avril 1997 dont l'article 2 en donne la définition²⁰². À la différence du groupement, l'association est « axée sur l'exploitation conjointe d'un ou de plusieurs programmes de soins, services, fonctions, sections hospitalières, services médicaux ». Chaque hôpital conserve son autonomie et ses propres organes d'administration. Toutefois, de la même manière que pour le groupement, il existe deux organes coupes : le comité d'association²⁰³ et le comité médical commun²⁰⁴. L'intérêt principal de cette forme de collaboration est notamment de permettre aux hôpitaux de remplir les conditions en termes de volumes d'activité relatives à l'ouverture de certains services hospitaliers²⁰⁵. L'association vise à « une meilleure dispensation des soins médicaux »²⁰⁶.

La dernière forme de collaboration est la fusion. La procédure et les règles y afférentes sont prévues par l'arrêté royal du 31 mai 1989²⁰⁷. Il s'agit de la forme la plus poussée de collaboration qui consiste en la « réunion, sous un seul gestionnaire disposant d'un seul agrément, de deux ou plusieurs hôpitaux agréés séparément, qui se situent sur différents sites dans un rayon de 35 km maximum »²⁰⁸. Des règles sont prévues quant au sort des différents services, fonctions mais également sur le sort des structures de gouvernance²⁰⁹.

¹⁹⁸ Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février, art. 9, alinéa 1, 1^o.

¹⁹⁹ Sur ce sujet, voy. Victor STEPHANI, Anja CROMMELYNCK, Guy DURANT, Alexandre GEISSLER, Koen VAN DEN HEEDE, Carine VAN DE VOORDE, Wilm QUENTIN. Financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302B_Financement_sejours_hospitaliers_Synthese.pdf (consulté le 2 mai 2020) et Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *op. cit.*, p. 162.

²⁰⁰ Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février, art. 9, alinéa 1, 4^o.

²⁰¹ Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février, art. 13.

²⁰² Arrêté royal précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter du 15 avril 1997, *Moniteur belge*, 18 juin.

²⁰³ Arrêté royal précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter du 15 avril 1997, *Moniteur belge*, 18 juin, art. 10.

²⁰⁴ Arrêté royal précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter du 15 avril 1997, *Moniteur belge*, 18 juin, art. 11.

²⁰⁵ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 10.

²⁰⁶ C. Const., arrêt n°108/2000 du 31 octobre 2000, B.2.3.

²⁰⁷ Arrêté royal précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter du 31 mai 1989, *Moniteur belge*, 5 juillet.

²⁰⁸ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 10 et Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *op. cit.*, p. 163.

²⁰⁹ Arrêté royal précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter du 31 mai 1989, *Moniteur belge*, 5 juillet, art. 3.

6) *Organisation de l'hôpital*

L'hôpital est une institution complexe où se concentre une grande diversité de groupes professionnels et de statuts. L'organisation interne des hôpitaux est influencée par leur taille et par leur histoire. Toutefois, la loi sur les hôpitaux prévoit certaines structures, tant de gestion que de concertation, obligatoires.

a) **Structures de gestion**

Actuellement, la seule obligation légale concernant la forme juridique requise pour l'exploitation d'un hôpital est de recourir à une personne morale dont « l'objet statutaire est l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux ou établissements de soins de santé »²¹⁰. La forme juridique la plus usitée étant l'ASBL²¹¹, il est logique d'y retrouver les différents organes de celle-ci, à savoir l'Assemblée générale et le Conseil d'Administration.

La gouvernance des hôpitaux est composée d'autres organes de gestion comme le gestionnaire, le directeur, le département médical et le département infirmier²¹².

Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital²¹³. C'est à lui qu'incombe la responsabilité générale et finale de l'activité hospitalière sur le plan organisationnel, fonctionnel et financier.

Dans chaque hôpital, le directeur est responsable devant le gestionnaire²¹⁴. C'est lui qui est chargé de la direction générale et de la gestion journalière de l'hôpital.

Au sein de l'hôpital, l'activité médicale est structurée au sein du département médical qui est organisé par l'arrêté royal du 15 décembre 1987²¹⁵. Cet organe est composé du médecin-chef, du médecin-chef de service et du staff médical. Tout d'abord, le médecin-chef est responsable de l'organisation et de la coordination générale de l'activité médicale à l'hôpital²¹⁶. Ensuite, le médecin-chef de service est responsable de l'organisation et de la coordination de

²¹⁰ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 15, §2.

²¹¹ STEPHANI Victor, CROMMELYNCK Anja, DURANT Guy, GEISLER Alexandre, VAN DEN HEEDE Koen, VAN DE VOORDE Carine, QUENTIN Wilm. Financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018, p. 10. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302B_Financement_sejours_hospitaliers_Synthese.pdf (consulté le 2 mai 2020).

²¹² A ce sujet, voy. Thierry VANSWEEVELT et Filip DEWALLENS (eds.), *op. cit.*, p. 299 et s.

²¹³ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 16.

²¹⁴ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 17, alinéa 1^{er}.

²¹⁵ Arrêté royal portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 du 15 décembre 1987, *Moniteur belge*, 25 décembre.

²¹⁶ Arrêté royal portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 du 15 décembre 1987, *Moniteur belge*, 25 décembre, art. 2, §1.

l'activité médicale dans son service²¹⁷. Enfin, le staff médical se compose de tous les médecins de l'hôpital.

Quant à l'activité infirmière, elle est structurée au sein du département infirmier²¹⁸ qui comprend le chef du département infirmier²¹⁹, les infirmiers-chefs de service²²⁰, les infirmiers en chef²²¹ et le staff infirmier.

b) Structures de concertation

Il existe plusieurs organes de concertations dont certains sont imposés au Titre IV de la loi sur les hôpitaux comme le conseil médical, le Comité permanent de concertation, le comité local d'éthique et la commission financière. Ces différents organes de concertation sont des « lieux de rencontre des groupes professionnels concernés, où sont recherchées des réponses aux questions qui relèvent de la compétence de ceux-ci »²²².

Tout d'abord, le conseil médical est « l'organe représentant les médecins hospitaliers par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décisions à l'hôpital »²²³. Le conseil médical a pour mission principale de donner des avis au gestionnaire dans les matières prévues à l'article 137 de la loi sur les hôpitaux. La composition et le fonctionnement du conseil médical sont repris dans l'arrêté royal du 10 août 1987²²⁴.

Ensuite, le second organe de concertation prévu par la loi est le Comité permanent de concertation²²⁵. Cet organe permet de remplacer la procédure d'avis du conseil médical par une procédure de concertation directe²²⁶.

²¹⁷ Arrêté royal portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 du 15 décembre 1987, *Moniteur belge*, 25 décembre, art 12.

²¹⁸ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 23.

²¹⁹ Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de chef du département infirmier du 14 décembre 2006, *Moniteur belge*, 24 janvier 2007.

²²⁰ Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier-chef de service du 14 décembre 2006, *Moniteur belge*, 24 janvier 2007.

²²¹ Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef du 13 juillet 2006, *Moniteur belge*, 28 août.

²²² Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 13.

²²³ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 133.

²²⁴ Arrêté royal fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical en exécution des articles 24, 25 et 26 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux du 10 août 1987, *Moniteur belge*, 18 août.

²²⁵ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 142.

²²⁶ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 142, §1.

En outre, est créée dans chaque hôpital, une commission financière, afin de garantir la transparence financière²²⁷ ainsi qu'un comité local d'éthique dont la création conditionne l'agrément de l'hôpital²²⁸.

Enfin, d'autres organes, non repris dans la loi, peuvent être établis. Il s'agit, par exemple, du comité médico-pharmaceutique²²⁹, du comité de transfusion²³⁰, du comité matériel médical²³¹ ou du comité d'hygiène hospitalière²³².

²²⁷ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 143.

²²⁸ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soin du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 70.

²²⁹ Arrêté royal fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée du 4 mars 1991, *Moniteur belge*, 23 mars, art 24 et suivants.

²³⁰ Introduit par l'arrêté royal portant modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 16 avril 2002, *Moniteur belge*, 2 juillet.

²³¹ Introduit par l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréé du 5 juin 2007, *Moniteur belge*, 29 juin.

²³² Introduit par l'arrêté royal portant modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 26 avril 2007, *Moniteur belge*, 7 juillet.

DEUXIÈME PARTIE : LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Afin de comprendre les raisons qui poussent les décideurs politiques à envisager une réforme du financement des hôpitaux, nous présenterons brièvement les grands principes qui régissent le financement de ceux-ci. Nous aborderons, dans un premier temps, le financement des frais d'exploitation (A), c'est-à-dire le financement de l'activité hospitalière. Nous traiterons, dans un deuxième temps, du financement des infrastructures (B) dont la compétence a récemment été transférée lors de la sixième Réforme de l'État.

A. LE FINANCEMENT DES FRAIS D'EXPLOITATION

Les revenus des hôpitaux proviennent de plusieurs sources. Les deux principales sources de financement public sont un budget global, appelé « Budget des Moyens Financiers » (1), et les honoraires des médecins (2). Les hôpitaux obtiennent un financement distinct pour les médicaments vendus par l'officine hospitalière (3). S'ajoutent encore quelques sources plus modestes qui ne feront pas l'objet de plus amples développements comme les suppléments de chambre et de matériel payés par le patient.

1) *Le Budget des Moyens Financiers*

Le budget des moyens financiers (ci-après, BMF), introduit pour la première fois en 2002, est une combinaison complexe de sous-budgets²³³. Ce budget, octroyé distinctement à chaque hôpital²³⁴, se compose de trois grandes parties A, B et C, elles-mêmes subdivisées. Cette enveloppe fermée est fixée, pour 2020, à plus de 8,5 milliards d'euros pour le budget global du Royaume²³⁵.

²³³ Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai.

²³⁴ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 95.

²³⁵ Arrêté royal fixant, pour l'exercice 2020, le budget global du Royaume, visé à l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux du 17 décembre 2019, *Moniteur belge*, 3 janvier 2020.

Dans les grandes lignes²³⁶, la partie A est destinée à la couverture des frais et des charges d'investissements, la partie B à la couverture des frais de fonctionnement et la partie C à la réalisation des corrections de paiements des frais de la partie B²³⁷.

La détermination de chacune des composantes du BMF était initialement relativement simple. Depuis quelques années, la complexité de calcul a augmenté. Il est par conséquent impossible de présenter en détail l'intégralité des différents modes de calcul de chaque sous-parties²³⁸. Nous nous bornerons à présenter les grands principes qui sous-tendent son calcul ainsi que ses principaux défauts.

Le concept fondamental dans la compréhension du financement des activités médicales est celui de « lits justifiés ». Cette notion intervient notamment dans le calcul de la sous-partie B2 qui représente, à elle seule, près de 40% du montant total du BMF²³⁹.

En amont de la détermination de lits justifiés²⁴⁰, chaque hôpital détermine une « activité justifiée » en fonction du nombre et du type d'admissions sur une année. Cette activité justifiée peut être définie comme « la somme de toutes les journées durant lesquelles les patients auraient séjourné à l'hôpital pendant un an, en ramenant chaque durée de séjour à la durée moyenne de séjour de tous les patients en Belgique de la même affection »²⁴¹.

Concrètement, après chaque sortie de patient de l'hôpital, un résumé clinique minimum²⁴² est établi, reprenant différentes informations comme la pathologie, le diagnostic, les interventions subies, l'âge, le sexe et la nature de la sortie. Sur la base de ces données, tous les patients sont classés selon 355 groupes de pathologies ou « *All Patients Refined – Diagnosis Related Groups* » (ci-après, APR-DRG)²⁴³. Chaque APR-DRG est divisé, d'une part, en quatre niveaux de sévérité et, d'autre part, en trois groupes d'âge²⁴⁴.

Le principe de base²⁴⁵ consiste à attribuer une durée moyenne à chaque séjour hospitalier en fonction de l'APR-DRG dont le séjour relève²⁴⁶. Cette durée moyenne de séjour par APR-DRG est celle qui résulte de la division de la somme des durées des séjours facturés par le

²³⁶ Dans la partie A, la sous-partie A1 contient les charges d'investissements pour les travaux d'infrastructure, la sous-partie A2 reprend les charges de crédits à court terme et la sous-partie A3 contient les charges d'investissement des services médicotechniques. Dans la partie B, les principales sous-parties sont la sous-partie B1 qui couvre les coûts des services communs, la sous-partie B2 qui finance les coûts des services cliniques et la sous-partie B3 qui couvre les frais de fonctionnement des services médicotechniques. Dans la partie C, la sous-partie C2 finance des coûts relatifs à des exercices précédents. Il s'agit majoritairement de corrections.

²³⁷ Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai, art. 7.

²³⁸ Sur ce sujet, voy. Guy DURANT, *Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1^{er} septembre 2012*, Waterloo, Kluwer, 2012 et Patrick THIEL, *Les hôpitaux en Belgique : fonctionnement et financement*, Bruxelles, Kluwer, 2002, 252 p.

²³⁹ Guy DURANT, *op. cit.*, p. 34.

²⁴⁰ Annexe 3 de l'arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai.

²⁴¹ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 23.

²⁴² Annexe 14 de l'arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai

²⁴³ Herman NYS, *op. cit.*, p. 36; Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *op. cit.*, p. 143.

²⁴⁴ Il s'agit d'un groupe constitué des personnes de moins de 75 ans, un groupe constitué des personnes de plus de 75 ans et un groupe pour les patients gériatriques (Herman NYS, *op. cit.*, p. 37 ; Guy DURANT, *op. cit.*, p. 46).

²⁴⁵ Le système est différent pour l'hospitalisation de jour.

²⁴⁶ Herman NYS, *op. cit.*, p. 36.

nombre de séjours²⁴⁷. Pour obtenir le nombre de lits justifiés par service, il faut multiplier le nombre de journées justifiées par 365 et ensuite diviser ce nombre par le taux d'occupation normalisé²⁴⁸ par service²⁴⁹.

En se basant sur l'ensemble des données fournies par les établissements hospitaliers, ce système permet une comparaison des dépenses de ceux-ci pour les pathologies courantes classées dans les APR-DRG. Le montant attribué à chaque hôpital dépend donc de l'activité de tous les hôpitaux du pays. L'établissement dont l'activité justifiée dépasse la durée moyenne nationale pourra récupérer les montants excédentaires²⁵⁰. En outre, les noms des hôpitaux qui dépassent les montants de référence dans plus de la moitié des calculs sont publiés²⁵¹.

Ainsi, le calcul de la majeure partie du financement des hôpitaux se fonde sur l'activité justifiée plutôt que sur les lits agréés. Ce système induit une diminution tant de la capacité des lits en hôpital que de la durée de séjour. Cependant, plusieurs défauts ont été mis en avant. Outre la grande opacité de ce système, cette méthode de calcul crée une compétition permanente entre les hôpitaux pour raccourcir la durée moyenne de séjour²⁵². Cela n'incite pas à une utilisation efficace des ressources ni à un encouragement à fournir des soins de qualité.

2) *Les honoraires des médecins*

Les honoraires des médecins sont la deuxième source de revenus pour les hôpitaux, représentant presque 40% de leur chiffre d'affaires.

La loi sur les hôpitaux prévoit une rétrocession d'une partie des honoraires perçus par les médecins²⁵³. Ce montant rétrocédé par les médecins permet de financer l'infrastructure, la logistique et les soins infirmiers mis à la disposition des médecins par l'hôpital, dans l'exercice de leur activité médicale et dans la mesure où cela n'est pas couvert par le BMF²⁵⁴.

Les modalités pratiques de ces rétrocessions sont régies par des accords conclus entre les établissements hospitaliers et les médecins²⁵⁵. Cela passe généralement par des négociations entre le staff médical et le gestionnaire de l'hôpital. Ce système crée de fortes disparités de

²⁴⁷ Guy DURANT, *op. cit.*, p. 48.

²⁴⁸ À titre d'exemple, les taux d'occupation normatifs sont : de 70% pour les index de lits E et M ; de 80% pour les index de lits CD ; de 90% pour les index de lits G ; de 75% pour les index de lits NI. Les index des services hospitaliers sont prévus par l'arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 23 octobre 1964, *Moniteur belge*, 7 novembre.

²⁴⁹ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 23.

²⁵⁰ Guy DURANT, *op. cit.*, p. 49.

²⁵¹ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 32.

²⁵² Carine VAN DE VOORDE, Koen VAN DEN HEEDE et Raf MARTENS, « Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse », Health Services Research (HSR), *KCE*, 2014, p. 19. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_229B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf (consulté le 2 mai 2020).

²⁵³ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 155, §1^{er}, 1^o et 3^o.

²⁵⁴ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 154.

²⁵⁵ Carine VAN DE VOORDE, Koen VAN DEN HEEDE et Raf MARTENS, *op. cit.*, p. 10.

revenus entre spécialistes qui débouchent sur un manque de solidarité et est une cause de tensions entre les médecins et les praticiens de l'art infirmier²⁵⁶.

L'article 146 de la loi sur les hôpitaux prévoit différents systèmes de rémunération mais la plupart des médecins sont rémunérés selon un système de « rémunération à l'acte ». De manière synthétique, les patients payent, pour la consultation, un montant au médecin. Ils sont ensuite remboursés par leur mutualité. Ce système, appelé système du tiers payant, est obligatoire pour tous les patients hospitalisés²⁵⁷. Toutefois, un montant dit « ticket modérateur » reste à charge de ceux-ci²⁵⁸. Ne sont donc à charge du patient que les éventuels suppléments²⁵⁹ dus aux prestations dont il fait l'objet et les éventuels suppléments d'honoraires²⁶⁰.

Fruit d'un accord historique entre les organismes assureurs et les médecins, ce système est sujet à de nombreuses critiques²⁶¹. Il lui est notamment reproché son manque de transparence. Des pistes de réforme sont étudiées et feront l'objet de quelques développements dans l'ultime partie de cette étude²⁶².

3) *Les médicaments et le matériel*

Alors que le coût des produits pharmaceutiques courants est intégré dans la sous-partie B2 du BMF et que les coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière sont intégrés dans la sous-partie B5 du BMF, certains médicaments génériques font l'objet d'un remboursement séparé à charge des organismes assureurs. La réglementation a été récemment modifiée par l'arrêté royal du 1^{er} février 2018²⁶³.

²⁵⁶ Carine VAN DE VOORDE, Koen VAN DEN HEEDE et Raf MARTENS, *op. cit.*, p. 10.

²⁵⁷ Guy DURANT, *op. cit.*, p. 148.

²⁵⁸ Sur ce sujet, voy. Diana DE GRAEVE, Ann LECLUYSE, Erik SCHOKKAERT, Tom VAN OURTI, Carine VAN DE VOORDE, Contributions personnelles en matière de soins de santé en Belgique. L'impact des suppléments. Equity and Patient Behaviour (EPB). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20061027369.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

²⁵⁹ Loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 27 août, art. 25, al. 4.

²⁶⁰ Des suppléments d'honoraires sont parfois demandés par les médecins. La liberté de fixation des honoraires des médecins dépend de leur adhésion ou non aux conventions passées entre les associations représentatives des médecins et les organismes assureurs (Loi du 14 juillet 1994, art. 50). Les médecins sont libres d'adhérer entièrement, partiellement ou de refuser ces accords. Les médecins qui choisissent d'adhérer à ces accords sont dits conventionnés. Ils bénéficient d'un statut social INAMI qui leur octroie une pension complémentaire. En contrepartie, les suppléments d'honoraires possibles sont réglés par arrêté royal (Loi sur les hôpitaux, art. 152).

²⁶¹ Carine VAN DE VOORDE, Koen VAN DEN HEEDE et Raf MARTENS, *op. cit.*, p. 29.

²⁶² Cf. *infra*, p. 54.

²⁶³ Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coûts des spécialités pharmaceutiques du 1^{er} février 2018, *Moniteur belge*, 15 mars.

B. LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Avant la sixième Réforme de l'État, les investissements dans l'infrastructure hospitalière étaient principalement financés par l'autorité fédérale via le BMF et les subsides des entités fédérées. Dorénavant, la compétence en matière de travaux de construction, de rénovation et de gros entretien des infrastructures hospitalières a été transférée aux Communautés (1). Les modalités concrètes de financement ont été prévues dans la loi spéciale de financement (2).

1) *Le transfert de compétence en matière de financement des infrastructures hospitalières*

Les investissements dans l'infrastructure hospitalière sont compris dans les sous-parties A1²⁶⁴ et A3²⁶⁵ du BMF. Les Communautés, déjà partiellement compétentes pour les travaux dans les bâtiments hospitaliers, ont vu leurs compétences étendues lors de la sixième Réforme de l'État²⁶⁶. Pour rappel²⁶⁷, la loi spéciale de réformes institutionnelles rend les Communautés compétentes pour les sous-parties A1 et A3 du BMF²⁶⁸. Pour financer ces éléments, une dotation est prévue dans la loi spéciale de financement²⁶⁹.

2) *Les modalités de financement du transfert de compétence*

Les modalités financières de ce transfert sont précisées à l'article 51 de la loi spéciale de financement du 6 janvier 2014²⁷⁰. Le mécanisme de transfert n'est effectif qu'à partir de l'année budgétaire 2016. Avant cette date, une période de transition a été mise en place. La raison de ce transfert en deux temps est dû au calendrier de construction ayant cours pour la période 2006-2015. Ce calendrier de construction est issu du Protocole d'accord du 19 juin

²⁶⁴ La sous-partie A1 concerne les charges d'investissements et comprend, entre autres, les amortissements des charges de construction, les amortissements des charges d'équipement et d'appareillage, les amortissements de charges de gros travaux d'entretien, etc. (Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai, art. 9).

²⁶⁵ La sous-partie A3 concerne les frais d'investissements pour certains services medicotechniques Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai, art. 11).

²⁶⁶ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, Commentaire des articles, *Doc., Sén.*, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 4.

²⁶⁷ Cf. *supra*, p. 20.

²⁶⁸ Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *Moniteur belge*, 15 août, art. 5, §1er, I, al. 1, 1°, a).

²⁶⁹ Marcus DEJARDIN, Robert DESCHAMPS, Paul KESTENS, Michel MIGNOLET, Robert PLASMAN (eds.), *La 6^{ème} réforme du fédéralisme belge et ses conséquences budgétaires*, Bruxelles, De Boeck, 2013, 159, p. 100.

²⁷⁰ Loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences du 6 janvier 2014, *Moniteur belge*, 31 janvier, art. 51.

2006²⁷¹ qui fut mis en œuvre par l'arrêté ministériel du 11 mai 2007²⁷² et déterminait le budget disponible pour les subventions publiques des établissements de santé²⁷³.

Tout d'abord, pour les années budgétaires 2014, 2015 et 2016, le montant de base prévu à l'article 47/9, §1^{er}, alinéa 2 de la loi spéciale de financement est indexé et lié à la croissance réelle de l'économie.

Ensuite, à partir de l'année budgétaire 2017, le montant de base évoluera plus faiblement en « adaptant annuellement les moyens de l'année budgétaire précédente au taux de fluctuation de l'indice moyen des prix à la consommation et à un pourcentage de la croissance réelle du produit intérieur brut de l'année budgétaire concernée »²⁷⁴. Ce pourcentage est de 65% sur la partie de la croissance réelle qui ne dépasse pas 2,25% et de 100% sur la partie de la croissance réelle qui dépasse 2,25%²⁷⁵.

Une fois le montant obtenu, il est réparti selon une clé de répartition complexe²⁷⁶. Il est scindé une première fois entre les hôpitaux académiques²⁷⁷ et non-académiques, représentant une proportion équivalente à 15,60% du montant de base pour les premiers et à 84,40% pour les seconds. La partie académique est ensuite répartie entre les Communautés française et flamande au prorata de leur population respective²⁷⁸. Il est également tenu compte du fait que les hôpitaux universitaires bruxellois accueillent des patients venant des différentes régions linguistiques. La partie non-académique, quant à elle, est répartie sur base des populations régionales entre les Communautés flamande et française et la COCOM²⁷⁹. Pour la Communauté germanophone, un pourcentage est calculé entre le nombre d'habitants de celle-ci et le nombre

²⁷¹ Protocole d'accord du 19 juin 2006 conclu dans le cadre de la conférence Interministérielle de la Santé publique en ce qui concerne le calendrier de construction des hôpitaux pour la période 2006-2015.

²⁷² Arrêté ministériel fixant le coût maximal pouvant être pris en considération pour l'octroi des subventions pour la construction de nouveaux bâtiments, les travaux d'extension et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, *Moniteur belge*, 6 juin.

²⁷³ En principe, 40% des travaux étaient financés par l'autorité fédérale et 60% par les Communautés. Par exceptions, ces dernières pouvaient opter pour une répartition à concurrence de 90% pour l'autorité fédérale et 10% pour les Communautés pour des travaux dits prioritaires. Pour la définition de prioritaire, voy. Protocole d'accord du 19 juin 2006 conclu dans le cadre de la conférence interministérielle de la Santé Publique en ce qui concerne le calendrier de construction, p. 7.

²⁷⁴ Loi spéciale relative au financement de Communautés et des Régions du 16 janvier 1989, *Moniteur belge*, 17 janvier, art. 47/9, §2, alinéa 2.

²⁷⁵ Loi spéciale relative au financement de Communautés et des Régions du 16 janvier 1989, *Moniteur belge*, 17 janvier, art. 47/7, §4, alinéa 2.

²⁷⁶ Sur ce sujet, voy. Marc BOURGEOIS et Edoardo TRAVERSA, « Le financement des politiques publiques en Belgique », in LEROY Marc et ORSONI Gilbert (dir.), *Le financement des politiques publiques*, Bruxelles, Bruylant, 2014, p. 320.

²⁷⁷ Afin d'illustrer le système kafkaïen belge, nous reproduisons ici l'analyse de Dan Lecocq : « Les hôpitaux académiques situés sur le sol bruxellois se retrouvent donc 'à cheval' entre l'État fédéral, responsable de leur désignation et de leur définition, et trois entités fédérées : la Communauté Française responsable de leur agrément, la Région wallonne à qui la Communauté française a délégué l'inspection de l'agrément et la Commission communautaire française à qui la part du budget attribué pour le financement des investissements des infrastructures et des services medicotechniques des hôpitaux académiques situés sur le sol bruxellois a été attribué ». (Dan LECOCQ, Thérèse LOCOGE, Alain DE WEVER et Magali PIRSON, *op. cit.*, p. 15).

²⁷⁸ Loi spéciale relative au financement de Communautés et des Régions du 16 janvier 1989, *Moniteur belge*, 17 janvier, art. 47/9, §3, alinéa 4.

²⁷⁹ Marcus DEJARDIN, Robert DESCHAMPS, Paul KESTENS, Michel MIGNOLET, Robert PLASMAN et Ilan TOJEROW (eds.), *La 6^{ème} Réforme de l'État : Modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire*, Bruxelles, DULBEA, 2014, p. 17.

d'habitants du Royaume²⁸⁰. Ce pourcentage est alors préalablement soustrait au montant à répartir entre les autres entités fédérées.

Situation originale en droit constitutionnel belge, l'autorité fédérale continue d'assurer, pour le compte des Communautés, les investissements des infrastructures et des services médicotéchniques pour autant que ces investissements aient fait l'objet d'un premier amortissement au plus tard le 31 décembre 2015, ou qu'il s'agisse de travaux prioritaires tels que prévus dans le protocole d'accord conclu le 19 juin 2006 dans le cadre de la conférence interministérielle de la Santé publique ou encore, qu'il s'agisse de travaux non prioritaires entamés avant le 31 décembre 2015²⁸¹.

Enfin, rappelons également la liberté donnée aux entités fédérées de conclure des accords de coopération avec l'autorité fédérale dont l'objet consiste en la reconversion des lits hospitaliers en vue de la prise en charge de patients en dehors des hôpitaux²⁸². Dans le cas d'un tel accord, des moyens supplémentaires sont accordés aux entités fédérées.

²⁸⁰ Loi spéciale relative au financement de Communautés et des Régions du 16 janvier 1989, *Moniteur belge*, 17 janvier, art. 47/9, §3, alinéa 2.

²⁸¹ Loi spéciale relative au financement de Communautés et des Régions du 16 janvier 1989, *Moniteur belge*, 17 janvier, art. 47/9, §4.

²⁸² Cf. *supra*, p. 22.

TROISIÈME PARTIE : LA RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

Les développements précédents ont permis de donner un aperçu de l'organisation et du fonctionnement des hôpitaux ainsi que de leur méthode de financement. Ces explications permettent une meilleure appréhension de la récente réforme du paysage hospitalier (A) qui constitue un premier pas avant une réforme à venir du financement des hôpitaux (B).

A. VERS UNE NOUVELLE FORME DE COLLABORATION ENTRE HOPITAUX

Face aux défis du secteur hospitalier, une réorganisation de son paysage était requise tant par les acteurs médicaux que par le monde politique²⁸³ (1). Cette restructuration a été mise en œuvre par la loi du 28 février 2019²⁸⁴ (2).

1) Réorganisation du paysage hospitalier

Le secteur de la santé est confronté à plusieurs défis majeurs. Tout d'abord, comme illustré précédemment, la population vieillit²⁸⁵. Ensuite, le nombre de patients atteints de maladies chroniques ou d'infections multiples est en augmentation²⁸⁶. Enfin, les avancées technologiques médicales engendrent également des coûts supplémentaires. Ces dernières évolutions entraînent une hausse sensible des dépenses des soins de santé à laquelle les décideurs politiques ont tenté d'apporter une solution « afin de permettre aux générations futures de continuer à bénéficier de soins de santé de qualité, accessibles et abordables »²⁸⁷.

²⁸³ DEVOS Philippe, « Comment éviter les dysfonctionnements de la réforme hospitalière », *Le Soir*, 13 juin 2017. Disponible sur : <https://www.lesoir.be/99433/article/2017-06-13/carte-blanche-comment-eviter-les-dysfonctionnements-de-la-reforme-hospitaliere> (consulté le 2 mai 2020) ; « La réforme du paysage hospitalier en 3 questions », *Le Soir*, 14 février 2019. Disponible sur : <https://www.lesoir.be/206638/article/2019-02-14/la-reforme-du-paysage-hospitalier-en-3-questions> (consulté le 2 mai 2020) ; Vincent CLAES, « Réseaux hospitaliers : le vote décisif de la Saint-Valentin », *Le Vif*, 15 février 2019. Disponible sur : https://www.levif.be/actualite/sante/reseaux-hospitaliers-le-vote-decisif-de-la-saint-valentin/article-opinion-1092925.html?cookie_check=1588421416 (consulté le 2 mai 2020).

²⁸⁴ 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, *Moniteur belge*, 28 mars.

²⁸⁵ Cf. *supra*, p. 12.

²⁸⁶ Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015, p. 1.

²⁸⁷ Projet de loi 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, exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 4.

Présentes dans l'accord de gouvernement Michel I du 10 octobre 2014²⁸⁸, les grandes lignes d'une réorganisation des hôpitaux autour d'un nouveau concept de réseaux sont présentées pour la première fois le 28 avril 2015 par la Ministre fédérale des affaires sociales et de la Santé publique dans son « Plan d'approche » pour la réforme du financement des hôpitaux²⁸⁹. Le 29 juin 2015, les différents ministres de la santé en Belgique signent une déclaration commune dans laquelle ils valident le principe d'une « création de réseaux »²⁹⁰ entre hôpitaux²⁹¹. Le 15 décembre 2016, le Centre Fédéral d'expertise des Soins de Santé (ci-après : KCE) publie un rapport sur les « modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux »²⁹². Dans ce rapport, le KCE expose ses propositions en vue d'une réforme du réseau hospitalier mais également les raisons de l'insuffisance de la législation telle qu'en vigueur pour réaliser cet objectif.

En substance, le KCE avance que différents facteurs empêchent les hôpitaux de collaborer efficacement. C'est le cas notamment du manque de pouvoir de décision au niveau de la collaboration. En effet, outre la fusion qui est la forme de collaboration la plus aboutie, l'association et le groupement d'hôpitaux, nonobstant les organes créés, ne permettent pas de prendre des décisions contraignantes pour les hôpitaux individuels. L'avis des conseils médicaux de chaque hôpital doit être sollicité²⁹³. De plus, rappelons que les formes de collaboration existantes renferment des conditions en matière de distance²⁹⁴. En outre, plusieurs règles régissant le budget de l'hôpital font obstacle à une collaboration plus approfondie. Ce point, illustrant le lien entre réforme du paysage hospitalier et réforme du financement des hôpitaux, retiendra ultérieurement notre attention²⁹⁵.

La première action juridique concrète en vue de la réforme des hôpitaux est intervenue via la loi-programme du 25 décembre 2016²⁹⁶. Cette loi modifie la loi sur les hôpitaux afin d'interdire toute augmentation du nombre de services, de départements ainsi que de toute

²⁸⁸ Accord de Gouvernement, Bruxelles, 9 octobre 2014, p. 64. Disponible sur : https://www.premier.be/sites/default/files/articles/Accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf (consulté le 2 mai 2020).

²⁸⁹ Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015.

²⁹⁰ Déclaration commune concernant un nouveau rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé, 29 juin 2015. Disponible sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volks_gezondheid-fr/2015_06_29_gemeenschappelijke_verklaring_decla_comm_fr.pdf.

²⁹¹ Maggie DE BLOCK, Communiqué de presse, « Tous les niveaux de pouvoir signent une déclaration commune sur la réforme du paysage hospitalier », Bruxelles, 2 juillet 2015. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2015_07_02_tous_les_niveaux_de_pouvoir_signent_une_declaration_commune_sur_la_reforme_du_paysage_hospitalier.pdf (consulté le 2 mai 2020).

²⁹² Kaat DE POURCQ, Melissa DE REGGE, Stefaan CALLENS, Mathilde COËFFE, Liesbeth VAN LEUVEN, Paul GEMMEL, Koen VAN DEN HEEDE, Carine VAN DE VOORDE, Kristof EECKLOO, « Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse », Health Services Research (HSR), *KCE reports*, 2016. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_277B_Modeles_gouvernances_hopitaux_Synthese_0.pdf (consulté le 2 mai 2020).

²⁹³ *Idem*, p. 16.

²⁹⁴ Cf, *supra*, p. 34.

²⁹⁵ Kaat DE POURCQ, Melissa DE REGGE, Stefaan CALLENS, Mathilde COËFFE, Liesbeth VAN LEUVEN, Paul GEMMEL, Koen VAN DEN HEEDE, Carine VAN DE VOORDE, Kristof EECKLOO, *op. cit.*, p. 17.

²⁹⁶ Loi-programme du 25 décembre 2016, *Moniteur belge*, 29 décembre.

fonction hospitalière²⁹⁷. Quelques mois plus tard, la Ministre fédérale de la Santé publique a clarifié ses intentions dans une note conceptuelle publiée le 17 mai 2017²⁹⁸. Le Conseil des Ministres a ensuite adopté le 30 mars 2018 l'avant-projet de loi soumis par la Ministre de la Santé publique²⁹⁹. Ce texte, devenu projet de loi, a ensuite été adopté par la Chambre le 14 février 2019³⁰⁰.

Ainsi, la loi 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 du 28 février 2019, est entrée en vigueur le 7 avril 2019³⁰¹.

2) *Analyse de la loi du 28 février 2019*

Cette loi inscrit le nouveau concept juridique de « réseau hospitalier locorégional » dans la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux. Ces réseaux ont pour but d'institutionnaliser la collaboration entre hôpitaux individuels « selon un principe consistant à proposer, en complémentarité, des missions de soins »³⁰². Cette nouvelle collaboration, selon les travaux parlementaires, est « un levier pour parvenir à une offre hospitalière de meilleure qualité et plus rationnelle »³⁰³.

Certaines critiques ont été émises à l'encontre de la compétence de l'autorité fédérale³⁰⁴. Le Conseil d'État, dans son avis sur le projet de loi, s'est rallié à l'analyse opérée par le gouvernement fédéral. Ce dernier justifie sa compétence sur la base de l'article 5, §1^{er}, I, alinéa

²⁹⁷ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 62/1 et 62/2.

²⁹⁸ Maggie DE BLOCK, Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé. Note conceptuelle, Bruxelles, 17 mai 2017. Disponible sur : <https://onedrive.live.com/?cid=4ee15b48e0e0952a&id=4EE15B48E0E0952A%21161&ithint=file.pdf&authkey=!ABV1ufYtIKI6nh0> (Consulté le 2 mai 2020).

²⁹⁹ Maggie DE BLOCK, Communiqué de presse, « Réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. En route vers le cadre légal », Bruxelles, 30 mars 2018. Disponible sur : <https://www.deblock.belgium.be/fr/réforme-du-paysage-hospitalier-et-du-financement-des-hôpitaux-en-route-vers-le-cadre-légal> (Consulté le 2 mai 2020).

³⁰⁰ Maggie DE BLOCK, Communiqué de presse, « Réseaux hospitaliers : feu vert de la Chambre », Bruxelles, 14 février 2019. Disponible sur : <https://www.maggiedeblock.be/fr/reseaux-hospitalier-feu-vert-de-la-chambre/> (consulté le 2 mai 2020) ; Jens MOSSELMANS et Lia CHAMPOEVA, « Quelles conséquences aura la réforme des réseaux hospitaliers », *L'Echo*, 14 mars 2019. Disponible sur : <https://www.lecho.be/opinions/carte-blanche/quelles-consequences-aura-la-reforme-des-reseaux-hospitaliers/10106905.html> (consulté le 2 mai 2020) ; Florence DAURY, « Réforme du paysage hospitalier : la loi de la jungle », *La Libre*, 30 juillet 2019. Disponible sur : <https://www.lalibre.be/debats/opinions/reforme-du-paysage-hospitalier-la-loi-de-la-jungle-5d3f1928f20d5a58a886efe0> (consulté le 2 mai 2020).

³⁰¹ Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soi, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, *Moniteur belge*, 28 mars.

³⁰² Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p.4.

³⁰³ *Idem*.

³⁰⁴ *Voy* à ce sujet : FGTB wallonne, « Analyse de loi 'réseautage' : réforme du paysage hospitalier », Namur, 28 mars 2019. Disponible sur : http://www.fgtb-wallonne.be/sites/default/files/notes/analyse_de_la_loi_reseautage_-_reforme_hospitaliere.pdf (Consulté le 2 mai 2020).

1^{er}, 1^o, a) de la LSRI qui prévoit une réserve de compétence pour la législation organique en matière hospitalière³⁰⁵. Cette compétence concerne les « caractéristiques de base » dont la collaboration entre hôpitaux relève. Le Conseil d'État ajoute par ailleurs que différents aspects abordés dans la loi, autres que les caractéristiques de base, relèvent également de la compétence du législateur fédéral. Tel est le cas notamment des règles « relatives à la gestion et au processus décisionnel dans les hôpitaux, le statut des médecins hospitaliers et leur implication dans le processus décisionnel, ainsi que les règles relatives à la comptabilité et au contrôle financier »³⁰⁶.

Malgré les apparences, il importe toutefois d'émettre certaines réserves. Comme cela a été souligné de nombreuses fois, la concrétisation de cette réforme ne se fera pas sans le concours des entités fédérées³⁰⁷. En effet, ces dernières sont compétentes pour l'agrément des hôpitaux individuels et, depuis la réforme, pour l'agrément des réseaux eux-mêmes. Il y a donc lieu, comme le souligne le Conseil d'État, de tenir compte du « principe de proportionnalité en matière de répartition des compétences, qui implique qu'on ne peut pas rendre impossible ou exagérément difficile l'exercice des compétences communautaires précitées »³⁰⁸, anticipant ainsi l'éventuel examen de la Cour constitutionnelle. Raison pour laquelle le Conseil d'État préconise, dans son avis, la mise en place d'un accord de coopération afin de pallier les problèmes liés à la mise en œuvre des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Nous étudierons successivement la portée de la réforme, à savoir son champ d'application *ratione personnae*, le statut juridique des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et suprarégionaux et, enfin, la gouvernance desdits réseaux.

a) Portée de la réforme

La participation à un réseau clinique locorégional devient, selon l'article 2 de la loi sur les hôpitaux telle que modifiée par la loi du 28 février 2019, une condition organique supplémentaire pour la qualification d'un établissement en tant qu'hôpital³⁰⁹. Chaque hôpital ne peut faire partie que d'un seul et unique réseau hospitalier. Il en va ainsi pour les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires. Seuls sont exclus du champ d'application de la réforme

³⁰⁵ Cf. *supra*, p. 21.

³⁰⁶ Projet de loi 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, Avis du Conseil d'État, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 73.

³⁰⁷ Maggie DE BLOCK, Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé. Note conceptuelle, Bruxelles, 17 mai 2017, p. 7 ; « Voici à quoi pourraient ressembler les réseaux hospitaliers wallons », *Le Soir*, 8 octobre 2019. Disponible sur : <https://plus.lesoir.be/252369/article/2019-10-08/voici-quoi-pourraient-ressembler-les-reseaux-hospitaliers-wallons> (consulté le 2 mai 2020) ; « À Bruxelles, deux réseaux pour dix hôpitaux : intenses transactions en coulisses », *Le Soir*, 9 novembre 2019. Disponible sur : <https://plus.lesoir.be/259325/article/2019-11-09/bruxelles-deux-reseaux-pour-dix-hopitaux-intenses-transactions-en-coulisses> (consulté le 2 mai 2020).

³⁰⁸ Projet de loi 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, Avis du Conseil d'État, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 74.

³⁰⁹ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 2, §1er, al. 2.

les hôpitaux psychiatriques³¹⁰. La possibilité leur est néanmoins laissée de rejoindre, sur une base volontaire, un réseau hospitalier clinique locorégional³¹¹.

Cependant, bien que la collaboration des hôpitaux au sein d'un réseau ait un caractère obligatoire, le réseau clinique locorégional ne remplacera pas l'établissement proposant des soins³¹². La responsabilité générale et finale sur le plan de l'organisation et du fonctionnement, prévue par l'article 16 de la loi sur les hôpitaux, incombe toujours au seul gestionnaire.

b) Statut juridique des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et collaboration suprarégionale

La collaboration est formalisée par le biais, d'une part, de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et, d'autre part, de collaborations suprarégionales proposant respectivement des missions de soins³¹³ locorégionales ou suprarégionales.

En premier lieu, conformément au nouvel article 14/2 de la loi sur les hôpitaux, 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux³¹⁴, formant une zone géographique continue³¹⁵, sont constitués sur l'ensemble du Royaume. Cette collaboration entre au moins deux hôpitaux est dotée de la personnalité juridique et est juridiquement formalisée et agréée par les autorités compétentes³¹⁶. Les travaux préparatoires précisent, à cet égard, « qu'une concertation préalable a été menée dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé »³¹⁷. Les différentes entités compétentes en matière de normes d'agrément ont dû, avant le 1^{er} janvier 2020, modifier leur législation afin de prévoir l'agrément des réseaux cliniques hospitaliers locorégionaux³¹⁸.

³¹⁰ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 2, §1^{er}.

³¹¹ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 2, §2.

³¹² Maggie DE BLOCK, Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé. Note conceptuelle, Bruxelles, 17 mai 2017, p. 18.

³¹³ Les missions de soins sont, selon l'article 14/1, 2^o, de la loi sur les hôpitaux, les activités des hôpitaux liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médicotechnique ou un programme de soins.

³¹⁴ Approuvé par le Protocole d'accord sur la répartition du nombre maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sur les entités compétentes pour l'agrément, *Moniteur belge*, 16 janvier 2019.

³¹⁵ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 14/3.

³¹⁶ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 14/1, 1^o.

³¹⁷ Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 10.

³¹⁸ Décret wallon modifiant les articles 411 et 412 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé et insérant un article 413bis du 12 décembre 2019, *Moniteur belge*, 23 décembre ; Ordonnance de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale relative à l'agrément, à la programmation et aux procédures d'agrément des hôpitaux, des formes de collaboration hospitalière ou des activités hospitalières du 4 avril 2019, *Moniteur belge*, 6 mai ; Décret de la Communauté française relatif à la collaboration entre les hôpitaux universitaires et une personne morale de droit privé et/ou de droit public ainsi qu'à l'agrément des hôpitaux universitaires du 18

Ces « nouveaux centres de gravité dans l'organisation hospitalière »³¹⁹ sont chargés des missions de soins locorégionales définies comme des « missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional »³²⁰. Délégation est faite au Roi pour la qualification des missions de soins comme étant de nature locorégionales³²¹. Une distinction pourra être faite entre les missions de soins générales et les missions de soins spécialisées³²², le principe étant désormais que toutes les offres de soins sont proposées dans chaque réseau et non plus dans chaque hôpital.

La réforme institue le cadre minimal d'une collaboration entre hôpitaux qui peut être approfondie par les acteurs eux-mêmes. La loi sur les hôpitaux, telle que modifiée, permet à « chaque réseau hospitalier clinique locorégional [de décider] lui-même du degré d'intégration »³²³. C'est dans cet esprit que le nouvel article 140/1 de la loi sur les hôpitaux prévoit qu'un transfert, au niveau des réseaux, des matières relatives au statut des médecins hospitaliers est possible.

Deuxièmement, les hôpitaux qui organiseront les missions de soins suprarégionales³²⁴ sont considérés comme les « points de référence » pour cette tâche³²⁵. Une collaboration suprarégionale devra être conclue par les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, pour chaque mission de soins suprarégionales qu'ils ne proposent pas eux-mêmes³²⁶, avec minimum

décembre 2019, *Moniteur belge*, 17 janvier 2020. La Flandre semble tarder à combler le vide législatif autour de la mise en place de la réforme du paysage hospitalier (« Les hôpitaux wallons désormais organisés en réseaux, la Flandre et Bruxelles, plus à la traîne », *Belga*, 28 décembre 2019. Disponible sur : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_les-hopitaux-wallons-desormais-organises-en-reseaux-la-flandre-et-bruxelles-plus-a-la-traîne?id=10396978 (consulté le 2 mai 2020) ; « La giga réforme des hôpitaux belges est lancée », *L'Écho*, 30 décembre 2019. Disponible sur : <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/general/la-giga-reforme-des-hopitaux-belges-est-lancee/10194883.html> (consulté le 2 mai 2020).

³¹⁹ Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 4.

³²⁰ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 14/1, 3°.

³²¹ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 14/4.

³²² Les travaux parlementaires précisent que « les missions de soins générales peuvent être proposées dans chaque hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional. Les missions de soins spécialisées, en revanche, ne peuvent pas être proposées dans chaque hôpital du réseau hospitalier clinique locorégional, mais doivent être proposés au sein de chaque réseau. Il y en a donc au moins 25 ». (Projet de loi 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, exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 15).

³²³ Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 33.

³²⁴ Les travaux parlementaires précisent que « la catégorie des missions de soins suprarégionales se compose de missions de soins pour lesquelles l'implantation géographique à proximité du patient est beaucoup moins importante. Il s'agit dès lors de missions de soins qui ne doivent pas nécessairement être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional ». (Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 15).

³²⁵ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 14/1, 5°.

³²⁶ A ce sujet, la note de la Ministre fédérale de la Santé publique précisait que : « le choix du réseau hospitalier locorégional pour un point de référence précis n'est pas posé en fonction de la position idéologique des hôpitaux

un et maximum trois points de référence³²⁷. Ces points de référence peuvent appartenir à un autre réseau hospitalier clinique locorégional³²⁸. Le rôle de point de référence est donc joué en pratique par certains hôpitaux qui proposeront des missions de soins suprarégionales pour lesquelles ils seront agréés³²⁹. C'est au gestionnaire de l'hôpital jouant le rôle de point de référence qu'incombe la tâche de conclure les accords nécessaires avec les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux³³⁰.

Dernièrement, la possibilité est laissée aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux de conclure des collaborations durables et juridiquement formalisées avec un hôpital géré par le Ministère de la Défense pour une mission de soins suprarégionaux³³¹. La loi sur les hôpitaux permet désormais, à un hôpital militaire de jouer « le rôle de point de référence pour des patients civils dans des domaines de niche »³³².

c) Gouvernance du réseau hospitalier clinique locorégional

Un des défauts majeurs des formes de collaboration déjà existantes était le manque de compétences et de pouvoirs dont disposaient les groupements et associations d'hôpitaux³³³. La réforme apporte une réponse à ce problème en instituant des organes au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional disposant de pouvoirs contraignants. Ainsi, les organes de gestion et de conseil des hôpitaux individuels ont été, en partie, transposés au niveau des réseaux.

En ce qui concerne l'organe de gestion des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, celui-ci est propre à chaque réseau. Il est composé d'au moins un représentant de l'organe de gestion de chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier et d'un administrateur indépendant³³⁴. Parmi les membres de l'organe de gestion du réseau hospitalier, au moins un des membres est un médecin qui n'est pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du

individuels ou des prestataires de soins, mais uniquement en fonction du patient. En d'autres termes, c'est donc la qualité des soins qui est pertinente en premier lieu, mais les frais et la durée de déplacement peuvent l'être également ». (Maggie DE BLOCK, Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé. Note conceptuelle, Bruxelles, 17 mai 2017, p. 21).

³²⁷ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 14/6, al. 1.

³²⁸ *Ibidem*, art. 14/6, al. 2.

³²⁹ *Ibidem*, art. 14/6, al. 5.

³³⁰ *Ibidem*, art. 16, al. 3.

³³¹ *Ibidem*, art. 14/7.

³³² Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 19.

³³³ Kaat DE POURCQ, Melissa DE REGGE, Stefaan CALLENS, Mathilde COËFFE, Liesbeth VAN LEUVEN, Paul GEMMEL, Koen VAN DEN HEEDDE, Carine VAN DE VOORDE, Kristof EECKLOO, *op. cit.*, p. 16.

³³⁴ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 17/1, al. 2.

réseau³³⁵. Cela afin d'assurer un degré suffisant d'indépendance vis-à-vis des intérêts individuels des hôpitaux participant au réseau.

Une totale liberté est laissée aux différents réseaux quant à la forme juridique à adopter et la structure de la gestion³³⁶. Aucune disposition ne précise non plus l'organisation du fonctionnement journalier, l'implication des patients dans la vie du réseau hospitalier ou le degré de collaboration dans le domaine des activités non cliniques.

Toutefois, à côté de cette grande liberté laissée aux réseaux relativement à l'organisation de la gestion, la nouvelle législation hospitalière indique de manière précise les missions dont est chargé cet organe³³⁷. Notons que, dorénavant, les décisions stratégiques relatives à l'offre médicale en matière de missions de soins locorégionales de l'hôpital ne relèvent plus de la compétence de l'hôpital individuel. Les décisions relatives à ces missions doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des membres disposant du droit de vote de la gestion du réseau clinique hospitalier locorégional³³⁸. Ces décisions sont contraignantes pour les hôpitaux faisant partie du réseau³³⁹.

A l'instar du fait qu'il existe un médecin-chef dans chaque hôpital individuel, chaque réseau hospitalier clinique locorégional dispose soit d'un médecin en chef de réseau soit d'un collègue de médecins en chef de réseau³⁴⁰. Cette fonction est responsable de la cohérence de la politique médicale³⁴¹. Ces médecins et collègues de médecins disposent de la compétence de donner des instructions aux médecins des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional³⁴². Ces décisions priment sur les décisions des médecins chefs des hôpitaux faisant partie du réseau³⁴³. Par ailleurs, ces derniers disposent d'une voix consultative aux réunions de la gestion du réseau hospitalier³⁴⁴.

³³⁵ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 17/1, al. 3.

³³⁶ Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 22.

³³⁷ L'article 17/2 de la loi sur les hôpitaux prévoit notamment que l'organe de gestion est chargé de la prise des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre de missions de soins locorégionales, de la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisés entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional, de la garantie de l'accessibilité de toutes les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question, du choix des points de références pour les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question, du choix des points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional, de la formulation d'une politique d'admission pour le réseau hospitalier clinique locorégional, de la formulation d'accords visant à répartir les tâches et le travail, de la fixation d'accords écrits sur la mise à disposition de moyens financiers nécessaires à l'exécution des missions du réseau hospitalier clinique locorégional et de la concertation sur les matières soumises à discussion au niveau du réseau par les hôpitaux faisant partie du réseau.

³³⁸ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 17/2, al. 2.

³³⁹ *Ibidem*, art. 17/2, al. 3.

³⁴⁰ *Ibidem*, art. 22/1.

³⁴¹ *Ibidem*, art. 22/1, al. 3.

³⁴² *Ibidem*, art. 22/1, al. 5.

³⁴³ *Ibidem*, art. 22/1, al. 7.

³⁴⁴ *Ibidem* art. 22/1, al. 8.

En ce qui concerne les organes d'avis, la loi du 28 février 2019 prévoit la création de deux organes à savoir, d'une part, un comité d'éthique et, d'autre part, un conseil médical organisé au niveau du réseau.

L'installation d'un comité d'éthique est une condition d'agrément pour le réseau hospitalier clinique locorégional³⁴⁵. C'est également un moyen d'organiser une intégration plus poussée au niveau des hôpitaux. Comme l'indiquent les travaux préparatoires, « les hôpitaux individuels peuvent choisir de faire appel à un comité d'éthique organisé par le réseau hospitalier clinique locorégional »³⁴⁶.

Le conseil médical constitué au sein de chaque réseau hospitalier clinique locorégional constitue, pour sa part, l'organe représentatif des médecins hospitaliers travaillant au sein dudit réseau³⁴⁷. Les membres sont élus par et parmi les médecins travaillant au sein du réseau pour une période renouvelable de trois ans³⁴⁸. Des incompatibilités existent néanmoins entre la fonction de médecin chef et la présidence du conseil médical du réseau clinique hospitalier locorégional³⁴⁹. Le rôle du conseil médical est principalement de dispenser des avis au médecin en chef du réseau³⁵⁰ ainsi qu'à l'organe de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional³⁵¹.

B. VERS UNE REFORME DU FINANCEMENT DES HOPITAUX

La réorganisation du paysage hospitalier, véritable préalable à une réforme en profondeur du financement des hôpitaux, doit donc également permettre une optimisation des moyens engagés. Bien que la mise en place concrète de la réforme fasse craindre aux acteurs de terrain une aggravation de la situation financière des hôpitaux³⁵², le but est, à terme, de réaliser des économies d'échelle. La question du financement futur des hôpitaux a d'ailleurs été soulevée à de nombreuses reprises lors des débats parlementaires sur la réforme du paysage hospitalier³⁵³. En outre, certaines modifications apportées permettent des changements relatifs au financement des hôpitaux (1), avant une future réforme en profondeur (2).

³⁴⁵ *Ibidem*, art. 70, al. 3.

³⁴⁶ Projet de loi 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, exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 30.

³⁴⁷ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre, art. 143/1.

³⁴⁸ *Ibidem*, al. 1.

³⁴⁹ *Ibidem*, art. 22/1, al. 2.

³⁵⁰ *Ibidem*, art. 143/3.

³⁵¹ *Ibidem*, art. 143/4.

³⁵² « À Bruxelles et en Wallonie, 45% des hôpitaux sont dans le rouge », *L'Écho*, 16 novembre 2019.

³⁵³ *Voy.* Projet de loi 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, Rapport de la première lecture, *Doc.*, Ch., 2018-2019, n°3275/005.

1) Les modifications apportées par la réforme du paysage hospitalier

Les changements apportés par la réforme du paysage hospitalier relatifs au financement concernent, d'une part, les modalités de financement du BMF et, d'autre part, les honoraires des médecins.

Alors qu'avant la réforme, la loi sur les hôpitaux prévoyait l'attribution du BMF à chaque hôpital individuel, la nouvelle législation permet au ministre fédéral de la Santé publique de fixer un BMF distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional³⁵⁴. Cette possibilité est permise grâce à la personnalité juridique dont jouissent les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, ce qui n'était pas le cas des autres formes de collaboration déjà existantes³⁵⁵. Les travaux préparatoires ajoutent que « [les] hôpitaux individuels faisant partie du réseau peuvent en outre, sur une base volontaire, reverser au réseau une partie de leur budget »³⁵⁶.

Les honoraires des médecins forment une part importante du financement des hôpitaux³⁵⁷. Or, le système tel qu'il existait jusqu'à présent prévoyait que les retenues sur les honoraires des médecins étaient négociées dans chaque hôpital individuellement. Ce système était vu comme un facteur dissuasif³⁵⁸. Dorénavant, et afin de permettre une plus grande mobilité des médecins, l'article 157/1 de la loi sur les hôpitaux prévoit que certaines activités peuvent avoir lieu au niveau du réseau hospitalier. C'est le cas notamment de la rémunération des médecins et de la perception centrale de leurs honoraires.

2) Une réforme en profondeur du mode de financement des hôpitaux dans le futur

La Ministre de la Santé publique écrivait dans son plan d'approche qu'une « réforme du financement des hôpitaux est vouée à l'échec si, dans le même temps, l'organisation du paysage hospitalier [...] n'est pas adaptée en conséquence, afin de répondre aux nouveaux besoins »³⁵⁹. Cette réorganisation des hôpitaux étant aujourd'hui en place, une réforme en profondeur du financement réclamée depuis longtemps par les acteurs du terrain va pouvoir voir le jour.

Les premiers balbutiements d'un projet de réforme remontent au mois d'avril 2013 où la Ministre de la Santé publique de l'époque avait déposé une « feuille de route » sur le nouveau

³⁵⁴ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre art. 96/1.

³⁵⁵ Kaat DE POURCQ, Melissa DE REGGE, Stefaan CALLENS, Mathilde COËFFE, Liesbeth VAN LEUVEN, Paul GEMMEL, Koen VAN DEN HEEDE, Carine VAN DE VOORDE, Kristof EECKLOO, *op. cit.*, p. 17.

³⁵⁶ Projet de loi 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, Exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001, p. 32.

³⁵⁷ Cf. *supra*, p. 40.

³⁵⁸ Kaat DE POURCQ, Melissa DE REGGE, Stefaan CALLENS, Mathilde COËFFE, Liesbeth VAN LEUVEN, Paul GEMMEL, Koen VAN DEN HEEDE, Carine VAN DE VOORDE, Kristof EECKLOO, *op. cit.*, p. 19.

³⁵⁹ Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015, p.7.

mode de financement des hôpitaux³⁶⁰. Cette feuille de route devait permettre à la Belgique de passer d'un mode de financement basé sur le nombre de prestations effectuées à un mode de financement basé sur les pathologies³⁶¹. Pour rappel, la plus grande partie des recettes hospitalières est liée à la rétrocession des honoraires des médecins et à l'octroi du BMF. Ce budget est essentiellement calculé en fonction du nombre de prestations effectuées. Ce système pousse donc naturellement les praticiens à multiplier les actes, ce qui crée une surconsommation néfaste de soins.

Le défi est donc de changer la philosophie du système tout en évitant une perte de qualité des soins, une sélection des patients ou une perte des données comme celles établies via le système d'APR-DRG. Une alternative existe avec le système de financement par pathologies³⁶² ou « financement *all-in* » qui « prévoit un montant fixe par type de patients et de pathologie »³⁶³.

Dans son étude de 2010, le KCE a élaboré plusieurs modèles possibles³⁶⁴. Celui retenu dans le Plan d'approche de la Ministre de la Santé publique se base sur une division en un nombre limité d'ensembles de la population de patients bénéficiant de soins hospitaliers³⁶⁵. Ces ensembles sont au nombre de trois et comprennent, premièrement, des soins de routine de basse complexité standardisables, appelés « soins à basse variabilité »³⁶⁶, deuxièmement, des soins de moyenne complexité, appelés « soins à moyenne variabilité »³⁶⁷ et, dernièrement, les soins de haute complexité qui ne sont pas ou peu standardisables, appelés « soins à haute variabilité »³⁶⁸.

³⁶⁰ « Hôpitaux : Onkelinx déposera une "feuille de route" sur le financement en octobre », *La Libre*, 18 avril 2013.

³⁶¹ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 38.

³⁶² *Voy* à ce sujet M.-C. CLOSON, M. GOBERT, N. SWAERTENBROECK, C. LEONARD, « Quelle proportion du financement des hôpitaux doit-il être financé en fonction de la structure des pathologies traitées ? », *Journal d'économie médicale*, 2008, pp. 7 – 15 ; Jeroen TRYBOU, « De ziekenhuisfinanciering : uitdagingen, sterktes en kansen tot verbetering », *Itinera Institute Analyse*, 2011, 30 p ; Stefaan CALLENS et Jan PEERS (eds.), *op. cit.*, p. 448.

³⁶³ Anja CROMMELYNCK, Katelijn DEGRAEVE et David LEFÈBVRE, *op. cit.*, p. 38.

³⁶⁴ *Voy*. Stefaan VAN DE SANDE, Dorien DE RYCK, Kristel DE GAUQUIER, Rebecca HILDERSON, Mattias NEYT, Gert PEETERS, Nathalie SWARTENBROEKX, Wim TAMBEUR, Guy VANDEN BOER, Carine VAN DE VOORDE. Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement « all-in » par pathologie. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20101027302.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

³⁶⁵ Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015, p. 15

³⁶⁶ Le plan d'approche définit les soins de basse variabilité de la sorte : « Les soins administrés sont parfaitement prévisibles et varient peu entre les différents patients. Pour le financement de ces patients, le prix est fixé d'avance et il est indépendant du processus de soins réel pour le patient individuellement. S'il faut dispenser d'avantage de soins par patient que ce qui est prévu normalement, le risque est assumé par l'hôpital ». (Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015, p. 16).

³⁶⁷ Le Plan d'approche définit les soins à moyenne variabilité de la sorte : « Ce groupe de patients reçoit des soins qui varient, d'une manière justifiée médicalement et dans les limites reconnaissables et définissables. Une marge, dans laquelle les soins réellement dispensés peuvent varier (de façon justifiée) et peuvent donc être financés, est déterminée de manière prospective pour chaque groupe de pathologies et en tenant compte de la gravité des soins. Le risque financier pour ce groupe est réparti entre les autorités et l'hôpital ». (Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015, p. 17).

³⁶⁸ Le Plan d'approche définit les soins à haute variabilité de la sorte : « Ce groupe comprend des hospitalisations dans le cadre desquelles les soins ne sont pas prévisibles d'avance, mais doivent être adaptés au patient individuellement. Il s'agit de soins sur mesure pour le groupe de patients concerné. Les soins réellement dispensés et justifiés doivent être remboursés. Le risque financier pour ce groupe repose avant tout sur les autorités, plus que

La mise en place d'un système de financement basé sur ces ensembles a débuté avec l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019 de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité³⁶⁹. Cette loi, contre laquelle un recours en annulation a récemment été rejeté³⁷⁰, prévoit un montant global prospectif par admission qui exige un processus de soins standard qui varie peu entre patients et entre hôpitaux³⁷¹.

La réforme du financement des hôpitaux s'inscrit donc dans une évolution contrôlée et non dans une révolution irréfléchie. Ce principe demande du temps et une implantation échelonnée, cohérente et ciblée. Ainsi, des projets pilotes, encadrés par une récente étude du KCE³⁷², permettent de tester la mise en place future d'une nouvelle méthode de financement pour les soins à haute variabilité.

sur les hôpitaux et les prestataires de soins ». (Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015, p. 17).

³⁶⁹ Loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité du 19 juillet 2018, *Moniteur belge*, 26 juillet.

³⁷⁰ C. Const., arrêt n°15/2020 du 6 février 2020.

³⁷¹ Loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité du 19 juillet 2018, *Moniteur belge*, 26 juillet, art. 3 et 6.

³⁷² *Voy.* V. STEPHANI, A. CROMMELYNCK, G. DURANT, A. GEISSLER, K. VAN DEN HEEDE, C. VAN DE VOORDE, W. QUENTIN, Financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018.

CONCLUSION

Le diagnostic de l'état de santé du système hospitalier belge est connu depuis longtemps. Pourtant, le monde politique tarde à trouver un remède efficace. Son approche actuelle a le mérite d'aborder le secteur dans son ensemble en amorçant une réforme du financement des hôpitaux qui est préparée par réorganisation du système hospitalier. En favorisant la collaboration entre hôpitaux, cette réforme a pour objectif de permettre une optimisation des moyens, une réduction de l'offre excédentaire des services coûteux ainsi que la réduction de la capacité de lits. Or, ces objectifs étaient déjà au cœur des précédentes réformes et force est de constater qu'ils n'ont pas toujours été atteints.

En instituant une nouvelle forme de collaboration entre hôpitaux, la législation entend déplacer le centre de décision des hôpitaux individuels vers les réseaux locorégionaux dont l'intérêt pratique du point de vue purement médical est nul. Afin de pallier aux lacunes préexistantes, ces réseaux comporteront des organes dont les décisions seront contraignantes vis-à-vis des hôpitaux membres. Il en résulte une externalisation de certaines décisions concernant les hôpitaux individuels. Une telle conséquence devra être évaluée à l'avenir au regard, notamment, de l'accès aux soins de santé.

Par ailleurs, l'actuelle répartition des compétences en matière de santé entre les différentes entités du pays entraîne des difficultés dans la mise en place d'une réforme du financement. Bien que l'autorité fédérale conserve une mainmise importante sur le financement des hôpitaux, la compétence des entités fédérées dans cette matière a été élargie lors de la dernière Réforme de l'État. Cet éparpillement de compétences ne rendra que plus ardue la mise en place d'une réforme en profondeur.

L'objet de ce travail avait pour ambition de présenter les éléments principaux de la législation hospitalière belge en matière d'organisation et de financement des hôpitaux. Bien qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions sur l'efficacité de cette réforme, nous ne pouvons cependant qu'espérer que celle-ci parvienne à atteindre ses objectifs. Il en va non seulement de la bonne santé financière des hôpitaux mais également de la nôtre.

BIBLIOGRAPHIE

A. DOCTRINE

1. Ouvrages

BAYENET Benoit, BOURGEOIS Marc, DARTE Dominique, *Les finances et l'autonomie fiscale des entités fédérées après la sixième réforme de l'État. Précis des nouvelles règles de financement des Communautés et des Régions*, Bruxelles, Larcier, 2017, 993 p., spéc. pp 287 – 329.

BEHRENDT Christian, VRANCKEN Martin, *Principes de droit constitutionnel*, Bruxelles, La Charte, 2019, 766 p., spéc. pp. 396 – 398 et pp. 412 – 415.

BLANPAIN Roger, *Bevoedheden van gemeenschappen en gewesten. Inleidende commentaar Wettekst en voorbereidende werken Zaakregister*, Brugge, Die Keure, 1988, 372 p., spéc. pp. 156 – 164.

CALLENS Stefaan et PEERS Jan (eds.), *Organisatie van de Gezondheidszorg*, Troisième édition, Anvers – Cambridge, Intersentia, 2015, 755 p.

CEUTERICK Griet, DUVILLIER Gianni et DECOSTER Christiaan, *La loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins*, 10^e édition complètement révisée, Heule, UGA, 2013, 795 p.

DANCOT Marie-Claire, DECHAMPS Jean-François, DUFRASNE Myriam, ITTERBEECK Claudine, POULLET Edouard, *Les compétences communautaires en matière de politique de santé*, Bruxelles, De Boeck – Wesmael, 1987, 114 p.

DEJARDIN Marcus, DESCHAMPS Robert, KESTENS Paul, MIGNOLET Michel, PLASMAN Robert (eds.), *La 6^{ème} réforme du fédéralisme belge et ses conséquences budgétaires*, Bruxelles, De Boeck, 2013, 159 p.

DE RUIJTER Anniek, *EU Health Law & Policy :The Expansion of EU Power in Public Health Care*, Oxford, Oxford University Press, 2019, 215 p.

DEWALLENS Filip, *Het statuut van de ziekenhuisarts. De rechtsverhoudingen tussen ziekenhuisartsen en ziekenhuizen*, Antwerp – Cambridge, Intersentia, 2015, 599 p.

DURANT Guy, *Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1^{er} septembre 2012*, Waterloo, Kluwer, 2012, 185 p.

GENICOT Gilles, *Droit médical et biomédical*, 2^e édition, Bruxelles, Larcier, 2016, 1020 p., spéc. pp. 55 – 56.

LEROY Michel, *De la Belgique unitaire à l'État fédéral*, Bruxelles, Bruylant, 1996, 81 p.

NYS Herman, *Medical Law in Belgium*, The Netherlands, Kluwer, 2010, 200 p.

QUERTAINMONT Philippe, *Législation hospitalière. Droit, gestion et financement des hôpitaux en Belgique*, Bruxelles, Kluwer, 2001, 119 p.

SEUTIN Bruno et VAN HAEGENDOREN Geert (dirs.), *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, Bruges, Die Keure, 2017, 553 p.

THIEL Patrick, *Les hôpitaux en Belgique : fonctionnement et financement*, Bruxelles, Kluwer, 2002, 252 p.

UYTTENDAELE Marc, *Le fédéralisme inachevé. Réflexions sur le système institutionnel belge, issu des réformes de 1988-1989*, Bruxelles, Bruylant 1991, 689 p., spéc. pp. 436 – 437.

VANSWEEVELT Thierry et DEWALLENS Filip (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht. Volume I. Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Anvers – Cambridge, Intersentia, 2014, 1686 p.

VOS Ellen, *Institutional Frameworks of Community Health and Safety Regulation: Committees, Agencies and Private Bodies*, Oxford, Hart Publishing, 1999, 360 p.

WILLEM VAN DE GRONDEN Johan, SZYSZCZAK Erika, NEERGAARD Ulla, KRAJEWSKI Markus (ed.), *Health Care and EU Law*, La Haye, T.M.C. Asser Press, 2011, 505 p.

2. Articles

ALEN André, « Het nieuwe België in drie fasen : een schematisch overzicht », *Tijdschrift voor bestuurswetenschappen en publiek recht*, 1989, p. 67 et s.

BAETEN Rita et PALM Willy, « The Compatibility of Health Care Capacity Planning Policies with EU Internal Market Rules », in WILLEM VAN DE GRONDEN Johan, SZYSZCZAK Erika, NEERGAARD Ulla, KRAJEWSKI Markus (ed.), *Health Care and EU Law*, La Haye, T.M.C. Asser Press, 2011, pp. 389 – 411.

BAQUERO CRUZ Julio, « The Case Law of the European Court of Justice on the Mobility of Patients: An Assessment », in WILLEM VAN DE GRONDEN Johan, SZYSZCZAK Erika, NEERGAARD Ulla, KRAJEWSKI Markus (ed.), *Health Care and EU Law*, La Haye, T.M.C. Asser Press, 2011, pp. 79 – 102.

BOURGEOIS Marc et TRAVERSA Edoardo, « Le financement des politiques publiques en Belgique », in LEROY Marc et ORSONI Gilbert (dir.), *Le financement des politiques publiques*, Bruxelles, Bruylant, 2014, 696 p., spéc. pp. 370 – 403.

BOWOROWSKI Sapho, DIA NAVARRO Oscar et PORTELLA Eduard, « Les enjeux du système hospitalier belge à la lumière des expériences internationales », *Antares Consulting*, 2017, 49 p.

CALLENS Stefaan, « Vers 25 réseaux hospitaliers ? », *T.V.G. – Rev. dr. Santé*, 2016, pp. 287 – 289.

CEREXHE Geneviève, « Les compétences de la Commission communautaire à la suite des accords de la Saint-Quentin », *R.R.D.*, 1993, p. 501 et s.

CLOSON M.-C., GOBERT M., SWAERTENBROECK N., LEONARD C., « Quelle proportion du financement des hôpitaux doit-il être financé en fonction de la structure des pathologies traitées ? », *Journal d'économie médicale*, 2008, pp. 7 – 15.

- CROMMELYNCK Anja, DEGRAEVE Katelijn et LEFEBVRE David, « L'organisation et le financement des hôpitaux », *MC-informations*, 2013, 44 p.
- DAVESNE Alban et GUIGNER Sébastien, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954) : une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc », *L'Harmattan*, 2013, pp. 40 – 63.
- DE BRUYCKER Philippe, « Bruxelles dans la réforme de l'État », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1989, 61 p.
- DEJARDIN Marcus, DESCHAMPS Robert, KESTENS Paul, MIGNOLET Michel, PLASMAN Robert et TOJEROW Ilan (eds.), *La 6^{ème} Réforme de l'État : Modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire*, Bruxelles, DULBEA, 2014, 308 p.
- DEKLEERMAKER Mathieu et LOSSEAU Laurie, « Les transferts de compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'État », *Revue belge de sécurité sociale*, 2015, pp. 445 – 464.
- DELVAUX Bernard, « Évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1986, 67 p.
- DEOM Diane et QUERTAINMONT Philippe, « L'évolution récente du droit de la santé et de la législation hospitalière en Belgique », *Administration publique*, 1991, pp. 219 – 237.
- DONY Marianne et BLERO Bernard, « La répartition des compétences en matière de politique de santé », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1990, 66 p.
- DUBOIS Louis, « L'hôpital et le droit communautaire », *Les Tribunes de la santé*, 2004, pp. 37 – 45.
- LECOCQ Dan, LOCOGE Thérèse, DE WEVER Alain et PIRSON Magali, « Sixième réforme de l'État : quel impact pour les hôpitaux ? », *Healthcare Executive*, 19 p.
- LEJEUNE Yves, « La réforme de l'État : les nouvelles institutions bruxelloises », *J.T.*, 1989, p. 211.
- LOUMAYE Serge, « Les nouvelles institutions bruxelloises », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1989, 55 p.
- NASSAUX Jean-Paul, « La Commission communautaire commune (COCOM) : vers une autre dimension », *Les analyses du CRISP en ligne*, 2013, 7 p.
- NASSAUX Jean-Paul, « Les aspects bruxellois de l'accord des réformes institutionnelles du 11 octobre 2011 », *Courrier hebdomadaire du CRIP*, 2012, 61 p.
- NEERGAARD Ulla, « EU Health Care Law in a Constitutionnal Light: Distribution of Competences, Notions of 'Solidarity', and 'Social Europe' », in WILLEM VAN DE GRONDEN Johan, SZYSZCZAK Erika, NEERGAARD Ulla, KRAJEWSKI Markus (ed.), *Health Care and EU Law*, La Haye, T.M.C. Asser Press, 2011, pp. 18 – 57.
- NIHOUL Pierre, « La spécificité institutionnelle bruxelloise », in *La Constitution fédérale du 5 mai 1993*, Bruxelles, Bruylant, 1993, p. 87 et s.

PARMAR Divya, STAVROPOULOU Charitini et IOANNIDIS John, « Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review », *British Medical Journal*, 2016, pp. 354 – 365.

RICHARDSON Jeremy, « The Onward March of Europeanization: Tectonic Movement and Seismic Events », in Jeremy RICHARDSON, *Constructing a Policy-Making State? Policy Dynamics in the EU*, Oxford, Oxford University Press, 2012.

ROSOUX Géraldine, « Les principes de répartition des compétences dans la jurisprudence de la Cour constitutionnelle », *Administration Publique : Revue du Droit public et des Sciences administratives*, 2018, pp. 367 – 416.

TRYBOU Jeroen, « De ziekenhuisfinanciering : uitdagingen, sterktes en kansen tot verbetering », *Itinera Institute Analyse*, 2011, 30 p.

TSOLOVA Svelta, « The Treaty of Lisbon and public health in the EU », *European Journal of Public Health*, 2010, pp. 475 – 476.

VAN NIEUWENHOVE Jeroen, « Les nouvelles compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées », *Rev. b. séc. soc.*, 2015, pp. 265 – 304.

VINCENT Gérard et GAREL Pascal, « L'Europe des hôpitaux : diversité et convergence », *R.A.E. – L.E.A.*, 2003 – 2004, pp. 193 – 201.

B. LÉGISLATION, ARRÊTÉ ET ACCORDS

1. Traités européens

Traité instituant le Communauté économique européenne, signé à Rome le 25 mars 1957, non publié au Journal officiel.

Traité sur l'Union européenne, signé à Maastricht le 7 février 1992, J.O.C.E., n°C.191.

Traité modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant la Communauté européenne et certains actes connexes, signé à Amsterdam le 2 octobre 1997, J.O.U.E., n°C340.

Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne et le traité instituant la Communauté européenne, signé à Lisbonne le 13 décembre 2007, J.O.U.E., n°C.306.

2. Normes de l'autorité fédérale

a. Textes législatifs

Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, *Moniteur belge*, 1^{er} janvier 1964.

Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, *Moniteur belge*, 7 octobre.

Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *Moniteur belge*, 15 août.

Loi spéciale relative aux Institutions bruxelloises du 12 janvier 1989, *Moniteur belge*, 14 janvier.

Loi spéciale relative au financement de Communautés et des Régions du 16 janvier 1989, *Moniteur belge*, 17 janvier.

Loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 27 août.

Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre.

Loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État du 6 janvier 2014, *Moniteur belge*, 31 janvier.

Loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences du 6 janvier 2014, *Moniteur belge*, 31 janvier.

Loi-programme du 25 décembre 2016, *Moniteur belge*, 29 décembre.

Loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité du 19 juillet 2018, *Moniteur belge*, 26 juillet.

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, *Moniteur belge*, 28 mars.

b. Arrêtés royaux

Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 23 octobre 1964, *Moniteur belge*, 7 novembre.

Arrêté royal fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers du 3 août 1976, *Moniteur belge*, 17 septembre.

Arrêté royal fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers du 21 mars 1977, *Moniteur belge*, 30 avril.

Arrêté royal fixant le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires du 24 décembre 1980, *Moniteur belge*, 24 janvier 1981.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6bis, §2°bis, de la loi sur les hôpitaux du 28 novembre 1986, *Moniteur belge*, 6 décembre.

Arrêté royal portant coordination de la loi sur les hôpitaux du 7 août 1987, *Moniteur belge*, 7 octobre.

Arrêté royal fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical en exécution des articles 24, 25 et 26 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux du 10 août 1987, *Moniteur belge*, 18 août.

Arrêté royal portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 du 15 décembre 1987, *Moniteur belge*, 35 décembre.

Arrêté royal fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition de groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter du 30 janvier 1989, *Moniteur belge*, 21 février.

Arrêté royal précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter du 31 mai 1989, *Moniteur belge*, 5 juillet.

Arrêté royal fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques du 10 juillet 1990, *Moniteur belge*, 26 juillet 1990.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction d'officine hospitalière du 4 mars 1991, *Moniteur belge*, 23 mars.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée du 4 mars 1991, *Moniteur belge*, 23 mars.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médicotechnique [...] au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 5 avril 1991, *Moniteur belge*, 17 avril.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de soins néonataux locaux (fonction N*) du 20 août 1996, *Moniteur belge*, 1^{er} octobre.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre pour être agréés comme service medico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 27 novembre 1996, *Moniteur belge*, 18 février.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de soins palliatifs du 15 juillet 1997, *Moniteur belge*, 31 juillet.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » du 25 novembre 1997, *Moniteur belge*, 5 décembre.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « première prise en charge des urgences » du 27 avril 1998, *Moniteur belge*, 19 juin.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de soins intensifs du 27 avril 1998, *Moniteur belge*, 19 juin.

Arrêté royal précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter du 15 avril 1997, *Moniteur belge*, 18 juin.

Arrêté royal portant modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 16 avril 2002, *Moniteur belge*, 2 juillet.

Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 23 juin 2003, *Moniteur belge*, 4 août.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction de banque de sang hospitalière du 17 février 2005, *Moniteur belge*, 25 février.

Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef du 13 juillet 2006, *Moniteur belge*, 28 août.

Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de chef du département infirmier du 14 décembre 2006, *Moniteur belge*, 24 janvier 2007.

Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier-chef de service du 14 décembre 2006, *Moniteur belge*, 24 janvier 2007.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service medico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 du 14 décembre 2006, *Moniteur belge*, 3 avril 2007.

Arrêté royal portant modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 26 avril 2007, *Moniteur belge*, 7 juillet.

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée du 5 juin 2007, *Moniteur belge*, 29 juin.

Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la section « centre d'expertise pour les patients comateux » du 4 juin 2008, *Moniteur belge*, 1^{er} juillet.

Arrêté royal portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 novembre.

Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coûts des spécialités pharmaceutiques du 1^{er} février 2018, *Moniteur belge*, 15 mars.

Arrêté royal fixant, pour l'exercice 2020, le budget global du Royaume, visé à l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux du 17 décembre 2019, *Moniteur belge*, 3 janvier 2020.

Arrêté ministériel fixant le coût maximal pouvant être pris en considération pour l'octroi des subventions pour la construction de nouveaux bâtiments, les travaux d'extension et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, *Moniteur belge*, 6 juin.

c. Protocole

Protocole d'accord du 19 juin 2006 conclu dans le cadre de la conférence Interministérielle de la Santé publique en ce qui concerne le calendrier de construction des hôpitaux pour la période 2006-2015.

3. Normes des entités fédérées

a. Communauté française

Décret attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 19 juillet 1993, *Moniteur belge*, 10 septembre.

Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 3 avril 2014, *Moniteur belge*, 25 juin.

Décret de la Communauté française relatif à la collaboration entre les hôpitaux universitaires et une personne morale de droit privé et/ou de droit public ainsi qu'à l'agrément des hôpitaux universitaires du 18 décembre 2019, *Moniteur belge*, 17 janvier 2020.

b. Région wallonne

Décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 11 avril 2014, *Moniteur belge*, 12 mai.

Décret wallon modifiant les articles 411 et 412 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé et insérant un article 413bis du 12 décembre 2019, *Moniteur belge*, 23 décembre.

c. Communauté flamande

Décret de la Communauté flamande relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale du 17 octobre 2003, *Moniteur belge*, 10 novembre.

Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale dans les hôpitaux généraux, [de revalidation] et universitaires du 14 mai 2004, *Moniteur belge*, 30 juillet.

d. Droit bruxellois

Décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 4 avril 2014, *Moniteur belge*, 25 juin.

Ordonnance de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale relative à l'agrément, à la programmation et aux procédures d'agrément des hôpitaux, des formes de collaboration hospitalière ou des activités hospitalières du 4 avril 2019, *Moniteur belge*, 6 mai.

4. Documents parlementaires

Projet de loi sur les hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc.*, Sén., 1962-1963, n°323.

Projet de loi portant diverses réformes institutionnelles, Avis du Conseil d'État sur les articles 73 à 92, *Doc.*, Ch., 1977-1978, n°461/25.

Révision de la Constitution, Proposition du Gouvernement relatif à la révision de l'article 59bis, *Doc.*, Sén., 1979, n°100/13.

Révision de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la révision de la Constitution et des réformes institutionnelles, *Doc.*, Ch., 1979-1980, n°5/4.

Révision de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la révision de la constitution et de la réforme des institutions, *Doc.*, Sén., 1979, n°100/27.

Projet de loi spéciale de réformes institutionnelles, Rapport fait au nom de la commission de la réforme de la constitution et des réformes institutionnelles, *Doc.*, Ch., 1979-1980, n°627/10.

Projet de loi complétant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux et portant des dispositions organiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers, Exposé des motifs, *Doc.*, Sén., 1983-1984, n°653/1.

Proposition de loi sur les hôpitaux sur lesquels l'autorité nationale a pouvoir de décision, Avis du Conseil d'État, *Doc.*, Ch., 1983-1984, n°910/2.

Révision de la Constitution, Révision de l'article 59bis de la Constitution, *Doc.*, Sén., 1988, n°100-2/1°.

Révision de l'article 59bis de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la révision de la Constitution et des réformes des institutions, *Doc.*, Sén., 1988, n°100-2/2°.

Révision de l'article 108ter de la Constitution, Rapport fait au nom de la commission de la Révision de la Constitution et des réformes des institutions, *Doc.*, Sén., 1988, n°100-6/2°.

Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, Commentaire des articles, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n° 5-2232/1.

Projet de loi 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, exposé des motifs, *Doc.*, Ch., 2017-2018, n°3275/001.

Projet de loi 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, Rapport de la première lecture, *Doc.*, Ch., 2018-2019, n°3275/005.

C. JURISPRUDENCE

1. *Jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne*

C.J.U.E., 7 mai 1986, C-131/85, *Emir Gül c. Regierungspräsident Düsseldorf*, aff. C-131/85, ECLI:EU:C:1986:200.

C.J.U.E., 28 avril 1998, *Raymond Kohll c. Union des caisses de maladies*, aff. C-158/96, ECLI:EU:C:1998:171.

C.J.U.E., 12 juillet 2001, *Abdon Vanbraeckel e.a. c. Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC)*, aff. C-368/98, ECLI:EU:C:2001:400.

C.J.U.E., 12 juillet 2001, *B.M.S. Smits, épouse Geraets et Strichting Ziekenfonds VGZ c. H.T.M. Peerbooms et Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, aff. C-157/99, ECLI:EU:C:2001:404.

C.J.U.E., 13 mai 2003, *V.G. Müller-Fauré c. E.E.M. van Riet*, aff. C-385/99, ECLI:EU:C:2003:270.

C.J.U.E., 10 mars 2009, *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung*, aff. C-169/07, ECLI:EU:C:2009:141.

2. *Jurisprudence de la Cour constitutionnelle*

C. Const., arrêt n°83/98 du 15 juillet 1998.

C. Const., arrêt n°108/2000 du 31 octobre 2000.

C. Const., arrêt n°2/2009 du 15 janvier 2009.

C. Const., arrêt n°1/2019 du 23 janvier 2019.

C. Const., arrêt n°15/2020 du 6 février 2020.

D. ARTICLES DE PRESSE

DEVOS Philippe, « Comment éviter les dysfonctionnements de la réforme hospitalière », *Le Soir*, 13 juin 2017. Disponible sur : <https://www.lesoir.be/99433/article/2017-06-13/carte-blanche-comment-eviter-les-dysfonctionnements-de-la-reforme-hospitaliere> (consulté le 2 mai 2020).

« 20 % des hôpitaux en plus dans le rouge : la ministre De Block dit avoir pris le problème à bras-le-corps », *Le Spécialiste. L'actualité des médecins spécialistes*, 10 octobre 2018.

Disponible sur : https://www.gibbis.be/images/Le_Spécialiste_-_4_articles.pdf (consulté le 2 mai 2020).

« 40% des hôpitaux généraux en déficit », *Le journal du Médecin*, 10 octobre 2018. Disponible sur : https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/40-des-hopitaux-generaux-en-deficit/article-normal-36195.html?cookie_check=1588410123 (consulté le 2 mai 2020)

« Des hôpitaux aux pieds fragiles », *Le Soir*, 10 octobre 2018. Disponible sur : <https://plus.lesoir.be/183733/article/2018-10-10/des-hopitaux-aux-pieds-dargile> (consulté le 2 mai 2020).

« 4 op 10 ziekenhuizen in het rood », *De Standaard*, 10 octobre 2018. Disponible sur : https://www.standaard.be/cnt/dmf20181010_03825181 (consulté le 2 mai 2020).

« Rode cijfers ziekenhuizen gevaar voor zorg », *De Tijd*, 10 octobre 2018. Disponible sur : https://www.gibbis.be/images/De_Tijd.pdf (consulté le 2 mai 2020).

« Financière situation Belge ziekenhuizen: besparingen maken marge flinterdun », *Zorgnet-Icuro*, 10 octobre 2018. Disponible sur : <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/financiële-situatie-belgische-ziekenhuizen-besparingen-maken-marge-flinterdun> (consulté le 2 mai 2020).

« La réforme du paysage hospitalier en 3 questions », *Le Soir*, 14 février 2019. Disponible sur : <https://www.lesoir.be/206638/article/2019-02-14/la-reforme-du-paysage-hospitalier-en-3-questions> (consulté le 2 mai 2020).

CLAES Vincent, « Réseaux hospitaliers : le vote décisif de la Saint-Valentin », *Le Vif*, 15 février 2019. Disponible sur : https://www.levif.be/actualite/sante/reseaux-hospitaliers-le-vote-decisif-de-la-saint-valentin/article-opinion-1092925.html?cookie_check=1588421416 (consulté le 2 mai 2020).

MOSSELMANS Jens et CHAMPOEVA Lia, « Quelles conséquences aura la réforme des réseaux hospitaliers », *L’Echo*, 14 mars 2019. Disponible sur : <https://www.lecho.be/opinions/carte-blanche/quelles-consequences-aura-la-reforme-des-reseaux-hospitaliers/10106905.html> (consulté le 2 mai 2020).

DAURY Florence, « Réforme du paysage hospitalier : la loi de la jungle », *La Libre*, 30 juillet 2019. Disponible sur : <https://www.lalibre.be/debats/opinions/reforme-du-paysage-hospitalier-la-loi-de-la-jungle-5d3f1928f20d5a58a886efe0> (consulté le 2 mai 2020).

« Voici à quoi pourraient ressembler les réseaux hospitaliers wallons », *Le Soir*, 8 octobre 2019. Disponible sur : <https://plus.lesoir.be/252369/article/2019-10-08/voici-quoi-pourraient-ressembler-les-reseaux-hospitaliers-wallons> (consulté le 2 mai 2020).

« À Bruxelles, deux réseaux pour dix hôpitaux : intenses transactions en coulisses », *Le Soir*, 9 novembre 2019. Disponible sur : <https://plus.lesoir.be/259325/article/2019-11-09/bruxelles-deux-reseaux-pour-dix-hopitaux-intenses-transactions-en-coulisses> (consulté le 2 mai 2020).

« À Bruxelles et en Wallonie, 45% des hôpitaux sont dans le rouge », *L’Écho*, 16 novembre 2019. Disponible sur : <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/general/a-bruxelles-et-en-wallonie-45-des-hopitaux-sont-dans-le-rouge/10182430.html> (consulté le 2 mai 2020).

« Les hôpitaux wallons désormais organisés en réseaux, la Flandre et Bruxelles, plus à la traîne », *Belga*, 28 décembre 2019. Disponible sur : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_les-

[hopitaux-wallons-desormais-organises-en-reseaux-la-flandre-et-bruxelles-plus-a-la-traine?id=10396978](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2015_07_02_tous_les_niveaux_de_pouvoir_signent_une_declaration_commune_sur_la_reforme_du_paysage_hospitalier.pdf) (consulté le 2 mai 2020).

« La giga réforme des hôpitaux belges est lancée », *L'Écho*, 30 décembre 2019. Disponible sur : <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/general/la-giga-reforme-des-hopitaux-belges-est-lancee/10194883.html> (consulté le 2 mai 2020).

E. DOCUMENTS DU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DE BLOCK Maggie, Communiqué de presse, « Tous les niveaux de pouvoir signent une déclaration commune sur la réforme du paysage hospitalier », Bruxelles, 2 juillet 2015. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2015_07_02_tous_les_niveaux_de_pouvoir_signent_une_declaration_commune_sur_la_reforme_du_paysage_hospitalier.pdf (consulté le 2 mai 2020).

DE BLOCK Maggie, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015. Disponible sur : https://www.absymbvas.be/images/dossier/Reforme_Finacement_Hopitaux/Plan_dapproche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf (consulté le 2 mai 2020).

DE Block Maggie, Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé. Note conceptuelle, Bruxelles, 17 mai 2017. Disponible sur : <https://onedrive.live.com/?cid=4ee15b48e0e0952a&id=4EE15B48E0E0952A%21161&ithint=file.pdf&authkey=!ABV1ufYtlKI6nh0> (Consulté le 2 mai 2020).

DE Block Maggie, Communiqué de presse, « Réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. En route vers le cadre légal », Bruxelles, 30 mars 2018. Disponible sur : <https://www.deblock.belgium.be/fr/réforme-du-paysage-hospitalier-et-du-financement-des-hopitaux-en-route-vers-le-cadre-légal> (Consulté le 2 mai 2020).

SPF Santé publique, Conférence interministérielle Santé publique du 5 novembre 2018. Disponible sur : <https://www.health.belgium.be/fr/news/conference-interministerielle-sante-publique-du-5-11-2018> (consulté le 2 mai 2020).

DE BLOCK Maggie, Communiqué de presse, « Réseaux hospitaliers : feu vert de la Chambre », Bruxelles, 14 février 2019. Disponible sur : <https://www.maggiedeblock.be/fr/reseaux-hospitalier-feu-vert-de-la-chambre/> (consulté le 2 mai 2020).

F. RAPPORT DU CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE)

DE GRAEVE Diana, LECLUYSE Ann, SCHOKKAERT Erik, VAN OURTI Tom, VAN DE VOORDE Carine, Contributions personnelles en matière de soins de santé en Belgique. L'impact des suppléments. Equity and Patient Behaviour (EPB). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20061027369.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

VAN DE SANDE Steffann, DE RYCK Dorien, DE GAUQUIER Kristel, HILDERSON Rebecca, NEYT Mattias, PEETERS Gert, SWARTENBROEKX Nathalie, TAMBEUR Wim, VANDEN BOER Guy, VAN DE VOORDE Carine. Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement « all-in » par pathologie. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20101027302.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

VAN DE VOORDE Carine, VAN DEN HEEDE Koen et MARTENS Raf, « Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse », Health Services Research (HSR), KCE, 2014. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_229B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf (consulté le 2 mai 2020).

DE POURCQ Kaat, DE REGGE Melissa, CALLENS Stefaan, COËFFE Mathilde, VAN LEUVEN Liesbeth, GEMMEL Paul, VAN DEN HEEDE Koen, VAN DE VOORDE Carine, EECKLOO Kristof, « Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse », Health Services Research (HSR), KCE reports, 2016. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_277B_Modeles_gouvernances_hopitaux_Synthese_0.pdf (consulté le 2 mai 2020).

STEPHANI Victor, CROMMELYNCK Anja, DURANT Guy, GEISLER Alexandre, VAN DEN HEEDE Koen, VAN DE VOORDE Carine, QUENTIN Wilm. Financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302B_Financement_sejours_hospitaliers_Synthese.pdf (consulté le 2 mai 2020).

DEVOS Carl, CORDON Audrey, LEFÈVRE Mélanie, OBYN Caroline, RENARD Françoise, BOUCKAERT Nicolas, GERKENS Sophie, MAERTENS DE NOORDHOUT Charline, DEVLEESSCHAUWER Brecht, HAELTERMAN Margareta, LÉONARD Christian, MEEUS Pascal, Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf (consulté le 2 mai 2020).

G. AUTRES

Projet de Déclaration de Politique Générale, 1^{er} décembre 2011, Bruxelles. Disponible sur : http://www.uvcw.be/no_index/publications-online/86-2.pdf (consulté le 2 mai 2020).

Belfius, Communiqué de presse, « 20 ans d'analyse sectorielle des hôpitaux généraux en Belgique : Étude Maha 2014 », Bruxelles, 2 octobre 2014. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/press-room/communiqués-de-presse> (consulté le 2 mai 2020).

Accord de Gouvernement, Bruxelles, 9 octobre 2014. Disponible sur : https://www.premier.be/sites/default/files/articles/Accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf (consulté le 2 mai 2020).

Health Consumer Powerhouse, *Euro health Consumer Index. Report*, Stockholm, 2018, 90 p. Disponible sur : <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

FGTB wallonne, « Analyse de loi 'réseautage' : réforme du paysage hospitalier », Namur, 28 mars 2019. Disponible sur : http://www.fgtb-wallonne.be/sites/default/files/notes/analyse_de_la_loi_reseautage_-_reform_hospitaliere.pdf (Consulté le 2 mai 2020).

Beflius, Analyse MAHA 2019. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2019/Slides-Maha-09102019-FR.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

Commission européenne, « Taxation Trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland and Norway », *DG Taxation and Customs Union*, 2019, 300 p. Disponible sur https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/taxation_trends_report_2019.pdf. (consulté le 2 mai 2020).

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, 24 p. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf (consulté le 2 mai 2020).

OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, 242 p. Disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Panorama-de-la-santé-2019-Chapitres-0-1-2.pdf> (consulté le 2 mai 2020).

H. SITES INTERNET

INAMI : <https://www.inami.fgov.be> (consulté le 2 mai 2020).

Absym : <https://www.absym-bvas.be> (consulté le 2 mai 2020).

SPF Santé publique : <https://www.health.belgium.be/fr> (consulté le 2 mai 2020).

