

santhea



Rapport annuel

2013



Rapport annuel

2013

Sommaire

Présentation de santhea

Introduction
Faits et chiffres

7

8

9

Les dossiers de 2013

22

Maribel Social

27

La Formation continue : le programme « santhea-Unipso » 2013

31

CNEH (section financement) et Multipartite

36

La Médiation Hospitalière

42

Les montants de référence

50

Commission wallonne de référence

55

Création du Département Études et Qualité : Promouvoir et soutenir l'amélioration continue

62

Les dispositifs médicaux : un challenge pour l'hôpital, demain

70

Sécurité de l'infrastructure informatique santhea 2013

84

Matières européennes

94

Informations pratiques

97

Liste des membres

98

Liste des membres du conseil d'administration

106

Liste des collaborateurs

108

Partie 1

The background features a large teal parallelogram tilted to the right. A pink rectangular bar is positioned horizontally across the upper part of the teal shape, containing the text 'Partie 1'. Several thin, light yellow lines form overlapping rectangular outlines, some of which are tilted. A thin pink line also crosses the scene diagonally from the top left towards the bottom right.

Présentation de santhea

Introduction 8

Faits et chiffres 9

santhea

Introduction



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

Pour le rapport annuel 2013, l'équipe de santhea a décidé de donner à ses lecteurs une vue analytique de ses activités dont les principales sont énumérées mois par mois. L'énumération est loin d'être complète; elle omet les nombreuses notes et circulaires rédigées en cours d'année, les nombreuses questions auxquelles il a été répondu, les présentations orales des sujets d'actualité, les audits de terrain et le soutien aux membres, les contacts avec les administrations, les cabinets ministériels et les mandataires politiques, les contacts avec la presse...entre autres !

L'équipe compétente et dynamique que je préside depuis bientôt 6 ans ne ménage pas sa peine pour répondre à vos attentes. Comme vous le lirez dans ce rapport d'activités 2013, en particulier en prenant connaissance des articles de fond qui rompent la monotonie de la description analytique, compétence et dynamisme seront indispensables pour faire face aux défis de 2014 : mise en place de la sixième réforme de l'Etat, élections des nouvelles assemblées parlementaires et renouvellement de tous les exécutifs, mise en œuvre de la feuille de route de Laurette Onkelinx pour une réforme de l'organisation des soins et de leur financement.... Le tout dans un contexte d'économies qu'il va falloir continuer à gérer sans mettre en péril l'accessibilité à des soins de qualité.

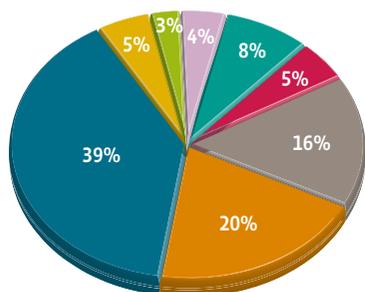
Je veillerai, en collaboration avec le Conseil d'administration, à ce que santhea continue à mettre tout en œuvre pour mériter la confiance de ses membres et jouer le rôle important que lui confère son statut de plus importante fédération d'institutions de soins de santé en Région wallonne et en Région bruxelloise.

Je vous souhaite une bonne lecture de ce rapport annuel 2013.

Faits et chiffres 2013 : hôpitaux

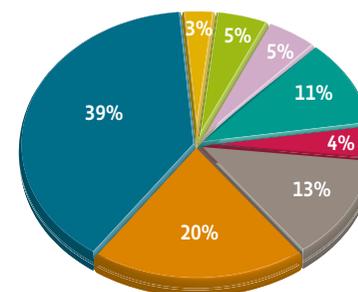
Répartition des lits par fédération¹ - Royaume

Répartition en %



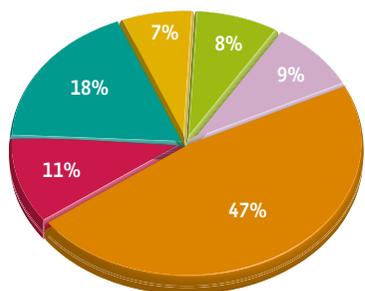
Répartition du nombre d'institutions par fédération - Royaume

Répartition en %



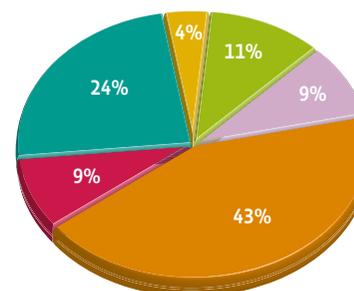
Répartition des lits par fédération - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %



Répartition du nombre d'institutions par fédération - Wallonie + Bruxelles

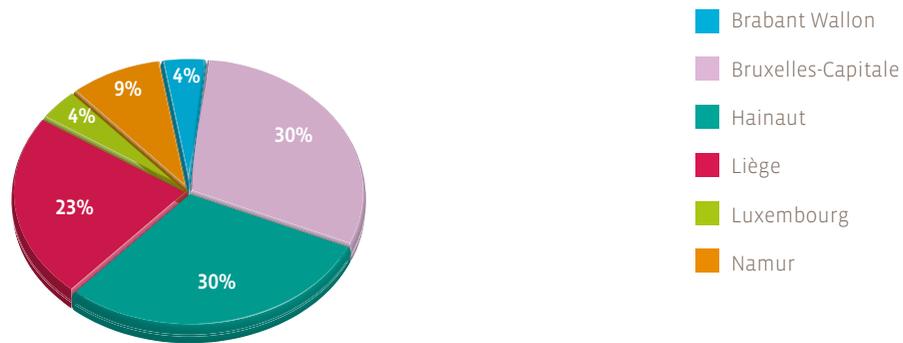
Répartition en %



¹ Lorsqu'il y a référence à la ventilation « fédération », les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux. De même, l'institution doublement affiliée est prise en compte avec un coefficient de 0,5 lors du calcul total du nombre d'institutions.

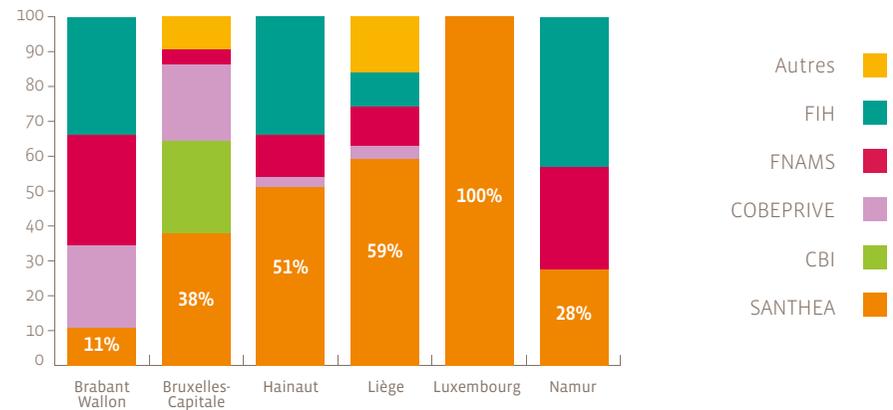
Répartition des lits par province - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %



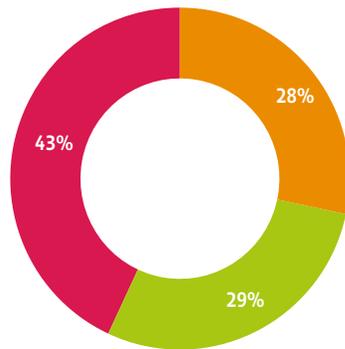
Répartition des lits par province et par fédération - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %



Répartition du nombre d'institutions par taille - SANTHEA

Répartition en %

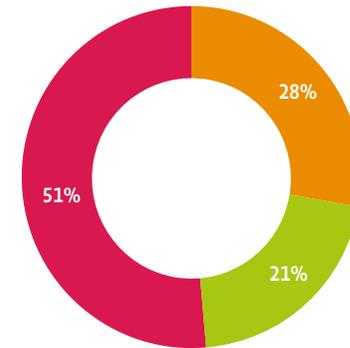


- Grande
- Moyenne
- Petite

Petite	< 299 lits
Moyenne	300 lits < taille < 450 lits
Grande	> 450 lits

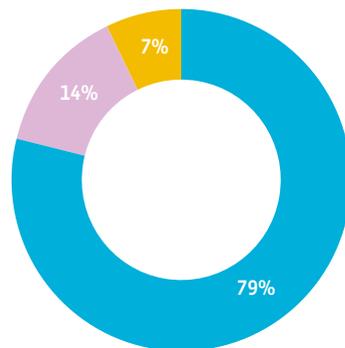
Répartition du nombre d'institutions par taille - Royaume

Répartition en %



Répartition des lits par type d'hôpital - SANTHEA

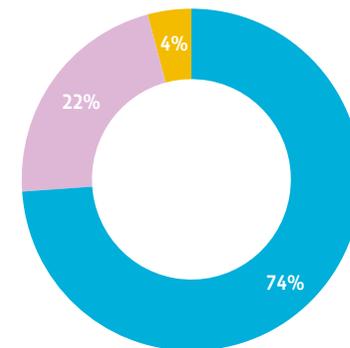
Répartition en %



- Hôpital aigu
- Hôpital psychiatrique
- Hôpital Sp et G isolé

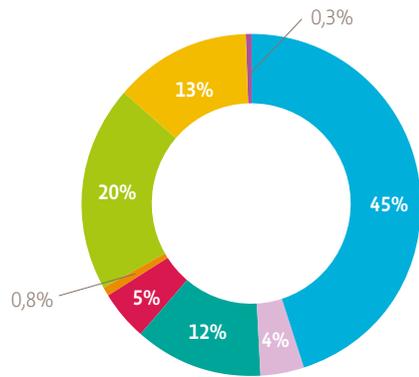
Répartition des lits par type d'hôpital - Royaume

Répartition en %



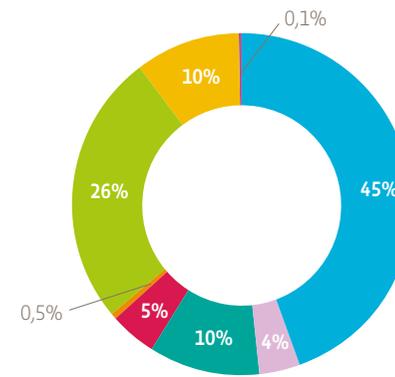
Répartition des lits par index - SANTHEA

Répartition en %



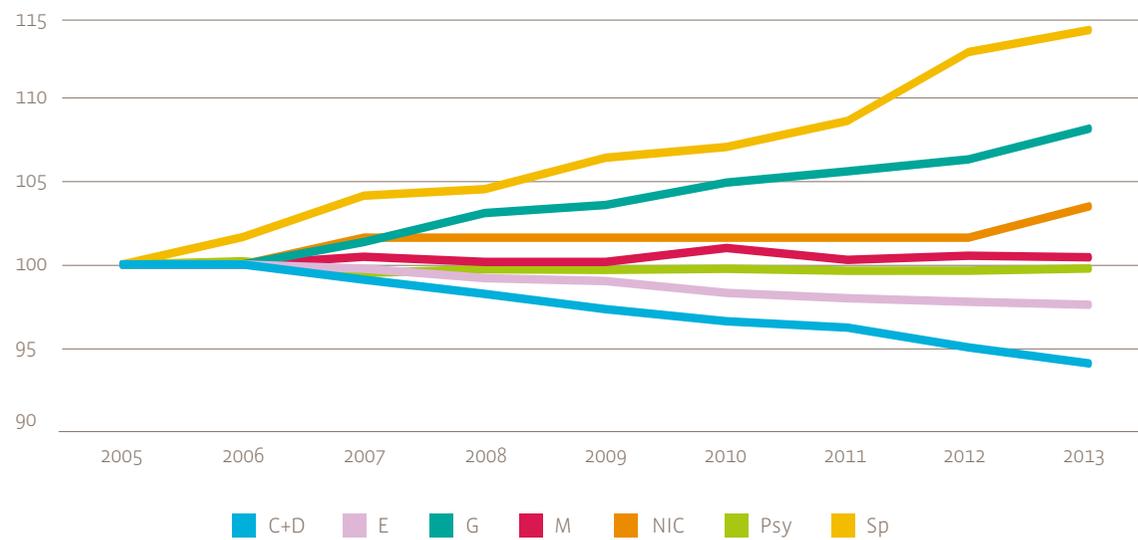
Répartition des lits par index - Royaume

Répartition en %



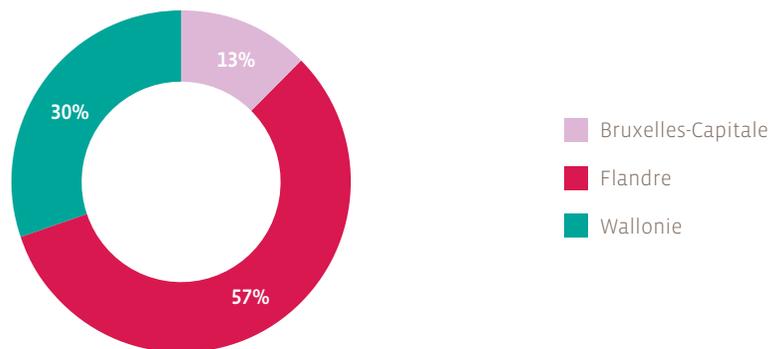
- C+D
- E
- G
- M
- NIC
- Psy
- Sp
- Autres

Evolution du nombre de lits par index - Royaume (2005=100)



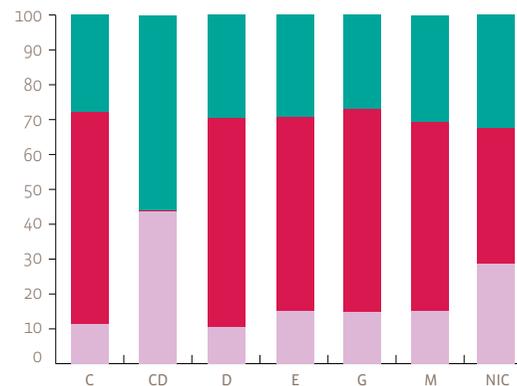
Répartition régionale du total des lits hospitaliers

Répartition en %



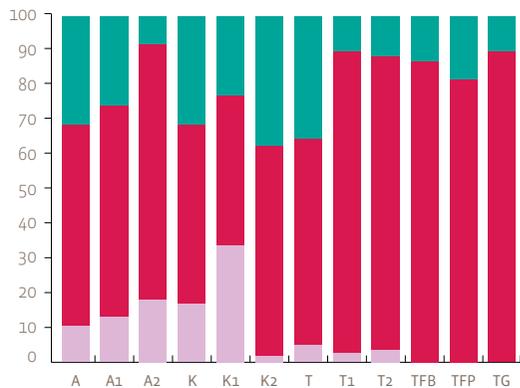
Répartition régionale des différents types de lits aigus

Répartition en %



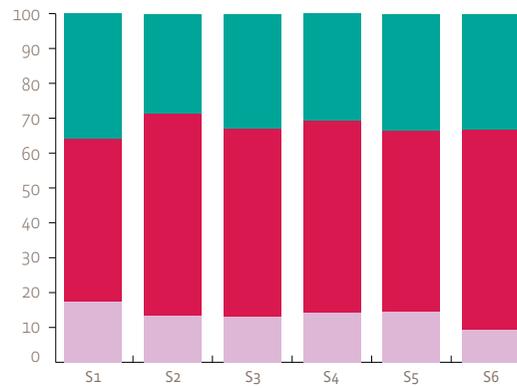
Répartition régionale des différents types de lits psychiatriques

Répartition en %



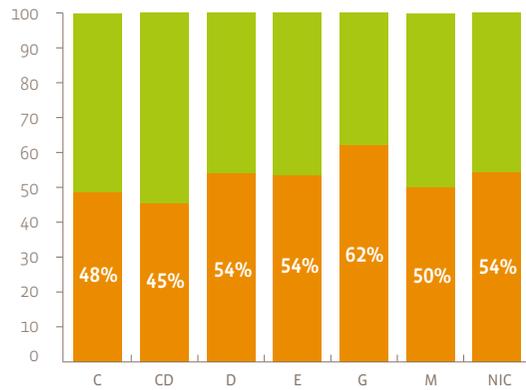
Répartition régionale des différents types de lits Sp

Répartition en %



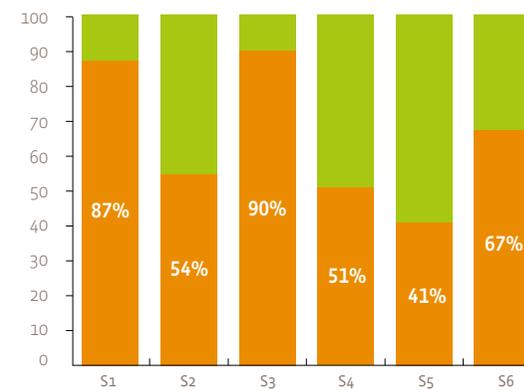
Part des différents types de lits aigus SANTHEA - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %



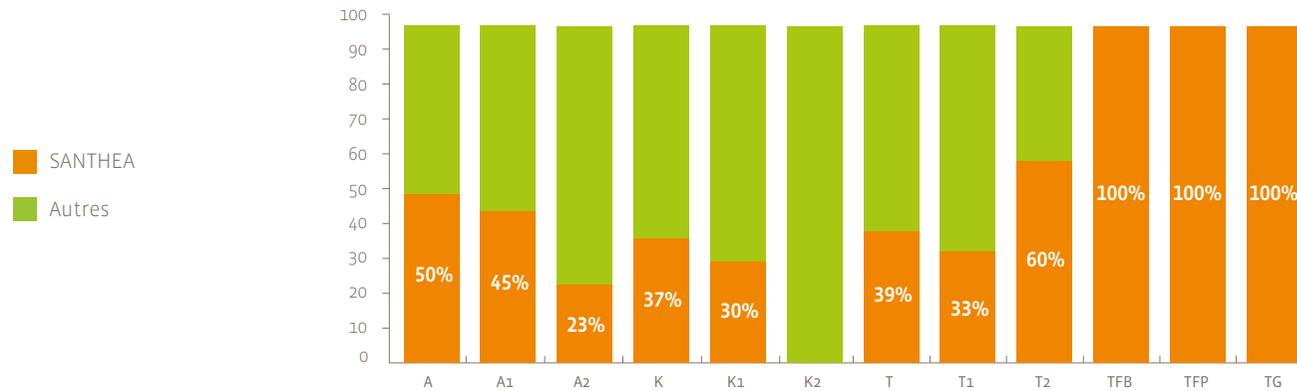
Part des différents types de lits Sp SANTHEA - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %



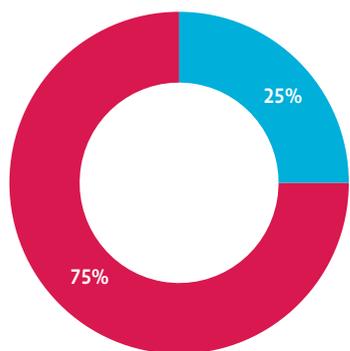
Part des différents types de lits psychiatriques SANTHEA - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %



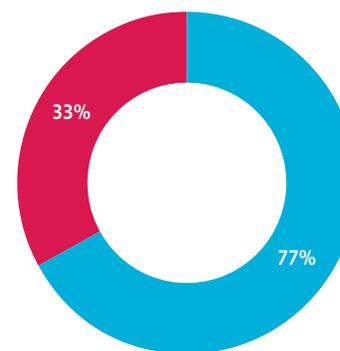
Répartition des lits par statut - SANTHEA

Répartition en %



Répartition des lits par statut - Royaume

Répartition en %



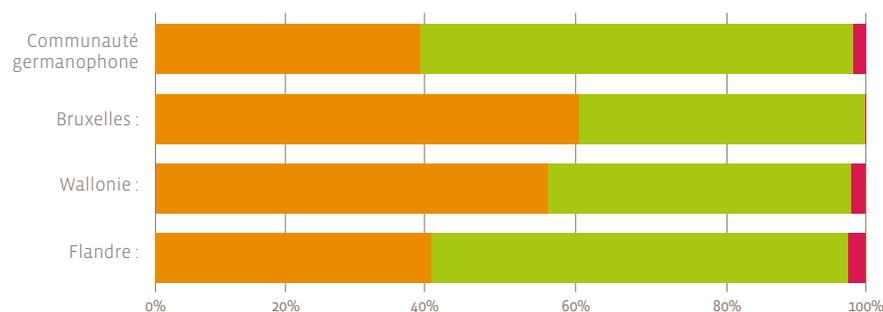
■ Privé
■ Public

Faits et chiffres 2013 : Institutions pour personnes âgées

Maison de repos/Maison de repos et de soins

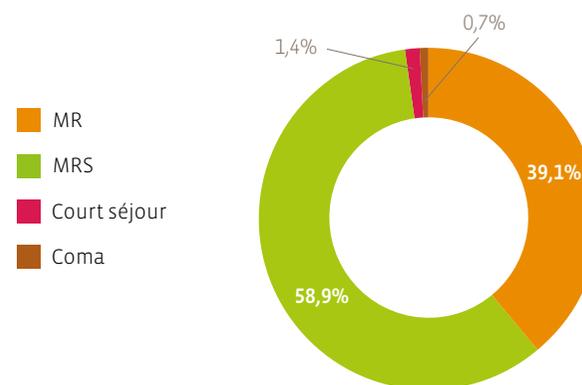
Répartition des lits par région (+ Communauté germanophone) et par type de lit

Répartition en %



Répartition des lits par type de lit - SANTHEA

Répartition en %

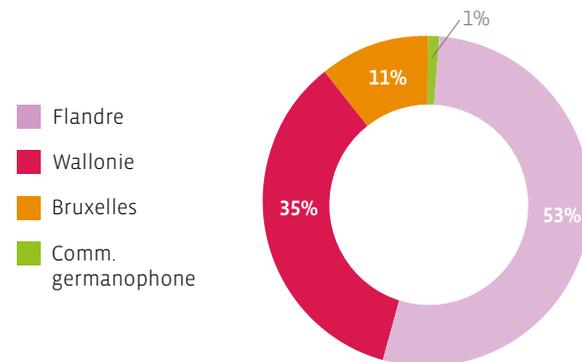


Nombre de lits par type de lit, par région (+ Communauté germanophone) et pour SANTHEA

	MR	MRS	Court séjour	Coma	TOTAL
SANTHEA	2.023	3.050	70	35	5.178
Flandre	28.442	43.025	1.767	80	73.314
Wallonie	26.589	20.585	946	65	48.185
Bruxelles	9.073	6.139	12	10	15.234
Comm. Germanophone	276	452	14	0	742
Belgique	64.380	70.201	2.739	155	137.475

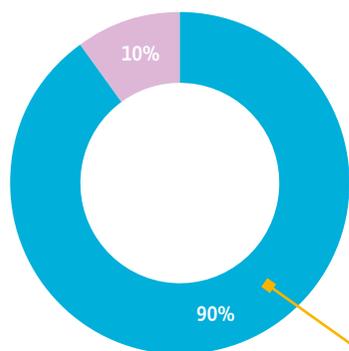
Répartition régionale du total des lits en maisons de repos

Répartition en %



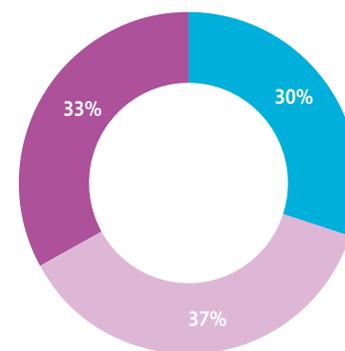
Répartition du nombre total de lits par statut - SANTHEA

Répartition en %



Répartition du nombre total de lits par statut - Royaume

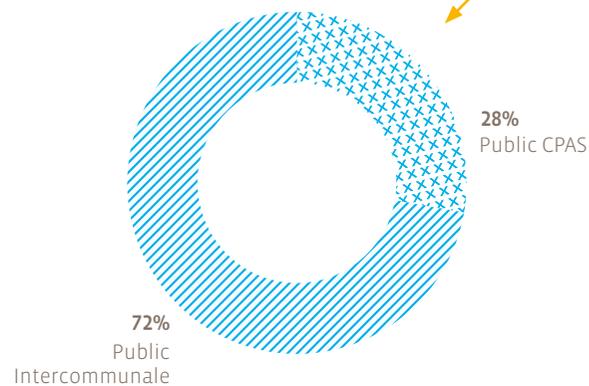
Répartition en %



- Public
- Privé ASBL
- Privé commercial

Répartition des lits Publics - SANTHEA

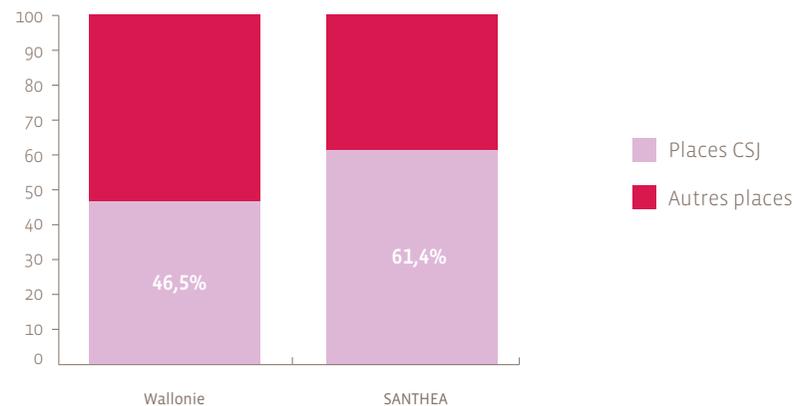
Répartition en %



Centre d'Accueil de jour/Centre de Soins de jour

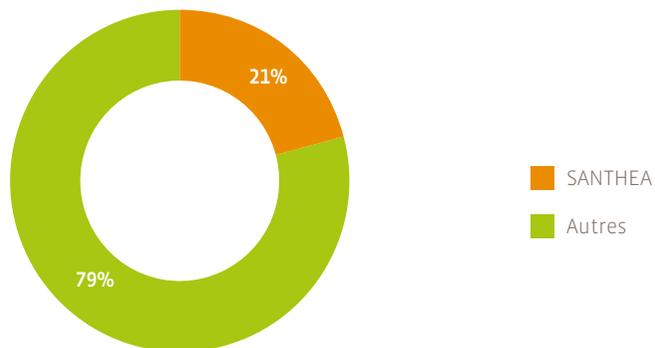
Part des places en centre de soins de jour parmi les places en centre d'accueil de jour

Répartition en %

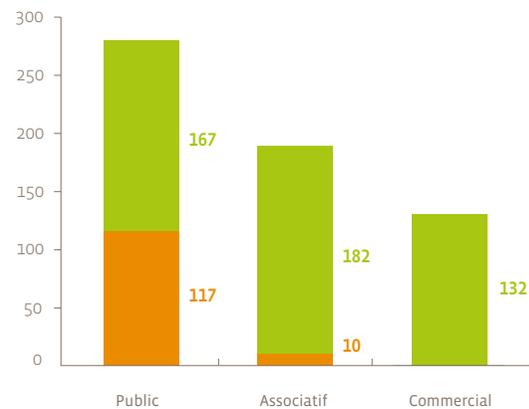


Part de SANTHEA dans le total des places de centre d'accueil de jour - Wallonie

Répartition en %



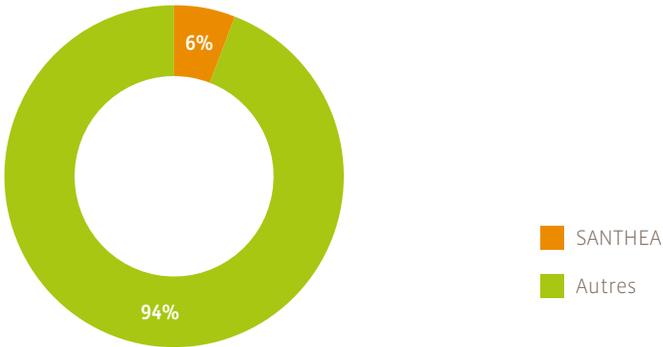
Part de SANTHEA dans les places de centre d'accueil de jour par secteur - Wallonie



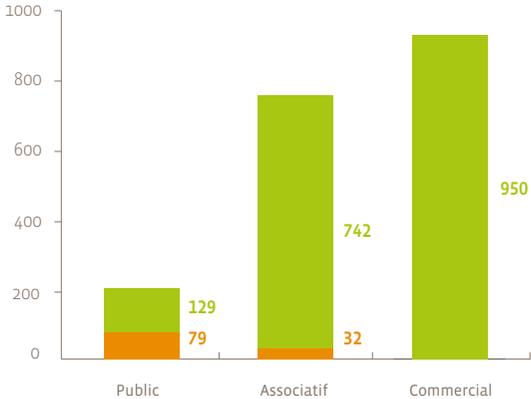
Résidence-services

Part de SANTHEA dans le total du nombre d'appartements/Résidences-services - Wallonie

Répartition en %



Part de SANTHEA dans le nombre d'appartements/Résidences-services par secteur - Wallonie

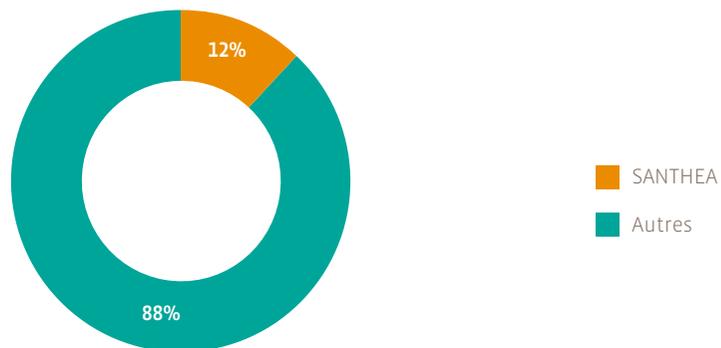


Faits et chiffres 2013 : Institutions de santé mentale

Maison de soins psychiatriques

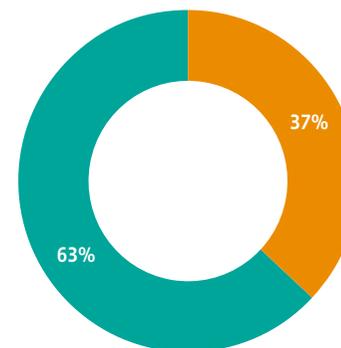
Part de SANTHEA¹ dans le total des lits MSP – Royaume

Répartition en %



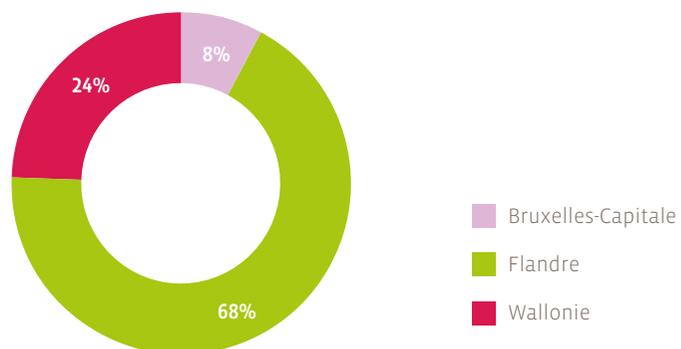
Part de SANTHEA dans le total des lits MSP - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %

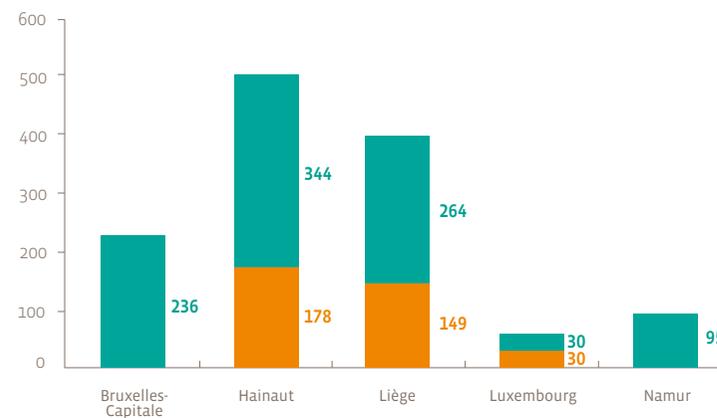


Répartition régionale des lits MSP

Répartition en %



Part de SANTHEA dans le nombre de lits MSP par province - Wallonie + Bruxelles

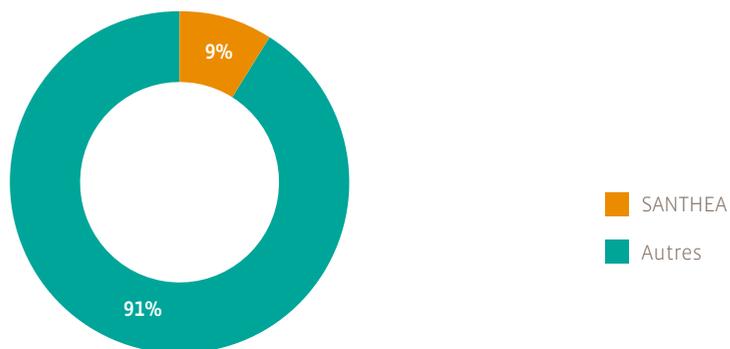


¹ Les MSP comptabilisées dans le total « santhea » sont celles que l'on peut associer à des structures affiliées chez santhea.

Initiative d'habitations protégées

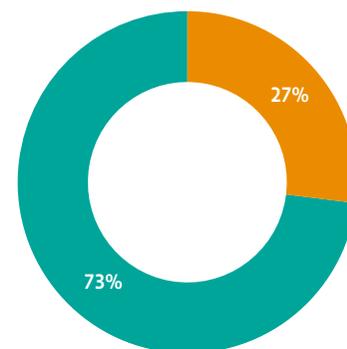
Part de SANTHEA² dans le total des lits IHP - Royaume

Répartition en %



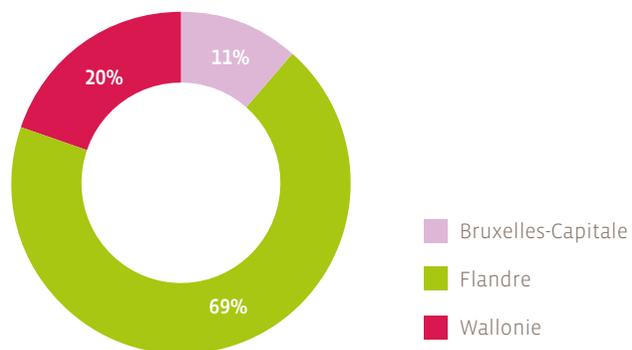
Part de SANTHEA dans le total des lits IHP - Wallonie + Bruxelles

Répartition en %

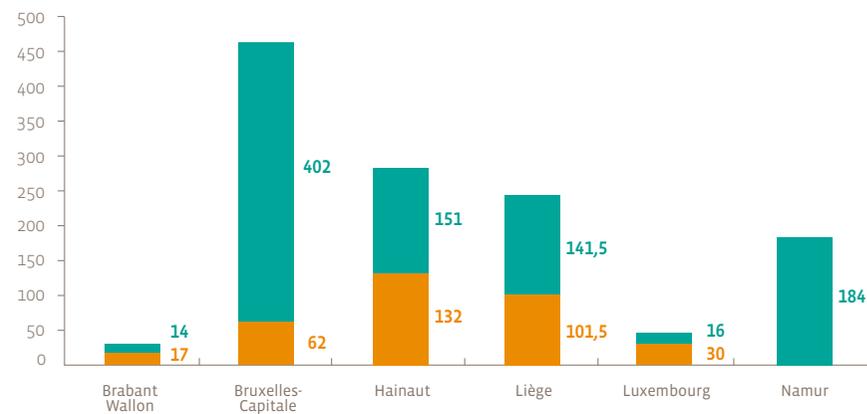


Répartition régionale des lits IHP

Répartition en %



Part de SANTHEA dans le nombre de lits IHP par province - Wallonie + Bruxelles



² Les IHP comptabilisées dans le total « santhea » sont celles que l'on peut associer à des structures affiliées chez santhea.

Partie 2

Les dossiers de 2013

Janvier

2013

J F M A M J J A S O N D

santthea

Les thèmes abordés en

> Note technique sur la dispensation des médicaments en MR/MRS

La dispensation des médicaments au sein des MR/MRS est trop peu contrôlée et mène à de nombreux gaspillages tout en étant une source non négligeable d'incidents qui pourraient être évités. La Commission des conventions « OA - MR/MRS » rédige une note technique décrivant une stratégie destinée à assurer le choix adéquat d'un médicament et l'usage rationnel qui en est fait. La Commission des conventions s'est intéressée à l'ensemble du processus de dispensation (prescription, achat, conditionnement, distribution, administration, suivi, contrôle et enregistrement) et encadre une série de projets pilotes destinés à formuler et à tester des recommandations.

> Mise en place du projet « Information aux patients »

Suite à l'analyse des premiers résultats issus des questionnaires « Satisfaction Patients », il est apparu que l'information aux patients était un des items les moins favorablement évalués. Dès lors, un projet spécifique a été mis sur pied afin de réfléchir à cette problématique. Il a été décidé de développer un outil de mesure spécifique permettant de déterminer quelles sont les informations souhaitées par les patients. Cet outil sera utilisé en 2014 et l'analyse des résultats donnera lieu à des recommandations aux hôpitaux.

> Initiation de la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS)

Sur base du constat que de nombreuses initiatives étaient prises de toute part dans le domaine de la qualité et de la sécurité, et qu'aucune articulation entre ces initiatives n'existaient, santhea a invité plusieurs acteurs du secteur à se rassembler au sein d'une Plateforme afin de soutenir ensemble tous les hôpitaux dans la mise en place de démarches d'amélioration continue.

> Accord médico-mutualiste 2013 - 2014

L'accord médico-mutualiste a été avalisé par le Comité de l'assurance le 28 janvier 2013. Santhea s'est associé à l'avis positif du Comité de l'assurance tout en

regrettant que les mesures d'économie qui touchent la biologie clinique touchent automatiquement l'anatomo-pathologie qui, contrairement à la biologie clinique qui est largement automatisée, implique énormément d'interventions humaines.



Maribel social

Compte-tenu de la modicité des moyens supplémentaires disponibles en 2013, il a été décidé en ce qui concerne plus particulièrement le secteur public local, de les consacrer intégralement à une hausse de l'intervention financière aux employeurs à concurrence de 486 euros par emploi sur une base annuelle. Il est remarquable de souligner que les organisations syndicales ont pleinement soutenu cette demande des employeurs.

> Commission Paritaire 330

Les syndicats demandent la signature de CCT relatives à la prépension à 58 ans et à l'octroi du barème 1.35 aux aides-soignants.

> Non-accord social 2013

La mise en œuvre du non-accord social 2013 débute par de nouvelles discussions entre partenaires sociaux lors des réunions qui se tiendront au fil des mois d'une part au sein du cabinet de la Ministre de la Santé publique et d'autre part au sein des Fonds Maribel Social.

> Correction « Moyenne salariale » (CNEH/SF/85-3)

La correction « Moyenne salariale » est utilisée dans le calcul du budget des moyens financiers des hôpitaux pour prendre en considération les différences objectives de qualification et d'ancienneté du personnel visé, et des éléments constitutifs du coût salarial. Elle faisait l'objet de nombreuses critiques de ses modalités de calcul génératrices de situations inéquitables. Dans son avis, le CNEH préconise plus particulièrement de prendre en compte le statut réel du personnel, quel que soit le type d'hôpital, en se limitant strictement au personnel financé par la sous-partie B2 (augmentée des points universitaires), retenant prioritairement le personnel le plus qualifié et à l'ancienneté pécuniaire la plus importante. Ces

modalités nouvelles, défendues par santhea, ont effectivement été implémentées dans le BMF au 1^{er} juillet 2013.

Dans son avis, le CNEH préconise de récolter dès que possible par individu les données nécessaires au travers du tableau 13 de FINHOSTA. A cet effet, un groupe de travail technique s'est réuni à diverses reprises dès 2013 pour en définir les modalités techniques : santhea y participe activement de par l'ensemble de ses remarques constructives. Ce tableau constituera également pour l'Administration la base d'un cadastre fiable du personnel employé dans les hôpitaux belges.

Le CNEH a également proposé que toute nouvelle mesure imposée en matière salariale soit dorénavant prévue de manière distincte dans une sous-partie spécifique, autre que la sous-partie B2.

› **Mise en route du comité de rédaction pour la réforme des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents**

Lors de la réunion du 18 juin 2012, la Conférence Interministérielle (CIM) Santé publique a décidé d'autoriser la mise en place et le démarrage d'un groupe de travail technique 'Réforme de l'offre de soins en santé mentale pour enfants et adolescents' avec pour mission le développement pratique de concepts pertinents pour la politique des soins de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents comme rapporté dans les publications du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), du Conseil supérieur de la Santé (CSS) et du Conseil national des Etablissements hospitaliers (CNEH).

› **Création du comité de pilotage pour élaborer un cadastre de l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents**

L'idée de ce comité de pilotage est de définir 16 types de structures répertoriées dans le cadastre de l'offre de soins et de services en santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents en Wallonie.

› **Mise en route d'un groupe de travail ad hoc du CNEH pour finaliser l'avis sur les Unités de crise**

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a sollicité l'avis du CNEH concernant l'évaluation des projets « Unités de crise, comprenant la fonction

de case manager, spécifiques aux personnes en situation de crise psychique et aux personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives » et l'opportunité d'un ancrage structurel de ces projets dans le programme de soins de santé mentale pour le groupe cible des adultes.

› **Continuité pour 2013 du groupe de travail ad hoc du CNEH pour l'élaboration d'un nouvel enregistrement commun...**

...Avec comme mission de continuer à élaborer les principes d'un enregistrement commun à toutes les structures de soins de santé mentale, résultant en une proposition d'un enregistrement RPM fondamentalement adapté, aussi bien sur le plan de la forme que sur le plan du contenu.

› **Commission Soins Infirmiers - Hôpitaux généraux**

La Commission des soins infirmiers réunit plusieurs fois par an les responsables infirmiers des institutions membres de santhea sur des thématiques d'actualité ou spécifiques au département infirmier. Les normes d'agrément spécifiques du département infirmier et la fonction d'infirmier en chef ont donné lieu à un rappel des règles contenues dans les différentes législations et à un échange de vues entre participants.

La première réunion de l'année est aussi le prélude à la détermination du programme de travail de l'année en cours, dont une grande part sera consacrée à l'analyse de la fonction d'infirmier en chef. L'analyse sera basée dans un premier temps sur un certain nombre d'expériences d'hôpitaux affiliés, et secondairement sur des approches théoriques et quelques exposés à caractère académique. Une réflexion complémentaire s'attachera à réfléchir à l'opportunité de la création d'une fonction d'infirmier en chef adjoint.

› **Médiation Hospitalière**

Exposé sur « Les Droits des Patients » à la demande de l'Association des Patients Parkinsonniens de Huy.

› **Contrôle des données Urgences (CNEH/D/SF/89-3)**

En complément de son avis de 2012 préconisant de nouvelles modalités de calcul du financement des Urgences (entrées en vigueur le 1er juillet 2013), le CNEH

propose de mettre en place des contrôles et audits des passages enregistrés, tant en nombre qu'en termes de pathologies, diagnostics, âges, heures d'arrivée et types de prise en charge, en excluant plus particulièrement les admissions programmées, du financement des urgences. Le CNEH estime également qu'une réflexion plus globale doit être entamée sur la médecine et les soins urgents.

› Révisions 2007 – 2008

Afin de faciliter l'application des modalités de révision des BMF 2007 et 2008, l'Administration a consulté les membres du CNEH au travers d'un groupe de travail technique, en particulier en ce qui concerne les mesures des accords sociaux. Cette démarche positive et transparente est saluée par santhea.

› Montants de référence (santhea 2013/012, /351 et /355)

Sans que les hôpitaux puissent véritablement en anticiper les impacts et faisant suite à la publication d'un arrêté fin décembre 2012, lorsque les séjours 2013 seront utilisés dans les Montants de référence (en principe 2016), ces derniers incorporeront l'hôpital de jour et une période de carence. D'autres mesures annoncées portant sur les séjours 2013 seront également confirmées par la loi publiée en mars 2013, à savoir la scission de l'APR-DRG 190, la réincorporation de la physiothérapie dans les 5

APR-DRG pour lesquels elle était exclue, ainsi que la scission de ces 5 APR-DRG selon l'existence ou non d'une convention de revalidation des troubles (neuro)locomoteurs.



Maribel Social

Les dotations des Fonds Maribel social sont calculées en application de l'article 6 de l'arrêté royal du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand. Ces dotations sont générées par des réductions de cotisations sociales.

Le secteur non marchand est divisé en différents fonds sectoriels chargés de gérer les recettes et d'attribuer des emplois supplémentaires à concurrence de ces recettes.

Le montant des recettes théoriques correspond aux réductions de cotisations au sein de chaque fonds sectoriel. Il s'élève, pour une année n au nombre de travailleurs ouvrant le droit dans l'année $n-2$ multiplié par un montant qui s'élève à 384,25 euros en 2013.

Le Maribel social est un mécanisme de promotion de l'emploi dont le financement est assuré par une réduction des charges sociales; la gestion paritaire du mécanisme est assurée par les Fonds Maribel (des asbl dans le secteur privé; une « antenne » de l'ONSSAPL dans le secteur public) responsables chacun de l'équilibre de leur budget.

Les montants récoltés par les Fonds sont affectés au financement d'emplois nouveaux (dits emplois Maribel) financés à concurrence de leur coût réel plafonné. Notons que la fixation du plafond est du ressort des partenaires sociaux et qu'il n'est pas identique partout. Ceci étant, on considère, qu'en moyenne, la contribution de 20 travailleurs est nécessaire au financement d'un Equivalent Temps Plein Maribel.

Pour répondre à son objectif de promotion de l'emploi, le dispositif Maribel prévoit qu'une entreprise du secteur non marchand ne peut continuer à bénéficier d'emplois Maribel que si elle justifie, au cours de

l'année n , un volume d'emploi supérieur à l'année de référence 2005.

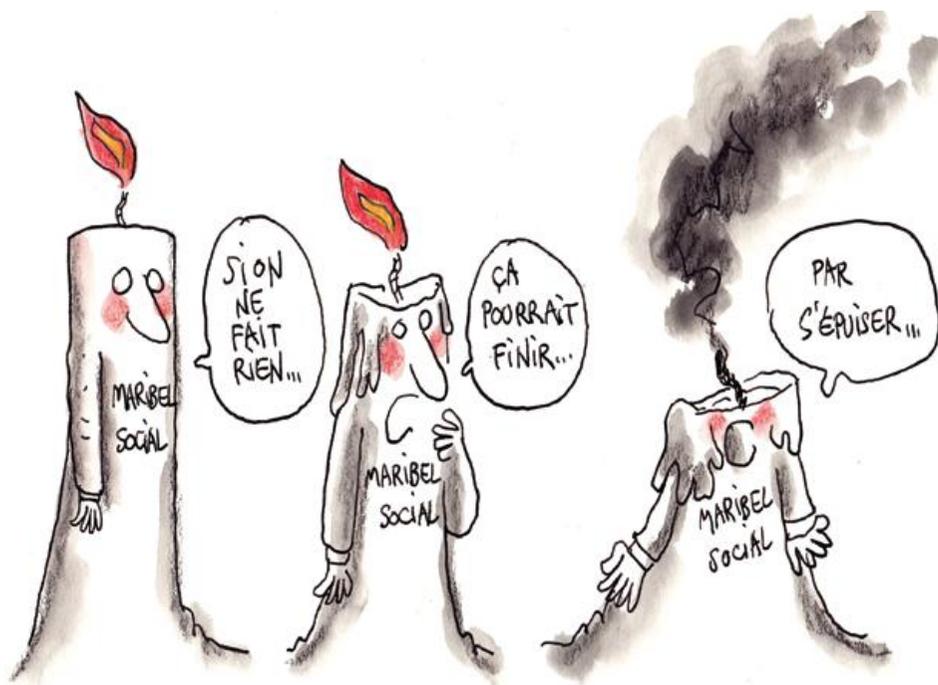
Par ailleurs, le mécanisme de calcul des dotations annuelles, basé sur un montant forfaitaire de réductions de charge par travailleur, implique que les dotations soient au moins maintenues d'une année à l'autre au risque de voir certains fonds sectoriels dans l'incapacité de financer leurs engagements. C'est en particulier ce qui s'est produit au début des années 2000, obligeant le Gouvernement à voler au secours du système en relevant significativement le montant de la réduction par travailleur.

Depuis 2002, le secteur non-marchand a bénéficié d'une expansion significative qui a eu pour effet de doper l'emploi et par conséquent, d'augmenter chaque année les budgets disponibles pour les emplois Maribel. Au cours des dernières années, on voit la courbe de l'emploi s'infléchir de façon significative.

On peut donc légitimement se poser la question de savoir ce que deviendra le système et comment il sera financé quand la courbe s'inversera puisqu'une diminution de l'emploi dans les secteurs concernés aura inévitablement un effet négatif sur les dotations des fonds. Mais seulement 2 ans après puisque l'année de référence pour le calcul des dotations est l'année $n-2$. La question a évidemment été posée par les acteurs du système sans que les réponses apportées ne soient vraiment convaincantes puisque seulement 2 possibilités ont été retenues :

- diminuer le montant de l'intervention financière par travailleur;
- diminuer le nombre d'emplois accordés.

On le voit immédiatement, des mesures d'économies et de rationalisation qui seraient imposées au secteur non marchand en diminuant les moyens affectés aux politiques fonctionnelles aurait inévitablement une double conséquence. La diminution du personnel



financé par les budgets fonctionnels entrainerait mécaniquement une diminution soit du nombre d'emplois Maribel, soit une diminution de l'intervention par emploi.

En principe, le Maribel social n'est pas touché par la sixième réforme de l'Etat et la gestion du système et de ses difficultés potentielles restent potentiellement une responsabilité de l'état fédéral

On peut néanmoins raisonnablement penser que le transfert des compétences ne sera pas totalement neutre. Un simple exemple suffit à illustrer cette affirmation : dans le secteur privé des maisons de repos, les emplois Maribel ont été distribués sur

base des demandes introduites par les institutions, indépendamment de la région dans laquelle les institutions sont situées. Ce système de distribution des moyens est à l'origine d'une dotation aux institutions flamandes (73,26% des moyens) qui dépasse de loin leur contribution au financement du système (à concurrence 56,91% des moyens). Dans le cadre de la régionalisation du secteur de l'hébergement de la personne âgée, il ne semble pas probable que les régions wallonne et bruxelloise acceptent de financer une partie du personnel des institutions flamandes.

On peut donc affirmer sans grand risque de se tromper que, tant la logique selon laquelle le système a été conçu que la sixième réforme de l'Etat vont obliger le Maribel à se réformer. Il faudra y être particulièrement attentif !

Partie 2

Février 2013

J **F** M A M J J A S O N D

santthea

Les thèmes abordés en

› Non Accord Social 2013. Secteur public

Réponse des partenaires sociaux à la Ministre des Affaires sociales qui leur avait écrit « Compte-tenu des difficultés rencontrées à trouver un accord entre partenaires sociaux, j'ai arrêté une répartition des 800 ETP disponibles pour le secteur des MR-MRS, au coût moyen de 50 000 euros dont 254,16 ETP pour le secteur public...Je souhaite que les partenaires sociaux s'accordent sur des clés de répartition de ces emplois entre les institutions... ».

Tant au sein de la Commission des conventions « OA - MR/MRS » qu'au Fonds Maribel public, santhea s'est violemment opposé à la fédération des CPAS qui réclamait que ces emplois soient affectés de façon préférentielle aux unités qui hébergent des patients déments (catégories D et cD). Le choix s'est finalement porté sur l'attribution de 0,6 ETP à chaque institution comme proposé par santhea.

› Statut des personnes atteintes d'une affection chronique

Par l'intermédiaire de ses représentants au Comité de l'assurance santhea a été associé à la discussion relative aux modalités de mise en œuvre d'un statut préférentiel pour les patients atteints d'affections chroniques. Santhea s'est efforcé de limiter les complications administratives du projet pour les hôpitaux. L'arrêté royal relatif à ce statut a finalement été promulgué le 13 décembre 2013 et a été publié au Moniteur Belge du 23 décembre 2013.

› La Formation continue : le programme "santhea-Unipso 2013"

› Formation 600 dans le secteur public

Malgré un taux de réussite jugé trop faible, les partenaires sociaux décident de prolonger l'expérience et de l'ouvrir à 88 candidats (ETP) supplémentaires pour l'année scolaire 2013-2014. Comme précédemment, la priorité est réservée aux candidats qui exercent une fonction d'aides-soignants et ont une perspective de carrière supérieure à 25 années.

› Adaptation de la convention entre les hôpitaux et les organismes assureurs suite à la nouvelle nomenclature d'orthopédie

Plusieurs prestations d'orthopédie donnent droit à la facturation d'un forfait hôpital de jour. Suite à la refonte intégrale de cette nomenclature, la liste des prestations pour lesquelles un forfait hôpital de jour peut être porté en compte a été adaptée par la commission des conventions.

› Forfaitarisation des médicaments

Santhea s'est particulièrement impliqué au sein de la Structure Multipartite en matière de politique hospitalière pour réclamer la récupération par les hôpitaux d'une partie des économies consécutives à la forfaitarisation et à l'utilisation plus efficace des médicaments.

Selon la Multipartite il est urgent que des moyens de fonctionnement supplémentaires soient attribués aux hôpitaux pour garantir la qualité du service de la pharmacie hospitalière et surtout pour pouvoir réaliser d'importantes améliorations de la qualité.

› Réunion d'un groupe de travail à la Région Wallonne sur le transfert de la compétence spécifique des Maisons de soins psychiatriques

La mise en avant de point important comme l'équilibre des charges entre l'hôpital et la MSP, le cadastre des bâtiments utilisés par les MSP ont été évoqués.

› Réunion d'un groupe de travail à la Région Wallonne sur le transfert de la compétence pour les Initiatives d'Habitations Protégées

Ont été abordés :

- la répartition des places : l'état de la programmation et la question des places individuelles en IHP;
- le personnel : les normes d'encadrement, le personnel administratif et d'entretien et la garde, la place des SPAD (actuelle et future) en lien avec la réforme des Soins de santé mentale;
- la question de la distribution des médicaments par les éducateurs en IHP : cohérence des exigences et des demandes adressées aux opérateurs. Les moyens financiers prévus pour les bâtiments;
- les normes fonctionnelles.

› Commission Soins Infirmiers - Santé mentale

- Management des soins dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale : travail en réseau et structuration des soins à travers 5 fonctions.
- Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière (CFQAI) - Rapport annuel 2013.



La Formation continue : le programme « santhea-Unipso 2013 »

Perennité du service de santhea, et souci d'une réponse adaptée aux demandes des institutions affiliées, en tant que démarches de qualité et d'innovation permanentes.

Le programme de formation s'adresse :

- au personnel du secteur hospitalier universitaire, général et psychiatrique;
- au personnel du secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées (MR-MRS);
- au personnel des Maisons de Soins Psychiatriques (MSP);
- au personnel des Initiatives d'Habitations Protégées (IHP);
- au personnel du secteur des Soins à Domicile.

Le programme « 2013 », c'est :

3 Axes, 7 Modules, 33 groupes, 66 jours de formation pour 432 personnes, soit :

- 404 personnes du secteur hospitalier et
- 28 personnes des secteurs « MR-MRS » et « MSP ».

Le programme « 2013 », c'est aussi :

- un axe d'approche du « Management des Cadres ». Pour offrir aux participants un lieu de développement personnel et professionnel, doté d'une dynamique constructiviste, où les participants apprennent de leurs interactions avec les autres mais aussi avec le formateur;
- un lieu d'échanges des pratiques et un lieu de modélisation de l'organisation apprenante.

Le programme « 2013 », c'est un apprentissage qui :

- correspond aux souhaits des participants;
- est participatif et repose sur les expériences vécues;
- s'accompagne de réflexions;
- s'appuie sur les réactions;
- repose sur le respect des participants;
- se déroule dans une atmosphère de sécurité;
- garantit la confidentialité des propos échangés.

Le programme « 2013 » est basé sur le principe du « constructivisme ». Les participants sont porteurs d'un savoir et d'une expérience. Il est dès lors intéressant qu'ils puissent faire le lien entre ce qu'ils connaissent et les concepts théoriques du programme. Ceci est particulièrement utile et intéressant lorsque l'on sait que les participants vivent des fusions d'hôpitaux, des restructurations, voire des délocalisations.

Dans ce contexte, les modèles théoriques doivent s'intégrer dans la complexité de l'environnement dans lequel évoluent les Cadres Hospitaliers.



La création des connaissances est un processus¹. Elles ne peuvent être créées que par les individus, mais l'organisation peut les y aider, notamment en leur fournissant un contexte favorable.

Conclusion et perspectives

Si l'avenir d'une institution et la qualité de vie au travail requièrent l'émergence d'une nouvelle dynamique, et l'implication de tous les acteurs, nous pensons notre programme de formation à l'aune de ces exigences, en étant attentifs :

- à l'implication de tous les acteurs;
- à la création d'un environnement de travail qui permette aux travailleurs de se réaliser pleinement;
- au développement d'une culture d'entreprise et du sentiment d'appartenance à l'institution;
- à la création d'un milieu stimulant et intéressant pour les jeunes qui débutent;
- aux objectifs de qualité des soins.

¹ Nonaka & Takeuchi - 1995 - Japon

	Axe A LEGISLATION SOCIALE TEMPS DE TRAVAIL	Axe B BIEN-ETRE AU TRAVAIL	Axe C GESTION D'EQUIPE
Module 1	De la Législation sociale à l'horaire - Les Congés	La loi « Bien-Etre » Le Conseiller en Prévention	Les outils du Manager
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Droit du Travail • Réglementation et Terrain • Types d'horaires : avantages, inconvénients et implications légales • Les Congés : réglementation et implications pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Le prescrit légal spécifique au secteur hospitalier • Fonction de Conseiller en Prévention • Le CPPT • Circonstances hospitalières • Ecoute des participants • Accidents - Incidents 	<ul style="list-style-type: none"> • La Communication • Position du Manager • Gestion des situations difficiles • Gestion de l'information • Facteurs de Motivation
Module 2	Variables organisationnelles de l'équipe de soins Planification de l'horaire	Le Métier de Cadre	Leadership de qualité
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables organisationnelles de l'équipe de soins • Gestion des Ressources Humaines • Planification et contraintes légales, normatives, organisationnelles • Adaptations de l'horaire et Gestion des Imprévus • Informatisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Facettes du métier • Fonction de Cadre, Stress et Epuisement professionnel • Guide de bonnes pratiques et avis des participants • Périmètre des responsabilités, processus de délégation 	<ul style="list-style-type: none"> • Principes de la dynamique de groupe et de la gestion d'équipe • Responsabilisation des acteurs • Style de leadership • Facteurs de motivation • Mise en œuvre des outils correspondants
Module 3			Leadership de qualité Approfondissement
Objectifs			<ul style="list-style-type: none"> • Position du Leader : de la théorie à la pratique • Les outils de gestion spécifiques de l'hôpital • Outils complémentaires • Exercices et jeux de rôles

Partie 2

Mars

2013

J F **M** A M J J A S O N D

sannthea

Les thèmes abordés en

Mars
2013

> Groupe de travail spécialités pharmaceutiques

Le 28 mars 2013, il a été décidé d'organiser une réunion groupée au sujet des forfaits (Spécialités Pharmaceutiques et Imagerie Médicale) et des montants de référence afin d'évoquer les aspects pratiques communs aux trois matières tels que l'anonymisation ou l'accès aux données. En outre, des questions particulières ont été abordées concernant notamment le détail ATC2 maintenant disponible dans les Feedback INAMI du forfait médicaments. La question de l'élargissement du système des montants de référence à d'autres DRG fut aussi abordée.

> Mise en place du nouveau programme de scannage pour les questionnaires « Satisfaction Patients »

L'élargissement continu du projet « Satisfaction Patients », tant en termes d'institutions participantes que de types de questionnaire a imposé de changer de logiciel de scannage afin de permettre un traitement plus rapide et plus performant des questionnaires. Le nouveau logiciel choisi laisse également plus de libertés au niveau de la mise en page, et en particulier l'utilisation d'éléments graphiques, ce qui a permis de rendre les questionnaires plus conviviaux.

> Matinée Qualité 2013

La deuxième Matinée Qualité organisée dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité s'est tenue à Namur. Elle a permis de faire le bilan de l'année 2012 et de présenter les projets 2013. Une large place a été faite à l'Accréditation, thématique d'actualité, qui soulève de nombreuses questions et craintes dans les hôpitaux. Une centaine de personnes a pris part à cet événement.

> 1^{ère} réunion de la PAQS

Tous les acteurs sollicités en janvier ayant répondu positivement à l'appel, une première réunion de la PAQS s'est déroulée le 25 mars. Elle aura permis d'échanger sur les visions et les souhaits des différents acteurs et de poser les jalons de la collaboration à venir.

> Avis relatif à la programmation, l'agrément et le financement PET-scan (CNEH423-4)

La programmation proposée est basée sur l'hypothèse que 86.000 examens PET-scan par an seront nécessaires au cours des 3 prochaines années. Compte tenu du nombre d'examens réalisés par jour et par appareillage, il a été proposé de programmer 27 PET-scan (15 pour la population néerlandophone et 12 pour la population francophone). Cette répartition n'a pas été soutenue par santhea qui a plaidé pour une programmation par service plutôt que par appareil avec un maximum de 3.400 examens/an et par service pour les centres non universitaires et 5.100 examens/an pour les centres universitaires. Dans cette proposition de santhea, la partie A3 du financement serait revue à la baisse afin de ne financer que le PET seul et un nombre maximum d'examens serait honoré par an et par service.

> Avis concernant la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes de trouble mental (CNEH/D/PSY/424-2)

Les modifications proposées par l'avis concernent :

- les angles d'approche de la loi;
- l'expertise psychiatrique;
- les modalités d'exécution de l'internement;
- la composition des tribunaux d'application des peines pour l'internement, de même que la procédure applicable aux internés;
- le fonctionnement des services et des établissements concernés.

> Forfaitarisation des médicaments

Santhea s'est particulièrement impliqué au sein de la Structure Multipartite en matière de politique hospitalière pour réclamer la récupération par les hôpitaux d'une partie des économies consécutives à la forfaitarisation et à l'utilisation plus efficace des médicaments.

Selon la Multipartite il est urgent que des moyens de fonctionnement supplémentaires soient attribués aux hôpitaux pour garantir la qualité du service de la pharmacie hospitalière et surtout pour pouvoir réaliser d'importantes améliorations de la qualité.

En parallèle, tout au long de l'année 2013, le groupe de travail forfait médicaments de la Multipartite a travaillé à la rédaction d'un rapport d'évaluation disponible à l'horizon 2014.

> **Enquête statistique annuelle (CNEH/D/421-1)**

Le CNEH a rendu le 14 mars un avis visant à considérablement simplifier l'enquête statistique annuelle du SPF, diminuant ainsi le volume du questionnaire de 160 à ...13 pages. Santhea s'est beaucoup investi dans ce travail de simplification. En contrepartie, des enquêtes complémentaires ciblées sur des thèmes jugés prioritaires seront cependant adressées régulièrement aux hôpitaux. Des feedbacks, tant du questionnaire de base, que de ces enquêtes complémentaires, seront prévus par l'Administration. Un groupe de travail spécifique s'est réuni dès 2013 pour tenter de définir les priorités en la matière.

> **Rencontre entre les fédérations de soins de santé mentale concernant la mise en application de l'article 107**

Les représentants des fédérations ont convenu qu'en plus des propositions d'amélioration des formations, des investissements en vue de rendre accessible des expériences d'apprentissage doivent prévaloir. Il faut mettre les moyens en œuvre pour faciliter le feedback et la dissémination des expériences au sein de chaque projet et entre équipes/projets.

> **Groupe de travail Ressources humaines**

À l'occasion du groupe de travail Ressources humaines Santhea du 21 mars, une formation d'une journée en matière de temps de travail dans le secteur des soins de santé a été dispensée par un inspecteur de la Direction Générale du Contrôle des lois sociales (SPF Emploi). Les thèmes suivants ont été traités :

- l'organisation du temps de travail;
- la durée du travail (principes, limitations, dérogations, ...);
- le travail à temps partiel;
- le travail du dimanche et pendant les jours fériés.

L'exposé de ces matières a été suivi d'une mise en pratique.

> **Commission Soins Infirmiers - Hôpitaux généraux**

Ont été abordés lors de la réunion :

- La problématique de la garde au sein du département infirmier
- La fonction de responsable de nuit au CHR de Namur
- La pause durant les prestations nocturnes : inventaire des pratiques au sein des hôpitaux affiliés, normes d'agrément et prescrits légaux.

> **Programme de Formation permanente « santhea-Unipso »**

C'est reparti pour une nouvelle année, avec de nouveaux modules et formateurs. Pour rappel, dans le cadre des accords sociaux « 2005-2010 » et suite à une demande des départements infirmiers des hôpitaux affiliés, santhea a mis au point un programme de formation permanente qui arrive aujourd'hui à maturité. Depuis le second semestre 2010, environ 450 personnes suivent chaque année les modules des trois axes de notre programme; programme décentralisé au niveau des provinces de Brabant, Namur, Hainaut, Liège et du Luxembourg.

> **Avis et publications en réponse aux questions des hôpitaux affiliés**

Problématique de la garde au sein du département infirmier - Les prestations infirmières nocturnes, regard sur les pratiques au sein des hôpitaux à l'aune des normes d'agrément et du règlement de travail des institutions - Analyse comparative du manuel de codage 1.6 et des enregistrements des données DI-RHM - Inventaire des praticiens professionnels au sens de l'arrêté royal n° 78 - Place de la fonction aide-soignante au sein des hôpitaux psychiatriques - La Médiation Hospitalière et la Médiation interculturelle.

> **CNEH (section financement) et Multipartite**

Mars 2013 a permis de finaliser une série d'avis importants pour le financement des hôpitaux.



CNEH (section financement) et Multipartite

Le premier trimestre de 2013 a été, pour les spécialistes du financement hospitalier, synonyme de travail intense et de débats passionnés au sein du Conseil National des Etablissements Hospitaliers et de la Structure Multipartite. A côté des habituelles adaptations du BMF au 1^{er} juillet de l'année, il a, entre autres, été question du financement du bloc opératoire, des lits de néonatalogie intensive (NIC) et de l'affinement des APR-DRG

Adaptations BMF 1/7/2013 (CNEH/D/SF/90-3 et 87-5)

Le CNEH se positionne sur une série d'adaptations qui interviendront dans le calcul du BMF au 1^{er} juillet 2013. Pointons en particulier :

- la correction «activité justifiée» dans la sous-partie B1, malgré les réserves émises par santhea. Une légère correction des unités d'œuvre hôpital de jour soutenue par santhea sera néanmoins intégrée. Le CNEH émet également un avis sur l'impact des nouveaux plafonds à la construction sur le B1 et charge le groupe de travail B1 de poursuivre sa réflexion sur d'autres aspects (intégration des journées justifiées dans les unités d'œuvre, pourcentages des différents suffixes, ...);
- l'insuffisance des moyens prévus pour l'harmonisation des barèmes des aides-soignants;

- la répartition de l'enveloppe prévue pour les augmentations de la charge des pensions ONSS APL pour le personnel statutaire, quel que soit le statut de l'employeur, pour autant que la charge soit effectivement supportée par l'hôpital;
- la suppression de l'impact du délai de facturation de l'hôpital sur sa sous-partie A2 (charges d'intérêts court terme) en révision;
- la répartition des budgets complémentaires A1 «reconditionnements» sur base des lits agréés.

Le financement du quartier opératoire (CNEH/D/SF/88-3 et 92-1)

D'une part, le CNEH a approuvé et intégré une liste d'interventions chirurgicales oubliées dans les temps standards infirmiers utilisés pour financer le quartier opératoire et pointées par des hôpitaux de santhea : gastroplastie, résection du sein, chirurgie ORL et autres. La modification est entrée en vigueur dans le BMF au 1^{er} juillet 2013.

D'autre part, suite à la nouvelle réglementation en matière de prise en charge des pathologies cardiaques, le CNEH a émis un avis divisé par rapport aux salles d'opérations à maintenir disponibles en permanence et donc à financer. L'arrêté fixant les normes des programmes de soins semble pourtant clair pour santhea : seuls les programmes complets ont l'obligation de maintenir une telle salle disponible en permanence. Ce fut bien l'interprétation de la Ministre.

Le CNEH a profité de cet avis pour rappeler la diminution d'année en année, systématique et non fondée, de l'enveloppe fermée du financement du quartier opératoire en regard de l'augmentation incessante de l'activité, générant un sous-financement structurel du service, et une absence de financement pour la salle de réveil.

Lits NIC « justifiés » (CNEH/D/SF/93-2)

Le CNEH se positionne par rapport à un financement de lits NIC justifiés par la pathologie, en remplacement d'un financement sur base des lits agréés. Le CNEH, de même que santhea, préconise la prudence et diverses analyses complémentaires des enregistrements existants et autres paramètres pertinents, ainsi qu'une réflexion simultanée sur les financements des services NIC et des services n. La Ministre appliquera cependant un financement à 100% aux lits justifiés NIC dans le BMF au 1^{er} juillet 2013.

Affinements des APR-DRG (BMF)

Dans la continuité des affinements des APR-DRG existants actuellement dans le calcul des lits justifiés (par exemples l'APR 004 Trachéotomies pour lequel la durée de séjour réelle facturée est utilisée, ou l'APR 862 scindé avec ou sans polysomnographie...), la Multipartite, s'appuyant sur son groupe de travail « enregistrements » et sous-groupe de travail « affinements des APR-DRG » a proposé des affinements concrets pour les APR 137, 173 et 691. Tout au long de 2013, le groupe de travail dans lequel santhea participe désormais, a poursuivi son travail, en particulier pour la transposition en version 28 des affinements déjà existants ou proposés, mais également dans le

contexte plus large d'un screening généralisé de l'ensemble des APR-DRG en version 28.





Avril

2013

J F M **A** M J J A S O N

sannthea

Les thèmes abordés en

Avril
2013

› Prime pour titres et qualifications professionnels particuliers

La Commission des conventions «OA-MR/MRS» clarifie et complète les dispositions concernant les modalités de paiement de sommes destinées au paiement d'une prime pour des titres et qualifications professionnels particuliers aux praticiens de l'art infirmier, dans le cadre du plan d'attractivité du Ministre des Affaires sociales.

Elle conclut un avenant à la convention qui :

- clarifie la méthode d'indexation;
- complète la liste des données que les institutions concernées doivent transmettre au Service;
- clarifie la méthode de paiement de la prime par l'Inami.

› Développement du module FINHOSTA

Après réception et analyse du contenu des fichiers FINHOSTA, il a fallu décider de la modélisation/structuration des données pour les incorporer dans la base de données. Dans un premier temps, le choix s'est porté sur l'exploitation des tableaux 1 et 2 du bloc BUDGET, concernant la comptabilité pure (Bilan et Compte de résultats). Les chiffres font l'objet de deux présentations différentes dans la base de données : une d'après le schéma légal spécifique aux hôpitaux, et l'autre d'après la hiérarchie des numéros de compte. Suite à l'injection des données, des premiers contrôles ont été mis en place pour en assurer la fiabilité, et donc la qualité des futurs rapports.

› Nouveaux questionnaires Satisfaction Patients

Le nouveau logiciel étant installé, le questionnaire général a été adapté en conséquence. De même, les nouveaux questionnaires développés en 2012 et relatifs à la psychiatrie, à la pédopsychiatrie, à la défense sociale et aux consultations ont fait l'objet d'une première mise en page en vue de leur diffusion à partir du mois de juillet 2013.

› Soirée qualité au CHU St-Pierre

Dans le cadre de l'accompagnement des hôpitaux, santhea a participé à une séance d'information sur l'accréditation au CHU Saint-Pierre.

› Lancement des travaux de la Taskforce « Economies »

La Taskforce requise par le Gouvernement (suite au conclave budgétaire de mars 2013) commence à se réunir sous la présidence de Jo De Cock, administrateur général de l'Inami. Celui-ci consulte tour à tour les groupes homogènes d'acteurs (hôpitaux, médecins, hôpitaux) et les invite à faire des propositions d'économies; à partir du mois de juin, les propositions sont examinées en séances plénières de la Taskforce au sein de laquelle santhea a joué un rôle déterminant. Les travaux se concluent en septembre par des propositions reprises intégralement dans le budget 2014 des soins de santé.

› Soins de santé transfrontaliers

Comme tout pays membre de l'Union européenne, la Belgique est tenue de transposer une série de directives européennes dans son droit interne sous peine de lourdes amendes; c'est dans ce contexte que le Comité de l'assurance a été invité à remettre un avis sur un projet de modification de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, exécutant la Loi AMI pour le rendre conforme à la Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. L'arrêté royal du 18 octobre 2013 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les prestations de santé dispensées à l'étranger est publié le 24 octobre 2013.

› Soutien à la statutarisation

L'accord social 2011-2012 pour les secteurs fédéraux de la santé prévoit de répartir chaque année 7,5 millions d'euros entre les hôpitaux publics qui s'engagent au moins à maintenir la stabilité de leur emploi statutaire. Le Comité de gestion du Fonds Maribel ONSSAPL prend une série de décisions sur la méthode à retenir pour permettre la comparaison d'une année à l'autre. Un dialogue constructif avec les organisations syndicales a permis de tenir compte des spécificités liées à l'activité et à l'organisation de tous les hôpitaux qui se sont engagés ou réengagés dans un processus de nominations.

> Mise en route d'un groupe de travail pour donner un avis sur les titres et qualifications

La création d'un groupe de travail ad hoc « Titres et qualifications en santé mentale » fait suite à la publication au Moniteur belge de deux arrêtés ministériels : l'arrêté ministériel du 24/04/2013 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie et l'arrêté ministériel du 24/04/2013 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie.

> Réunion du Conseil sectoriel santé mentale (organe interne à santhea)

Les matières suivantes ont été discutées dans le cadre du transfert des compétences : questionnaire FWB, activation GT Région wallonne sur IHP (programmation IHP, législation, SPAD,...). Les autres points abordés ont été : activités au CNEH, mise en route du comité de rédaction pour la réforme des soins de santé mentale enfants et adolescents, forem-emploi-santé mentale.

> Commission des conventions entre les organismes assureurs et les MR - MRS

La Commission a conclu un avenant (en vigueur avec effet rétroactif au 1er septembre 2012) qui clarifie et complète certaines dispositions concernant les modalités de paiement de sommes destinées au paiement d'une prime pour des titres et qualifications professionnels particuliers aux praticiens de l'art infirmier, dans le cadre du plan d'attractivité du Ministre des Affaires sociales :

- clarification de la méthode d'indexation;
- complément des données que les institutions concernées doivent transmettre au Service;
- clarification de la méthode de paiement.

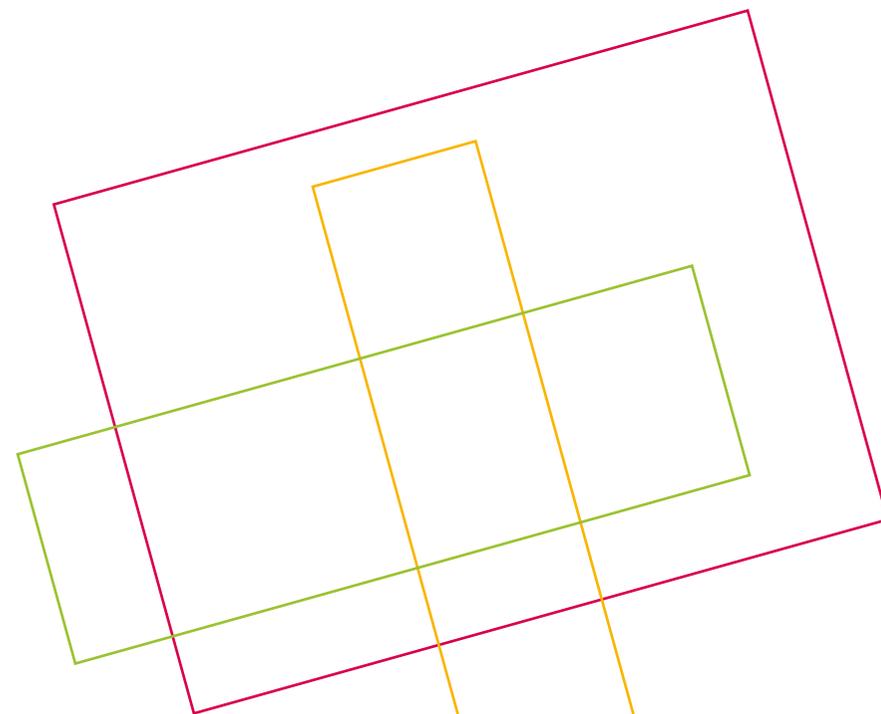
> Commission Soins Infirmiers - Santé Mentale

Le personnel paramédical, la fonction d'Éducateur versus la fonction d'Aide-soignant : organigramme et profils des fonctions au sein des hôpitaux psychiatriques.



Groupe de travail « Médiation »

Séance élargie aux praticiens hospitaliers et consacrée aux infections nosocomiales.





La Médiation Hospitalière

La cellule de médiation de santhea « le médiateur hospitalier » poursuit ses travaux dans l'optique d'une perception plus positive de la plainte. En effet, celle-ci peut encore être perçue comme l'invocation d'une faute potentielle dont les praticiens doivent se défendre et dont il est légitime qu'ils tentent de neutraliser les effets.

Retour sur la démarche d'ouverture des séances du groupe de travail « Médiation » aux praticiens professionnels médicaux et infirmiers des hôpitaux affiliés.

Le groupe de travail « Médiation Hospitalière », en tant que méthode de réflexion sur les diverses problématiques associées aux plaintes des patients, avec la collaboration des praticiens professionnels des hôpitaux affiliés.

Le groupe de travail « Médiation » se réunit mensuellement depuis février 2004. En alternance, les séances sont consacrées à l'analyse de cas pratiques, et à l'étude de thèmes spécifiques choisis par le groupe.

Les études de cas permettent de s'interroger a posteriori sur les modes de traitement des dossiers de plaintes ainsi que sur les réactions des parties. Un objectif sous-jacent étant, par ailleurs, la création d'un ouvrage à caractère jurisprudentiel et à finalité de documentation consultable par les médiateurs de nos Institutions.

Les **séances dites "à thèmes"** permettent une approche des aspects "cliniques" des dossiers, et deviennent dès lors une source d'informations très utile pour les médiateurs qui ne disposent pas tous d'un bagage soignant.

Au terme d'une dizaine d'années de travail "en petit comité", il est devenu évident qu'élargir le débat aux praticiens médicaux et infirmiers de nos hôpitaux, enrichirait la réflexion menée jusqu'alors sur les problématiques associées aux plaintes des patients.

Le groupe de travail de la cellule est opérationnel depuis février 2004. Deux réunions ont été élargies aux praticiens hospitaliers, médicaux et infirmiers, en 2013¹.

Les échanges entre et avec les praticiens, hors contexte de plaintes, se sont révélés très utiles. Les débats ont en effet porté sur le caractère fondé ou non fondé des doléances des patients, mais

également sur l'adéquation des attitudes et des réactions des praticiens hospitaliers. Il s'est avéré tout aussi fondamental de bien comprendre le contexte des plaintes, mais également d'observer de façon systématique une attitude d'ouverture, de compréhension et de respect des parties, les praticiens pouvant s'être sentis "un peu oubliés" dans les dispositions légales du 22 août 2002.

À l'analyse des plaintes traitées et lors des réunions du groupe de travail, les participants ont exprimé le besoin d'une meilleure compréhension des processus infectieux et des traitements médicaux et chirurgicaux de l'obésité. C'est dans ce contexte, et sur les conseils du Docteur Jean BURY, Conseiller médical de santhea et de la Cellule de Médiation, que deux thèmes ont été retenus pour l'année 2013 : les Infections Nosocomiales et la Chirurgie Bariatrique.

¹ Lire à ce propos : les articles parus dans les rapports annuels de santhea des années 2011 et 2012

Le Docteur Geneviève CHRISTIAENS, médecin spécialiste en microbiologie et Présidente du comité d'hygiène hospitalière au CHU de Liège, a exposé la problématique des infections nosocomiales sous les angles de l'épidémiologie et de la multiplicité des facteurs de risque. Elle a également abordé les infections nosocomiales à l'aune des événements indésirables, de la multi-résistance aux antibiotiques et des démarches de prévention et de traitement.

Le Docteur Michel CEUTERICK, chirurgien digestif à l'ISPPC - site André VESALE, a abordé les attentes et demandes de la patientèle et les critères préalables à la solution chirurgicale. Il a expliqué les techniques chirurgicales et non chirurgicales, le regard du chirurgien sur les attentes des patients et sur leurs droits ainsi que les éventuelles plaintes. Lors de la séance consacrée à la Chirurgie Bariatrique, s'agissant d'une pratique à caractère multidisciplinaire, **Madame Fanny DESCAMPS**, Diététicienne au CHWapi de Tournai, a expliqué son rôle au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Les infections nosocomiales : importance du problème, enjeux et conséquences

Le Docteur CHRISTIAENS a introduit le sujet en rappelant quelques définitions, et en mettant l'accent sur l'évolution du concept « infection nosocomiale » vers la notion de « infection liée aux soins ».

1. Définition

Une infection nosocomiale (IN) est une infection survenant au cours ou à la suite d'une HOSPITALISATION, alors qu'elle était absente à l'admission, et qu'elle n'apparaîtra que 48 heures plus tard. Une infection d'un site opératoire peut survenir jusque 30 jours après l'intervention chirurgicale, voire au terme d'une année, en cas de pose d'une prothèse.

Une infection liée aux soins (ILS) est une infection nosocomiale prise dans un contexte plus large, c'est-à-dire en lien avec un processus, une structure ou une démarche en soins.

“ Des mains qui prennent soin ou qui contaminent ”

2. Importance du problème

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Infections nosocomiales

≥ 5 millions de personnes dans les hôpitaux aigus européens/an
135 000 décès par an
± 25 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires
charge financière : de 13 à 24 milliards d'euros

Les infections nosocomiales compliquent 5 à 10 % des admissions, dans les Institutions de soins aigus.

Infections liées aux soins

> 20% dans les unités de soins intensifs adultes ou pédiatriques
> dans les gros hôpitaux
> dans les hôpitaux universitaires

L'incidence des infections liées aux soins peut diminuer de 30% avec un programme adéquat de prévention et de contrôle de l'infection.

En Belgique

Deux enquêtes nationales ont été organisées :

- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : 2007
- European Control for Disease prevention and Control (ECDC) : 2011

DONNEES	KCE 2007	ECDC 2011
Hôpitaux aigus ¹	53%	51% ²
Patients	17 343	17 982
Prévalence des infections	7.1%	7.2%
Types d'infections		
Urinaires	24%	18%
Respiratoires	20%	20%
Site opératoire	15%	16%
Septicémies	14%	13%

¹ Sans les services des urgences, les soins de longues durées et l'hospitalisation de jour.

² 54 hôpitaux (70 sites) sur 105.

3. Facteurs favorisant

Le Docteur CHRISTIAENS a montré les principaux *facteurs favorisant* les infections liés aux soins, tout en attirant l'attention des participants sur l'impact des « progrès » médicaux.

FACTEURS	Impact programme de Prévention
Antibiothérapie : pression de sélection	+
Formation insuffisante du personnel	+
Evolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques	+/-
Nombre de personnes autour du patient	+/-
Vieillesse de la population	-
Mouvements du patient à l'hôpital	-
Architecture inadaptée	-

PROGRES MEDICAUX	Impact programme de Prévention
Survie prolongée de patients avec pathologie chronique	-
Multiplication des actes diagnostiques et thérapeutiques invasifs	-
Implantation de matériel prothétique	-
Chimiothérapie intensive	-
Greffes d'organes, immunosuppression	-

4. Les mesures de prévention

Après avoir expliqué les sources des infections liées aux soins et les sources des agents infectieux, le Docteur CHRISTIAENS a attiré l'attention des participants sur la présence des réservoirs de germes à l'hôpital que sont les patients, le personnel, l'environnement et la population des visiteurs. Elle a ensuite abordé la chaîne de transmission et les méthodes de prévention.

La réforme de l'hygiène hospitalière, via les arrêtés royaux des 26 avril³ et 19 juin 2007⁴, a permis de mettre l'accent sur la mission prioritaire des équipes d'hygiène hospitalière, en l'occurrence la prévention des infections liées aux soins.

Une des mesures réputée la plus importante est le lavage de « l'instrument médical » le plus employé, c'est-à-dire les MAINS. De très nombreuses études ont montré l'impact de l'hygiène des mains sur l'incidence des infections liées aux soins, la prévalence du staphylocoque doré multirésistant (MRSA).

De nombreuses études ont également montré l'importance de prendre des précautions additionnelles de type « contact », « gouttelettes » ainsi que des précautions aériennes. Le Docteur CHRISTIAENS n'a pas manqué, à cette occasion, de souligner les contraintes et les failles liées à l'application de ces précautions.



Conclusion

Les participants se sont dits impressionnés par l'ampleur et la qualité des informations, le médecin ayant également abordé les problématiques liées à la résistance bactérienne, le bon usage des antibiotiques, les événements indésirables et la qualité des soins, en tant que mesure préventive par excellence des infections.

De façon générale les participants, et les médiateurs hospitaliers en particulier, ont retenu les conséquences des infections liées aux soins, en termes de morbidité et de mortalité. Ils mesurent l'importance d'un programme efficace de prévention, le rôle des équipes d'hygiènes et les enjeux de demain qui sont liés à la spirale de la multirésistance, dans un contexte de progrès médicaux, de développement des hôpitaux de jour, de diminution des durées de séjour et au risque permanent d'agents infectieux émergents. Tout

ceci, sans éluder le rôle joué par les patients eux-mêmes.

Les médiateurs ont tiré profit des échanges entre les praticiens hospitaliers médicaux et infirmiers, mesurant par ailleurs la difficulté des rôles de chacun.

Dans la démarche de médiation, nous pensons qu'il est important de donner à chacune des parties la place qu'elle mérite.

L'acquisition par les médiateurs, de connaissances spécifiques au sujet des rôles des praticiens professionnels nous semble procéder de cette intention.

Cette démarche constitue, de notre point de vue, une des voies pour tendre vers la symétrie des informations entre les parties, gage d'une réussite du processus de médiation hospitalière.

³ Modification des normes d'agrément en matière d'hygiène hospitalière.

⁴ Modification du financement de l'hygiène hospitalière et de la surveillance des infections nosocomiales par l'Institut de la Santé Publique.



Mai
2013

J F M A M J J A S O N

sannthea

Les thèmes abordés en

› Mise à jour du module Institutions dans la base de données

Le module Institutions qui reprend tous les changements de noms, noms d'associations et fusions depuis 2002 a été adapté suite à l'utilisation de nouveaux fichiers sources comportant des informations signalétiques telles que l'AGR, le nom de l'institution, l'adresse, le type d'institution, etc. En outre, une nouvelle variable est maintenant introduite dans la base de données: la taille de l'institution (calculée en fonction du nombre de lits).

› 2^e réunion GT FINHOSTA-Compta

En mai 2013, le GT FINHOSTA-Compta a été convoqué pour la deuxième fois afin de présenter ce qui avait déjà été fait, d'évoquer les problèmes rencontrés et de définir ensemble les ratios financiers présentant une utilité pour les institutions.

› Réalisation d'un exercice illustratif portant sur l'accréditation des hôpitaux

Dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité, un exercice d'accréditation a été réalisé dans 4 hôpitaux volontaires situés en Wallonie et à Bruxelles. L'exercice portait sur l'évaluation de 5 critères issus du référentiel canadien (ceux-ci étant également présents dans les autres référentiels). L'évaluation s'est déroulée sur trois niveaux : théorique (existence de procédures), connaissance du personnel, pratique (observation).

› Intervention lors de la formation « Certificat Interuniversitaire en Management Médical »

Intervention portant sur l'accréditation des hôpitaux.

› Avis relatif au programme de soins pour le patient gériatrique (CNEH/D/D/429-3)

Cet avis définit le public cible ainsi que le screening à réaliser pour définir le profil gériatrique du patient. Il consacre l'unité de soins G comme "l'Étalon-Or" pour les soins aux patients à profil gériatrique et dénonce une insuffisance d'encadrement normatif infirmier et paramédical. Il décrit l'organisation et les missions de l'hôpital de jour gériatrique : public cible, composition de l'équipe multidisciplinaire, niveau

d'activité normes architecturales. Il propose un financement à l'activité.

L'avis propose également la structuration de la liaison interne par l'équipe multidisciplinaire dans les hôpitaux aigus et spécialisés G et Sp. Le financement proposé doit également être dépendant de l'activité appréhendée au travers du nombre de patients à profil gériatrique qui est hospitalisé dans les services autres que G, en garantissant un minimum de 2 ETP.

› Avis concernant la directive européenne d'exécution 2012/25/UE du 9 octobre 2012 de la Commission établissant des procédures d'information pour l'échange entre états membres, d'organes humains destinés à la transplantation (CNEH/D/428-1)

La directive européenne d'exécution précise les dispositions qui doivent garantir un flux d'informations sûres lors de l'échange d'organes entre les membres.

L'avis constate que la réglementation belge instaurée en 2012 et 2013 contient déjà de nombreuses dispositions relatives à l'échange d'informations entre les acteurs qui sont les centres locaux de coordination des dons d'organes, les centres de transplantation, les autorités compétentes belges et les organismes d'échange d'organes.

L'avis propose des adaptations de certaines dispositions prévues concernant la caractérisation du donneur et de l'organe, la traçabilité ainsi que la modification des incidents et des réactions indésirables graves.

› Avis concernant l'organisation des soins pour les patients atteints de maladies rares dans les hôpitaux belges (CNEH/D/427-2)

L'avis propose une organisation en réseau basée sur le trajet de soins. Le trajet de soins débute par les structures proches du domicile du patient qui doivent rester vigilantes à l'éventualité d'une maladie rare et aboutit aux centres d'expertise chargés de poser un diagnostic correct et de proposer une thérapie appropriée.

Les centres d'expertise doivent concentrer en leur sein le savoir-faire professionnel des équipes multidisciplinaires, la technologie, l'hébergement et la

formation, la sensibilisation, le développement des stratégies de prise en charge, l'enregistrement des données et le suivi épidémiologique.

> Avis relatif à la programmation des lits Sp (CNEH/D/426-1)

L'avis précise en premier lieu que le constat ressenti d'une offre de soins insuffisante n'est pas objectivé.

L'avis propose de transformer les lits Sp cardiopulmonaires (S1), locomoteurs (S2) et neurologiques (S5) en lits R, de réadaptation à caractère intensif avec une durée d'hospitalisation limitée.

Il faut augmenter l'offre de lits MRS afin d'absorber une partie de la patientèle des lits Sp chroniques ainsi que l'offre des formes alternatives d'accueil en dehors d'un établissement hospitalier. Un financement spécifique des lits R devrait tenir compte des normes de fonctionnement de chaque programme de soins de revalidation basé sur des groupes cibles de patients.

> Avis concernant l'imagerie médicale (CNEH/D/422-2)

L'avis propose l'augmentation importante du nombre de RMN, un moratoire sur les CT Scanners et la création d'un registre de l'appareillage d'imagerie médicale et des examens d'imagerie médicale réalisés.

Le rôle du radiologue doit être renforcé notamment dans le droit de substitution et la sélection des examens.

La télémédecine doit être développée.

> Réunion d'un groupe de travail à la Région Wallonne sur le transfert de la compétence pour les Initiatives d'Habitations Protégées

Les IHP font partie des matières transférées aux Régions et Communautés. Une proposition de révision de la loi de 1990 sur les IHP est parcourue. Le groupe de travail souhaite avoir un discours commun sur les objectifs.

Santhea se positionne en soutien des IHP existantes et du maintien de la configuration tant institutionnelle qu'organisationnelle.

Evocation des perspectives quant à un projet de décret relatif aux IHP (réflexion de fond sur le cadre et les missions), aux moyens et à l'organisation du financement suite aux transferts de compétences.

> Groupe de travail « Médiation »

Le groupe de travail a évoqué le rôle du médiateur hospitalier dans l'information au patient relativement à la facture hospitalière. Le groupe de travail a également reçu une information complète sur tous les éléments de procédure liés à la facture (émission - rappels - recouvrement), à sa mise en suspens, à la prescription et à la levée de prescription (reconnaissance de dette et assignation en justice).

La Multipartite donne un avis sur les montants de référence

> BMF : des économies annoncées

Le 16 mai, le CNEH marque son désaccord sur l'économie de 5 millions € préconisée par la Ministre à partir du 1er juillet sur la sous-partie B1, dans le contexte de sous-financement structurel de cette sous-partie, et confirme l'insuffisance du budget envisagé pour l'harmonisation du barème des aides-soignants en sous-partie B9. Le CNEH prend également acte de la non réalisation d'études pilotes en sous-partie B4 à concurrence de 5 millions €.

> Budget forfait médicaments 2013 – 2014 : toujours en baisse

Malgré les besoins de financement aigus de l'officine hospitalière soutenus par santhea, le Conseil Général de l'INAMI réduit encore le budget forfait médicaments de 8 millions € par rapport à 2012 – 2013. Depuis le lancement de la forfaitarisation en 2006, 130 millions ont ainsi été économisés (en base annuelle) par l'assurance maladie et n'ont faits l'objet que d'une réincorporation très partielle vers le financement de l'officine hospitalière, à concurrence de tout au plus une dizaine de millions, pour le comité médico-pharmaceutique et le comité du matériel médical, la pharmacie clinique et un soutien aux hôpitaux de stage.



Les montants de référence

Selon la ministre, une meilleure harmonisation des pratiques médicales passerait par l'élargissement du système des montants de référence.

La Multipartite est défavorable à un élargissement à court terme du système des montants de référence, mais elle souhaite participer activement à la refonte du financement hospitalier.

Le 7 mars 2013, Madame Onkelinx, Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, sollicite la Structure Multipartite en matière de politique hospitalière, quant à un élargissement du système des montants de référence. En effet, l'Accord du gouvernement le prévoit et la Ministre a donné mission à son Administration d'étudier la possibilité technique d'un tel élargissement. Une analyse très détaillée, incorporant des critères de sélection, a ainsi été mise à disposition de la Ministre et de la Structure Multipartite.

Dans sa demande d'avis, la Ministre rappelle les objectifs du système : la suppression des différences de pratique injustifiées entre hôpitaux pour traiter des pathologies identiques, la standardisation ou harmonisation des pratiques des prestataires dans les hôpitaux en ce qui concerne les pathologies médicales ou chirurgicales « relativement courantes et de faible gravité », l'uniformisation des dépenses des différents hôpitaux pour la biologie clinique, l'imagerie médicale et autres prestations techniques pour chacune de ces pathologies définies.

L'étude effectuée par la Direction générale des Etablissements de Soins au SPF Santé publique, propose ainsi d'ajouter (totalement ou partiellement) 40 nouveaux APR-DRG médicaux et 17 nouveaux APR-DRG chirurgicaux aux 32 APR-DRG (12 médicaux + 20 chirurgicaux) actuellement dans le système.

En outre, l'Administration a également rédigé un rapport d'analyse de la transposition des 32 APR-DRG actuellement dans le système des montants de référence, de la version 15 du grouper vers la version 28, et propose certains aménagements.

Ce qu'en pense santhea

Santhea a réuni un groupe de travail technique d'analyse des propositions concrètes de l'Administration, et rédigé à son attention et à celle de la Ministre, un courrier reprenant le détail de sa position, tant en ce qui concerne le système actuel que son extension :

- santhea confirme son opposition de principe au système des montants de référence, et a fortiori à son élargissement, ainsi que l'impérieuse nécessité de déterminer les actes nécessaires par pathologie et patient à traitement « standardisable »;



- santhea envisage la période de carence comme une bonne initiative, mais considère que son application concrète telle qu'envisagée est trop large et induit d'autres biais;
- santhea confirme sa réticence par rapport à l'introduction de l'hôpital de jour (définition trop large, première utilisation des APR-DRG, substitution impossible pour certains patients dont les caractéristiques ne sont pas appréhendées par l'APR-DRG et l'indice de sévérité, homogénéité non démontrée des séjours classiques versus de jour pour un même APR-DRG, ...);
- santhea dénonce l'absence de réflexion liée à l'âge (nouveau-nés, enfants, personnes âgées, ...) et aux caractéristiques sociales des patients;
- santhea dénonce la faible homogénéité des 32 APR-DRG actuels et répertorie également une liste très concrète, non exhaustive, de biais présents actuellement dans le système (et donc dans toute méthodologie de sélection, et tout élargissement) qu'il convient de corriger préalablement : certaines prestations INAMI ou certains critères non pertinents, des modalités techniques de facturation, l'impact de normes et structures, des indices de lits, ...
- santhea rappelle également des mesures préconisées par la Multipartite elle-même, et non encore introduites dans le système : lien entre l'étape 1 et l'étape 2 (seuls les APR-DRG, indices de sévérité, groupes de prestations (imagerie, biologie et actes techniques) en dépassement à l'étape 1 devraient faire l'objet de la récupération en étape 2), introduction d'un seuil à la baisse, ...

- santhea rappelle enfin que le critère numéro un, reste la sélection de **pathologies relativement courantes et de faible gravité**, critère non rencontré pour bon nombre d'APR-DRG proposés à l'élargissement, voire pour des APR-DRG actuellement dans le système : il faut une large majorité d'hôpitaux aigus concernés et un nombre significatif de cas. En outre, la gravité n'est pas appréhendée par l'indice de sévérité (qui est un classement au sein d'un même DRG) : il faut examiner les poids relatifs des ressources à mobiliser entre APR-DRG ainsi que leurs intitulés parfois déjà très parlants, analyser les passages aux soins intensifs et soumettre les différentes analyses de type statistique au regard clinique avisé d'experts médicaux;
- en outre, santhea demande des investigations techniques complémentaires à l'Administration, liées aux réflexions énumérées ci-avant, mais également à l'évolution à venir du système (par exemple le mode d'intégration des éléments « présents à l'admission » dans le système APR-DRG version 28, mais aussi des analyses intégrant la carence et l'hôpital de jour...) ou d'ordre statistique (histogrammes des consommations, outliers, symétries, bornes des coefficients de variation, occurrence des prestations par code INAMI au sein de chaque APR-DRG...).

L'avis de la Multipartite

Après plusieurs réunions du groupe de travail « Montants de référence » de la Structure Multipartite, compte tenu des remarques de santhea, mais également d'autres partenaires, la Structure Multipartite a rédigé un courrier à la Ministre le 20 juin 2013 :

- la Structure Multipartite formule des remarques détaillées tant sur la conversion de l'APR-DRG version 15.0 vers l'APR-DRG version 28.0 que sur l'extension du système des montants de référence et l'application actuelle du système. Elle joint au courrier à l'attention de la Ministre, un rapport intermédiaire détaillé et les lettres de tous les membres du groupe de travail, dont plus particulièrement santhea;
- la Structure Multipartite rappelle que le système des montants de référence a déjà été étendu à la période de carence et à l'hospitalisation de jour, et que certains membres du groupe de travail formulent des remarques concernant le système actuel;
- la conversion des APR-DRG version 15.0 vers l'APR-DRG 28.0 s'avère indispensable dans la mesure où la version 15.0 ne sera bientôt plus prise en charge du point de vue technique. Le passage prévu à une codification CIM-10 BE exige une version plus récente des APR-DRG pour le groupage, qui permettra en outre, à terme, de tenir compte des complications potentiellement évitables. La version 28.0 permet de rendre les APR-DRG globalement plus homogènes (coefficient de variation globalement inférieur), même si certains membres du groupe de travail, dont

santhea, craignent que certains APR-DRG retenus dans le système actuel ne soient pas suffisamment homogènes et ne répondent pas au principe de base (pathologies relativement courantes, pouvant être standardisées et/ou harmonisées dans la pratique et permettant d'éliminer les divergences injustifiées);

- la Structure Multipartite a examiné l'ensemble des remarques émises par les membres sur les deux rapports fournis par l'Administration. Elle conclut que :
 - d'une part une série de critères quantitatifs et donc statistiques sont indispensables pour sélectionner de nouveaux APR-DRG;
 - d'autre part d'autres critères plus qualitatifs doivent être pris en compte (par exemple l'Evidence Based et des critères liés aux patients), ce qui conduira à réduire le nombre d'APR-DRG retenus;
 - des études complémentaires sont donc requises. Le groupe de travail en a d'ailleurs dressé une liste;
 - la Structure Multipartite prend aussi note de l'initiative du Gouvernement de revoir d'ici peu le financement des hôpitaux dans son contexte plus large. Des pistes de réflexion pourront être proposées, axées sur la réduction de la « variabilité imprévue » des soins, intégrant quelque part le système des montants de référence;

- la Structure Multipartite souhaite d'abord se faire une idée du plan par étapes qui sera prévu dans la « feuille de route » pour une révision du financement des hôpitaux, dont la rédaction a été ordonnée par le Gouvernement, avant de poursuivre ses travaux quant à une extension du système des montants de référence;
- la Structure Multipartite est disposée à participer de manière active et constructive à la vaste concertation sur le financement futur des hôpitaux.

La Ministre a en effet, dès le printemps 2013, déjà lancé l'idée d'une « *Feuille de route de l'évolution vers un nouveau système de financement des soins hospitaliers en Belgique* », feuille de route rédigée en octobre 2013 et diffusée au cours du dernier trimestre, qui ouvre un chantier important pour les années à venir, dont les principaux acteurs du secteur, et en particulier santhea, seront parties prenantes.

Partie 2

Juin

2013

J F M A M **J** J A S O N D

sannthea

Les thèmes abordés en

Juin
2013

> Référents Démence dans les MR/MRS

Dans les Maisons de repos et les Maisons de repos et de soins, les personnes de référence pour la démence doivent suivre une formation d'au moins 60 heures, reconnue par le SPF Santé publique. La date limite pour suivre cette formation est fixée au 30 juin 2014.

> Etablissement du budget des soins de santé

Juin est traditionnellement le temps de l'élaboration des budgets. Tant au CNEH qu'à l'Inami, les partenaires de l'assurance obligatoire doivent scruter les données budgétaires des années précédentes, établir les tendances budgétaires et établir la liste de leurs (nouveaux) besoins pour l'année suivante. En 2013, ce fut plutôt la liste ... des économies qui a été discutée au sein d'une Taskforce qui s'est réunie une dizaine de fois sous la présidence de l'administrateur général de l'Inami.

> Création du département Etudes et Qualité

> Première réunion du GT RH Absentéisme

Suite à une demande des hôpitaux de disposer de données sur l'absentéisme au niveau du secteur, santhea a réuni le groupe de travail « Ressources humaines » pour discuter de la possibilité de constituer une Banque de données relative à l'absentéisme et présenter ce qu'il serait possible de faire, notamment en partant du projet existant au sein d'un groupe restreint des hôpitaux membres de santhea.

> Mediprima

Le projet "MediPrima" vise à mettre en place une procédure uniforme simplifiée pour le traitement des factures des dispensateurs/établissements de soins à charge du SPP Intégration Sociale ou du CPAS. Le projet répond à un ancien souhait de santhea mais s'avère assez complexe à mettre en œuvre. Santhea s'investit largement dans la concertation initiée par le SPP Intégration sociale. La discussion, amenée en juin au Comité de l'assurance, s'inscrit dans la continuité de la concertation voulue par les promoteurs du projet. Le calendrier prévoit l'obligation de la facturation électronique pour les personnes à charge du SPP Intégration sociale à partir du début 2014.

> Congés supplémentaires pour les travailleurs âgés

Dans le secteur public, le financement de 100 ETP a été mis à disposition pour permettre le remplacement partiel des travailleurs qui bénéficient de l'octroi de

congrés supplémentaires. Le Comité de gestion du Fonds Maribel, chargé d'exécuter la mesure décide d'ajouter à ces moyens un budget correspondant à 75 ETP prévus dans le cadre d'une mesure de parrainage de jeunes travailleurs peu qualifiés. Ce budget supplémentaire permet de couvrir quasi intégralement le remplacement des travailleurs qui bénéficient de l'octroi de congés supplémentaires. Santhea n'a pas soutenu cette décision, jugeant qu'il serait plus judicieux de rendre sa vraie destination au budget « parrainage ».

> Commission Paritaire 330

La tension existant entre partenaires sociaux siégeant en Commission paritaire 330 a atteint un niveau critique.

Les syndicats s'étaient enfermés dans une logique du sine qua non et exigeaient la signature concomitante de 5 projets de CCT (efforts supplémentaires de formation; CCT prépension 56 et 58 ans; CCT barème aide-soignante; crédit-temps), version syndicale des textes bien sûr, sous peine de quitter la table des négociations. Ces 5 CCT faisaient l'objet de négociations depuis le début de l'année sans que l'on puisse parvenir à un accord.

Les représentants des employeurs ne pouvant céder au chantage, les syndicats mirent leur menace à exécution.

> Commission Soins Infirmiers

Séance consacrée aux titres professionnels particuliers (TPP) et aux qualifications professionnelles particulières (QPP).

Dans le cadre plus spécifique de la santé mentale, c'est le contenu et la place de la fonction de responsable de l'unité de soins qui ont été étudiés.

> Définition des Besoins 2014 des hôpitaux : surtout pas d'économies ! (CNEH/D/SF/96-2)

Au lieu d'émettre une liste de besoins pour 2014, le CNEH décide de façon responsable de demander à la Ministre, compte tenu des économies déjà réalisées par le secteur, dans un contexte de sous-financement structurel du secteur BMF et face aux coûts en croissance, de ne pas imposer au secteur hospitalier de nouvelles économies en 2014, ou de nouvelles mesures augmentant les coûts sans améliorer la qualité et l'accessibilité pour le patient. Le CNEH insiste pour maintenir le caractère attractif de l'hôpital également en tant qu'employeur, et se dit prêt à collaborer à l'élaboration d'un nouveau mode de financement.



Création du Département Études et Qualité : Promouvoir et soutenir l'amélioration continue

Suite à une décision du Conseil d'Administration de mai 2013, un département Études et Qualité a été créé au sein de santhea en vue d'améliorer le soutien offert aux membres. L'objectif de ce nouveau département est de proposer, au sein d'une entité bien identifiée, visible, connue et reconnue, une articulation structurée entre les aspects quantitatifs et qualitatifs d'aide à la gestion (financière, structurelle, organisationnelle ou de l'activité). Ce département est le résultat de la fusion du projet AWAGES/ABRUGES et des différents projets « qualité » développés par santhea et ses partenaires depuis plusieurs années.

La création de ce nouveau département : une évolution naturelle

Le projet AWAGES/ABRUGES est né en 2007. Acronyme de « Agence Wallonne et Bruxelloise pour l'Aide à la Gestion des Etablissements de Soins », ce projet visait à proposer aux hôpitaux une aide à la gestion via la constitution d'indicateurs, la création de benchmarks et la réalisation d'études. Les premières années du projet ont permis à l'équipe d'acquérir un véritable know-how, que ce soit en termes techniques ou méthodologiques. En six années d'existence, le projet a acquis une excellente réputation, tant au niveau des hôpitaux que des autorités régionales et fédérales. Le positionnement par rapport aux autres acteurs du secteur est clair: la volonté est d'offrir aux

membres des indicateurs et des analyses couvrant les multiples aspects de la gestion en utilisant les meilleures technologies existantes et les outils les plus performants. La création de ce département ainsi que le développement d'une plateforme SharePoint sont précisément destinés à répondre à ces objectifs, à inviter les institutions à entrer dans une dynamique d'amélioration continue et à leur fournir le soutien nécessaire pour y parvenir.

Durant les premières années du projet, les forces se sont essentiellement concentrées sur l'analyse de données financières, et en particulier du BMF, des montants de référence et du forfait pharmacie. Bien qu'il s'agisse là d'éléments essentiels dans le cadre de la gestion d'un hôpital, on assiste progressivement, au sein du secteur des soins de santé, à l'apparition d'une gestion de plus en plus axée sur la qualité. Conscient de l'enjeu, santhea développe depuis

déjà plusieurs années de nombreux projets dans ce domaine. Outre les journées d'études santhea 2009 consacrées à ce sujet, le Partenariat Sécurité Qualité (PSQ), signé entre santhea et les mutualités socialistes en 2010 auquel la grande majorité des hôpitaux santhea ont adhéré, a donné naissance à des projets tels que la mesure de la Satisfaction des Patients, la gestion des événements indésirables, la structuration de la qualité dans les hôpitaux ou encore la mise en évidence de bonnes pratiques dans le cadre de la Prothèse Totale de Genou. La thématique de l'accréditation est aujourd'hui, plus que jamais, une question d'actualité. Santhea travaille énormément sur cet outil utilisé mondialement, et dans de nombreux secteurs d'activités, pour encadrer les démarches d'amélioration continue. Outre les travaux menés dans le cadre du PSQ, santhea a réalisé au cours de l'année 2012, en collaboration avec le QUASAR,

groupe de recherche attaché à l'école de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles une étude portant sur la préparation à l'accréditation, étape indispensable selon la majorité des experts. Par ailleurs, santhea a également pris l'initiative, en janvier 2013, de rassembler les différents acteurs des soins de santé en Wallonie et à Bruxelles au sein d'une même plateforme afin de proposer un soutien commun aux hôpitaux.

Étant donné l'approche nécessairement globale que doit privilégier la gestion des institutions de soins, et l'utilisation indispensable d'indicateurs dans le cadre du développement, de la mise en place et de l'évaluation des projets qualité, la création de ce nouveau département apparaît comme une évolution naturelle des services proposés par santhea à ses membres afin de répondre au mieux à leurs besoins.

Rationalisation et message fort

La création de ce nouveau département a aussi pour objectif de bénéficier des points forts des différents projets tout en comblant leurs faiblesses respectives. Au niveau des forces, on relèvera notamment le travail en équipe pluridisciplinaire dynamique et le développement d'une expertise et

d'un savoir-faire reconnus tant au sein des hôpitaux qu'à l'extérieur. Par ailleurs, un large réseau de partenaires et d'experts a été développé afin de renforcer le soutien proposé aux institutions. Enfin, santhea a toujours tenu à travailler tant dans la réactivité, afin de répondre à l'actualité, que dans la proactivité afin d'anticiper les évolutions du secteur et y préparer au mieux ses membres. Concernant les faiblesses que la mise en place du département vise à réduire, on retrouve les ressources limitées disponibles pour accompagner les institutions et une communication parfois difficile avec celles-ci. Travailler sur ce dernier élément est primordial si santhea veut augmenter sa visibilité et s'assurer que les moyens et les outils proposés sont utiles et utilisés. Dans le même esprit, le Département Etudes et Qualité permettra d'améliorer la transversalité des projets et donc augmenter le nombre et le type de profils intéressés aux travaux menés.

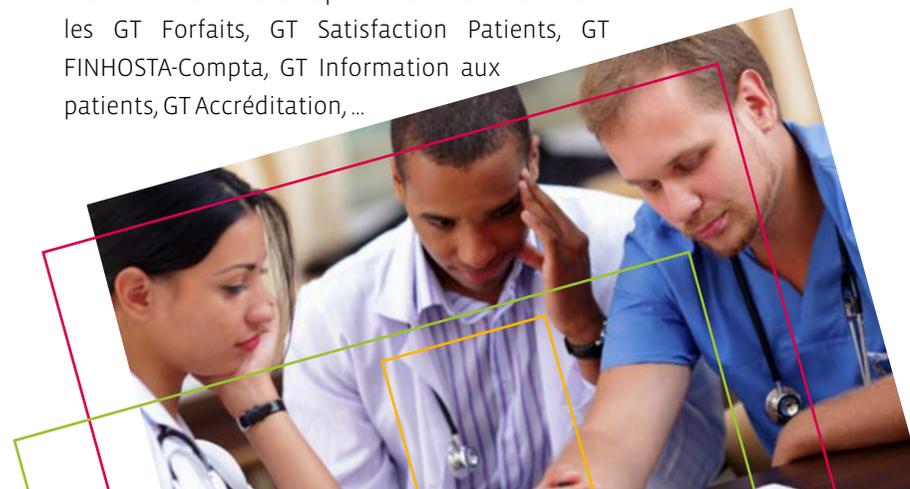
La création de ce nouveau département constitue également un double message fort envoyé au secteur des soins de santé, aux autorités et au public. D'une part, les contraintes budgétaires croissantes poussent à mettre en place une gestion de plus en plus efficiente. Dans ce contexte, santhea soutient ses membres dans l'amélioration continue de leur gestion, sous tous les aspects de celle-ci. D'autre part, le « monde extérieur » est très critique par rapport à la qualité et est en demande de plus de transparence. Il faut donc réaffirmer que

la qualité est bien au centre des préoccupations du secteur et de celles des membres de santhea qui prend l'initiative de développer les structures et de mettre à la disposition des hôpitaux les ressources nécessaires pour les soutenir et les accompagner dans cette thématique.

Equipe

Le département est composé de Denis Herbaux (Directeur), Cécile Kestens (Responsable du Datawarehouse), Amélie Goossens (Conseiller économique), Jean Bury (Conseiller médical) et Corentin Leterme (Assistant Datawarehouse). Jean-François Colet prend en charge l'aspect informatique. Enfin, Marina Lietar apporte son expertise dans les matières financières, notamment pour le BMF et les forfaits.

À cette équipe viennent s'ajouter plusieurs groupes de travail relatifs aux différentes matières afin d'assurer que les projets développés répondent bien aux besoins des hôpitaux. Citons notamment les GT Forfaits, GT Satisfaction Patients, GT FINHOSTA-Compta, GT Information aux patients, GT Accréditation, ...



Nos principales activités

Reporting

Dès le lancement du projet AWAGES/ABRUGES, santhea a proposé aux hôpitaux membres de réaliser un benchmarking sous forme de reporting ou d'analyses plus poussées. Le nombre de thématiques couvertes a évidemment évolué au fil des années. À l'heure actuelle, le Budget des Moyens Financiers, les Montants de Référence, le Forfait Spécialités Pharmaceutiques, le Forfait Imagerie Médicale, les données de comptabilité issues de FINHOSTA et la Satisfaction des Patients font partie du panel d'indicateurs proposés aux institutions. En 2014, l'élargissement à de nouveaux types de données sera mis en œuvre. D'abord via l'exploitation des données relatives aux ressources humaines de FINHOSTA et le développement d'un projet portant sur l'absentéisme. Le traitement de nouveaux indicateurs qualité sera également initié, en commençant par les aspects cliniques du feedback multidimensionnel du SPF-SP et les indicateurs définis par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Art Infirmier. Enfin, l'intégration du RHM au sein du Datawarehouse permettra de travailler sur l'activité des hôpitaux.

Le Partenariat Sécurité Qualité

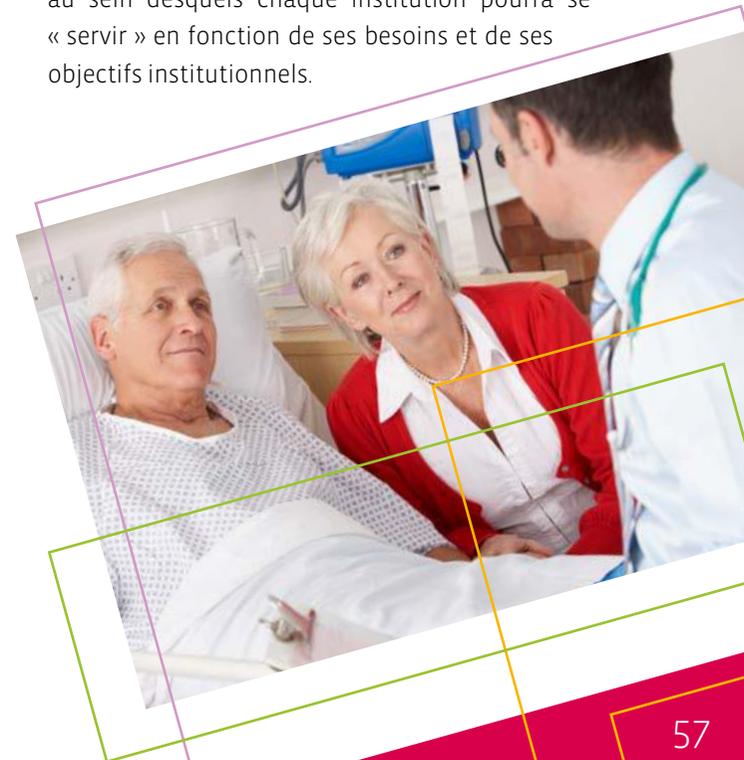
Signé au début de l'année 2010 par santhea et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes,

le Partenariat Sécurité Qualité vise à offrir un accompagnement aux hôpitaux dans le développement et la mise en œuvre de projets qualité. Depuis sa création, pas moins de neuf projets (tant qualitatifs que quantitatifs) ont été soutenus et près de trois-quarts des institutions membres de santhea ont rejoint ce partenariat (ce qui représente presque 85% des lits agréés « santhea »). En 2014, les travaux continueront et s'articuleront autour des initiatives existantes, afin d'éviter les doublons. Si les sujets traités varient, tous ont un lien avec l'accréditation, véritable défi auquel notre secteur va devoir faire face dans les prochaines années. Il s'agit d'y préparer au mieux les hôpitaux. Le partenariat mise avant tout sur la complémentarité existante entre les différents acteurs y prenant part : intégrer les données disponibles au niveau des mutualités socialistes à celles des hôpitaux et de santhea, partager les expériences et les idées des acteurs de terrain, encadrer les réflexions par des analyses statistiques réalisées par le staff de soutien, autant d'éléments qui font la force du partenariat.

Le projet Satisfaction Patients

Initié en 2011 dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité, le projet Satisfaction Patients existe aujourd'hui en tant que tel. Après une phase test d'une année au cours de laquelle quatre institutions ont accepté d'essayer les plâtres, une

quinzaine d'institutions distribue actuellement le questionnaire général composé d'une vingtaine de questions. Un reporting mensuel leur est fourni une fois les questionnaires traités soit par santhea, soit par l'institution. Depuis le 1er juillet 2013, trois questionnaires psychiatriques sont en circulation, et un questionnaire relatif aux consultations a été pour la première fois distribué aux patients durant quinze jours au cours du deuxième semestre 2013. De nouveaux questionnaires thématiques portant sur les urgences et sur le secteur « Mère-Enfant » seront développés en 2014. L'idée est de pouvoir proposer à terme une panoplie de questionnaires au sein desquels chaque institution pourra se « servir » en fonction de ses besoins et de ses objectifs institutionnels.



La Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS)

En janvier 2013, santhea a invité les autres fédérations représentant les hôpitaux bruxellois et wallons, les mutualités et les trois écoles de santé publique francophones à travailler ensemble sur la qualité. Plus spécifiquement, la PAQS souhaite apporter un soutien aux hôpitaux (en ce y compris aux hôpitaux psychiatriques) en vue d'améliorer la qualité et la sécurité en promouvant l'amélioration continue. D'autres acteurs ont depuis rejoint la plateforme. Cet élargissement continuera dans le futur afin de s'assurer l'adhésion de l'ensemble des acteurs du secteur. Les activités de la Plateforme ont été officiellement lancées le 11 décembre 2013 à Namur lors d'un événement au cours duquel le programme d'activités 2014 a été présenté (organisation de formations à destination des hôpitaux, réalisation d'un cadastre des initiatives existantes et articulation de celles-ci, composition d'un groupe destiné à informer et à conseiller les hôpitaux, développement d'un site web centralisant toutes les informations liées à la qualité et à la sécurité) et trois agences d'accréditation ont décrit leur offre pour les hôpitaux wallons et bruxellois.

Etudes

Dès le lancement du projet AWAGES/ABRUGES, certaines thématiques ont fait l'objet d'une étude plus poussée qu'un simple reporting afin de décortiquer, par exemple, le système de financement et en déterminer les incohérences. Citons par exemple l'étude approfondie des Montants de Référence en 2009 dont plusieurs éléments ont été repris en vue d'une modification du système au bénéfice des hôpitaux. En 2013, la Fédération Wallonie-Bruxelles a financé une étude

réalisée conjointement par santhea et le GRI-QUASAR, groupe de recherche interdisciplinaire en Qualité et Sécurité attaché à l'école de santé publique de l'ULB. Cette étude a porté sur la création d'un manuel de préparation à l'accréditation en vue de toujours mieux soutenir ses membres.



Partie 2

Juillet/Août 2013

J F M A M J **J** A S O N D

santthea

Les thèmes abordés en

› Publication du rapport relatif au « Forfait Spécialités Pharmaceutiques »

Le rapport (fondé sur le feedback de l'INAMI) concernant le Forfait au 1er juillet 2013 pour les Spécialités Pharmaceutiques est publié sous format Excelsius le 24 juillet 2013. Outre les informations habituelles à propos de l'évolution du forfait, de la décomposition du forfait et de la performance de l'hôpital, un nouvel onglet concernant les Outliers est ajouté. Bien que l'INAMI fournisse depuis cette année le détail des dépenses par codes ATC2, aucune analyse n'a pu être réalisée sur cette base pour cause d'informations manquantes dans les fichiers individuels. D'un point de vue technique, les procédures d'injections des données ont néanmoins été adaptées pour incorporer cette information plus détaillée et une table des codes ATC (jusqu'au niveau 5) a été créée.

› Lancement des nouveaux questionnaires « Satisfaction Patients »

La nouvelle version du questionnaire général et les questionnaires thématiques concernant la psychiatrie sont distribués dans les hôpitaux.

› Projet d'avis concernant la pharmacie hospitalière et les associations de pharmacies hospitalières

Le projet d'avis propose de modifier de façon substantielle les normes auxquelles une pharmacie hospitalière doit satisfaire pour être agréée compte-tenu des activités supplémentaires qui vont lui incomber à savoir notamment :

- la pharmacie clinique;
- les préparations dans les salles blanches;
- la matériovigilance;
- la traçabilité des implants.

Le projet d'avis n'a pas été ratifié étant donné la non parution de l'arrêté royal qui doit réglementer les pharmacies hospitalières et les implications financières découlant de la modification des normes d'encadrement notamment pour les pharmaciens hospitaliers.

› Avis relatif à la fonction d'infectiologie et des maladies liées au voyage (Travelclinic) au sein des hôpitaux (CNEH/D/433-2)

Un hôpital ne doit pas nécessairement disposer d'une Travelclinic. Mais, quand elle existe, elle doit continuer à être liée à la vaccination contre la fièvre jaune et être agréée par le SPF Santé Publique. Les besoins en infectiologie des hôpitaux doivent être mesurés pour pouvoir élaborer une approche intégrée de l'hygiène et de l'épidémiologie hospitalière, de la microbiologie médicale et de l'infectiologie clinique. L'avis recommande en outre plus de rationalité dans les organisations et institutions qui s'occupent d'infectiologie.

L'avis préconise également de remettre en discussion la qualification professionnelle d'infectiologue.

› Avis concernant la stérilisation centrale (CNEH/D/430-3)

L'avis propose de modifier l'arrêté royal du 15/12/1978 (arrêté royal fixant les normes spéciales pour les hôpitaux et services universitaires concernant la stérilisation centrale).

Selon l'avis, la distinction entre stérilisation et désinfection de haut niveau permet de maintenir la désinfection de haut niveau dans le service où elle est utilisée alors que la stérilisation est regroupée en un lieu central.

Les normes architecturales, d'organisation et de qualité doivent être revues de même que le rôle du Comité d'hygiène hospitalière.

La responsabilité in fine de l'unité de stérilisation centrale doit être donnée au pharmacien hospitalier titulaire.

› Economie en biologie clinique

Dans sa version initiale, le texte de l'arrêté royal relatif à l'économie prévoyait une diminution des honoraires forfaitaires aussi bien pour les patients hospitaliers que pour les patients ambulatoires; santhea a pris l'initiative de dénoncer l'application linéaire de l'économie et de plaider en faveur d'une exonération de l'honoraire forfaitaire hospitalier.

> **Oxygénothérapie de longue durée à domicile**

Une des principales critiques de la réglementation entrée en vigueur en 2012 était que les patients qui désaturent uniquement en cas d'effort n'entraient plus en ligne de compte pour une oxygénothérapie de longue durée. Le Comité de l'assurance a conclu un avenant à la convention avec les hôpitaux de manière à permettre à ces patients d'entrer en considération pour une forme adaptée d'oxygénothérapie de longue durée dans le cadre de la convention avec les hôpitaux.

> **Commission wallonne des aînés**

Sa principale préoccupation a été d'une part, d'assurer un monitoring régulier des infrastructures disponibles en Région wallonne pour accueillir les aînés et d'autre part, d'établir la liste des besoins en infrastructures et des possibilités de financer les investissements.

> **Médiation Hospitalière**

Au terme de 10 années de travail, dans le cadre de la convention de niveau 1, nous poursuivons la collaboration, l'entretien et le développement du climat de confiance avec nos interlocuteurs. L'organisation d'une formation basée sur l'écoute et la communication avec la patientèle s'est avérée déterminante pour atteindre cet objectif. Nous poursuivons la démarche avec les services qui ont participé au premier projet.

La médiation est une opportunité de formation des praticiens professionnels. C'est une occasion pour souligner leurs droits et devoirs, en leur garantissant qu'ils peuvent être défendus, les rendant dès lors plus forts pour oser affronter plus ouvertement les difficultés.

Nous savons tous la difficulté qu'il y a à mettre en œuvre des changements au sein des organisations.

Intégrer les praticiens professionnels dans la démarche de médiation, c'est favoriser le développement de cette fonction, en dépit des limites des prescrits légaux existants, et de la capacité des médiateurs hospitaliers à aider véritablement les patients à résoudre les problèmes posés.

Tenir compte des points de vue des praticiens professionnels, c'est reconnaître qu'ils ont, au même titre que les patients, des droits et des obligations. C'est aussi tenter de gommer « l'asymétrie » d'informations qui prévaut entre les parties, prélude à la démarche de médiation proprement dite.





Commission wallonne des aînés

Devant le défi du vieillissement de la population et le coût de celui-ci, il est nécessaire de réfléchir à des formes alternatives à l'hébergement en maisons de repos et maisons de repos et de soins. 2013 et 2014 constituent des moments clés pour mener une telle réflexion puisque ces 2 années précèdent le transfert de toutes les compétences (à l'exception des soins à domicile) relatives à la prise en charge des personnes âgées vers les Régions et Communautés.

Santhea se veut le garant d'une politique visant à rendre accessibles à tous, les structures de qualité dans le secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées. Compte-tenu du fait que rester à son domicile reste le premier souhait de la personne âgée, santhea considère qu'il y a lieu d'organiser des prises en charges qui, dans toute la mesure du possible, respectent ce souhait. Et qu'il y a lieu de les organiser en donnant toutes les garanties de qualité.

C'est pourquoi, dès à présent, santhea attire l'attention des autorités publiques sur l'importance de développer et de soutenir la création de structures comme les centres d'accueil et/ou de soins de jour, de soirée et/ou de nuit pour personnes âgées ainsi que les résidences-services.

A ce sujet, au vu des chiffres publiés par la Région wallonne, on constate un développement important du secteur des résidences-services à caractère privé commercial, ce qui n'est pas

nécessairement une garantie d'accessibilité pour tous.

Par contre, les centres d'accueil et de soins de jour sont surtout développés par le secteur public ou par des ASBL. Il faut dire à cet égard que le financement du fonctionnement des centres d'accueil de jour ne fait l'objet que d'une intervention parcimonieuse des pouvoirs publics (5€ par jour et par présence du résident) et qu'une intervention publique dans la construction des infrastructures n'a été obtenue que depuis peu de temps.

La construction de résidences-services par les structures publiques ou privées non commerciales souffrait d'un manque de moyens à consacrer aux investissements par ces structures. Cette difficulté à investir devrait largement s'atténuer grâce au soutien important du Gouvernement de la Région wallonne qui subsidie la construction de résidences-services sociales au travers des sociétés locales de logements sociaux. Les résidences-services sont ainsi mises à la portée de tous, tout en garantissant une incontestable qualité d'hébergement.

Si des avancées ont été constatées dans le secteur, il reste du chemin à faire !

Santhea restera attentive à l'évolution de ces dossiers dans le respect de ses principes d'accessibilité pour tous et d'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées tant au niveau des infrastructures que de l'encadrement humain.



Partie 2

Septembre 2013

J F M A M J J A **S** O N D

sannthea

Les thèmes abordés en

› Automne social est chaud en Commission Paritaire 330

A l'occasion de la réunion de la Commission Paritaire (CP) du mois de juin, une manifestation avait été organisée à l'entrée du bâtiment dans lequel se réunit ladite Commission. L'essentiel de la pression ainsi exercée sur les représentants patronaux visait le dossier des prépensions.

Dans ce contexte tendu, le traitement des dossiers problématiques (5 projets de CCT) ne se déroula pas en séance plénière mais bien selon le mode de la conciliation, à savoir via la séparation des parties dans des salles distinctes, le Vice-Président de la CP faisant la navette entre les deux.

Ce mode de négociation semblait avoir porté quelques fruits puisque des perspectives de compromis acceptables avaient ainsi été esquissées lors de ces échanges informels. Le seul obstacle réel à l'obtention d'un accord semblait ne plus être que la signature des CCT relatives aux prépensions. In fine, les syndicats avaient cependant à nouveau quitté les négociations avant terme. Les communiqués de presse syndicaux riches en contre-vérités et singulièrement peu nuancés furent ensuite légion. De multiples actions, visant tant les institutions que les fédérations patronales eurent lieu.

Au cours de la négociation, santhea a soutenu la revalorisation des aides-soignants. MAIS, faute d'un financement suffisant, a néanmoins refusé de signer une Convention Collective du Travail qui leur accorde le barème 1.35 (ou équivalent dans le secteur public).

Au cours des semaines qui ont suivi la réunion, les fédérations cèdent une à une sous la pression des organisations syndicales. Santhea tient bon et la Ministre des Affaires sociales finit par trouver le budget nécessaire.

› IFIC (Institut de classification de fonctions)

Les discussions entre partenaires sociaux ont abouti au fil des mois à ce que l'on constate d'une part, que les moyens manquent pour mettre en œuvre la classification de fonctions développée par l'Institut de classification de fonctions, et d'autre part, qu'une mise à jour de cette classification de fonctions était nécessaire au vu des évolutions du secteur. Il a donc été décidé de mettre en route ce travail de mise à jour au sein de l'IFIC.

› Publication du rapport « Forfait Imagerie Médicale »

Le rapport (relatif au feedback de l'INAMI) concernant le Forfait au 1er juillet 2013 pour l'Imagerie Médicale est publié sous format Excelsius le 18 septembre 2013. Celui-ci comporte trois parties : évolution du forfait, décomposition du forfait et performance par séjour.

› Comité technique - DWH santhea

Le comité technique lié au projet de datawarehouse s'est réuni en septembre. Il était d'abord question d'organisation générale : le nouveau département et les travaux relatifs à la nouvelle convention ont été présentés. Le deuxième thème abordé concernait l'anonymisation et l'accès aux données en ligne. La question de l'audit des données dans le cadre des fichiers FINHOSTA a ensuite été soulevée.

› Avis relatif à l'appareillage médical lourd (CNEH/D/432-2)

L'avis préconise, afin de réduire la charge de rayonnements, de diminuer les examens inutiles en faisant en sorte que les prestataires puissent accéder directement par voie électronique aux examens déjà réalisés sur le bénéficiaire.

L'avis dresse la liste de l'appareillage médical lourd et préconise une autorisation préalable de l'autorité compétente avant l'installation et son exploitation. L'avis stipule clairement que tous les appareils doivent être enregistrés et ceux qui utilisent ou produisent des rayonnements ionisants doit faire l'objet d'une notification et d'un contrôle pour l'Agence fédérale de contrôle nucléaire.

Une programmation reste nécessaire pour certains appareils et le moratoire qui devrait être instauré pour les CT Scanners doit être concomitant à l'élargissement de la programmation des IRM.

> Avis relatif aux programmes de soins de cardiologie concernant la nomenclature (CNEH/D/435-1)

L'avis recommande pour l'évaluation des volumes exigés en coronographie diagnostic (B1), en coronographie interventionnelle (B2), en cardio-chirurgie (B3) et en électrophysiologie (E) de continuer à recourir à la nomenclature des prestations médicales. Les adaptations concrètes des arrêtés devraient se faire automatiquement en fonction des modifications de la nomenclature.

> La fin annoncée de Carenet et de la carte SIS

On en parlait depuis un certain temps. Le Comité de l'assurance l'a appris officiellement en septembre. La plateforme Carenet ne sera plus utilisée après le 1 novembre 2014; l'ensemble des échanges électroniques entre les hôpitaux et les organismes assureurs devront transiter par MyCarenet. A partir du 1 janvier 2014, la carte SIS sera remplacée par la carte d'identité électronique; alors que les données d'assurabilité étaient stockées dans la puce de la carte SIS, la lecture de la carte d'identité électronique permettra, via le numéro NISS, d'accéder à l'information sur le statut d'assurabilité. Plusieurs informations sur ces changements fondamentaux dans la procédure administrative des hôpitaux ont été organisées par santhea.

> Commission Soins Infirmiers - Hôpitaux généraux

Sujet principal : le financement du Département Infirmier





Octobre

2013

J F M A M J J A S O N D

sannthea

Les thèmes abordés en

> 2^e réunion du Groupe de Travail Ressources Humaines Absentéisme

La réunion est organisée pour évaluer les modalités de mise en place du projet en fonction des besoins et contraintes de chacun. Pour ce faire, chacun des 5 indicateurs proposés dans le benchmarking existant au niveau du CHUPMB-IRIS a été passé en revue.

> Satisfaction Patients

Le groupe de travail définit les nouvelles thématiques à développer en 2014 : le service des Urgences et le secteur « mère/enfant ». Ces questionnaires seront distribués dès 2015.

> Étude santhea-QUASAR

L'étude réalisée par santhea et l'école de Santé publique de l'ULB grâce à un financement octroyé par la Fédération Wallonie-Bruxelles a été officiellement présenté à la Ministre le 25 octobre. Intitulée « L'accréditation des hôpitaux : L'indispensable phase d'éveil », l'étude passe en revue les grands concepts liés à l'accréditation et les différents modèles utilisables avant de mettre en avant l'avis d'experts sur la meilleure manière de mettre en œuvre une telle démarche. Ce guide propose également une grille de maturité permettant aux hôpitaux qui le souhaitent de s'évaluer sur une série de critères.

> Programme de soins gériatriques (CNEH/D/SF/97-3)

Le CNEH chiffre l'augmentation d'encadrement nécessaire en service G à 130 millions €. Vu le contexte budgétaire, le CNEH propose de réfléchir à une plus grande flexibilité dans l'affectation du personnel et des moyens entre les différentes composantes du programme de soins. L'hôpital de jour gériatrique et la liaison gériatrique interne font l'objet de projets pilotes. L'idée consiste à généraliser l'hôpital de jour gériatrique et la liaison gériatrique à tous les hôpitaux généraux disposant de lits G. Le nombre d'ETP financés (à un coût moyen réaliste par ETP) pour la liaison interne serait adapté en fonction du nombre de patients âgés hospitalisés hors service G (avec un minimum de 2 ETP). La section financement du

CNEH propose d'allouer provisoirement un financement forfaitaire pour l'hôpital de jour (incluant un financement complémentaire pour les services communs) dans l'attente de données permettant de mesurer l'activité et de financer en fonction de celle-ci, ainsi que d'une réflexion plus profonde sur un financement plus intégré du programme de soins.

> Pharmacie hospitalière (CNEH/D/SF/97-3)

Le CNEH propose de soutenir financièrement l'implémentation de la pharmacie clinique dans tous les hôpitaux. Considérant le besoin d'inciter les pharmaciens des hôpitaux à suivre la formation de pharmacien hospitalier, et donc la formation en pharmacie clinique, il est proposé d'octroyer un montant fixe de 50.000 euros à tous les hôpitaux de stage et de financer 0,25 ETP pharmacien clinique par tranche entamée de 200 lits agréés avec un maximum de 2 ETP à un coût moyen réaliste. La section financement demande qu'un budget complémentaire suffisant soit dégagé pour soutenir la pharmacie clinique dans tous les hôpitaux.

> Douleur chronique et structuralisation d'autres projets pilotes (CNEH/D/SF/97-3)

Financée d'une part par l'intermédiaire d'un forfait hôpital de jour et d'autre part dans le cadre de projets pilotes (BMF), la prise en charge de la douleur vise à l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, y compris les enfants. Le CNEH propose de financer un cadre plus cohérent et structuré de la prise en charge de la douleur chronique, d'une part en instituant de manière structurelle dans chaque hôpital une équipe algologique multidisciplinaire et d'autre part en finançant un nombre limité de centres multidisciplinaires de traitement de la douleur chronique, dont certains spécifiques au traitement de la douleur chez les enfants. Le CNEH soutient également la structuralisation d'autres projets pilotes : coordinations locales des donneurs d'organes, hémovigilance, équipes nutritionnelles,... Pour tous ces projets, le CNEH demande que les coûts moyens retenus par ETP financé soient réalistes.

> Concertation autour du patient psychiatrique - Inami

La mise en œuvre de ce type de concertation a été initiée en 2012. Des adaptations sont à envisager. Les premiers constats montrent deux réalités fort différentes entre la Région wallonne et la Région flamande. Les montants octroyés pour ces concertations devraient être revus en fonction de l'importance de l'investissement de l'institution qui organise celles-ci.

> Visite de l'EPSM de Lille

Dans le cadre de l'élaboration de la note d'orientation pour la réforme des soins de santé mentale pour les enfants et adolescents, le Comité de pilotage s'est rendu en visite à Armentières (Lille) pour y découvrir l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM). Ce dernier a développé des pratiques innovantes dans la prise en charge des enfants et des adolescents.

> CP 330

Le 2 octobre, après une négociation ayant duré quelques 13h30 d'affilées, 5 textes ont fait l'objet d'un accord, à savoir les CCT prépensions, efforts de formation et crédit temps, ainsi qu'un protocole d'accord relatif à l'octroi du barème 1.35 aux aides-soignants suite à l'octroi par le Gouvernement d'un budget de 14,245 M €, en plus du 1,3 M € déjà prévu.

Lors de la réunion de la Commission paritaire du 14 octobre, les syndicats sont revenus sur les termes du protocole pour exiger plus que ce qui y était prévu. Ils ont ensuite rejeté toutes les propositions de compromis émises par les représentants des employeurs qui, après 12h de discussions, n'ont eu d'autre choix, face à pareille attitude, que de quitter la table des négociations...endossant par là-même, comme le souhaitent les syndicats, une fois encore le mauvais rôle.



> Implants et dispositifs médicaux invasifs

En gestation depuis plusieurs années, la nouvelle législation relative aux implants et aux dispositifs médicaux invasifs se matérialisera dans le courant 2014. A l'INAMI, le système sera piloté par la toute nouvelle « Commission de remboursement des implants » dont le Docteur Jean BURY occupe un des deux mandats réservés aux fédérations hospitalières.

> Commission Soins Infirmiers - Hôpitaux généraux

Un outil d'évaluation de la charge de travail est développé au sein des hôpitaux «EPICURA ». Madame Martine VANSCHOOR, chef des services infirmiers, a exposé les démarches, procédures, ainsi que les premiers résultats et ce, avec le concours de Monsieur VELASCO, infirmier chef de service en charge du dossier.

> Commission Soins Infirmiers - Santé Mentale

La réforme 107 : expériences locales et impact de la valorisation du Titre professionnel Particulier (TPP) d'infirmier spécialisé en Santé Mentale.

> Groupe de travail « DI-RHM »

Informatisation du dossier infirmier et extraction des données pour l'enregistrement de l'activité infirmière au sein des hôpitaux affiliés.

> Programme de Formation permanente « santhea-Unipso »

Bilan de trois années de travail dans le cadre d'une matinée d'information à Namur, le 23 octobre. Présentation de l'évaluation du programme, des points forts, des points à améliorer, et des perspectives d'avenir. Table ronde pour un recueil des critiques, suggestions et des commentaires des participants.



Les dispositifs médicaux : un challenge pour l'hôpital, demain

Les dispositifs médicaux rassemblent une très large collection de matériel utilisé en soins de santé. En dehors des législations diverses qui réglementent leur utilisation, les dispositifs médicaux qui font l'objet de beaucoup plus d'attention sont les implants et les dispositifs médicaux invasifs (DMI), implantables ou non.

Sous l'impulsion du Parlement européen et du Conseil européen, les différents états membres ont été amenés à légiférer afin d'obtenir un contrôle beaucoup plus strict de toute la chaîne suivie par l'implant et le DMI depuis sa fabrication, jusqu'à son utilisation chez le patient afin d'assurer une sécurité maximale pour tous les protagonistes potentiels, patients y compris.

L'essentiel du cadre législatif s'est d'ailleurs fort inspiré des différentes directives promulguées concernant les médicaments à usage humain et vétérinaire.

En Belgique, le financement des implants et des dispositifs médicaux se fait essentiellement par le budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF), les honoraires médicaux, le système de remboursement de l'Assurance Obligatoire (AO) et le patient.

En cas de remboursement par l'Assurance Obligatoire, une partie du prix est à charge du patient sous la forme d'un ticket modérateur qui est variable suivant le dispositif et est fixé par

arrêté royal. Au cours des dernières années, on a pu constater une augmentation significative du coût des implants et dispositifs médicaux invasifs.

En 2010, les dépenses totales de l'Assurance Obligatoire liées aux implants et aux dispositifs médicaux invasifs ont représenté 516 millions d'euros, soit 2,26% des dépenses totales en matière de soins de santé. Pour 2014, ces dépenses sont estimées à 726 millions d'euros soit 2,6% des dépenses totales prévues.

L'augmentation importante des coûts des dispositifs médicaux invasifs et les répercussions de cette augmentation sur le BMF et sur la facture des patients ont nécessité des révisions de la législation qui ont entraîné beaucoup de discussions dans le secteur (notamment concernant l'article 102 de la loi coordonnée du 10/07/2008 sur les hôpitaux et les autres établissements de soins).

Outre le problème lié à l'augmentation des coûts, le système existant a aussi (malheureusement) entraîné :

1) la mise sur le marché de dispositifs médicaux non fiables comme par exemple certaines prothèses mammaires siliconées françaises;

- 2)** l'impossibilité pour les hôpitaux de prendre en charge le coût de certains implants et dispositifs médicaux dans le cadre du BMF (historiquement, le coût de certains dispositifs médicaux invasifs non remboursés est considéré comme couvert par le BMF). Le flou législatif permettait souvent aux hôpitaux de mettre ce coût à charge des patients dont la participation financière pouvait devenir tout à fait disproportionnée;
- 3)** l'absence de développement de la traçabilité et de la matériovigilance.

Cette situation a conduit à l'introduction progressive d'une nouvelle législation complexe initiée dans le cadre de la Loi du 13 décembre 2006 posant la base pour une nouvelle approche intégrale en ce qui concerne le remboursement des implants et des



dispositifs médicaux invasifs. La mise en place de cette nouvelle législation a pris beaucoup de temps et, malheureusement, n'est pas encore arrivée à son terme puisque le dernier arrêté royal qui doit fixer les modifications de procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'AO des soins de santé et indemnités dans le coût des implants et dispositifs médicaux invasifs n'est attendu que pour juillet 2014. Or, cet arrêté royal est indispensable pour que la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, chargée d'exécuter la nouvelle législation, puisse se réunir officiellement pour prendre les décisions qui s'imposent.

Il faut en effet constater et regretter que la liste des produits en attente de remboursement ne cesse de s'allonger. Ce qui peut légitimement poser problème pour les produits innovants pour lesquels les patients ne peuvent prétendre à aucun remboursement de l'assurance obligatoire.

Notons que ce retard dans la mise en œuvre de la nouvelle législation est lié au fait que l'Etat Fédéral a décidé (à juste titre) de poser des exigences sévères supplémentaires au marquage CE qu'il jugeait trop laxiste.

L'évolution législative

Les arrêtés royaux concernant les dispositifs médicaux datent de 1997 (AR du 15/07/1997) pour les dispositifs médicaux implantables actifs et de 1999 (AR du 18/03/1999) pour les dispositifs médicaux en général.

Ces deux arrêtés précisent les conditions générales et spécifiques à chaque type de dispositifs pour la mise sur le marché et la mise en service, la distribution et l'exportation. Sont aussi définies les spécifications détaillées pour les dispositifs médicaux fabriqués à partir des tissus d'origine animale.

La responsabilité du fabricant mais aussi le rôle de chaque partenaire dans le processus de mise sur le marché et notamment l'intervention de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) sont également envisagés.

Les mesures à prendre en cas d'incidents sur le territoire belge sont discutées et une Commission d'évaluation est créée au sein de l'Agence afin d'évaluer et de donner les avis concernant ces incidents. Les conditions de retrait du marché sont précisées ainsi que l'obligation de transmettre les dossiers concernés à la Commission européenne.

Les organismes chargés d'évaluer la conformité des dispositifs médicaux sont définis et leur rôle, leur responsabilité, les critères minimaux qu'ils doivent remplir sont précisés dans l'annexe 11 de l'arrêté royal du 18/03/1999. Cet arrêté royal comprend en outre 13 annexes dont le contenu reprend l'ensemble des directives imposées par la loi.

Les 2 arrêtés aboutissent in fine par leur contenu et par la responsabilité donnée à l'AFMPS, à l'implication directe de la pharmacie hospitalière. Le circuit des dispositifs médicaux et la mise à la disposition

de l'utilisateur des implants et des dispositifs médicaux invasifs pour l'utilisateur font partie définitivement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques¹, ce qui a comme conséquence de donner au pharmacien hospitalier mais aussi au pharmacien d'officine un rôle fondamental dans tout le parcours du dispositif médical.

Ce trajet des dispositifs médicaux et principalement des implants et des dispositifs médicaux invasifs va confirmer l'obligation de répondre aux notions de contrôle de l'aseptie et de la stérilisation, de la traçabilité et de la matériovigilance.



¹ La pharmacie clinique aussi appelée soins pharmaceutiques se définit comme l'ensemble des activités par lesquelles le pharmacien clinicien travaille en collaboration avec les autres professionnels de la santé dont le médecin et les patients pour établir un plan de traitement le mettre en œuvre et en assurer le suivi.

A partir de 1999, une série de textes législatifs ont été publiés afin de répondre à ces exigences impératives. De plus, la diversité, l'amélioration constante et la complexité du nouveau matériel quel que soit la discipline médicale concernée, de même que l'augmentation importante des coûts ont nécessité de réformer les critères de mise à disposition par les fabricants, la notification à l'INAMI et le système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

La première réforme date du 28/04/2004. Elle concerne les dispositifs médicaux fabriqués à partir de tissus d'origine animale et a été initiée suite aux risques de transmission d'encéphalopathies spongiformes transmissibles au patient et à d'autres personnes.

Vient ensuite celle du système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs par la loi portant dispositions diverses en matière de santé du 13/07/2006. La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs est créée à l'image de la Commission de remboursement des médicaments.

Cette Commission reçoit deux rôles principaux :

- 1) remplir complètement sa mission concernant tous les implants et dispositifs médicaux invasifs en rapport avec leur notification et leur remboursement;
- 2) donner des avis à la demande du Ministre concerné sur les aspects de la politique de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (article 35 septies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994).

Ses missions principales comportent :

- 1) la vérification des processus de notification à l'INAMI par le fabricant du dispositif médical;
- 2) l'avis sur la publication de la liste des implants notifiés et remboursés par l'assurance obligatoire (AO);
- 3) la proposition concernant la base de remboursement, les indications remboursables et toutes les conditions imposées en cas de remboursement ainsi que la catégorie de remboursement après évaluation des critères suivants :
 - la valeur thérapeutique;
 - le prix et la base de remboursement proposés par le demandeur;
 - l'intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux;
 - l'incidence budgétaire pour l'AO et;
 - le rapport entre le coût pour l'AO et la valeur thérapeutique.

La composition de la Commission de remboursement est fixée par la loi et tous les partenaires qui ont un rapport avec les soins de santé y sont représentés à l'exception des patients, puisqu'on retrouve des représentants des universités, des organismes assureurs, des organisations professionnelles des médecins et des pharmaciens hospitaliers, des représentants des fabricants, des importateurs et des distributeurs, des représentants des gestionnaires hospitaliers et des représentants du ministre concerné.

Le Comité technique des implants de l'INAMI prévu par la loi du 14/04/1994 ne sera supprimé que plus tard par la loi du 15/12/2013. Cette loi comporte également deux chapitres importants l'un concernant les obligations que le demandeur doit respecter à partir de l'entrée en vigueur de la remboursabilité de l'implant ou du dispositif médical invasif pour lequel il a introduit une demande et l'autre concernant l'article



102 de la loi coordonnée du 10/07/2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins en rapport avec ce qui reste à charge du Budget des Moyens Financiers, ce qui est à charge de l'assurance obligatoire et ce qui est à charge des patients.

Les arrêtés royaux d'application correspondant aux points importants de la loi et notamment à ces deux derniers n'ont pas encore été tous publiés.

Un arrêté royal important est celui du 01/03/2009 (publié le 26/03/2009) concernant la notification à l'INAMI des implants et des dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme. Cet arrêté royal précise que tous les dispositifs invasifs à usage à long terme à l'exception des sutures et ligatures sauf les dispositifs qui concernent les sutures vasculaires et les clips d'anévrisme cérébral doivent être notifiés et qu'il y a une liaison entre la notification et le remboursement ou le maintien de celui-ci par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La notification précise toutes les caractéristiques du demandeur, du produit, du prix demandé et de la personne responsable du suivi du dossier chez le fabricant.

Toutes les obligations du fabricant en ce qui concerne la modification des données, l'actualisation de la liste proposée ou le retrait du marché sont précisées par l'arrêté royal.

Quels dispositifs invasifs et implantables ne doivent pas être notifiés ?

- 1) Prothèses dentaires y compris les implants ostéointégrés utilisés en dentisterie.
- 2) Dispositifs sur mesure.
- 3) Dispositifs destinés aux investigations cliniques.
- 4) Tout le matériel de suture et ligature à l'exception des dispositifs de sutures vasculaires et des clips d'anévrisme cérébral.

L'avant dernière étape de la réforme a été franchie par la publication le 20/12/2013 de la loi du 15/12/2013 en matière de dispositifs médicaux.

La nouvelle loi permet d'affiner les procédures, de mettre à jour la terminologie, de préciser les obligations des entreprises, de clarifier le rôle du Comité de l'assurance de l'INAMI (CA), de mieux structurer la description des nouvelles procédures, de laisser un droit d'initiative à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux mais aussi au ministre concerné. La nouvelle loi prévoit également une procédure de remboursement temporaire, réaffirme de façon plus explicite l'obligation de la notification à l'AFMPS et à l'INAMI ainsi que les conséquences de ne pas le faire. Elle précise également le rôle du Comité de l'assurance de l'INAMI dans l'établissement et l'adaptation des listes nominatives des dispositifs médicaux implantables et dans la signature des conventions avec les établissements hospitaliers.

Un chapitre II de la nouvelle loi modifie l'article 102 de la loi coordonnée du 10/07/2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins afin de clarifier plus explicitement les dispositifs médicaux implantables qui ne sont pas repris dans le budget des moyens financiers de l'hôpital (article 102, 4°) à savoir :

- 1) les implants soumis à l'obligation de notification et n'ayant pas fait l'objet de celle-ci;
- 2) des implants dispensés par le Roi de l'obligation de notification et qui ne font pas l'objet d'une intervention de l'AO conformément aux modalités de remboursement fixées;
- 3) des colles tissulaires, autoadhésifs et produits hémostatiques quand ceux-ci ne font pas l'objet d'une intervention de l'AO conformément aux modalités de remboursement fixées;
- 4) des implants qui ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention effective de l'AO parce qu'ils excèdent le prix plafond ou la base de remboursement augmentée de la marge de sécurité;
- 5) des implants qui ont fait l'objet d'une décision négative du ministre suite à une évaluation négative de la Commission;
- 6) les coûts liés à d'autres dispositifs médicaux que ceux repris dans le 4° lorsqu'ils font l'objet d'une intervention de l'AO soins de santé dans les conditions de remboursement fixées;
- 7) les coûts relatifs à d'autres dispositifs que ceux visés de 1 à 6 dont la liste peut être définie par le Roi.

La loi précise également qu'en cas de non notification en cas de décision négative du ministre concerné, ou en cas de prix de vente excédant le prix plafond, l'hôpital ne pourra pas facturer le dispositif invasif utilisé au bénéficiaire.

La contribution des distributeurs au financement du contrôle des dispositifs médicaux mis sur le marché (0,29438% sur le chiffre d'affaires + 0,22% pour 2014 de contribution exceptionnelle), de même que les juridictions judiciaires compétentes pour intervenir en cas de contravention à la loi sont également fixées par la nouvelle loi.

Les modalités imposées à tout le secteur concernant la traçabilité et la matériovigilance sont également précisées et seront appliquées dans le courant de 2015. Les derniers arrêtés royaux fixant les modifications des procédures, des délais et des conditions en matière d'intervention de l'AO soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux vont être publiés normalement avant juillet 2014. Ils fixeront également les conditions de l'adaptation de la liste et pour ce faire l'évaluation de la valeur thérapeutique des produits, leur prix et l'intérêt des dispositifs dans la pratique médicale. La valeur thérapeutique est également évaluée par les classes 1a, 1b, 2a et 2b qu'il ne faut pas confondre avec les classes I, IIa, IIb et III qui sont les classes de risques.

Valeur thérapeutique par classe

Classe 1a - Dispositif pour lequel aucune prestation reprise sur la liste ne donne une description appropriée et qui offre une plus-value par rapport à des alternatives thérapeutiques existantes.

Classe 1b - Dispositif qui répond à la description reprise sur la liste mais offre une plus-value par rapport aux autres dispositifs qui répondent également à la description de la même prestation.

Classe 2a - Dispositif équivalent aux alternatives thérapeutiques existantes sans toutefois démontrer de plus-value et pour lequel aucune prestation reprise sur la liste ne donne une description appropriée.

Classe 2b - Dispositif équivalent aux alternatives thérapeutiques existantes, sans toutefois démontrer de plus-value et qui répond à la description d'une prestation reprise sur la liste mais qui doit être repris sur une liste nominative pour faire l'objet d'un remboursement.

Dispositifs médicaux classés par risques

Les dispositifs médicaux sont répartis en 4 classes correspondant à des niveaux de risques croissants :

Classe I = Risque potentiel faible (instruments chirurgicaux réutilisables, dispositifs médicaux non invasifs, dispositifs médicaux invasifs à usage temporaire).

Classe IIa = Risque potentiel modéré (dispositifs médicaux invasifs à court terme, dispositifs médicaux invasifs de type chirurgical à usage unique).

Classe IIb = Risque potentiel élevé (dispositifs médicaux implantables long terme).

Classe III = Risque potentiel critique (dispositifs médicaux implantables long terme en contact avec le cœur, le système circulatoire central ou le système nerveux central, dispositifs médicaux implantables résorbables, implants mammaires, implants articulaires de hanche, de genou et d'épaule ...).

A partir de la classe II, il est fortement recommandé de mettre en place un système de management de la qualité selon les exigences des normes ISO.

Ces arrêtés royaux sont très importants car le plan implants et dispositifs médicaux actifs ou implantables doit véritablement débiter le 1er juillet 2014. La liste spécifique qui remplace les articles 35 et 35bis de la nomenclature est déjà accessible sur le site de l'INAMI. Un problème important à régler est

la marge de sécurité qui doit être adaptée à chaque catégorie.

Rappelons également que la hauteur du remboursement par l'AO est fixé pour chaque catégorie d'implants et de dispositifs médicaux



La traçabilité

Née dans les années 80, la traçabilité répond au départ à un simple souci logistique. Elle garantit un contrôle des flux de marchandises au sein d'une chaîne de partenaires.

Bien vite la traçabilité va s'imposer comme garant de la qualité notamment de la qualité des dispositifs médicaux.

La traçabilité permet de contrôler 3 catégories de paramètres :

- 1) **la conformité** : en plus de répondre à la réglementation et aux référentiels de qualité, la traçabilité permet de prouver que les produits ont été préparés conformément aux exigences en vigueur;
- 2) **la sécurité** : les usages sécuritaires de la traçabilité sont multiples. Grâce à la traçabilité, il est possible d'identifier et de retirer du circuit des produits dont les risques évalués dans un cadre médico-légal pourraient porter atteinte au patient, au professionnel de la santé, à l'environnement de travail, à l'équipement et au processus;
- 3) **l'amélioration** : la traçabilité permet d'accéder à des informations décrivant le passé, le présent voire le futur d'un produit ou d'un processus et permet d'améliorer non seulement les propriétés des produits, d'améliorer les processus et d'attester les produits.

La mise en place d'un système de traçabilité nécessite des outils qui peuvent être classés en trois catégories :

- 1) les outils d'identification qui permettent d'associer un identifiant à chaque groupe d'objet tracé afin de pouvoir le suivre et le distinguer de ses semblables;
- 2) les outils d'enregistrement des données qui permettent d'acquérir et d'archiver les informations;
- 3) les outils de communication à travers lesquels les données de traçabilité sont échangées au sein du système.

Les notions de traçabilité des dispositifs médicaux sont approuvées dans les directives européennes depuis 1990.

Les établissements de santé ont la responsabilité de garantir le même niveau de sécurité au patient aussi bien pour les dispositifs médicaux fournis stériles sur le marché que pour les dispositifs médicaux stérilisés au sein de l'établissement. Pour tous les dispositifs invasifs, implantables ou non implantables, les données de traçabilité doivent être exhaustives, authentiques, précises (critères de conformité) et obtenues rapidement (critères de performance).

Cela nécessite d'instaurer un plan de réduction des risques qui passe par des actions de prévention et de protection visant à réduire les risques, des actions d'organisation internes au niveau de la pharmacie hospitalière et de la stérilisation centrale et des actions d'organisation externes sur les services clients (ex. prestataires de soins au bloc opératoire).

invasifs. Ces catégories seront définies dans les arrêtés royaux encore à paraître.

De plus, les dispositifs médicaux appartenant à certaines classes et pour lesquels les prix de vente TVA incluse excèdent la base de remboursement augmentée du pourcentage fixe correspondant à la marge de sécurité ou le prix plafond fixe, ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'AO et aucun coût ne peut être porté en compte au patient pour l'implant ou le dispositif médical invasif concerné.

Au niveau des hôpitaux, de la pharmacie hospitalière et sur le terrain, tout reste donc à faire et le temps presse pour être prêt.



Compétences de l'Agence Fédéral des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS)

Arrêté royal du 18/03/99, 17/03/2004 et du 12/07/2013
L'AFMPS est compétente pour le contrôle, notamment :

- | | | |
|--|---|--|
| <p>1.1 du matériel médical stérile en contact avec le patient (par ex. : pansements, compresses);</p> <p>1.2 du matériel stérile d'injection, de perfusion, de transfusion ou de drainage ainsi que les sondes et les cathéters et tout matériel destiné aux interventions médicales ou obstétricales présenté comme stérile, y compris les solutions pour irrigation et les concentrés pour hémodialyse;</p> <p>1.3 des dispositifs implantables (stériles ou non);</p> <p>1.4 des dispositifs destinés à la maîtrise de la conception et ou la prévention des maladies sexuellement transmissibles;</p> <p>1.5 des dispositifs qui ont une similitude avec les médicaments et/ou qui ont fait l'objet d'un enregistrement précédemment;</p> <p>1.6 des dispositifs qui sont utilisés dans l'art dentaire y compris les dispositifs sur mesure (par ex. : amalgame, couronnes, prothèses), ainsi que les systèmes et nécessaires constitués de ces dispositifs;</p> <p>1.7 des systèmes et nécessaires constitués des dispositifs visés aux points 1.1 à 1.5;</p> | <p>1.8 des dispositifs médicaux non invasifs non stériles également présentés sous forme de dispositifs stériles (par ex. : ouates, pansements, gants), ainsi que les systèmes et nécessaires qui en sont constitués.</p> <p>1.9 des dispositifs médicaux actifs (notamment électriques, mécaniques ou magnétiques);</p> <p>1.10 des appareils avec une fonction de mesure;</p> <p>1.11 des dispositifs non invasifs, c'est-à-dire :
 <ul style="list-style-type: none"> • dispositifs utilisés pour récolter des liquides ou tissus corporels qui ne sont pas réadministrés; • dispositifs destinés à l'immobilisation ou à la traction du corps ou d'une de ses parties (par ex. : appareils de traction, bas de contention, minerve); • dispositif de soutien des patients (par ex. : lits d'hôpitaux, chaise roulante, appareil de levage des patients); • dispositifs à usage divers (par ex. : verres de lunette, stéthoscope, électrodes non invasives); </p> <p>1.12 des dispositifs invasifs (par ex. : lentilles de contact, miroirs);</p> <p>1.13 des dispositifs invasifs de type chirurgical réutilisable;</p> <p>1.13.1 des dispositifs optiques, orthopédiques et auditifs, ainsi que les dispositifs sur mesure correspondants;</p> | <p>1.14 les solutions pour lentilles de contact.</p> <p>2.1 des dispositifs médicaux actifs;</p> <p>2.2 des appareils avec une fonction de mesure;</p> <p>2.3 des dispositifs non invasifs (à l'exception de ceux visés au point 1.8), c'est-à-dire :
 <ul style="list-style-type: none"> • dispositifs utilisés pour récolter des liquides ou tissus corporels qui ne sont pas réadministrés; • dispositifs destinés à l'immobilisation ou à la traction du corps ou d'une de ses parties (par ex. : appareils de traction, bas de contention, minerve); • dispositif de soutien des patients (par ex. : lits d'hôpitaux, chaise roulante, appareil de levage des patients); • dispositifs à usage divers (par ex.; verres de lunette, stéthoscope, électrodes non invasives); </p> <p>2.4 des dispositifs invasifs (par ex. : lentilles de contact, miroirs);</p> <p>2.5 des dispositifs invasifs de type chirurgical réutilisable;</p> <p>2.6 des dispositifs optiques, orthopédiques et auditifs, ainsi que les dispositifs sur mesure correspondants;</p> <p>2.7 les solutions pour lentilles de contact.</p> |
|--|---|--|

GLOSSAIRE

Dispositif médical

Tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article utilisé seul ou en association ainsi que tout accessoire y compris le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques et/ou thérapeutiques et nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci; destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie;
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap;
- soit d'étude soit de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique;
- de maîtrise de la conception.

Dispositif médical de diagnostic in vitro

Tout dispositif médical qui consiste en un réactif, un produit réactif, un matériau d'étalonnage, une trousse, un instrument, un appareil, un équipement ou un système, utilisé seul ou en combinaison, destiné par le fabricant à être utilisé in vitro dans l'examen d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons de sang et de rhésus, uniquement ou principalement dans le but de fournir une information :

- concernant un état physiologique ou pathologique; ou

- concernant une anomalie congénitale; ou
- permettant de déterminer la sécurité et la compatibilité avec des receveurs potentiels; ou
- permettant de contrôler des mesures thérapeutiques.

Les dispositifs de diagnostic in vitro ne sont pas soumis au même système de classification que les dispositifs médicaux.

Ils sont divisés en liste A et liste B sur base du risque individuel et du risque en termes de santé publique, essentiellement en terme de contagiosité. La liste A concerne les maladies hautement infectieuses telles que le VIH, l'hépatite B, C et D ainsi que le groupage sanguin. La liste B porte sur des maladies et affections qui présentent un risque de contagion moindre et peuvent constituer un problème de santé significatif pour la personne concernée (par ex. le marqueur tumoral PSA ou la glycémie).

Dispositif médical invasif

Dispositif qui pénètre partiellement ou entièrement à l'intérieur du corps soit par un orifice du corps soit à travers la surface du corps. Quand un dispositif invasif pénètre à l'intérieur du corps par une voie autre qu'un orifice existant du corps, c'est un dispositif invasif de type chirurgical.

Dispositif médical invasif implantable

Le dispositif médical invasif est dit implantable lorsqu'il est destiné à demeurer en place après l'intervention

pendant une période d'au moins 30 jours. Lorsque le dispositif médical invasif est implanté en totalité dans le corps humain ou remplace une surface épithéliale ou la surface de l'œil grâce à une intervention chirurgicale et demeure en place après l'intervention chirurgicale, on l'appelle implant.

Dispositif médical actif

Tout dispositif médical dépendant pour son fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle générée directement par le corps humain ou la pesanteur et agissant par conversion de cette énergie (ex. fauteuil roulant électrique).

Un dispositif médical actif peut être implantable (totalement ou partiellement) (ex. Pacemaker).



Dispositif sur mesure

Tout dispositif fabriqué spécifiquement suivant la prescription écrite d'un praticien dûment qualifié indiquant, sous sa responsabilité, les caractéristiques de conceptions spécifiques, et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé.

Dispositif médical à usage unique

Tout dispositif médical dont la réutilisation chez le patient est interdite et donc qui ne peut être restérilisé.

Dispositif destiné aux investigations cliniques

Tout dispositif destiné à être mis à la disposition d'un médecin dûment qualifié en vue de faire l'objet d'investigations cliniques liées aux expérimentations sur la personne humaine.

LA MATÉRIOVIGILANCE

La matériovigilance a pour objet l'étude et le suivi des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux.

Elle s'exerce normalement dès que les dispositifs sont mis sur le marché et a comme prérequis la traçabilité et l'assurance de la qualité.

La matériovigilance comporte :

- 1/ le signalement et l'enregistrement de tous les types d'incidents pouvant entraîner des risques pour le patient et l'utilisateur mais aussi tous les types de dysfonctionnements liés au produit lui-même comme un mode d'emploi mal rédigé ou rédigé uniquement en anglais par exemple;
- 2/ l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation des informations dans un but de prévention;
- 3/ la réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux;
- 4/ la mise en place et le suivi des actions correctrices décidées.

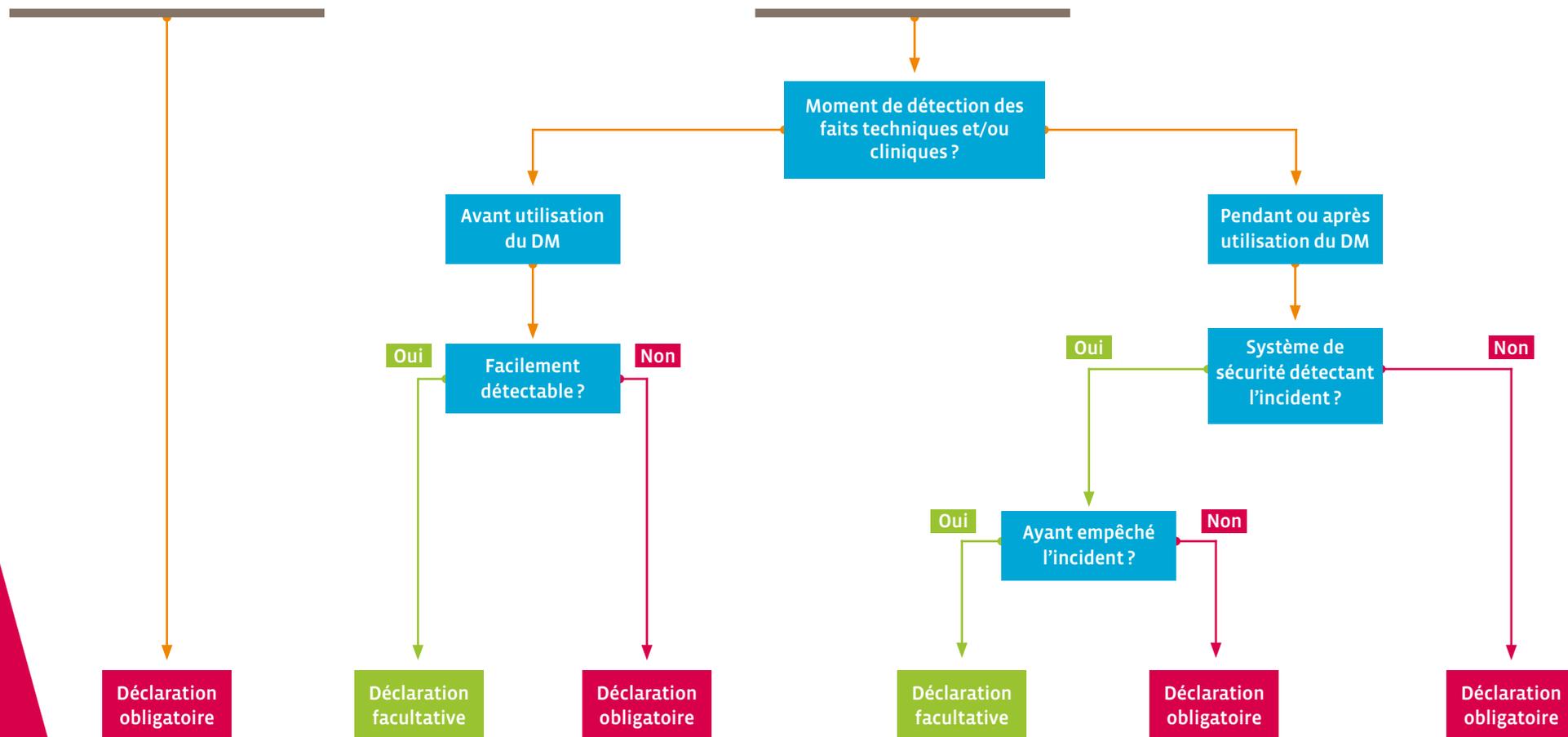
Afin d'être efficace dans tous ces domaines spécifiques, il est indispensable de centraliser les données dans une base de données unique et accessible. L'Agence Fédérale du Médicament et des Produits de Santé est l'endroit désigné. Les hôpitaux ont aussi un rôle fondamental à remplir dans ce processus.

Un exemple d'application dans les hôpitaux est le suivi de l'arbre décisionnel comme explicité dans les figures 1 et 2 ci-après. Dans ce schéma, le Comité médico-pharmaceutique et de petit matériel est incontournable de même que l'informatisation de tout le processus.



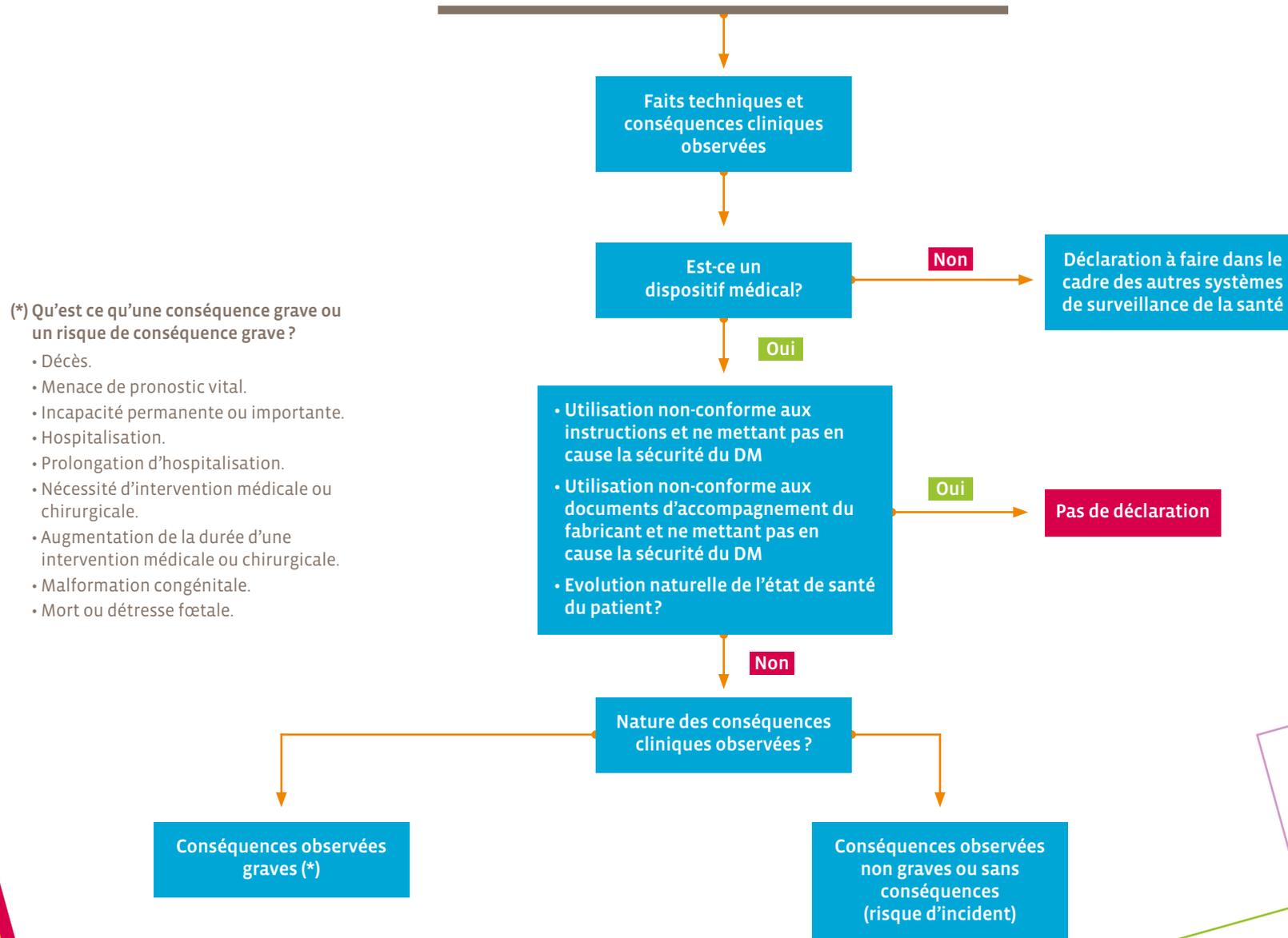
Application dans les hôpitaux de la Matéριοvigilance (figure I)

Que notifier ?



Application dans les hôpitaux de la Matéριοvigilance (figure II)

Notification d'un incident de matériovigilance



Partie 2

Novembre

2013

J F M A M J J A S O **N** D

santthea

Les thèmes abordés en

> Publication rapport « Montants de référence »

Le 5 novembre 2013, le rapport sur les Montants de référence 2013 (Données 2010 - Méthodologie 2009) est publié. On peut y voir les résultats des étapes 1 et 2 globalisés sur l'ensemble des hôpitaux membres de santhea puis les résultats par institution.

> Publication du rapport « FINHOSTA-Compta »

Un premier rapport FINHOSTA-Compta est publié. Celui-ci permet de visualiser la distribution 2011 des hôpitaux membres de santhea pour les 14 ratios définis par le groupe de travail (fonds de roulement, Acid test, rentabilité des fonds propres, etc.).

> Lancement du questionnaire relatif aux consultations

Le questionnaire relatif aux consultations a été distribué pour la première fois dans les hôpitaux volontaires pendant une période de quinze jours. Les résultats seront analysés en 2014 et un bilan de l'expérience sera réalisé avant de lancer une nouvelle vague de distribution.

> Test du questionnaire « Informations Patients »

Le questionnaire développé dans le cadre du projet « Information aux patients » a été testé au CHwapi. Il a été décidé que celui-ci serait distribué au patient le jour de l'admission pour toute admission en hospitalisation classique programmée dans un service C ou D. Dans celui-ci, il est demandé aux patients d'évaluer le degré d'importance qu'ils accordent à différents types d'informations à recevoir avant l'admission et d'indiquer s'ils l'ont bien eue. Les tests s'étant avérés positifs, le questionnaire sera distribué aux patients début 2014 pendant une période d'un mois.

> Accessibilité et transparence en matière de soins de santé

Discussion des avant-projets de lois par le Comité de l'assurance. La publication des textes a eu lieu en février 2014.

> Ambiance électrique au sein de la Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs

Plusieurs réunions ont été nécessaires pour ne finalement aboutir à aucun consensus sur deux sujets sensibles :

- le transfert des mini-forfaits vers le BMF et la suppression du lien au prix de la journée;
- l'économie réalisée en 2014 sur la dialyse.

Pour ces deux points, les clivages entre les points de vue du nord et du sud sont apparus au grand jour; santhea a malheureusement pu constater (et regretter) à quel point certaines fédérations font passer la logique financière au-dessus d'une réflexion de fond sur l'efficacité et la pertinence de l'organisation des soins.

> Commission Paritaire 330

La CCT relative à l'harmonisation des barèmes des aides-soignants est signée le 7 novembre 2013.

>> Sécurité de l'infrastructure informatique santhea 2013

Afin d'assurer la sécurité des données transmises par nos membres à santhea et particulièrement au département "Etudes et Qualité", santhea a décidé d'héberger son nouveau matériel chez un fournisseur extérieur.

La sécurité mise en œuvre au niveau de l'hébergement, SAN Fabric, multi-sites et accès à distance est détaillée dans les paragraphes suivants.

> Les marchés publics

La problématique des marchés publics occupant une place de plus en plus grande dans la vie des institutions de santé depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2006 y relative, santhea a décidé d'ajouter cette matière à celles traitées jusque-là. Ce nouvel investissement a mené, dans les mois qui ont suivi, non seulement à une information plus soutenue des membres sur la question des marchés publics mais également à une participation active de santhea à des réunions de concertation entre représentants du secteur et avec les autorités.

> Avis concernant un enregistrement commun dans les services de Santé mentale (SSM) (CNEH/D/PSY 438-1)

L'avis répond aux 6 objectifs initiaux recommandés de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum (RPM).

L'enregistrement doit être ciblé sur ses objectifs, doit être minimal et uniforme à travers toutes les structures des SSM de telle sorte qu'il y ait une visibilité des trajets de soins des patients à travers les structures.

Les données recueillies doivent permettre de comparer l'offre de soins entre les différents hôpitaux et services. Des données complémentaires concernant certains groupes cibles doivent pouvoir être enregistrées. Le RPM doit être harmonisé avec les enregistrements internationaux.

> Groupe de travail « Médiation »

La facture d'hospitalisation : frais hôteliers, implants, suppléments d'honoraires, interventions des assurances hospitalisation.





Sécurité de l'infrastructure informatique santhea 2013

Afin d'assurer la sécurité des données transmises par nos membres à santhea et particulièrement au département "Etudes et Qualité", santhea a décidé d'héberger son nouveau matériel chez un fournisseur extérieur.

La sécurité mise en œuvre au niveau de l'hébergement, SAN Fabric, multi-sites et accès à distance est détaillée dans les paragraphes suivants.

Hébergement

Le choix de l'hébergement du matériel informatique s'est porté sur le "Wallonie Data Center - WDC" (<http://www.waldc.be>) situé à Villers-le-Bouillet.

Face à un hébergement local, l'hébergement au WDC nous offre :

- un accès physique aux infrastructures du WDC totalement sécurisé par authentification individuelle :
 - seules les personnes reprises dans le contrat établi avec le WIN peuvent accéder au bâtiment hébergeant notre matériel;
 - présentation de sa carte d'identité ou d'un badge délivré par le WDC;
- un accès physique au rack santhea par un verrou à combinaisons numériques (3 chiffres);
- des mécanismes permanents de contrôle de l'alimentation électrique, de la température, de l'humidité... pour assurer le bon fonctionnement des serveurs, sous-systèmes de stockage, routeur, FC switch et switch.



SAN Fabric

Au niveau du SAN (Storage Area Network) la politique d'accès s'est portée sur l'activation de la fonctionnalité de zonage qui permet de portionner le SAN en groupes logiques de matériel qui peuvent communiquer entre eux. Le Zonage fournit un contrôle d'accès à des segments de la Fabric et établit des barrières entre les différents environnements opérants.

Un dispositif déclaré dans une zone ne peut communiquer qu'avec d'autres dispositifs connectés à la Fabric dans la même zone. Tout dispositif non inclus dans une zone n'est pas disponible aux membres de cette zone. Lorsque la fonctionnalité de zonage est activée, les dispositifs non déclarés dans n'importe quelle zone sont inaccessibles à tout dispositif de la Fabric.

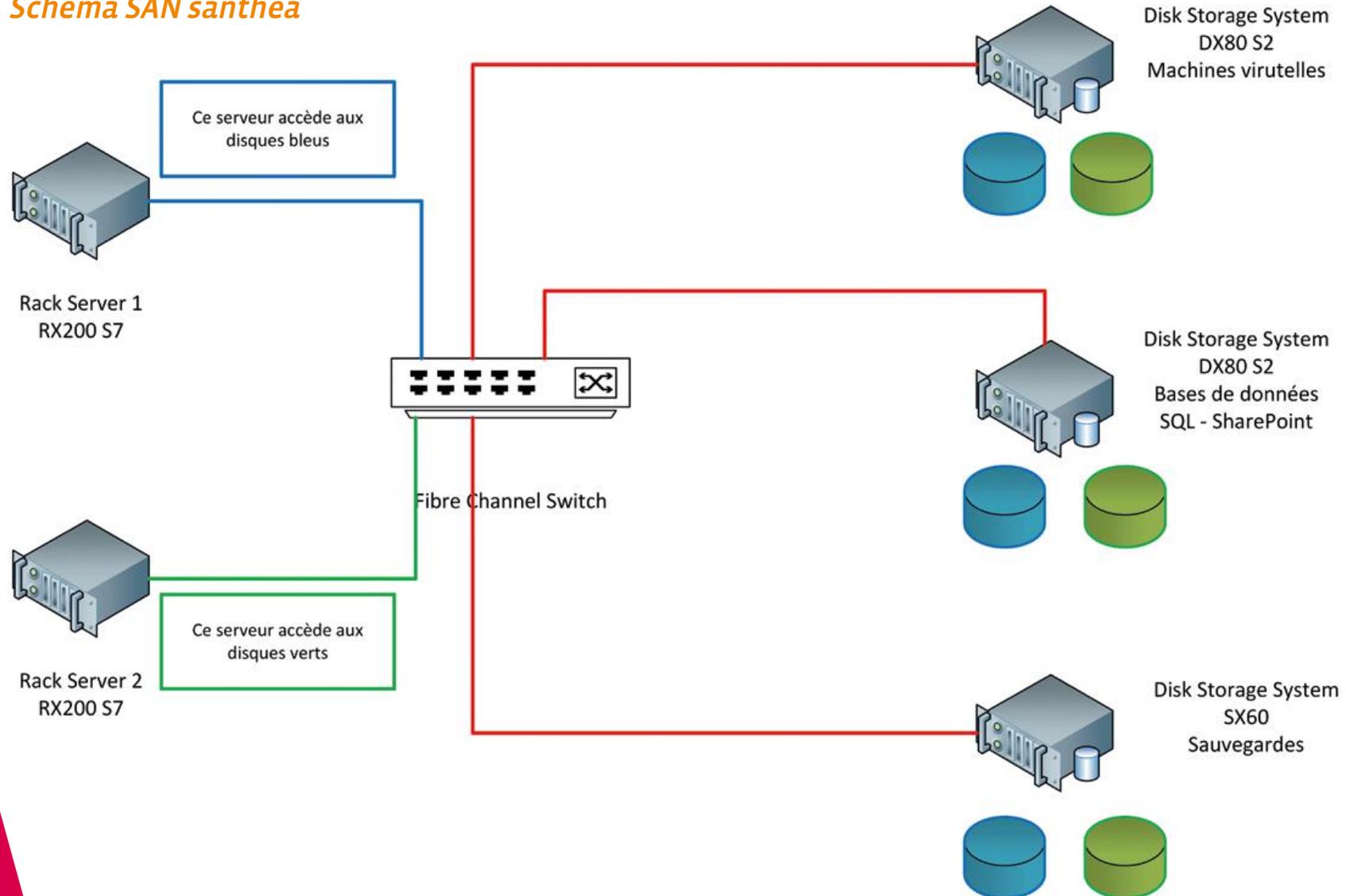


L'accès au rack



Le matériel

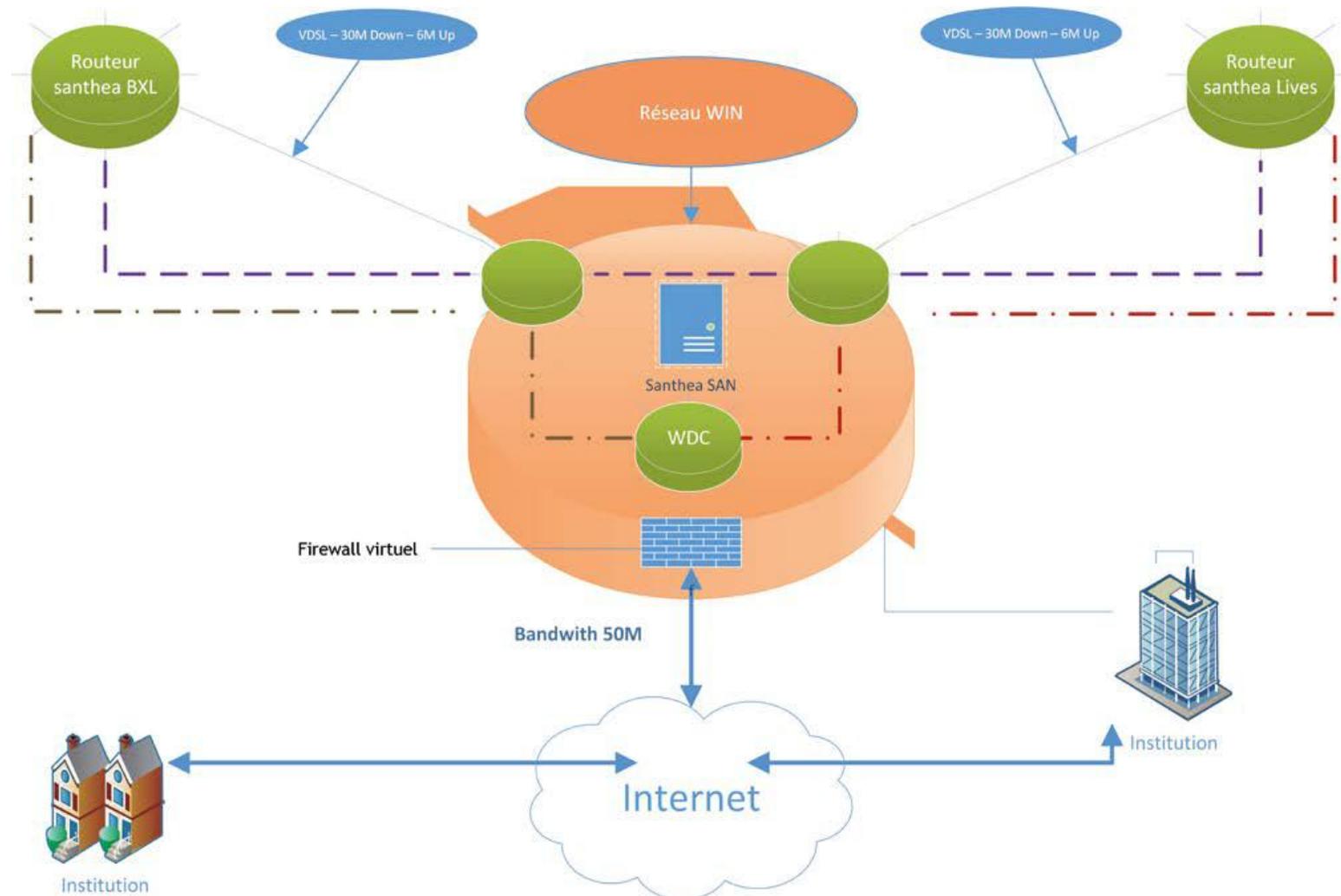
Schéma SAN santhea



Multi-sites

Les sites de santhea Bruxelles - Wallonie Data Center - santhea Lives (Namur) sont interconnectés de manière telle à garantir une sécurité maximale: les 3 sites sont reliés entre eux par des routeurs propres à chaque site, l'accès depuis l'extérieur est obligatoire par le firewall.

Schéma topologie réseau santhea

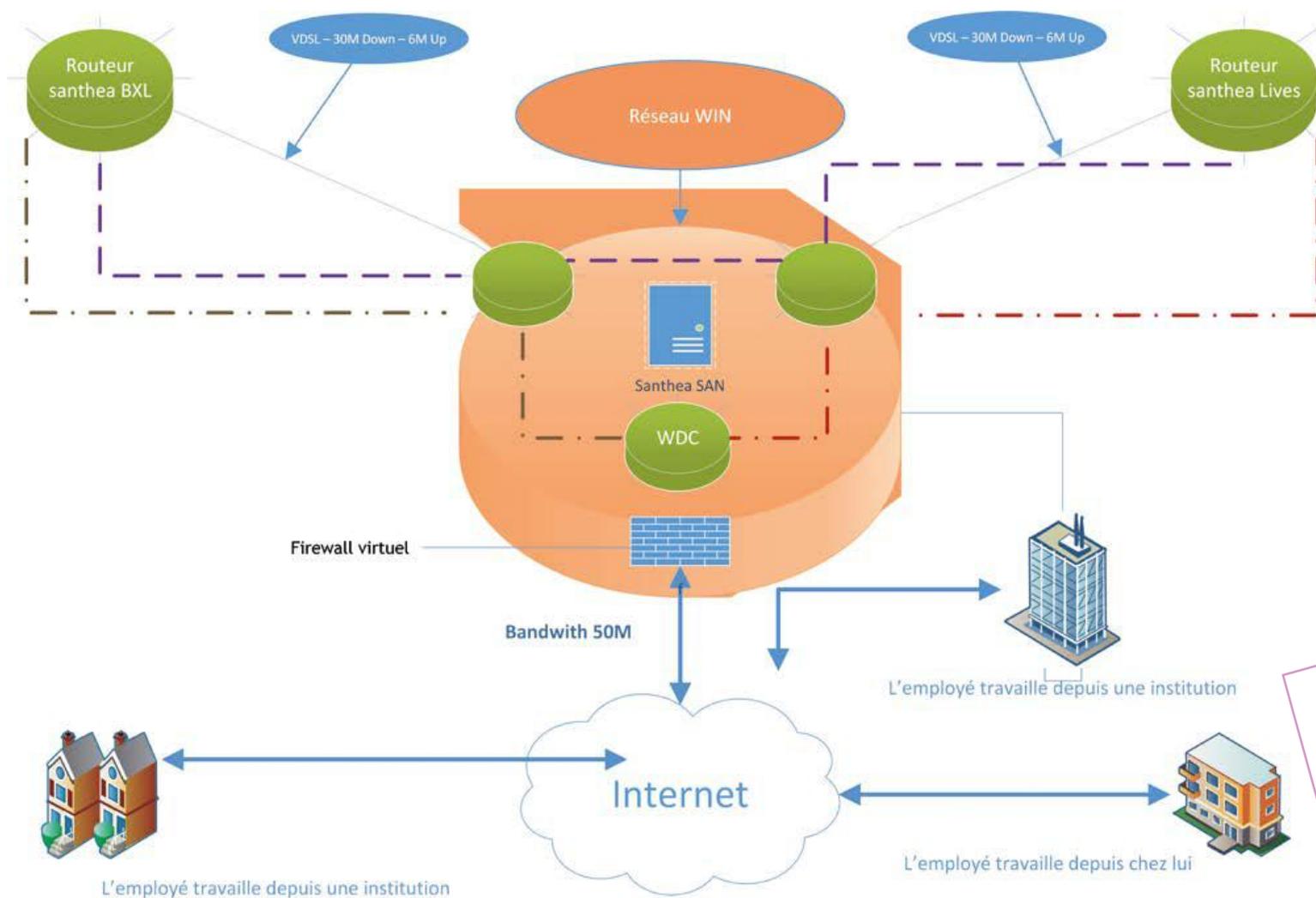


Accès à distance

Une solution de télétravail accordant un accès bureau à distance sécurisé a été implémentée. Procédure de connexion :

- 1) l'utilisateur s'authentifie auprès du Firewall WIN;
- 2) il reçoit une adresse IP unique prédéfinie;
- 3) un tunnel privé est établi entre son poste de travail et le réseau santhea.

Schéma accès Eworker



Partie 2

Décembre 2013

J F M A M J J A S O N **D**

santthea

Les thèmes abordés en

› Revalorisation du financement de la surveillance des résidents atteints de démence en maisons de repos

Des personnes âgées sont atteintes de démence tout en conservant un degré physique d'autonomie qui ne justifie pas leur hébergement en MRS. Leur état nécessite cependant une surveillance accrue. Un financement supplémentaire est prévu au bénéfice des Maisons de repos pour rémunérer cette surveillance.

› Lancement des activités de la PAQS

Le 11 décembre 2013, la Plateforme et son programme d'activités 2014 ont été présentés aux hôpitaux. Plus de deux cents personnes étaient présentes. Par ailleurs, trois organismes d'accréditation avaient fait le déplacement pour détailler leur offre aux hôpitaux.

› Comité de pilotage - DWH santhea

Lors du Comité de pilotage de décembre 2013 débute par la présentation des deux nouveautés organisationnelles : le nouveau département Etudes et Qualité et la nouvelle convention proposée aux hôpitaux. Vient ensuite la présentation du travail passé et à venir du département en mettant l'accent sur la vision transversale de la gestion. Le Comité de pilotage se conclut par la présentation d'une analyse des BMF de juillet (non encore corrigés par le SPF).

› Projet Absentéisme : Elaboration d'une enquête

La dernière réunion du GT « RH-Absentéisme » ayant mis en évidence de nombreuses différences entre les institutions (en termes d'outils et de définitions), une enquête a été envoyée par mail pour évaluer ces différences. Le but étant d'établir par la suite une base commune en termes de statistiques que l'on peut obtenir de chacun.

› Nouvelle convention - DataWarehouse santhea

Après un an de travail, le travail de révision de la convention encadrant le transfert et le traitement de données par santhea est pratiquement finalisé. Ce travail, réalisé en étroite collaboration avec la Commission de Protection de la Vie Privée,

a permis une actualisation de l'ancienne convention, en tenant compte non seulement de l'évolution du travail, mais également de la législation.

› DataWareHouse santhea

De nombreux développements techniques et organisationnels ont eu lieu tout au long de l'année. Notons en particulier la mise à jour des procédures existantes et la création de nouvelles procédures, la modification de la base de données en vue de l'automatisation des rapports sur la plateforme SharePoint et la création d'un échantillon santhea variable selon les matières et les années afin de pouvoir analyser les tendances à échantillon constant.

› Avis relatif aux normes auxquelles les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre pour être agréés comme service médicotechnique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (CNEH/D/437-1)

L'hôpital qui possède un programme de soins pour le traitement de IRC doit pouvoir offrir (in situ ou via un réseau) toutes les formes de substitution à la fonction rénale. Les normes d'encadrement dans les centres isolés d'auto-dialyse devraient être réadaptées. Les seuils d'activité ne doivent pas être modifiés. Le trajet de soins pré-dialyse doit être généralisé mais aussi plus performant. Le moratoire est dépassé et la programmation pourrait être revue en fonction des besoins du patient et à la condition que le financement soit adapté et que le réseau soit effectivement installé.

› Convention entre l'AFMPS et la firme Mobus concernant l'impact financier sur le BMF de l'implémentation des normes liées aux salles blanches en pharmacie hospitalière

L'application des normes PIC/S choisies par les autorités compétentes suite aux directives européennes va obliger les hôpitaux à se regrouper afin de limiter le coût de la stérilisation centrale, de la préparation des solutions d'alimentation parentérale et de la préparation des médicaments cytostatiques.

> Commission des conventions entre les organismes assureurs et les MR - MRS

Un quatrième avenant a été conclu pour donner suite à partir du 1 janvier 2014 à l'arrêté ministériel du 8 juillet 2013 fixant les critères d'agrément autorisant les infirmiers à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs. Il règle donc le financement, à partir de l'année 2014, d'une prime annuelle destinée aux infirmiers(ères) disposant d'une qualification professionnelle d'infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins.

> Nouvelle convention entre les hôpitaux et les organismes assureurs

Le texte de la convention est essentiellement modifié pour permettre de réaliser une économie de 21,7 millions d'euros sur base annuelle comme imposé par le Conseil général de l'INAMI. Cette économie sera réalisée en supprimant les différences de pratique entre les hôpitaux en ce qui concerne l'attestation du « montant par jour » lors de l'admission et lors du départ en cas d'admission avant 12 heures le jour de l'entrée et de départ après 14 heures le jour de sortie.

La nouvelle convention (article 3) stipule que dans cette situation le « montant par jour » doit être facturé le jour d'admission et pour le jour de sortie le « montant par jour » est facturé pour une valeur de 0 EUR.

Étant donné que cette mesure s'applique également aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux, un avenant conforme à la convention nationale entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs a aussi été conclu.

Cette mesure ne s'applique pas aux hôpitaux Sp et G isolés et pas davantage aux hôpitaux psychiatriques.

Le Conseil général de l'INAMI a décidé de transférer le financement des mini-forfaits vers le BMF à partir du 1^{er} juillet 2014. La Commission de conventions propose

toutefois de déjà transférer le financement des mini-forfaits à partir du 1^{er} janvier 2014 vers le BMF, à condition que les hôpitaux reçoivent à cet effet un « acompte » via le BMF à partir de cette date.

> Finalisation de la première étape, la proposition du groupe de travail ad hoc du CNEH pour l'élaboration d'un nouvel enregistrement commun

Le CNEH formule les points de départ suivants pour l'adaptation de l'enregistrement actuel du résumé psychiatrique minimum en un enregistrement commun. Les objectifs principaux sont d'avoir un enregistrement ciblé, minimal, uniforme à travers toutes les structures SSM d'avoir une visibilité des trajets de soins des patients à travers les structures SSM mais aussi la possibilité de collecter des données complémentaires pour certains groupes cibles spécifiques de patients et la possibilité d'un enregistrement par échantillonnage pour permettre la comparaison entre les différentes structures SSM.

Matières européennes

> Commission Soins Infirmiers « hôpitaux généraux »

Beaucoup de réactions et de questions quant à l'exercice de la fonction de sage-femme au sein des hôpitaux, depuis la réforme des études de sage-femme en 2005. Le nouveau programme prévoit un tronc commun entre les études infirmières et les études de sages-femmes uniquement en 1^{ère} année. Ceci implique que les sages-femmes « post 2005 » n'ont plus le bagage infirmier suffisant pour exercer la profession au sens de l'arrêté royal n°78. Le personnel sage-femme se voit dès lors cantonner dans le secteur « mère-enfants », et n'est plus autorisé à prester les soins infirmiers dans les autres services hospitaliers. Les modifications apportées à la loi de 2001 par une nouvelle loi de 2002, et une augmentation importante de l'offre des praticiens « sages-femmes » pose des problèmes inquiétants d'excédent de ces praticiens sur le marché du travail.

› Groupe de travail « Médiation »

Organisation de la seconde session du groupe de travail, dite « élargie » aux praticiens médico-infirmiers hospitaliers, sur le thème de la Chirurgie Bariatrique.

Le Docteur CEUTERICK, chirurgien digestif de l'ISPPC de Charleroi, est intervenu sur les aspects chirurgicaux, après avoir expliqué le contexte des demandes des patients, les conditions dans lesquelles sont réalisées les interventions chirurgicales, les techniques "opératoires" en vigueur et les techniques "abandonnées". Il a donné son point de vue de chirurgien sur les attentes de la patientèle, les droits des patients et les éventuelles plaintes auxquelles il aurait été confronté. S'agissant d'une approche pluridisciplinaire, Madame DECAMPS, diététicienne au CHWapi, a présenté le rôle de la diététicienne au sein de l'équipe, et plus précisément l'accueil et l'accompagnement des patients candidats à la solution chirurgicale.

› Groupe de travail « Différenciation des fonctions infirmières et réforme de la formation infirmière en Communauté française de Belgique »

Le 4 décembre 2013, un groupe de travail a été organisé à l'Espace santé de Charleroi, dans le cadre de la réforme de la formation infirmière, enseignement obligatoire du 4ème degré et enseignement de promotion sociale.

Cette réforme s'inscrivait dans un contexte belge et européen (amendements votés le 9 octobre 2013 de la Directive sectorielle 2005/36/CE), à la suite d'engagements administratifs (création du Master en Sciences infirmières - CGHE), et politiques (réponses du Ministre J.-C. MARCOURT à la Commission Enseignement et au Parlement de la Communauté française) et en raison de l'évolution des soins de santé (Plan pluriannuel de 2008 de Madame la Ministre ONKELINX).

Santhea était présent en tant que modérateur des échanges entre les professionnels du secteur, des représentants des cabinets ministériels, et de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

› Avis concernant les Titres Professionnels Particuliers (TPP) et les Qualifications Professionnelles Particulières (QPP)

Deux nouveaux titres professionnels particuliers (pédiatrie/néonatalogie et santé mentale) et deux nouvelles qualifications professionnelles particulières (diabétologie et santé mentale) complètent la liste des titres et qualifications à prendre en considération pour l'octroi des primes prévues dans le plan d'attractivité infirmière.

L'annexe 1 de l'avis reprend in extenso la procédure d'agrément pour ces titres et qualifications. L'annexe 2 est un tableau récapitulatif des TPP et QPP requis dans le cadre des normes d'agrément des services/fonctions hospitaliers et des programmes de soins.

› Fondation Roi Baudouin : La libre circulation des praticiens professionnels du secteur non -marchand et pénurie médico-infirmière

Santhea était présent à la table ronde organisée par la Fondation et le CIRE (Coordination des initiatives pour réfugiés et étrangers), où ont été présentés le rapport et les recommandations du CIRE, en présence de responsables et d'acteurs issus des secteurs de l'enseignement, des soins de santé, des cabinets ministériels, et des Administrations.

› Financement de la Stérilisation (CNEH/D/SF/99-1)

En complément de l'avis de septembre du CNEH, la Section financement insiste sur le sous-financement du personnel de la Stérilisation centrale : toute nouvelle norme doit s'accompagner d'un financement complémentaire. Elle propose de transférer le financement actuel de la sous-partie B2 vers la sous-partie B5 de la Pharmacie Hospitalière, et poursuivra un travail de réforme du financement basé sur des temps standards de stérilisation par type d'interventions chirurgicales.

> BMF au 1^{er} janvier 2014 (CNEH/D/SF/98-4)

Le CNEH, tout en confirmant la répartition du budget supplémentaire A1 « reconditionnements » au prorata des lits agréés, attire l'attention de la Ministre sur un ensemble de conséquences et préoccupations relatives au transfert de compétences et des sous-parties A1, A3 et C1 vers les Communautés et Régions au 1^{er} juillet.

Le CNEH :

- attire également l'attention de la Ministre sur les financements B4 prévoyant un détachement de personnels;
- propose la répartition du budget supplémentaire pour l'harmonisation des barèmes aides-soignants au prorata du nombre de lits agréés;
- est divisé quant au mode de calcul de l'acompte sur le budget transféré des Mini-forfaits INAMI;
- demande qu'un budget supplémentaire soit aussi prévu pour soutenir les pensions du secteur privé et public hors ONSS APL;
- regrette qu'aucun budget n'ait été prévu pour couvrir le coût de l'évolution de l'ancienneté barémique.





Matières européennes

Face à l'affluence de problématiques et de questions dont a à connaître le secteur des soins de santé et qui trouvent leur origine au niveau de la législation européenne, santhea a décidé que dorénavant un suivi des matières européennes serait assuré en son sein afin de pouvoir défendre au mieux les intérêts de ses membres au niveau européen.

Parmi les sujets qui occupent, ont occupé, voire occuperont les décideurs européens et par voie de conséquence, les représentants du secteur des soins de santé, on peut relever les marchés publics, les soins de santé transfrontaliers, le temps de travail, les blessures par objet tranchant, etc. Pour cette raison, santhea, par l'intermédiaire d'un de ses conseillers nommé Liaison Officer à cette fin, a activement participé aux travaux et réflexions de HOPE, la fédération représentant le secteur hospitalier au niveau européen.

La part de la législation belge trouvant son origine dans le droit communautaire est grandissante. Certains estiment ainsi que 60% de la législation qui voit le jour en Belgique vient du droit européen, même si d'autres considèrent ce pourcentage comme étant surévalué.

In fine, peu importe, car s'il y a une chose que l'on ne peut nier, c'est le scope très étendu des compétences confiées à l'Union Européenne. Parmi celles-ci, on retrouve bien évidemment la santé, même si l'organisation et la mise en œuvre des soins de santé en elles-mêmes relèvent de la responsabilité des pays de l'Union.

L'UE est l'émanation du peuple européen : l'Europe c'est vous, c'est nous, ce sont celles et ceux que nous avons élus. Il est pourtant courant d'entendre que « L'Europe a décidé (...) » ou encore que « Bruxelles a adopté (...) ». Cette phraséologie instaure malheureusement une impression de distance entre les institutions européennes et les citoyens. Or, vu l'impact considérable que la législation européenne a sur notre quotidien, il est essentiel de ne pas se limiter à observer les institutions européennes d'un regard lointain, avec cette impression latente de subir leurs diktats.

Santhea a par conséquent pris la décision de ne plus seulement défendre les intérêts de ses membres en aval de ce processus législatif européen mais d'agir en amont, par une participation plus active à la vie européenne. Cette volonté d'influer sur le cours des choses se traduit de diverses manières. Ainsi par



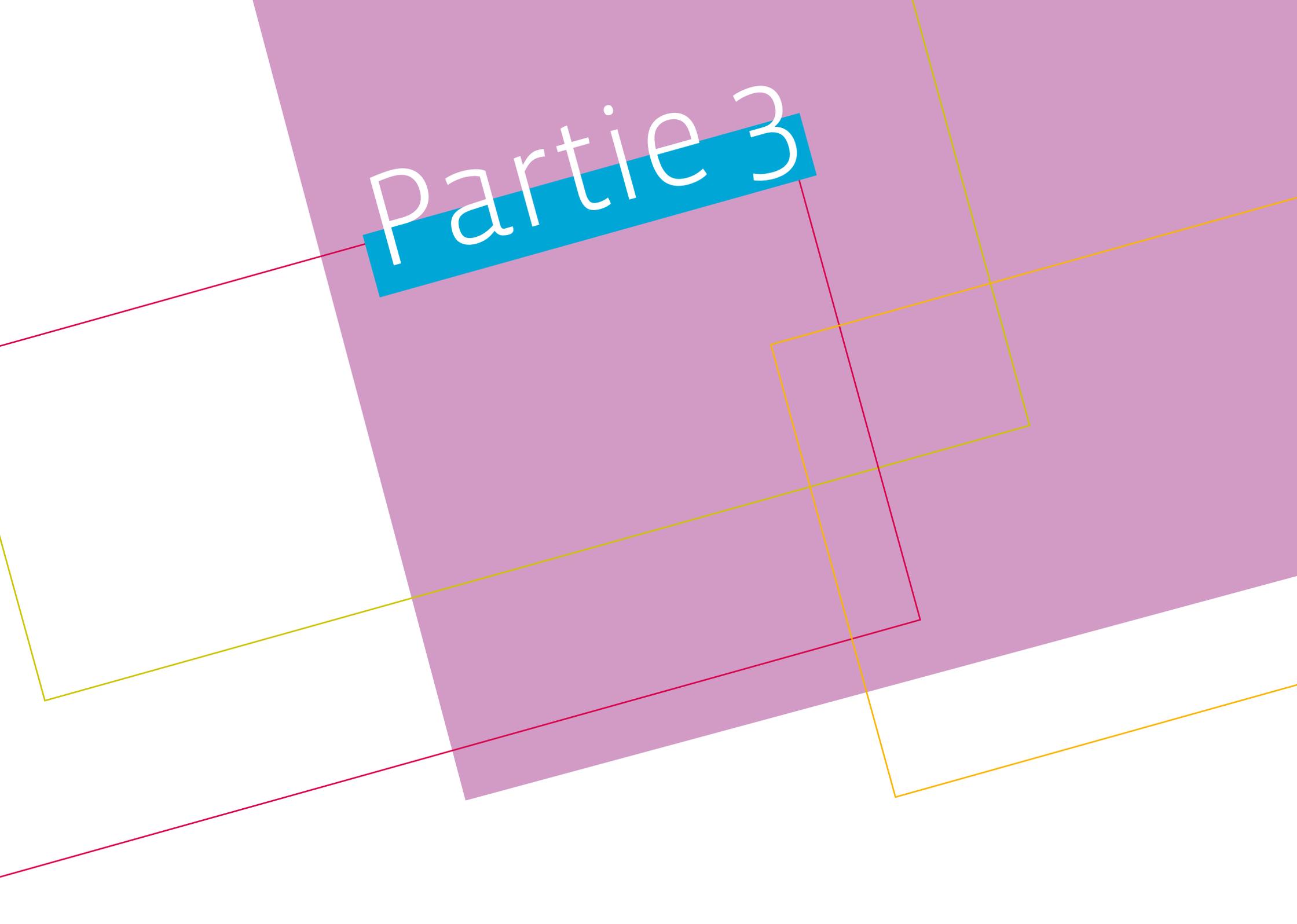
exemple, santhea est membre d'une fédération européenne, HOPE, qui nous représente, tout comme nos homologues européens, au niveau de l'Union Européenne. Cette fédération alerte sur les problématiques examinées au niveau de l'UE pouvant avoir une incidence non négligeable sur la vie des institutions de santé. C'est aussi une plate-forme de discussions et d'échanges avec les fédérations des autres pays de l'Union, et un moyen de mettre au point une stratégie commune pour faire valoir vos intérêts d'une seule voix. Un autre mode d'action choisi consiste à participer à des consultations que la Commission européenne lance régulièrement sur des sujets déterminés. La Commission européenne sollicite en effet régulièrement l'opinion des citoyens et stakeholders lorsqu'elle élabore des politiques ou des mesures législatives. Cet aspect des choses est essentiel car c'est en informant correctement la Commission que nous pouvons alimenter sa réflexion en amont d'un éventuel dépôt de texte législatif.

Les sujets abordés au niveau européen qui éveillent notre intérêt sont extrêmement variés. Tantôt ils concerneront directement le secteur des soins de santé, comme la problématique des soins de santé transfrontaliers ou la prévention des blessures par objet tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, tantôt ils impacteront notre secteur de manière plus indirecte - mais pas négligeable pour autant - comme par exemple les marchés publics ou encore la question du temps de travail.

Vous l'aurez compris à la lumière de ce qui précède, santhea entend s'impliquer pour vous dans la dynamique européenne, non plus incidemment, mais de manière plus systématique et systémique.



Partie 3

The background features a large, tilted purple rectangle. Overlapping its top edge is a smaller, tilted blue rectangle containing the text 'Partie 3'. Several thin, tilted lines in red and yellow intersect across the scene, creating a dynamic, abstract composition.

Informations Pratiques

Liste des membres 98

Liste des membres du
conseil d'administration 106

Liste des collaborateurs 108

sannthea



Liste des membres

C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré



C.H.U. Tivoli

Hôpitaux

- | | | |
|----|---|---------------------|
| 1 | A.I.O.M.S. Moresnet | Moresnet |
| 2 | Association «Le Domaine» | Braine-l'Alleud |
| 3 | C.H. de Mouscron | Mouscron |
| 4 | C.H. de Wallonie-Picardie | Tournai |
| 5 | C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye | Seraing |
| 6 | C.H. Peltzer - La Tourelle | Verviers |
| 7 | C.H.R. de Huy | Huy |
| 8 | C.H.R. de la Haute Senne | Soignies |
| 9 | C.H.R. de La Citadelle | Liège |
| 10 | C.H.R. du Val de Sambre | Sambreville |
| 11 | C.H.R. Namur | Namur |
| 12 | C.H.U. Brugmann | Bruxelles |
| 13 | C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré | Mons |
| 14 | C.H.U.P.M.B. «Le Chêne aux Haies» | Mons |
| 15 | C.H.U. Saint-Pierre | Bruxelles |
| 16 | C.H.U. Tivoli | La Louvière |
| 17 | C.T.R. | Bruxelles |
| 18 | Centre de Médecine Gériatrique «La Charrette» | Bruxelles |
| 19 | Centre de santé des Fagnes | Chimay |
| 20 | Centre Neurologique et de Réadaptation | Fraiture-en-Condroz |
| 21 | Centre régional de Soins Psychiatriques «Les Marronniers» | Tournai |
| 22 | Clinique André Renard | Herstal |

- | | | |
|----|--|-----------------------|
| 23 | Clinique Reine Astrid | Malmedy |
| 24 | EpiCURA - Centre Hospitalier Hornu-Frameries | Hornu |
| 25 | EpiCURA - Clinique Louis Caty | Baudour |
| 26 | EpiCURA - Hôpital de La Madeleine | Ath |
| 27 | Hôpital Erasme | Bruxelles |
| 28 | Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola | Bruxelles |
| 29 | Hôpitaux IRIS Sud | Bruxelles |
| 30 | I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier Psychiatrique | Liège |
| 31 | I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé «L'Accueil» | Lierneux |
| 32 | I.S.o.S.L. - I.P.A.L. | Liège |
| 33 | I.S.P.P.C. - C.H.U. André Vésale | Montignies-le-Tilleul |
| 34 | I.S.P.P.C. - C.H.U. de Charleroi | Charleroi |
| 35 | Institut Jules Bordet | Bruxelles |
| 36 | Institut Pachéco | Bruxelles |
| 37 | L'Equipe | Bruxelles |
| 38 | VALIDA | Berchem-Ste-Agathe |
| 39 | VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne | Libramont |
| 40 | VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg | Arlon |
| 41 | VIVALIA - IFAC | Marche |
| 42 | VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique «La Clairière» | Bertrix |



© photo(s) Jacques BREUER

Domaine des Blés Dorés (ISOSL)



Résidence Isabelle (CHRH)

MR/MRS

- | | | |
|----|--|---------------------------|
| 1 | Domaine des Blés Dorés (ISOSL) | AWANS |
| 2 | Domaine des Riezes et Sarts (ASBL - UNMS) | COUVIN |
| 3 | Home de Seny (ASBL) | TINLOT |
| 4 | Institut Pachéco (CPAS) | BRUXELLES |
| 5 | Quiétude (ISPPC) | MONTIGNY-LE-TILLEUL |
| 6 | La Maison de Mariemont (ASBL) | MORLANWELZ |
| 7 | Le Bel Abri (ISPPC) | FARCIENNES |
| 8 | Le Mont Falise (CHRH) | HUY |
| 9 | L'Heureux Séjour (ISPPC) | COURCELLES |
| 10 | Les Heures Claires (CAHC) | SPA |
| 11 | Les Heures Paisibles (INTERSENIORS) | WAREMME |
| 12 | Les Tournesols / Murlais (ISOSL) | LIEGE |
| 13 | Résidence Amandine (CHRH) | WANZE |
| 14 | Résidence Chantraine (INTERSENIORS) | SAINT-NICOLAS |
| 15 | Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont (ASBL) | MONS (Ghlin) |
| 16 | Résidence Dejaifve (CHRVS) | FOSES-LA-VILLE |
| 17 | Résidence Do Grand Fa (CPAS) | MALMEDY |
| 18 | Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS) | FLEMALLE |
| 19 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL) | ANS |
| 20 | Résidence du Heysel (CPAS) | BRUXELLES |
| 21 | Résidence Eglantine (INTERSENIORS) | SERAING |
| 22 | Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS) | STAVELLOT |
| 23 | Résidence Isabelle (CHRH) | AMAY |
| 24 | Résidence Laetare (CPAS) | LA LOUVIERE |
| 25 | Résidence La Kan (AIOMS) | AUBEL |
| 26 | Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS) | SERAING (Jemeppe-S/Meuse) |
| 27 | Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS) | SERAING (Ougrée) |

- 28 Résidence Le Chalon (C.H. des Hautes Fagnes)
- 29 Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)
- 30 Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
- 31 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
- 32 Résidence Le Temps des Cerises (CHRVS)
- 33 Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)
- 34 Résidence Les Aubépines (CPAS)
- 35 Résidence Les Eglantines (CPAS)
- 36 Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)
- 37 Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)
- 38 Résidence Les Orchidées (ISOSL)
- 39 Résidence Les Saules (ISOSL)
- 40 Résidence Les Trois Rois (ISOSL)
- 41 Résidence Les Ursulines (CPAS)
- 42 Résidence Philippe Wathelet (CHPLT)
- 43 Résidence Régina (AIOMS)
- 44 Résidence Sainte-Gertrude (CPAS)
- 45 Résidence Springuel-Hellin (CPAS)
- 46 Résidence Val des Séniors (VIVALIA)
- 47 Royale Résidence (CHRH)
- 48 Saint-Antoine (VIVALIA)
- 49 Sainte Famille (CPAS)
- 50 Saint-Gengoux (VIVALIA)
- 51 Saint-Joseph (AIOMS)
- 52 Seniorenheim St. Elisabeth (INTERSENIORS)
- 53 Seniorenheim Alten Und Pflegeheim (INTERSENIORS)
- 54 Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA)

- CHIMAY
- HERSTAL
- WELKENRAEDT
- LIMBOURG
- METTET
- LIEGE
- LA LOUVIERE
- BRUXELLES
- SERAING (Ougrée)
- WAIMES
- LIEGE
- BASSENGE
- WISE
- BRUXELLES
- STOUMONT
- PLOMBIERES
- BRUXELLES
- SAINT-NICOLAS
- WELLIN (Chanly)
- HUY
- VIRTON (Saint-Mard)
- THIMISTER-CLERMONT
- VIELSALM
- PLOMBIERES
- SAINT-VITH
- BÜTGENBACH
- SAINTE-ODE



© photo(s) Jacques BÉTEUR



Seniorenheim Alten Und Pflegeheim (INTERSENIORS)

Les Heures Claires (CAHC)



Résidence Les Prés Brion (CHRH)

CAJ- CSJ

- 1 Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)
- 2 La Cigale (INTERSENIORS)
- 3 La Maison de Mariemont (ASBL)
- 4 Les Heures Claires (CAHC)
- 5 Les Murlais (ISOSL)
- 6 Résidence Amandine (CHRH)
- 7 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
- 8 Résidence Laetare (CPAS)
- 9 Résidence La Kan (AIOMS)
- 10 Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)
- 11 Résidence Les Aubépines (CPAS)
- 12 Résidence Les Trois Rois (ISOSL)
- 13 Résidence Régina (AIOMS)

FLEMALLE
 WAREMME
 MORLANWELZ
 SPA
 LIEGE
 WANZE
 ANS
 LA LOUVIERE
 AUBEL
 HERSTAL
 LA LOUVIERE
 VISE
 PLOMBIERES

Résidences-services

- 1 La Cité (ISOSL)
- 2 La Maison de Mariemont (ASBL)
- 3 L'Azalée (CPAS)
- 4 Les Alouettes (ISOSL)
- 5 Les Heures Claires (CAHC)
- 6 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
- 7 Résidence Les Prés Brion (CHRH)

HERSTAL
 MORLANWELZ
 SAINT-NICOLAS
 VISE
 SPA
 ANS
 HUY

Appartement pour vieux ménages

- 1 Résidence des Hauteurs (ISOSL)

Liège

Conventions de revalidation

1	ASBL Diapason - Transition	Charleroi
2	ASBL LAMA	Bruxelles
3	Clairs Vallons	Ottignies
4	Ellipse	Carnières
5	ENADEN	Bruxelles
6	La Traversière	Nivelles
7	Les Hautes Fagnes	Malmedy
8	M.A.S.S. de BRUXELLES	Bruxelles
9	START	Liège
10	WOPS	Bruxelles

Mutualités

1	Mutualité socialiste Solidaris du Brabant Wallon	Tubize
2	Mutualité socialiste Solidaris du Luxembourg	Saint-Hubert
3	Mutualité socialiste Solidaris de Liège	Liège
4	Mutualité socialiste Solidaris de Mons - Wallonie picarde	Ath
5	Mutualité socialiste Solidaris du Centre, Charleroi et Soignies	Charleroi
6	Mutualité socialiste Solidaris de Namur	Saint-Servais
7	Union Nationale des Mutualités Socialistes - Solidaris	Bruxelles



IBC - Bruxelles



Soins à domicile

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------|
| 1 | Centrale de Services à Domicile | Bruxelles |
| 2 | Fédération des C.S.D. | Bruxelles |
| 3 | Soins à domicile | Bruxelles |

Polyclinique

- | | | |
|---|--------------------|-------------|
| 1 | Le Centre de Santé | La Louvière |
|---|--------------------|-------------|

Laboratoires

- | | | |
|---|-------|-----------|
| 1 | CARAD | Huy |
| 2 | IBC | Bruxelles |
| 3 | IPG | Gosselies |

Médecine du travail

- | | | |
|---|--------|-----------|
| 1 | ARISTA | Bruxelles |
|---|--------|-----------|

Petite enfance

- | | | |
|---|----------|-----------|
| 1 | F.I.L.E. | Bruxelles |
|---|----------|-----------|

Planning familial

- | | | |
|---|---|-----------|
| 1 | Fédération des centres de planning familial | Bruxelles |
|---|---|-----------|

Transfusion sanguine

- | | | |
|---|---|-----------|
| 1 | Croix-Rouge de Belgique - Service du Sang | Bruxelles |
|---|---|-----------|

Initiative d'Habitation Protégée

- | | | |
|---|------------------------------|-------------|
| 1 | L'Ancre | La Louvière |
| 2 | Le Domaine - Braine-L'Alleud | La Louvière |

Maisons de Soins Psychiatriques

- | | | |
|---|--------------------------------|----------|
| 1 | Chêne aux Haies | Mons |
| 2 | I.S.o.S.L. - Le Hameau | Lierneux |
| 3 | Les Marronniers - La Traversée | Tournai |





Liste des membres du conseil d'administration de santhea



Bureau

Présidente: C.H.R. La Citadelle représenté par **Lambert Marie-Claire**

Vices-Présidents: Hôpital Erasme représenté par **Praet Jean-Claude**
I.S.P.P.C. représenté par **Lejeune Philippe**

Secrétaire: C.H.P.L.T. représenté par **Toussaint Jean-Louis**

Trésorier: C.H.U. Tivoli représenté par **Dormont Jean-Claude**

Membre : IRIS représenté par **Fontaine Cécile**

Membres

C.H. de Wallonie-Picardie, représenté par **Varvenne Rudy**

C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, représenté par **De Simone Stéphanie**

C.H.R. de Namur, représenté par **X**

C.H.R. de Huy, représenté par **Ronveaux Jean-François**

C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Ransart Daniel**

C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Dusart Michelle**

C.H.R. de la Haute Senne, représenté par **Lossignol Isabelle**

C.H.R. du Val de Sambre, représenté par **Notte Dominique**

C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré, représenté par **Bouchez Chantal**

C.H.U.P.M.B. «Le Chêne aux Haies», représenté par **Bauffe Véronique**

Clinique André Renard, représentée par **De Paoli Marc**

CPAS de Bruxelles, représenté par **Kremer Raphaël**

EpiCURA, représenté par **Rillaerts Stéphane**

IRIS, représenté par **Thielens Dirk**

I.S.o.S.L., représenté par **Duckers Martine**

I.S.o.S.L., représenté par **Fievez Eric**

I.S.P.P.C., représenté par **Dugauquier Alain**

L'Equipe, représentée par **Depuydt Dominique**

VALIDA, représenté par **Deveen Frédéric**

VIVALIA, représenté par **Bodeux Dominique**

VIVALIA, représenté par **Bernard Yves**

Assiste avec voix consultative

Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) - Solidaris représentée par **Jean-Marc Laasman**





Liste des Collaborateurs

L'équipe de santhea est constituée de 16 collaborateurs apportant une expertise dans divers domaines :



Yves SMEETS
Directeur Général



Michel MAHAUX
Directeur Général-Adjoint



Alban ANTOINE
Conseiller juridique



Sandra BERBION
Responsable secrétariat
et Communication



Dr Jean BURY
Conseiller médical
Cellule médiation



Jean-François COLET
Coordinateur IT



Martine DUFRASNE
Secrétaire



Amélie GOOSSENS
Conseiller économique



Denis HERBAUX
Directeur du département
Etudes et Qualité



Stéphane HOYOUX
Conseiller
santé mentale



Marina LIETAR
Conseiller économique



Colette JACOB
Conseiller soins infirmiers
et médiation



Cécile KESTENS
Conseiller économique
gestion et développement
datawarehouse



Corentin LETERME
Assistant
datawarehouse



Jean LOISEAU
Conseiller MR/MRS



Valérie VICTOOR
Conseiller juridique



Editeur responsable: Yves Smeets, Directeur Général
Quai au Bois de Construction 9 - B -1000 Bruxelles
2014 © Design by www.empain.net



**SIÈGE DE BRUXELLES
& SIÈGE SOCIAL**

Quai au Bois de Construction 9
B-1000 Bruxelles
T +32 2 210 42 70
F +32 2 511 04 54

SANTHEA ASBL

SIÈGE DE WALLONIE

Namur Office Park
Avenue de Dessus-de-Lives, 4
5101 LOYERS
T + 32 81 22 38 22
F +32 81 22 38 45

RPM Bruxelles 0807 643 081
IBAN : BE87 8791 5011 0194
BIC : BNAGBEBB