l'anap
l'expertise en partage

agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale



RÉFORMER L'OFFRE DE SOINS : CE QUE L'EUROPE NOUS DIT

SOMMAIRE

INTRODUCTION 4

PARTIE 1 - Les signaux d'alarme : financement, ressources, qualité 6

PARTIE 2 - Une réponse commune : la gradation des soins 8

PARTIE 3 - Cinq conditions pour réussir une réforme structurelle 15

NOTE DE L'ANAP

Les contenus sont relus et validés par nos équipes avant diffusion, y compris lorsque leur élaboration a bénéficié de l'assistance d'outils d'intelligence artificielle.

La réutilisation des productions de l'Anap est autorisée, sous réserve que les informations qu'elles contiennent ne soient pas altérées, que leur sens ne soit pas dénaturé et que leurs sources et date de dernière mise à jour soient mentionnées. Toute réutilisation à des fins commerciales doit faire l'objet d'un échange préalable avec l'Anap.

INTRODUCTION

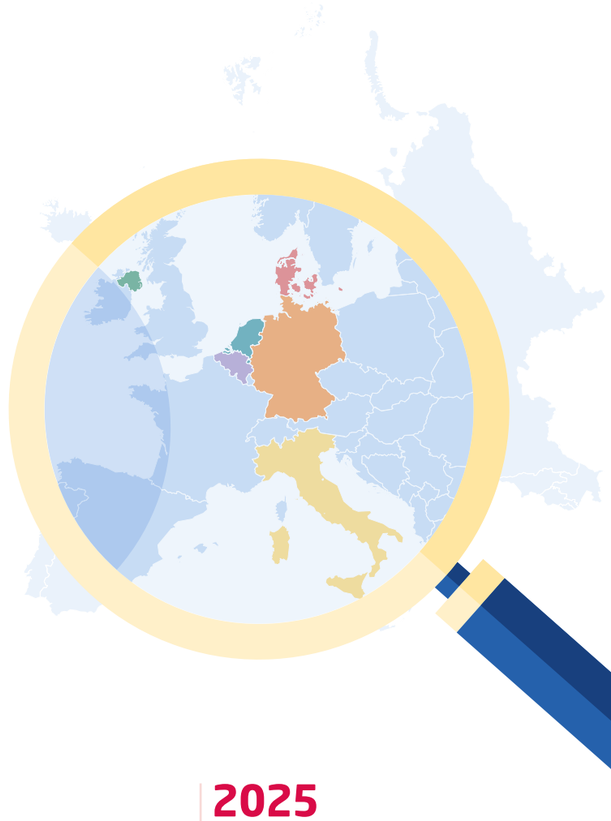
Les systèmes de santé européens partagent aujourd'hui un même horizon de contrainte : une pression financière croissante, une démographie des professionnels de santé sous tension, des bouleversements technologiques, qui exigent des adaptations très rapides des métiers comme des organisations, et des attentes sociétales en évolution.

En janvier 2025, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) invitait les États européens à faire évoluer leurs hôpitaux face aux mutations démographiques, aux progrès technologiques et aux attentes du public. Au cours des vingt dernières années, de nombreux pays européens ont ainsi engagé des réformes d'ampleur de leur système de santé.

C'est pour mieux comprendre les tenants et les aboutissants de ces réformes européennes, et en tirer des enseignements utiles pour éclairer les réflexions des décideurs et des acteurs sur l'avenir de notre système de santé, que l'Anap, dont la mission est de mettre en œuvre les priorités définies par les pouvoirs publics et d'appuyer les établissements de santé et médico-sociaux dans l'amélioration de leur performance, a étudié les réformes menées dans six pays européens : Allemagne, Belgique, Danemark, Irlande du Nord, Italie et Pays-Bas. Leurs trajectoires sont contrastées : certaines abouties, comme au Danemark, d'autres abandonnées, comme en Irlande du Nord, plusieurs en cours ou à l'état de projet. Toutes s'appuient néanmoins sur une même logique de gradation des soins ainsi que sur des modèles éprouvés à l'international, comme le quintuple objectif - qualité des soins, accessibilité financière, équité, bien-être des patients et des professionnels.

Des expériences européennes analysées dans cette publication, il en ressort que cinq facteurs semblent clés pour la réussite des réformes engagées : la construction préalable d'un diagnostic partagé, avec tous les acteurs et sur la base de données transparentes ; la conduite d'une large action de concertation afin que les réformes décidées s'appuient sur une légitimité la plus large possible et concernent non seulement les professionnels mais aussi les citoyens ; l'accompagnement des réformes par un modèle de financement adapté aux transitions recherchées ; la construction en amont d'un outil de mesure de l'impact des réformes engagées permettant de les analyser dans toutes leurs dimensions (accès aux soins, conditions de travail, coût, impact environnemental et social, etc.) et, enfin, la mise en œuvre d'un suivi indépendant et transparent permettant de faire évoluer les réformes sur un temps court.

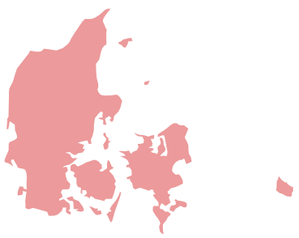
En partageant ces enseignements, l'Anap entend contribuer, à son échelle, à une réflexion collective et documentée, et ainsi éclairer les évolutions en cours.



PRINCIPALES RÉFORMES À L'ÉCHELLE EUROPÉENNE

2007

Danemark :
décentralisation, super-hôpitaux et renfort des soins primaires



2012

Irlande du Nord :
« transforming your care » : intégration des soins et virage domiciliaire. Cette réforme n'a pas été menée à terme



2022

Pays-Bas :
accords de soins intégrés IZA et renfort de la gradation des soins



Italie :
Plan national de relance et de résilience (PNRR) : développement de la responsabilité populationnelle

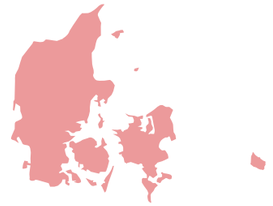
2024

Allemagne :
loi d'amélioration des prestations hospitalières : gradation des soins hospitaliers



2025

Danemark :
virage domiciliaire et investissement dans les soins primaires



Belgique :
projet de réforme hospitalière « changer pour préserver » : gradation des soins hospitaliers



[1] Shaping the vision: strategic hospital transformation within WHO European Region health system.
[2] Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale.
[3] Rapport 25-10. Les pénuries en médecins spécialistes, hors médecine générale. Pour une territorialisation, de la formation initiale à l'organisation du système de santé.
[4] Cette étude non exhaustive des réformes menées dans des pays européens repose sur une analyse documentaire complétée par des entretiens ciblés avec des experts des systèmes concernés.

PARTIE 1 - Les signaux d'alarme : financement, ressources, qualité

1.1 LA SOUTENABILITÉ DES SYSTÈMES EST MENACÉE

Aux Pays-Bas,
un rapport du Conseil scientifique gouvernemental[5] de 2021, basé sur des études prospectives menées par le gouvernement, évalue la soutenabilité du système de santé sous l'angle de trois pressions concomitantes : financière, des ressources humaines et des attentes sociétales (la perception de la qualité, de l'accessibilité, la confiance et la solidarité). Ce rapport indique notamment, qu'en ne faisant pas évoluer les organisations, il faudrait qu'un tiers de la main-d'œuvre néerlandaise travaille dans le secteur des soins d'ici 2060, ce qui n'est pas envisageable.

Pays-Bas

Un tiers des actifs dans les soins d'ici 2060 : à modèle constant, le système n'est pas tenable, il faut le repenser.



1.2 LES RESSOURCES FINANCIÈRES MANQUENT

En Allemagne,
la réforme hospitalière engagée en 2024 était justifiée par le ministre de la Santé par un effet ciseau sur les dépenses de santé. Suite à la pandémie, les dépenses de santé ont augmenté deux fois plus vite que les recettes, ce qui se répercute directement sur les cotisations annuelles des assurances maladies payées par les salariés et les employeurs. Le taux de cotisation aux assurances maladies allemandes est de 17,7 % en moyenne en 2026 (en hausse de 3,1 % par rapport à 2025) et pourrait atteindre 18,3 % en 2027, puis 20 % du salaire brut en 2033[6] .

En parallèle, le mode de financement des hôpitaux est insatisfaisant : selon une estimation, 25 % des hôpitaux allemands étaient menacés de faillite ou en déficit en 2024.

Allemagne

Les dépenses liées à la santé croissent deux fois plus vite que les recettes et 25 % d'hôpitaux étaient menacés de faillite en 2024.



[5] Sustainable healthcare, a matter of choice. People, resources and public support.

1.3 SOIGNANTS : RECRUTER ET FIDÉLISER, LE DÉFI NUMÉRO UN

En Belgique,
« changer pour préserver », tel est le projet de réforme du système de santé présenté en 2025. Il insiste sur l'impact des pénuries de personnel. Ces pénuries touchent la médecine générale, certaines disciplines du second recours (notamment la psychiatrie, la gériatrie, l'oncologie médicale et la rhumatologie), mais aussi le personnel infirmier du fait du vieillissement du personnel soignant et de l'augmentation de la demande de soins. La fragmentation importante du secteur de la santé (plus de 100 hôpitaux pour une population de 12 millions d'habitants) « ne permet pas une utilisation efficiente du personnel et des moyens disponibles »[7].

Belgique

Médecine générale, psychiatrie, gériatrie, oncologie, soignants : la pénurie de ressources humaines est partout, sur fond de vieillissement du personnel.



1.4 VOLUME D'ACTIVITÉ ET QUALITÉ DES SOINS : UN LIEN À NE PAS IGNORER

En Allemagne,
la réforme hospitalière est justifiée par une qualité insuffisante des soins dans les services hospitaliers à faible activité. En se référant à des études scientifiques, le ministre de la Santé soulignait en 2024 que « plusieurs dizaines de milliers de personnes supplémentaires pourraient survivre chaque année si leurs accidents vasculaires cérébraux, crises cardiaques ou cancers étaient traités dans des centres de soins spécialisées. Par exemple, les patientes atteintes d'un cancer du sein bénéficient d'un taux de survie supérieur de près de 25 % lorsqu'elles sont prises en charge dès le début dans un service d'oncologie certifié[8]. La réforme s'est accompagnée du lancement d'un site web national (https://bundes-klinik- atlas.de/), où les patients peuvent comparer l'activité et la qualité des soins dans les différents hôpitaux du pays.

Allemagne

La surmortalité liée aux AVC, infarctus et cancers pourrait être réduite si les patients étaient soignés dans des services hospitaliers particulièrement adaptés à ces activités.



[6] Update 2026: Entwicklung der Sozialabgaben.
[7] Pour la réforme du paysage hospitalier belge.
[8] Studie zur Krankenhausreform.

PARTIE 2 - Une réponse commune : la gradation des soins

2.1 SIX PAYS, UN CAP COMMUN : SOIGNER AU BON NIVEAU

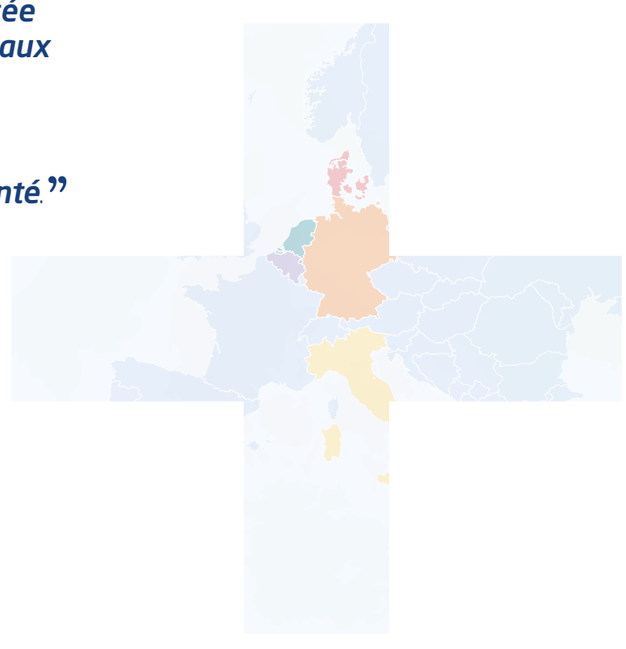
Les réformes européennes font écho aux recommandations du rapport[9] de l'OMS, qui appelle notamment les systèmes de santé européens à revoir leurs **modèles de planification**, qui ne doivent plus se faire au niveau des hôpitaux individuellement mais à l'échelle d'un territoire ou d'un réseau d'hôpitaux, dans une **logique de gradation des soins**.

La planification doit prendre en compte les changements de modèles d'offre de soins et incorporer une forte agilité liée à des niveaux d'incertitude plus élevés.
Les approches traditionnelles de planification hospitalières (au nombre de lits, par exemple) doivent être remplacées par des considérations plus sophistiquées comme :

- les parcours patients ;
- les caractéristiques de la population ;
- le fardeau de la maladie (ou *burden of disease*, un terme utilisé pour décrire l'impact global des maladies sur la population, y compris les mortalités, les incapacités et les conséquences, économiques ou sociales résultant des maladies) ;
- les temps de trajet ou les distances ;
- les ressources présentes dans la communauté (au sens large).

Les réformes étudiées partagent une logique de gradation de l'offre, adossée à des modèles internationaux comme le quintuple objectif, la responsabilité populationnelle, les soins intégrés et la valeur en santé.

> ***« Les réformes étudiées partagent une logique de gradation de l'offre, adossée à des modèles internationaux comme le quintuple objectif, la responsabilité populationnelle, les soins intégrés et la valeur en santé. »***



[9] Shaping the vision: strategic hospital transformation within WHO European Region health system.

Les six réformes européennes en un coup d'œil

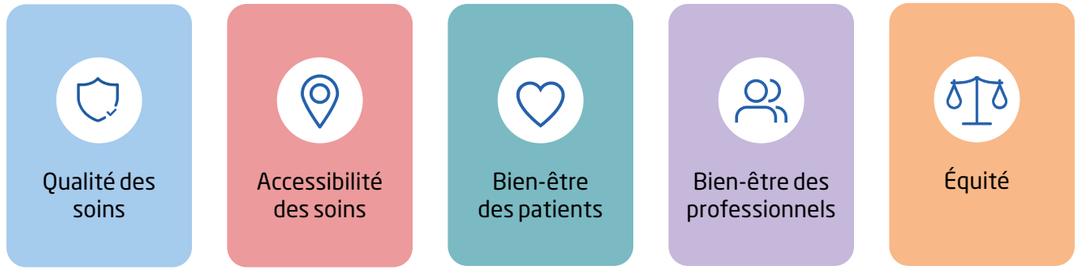
Pays (année)	Réforme	Logique dominante	État d'avancement
Danemark (2007)	Création de super-hôpitaux	Réforme des collectivités territoriales pour décentraliser les compétences liées à la santé. Concentration des soins spécialisés dans 16 super-hôpitaux couvrant chacun un territoire de plus de 300 000 hab. avec programme d'investissement immobilier associé. Passage de 40 à 21 services d'accueil des urgences. Renfort des soins primaires et développement de l'exercice pluridisciplinaire.	En cours
Irlande du Nord (2012)	« Transforming your care » (TYC)	Rationalisation de l'offre hospitalière avec un passage de 10 à 7 hôpitaux aigus. Transfert de 5 % des RH et financements hospitaliers vers les soins primaires et le domicile.	Abandon
Pays-Bas (2022)	Accords de soins intégrés (IZA)	Redistribution des soins aigus simples au plus proche des patients. Concentration des soins complexes (en 2026, 18 traitements complexes en oncologie et chirurgie vasculaire sont concernés par des seuils d'activité). Renfort des soins primaires et réforme des soins à domicile et aux personnes âgées.	En cours
Italie (2022)	Plan national de relance et de résilience (PNRR)	Organisation de la responsabilité populationnelle par territoire de 100 000 hab. : 1 centre de coordination territoriale, 1 hôpital de proximité, 8 à 10 lits de soins de longue durée, 2 centres de soins primaires pluridisciplinaires, des soins à domicile ou en HAD pour 10 % de la population de plus de 65 ans.	En cours
Allemagne (2024)	Loi d'amélioration des prestations hospitalières : gradation des soins hospitaliers	Gradation en 65 groupes de prestation soumis à des normes minimales de fonctionnement. 4 niveaux hospitaliers, de l'hôpital de proximité intersectoriel (ambulatoire, sans urgences) à l'hôpital de référence (≥ 5 groupes de prestation, urgences complètes, téléexpertise). Évolution du mode de financement des hôpitaux.	En cours
Danemark (2025)	2e vague de réforme	Poursuite du virage ambulatoire. Affirmation du domicile comme premier lieu de soins.	En cours
Belgique (2025)	« Changer pour préserver »	4 types d'établissements : hôpital général régional (≥ 240 lits, urgences 24/7) et hôpital universitaire (mêmes exigences + recherche et formation) ; centre médical local (hôpital de jour, soins spécialisés ambulatoires planifiables) et hôpital de soins intermédiaires (réadaptation).	En projet

2.2 LES LEVIERS QUI STRUCTURENT TOUTES LES RÉFORMES

Toutes ces réformes s'appuient sur un socle conceptuel développé à l'international, qu'il est utile de lire à deux niveaux : une finalité partagée (le quintuple objectif) et des modèles d'organisation qui en sont les leviers. « Selon cette approche holistique, les progrès réalisés dans chacun de ces domaines se renforcent mutuellement et contribuent à un système de santé plus durable, plus humain et plus équitable [17]. »

Cinq objectifs, une boussole commune

Le **quintuple objectif** (élargissement du triple objectif formalisé par l'Institute for Healthcare Improvement, ou IHI américain) propose cinq objectifs qu'un système de santé doit poursuivre simultanément :



Cinq finalités poursuivies ensemble : les progrès sur l'une renforcent les autres.

Les leviers pour passer de l'intention à l'action

Pour progresser vers ces objectifs, les pays mobilisent trois modèles complémentaires, qui en constituent les leviers concrets.

1 Prendre en charge une population, pas seulement des patients

La responsabilité populationnelle, initiée dans les années 2010 au Québec, implique que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire [18]. »

2 Intégrer les soins : briser les silos

Les soins intégrés marquent le passage d'une approche réactive à une approche proactive axée sur la prévention et une meilleure coordination entre les soins primaires, aigus, de longue durée et les services sociaux. Il s'agit d'un moyen d'améliorer les résultats cliniques (et la satisfaction) des patients, en particulier ceux atteints de plusieurs maladies chroniques, et d'optimiser l'utilisation des ressources [19].

3 La valeur des soins :

$$\text{Valeur} = \frac{\text{Résultats de santé obtenus}}{\text{Coûts pour les atteindre}}$$

mesurer ce qui compte vraiment

Le modèle VBHC (Value-Based Healthcare), ou soins de santé axés sur la valeur, a été formalisé par Michael E. Porter et Elizabeth Teisberg dans leur livre Redefining Health Care (2006). Dans l'approche VBHC, la valeur est définie comme suit :

L'accent n'est donc pas seulement mis sur le coût d'un traitement, mais aussi sur **ce qu'il apporte réellement** au patient en termes de qualité de vie, de rétablissement, de survie ou d'autonomie. « *La valeur en santé correspond donc à l'amélioration réelle de la santé des patients par rapport aux ressources investies pour y parvenir* [20]. »

[17] Pour la réforme du paysage hospitalier belge.
[18] L'article 20 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
[19] How to implement integrated care? A framework with 12 overall strategies to transform care delivery.
[20] Value-Based Healthcare : comprendre ce modèle innovant en santé.

2.3 LA TRADUCTION CONCRÈTE DANS SIX PAYS EUROPÉENS

Cette logique de gradation de soins a trouvé une traduction concrète dans six pays européens. Nous les avons classées selon les cinq dimensions du quintuple objectif, chaque dimension regroupant les réformes qui l'illustrent le mieux, un même pays pouvant relever de plusieurs d'entre elles.

1 Qualité et sécurité des soins

#MOTS CLÉS

super-hôpitaux · seuils d'activité · concentration des soins complexes · sociétés savantes

La première dimension vise à concentrer les soins les plus complexes là où le volume d'activité et l'expertise garantissent la qualité et la sécurité.

Au **Danemark**, la réforme hospitalière de 2008 cherchait à concentrer l'offre de soins spécialisée dans des environnements professionnels plus solides, capables de gérer les cas les plus critiques et complexes, tant en termes de compétences que d'équipements, avec la construction de 16 super-hôpitaux et une réduction du nombre de services d'urgence de 40 à 21.

Aux **Pays-Bas**, les accords de soins intégrés organisent la concentration des soins complexes sur la base de seuils d'activité, avec un premier accord en 2025 portant sur 18 traitements complexes de chirurgie vasculaire et oncologique.

En **Allemagne**, la loi d'amélioration des prestations hospitalières (2025) instaure une gradation des soins : un hôpital n'est autorisé à réaliser une activité que lorsqu'il démontre respecter des critères de qualité, en particulier des seuils minimaux d'expérience médicale (dont un nombre d'actes plancher), de personnel et de technologie. *Le ministre de la Santé de l'époque résumait cette logique : « Si, au final, il y a 20 % d'hôpitaux en moins, mais que ceux qui restent offrent de meilleurs soins, je pense que c'est une bonne chose. »*

En **Belgique**, le projet de réforme de 2025 prévoit le renvoi des patients vers des centres d'expertise pour les pathologies rares et/ou complexes.

LA NOTION DE « SEUILS QUALITATIFS »

En **Allemagne** comme aux **Pays-Bas**, les réformes de l'offre hospitalière s'appuient sur des seuils d'activité et de compétences médicales disponibles pour objectiver les décisions de concentration de l'offre de soins. En **Allemagne**, l'autorité fédérale de la santé G-BA a identifié les activités médicales pour lesquelles il existe un lien entre la fréquence des actes et la qualité du traitement. Pour ces activités, elle fixe des quantités minimales par médecin et/ou par lieu d'un hôpital sur la base des connaissances scientifiques disponibles (par exemple, 25 prises en soins par an de nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 1,25 kg ou 50 endoprothèses totales de l'articulation du genou). Aux **Pays-Bas**, les seuils ont été déterminés par les sociétés savantes des spécialités concernées, dans un premier temps dans le champ de la cancérologie (chirurgie, radiothérapie et endoscopie) et de la chirurgie vasculaire complexe, comme la chirurgie endovasculaire (FEVAR/BEVAR) des anévrismes de l'aorte (15 par an).

2 Accessibilité et proximité

#MOTS CLÉS

virage domiciliaire | redistribution des soins courants | maisons de santé communautaires | télémédecine

Le pendant de la concentration est la redistribution des soins de faible complexité au plus près de la population.

Aux **Pays-Bas**, cette redistribution des soins hospitaliers de faible complexité vise à garantir une offre de proximité, selon le principe des « bons soins dispensés au bon endroit » : proche du domicile si possible, plus loin si nécessaire, avec un recours à l'e-santé.

En **Italie**, le Plan national de relance et de résilience (PNRR), engagé depuis 2021 avec le soutien de l'Union européenne, conduit une refonte complète de l'offre de soins en proximité. Le nouveau maillage territorial est prévu pour 100 000 habitants avec des maisons de santé communautaires et des hôpitaux de proximité.

Au **Danemark**, la réforme de 2008 confiait au secteur des soins primaires les traitements moins spécialisés et moins intrusifs, à un coût moindre. Elle a été complétée par une nouvelle réforme en 2024, qui renforce encore le virage domiciliaire en faisant du domicile le premier lieu de soins.

En **Belgique**, le projet de réforme de 2025 prévoit une offre accessible en proximité pour les pathologies courantes et une aide médicale urgente bien organisée. Il décrit une gradation des soins basée sur quatre types de structures : hôpital général régional (au moins 240 lits), centre hospitalier universitaire (où a lieu la recherche), centre médical local (transformation d'une quarantaine de petits hôpitaux en établissements sans lits d'hospitalisation complète) et hôpital de soins intermédiaires (pour les soins de réadaptation). Concernant les pathologies rares et/ou complexes,les patients sont renvoyés vers des centres d'expertise.

3 Bien-être et place des patients

#MOTS CLÉS

planification à l'échelle du territoire | responsabilité populationnelle

Aux **Pays-Bas**, les accords de soins intégrés visent à offrir des soins « pertinents » (*passende zorg*), c'est-à-dire :

- axés sur la valeur (gains en santé et en qualité de vie pour les patients, à un prix raisonnable) ;
- décidés en partenariat avec le patient, dans une approche d'*empowerment* ;
- qui ne concernent pas seulement la maladie mais la santé globale, en valorisant ce que les patients peuvent encore faire et la prévention.

Au **Danemark**, les réformes successives visent à renforcer la liberté de choix des patients, et surtout leur capacité réelle à l'exercer, grâce aux outils numériques et à des parcours de soins plus lisibles et mieux coordonnés, notamment pour les maladies chroniques. Les autosoins sont encouragés, c'est à dire la formation et le soutien des patients pour qu'ils soient autonomes dans le traitement de leur maladie (auto-administration de médicaments, autosurveillance de la santé, etc.).

4 Bien-être des professionnels et soutenabilité

#MOTS CLÉS

empowerment | soins « pertinents »

La dernière dimension porte sur la soutenabilité du système et sur les conditions d'exercice des professionnels.

En **Allemagne**, la réforme entend assurer la pérennité du système en modifiant son financement : le mode de rémunération actuel, basé majoritairement sur l'activité réalisée, sera remplacé par un dispositif où 60 % de dotations fixes financent les services répondant aux critères de qualité.

Au **Danemark**, la recherche d'environnements professionnels plus robustes va de pair avec une logique d'efficience : remplacer une fraction des admissions hospitalières par des traitements ambulatoires et confier les soins les moins spécialisés au premier recours, à un coût moindre.

5 Équité territoriale

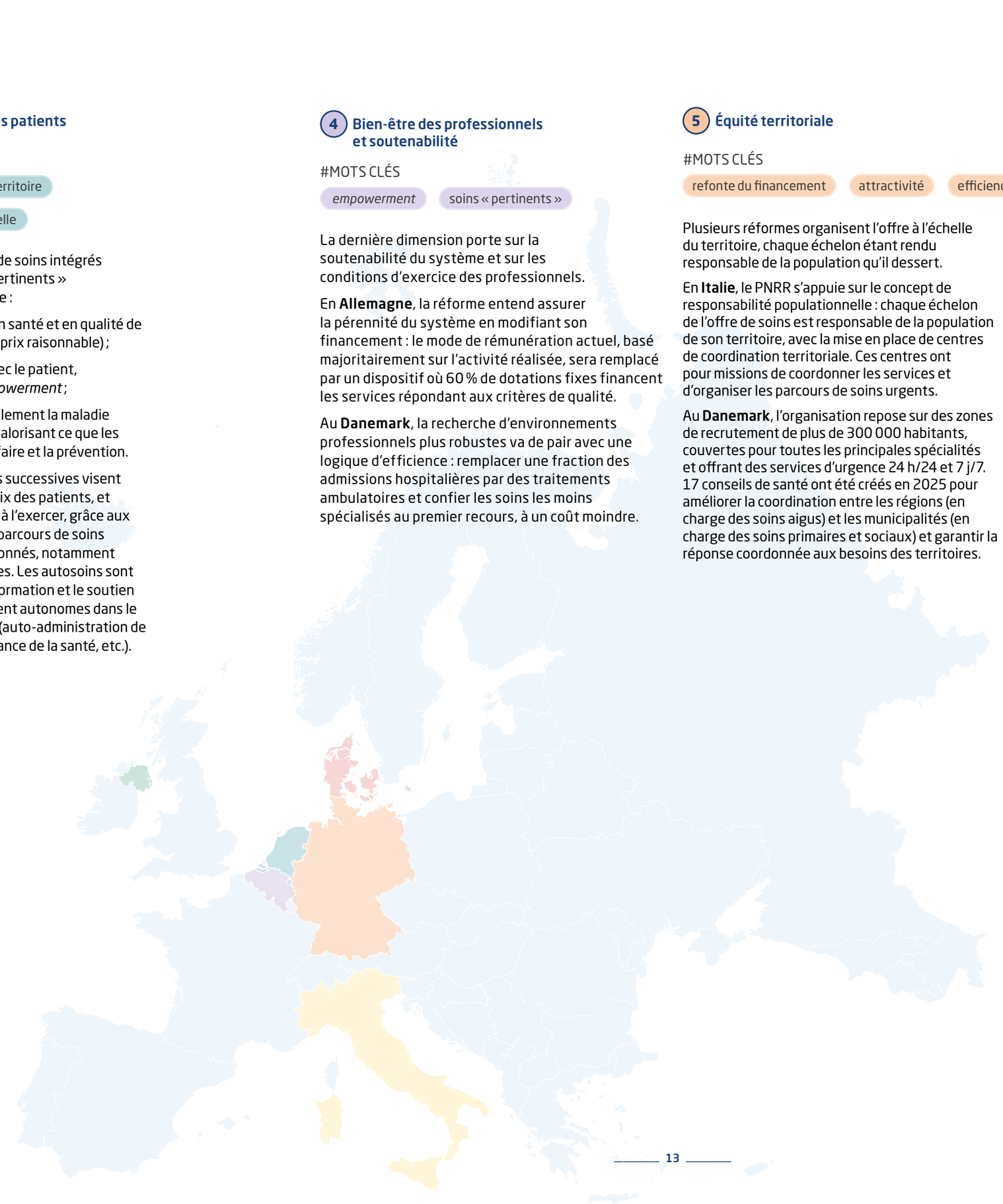
#MOTS CLÉS

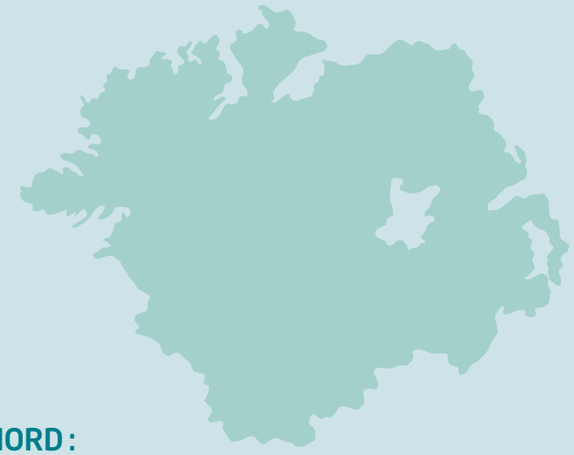
refonte du financement | attractivité | efficience

Plusieurs réformes organisent l'offre à l'échelle du territoire, chaque échelon étant rendu responsable de la population qu'il dessert.

En **Italie**, le PNRR s'appuie sur le concept de responsabilité populationnelle : chaque échelon de l'offre de soins est responsable de la population de son territoire, avec la mise en place de centres de coordination territoriale. Ces centres ont pour missions de coordonner les services et d'organiser les parcours de soins urgents.

Au **Danemark**, l'organisation repose sur des zones de recrutement de plus de 300 000 habitants, couvertes pour toutes les principales spécialités et offrant des services d'urgence 24 h/24 et 7 j/7. 17 conseils de santé ont été créés en 2025 pour améliorer la coordination entre les régions (en charge des soins aigus) et les municipalités (en charge des soins primaires et sociaux) et garantir la réponse coordonnée aux besoins des territoires.





LE CAS DE L'IRLANDE DU NORD : UN CONTRE-EXEMPLE

L'Irlande du Nord constitue un exemple de réforme ambitieuse qui a dû être abandonnée. La réforme « Transforming your care » (TYC) de 2012 visait un double mouvement de concentration de l'offre de soins complexes et de décentralisation des soins en proximité. Des objectifs concrets étaient fixés :

- une réduction du nombre d'hôpitaux aigus de 10 à 7, au vu de la vétusté de certains sites et de la répartition de la population dans le pays ;
- un transfert de 5 % des financements et des ressources humaines des hôpitaux vers les soins primaires et à domicile ;
- un renforcement du rôle des médecins généralistes en tant que *gate-keepers*, c'est-à-dire de porte d'entrée vers les soins spécialisés ;
- un renforcement de la prévention ;
- un renforcement des soins à domicile ;
- une planification du développement de la télémédecine ;
- une personnalisation des soins aux patients.

Cette réforme a dû être abandonnée du fait d'une **non-pérennisation des fonds** dédiés à la transformation de l'offre de soins, dans un contexte de difficultés budgétaires. En 2016, le gouvernement d'Irlande du Nord a fait appel à un comité d'experts international pour évaluer la situation et proposer une nouvelle orientation. La réforme suivante, intitulée « Delivering Together » (2017), relance la transformation du système sanitaire et médico-social d'Irlande du Nord autour d'un « triple objectif » : amélioration de l'expérience des patients, amélioration de l'état de santé de la population et réduction des coûts.

> *« Un « triple objectif » : amélioration de l'expérience des patients, amélioration de l'expérience de la population et réduction des coûts. »*

PARTIE 3 - Cinq conditions pour réussir une réforme structurelle

3.1 PARTIR D'UN DIAGNOSTIC SOLIDE : LA BASE DE TOUT

Le premier facteur de réussite est l'établissement d'un diagnostic clair de la situation, partagé sur l'échiquier politique, au sein de la population et accepté par les acteurs du système de santé. Ce diagnostic doit aller **au-delà de l'incarnation par un ministre ou un gouvernement**, afin de survivre aux fluctuations de la vie politique et s'inscrire dans la durée.

En **Allemagne**, la réforme a été précédée d'une étude scientifique consacrée à l'impact de la spécialisation et de l'expérience sur la réussite des traitements hospitaliers [21]. Elle a mis en évidence de fortes disparités de qualité des soins (et en particulier de surmortalité des patients) selon le niveau d'activité des établissements. Le ministre de la Santé de l'époque, Karl Lauterbach, s'est fortement mobilisé pour partager ce constat, avant qu'il ne soit rendu accessible à toute la population : un atlas en ligne permet désormais à chacun de comparer l'activité et la qualité des soins des hôpitaux proches de chez lui (plus de 500 000 visites mensuelles depuis 2024).

Le diagnostic partagé repose généralement sur les constats décrits en partie 1 (p. 6), qui servent de cadre à la réforme.

3.2 CONCERTER POUR CONVAINCRE : LA LÉGITIMITÉ SE CONSTRUIT

#MOTS CLÉS

accords nationaux | consultation publique | expertise neutre

Une large concertation et la recherche d'un **consensus** sont des éléments centraux pour la réussite d'une réforme hospitalière d'ampleur, tant dans la définition de la réforme que dans sa déclinaison opérationnelle une fois le cadre de la réforme posé.

Aux **Pays-Bas** : des **accords nationaux** ont été signés en 2023, rassemblant une vaste représentativité, des assurances maladies aux syndicats de médecins et de santé en passant par les hôpitaux et les patients. Ensuite des groupes de travail régionaux représentatifs ont été constitués pour décliner la mise en œuvre de la réforme en fonction des spécificités régionales. Cet engagement de tous les acteurs impliqués dans l'offre de soins ainsi que la culture néerlandaise du consensus sont des éléments centraux de la stratégie de réforme.

En **Belgique**, le ministère de la Santé fédéral a fait le choix de missionner un **comité d'experts indépendants** pour élaborer un projet de réforme hospitalière en 2025. Ce comité a été composé pour représenter tous les acteurs du secteur (médecins, directeurs, infirmiers), du pays (flamands et wallons) et pour leur expertise professionnelle ou universitaire. Les experts se sont basés sur des données qualitatives et quantitatives pour faire une proposition au gouvernement ou aux élus, qui ont ensuite la charge de concevoir et mettre en œuvre une réforme.

En **Irlande du Nord**, les réformes s'appuient également sur des groupes d'experts mais ici de renommée internationale. Le gouvernement doit également s'appuyer sur des **consultations publiques**[22] pour toute réorganisation du système de santé au niveau local et national. Les usagers des services, les aidants et le grand public doivent être consultés sur la planification de l'offre des soins, l'élaboration et l'examen de propositions de modification dans la manière dont les soins sont prodigués et leur efficacité.

[21] Studie zur Krankenhausreform.
[22] Health and Social Care NI (HSCNI) Involvement and Consultation Scheme.

3.3 SANS RESSOURCES SÉCURISÉES, PAS DE RÉFORME DURABLE

#MOTS CLÉS

fonds de transition | programme européen | réforme territoriale | accompagnement au changement

Réformer l'offre de soins est une démarche au coût élevé, tant politique qu'organisationnel et financier. Les pays européens ont des **stratégies variées pour faire face à ce coût.**

Le **Danemark** a fait précéder sa réforme de l'offre de soins d'une ambitieuse **réforme de ses collectivités territoriales.** Le pays est passé de 271 à 98 communes par des fusions et les 13 comtés ont été supprimés et remplacés par 5 nouvelles régions. Chaque région compte entre 0,6 et 1,6 million d'habitants et la population moyenne des municipalités est passée de moins de 20 000 à environ 55 000 habitants après la réforme.[23] Ces fusions ont permis de positionner les activités sanitaires (confiées aux régions) et sociales (confiées aux communes) à un niveau pertinent et efficient. Cette réduction du nombre d'acteurs facilite la coordination entre les régions administratives et les municipalités dans la fourniture des soins, qui fait l'objet d'une planification pluriannuelle. Au-delà des coûts, cette mise à plat du cadre de régulation a été un facteur fort pour garantir la cohérence de la réforme.

CONSTRUIRE POUR TRANSFORMER : LES SUPER-HÔPITAUX DANOIS

Le plan d'investissement hospitalier du Danemark est un élément central du succès de la réforme de 2008. Une enveloppe de 22 milliards de couronnes a soutenu la construction cinq « super-hôpitaux » visant à regrouper l'offre de soins spécialisée. Le programme architectural imposait le cadre suivant[24] :

➔ Les nouveaux hôpitaux devaient être construits de manière modulable pour s'adapter à l'évolution des traitements et des technologies tout en respectant les contraintes financières.

➔ Les nouveaux investissements devaient :

- améliorer l'occupation des sols, l'exécution des tâches et l'utilisation efficace des ressources par l'amélioration de la logistique, de la technologie, des flux de travail et des normes qualité élevées ;
- regrouper des fonctions dans moins d'unités pour une structure plus efficace de l'hôpital ;
- inclure des chambres de patients individuelles pour réduire le bruit, améliorer la qualité du sommeil, réduire le stress des employés et limiter les erreurs, mais aussi pour aider à prévenir les infections et les chutes.

En **Italie**, la réforme territoriale de l'offre de soins repose sur un cofinancement via le **programme européen Next Generation**. Le PNRR a pour objectif de relancer l'économie et promouvoir la santé, la durabilité et l'innovation numérique. La composante santé est dotée de 7 Md€ (sur un total de 194 Md€ de subventions et prêts[25]). Nommée « Réseaux de proximité, structures intermédiaires et télémédecine pour les soins de santé territoriaux », elle vise à créer des maisons de santé communautaires pour améliorer l'aide sanitaire territoriale et à faire du domicile le premier lieu de des soins et la télémédecine. Il s'agit d'un investissement remarquable relativement aux 134 Md€ de dépenses publiques de santé soit 6,3 % du PIB[26].

[23] The Local Government Reform and Evaluation.
[24] Services hospitaliers innovants au Danemark.
[25] Flash Conjoncture Pays avancés - Où en est la mise en œuvre du PNRR en Italie et en Espagne ?
[26] Health at a Glance 2025.

FINANCER PLUTÔT QUE LÉGIFÉRER : LA VOIE AUTRICHIENNE

L'**Autriche** n'a pas engagé de grandes réforme de son système de santé mais a choisi d'inciter les trois caisses d'assurance maladie à renforcer durablement l'offre de soins. Cette incitation prend la forme d'un fond de réforme doté de 500 M€ par an entre 2026 et 2030. Ces fonds financent des mesures concrètes, par exemple l'optimisation des flux et des parcours des patients selon le principe « d'abord le numérique, puis l'ambulatoire, puis l'hospitalier ».

En **Allemagne**, un **fond de transformation**[27] de 50 Md€ a été créé pour accompagner la réforme de l'offre de soins hospitalière. Les *Länder*, qui ont la compétence « santé », peuvent y déposer leurs projets visant à la concentration des capacités de soins hospitaliers aigus, la fermeture de sites hospitaliers ou de parties de ceux-ci dans les zones présentant une forte densité d'hôpitaux, la mise en place de réseaux de télémédecine interopérables, y compris la téléchirurgie assistée par robot et la création de capacités de formation supplémentaires.

L'échec de la réforme du système de santé et médico-social « Transforming your care » en 2012 en **Irlande du Nord** (voir p. 12) est également riche d'enseignements. En effet, le budget alloué aux coûts de la mise en œuvre de la réforme, évalués à 25 millions de livres par an, n'a pas pu être respecté dans un contexte économique tendu. Cet échec est aussi analysé comme étant lié à l'incapacité du secteur hospitalier à concrétiser les changements de pratiques et les économies attendues, et donc à transférer les financements vers le domicile.

3.4 MESURER LES IMPACTS AVANT, PAS APRÈS

#MOTS CLÉS

data | grilles d'impact

Aux **Pays-Bas**, la réforme IZA visant l'amélioration de l'intégration de l'offre de soins par un double mouvement de concentration des soins spécialisés et de dissémination des soins moins aigus en proximité s'est accompagnée d'importants efforts pour :

- Mettre les **données nécessaires à la prise de décision** à disposition des acteurs régionaux : le site https:// www regiobeeld.nl/ permet de consulter les données de la population en regroupant des informations auparavant réparties entre plusieurs autorités. Il comprend des données démographiques, des caractéristiques de santé, de modes de vie et certains déterminants sociaux de la population, mais aussi le recours aux services de santé, leur coût et les délais d'accès.
- Créer des **grilles d'analyse d'impact** sur toutes les parties prenantes comme :

Parties prenantes	Impacts
Patient	➔ Qualité des soins ➔ Accessibilité des soins dans la région
Offreurs de soins	➔ Production de soins, capacitaire et équilibre financier ➔ Effet en cascade des modifications d'activité, formation et recherche ➔ Attractivité en tant qu'employeur
Professionnel de santé	➔ Contenu du travail ➔ Compétences ➔ Plaisir au travail
Réseau de soins	➔ Impact en chaîne sur les autres prestataires de soins du réseau ➔ Compétences et capacités de prise en charge des acteurs du réseau ➔ Structure et activités de recherche
Société civile	➔ État de l'offre de soins dans la région ➔ Fonction suprarégionale des établissements ➔ Équilibre entre accessibilité financière, accessibilité physique et qualité des soins ➔ Soutenabilité financière des soins à long terme

- Anticiper **l'impact financier sur les hôpitaux pendant la phase transitoire** : les assurances maladies ont prévu des « mesures de confort » pour s'assurer de la stabilité de l'offre de soins pendant la phase transitoire.

En **Suisse**, l'utilisation de **concepts comme celui d'hôpital systémique**[28] donne une clé de lecture pour anticiper l'impact de futures réformes. Une activité est d'importance systémique quand ses prestations sont centrales et indispensables à l'économie nationale, ne peuvent pas être remplacées rapidement et sont donc susceptibles d'entraîner de graves perturbations dans l'économie nationale (par exemple, pour la fourniture d'électricité). Transposé aux hôpitaux, l'importance systémique ne se résume pas aux soins médicaux immédiats (pénurie de soins et surcharge des hôpitaux restants), mais aussi aux aspects plus avancés comme la formation et la recherche. Un hôpital d'importance systémique est donc un établissement dont la fermeture aurait des conséquences importantes sur les soins de santé au sein de la région.

3.5 ÉVALUATION INDÉPENDANTE : LA CONDITION DE LA CONFIANCE

#MOTS CLÉS

accords de santé | transparence

L'ambition, la vision ou la mobilisation des acteurs ne suffisent pas à réaliser une réforme en profondeur d'un système de santé.

Aux **Pays-Bas**, la déclinaison de la réforme est publique, transparente et avec un calendrier précis. Les résultats des travaux menés à l'échelle régionale sont publiés sur un site web dédié. Les hôpitaux doivent négocier entre eux la nouvelle répartition de leurs capacités (concentration et nouvelle répartition) ainsi que les nouveaux parcours patients. Les assurances maladies qui financent les hôpitaux ont un intérêt à agir pour suivre la mise en œuvre de la réforme. Les négociations tarifaires annuelles avec les hôpitaux leur permettent ce dialogue. Malgré cette dynamique, la mise en œuvre d'une partie de la réforme est bloquée par l'absence de dispositif permettant un partage d'informations médicales efficient, soulevant l'importance du pilotage national.

[27] Wussten Sie schon, dass das BAS auch den Transformationsfonds verwaltet?

L'ENJEU DU PARTAGE DE DONNÉES ET DE L'INTERCONNEXION

La création d'un réseau opérationnel de partage de données est un élément crucial pour le succès des réformes de l'offre de soins. Dès 2008, le Danemark a ainsi alloué 267 M € au déploiement des solutions numériques en dehors des hôpitaux et à la mise en place d'une plateforme nationale de données. En Italie, le PNRR a fait du déploiement de la télémédecine une priorité nationale, permettant une réelle mise en réseau des capacités et des expertises. Le fonds de transformation allemand a aussi identifié la téléexpertise comme une priorité, et l'Allemagne a accéléré le déploiement d'un dossier patient informatisé national (ePA) en 2025[29].

Au **Danemark**, les régions signent des accords de santé avec les municipalités. Ce sont des documents politiques et administratifs établis au début de chaque cycle électoral et renouvelés tous les quatre ans. L'objectif de ces accords est de fournir une plateforme de négociation entre les principaux acteurs et un cadre pour la collaboration pratique des acteurs à différents niveaux gouvernementaux. Ces accords comprennent six domaines thématiques obligatoires : hospitalisation et sortie, réhabilitation, dispositifs de soins et aides, prévention des maladies et promotion de la santé, santé mentale et suivi des événements indésirables ainsi que mécanismes d'évaluation. Ils montrent qu'une régulation souple peut être appliquée avec succès.

[28] Hôpitaux suisses : santé financière en 2023.
[29] Die elektronische Patientenakte (ePA) für alle.

l'anap
l'expertise en partage

agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale

L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale est une agence publique de conseil et d'expertise qui agit avec et pour les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux. Depuis 2009, elle a pour mission de soutenir, d'outiller et d'accompagner les établissements dans l'amélioration de leur performance sous toutes ses dimensions. Pour la mener à bien, l'Anap propose une offre d'accompagnement globale : diffusion de contenus opérationnels, organisation et animation de la mise en réseau et intervention sur le terrain.

Pour plus d'information :
www.anap.fr

Anap
23, Avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 57 27 12 00

Retrouvez-nous sur

anap.fr

PROSP_ANAP02
CITIZEN PRESS