

Rapport annuel

santhea 

RÉDACTION

Un travail collectif de l'équipe santhea

MISE EN PAGE

polygraph.be

ÉDITEUR RESPONSABLE

Yves Smeets

Sommaire

●	1. Le mot de la Présidente	3
●	2. Faits et chiffres	5
●	3. Décryptage	27
●	4. Notre expertise au service de nos membres	47
●	5. Une fédération dynamique	85
●	6. Nos membres	105
●	7. Gouvernance	111



Le mot de la Présidente

1





MARIE-CLAIRE LAMBERT
Présidente de santhea

Lors de la création de santhea en 2008, les membres fondateurs de notre association ont choisi trois valeurs reflétant notre identité et la vision commune de l'organisation du système de santé que nous souhaitons défendre : accessibilité des soins, liberté de choix et universalité.

Dans la période chahutée que nous connaissons, qui voit les attaques contre le système de santé et son financement se multiplier, il est indispensable de rappeler les valeurs que nous portons. Celles-ci sont non négociables car indispensables à assurer, à tous, un système de soins digne de ce nom. Elles doivent donc agir comme une boussole dans notre positionnement, vis-à-vis des politiques menées aux différents niveaux de pouvoirs ou dans le cadre des multiples réformes que notre secteur s'apprête à affronter.

À commencer par l'accessibilité. Qu'elle soit géographique, financière ou sociale, elle garantit un accès à des soins de qualité, dans les meilleurs délais, et sans condition de revenus. Pour nous, il s'agit d'un critère directeur des politiques et des réformes. Le futur paysage hospitalier ne peut pas, sous prétexte de rationalisation, exclure certaines parties de la population. Et encore moins en ce qui concerne les soins urgents. La réforme du financement quant à elle, et en particulier la question épineuse des suppléments d'honoraires, ne sera acceptable, et acceptée, que si elle ne remet pas en cause l'accès aux soins pour tous, quel que soit le statut social ou le niveau socio-économique.

Chaque citoyen doit pouvoir choisir librement et sans contrainte son médecin ou l'institution dans laquelle il va recevoir ses soins. Ce principe est tout aussi important à nos yeux. La régulation à l'extrême, qui semble intéresser certains de nos décideurs sous des (faux) prétextes d'efficacité, est loin d'être la solution magique. Les régions ou pays qui l'ont testé ont souvent déchanté. Dans un système social-santé en pleine mutation, qui ambitionne d'intégrer l'offre de soins dans un territoire donné, en vue d'améliorer les parcours et de prendre en charge tous les citoyens tout au long de leur vie, cette question est d'autant plus importante. Cette nouvelle organisation, dont les

objectifs ne sont pas discutables en tant que tels, ne peut servir d'excuse à une suspension, même partielle, de la liberté de choix.

L'universalité, enfin, est associée à une neutralité philosophique et éthique et au respect des valeurs laïques et de la liberté de chacun. Cette valeur, chère à santhea et à ses membres, postule que dans une société fondée sur la solidarité et la protection des plus faibles, assurer un accès équitable à des soins adaptés aux besoins de tous est une obligation qui impose la mise en œuvre du principe d'universalité, garant de cette neutralité philosophique et éthique.

Les prochaines années seront plus importantes que jamais. Les multiples réformes entamées vont modifier, radicalement, les contours et le fonctionnement de notre système social-santé. Pour être un succès, ces réformes devront rapidement intégrer un cadre commun garant de la cohérence globale du futur système : objectifs de (soins de) santé, coordination optimale entre première et deuxième ligne, rémunération des prestataires et financement des institutions, ou encore organisation de l'offre de soins et d'accompagnement. Sans ça, ce sont l'accessibilité, la liberté de choix et l'universalité qui pourraient être remises en question.

Et ça, nous ne l'accepterons pas. ●

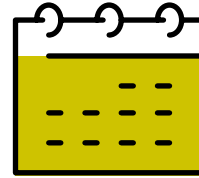
Faits et chiffres

2



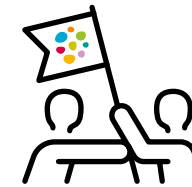
Chapitre 1

2025 en un coup d'œil



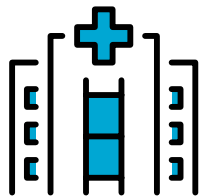
Nombre d'années
d'existence de santhea

17



Nombre de santhéens

25



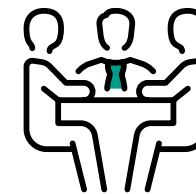
Nombre d'institutions
membres

221



Nombre de groupes
de travail actifs

18



Nombre de réunions de nos
différents groupes de travail

49



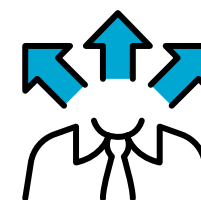
Nombre total de participants
aux groupes de travail

1.173



Nombre de dossiers
suivis et défendus

83
et plus encore...



Nombre d'instances
et organes de concertation
dans lesquels santhea est actif

122



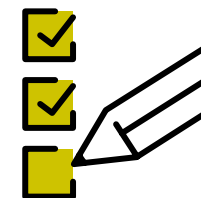
Nombre de notes rédigées
par les santhéens et envoyées
aux membres

370



Nombre de
veilles juridiques

43



Nombre de points examinés
par le CA

36

Chapitre 2

Repères sectoriels

1. Secteur des hôpitaux

santhea
en 2025,
c'est



29

hôpitaux

23

hôpitaux
généraux
(dont 1 hôpital
universitaire)

6

hôpitaux
psychiatriques

21

hôpitaux
publics

8

hôpitaux
privés



53

sites hospitaliers, dont

4

sites dédiés uniquement
à l'hospitalisation de jour chirurgicale

6

sites dédiés uniquement
à un service Sp (de revalidation)

1

site dédié uniquement
à l'hospitalisation psychiatrique de jour



12 267

lits agréés

2 730

lits psychiatriques

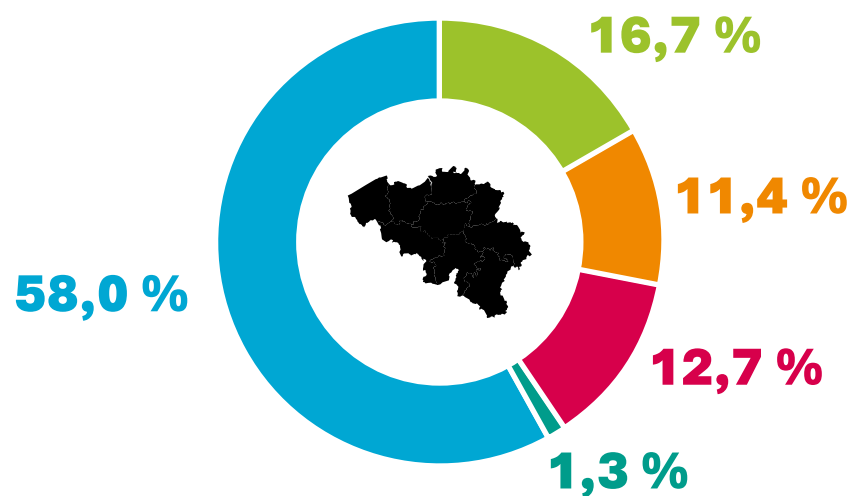
7 996

lits aigus

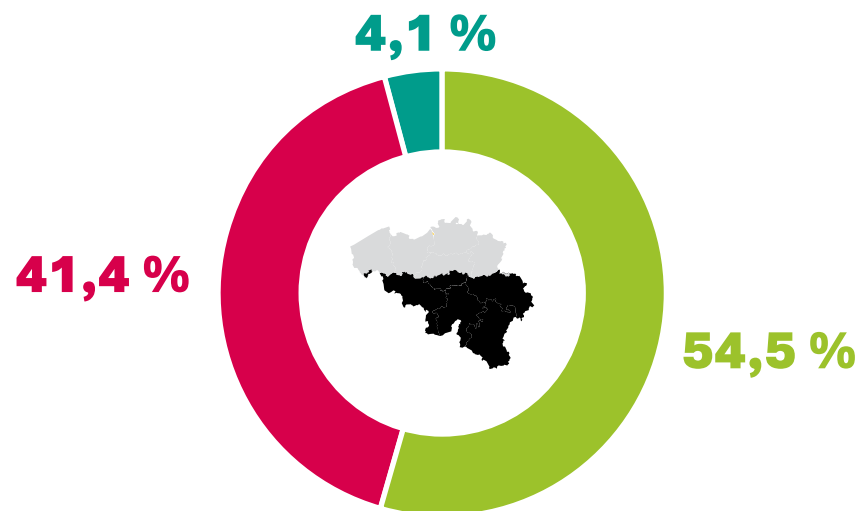
1 541

lits de revalidation

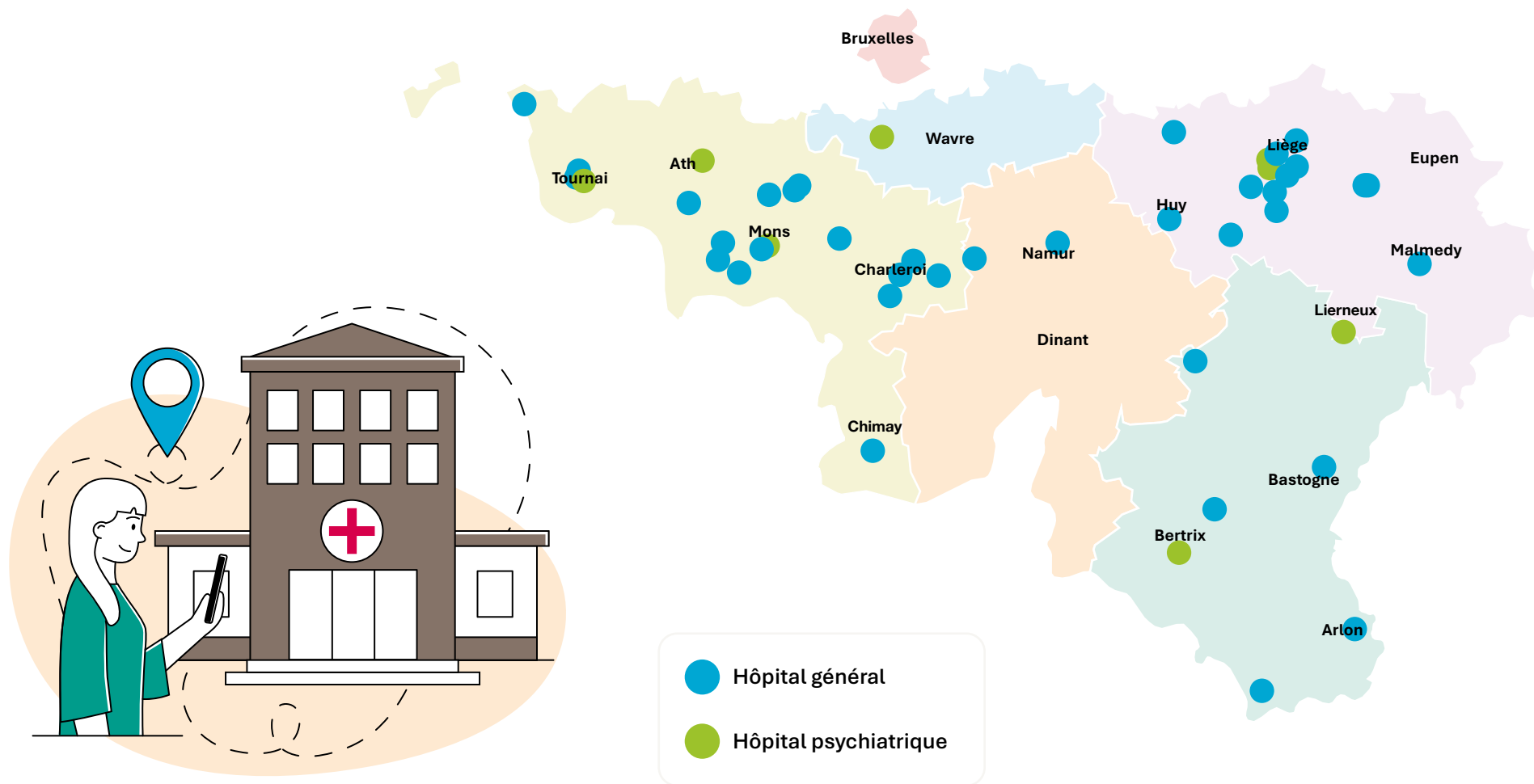
Presque 17 % des lits agréés 2025* au niveau du pays



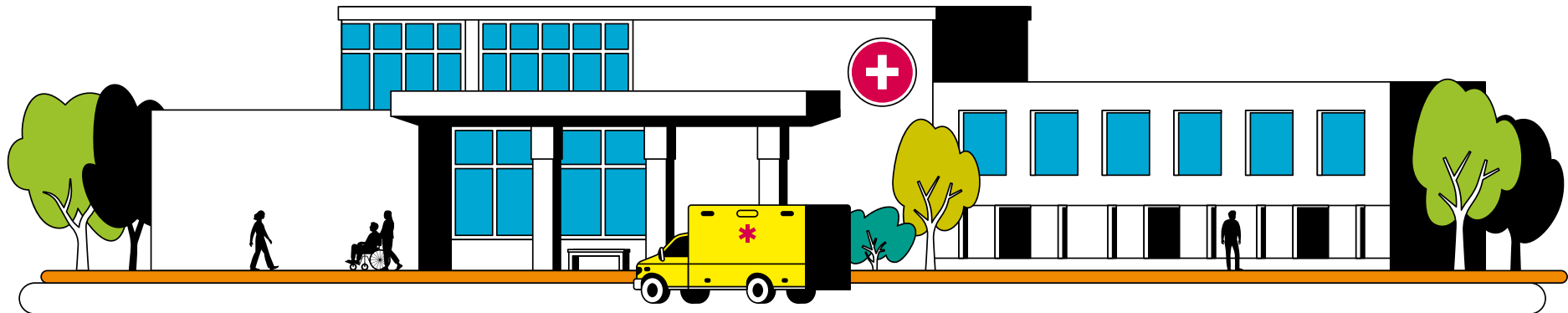
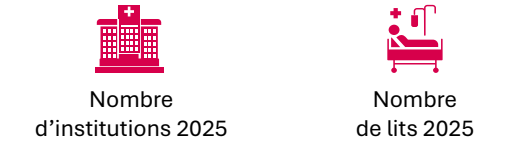
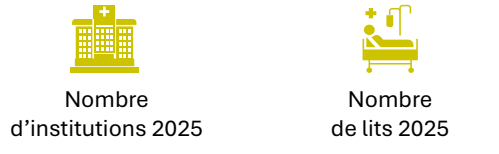
Plus de 50 % des lits agréés 2025* au niveau de la Wallonie



* Les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

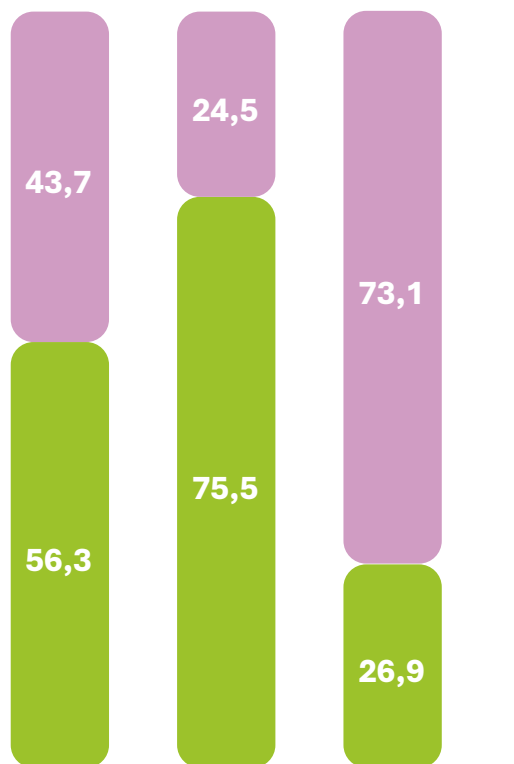


Présentation du secteur en quelques chiffres*



* Données au 1/7/2025 provenant du SPF Santé Publique.

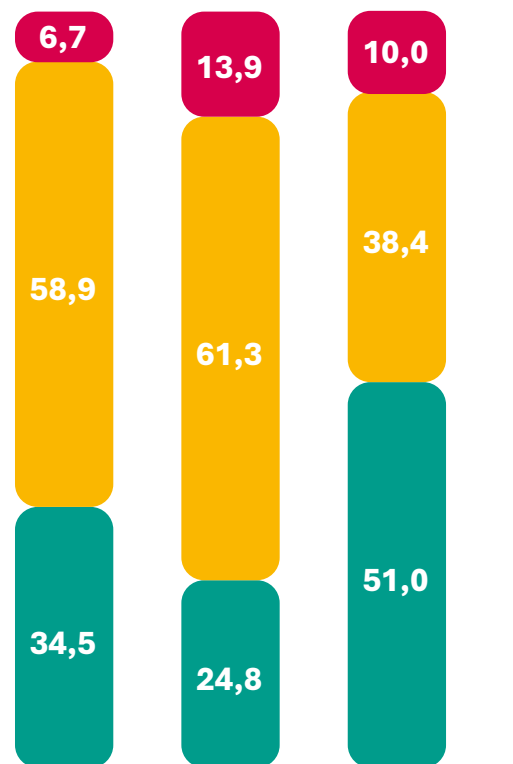
Répartition du nombre de lits agréés 2025 par statut pour la Wallonie, la Belgique et au niveau de santhea (en %)



Wallonie Belgique santhea

- Privé
- Public

Répartition du nombre de lits agréés 2025 des hôpitaux aigus en fonction du caractère universitaire pour la Wallonie, la Belgique et au niveau de santhea (en %)



Wallonie Belgique santhea

- Hôpital à caractère universitaire
- Hôpital sans lits universitaires
- Hôpital universitaire

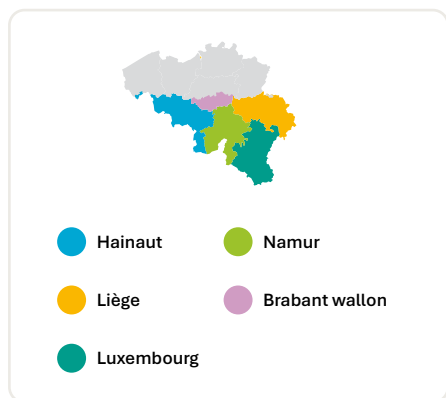
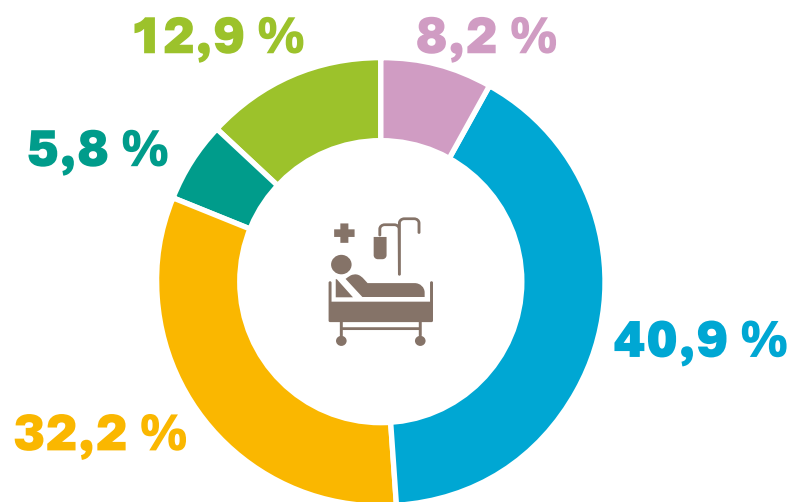
Répartition du nombre de lits agréés 2025 par type de lits pour la Wallonie, la Belgique et au niveau de santhea (en %)



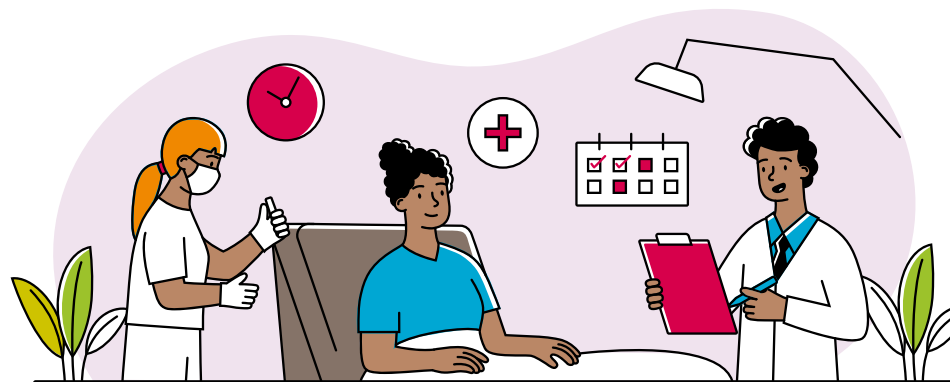
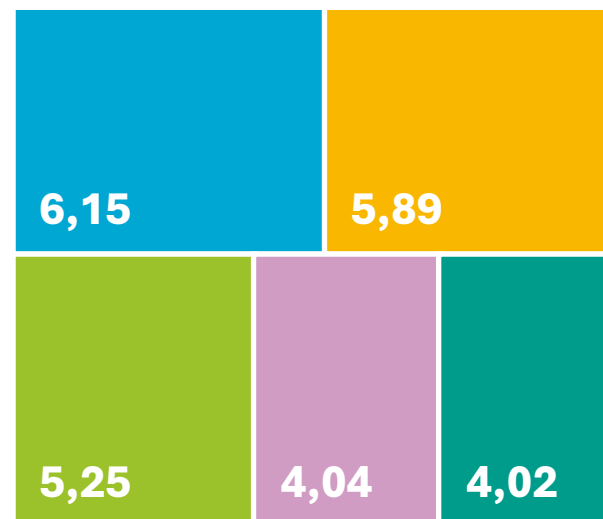
Wallonie Belgique santhea

- Aigus
- Psychiatriques
- Soins spécialisés (Sp)

Répartition du nombre de lits agréés 2025 par province en Wallonie



Nombre de lits agréés 2025 par 1 000 habitants* pour chacune des provinces de Wallonie



* Population au 1^{er} janvier 2025 par province issue de Statbel.

2. Secteur de la santé mentale

santhea
en 2025,
c'est



71

institutions de santé mentale

6

Initiatives
d'habitation
protégée (IHP)

7

Maisons de soins
psychiatriques
(MSP)

25

Centres de
rééducation
fonctionnelle
(CRF)

13

Services
de santé
mentale

6

Hôpitaux
psychiatriques

14

Hôpitaux généraux
avec service(s)
psychiatrique(s)



25

centres de rééducation
fonctionnelle liés à la santé mentale
répartis de la manière suivante

11

Centres de rééducation
psychosociale pour adultes

10

Centres de rééducation
fonctionnelle des toxicomanes

2

Centres de rééducation
fonctionnelle ambulatoire (« CRA »)

2

Centres liés à la gestion
des troubles pédopsychiatriques



3 777

lits/places dans
les structures résidentielles

318

places en initiatives
d'habitation protégée

387

places en maisons de soins
psychiatriques

282

places en Centres de
rééducation fonctionnelle (résidentiels)

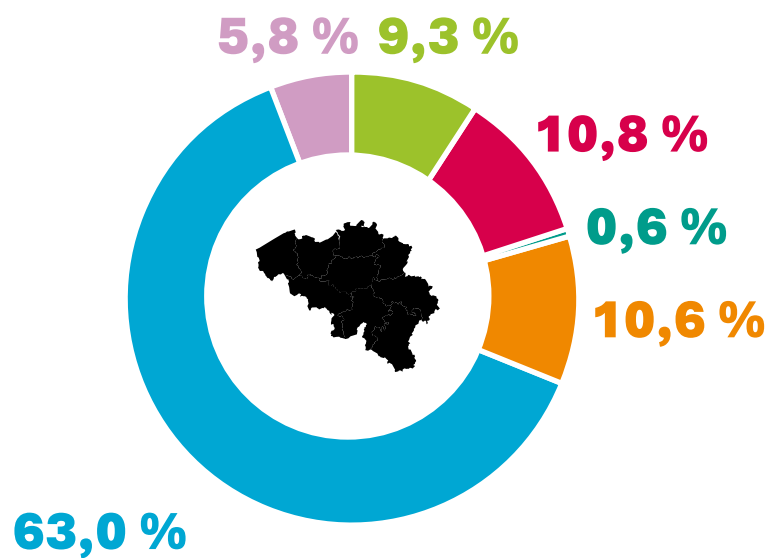
2 000

lits agréés en hôpital
psychiatrique

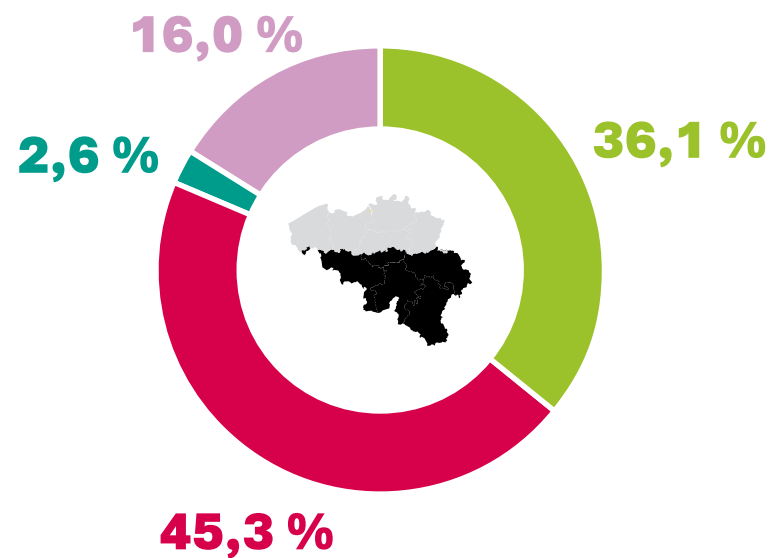
790

lits agréés psychiatriques en
hôpital général

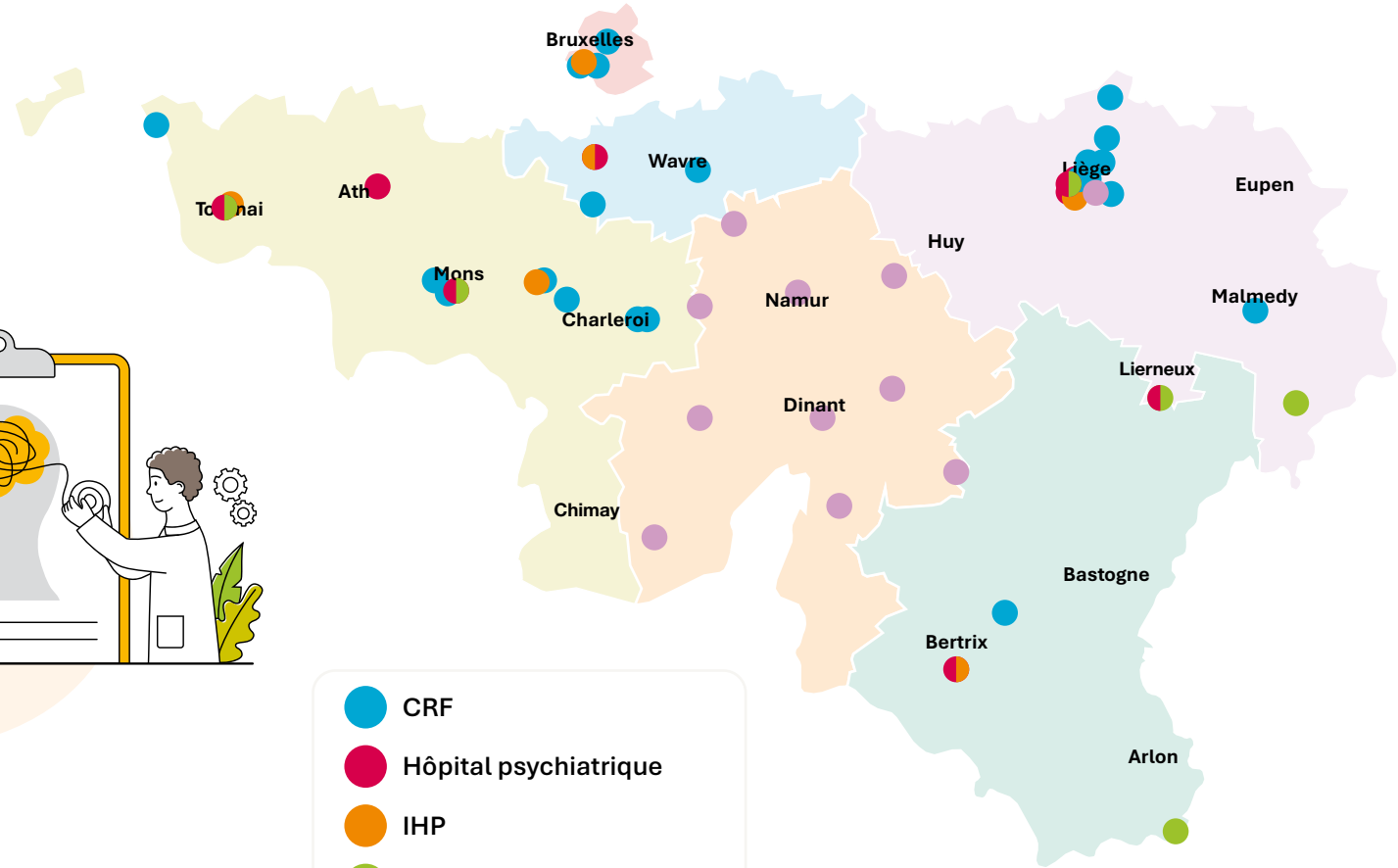
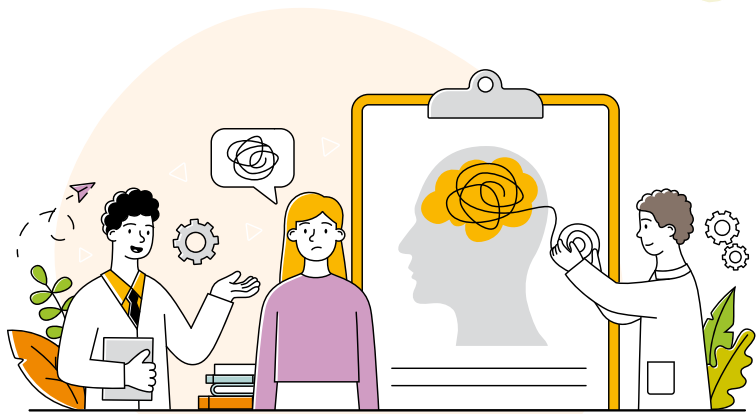
Environ 9 % des places agréées en IHP/MSP au niveau du pays



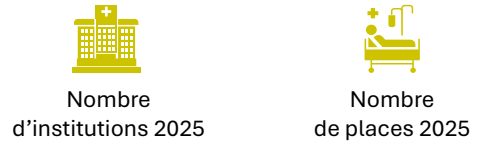
Plus de 35 % des places agréées en IHP/MSP au niveau de la Wallonie



- santhea 
- GIBBIS 
- UNESSA 
- Wallcura 
- ZORGNET 
- Autres



Présentation du secteur en quelques chiffres

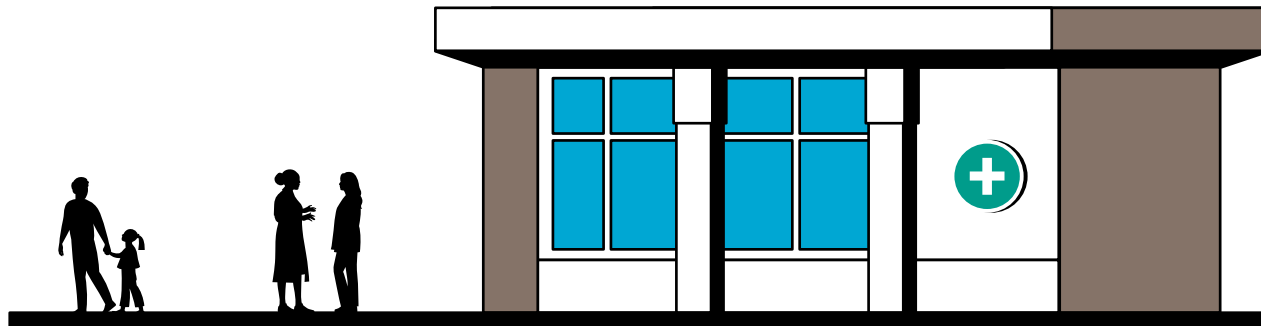


IHP 30 989
MSP 14 818
CRF* 56 -

IHP 80 4 679
MSP 42 2 929
CRF 139 -

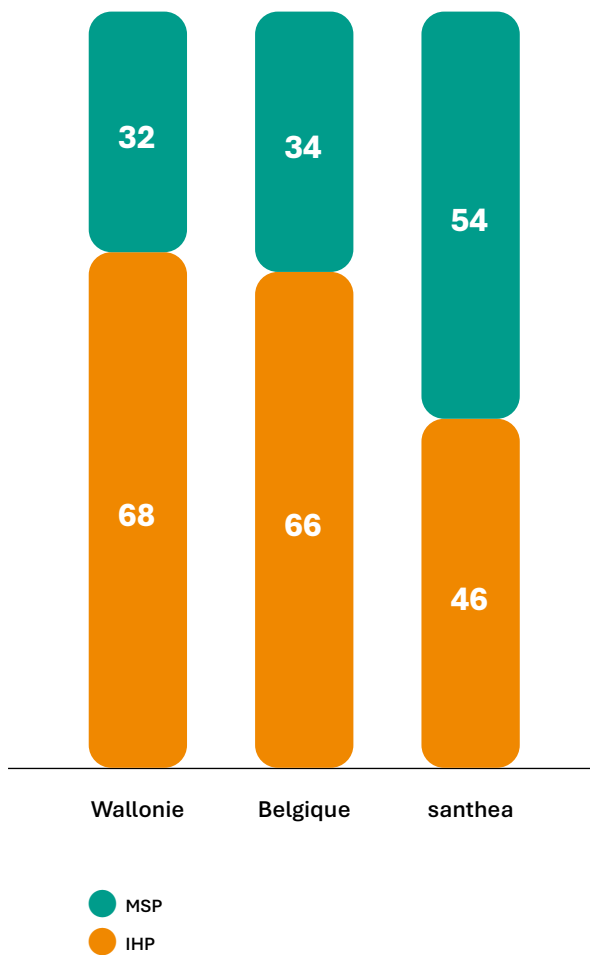
TOTAL 100 1 807

TOTAL 261 7 608

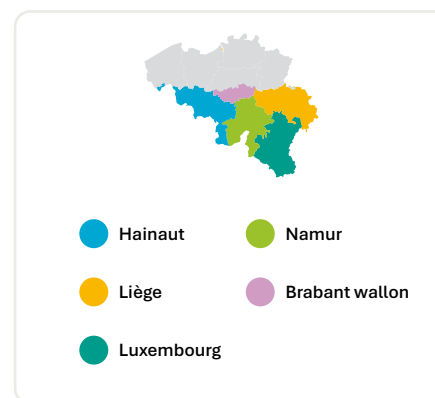
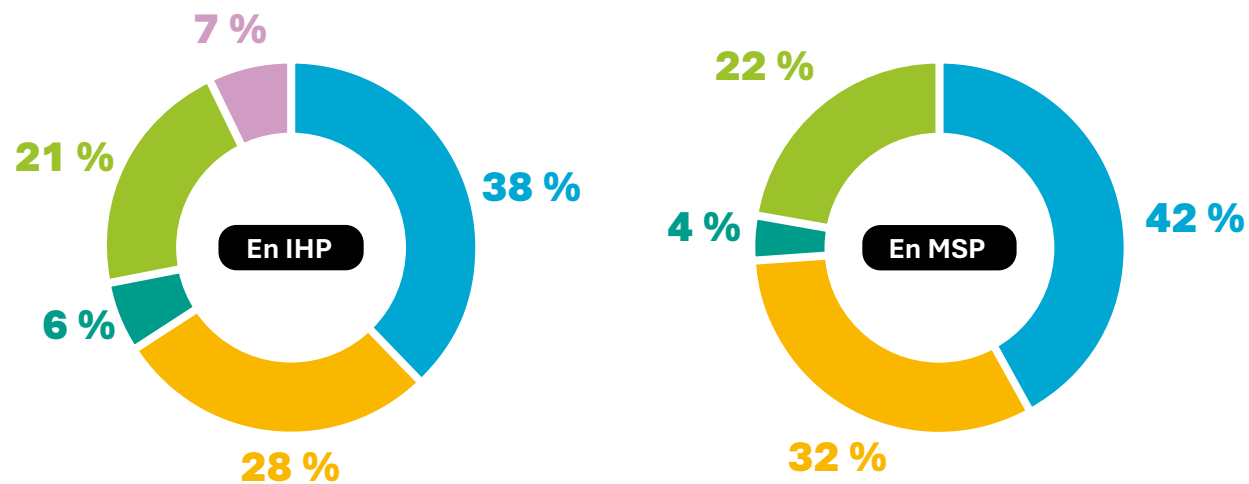


* Uniquement les CRF associés à la santé mentale.

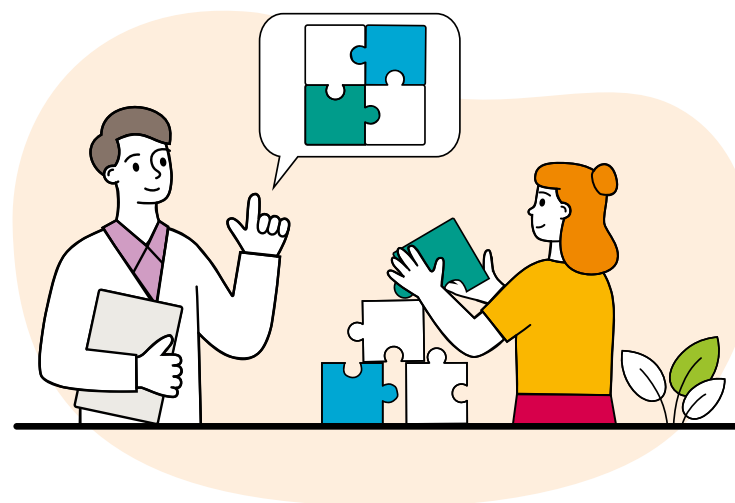
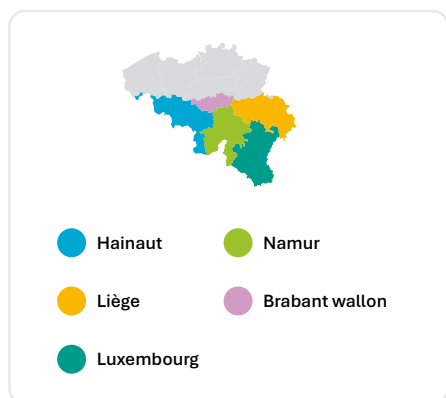
Répartition du nombre d'institutions 2025 par type (IHP ou MSP) pour la Wallonie, la Belgique et au niveau de santhea (en %)



Répartition du nombre de places 2025 par province en Wallonie



Nombre de places 2025 par 10 000 habitants de plus de 18 ans* pour chacune des provinces de Wallonie



* Population de + de 18 ans au 1^{er} janvier 2025 par province issue de Statbel.

3. Secteur des aînés

santhea
en 2025,
c'est



72

maisons de repos et de soins
(MRS)

24 Centres d'accueil de jour (CAJ)
et Centres de soins de jour (CSJ)

27 Résidences-services (RS)



245

places en CAJ/CSJ



581

places en RS



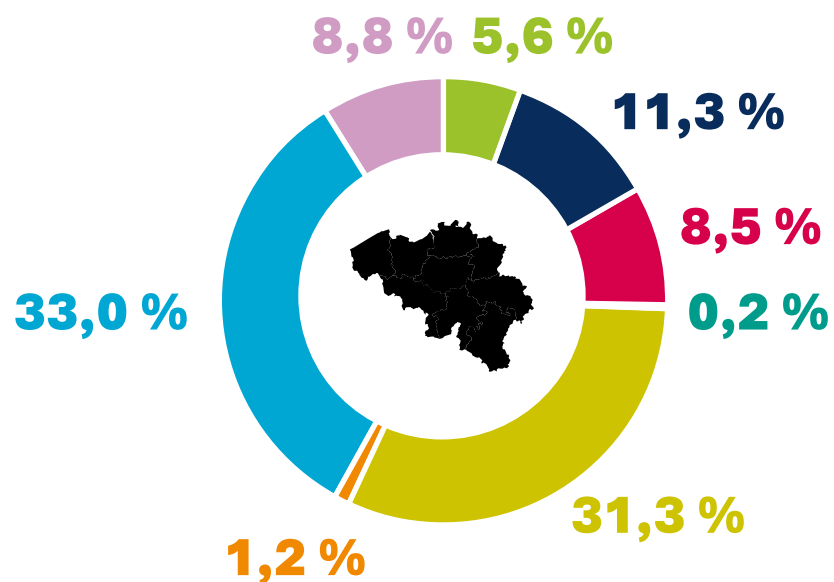
7 749

lits agréés
en MRS

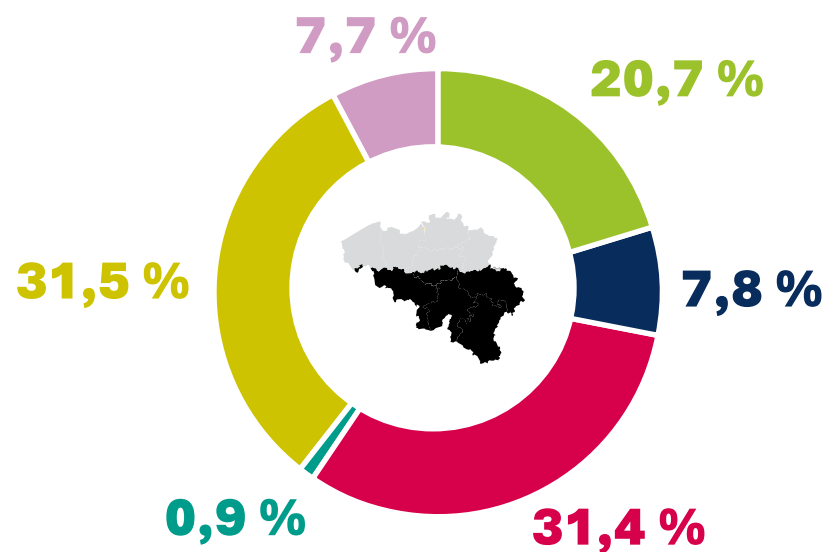
554 lits agréés en MRS
du secteur associatif

7 195 lits agréés en MRS
du secteur public

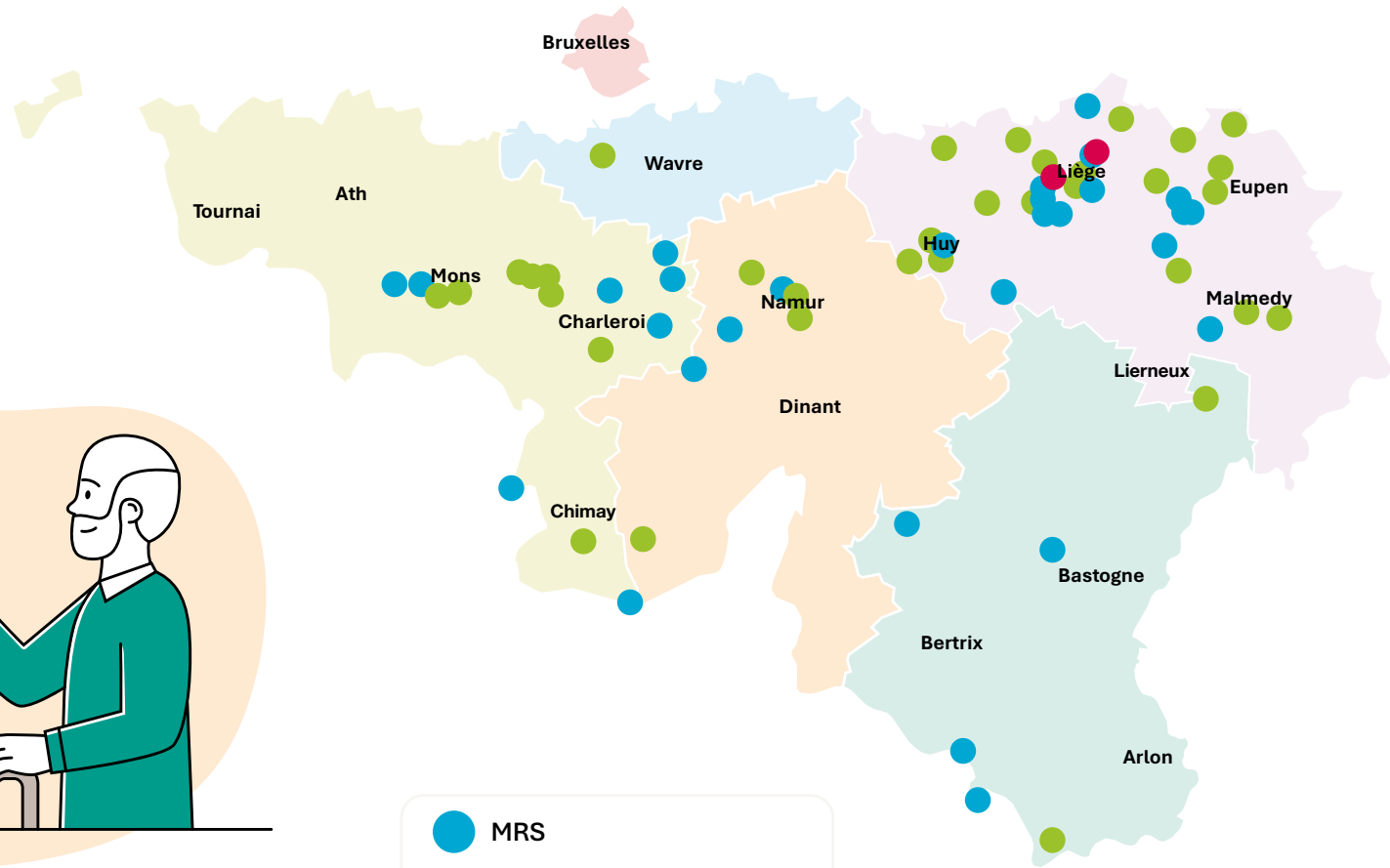
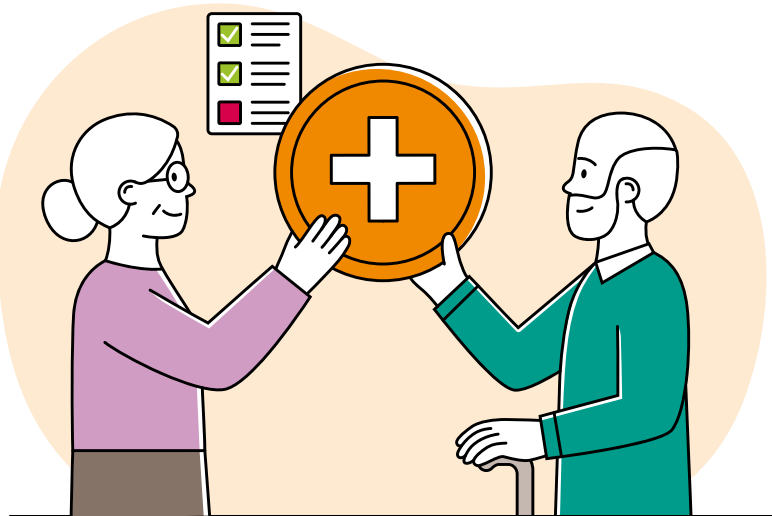
5,6 % des lits agréés* 2025 des maisons de repos des secteurs associatifs et publics en Belgique



1/5 des lits agréés* 2025 des maisons de repos des secteurs associatifs et publics en Wallonie

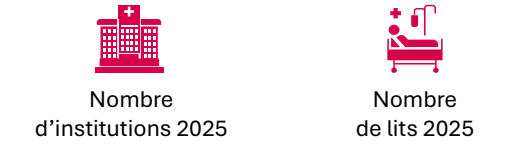


* Les lits agréés des institutions ayant une double, triple ou quadruple affiliation sont divisés respectivement par deux, trois ou quatre.



- MRS
- MRS avec CJ et/ou RS
- RS

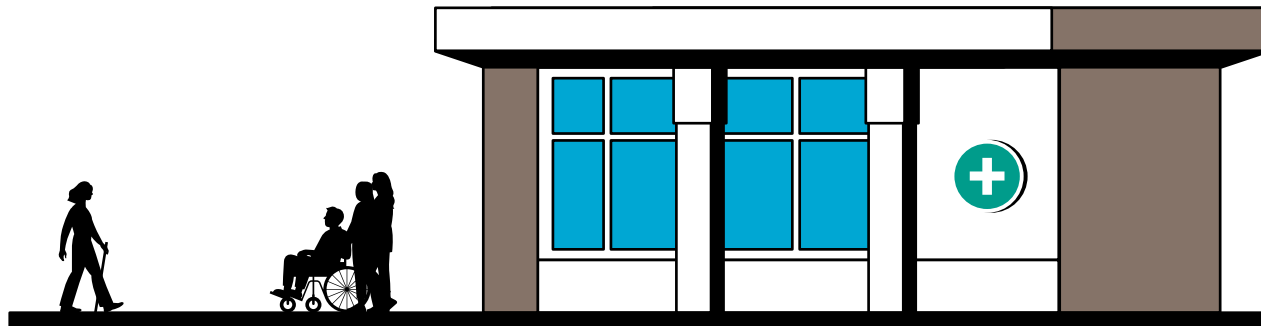
Présentation du secteur en quelques chiffres



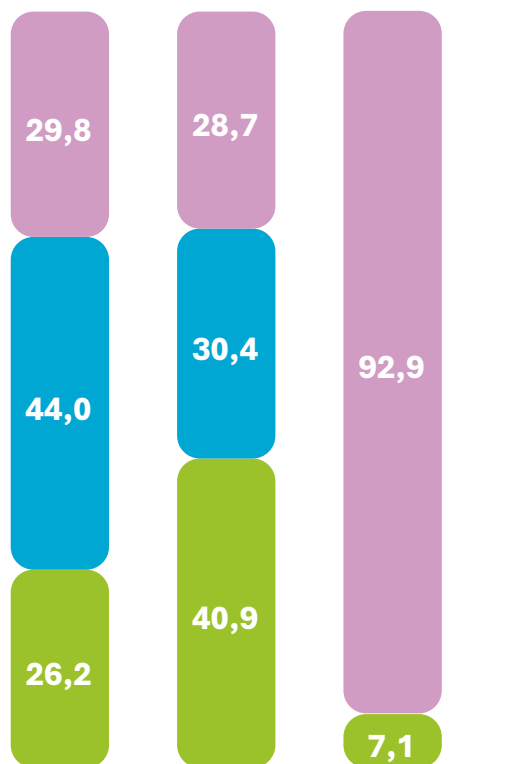
Maisons de repos (et de soins) **533** **51 152**
 Centres d'accueil de jour **80** **972**
 Résidences-services **201** **4 745**

Maisons de repos (et de soins) **1 463** **148 211**

TOTAL 814 56 869



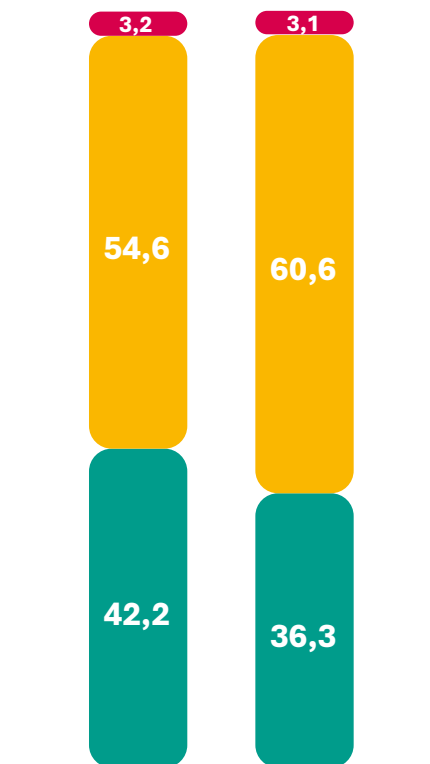
Répartition des lits MR-MRS 2025 par « statut » pour la Wallonie, la Belgique et santhea (en %)



Wallonie Belgique santhea

- Public
- Privé commercial
- Privé associatif

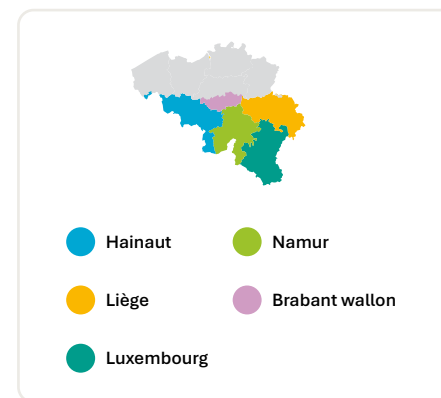
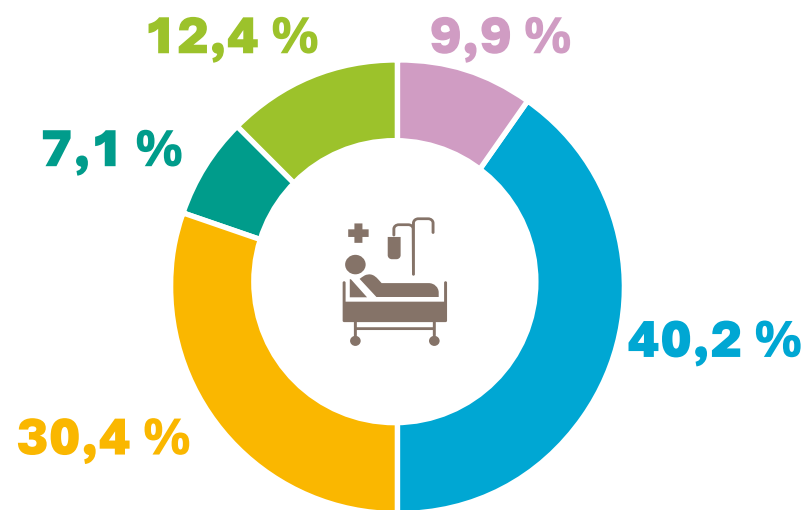
Ventilation des lits 2025 par type de lits pour la Wallonie et santhea



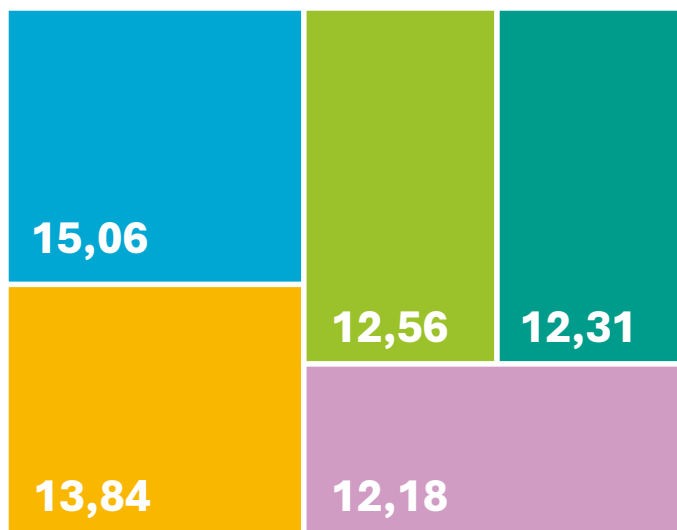
Wallonie santhea

- Lits court séjour
- Lits MRS
- Lits MR

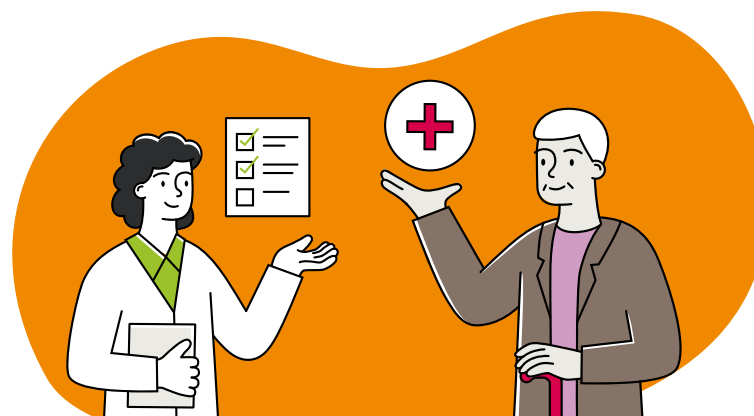
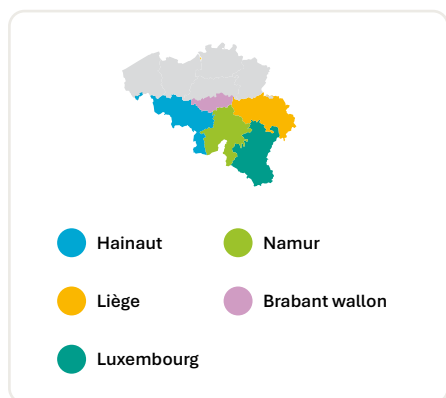
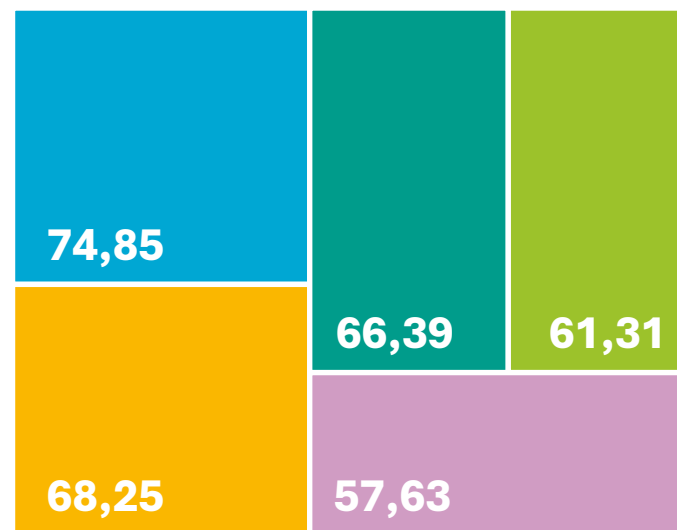
Répartition du nombre de lits MR-MRS 2025 par province en Wallonie



**Nombre de lits MR-MRS 2025 par 1 000 habitants*
pour chacune des provinces de Wallonie**



**Nombre de lits MR-MRS 2025 par 1 000 habitants de 65 ans et plus*
pour chacune des provinces de Wallonie**



* Population (de 65 ans et +) au 1^{er} janvier 2025 par province issue de Statbel.

Décryptage

3



Chapitre 1

La question épineuse des suppléments d'honoraires

Introduction

Depuis plusieurs années, un sujet domine le débat en santé en Belgique – et devrait rester central dans les années à venir. Il concentre une grande partie des tensions et des débats du secteur. Il s'agit des suppléments d'honoraires, une question particulièrement sensible, tant par son principe que par son ampleur et ses conséquences financières pour les patients, les prestataires et les hôpitaux.

Mais, de quoi parle-t-on exactement lorsqu'on évoque les suppléments d'honoraires ?

Il s'agit de montants supplémentaires facturés au patient, au-delà des tarifs officiels fixés par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité). En milieu hospitalier, lors d'une hospitalisation classique ou de jour, ces suppléments d'honoraires sont essentiellement conditionnés par le choix délibéré dans le chef du patient d'une chambre individuelle.

En ambulatoire, c'est-à-dire pour ce qui concerne les soins dispensés aux personnes qui ne sont pas hospitalisées, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, le statut du prestataire de soins en matière de conventionnement s'avère déterminant.

C'est ainsi que la notion de suppléments d'honoraires est intimement liée à des concepts-clés, tels que le choix délibéré d'une chambre particulière, l'Accord national médico-mutualiste (ANMM), le conventionnement, le déconventionnement ou le conventionnement partiel dans le chef du praticien, la liberté de fixation du montant des honoraires au niveau du corps médical ou encore la nécessité d'une information préalable du patient.

Dans la pratique, les suppléments d'honoraires varient fortement d'un hôpital à l'autre : de 100 % à 300 %. Soit, de manière plus explicite, jusqu'à quatre fois le tarif officiel de l'INAMI. Pour se prémunir contre des factures hospitalières qui peuvent littéralement exploser, le patient, de son propre chef ou via son employeur, peut décider de

souscrire une assurance hospitalisation facultative auprès d'une compagnie d'assurance privée ou auprès de sa mutualité, ce qui n'est évidemment pas neutre en termes de primes à verser dans son chef ou dans celui de son employeur.

Il est néanmoins à noter que diverses mesures limitatives ont d'ores et déjà été adoptées par le législateur afin de tenter de contenir les suppléments d'honoraires ainsi que de protéger les patients les plus vulnérables, que ce soit, par exemple, l'interdiction de porter des suppléments aux urgences et aux soins intensifs, l'absence de suppléments en chambres doubles ou communes ou encore la limitation de la facturation de suppléments d'honoraires pour les examens d'imagerie médicale lourde (scanners et IRM).

Sur la base des derniers chiffres globalisés connus pour les séjours hospitaliers classiques et l'hospitalisation de jour, soit ceux relatifs à l'année 2024, on constate notamment que les suppléments d'honoraires atteignent une enveloppe annuelle de

l'ordre de 760 millions d'euros, soit une proportion de près de 50 % des montants facturés aux patients, tickets modérateurs compris.

Au-delà, il convient également de souligner que les suppléments d'honoraires ont tendance à croître nettement plus vite que les honoraires AMI (Assurance maladie-invalidité) eux-mêmes (+9 % en 2024, contre +4 %).

Quant aux primes d'assurance « soins de santé » facultatives, elles atteignent, en 2024, près de 1,9 milliard d'euros pour les assurances privées et un montant d'environ 1,1 milliard d'euros pour les sociétés mutualistes d'assurance (SMA), ce qui est loin d'être négligeable !

Dans ce contexte, il apparaît clairement que l'accessibilité aux soins des patients est indissociable de la problématique des suppléments d'honoraires.

Les principaux développements récents en lien avec les suppléments d'honoraires

D'emblée, quand on évoque les principaux développements récents en lien avec les suppléments d'honoraires, comment passer sous silence le fait que cette problématique s'est cristallisée en juillet dernier avec l'organisation

d'une grève nationale des prestataires de soins, qu'il s'agisse des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et que ceux-ci officient en cabinet privé ou en milieu hospitalier. Avec, notamment, en toile de fond le projet des autorités fédérales de plafonner les suppléments d'honoraires, tant en hospitalisation classique et de jour que pour l'activité ambulatoire, ainsi que la question du conventionnement.

En effet, dans la version initiale de son projet de loi de réforme, le Ministre de la Santé publique prévoyait, dans un souci de « *contribuer à des factures abordables et claires* »¹, de plafonner, à l'horizon 2028, les suppléments d'honoraires à 125 % des honoraires de base en hospitalisation (classique et de jour) et à 25 % en ambulatoire. De surcroît, il envisageait d'encourager le principe du conventionnement en lui-même, de supprimer le conventionnement partiel, ainsi qu'en matière de sanctions d'élargir les possibilités de retrait du numéro INAMI d'un médecin.

Face aux critiques, le Ministre compétent a notamment réactivé la possibilité de conventionnement partiel dans le chef des praticiens. Il a aussi supprimé du projet de loi de réforme la référence explicite aux

¹ Frank Vandebroucke, souhaite un plafond sur les suppléments : « Une étape importante dans notre lutte pour des soins abordables » - 6 juin 2025 (<https://vandenbroucke.belgium.be/fr/actualites>).

taux de 125 % et de 25 % en termes de plafonnement des suppléments d'honoraires, tout en conservant le principe, et en renvoyant pour le surplus à la concertation médico-mutualiste.

Au-delà, depuis le 1^{er} janvier 2025, l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires médicaux en ambulatoire (consultations et actes techniques) est effective pour les patients « BIM » (Bénéficiaires de l'intervention majorée) « avantage » ou « automatiques », c'est-à-dire pour les bénéficiaires entre autres d'un revenu d'intégration sociale (RIS), d'une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), ou d'une allocation pour personne handicapée.

À cet égard, il est à noter que cette interdiction a été élargie au 1^{er} janvier dernier aux bénéficiaires dont le droit à l'intervention majorée est octroyé ou maintenu sur la base d'une enquête sur les revenus par la mutualité (BIM « revenus »), et ce après application du contrôle des revenus effectué en 2025.

Par ailleurs, bien que les suppléments d'honoraires ne soient pas directement concernés par celui-ci, l'Accord national médico-mutualiste 2026/2027 conclu le 18 décembre dernier y fait quand même quelques références explicites.

En effet, lorsqu'il évoque la réforme de la nomenclature en cours, l'Accord national confirme



la future distinction entre la part professionnelle et la part liée aux frais de fonctionnement dans les honoraires, l'absence de prélèvement sur ladite part professionnelle, l'interdiction des suppléments sur la partie des honoraires dédiée aux frais de fonctionnement, ainsi que l'égalité de traitement entre les prestations intra- et extramuros.

L'Accord national 2026/2027 rappelle également que l'objectif premier des codes de transparence ou « pseudo-codes », entrés en vigueur le 1^{er} octobre 2024, « est d'assurer la transmission correcte des données relatives aux suppléments et aux prestations non-remboursables aux organismes assureurs lors de la facturation

électronique », tout en ciblant notamment les motifs indiqués par les médecins quant à la facturation des suppléments.

Il précise aussi que, durant toute la durée de l'accord, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) sera chargée d'étudier tous les problèmes existants en lien avec les suppléments d'honoraires, ainsi que de formuler « une proposition encadrant les suppléments d'honoraires », proposition qui devra se baser sur des informations objectives et qui devra prendre en ligne de compte la nomenclature actuelle ainsi que les modifications qui résulteront de la réforme de la nomenclature.

Relevons en outre, qu'au-delà de la prise en compte, sous conditions, d'une restriction des suppléments d'honoraires comme motif de dénonciation totale ou partielle dans le chef d'une organisation représentative de médecins, l'Accord national médico-mutualiste 2026/2027 prévoit, pour la première fois, comme motif de dénonciation de plein droit, « la publication au *Moniteur belge* de mesures législatives fixées sans concertation concernant l'extension du régime obligatoire du tiers payant ou concernant la réglementation relative aux suppléments portés en compte pour les chambres particulières et/ou pour les prestations ambulatoires », ce qui traduit une certaine tension en la matière.

De surcroît, même si le fait générateur se situe au 24 février 2026 avec la publication du rapport de l'Agence InterMutualiste (AIM) sur l'accessibilité financière aux examens RMN et CT-scan ambulatoires, rapport qui conclut notamment que la diminution des suppléments d'honoraires sur ces examens suite aux mesures de restrictions adoptées depuis décembre 2023 a été plus que compensée par un glissement vers d'autres examens d'imagerie médicale, le Ministre de la Santé publique a fustigé un manque de sens des responsabilités de certains radiologues et a de nouveau plaidé pour un plafonnement généralisé des suppléments d'honoraires pour toutes les disciplines et tous les services.

Les prochaines étapes

L'avant-projet de loi de réforme susmentionné a été approuvé en première lecture par le Conseil des ministres.

Celui-ci vise notamment une réforme des principes de conventionnement ainsi qu'un plafonnement des suppléments d'honoraires.

Cet avant-projet de loi de réforme prévoit, qu'au-delà du maintien du principe selon lequel les prestataires de soins pourront encore choisir à l'avenir de ne pas respecter les tarifs convenus, des plafonds maxima pour les suppléments d'honoraires pourront être définis, plafonds qui seront applicables, pour l'ensemble des prestataires de soins, à partir du 1^{er} janvier 2028, que ce soit dans le secteur hospitalier ou dans le secteur ambulatoire.

La mise en œuvre de ce principe nécessitera l'adoption d'un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

D'ici cette échéance au 1^{er} janvier 2028, la concertation devrait jouer un rôle majeur, au travers des commissions d'accords qui regroupent les mutualités et les prestataires de soins.

C'est ainsi qu'il a été confié à ces commissions de formuler, pour le 31 juillet 2027, une proposition de

plafonds maxima de suppléments d'honoraires, chacune pour son secteur, et ce en se fondant sur des données objectivées et en tenant compte de la réforme de la nomenclature en cours.

Une certaine latitude est laissée à ces commissions d'accords dans la mesure où elles pourront soit proposer un plafond maximum général pour leurs secteurs respectifs, soit émettre une proposition détaillée avec des plafonds différenciés en fonction, par exemple, de la nature des prestations concernées ou des agréments impliqués.

Pour ce qui est des suppléments d'honoraires applicables aux patients hospitalisés, un groupe de travail mixte, composé de médecins, d'hôpitaux et de mutualités, sera chargé d'alimenter les discussions et les réflexions.

Parallèlement et concomitamment, les autorités continuent de travailler sur la réforme de la nomenclature ainsi que sur la réforme du financement des hôpitaux.

À cet égard, que ce soit pour les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC), les actes médico-techniques et assimilés (AMTAA) ainsi que les actes de consultation et assimilés (ACA), il est envisagé d'évoluer vers une scission entre la part professionnelle ou intellectuelle de l'honoraire et la part destinée à couvrir les frais de fonctionnement.

Seul le volet professionnel de la prestation pourrait encore faire l'objet d'un supplément et les frais de fonctionnement des hôpitaux devraient être pris en charge de manière directe.

Quant au plafonnement des suppléments d'honoraires, le Ministre de la Santé publique a précisé qu'il « *serait neutre sur le plan budgétaire, au niveau macro, pour le secteur hospitalier* »².

En l'occurrence, si la concertation autour de cet avant-projet de loi de réforme ne devait pas aboutir d'ici à juillet 2027, le Gouvernement devrait reprendre la main sur le dossier du plafonnement des suppléments d'honoraires.

Les principaux enjeux liés aux suppléments d'honoraires

Derrière la problématique des suppléments d'honoraires, il coexiste de nombreux enjeux à géométrie variable avec des implications potentiellement explosives, que ce soit pour les patients, les prestataires de soins, les hôpitaux ou la sécurité sociale dans son ensemble.

2 Loi de réforme approuvée en première lecture : « Pour que les soins restent abordables, accessibles et de qualité » - 21 juillet 2025 (<https://vandenbroucke.belgium.be/fr/actualites>).

Parmi les enjeux majeurs qui tournent autour des patients, il convient de souligner tout particulièrement l'accessibilité aux soins la plus large possible, a fortiori à des soins de qualité, les délais de consultation et de prise en charge hospitalière les plus courts possibles, et ce quelle que soit la discipline médicale concernée, ainsi que la flambée des coûts médicaux, en ce compris pour ce qui a trait aux assurances hospitalisation facultatives, et partant le risque d'être confronté à une médecine à deux vitesses.

Lorsqu'on évoque le risque de « médecine duale », comment ne pas pointer la menace d'un « shift », d'un glissement des prestataires de soins vers une médecine privée extrahospitalière complètement déconventionnée et, partant, moins bien « encadrée ». Dans ce scénario, le pays serait encore plus confronté à un risque de pénurie des acteurs de soins au sein même de l'hôpital, avec toutes les conséquences qui en découleraient pour les patients, que ce soit en termes d'accessibilité aux soins ou de coûts.

Quant aux praticiens, la préoccupation tourne principalement autour de la garantie d'une « juste » rétribution, au regard notamment des formations suivies, des spécialités pratiquées, ainsi que de la flambée des coûts de fonctionnement et d'investissements.

Pour ce qui est des hôpitaux, les prélèvements actuellement opérés sur les honoraires et sur les suppléments d'honoraires via la rétrocession constituent une ressource importante, non seulement en termes d'équilibre financier, mais aussi de capacité d'investissements. Il ne s'agit manifestement pas d'une marge de confort que l'on peut raboter sans dommage, mais bien d'un effet de levier indispensable pour se maintenir à flot tant financièrement que technologiquement. À cet égard, dans le contexte des réformes décrit ci-dessus, la vigilance est plus que jamais de mise, qui plus est si aucune mesure compensatoire ne devait être adoptée.

L'équilibre de la sécurité sociale pour sa part, déjà mis à mal dans la situation actuelle et dans une certaine incertitude vu les nombreuses réformes engagées, et ce même si la neutralité budgétaire a été décrétée, risque de pâtir davantage encore de décisions prises en lien avec un plafonnement ou une suppression des suppléments d'honoraires non maîtrisée, soit essentiellement compte tenu de mesures compensatoires éventuelles à charge du budget de la sécurité sociale.

Tous ces risques et constats plaident pour une absence totale de précipitation dans le cadre de la refonte du régime des suppléments d'honoraires, refonte à mener nécessairement en parallèle, en

cohérence et en bonne imbrication avec l'ensemble des autres réformes de fond actuellement engagées, qu'il s'agisse au premier chef de la nomenclature, mais aussi du financement hospitalier en général.

Chapitre 2

La gestion des déchets en milieu hospitalier

Introduction

Comme vous le lirez par ailleurs, un « comité durabilité » existe au sein de santhea. Celui-ci s'est donné pour but d'épauler ses institutions affiliées à intégrer les enjeux de durabilité dans leurs activités. Ce groupe, qui adopte une approche transversale, a notamment décidé de se pencher sur la gestion des déchets hospitaliers, ce qui a conduit à la création, en janvier 2024, d'un groupe de travail dédié spécifiquement à ce sujet.

Avant d'aborder les projets et réalisations du groupe de travail, notons quelques éléments du contexte dans lequel il s'inscrit.

Contexte

En Belgique, la gestion des déchets est une compétence répartie entre l'autorité fédérale et les régions.

L'autorité fédérale a la responsabilité de plusieurs matières spécifiques : les obligations internationales, la gestion des déchets radioactifs, la politique des produits (normes de produits d'emballage et de produits chimiques), ainsi que les mouvements transfrontaliers de déchets.

Les régions, quant à elles, détiennent la compétence principale pour la gestion opérationnelle et locale des déchets. Elles sont chargées de transposer les règles européennes en droit régional, d'élaborer leur propre réglementation et politique environnementale, ainsi que de veiller à l'application de la législation sur leur territoire.

En Région wallonne, cette compétence s'applique notamment au secteur hospitalier, au travers de dispositions encadrant :

- ➔ les « déchets d'activités hospitalières et de soins de santé » ;
- ➔ les « déchets professionnels », soumis à une obligation de tri en 16 flux distincts, lorsque les seuils réglementaires sont atteints.

Classes de déchets

Pour ce qui concerne les déchets d'activités hospitalières et de soins de santé, la législation wallonne les classe en deux grandes catégories, les déchets dangereux, de classe B2 et les déchets non dangereux ou déchets assimilables aux ordures ménagères (classe A-B1).

Les déchets de classe A sont les déchets hôteliers ou d'hébergement produits en dehors des zones d'hospitalisation et de soins et les déchets de classe B1 comprennent notamment des déchets en provenance des unités de soins, des consultations et des services medicotechniques, ainsi que les déchets issus des laboratoires, à l'exception des déchets radioactifs.

Les déchets de classe B2 sont quant à eux de divers types :

- ➔ déchets infectieux provenant de patients qui, en raison du risque de contamination pour la communauté, doivent être soignés en isolement ;

- ⇒ déchets de laboratoire présentant une contamination microbienne ;
- ⇒ sang et dérivés de sang qui peuvent encore présenter une contamination microbienne ;
- ⇒ objets contondants ;
- ⇒ cytostatiques et tous déchets de traitement cytostatique ;
- ⇒ déchets anatomiques autres que les pièces anatomiques ;
- ⇒ déchets pathologiques ;
- ⇒ et enfin, déchets d'animaux d'expérience ainsi que leur litière et excréments.

En matière de gestion :

- ⇒ les déchets de classes A doivent être considérés comme des déchets assimilables aux déchets ménagers ;
- ⇒ les déchets de classe B1 doivent être considérés comme des déchets professionnels non dangereux provenant des espaces de soins ;
- ⇒ les déchets de classe B2 doivent être considérés déchets professionnels dangereux provenant des espaces de soins.

Deux autres types de déchets particuliers demandent quant à eux un traitement spécifique : les médicaments et les déchets radioactifs.

Gestion des déchets

Suivant un rapport de l'OMS sur les déchets liés aux soins de santé datant de 2018, la majorité des déchets produits par les établissements de santé (soit environ 85 %) sont assimilables aux ordures ménagères et présentent donc un niveau de danger relativement faible. Cependant, les 15 % restants exigent une attention particulière en raison de leur potentiel de dangerosité, étant potentiellement infectieux, toxiques ou radioactifs.

La gestion des déchets en milieu hospitalier doit être envisagée comme un processus au sein duquel des actions l'inscrivant dans la durabilité peuvent être envisagées à chaque étape. Il s'agit à cette fin de passer d'un schéma de gestion linéaire à un schéma circulaire incluant des pratiques telles que le recyclage des composants, le réemploi, le reconditionnement, la réutilisation, la réparation, l'utilisation de produits de seconde main, la valorisation, et bien d'autres mesures visant à prolonger la durée de vie des produits et à prévenir la génération de déchets.

Cette démarche prend toute son importance du fait qu'en Wallonie, les déchets hospitaliers et de soins de santé représentent environ 4 % des quantités totales de déchets incinérés, soit un peu plus de 40 000 tonnes par an (dont environ 16 % de

déchets de classe B2) et que le traitement de ces déchets représente un coût non négligeable pour les hôpitaux.

Panorama de la gestion des déchets dans les établissements hospitaliers

Le groupe de travail « gestion des déchets hospitaliers » rassemble 14 institutions représentant 21 numéros d'agrément. Sa première étape a consisté à dresser un état des lieux des pratiques au sein des établissements membres, sur la base d'un questionnaire complété par des entretiens de terrain structurés autour de 52 questions.

Cette analyse a permis de dégager plusieurs constats majeurs.

Une politique de gestion des déchets généralisée mais hétérogène

Toutes les institutions disposent d'une politique de gestion des déchets, mais son niveau de formalisation et de maturité varie fortement, y compris parfois entre sites d'une même institution. Certaines disposent de référentiels clairs et accessibles, tandis que d'autres fonctionnent sans cadre formalisé, bien qu'une volonté d'évolution soit largement partagée.

La gestion des déchets relève principalement des services logistiques et d'entretien, rarement d'un service dédié, même si des « référents déchets » émergent dans certaines structures.

Un tri en place mais perfectible

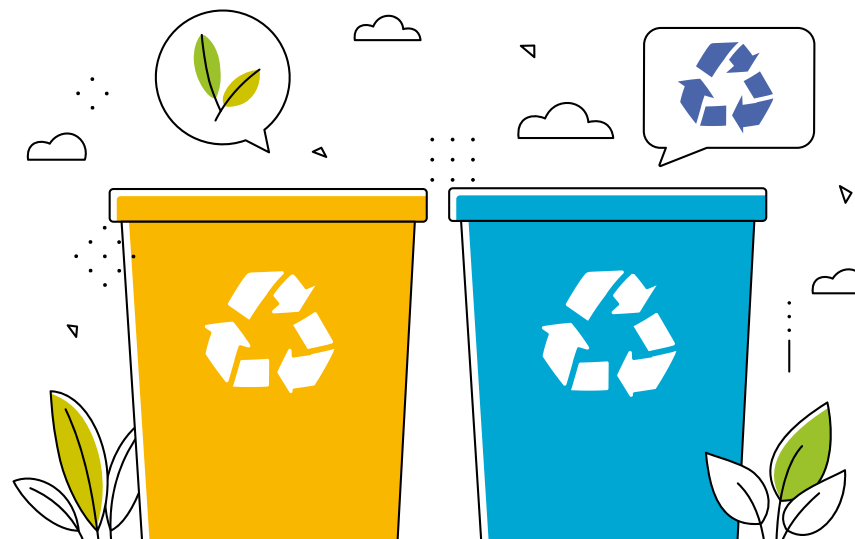
Le tri des déchets est globalement organisé conformément aux obligations réglementaires (16 flux, B1, B2). Toutefois, plusieurs enjeux subsistent :

- ➔ améliorer le tri à la source, ce qui suppose des moyens humains et une implication forte des directions ;
- ➔ clarifier la distinction entre déchets B1 et B2, souvent sujette à interprétation, avec une tendance à surclasser en B2, générant des surcoûts ;
- ➔ explorer des solutions technologiques permettant de reclasser certains déchets B2 en B1 après traitement.

Un parcours du déchet structuré mais contraint par les infrastructures

Le circuit des déchets suit une logique en plusieurs étapes : tri au niveau des services, stockage intermédiaire, puis regroupement en zone centrale avant collecte par des prestataires agréés.

Ce schéma est globalement maîtrisé, mais se heurte à des contraintes récurrentes, notamment



le manque d'espace pour les zones de tri et de stockage.

L'incinération reste aujourd'hui le principal mode de traitement, en particulier pour les déchets B2. Des alternatives existent et commencent à émerger, mais leur déploiement reste limité.

Le cas spécifique des biodéchets

Depuis 2024, le tri des biodéchets est obligatoire en Wallonie. Sa mise en œuvre varie selon les établissements (collecte externe, compostage,

transformation), avec encore des incertitudes, notamment concernant les déchets issus des patients et les filières de traitement disponibles.

Au-delà des principes généraux exposés ci-dessus, nous avons pu constater qu'au sein d'une même institution, il arrive que certains services mettent en place une gestion des déchets plus avancée, et ce, souvent de manière isolée par rapport au reste de l'établissement. Ainsi, le bloc opératoire et les services de médecine nucléaire se démarquent fréquemment par le développement d'une politique de gestion des déchets plus poussée. En guise

d'exemple, citons le cas du bloc opératoire de l'un de nos membres qui a récemment réorganisé toute la gestion des déchets.

Sous l'impulsion d'un membre stratégique de l'équipe et d'une éco-team dédiée au service, les actions suivantes ont été réalisées :

- ⇒ sensibilisation des utilisateurs du bloc opératoire au tri des déchets lors de sessions de formation de 30 minutes ;
- ⇒ mise en place d'une filière de recyclage dans toutes les zones du bloc opératoire à partir du 1er avril 2023 ;
- ⇒ réduction de 75 % de la quantité de déchets B2 au bloc opératoire à compter du 1^{er} mai 2023 ;
- ⇒ réduction de 50 % des coûts financiers liés aux déchets dès le 1^{er} mai 2023 ;
- ⇒ adoption et pérennisation d'une approche écoresponsable pour le tri des déchets dès les premières sessions de formation.

L'ensemble de ces constats a permis de conclure que la gestion des déchets et la formalisation de sa mise en œuvre varient notablement d'une institution hospitalière à l'autre. Une uniformisation plus poussée est à la base des réflexions qui ont été menées afin d'identifier des pistes d'action à mener après avoir établi l'état des lieux de la gestion des déchets par les hôpitaux participants au groupe de travail.



Réalisation d'un cadastre des déchets

Lors de l'établissement du panorama de la gestion des déchets, nous nous sommes rendu compte que les institutions ne disposaient pas de données structurées leur permettant de comptabiliser leur production de déchets et de suivre les progrès liés à des actions visant à améliorer leur gestion. Face à ce manque d'informations, les membres ont exprimé le souhait de mieux comprendre la situation et de disposer d'indicateurs fiables à l'échelle de la fédération. Santhea a donc développé un cadastre des déchets à destination des membres du groupe de travail.

Dans sa forme actuelle, ce cadastre constitue un véritable outil, permettant non seulement de suivre de manière structurée l'évolution des volumes de déchets produits au fil du temps, mais aussi de calculer et d'analyser des indicateurs pertinents, adaptés aux réalités du secteur hospitalier (volumes par type de déchets, ratios par activité, coûts unitaires, etc.).

Au-delà du simple suivi quantitatif, il offre un cadre d'analyse permettant d'identifier les coûts associés à chaque flux de déchets. Les données intégrées au cadastre couvrent une période de plusieurs années complètes, de 2021 à 2024. Ceci permet d'analyser les évolutions et de mesurer l'impact d'éventuelles

actions mises en place au sein des institutions. Sur la base des flux identifiés, cinq grandes classes de déchets ont été retenues afin d'assurer une structuration des données :

- ➔ Déchets A-B1
- ➔ Déchets B2
- ➔ Déchets PMC
- ➔ Déchets papiers-cartons
- ➔ Déchets verres (non médicaux)

Le cadastre a été diffusé aux membres via la plateforme de santhea et fait l'objet de mises à jour régulières. Il est accessible au moyen de l'outil Microsoft Power BI, offrant une visualisation dynamique et interactive des données.

Depuis son lancement, l'outil a connu plusieurs améliorations successives, intégrant les retours des membres afin de garantir un dispositif à la fois pertinent, convivial et pleinement opérationnel. Le cadastre permet à chaque institution de se positionner par rapport aux moyennes sectorielles. Cette mise en perspective leur offre une lecture claire de leur situation et met en évidence les écarts éventuels. L'exploitation des résultats permet également de dégager des tendances de consommation sur la période étudiée et de réaliser un benchmarking structuré entre établissements comparables, dans une logique d'amélioration continue. Des pistes d'amélioration à l'étude

portent notamment sur l'intégration de nouvelles classes de déchets (comme les biodéchets) ainsi que sur l'ajout des données relatives à l'année 2025.

Révision de la législation wallonne en matière de déchets d'activités de soins

Une des autres conclusions majeures auxquelles a mené l'état des lieux de la gestion des déchets hospitaliers est la nécessité de revoir le cadre légal applicable aux déchets d'activités hospitalières et de soins de santé. Il s'agit plus précisément de revoir certaines dispositions de l'arrêté du Gouvernement wallon du 30 juin 1994 (âgé donc de plus de 30 ans) relatif à ces matières. Dans ce cadre, un travail d'analyse approfondie des textes législatifs réglant la gestion des déchets de soins de santé a donc été mené.

D'une part, l'analyse approfondie de l'arrêté du Gouvernement du 30 juin 1994 a permis de mettre en évidence certaines incohérences et d'objectiver les problématiques rencontrées sur le terrain. Cette analyse a été communiquée aux membres dans le cadre du GT « gestion des déchets hospitaliers » et aussi à l'Administration wallonne.

D'autre part, une analyse comparative des législations en vigueur en matière de gestion des déchets de soins de santé en Région wallonne, en Région

flamande et en Région bruxelloise, suivie d'une analyse du nouveau [guide « DASRI¹ »](#), produit par le ministère de la Santé en France visait à identifier les différences et aussi les points de convergence de ces différents textes afin de déterminer dans quelle mesure une législation wallonne revue pouvait s'en inspirer et éventuellement être alignée avec eux.

Les résultats de ces comparaisons ont aussi été fournis à l'Administration wallonne. Celle-ci a désormais entamé un travail de refonte de l'arrêté du 30 juin 1994 dans le but d'en enlever les ambiguïtés, notamment pour ce qui concerne la classification des déchets de soins de santé en catégorie B1 ou B2, catégories qui pourraient même être appelées à disparaître au profit d'une classification moins sujette à interprétation.

Communication, échanges de bonnes pratiques & perspectives

Les visites de terrain réalisées chez nos membres dans le cadre de notre état des lieux, ainsi que les échanges au sein de notre groupe de travail ont souligné l'importance de renforcer le partage de bonnes pratiques de manière concrète. Nous estimons notamment qu'une communication vers nos membres doit se faire afin d'améliorer

1 Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux.

la visibilité de projets innovants. Ceci répond également au constat que des projets sont souvent initiés de manière isolée et non visibles en dehors de l'institution où ils sont mis en place voire au sein de l'institution elle-même.

Une visite de terrain au bloc opératoire du Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse a ainsi été organisée, dans le but d'inspirer nos membres sur ce qui avait été mis en place par ce service. La visite a été suivie d'une table ronde de réflexion sur la gestion des déchets dont les résultats ont été communiqués au travers d'une synthèse et d'un visuel à l'égard de nos membres.

Ces visites axées sur les bonnes pratiques nous permettent de nous concentrer sur des actions inspirantes concrètes et sont appelées à se répéter. Leur continuation est un bon exemple de perspectives issues d'initiatives effectivement lancées, appelées à se prolonger au-delà de 2025.

Citons-en d'autres :

- ➔ une réflexion plus avancée sur les moyens de communication à mobiliser afin que les bonnes pratiques en matière de gestion des déchets se répandent plus largement dans le secteur des soins de santé ;
- ➔ la mise en place d'alternatives à l'incinération des déchets B2, pouvant évoluer par exemple

vers un projet de mutualisation d'une plateforme de traitement, notamment celui impulsé par Ecosteryl, porté par l'intérêt des affiliés ;

- ➔ les travaux, évoqués plus haut, en cours à l'Administration wallonne, portant sur la refonte de l'arrêté du 30 juin 1994 relatif aux déchets issus des activités hospitalières et de soins de santé, auxquels les fédérations hospitalières seront invitées à contribuer ;
- ➔ la poursuite et le renforcement du développement d'un cadastre des acteurs et des pratiques en matière de gestion des déchets d'activités de soins.

D'autres perspectives qu'il s'agira de rencontrer sont issues de nouvelles attentes de nos membres :

- ➔ la formation et l'accompagnement au changement de comportement dans le but de permettre à nos membres d'être outillés pour améliorer le tri par les équipes ;
- ➔ un soutien à nos membres dans l'identification de nouvelles filières de tri et dans la rencontre avec ses acteurs, basé notamment sur la création d'une « cartographie des parties prenantes » ;
- ➔ la mutualisation de l'organisation de nouvelles filières (exemple : collectes groupées entre hôpitaux d'une même région) ;
- ➔ un travail sur l'éco-conception des soins et le volet « prévention des déchets » en vue de

diminuer la quantité de déchets produits à la source ;

- ➔ la collaboration avec la Plateforme pour l'Amélioration de la Qualité des Services de santé (PAQS) au travers de l'organisation d'un accompagnement collectif (dénommé « collectif d'apprentissage ») pour mettre en place des projets dans les services.

L'ensemble de ces perspectives constituent une base de travail structurante pour les années à venir, tout en mettant en évidence la nécessité de poursuivre et d'intensifier les actions engagées.

Chapitre 3

Intelligence artificielle et gestion hospitalière : entre progrès et exigence de conformité

Introduction

Les technologies d'intelligence artificielle (IA) ont connu ces dernières années une croissance exponentielle, transformant profondément la manière dont les données sont collectées, traitées et utilisées dans de nombreux secteurs, en particulier celui de la santé. Ce développement rapide s'accompagne de défis complexes d'un point de vue technologique mais aussi de respect des réglementations diverses. Cette croissance s'explique notamment par l'augmentation de la puissance de calcul des outils proposés mais aussi par la plus grande disponibilité (théorique) des données.

Dans les hôpitaux, l'IA n'est plus cantonnée à des expérimentations isolées : elle touche tous les secteurs d'activité de l'hôpital, que ce soient les domaines classiques de gestion de l'entreprise mais aussi ceux plus spécifiques tels que l'imagerie, l'oncologie, les urgences, l'organisation des lits, la

pharmacie hospitalière, la recherche clinique, voire les tâches administratives de backoffice.

Parallèlement à ce développement, le législateur européen a renforcé son arsenal juridique afin de l'encadrer notamment avec le Règlement (UE) 2024/1689 sur l'intelligence artificielle (AI Act), entré en vigueur le 1^{er} août 2024. Celui-ci vient se superposer à des réglementations déjà existantes comme le Règlement (UE) 2016/679 (RGPD), entré en vigueur le 25 mai 2018, qui encadre l'utilisation de données à caractère personnel ou encore le Règlement (UE) 2017/745 (RDM/MDR), entré en vigueur le 26 mai 2021 afin de renforcer la sécurité et la traçabilité des dispositifs médicaux.

C'est pourquoi, en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont conclu une convention de partenariat le 10 mars 2026 afin d'accompagner le développement de l'IA dans le secteur

médico-social. Leur collaboration a pour objectif de partager leur expertise pour accompagner les professionnels, les usagers ainsi que les entreprises qui développent de nouvelles solutions, dans la mise en place de bonnes pratiques. Ce partenariat vise aussi à fournir aux professionnels et établissements de santé une position commune des deux institutions référentes dans la protection des données et dans la qualité des soins.

Essai de définition de l'intelligence artificielle

L'IA Act fournit une définition juridique d'un « système d'IA », soit un « système automatisé conçu pour fonctionner à différents niveaux d'autonomie, pouvant faire preuve de capacité d'adaptation après son déploiement et qui, pour des objectifs explicites ou implicites, déduit à partir des données d'entrée qu'il reçoit, la manière de générer des sorties (résultats, prédictions, recommandations, décisions) ».

De façon plus abordable, l'intelligence artificielle peut être définie comme un ensemble de techniques qui permettent à des systèmes informatiques de réaliser des tâches habituellement associées à l'intelligence humaine : apprendre à partir de données, reconnaître des formes, anticiper des événements, prendre des décisions ou générer du contenu (texte, images, sons).

Il existe en pratique plusieurs types de système d'IA qui se différencient par la complexité technique de leur fonctionnement, dont le niveau technique augmente crescendo.

Le premier d'entre eux est l'IA symbolique. Historiquement, ces systèmes reposent sur la base de règles créées par des humains et n'ont pas besoin de données pour être développés.

Exemple : un module intégré au logiciel de prescription qui, en fonction de règles pharmacologiques et de la liste des traitements du patient, affiche des alertes d'interactions ou de contre-indications.

Ensuite vient l'IA avec apprentissage automatique. Ces systèmes apprennent des relations statistiques à partir de jeux de données. Ils peuvent être supervisés au moyen des exemples annotés qui lui sont fournis (ex : images relevant un diagnostic), ou non supervisés. C'est alors l'IA qui identifie des modèles dits « patterns » ou étiquettes.

Exemple : un algorithme qui, à partir de milliers d'imageries par résonance magnétique labellisées, apprend, par les données, à classer de nouvelles images selon la probabilité de présence d'une tumeur.

À un niveau encore supérieur, vient l'IA exploitant le deep learning (apprentissage profond) qui utilise des réseaux de neurones artificiels à plusieurs couches pour modéliser des abstractions complexes. Inspirée du cerveau humain, cette technique permet aux machines d'apprendre de manière autonome à partir de grands volumes de données. Ce type d'IA excelle dans la reconnaissance d'images, la parole et le traitement du langage naturel.

Exemple : les réseaux de neurones profonds permettent une reconnaissance de formes très performante, en particulier en imagerie. Ceci permet la segmentation automatique de tumeurs en radiothérapie ou la détection de nodules pulmonaires ou de microlésions dans les images produites via un CT Scanner.

Dans ces systèmes, une des difficultés est de déterminer si l'apprentissage doit être continu ou plus simplement effectué sur un ensemble de données établi lors du développement.

Au niveau de technicité le plus complexe, on retrouve l'IA générative qui produit des textes,

des images, des codes ou des résumés à partir d'instructions (prompts). Ces systèmes créent des contenus originaux à partir d'un grand nombre de données et s'améliorent avec le temps à force d'interactions.

Exemple : la génération d'un brouillon de compte-rendu de radiologie ou de chirurgie à partir de données structurées ou la reformulation d'une lettre de sortie pour qu'elle soit plus compréhensible par le patient.

Enfin certains systèmes pourront combiner différents types d'IA avec des règles « métier » tenant compte de protocoles, de référentiels et des modèles apprenants.

Exemple : un outil de triage aux urgences qui applique des règles cliniques (échelle de tri) mais qui pondère les priorités en fonction d'un score prédictif issu de l'IA.

Contexte juridique

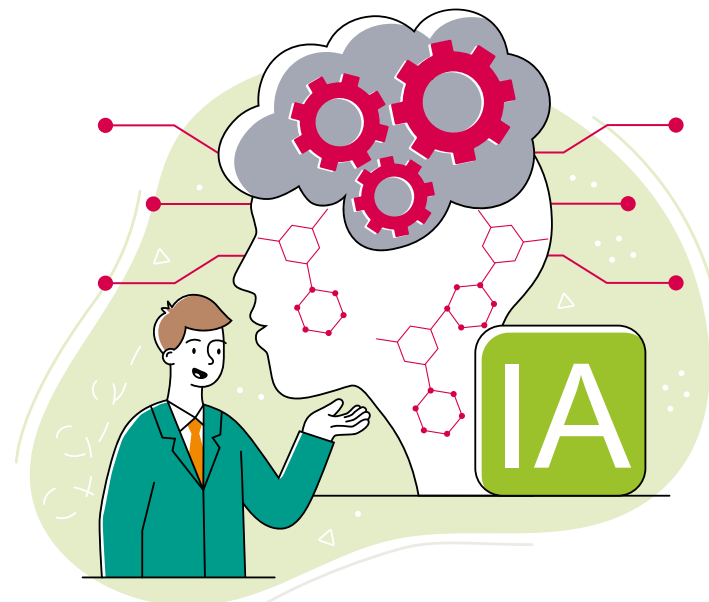
Les établissements de soins vont être confrontés, dans leur développement IA, à tout un arsenal de textes réglementaires selon les outils utilisés.

Comme indiqué plus haut, un système d'IA, dès lors qu'il utilise ou traite des données à caractère personnel, doit se conformer au RGPD. Cela signifie que l'hôpital utilisateur du système d'IA se devra de respecter toutes ses obligations classiques de

responsable de traitement (licéité, loyauté, transparence, base légale, finalité, sécurité...). Lorsqu'il s'agira de données de santé, ces obligations seront encore plus strictes, avec notamment la réalisation d'un Data Protection Impact Assessment (DPIA), c'est-à-dire une évaluation des risques qu'un traitement de données peut présenter envers les personnes concernées, et la mise en place de mesures de sécurité plus sévères.

Lorsque les systèmes d'IA sont intégrés dans des dispositifs médicaux, ou constituent des dispositifs médicaux, c'est la réglementation propre à ces derniers qui devra être respectée. Ainsi, un hôpital utilisant un dispositif médical incluant une IA devra s'assurer de sa conformité avec cette législation spécifique qui impose, entre autres obligations, une surveillance, une gestion des risques et la coopération avec l'AFMPS, etc.

L'IA Act de 2024 a pour objectif d'harmoniser les règles sur l'IA dans l'UE, en assurant la sécurité, le respect des droits fondamentaux et l'innovation. À cette fin, il classe les systèmes d'IA en quatre niveaux de risque : inacceptable (et donc interdits), à haut risque, à risque limité ou à risque minime. En fonction de son niveau de risque, le système sera soumis à des contraintes proportionnelles avant de pouvoir être mis en œuvre, que ce soit pour son développeur ou son déployeur (utilisateur). Bien entendu, un système d'IA utilisé dans des produits réglementés comme les dispositifs

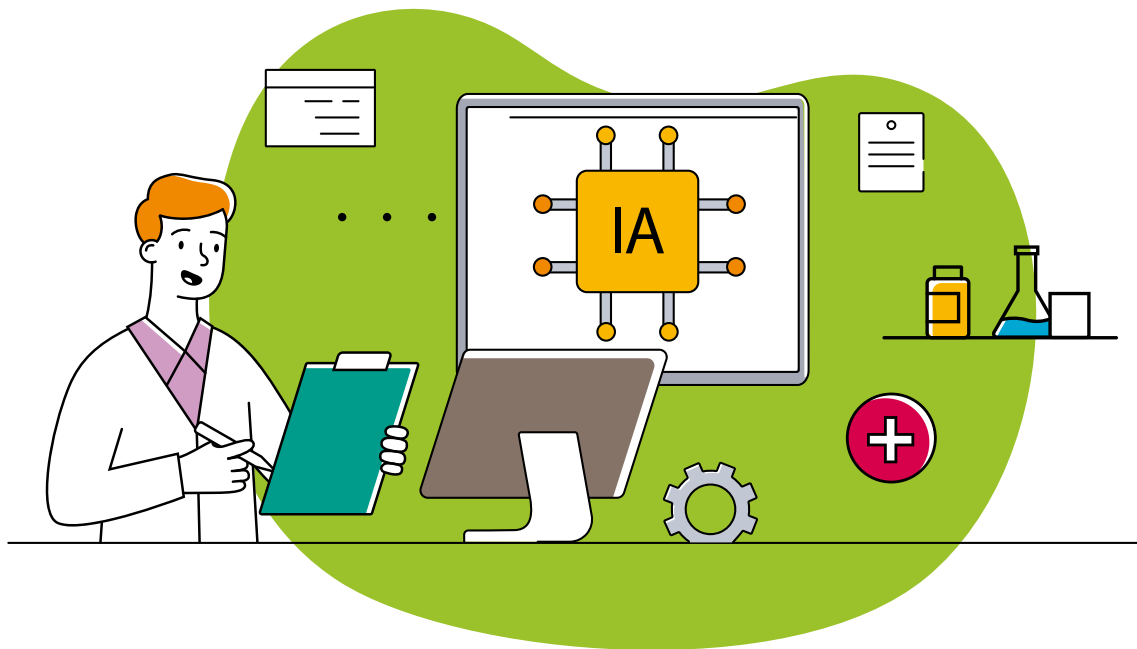


médicaux, ou dans des contextes sensibles comme les soins de santé, est un système à haut risque. Un niveau élevé de transparence, une documentation technique complète, des exigences strictes en matière de gestion des risques et de qualité des données, ainsi que la mise en place d'une supervision humaine effective seront donc exigés. Les obligations seront différentes selon que l'hôpital est développeur du système d'IA ou utilisateur final. En cette seconde qualité, il devra s'assurer d'une utilisation conforme aux notices, de la formation des utilisateurs, de la surveillance du fonctionnement, incluant le signalement des incidents, de la documentation et de la conservation des journaux nécessaires à la traçabilité.

Quelques exemples d'utilisation de l'IA en milieu hospitalier

Sans entrer dans le détail, ni avoir la prétention de fournir une liste exhaustive des applications IA applicables au secteur hospitalier, nous reprenons ci-dessous quelques exemples d'utilisation de l'IA au sein de l'hôpital.

Le domaine le plus connu d'utilisation de l'IA dans le secteur des soins de santé est l'imagerie médicale, celle-ci proposant notamment des logiciels de diagnostic pour le cancer du poumon ou de segmentation tumorale en radiothérapie qui « dessinent » automatiquement les volumes



tumoraux sur base d'images CT ou IRM. Ces systèmes nécessitent des données de qualité pour leur entraînement, la sécurité des traitements mis en œuvre et la protection de la vie privée des patients. S'ils permettent un gain de temps pour les équipes et une homogénéisation des pratiques, ils ne doivent pas dispenser d'une vérification systématique par un humain. Cette supervision humaine est ainsi imposée par l'AI Act pour les systèmes à haut risque.

L'IA peut également être utilisée dans d'autres domaines tels que l'organisation des urgences, en

proposant des systèmes de prédiction du risque vital du patient à l'arrivée, des modèles de triage, d'estimation de la probabilité d'hospitalisation ou encore de priorisation des examens d'imagerie. Ces systèmes, utilisés en contexte aigu, soulèvent des enjeux forts de sécurité, notamment liés aux faux négatifs, et des obligations élevées en termes de robustesse, de surveillance et de logs.

La recherche est également un domaine privilégié de l'utilisation de l'IA, avec des algorithmes capables d'analyser des images ou de corrélérer des données cliniques, biologiques et génomiques. Le

futur règlement européen sur l'espace européen des données de santé (EHDS) pourrait faciliter la recherche en clarifiant les conditions de réutilisation des données rendues non identifiables pour entraîner ou améliorer des modèles d'IA.

En matière de gestion de la qualité des soins et/ou de la sécurité du patient, l'IA permet la détection d'anomalies dans les schémas de prescription, des alertes avancées sur les interactions, en intégrant un contexte patient plus fin, ou l'identification de patients à risque de non-observance.

D'une manière plus générale et moins clinique, l'IA peut prédire les flux de patients, ajuster la planification des lits, anticiper les pics de charge aux urgences ou en soins intensifs ou encore soutenir la mise en place d'un « command center » qui permet de visualiser en temps réel l'état général de l'hôpital.

Sur le plan administratif, l'IA générative et les outils d'assistance peuvent produire des brouillons de courriers administratifs, résumer des rapports ou encore aider à l'analyse de textes réglementaires.

Les risques sont ici moins cliniques mais portent sur la confidentialité, comme celui d'envoyer des données identifiantes ou confidentielles à des IA externes non maîtrisées, et la qualité et la véracité des contenus.

Limites, risques et dangers de l'IA au sein de l'hôpital

En effet, l'utilisation de l'IA n'est pas sans risques. D'un point de vue technique, elle peut donner lieu à des « biais de données », notamment lorsque celles utilisées pour l'entraînement reflètent mal la diversité de la population réelle (âge, sexe, pathologies, facteurs socioéconomiques) ou n'intègrent pas l'ensemble des paramètres. Les IA génératives peuvent produire des erreurs ou « hallucinations », des réponses plausibles mais fausses. Enfin certains modèles de deep learning donnent des résultats difficilement explicables (black box), ce qui pose question au regard du principe de transparence et de loyauté du RGPD. C'est pourquoi l'IA Act a imposé, pour les systèmes à haut risque, des exigences de qualité des données, de documentation et de transparence, ainsi qu'une supervision humaine.

D'un point de vue juridique, les systèmes d'IA devront être à la fois conformes au RGPD, lorsqu'ils utilisent des données personnelles, et à l'IA Act, sous peine de s'exposer à des amendes. Ils peuvent également soulever des questions de remise en cause des décisions médicales.

L'ajout d'IA et de systèmes connectés multiplie les points d'entrée possibles dans les systèmes informatiques des hôpitaux et augmente ainsi leur vulnérabilité, ceux-ci étant déjà des cibles

privéligiées de cyberattaques, compte tenu de la sensibilité des données de santé et de la criticité de la continuité des soins.

L'éthique médicale doit également être prise en compte avec l'information du patient sur un diagnostic partiellement influencé par un système d'IA, sachant que la décision de traitement peut être issue d'un modèle opaque. L'IA ne doit pas conduire à une déresponsabilisation du médecin ou des équipes, ni à une « déshumanisation » de la relation de soins.

Il semble établi qu'un hôpital ne pourra fonctionner sans l'IA à l'avenir mais qu'il devra le faire de manière gérée, éthique et conforme au droit. Ainsi une gouvernance spécifique de l'IA devra être mise en place et intégrée aux différents organes existants qui y seront ou y sont confrontés. Une politique institutionnelle IA définissant la vision, les objectifs, les limites et les principes éthiques devra être élaborée. Des « référents IA » devront, dans cet ordre d'idée, être désignés afin de coordonner les projets utilisant l'IA. La création et la maintenance d'un registre des systèmes IA est à réaliser de la même manière que le registre des traitements RGPD afin d'en assurer le suivi.

Les fournisseurs de systèmes d'IA doivent également faire l'objet d'un encadrement avec des contrats intégrant des clauses spécifiques (exigence de la documentation de l'AI Act pour

les systèmes à haut risque, accès aux logs et à la documentation technique en cas d'incident...).

Sans être exhaustif sur les mesures à prendre, il conviendra de former et de sensibiliser sur les outils mis à leur disposition : formation juridique et éthique pour les porteurs de projets, formation clinique sur les forces et les limites de l'IA pour les médecins et soignants, sensibilisation sur les bonnes pratiques avec les IA génératives (confidentialité, qualité des sorties). L'importance de la supervision humaine devra être intégrée dans des procédures. Les mesures de cybersécurité devront être renforcées avec des audits de sécurité spécifiques et l'intégration de l'IA dans les Plans de Reprise d'Activité et les exercices de crise.

Pour conclure, l'IA en milieu hospitalier constitue un formidable levier pour améliorer notamment la qualité et l'efficacité des soins. Mais cette innovation ne sera durable et acceptée que si elle s'inscrit dans un cadre juridique solide, une gouvernance rigoureuse et une approche éthique centrée sur le patient.

Le rôle des directions hospitalières, comités éthiques, informaticiens, DPO et juristes est ici essentiel pour non pas freiner l'innovation, mais la canaliser, l'outiller et la documenter afin que l'hôpital devienne un lieu d'IA responsable plutôt qu'un terrain de risques incontrôlés.

Chapitre 4

Repenser le modèle d'accompagnement des aînés : une vision pour l'avenir

Au cours des dernières années, le secteur des établissements pour aînés a été confronté à de nombreuses évolutions et à des défis majeurs. Les débats qui animent aujourd'hui le secteur portent très largement sur les questions budgétaires, réglementaires et organisationnelles. Ces discussions sont nécessaires et structurantes pour assurer la pérennité des institutions et la continuité de l'accompagnement des personnes âgées.

Cependant, au-delà de ces enjeux immédiats, il apparaît essentiel de prendre un temps de recul et de s'interroger sur une question plus fondamentale : quel modèle d'accompagnement souhaitons-nous construire pour les aînés aujourd'hui et pour les générations futures ?

L'évolution démographique, les attentes exprimées par les personnes âgées et leurs familles, ainsi que les enseignements tirés de la crise sanitaire liée à la COVID-19 invitent à ouvrir une réflexion plus large sur la place et le rôle des établissements pour aînés dans notre société.

Un modèle à faire évoluer

Historiquement, le modèle d'organisation des maisons de repos s'est construit dans une logique largement inspirée du secteur hospitalier. Les mécanismes de financement, les normes d'encadrement et l'organisation des services ont été progressivement structurés autour de la prise en charge de la dépendance physique et psychique.

Ce modèle a permis de garantir une qualité de soins et un encadrement professionnel indispensables pour les personnes les plus fragilisées. Il montre cependant aujourd'hui certaines limites face à l'évolution des besoins et des attentes légitimes des aînés.

Plusieurs constats méritent d'être rappelés

La grande majorité des personnes âgées exprime le souhait de rester le plus longtemps possible à domicile. Les établissements pour aînés n'accueillent ainsi qu'une minorité de la population âgée. Par ail-

leurs, l'entrée en maison de repos intervient de plus en plus tardivement dans le parcours de vie, lorsque les situations de fragilité sont déjà très marquées. La durée moyenne de séjour diminue au fil du temps et concerne les personnes dont les besoins sont à la fois médicaux, sociaux et relationnels.

Dans ce contexte, les maisons de repos ne peuvent plus être considérées uniquement comme des structures d'hébergement médicalisées. Elles doivent évoluer pour devenir de véritables lieux de vie, capables d'offrir un accompagnement global, respectueux des attentes et des parcours de vie de chaque résident.

Cette évolution implique de repenser progressivement certains fondements du modèle actuel, tant dans son organisation que dans sa philosophie.

Des établissements ouverts...

L'un des axes majeurs de cette évolution réside dans l'ouverture des établissements sur leur environnement et sur leur territoire.

Les maisons de repos ont longtemps été perçues comme des structures relativement fermées, centrées sur la vie interne de l'institution. Pourtant, de nombreuses initiatives démontrent aujourd'hui l'intérêt d'inscrire ces établissements dans un réseau plus large d'acteurs locaux.

Les institutions pour aînés peuvent devenir des acteurs pleinement intégrés dans la vie de leur territoire, en développant des collaborations avec les collectivités locales, les associations et les initiatives citoyennes.

Cette ouverture permet de renforcer les liens sociaux, de favoriser la mixité des publics et de maintenir un ancrage dans la vie locale. Elle contribue également à transformer le regard porté sur les établissements pour aînés, qui peuvent être perçus non plus comme des mouiroirs mais comme des espaces de vie et de rencontre.

Dans certains cas, cette dynamique peut également se traduire par le développement de projets intergénérationnels, d'activités ouvertes aux habitants du quartier ou de collaborations avec des acteurs culturels et associatifs.

Placer la personne au cœur de l'accompagnement

La transformation du modèle d'accompagnement passe également par une attention croissante portée à la personne elle-même.



Chaque résident arrive dans l'établissement avec son histoire, ses habitudes de vie, ses relations sociales et ses attentes. L'accompagnement proposé doit dès lors être pensé à partir d'un projet de vie individualisé, élaboré en concertation avec la personne, sa famille et les équipes professionnelles. Cette approche suppose également de développer des formes de participation (de co-gestion) des résidents à la vie de l'établissement, notamment à travers les conseils de résidents ou d'autres dispositifs favorisant l'expression et l'implication des habitants.

Certaines expériences internationales, comme les modèles d'organisation participatifs développés dans plusieurs pays européens, démontrent que cette approche peut contribuer de manière significative à améliorer la qualité de vie des résidents et à renforcer le sentiment d'appartenance à la communauté de vie.

Soutenir et valoriser les professionnels du secteur

Aucune évolution du modèle d'accompagnement ne peut être envisagée sans tenir compte du rôle central joué par les professionnels qui travaillent au quotidien auprès des personnes âgées.

Les métiers du secteur des aînés sont exigeants et nécessitent des compétences multiples, allant de la prise en charge des soins à l'accompagnement psychosocial, en passant par l'animation, la coordination et le travail en équipe pluridisciplinaire.

Dans un contexte marqué par des tensions croissantes en matière de recrutement et de maintien dans l'emploi, il apparaît essentiel de renforcer l'attractivité de ces métiers et de soutenir les équipes dans leur travail quotidien.

Cela passe notamment par une réflexion sur l'organisation du travail, sur l'évolution des normes d'encadrement et sur la diversification des profils professionnels au sein des équipes.

Le développement de formations adaptées, intégrant notamment les dimensions relationnelles, psychosociales et gérontologiques de l'accompagnement, constitue également un levier important pour soutenir la qualité des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la mise en place de modes de management participatif peut contribuer à renforcer l'implication des équipes dans les projets institutionnels et à redonner du sens au travail quotidien.

Vers une approche holistique...

Si les soins constituent une composante essentielle de l'accompagnement en maison de repos, ils ne représentent qu'une dimension parmi d'autres du bien-être des résidents.

L'accompagnement des personnes âgées doit également intégrer les dimensions sociales, culturelles, psychologiques et relationnelles de la vie quotidienne.

Le développement d'activités porteuses de sens, l'attention portée aux relations sociales, l'ouverture vers l'extérieur et la prise en compte de la santé mentale des résidents sont autant d'éléments qui contribuent à améliorer la qualité de vie au sein des établissements.

Dans cette perspective, les démarches d'amélioration continue de la qualité doivent également évoluer afin de mieux prendre en compte l'expérience vécue par les résidents et leurs proches.

L'évaluation des établissements ne peut se limiter à des indicateurs purement quantitatifs ou organisationnels. Elle doit également intégrer des éléments liés à la qualité de vie, au respect des droits des résidents et à la satisfaction des personnes accompagnées.

Construire collectivement le modèle de demain

Les transformations démographiques qui s'annoncent au cours des cinq décennies vont profondément modifier les besoins en matière d'accompagnement des personnes âgées. Face à ces évolutions, il apparaît essentiel d'anticiper et de préparer dès aujourd'hui les adaptations nécessaires du modèle d'organisation des établissements pour aînés.

Cette réflexion ne peut être menée par un seul acteur. Elle doit associer l'ensemble des parties prenantes : gestionnaires d'établissements, professionnels de terrain, pouvoirs publics, chercheurs, représentants des résidents et des familles, ainsi que les acteurs du secteur social et de la santé.

Nous disposons d'une expertise précieuse issue de l'expérience quotidienne des institutions et de leurs équipes. Cette expertise doit pouvoir nourrir les réflexions et les politiques publiques afin de construire un cadre réglementaire et financier adapté aux réalités du terrain.

Imaginer l'établissement pour aînés de demain ne signifie pas repartir d'une page blanche. Il s'agit plutôt de s'appuyer sur les nombreuses initiatives innovantes déjà présentes dans le secteur et de leur donner les moyens de se développer.

C'est dans cette perspective que santhea continue à contribuer activement aux réflexions et aux débats visant à construire un modèle d'accompagnement durable, humain et adapté aux défis du vieillissement de notre société.

Notre expertise au service de nos membres

4



Chapitre 1

Nos groupes de travail et la dynamique fédérative

La réalisation par santhea de ses missions implique un dialogue constant avec nos membres. Outre la publication de notes d'information et les contacts bilatéraux, les nombreux groupes de travail organisés par santhea constituent un cadre structuré d'information, d'échange et de concertation sur les sujets d'actualité et les travaux en cours au sein des organes officiels.

Ces espaces permettent de relayer l'expertise du terrain et d'alimenter les positions défendues par santhea auprès des autorités compétentes.

Absentéisme

Le groupe de travail « Absentéisme » a permis initialement l'élaboration du cahier des charges à l'origine de la récolte annuelle des données d'absentéisme auprès des hôpitaux membres. C'est également dans ce cadre que les définitions des indicateurs du datawarehouse ont été ajustées (absentéisme pour maladie de courte durée, indice de Bradford, fréquence des absences, etc.). Cela permet de rassembler les membres participants lorsque des questions spécifiques se posent et de faciliter l'intégration des établissements souhaitant rejoindre le projet.

Aînés

Le groupe de travail « Aînés » constitue un lieu d'échange entre les gestionnaires d'établissements pour aînés. Lors de ces rencontres, sont abordés les sujets d'actualité du secteur ainsi que les thématiques

proposées par les membres. Ces réunions permettent également d'informer les directeurs d'établissements des travaux de la Commission Accueil et Hébergement de l'AViQ.

Atelier de droit social

« L'Atelier de droit social » réunit principalement des personnes travaillant au sein des ressources humaines de nos membres (directeurs ou collaborateurs RH). Il se tient trois fois par an.

Il est structuré en deux parties :

- ➔ une première consacrée aux actualités sectorielles et à l'état des discussions en concertation sociale avec les organisations syndicales ;
- ➔ une seconde animée par le cabinet d'avocats Sotra, portant sur les évolutions législatives et les décisions récentes de jurisprudence pertinentes en droit social et en droit du travail.

En 2025, les travaux ont bénéficié de l'intervention de Maître Noël Lambert (secteur privé) et de Maître Maureen Degueldre (secteur public).

Cellule Tarification

La cellule Tarification réunit périodiquement les responsables de la facturation des hôpitaux membres.

Les réunions portent notamment sur les modifications de nomenclature, les nouvelles réglementations et les procédures ayant un impact sur la facturation des prestations aux patients et aux organismes assureurs.

Ce groupe de travail permet d'identifier, sur base des retours du terrain, les difficultés rencontrées et de les relayer auprès de l'INAMI et des organismes assureurs en vue de leur résolution.

Durabilité

Le Comité Durabilité, anciennement appelé « Comité Référent RSE », mis en place en 2024 a continué à développer ses activités en 2025. Il réunit des membres du secteur hospitalier engagés dans l'intégration des enjeux de développement durable au sein de leur institution.

Ceux-ci s'inscrivent dans une approche transversale consistant à aborder les enjeux du développement durable (DD) et de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE), en tenant compte des dimensions sociales et environnementales. Il favorise le partage d'expériences ainsi que l'identification de solutions concrètes adaptées aux réalités du terrain.

C'est aussi le lieu de proposer aux participants des possibilités de s'inscrire dans des démarches communes telles que l'établissement d'un bilan d'émission de gaz à effet de serre, une méthode permettant de répondre aux demandes de la CSRD et plus récemment à celles de la VSME (considérée comme une version simplifiée de la CSRD pour certaines organisations).

Financement

Le groupe de travail « Financement » réunit les profils financiers des hôpitaux membres afin d'aborder les thématiques liées au financement hospitalier.

Une part importante des réunions est consacrée au calcul annuel du Budget des Moyens Financiers (BMF), qui suscite toujours beaucoup de questions parmi nos membres et fait l'objet de nombreuses discussions au sein du CFEH et des groupes de travail associés.

Les enquêtes chiffrées menées par santhea (notamment relatives à l'hôpital de jour ou aux rétrocessions d'honoraires) ainsi que les résultats qui en découlent y sont également présentés.

Gestion des déchets hospitaliers

Ce groupe de travail mis en place en 2024, auquel les membres participent sur base volontaire, a pour objectif de répondre aux besoins du terrain

en offrant une plateforme d'échange et de dialogue entre les membres.

En 2025, il a consacré ses activités à finaliser un relevé des pratiques en cours au sein des institutions participantes, en matière de gestion des déchets de soins. Le but d'un tel relevé est d'identifier les bonnes pratiques et de les étendre, si possible, à l'ensemble des institutions de soins. Le besoin d'identifier de nouvelles filières de collectes en plus de celles déjà existantes, a par ailleurs été mis en évidence.

Enfin, un travail a été mené sur la législation en la matière actuellement en vigueur en Wallonie. Il s'agissait d'y déceler les ambiguïtés nécessitant clarification, ainsi que de la comparer avec les autres législations régionales en vigueur en Belgique afin, le cas échéant, de dégager des pistes d'uniformisation.

Hospitalisation à domicile

Compte tenu du développement potentiel du modèle d'Hospitalisation à domicile (HAD), un groupe de travail spécifique permet d'échanger avec les experts de terrain.

La réunion organisée en 2025 a porté sur les constats du KCE (forces et faiblesses du système) ainsi que sur les résultats de l'enquête santhea/UNESSA. Ces échanges ont alimenté la réflexion menée au sein du groupe de travail spécifique organisé par l'INAMI depuis mi-2025.

Hôpital de jour

L'année 2025 a été marquée par les discussions relatives aux économies à prévoir dans le budget 2026, dont 50 millions d'euros pour le secteur hospitalier à réaliser au niveau du financement de l'hôpital de jour.

Plusieurs pistes ont été examinées avec les membres du groupe de travail lors de la réunion dédiée. Compte tenu du virage ambulatoire, ce groupe, composé de profils financiers, médicaux et de tarification, permet une analyse pluridisciplinaire des propositions à venir et continuera à jouer un rôle structurant.

Hospitalisation médico-psycho-sociale

Ce groupe de travail se réunit afin de réfléchir et débattre sur un projet visant à reconnaître les besoins médico-psycho-sociaux (MPS) des enfants et adolescents et à permettre une prise en charge effective de ces patients dans le cadre d'un trajet de soins adapté.

Réformes du financement et de la nomenclature

Créé en 2025, ce groupe de travail est en partie lié au groupe « Financement » par les profils invités. Il a pour objectif de suivre les étapes des réformes

du financement hospitalier et de la nomenclature. Au-delà de la simple information, il permet d'échanger sur les enjeux identifiés et d'élaborer des propositions à soumettre aux autorités et administrations compétentes.

Ressources Humaines

Le groupe de travail « Ressources Humaines » réunit quatre fois par an des directeurs et collaborateurs RH.

Il permet de présenter les mesures RH pertinentes (projets ou propositions de loi, textes publiés au Moniteur belge) et de faire le point sur les discussions menées au sein des organes de concertation dans lesquels santhea siège, notamment la CP 330 pour le secteur privé et les Comités A et C pour le secteur public. Ces réunions offrent également un espace d'échange sur les pratiques rencontrées sur le terrain.

RGPD

Le groupe de travail « RGPD » réunit les représentants des membres ayant adhéré aux services de la Cellule RGPD.

Il permet de présenter les nouveaux outils développés, de discuter de l'organisation des services proposés et d'aborder les évolutions législatives belges et européennes en matière de protection des données à caractère personnel et de respect de la vie privée.

Satisfaction Patients

Le groupe de travail « Satisfaction Patients » rassemble les hôpitaux participant à l'enquête du même nom.

Il permet de discuter périodiquement de la méthodologie du projet et des développements à envisager, notamment la conception ou la mise à jour des questionnaires ainsi que l'extension des services proposés dans ce cadre.

Satisfaction Résidents

Le groupe de travail « Satisfaction Résidents » réunit les institutions du secteur des aînés participant à l'enquête du même nom.

Il permet de discuter annuellement de la méthodologie et des évolutions possibles de cette déclinaison du projet « Satisfaction Patients ».

Santé mentale

Le groupe de travail « Santé mentale » constitue un lieu d'échange entre les gestionnaires de services résidentiels, ambulatoires ou hospitaliers du secteur de la santé mentale.

Les réunions permettent d'aborder les actualités sectorielles et les thématiques proposées par les membres, ainsi que d'assurer un suivi des travaux menés au sein des différentes instances, réseaux, des administrations de l'AViQ et du SPF Santé

publique ainsi que des travaux menés par les cabinets des ministres de la Santé.

Soins infirmiers et DI-RHM

Ce groupe de travail réunit quatre fois par an les directions infirmières et cadres intermédiaires des hôpitaux membres.

Il permet d'informer les membres des actualités législatives relatives à l'art infirmier et constitue un lieu d'échange sur les pratiques de terrain. Il favorise également le partage de bonnes pratiques et la création d'outils de travail utiles aux établissements.

Thématiques CFEH

Le Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers (CFEH) émet, d'initiative ou à l'invitation du ministre, des avis sur toute question hospitalière restée de la compétence fédérale.

Un groupe de travail est organisé à l'occasion des demandes d'avis dont est saisi le CFEH. Ces groupes de travail sont l'occasion de discuter de la proposition de projet de loi ou d'arrêté royal que le ministre entend faire adopter dans le cadre de sa politique hospitalière, de partager les expériences et réflexions de chacun et ainsi de relayer, au travers de nos mandats au sein du CFEH, l'expertise du terrain sur les différents sujets abordés.



Chapitre 2

Les dossiers suivis et défendus en 2025

Au cours de l'année 2025, les conseillers de santhea ont, comme chaque année, suivi et analysé de nombreux dossiers. Nouvelles réglementations, projets de loi, demandes d'avis ou encore sujets d'actualité : toute thématique susceptible d'avoir un impact sur nos membres fait l'objet d'un examen attentif. L'objectif est de pouvoir les informer rapidement et clairement, les accompagner au mieux dans leurs démarches et défendre efficacement leurs intérêts auprès des autorités et partenaires du secteur. Dans les pages qui suivent, vous découvrirez les principaux dossiers traités en 2025. Chacun d'eux est brièvement présenté et, lorsque cela s'y prête, les actions entreprises par santhea y sont également décrites.



Axe 1 - Financement des hôpitaux

Budget des Moyens Financiers 2024 des hôpitaux (BMF)

L'arrêté modifiant l'AR BMF pour 2024, publié au Moniteur belge du 23 avril 2025, aurait dû déclencher les délais de 30 jours pour l'introduction des remarques relatives aux BMF de janvier 2024 et juillet 2024, notifiés de longue date. Cependant, le SPF a annoncé la création d'un canevas standard destiné à permettre aux hôpitaux d'introduire leurs remarques de manière plus structurée, afin d'en faciliter le traitement automatisé et systématique par le service Organisation et Financement des Hôpitaux au sein de la Direction générale des Soins de santé du SPF. À la clôture de l'année 2025, un tel canevas n'avait toujours pas été mis à disposition et le délai légal n'avait pas encore été enclenché. Santhea a actualisé sa coordination de l'AR BMF compte tenu des dispositions reprises dans cet arrêté. Sans surprise, l'arrêté publié consacre les modifications intervenues dans les BMF notifiés

en 2024 : l'injection de 13,5 millions d'euros dans le B1 supposée couvrir le coût des transports interhospitaliers désormais à charge des hôpitaux ; une importante mise à jour de l'annexe 9 en sous-partie B2 (codes d'interventions chirurgicales pour le financement du quartier opératoire, et leurs temps standards) et le maintien temporaire du nombre de salles d'opération disponibles en permanence financées pour la neurochirurgie, faute de pouvoir s'appuyer à court terme sur des règles adaptées à la nouvelle nomenclature.

L'annexe 14 (financement des produits médicaux des unités de soins) est adaptée afin d'aligner les années de référence des données nationales, les valeurs normalisées, le casemix utilisé pour l'hôpital ainsi que la version du grouper. Une économie linéaire de 2,7 millions d'euros est imposée aux hôpitaux au titre « d'Appropriate Care ». De nouveaux actes complexes sont intégrés dans le financement B3 de la radiothérapie conformément à une demande de longue date du CFEH. En revanche, le ministre ne suit pas la position du secteur concernant le P4P et entérine un transfert de 32,5 millions d'euros de la sous-partie B2 des hôpitaux aigus vers le P4P en sous-partie B4. Les budgets BMUC

et cybersécurité font l'objet d'une refonte complète des enveloppes structurelles, et un budget one-shot dédié à NIS2 (39,5 millions d'euros) est confirmé.

Dès la version 2024 de l'AR BMF, un article 78bis d'application à partir de juillet 2025 introduit une réforme du financement du profil social (B8), en prévoyant une période transitoire de 2025 à 2027. En sous-partie B9, le financement dédié à la formation des médecins spécialistes est augmenté de 6,7 millions d'euros, la mesure issue de l'accord social 2022 relative au soutien RH est étendue aux hôpitaux publics et le personnel pris en compte dans le financement de l'IFIC intègre certains types de travailleurs supplémentaires, sous certaines conditions. Enfin, les incitants financiers à la création de bassins de soins sont abrogés et le plafond d'intervention journalière en matière de placement familial est relevé au bénéfice des familles d'accueil.

Budget des Moyens Financiers 2025 des hôpitaux

Le BMF du 1^{er} juillet 2025 introduit plusieurs ajustements importants pour les hôpitaux, accompagnés de deux périodes de remarques de 30 jours distinctes : l'une s'est écoulée en septembre 2025 (et a été finalement prolongée jusqu'au 15 octobre 2025) pour toutes les mesures ayant fait l'objet d'un premier calcul de révision 2018 et suivantes ; l'autre ne démarrera qu'après

la publication de l'AR modificatif pour le BMF lui-même. L'arrêté supposé modifier l'AR BMF pour 2025 n'est en effet toujours pas disponible, ni a fortiori publié, au sortir de l'année écoulée 2025, ce qui a pour conséquence que les délais pour les remarques relatives aux BMF notifiés aux 1^{er} janvier 2025 et 1^{er} juillet 2025 n'ont pas encore démarré à fin 2025.

• RÉVISIONS 2018 ET SUIVANTES

Le SPF Santé publique réforme la procédure de révision du BMF à partir de 2018 et met en place un plan « quick wins » (2025–2027) pour rattraper le retard important des révisions. Dès le BMF de juillet 2025, certaines révisions sont directement intégrées au BMF via de nouvelles lignes spécifiques de la sous-partie C2, afin de libérer de la trésorerie, accélérer le traitement et préparer un système plus stable où chaque exercice serait à terme révisé en t+3.

Les mesures intégrées varient selon les années (garantie partie fixe, ajustement partie variable, radiothérapie, FIV, TPP/QPP, IFIC, statutaires absents de longue durée, etc.), avec un calendrier progressif jusqu'à juillet 2027, date à laquelle les révisions 2018–2024 devraient être finalisées. Le nouveau processus prévoit une notification provisoire, un délai ad hoc de 30 jours et une liquidation étalée selon les budgets disponibles.

Le BMF de juillet 2025 intègre les premiers postes de révisions 2018 à 2024, avec une liquidation des montants positifs en 6 mois et des montants négatifs

en 4 ans. La liquidation a été autorisée notamment grâce à la fixation tardive du Budget Global BMF 2025 à 11,78 milliards d'euros (AR du 18 juillet 2025, publié au Moniteur belge du 31 juillet 2025) incorporant notamment les budgets indispensables à la liquidation d'une partie importante des impacts des révisions ainsi calculées (rattrapages et intégration dans les lignes du BMF). D'autres postes de révisions seront calculés, et selon les budgets disponibles, intégrés dans les BMF de juillet 2026 et 2027 conformément à la seconde phase de la réforme lancée par le SPF. Certaines mesures nécessitent en effet une collecte de données PerOne (2020–2024) ou une automatisation (fins de carrière), voire demandent un suivi ad hoc important (A1-A3 : financements en extinction).

• BMF 1^{ER} JUILLET 2025

Le ministre confirme que certaines demandes du CFEH ne sont pas retenues, comme la révision du taux d'intérêt A2 ou la correction rétroactive de plusieurs composantes.

En B1, les unités d'œuvre ne sont pas recalculées : les données 2022 sont prolongées jusqu'en juillet 2026, date à partir de laquelle les recalculs redeviendront biennaux.

La sous-partie B2 est recalculée sur les données 2023, intégrant l'élargissement de la liste A en hôpital de jour chirurgical et la réintroduction de la liste B, mais sans compensation budgétaire pour le transfert d'activité, autre que les 10 millions

précédemment associés aux maxi-forfaits, et ce malgré la demande insistante du CFEH.

Une faible redistribution de 2,7 millions d'euros bénéficie au quartier opératoire, dont le budget passe à 11,48 % de l'enveloppe des points unités de soins. L'annexe 9 (temps standards opératoires) est actualisée avec les nouveaux codes et le SPF en transmet un fichier Excel. Dans les produits médicaux et la stérilisation, certaines erreurs de calcul sont reconnues et des corrections positives sont appliquées.

En B4, le financement FIV bascule entièrement en données INAMI ; le P4P-HSMR est réparti pour moitié selon l'ancien système et pour moitié selon la méthode révisée proposée par le CFEH, avec neutralisation du code de diagnostic Z51.5 concernant les patients palliatifs, tandis que les budgets DPI-BMUC et cybersécurité (respectivement environ 74 millions et 16 millions) sont assortis de conditions importantes à respecter. La sous-partie B8 est totalement réorganisée : les anciens budgets associés au caractère social (y compris ceux figurant précédemment en lignes du B2) sont regroupés en une seule ligne B8-100, pour un total d'environ 60 millions d'euros, avec une transition progressive entre 2025 et 2027 vers la nouvelle redistribution du budget entre hôpitaux à profil social lourd ou non.

Le Fonds Blouses Blanches, considéré par le ministre comme non intégrable dans le B2, atteint près de 344 millions en 2025 et fait l'objet

d'une correction positive importante de plus de 40 millions d'euros en sous-partie C2 en raison d'une insuffisance d'indexation cumulée pour les années 2022 à 2024.

Concernant la charge de responsabilisation des pensions, le ministre n'a pas encore adapté les calculs dans la sous-partie B4 des hôpitaux. Il souhaite, comme l'a demandé le CFEH, prendre en considération dans le calcul les montants réellement supportés par les hôpitaux, en s'appuyant sur une transmission complète de documents probants : le point reviendra à l'ordre du jour en 2026.

Budget 2026

Les discussions autour de la constitution du budget 2026 ont été très laborieuses durant l'année 2025 dans la mesure où il convenait de s'accorder sur environ 900 millions d'euros d'économies. Celles-ci ont débuté sérieusement autour de la lettre de mission établie par le Gouvernement en juillet 2025. Il s'agissait d'une nouvelle étape dans le processus budgétaire : le Gouvernement transmet, en amont des discussions relatives à l'élaboration du budget, ses priorités au Conseil Général et au Comité de l'Assurance de l'INAMI.

À partir de ce document, les mutuelles ont réuni les différents acteurs de la santé à plusieurs reprises afin de tenter de formuler une proposition unanime au Comité de l'Assurance le premier lundi d'octobre.

Ce dernier n'a pas approuvé la proposition soumise en raison des montants d'économies jugés trop importants et parfois insuffisamment répartis entre les secteurs.

Il revenait alors au Gouvernement de faire une proposition de budget au Conseil Général du 3^{ème} lundi d'octobre, proposition qui a été acceptée et qui comportait toujours des économies importantes. Celles-ci ont été estimées alors à environ 200 millions d'euros pour notre secteur.

L'estimation du budget 2026 table sur une norme de croissance de 2 % et sur un taux d'indexation de 2,72 %.

Comptabilité des hôpitaux

Santhea a introduit en 2024 un recours en annulation contre deux arrêtés royaux modifiant les règles comptables applicables aux hôpitaux à partir de 2026, notamment l'obligation d'entamer l'amortissement des biens dès le mois suivant leur mise en exploitation, mesure jugée défavorable pour les résultats et la solvabilité des hôpitaux.

Malgré cette opposition, qui n'a pas été retenue au sein du CFEH, les arrêtés ont été adoptés.

En novembre 2025, l'auditeur du Conseil d'État a rendu un rapport déclarant le recours de santhea recevable et soutenant la demande d'annulation. Il appartient désormais au Conseil d'État de se prononcer.

Programme P4P 2025 - HSMR

En 2024, le programme P4P a connu une évolution majeure avec le transfert de 32,5 millions d'euros de la sous-partie B2 du BMF vers la sous-partie B4, portant ainsi le budget total à 40 millions d'euros. Dans la foulée, un nouvel indicateur de mortalité hospitalière a été introduit dans le programme : Hospital Standardized Mortality Ratio – HSMR.

La méthodologie de calcul de cet indicateur, ainsi que son utilisation dans le cadre du programme, ont suscité de nombreuses interrogations au sein du secteur hospitalier, notamment en raison des critères d'exclusion appliqués à la population de patients. Dès l'analyse des résultats du programme 2024, il est ainsi apparu que l'ensemble des patients en soins palliatifs n'avaient pas été exclus de l'analyse.

Dans ce contexte, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers, auquel siègent notamment santhea et les autres fédérations hospitalières, a rendu un avis en 2025, afin de mettre en lumière le biais lié à la prise en compte des patients en soins palliatifs dans l'analyse. Les fédérations ont également formulé des propositions visant à définir une méthodologie plus juste et plus équitable pour la répartition de l'enveloppe liée au HSMR, en fonction du positionnement de chaque hôpital.

Circulaire AViQ – Financement des infrastructures hospitalières – Rappel des délais et de certaines dispositions légales

L'AViQ a adopté une nouvelle circulaire destinée à rappeler plusieurs éléments du dispositif de financement des infrastructures hospitalières et ce, « afin de fluidifier et de clarifier le traitement des dossiers ».

Cette circulaire aborde successivement :

- l'ensemble des délais prévus dans la réglementation, qu'il s'agisse du calcul du juste prix, du calcul du prix d'hébergement, de l'accord sur projet(s), de l'activation ainsi que du début et de la fin des travaux ;
- les documents à fournir pour les demandes d'accord sur projet(s) et d'activation des m² concernés ;
- les modifications de projets et le transfert éventuel de m² entre projets ;
- des communications de portée générale, notamment en ce qui concerne la transmission, pour des raisons de sécurité, d'une adresse e-mail unique de contact et d'échange en la matière.

À la suite d'une remarque formulée par santhea, un tableau récapitulatif des délais, reprenant également le détail des modalités de transmission des documents, a été annexé à la circulaire concernée.



AXE 2 – Gouvernance et régulation

Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH)

• AGRÉMENTS EN CASCADE

À la demande du ministre, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) a examiné l'adaptation des normes d'agrément afin de faciliter la collaboration structurée entre hôpitaux (cascade d'agréments).

Dans la continuité des avis rendus en 2024, un groupe de travail a formulé en 2025 une série de « quick wins » visant à flexibiliser le cadre légal afin de soutenir les réseaux hospitaliers et de favoriser une utilisation efficiente des ressources. Les propositions reposent sur la notion de « relation de collaboration formalisée » (fusion, groupement, association, réseau) et prévoient d'en préciser le cadre juridique, afin d'en renforcer la sécurité.

Plusieurs adaptations portent sur la flexibilisation organisationnelle (imagerie médicale, fonctions médicales et infirmières, dotation en personnel, santé mentale), tout en maintenant l'exigence de qualité et de sécurité des soins. Des ajustements terminologiques et fonctionnels ont été proposés

au sein de la structure infirmière, ainsi qu'une plus grande souplesse dans la planification des effectifs et dans la répartition des responsabilités.

Certaines normes stratégiques (oncologie, gériatrie, radiothérapie, médecin en chef, etc.) nécessitant toutefois une analyse approfondie feront l'objet d'avis distincts. Le Conseil a profité de l'occasion pour souligner une fois encore que ces réformes doivent garantir un financement adéquat, préserver l'accessibilité et la lisibilité des soins pour les patients, et s'inscrire dans une réflexion plus large sur l'hôpital du futur.

• **STRUCTURALISATION DES CONTRATS B4**

Dans la continuité de ses avis antérieurs, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) confirme la nécessité de structurer les contrats B4 afin d'assurer la sécurité juridique, l'harmonisation des conditions et la résorption du sous-financement chronique. Face à la complexité et à l'hétérogénéité des projets, le groupe de travail a adopté une nouvelle méthodologie fondée sur une classification en trois catégories : « quick wins », projets sans besoin de structuralisation et projets prioritaires à analyser.

Un cadre homogène de structuralisation est proposé, distinguant au minimum les frais de fonctionnement, le personnel de soins et la fonction médicale, avec indexation, évaluation scientifique et harmonisation budgétaire.

Le CFEH insiste sur la nécessité d'une couverture

territoriale cohérente et, le cas échéant, de trajectoires de croissance budgétaire adaptées au positionnement locorégional, régional ou suprarégional des projets.

Il demande également la correction de la centralisation administrative des financements B4 via un hôpital de réseau, celle-ci étant source de complexité et d'insécurité financière pour les établissements concernés.

Avant tout lancement de nouveaux projets, une harmonisation des projets existants est jugée prioritaire afin d'éviter la pérennisation d'inégalités historiques de financement.

Enfin, le Conseil sollicite l'inscription explicite des moyens nécessaires à la structuralisation dans le budget INAMI 2026 (rubrique 12A), avec une indexation actualisée.

Des avis successifs devraient être adoptés au fur et à mesure de l'avancement des travaux, afin d'aboutir, à terme, à une intégration structurelle et uniforme des projets B4 dans le BMF.

Une attention particulière est également portée à la structuralisation des projets pilotes en santé mentale se trouvant au sein des réseaux de santé mentale.

• **BELGIAN MEANINGFUL USE (BMUC)**

Le CFEH a rendu un avis en réponse à la demande formulée par le ministre Vandembroucke le 10 février 2025 concernant le financement du BMUC. Cette demande d'avis portait sur le finance-

ment pour l'année 2026. Dans ce cadre, le ministre a proposé un mécanisme de financement révisé visant à soutenir la digitalisation des hôpitaux.

Pour 2026, ce mécanisme repose encore largement sur les critères du BMUC définis en 2016, tout en introduisant une inflexion notable par l'affectation d'une part significative des moyens à des appels à projets axés sur le développement des « data capabilities ».

Le CFEH a rappelé, à cette occasion, plusieurs principes déjà formulés dans ses avis antérieurs, notamment la communication en temps utile des critères, l'absence de mécanismes pénalisants dans le financement, ainsi que la prise en compte des coûts liés au maintien et à l'évolution des infrastructures existantes. Il a également émis une recommandation spécifique concernant les DPI en phase de transition.

Une nouvelle demande d'avis est annoncée pour la fin de l'année 2025, introduisant de nouveaux enjeux, sans toutefois en préciser les modalités. Il conviendra dès lors d'attendre 2026 pour disposer d'une vision plus claire quant à la suite du programme dans ce domaine.

• **INNOVATION**

Saisi le 30 janvier 2025, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) a rendu un avis favorable sur le lancement d'un appel à projets « innovation », financé à hauteur de 3 à 4 millions d'euros via le BMF 2025, structuré autour du DHTIL,

des projets « data capabilities » et des PROMS/ PREMS.

Les membres du CFEH soutiennent l'investissement dans la transition numérique et l'approche bottom-up, tout en demandant davantage de clarté sur les priorités, les critères de sélection et l'enveloppe budgétaire globale.

Le Conseil a saisi l'occasion pour manifester son souhait d'être associé à la définition des modalités. Concernant le pilier DHTIL, en tant que membre du CFEH, santhea a mis en garde contre tout risque de « vendor lock-in » et contre la mise en avant implicite d'un acteur commercial, et a plaidé pour une architecture ouverte et interopérable, garantissant un accès équitable au marché et le respect des règles des marchés publics.

- **AIM**

Le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) a rendu un premier avis sur le projet AIM visant à financer l'IPC (Prévention et Contrôle des Infections) et l'AMS (Antimicrobial Stewardship) dans les hôpitaux par la réaffectation du budget HOST.

Si le Conseil a salué l'initiative et reconnu la pertinence de l'utilisation de ces moyens pour renforcer l'hygiène hospitalière et la gestion des antimicrobiens, il a néanmoins exprimé un désaccord de fond quant aux modalités de financement proposées ainsi qu'au processus d'élaboration du projet.

Le CFEH proposera, au plus tard en février 2026, une alternative en matière de modalités de financement, reposant sur un modèle intégré, administrativement simplifié et orienté vers l'amélioration continue, sans effet pénalisant pour les établissements. La mise en œuvre effective du projet AIM devra, en outre, s'inscrire dans le cadre plus large de la réforme du paysage hospitalier, afin d'en garantir la cohérence stratégique et opérationnelle.

- **SUS – SOINS URGENTS SPÉCIALISÉS**

Le CFEH a été saisi par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique d'une demande d'avis concernant un projet d'arrêté royal modifiant l'article 4 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 relatif à l'agrément des fonctions de « soins urgents spécialisés ».

Ce projet introduit deux modifications majeures : d'une part, l'obligation que les normes fonctionnelles (soins intensifs, bloc opératoire, laboratoire, imagerie, archivage) soient disponibles sur le site même des urgences spécialisées, et non plus au niveau de l'hôpital dans son ensemble ; d'autre part, le lien obligatoire entre une fonction de soins urgents spécialisés et une fonction de soins intensifs agréée, avec une exception limitée pour certains sites éloignés (≥ 25 km) ne disposant pas de soins intensifs depuis le 1^{er} juillet 2024.

Le CFEH, dans son avis, a indiqué soutenir l'objectif d'amélioration de la qualité des soins, mais a appelé à une mise en œuvre progressive, cohérente

avec la réforme hospitalière globale, fondée sur des normes réalistes, une transition suffisante et une attention constante à l'accessibilité pour les patients.

- **CENTRE S2 AVC**

Le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) a reçu une demande d'avis du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique en date du 28 octobre 2025 concernant un projet d'arrêté royal visant à modifier trois arrêtés royaux relatifs au programme de soins spécialisés « soins aigus de l'AVC ». Cette demande fait suite à l'annulation, par le Conseil d'État, de l'arrêté royal du 20 septembre 2022. Le projet de modification de ces arrêtés royaux vise à remédier aux lacunes constatées.

Le CFEH s'est réuni à plusieurs reprises afin de rédiger son analyse et ses recommandations à ce sujet. Il a insisté notamment sur la nécessité : d'introduire des normes de qualité supplémentaires dans le cadre légal pour le renouvellement de l'agrément ; d'accorder une attention particulière au maintien de l'expertise acquise dans les centres existants ; et de garantir un accès universel aux soins au travers d'une couverture géographique adéquate.

- **GROUPE DE TRAVAIL SP**

Un groupe de travail Sp s'est penché sur la question de la pertinence du recours à l'outil RCS-E dans le cadre de la prise en charge des patients dans les

lits Sp. Après la présentation de cet outil par des professionnels de soins l'utilisant, dans leur pays respectif, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) a décidé de procéder à une phase test dans un certain nombre d'hôpitaux pilotes. Il a ainsi rédigé un projet définissant les objectifs d'un tel test, les conditions préalables, les modalités de collecte des données, la sélection des hôpitaux pilotes, le calendrier, le budget et les étapes suivantes.

Le CFEH s'est également réuni à plusieurs reprises afin de discuter d'une note de vision relative au concept d'hôpital de jour de revalidation. S'appuyant sur des avis antérieurs portant sur la nécessité d'adapter la programmation des lits Sp, cette note se concentre sur l'hôpital de jour en revalidation pour adultes et enfants.

Cette note de vision vise à décrire la création d'un « hôpital de jour de revalidation », qui permettrait d'accélérer la transition de l'hospitalisation vers la revalidation ambulatoire, au bénéfice à la fois du parcours individuel de revalidation et de la capacité du système de soins.

• **AGRESSION CONTRE LES SOIGNANTS**

L'agression envers les prestataires de soins constitue un problème sociétal croissant qui, ces dernières années, a pris des proportions inquiétantes. La gestion et la prévention de l'agression envers les soignants nécessitent donc une approche spécifique, sensible à la relation, qui tienne compte à la

fois de la sécurité, de la communication, de la formation, mais aussi du soutien et de la réparation après les incidents.

Le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) s'est penché sur la question et a rédigé un plan en 10 points, lequel constitue à cet égard un instrument directeur permettant de relier la politique, la culture organisationnelle et la pratique. Cet avis s'inscrit dans cette continuité et souligne la nécessité d'une approche durable où la protection des soignants et la qualité des soins vont de pair.

• **3 AVIS POUR LE CALCUL DU BMF DE JUILLET 2025**

Le 15 janvier 2025, le ministre sollicite l'avis du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) quant aux adaptations à apporter à l'AR BMF en ce qui concerne le calcul du Budget des Moyens Financiers (BMF) au 1^{er} juillet 2025.

Concernant la sous-partie B1, le Conseil recommande un recalcul en 2025, estimant que l'année de référence 2022, utilisée en 2024, était encore trop marquée par les effets de la Covid-19.

Pour la sous-partie B2, il soutient plusieurs adaptations techniques, insistant particulièrement sur une meilleure intégration des changements de nomenclature, notamment en chirurgie de la colonne vertébrale, et sur la création d'un groupe de travail permanent afin d'anticiper les impacts des modifications de nomenclature à l'avenir.

Le Conseil rappelle que le calcul de la sous-partie B2 au 1^{er} juillet 2025 doit intégrer la nouvelle liste A pour l'hospitalisation chirurgicale de jour et réitère sa demande de correction rétroactive des soins à basse variabilité dans la sous-partie B2 lorsqu'elle est favorable aux hôpitaux.

Le CFEH constate par ailleurs, dans un avis distinct très étayé, plusieurs problèmes récurrents dans le calcul du financement des produits médicaux des unités de soins au sein de la sous-partie B2 du BMF. Il demande une série de corrections méthodologiques, ainsi que des rectifications rétroactives lorsqu'elles sont favorables aux hôpitaux. Il insiste également sur l'importance d'un feedback détaillé afin de permettre aux hôpitaux de valider les calculs et de prévenir de futures erreurs.

Dans un avis expressément dédié à l'hôpital chirurgical de jour dans le BMF, le CFEH identifie, d'une part, une augmentation du nombre de points B2 due aux lits de chirurgie de jour supplémentaires calculés après élargissement de la liste A et à l'octroi de points quartier opératoire à ces séjours supplémentaires et, d'autre part, une faible diminution des points B2, liée aux séjours inappropriés réintroduits via la liste B.

Le transfert vers la liste A nécessitait un budget supplémentaire de près de 70 millions d'euros, dont plus de 48 millions uniquement pour le quartier opératoire. Or, il s'est opéré via le transfert minimaliste d'un budget de 10 millions d'euros issus des maxi-forfaits associés aux codes transférés vers la liste A.

Le CFEH rappelle ce besoin budgétaire tout en recommandant de ne maintenir en liste A que les prestations nécessitant réellement le contexte de l'hôpital de jour chirurgical (en excluant le pur ambulatoire).

Le petit budget dégagé par la diminution des points issue de la liste B serait préférentiellement affecté à l'enveloppe du quartier opératoire.

Le CFEH poursuivra ses travaux, tant sur l'hôpital chirurgical de jour que sur le quartier opératoire (y compris lorsque l'intervention nécessite une hospitalisation classique).

En sous-partie B4, le Conseil appelle à davantage de transparence et à une structuration des projets pilotes, surtout en santé mentale.

En sous-partie B5, il plaide pour une augmentation du budget destiné à la formation des pharmaciens hospitaliers, et pour le réinvestissement dans le BMF de l'ensemble des économies réalisées sur les médicaments.

Concernant la médecine de la reproduction, il soutient l'utilisation des données Belrap et propose des alternatives en cas de disparition de cette base de données. Il demande une clarification des règles relatives aux données INAMI et des délais plus adaptés afin d'utiliser des données plus complètes.

Le Conseil estime également que le taux d'intérêt actuellement financé à 2,68 % devrait redevenir révisable compte tenu de la hausse des taux d'intérêt sur le marché.

Sur le financement P4P et l'indicateur HSMR, il réclame l'exclusion des patients palliatifs ou admis dans le cadre d'une euthanasie, et la prise en considération du profil socio-économique, ainsi qu'une répartition basée sur des différences statistiquement significatives et une plus grande transparence dans les données transmises aux hôpitaux.

Enfin, il conteste la récupération de certains montants liés à l'IFIC et en demande la restitution.

• **BMF ET BESOINS PRIORITAIRES 2026**

Dans un avis daté du 26 juin 2025, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) présente ses besoins prioritaires pour 2026 dans un contexte marqué par des réformes majeures annoncées du financement hospitalier, un agenda d'économies et une pression croissante sur l'attractivité du personnel et la santé mentale, en particulier chez les jeunes. Les besoins déjà identifiés pour 2025 restent pleinement d'actualité, car aucune concrétisation n'a été acceptée pour 2025 et les défis structurels demeurent. Parallèlement, les exigences et normes imposées aux hôpitaux continuent d'augmenter, accentuant les tensions sur un secteur déjà fragilisé.

Le contexte géopolitique impose des investissements importants dans les infrastructures critiques, la cybersécurité renforcée par NIS2 et de nouvelles obligations en matière de préparation et de résilience. Ces dépenses relèvent, selon le

CFEH, des budgets de la Défense et de l'Intérieur, et ne peuvent être absorbés par le budget des soins de santé, déjà sous pression. Les pensions du personnel statutaire des hôpitaux publics constituent également une menace financière majeure qui doit être réglée hors du budget hospitalier. Sans ces investissements ciblés, la situation financière des hôpitaux continuera de se dégrader.

Face à l'incertitude créée par le cumul de mesures, d'économies et de réformes fragmentées, le CFEH appelle à davantage de stabilité et de prévisibilité. Il recommande un plan de réforme clair et progressif, l'absence de nouvelles économies sur le BMF tant que la réforme n'est pas finalisée, et une approche globale tenant compte de la complexité du financement hospitalier. Parallèlement, le CFEH soutient les réformes visant une plus grande efficacité, notamment via la concentration des soins, l'hospitalisation de jour et une meilleure collaboration entre niveaux de soins, ainsi que des assouplissements permettant une utilisation optimale des ressources existantes. Ces orientations sont alignées sur les priorités gouvernementales et visent à garantir la qualité des soins et la soutenabilité du système.

• **IMPACT DES FUSIONS SUR LE BMF**

À la demande du ministre, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) émet un premier avis en décembre 2025 concernant

les mécanismes du BMF entravant la fluidité des fusions, au lieu de les encourager. La fusion de numéros d'agrément entraîne en effet des pertes financières importantes dans le BMF, ce qui pousse les hôpitaux à conserver plusieurs numéros d'agrément malgré une fusion organisationnelle.

Le mécanisme actuel de compensation (article 97 §2) est dépassé, partiel et insuffisant. Le CFEH propose de moderniser ce mécanisme afin que toute fusion soit financièrement neutre pendant 3 ans, puis assortie d'un passage progressif vers le système de financement ordinaire en 2 années supplémentaires. La compensation couvrirait toute la partie B (à l'exception de quelques lignes non concernées) et s'appliquerait à tous les types d'hôpitaux. Le montant à compenser serait calculé une seule fois, en comparant le BMF avant et après fusion. La compensation serait de 100 % de ce montant pendant 3 ans, puis 2/3 la quatrième année et 1/3 la cinquième année.

Un budget additionnel s'avère nécessaire, afin de ne pas pénaliser les autres hôpitaux. Un cadre réglementaire pour les défusions potentielles doit encore être développé. Le CFEH recommande enfin une circulaire permettant aux hôpitaux de simuler l'impact financier d'une fusion.

• **BMF ET CYBERSÉCURITÉ**

Le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) répond le 13 mars 2025 à une demande d'avis très détaillée du ministre portant

sur la répartition du budget dédié au programme de cybersécurité pour les hôpitaux à partir de 2025.

Les besoins en cybersécurité hospitalière restent largement sous-financés, malgré des moyens one-shot libérés (39,5 millions d'euros) en janvier 2025 sur un budget 2024, pour répondre aux obligations NIS2 renforcées. Le CFEH estime le besoin de budget récurrent supplémentaire à au minimum 130 millions d'euros pour compléter les 15 millions structurels dévolus à la cybersécurité dans le BMF. Le CFEH demande de maintenir la répartition actuelle : 85,5 % pour les hôpitaux généraux, 14,5 %

pour les hôpitaux psychiatriques, ainsi qu'une clé de répartition de 50 % fixe par hôpital et 50 % variable en fonction du nombre de lits.

Il préconise de se limiter à une seule section « initiatives individuelles » dont les priorités seraient fixées en concertation.

Il considère que les moyens collectifs doivent être utilisés uniquement lorsqu'ils sont plus efficaces, et faire l'objet d'une évaluation annuelle.

Le financement du coordinateur cybersécurité est à imputer à l'article 63 §3 de l'ARBMF, afin de préserver les budgets dédiés aux mesures techniques de cybersécurité.



Matières INAMI

• GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

Depuis janvier 2025, un groupe de travail consacré à la simplification administrative a été mis sur pied par l'INAMI, avec la participation des organismes assureurs et des fédérations hospitalières. Ce groupe de travail s'attache essentiellement à revoir les processus de facturation des prestations de santé réalisées par les hôpitaux.

Nombre d'entre eux exigent encore l'échange de documents papier entre les hôpitaux et les organismes assureurs, et il n'est pas rare que cela soit source d'erreurs et de retards dans le paiement des actes effectués.

Les travaux se développent selon deux axes principaux : d'une part, sortir progressivement des échanges de documents papier pour s'orienter vers des échanges électroniques ; d'autre part, remettre à plat les documents eux-mêmes – sont-ils tous nécessaires ? Ne peut-on, dans certains cas, diminuer le nombre d'intervenants dont la signature est requise ? La signature électronique qualifiée restait, fin 2025, une question en suspens. En dehors de ce point précis, d'autres aspects devront également être abordés, tels que la cohérence des contrôles de facturation entre les différents organismes assureurs, tant il est vrai que certains éléments de la nomenclature laissent encore trop de place à des interprétations divergentes.

On peut d'ores et déjà considérer que les activités de ce groupe de travail seront appelées à se développer en 2026.

• COMMISSION DE CONVENTIONS HÔPITAUX – ORGANISMES ASSUREURS

La Commission de conventions Hôpitaux-OA est dorénavant présidée par Mickael Daubie et se réunit une fois par mois depuis le début de l'année 2025.

Les thématiques qui y sont abordées durant l'année 2025 sont nombreuses : la quote-part personnelle journalière à payer par le patient dans le coût des médicaments en hôpital général, en hôpital psychiatrique et en MSP ; l'évaluation de la forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques ; la révision de la convention Huntington ; l'évolution des dépenses en soins de santé ; l'hôpital de jour ; la convention dialyse ; la modification de la facturation d'un passage aux services d'urgence ; la lecture obligatoire d'un document d'identité ; la télésurveillance en oncologie, etc.

• GT HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

Etant donné l'interruption du projet d'évaluation de l'HAD par le KCE (faute de données probantes), l'INAMI a proposé d'avancer sur le sujet au moyen d'un groupe de travail constitué des membres de différentes commissions concernées : Hôpitaux, Médecins, Soins du domicile et Pharmaciens.

La première réunion de ce groupe a eu lieu en avril 2025. Quatre autres réunions ont suivi durant

l'année 2025. La première étape a consisté à définir les priorités communes de travail via un sondage. Une fois celles-ci définies, les groupes de travail ont servi à discuter des avancées sur chacune d'entre elles. Les cinq thèmes principaux sont : l'information au patient, les flux de données, les médicaments autorisés, la répartition des rôles et les aspects financiers.

• CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES (CPVS)

Les conventions avec les CPVS sont dorénavant gérées par l'INAMI (et non plus par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes).

Un groupe de travail, issu de la Commission de conventions Hôpitaux-OA, avait pour mission, durant l'année 2025, de statuer sur les différents documents en lien avec la nouvelle réglementation et le nouveau financement : l'arrêté royal concernant la convention entre le Comité de l'assurance et l'hôpital, la convention elle-même et les pièces justificatives à remettre par les centres.

L'INAMI a dû aussi lancer un nouvel appel à candidatures auquel ont répondu 15 hôpitaux, dont les 10 qui avaient déjà un CPVS reconnu. En décembre 2025, nous avons appris que 13 candidats avaient été retenus : les 10 anciens centres et 3 nouveaux, couvrant désormais les parquets du Brabant wallon, de Hal-Vilvorde et de Mons.

• **BIOLOGIE CLINIQUE**

Lors de la mise en œuvre, en 2024, d'une mesure d'économie touchant la biologie clinique (-15 % sur la majorité des prestations), il avait été décidé d'immuniser les laboratoires hospitaliers en leur octroyant une compensation. Celle-ci avait alors été répartie entre les hôpitaux selon une clé basée sur la facturation des prestations de biologie clinique aux mutuelles et ne tenait donc pas compte de la sous-traitance éventuelle (et des facturations qui en découlaient) entre institutions.

L'année 2025 a, dès lors, été consacrée à la recherche d'une solution à cette situation inéquitable, via un groupe de travail constitué de l'INAMI, des fédérations et des hôpitaux pilotes qui s'étaient proposés. Leur rôle a été primordial pour tester les différentes solutions proposées et valider les chiffres de l'INAMI.

• **FACTURATION**

Comme par le passé, il convient de revenir sur les activités de la Commission informatique de l'INAMI, qui s'occupe d'établir les instructions de facturation électronique des prestations de santé, en particulier celles effectuées par les hôpitaux.

Outre l'élaboration de ces instructions, les discussions portent également sur les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain lors de leur mise en œuvre. Afin de les minimiser autant que possible, il arrive, notamment lorsqu'il s'agit de vérifier que de nouvelles instructions sont correctement appliquées, que

des fichiers de facturation envoyés aux organismes assureurs soient préalablement testés afin d'y déceler d'emblée d'éventuelles erreurs.

Ces erreurs sont ensuite signalées aux hôpitaux, qui peuvent les corriger avant d'envoyer à nouveau le fichier pour une facturation effective.

Une analyse de l'INAMI, réalisée en 2025, a conclu que cette pratique n'était plus acceptable, dès lors qu'elle contrevenait, selon l'Institut aux dispositions du RGPD. Cette situation est source de difficultés, puisqu'en l'absence de possibilité de tester les factures hospitalières, celles-ci risquent, dans certains cas, de faire l'objet de rejets massifs. De tels rejets engendreraient un surcroît de travail pour les services de tarification des hôpitaux, une perte de temps dans le processus et, in fine, des retards de paiement susceptibles d'avoir un impact sur la trésorerie des institutions concernées. En l'absence de solution, ce point continuera à être discuté en 2026, avec, espérons-le, à la clé une résolution satisfaisant l'ensemble des parties.

Toujours dans le cadre de la facturation hospitalière, il convient également de mentionner les activités de la cellule tarification établie au sein de santhea. Ce groupe de travail est constitué des responsables des services de facturation de plusieurs hôpitaux. Il se réunit régulièrement donnant l'occasion à ces acteurs de terrain de faire part des différents problèmes fréquemment rencontrés lors du processus de facturation aux organismes assureurs des prestations de soins effectuées au sein de

leur hôpital. Ces problèmes sont alors remontés vers la ou les entités les plus adéquates (INAMI, organismes assureurs, CIN) afin de pouvoir les résoudre au mieux.

Le groupe de travail est aussi une plateforme permettant d'aborder les changements fréquents de la nomenclature des soins de santé, ainsi que les nouvelles réglementations ou procédures. La nomenclature est d'ailleurs en plein processus de réforme pour tout ce qui concerne les prestations des médecins, avec un objectif de début de mise en œuvre fixé à 2028. Il est probable que, le moment venu, cette nouvelle nomenclature fasse l'objet de nombreuses discussions au sein de la cellule tarification, dont l'indéniable utilité sera une nouvelle fois confirmée.

• **PROJETS TRANSVERSAUX**

Dans le cadre de sa trajectoire budgétaire pluriannuelle « Objectifs de soins de santé et appropriate care », l'INAMI a élaboré 15 projets et, parmi ceux-ci, les fédérations hospitalières ont été invitées à participer à 6 d'entre eux :

- ➔ 1 : trajet de soins « obésité infantile » ;
- ➔ 2 : trajet de soins « périnatal » ;
- ➔ 3 : trajet de soins « transplantation abdominale » ;
- ➔ 4 : trajet de soins « rééducation respiratoire chez les patients BPCO » ;
- ➔ 5 : trajets de soins « patients psychiatriques » et, plus récemment ;
- ➔ 6 : trajet de soins « Covid-long ».

Depuis le 1^{er} décembre 2023, le trajet de soins pour les enfants et les adolescents (de 2 à 17 ans) souffrant d'obésité est opérationnel et met en jeu une approche multidisciplinaire ambulatoire au sein de Centres Pédiatriques Multidisciplinaires de prise en charge de l'Obésité (CPMO).

Depuis le 1^{er} juin 2024, et dans le cadre du programme de soins intégrés « Soins et accompagnement des femmes enceintes lors des premiers 1000 jours », le trajet de soins multidisciplinaire périnatal pour les femmes fragilisées a débuté, mais il doit encore être affiné car il implique les autorités fédérées (réorganisation de la première ligne de soins).

Depuis le 1^{er} février 2024, deux conventions organisent des trajets de soins pour la préhabilitation et la réhabilitation en cas de transplantation abdominale ou rénale.

Quant aux autres projets impliquant les hôpitaux, ils sont toujours en discussion.

- **EQUIPES DE RÉFÉRENCE POUR LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS CHEZ LES AJA**

Depuis le 1^{er} décembre 2023, une convention finance 6 centres de référence qui ont pour objectif de partager leurs connaissances et leur expertise en matière de soins médicaux et psychosociaux spécifiques aux adolescents et aux jeunes adultes (AJA : âgés de 16 à 35 ans) atteints d'un cancer, avec les équipes de soins et de traitement de leur hôpital, mais aussi avec celles d'autres hôpitaux et avec la première ligne de soins.

Face au cancer, les AJA constituent en effet un groupe spécifique de patients, dont les besoins diffèrent de ceux des enfants et des adultes plus âgés. Les AJA sont ainsi confrontés à des besoins et des défis médicaux et psychosociaux particuliers : interruption des études ou du travail, préoccupations liées à la fertilité.

Un comité d'accompagnement est adjoint à cette convention et en évalue régulièrement les résultats.

- **GROUPE DE PILOTAGE « CHIRURGIE COMPLEXE DE L'ŒSOPHAGE ET DU PANCRÉAS »**

A la suite du Comité de l'assurance de l'INAMI du 17 décembre 2018, 10 centres de référence ont été conventionnés pour la chirurgie complexe de l'œsophage et 15 centres pour la chirurgie complexe du pancréas.

L'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre de ces conventions ont été confiés à un groupe de pilotage « Chirurgie complexe » qui se réunit régulièrement afin de préparer les rapports d'évaluation des centres conventionnés avant transmission au Comité de l'assurance. L'évaluation prend en compte le nombre de patients présentés en consultation multidisciplinaire, le nombre de patients opérés et des indicateurs de qualité. Les évaluations réalisées à ce jour ont montré que pour la convention « œsophage » 3 centres sur 10 ne répondaient pas aux critères de volume et qu'1 centre sur 10 présentait des résultats

déviants en termes de mortalité postopératoire. Pour la convention « pancréas », 3 centres sur 15 montraient des résultats déviants en matière de mortalité postopératoire.

De manière globale, on observe que la mortalité postopératoire diminue en comparaison avec la période 2015-2018, suggérant le bien-fondé du principe de concentration de ces patients dans des centres spécialisés, qu'un nombre important de patients ne sont malheureusement pas discutés dans les consultations multidisciplinaires des centres de référence et que certains indicateurs de qualité ne sont pas correctement collectés. Par ailleurs, le groupe de pilotage est bien conscient que l'évaluation vise des critères de qualité liés au temps chirurgical et non la survie globale effective. Il a été décidé de mettre sur pied des audits indépendants afin d'affiner les évaluations et proposer des recommandations.

- **TUMEURS MALIGNES DE LA TÊTE ET DU COU**

Les cancers de la tête et du cou (hors tumeurs intracrâniennes, thyroïdiennes et de la peau) sont des cancers rares qui nécessitent une approche thérapeutique complexe et un suivi spécifique. Les analyses volume-résultat menées par la Fondation Régistre du Cancer, sur base des données actuellement disponibles pour la période comprise entre 2016 et juin 2019, indiquent qu'en moyenne, le taux de survie à 5 ans après le diagnostic s'améliore avec l'augmentation du nombre de cas traités

par hôpital. En conséquence, l'INAMI a décidé, à l'instar de la chirurgie complexe de l'œsophage et du pancréas, d'agrèer des centres de référence habilités à traiter les tumeurs malignes de la tête et du cou, ainsi que des centres spécialisés pour la radiothérapie de ces tumeurs.

Les conventions sont en cours de finalisation et les critères pressentis à ce jour sont les suivants : disposer d'un agrément pour le programme de soins en oncologie, d'un centre de radiothérapie et d'un encadrement médical intégrant les spécialités impliquées dans ce type de tumeurs ; attester d'un volume d'activités suffisant calculé sur la base des données connues les plus récentes ; organiser des consultations multidisciplinaires ; établir un plan de croissance du nombre d'interventions ; se conformer à des standards de qualité.

Une période transitoire de 12 mois est prévue. Un groupe de pilotage est chargé d'encadrer et de suivre cette convention. Il analysera notamment les évaluations annuelles et pluriannuelles prévues en matière de respect des critères établis par la convention.

- **RÉFORME DE LA NOMENCLATURE MÉDICALE**

Le projet de réforme de la nomenclature des médecins concernant les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC), les actes médico-techniques et assimilés (AMTAA) et les actes de consultation et assimilés (ACA) est en cours depuis 2019 et est divisé en trois phases.

La phase 1 consiste en la révision du libellé des actes.

La phase 2 correspond à une phase de valorisation comparative visant à distinguer l'honoraire professionnel destiné à couvrir la prestation du médecin (sous-phase 2.1) de la partie destinée à couvrir les frais de fonctionnement liés à l'exécution de la prestation médicale (sous-phase 2.2). La sous-phase 2.1 dont l'objectif est aussi d'équilibrer les rémunérations entre spécialités, consiste à développer des échelles de valeurs relatives intradisciplinaires puis interdisciplinaires à partir de 3 critères d'intensité de l'acte médical (durée, complexité et risque) via des algorithmes mathématiques et à permettre l'attribution d'un score à chaque prestation. La sous-phase 2.2 consiste, à partir des données réelles de facturation et de coût issues d'hôpitaux pilotes, à déterminer les frais directs (personnel, équipement et produits médicaux) à partir de moyennes calculées sur des prestations homogènes, à attribuer des unités d'œuvre par prestation et, ainsi, à construire une échelle de valeur relative interdisciplinaire pour les frais de fonctionnement. Les frais indirects, quant à eux, ont été évalués par le KCE de façon forfaitaire, en pourcentage de majoration des frais directs. Au cours de l'année 2025, un échantillon d'hôpitaux pilotes a testé la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature (N1) en collectant le volume de chaque prestation dans N1, en comparaison des volumes de prestations correspondantes dans la nomenclature actuelle (N0). En 2026, un échan-

tillon d'hôpitaux pilotes évaluera qualitativement l'utilisation et la digitalisation de N1 sur le terrain.

La phase 3 correspond à une phase de tarification, divisée en deux sous-phases (pas en cours à ce jour). La sous-phase 3.1 visera une simplification du ticket modérateur. La sous-phase 3.2 déterminera le niveau des honoraires (tarifs) sur la base des échelles de valeur relative, du budget alloué et des volumes d'activité.

Les prestations ACA sont analysées par un groupe de travail spécifique de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM).

Il est à noter qu'à ce stade, aucune simulation financière n'est disponible, ni pour les hôpitaux, ni pour les prestataires de soins.

- **GRUPE DE TRAVAIL PLATEFORME D'AIDE À LA DÉCISION (PSS : PRESCRIPTION SEARCH SUPPORT)**

Il s'agit d'un projet INAMI de création d'une plateforme numérique d'aide à la décision pour les prescripteurs, qui vise à améliorer la qualité dans plusieurs domaines confrontés à de nouveaux défis : prescriptions d'examens de radiologie, de tests de laboratoire en biologie clinique et d'antibiotiques.

Elle établit un lien numérique avec des experts de la discipline et constitue également une bibliothèque intégrée accessible dans la procédure de prescription et fondée sur les preuves certifiées de la littérature. L'objectif est de réduire les risques pour la sécurité des patients, de fournir des soins

plus appropriés et de participer à l'efficacité du système de santé. Le projet est au stade de la configuration de la plateforme et devrait aboutir à des essais pilotes en 2026.

Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (CPNMH)

Plusieurs questions relatives à la mise en œuvre du « statut des MACCS » ont été examinées au sein de la CPNMH. Les échanges ont notamment porté sur le traitement fiscal de l'indemnité de frais octroyée aux MACCS, la planification des MSF à la suite d'une garde appelable, la définition de la période de référence « raccourcie » ou « allongée », les contradictions relevées entre les différents documents applicables (convention ou contrat), ainsi que les modalités de répartition budgétaire sur la base de la grille de vérification des contrats.

Au-delà du dossier des MACCS, les résultats de l'enquête relative aux suppléments d'honoraires, aux rétrocessions et à leur affectation ont également suscité de nombreux débats. Une nouvelle enquête, consacrée au statut des fellows, a par ailleurs été lancée ; ses résultats feront l'objet de discussions au cours de l'année 2026.

Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) – Groupe de travail ACA

En notre qualité d'observateur, nous avons assisté à plusieurs réunions du groupe de travail (GT) relatif aux actes de consultation et assimilés (ACA), groupe de travail mandaté par la CNMM afin de travailler à la réforme de la nomenclature relative au volet consultations, surveillance et prestations apparentées et ce, quelle que soit la discipline médicale.

La mission première de ce GT consistait à fixer les « unités de valeur relative » (UVR) de la partie professionnelle des honoraires des prestations concernées, sur la base des facteurs de durée (D), de risque (R) et de complexité (C).

Dans le cadre des travaux, divers sous-groupes ont été constitués, notamment pour la biologie clinique, la psychiatrie, les urgences et la médecine générale.

Après la présentation d'un rapport de synthèse des travaux à la CNMM, les UVR proposées par le GT devront être consolidées dans le cadre d'une échelle interdisciplinaire commune avec les autres prestations de la nomenclature.

À ce stade, il convient de noter que la partie relative aux coûts de fonctionnement en lien avec les actes de consultation n'a pas encore été abordée en tant que telle.

Comité Hospital and Transport Surge Capacity (HTSC)

En 2025, on ne parle plus d'épidémie due au SRAS-CoV-2 même si le virus et ses mutants successifs circulent encore abondamment dans la population, en particulier durant les mois d'hiver, et que la révision de la convention relative au syndrome du Covid-long est à l'agenda des projets transversaux de l'INAMI.

La moindre gravité des malades en phase aiguë est à mettre en relation avec le taux de vaccination de la population belge et l'immunité naturelle que celle-ci a acquise au cours des cinq dernières années. Le Comité HTSC, où siègent les différentes fédérations hospitalières et qui a joué un rôle important durant la pandémie, est aujourd'hui moins actif, mais continue, en tant qu'organe officiel de crise, à s'intéresser à d'autres affections respiratoires épidémiques (grippe, bronchiolite), à l'arrivée de cas infectés par le virus Mpox en Belgique, à l'état des lieux en matière de préparation des hôpitaux aux risques CBRNe et à la situation des stocks stratégiques des hôpitaux en matière d'équipements de protection individuelle.

Planification de l'offre médicale en Fédération Wallonie-Bruxelles

A la suite de la sixième réforme de l'État, la compétence relative à la planification des professions des soins de santé a été transférée aux autorités fédérées. Depuis 2014, celles-ci sont donc compétentes pour fixer les quotas par titre professionnel particulier, aussi appelés sous-quotas, et ainsi planifier l'accès aux différentes spécialités à l'intérieur des quotas fédéraux établis pour la médecine et la dentisterie par la Commission fédérale de planification de l'offre médicale.

Dans ce contexte, la Commission consultative de planification de l'offre médicale en Communauté française a été créée et a instauré deux groupes de travail (médecins et dentistes). Elle a pour mission d'analyser les données les plus récentes en matière de cadastre médical, d'identifier les spécialités en pénurie, d'améliorer l'adéquation entre l'offre de professionnels de santé et les besoins réels de santé en FWB en tenant compte de la répartition territoriale, des besoins spécifiques dans les différentes spécialités et de l'évolution des technologies médicales. Chaque année, elle édite un rapport relatif à ses travaux et recommandations.

Comité de pilotage sur l'organisation de la première ligne en Région wallonne

Un Comité de pilotage sur l'organisation de la première ligne de soins a été mis sur pied en Région wallonne et rassemble des représentants de l'AViQ, du cabinet du ministre Coppieters, du SPF Santé publique, des acteurs de terrain impliqués et des équipes de recherche mandatées par la Région wallonne.

Les deux objectifs principaux à l'heure actuelle sont d'une part le suivi de la structuration organisationnelle de la première ligne de soins en trois niveaux, micro (bassins de vie), méso (les dix organisations locales de santé – OLS -) et macro (AViQ), et d'autre part, le suivi des projets développés par les OLS ainsi que les projets « soins intégrés » fédéraux (comme le trajet périnatal des 1 000 jours) qui nécessitent une collaboration étroite entre la première ligne et les hôpitaux.



AXE 3 – Soins, qualité et pratiques professionnelles

Réforme du diagnostic et du traitement des apnées du sommeil

En 2025, les discussions relatives à la réforme du diagnostic et du traitement des apnées du sommeil se sont poursuivies, notamment dans le cadre de deux réunions organisées au sein de l'INAMI en présence de l'ensemble des parties prenantes.

En parallèle à ces réunions, de nombreux échanges se sont tenus entre les différents intervenants et santhea, afin de négocier, en amont comme en aval, les modalités de cette réforme.

Par ailleurs, santhea a introduit un recours auprès du Conseil d'État contre l'arrêté royal rendant le guide STHA obligatoire.

Les évolutions récentes des discussions semblent désormais s'orienter vers une approche plus adéquate, tout en nécessitant la poursuite des travaux au sein de groupes de travail chargés de définir plusieurs modalités pratiques indispensables à la bonne mise en œuvre de la réforme.

Enfin, il convient de souligner qu'à la fin de l'année 2025, la convention existante a été officiellement prolongée d'un an afin de permettre la finalisation de la réforme.

Normes PICS

L'arrêté royal du 30 septembre 2020 relatif à la préparation et à la délivrance des médicaments, ainsi qu'à l'utilisation et à la distribution des dispositifs médicaux dans les établissements de soins, dont l'entrée en vigueur a été reportée à plusieurs reprises, entrera en application le 1^{er} janvier 2026.

Un sondage rapide mené auprès de nos membres indique qu'un nombre significatif d'entre eux ne sera pas, ou seulement partiellement, en conformité avec les exigences prévues par cet arrêté.

Les quatre fédérations, en concertation avec l'Association belge des pharmaciens, entendent réaliser un état des lieux complet de la situation au sein de l'ensemble du parc hospitalier belge.

Cette analyse sera suivie d'une interpellation des autorités compétentes concernant les difficultés majeures rencontrées par les institutions de soins dans la mise en œuvre de ces obligations.

Modernisation de la loi « Droits du patient » – Rejet du recours devant la Cour constitutionnelle

La modernisation de la loi « Droits du patient » est entrée en vigueur durant la première partie de l'année 2024. Parmi les changements, on peut citer : l'instauration d'un devoir de collaboration du patient (vu la reconnaissance de son rôle plus actif dans la

relation de soins) ; l'exception thérapeutique, devenue graduelle plutôt que binaire ; une révision des dispositions relatives au consentement libre et éclairé ; la suppression de la notion « d'annotations personnelles » ; une mise en conformité de la loi au RGPD ; ainsi que des modifications concernant la fonction de médiateur.

La modernisation de la loi n'a pas fait l'unanimité parmi les professionnels des soins de santé, notamment les psychologues, qui ne souhaitaient pas la suppression de la notion « d'annotations personnelles ». Ceux-ci considèrent en effet que leurs annotations sont plus sensibles que celles des autres professionnels des soins de santé et qu'elles justifient dès lors le maintien d'une protection spécifique. Ils ont dès lors intenté un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle.

La Cour n'a pas donné raison aux psychologues ayant introduit le recours et a maintenu la modernisation de la loi « Droits du patient ». Point intéressant : la Cour a toutefois précisé que les annotations personnelles des professionnels des soins de santé (dont les psychologues) pouvaient échapper à la consultation par le patient via l'exception thérapeutique, pour autant que celle-ci soit dûment justifiée au cas par cas.

Réforme de l'art infirmier

Le profil d'assistant en soins infirmiers (AESI) a été définitivement validé par la justice. Après plusieurs

recours d'organisations professionnelles, la Cour constitutionnelle (février 2025) et le Conseil d'État (juillet 2025) ont confirmé la légalité de cette réforme, visant à répondre à la pénurie de personnel tout en respectant les directives européennes.

Créé par la loi du 28 juin 2023, l'AESI se situe entre l'aide-soignant et l'infirmier responsable de soins généraux. Formé en trois ans (3 800 heures), il peut exercer de manière autonome dans les situations simples et collabore avec un infirmier ou un médecin pour les cas plus complexes.

Les recours dénonçaient notamment un manque de clarté des notions de « complexité » et d'« autonomie », ainsi qu'un risque pour la qualité des soins. Les juridictions ont toutefois estimé que le cadre légal était suffisamment précis et que l'évaluation de la complexité relevait du jugement clinique sur le terrain.

La Cour a également jugé que la création de ce nouveau profil était compatible avec la directive européenne 2005/36/CE, même sans reconnaissance automatique au niveau européen. Un régime transitoire protège les étudiants déjà engagés dans l'ancien cursus.

La réforme est désormais pleinement applicable et vise à diversifier les profils pour répondre aux besoins du secteur tout en garantissant la sécurité des patients.



Axe 4 – Ressources humaines, attractivité et concertation sociale

Mesures de soutien en raison de la pénurie de personnel dans les institutions de soins

Comme les années précédentes, les mesures de soutien à destination des institutions de soins – prises initialement pour faire face à la crise de la Covid-19 et à la crise énergétique – ont à nouveau été prolongées en 2025 afin de répondre à la pénurie croissante de personnel dans le secteur.

Les mesures prolongées et toujours en vigueur sont les suivantes : les heures de relance (anciennement appelées heures supplémentaires volontaires additionnelles), l'exonération de cotisations sociales et un régime fiscal avantageux applicable aux rémunérations des travailleurs pensionnés.

Federal Learning Account : nouveau report pour l'enregistrement des données et abrogation du système

En 2023, la loi instaurant le Federal Learning Account (FLA) a été publiée au Moniteur belge. Celle-ci prévoyait une mise à disposition du FLA à partir du 1^{er} avril 2024.

En raison de problèmes techniques, cette échéance n'a pas pu être respectée et a été reportée à plusieurs reprises en 2024 et en 2025.

Début 2025, dans son accord de Gouvernement 2025-2029, la coalition Arizona a annoncé son intention d'abroger le FLA. Cette abrogation, adoptée début 2026, est entrée rétroactivement en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

Politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail

Fin 2025, une loi visant à mettre en place une politique renforcée de retour au travail a été adoptée. Celle-ci entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Les mesures prévues par cette loi sont diverses et s'inscrivent dans l'accord du Gouvernement Arizona 2025-2029.

Premièrement, la loi prévoit une responsabilisation accrue des titulaires reconnus en incapacité de travail, en fonction de leur potentiel de travail (participation renforcée du travailleur à la procédure de « Trajet de Retour au Travail » ; sanctions en cas de non-participation ; approche moins négative de l'incapacité de travail restante).

Deuxièmement, une cotisation de solidarité à charge des employeurs concernant l'incapacité de travail primaire de leurs travailleurs est instaurée. Cette cotisation s'applique tant aux employeurs du secteur privé qu'à ceux du secteur public, pour autant qu'ils occupent en moyenne plus de 50 travailleurs. Elle est due trimestriellement par les employeurs dont les travailleurs sont reconnus en incapacité de travail depuis plus de 30 jours calendrier.

La cotisation trimestrielle de solidarité s'élève à 30 % de la somme des indemnités d'incapacité primaire dues pour une période de deux mois, calculée de date à date à partir du 31^e jour d'incapacité de travail primaire du travailleur. Cette cotisation remplace la cotisation de responsabilisation.

Troisièmement, l'employeur a l'obligation d'instaurer, via son règlement de travail, une procédure visant à maintenir le contact avec les travailleurs en incapacité de travail.

Quatrièmement, plusieurs modifications sont apportées à la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail en matière d'incapacité de travail : la possibilité pour un travailleur de ne pas produire de certificat médical le premier jour d'une incapacité de travail est réduite à deux fois par an (au lieu de trois) ; la rupture du contrat de travail pour cause de force majeure médicale peut intervenir plus rapidement (après six mois d'incapacité de travail ininterrompue au lieu de neuf mois) ; la neutralisation du salaire garanti s'applique durant toute la période de reprise partielle du travail ; enfin, le délai de rechute – c'est-à-dire le délai dans lequel le travailleur retombe en incapacité de travail après sa première incapacité et qui implique que l'employeur n'est pas redevable du salaire garanti – passe de 14 jours à 8 semaines.

Cinquièmement, est érigé en infraction, dans le Code pénal social, le fait pour un employeur tenu de créer un Service interne de Prévention et de Protection au travail de ne pas demander

au conseiller en prévention-médecin du travail d'initier un trajet de réintégration pour le travailleur en incapacité de travail qui, selon son estimation, dispose d'un potentiel de travail. Cette démarche doit être engagée au plus tard six mois après le début de l'incapacité de travail du travailleur concerné.

Réintégration des travailleurs en incapacité de travail et prévention des absences de longue durée

Afin de compléter sa réforme sur la politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail, le Gouvernement a également promulgué une réforme sur le trajet de réintégration (trajet de réintégration 3.0)

Les trois grandes nouveautés sont :

- ➔ un démarrage accéléré des trajets de réintégration à l'initiative de l'employeur (si le travailleur y consent) ;
- ➔ l'ajout d'une estimation systématique, après 8 semaines d'incapacité de travail du travailleur, du potentiel de travail du travailleur qui peut impliquer le démarrage d'un trajet de réintégration ;
- ➔ l'information du médecin-conseil de la mutuelle si le travailleur refuse l'invitation à l'évaluation de réintégration et la possibilité pour le médecin-conseil de sanctionner le travailleur (diminution des indemnités).

En parallèle, le Gouvernement intègre des mesures relatives à la prévention des absences de longue durée. Ainsi, si un travailleur risque de tomber en incapacité de travail en raison de son état de santé, il peut demander à son employeur d'examiner la possibilité d'un aménagement de son poste de travail et/ou d'un travail adapté ou d'un autre travail.

Coalition Arizona – Accord de Gouvernement 2025-2029 : diverses mesures en droit social et en droit du travail

En dehors des textes légaux relatifs aux incapacités de travail des travailleurs, à leur responsabilisation et à leur réintégration, le Gouvernement a également transposé diverses mesures en matière de droit social et de droit du travail :

- ➔ augmentation du plafond d'exonération fiscale pour les travailleurs flexi-job non pensionnés à 18 000 euros (contre 12 000 euros précédemment) ;
- ➔ autorisation des contrats d'occupation d'étudiant pour les mineurs âgés de 15 ans encore soumis à l'obligation scolaire à temps plein, afin d'effectuer des travaux légers ;
- ➔ abrogation de l'obligation de premier emploi ;
- ➔ exonération de la cotisation patronale au-dessus du plafond salarial : un plafond sur les cotisations patronales pour les employeurs des travailleurs qui ont un salaire trimestriel

au-delà d'un montant limite (à déterminer par arrêté royal) est instauré ;

- ➔ octroi d'un congé parental aux parents d'accueil ;
- ➔ l'augmentation du quota d'heures pour le travail étudiant, passé de 475 heures à 600 heures, est devenue structurelle et a été portée à 650 heures.

APE – Non-indexation de la subvention pour certains employeurs et future réforme

Le 1^{er} janvier 2025, le décret-programme du 18 décembre 2024 portant des mesures diverses en matière de pouvoirs locaux et d'emploi est entré en vigueur.

En ce qui concerne les subventions APE, ce décret prévoit la non-indexation du montant de la subvention pour les pouvoirs locaux, dont font partie les intercommunales, les CPAS et les associations Chapitre XII. L'indexation de la subvention APE a, en revanche, été maintenue pour les employeurs du secteur non marchand.

Au cours de l'année 2025, plusieurs pouvoirs locaux membres de santhea ont reçu un courrier du FOREM leur indiquant que leur subvention ne serait pas indexée. Le FOREM a justifié cette position en considérant que, bien que ces institutions soient actives dans le secteur non marchand, leur statut d'intercommunales ou d'associations Chapitre XII – et donc de pouvoirs locaux – primait pour déterminer si la subvention devait être indexée ou non.

Malgré les interpellations adressées au ministre et à l'administration, la décision du FOREM est demeurée inchangée.

Fin 2025, le Gouvernement a annoncé une nouvelle réforme des subventions APE pour l'année 2026, visant notamment à réduire le montant de la subvention pour certains employeurs. Cette mesure d'économie ne toucherait toutefois pas les employeurs du secteur non marchand, ni les CPAS, les associations Chapitre XII et les intercommunales relevant des secteurs de l'aide à la personne, de l'accueil de la petite enfance, des soins de santé et de la propreté publique.

Enquêtes privées – Réforme

Fin 2024, la loi réglementant la recherche privée (enquêtes) est entrée en vigueur. Cette loi, qui réforme la législation relative aux détectives privés, s'applique désormais aux entreprises qui effectuent ou font effectuer des actes d'enquête à l'égard de leurs travailleurs ou de personnes externes (clients, patients, partenaires commerciaux, etc.).

La loi encadre strictement les actes d'enquête pouvant être réalisés par les entreprises (personnes autorisées à les effectuer, procédure d'autorisation, obligations d'information, actes interdits, etc.).

En particulier, afin que les travailleurs soient correctement informés des actes d'enquête que leur employeur est susceptible de réaliser, la

loi impose – sous peine de nullité de l'enquête – que celui-ci adopte préalablement un règlement définissant les usages autorisés et les modalités à respecter pour effectuer ces actes (obligation de transparence).

Afin d'aider ses membres dans la mise en œuvre de cette obligation, santhea a mis à leur disposition, en collaboration avec le cabinet d'avocats SOTRA, un modèle de règlement adaptable par chaque institution.

Service citoyen – Annulation de la loi par la Cour constitutionnelle

Pour rappel, en 2024, un service citoyen a été instauré en Belgique. Ce service, encadré par l'Agence du Service citoyen, permet aux citoyens âgés de 18 à 25 ans d'effectuer des prestations auprès d'établissements du secteur public, d'ASBL ou d'associations de fait (agrées par l'Agence) œuvrant dans l'intérêt général (action sociale, cohésion sociale et solidarité ; services de santé et de soins aux personnes ; promotion de la santé).

En 2025, ce dispositif a fait l'objet d'un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle, introduit par le Gouvernement flamand, au motif qu'il ne respectait pas la répartition des compétences entre l'autorité fédérale et les Communautés. La Cour a donné raison au Gouvernement flamand et a annulé le dispositif dans son entièreté.

Outil SCORE – Mesurer la culture et l'engagement du personnel

En 2025, une session d'information consacrée à l'outil SCORE a été organisée en collaboration avec l'ASBL PAQS. Cet outil permet de mesurer la culture organisationnelle et l'engagement du personnel au sein d'une institution.

Après une brève introduction présentant les objectifs de la session ainsi que l'ASBL PAQS, les origines et les fondements de l'outil SCORE ont été exposés aux participants. Le questionnaire SCORE a ensuite été parcouru en direct, et un retour d'expérience a été partagé par un membre de santhea utilisant déjà l'outil.

Enfin, les participants ont pu poser leurs questions au conseiller de la PAQS ainsi qu'au membre de santhea utilisateur de l'outil.

Problématiques des transfrontaliers

Un accord interprétatif franco-belge visant à modifier le lieu d'imposition des rémunérations versées par des employeurs publics à des résidents de l'autre État suscite de vives inquiétudes au sein de certaines institutions publiques situées à la frontière française.

Cet accord est en effet susceptible d'avoir un impact majeur, en remettant profondément en cause les règles fiscales applicables aux travailleurs frontaliers du secteur public.

Dans ce contexte, santhea a interpellé les responsables politiques ainsi que le SPF Finances afin d'obtenir des clarifications et de plaider en faveur d'une solution adaptée aux hôpitaux particulièrement affectés par cette problématique. Interpellé au Parlement, le ministre Jan Jambon a reconnu les difficultés soulevées par cet accord et a formellement exclu toute application rétroactive. Il a en outre garanti une mise en œuvre non défavorable aux contribuables, assortie d'une période transitoire au moins jusqu'à la fin de l'année.

Dès lors, aucun changement immédiat n'est requis à ce stade. La question devra toutefois être réglée de manière définitive dans le cadre de la future convention fiscale préventive de la double imposition entre la Belgique et la France.

La réforme des professions de soins de santé

La réforme des professions de soins de santé, qui engendre une modification des tâches de chaque professionnel concerné, va nécessiter l'entretien des fonctions concernées par l'IFIC, avec un impact potentiel sur les catégories barémiques de ces fonctions.

Les partenaires sociaux des deux bancs insistent pour que le ministre prévoie un budget afin d'assurer le financement de ces éventuelles révisions des catégories barémiques. Santhea porte cette demande depuis début 2024, lorsque les fonctions

d'assistants en soins infirmiers et de secrétaire médicale ont changé de catégorie barémique. Pour rappel, sur une cinquantaine de fonctions entretenues par l'IFIC, seules ces deux fonctions ont changé de catégorie barémique.

Profession AESI

Dans le cadre de la réforme des professions de soins de santé menée par le ministre Vandembroucke, la profession d'assistant en soins infirmiers (AESI) a été créée. Cette fonction intermédiaire entre l'aide-soignant et l'infirmier responsable de soins généraux intervient dans une équipe de soins structurée, mais peut également exercer de manière autonome dans les situations non complexes.

La création de cette nouvelle fonction a fait l'objet de nombreux débats tendus avec les organisations syndicales sur différents aspects :

- **SUR LA FORMATION :**

Dès la création de cette nouvelle fonction en 2023, la Flandre a transformé sa formation HBO5 en formation « basisverpleegkundige » alors que les autorités francophones se sont laissées convaincre par divers lobbys de reporter le lancement d'une formation ad hoc pour cette nouvelle profession et de conserver la formation d'infirmier breveté.

Il aura fallu attendre la nouvelle législature pour que l'argumentation développée par santhea et le banc employeur soit entendue et que les ministres de

l'enseignement francophones décident de lancer la formation d'AESI et de mettre fin à la formation d'infirmier breveté. Tous les infirmiers brevetés inscrits dans le cursus pourront terminer leur formation et seront assimilés aux infirmiers.

Cette situation crée une distorsion importante entre la Flandre qui verra ses premiers « basisverpleegkundigen » diplômés en juin 2026, alors que la formation francophone ne débutera qu'en septembre 2026. Il faudra donc attendre 3 ans pour voir sortir les premiers francophones diplômés en juin 2029.

- **SUR LE BARÈME PROVISOIRE À ACCORDER À CETTE NOUVELLE FONCTION :**

La loi prévoit explicitement que les assistants en soins infirmiers ne peuvent pas intervenir seuls pour des soins complexes. Cette notion de complexité n'est pas explicitement définie par la nouvelle réglementation, ce qui a conduit à de nombreux et longs débats avec les organisations syndicales quant au barème IFIC à donner à la profession.

La méthodologie de description de fonctions IFIC nécessite des interviews de travailleurs exerçant effectivement la fonction. Sur base de ces interviews, l'IFIC décrira la fonction et procédera à sa pondération. S'agissant d'une toute nouvelle fonction, il faudra attendre que les travailleurs concernés soient diplômés et exercent effectivement sur le terrain pour les interviewer. Dans l'attente, il a été décidé de créer un barème AESI provisoire pour une durée limitée de 5 ans.

Les organisations syndicales revendiquent le barème IFIC 14b identique à celui des infirmiers brevetés, les employeurs défendent un barème 13, correspondant aux actes limités autorisés pour ces assistants en soins infirmiers. Cette nouvelle profession s'inscrit entre l'infirmier responsable de soins généraux qui est pondéré au barème IFIC 14 et l'aide-soignant pondéré en 12.

Malgré des mois de débat en 2025, aucune décision n'a, à ce stade, été prise quant au moment où l'IFIC procédera aux interviews sur le terrain.

Dans ce contexte, un barème provisoire et temporaire « assistant en soins infirmiers » sera fixé à mi-chemin entre les barèmes 13 et 14b.

Les organisations syndicales et les institutions néerlandophones qui vont engager ces nouveaux « basisverpleegkundigen » dès le 4^e trimestre 2026 plaident pour une pondération IFIC la plus rapide possible d'ici 2029. Côté francophone, nous ne pouvons accepter que le travail de description de fonction réalisé par l'IFIC soit fait au départ d'une seule réalité régionale et s'impose par la suite aux institutions francophones. Nous défendons l'importance de garder la cohérence nationale de l'IFIC et d'attendre un délai raisonnable pour que ce travail de description de fonction puisse se faire en parallèle en Flandre et en partie francophone. Cela implique de patienter jusqu'en 2030, le temps de permettre aux nouveaux assistants en soins infirmiers francophones d'entrer en fonction après l'obtention de leur diplôme en juin 2029.

Un autre enjeu lié au calendrier de cette description de fonction est de laisser aux institutions le temps nécessaire pour organiser les services infirmiers et trouver leurs marques avec cette nouvelle fonction, en la différenciant de la profession d'infirmier breveté, qui eux sont reconnus comme infirmiers à part entière.

- **LE RISQUE D'EFFET DOMINO**

Santhea et les autres fédérations hospitalières ont régulièrement argumenté auprès des différentes autorités fédérales et régionales, sur le fait qu'une classification IFIC d'emblée évaluée à la hausse pour cette nouvelle fonction d'assistant en soins infirmiers au barème IFIC 14b ne manquerait pas de nourrir des revendications de revalorisation barémiques en cascade des infirmiers brevetés, des infirmiers responsables de soins généraux, des infirmiers spécialisés restés au barème IFIC 14, des infirmiers des services aigus, etc.

En conséquence, les fédérations hospitalières se sont employées tout au long de l'année à insister auprès des autorités pour qu'elles prennent conscience que le barème qui sera attribué à cette fonction d'assistant en soins infirmiers ne pourra être isolé de l'ensemble des barèmes des autres prestataires de soins.

Une décision d'attribuer le barème 14b impliquerait que les autorités rendent disponible les budgets nécessaires pour adapter le financement des forfaits IFIC pour l'ensemble des professions qui ne

manqueraient pas d'arguments pour revendiquer une revalorisation en cas de pondération même provisoire des assistants en soins infirmiers au barème IFIC 14b. Personne ne comprendrait que l'on reproduise, pour l'ensemble des autres fonctions, l'incohérence actuelle du barème des aides-soignants, dont la fonction est pondérée au barème IFIC 12 depuis début 2024, mais qui restent payés au barème 11, faute d'adaptation du financement des forfaits par les autorités.

La réforme APE

La politique APE wallonne est une nouvelle fois sujette à une réforme. C'est la 4^e législature d'affilée qui porte sa réforme et la seconde pour le ministre Jeholet qui avait vu sa première réforme avorter en fin de législature. Le projet actuel du ministre se base sur le constat qu'au fil du temps, la politique APE a perdu sa nature première de politique d'aide à l'emploi pour devenir un instrument de soutien aux politiques fonctionnelles sous forme d'emplois subventionnés. Cette évolution n'est pas récente. Dans de nombreux secteurs, la Région a utilisé l'attribution d'emploi APE pour soutenir des politiques sectorielles. Fort du constat qu'il ne s'agit plus d'une politique de soutien à l'emploi, le ministre de l'Emploi porte une réforme visant à transférer ces APE de la compétence emploi vers les compétences des ministres fonctionnels. La réforme s'articule en deux temps, dans une

première phase, le ministre Jeholet déposera un décret-cadre organisant le transfert vers les politiques fonctionnelles. Il reviendra ensuite à chaque ministre concerné par ces politiques fonctionnelles de déposer à son tour un décret «réceptacle» qui organisera l'intégration de ces moyens transférés au sein des financements structurels de chaque secteur. Les moyens transférés devront être affectés au sein des politiques fonctionnelles au financement de la masse salariale à l'exclusion d'autres dépenses (comme des frais de fonctionnement, d'infrastructure ou d'investissement).

Pour mener cette réforme, un cadastre à jour des emplois APE était indispensable, ce dont on ne disposait pas encore. Au cours de l'année, les fédérations hospitalières, de concert avec l'Unipso, ont sollicité et obtenu la possibilité de collaborer avec les autorités afin d'assurer la mise à jour précise de ce cadastre.

Évaluation des accords non-marchands fédéraux

Au mois d'avril 2025, le ministre Coppieters a souhaité organiser «un dialogue relatif à l'évaluation des accords non-marchands wallons ». Une première rencontre s'est déroulée à son cabinet pour discuter des termes de cette évaluation des derniers accords couvrant la période 2021-2024. Avec l'Unipso, nous avons proposé au

cabinet un processus d'évaluation qui a été retenu. Nous nous sommes impliqués au sein de l'Unipso pour proposer une grille d'évaluation impliquant les partenaires sociaux signataires de ces accords, ceux-ci étant les mieux placés pour évaluer l'état de mise en œuvre des différentes mesures et les adaptations éventuelles dont elles pourraient bénéficier. En cette fin d'année 2025, nous restons en attente d'une confirmation par les gouvernements de leur intention de conclure des accords sociaux ou accord non-marchand régionaux en fin de législature.



AXE 5 - SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA REVALIDATION

Hospitalisation MPS

Pour rappel, un groupe de travail consacré à l'hospitalisation médico-psycho-sociale (MPS) a été mis en place il y a plusieurs années afin d'élaborer un modèle de prise en charge hospitalière adapté aux enfants et adolescents en situation de détresse MPS. Le principe que nous défendons repose sur la reconnaissance que, dans certains cas et sous des conditions clairement définies, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire pour ces jeunes patients. Il est toutefois essentiel de garantir que celle-ci soit médicalement et socialement justifiée, l'hôpital ne pouvant ni se substituer à un lieu d'accueil de longue durée ni constituer une solution de placement par défaut.

Les travaux relatifs à ce projet se sont poursuivis tout au long de l'année 2025. Le groupe de travail a été élargi à de nouveaux acteurs de terrain et des échanges ont été engagés avec les responsables politiques concernés.

Par ailleurs, des contacts ont été noués avec Zorgnet, la fédération des institutions néerlandophones, afin de partager les expériences respectives et d'explorer l'élaboration d'une approche commune face à cette problématique.

Evaluation mesures urgentes en santé mentale (MUSM) SPAD IHP MSP AViQ

Lors de la législature 2019-2024 et à la suite de la crise covid-19, le secteur de la santé mentale financé par la Région wallonne a bénéficié d'un renfort de près de 180 ETP.

En 2025, l'AViQ a souhaité évaluer les actions et moyens en santé mentale mis en place à la suite des différentes crises à travers ce renforcement des ETP « MUSM ».

À cet égard, santhea a plaidé, et continuera à plaider, pour une intégration de ces emplois au sein des décrets régionaux.

En effet, les évaluations sont très positives, notamment au sein des SPAD, où ces emplois complémentaires participent à une meilleure prise en charge des problématiques de santé mentale des aînés, au sein même de leur milieu de vie.

Notons que les emplois concernés pour le secteur des assuétudes ont, quant à eux, déjà été intégrés dans un décret en avril 2024.

Organe de concertation adultes

L'organe de concertation adulte 107 est une structure clé de la réforme des soins de santé mentale en Belgique (article 107). Il rassemble différents acteurs (santé, social, usagers, proches) pour favoriser la continuité des soins, limiter les hospitalisations et permettre aux personnes

souffrant de troubles psychiques de rester dans leur milieu de vie.

Il évalue la réforme, met en place des groupes de travail (territoires, équipes mobiles, fonction médicale) et en rapporte les résultats lors des séances plénières.

En 2025, l'organe de concertation a travaillé sur divers projets tels que :

- ➔ l'état d'avancement des projets HIC ;
- ➔ le sous-groupe de travail sur les soins psychiatriques aux urgences ;
- ➔ une analyse SWOT des équipes mobiles ;
- ➔ un appel à projets en psychiatrie crise/urgence comprenant un groupe de travail mixte crise et psychiatrie d'urgence ;
- ➔ un travail sur le triage et l'enregistrement des patients ;
- ➔ un sous-groupe de travail sur les mesures d'observation protectrice et les lieux sûrs ;
- ➔ un état des lieux de la fonction médicale.

A cet égard, santhea est particulièrement attentif à l'évolution de ces projets qui restent tous à ce jour, pilotes et pour lesquels nos hôpitaux membres gèrent pour beaucoup, les enveloppes B4 de chaque réseau.

Trajet de soins TCA - Comité d'accompagnement

Pour rappel, en juin 2022, le Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et

adolescents (COMSMEA) a proposé un modèle de soins transversal pour les enfants et adolescents souffrant de troubles de l'alimentation. Ce modèle, approuvé par la Conférence interministérielle Santé publique (CIM) en septembre 2022, vise une organisation des soins orientée vers la population, basée sur un modèle de soins échelonnés et centrée sur le renforcement des jeunes patients et de leurs familles. Un budget de 10 millions d'euros par an a été prévu à partir de 2023.

En novembre 2023, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a approuvé une première convention sur les troubles de l'alimentation, qui confie un rôle central aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA) afin de développer des soins ambulatoires intégrés pour l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Cette première convention prévoit notamment :

- ➔ un trajet de soins coordonné par le médecin traitant, avec un plan de traitement ;
- ➔ quinze séances de diététique spécialisées ;
- ➔ une concertation multidisciplinaire (médecin, psychologue/orthopédagogue, diététicien...) ;
- ➔ la création d'équipes multidisciplinaires ambulatoires de soutien (EMAS-SMEA) pour aider les professionnels de première ligne.

Depuis février 2024, les patients peuvent être suivis par une équipe multidisciplinaire ambulatoire qui coordonne leur traitement.

Une deuxième partie de la convention complète ce modèle afin d'assurer la continuité des soins selon

la gravité du trouble :

- ➔ Accès à des soins hospitaliers ou à des programmes thérapeutiques à temps partiel si les soins ambulatoires sont insuffisants ;
- ➔ Soutien spécialisé par des équipes EMAS suprarégionales rattachées à des centres de référence pour les troubles de l'alimentation ;
- ➔ Possibilité d'admission dans des centres hautement spécialisés pour les cas graves ou complexes.

Ces conventions reposent sur l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé (1994) et s'inscrivent dans le Plan interfédéral pour les soins intégrés, qui vise à renforcer la collaboration entre acteurs, l'intégration et la continuité des soins, ainsi que l'approche centrée sur le patient.

Commission « Santé mentale » AViQ

La Commission « Santé mentale » de l'AViQ est un organe compétent en Wallonie pour la politique de soins de santé mentale (hôpitaux, services ambulatoires), la conclusion de conventions et la détermination des besoins de financement. Elle joue un rôle clé dans l'agrément et la structuration des réseaux de soins et des services de santé mentale.

En 2025 et en raison notamment de la mise en œuvre du Plan stratégique de santé mentale, la commission s'est peu réunie.

Celle-ci s'est toutefois réunie afin d'examiner la mise à jour de la circulaire relative au remboursement du sevrage tabagique.

A noter que santhea regrette le faible niveau d'activité de cette commission, eu égard aux nombreux sujets d'actualité que connaît le secteur de la santé mentale. L'avancée potentielle du Plan stratégique en santé mentale pourra, peut-être, apporter des éléments essentiels pour relancer les travaux à l'avenir.

Commission revalidation AViQ

Pour rappel, la commission technique de revalidation de l'AViQ est un organe paritaire commun aux branches « Bien-être et Santé » et « Handicap ». Elle émet des avis et des propositions pour les conventions de revalidation fonctionnelle, évalue les projets de centres et les changements de personnel, et vise à garantir une réadaptation de qualité en Wallonie.

En 2025, la commission s'est réunie à onze reprises. Celle-ci s'est notamment penchée sur la révision de nombreuses conventions, l'analyse de la possibilité d'implémenter l'e-admission et l'e-facturation au sein du secteur, la modification du cadre de personnel, l'analyse des modalités de financements des emplois dits « hors cadre » ou encore les analyses budgétaires imposées lors du conclave de l'automne.

En 2025, à la suite des diverses interpellations, les trois maisons d'accueil socio-sanitaire ont bénéficié d'un refinancement de 700 000 euros afin de compenser l'accroissement du nombre d'interventions effectuées par ces services, tant au niveau du personnel que de la fonction médicale (un patient toutes les 7 minutes).

En effet, ces trois centres ont l'obligation d'accueillir toutes les demandes de première ligne dans le cadre d'un accueil à bas seuil, à travers une prise en charge globale des personnes confrontées aux défis de la dépendance.

Collaborations autour des enfants et jeunes à la croisée des secteurs

Les autorités en charge de la santé (SPF Santé publique, AViQ, Vivalis, Iriscare, CoCof), du handicap (AViQ et PHARE), de l'enfance (ONE), de l'aide à la jeunesse (AGAJ) et de l'enseignement (AGE) se sont associées autour d'un objectif commun : développer des solutions concrètes pour répondre aux situations complexes rencontrées par les enfants et jeunes en difficulté, tant sur le plan de la santé que du handicap et de l'aide à la jeunesse. Cette collaboration inédite illustre l'enjeu fondamental et souligne la détermination collective à améliorer la prise en charge dont les parcours sont souvent fragmentés et chaotiques. Conscients des défis que les hôpitaux rencontrent, les autorités ont souhaité engager

un dialogue afin d'identifier des solutions pragmatiques et concertées. Leur objectif est de fluidifier des parcours et d'optimiser nos pratiques pour garantir une prise en charge cohérente et adaptée aux besoins de chaque enfant et de chaque jeune.

En effet, il est constaté depuis de nombreuses années que certains enfants et jeunes éprouvent de grandes difficultés dans l'accès aux soins de même que dans l'accès à l'accompagnement social et éducatif. L'objectif de ce travail et de ces rencontres est de construire des réponses adaptées et de qualité. Ces situations impactent aussi fortement les équipes pluridisciplinaires qui entourent ces mineurs, rendant indispensable une réflexion collective pour lever les obstacles dans les différents secteurs.

L'objectif est d'améliorer globalement la continuité et la qualité du parcours de soin et d'accompagnement des mineurs concernés, en clarifiant notamment les modalités d'accès aux soins et le parcours de ce public au sein des services et des établissements concernés, les unités K ou For-K étant également associées.

Comité d'accompagnement de la convention de soins psychologiques de première ligne

Le comité d'accompagnement de la convention de soins psychologiques de première ligne, mis en

place par l'INAMI, supervise et évalue la réforme visant à rendre les soins psychologiques plus accessibles via les réseaux de santé mentale.

En décembre 2025, santhea a refusé de signer l'avenant 2026, estimant que le modèle actuel crée un système inégalitaire et reste inadapté aux publics les plus vulnérables. Parmi les principales critiques : un financement à l'acte peu pertinent, un manque d'intégration dans les parcours de soins, des inégalités de rémunération, un défaut de contrôle de la qualité et une mauvaise utilisation des budgets. Santhea souligne également l'absence de prise en compte des besoins réels du terrain, notamment en lien avec les hôpitaux et les urgences, ainsi que le manque de vision structurelle.

L'organisation appelle à une réforme du modèle et proposera, dès 2026, des alternatives concrètes en concertation avec les acteurs du secteur.

La prévention du suicide

Dès la fin de 2025, santhea a appelé à un changement de cap dans les politiques publiques. Les dernières données consolidées disponibles montrent que le suicide reste une cause majeure de mortalité en Belgique, avec plus de 1 700 décès par an, un chiffre nettement supérieur à celui des accidents de la route. Il demeure par ailleurs l'une des principales causes de décès chez les jeunes, révélant une détérioration préoccupante de la santé mentale et une vulnérabilité croissante de certains publics.

Si une diminution progressive des taux de suicide est observée sur le long terme, celle-ci reste trop lente et insuffisante pour répondre à l'ampleur du phénomène. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rappelle que, au rythme actuel, les États n'atteindront pas l'objectif de réduction d'un tiers des suicides d'ici 2030.

Plan Stratégique en Santé mentale

Missions du comité de pilotage, auquel siège santhea :

- ➔ superviser la mise en œuvre du plan de manière régulière, et au minimum une fois par an après l'adoption du plan ;
- ➔ tous les cinq ans, transmettre une évaluation du plan au Gouvernement ;
- ➔ proposer au Gouvernement une version actualisée du plan.

Ce plan stratégique se fondera sur le cadre méthodologique de l'OMS :

- ➔ une approche fondée sur les droits humains ;
- ➔ une vision centrée sur la personne et orientée vers le rétablissement ;
- ➔ une intégration et une accessibilité des services ;
- ➔ la prise en compte des déterminants sociaux et structurels ;
- ➔ la participation et le changement de culture.

Le résultat est attendu pour l'été 2026.



AXE 6 – SECTEUR DES AÎNÉS

Implémentation du modèle IFIC – AGW du 19 décembre 2024

L'année 2025 a été marquée par la mise en œuvre opérationnelle de l'AGW du 19 décembre 2024 relatif à l'implémentation du modèle salarial IFIC dans les établissements pour aînés. L'analyse technique des barèmes, des fonctions concernées et des modalités de financement AViQ a constitué un chantier prioritaire.

Santhea a accompagné les établissements dans la compréhension des mécanismes d'écart salarial, des primes d'attractivité, des plafonds d'encadrement par ETP et des conditions spécifiques applicables aux unités CANTOU. Une attention particulière a été portée à la soutenabilité financière des mesures et à leur articulation avec les accords non-marchand.

Report de l'indexation au troisième mois – Loi-programme du 18 juillet 2025

La loi-programme du 18 juillet 2025 a modifié le mécanisme d'indexation en reportant l'indexation au troisième mois suivant le dépassement de l'indice-pivot. Si le secteur fédéral de la santé a été

immunisé, le secteur régional s'est retrouvé exposé à un risque de décalage entre l'indexation des salaires et celle des financements.

Santhea a analysé les impacts financiers pour les MR/MRS, alerté sur le risque de préfinancement par les institutions et défendu un alignement régional sur le régime fédéral afin de préserver l'équilibre financier des établissements.

Programmation des places et requalification de places MR en places MRS

L'année 2025 a confirmé l'absence d'ouverture de nouvelles places durant la législature en cours et le retrait de places en accord de principe non activées. Dans le contexte des économies structurelles 2026-2027, la programmation est devenue un levier budgétaire central.

Santhea a rappelé le taux d'occupation supérieur à 95 %, le vieillissement démographique et l'impossibilité d'une réduction linéaire sans impact majeur sur l'offre et les familles.

Mesures d'économie budgétaire 2026-2027

L'AViQ a fixé un objectif global d'économies structurelles dont une part significative à charge du secteur Aînés. Plusieurs pistes ont été explorées : programmation, MCC, référent-démence, forfait incontinence et CAJA, etc.

Santhea a défendu la préservation de l'emploi, le refus d'un report sur le prix de journée et une analyse d'impact complète avant tout arbitrage définitif.

Digitalisation des maisons de repos

La digitalisation obligatoire de la facturation mensuelle et du eAgreement Light constitue un changement organisationnel majeur. Les coûts logiciels, certificats eHealth et adaptations informatiques ont été évalués comme significatifs. Santhea a contesté l'absence de reconnaissance du surcoût et a demandé une prime d'accompagnement ainsi qu'une adaptation structurelle du financement.



Simplification administrative – Principe « Only Once »

La circulaire de simplification administrative prévoit la suppression de certains rapports et un allègement des obligations documentaires. Santhea a soutenu le principe de simplification tout en veillant à la sécurité juridique et à la cohérence des contrôles.

Satisfaction des résidents

L'enquête santhea a poursuivi son déploiement en 2025 avec des résultats globalement positifs. Elle constitue un levier structurant d'amélioration continue et de valorisation sectorielle.

Durabilité et transition

Le cadastre énergie, la réflexion sur les émissions de GES (gaz à effet de serre) et le lancement de l'Alliance Santé en Transition témoignent de l'intégration progressive des enjeux environnementaux dans la stratégie sectorielle des établissements pour aînés.



AXE 7 – DOSSIERS TRANSVERSAUX ET ÉMERGENTS

Analyse par santhea de l'accord de Gouvernement Arizona

Santhea a procédé à une analyse approfondie de l'accord de coalition fédérale 2025-2029 afin d'en identifier les dispositions pertinentes pour notre secteur et les mesures susceptibles d'avoir un impact direct ou indirect sur ses membres.

Pour chacune des mesures recensées, cette analyse a été complétée par un positionnement de santhea, assorti, le cas échéant, d'une remarque ou d'un point d'attention.

Les volets relatifs au marché du travail, à la fiscalité, à l'énergie, au climat et à l'environnement, à la santé ainsi qu'aux pensions ont ainsi fait l'objet d'un examen détaillé.

HOPE - Programme d'échange 2025

HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) organise chaque année un programme d'échange destiné aux professionnels hospitaliers, ouvert à l'ensemble des praticiens et acteurs impliqués, directement ou indirectement, dans la gestion des hôpitaux en Europe.

Ce programme offre aux participants l'opportunité de bénéficier, pendant un mois, d'une formation et d'une expérience particulièrement enrichissantes au contact de professionnels du secteur hospitalier et de la santé à travers l'Europe.

En tant que membre de HOPE, santhea participe activement à la mise en œuvre de ce programme, en facilitant la participation du personnel de ses hôpitaux membres et en soutenant ces derniers dans leur rôle d'institutions d'accueil.

Participation de santhea au développement de l'Agence des données de santé et de l'EHDS

Active depuis la fin de l'année 2023, l'Agence des données de santé a pour mission principale de faciliter la réutilisation des données à des fins de recherche, d'innovation et d'aide à la décision publique.

Dans le cadre du futur règlement européen relatif à l'Espace européen des données de santé (EHDS – European Health Data Space), cet organe jouera le rôle de coordinateur national et de point de contact pour la Belgique auprès des instances européennes. Il sera dès lors au premier plan des développements numériques en santé dans les prochaines années, ce qui justifie l'implication du secteur hospitalier.

Depuis 2023, santhea participe activement au développement de l'Agence en représentant

le secteur hospitalier au sein de son « comité des utilisateurs ». Ce comité a pour mission d'assister le comité de gestion de l'Agence dans l'accomplissement de ses missions.

À ce titre, le comité des utilisateurs formule des propositions et des avis, notamment par la mise en place de groupes de travail spécifiques suivis par santhea. Ceux-ci portent notamment sur la création d'un catalogue des bases de données géré par l'Agence, les modalités de demande d'accès aux données, la communication vers le public, la place de l'Agence dans l'EHDS ainsi que sa collaboration avec les hôpitaux, l'industrie pharmaceutique et les professionnels de santé.

Suivi du développement du plan eSanté 2026-2029

Le plan eSanté 2026-2029 constitue le cinquième plan triennal de ce type mis en place en Belgique. Il vise à moderniser et à intégrer les soins de santé grâce à la numérisation et à l'innovation.

Il repose sur une architecture complexe comprenant plusieurs centaines de projets (CoBRHA+, ProHealth, Metahub & Hubs, MaSanté.be, VIDIS, MyCareNet, etc.), articulés autour de trois grands axes : le BIHR, l'EHDS et les programmes de soins intégrés.

Le BIHR (Belgian Integrated Health Record) constitue la clé de voûte du futur système. Il vise à améliorer l'utilisation primaire et secondaire des données de

santé, à favoriser l'intégration des soins et à servir de source authentique majeure pour la recherche, l'innovation et l'aide à la décision publique.

Au regard des enjeux stratégiques liés à ce plan, santhea a représenté le secteur hospitalier au sein du comité des parties prenantes. En concertation avec les autres fédérations, plusieurs avis ont été rendus sur le projet de plan, notamment en ce qui concerne le financement du déploiement du BIHR.

Suivi du développement de la future politique des registres

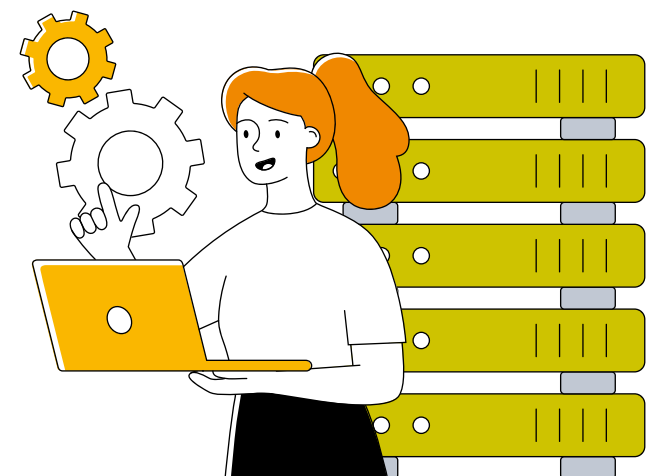
En 2025, l'Administration a lancé la mise en place d'une nouvelle politique fédérale relative aux registres de données en santé. Celle-ci vise à créer un écosystème numérique décentralisé, sécurisé et conforme au RGPD, à la directive NIS2 et à l'EHDS. Cette politique doit permettre un partage plus efficace des données de santé, conformément aux principes FAIR et au principe « Only Once », en s'appuyant sur des standards communs tels que SNOMED CT.

Aujourd'hui centralisés, les registres évolueront vers un système fédéré dans lequel les données resteront hébergées chez leurs détenteurs (prestataires, institutions de soins, mutualités). Les registres pourront être permanents – notamment pour soutenir les missions des autorités de santé – ou temporaires, pour répondre à des besoins

de recherche émanant de demandeurs publics ou privés, ou encore à des objectifs de politique publique.

Cette transition nécessitera des développements techniques et juridiques conséquents et se fera de manière progressive, afin de disposer d'un système opérationnel conforme à l'EHDS au début de l'année 2029.

Dans ce contexte, une réflexion a été engagée en 2025 par santhea, en concertation avec les autres fédérations, afin de définir son positionnement sur ce dossier, tout en participant parallèlement aux séances d'information organisées par l'Administration.



Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD)

La Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD), est une directive européenne adoptée en 2022 visant à renforcer les considérations écologiques et sociales dans la stratégie des entreprises, en les soumettant à des obligations en matière de publication d'informations sur l'impact environnemental, social et de gouvernance de leurs activités. Santhea a commencé à travailler sur ce dossier dès 2023 puisqu'initialement, un nombre important de membres étaient concernés par l'application de la directive.

Depuis lors, suite aux ajustements de la loi « Omnibus », visant à alléger les dispositions de la CSRD, seul un de nos établissements hospitaliers est encore concerné. Santhea a néanmoins décidé de développer une expertise spécifique afin de répondre aux besoins d'accompagnement exprimés par ses membres dans l'élaboration de leur « reporting ». Un collaborateur de la cellule durabilité de santhea a suivi une formation spécifique à la CSRD, intitulée « CSRD – Compliance & Strategy » organisée par l'ICHEC. Cette formation de 4 jours a permis de comprendre, appliquer et tirer parti des directives EU comme leviers de développement au sein d'une organisation. La formation a été suivie de plusieurs actions de sensibilisation destinées à nos membres (notes et sessions d'information, fiches

techniques et séminaire) à l'issue desquelles le secteur a témoigné et confirmé un intérêt marqué pour un accompagnement dans l'élaboration d'un reporting extra-financier, tant à titre volontaire pour les membres non soumis à la CSRD que dans une logique de mise en conformité avec la directive. Deux demandes ont été traitées :

- ➔ la création d'un accompagnement collectif sous la forme d'une réflexion de stratégie RSE et d'élaboration d'un rapport extra-financier volontaire répondant aux critères de la VSME (Voluntary Sustainability Reporting Standard), pour nos membres non soumis à la CSRD ;
- ➔ le soutien d'un prestataire externe dans les démarches de réalisation d'un accompagnement collectif pour l'élaboration du rapport extra-financier CSRD.

Sur ce second point, on notera que malgré les évolutions consécutives à la loi « Omnibus », nos membres, qui avaient déjà engagé des budgets pour réaliser leur rapport extra-financier CSRD, sont restés motivés et engagés dans l'accompagnement. Cet accompagnement aboutira donc à la réalisation d'un reporting extra-financier et la production de ressources sectorielles pour permettre de répéter l'exercice ultérieurement.

Chapitre 3

Représentation et défense des intérêts des membres

Afin de remplir les missions qui nous sont dévolues, santhea siège au sein de multiples instances, et ce tant au niveau fédéral que régional. La liste ci-dessous reprend les principaux mandats dont nous disposons.

Au niveau Fédéral

INAMI

- ➔ Conseil général de l'assurance soins de santé
- ➔ Comité de l'assurance soins de santé
- ➔ Commissions de convention (Hôpitaux généraux-OA, Hôpitaux psychiatriques-OA)
- ➔ Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs
- ➔ Commission informatique
- ➔ Comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux
- ➔ Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux
- ➔ Conseil technique de l'hospitalisation
- ➔ Conseil technique des radio-isotopes
- ➔ Groupe de travail relatif à la Réforme du diagnostic et du traitement des apnées du sommeil
- ➔ Groupe de travail hadronthérapie
- ➔ Groupe de travail HAD
- ➔ Groupe de travail Biologie clinique (budget forfaitarisation et calcul de la compensation)
- ➔ Groupe de travail ACA (réforme nomenclature – consultations et prestations assimilées)
- ➔ Groupe de travail tumeurs de la tête et du cou
- ➔ Groupe de travail endométriose
- ➔ Groupe de travail plateforme d'aide à la décision (PSS : prescription search support)
- ➔ Groupe de travail simplification administrative
- ➔ Mobile health – Groupe de travail multidisciplinaire
- ➔ Projets transversaux :
 - GT obésité enfants (P2)
 - GT programme périnatal (P3)
 - GT préhabilitation et réhabilitation multidisciplinaire avant et après transplantation abdominale (P4)
 - GT rééducation respiratoire (P6)
 - GT Covid long (P7)
- ➔ Comités de pilotage :
 - Convention chirurgie complexe œsophage-pancréas
 - Convention rééducation des patients avant et après une arthroplastie primaire du genou et de la hanche soutenue par une application mobile

- ➔ Comités d'accompagnement :
 - Healthdata
 - Concertation médico-pharmaceutique dans les MR-MRS
 - Plan interfédéral pour des soins intégrés
 - Réforme de la nomenclature
 - Thrombectomie
 - Conventions relatives aux soins psychologiques de première ligne
 - Stakeholders plan eSanté 2026-2029
 - Tumeurs adolescents et jeunes adultes (AJA)
- ➔ Section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques - Service des soins de santé
- ➔ Chambre de 1^{re} instance d'expression francophone du Service d'évaluation et de contrôle médicaux
- ➔ Chambre de recours d'expression francophone du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

SPF SANTÉ PUBLIQUE

- ➔ Commission paritaire nationale médecins/hôpitaux (CPNMH)
- ➔ Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH)
 - Réunions plénières
 - GT permanents
 - Groupes de travail
- ➔ Structure de concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les OA

- ➔ Organe de concertation relatif à la réforme des soins de santé mentale pour adultes (Projet 107)
- ➔ Organe de concertation relatif à la réforme des soins de santé mentale pour enfants et adolescents
- ➔ Concertation sur les contrats B4 « projets pilotes » psychiatriques
- ➔ Concertation sur divers projets pilotes d'urgences psychiatriques, for-K, mise en observation, etc.
- ➔ Concertation contrat financement réseaux SSM adultes et enfants et adolescents
- ➔ Conseil fédéral de l'aide médicale urgente
- ➔ Commission fédérale « Droits du patient »
- ➔ Comité Hospital and Transport Surge Capacity
- ➔ Trajet de soins TCA - Comité d'accompagnement
- ➔ Groupe de travail mixte « psychiatrie d'urgence/ crise »

SPF EMPLOI

- ➔ Commission paritaire 330
- ➔ Commission paritaire 332
- ➔ Fonds sociaux - groupes à risque : secteur Hôpitaux privés, secteur Personnes âgées, Établissements et Services de santé
- ➔ Comité de gestion Fonds Maribel social secteur privé
- ➔ Comité de gestion Fonds Maribel social secteur public
- ➔ Comité de gestion Fonds Maribel social CP 332

- ➔ Comité de gestion du fonds de pension des secteurs de la santé
- ➔ Comité d'entente des employeurs
- ➔ Fonds intersectoriel des Services de santé (FINSS) lié à la CP 330
- ➔ Association des fonds sociaux du secteur non-marchand (AFOSOC)
- ➔ Association des fonds sociaux et bicommunautaires (FE-BI)
- ➔ Association paritaire pour l'emploi et la formation (APEF)

AUTRES

- ➔ IFIC ASBL
 - Conseil d'administration
 - Assemblée générale
 - Comité de classification (CP330/Secteur public)
 - Groupe de travail technique (CP330/Secteur public)
 - Comité de pondération IFIC
- ➔ UNISOC
 - Conseil d'administration
 - Assemblée générale
 - Groupe consultatif de droit social
- ➔ Comité de gestion de la plateforme e-Health
- ➔ Conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE)
- ➔ Comité des utilisateurs de l'Agence des données de santé (HDA - Health Data Agency)

- ➔ AFMPS
- ➔ AFCN
- ➔ Fonds des accidents médicaux
- ➔ Commission des marchés publics

Au niveau des Entités fédérées

• **RÉGION WALLONNE**

- ➔ Commission wallonne de la Santé (CWS)
- ➔ AViQ
 - Comité de Branche Santé
 - Commission « Hôpitaux »
 - Commission « Accueil et hébergement des personnes âgées »
 - Commission « Santé mentale »
 - Commission technique « Revalidation »
 - Collège central de la stratégie et de la prospective
 - Groupe de travail experts hospitaliers
 - Commission informatique
 - Comité d'analyse multidisciplinaire de la Commission « technique revalidation »
- ➔ Commission wallonne 3^e âge
- ➔ Comité C
- ➔ Conseil régional de formation (CRF)
- ➔ ASBL CRéSaM « Centre de référence en santé mentale »
- ➔ Comité de pilotage du plan stratégique en santé mentale

- ➔ Collaborations autour des enfants et jeunes à la croisée des secteurs
- ➔ Évaluation mesures urgentes en santé mentale SPAD-IHP-MSP-SSM
- ➔ Comité de pilotage organisation de la 1^{ère} ligne (soins intégrés)
- ➔ Conseil économique, social et environnemental de Wallonie
- ➔ Commission de l'action et de l'intégration sociale, des services collectifs et de la santé
- ➔ Pôle politique scientifique du Conseil Économique, social et environnemental de Wallonie (CESE)
- ➔ UNIPSO

• **FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES**

- ➔ Commission de planification de l'offre médicale de la CFWB
- ➔ Conseil des Hôpitaux universitaires
- ➔ ARES Conseil d'orientation
- ➔ Collaborations autour des enfants et jeunes à la croisée des secteurs

• **BRUXELLES**

- ➔ Commission de convention informelle MRPA-MRS

- ➔ Commission communautaire commune de Bruxelles - Capitale - IRISCARE :
 - Comité général de gestion de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales
 - Conseil de gestion de la Santé et de l'Aide aux personnes de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales
 - Commission technique Revalidation et Santé mentale
- ➔ Commission communautaire française : Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la santé - section hébergement
- ➔ BRUXEO

Dans d'autres instances

- ➔ PAQS ASBL
- ➔ Data for Healthcare Improvement ASBL
- ➔ INAH ASBL
- ➔ Fédération internationale des Hôpitaux
- ➔ HOPE
- ➔ ISQua
- ➔ HIMSS
- ➔ FARES ASBL
- ➔ Ciriec
- ➔ Respect Seniors
- ➔ Fondation Roi Baudouin, stratégie santé mentale et vieillissement

Une fédération dynamique

5



Chapitre 1

Notre offre de services aux membres

DWH santhea : un soutien continu à nos membres en matière de données

Contexte

Les données occupent aujourd'hui une place centrale dans le fonctionnement de nos sociétés, tant dans la sphère privée que professionnelle. Dans ce contexte, les gestionnaires doivent pouvoir accéder aux informations pertinentes au bon moment et disposer des outils nécessaires pour les exploiter efficacement. Cette exigence concerne également le secteur des soins de santé, qu'il s'agisse d'hôpitaux universitaires ou de maisons de repos. Face à une conjoncture économique tendue, bénéficier d'un soutien externe pour réaliser des analyses ou effectuer du benchmarking à moindre coût peut représenter un atout particulièrement précieux.

Objectifs

Pour soutenir ses membres, santhea s'appuie sur un Datawarehouse (DWH) dédié au secteur des soins de santé. Alimenté depuis plus de 15 ans, il permet

de produire des études, des analyses, des enquêtes et des rapports en ligne et s'avère essentiel pour des projets tels que « Durabilité », « Absentéisme » ou « Hôpital de jour ». Cet outil permet aussi à nos conseillers de représenter le terrain, d'échanger avec les administrations et d'accompagner nos membres, dont les demandes portent de plus en plus sur des analyses spécifiques, des simulations ou des enquêtes.

Créée en 2007, la base de données reposait initialement sur des données structurées, surtout financières, issues d'extractions transmises aux organismes publics (INAMI, SPF Santé publique, BNB, ONSS...). Elle a progressivement évolué, tant au niveau des matières traitées que des services prestés.

D'une part, nous collectons désormais de nombreuses données non structurées, via des extractions ad hoc ou des enquêtes auprès des institutions et de leurs patients. Nous couvrons aussi davantage d'aspects que les finances : ressources humaines, qualité des soins, activités médicales, durabilité, etc.

Nos supports ont d'autre part évolué. Axé initialement sur des rapports PDF dynamiques, puis sur une plateforme SharePoint pour consulter des rapports Excel, notre DWH s'appuie désormais sur l'outil Power BI, en offrant des tableaux de bord interactifs facilitant l'analyse et la décision.

Notre organisation interne s'est également renforcée, l'équipe dédiée ayant grandi et intégré de nouvelles expertises. Ceci nous permet désormais de proposer des micro-études, dites « Focus » et des fiches techniques offrant des analyses approfondies et utiles aux membres.

En termes de cadre légal et de protection de l'information, tous les services liés au DWH respectent strictement les normes de confidentialité et de sécurité. Notre équipe suit un code de conduite rigoureux et s'appuie sur un délégué à la protection des données chargé de veiller à l'application de notre politique de sécurité et du RGPD. Une convention conforme à ce règlement encadre l'ensemble des traitements réalisés pour nos membres, garantissant une gestion sécurisée des données.

Les institutions participantes

La base de données de santhea impacte positivement la majorité de nos membres. Les informations qu'elle contient aident en effet nos conseillers à défendre efficacement les intérêts du secteur, qu'il s'agisse de financement, de qualité ou d'organisation des soins et du travail.

Les institutions qui participent à nos projets spécifiques (Durabilité, Absentéisme, Hôpital de jour, etc.) en retirent directement des avantages importants. Ces projets permettent en effet de collecter des données précieuses, analysées pour identifier des tendances, des points forts et des axes d'amélioration. Les résultats fournis aux participants les aident à optimiser leurs pratiques et la qualité des soins prestés.

Nous réalisons également des enquêtes et des analyses en continu, en réponse aux demandes du terrain ou à l'actualité, afin de rester en phase avec les besoins émergents. Chaque institution est ainsi encouragée à nous solliciter pour toute question pouvant être appuyée par notre base de données, sachant que nous restons disponibles pour développer des solutions adaptées à leurs besoins.



Actions & résultats

En 2025, le projet « Satisfaction » a évolué afin d'inclure les données de l'ensemble de nos questionnaires propres à cette matière dans nos rapports en ligne Power BI. Un nouveau questionnaire dédié aux proches des résidents en maisons de repos (et de soins) a également été conçu et intégré dans notre DWH. Les rapports en ligne et la base de données du projet ont aussi été mis à jour toute l'année sur base mensuelle.

Au niveau du projet « Hôpital de jour », de nouvelles données portant sur 2023 et 2024 ont été récoltées en 2025. L'ensemble des hôpitaux membres concernés par cette matière ont aussi été invités, si cela n'avait encore été opérationnalisé, à nous transmettre leurs données 2019 et 2022, s'agissant des années intégrées à l'origine dans le rapport. En parallèle, un premier travail de structuration de données fournies par le SPF Santé publique en novembre 2024 a été entrepris, celui-ci devant être finalisé en 2026. L'administration a en effet entrepris

de réaliser un benchmarking à propos des différents types de prises en charge en hôpital de jour, en fournissant des données nationales et par institution. Un autre objectif fixé pour 2026 consiste à incorporer les données des institutions membres de la fédération UNESSA à notre DWH, afin de concrétiser le caractère collaboratif de ce projet en présentant un échantillon plus large aux utilisateurs.

Le projet « Absentéisme » a progressé en 2025 via la réception de nouvelles données auprès de nos membres. Celles-ci n'ont pas encore pu être mises en parallèle avec celles récoltées par la fédération UNESSA, ce projet étant mené en commun par les deux fédérations. Des travaux ont cependant été menés l'an passé afin d'établir une convergence au niveau des canevas utilisés par santhea et UNESSA pour la collecte de données dans le cadre de ce dossier.

Grâce aux travaux de la cellule Durabilité de santhea, notre cadastre énergétique s'est enrichi en 2025 avec de nouvelles données. Celles-ci concernent, tant pour les hôpitaux que les maisons de repos, les consommations de gaz, d'eau et d'électricité mais aussi, désormais, la production d'électricité photovoltaïque et la quantité réinjectée sur le réseau pour les institutions bénéficiant de panneaux. En parallèle, un nouveau rapport centré sur la gestion des déchets par catégorie (A & B1, B2, PMC, cartons, verres) a été mis en ligne l'an passé.

Celui-ci regroupe déjà quatre années de données portant sur la quantité de déchets gérés et sur les collecteurs sollicités pour ce faire.

Le programme « Pay for Performance (P4P) » a continué à faire l'objet de développements en 2025 en intégrant de nouvelles données annuelles, en collaboration avec la fédération UNESSA. Cet outil propose une vue sur l'ensemble des hôpitaux de la Région wallonne. À terme, il sera partagé par les deux fédérations et mis à jour avec l'ensemble des données P4P depuis le lancement du programme.

Parmi les autres matières traitées par l'intermédiaire de notre DWH en 2025, nous pouvons lister en premier lieu la récolte et le traitement des informations relatives au Budget des Moyens Financiers (BMF) en janvier et en juillet. Le traitement de ces données s'avère particulièrement chronophage mais celles-ci se révèlent particulièrement utiles pour les conseillers de santhea. Une mise à jour des données relatives aux barèmes, et notamment ceux liés à la CP 330, à l'IFIC public et privé et aux médecins spécialistes en formation a également été entreprise. Ces informations sont disponibles sur l'extranet de santhea. Enfin, de nouvelles données actualisées relatives aux lits agréés ont fait l'objet d'une injection dans notre base de données en vue de créer un rapport Power BI interne destiné aux conseillers de santhea. Ces informations, délivrées par le SPF Santé publique, permettent déjà de

couvrir une période de vingt années et sont structurées sur base d'éléments tels que la région, le type d'institution ou le réseau hospitalier. Cette organisation permet de réaliser des analyses détaillées, notamment sur la répartition des lits entre régions.

En 2025, de nombreuses enquêtes ont été menées auprès de nos membres. Celles-ci ont permis aux collaborateurs de santhea de défendre efficacement le secteur, de participer activement à des groupes de travail et de répondre aux demandes du terrain. Ces enquêtes sont diffusées via Microsoft Forms ou à l'aide de fichiers Excel standardisés pour les investigations plus complexes. Parmi les thèmes traités l'an passé, citons, entre autres : la présence de crèche en milieu hospitalier, la composition des cellules RHM, la taxe patrimoniale ou encore les mesures de fin de carrière et les heures supplémentaires volontaires

Enfin, une micro-étude « Focus » portant sur le virage ambulatoire a été diffusée en janvier 2025. Celle-ci liste une série de constats, dont le fait que le taux d'hospitalisation de jour évolue peu entre 2019 et 2022, mais varie fortement selon les hôpitaux, mais aussi qu'il décroît avec l'âge et qu'il dépend largement de la discipline. Ce type de publication permet de mettre en valeur la capacité analytique de notre DWH, mais aussi d'attirer l'attention des membres sur des enjeux actuels.

Perspectives

En 2026, notre équipe travaillera à finaliser la révision de notre stratégie technologique, en misant largement sur les nombreuses possibilités offertes par l'outil Microsoft Power BI et l'environnement Microsoft Fabric, afin de continuer à proposer un contenu basé sur les meilleures solutions possibles.

Au niveau des développements, l'équipe souhaiterait mettre en ligne dans les prochains mois, de nouveaux rapports Power BI consacrés au BMF et/ou aux lits justifiés. L'équipe souhaiterait en parallèle développer plusieurs rapports destinés aux conseillers de santhea, ceux-ci porteront sur les lits agréés mais également sur « FINHOSTA RH » et « FINHOSTA Compta ». Les rapports existants feront aussi l'objet de mises à jour (Satisfaction, P4P, absentéisme, hôpital de jour, cadastre énergie, cadastre déchets), ceci incluant pour certains leur transposition dans l'environnement Microsoft Fabric.

En ce qui concerne les autres matières traitées, les modules « Lits agréés », « Prix de journée », et « Institutions » (module central dans notre DWH) feront l'objet d'une mise à jour en 2026. Des analyses complémentaires sur les données propres à l'application « PERONE » sont aussi toujours au programme.

Enfin, en matière de publication, de nouvelles micro-études « Focus » et de nouvelles fiches techniques, portant sur des thématiques comme l'identitovigilance, ainsi qu'un rapport centré sur les 15 ans de notre enquête de satisfaction, seront proposés à nos membres.



Projet « Satisfaction » : une collaboration pérenne en matière de qualité

Contexte

Autrefois perçus comme des bénéficiaires passifs, les patients sont désormais considérés comme de véritables partenaires des soignants dont l'implication permet d'améliorer la qualité des soins. Les institutions doivent toutefois démontrer leur engagement en valorisant l'expérience des patients et leur perception des services. Dans ce contexte, les démarches d'évaluation de la satisfaction se multiplient. Choisir un outil fiable, pertinent et économique demeure cependant un défi pour les directions souhaitant renforcer ou maintenir une démarche d'amélioration de la qualité.

Objectifs

Depuis 2011, santhea dispose de sa propre enquête pour mesurer la satisfaction et l'expérience des patients en milieu hospitalier. Basée à l'origine sur un seul questionnaire, le projet « Satisfaction Patients » comprend désormais plus de 20 formulaires couvrant une large gamme de prises en charge et de services hospitaliers. Ces outils, élaborés en collaboration avec des experts de terrain issus des institutions membres de santhea, sont régulièrement mis à jour ou diversifiés en fonction des retours des participants.

Général (lits C et D)	Obstétrique
Hôpital de jour Chirurgical	Hôpital de jour Chirurgical pédiatrique
Hôpital de jour Médical	Bloc opératoire
Soins intensifs	Soins palliatifs
Gériatrie	Revalidation
Pédiatrie	Néonatalogie non-intensive
Psychiatrie	Pédopsychiatrie
Urgences	Consultations
Imagerie médicale	Procréation Médicalement Assistée
Centres de prélèvements	Défense sociale
Dialyse	+ Questionnaires à thématiques spécifiques

La réalisation d'une enquête de satisfaction peut être très exigeante pour les équipes de terrain, surtout dans le contexte financier actuel. Pour alléger cette charge, santhea facilite au maximum le travail de ses membres dans le cadre du projet « Satisfaction ». Si l'impression, la distribution et l'envoi des questionnaires restent à la charge des institutions participantes, nous assurons la numérisation des documents reçus et l'intégration des résultats dans notre base de données et nos rapports en ligne Microsoft Power BI.

Cet outil en évolution constante permet d'analyser finement les données par unité de soins mais aussi de se comparer de façon pseudonymisée avec d'autres établissements. Une moyenne santhea, actualisée chaque mois par type de questionnaire, est également disponible en ligne. Les institutions

peuvent aussi, sur demande, recevoir une copie brute de leurs données pour leurs propres analyses. Depuis 8 ans, le volet hospitalier du projet « Satisfaction » est reconnu par le SPF Santé publique dans le cadre du programme Pay for Performance (P4P), volet « Expérience patients ». En 2025, la seule participation à l'enquête garantissait l'obtention de tous les points liés à cette partie du programme.

En 2022, le projet a été étendu aux maisons de repos (et de soins) grâce au groupe de travail « Aînés » de santhea. Ce nouveau projet « Satisfaction Résidents », pérennisé chaque année depuis lors en raison de son succès, repose sur des questionnaires élaborés avec des experts de terrain et distribués aux résidents et à leurs proches pendant un mois par an. Les outils utilisés

comprennent une cinquantaine de questions réparties par thématique (admission, chambre, communs, activités, soins, repas, etc.).

Liste des institutions participantes

En 2025, 12 institutions hospitalières ont participé ou adhéré à l'enquête « **Satisfaction Patients** ». Ceci représente dans l'ensemble 21 numéros d'agrément.

Actions & Résultats

En 2025, le projet « Satisfaction Patients » a permis de collecter et d'analyser près de 42.245 questionnaires. Ce nombre témoigne de la dynamique du projet, rendue possible grâce à l'engagement et au soutien précieux des coordinateurs Qualité des institutions participantes, parfois amenés à gérer la distribution d'une dizaine d'outils différents sur de multiples sites hospitaliers.

C.H. Le Domaine	C.H.U. Tivoli	Hôpital de la Citadelle
C.H. Reine Astrid Malmedy	Clinique André Renard	ISoSL (3 AGR)
C.H.R. Sambre & Meuse (2 AGR)	C.R.P. Les Marronniers	CHU Charleroi - Chimay (3 AGR)
C.H.R. Verviers East Belgium	EpiCURA (2 AGR)	Vivalia (4 AGR)

De son côté, l'enquête « **Satisfaction Résidents** » a été suivie par 15 membres de la fédération issus du secteur des Aînés en 2025.

CA Les Heures Claires	Résidence Domaine du Château	Résidence Les Aubépines
Home de Seny	Résidence Églantines	Résidence Les Genêts
Résidence Ange Raymond Gilles	Résidence Le Chalon	Résidence Les Heures paisibles
Résidence Chantraine	Résidence Léon d'Andrimont	Résidence Les Saules
Résidence Chassart	Résidence Leonardo Da Vinci	Résidence Les Templiers

Le contact direct avec nos membres demeure d'ailleurs l'un des principaux atouts de nos services. Nous nous efforçons de répondre à un maximum de demandes personnalisées, dans la mesure du possible. Celles-ci portent de plus en plus souvent sur des ajustements du contenu de notre base de données ou sur des extractions spécifiques, en réponse au développement progressif des Datawarehouses propres à chaque hôpital et à l'amélioration continue de leurs capacités d'analyse.

En matière de développement, nos rapports en ligne ont fait l'objet l'an passé d'une mise à jour afin d'héberger les données de davantage de questionnaires. Les résultats de formulaires thématiques, comme notre outil centré sur la qualité des repas, ou d'autres questionnaires dont le taux de retour est plus faible ou utilisés par un groupe restreint d'institutions, sont donc désormais disponibles en permanence en ligne. En parallèle, nous avons entamé un processus d'intégration des résultats de questionnaires diffusés en ligne, via des QR codes, afin de les compiler aux données récoltées au format papier, ceci pour exploiter l'entièreté des informations fournies par les patients. À terme, les participants pourront étudier leurs résultats dans nos rapports Microsoft Power BI en ligne en choisissant de sélectionner éventuellement l'une ou l'autre modalité de distribution via un filtre. Ceci permettra en pratique d'évaluer l'importance et l'efficacité de la mise à disposition de questionnaires électroniques à la patientèle par rapport aux questionnaires imprimés.

Le projet « Satisfaction Patients » repose sur des échanges réguliers avec les membres de son groupe de travail dédié. Ce groupe, composé de professionnels de la qualité issus des institutions participantes, s'est réuni en novembre 2025. Lors de cette réunion, les membres ont été invités à valider le planning de distribution des questionnaires en 2026 et à programmer la mise à jour ou la conception de nouveaux questionnaires. Les membres ont également été informés sur le contenu d'une mise à jour planifiée des rapports en ligne Power BI en début d'année 2026, ainsi que sur le lancement d'un projet pilote visant à définir l'utilité du recours à un outil de traitement des questionnaires en ligne plus performant que celui utilisé actuellement. Enfin, les membres ont pu bénéficier d'un premier résumé d'une série d'interviews menées par l'équipe en charge du projet concernant la communication mise en place par les participants autour de l'enquête.

En parallèle à notre enquête proposée en milieu hospitalier, le projet « Satisfaction Résidents » a été une nouvelle fois reproduit en 2025.

Le dispositif repose à l'origine sur la diffusion d'un questionnaire unique destiné aux résidents. Celui-ci est proposé chaque année durant un mois. L'an passé, un second questionnaire, destiné aux proches des résidents (famille, amis, etc.) a été conçu avec le terrain avec comme finalité d'être distribué en parallèle au questionnaire proposé



directement aux résidents. Ce deuxième outil cible directement l'expérience des proches, en les interrogeant sur des thématiques telles que la qualité des repas partagés avec les résidents ou leurs propres contacts avec le personnel de l'institution. L'usage d'un seul questionnaire, ou des deux en simultanément, a été laissé libre pour les participants.

En 2025, les participants ont collecté 434 questionnaires destinés aux résidents et 185 questionnaires conçus pour leurs proches, soit un total de 619 formulaires, ceci sur une période d'un mois en septembre et en octobre, au choix de l'institution. Conformément au protocole, la plupart des institutions ont, une nouvelle fois, présenté l'enquête, ainsi que son intérêt, aux membres du personnel, aux résidents, et à leurs proches, afin d'encourager une participation plus large.

Comme les années précédentes, chaque institution a reçu une extraction personnalisée de ses résultats, accompagnée de tableaux et diagrammes récapitulatifs par unité de vie pour

chacune des thématiques de l'enquête. Le rapport en ligne Microsoft Power BI a aussi été actualisé, en incluant les nouveaux résultats, y compris ceux liés au questionnaire ciblant la satisfaction des proches des résidents.

Perspectives

L'enquête « Satisfaction Patients » continuera d'évoluer en 2026, en incluant une révision de notre questionnaire Pédiatrie et un passage en revue de l'ensemble de nos outils de mesure afin d'ajouter systématiquement un espace dédié aux commentaires et au rapportage d'éventuelles expériences positives ou négatives.

Concernant l'enquête « Satisfaction Résidents », celle-ci sera reproduite l'an prochain en suivant la même méthodologie qu'auparavant. L'année 2026 marquera la cinquième année du projet. Cette échéance permettra de mettre l'accent sur une analyse longitudinale de la satisfaction, afin d'observer les tendances et les évolutions des résultats sur la durée.

Cellule RGPD : une expertise en matière de protection des données et de la vie privée

Contexte

Depuis 2018, le RGPD protège les droits et libertés des résidents européens lorsqu'il s'agit de traiter leurs données personnelles, dans un contexte de numérisation croissante. Il vise à limiter les abus et atteintes à la vie privée grâce à diverses obligations, parfois complexes et parmi lesquelles :

- ➔ l'entretien d'un registre des traitements de données à caractère personnel ;
- ➔ la sécurisation, tant physique que logique, de l'ensemble de ces traitements ;
- ➔ la signature de contrats de sous-traitance spécifiques conformes au RGPD ;
- ➔ la mise en place d'une information détaillée aux personnes concernées par un traitement de leurs données, ainsi que de moyens leur permettant d'exercer leurs droits ;
- ➔ la notification des violations de données à caractère personnel à l'autorité compétente, en ce compris celles liées à des cyberattaques ;
- ➔ la mise en place d'une culture d'amélioration continue de la sécurité de l'information.

Les institutions traitant à grande échelle des données sensibles doivent par ailleurs désigner

un délégué à la protection des données (Data Protection Officer - DPO). À la fois juriste et expert en données et en sécurité de l'information, il conseille la direction tout en restant indépendant, sans intervenir dans la définition des finalités ni des moyens des traitements.

Aucune exception n'a jamais été prévue pour le secteur des soins, qui manipule quotidiennement de grands volumes de données de santé particulièrement sensibles. La mise en conformité au RGPD y représente de facto un processus exigeant, et toujours plus complexe avec l'essor de technologies comme l'IA ou les dispositifs connectés. Le recours à un DPO est par ailleurs obligatoire pour la majorité des institutions de soins, dans un contexte où la rareté et le coût d'un tel profil le rendent difficilement accessible, surtout pour les petites structures.

Les risques liés au non-respect du RGPD sont pourtant importants : rappels à l'ordre, injonctions, lourdes amendes ou arrêt de traitements ordonnés par l'Autorité de Protection des Données, qui peut mener des enquêtes approfondies. Ces éléments soulignent la nécessité d'une vigilance constante et d'une protection rigoureuse des données, dans un contexte où la montée en puissance des cyberattaques dans les soins de santé augmente encore les risques d'incidents et de contrôles.

Objectifs

Dès 2017, plusieurs membres de santhea ont exprimé leurs inquiétudes concernant la charge de travail liée au RGPD. Pour y répondre, une proposition de mutualisation a vu le jour : la création d'une Cellule RGPD incluant un soutien à la mise en conformité et la mise à disposition d'un DPO. Le projet a rapidement rencontré un large succès, touchant aussi bien les grands hôpitaux que les intercommunales, alors qu'il visait d'abord le secteur extrahospitalier.

L'équipe se compose aujourd'hui de cinq conseillers disposant de profils et d'expertises complémentaires en matière de données de santé, de droit de la vie privée, de cybersécurité et de fonctionnement des institutions de soins. Si chacun d'entre eux occupe la fonction de DPO pour une partie des adhérents, ceux-ci collaborent étroitement pour faire vivre le projet et mettre leurs connaissances et leurs compétences au service de l'ensemble des adhérents.

Afin d'accompagner les institutions membres, la Cellule a développé un ensemble d'outils, de modèles et de procédures adaptés à chaque type d'organisation. Une cinquantaine de ressources sont aujourd'hui disponibles via l'extranet de santhea. Chaque membre a été invité à créer un Comité de pilotage et à désigner un relais RGPD chargé de

mettre en œuvre un plan d'action personnalisé. Ce travail s'effectue en collaboration étroite avec nos DPO, notamment pour l'inventaire des traitements, l'adaptation des contrats de sous-traitance et la validation des documents de conformité.

La mission du DPO externe proposé par la Cellule dépasse largement la mise en conformité initiale. Il conseille durablement la direction, signale les manquements éventuels, supervise le registre des traitements et veille à la bonne gestion des demandes d'exercice de droits. Il analyse aussi les risques liés aux traitements et peut communiquer directement avec l'Autorité de Protection des Données.

En complément, notre équipe offre un accompagnement élargi en matière de vie privée et de droits des patients, couvrant notamment le droit à l'image ou l'usage de caméras. Grâce à la collaboration avec les autres conseillers de santhea et à plus de huit ans d'expérience comme DPO, nous mettons à disposition des membres une expertise riche et transversale.

Liste des institutions participantes

En 2025, la Cellule RGPD a travaillé avec 30 institutions de soins, celles-ci présentant des profils très variés. La première moitié d'entre elles est constituée d'hôpitaux, parmi lesquels on recense

A.I.G.T.	Helora - Hôpital de Mons - Site Kennedy
C.H.R. Sambre et Meuse	C.H.U. Tivoli
ASBL Alises	Clinique André Renard
ASBL Diapason-Transition	C. H. Reine Astrid Malmedy
ASBL L'Équipe	Intercommunale G. Passelecq
ASBL La Maison de Mariemont	C.M.P Clairs Vallons
ASBL Le Don de sang	C.R.P. Les Marronniers
ASBL La Traversière	HUmani - Charleroi
ASBL Transit	HUmani - Chimay
Centre d'accueil Les Heures Claires	IBC - ULB
C.H.B.A.	Inago
C.H. Le Domaine	Interseniors
C.H.R. de Huy	ISoSL
C.H.R. Haute Senne	Vivalia
C.H.R. Verviers East Belgium	Vivias

trois intercommunales. La seconde moitié des adhérents au projet est majoritairement composée d'institutions extrahospitalières issues du secteur des aînés et de la santé mentale.

La diversité des activités de soins, d'accueil et de services biomédicaux de nos membres nécessite un accompagnement sur mesure, une qualité largement développée par nos DPO au fil du temps.

Les hôpitaux requièrent ainsi surtout un soutien

pour gérer leurs nombreux traitements complexes de données, leurs contrats de sous-traitance et leurs projets de recherche, ainsi que pour réaliser l'inventaire et l'analyse de leur documentation. Les institutions extrahospitalières, disposant de ressources plus limitées et fonctionnant souvent sans informaticien ni juriste, font face à des difficultés différentes. Dans leur cas, un accompagnement étroit sur l'ensemble du processus de mise en conformité, et notamment sur sa coordination, est proposé.

Actions & résultats

En 2025, les DPO de la Cellule RGPD ont maintenu des échanges réguliers avec leurs relais sur le terrain. Outre les réunions individuelles destinées à suivre l'avancement de chaque projet, ils ont invité ces derniers, et leurs collègues, à participer à six nouvelles séances de sensibilisation, chacune dédiée à un groupe professionnel spécifique : juristes, ressources humaines, médecins et paramédicaux, informaticiens, professionnels des services sociaux, ainsi que le personnel de l'accueil et des callcenters. Ces rencontres ont permis de revoir les points essentiels du RGPD, d'adapter le contenu à chaque public et de partager les bonnes pratiques observées dans les institutions.

Durant l'année, plusieurs nouvelles violations de données à caractère personnel ont été constatées. Notre équipe a assuré un accompagnement complet pour chacune d'elles, depuis l'identification initiale de l'évènement jusqu'à la transmission des rapports finaux à l'Autorité de Protection des Données. En parallèle, les DPO ont continué à répondre à de nombreuses questions liées au RGPD, dont la gestion des demandes d'exercices de droits, et au respect de la vie privée au sens large. En la matière, l'intelligence artificielle a tendance à prendre de l'ampleur, ce qui a amené notre équipe à compléter ses connaissances en la matière.

L'analyse de contrats de sous-traitance et de recherche a continué à occuper une bonne partie du temps de travail de notre équipe en 2025, tout comme la relecture et la validation de tous les autres documents transmis par nos adhérents (règlement de travail, politique de confidentialité, charte de sécurité de l'information, formulaire de consentement, etc.).

En matière d'outils, la Cellule RGPD a mis à la disposition de ses membres 15 nouveaux modèles d'analyses d'impact sur la protection des données (Data Protection Impact Assessment - DPIA). Ceux-ci viennent compléter les précédents livrables proposés en la matière en 2023 et 2024 et permettent à présent de proposer des outils d'analyse pour l'ensemble des grands processus rencontrés en institution de soins (dossier patient informatisé, ressources humaines, active directory, traitements papier, etc.). En parallèle, l'équipe de santhea a diffusé en fin d'année un outil reprenant au format Excel l'ensemble du nouveau formulaire de notification de violations de données utilisé par l'APD sur son site internet. Cet outil permet de structurer plus facilement et rapidement les réponses apportées à l'Agence lors de la survenue d'un tel évènement.

En matière de production toujours, la Cellule RGPD a, pour la quatrième année consécutive, proposé la revue mensuelle des décisions de la Chambre

contentieuse de l'APD. Celle-ci traite des décisions propres au secteur des soins de santé et vise donc directement nos membres en leur offrant une actualité régulière propre à la thématique des données personnelles.

Perspectives

Pour réduire les écarts de conformité entre nos membres, la Cellule RGPD continuera en 2026 à renforcer le suivi personnalisé de ses membres et à multiplier les visites sur le terrain, afin notamment de faciliter la réalisation des DPIA. L'équipe prévoit aussi de nouvelles séances de sensibilisation au RGPD et à la sécurité de l'information, organisées par département pour toucher un public plus large et actualiser les connaissances des relais RGPD.

De nouveaux outils seront aussi mis à la disposition des membres l'an prochain, en ce compris des clauses contractuelles propres à la directive européenne NIS2 et au règlement européen sur l'intelligence artificielle. Enfin, une procédure d'audit sera instaurée pour évaluer le niveau de conformité des adhérents et transmettre des rapports trimestriels aux directions. L'analyse suivra les étapes prévues dans l'outil de coordination du projet RGPD créé par notre équipe et sera menée en toute transparence avec les relais RGPD de chaque institution.

Cellule durabilité : accompagner la transition durable des établissements de soins

Introduction

Le système de santé exerce une influence notable sur l'environnement et le climat. En Belgique, pays considéré comme « émetteur majeur » de CO₂ : l'empreinte carbone du secteur de la santé représente 5,5 % de l'empreinte nationale (Health Care Without Harm & Arup, 2019). Avec le vieillissement de la population et l'augmentation conjointe de la consommation de soins, il est probable qu'en l'absence de mesures concrètes, l'empreinte écologique du secteur continue d'augmenter.

Repenser les pratiques en tenant compte des enjeux environnementaux et climatiques représente un défi majeur pour l'avenir de nos institutions de soins. Décarboner le secteur de la santé constitue un défi important, face à la complexité duquel il convient de définir une stratégie ciblée.

Pour répondre à ce défi, nous avons constitué au sein de santhea un « comité durabilité », réunissant des membres du secteur hospitalier (13 institutions hospitalières) déterminés à favoriser la transition écologique dans leurs établissements et à intégrer

la durabilité au cœur de leur culture d'entreprise. Un groupe de travail se réunit régulièrement, adoptant une approche transversale, et se concentrant sur les enjeux du développement durable (DD) et de responsabilité sociétale des entreprises (RSE). Il s'agit d'explorer des solutions possibles à ces deux problématiques pouvant être mises en œuvre dans leurs établissements. Revenons ici sur quelques-unes des initiatives portées par ce groupe de travail.

Cadastre énergie

Le premier projet mené dans le cadre d'une démarche de durabilité a été la réalisation d'un « cadastre énergie » sur base des données de consommation énergétique des établissements membres du comité durabilité. Il permet de suivre l'évolution des consommations d'énergie (gaz, électricité et eau) et de calculer des indicateurs pertinents. Le projet, initialement conçu pour intégrer les données de 2019 à 2022, sur fond de crise COVID et de conflit en Ukraine, a ensuite évolué vers une collecte annuelle réalisée au cours du deuxième trimestre de chaque année et couvre désormais la période 2019-2025, et sera poursuivi en 2026. L'échantillon a aussi évolué au cours des années et est à ce jour constitué de 31 sites hospitaliers.

Les données collectées sont accessibles à chaque participant via l'extranet de santhea, donnant une

vision anonymisée des niveaux de consommation de l'ensemble des participants. Ceci permet à chaque institution de se positionner par rapport aux moyennes du secteur, de dégager des tendances de consommation et de réaliser un benchmarking entre établissements. Il offre également un cadre d'analyse pour identifier les axes de réflexion et ensuite d'actions prioritaires en vue de réduire à la fois les consommations et les coûts qui y sont associés.

A partir de notre réflexion et de l'outil appliqué au secteur hospitalier, nous avons proposé aux maisons de repos, d'établir un cadastre spécifique à leur secteur. Les données de consommation couvrant la période 2019–2024 ont donc été collectées. Le cadastre est diffusé aux membres via la plateforme de santhea et est mis à jour annuellement au cours de l'été. Le cadastre fait aussi l'objet d'une présentation au sein du groupe de travail du secteur « aînés » animé par santhea. Cette présentation est importante pour faire le point sur l'établissement du projet et pour permettre aussi d'inciter ceux qui n'y sont pas encore représentés de le rejoindre.

Relevé des actions en matière de durabilité et de RSE

Au travers des discussions avec le comité durabilité, nous avons constaté que les institutions abordaient les enjeux de durabilité de manière isolée, avec

des niveaux de maturité en la matière très variés entre elles. De la même manière, lorsque des initiatives en matière de durabilité existent au sein d'une institution, ces dernières sont peu connues du personnel et du reste de l'institution et ne sont souvent pas convenablement répertoriées. Différents concepts sont également utilisés, mais résultent finalement en des approches fort similaires : RSE, durabilité, objectifs de développement durable (ODD), etc.

Au regard de ces différents constats, le comité durabilité a décidé de réaliser un « relevé des actions en matière de durabilité et de RSE » existantes au sein de ses institutions. Sans entrer ici dans le détail de la procédure de collecte des données, indiquons simplement qu'à l'issue de celle-ci, le relevé mis à disposition des membres du comité durabilité a été structuré autour des quatre principaux piliers de la RSE (et de leurs sous-piliers) à savoir : Economique, Social, Sociétal et Environnemental. Sont aussi indiqués pour chaque projet, l'objectif visé, les actions concrètes à mettre en place, l'objectif de développement durable correspondant à ces actions (17 ODD reconnus par l'ONU), l'échéance, ainsi que les éventuels exemples d'indicateurs clés de performance (KPI). Le relevé, qui se veut être un guide favorisant l'échange de bonnes pratiques entre les institutions, sera actualisé dans le futur afin de visualiser l'avancement des actions entreprises, d'identifier les nouvelles actions mises

en place et explorer, si possible, des possibilités de mutualisation.

Bilan d'émission de gaz à effet de serre (BEGES)

En 2024, nos membres qui le souhaitent ont pu bénéficier d'un accompagnement collectif pour l'établissement d'un BEGES « scope 3 », en collaboration avec UNESSA. Disposer d'un état des lieux initial des émissions de gaz à effet de serre permet de définir des actions de réduction pertinentes et d'en mesurer les impacts dans le temps.

Dans la continuité de ce projet et dans la perspective d'un secteur tendant vers la neutralité carbone à l'horizon 2050, et face aux coûts associés à l'établissement ou à la mise à jour d'un bilan carbone, nos membres ont proposé l'idée d'internaliser, au sein de notre fédération, les compétences nécessaires à la réalisation d'un bilan des émissions de gaz à effet de serre de scope 3. Cette internalisation de la compétence « bilan carbone » visait à renforcer l'expertise interne de santhea en la matière et d'ainsi pouvoir accompagner de manière plus autonome et structurée les établissements de soins de santé dans la réalisation de leur bilan carbone. Un collaborateur de santhea a suivi une formation auprès de NEPSSEN, un bureau d'études indépendant français spécialisé depuis plus de 40 ans dans les domaines de la transition énergétique

et écologique. La méthodologie acquise s'appuie sur la méthode Bilan Carbone développée par l'Association pour la transition Bas Carbone (ABC), référence reconnue pour l'évaluation et la réduction de l'empreinte carbone des organisations.

Santhea sera désormais en mesure d'accompagner ses membres sur des questions spécifiques liées à l'élaboration et à l'analyse de leur bilan carbone, de comprendre les sources d'émissions, et d'identifier les leviers de réduction. Il s'agira d'accompagner directement les membres dans la mise en œuvre de stratégies de transition bas carbone, en proposant un suivi personnalisé et en les guidant dans leurs décisions pour améliorer leur performance environnementale.

Sensibilisation – Plan Health Faire & Journées d'études

Dans le cadre du développement de notre expertise interne et des échanges avec nos membres, nous nous sommes rendu compte que le secteur manquait d'un outil de sensibilisation à la durabilité, adapté à leurs réalités. Après de nombreuses réflexions et recherches, nous avons choisi de capitaliser sur un outil existant, le « Plan Health Faire », un atelier collaboratif permettant de comprendre l'essentiel des enjeux du développement durable appliqués à la santé, issus d'un travail d'une collaboration entre OMEDIT Ile-de-France, le CHU de Poitiers et

l'Université de la Sorbonne, dans le cadre du DIU « Développement durable en santé, du concept à la pratique de soins ».

En guise de mise en œuvre, deux collaborateurs ont été formés à l'outil « Plan Health Faire », au CHU de Poitiers. L'outil a ensuite été testé une première fois aux journées d'études de santhea auprès d'une vingtaine de personnes. À la suite des retours positifs lors de l'atelier, il a été décidé de déployer l'outil chez nos membres. Plusieurs contacts ont ensuite été pris avec les institutions intéressées afin de déployer, pour chacun, une méthode « sur mesure ». Les premiers ateliers se sont tenus au cours du 1^{er} trimestre 2026.

Toujours dans une démarche de sensibilisation, santhea a consacré une de ses journées d'études à la durabilité dans les soins de santé. Pour cette journée, nous avons donné la parole à différents acteurs impliqués dans la problématique :

- ➔ la Direction du Développement durable du Service Public de Wallonie a introduit les différents concepts liés à la durabilité et les cadres qui y sont liés. Ils ont également présenté l'organisation en Wallonie et les liens entre le secteur des soins de santé et le développement durable ;
- ➔ AKT for Wallonia est ensuite venue nous détailler leur travail et comment les institutions peuvent structurer et pérenniser leur démarche durable ;

- ➔ l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) nous a exposé leur rôle sur le territoire français, leur lien entre le ministère et le secteur médicosocial. Ils ont également passé en revue la feuille de route établie en France avec une présentation de 2 des 8 axes majeurs en matière de transformation écologique ;
- ➔ Metamorphosis a abordé les concepts ESG utilisés dans le cadre du reporting extra-financier sous l'angle de la Corporate sustainability reporting Directive (CSRD) ;
- ➔ le Centre Hospitalier de Niort a clôturé la matinée en partageant son expérience en tant que pionnier en matière de durabilité. Depuis près de 15 ans, le CH de Niort, précurseur sur le sujet, s'est engagé en faveur du développement durable. Et a été l'un des premiers CH à œuvrer en ce sens.

Après cette matinée d'exposés, l'après-midi, comme indiqué ci-dessus, a été consacré à un premier test d'utilisation de Plan Health Faire qui a été reçu avec enthousiasme par les participants.

Perspectives

Les actions entreprises par santhea en matière de durabilité apportent une réelle plus-value pour atteindre un système de santé plus durable. Au sein de nos différents groupes de travail, il apparaît

que nos projets sont bien accueillis et appréciés par nos membres et sont appelés à se développer plus avant. L'actualisation du relevé des actions RSE et la poursuite des cadastres énergie en sont de bons exemples. Un autre axe que nous souhaitons développer à l'avenir est celui des achats responsables et cela en collaboration avec les principales centrales d'achats du secteur (ACAH et Mercurhosp).

La formation de collaborateurs à l'établissement d'un bilan BEGES ainsi que d'un rapport CSRD offrent d'autres possibilités futures d'accompagnement de nos membres, tandis que la participation de santhea à l'initiative ASeT-W (Alliance Santé en Transition en Wallonie), développée par la Région wallonne, en tant que copilote de l'atelier thématique consacré à la sensibilisation à la durabilité du secteur des MR/MRS est prometteuse de nouveaux développements.

La fédération a aussi le projet de s'impliquer dans un projet plus large consistant en une démarche d'éco-conception des soins de santé, basée sur la méthodologie des collectifs d'apprentissage. Il s'agira de réunir plusieurs institutions de soins autour de cette thématique prioritaire, avec pour objectif de partager les connaissances, mettre en œuvre des changements concrets, et mesurer l'impact des actions entreprises tout en les rendant pérennes.

La PAQS : un soutien aux institutions de soins dans l'amélioration de la qualité

Contexte

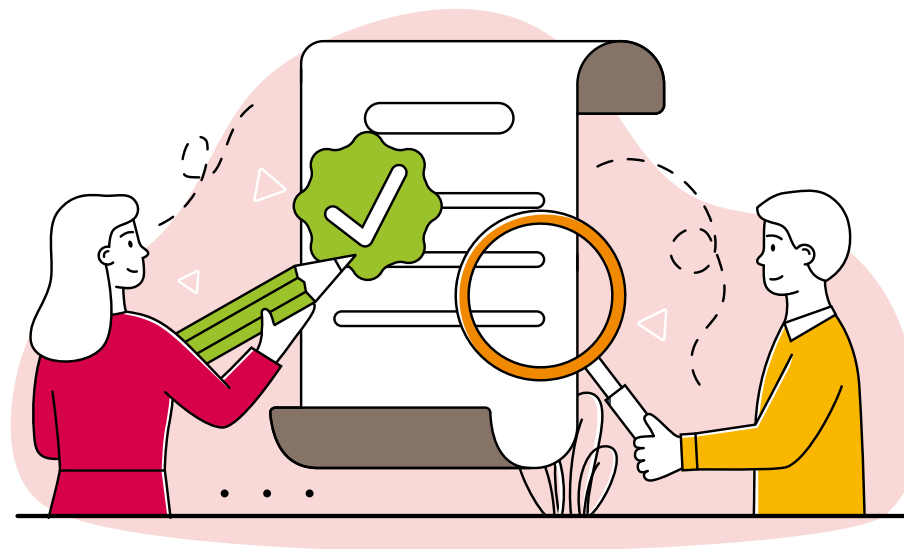
Créée en 2013, la PAQS est née d'une collaboration inédite entre fédérations d'institutions de soins, organismes assureurs, associations professionnelles et de patients, universités et autorités régionales.

Initialement dédiée à l'accompagnement des hôpitaux dans les démarches d'accréditation, elle œuvre aujourd'hui au **renforcement durable de la culture qualité** dans les soins de santé à Bruxelles et en Wallonie, dans un contexte d'évolution et d'extension des exigences en matière de qualité.

Objectifs

La PAQS poursuit sa mission : **accompagner les institutions de soins wallonnes et bruxelloises dans le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité.**

En 2025, l'ensemble du nouveau programme d'activités a été déployé, aligné sur la stratégie de 2025 qui repose sur trois piliers fondamentaux : Former, Améliorer et Mesurer. Les premiers résultats sont encourageants : forte participation,



mobilisation du terrain et avancées concrètes dans l'amélioration de la qualité des soins.

Actions mises en place et résultats obtenus

Dans le domaine de la formation, six types de formations ont été proposées afin de renforcer les compétences des professionnels en matière de gestion de projets d'amélioration et de consolidation d'une culture qualité durable. La révision de la politique tarifaire en 2025 a permis de

faciliter l'accès à ces formations, ce qui s'est traduit par une augmentation de la participation.

Sur le terrain, de nombreuses institutions ont été accompagnées dans des projets d'amélioration, notamment en matière de gestion des médicaments, de communication aux points de transition et d'identitovigilance. Ces collaboratifs ont favorisé la montée en compétences des équipes, la mise en place de nouveaux indicateurs de suivi et le déploiement d'actions structurées générant des résultats tangibles. La thématique « gestion des

médicaments » a ainsi été clôturée avec des premiers résultats particulièrement encourageants. En effet, 80 % des participants à cette thématique déclarent une amélioration de leurs compétences en gestion de projets d'amélioration et 76 % révèlent une réelle valeur ajoutée pour leur organisation.

La campagne de sensibilisation « Ce qui est important pour vous » (CIPV) a poursuivi son développement et gagne progressivement en ancrage dans les pratiques professionnelles. Certaines institutions s'approprient désormais la démarche et la relaient de manière autonome, signe d'une appropriation croissante des enjeux liés à l'expérience et à la participation des patients.

L'intérêt pour la thématique des indicateurs qualité s'est également confirmé en 2025. Les projets SCORE et PREM continuent de susciter un engagement important et seront renforcés en 2026 avec la mise à disposition de rapports en ligne via Microsoft Power BI. Les échanges autour du Set commun d'indicateurs se sont également intensifiés, et les demandes de soutien en la matière se sont multipliées.

Perspectives pour 2026

L'année 2026 s'annonce particulièrement riche en initiatives et en projets avec au programme : la clôture des collaboratifs en cours, la valorisation et

la diffusion des résultats et des bonnes pratiques collectées, ainsi que l'identification et le lancement de nouvelles thématiques prioritaires.

L'offre de formation continuera d'être consolidée afin de garantir son adéquation avec les besoins du terrain et d'assurer une montée en compétences cohérente avec les évolutions du secteur.

En matière d'indicateurs qualité, le conseil d'administration de la PAQS engagera dès le début de l'année une réflexion globale sur le futur rôle de la PAQS en la matière, incluant les initiatives à entreprendre, le positionnement à adopter vis-à-vis des autorités et des autres acteurs, ainsi que les moyens financiers et humains à mobiliser.

Enfin, la PAQS participera activement aux réflexions relatives à l'avenir de l'accréditation, en tenant compte des évolutions du terrain, notamment en Flandre.

Toutes ces actions s'inscrivent dans un contexte réglementaire en pleine évolution, marqué par l'instauration d'un premier dispositif à Bruxelles, le développement d'outils similaires en Wallonie, la mise en place de la Plateforme interfédérale pour la Qualité des soins visant à harmoniser les politiques qualité entre les différents niveaux de pouvoir, ainsi que par l'évolution attendue du P4P.

Dans ce contexte en mutation, la qualité s'impose plus que jamais comme un enjeu central pour l'ensemble des acteurs (autorités, professionnels et usagers). Et bien entendu, la PAQS demeure pleinement engagée aux côtés des institutions afin de contribuer, de manière concertée et structurée, à l'amélioration continue du système de santé.

CONTACT :

Mail :

contact@paqs.be

Site web:

www.paqs.be

Pour suivre nos activités :

LinkedIn:

<https://www.linkedin.com/company/paqs-be>

Inscription à notre newsletter :

[InscriptionNL | PAQS](#)

Chapitre 2

Nos moments incontournables et formateurs



Le reporting ESG dans le secteur de la santé santhea – UNESSA – Gibbis

Le 10 avril 2025, santhea a organisé, en collaboration avec UNESSA et GIBBIS, un séminaire consacré au reporting ESG dans le secteur des soins de santé. Cette matinée d'échanges a réuni de nombreux acteurs du secteur autour d'un enjeu devenu central : l'intégration des critères environnementaux, sociaux et de gouvernance dans la gestion et le pilotage des institutions de soins.

À travers les différentes interventions et discussions, les participants ont pu mieux comprendre les implications concrètes des nouvelles exigences européennes, notamment celles liées à la directive CSRD et aux évolutions réglementaires récentes. L'événement a également permis de mettre en lumière les opportunités que représentent les démarches de durabilité pour les institutions



de santé, dépassant ainsi la seule logique de conformité.

Les présentations d'experts ont apporté un éclairage précieux sur les attentes des acteurs financiers en matière de durabilité, ainsi que sur les responsabilités croissantes en matière d'audit et de transparence. Un atelier pratique a par ailleurs permis aux participants de se familiariser de manière concrète avec les concepts ESG et d'identifier les principaux défis liés à leur mise en œuvre dans le secteur des soins.

Cette rencontre a rappelé combien les institutions de santé se situent aujourd'hui au croisement de nombreux défis – sociaux, environnementaux et économiques – et combien il est essentiel d'anticiper et de structurer les démarches de durabilité. Elle a également illustré la volonté des fédérations partenaires de soutenir leurs membres dans cette transition et de favoriser le partage d'expériences au sein du secteur.



Journées d'études

Les 5 et 6 juin 2025, santhea a organisé une nouvelle édition de ses traditionnelles Journées d'études au Castel de Pont-à-Lesse. Cet événement annuel, qui rassemble plus de 150 gestionnaires, médecins et professionnels des soins, constitue un moment privilégié de rencontre, de réflexion et de partage entre les membres de la fédération.

La première journée était consacrée à la thématique de la durabilité dans le secteur des soins de santé. À partir du constat de l'empreinte carbone importante du secteur et des objectifs européens de neutralité climatique, les différentes interventions ont permis d'explorer les leviers concrets permettant d'intégrer les enjeux environnementaux dans la gestion des institutions de soins. Les participants ont ainsi pu découvrir des cadres d'action régionaux et internationaux, ainsi que des retours d'expérience inspirants d'établissements déjà engagés dans des démarches de transformation durable. L'après-midi a également proposé un atelier participatif autour d'un outil pédagogique permettant de sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux du développement durable.

La seconde journée a porté sur la réutilisation des données de santé et les perspectives ouvertes par l'Espace européen des données de santé (EHDS). Les échanges ont permis de mieux comprendre les implications de ce futur cadre européen pour les institutions de soins, notamment en matière de partage, de protection et de valorisation des données. Plusieurs intervenants issus des autorités publiques, du monde académique et du secteur pharmaceutique ont apporté un éclairage complémentaire sur les enjeux scientifiques, réglementaires et éthiques liés à ces évolutions.

Au-delà de la richesse des interventions, ces deux journées ont une nouvelle fois confirmé l'importance de ces rencontres comme temps fort de la vie fédérative, favorisant les échanges informels, le partage d'expériences et la construction d'une réflexion collective sur les grands défis qui traversent le secteur des soins de santé.



Masterclass Hôpitaux

Les 2 et 3 octobre 2025, santhea a organisé la deuxième édition de sa Masterclass Hôpitaux, sous la forme d'un séminaire résidentiel de deux jours destiné aux cadres et professionnels impliqués dans la gestion des hôpitaux.

Face à un environnement en constante évolution — marqué notamment par les réformes du financement hospitalier, les transformations





**Colloque « IA en santé :
progrès technologique &
responsabilité humaine »
santhea - UNESSA**

de la gouvernance, les défis technologiques ou encore les nouvelles exigences réglementaires — cette initiative visait à offrir aux participants une vision globale et structurée du fonctionnement du système hospitalier. L'objectif était de permettre aux participants de mieux comprendre les mécanismes institutionnels, économiques et organisationnels qui façonnent la réalité hospitalière.

À travers différentes interventions et échanges, la Masterclass a abordé les grandes thématiques qui structurent le secteur : organisation du système de soins de santé, processus décisionnels liés au budget des soins de santé, rôle des différents acteurs institutionnels, financement et organisation des hôpitaux, concertation sociale ou encore gestion des données de santé.

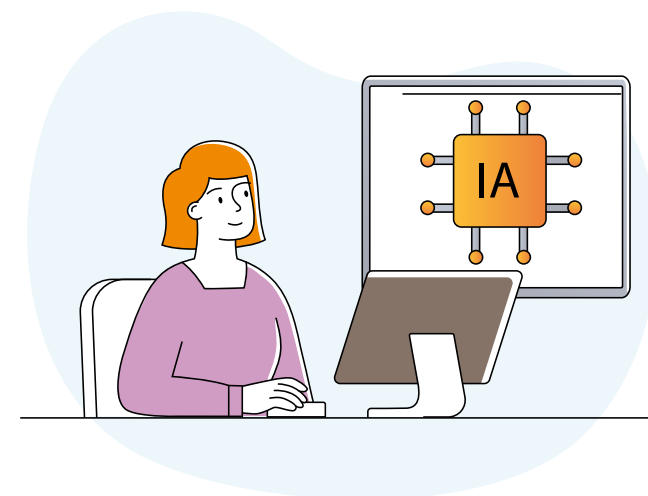
En plus des contenus proposés, ce séminaire a également constitué un moment privilégié pour favoriser les échanges entre participants et encourager la création d'un réseau de gestionnaires hospitaliers partageant des préoccupations communes.

Le 3 octobre 2025, santhea et UNESSA ont organisé un colloque consacré à l'intelligence artificielle dans le secteur des soins de santé. Cette journée d'échanges a réuni experts, décideurs, chercheurs et acteurs de terrain afin d'explorer les perspectives offertes par ces technologies émergentes, tout en abordant les questions de responsabilité, d'éthique et de cadre réglementaire qu'elles soulèvent.

Sous la modération du Dr Philippe Lejeune, les interventions ont permis d'éclairer les participants sur les évolutions législatives et les exigences encadrant le développement et l'utilisation de l'IA en santé. Plusieurs retours d'expérience concrets ont également illustré la manière dont certaines institutions de soins commencent à intégrer ces outils dans leurs pratiques, que ce soit dans l'aide au diagnostic, l'organisation des soins ou la gestion des données.

Outre les aspects technologiques, les échanges ont mis en évidence l'importance d'un déploiement maîtrisé de l'intelligence artificielle, fondé sur la transparence, la protection des données et le respect des valeurs fondamentales du soin. Ce colloque

a ainsi offert un espace de réflexion collective sur la manière d'articuler innovation technologique et responsabilité humaine, dans un secteur où les enjeux scientifiques, organisationnels et éthiques sont étroitement liés.





Matinée de présentation BMF

Le 7 octobre 2025, santhea a organisé une matinée consacrée au BMF, principalement à destination des directeurs financiers et des contrôleurs de gestion de nos institutions membres.

Cette rencontre a permis de faire le point sur les modalités de calcul du BMF au 1^{er} juillet 2025, sur les décisions récentes prises au niveau fédéral, ainsi que sur l'évolution du programme P4P et du mécanisme de financement lié aux patients à profil socio-économique plus vulnérable.

Au-delà des aspects techniques, cette matinée a offert un espace d'échange privilégié entre experts du terrain, permettant de mieux appréhender les impacts concrets de ces évolutions pour les institutions de soins.



Workshop paysage hospitalier

Le 25 novembre 2025, santhea a organisé un workshop consacré à l'évolution du paysage hospitalier en Wallonie. Cette matinée de réflexion avait pour objectif de rassembler les membres autour d'un enjeu structurant pour l'avenir du secteur : l'organisation future des hôpitaux et les transformations attendues dans les années à venir.

La rencontre a permis de partager une revue de la littérature relative aux évolutions observées dans différents systèmes de santé, notamment en matière de taille optimale des établissements, de spécialisation des activités, de coopération entre institutions et de développement des soins intégrés. Les participants ont également pu prendre connaissance des propositions déjà formulées dans le débat public ainsi que des positions exprimées par d'autres acteurs du secteur.

Au-delà de cette mise en perspective, les échanges ont offert aux membres l'opportunité d'exprimer leurs analyses, leurs préoccupations et leurs attentes face aux transformations en cours. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de santhea de co-construire avec ses membres une vision partagée de l'évolution du paysage hospitalier, en tenant compte à la fois des réalités de terrain et des orientations politiques à venir.

Compte tenu de l'importance et de la complexité de cette thématique, les discussions engagées lors de cette matinée seront poursuivies dans le cadre d'un groupe de travail dédié dès 2026, afin d'approfondir les réflexions et de contribuer activement aux débats qui façonneront l'organisation future du secteur hospitalier.



Nos membres

6



Hôpitaux

1	C.H. de Mouscron	MOUSCRON
2	C.H. du Bois de l'Abbaye	SERAING
3	C.H. EpiCURA - Ath	ATH
4	C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu	HORNU
5	C.H. Le Domaine	BRAINE-L'ALLEUD
6	C.H.R. de Huy	HUY
7	C.H.R. du Val de Sambre	SAMBREVILLE (AUVELAIS)
8	C.H. Reine Astrid Malmedy	MALMEDY
9	C.H.R. Haute Senne	SOIGNIES
10	C.H.R. Namur	NAMUR
11	C.H.R. Verviers East Belgium	VERVIERS
12	C.H.U. de Liège	LIÈGE
13	C.H.U. Helora – site Kennedy	MONS
14	C.H.U. Tivoli	LA LOUVIÈRE
15	CHwapi	TOURNAI
16	Clinique André Renard	HERSTAL
17	C.R.P. Les Marronniers	TOURNAI
18	Hôpital de La Citadelle	LIÈGE
19	HUmani – Centre de Santé des Fagnes	CHIMAY
20	HUmani - Hôpital André Vésale	MONTIGNY-LE-TILLEUL
21	HUmani - Hôpital Civil Marie Curie	LODELINSART
22	Intercommunale G. Passelecq - Chêne aux Haies	MONS
23	I.S.o.S.L. - C.H.P. Petit-Bourgogne	LIÈGE
24	I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé L'Accueil	LIERNEUX
25	I.S.o.S.L. - Valdor-Pèrî	LIÈGE
26	VIVALIA - Centre Hospitalier Centre Ardenne	LIBRAMONT
27	VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg	ARLON
28	VIVALIA - Hôpital de Marche	MARCHE-EN-FAMENNE
29	VIVALIA - Hôpital psychiatrique de Bertrix	BERTRIX

MR/MRS

1	Bonne Maison de Bouzanton (Intercommunale G. Passelecq)	MONS
2	Centre de soins Saint-Joseph (INAGO)	MORESNET
3	Domaine de L'Ambra (VIVALIA)	SAINTE-ODE
4	Domaine des Blés Dorés (ISoSL)	VILLERS-L'ÉVÊQUE
5	Domaine des Riezes et Sarts (SOLIDARIS)	CUL-DES-SARTS
6	Heureux Séjour (HUmani)	COURCELLES
7	Home de Seny (CHU DE LIÈGE)	TINLOT
8	Home Franchimontois (CPAS)	THEUX
9	Home La Concille (VIVALIA)	FLORENVILLE
10	Home Saint Jean Baptiste (VIVALIA)	VILLERS DEVANT ORVAL
11	La Bouvière (VIVALIA)	VIELSAM
12	La Closière (CPAS)	ERPENT
13	Mariemont Village (LA MAISON DE MARIEMONT)	MORLANWELZ
14	Le Couquemont (CPAS)	DISON
15	Le Doux repos (CPAS)	MANAGE
16	Le Grand Pré (CPAS)	WÉPION
17	Le Mont Falise (CHRH)	HUY
18	Le Vignoble (CPAS)	BRAINE-L'ALLEUD
19	Les Chardonnerets (CPAS)	JAMBES
20	Les Heures Claires (CAHC)	SPA
21	Les Jolis Bois (CPAS)	SAINT-GEORGES-SUR-MEUSE
22	Les Jours Paisibles (SOLIDARIS)	BAUDOUR
23	Maison d'Harschamp (CPAS)	NAMUR
24	Nouvelle Quiétude (HUmani)	MONTIGNY-LE-TILLEUL
25	Résidence Ange-Raymond Gilles (INTERSENIORS)	JEMEPPE-SUR-MEUSE
26	Résidence Champagnat (AIGT)	COUVIN
27	Résidence Chantraine (INTERSENIORS)	SAINT-NICOLAS
28	Résidence Chassart (CPAS)	WAGNELÉE

29	Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont	GHLIN
30	Résidence Dejaifve (AISBS)	FOSSES-LA-VILLE
31	Résidence des Oliviers (VIVALIA)	VIRTON
32	Résidence du Thier (ISoSL)	LIÈGE
33	Résidence Do Grand Fa (CPAS)	MALMEDY
34	Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)	FLÉMALLE
35	Résidence du Bois d'Havré (Intercommunale G. Passelecq)	HAVRÉ
36	Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL)	ANS
37	Résidence Églantine (INTERSENIORS)	SERAING
38	Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS)	STAVELOT
39	Résidence La Barcarolle (CPAS)	STEMBERT
40	Résidence La Kan (INAGO)	AUBEL
41	Résidence Le Laetare (CPAS)	LA LOUVIÈRE
42	Résidence La Lainière (CPAS)	VERVIERS
43	Résidence La Plaine (ISoSL)	LIÈGE
44	Résidence Le Chalon (AIGT)	CHIMAY
45	Résidence Le Doux Séjour (ISoSL)	HERSTAL
46	Résidence Leonardo Da Vinci (ISoSL)	WELKENRAEDT
47	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG
48	Résidence Le Temps des Cerises (AISBS)	BIESME
49	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISoSL)	GRIVEGNÉE
50	Résidence Le Touvent (AIGT)	SIVRY-RANCE
51	Résidence Les Aubépines (CPAS)	HOUDENG-GOEGNIES
52	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
53	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	OUGRÉE
54	Résidence Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)	WAREMME
55	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	WAIMES
56	Résidence Les Orchidées (ISoSL)	GRIVEGNÉE

57	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	HUY
58	Résidence Les Saules (ISoSL)	BASSENGE
59	Résidence Les Templiers (CPAS)	FLEURUS
60	Résidence Les Trois Rois (ISoSL)	VISÉ
61	Résidence Louis Demeuse (ISoSL)	HERSTAL
62	Résidence Pierre Paulus (HUMANI)	CHÂTELET
63	Résidence Régina (INAGO)	MORESNET-CHAPELLE
64	Résidence Saint-Joseph (CPAS)	VERVIERS
65	Résidence Springuel-Hellin (CPAS)	SAINT-NICOLAS
66	Résidence Val des Séniors (VIVALIA)	CHANLY
67	Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)	HUY
68	Sainte-Elisabeth (CPAS)	HERVE
69	Sainte-Famille (CPAS)	THIMISTER-CLERMONT
70	Saint-Joseph (CPAS)	TEMPLoux
71	Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS)	BUTGENBACH
72	Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS)	SAINT-VITH

CAJ/CSJ

1	Bonne Maison de Bouzanton (Intercommunale G. Passelecq)	MONS
2	Domaine des Blés Dorés (ISoSL)	VILLERS-L'ÉVÊQUE
3	Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)	FLÉMALLE
4	La Bouvière (VIVALIA)	VIELSAM
5	La Cigale (INTERSENIORS)	WAREMME
6	La Maison de Mariemont	MORLANWELZ
7	Le Grand Pré (CPAS)	WÉPION
8	Les Heures Claires (CAHC)	SPA
9	Le Vignoble (CPAS)	BRAINE-L'ALLEUD
10	Nouvelle Quiétude (HUMANI)	MONTIGNY-LE-TILLEUL
11	Résidence des Oliviers (VIVALIA)	VIRTON
12	Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL)	ANS
13	Résidence du Thier (ISoSL)	LIÈGE
14	Résidence La Kan (INAGO)	AUBEL
15	Résidence La Plaine (ISoSL)	LIÈGE
16	Résidence Le Doux Séjour (ISoSL)	HERSTAL
17	Résidence Le Laetare (CPAS)	LA LOUVIÈRE
18	Résidence Les Aubépines (CPAS)	HOUDENG-GOEGNIES
19	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
20	Résidence Les Trois Rois (ISoSL)	VISÉ
21	Résidence Leonardo Da Vinci (ISoSL)	WELKENRAEDT
22	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG
23	Résidence Régina (INAGO)	MORESNET-CHAPELLE
24	Sainte-Elisabeth (CPAS)	HERVE

Résidences-services

1	Domaine des Blés Dorés (ISoSL)	VILLERS-L'ÉVÊQUE
2	Doux repos (CPAS)	MANAGE
3	Entour'Age (CPAS)	JAMBES
4	Isabelle Brunelle (CPAS)	NAMUR
5	L'Azalée (CPAS)	SAINT-NICOLAS
6	La Cité (ISoSL)	HERSTAL
7	Le Jardin des Couleurs du Temps (CPAS)	TEMPLoux
8	Les Alouettes (ISoSL)	VISÉ
9	Les Heures Claires (CAHC)	SPA
10	Les Jolis Bois (CPAS)	SAINT-GEORGES-SUR-MEUSE
11	Le Vignoble (CPAS)	BRAINE-L'ALLEUD
12	Mariemont Mieux-être (LA MAISON DE MARIEMONT)	MORLANWELZ
13	Mariemont Village (LA MAISON DE MARIEMONT)	MORLANWELZ
14	Résidence Bouvière (VIVALIA)	VIELSAM
15	Résidence Champagnat (AIGT)	COUVIN
16	Résidence des Hauteurs (ISoSL)*	LIÈGE
17	Résidence Do Grand Fa (CPAS)	MALMEDY
18	Résidence du Bois d'Havré (Intercommunale G. Passelecq)	HAVRÉ
19	Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL)	ANS
20	Résidence Le Chalon (AIGT)	CHIMAY
21	Résidence Le Laetare (CPAS)	LA LOUVIÈRE
22	Résidence Leonardo Da Vinci (ISoSL)	WELKENRAEDT
23	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG
24	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
25	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	WAIMES
26	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	HUY
27	Résidence Régina (INAGO)	MORESNET-CHAPELLE
28	Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)	HUY

* Appartements pour vieux ménages.

Conventions de revalidation

1	Alba (ALISES)	LA LOUVIÈRE
2	Asbl L'Intervalle (AIGS)	VOTTEM
3	Asbl L'Ancre (AIGS)	OUPEYE
4	Asbl Le Maillet (AIGS)	BEYNE-HEUSAY
5	Asbl Le Sablier (AIGS)	EBEN-EMAEL
6	Asbl Transit	BRUXELLES
7	Centre de Réadaptation de l'Enfant	LIÈGE
8	Clairs Vallons	OTTIGNIES
9	C.L.E.A.N. (ISoSL)	LIÈGE
10	Centre de Réadaptation fonctionnelle La Cordée	LIBRAMONT
11	Diapason (Diapason - Transition)	CHARLEROI
12	Ellipse (ALISES)	CARNIÈRE
13	La Fabrique du Pré	NIVELLES
14	La Pièce (L'Équipe)	BRUXELLES
15	La Traversière	NIVELLES
16	Le Foyer (L'Équipe)	BRUXELLES
17	Le Mènolou (CHU Tivoli)	LA LOUVIÈRE
18	Les Hautes Fagnes	MALMEDY
19	M.A.S.S. de Mons (Parenthèse asbl – Intercommunale G. Passelecq)	MONS
20	Poliade (Intercommunale G. Passelecq)	GHLIN
21	Section externat de l'Équipe	BRUXELLES
22	START-MASS (ISoSL)	LIÈGE
23	Transition (Diapason - Transition)	CHARLEROI

Mutualités

1	Mutualité socialiste du Luxembourg	SAINT-HUBERT
2	Solidaris Wallonie - Territoire Brabant Wallon	TUBIZE
3	Solidaris Wallonie - Territoire Centre, Charleroi et Soignies	CHARLEROI
4	Solidaris Wallonie - Territoire Namur	SAINT-SERVAIS
5	Solidaris Wallonie - Territoire Liège	LIÈGE
6	Solidaris Wallonie - Territoire Mons Wallonie picarde	ATH
7	Union Nationale des Mutualités Socialistes - Solidaris	BRUXELLES

Soins à domicile

1	Fédération des centres de services à domicile (FCSD)	CHARLEROI
2	Soins à domicile (Solidaris Brabant)	BRUXELLES

Polyclinique

1	Centres spécialisés du Hainaut	LA LOUVIÈRE
---	--------------------------------	-------------

Laboratoires de biologie clinique et d'anatomopathologie

1	IPG	GOSELIES
---	-----	----------

Médecine du travail

1	Cohezio	BRUXELLES
---	---------	-----------

Petite enfance

1	F.I.L.E.	WAVRE
---	----------	-------

Planning familial

1	Sofélia	BRUXELLES
---	---------	-----------

Transfusion sanguine

1	Croix-Rouge de Belgique - Service du Sang	SUARLEE
2	Don de sang ASBL	CHARLEROI

Initiatives d'habitations protégées

1	HP Famenne - Ardenne (VIVALIA)	BETRIX
2	L'Ancrage (ALISES)	LA LOUVIÈRE
3	Le Relais	TOURNAI
4	Les Habitations Protégées Liégeoises (ISoSL)	LIÈGE
5	Notre Domaine (C.H. Le Domaine)	BRAINE-L'ALLEUD
6	Prélude (l'Équipe)	BRUXELLES

Maisons de soins psychiatriques

1	La Traversée (CRP Les Marronniers)	TOURNAI
2	Le Hameau (ISoSL)	LIERNEUX
3	Les Cèdres (ISoSL)	LIÈGE
4	Les Charmilles (ISoSL)	LIÈGE
5	Mozart (Intercommunale G. Passelecq)	MONS
6	M.S.P. Belle-Vue (VIVALIA)	ATHUS
7	PPH Haus Vitus (VIVIAS)	ST VITH

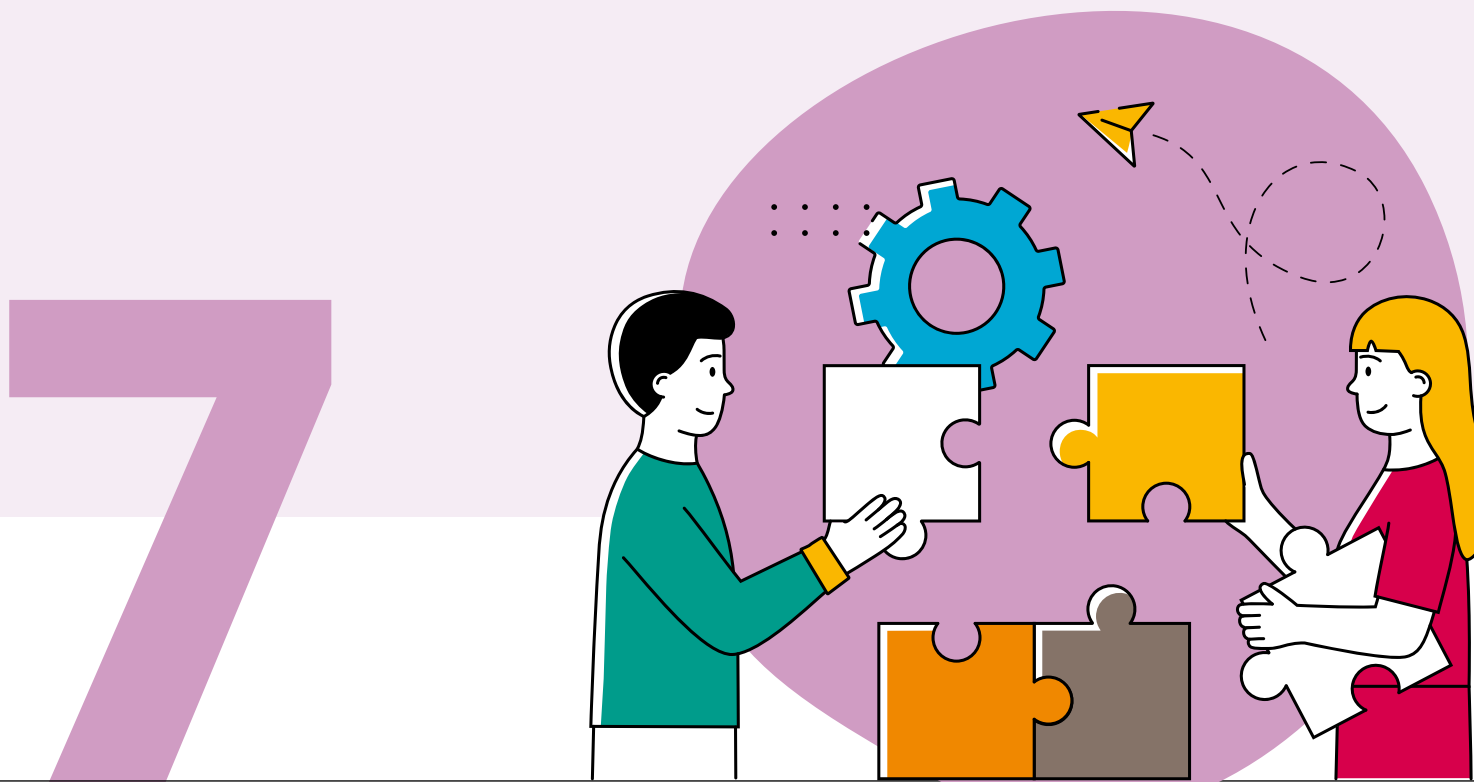
Services de santé mentale

Province de Namur :		Province de Liège :	
1	SSM d'Andenne	1	ACCoLADE (enfants-ado)
2	SSM de Beauraing	2	ACCoLADE (adultes)
3	SSM de Ciney		
4	SSM de Couvin		
5	SSM de Dinant		
6	SSM de Florennes		
7	SSM de Gembloux		
8	SSM de Jemelle		
9	SSM de Namur (Astrid)		
10	SSM de Namur (Balances)		
11	SSM de Taminés		

Autres institutions de soins

1	Asbl Fédération Régionale des Associations de Télémédecine Médicale (FRATEM)	LIÈGE
2	Association Laïque de Communautés Educatives (ANCE)	BRUXELLES
3	La Porte bleue - Centre d'Action pour Autisme en Province du Luxembourg (CAPAL)	LIBRAMONT

Gouvernance



Chapitre 1

Notre Conseil d'administration

Les réunions du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration de santhea se réunit mensuellement, sauf durant l'été. Il arrête le positionnement de santhea sur les sujets d'actualité et définit les orientations stratégiques de la fédération. Il veille également à la bonne réalisation de nos missions et à l'adéquation des services proposés avec les besoins du terrain.

En 2025, le Conseil a notamment traité les sujets suivants : la réforme du financement et de l'organisation des hôpitaux ; l'évolution du paysage hospitalier, au travers notamment des travaux menés au sein du CFEH et des contributions des fédérations ; le suivi du budget des soins de santé, incluant les perspectives pour 2026 ; l'évolution du financement de la biologie clinique ; ainsi que des enjeux spécifiques tels que le financement des cotisations de responsabilisation pour les pensions des agents statutaires.

Le Conseil a également suivi plusieurs dossiers législatifs et réglementaires structurants, parmi lesquels l'avant-projet de loi de réformes dans le secteur des soins de santé, le projet de loi relatif à l'interdiction de facturation de frais de confort en cas d'hospitalisation, ou encore la réforme du diagnostic et du traitement des apnées du sommeil. Les travaux ont par ailleurs porté sur des projets stratégiques pour la fédération et ses membres, tels que le développement de l'INAH, notamment dans le cadre des enjeux liés à l'EHDS, le projet « Satisfaction Patient/Résident », ou encore les initiatives en matière de durabilité et d'absentéisme. Le Conseil a également pris connaissance des possibilités de soutien aux institutions de soins par Wallonie-Santé.

Les administrateurs ont en outre été amenés à se prononcer sur plusieurs partenariats et affiliations, dont la convention de collaboration avec l'ANAP, ainsi que les demandes d'adhésion des ASBL d4hi et INAH. Ils ont également assuré le suivi des mandats au sein de différentes instances, notamment le CFEH, la CPNMH et l'UNIPSO.

Le Conseil a poursuivi ses missions de gestion courante de l'association, avec la clôture et l'approbation des comptes 2024, l'analyse du rapport du réviseur, l'approbation du rapport de gestion, ainsi que la préparation de l'assemblée générale. Il a également examiné le projet de budget et les cotisations pour 2026, et fixé le calendrier de ses réunions pour l'année suivante.

Enfin, le Conseil a défini les thématiques qui seront abordées lors des prochaines journées d'études, poursuivant ainsi son rôle d'impulsion et de réflexion au service des membres de la fédération.

Membres¹

Présidente :

Lambert Marie-Claire

Vice-Président :

C.H.U. Tivoli,

représenté par **Scillia Pietro**

APP Sambre & Meuse,

représentée par **Melen Claude**

C.H. de Wallonie-Picardie,

représenté par **Wattecamps Frédéricq**

C.H. du Bois de l'Abbaye,

représenté par **De Simone Stéphanie**

C.H. EpiCURA,

représenté par **Genbauffe Jean-Pierre**

C.H. Le Domaine,

représenté par **Praet Jean-Claude**

C.H.R. de Huy,

représenté par **Ronveaux Jean-François**

C.H.R. de la Haute Senne,

représenté par **Lossignol Isabelle**

C.H.R. Verviers East Belgium,

représenté par **Bonhomme Jérôme**

C.H.U. de Liège,

représenté par **De Paoli Marc**

C.R.P. Les Marronniers,

représenté par **Hecq Vincent**

Fédération des CSD,

représentée par **Choquet Sébastien**

Hôpital de la Citadelle,

représenté par **Portugaels Sylvianne**

Intercommunale Gabrielle Passelecq,

représentée par **Olivier Stéphane**

I.S.o.S.L.,

représentée par **Dumont Caroline**

HUmani,

représentée par **Dorigatti Michel**

Les Heures Claires,

représentée par **Ribourdouille Bernard**

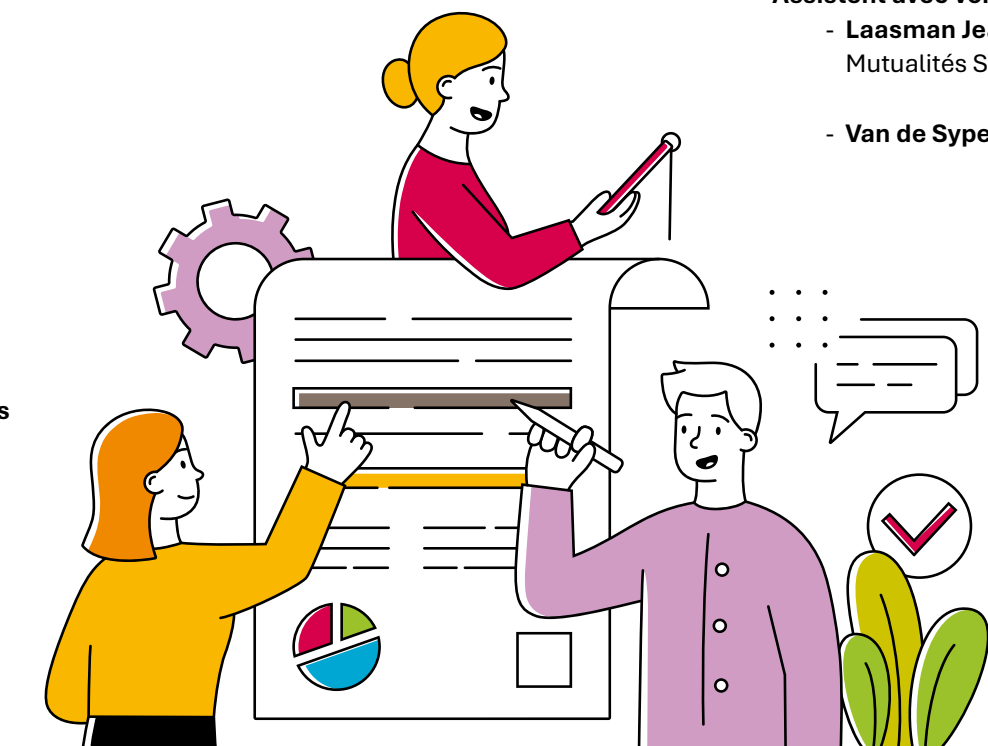
VIVALIA,

représentée par **Bernard Yves**

Assistent avec voix consultative

- **Laasman Jean-Marc** - Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) - Solidaris

- **Van de Sype Dominique** - Expert



¹ Juin 2026

Chapitre 2

Notre équipe



Yves Smeets
Directeur Général



Denis Herbaux
Directeur Général Adjoint



Emmanuel Ceysens
Conseiller Général a.i.



Edouard Aerts-Bancken
Conseiller RGPD
(aspects juridiques)



Sandra Berbion
Responsable secrétariat et
support communication



Nicolas Böttcher
Conseiller RGPD,
Analyses et études



Patrick Cammarata
Conseiller Analyses et études,
Financement (hors BMF)



Jean-François Colet
Coordinateur IT



Philippe Costard
Conseiller RGPD
(aspects IT)



Bertrand Dauriac
Conseiller RGPD
(aspects juridiques)



Martine Dufrasne
Secrétaire



Marie Furlan
Chargée de projets RSE



Amélie Goossens
Conseiller Analyses et études,
Financement (hors BMF)



Hélène Goossens

Conseiller Matières juridiques



Cécile Kestens

Conseiller Datawarehouse



Pierre-Yves Lambotte

Conseiller Aînés



François Leclercq

Conseiller Santé mentale



Philippe Lejeune

Conseiller Matières
médicales, RGPD



Corentin Leterme

Assistant Datawarehouse,
Conseiller en prévention



Marina Liétar

Conseiller Financement
hôpitaux



Delphine Mathieu

Conseiller Matières
médicales



Sophie Paczkowski

Responsable communication



Michel Praet

Conseiller Nomenclature
et tarification, Technologies
médicales



Nathalie Thomas

Conseiller Soins infirmiers



Marc Xhrouet

Conseiller Santé mentale,
Revalidation, Concertation
sociale



SIÈGE DE BRUXELLES & SIÈGE SOCIAL

Rue du Pinson 36
1170 Bruxelles
T +32 2 210 42 70

SIÈGE DE WALLONIE

Namur Office Park
Avenue de Dessus-de-Lives 12
5101 Loyers

RPM Bruxelles 0807 643 081
IBAN BE87 8791 5011 0194
BIC BNAGBEBB

santhea 