

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 09/02/2023

---

Direction générale Soins de santé

---

CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---

Réf. : CFEH/D/570-1 (\*)

## **Avis sur le transport interhospitalier**

Au nom du Président,  
Margot Cloet

p.o., chef de service Management  
Office de la DG Soins de Santé

Annick Poncé  
Directeur général ad interim

(\*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 9/02/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date.

## 1. Introduction

Il s'agit d'un avis en réponse à la demande d'avis du ministre Vandebroucke sur le transport interhospitalier. Le ministre a mis à disposition un budget de 13,494 millions d'euros pour son financement dans le budget des moyens financiers.

Un groupe de travail composé de membres du CFEH, d'une délégation de l'Observatoire des maladies chroniques et d'experts s'est réuni les 22/12/2022, 18/01/2023, 31/01/2023 et 03/02/2023.

Lors d'une première réunion du groupe de travail, une présentation du rapport de l'Observatoire des maladies chroniques<sup>1</sup> sur le transport interhospitalier a eu lieu, ainsi qu'une explication de la demande d'avis de la cellule stratégique et une discussion des premiers résultats des projets pilotes.

### **Situation de l'avis**

Le budget de 13,494 millions d'euros est composé comme suit :

- 6,494 millions d'euros (décision du Conseil général du 17/10/2022)
- 7 millions d'euros (un montant, précédemment prévu pour le soutien à la mise en réseau).

Objectif : promouvoir l'accessibilité financière des patients et la collaboration entre les hôpitaux pour les missions de soins tant locorégionales que suprarégionales.

Champ d'application : transport interhospitalier avec admission dans un autre hôpital

- Au sein de son propre réseau clinique locorégional, l'accent étant mis sur le transport médicalement assisté.
- Vers un hôpital de référence pour les missions de soins suprarégionales

Le ministre demande une réponse aux éléments suivants :

o Utilisation des budgets + répartition entre hôpitaux récepteurs et référents

o Affinement sur la base de projets pilotes

o Attention à la facturation uniforme des patients

## 2. Projets pilotes

En 2022, le SPF Santé publique a mis en place et financé un projet d'enregistrement du transport interhospitalier pour 2 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux : le réseau Plexus en Flandre et le réseau Vivalia en Wallonie.

Les 2 réseaux hospitaliers ont reçu le financement d'une extra PIT (Paramedic Intervention Team) pour cette période pilote.

La manière d'organiser ce transport interhospitalier (et donc son enregistrement) est différente pour les 2 réseaux.

---

1

[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/adviezen\\_observatorium\\_ziekenvervoer\\_tussen\\_ziekenhuizen\\_2020\\_06.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/adviezen_observatorium_ziekenvervoer_tussen_ziekenhuizen_2020_06.pdf)  
[Avis rendus par l'Observatoire des maladies chroniques - INAMI \(fgov.be\)](#)

Le réseau Plexus a utilisé sa propre ambulance pour les transports interhospitaliers non urgents et urgents. Pour le transport interhospitalier urgent, il s'agissait du centre 112, de sorte que les tarifs « transport urgent » soient appliqués à l'attention du patient.

Il s'agissait à la fois de trajets pour des missions de soins locorégionaux et suprarégionaux.

Dans le réseau Vivalia, le transport interhospitalier était assuré par un certain nombre de partenaires externes avec lesquels le réseau hospitalier avait conclu des accords. En cas de recours à des firmes extérieures, le coût est entièrement à la charge du patient. Dans ce réseau, le PIT a été utilisé pour le transport préhospitalier.

Cela explique également les grandes différences dans le nombre de transports, notamment en ce qui concerne les transports urgents, ainsi que les différences de prix de revient pour le réseau et pour le patient.

Si le transport par le 112 peut coûter moins cher au patient, cela n'implique pas moins de coûts réels en contrepartie.

Les premiers résultats de ces projets pilotes, qui ont été utilisés pour calculer le budget de 13,494 millions d'euros, ont été présentés le 22/12/2022. Ces résultats sont basés sur l'enregistrement d'un nombre limité de mois (une mise à jour est fournie, voir tableau récapitulatif ci-joint).

Les données disponibles sont très limitées et non représentatives. Une extrapolation basée sur ces données pour tous les réseaux hospitaliers ne peut pas être validée par le CFEH (par exemple en raison d'un échantillon trop limité, de données de base insuffisantes pour une image représentative, de différences dans les modèles organisationnels sous-jacents, ...).

En raison des arguments suivants, une extrapolation conduirait à une estimation peu fiable du nombre de déplacements et du coût de ces déplacements :

- La période d'enregistrement est de 8 mois pour le réseau Plexus, et de 11 mois pour le réseau Vivalia. Le réseau Vivalia a subi une grave cyber-attaque pendant cette période d'enregistrement, ce qui fait que les enregistrements peuvent ne pas refléter fidèlement la réalité.
- Il existe des différences importantes dans la composition des réseaux : nombre d'hôpitaux par réseau, répartition géographique des réseaux, distances et temps de trajet entre les hôpitaux du réseau et entre l'hôpital et un centre de référence, offre et type de missions de soins suprarégionales par réseau, (pour les missions de soins suprarégionales, les distances seront plus longues), contexte rural versus urbain, présence éventuelle d'hôpitaux de revalidation ou spécialisés (la grande majorité de leurs patients sont référés par des hôpitaux aigus), ....
- Par conséquent, les chiffres de deux réseaux ne sont pas représentatifs et ne peuvent être utilisés pour faire une extrapolation ;
- L'impact des futures concentrations d'offres de soins sur le transport interhospitalier est difficile à estimer. Cela n'a pas été pris en compte dans le calcul du budget.

Il existe un besoin important pour une structure à plus grande échelle géographique de services d'ambulance qui effectuent des transports purement interhospitaliers, avec une répartition entre les transports urgents et les transports électifs/réguliers, et qui peuvent offrir une facture abordable à la fois au patient et à l'hôpital, que ce soit grâce à une coordination de l'autorité ou non. L'autorité attend une collaboration au niveau du réseau, mais nous sommes constamment confrontés à des problèmes de transport pour amener le patient d'un hôpital à l'autre, même au

sein d'un même réseau. Pourtant, il faut déjà noter que certains hôpitaux enregistrent déjà leurs transports interhospitaliers. Ces hôpitaux pourraient servir en tant que « bonnes pratiques ».

### 3. Avis précédents

En ce qui concerne le transport des patients, nous attirons l'attention sur les avis et documents suivants du CFEH:

- Mémoire CFEH 2020-2024 (FRZV/D/495-10, 12/09/19) : "Avec la formation de réseaux hospitaliers, les transports inter-hospitaliers vont également augmenter. Il est opportun que le transport interhospitalier soit inclus dans la réforme du financement des hôpitaux."
- Avis du CFEH sur le financement des réseaux hospitaliers (CFEH/D/501/2, 12-12-19) : "D'autres éléments de financement, comme par exemple le transport des patients, devraient être inclus dans ce <budget au niveau du réseau>. La mise en réseau pourrait augmenter le coût du transport des patients. Il ne serait pas correct de répercuter ce coût ni sur les patients ni sur les hôpitaux." (p. 4-5)

### 4. Avis du CFEH concernant le groupe cible

Le CFEH apprécie et soutient l'initiative du ministre de réduire la facture des patients pour le transport interhospitalier et de dégager des ressources budgétaires à cette fin.

Cependant, sur la base des données limitées disponibles, il est impossible de faire une estimation correcte du nombre et du type de trajets actuels, et encore moins ceux prévus, et des coûts correspondants à financer. Des données supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une meilleure vision du coût total réel et de la spécificité par réseau (voir les paramètres ci-dessus).

Le rapport de l'Observatoire des maladies chroniques souligne que la présence d'une infirmière dans le service d'ambulance est l'un des facteurs qui peut entraîner des factures élevées pour les patients. Cette présence se justifie en partie par le nombre limité d'opérations qui peuvent être effectuées par un ambulancier « transport non urgent de patients »<sup>2</sup>. Par exemple, la surveillance d'un patient sous perfusion de garde (c'est-à-dire sans médicament administré) par un ambulancier qui ne transporte pas un patient en urgence n'est pas autorisée. C'est le cas, par exemple, de l'ambulancier d'urgence, appelé via le 112, qui est autorisé à effectuer des opérations plus techniques<sup>3</sup>.

En 2006, le service de l'Aide médicale urgente a publié une circulaire<sup>4</sup> à l'intention des hôpitaux concernant les transports interhospitaliers urgents, contenant un certain nombre de directives sur le transport interhospitalier urgent (à partir du service des urgences).

---

<sup>2</sup> L'AR du 14 mai 2019 relatif à la profession d'ambulancier transport de patients non urgents prévoit les prestations techniques suivantes : 1. Lever, soulever et positionner correctement le patient en vue de son transport, y compris le déplacer avec ou sans aides ; 2. Immobilisation à des fins de sécurité pendant le transport ; 3. Surveillance de la sécurité physique du patient ; 4. Surveillance de l'état du patient. 5. poursuivre le traitement à l'oxygène.

<sup>3</sup> Arrêté royal définissant les activités mentionnées à l'article 21quinquies, §1, a), b) et c), de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de santé que le médecin dispensateur de soins-ambulatoire peut exercer, et fixant les modalités selon lesquelles le médecin dispensateur de soins-ambulatoire peut accomplir ces actes liés à sa fonction.

<sup>4</sup> Circulaire ICM/AMU/012 du ministre R. Demotte sur les transports urgents entre hôpitaux du 04/09/2006

Ces directives sont interprétées différemment par les hôpitaux. Certains hôpitaux font plus souvent appel au centre 112, d'autres non et cela est dû à des accords locaux qui diffèrent. Parfois une infirmière est envoyée par l'hôpital, dans d'autres cas non.

Par conséquent, il existe de grandes différences dans la facturation aux patients.

Une délimitation plus claire du rôle du service 112, y compris la structuration et l'expansion du PIT dans le transport interhospitalier urgent, est essentielle.

Sur la base des considérations ci-dessus, le CFEH recommande de donner la priorité aux transports interhospitaliers nécessitant une assistance médicale et/ou infirmière, dans le but d'une intervention dans la facture de cet accompagnement supplémentaire pour ce patient, souvent gravement malade.

Il n'existe actuellement aucune norme établie concernant le moment où une infirmière et/ou un médecin doit être prévu(e) et par qui. En général, on peut dire que la nécessité d'une assistance médicale et/ou infirmière est une décision médicale qui doit être prise par le médecin traitant. En ce qui concerne les indications relatives à la présence d'une infirmière ou d'un médecin pendant ces trajets, des avis supplémentaires peuvent être demandés aux associations professionnelles et/ou scientifiques concernées et au Conseil national de l'aide médicale urgente, si nécessaire.

Le transport interhospitalier assisté par un médecin ou une infirmière depuis le service des urgences en vue d'une admission dans un autre hôpital en fait partie intégrante. Il en va de même pour le transport interhospitalier médical et/ou infirmier à destination et en provenance des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux hybrides et des hôpitaux de revalidation à partir des hôpitaux généraux.

#### Proposition d'utilisation du budget disponible :

Étant donné qu'il n'est actuellement pas possible d'évaluer si le budget prévu est suffisant et qu'il n'existe pas de paramètres fiables pour la répartition de ce budget entre les hôpitaux ou les réseaux hospitaliers, le CFEH propose de prévoir une intervention pour le transport interhospitalier de patients avec assistance médicale et/ou infirmière par le biais de l'assurance maladie obligatoire.

Le critère de remboursement est la nécessité d'une surveillance infirmière et/ou médicale, quel que soit le type de mission de soins pour laquelle le transport interhospitalier a lieu. Cela signifie que cette indemnité peut être accordée tant pour les missions locorégionales que pour les missions de soins suprarégionales.

Il s'agit d'un pas important vers une plus grande transparence et une facturation uniforme pour les patients.

Plusieurs paramètres doivent être pris en compte lors de l'élaboration des tarifs :

- Le forfait de prise en charge (y compris les 10 premiers km)
- Le nombre total de kilomètres parcourus ;
- Une intervention pour l'accompagnement infirmier ;
- Une intervention pour l'accompagnement médical ;
- Une intervention pour l'accompagnement médical et infirmier.

Pour l'accompagnement, la durée "moyenne" (exprimée en nombre d'heures) à remplir par l'infirmière et/ou le médecin pour ce transport est une donnée particulièrement pertinente.

La règle et l'intervention prévus pour le transport des nouveau-nés d'un hôpital ayant une fonction N\* (fonction de soins néonataux<sup>5</sup>) vers un service NIC (soins intensifs néonataux) peuvent servir d'inspiration.

#### 5. Conditions importantes

Le CFEH estime qu'au moins les conditions suivantes doivent être remplies pour mettre en place un système de remboursement du transport interhospitalier.

##### **- Enregistrement obligatoire de tous les trajets interhospitaliers**

L'enregistrement obligatoire de tous les trajets interhospitaliers via un système d'enregistrement central (et donc pas seulement les trajets accompagnés par un médecin et/ou un infirmier) est absolument nécessaire pour avoir une vision plus correcte du type et du nombre de trajets (y compris les tarifs) à l'avenir.

Le CFEH est d'avis que l'autorité fédérale devrait fournir un logiciel d'enregistrement uniforme, les coûts de licence étant à sa charge. Il est possible que le logiciel d'enregistrement Ambureg puisse y prétendre, moyennant un certain nombre d'adaptations pour le transport interhospitalier.

En outre, l'INAMI et les organismes assureurs devront avoir accès aux données de ce type de trajets pour le remboursement des coûts du transport interhospitalier infirmier et médicalement assisté.

En sus du remboursement partiel en cas d'accompagnement médical et/ou infirmier, un remboursement (très) limité (par kilomètre) pourrait être prévu d'office pour tous les transports interhospitaliers y compris pour les patients pour lesquels aucun accompagnement médical et/ou infirmier n'est nécessaire.

Le remboursement pourrait se faire par l'intermédiaire d'un code de pseudo code de nomenclature uniforme, transparent et suffisamment affiné figurant sur la facture du patient.

Cela garantit l'absence d'ambiguïté et la transparence de la facture du patient, tant pour le transport interhospitalier avec accompagnement médical/infirmier que pour le transport interhospitalier sans accompagnement.

- **Fixation de tarifs maximums (pour les transports interhospitaliers non urgents) ou une alternative au niveau de la Conférence Interministérielle (CIM)**

En Flandre et à Bruxelles, contrairement à la Wallonie, aucun tarif fixe ou maximal n'a encore été fixé pour le transport non urgent de patients. Le CFEH demande qu'une conférence interministérielle examine dans les plus brefs délais le système le plus approprié (et applicable aux différentes régions) pour protéger le patient (et l'hôpital) de ces factures extrêmement élevées, sinon cela continuera à donner lieu à de grandes différences régionales dans la part personnelle à supporter par le patient. Les factures élevées qui sont totalement disproportionnées par rapport aux coûts sous-jacents doivent disparaître. Ce risque financier ne doit pas non plus être répercuté sur les hôpitaux.

Les hôpitaux sont prêts à s'investir dans une organisation efficace du transport interhospitalier. Même pour les missions qui ne relèvent pas du champ d'application du présent avis (comme les transports où le patient retourne chez lui dans les 24 heures), la fixation des tarifs est un critère lors de l'appel d'offres et de l'attribution des marchés publics. De cette façon, une plus grande attention peut être

---

<sup>5</sup> Arrêté ministériel du 8 janvier 1992 déterminant l'indemnité de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et les conditions d'octroi de l'indemnité pour frais de transport des prématurés et des nouveau-nés dont la vie est menacée ou qui risquent d'avoir des séquelles neurologiques permanentes (modifié par le MB du 24 novembre 1998).

accordée à d'autres aspects tels que la qualité du service, la ponctualité des missions, le service aux patients,... dans l'appel d'offres public.

## 6. Observations finales

Il s'agit d'une recommandation pour une approche par paliers.

Les hôpitaux sont disposés à collaborer pour organiser plus efficacement le transport interhospitalier. Toutefois, à ce stade, le CFEH ne peut émettre qu'une recommandation partielle pour les raisons mentionnées ci-dessus.

A ce stade, le CFEH propose de privilégier l'utilisation des moyens pour définir un taux de remboursement partiel au bénéfice du patient dans le cadre de l'assurance obligatoire pour les transports interhospitaliers avec accompagnement médical et/ou infirmier. Le CFEH est prêt à analyser les propositions d'adaptation ou d'extension dès que des données d'enregistrement plus utilisables seront disponibles.

Outre l'accompagnement médical/infirmier, la distance en km (ou en temps dans les zones métropolitaines) est également un facteur important du coût. A terme, sur la base des enregistrements, il conviendra d'évaluer si un financement supplémentaire doit être mis à disposition qui pourrait couvrir un élargissement du champ d'application à tous les types de transport interhospitalier.

Selon le CFEH, un basculement complet du transport interhospitalier urgent dans l'organisation de l'AMU (112) est à analyser.

Le budget de 13,494 millions d'euros comprend également un budget de 7 millions d'euros initialement alloué aux hôpitaux généraux pour promouvoir<sup>6</sup> la collaboration entre les hôpitaux du réseau hospitalier .

Le ministre, dans sa note sur la réforme de l'organisation et du financement de l'hôpital du 28 janvier 2022, a exprimé sa priorité d'utiliser ce montant pour réduire la facture du patient pour le transport interhospitalier. En investissant ces 7 millions d'euros dans le transport interhospitalier, cette somme bénéficiera au patient mais disparaîtra du financement indispensable pour soutenir les fonctions de coordination des réseaux hospitaliers, ce que le CFEH ne peut approuver. Le CFEH réitère donc sa demande qu'au moins les coûts afférents aux fonctions de coordination des réseaux hospitaliers (imposées par la loi) soient couverts.

Enfin, le CFEH souhaite conclure en disant qu'il existe certainement une volonté de tous les acteurs concernés de collaborer pour organiser plus efficacement le transport interhospitalier. L'objectif supérieur devrait être de s'efforcer de fournir des soins de qualité maximale, et ce pour chaque type de patient (Quintuple Aim), dont le transport interhospitalier fait partie intégrante.

---

<sup>6</sup> Ceci était destiné aux fonctions de coordination (notamment celles qui étaient mandatées par la loi : médecins chefs de réseau, collègue des médecins chefs).

**Annexe : aperçu des enregistrements des projets pilotes Plexus et Vivalia (aperçu 01/2023)**

Plexus 8 maand gegevens Vivalia 11 maand gegevens	per maand / par mois	
	Plexus	Vivalia

**Non-urgent**

dans le réseau / binnen netwerk (interhospitaal)	104	44
buiten netwerk / en dehors du réseau (intrahospitaal)	214	8

**Urgent**

dans le réseau / binnen netwerk (interhospitaal)	43	2
buiten netwerk / en dehors du réseau (intrahospitaal)	52	2

Plexus 8 maand gegevens Vivalia 11 maand gegevens	Prix facturé / Gefactureerde prijs	
	Plexus	Vivalia

**Non-urgent**

aan ziekenhuis - à l'hôpital	152,16 €	294,81 €
Patient	223,41 €	898,82 €

**Urgent**

aan ziekenhuis - à l'hôpital	68,88 €	772,91
Patient	62,89 €	geen gegevens/ pas de données