

CONSEIL CONSULTATIF FÉDÉRAL DES ÂÎNÉS

Avis 2026/004

Le Conseil consultatif fédéral des aînés (CCFA), établi par la loi du 8 mars 2007 créant un Conseil consultatif fédéral des aînés et dont les membres sont nommés par arrêté royal du 7 juillet 2017, a pour mission de rendre, de sa propre initiative ou à la demande du gouvernement fédéral ou d'une Chambre législative, des avis sur les matières relevant de la compétence de l'autorité fédérale concernant les pensions, l'égalité des chances, l'intégration sociale et la lutte contre les inégalités, l'accessibilité des soins de santé et la mobilité.

En application de l'article 3, § 3, 1° de la loi précitée du 8 mars 2007, le CCFA émet l'avis suivant :

AVIS DU CONSEIL CONSULTATIF FÉDÉRAL DES ÂÎNÉS CONCERNANT NOTE D'EXPERTS SUR LA RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

NOTE D'EXPERTS SUR LA RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER - AVIS

Le 17 décembre 2025, le comité d'experts indépendants sur la future réforme du paysage hospitalier belge a formulé un avis à la demande de la Conférence Interministérielle Santé Publique.

Le groupe d'experts s'est penché sur l'organisation actuelle des hôpitaux généraux et leurs sites dans notre pays, et sur la structure actuelle de l'offre telle qu'elle s'est historiquement développée au fil du temps.

La proposition émise par le groupe d'experts prévoit sur une période de dix ans de restructurer et renforcer le système hospitalier vers une offre adaptée en quatre types d'établissement de soins en partant du principe de proximité lorsque c'est possible, des soins concentrés lorsque c'est nécessaire.

Le groupe d'experts propose également de réformer en profondeur l'aide médicale urgente par un triage centralisé avec une orientation de l'offre de soins appropriée, des services d'urgence vers uniquement les HGR et les CHU, et un renforcement de l'utilisation des postes de garde.

Enfin le groupe d'experts prévoit de créer des centres d'expertise satisfaisant à certaines exigences de qualité et de volume.

Le CCFA souscrit à la nécessité de redéfinir le paysage hospitalier. Nous adhérons à la vision fondamentale de la note, qui repose sur un modèle de soins intégré dans lequel les soins hospitaliers ne sont plus au centre, mais constituent l'un des piliers d'une prise en charge coordonnée et centrée sur le PATIENT, prise en charge prenant

également en compte – chaque fois que possible – les droits, choix, demandes et objectifs de vie de la PERSONNE qu'est le patient.

1. Le patient au cœur des soins intégrés ?

La proposition de réforme en profondeur du paysage hospitalier repose sur des objectifs pertinents et une analyse SWOT.

La note s'appuie sur le cadre du « Quintuple Aim », qui combine cinq objectifs essentiels : la qualité des soins, l'accessibilité financière, le bien-être des patients, le bien-être des soignants et l'équité.

Dans un plan sur 10 ans, les aspects environnementaux méritent également leur place.

Le CCFA demande d'ajouter au Quintuple Aim : l'amélioration de l'impact sur le climat et l'environnement

Le cadre du Quintuple Aim doit garantir que les patients ne se retrouvent plus dans des programmes de soins fragmentés, mais que les prestataires de soins de différentes disciplines collaborent au sein d'un parcours harmonisé, coordonné par un coordinateur de soins. Le suivi n'est plus uniquement clinique ; le bien-être, ainsi que les aspects mentaux et sociaux, font également l'objet d'une attention particulière. Les soins relient les différents environnements de vie (domicile, travail, société, hôpital, centre de rééducation) et intègrent toutes les dimensions du bien-être : physique, psychique, social et écologique.

Ces principes fondamentaux ne sont toutefois pas développés plus avant et ne tiennent pas compte des difficultés liées à l'accessibilité géographique, notamment dans les zones rurales ou à faible densité de population.

La note qui nous est présentée s'appuie fortement sur la situation actuelle et ne repose pas sur une vision d'avenir suffisante.

Le projet a été conçu du point de vue des hôpitaux et des médecins, et ne tient absolument pas compte de l'avis et de l'expérience des patients.

Une réforme du paysage hospitalier à laquelle les autres secteurs doivent se rallier ne constitue en tout cas pas un bon point de départ pour développer des soins intégrés.

Les soins intégrés ne peuvent exister que si les soins à domicile, l'aide informelle, le soutien psychologique... occupent une place à part entière dans ce plan. Pour bon nombre de ces acteurs des soins ambulatoires, ce sont les régions et les communautés qui sont compétentes.

Le rapport des experts n'aborde pas non plus les soins hospitaliers destinés aux patients souffrant de troubles psychiatriques. Les soins aux personnes âgées en maison de repos ne sont pas non plus abordés dans leur note. Ces deux derniers points sont renvoyés aux entités fédérées sans vision concrète et globale des problèmes et besoins spécifiques des patients âgés, voire très âgés, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie.

Le CCFA se réjouit que la conférence interministérielle sur la santé ait donné mandat d'élaborer cette note. Les différents ministres confirment ainsi que des soins intégrés ne sont possibles que si les différents niveaux de pouvoir collaborent.

Le CCFA insiste pour que, parallèlement à la refonte du paysage hospitalier, soient également identifiées les mesures nécessaires relevant des compétences des régions et des communautés afin de rendre réellement possible une prise en charge intégrée autour du patient.

Le CCFA demande également l'implication active de la Plateforme flamande des patients, de LUSS, du CCFA-FAVO, CAS, et VLORA dans la mise en œuvre de ce plan.

2. Des soins accessibles sont synonymes de soins abordables.

Le CCFA évalue cette note en se plaçant du point de vue des personnes âgées et vulnérables. Quel est l'impact de cette réforme sur l'accessibilité, la qualité, les coûts et les délais d'attente ?

Ce plan vise à clarifier la situation et à définir une politique à long terme pour les hôpitaux. Cette perspective à long terme doit également fournir aux hôpitaux et à leurs bailleurs de fonds les repères nécessaires pour investir dans des infrastructures nouvelles ou existantes. Cela ne peut toutefois être dissocié du financement de base des hôpitaux et du système de rémunération à l'acte.

Le système de financement actuel, principalement basé sur la rémunération à l'acte, incite les hôpitaux et les médecins à effectuer davantage d'interventions ou de consultations, même si celles-ci ne sont pas toujours médicalement nécessaires, et ce souvent au détriment de la qualité pour le patient.

Les hôpitaux sont confrontés à des pressions financières et tentent de se surpasser les uns les autres en investissant dans la technologie, les infrastructures et de nouvelles offres médicales, que cela soit réellement nécessaire ou non.

Le système actuel n'encourage donc pas les hôpitaux à coopérer ou à regrouper leurs activités. En raison du système de financement, les hôpitaux sont avant tout des concurrents les uns des autres, alors que le plan proposé repose justement sur la coopération.

De son côté, en raison d'un financement de base insuffisant, le patient est de plus en plus souvent confronté à des suppléments lors des consultations ambulatoires et des prestations techniques.

Aujourd'hui, les suppléments facturés pour les chambres individuelles constituent une source importante de revenus pour les hôpitaux.

La refonte du paysage hospitalier est l'occasion de mettre fin à la discrimination qui oblige les patients moins aisés à se contenter d'une chambre à plusieurs lits.

Nous sommes également préoccupés par la tendance croissante à la désaffiliation, y compris dans des disciplines relevant des soins de base telles que les soins dentaires. L'accessibilité financière des soins est de plus en plus liée à des assurances complémentaires pour l'hospitalisation et les soins dentaires, qui sont inabordables pour les personnes à faibles revenus.

Les disciplines médicales lucratives s'organisent de plus en plus souvent en dehors des hôpitaux, où les listes d'attente sont moins longues. Cela s'accompagne également d'un déconventionnement croissant des médecins. Les patients plus aisés bénéficient d'un accès plus rapide aux soins grâce à la « médecine de village ».

Le CCFA demande que la réforme du paysage hospitalier soit liée au financement futur des soins de santé en général et au financement de base des hôpitaux en particulier.

Cette proposition de financement doit inclure des mesures visant à mettre un terme à la désaffiliation croissante des médecins et à enrayer le transfert vers les assurances complémentaires. L'égalité d'accès aux soins de santé, doit être garantie pour tous dans le cadre de cette réforme.

3. Qualité et accessibilité des soins intégrés dans le nouveau paysage hospitalier.

3.1 Qualité des soins

Le CCFA regrette que le rapport ne parte pas des besoins (actuels et prévisibles) des patients au sein d'une région donnée, alors que ces régions peuvent présenter de grandes différences : zones rurales, forte précarité,

population âgée... Les experts se basent uniquement sur la taille, par site, et les gains d'efficacité escomptés.

Le CCFA plaide en faveur d'un contrôle de la qualité des soins. Celle-ci est mise à mal par un manque de possibilités de transfert et une rationalisation de l'offre. Le CCFA souhaite que la liberté de choix du patient soit préservée. La confiance est un facteur important dans le choix de l'hôpital, tout comme c'est le cas lors de l'octroi du consentement aux soins.

L'analyse SWOT qui sous-tend la présente note montre que le paysage hospitalier belge est fragmenté en un trop grand nombre de sites où «tout le monde fait tout» et qui, de surcroît, sont ouverts jour et nuit. Cela va à l'encontre de l'évolution de la médecine aiguë, qui exige une expertise de plus en plus spécialisée. Par ailleurs, des techniques moins invasives, une meilleure imagerie et une anesthésie adaptée font qu'un nombre croissant de patients sont traités en hôpital de jour.

Cette évolution s'observe tant pour les interventions chirurgicales que pour les interventions en médecine interne.

Selon le principe « **des soins de proximité lorsque c'est possible, des soins centralisés lorsque c'est nécessaire** », les experts proposent de diviser le paysage hospitalier en quatre types d'établissements distincts, chacun ayant un rôle et des responsabilités spécifiques.

Cette classification constitue la pierre angulaire de la réforme, car elle jette les bases d'une meilleure collaboration, d'une répartition claire des tâches et d'une utilisation plus efficace des ressources et de l'expertise.

- Hôpital général régional (HGR)
- Hôpital universitaire (CHU)
- Centre médical local (CML)
- Hôpital de soins intermédiaires (HSI)

Concrètement, cela signifie que d'ici dix ans, de nombreux petits hôpitaux généraux disparaîtront ou seront transformés en centres médicaux locaux. Un CML assure des soins spécialisés ambulatoires planifiables et dispose d'un hôpital de jour chirurgical, avec un bloc opératoire, une salle de réveil et une plateforme diagnostique complète.

Les CML ne disposent ni de service d'urgence ni de service de première urgence.

3.2 Des soins intégrés ?

Pour avoir une vue d'ensemble complète, il faut également tenir compte de la capacité des centres de réadaptation. Il s'agit de la capacité en lits des centres de réadaptation qui permettent aux patients de quitter plus rapidement leur lit d'hôpital classique. Il s'agit d'une capacité provisoire convenue au sein de l'IMC de 730 lits en Flandre, 130 lits à Bruxelles et 384 lits en Wallonie. À cela s'ajoutent les hôpitaux de réadaptation flamands (1 087 lits) qui font également partie de l'offre au sein d'une région donnée.

Le CCFA demande plus de précisions sur le profil des patients qui seront admis dans les HSI et sur ceux qui seront orientés vers les établissements de réadaptation. Nous demandons de renforcer la possibilité d'accéder à des soins intermédiaires ou de réadaptation en hôpital, tout en veillant à renforcer également la qualité de l'aide et des soins à domicile. Ces « déménagements » incessants sont source de désorientation et d'un profond sentiment de mal-être pour de nombreuses personnes âgées.

Les sites ambulatoires ne proposant pas de soins en établissement et qui ne figurent pas sur la « liste des adresses des hôpitaux » ne sont pas non plus mentionnés. Il s'agit de polycliniques hors site, de centres médicaux ou de sites satellites gérés par les hôpitaux.

On ignore combien de sites sont concernés, où ils se trouvent et quels soins ou prestations techniques ils proposent. Il est important de les prendre également en compte.

Le CCFA demande que les sites ambulatoires qui ne figurent pas sur la liste des hôpitaux soient inclus dans l'analyse et la refonte.

Enfin, les soins psychiatriques, les autres structures de santé mentale, les soins palliatifs et les soins aux personnes âgées font également défaut dans l'analyse. Cartographier les soins et élaborer un plan pour les 10 prochaines années ne peut ignorer les soins psychiatriques.

On ne peut pas miser sur des soins intégrés sans y inclure les soins psychiatriques. Il existe en effet une comorbidité fréquente entre les problèmes somatiques et psychiques. Il ne faut pas non plus ignorer la forte pression exercée sur les services d'urgence en raison des problèmes psychiatriques.

Le CCFA demande que les soins de santé mentale soient également pris en compte dans les propositions de réforme.

Le rapport d'experts n'aborde que très brièvement les défis et la demande croissante de soins chez les personnes âgées. Les lits « Sp6 » offrent des soins aux patients atteints de troubles psychogériatriques et les lits « Sp4 » (soins palliatifs) présentent des points communs avec les soins prodigués dans d'autres services. Ils ne sont pourtant pratiquement pas mentionnés dans le rapport.

Le CCFA demande qu'une attention particulière soit accordée aux soins palliatifs et renvoie aux propositions formulées dans son avis « Qualité de fin de vie » de décembre 2025.

3.3 Accessibilité des soins

À l'avenir, la plupart des habitants du pays devront parcourir de plus longues distances pour se rendre dans un hôpital général régional. C'est surtout dans les provinces moins peuplées, qui comptent moins de lits agréés, qu'une nouvelle rationalisation fondée sur le nombre de lits agréés aura des conséquences importantes et qu'il restera moins d'hôpitaux.

La note prévoit une correction. Elle part du principe que tout le monde doit pouvoir rejoindre un hôpital régional après un trajet en voiture de 30 minutes.

Mais tout le monde ne dispose pas d'une voiture et les personnes âgées ne peuvent ou ne veulent plus conduire elles-mêmes. Une telle réforme dépend d'un plan de transport bien développé pour le transport médical (transport non urgent en position assise), mais aussi dans le domaine des transports publics et de l'intermodalité.

Il ne faut pas non plus perdre de vue les visiteurs. Il est essentiel pour la qualité des soins que le patient hospitalisé puisse recevoir des visites. C'est particulièrement important pour les personnes âgées et vulnérables.

Le CCFA demande que la règle des 30 minutes en voiture pour se rendre à l'hôpital le plus proche soit réexaminée en tenant compte de l'accessibilité pour les personnes qui ne possèdent pas de voiture. En collaboration avec les régions et les communautés, il convient d'élaborer un plan cohérent afin de garantir le transport des patients et de leurs proches, soit par les transports publics réguliers, soit par des services de transport médicalisé spécialisés. Le CCFA demande

également qu'une attention particulière soit accordée aux provinces moins peuplées et aux zones rurales de toutes les provinces.

Le plan prévoit que, demain, une grande partie des soins sera dispensée au Centre médical local (CML).

La note part du principe que cette transition vers l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires offre davantage de confort au patient. Comme les patients ne restent pas à l'hôpital la nuit ni le week-end, les besoins en personnel sont réduits, ce qui permet également de libérer des ressources.

La note néglige toutefois le fait qu'après une intervention ambulatoire, un patient a souvent besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, cuisiner...). Parmi les interventions pouvant être réalisées en hospitalisation de jour, les interventions orthopédiques occupent une place importante. D'un point de vue médical, le risque de complications est moindre, mais l'intervention entraîne souvent une invalidité temporaire. Les patients ne peuvent pas se passer d'aide les premiers jours. De plus en plus de personnes, et surtout de nombreuses personnes âgées, vivent seules et n'ont pas d'aidant proche à domicile pour les aider.

Le CCFA demande que le développement des soins en hôpital de jour s'accompagne d'un renforcement des soins infirmiers et des soins à domicile. Cette question relève en grande partie de la compétence des communautés et des régions. Une réduction des effectifs médicaux (au niveau fédéral) entraînera une augmentation des coûts des soins à domicile (au niveau régional).

Si aucun accord n'est conclu à ce sujet et si les moyens correspondants ne sont pas débloqués, les soins dispensés au sein du LMC garantiront une qualité moindre, et non supérieure, pour le patient. Les coûts de la convalescence seront alors également répercutés sur les patients.

Les hôpitaux de soins intermédiaires ou de réadaptation constituent une étape intermédiaire visant à permettre aux patients de retrouver ou de renforcer leur autonomie après leur séjour à l'hôpital afin qu'ils puissent retourner auprès de leur famille dans le mode de vie de leur choix (par exemple, -après, le cas échéant, passage par le stade 'lit court séjour d'un home- une résidence services, une colocation ou dans un MRS ou une MR

Le CCFA demande d'améliorer l'accès aux soins intermédiaires ou à la rééducation à l'hôpital, tout en renforçant la qualité des soins et de l'aide à domicile.

4. Droit de réclamation.

Le CCFA plaide en faveur d'une meilleure information des patients. Le droit de réclamation concernant la qualité des soins fait défaut dans le rapport des experts. L'indépendance et l'efficacité des services de médiation laissent actuellement à désirer. Le manque de clarté concernant les droits, les possibilités de choix et les procédures de réclamation pour le patient constitue un frein à l'amélioration de la qualité des soins. La transparence des coûts hospitaliers pour le patient devrait être plus explicite et plus systématique.

5. Soins médicaux d'urgence.

La mise en place d'un système de triage unique, opérationnel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, permettra à terme d'assurer une meilleure répartition des soins médicaux vers les services appropriés, en fonction du degré d'urgence (médecins généralistes, service de garde, ambulance, service des urgences, service mobile d'urgence... et de la pathologie

Le CCFA plaide en faveur de l'élaboration d'un protocole clair pour le triage et la répartition, mais aussi pour une clarification de la notion d'urgence médicale dans laquelle les patients doivent être transférés vers l'hôpital le plus proche.

L'organisation des soins d'urgence exclusivement dans les hôpitaux régionaux et universitaires allongera le temps de réponse, alors que certaines pathologies exigent justement une réponse plus rapide (affections cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, polytraumatismes, etc.). Le CCFA plaide pour que les urgences mettant la vie en danger soient prises en charge dans un délai de moins de quinze minutes. Cela nécessite une plus grande couverture du réseau d'intervention rapide (ambulance, hélicoptère, SMUR et PIT).

Le CCFA estime qu'un triage centralisé peut constituer une avancée s'il est effectué avec soin et fait l'objet d'une évaluation permanente. Une bonne information destinée aux personnes âgées et aux personnes vulnérables est une condition préalable essentielle.

6. Les soins intégrés dans la pratique.

Tout au long de cet avis, il apparaît clairement que ce plan dépendra de la mise en place d'une politique intégrée par le gouvernement fédéral d'une part, et par les communautés et les régions d'autre part. **Le CCFA plaide**

pour une meilleure coordination des soins entre les soins de première ligne et les soins de deuxième ligne.

L'ambition de mettre enfin en place un modèle de soins intégrés commence par la collaboration entre tous les acteurs concernés au sein d'une région donnée : dans ce modèle, les soins hospitaliers ne sont plus au centre, mais constituent l'un des piliers de soins coordonnés et centrés sur le patient et – sauf en cas d'urgence vitale – devraient pouvoir être élaborés en concertation avec le patient.

La note évoque l'intégration dans un réseau de soins régional ou national, avec des accords concernant l'orientation, le suivi et les soins de suite. Entre-temps, les régions ont créé leurs propres partenariats entre les professionnels de la santé et du bien-être.

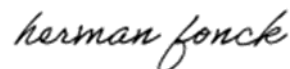
Le CCFA demande que les professionnels de la santé et du bien-être, tant au niveau fédéral que régional et communautaire, puissent collaborer au sein d'un réseau de soins unique, reconnu par toutes les autorités, qui s'appuie sur une zone géographique cohérente où tous les acteurs du secteur des soins, y compris les hôpitaux, assument leurs responsabilités. C'est seulement ainsi que le patient pourra être au centre des soins et donner, en toute confiance et après avoir été informé, son consentement et sa coopération au plan de soins qui a été élaboré pour lui.

Le CCFA souligne l'importance du coordinateur qui organise les soins autour et avec le patient. Il ne doit pas nécessairement s'agir du médecin généraliste ; un autre professionnel de santé peut également remplir ce rôle.

Approuvé après consultation écrite des membres du CCFA au sein du Conseil.



Le Vice-Président,
Daniel Van Daele



Le Président,
Herman Fonck