SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Bruxelles, le 11/12/2025

Réf. : CFEH/D/623-3 (*)

Avis concernant l'AIM pour des soins hospitaliers résilients et efficaces – 1er partie

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 11/12/2025 et ratifié par le Bureau à cette même date

Introduction

Le Conseil souhaite scinder l'avis.

Dans ce premier avis, le Conseil salue le souhait exprimé dans la demande d'avis de réutiliser le budget HOST afin de financer l'IPC et l'AMS dans les hôpitaux. Concernant les modalités concrètes de financement, en revanche, il exprime son désaccord avec la proposition de financement jointe à la demande d'avis, et approfondit les raisons de ce désaccord de principe.

Dans un deuxième avis, que le Conseil s'engage à rédiger pour février 2026 au plus tard, il formulera une proposition alternative pour le financement « AIM ». Celui-ci mettra l'accent sur un modèle de financement :

- Intégré et tenant compte de financements préexistants ;
- Qui s'inscrit dans la tendance vers la simplification administrative ;
- Qui prévoit un cadre pour l'amélioration continue, sans impact sur le calcul.

Enfin, un troisième avis portera sur la poursuite de la participation et du financement du secteur hospitalier dans la stratégie AIM, telle qu'elle se déroule actuellement et sur la manière dont elle devrait évoluer à l'avenir. Pour ce dernier point, un délai supplémentaire est nécessaire compte tenu de l'importance, de l'ampleur et de la complexité de la stratégie

Par ailleurs, le Conseil s'interroge sur les raisons pour lesquelles le projet BEAST, résultat d'une collaboration longue de 2 ans entre les experts du terrain et délivrant des normes au niveau national, a été écarté. Le Conseil insiste pour que la politique relative à l'antimicrobial stewardship (AMS) dans les hôpitaux se base sur ce projet BEAST.

La nécessaire coordination nationale que requiert cette problématique ainsi que l'évaluation d'indicateurs peuvent déjà être abordées au sein du cadre déjà existant du P4P (cfr avis émis en 2022) : ces différents points, - en ce y compris la nécessité (ou non) d'en faire un projet pilote – seront abordés dans un avis ultérieur.

Avis du CFEH sur la proposition concernant le projet AIM

Le CFEH salue l'initiative visant à réaffecter le budget HOST pour un financement orienté vers l'IPC et l'AMS, mais marque son désaccord sur les modalités concrètes développées dans l'annexe à la demande d'avis. De plus, le CFEH regrette le processus de développement de la proposition. Les différents points de désaccord sont approfondis ci-dessous.

1. Processus : une communication compliquée et une faible implication du CFEH

Tout d'abord, le Conseil déplore la communication difficile autour de cette proposition. De nombreuses contributions ont été sollicitées dans différents organes, mais la note proposée montre que celles-ci ont été largement ignorées. D'autres parties prenantes (par exemple les fédérations hospitalières) n'ont pas été associées. Les fédérations hospitalières sont à présent sollicitées au travers du CFEH avec cependant une pression non justifiée en termes de délai de réponse. Nous reviendrons sur ce point dans un second avis ultérieur. Nous y intégrerons également des recommandations sur la manière d'améliorer la communication avec et pour les hôpitaux concernant cette matière.

2. Montant disponible pour le projet AIM (15,2 millions) vs budget HOST (22 millions)

Par ailleurs, le Conseil déplore que les moyens effectivement non utilisés n'aient pas été réservés à d'autres projets AIM dans les hôpitaux. Le Conseil estime que l'intégralité du budget de 22 millions d'euros doit être consacrée à ce projet AIM.

Le budget initial de 22 millions d'euros, prévu pour les hôpitaux afin d'exécuter la mission HOST, a été financé au niveau des réseaux. Comme un certain nombre de réseaux n'ont pas réussi à le mettre en œuvre, le secteur perd injustement ces ressources. Le passage du niveau des réseaux à celui des hôpitaux a un impact sur l'ensemble des établissements hospitaliers.

En outre, le Conseil déplore que les efforts demandés aux hôpitaux et le budget prévu en contrepartie ne soient pas équilibrés. Les efforts requis pour le projet HOST et pour la proposition actuelle ne sont d'ailleurs pas comparables.

Il ne faut pas non plus passer sous silence certaines réalisations importantes du projet HOST, notamment la collaboration et le soutien apportés aux maisons de repos et de soins.

Il s'agit principalement de projets d'amélioration et d'uniformisation concernant la PCI (Prévention et Contrôle des Infections) et l'AMS (Antimicrobial Stewardship) au sein des réseaux hospitaliers.

Ils devront désormais poursuivre sans l'apport des experts des hôpitaux. Cette collaboration doit retrouver une certaine continuité sous une forme ou une autre. « Les bactéries et les virus ne restent pas derrière lorsque le résident déménage vers ou depuis l'hôpital ».

Le projet HOST a également constitué un élément de coopération entre les hôpitaux au sein des réseaux et, espérons-le, les hôpitaux continueront spontanément à le faire, ce qui reste bien entendu possible. Mais le fait de passer à un financement par hôpital en lieu et place d'un financement au niveau du réseau, constitue malgré tout un incitant en moins pour maintenir cette dynamique.

3. Modalités de financement : plusieurs sources d'inquiétude

La réglementation actuellement proposée se limite aux hôpitaux aigus. Le Conseil estime que les trois hôpitaux généraux disposant uniquement de lits agréés sous la lettre G et/ou la lettre Sp, combinés avec des lits agréés sous les lettres A, T ou K (impliqués à la fois dans les équipes d'hygiène en B4 et dans la gestion de l'antibiothérapie en B5), doivent également être associés à ces projets. Les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de revalidation flamands devraient aussi pouvoir y participer.

Les modalités concrètes de répartition des moyens soulèvent encore de nombreuses questions qui seront examinées plus en profondeur lors des travaux ultérieurs du groupe de travail afin d'aboutir à une nouvelle proposition. Un aperçu de ces réflexions est repris en annexe.

Conclusion

Le Conseil salue l'initiative de transformer le budget HOST en financement pour l'IPC et l'AMS, mais est fondamentalement en désaccord avec la proposition qui figure dans la demande d'avis, pour toutes les raisons exprimées ci-dessus.

Dans ce contexte, le Conseil estime qu'il convient de revoir fondamentalement les modalités de financement et que le groupe de travail doit prendre le temps nécessaire pour s'y atteler. Il s'engage à formuler une proposition alternative pour février 2026 au plus tard, afin de pouvoir intégrer les nouvelles modalités de financement dans le BMF de juillet 2026. Le financement proposé s'inscrira dans la volonté de réutiliser le budget HOST pour financer l'hygiène hospitalière et l'AMS tel que cela a été proposé, mais mettre l'accent sur un modèle de financement :

- Intégré et tenant compte de financements préexistants ;
- Qui s'inscrit dans la tendance vers la simplification administrative ;
- Qui prévoit un cadre pour l'amélioration continue, sans impact sur le calcul.

Enfin, tel que mentionné déjà plus haut, la problématique de l'IPC et de l'AIM ne pourra être envisagée que dans le cadre plus large de la réforme du paysage hospitalier.

Annexe : aperçu des remarques concernant les modalités de financement proposées dans la demande d'avis, qui seront prises en compte dans les travaux ultérieurs afin d'aboutir à une nouvelle proposition.

En remarque préalable, le Conseil estime que l'introduction du système P4R est prématurée et qu'il serait préférable de procéder à une analyse plus approfondie avant son déploiement. Pour les hôpitaux, cela soulève de nombreuses questions. Ce système doit donc être évalué en tant que tel. Le Conseil s'interroge sur la plus-value d'un tel système, notamment au regard de la proportionnalité entre le budget concerné (85.000 € par hôpital) et les obligations administratives qui en découlent. Le P4R pourrait également avoir un impact négatif sur le développement futur de l'AMS. En outre, dans le cas du PCI, la mise en œuvre de revues par les pairs via les indicateurs CHIPS créerait également une charge administrative lourde et introduirait un risque en termes d'impartialité de l'évaluation. De plus, avec le budget alloué prévu, il est illusoire de penser qu'il sera possible d'engager du personnel supplémentaire.

Le Conseil souligne que les indicateurs doivent être connus le plus vite possible et déplore que l'identification de ceux-ci n'ait pas fait l'objet d'une quelconque implication du CFEH. Il souligne également les conséquences concrètes pour les personnes qui se sont investis pendant deux années sur ce projet et qui ont accumulé de l'expertise en la matière : si certains ont pu réintégrer leur hôpital, d'autres ont dû être licenciés.

Le relèvement de la norme minimale pour les équipes PCI des hôpitaux généraux est évidemment positive, surtout avec l'introduction des CHIPS, mais cela demande énormément de temps.

La charge administrative pour l'hôpital est cependant excessivement lourde par rapport au budget octroyé et doit être simplifié, le mot d'ordre actuel étant la simplification administrative

L'introduction d'un facteur d'incertitude (P4R) pour la partie du budget consacrée à l'AMS risque de dissuader les hôpitaux d'y affecter du personnel supplémentaire, s'ils ne peuvent compter sur l'intégralité du budget de 85 000 €, budget déjà largement insuffisant. En AMS et en IPC, ce sont avant tout les ressources humaines qui comptent, plus que les moyens financiers. Il est essentiel de garantir le financement d'un nombre suffisant d'ETP.

Une question supplémentaire se pose à ce sujet : si la seconde partie de ce budget (45 000 €) pour l'AIM n'est finalement pas attribuée à l'hôpital (parce que les objectifs proposés n'ont pas été atteints), elle doit être intégralement réinvestie dans le secteur (hôpitaux AIM) si elle n'est pas utilisée.

Compte tenu des ressources limitées disponibles, le sous-budget AMS ne peut actuellement tenir compte de la complexité, du type de lits (par exemple soins intensifs, néonatologie, brûlés…) et de la taille des hôpitaux.

S'agissant des aspects « complexité » et « grandeur de l'hôpital » en lien avec une éventuelle différenciation des montants attribués, le CFEH reviendra sur cette question dans un avis ultérieur : il souligne déjà l'importance de penser dès maintenant cette problématique dans la perspective du chantier de la future réforme du paysage hospitalier, qui immanquablement, va limiter le nombre de petits hôpitaux et encourager les fusions. A ce jour, il n'y a pas d'accord sur les paramètres permettant la répartition du budget.

De plus, s'agissant du budget octroyé, le Conseil souligne que s'il est bien convenu qu'un premier financement sera octroyé, la deuxième partie de ce dernier ne sera dû que s'il satisfait à des critères de résultats : cela signifie que l'hôpital se verra dans l'obligation d'un préfinancement pour cette seconde partie, ce qui n'est pas acceptable.

La liste des projets/indicateurs possibles parmi lesquels les hôpitaux devront choisir pour le budget AIM (sous-partie AMS) doit être communiquée aux hôpitaux le plus rapidement possible, ainsi que la méthode d'évaluation permettant de déterminer s'ils obtiendront ou non la partie variable de ce budget. Cela leur permettra de faire des choix plus rapides et plus judicieux, augmentant ainsi leurs chances de réussite.

Le Conseil souligne, que s'agissant de cette liste possible d'indicateurs, le Conseil n'a nullement été associé à l'élaboration de cette liste.