

À Madame Margot Cloet
Présidente du CFEH

Bruxelles, le 27 avril 2026.

Concerne : Note de minorité de l'ABSyM concernant Projet d'avis du CFEH (note CFEH D 634-1)
«Recommandations pour la réforme du paysage hospitalier. Changer pour préserver (2026-2036)».

Madame la Présidente,

Tout d'abord, nous remercions le groupe de travail pour sa vision concernant la note des experts. Celle-ci s'inscrit dans une perspective institutionnelle. De notre côté, nous y ajoutons une perspective médico-professionnelle, fondée sur l'évolution du contenu de la médecine et la continuité des soins qui en découle.

Notre préoccupation fondamentale est que la transformation du paysage hospitalier se poursuive de manière linéaire, au rythme de la médecine actuelle. Or, un horizon de 10 à 15 ans est très long en médecine. La médecine de 2035-2040 sera fondamentalement différente. Les diagnostic assistés par l'IA, les biopsies liquides, le profilage génomique des tumeurs, les thérapies numériques et les appareils portables, la chirurgie ambulatoire robotisée, l'impression 3D et la navigation seront sans doute réalisables en clinique de jour, voire dans un simple environnement de consultation externe, mais ils dépasseront souvent les capacités d'un seul hôpital, tant sur le plan technologique qu'en termes d'investissement. La télémédecine et la télésurveillance transféreront sans doute une partie des fonctions hospitalières vers le domicile.

Le Centre médical local (CML) en tant que plateforme de soins flexible

Dans la note d'experts, le centre médical local (CML) est à juste titre présenté comme un modèle d'hôpital de jour et de polyclinique destiné à offrir des soins de proximité, sans permanences, sans fonctions d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et susceptible de jouer un rôle important dans la transition vers davantage de soins ambulatoires.

Le projet d'avis de la CFEH développe plus en détail ce modèle, avec notamment la possibilité de cliniques spécialisées, d'une certaine activité de jour et d'une cohésion institutionnelle avec les HGR/CHU. Dans les deux textes, le CML est toutefois essentiellement considéré comme un satellite d'un hôpital unique, sous une seule autorité organisatrice, et dans un cadre strictement hospitalier.

Dans la vision actuelle, le CML est trop « figé » en tant que partie intégrante d'un seul hôpital. D'un point de vue des soins et dans une perspective d'avenir, il serait plus judicieux de le conceptualiser comme une plateforme de soins régionale flexible. Cette plateforme devrait :

- offrir des possibilités de collaboration à plusieurs hôpitaux au sein d'une zone de soins logique ou un réseau hospitalier logique : en particulier la présence de toutes les spécialités réunies en un lieu améliore l'offre de soins de proximité, moins garantie dans les HG et HU autrement répartis sur le territoire.
- être structurellement ancrée dans une collaboration étroite avec les soins de première ligne et le service de garde des médecins généralistes, sans intégration infrastructurelle de ces derniers dans un CML ou un HGR.
- être ouverte à la collaboration avec des cabinets médicaux et des groupes de médecins organisés au-delà des frontières hospitalières ;
- offrir de la place pour différentes formes de CML : hautement technologiques, mais exclusivement ambulatoires ; moins technologiques mais également exclusivement ambulatoires ; des structures avec des besoins en soins infirmiers limités, à côté de centres dotés d'un encadrement infirmier hautement spécialisé (p ex focus clinic).
- être exclusivement dédiée aux soins de jour, car les séjours de courte durée recréent une structure d'admission impliquant des hospitalisations de nuit et les problèmes associés, déjà difficiles à résoudre dans un HGR.
- ne devrait pas être restrictive pour toutes les fonctions diurnes possibles, y compris les urgences mineures, un centre de jour en oncologie, une infrastructure et des services médico-techniques bien développés (imagerie complète avec CT Scan), un laboratoire de base, un entrepôt et une pharmacie.

Nous proposons donc de ne pas lier le CML de manière exclusive et juridiquement rigide à un seul HGR/CHU, mais de le reconnaître comme une forme d'organisation dans laquelle :

- plusieurs hôpitaux et médecins généralistes peuvent participer via des accords de gouvernance clairs ;
- les cabinets de médecins spécialisés peuvent travailler en dehors de l'hôpital, avec des accords clairs sur la responsabilité, le triage et le renvoi ; les cabinets médicaux inter-hospitaliers deviennent indispensables pour suivre la tendance à la spécialisation et rester attractifs pour les jeunes talents.
- les soins transmuraux – y compris la télésurveillance, les programmes de rééducation, les programmes de soins chroniques et les initiatives de prévention – puissent être organisés, en étroite coordination avec les soins primaires et le HSI.

- Les gardes et permanences des CHU/HGR sont en partie assurées par des médecins travaillant dans un CML pour autant que leurs compétences soient compatibles avec cette activité.

De cette manière, le CML devient un levier pour la qualité et les économies d'échelle (volume suffisant par activité, concentration d'expertise) ainsi que pour la proximité et la continuité des soins, plutôt qu'une simple antenne « locale » d'un seul hôpital.

Dans le même temps, l'ABSyM prend une position claire concernant les structures CML de novo : nous ne souhaitons pas la création de sociétés commerciales non médicales telles que celles que l'on voit parfois dans les cabinets dentaires, les laboratoires de biologie clinique, les cabinets vétérinaires et les cabinets de kinésithérapie.

Pratiques extra-muros : des règles du jeu équitables sans polarisation

Le projet d'avis de la CFEH exprime une vive inquiétude concernant les pratiques extra-hospitalières, notamment en raison du risque de « cherry picking », d'une offre de soins à deux vitesses et d'un cadre inégal en matière de qualité et de financement. Si le réflexe de soumettre les soins extra-hospitaliers à des normes équivalentes à celles des hôpitaux est compréhensible d'un point de vue institutionnel, il sape toutefois la synergie nécessaire entre les soins intra- et extra-hospitaliers.

En tant qu'organisation de médecins, nous reconnaissons la nécessité de :

- normes claires de sécurité et de qualité pour les centres extra-hospitaliers pratiquant des procédures de haute technologie ou à haut risque ;
- d'accords transparents sur le case mix, l'indication et le suivi des complications ;
- de conditions équitables dans lesquelles les mêmes soins, dispensés dans des circonstances comparables, ne soient pas rémunérés de manière structurellement différente.

C'est pourquoi nous plaçons en faveur d'un cadre normatif à plusieurs niveaux pour les cabinets médicaux extra-hospitaliers, tenant compte des exigences croissantes en matière d'hygiène et de stérilité, de la sécurité des patients, des exigences en matière d'anesthésie, de la pharmacie, des infrastructures et de la protection des données. Ce cadre doit également s'accompagner de modalités de financement adaptées.

Le dossier de l'ophtalmologie illustre comment des blocages unilatéraux dans le financement ont freiné les mouvements de réforme et de coopération.

La polarisation ne permet pas de créer des synergies. Un paysage hospitalier réformé, qui mise sur l'intégration et la continuité des soins, ne doit pas marginaliser les soins extrahospitaliers, mais les intégrer dans un cadre cohérent dans lequel les droits, les obligations, la qualité et le financement sont en équilibre.

Réseaux hospitaliers

Nous avons l'impression que les réseaux hospitaliers sont abandonnés trop rapidement. L'ABSyM estime que la logique de réseau peut bel et bien être mise en œuvre à condition que la logique de financement hospitalier respecte le réseau, que le conseil médical dispose des compétences du conseil médical du réseau telles que définies dans la loi LCH ((art 143/1- art 143/4)), et que les obstacles juridiques qui compliquent ou empêchent la coopération entre les hôpitaux au sein d'un réseau soient levés. Si les réseaux hospitaliers devaient néanmoins disparaître, les compétences du conseil médical du réseau devraient s'appliquer à tous les CM dans chaque hôpital (HG HU CML Reva Sp et ZIZ)

Financement, lits justifiés et soins fondés sur les données

Le passage d'un système fondé sur la durée justifiée d'hospitalisation et le nombre de lits justifiés à un financement APR DRG est une évolution justifiée, car la durée d'hospitalisation ne doit plus être le paramètre de financement le plus pertinent. Cela implique des coûts de séjour identiques pour les hôpitaux universitaires (CHU) et les hôpitaux régionaux (HGR). Le financement APR DRG repose sur les coûts directs et indirects moyens par DRG. La notion de lit justifié n'a plus aucune raison d'être utilisée comme paramètre de financement.

Si nous voulons nous aligner sur la médecine de demain, la transparence sur les résultats de santé devra occuper une place beaucoup plus importante. Les soins fondés sur les données permettront d'associer une part plus importante du budget de la santé aux résultats de santé. Le volume reste pertinent, mais le volume seul n'est pas une garantie de qualité.

Il est crucial qu'un tel modèle de financement ne crée pas de nouveaux obstacles, mais qu'il élimine justement les obstacles existants. Parmi ces obstacles, on peut citer des lignes budgétaires ancrées dans l'histoire qui compliquent les fusions et la coopération, des frontières institutionnelles qui empêchent une redéfinition fonctionnelle au niveau régional et des mécanismes de financement qui découragent la création de réseaux et les soins transmuraux. Le secteur hospitalier aspire à juste titre à la stabilité, mais celle-ci ne doit pas devenir synonyme d'immobilisme. Des règles claires, une sécurité d'investissement suffisante et une prévisibilité sont nécessaires, mais elles doivent s'inscrire dans un cadre permettant le changement lorsque la réalité des soins l'exige.

Les soins fondés sur les données seront essentiels à cet égard. Nous soutenons les appels lancés dans le rapport d'experts et l'avis de la CFEH en faveur de l'élaboration d'indicateurs de résultats et de paramètres de qualité, ainsi que de leur utilisation dans les évaluations. Cela suppose :

- l'accessibilité de données primaires et secondaires fiables pour les prestataires de soins et les établissements, et pas seulement pour les mutualités, le SPF et l'INAMI ;
- des définitions et des ensembles d'indicateurs uniformes à tous les niveaux de la politique ;
- un suivi qui ne soit pas uniquement punitif, mais qui encourage l'amélioration.

Le médecin généraliste en tant que coordinateur et la collaboration transmurale

Tant le rapport d'experts que le projet d'avis de la CFEH soulignent l'importance des soins de première ligne, des gardes de médecine générale et d'un triage plus efficace pour les soins aigus et non planifiables. En tant que syndicat de médecins, nous tenons à affirmer explicitement que le médecin généraliste joue un rôle crucial de coordinateur des soins, notamment dans le cas des maladies chroniques et de la multimorbidité, ainsi que dans la coordination des parcours de soins transmurales.

Nous sommes favorables à :

- un modèle dans lequel le médecin généraliste, l'hôpital (HGR/CHU/CML/HSI) et les cabinets extra-hospitaliers concluent des accords clairs sur le triage, le renvoi et les responsabilités ;
- des structures intégrées pour les soins d'urgence, dans lesquelles le service de garde des médecins généralistes et le service des urgences collaborent étroitement et où les protocoles de triage sont validés sur le plan médical et évalués périodiquement en termes de qualité et d'accessibilité ;
- une gouvernance garantissant la représentation des médecins généralistes et des spécialistes dans l'élaboration et le suivi de ces structures de triage.
- laisser aux centres de garde de médecine générale le soin de déterminer l'emplacement des centres de garde en fonction des besoins locaux et de leur propre jugement.

La volonté de la CFEH de reconnaître la collaboration avec les soins de première ligne (liaison, intervention sur le terrain, télésurveillance, éducation...) comme une « activité hospitalière essentielle » et de l'intégrer dans le financement s'appuie sur le rôle de coordination du médecin généraliste et les initiatives extra-hospitalières : ce doivent être des relations entre parties égales. Il s'agit là d'une mainmise unilatérale: nous plaçons en faveur d'un modèle dans lequel ces activités seraient conçues et financées conjointement, dans le respect de l'autonomie et du rôle central des soins de première ligne. Dans ce modèle, les hôpitaux joueraient un rôle de soutien et de complémentarité plutôt qu'un rôle exclusivement directeur.

En conclusion, nos préoccupations ne portent pas sur les objectifs de la réforme, mais sur certains choix institutionnels qui ne tiennent pas suffisamment compte :

- de la rapidité et de l'orientation des évolutions médicales et numériques ;
- du besoin de flexibilité dans les formes d'organisation (CML, centres extra-hospitaliers, associations interhospitalières de médecins) ;
- du rôle crucial des médecins généralistes et spécialistes dans la conception et la mise en œuvre des modèles de soins de demain.

Nous plaidons pour une réforme qui élimine les obstacles plutôt que d'en créer de nouveaux, qui récompense la collaboration plutôt que de perpétuer la segmentation, et qui place la qualité des soins au centre plutôt que les structures elles-mêmes.

Bien cordialement,



Pr. Patrick Emonts,
Président de l'ABSyM



Dr. Peter Heirman,
Membre ABSyM Wallonie et du CFEH