

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

SynDigitalPro : La vision des établissements de soin en matière de digitalisation

Livre Blanc



La vision des établissements de soin en matière de digitalisation

imprint

© 2026 SynDigitalPro
Tous droits réservés.
Aucune partie de ce document ne peut être
reproduite, sans l'autorisation expresse des
auteurs.
Toute demande peut être envoyée à :
info@ozconsulting.be.
LB 4

Introduction

Parler de transformation numérique en santé, c'est parler d'un mouvement à la fois inéluctable et profondément exigeant. Inéluctable, parce que les pressions démographiques, épidémiologiques et organisationnelles qui pèsent sur nos systèmes de santé rendent indispensable le recours à des outils capables d'optimiser les processus, d'améliorer la qualité des soins et de fluidifier les parcours. Exigeant, parce que cette transformation touche à l'humain dans sa double dimension : celle du patient, dont l'expérience de soins doit rester au centre de toute démarche ; et celle du professionnel, dont les pratiques, les compétences et l'identité professionnelle sont appelées à évoluer profondément.

Le contexte géopolitique et sanitaire des dernières années a considérablement accéléré cette dynamique. La crise du COVID-19 a démontré, parfois brutalement, la capacité du secteur à adopter des solutions numériques en urgence — téléconsultation, dossiers dématérialisés, coordination à distance — et a ouvert la voie à une intégration plus structurelle de ces outils. Simultanément, les réglementations se sont renforcées : le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'European Health Data Space (EHDS) et le règlement européen sur l'intelligence artificielle (AI Act) posent désormais les bases d'un cadre juridique et éthique qui conditionne tout déploiement responsable du numérique en santé.

C'est dans ce contexte que le projet Interreg SynDigitalPro prend tout son sens. En rassemblant des établissements et institutions de part et d'autre de la frontière franco-belge, il ambitionne de construire des ponts entre des systèmes de santé aux trajectoires différentes mais aux défis communs : comment assurer une digitalisation centrée sur le patient ? Comment préparer les professionnels à cette transition ? Comment lutter contre la fracture numérique ? Comment gouverner les données de santé de manière éthique et interopérable ?

Ce séminaire a posé ces questions avec franchise et ambition. Les pages qui suivent en restituent les grandes conclusions, articulées autour de six axes majeurs : l'éthique de l'intelligence artificielle en santé, les stratégies nationales de digitalisation, l'état des lieux dans les établissements, l'impact sur le patient et les soins, la transformation des métiers, et enfin les perspectives et défis à l'horizon 2050.

L'IA en santé : comprendre ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas

Avant même d'aborder les questions éthiques, l'expert en éthique de l'IA qui animait la session a posé un préalable fondamental : démystifier l'intelligence artificielle. Dans un domaine où les fantasmes, positifs comme négatifs abondent, cette clarification conceptuelle est indispensable.

L'IA, dans son état actuel, est une machine. Elle calcule des probabilités, traite des données à une vitesse et à une échelle impossibles pour l'être humain, identifie des schémas dans des volumes massifs d'informations. Ce qu'elle ne fait pas, en revanche, c'est penser, raisonner ou créer du sens. Les modèles de langage que l'on désigne parfois comme des « systèmes de réflexion » ne réfléchissent pas : ils simulent la réflexion en calculant la probabilité statistique de la prochaine séquence de mots.

« Une IA ne crée pas de lien entre cause et effet. Elle calcule des probabilités de ce qui pourrait suivre dans une conversation. C'est tout. Mais nous sommes les seuls à pouvoir donner du sens à ce qu'elle produit. »

Cette distinction n'est pas anodine : elle détermine toute l'architecture éthique de l'usage de l'IA en santé. Si l'IA ne pense pas, alors la responsabilité de la décision reste toujours et entièrement humaine. Le professionnel de santé ne peut pas se retrancher derrière un algorithme pour justifier un diagnostic ou une orientation thérapeutique.

Pour illustrer cette réalité avec une pédagogie saisissante, une intervention dont la structure avait été entièrement générée par un assistant IA personnel a été présentée — un outil enrichi de l'ensemble de ses recherches personnelles. Dans cette présentation, l'IA a commis une erreur factuelle grave sur le concept de « garantie humaine », le définissant comme le recours à une revue pluridisciplinaire pour les cas complexes, alors qu'il s'agit en réalité d'un comité structuré supervisant l'ensemble du cycle de vie d'un outil IA. Le message est puissant : même une IA bien entraînée, nourrie par les travaux d'un expert, peut produire des erreurs que seul un expert peut détecter.

Les cinq piliers éthiques de l'usage de l'IA

À partir de cette base conceptuelle, un cadre éthique a été présenté, structuré autour de cinq principes fondamentaux directement applicables à tout professionnel ou établissement souhaitant déployer ou utiliser une solution d'IA.

La bienfaisance

Premier principe : l'IA ne doit être utilisée que lorsqu'elle présente un avantage réel et avéré pour le patient ou pour la qualité des soins. Ce n'est pas parce qu'une technologie est disponible, innovante ou à la mode qu'elle doit être déployée. La bienfaisance impose de démontrer, préalablement, que l'outil apporte une plus-value mesurable — en termes de précision diagnostique, d'efficacité organisationnelle ou de confort du patient.

La non-malfaisance

Souvent présentée comme le pendant logique de la bienfaisance, la non-malfaisance est en réalité un principe autonome. Elle renvoie aux effets de bord potentiellement dangereux de l'IA. Par exemple, lors de l'analyse d'une imagerie médicale, un système d'IA peut identifier — en périphérie de la zone analysée — une anomalie non sollicitée. La décision de suivre ou d'ignorer cette alerte est une décision médicale qui ne peut pas être déléguée à l'algorithme. Ne pas anticiper ces situations peut conduire à des préjudices involontaires.

L'autonomie

C'est le principe le plus fondamental de tout le cadre : le professionnel de santé reste en charge à tout moment. Le praticien ne peut pas légitimer une décision en disant « l'IA me l'a dit ». De même, le patient a le droit de refuser que son parcours de soins fasse intervenir une IA. Ce triangle — IA, soignant, patient — est hiérarchisé de façon claire : la relation patient-soignant prime toujours sur la recommandation algorithmique.

La justice et l'équité

Les IA sont entraînées sur des corpus de données qui ne représentent pas uniformément l'ensemble de la population. Les personnes disposant d'un accès limité à Internet, les populations âgées, les minorités linguistiques ou culturelles sont souvent sous-représentées dans les jeux de données d'entraînement. Il en résulte des biais systémiques qui peuvent conduire à des diagnostics moins précis pour certains groupes de patients. À cela s'ajoute le risque d'une « médecine à deux vitesses » : ceux qui ont accès à des professionnels humains qualifiés, et ceux qui devront se contenter d'une interface algorithmique — une perspective profondément inégalitaire.

L'éco-responsabilité

Ce cinquième pilier, souvent négligé dans les débats sur l'IA en santé, est pourtant d'une importance croissante. L'entraînement et l'utilisation des grands modèles d'IA consomment des quantités considérables d'énergie et de ressources naturelles. Avant de déployer une IA, il convient de se demander si l'usage prévu justifie ce coût environnemental. Utiliser une IA pour interpréter un ECG complexe n'a pas le même poids éthique que de l'utiliser pour répondre à une requête banale.

Le cadre légal : du RGPD à l'AI Act

Un point crucial souvent méconnu a été souligné en séance : le cadre légal entourant l'usage de l'IA en milieu professionnel est déjà substantiel. Depuis 2021, des réglementations suffisamment robustes existent pour encadrer les déploiements responsables. L'AI Act européen, désormais en vigueur, vient compléter ce dispositif en définissant des obligations précises en fonction du niveau de risque des applications.

Le principe clé du cadre légal, que tout professionnel de santé doit intégrer : dès lors qu'on utilise une IA dans un contexte professionnel, on en devient le déployeur et on en assume la responsabilité légale. Il n'y a pas de transfert de responsabilité vers le fabricant de l'outil : si une IA produit un mauvais diagnostic et que le praticien le suit sans exercer son jugement critique, c'est le praticien qui est responsable.

La garantie humaine – un principe juridique central

Au cœur de l'AI Act figure le concept de «garantie humaine». Contrairement à ce qu'une IA pourrait spontanément décrire (revue pluridisciplinaire pour cas complexes), il s'agit d'un dispositif de supervision structurel : un comité de garantie humaine supervise l'ensemble du cycle de vie d'un outil IA – de son développement à sa maintenance, en passant par l'utilisation des données et la comparaison des résultats avec des références humaines. Ce comité assure que, à chaque étape, des humains restent en contrôle de la machine.

Parmi les obligations pratiques découlant de ce cadre, une checklist d'implémentation a été proposée applicable à toute structure ou individu souhaitant déployer un outil IA : vérifier que l'outil est conforme aux certifications requises (marquage CE pour les dispositifs médicaux), lire et comprendre la notice d'utilisation et les limites de l'outil, informer le patient de l'utilisation de l'IA avant tout usage, revoir systématiquement les résultats produits par l'IA avant de les utiliser, et conserver la décision finale comme prérogative humaine.

Un dernier point a particulièrement retenu l'attention de l'assistance : le biais culturel des IA. La grande majorité des modèles d'IA dominants sont développés aux États-Unis, avec des corpus de données anglophones et une sensibilité culturelle américaine. Utiliser ces outils en Europe sans adaptation ni vigilance expose à des décalages culturels dans les recommandations, les formulations ou les représentations. Ce biais a été illustré avec humour : un assistant IA persistait à conclure des présentations par un «high five» enthousiaste, typiquement américain, révélant un décalage culturel que seule une vigilance humaine permet de corriger.

La France, une stratégie régionale structurée autour de six axes

Loïc Torosani, Responsable du service Numérique en Santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France, a présenté la politique de santé numérique mise en œuvre au niveau régional, en cohérence avec les orientations nationales portées par le Ségur du numérique en santé.

L'ARS des Hauts-de-France est un établissement public sous tutelle directe des ministères sociaux, dont la mission est le pilotage de la politique de santé publique régionale. Dans ce cadre, le numérique en santé constitue un objectif opérationnel à part entière du Schéma Régional de Santé, décliné en six thématiques :

- ▶ L'échange et le partage de données de santé, identifié comme le sujet le plus structurant du numérique en santé aujourd'hui
- ▶ La promotion des Espaces Santé (Mon Espace Santé), outil national à destination des usagers et des professionnels pour partager les données de santé autour du patient
- ▶ La cybersécurité, qui prend une importance croissante dans un contexte géopolitique tendu – l'ARS développe notamment un Centre Régional de Ressources Cyber
- ▶ L'accès et l'usage de la télésanté (télémédecine, téléadaptation, télésurveillance)
- ▶ La mise en place de services régionaux numériques coordonnant les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social
- ▶ La lutte contre la fracture numérique en santé, avec des actions ciblées sur les patients comme sur les professionnels

Pour mettre en œuvre ces orientations, l'ARS s'appuie sur un triptyque de gouvernance associant l'Assurance Maladie et le Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé (GRADeS), qui assure le déploiement opérationnel sur le terrain. Parmi les projets emblématiques en cours figurent un programme d'expérimentation de télésanté en santé mentale sur le territoire de l'Aisne – un territoire particulièrement défavorisé sur ce plan – et une stratégie d'urbanisation des échanges d'imagerie médicale.

« Si on n'a qu'un marteau à la main, tout ressemblera à un clou. L'IA est un outil parmi d'autres, l'important est d'avoir la bonne boîte à outils. »

La Belgique : leader européen de l'e-Santé et roadmap 2026-2029

Mickaël Daubie, Directeur général du Service des soins de santé à l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), a présenté la stratégie belge de digitalisation en santé — une stratégie que la Commission européenne a classée, dans une analyse de 2024, parmi les plus avancées du continent, plaçant la Belgique en tête du classement européen de l'e-Santé.

Cette position de leader s'explique notamment par la continuité stratégique : depuis 2012, les gouvernements successifs ont maintenu et enrichi une roadmap nationale du numérique en santé. La nouvelle roadmap 2026-2029, actuellement en cours de développement, s'organise autour de six clusters :

- Les fondations et services de base, portés par l'agence fédérale eHealth
- Le BIHR (Belgian Integrated Health Record), épine dorsale de l'écosystème numérique belge
- Le volet patient (maSanté.be), qui donne à chaque citoyen une vision de ses données de santé
- Le développement de la télémédecine et des applications mobile health
- Les soins intégrés, avec des programmes prioritaires déployés dans trois domaines : le programme périnatal (1000 jours), les personnes vulnérables et les adolescents obèses
- L'Espace Européen de Données de Santé (EHDS), avec la création d'une Health Data Agency nationale chargée de promouvoir les usages primaires et secondaires des données

Le BIHR mérite une attention particulière. Face au constat que les données de santé belges sont «nombreuses mais dispersées» — conséquence directe d'un État fédéral à la gouvernance complexe — l'idée d'un coffre-fort centralisé regroupant les données des 11 millions de Belges a été abandonnée au profit d'un écosystème connecté : des systèmes qui se parlent entre eux, avec des standards communs, une architecture intergouvernementale et une intégration fluide dans les pratiques des prestataires de soins.

Cette philosophie d'interopérabilité sans centralisation est présentée comme plus réaliste et plus respectueuse de la vie privée qu'une base de données centralisée — mais elle impose des défis considérables en matière de standardisation et de coordination entre les différentes entités fédérées.

Mickaël Daubie a également évoqué, avec une franchise bienvenue, les limites du système, la télémédecine reste «le parent pauvre» de la stratégie belge, les outils déployés dans certains domaines peinent à trouver leur vitesse de croisière, et le confédéralisme rend parfois difficile le déploiement harmonieux de politiques transversales (la définition même d'une «personne vulnérable» fait encore l'objet de désaccords entre régions).

L'e-Santé en chiffres (Belgique — 2024)

Selon l'étude de la Commission européenne de 2024 : la Belgique est classée première en Europe pour son niveau de maturité en e-Santé. Sa roadmap nationale existe depuis 2012 (soit 13 ans de continuité stratégique). Le système de santé belge pèse environ 45 milliards d'euros par an. Plus d'une centaine de solutions numériques composent le système d'information d'un hôpital belge de taille moyenne — une complexité qui illustre l'enjeu de l'interopérabilité.

L'hôpital CHwapi : innovation ouverte et coopération inter-établissements réellement intégrés

Jacques Godart, Chef du département Développements de santé au Centre Hospitalier de Wallonie-Picard (CHwapi), a partagé la vision et les pratiques d'un hôpital mutualiste belge en pleine transformation. Le CHwapi, actuellement en cours de regroupement de ses activités sur un site unique à l'horizon 2026-2027, a fait de la digitalisation un axe stratégique central, en l'inscrivant dans une logique d'innovation ouverte et de coopération inter-hospitalière. La démarche du CHwapi repose sur deux logiques complémentaires. D'une part, les initiatives de digitalisation émergent du terrain clinique : ce sont les praticiens et les équipes soignantes qui identifient les besoins et portent les projets. D'autre part, le département IT joue un rôle d'architecture et de gouvernance pour garantir la cohérence et la sécurité du système d'information global.

Parmi les initiatives les plus notables, Jacques Godart a évoqué le projet de «Tinder de la solution digitale de santé» : une plateforme de mise en connexion entre les hôpitaux qui ont un problème à résoudre et les acteurs du marché qui ont des solutions à proposer — ou vice versa. Cette démarche bilatérale vise à sortir d'une logique de démarchage commercial pour entrer dans une logique de co-construction autour d'un besoin réel. Le CHwapi a également coordonné un consortium de 10 hôpitaux belges, à l'initiative du SPF Santé Publique, pour développer des solutions facilitant la prise en charge des patients à domicile dans une logique transmurale — un projet ambitieux dont les premiers résultats sont encourageants, même si des améliorations sont encore attendues sur la qualité des plateformes.

Enfin, Jacques Godart a souligné l'importance d'un dispositif rarement mentionné : les «usagers-conseillers», des patients mobilisés pour évaluer les projets numériques avant leur déploiement. Ces usagers jouent un rôle de garde-fou précieux contre les dérives d'un système qui pourrait s'auto-entretenir dans sa propre logique technologique.

L'hôpital AZ Oostende : des données au service de l'innovation

Lieselot Cool, Datamanager à l'AZ Oostende (hôpital de taille moyenne implanté en Flandre), a présenté une approche particulièrement structurée de la gouvernance des données, organisée autour de trois piliers : la réutilisation des données pour le soutien à la décision, l'investissement dans l'innovation, et la garantie de la maturité des données pour les usages secondaires et l'Espace Européen de Données de Santé.

L'AZ Oostende s'appuie sur un département d'innovation baptisé «Hightide» — une référence aux hautes attentes que l'établissement place dans l'innovation. Ce département structuré s'articule autour de trois axes : améliorer la valeur pour les prestataires de soins, renforcer l'autonomisation du patient, et déployer des technologies intelligentes au service de la prise en charge.

Parmi les projets concrets présentés, le projet PROZA illustre parfaitement la valeur ajoutée d'une IA bien encadrée : intégré dans le dossier patient électronique, ce système d'IA identifie automatiquement les facteurs de risque d'ostéoporose — une pathologie souvent sous-diagnostiquée en raison de la complexité de l'historique médical des patients concernés. L'IA ne pose pas de diagnostic ; elle alerte le médecin, qui conserve l'entière responsabilité de l'évaluation. Un autre projet prometteur, CAVEL, expérimente l'utilisation de la reconnaissance vocale pendant les consultations de diététique et de psychologie, pour permettre aux professionnels de se concentrer pleinement sur l'interaction humaine tout en garantissant la qualité des comptes rendus générés automatiquement.

VZW De Lindeboom : réinventer le soin aux personnes âgées

Bart Dewaele, CEO de VZW De Lindeboom, organisation flamande spécialisée dans les soins de longue durée implantée sur trois zones géographiques (Knokke-Heist, Blankenberge, Maldegem), a apporté une perspective différente et précieuse : celle d'une structure médico-sociale confrontée à des enjeux de transformation particulièrement intenses, dans un contexte démographique qui place le vieillissement au cœur des priorités sanitaires des prochaines décennies. La philosophie de VZW De Lindeboom se distingue par son approche radicalement centrée sur l'individu. Refusant le modèle standardisé des maisons de repos «ghettos en périphérie de la ville», l'organisation prône l'intégration des structures de soin dans le tissu communautaire local, la personnalisation des accompagnements et la coopération avec les hôpitaux de seconde ligne. Les résidents sont d'ailleurs délibérément appelés «clients» – une terminologie qui reflète une vision profonde de l'autonomie et de la dignité des personnes accompagnées.

Sur la digitalisation, Bart Dewaele a adopté un ton mesuré : la technologie doit arriver progressivement, adaptée au rythme des personnes âgées et des équipes. La priorité absolue reste la relation humaine. Il a cependant reconnu que l'IA et les technologies numériques seront incontournables dans les soins aux personnes âgées des prochaines décennies, notamment pour soutenir les professionnels dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre structurelle.

LRS – Hôpital Villiers Saint-Denis : une stratégie numérique multi-axiale

Christelle Jobert, Cadre de Direction chargée des Partenariats, des Autorisations et de la Patientèle aux établissements LRS (La Renaissance Sanitaire) de Villiers Saint-Denis, a présenté la stratégie numérique d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) en région Hauts-de-France. L'établissement, qui dépend d'une fondation reconnue d'utilité publique, déploie ses activités sur le site de Villiers-Saint-Denis (Aisne) et propose une offre large : soins médicaux et de réadaptation (SMR) avec 300 lits d'hospitalisation complète et 40 lits d'hospitalisation de jour, structures médico-sociales (accueil de jour Alzheimer, plateforme de répit aux aidants, équipe de prévention inter-EHPAD), et un pôle de prévention ville-hôpital intégrant un habitat inclusif ouvert depuis janvier 2025.

La stratégie numérique de l'établissement s'articule autour de cinq objectifs clés : l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (traçabilité, centralisation des données patient, continuité des soins via le dossier patient informatisé), la facilitation de l'accès aux soins (Doctolib, Via Trajectoire pour l'orientation), le renforcement de la coordination entre acteurs (messagerie sécurisée de santé, systèmes d'informations partagées), l'autonomisation du patient (télésurveillance du diabète via My Diaby, Mon Espace Santé, dossier médical partagé), et l'optimisation organisationnelle (dictée et reconnaissance vocale, IA pour la planification des temps soignants).

Ce qui rend la présentation de LRS particulièrement instructive, c'est l'honnêteté avec laquelle Christelle Jobert a exposé les limites rencontrées : l'interopérabilité reste un défi majeur (si le destinataire d'une messagerie sécurisée ne dispose pas lui-même de cet outil, la communication sécurisée devient impossible) ; la fracture numérique concerne aussi les patients âgés ou éloignés du numérique qui doivent être accompagnés dans la création et l'usage de leur espace santé ; et l'acceptation par les professionnels de chaque nouvelle technologie demande un temps d'appropriation et de formation qui ne peut pas être escamoté.

La dimension technologique innovante de l'établissement se manifeste particulièrement dans son plateau technique de rééducation, qui intègre des exosquelettes de marche, la thérapie miroir, la réalité virtuelle pour la prévention des chutes, et un dispositif de télé-rééducation supervisée par les équipes. Ce dispositif, présenté plus en détail par Michael Hantz, Ergothérapeute et Référent Innovation Santé et Technologies, illustre concrètement comment la technologie peut démultiplier l'accès aux soins.

Vers un patient acteur de sa santé

La digitalisation modifie en profondeur la relation patient-soignant. Les outils numériques — dossier médical partagé, applications de suivi, dispositifs de télésurveillance — constituent de véritables leviers d'émancipation : ils donnent au patient accès à ses propres données et l'engagent activement dans ses choix thérapeutiques. Mais cette évolution est à double tranchant. Un patient surinformé, sans guidance professionnelle, peut opposer au praticien une lecture erronée de ses propres données. La littératie en santé devient dès lors un enjeu aussi stratégique que l'outil lui-même.

« Certains patients nous devancent en matière de digital. D'autres sont encore très éloignés de cette réalité. Ce sont deux défis différents, mais ils exigent tous les deux que l'on travaille sur la littératie en santé. »

Le domicile comme hôpital de demain

Un consensus fort a émergé : l'hôpital de demain, c'est le domicile. Traitements oncologiques par voie orale, antibiothérapie intraveineuse, dialyse péritonéale, télé-rééducation — autant de prises en charge qui se déroulent désormais hors les murs, avec un suivi à distance assuré par des outils numériques. Ce modèle va bien au-delà du confort : il change l'équation socio-économique du soin, favorise le maintien en activité professionnelle du patient et constitue un levier d'équité d'accès aux soins. En France, ces dispositifs sont désormais pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ce qui représente une reconnaissance institutionnelle de leur valeur clinique.

La fracture numérique en santé, une priorité absolue

La fracture numérique touche à la fois les patients et les professionnels. Trois dimensions doivent être adressées simultanément : l'équipement, les compétences et la confiance. Des réponses concrètes existent, assembleurs de l'inclusion numérique en Hauts-de-France, plan de littératie de l'INAMI, cellules de référents e-santé à LRS, intégration d'experts du vécu dans la conception des outils. Mais l'effort reste insuffisant au regard de l'ampleur du défi.

Résultats de l'enquête SynDigitalPro (2025)

Menée auprès de 109 professionnels de santé en France, Wallonie et Flandre, l'enquête de la CSD Mons-Wallonie Picarde dresse un constat clair : les outils numériques sont utilisés principalement pour les fonctions administratives. La digitalisation des soins progresse mais reste cloisonnée. L'IA, la robotique et les objets connectés demeurent marginaux. Les professionnels reconnaissent les bénéfices potentiels mais pointent des freins structurels persistants : coût, formation, interopérabilité. Conclusion phare : ils sont prêts à s'impliquer, à condition que les outils soient conçus avec eux et pour eux.

Transformation des métiers : menaces, opportunités et responsabilités

Les métiers centrés sur le diagnostic — imagerie, anatomopathologie, biologie clinique — sont les plus directement exposés à la transformation algorithmique. Si le risque d'une polarisation du marché du travail hospitalier est réel, la dynamique globale est plus complexe : l'IA libère du temps médical, densifie la chaîne de valeur et permet aux praticiens de traiter davantage de cas complexes. Elle ne supprime pas les métiers ; elle les réoriente.

Deux profils émergents sont particulièrement attendus selon le rapport OPCO intitulé Les métiers de la santé à l'horizon 2040 : les médiateurs du digital au bénéfice des patients, et les médiateurs du digital au bénéfice des praticiens. Le case manager, interface non clinique autour du patient, s'impose également comme un profil clé pour prévenir les ruptures de parcours dans un système de santé de plus en plus complexe.

Les établissements qui n'investissent pas dans la montée en compétences numériques de leurs équipes prennent un risque stratégique. La Croix-Rouge et le Groupe VYV illustrent ce que peut être une réponse ambitieuse : un programme VAE pour reconvertir des professionnels d'autres secteurs vers les métiers du soin, et neuf modules d'e-learning développés en coopération avec le Groupe Colisée. La logique est claire : mutualiser les ressources, partager les expériences, avancer collectivement.

**« On ne partage pas assez. On ne travaille pas assez ensemble.
Entre organismes de formation, entre groupes de protection
sociale, entre établissements, il faut qu'on coopère davantage. »**

Enjeux transversaux et perspectives

Au-delà des expériences présentées par chaque établissement, la journée a mis en lumière plusieurs enjeux transversaux qui conditionnent la réussite de toute stratégie de digitalisation en santé. Le premier est l'interopérabilité : tant que les systèmes d'information ne communiquent pas entre eux, chaque outil reste une île. Un patient suivi dans plusieurs structures continue de générer des données dispersées, contraignant les professionnels à des ressaisies répétitives, sources d'erreurs et de temps perdu. La réponse n'est pas la centralisation, mais l'adoption de standards communs — HL7 FHIR, SNOMED CT — dont la Belgique avec son BIHR et la France avec ses travaux d'urbanisation des échanges ont fait un axe stratégique central.

Le deuxième enjeu est la cybersécurité. Dans un contexte géopolitique tendu, les établissements de santé sont devenus des cibles prioritaires en raison de la sensibilité des données qu'ils détiennent. L'IA aggrave paradoxalement cette vulnérabilité : elle ouvre de nouveaux vecteurs d'attaque en même temps qu'elle renforce les capacités de détection. Les stratégies de protection doivent intégrer cette double réalité. En Hauts-de-France, la cybersécurité est désormais le troisième axe opérationnel du Schéma Régional de Santé, signe que l'urgence est pleinement reconnue. Troisième enjeu, et non des moindres : la gouvernance des données. Les données de santé ont une valeur considérable pour la recherche, l'innovation et l'amélioration des pratiques. Mais elles reflètent aussi les biais des populations qui les ont produites et les intérêts des institutions qui les collectent. Le règlement EHDS adopté en 2024 crée un cadre européen ambitieux pour leur partage sécurisé — dont AZ Oostende se prépare déjà à respecter les exigences. L'enjeu n'est pas de choisir entre protection et valorisation, mais de construire des modèles de gouvernance qui permettent les deux simultanément, avec une attention constante aux effets potentiellement inégaux de certains usages de l'IA.

Enfin, la table ronde s'est conclue par un exercice de prospective à horizon 2050. Les espoirs convergent : un système de santé plus fluide, un patient mieux informé et véritablement acteur de sa santé, des professionnels libérés des tâches répétitives et plus disponibles pour la relation humaine. Les craintes sont tout aussi partagées : une fracture numérique aggravée si les outils ne sont pas conçus pour tous, une déshumanisation rampante si la technologie s'interpose entre le soignant et le patient, une médecine à deux vitesses si l'accès à un praticien humain devient un luxe.

« 2050, ce n'est pas 2050. C'est 2025, 2026. Les besoins sont là maintenant, et c'est maintenant que chacun doit prendre ses responsabilités. »

Conclusion

Ce séminaire du projet SynDigitalPro aura été, avant tout, un temps de lucidité collective. La digitalisation de la santé n'est plus un horizon lointain : elle est déjà là, dans les plateaux techniques équipés d'exosquelettes et de réalité virtuelle, dans les algorithmes qui assistent les cardiologues, dans les applications que les patients utilisent pour suivre leur traitement, dans les tableaux de bord qui orientent les décisions managériales. Elle est aussi dans les tensions qu'elle génère, les inégalités qu'elle risque d'aggraver et les responsabilités qu'elle impose.

Ce qui ressort avec le plus de force de cette journée, c'est que la transformation numérique n'est pas un projet informatique.

C'est un projet humain. Il ne peut réussir qu'à deux conditions : que les professionnels soient formés, accompagnés et impliqués dès la conception des outils ; et que les patients, qu'ils soient connectés ou non, restent au centre de toutes les décisions. Ces deux conditions sont interdépendantes. Un outil conçu sans les soignants ne sera pas utilisé. Un outil conçu sans les patients ne les servira pas.

C'est un projet collectif, ensuite. Les établissements présentés lors de cette journée — CHwapi, AZ Oostende, VZW De Lindeboom, LRS — ont en commun d'avoir compris que la transformation numérique ne se fait pas seul. Elle se construit dans la coopération, la mutualisation des ressources et le partage des apprentissages. Le projet SynDigitalPro est précisément cet espace de mise en commun transfrontalière : la France, la Wallonie et la Flandre sont confrontées aux mêmes défis et avancent ensemble plutôt que de réinventer chacune de leur côté des solutions que l'autre a déjà testées.

C'est enfin un projet éthique, qui ne peut jamais se permettre d'oublier les plus vulnérables. La fracture numérique n'est pas une fatalité, mais elle ne se résorbe pas toute seule. Elle exige des politiques actives de littératie, des outils conçus avec les usagers les plus éloignés du numérique, et une vigilance permanente sur les biais que les algorithmes reproduisent ou amplifient. L'éthique de l'IA en santé n'est pas une contrainte réglementaire : c'est la condition même d'une digitalisation qui tienne ses promesses pour l'ensemble de la population.

La Croix-Rouge et le Groupe VYV ont offert la meilleure synthèse de cette journée : le numérique ne doit jamais devenir la finalité du soin. Il doit en rester le serviteur. Le professionnel de santé qui passe moins de temps à remplir des formulaires peut passer plus de temps à écouter. Le patient qui accède à ses données peut mieux comprendre sa situation et participer à ses choix thérapeutiques. La technologie, au fond, n'a de sens que si elle rapproche, les soignants entre eux, les professionnels et les patients, les institutions et les territoires. C'est cette boussole que SynDigitalPro entend garder en main, dans les années qui viennent.

Orateurs et intervenants

Animation et modération du séminaire

Jean-Paul Delmeire

COO OZConsulting

Stratégies nationales de digitalisation en santé

Loïc Torosani

Responsable du service Numérique en Santé

Mickaël Daubie

Directeur général, Service des soins de santé

INAMI (Belgique) à l'ARS Hauts-de-France

Digitalisation dans les établissements de soin

Jacques Godart

Chef du département Développements de santé

CHwapi (Belgique)

Lieselot Cool

Datamanager - AZ Oostende (Belgique)

Bart Dewaele

CEO - VZW De Lindeboom (Belgique)

Christelle Jobert

Cadre de Direction, Partenariats, Autorisations et Patientèle

LRS – Hôpital Villiers Saint-Denis

Michael Hantz

Ergothérapeute DE, Référent Innovation Santé et Technologies

LRS – Hôpital Villiers Saint-Denis

Accompagnement du changement

Croix-Rouge Compétence

Formation et accompagnement des professionnels de santé

VYV Groupe mutualiste, partenaire du programme SynDigitalPro

Les opérateurs du projet



Les opérateurs associés du projet

Observatoire Franco-Belge de la Santé

Province de Namur (Belgique)

AVIQ - Agence Wallonne de la Santé

Agence régionale de santé des Hauts-de-France

Centre Hospitalier EpiCURA (Hainaut, Belgique)

Fédération des Centres de Services à Domicile (Belgique)

Centre Hospitalier de Le Quesnoy (France)

Centre Hospitalier de Maubeuge (France)

Centre Hospitalier de Fellerries-Liessies (France)

ELSAN - Centre de Rééducation de La Rougeville (Hauts-de-France)

Union Régionale des Mutualités françaises des Hauts-de-France

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

Cofinancement :

