

santhea 

Rapport Annuel
2009





Sommaire

↳ CHAPITRE 1

Présentation de santhea **5**

Introduction	6
Positionnement de santhea	7
Faits et chiffres	8

↳ CHAPITRE 2

Les dossiers de 2009 **11**

Le projet AWAGES/ABRUGES soutient la gestion hospitalière	12
La médiation hospitalière	16
Les montants de référence décortiqués	22
Le remboursement des dispositifs médicaux invasifs	26
La loi relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé	32
Le plan d'attractivité de la profession infirmière	36
La prise en charge des personnes âgées	40

↳ CHAPITRE 3

Informations pratiques **45**

Liste des membres	46
Le conseil d'administration de santhea	52
Liste des collaborateurs	53



chapitre 1

Présentation de santhea

Introduction 6

Positionnement de santhea 7

Faits et chiffres 8



Introduction

➤ PRÉSENTATION DE SANTHEA



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

En juin 2008, l'Association Francophone d'Institutions de Santé (A.F.I.S.) et la Chambre francophone de l'Association des Etablissements Publics de Soins (A.E.P.S.) décidaient d'unir leurs destinées sous la dénomination de santhea.

Santhea s'est dès lors imposée comme la première fédération d'institutions de soins de santé à Bruxelles et en Wallonie. Elle est aujourd'hui reconnue comme un interlocuteur de premier plan, tant de la part des autorités qu'à l'intérieur des secteurs, ainsi que dans les médias.

Depuis sa création, santhea n'a eu de cesse de proposer à ses affiliés, à côté de la défense de leurs intérêts, des services innovants, à valeur ajoutée. Outre les initiatives en matière de banques de données, citons le partenariat en matière de qualité avec l'Union Nationale des Mutualités Socialistes ou encore l'appui aux transformations en cours du secteur psychiatrique.

Le succès rencontré doit aussi beaucoup à l'investissement de l'équipe multidisciplinaire de santhea dans la poursuite des objectifs visés, et il faut les en remercier.

Ce document est le premier rapport annuel de la jeune association. Il reflète quelques grands thèmes qui ont été abordés durant cette première année et demi de fonctionnement. Santhea a ainsi, grâce à ses capacités de lobbying, pu influencer notablement certaines politiques de santé (responsabilité sans faute, montants de référence, ...). Nous avons tenu à associer quelques acteurs du monde de la santé qui ont accepté de donner leur point de vue sur les thèmes abordés dans notre rapport; ils témoignent ainsi de l'impact de santhea dans les politiques de santé. Qu'ils en soient tous remerciés.

Dès le début de 2010, santhea s'est attaqué à d'autres défis. Le prochain rapport annuel nous permettra, j'en suis convaincue, de refléter l'influence que santhea aura eue sur ceux-ci.

Positionnement de santhea

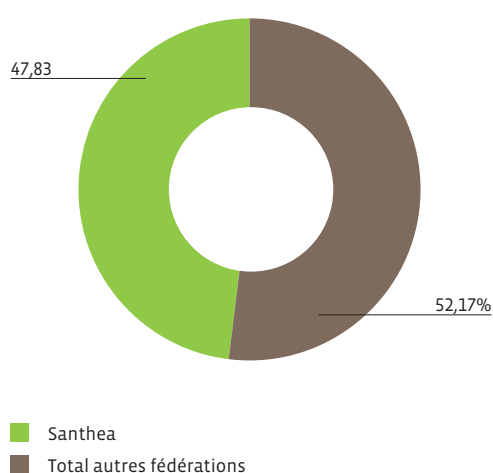
Santhea est une association professionnelle et patronale qui a pour mission de défendre et promouvoir les intérêts des établissements et des services de soins non-lucratifs du secteur privé non-confessionnel et du secteur public, situés en Wallonie et à Bruxelles. Il s'agit de la première association francophone du secteur et d'un interlocuteur de référence, avec la représentation de près de 48% des établissements de soins des deux régions. Elle est à ce titre la 1^{ère} association professionnelle francophone et la 2^{ème} belge. Elle représente notamment tous les hôpitaux publics de Wallonie et de Bruxelles, soit 39 hôpitaux, répartis sur 61 sites, ainsi que 51 maisons de repos (et de soins) et de multiples autres institutions de soins.

Santhea promeut et défend une politique de la santé basée sur la solidarité, l'égalité d'accès aux soins, la collaboration multidisciplinaire et la responsabilité des prestataires de soins, dans le cadre de la sécurité sociale. Elle préconise une attitude progressiste et non-dogmatique par rapport à l'évolution de la médecine. En tant que représentante d'établissements à but non lucratif, elle place prioritairement le patient au cœur du fonctionnement des établissements de soins. Enfin, elle affirme son indépendance par rapport à tout organisme politique, philosophique ou économique.

Santhea constitue aussi une plateforme d'expertise au service de ses membres, grâce à la coordination et à l'échange d'informations. Elle met à leur disposition une importante banque de données et organise des formations. Elle accompagne également ses membres dans les processus de bonne gouvernance et de transparence nécessaires.

Etablissements de soins Wallonie/Bruxelles

Répartition en %

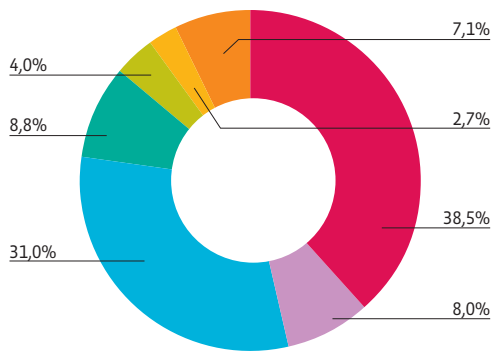


Faits et chiffres

PRÉSENTATION DE SANTHEA

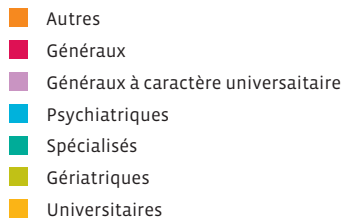
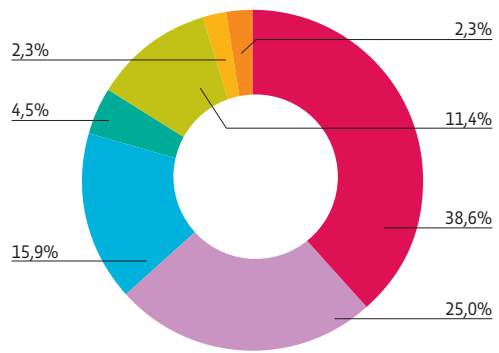
Hôpitaux du royaume

Répartition des hôpitaux par type



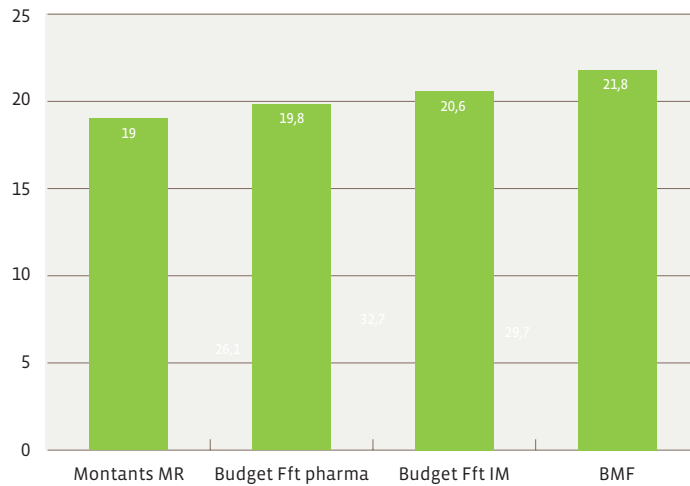
Hôpitaux santhea

Répartition des hôpitaux par type



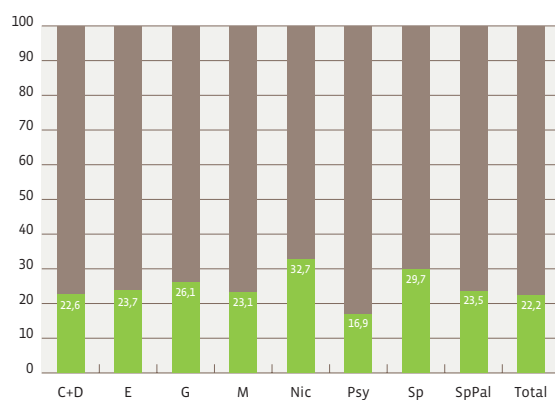
Part de santhea pour divers financements

% en 2009



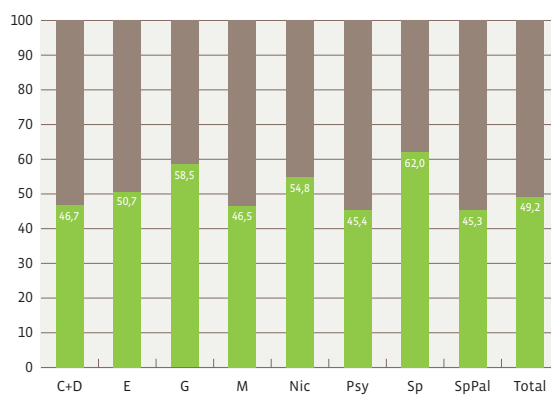
Royaume : Part de santhea selon l'index de lit

% en 2009



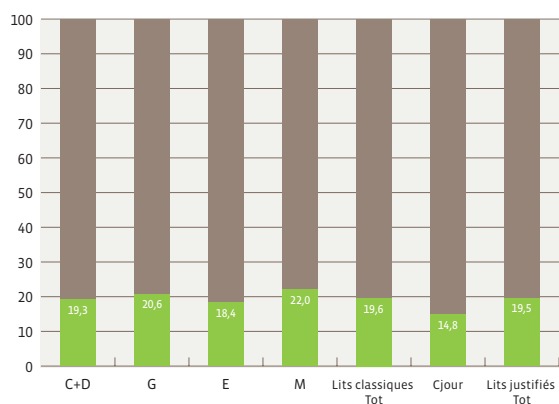
Wallonie+Bruxelles : Part de santhea selon l'index de lit

% en 2009



Royaume : lits justifiés BMF par index de lit

% en 2009



Autres
Santhea

C : Chirurgie
D : Médecine
E : Pédiatrie
G : Gériatrie
M : Maternité
Nic : Soins néonataux intensifs
Psy : Psychiatrie
Sp : Soins spécialisés
SpPal : Soins palliatifs

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry, no matter how small, should be recorded to ensure the integrity of the financial data. This includes not only sales and purchases but also expenses and income. The document provides a detailed list of items that should be tracked, such as inventory levels, accounts payable, and accounts receivable. It also outlines the procedures for recording these transactions, including the use of double-entry bookkeeping to ensure that the books balance.

The second part of the document focuses on the analysis of the financial data. It explains how to calculate key financial ratios and metrics, such as the gross profit margin, operating profit margin, and return on investment. These metrics are used to evaluate the company's performance and identify areas for improvement. The document also discusses the importance of comparing the company's performance to industry benchmarks and providing a clear explanation of any variances.

The final part of the document covers the preparation of financial statements. It provides a step-by-step guide to creating the income statement, balance sheet, and cash flow statement. It also discusses the importance of auditing the financial statements to ensure their accuracy and reliability. The document concludes with a summary of the key findings and recommendations for the future.

chapitre 2

Les dossiers de 2009

Le projet AWAGES/ABRUGES soutient la gestion hospitalière	12
La médiation hospitalière	16
Les montants de référence décortiqués	22
Le remboursement des dispositifs médicaux invasifs	26
La loi relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé	32
Le plan d'attractivité de la profession infirmière	36
La prise en charge des personnes âgées	40



Le projet AWAGES/ABRUGES soutient la gestion hospitalière

↳ DOSSIER N°1

Né il y a près de trois ans, le projet AWAGES / ABRUGES vise à la constitution d'un datawarehouse sectoriel destiné aux gestionnaires des institutions de soins de santé.

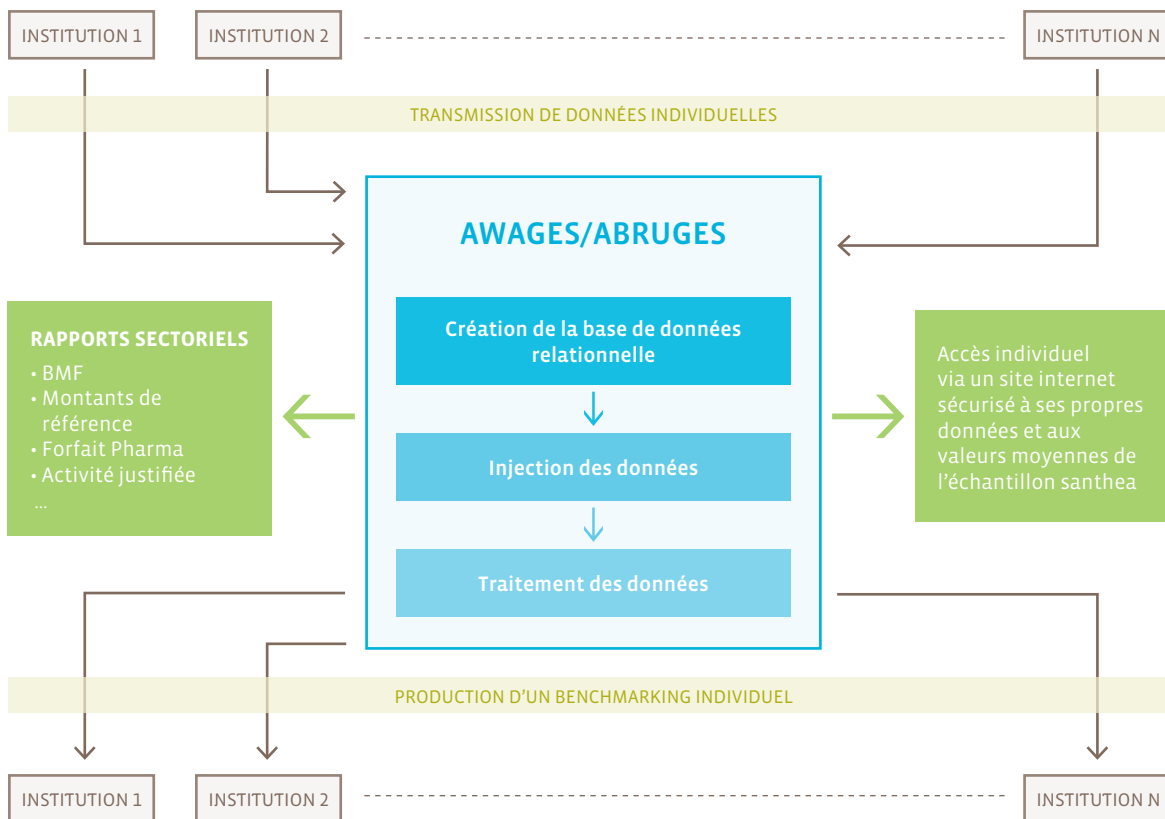
Plus spécifiquement, le projet AWAGES (Agence Wallonne pour l'Aide à la Gestion des Etablissements de Soins) / ABRUGES (Agence Bruxelloise pour l'aide à la Gestion des Etablissements de Soins) consiste en la collecte d'informations auprès des institutions membres de santhea, le traitement de ces informations (analyses statistiques), et la mise à disposition des données (via un site extranet avec accès sécurisé et via la publication de rapports). Les études produites par l'équipe AWAGES/ABRUGES sont non seulement descriptives (études a posteriori) mais également prospectives (anticipation de l'effet sur les institutions d'une modification de la législation par exemple). Par la mise en place de ce projet, et ce grâce à un soutien financier de la région wallonne, santhea souhaitait fournir aux institutions un outil efficace en vue d'améliorer la gestion des hôpitaux.

Un projet ambitieux et reconnu

Il n'existe pas en région wallonne ou en région bruxelloise de projet similaire de collecte de l'ensemble des données relatives à la gestion hospitalière couvrant les champs du financement, de l'activité et des coûts. La particularité et la force du projet AWAGES/ABRUGES résident dans le fait qu'aucun surplus de travail n'est demandé aux institutions. Toutes les informations utilisées sont déjà utilisées à d'autres fins à différents endroits. Nous nous contentons donc uniquement de collecter toutes les données hospitalières quittant les hôpitaux à destination de l'INAMI, du SPF (Service Public Fédéral), de la BNB, de l'ONSS, des organismes assureurs, ...

Le projet est piloté par ses utilisateurs

Le projet AWAGES/ABRUGES est dirigé par un comité technique, composé d'une dizaine de membres issus du secteur des soins de santé, qui se réunit plusieurs fois par an afin de définir les orientations, les priorités et les moyens du projet. De plus, une fois par an se déroule le comité de pilotage, au cours duquel les résultats des études réalisées par AWAGES/ABRUGES et les perspectives futures sont présentés aux institutions membres. Cette année, l'avis des institutions sur le projet fut plus qu'enthousiaste : tous les acteurs hospitaliers se disent impressionnés et intéressés par ce qui



leur a été présenté, ils souhaitent continuer en respectant les axes fixés par les membres du comité technique, et ils sont demandeurs de faire évoluer l'outil pour qu'il devienne une réelle aide à la gestion de leur institution. Les institutions ont également exprimé un certain nombre de demandes, dont une plus grande interactivité avec le projet, la nécessité d'élargir encore le panel d'informations et la volonté d'améliorer la mise à disposition de l'information.

Le projet bénéficie du soutien d'une équipe pluridisciplinaire

L'équipe d'AWAGES/ABRUGES s'est considérablement élargie au cours du temps. Ainsi, d'une seule personne (à temps partiel) à l'origine, le projet compte maintenant des experts, des analystes économiques ainsi qu'un staff responsable de l'encodage et du soutien logistique. De même, l'étendue du projet s'est également élargie, puisque celui-ci ne porte plus seulement sur la Wallonie, mais également sur des institutions bruxelloises.

Une production qui s'accroît d'année en année

L'année 2009 fut particulièrement riche en réalisations. Outre les traditionnels rapports sectoriels et individuels sur le BMF, l'étude 2009 du forfait pharmacie a été considérablement étoffée par rapport à celle de 2008. On y retrouve bon nombre d'améliorations telles que la taille de l'échantillon, les données du royaume (moyenne et médiane), l'évolution des forfaits en fonction des variations de case-mix par spécialités médicales, la décomposition du forfait selon le type de séjour, une simulation des forfaits 1/7/2009 à partir des moyennes santhea, etc.

Toujours en 2009, trois nouveaux modules ont été développés suite aux objectifs fixés par le comité technique:

- l'activité justifiée et son feed-back;
- le Résumé Hospitalier Minimum (création de la base de données);
- les montants de référence.

Les bases de données relationnelles ont été créées pour chacun des thèmes. Pour l'activité justifiée et les montants de référence, les données ont été collectées, injectées et validées. Par contre, pour le Résumé Hospitalier Minimum, les données de certaines institutions ont été collectées. Elles ne seront cependant traitées que lorsque l'échantillon des données disponibles sera suffisamment large. L'équipe d'AWAGES/ABRUGES est occupée actuellement à élargir l'échantillon.



«L'avis des institutions sur le projet fut plus qu'enthousiaste : tous les acteurs hospitaliers se disent impressionnés et intéressés par ce qui leur a été présenté»

Le module «activité justifiée» a été créé et une étude sectorielle a été réalisée. L'anticipation du financement (lié à l'activité justifiée) des institutions constitue un objectif non encore atteint. Ce point devrait se concrétiser dans le courant de l'exercice 2010. Les montants de référence ont pénalisé (parfois fortement) certaines institutions. Le comité technique s'est directement orienté vers une étude sectorielle sur cette thématique. Plusieurs études ont fait suite à cette décision. Un chapitre du rapport annuel est spécifiquement consacré à cette problématique.

Enfin, l'accès sécurisé au site extranet a été rendu opérationnel. Pas moins de 3 utilisateurs pour chacune des 43 institutions ont été répertoriés. Plusieurs d'entre eux ont été créés et des droits d'accès leur ont été octroyés. Certains utilisent aujourd'hui régulièrement le site et analysent leurs données.

Les perspectives pour l'exercice 2010 sont nombreuses

Parmi celles-ci notons notamment la modernisation du site web et des outils d'analyse grâce à la conclusion de nouveaux partenariats, ainsi que le développement de nouveaux modules (suite aux directives émises par le comité technique) :

- le module Résumé Hospitalier Minimum (finalisation du travail initié en 2009)
- le module facturation
- le module FINHOSTA

Ces nouveaux modules permettront d'étoffer considérablement le panel de données à disposition des institutions. Parallèlement à la création de ces modules, le projet AWAGES/ABRUGES jouera également un rôle dans le partenariat signé entre santhea et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, notamment au niveau de la réalisation d'un benchmarking en termes de satisfaction des patients.





Patrick Dominé

DIRECTEUR FINANCIER AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN

L'avis d'un directeur financier sur le datawarehouse d'AWAGES/ABRUGES

DOSSIER N°1

Pour Patrick Dominé, directeur financier au Centre hospitalier universitaire Brugmann, «le projet datawarehouse d'AWAGES/ABRUGES représente avant tout un outil de benchmarking très intéressant pour analyser le financement et comparer divers éléments financiers entre les hôpitaux participant à AWAGES/ABRUGES. Il s'agit d'une base de données à grande échelle qui permet à chaque établissement de se situer jusque dans le détail par rapport aux autres hôpitaux anonymisés, même s'il faut bien dire que certaines grandes institutions avaient déjà l'habitude de partager entre elles des informations telles que la composition de leur B.M.F. (Budget des Moyens Financiers). Chaque hôpital faisait déjà son propre travail d'analyse interne, mais cet outil permet de tout comparer en détail, permettant de s'assurer de l'exhaustivité des enveloppes octroyées ou de s'inspirer d'autres hôpitaux.»

Quand ce système est-il le plus utilisé ? «Dans les faits, je ne l'utilise pas très souvent, mais plutôt en fonction d'un besoin ponctuel. Comme à l'occasion des analyses et discussions dans le cadre du BMF (gros travail d'analyse dès juillet, chaque année). Cette recette représente entre 35 et 45% des produits d'exploitation d'un hôpital. La base de données inter hospitalière nous permet de vérifier si nous n'oublions pas un financement ou une nouvelle enveloppe, ou de comparer des trends entre les hôpitaux. Si on note, par exemple, dans un hôpital une tendance lourde de réduction du nombre de lits justifiés en chirurgie, l'outil permet de voir si cette tendance lourde est plus marquée en local qu'en général» indique Mr Dominé. D'un point de vue pratique «l'interface du datawarehouse est conviviale, même s'il a fallu un moment pour s'y adapter».

Les hôpitaux sont en tous cas demandeurs d'études approfondies permettant d'améliorer leur maîtrise des mécanismes de financement ou les effets de changements dans le calcul d'enveloppes, comme par exemple dans le BMF, l'impact du recalcul des enveloppes des maladies de longue durée du personnel statutaire. Récemment, AWAGES/ABRUGES a fait une étude approfondie sur les montants de référence et a permis aux hôpitaux de comparer anonymement leurs APR-DRG (pathologies) jusqu'au niveau des codes INAMI. Cette analyse illustre des disparités entre les hôpitaux, qui méritaient d'être réexaminées en interne

par chaque hôpital. Par ailleurs, des études très poussées sont aussi proposées en matière d'honoraires forfaitaires (labo, imagerie) et de forfait pharmacie. Les réunions du groupe de travail de santhea des directeurs financiers peuvent ainsi être étayées par des études permettant de faire des analyses de fond et de bénéficier du support des techniciens d'AWAGES/ABRUGES.

Les avantages du datawarehouse sont clairs: «Il s'agit d'un réel outil d'information, qui permet en outre à santhea de se présenter avec des études solides pour nous défendre auprès des autorités quand apparaît un déséquilibre globalement partagé. L'intérêt de cet outil est qu'AWAGES/ABRUGES dispose des données détaillées d'un nombre significatif d'hôpitaux, permettant des comparaisons entre établissements. C'est là que réside leur plus grande valeur ajoutée.» Et les faiblesses du système ? «Il n'y en a pas vraiment, déclare Mr Dominé, si ce n'est que les rapports publiés sont basés sur des données anciennes, datant généralement de trois ans, et ne sont donc pas assez prospectifs. Mais c'est inhérent au retard dans la transmission des données aux autorités.» ■

La médiation hospitalière

↳ DOSSIER N°2

Une fonction de médiation «externe» a été mise sur pied par santhea, pour répondre à la volonté du législateur de permettre l'accès à une fonction de médiation professionnelle et indépendante.

La médiation hospitalière apparaît dans le paysage juridique avec la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient dont les dispositions s'appliquent aux rapports juridiques entre un praticien professionnel et un patient dans le domaine des soins de santé.

La loi sur les hôpitaux¹ a parallèlement été modifiée pour faire référence à la loi sur les droits du patient et obliger les hôpitaux à organiser une fonction de médiation. Un arrêté royal du 8 juillet 2003 définit les conditions de l'application de la médiation hospitalière.

La loi admet que le médiateur soit un membre du personnel de l'institution, ou une personne extérieure à la structure de soins. Dans ce cas, la fonction de médiation est organisée en commun pour plusieurs hôpitaux sur base de la conclusion d'un accord de collaboration écrit entre les hôpitaux concernés. A ce jour, les médiateurs hospitaliers sont majoritairement des membres du personnel des institutions hospitalières, que la structure soit ou non fusionnée et exploitée sur un ou plusieurs sites.

Santhea a pourtant voulu instaurer, en mars 2003, une fonction de médiation «externe», professionnelle, indépendante et accessible à ses membres. Cette fonction s'inscrit également dans une stratégie d'écoute, de communication et devrait constituer une valeur ajoutée pour ses hôpitaux.

Une fonction de médiation professionnelle et indépendante accessibles aux membres de santhea

Santhea a notamment pour buts, la défense et la promotion d'une politique de santé basée sur la solidarité, l'égalité d'accès aux soins, la pratique des soins au sein d'équipes pluridisciplinaires et la responsabilité des prestataires de soins, dans le cadre de la sécurité sociale. A cette fin, santhea favorise toutes les initiatives collectives ou individuelles qui permettent la réalisation de ces objectifs fondamentaux. L'accessibilité pour ses membres à une fonction «externe» de médiation s'inscrit dès lors parfaitement dans ce contexte.

¹ L'article 30 novies de la loi sur les hôpitaux prévoit à présent que:

«Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient [...]

Chaque hôpital veille à ce que les plaintes liées au respect de l'alinéa précédent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 71 quater afin d'y être traitées

L'article 71 quater de la loi sur les hôpitaux prévoit de façon très claire que «pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation»

«Les conflits au sein des hôpitaux ne naissent généralement pas suite à des erreurs médicales ou à des aléas thérapeutiques. Ils sont principalement liés à la qualité du contact»

Une fonction de médiation «externe»

La fonction externe de médiation, dénommée «le médiateur hospitalier» exerce son rôle à deux niveaux. Le «médiateur hospitalier» assure, d'une part, l'intégralité de la fonction de médiation pour quatre institutions hospitalières affiliées. Le second niveau s'adresse d'autre part, à tous les hôpitaux membres de santhea qui organisent eux-mêmes la fonction de médiation et qui sont désireux de participer à une réflexion plus large sur la fonction de médiation, organisée au niveau d'un groupe de travail établi par «le médiateur hospitalier». Dans le cadre de la convention de deuxième niveau, «le médiateur hospitalier» peut également intervenir, aux côtés de médiateurs internes des hôpitaux, dans un certain nombre de situations pour lesquelles un deuxième avis est requis ou pour lesquelles un soutien est demandé. Un transfert complet d'un dossier vers «le médiateur hospitalier» est également possible.

Pour que les malentendus ne dégèrent pas en conflits

Les conflits entre le patient et le corps médical sont fréquents dans le milieu hospitalier. En effet, les patients et les médecins qui se côtoient au sein d'un même cadre de soins, sont confrontés à des réalités différentes, propices à la naissance de malentendus.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les conflits au sein des hôpitaux ne naissent généralement pas suite à des erreurs médicales ou à des aléas thérapeutiques. Ils sont principalement liés à la qualité du contact. Lorsqu'une personne est touchée par un problème de santé, elle peut perdre un certain nombre de repères, son bon sens, et une certaine capacité de discer-

nement entre son point de vue et celui des personnes qui la soignent. Ces malentendus, s'ils ne sont pas clarifiés, peuvent s'envenimer, allant parfois jusqu'au conflit et au dépôt d'une plainte de la part du patient.

Mieux répondre aux demandes des patients pour redorer le blason des hôpitaux

Dans l'esprit de la loi, le médiateur a d'abord un rôle préventif. Dès qu'une plainte est déposée, le médiateur doit tenter de rétablir la communication et la confiance entre les personnes concernées pour éviter la «judiciarisation» de la relation patient-praticien.

La médiation s'est installée dans le contexte d'une gestion historique des plaintes déposées par les patients et/ou leurs proches. La loi relative aux droits du patient n'a pas encore totalement modifié cette pratique, si ce n'est peut-être les conditions et les raisons qui motivent aujourd'hui les patients à faire part de leurs griefs.

Santhea a opté pour une équipe pluridisciplinaire, composée d'un conseiller juridique et d'un conseiller médical, aux côtés du médiateur qui coordonne la cellule et qui dispose notamment d'une formation infirmière. Cette structure permet au «médiateur hospitalier» d'assurer une écoute au plaignant et de débattre de la plainte avec les divers praticiens professionnels concernés. Le «médiateur hospitalier» mène par ailleurs un travail complémentaire d'investigation objective de la problématique avec, le cas échéant, des entretiens avec des praticiens, de mêmes disciplines, externes à l'hôpital concerné par la plainte, sous le couvert de l'anonymat.

A l'issue de ce processus d'écoute et d'investigation, et sans déroger au principe de neutralité, le médiateur pourra expliquer au plaignant en quoi sa plainte n'était pas ou pas totalement fondée, et les raisons pour lesquelles la structure hospitalière en général, et les praticiens professionnels en particulier ont posé les actes qui ont fait l'objet de la plainte.





Quelques chiffres

Du 1^{er} novembre 2003 au 31 décembre 2009, environ 200 plaintes ont été adressées au « médiateur hospitalier ». Le nombre de plaintes a légèrement augmenté entre 2004 à 2005. Il connaît depuis une relative stabilité.

LES PRINCIPAUX SERVICES CONCERNÉS	% PLAINTES
Chirurgie	33 %
→ Orthopédie	54 %
→ Chirurgie digestive	23 %
→ Urologie-Gynécologie	14 %
→ Autres disciplines	< 5 %
Gériatrie	23 %
Médecine	14 %
Réadaptation	7 %
Urgences, soins intensifs, psychiatrie	20 %

LES PRINCIPAUX PRATICIENS PROFESSIONNELS CONCERNÉS	% PLAINTES
Médecins	60 %
Médecins+Infirmiers	20 %
Infirmiers	7 %
Paramédicaux	2 %

LE DROIT DE PATIENT LE PLUS CITÉ
Prestations médicales de qualité

LES DEMANDES DES PLAIGNANTS
Explications, écoute, accord financier, excuses, information de la direction de l'hôpital, prévention pour les futurs autres patients.

LES GRIEFS
Temps de réponse aux sonnettes, concertation « médecins-infirmiers », aide et écoute par le personnel infirmier, qualité des réponses aux questions posées, information des proches des patients, absence de dialogue, qualité des actes médicaux et chirurgicaux, quantité et opportunité des investigations, libre choix de l'institution hospitalière

«Santhea pense que la plainte devrait pouvoir être perçue comme un moyen simple, rapide et peu coûteux de détecter les dysfonctionnements, les procédures incorrectes et les lieux de non-qualité dans la structure professionnelle hospitalière»



Conclusions et perspectives

A l'avenir, le «médiateur hospitalier» souhaite s'investir dans la recherche d'une perception plus positive de la plainte, encore largement 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. Perçue sur un mode défensif, la notion de sanction ne devrait alors concerner qu'un nombre extrêmement réduit de plaintes, celles dans lesquelles des manquements individuels graves auront pu être identifiés.

Santhea pense que la plainte devrait pouvoir être perçue comme un moyen simple, rapide et peu coûteux de détecter les dysfonctionnements, les procédures incorrectes et les lieux de non-qualité dans la structure professionnelle hospitalière.

La résolution du conflit entre le patient et la structure soignante qui l'a pris en charge, devrait s'inscrire encore davantage dans la perspective du rétablissement d'une confiance ébranlée et dans la perspective de l'amélioration des modes de prise en charge inadéquats que la plainte aura permis de détecter.





Philippe Lemaire

DIRECTEUR DE LA CLINIQUE REINE ASTRID DE MALMEDY

Un médiateur commun pour une efficacité globale : le constat d'un hôpital

DOSSIER N°2

La loi du 20 août 2002 prévoit des médiateurs communs entre les structures hospitalières. Qu'en pensent les responsables de l'un des hôpitaux ayant opté pour cette formule ? Voici l'avis de Philippe Lemaire, directeur de la Clinique Reine Astrid de Malmédy.

«Pour un hôpital comme celui de Malmédy, de petite taille et aux moyens limités – nous n'avons pas de juriste en interne, par exemple – il s'agissait d'une solution idéale pour traiter les plaintes des patients de manière plus professionnelle. Même si, dans les faits, le nombre de plaintes n'est pas très élevé. D'autant que dans cette région rurale, les gens se connaissent et discutent aisément, le besoin d'impartialité est donc important» explique-t-il.

La plainte est prise en charge de manière globale : «la médiation n'examine pas seulement le service mis en cause, mais l'ensemble de la structure et du problème. Une rencontre est organisée avec toutes les parties de manière totalement indépendante, la médiatrice se rend généralement au domicile des plaignants, écoute les médecins et/ou les infirmières et examine les points légaux concernés, avant de rendre un avis. Notons qu'en fait, la médiation est réalisée par trois personnes, dont les compétences professionnelles sont reconnues de tous : une spécialiste avec, à la base, une formation en soins infirmiers (Colette Jacob), un médecin conseil (Michel Collard) et un juriste (Alban Antoine), aptes à comprendre les contraintes et aléas des divers métiers.»

Concrètement, «les plaintes me sont présentées en direct ou via le responsable «médiation» de la Clinique, Mr Eubelen. Je propose dans un premier temps une rencontre à l'amiable avec l'autre partie. Si cela n'est pas possible, les plaignants sont invités à contacter la médiation via le site www.mediateurhospitalier.be ou par tout autre moyen pour lancer le processus dans le cadre de la loi. Parfois, c'est l'hôpital lui-même qui contacte la médiation. Comme le processus est indépendant, la clinique et ses représentants ne sont pas présents lors des interviews et n'interviennent pas dans l'évaluation des dossiers.»

Le personnel soignant et les médecins ont été informés du fonctionnement de la médiation et «ils manifestent également leur satisfaction d'être entendus par des personnes indépendantes et de voir la situation analysée en profondeur sans impression de jugement arbitraire. C'est essentiel pour le fonctionnement du principe» précise Mr Lemaire.

«Pour nous comme pour les plaignants, les choses se passent bien : elles satisfont toutes les parties en cause et, de plus, les premières plaintes ont abouti à une disculpation de l'hôpital et des médecins mis en cause. Nous ne nous sommes jamais sentis culpabilisés ou abandonnés par la médiation. **Cette dernière agit réellement comme un partenaire neutre et raisonnable pour toutes les parties.** En outre, à travers ses recommandations, la médiation nous permet de réaliser des remises en question pour une amélioration de la communication et des services», conclut Mr Lemaire. ■



Les montants de référence décortiqués

▷ DOSSIER N°3

Santhea a analysé le système des montants de référence qui vise, selon l'INAMI, à standardiser les pratiques des prestataires médicaux au sein des hôpitaux pour des pathologies médicales ou chirurgicales relativement courantes et de sévérité faible. Les résultats plaident en faveur d'une réforme.

Instauré en 2002, plusieurs fois modifié et finalement appliqué pour la première fois en 2009 sur l'activité 2006, le système des montants de référence s'intègre dans la logique générale du contrôle des coûts et de la responsabilisation des acteurs du monde de la santé.

En deux mots, le montant de référence est la norme à laquelle l'hôpital est comparé. En septembre 2009, l'INAMI a fait parvenir à 125 hôpitaux un premier feedback relatif aux montants de référence et, le cas échéant, la notification du remboursement à effectuer. Sur ces 125 institutions, 34 doivent mettre la main à la poche et rembourser un total de près de 6 millions d'euros. Le remboursement le plus élevé atteint un peu plus de 360.000 euros et le plus bas environ 1.500 euros. La moyenne et la médiane s'établissent à environ 175.000 euros. Au sein de santhea, parmi les institutions concernées par les montants de référence, 12 ont dû rembourser un montant variant entre 1.500 et 265.000 euros. Étant donné l'impact de cette réforme sur certaines institutions, santhea se devait de se positionner sur cette problématique. Nous avons donc décidé d'analyser le mécanisme du système en profondeur afin de déceler les éventuels biais qui conduiraient à une pénalisation injuste ou disproportionnée des hôpitaux.



«L'utilisation de (+10%) la moyenne pour sélectionner et de la médiane pour sanctionner induit un traitement des institutions qui n'est pas proportionnel»

Une analyse approfondie du système qui fait réfléchir

Antérieurement au feedback de l'INAMI, deux premiers rapports sur le sujet avaient déjà été produits dans le cadre du projet AWAGES/ABRUGES et avaient mis en avant une série de biais du mécanisme des montants de référence, notamment au niveau de l'APR-DRG 190 (affections respiratoires avec infarctus). Suite à l'envoi de septembre, santhea a décidé de procéder à l'analyse plus approfondie du système. Pour ce faire, 27 institutions membres de santhea concernées par les montants de référence ont transmis les fichiers envoyés par l'INAMI, ce qui a permis de développer une analyse en deux parties.

Réalisation d'un ensemble de comparaisons

La première partie consiste en une étude agrégée (en termes d'APR-DRG) des montants de référence. Plus précisément, les hôpitaux membres de santhea ont été situés les uns par rapport aux autres, ainsi que par rapport au reste du pays. Le bilan (différence entre les dépenses réelles et les montants de référence, résultat de la première étape) et le remboursement (résultat de la seconde étape basé sur les médianes nationales) de chaque institution (le détail de la méthodologie se trouve dans l'encadré ci-contre) ont également été comparés. Enfin, le bilan et le remboursement par groupe de prestations et par spécialité médicale ont été décomposés.

Une série de constatations

Cette première partie a permis de mettre un certain nombre d'éléments en avant. Parmi ceux-ci, on notera le fait qu'il n'y a pas de lien direct entre le bilan et le remboursement : une institution dont le bilan est à peine positif (c'est-à-dire qu'elle ne dépasse que très légèrement les montants de référence) peut se retrouver avec un remboursement similaire à une institution qui dépasse beaucoup les montants de référence. Ce résultat tend à prouver que l'utilisation de (+10%) la moyenne pour sélectionner et de la médiane pour sanctionner induit un traitement des institutions qui n'est pas proportionnel par rapport aux dépassements des montants de référence. Un autre résultat important est que les insti-

tutions ne sont pas toujours sanctionnées par rapport aux spécialités ou aux groupes de prestations pour lesquels ils dépassent (le plus) les montants de référence. Ces différents éléments, liés aux caractéristiques des distributions statistiques, mettent en lumière les défauts du mécanisme et font dès lors naître de sérieux doutes quant à la capacité de celui-ci à atteindre son objectif.

Analyser les résultats

La deuxième partie s'attache à l'analyse approfondie des pathologies les plus interpellantes, dans le sens où celles-ci présentent les dépassements les plus importants par rapport aux dépenses de référence et/ou les variabilités les plus grandes entre institutions. Une fois ces pathologies isolées, nous avons tenté de déterminer les causes possibles de ces tendances. Pour ce faire, nous avons notamment procédé à une comparaison des habitudes de prescription des différentes institutions, afin de distinguer les éventuelles surconsommations des comportements spécifiques qui peuvent être dûs à une série de facteurs qui n'ont rien à voir avec une quelconque surconsommation.

Enfin, l'impact des mesures entrant en application en 2012 (notamment la suppression de la physiothérapie au sein des prestations soumises aux montants de référence, et l'utilisation dans l'étape 2 de la moyenne lorsque la médiane est nulle) a été évalué.

Plusieurs groupes de travail ont également été mis sur pied, avec comme objectif l'interprétation et la mise en perspective par des acteurs de terrain des résultats statistiques obtenus. Quatre groupes se sont réunis, chacun se concentrant sur une ou deux spécialités bien définies et les APR-DRG's qui y sont attachés.





Les spécialités qui ont été abordées sont les suivantes : la neurologie, la gynécologie-obstétrique, la cardiologie, la pneumologie et l'orthopédie. Parmi les participants à ces différents groupes de travail, on compte notamment des médecins, des membres des départements financiers ainsi que des experts.

Des éléments qui plaident en faveur d'une réforme du système

À la lumière des résultats statistiques, ces groupes de travail ont pu dégager des explications possibles à certains dépassements des institutions. Parmi celles-ci, notons la possession d'un agrément pour un programme de soins particulier ou pour l'exploitation d'un équipement lourd comme cause possible du dépassement des montants de référence. De plus, trois grandes sortes de critiques d'ordre général des montants de référence sont apparues systématiquement au cours des réunions : l'opposition entre les raisons économiques et les bonnes pratiques, et le risque de déviance que cela suppose ; une méthodologie plus que discutable ; et la non prise en compte des caractéristiques socioéconomiques, avec en particulier leur distribution non uniforme sur le territoire.

L'ensemble des éléments ci-dessus ont fait l'objet d'un rapport détaillé qui a été présenté lors du comité de pilotage du projet AWAGES/ ABRUGES le 15 décembre 2009 au CHR de Namur.

Les différentes actions de santhea, que ce soit les études statistiques, les groupes de travail, ou encore les rapports largement diffusés, ont abouti à une prise de conscience au sein du groupe de travail de la multipartite qui désire aujourd'hui revoir les fondations du système actuel afin de le rendre plus équitable. Santhea demande que le système des montants de référence fasse au minimum l'objet d'une réforme afin que les biais du système soient éliminés.



Benoît Collin
ADMINISTRATEUR-GÉNÉRAL-ADJOINT DE L'INAMI

Les tenants et aboutissants des montants de référence

↳ DOSSIER N°3

Le système des montants de référence fait l'objet de discussions entre l'INAMI et les hôpitaux. Nous avons rencontré Benoît Collin, Administrateur-Général-adjoint de l'INAMI, pour nous expliquer le point de vue de son institution.

«Il est nécessaire de préciser que **le système des montants de référence n'est pas un système de financement de l'activité hospitalière ! Il s'agit d'un mécanisme de responsabilisation** de l'activité et des prestataires, qui se traduit par une pénalité financière, sous forme de remboursement, en cas de pratiques assimilées à des différences non fondées dans des pathologies considérées comme relativement courantes. Il poursuit donc clairement un autre objectif que le financement et cela explique la différence de méthodologie.»

D'autre part, **l'impact du système des montants de référence est volontairement très mesuré et ciblé** : «les pratiques concernées représentent environ 9% des APR/DRG et les montants de référence ne portent que sur 2,6% du potentiel d'honoraires produits au sein des hôpitaux. Et les évolutions apportées à partir des séjours 2009 – et principalement le système de pré-calcul – devraient diminuer et même supprimer le risque et le niveau de pénalisation si les hôpitaux prestataires adaptent leurs pratiques a priori durant l'année des séjours» précise Benoît Collin.

Il est toutefois un peu tôt pour savoir si le système des montants de référence atteint son objectif, puisqu'il a été appliqué concrètement pour la première fois en 2009, après de nombreuses adaptations de la loi de 2002. «On espère que des changements seront constatés à partir de l'analyse des activités de 2009 (calculées en 2012) mais aussi par rapport à la moyenne

pré-calculée. On peut d'ailleurs démontrer, grâce aux feed-back enregistrés depuis 2002, qu'il existe déjà une évolution dans les dépenses et que certains hôpitaux n'ont visiblement pas attendu la mise en place effective du système pour corriger leurs pratiques. Ce qui nous permet de penser qu'un tel outil de contrôle avec sanction est bien un outil de responsabilisation» note Benoît Collin. «De toute manière, l'esprit du système est d'interroger les pratiques, pas de sanctionner pour sanctionner.»

Les hôpitaux sélectionnés le sont-ils à juste titre? «**On peut entendre que certaines institutions pénalisées s'en défendent,**» déclare Benoît Collin, «mais pour l'instant, dans les simulations et feed-backs ainsi que lors des contestations et des analyses de l'application 2009, nous n'avons pas pu établir l'existence de pénalisations injustes. Celles-ci reposent bien sur des écarts de pratiques structurels, systématiques ou répétitifs et souvent dans plusieurs pathologies.»

D'autre part, «**l'outil d'analyse mis en place par santhea est remarquable et complète utilement les outils existants**, en ce sens qu'il permet de mieux connaître et d'approcher sous divers angles les réalités des institutions. Les analyses de santhea ont soulevé des interrogations souvent pertinentes et ont permis d'inviter l'INAMI et la Multipartite à réaliser des analyses plus détaillées quant à l'impact réel des biais soulevés. Cela renforce la légitimité du système de pouvoir s'interroger sur lui-même et de valider ou non des adaptations éventuelles.»

Pour Benoît Collin, «**le système des montants de référence est naturellement appelé à s'adapter**, comme il l'a déjà fait depuis sa création en 2002. Par ailleurs, la Ministre a demandé à la Multipartite de se pencher sur un système d'incitants positifs à la qualité et à la performance de notre système hospitalier. Et on va sans doute voir une évolution vers des systèmes de financement all-in. Mais cela laisse encore quelques années d'application au système actuel. Le financement comme la responsabilisation devront évoluer de concert pour accompagner une (r)évolution du système hospitalier dans le cadre d'une politique des soins de santé plus transversale et plus intégrée». ■

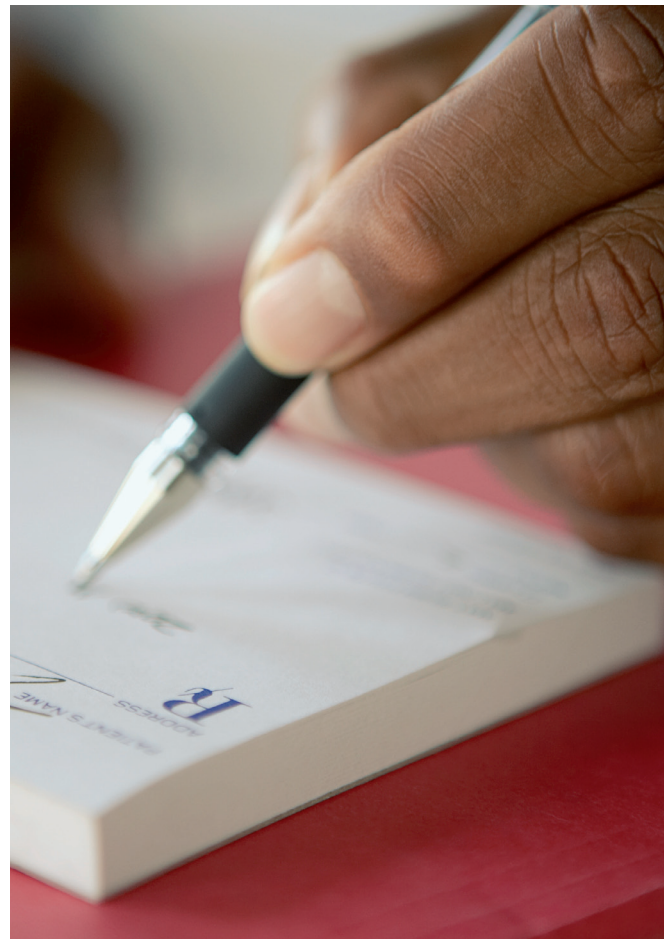
Des règles claires pour le remboursement des dispositifs médicaux invasifs

DOSSIER N°4

Une classification compliquée des dispositifs médicaux invasifs ainsi que des règles peu claires de prise en charge par l'assurance maladie sont à l'origine de fréquents conflits entre les institutions de soins et les organismes assureurs ou les patients.

Cela pose d'autant plus problème que les dispositifs médicaux invasifs constituent un poste important et en croissance régulière au sein du budget des soins de santé et représentent un coût élevé pour les patients et une charge significative pour les institutions de soins.

L'Inami est à l'origine de l'élaboration de nouvelles dispositions légales plus claires et plus pratiques. Santhea a activement participé à la mise en œuvre de cette clarification dont elle se réjouit.

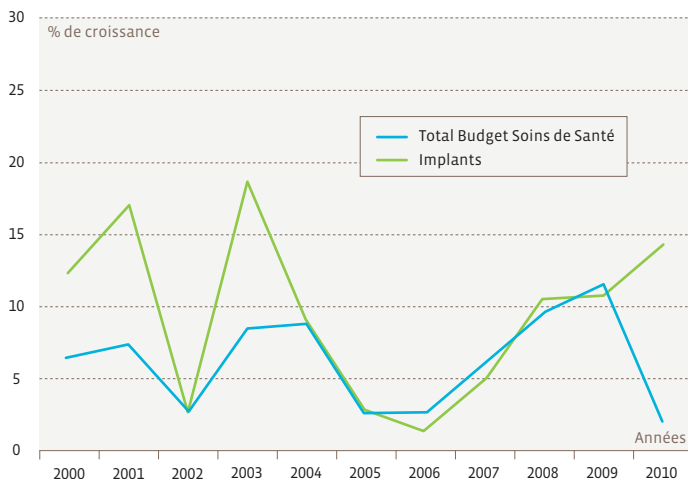


«A ce jour, il existe peu de mécanismes susceptibles d'évaluer et de contrôler le lien entre l'augmentation des coûts des implants et leur réelle plus-value en termes de santé publique»

Un coût important pour l'assurance obligatoire

La lecture des tableaux budgétaires publiés régulièrement par l'Inami montre immédiatement l'importance du secteur des dispositifs médicaux invasifs pour le budget de la sécurité sociale (588 millions d'euros de dépenses estimées en 2010) ainsi que la forte croissance de ce poste de dépenses au cours des 10 dernières années.

La lecture du tableau permet de constater, d'une part, que la progression annuelle budgétaire des implants est nettement supérieure à la progression annuelle budgétaire du budget global de l'assurance maladie en 2000, 2001, 2002, 2003 et 2010 (prévision) tandis que les 2 progressions sont quasi identiques les autres années. D'autre part, on constate de fortes variations de croissances budgétaires entre les années.



L'augmentation globale est liée à 3 facteurs qui se combinent :

- La diversification des dispositifs médicaux invasifs
- Le développement technologique qui les rend plus chers
- La volonté d'augmenter la prise en charge par l'assurance obligatoire

A ce jour, il existe peu de mécanismes susceptibles d'évaluer et de contrôler le lien entre l'augmentation des coûts des implants et leur réelle plus-value en termes de santé publique.

Cette lacune au niveau du contrôle des dispositifs médicaux invasifs vendus en Belgique est évidemment favorable aux fournisseurs d'implants dont la croissance constante du chiffre d'affaires est supportée principalement par le budget de l'Inami (les années de forte croissance du budget) ou principalement par les patients et les institutions de soins (lorsque des économies sont imposées au budget de l'Inami).

Un coût toujours plus élevé pour le patient

Bien que l'intervention de l'assurance obligatoire dans les coûts des dispositifs médicaux invasifs augmente chaque année, le fait d'avoir recours à l'utilisation de dispositifs médicaux invasifs constitue un risque significatif de facture élevée pour le patient. La croissance soutenue des factures à charge des patients, observée depuis le début des années 2000, est en particulier due aux suppléments pour le matériel médical. On constate que le coût moyen à charge du patient par séjour hospitalier a plus que doublé de 2000 à 2007. Bien que ce rythme de progression semble s'être ralenti depuis 2005, l'évolution des coûts pour des interventions nécessitant l'utilisation de matériel révèle une augmentation généralisée et parfois importante des frais à charge des patients, en décalage avec le trend de progression général des coûts observés pour les autres interventions.

Un coût difficilement supportable pour les hôpitaux

Soucieux d'éviter une croissance excessive du budget de l'assurance obligatoire soins de santé, mais aussi d'alléger toujours plus la facture des patients, les Ministres qui se sont succédés





«Santhea demande depuis plusieurs années que le budget de l'assurance obligatoire garantisse le remboursement correct des dispositifs médicaux invasifs dont l'utilité et l'efficacité ont été reconnues. Il est nécessaire que ce remboursement intervienne sur des bases claires, dans le cadre d'une classification univoque»

aux Affaires sociales depuis 2000 ont inscrit dans la Loi sur les hôpitaux différentes dispositions visant à mettre à charge du Budget des Moyens Financiers (bien entendu, sans financement complémentaire) le coût d'une série de dispositifs médicaux qui ne font pas l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire. Au fil des années, cette catégorie de produits est devenue de plus en plus importante et son coût de plus en plus lourd à supporter pour les hôpitaux.

Dans ce contexte difficile, les hôpitaux s'en tirent comme ils peuvent !

Les hôpitaux ont donc, en quelle que sorte, hérité du risque financier normalement dévolu au décideur politique : la décision médicale d'utiliser certains dispositifs médicaux engendre un coût qu'ils sont tenus de couvrir. Face à ce qui est rapidement devenu un important problème budgétaire, la plupart des hôpitaux a vite compris le parti à tirer d'une classification des dispositifs médi-

caux qui n'est pas univoque et qui est souvent peu claire. Ils l'ont interprétée de manière à pouvoir, le plus souvent possible, répercuter le coût du matériel sur le patient. Il va sans dire que cette interprétation n'est que rarement partagée par les organismes assureurs.

Les divergences de vue entre hôpitaux et organismes assureurs se sont ainsi multipliées au cours des dernières années. Elles ont parfois abouti devant les tribunaux avec des jugements assez partagés.

Santhea demande depuis plusieurs années que le budget de l'assurance obligatoire garantisse le remboursement correct des dispositifs médicaux invasifs dont l'utilité et l'efficacité ont été reconnues. Il est nécessaire que ce remboursement intervienne sur des bases claires, dans le cadre d'une classification univoque.



La législation évolue dans le bon sens

Dès 2006, la Belgique a pris les initiatives légales requises pour se mettre en conformité avec les dispositions européennes, en particulier en créant l'obligation de notifier les dispositifs médicaux invasifs auprès de l'Inami et en prévoyant de modifier fondamentalement la procédure de prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire (Loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé). La notification est d'ores et déjà mise en œuvre (AR du 1 mars 2009) et la nouvelle procédure de remboursement en cours d'élaboration.

PROCÉDURE ACTUELLE <i>Aucun délai</i>	NOUVELLE PROCÉDURE <i>Délais prévus à chaque niveau de la procédure</i>
<p>Dossier de demande introduit auprès du Conseil technique des implants</p> <p>Si le dossier est accepté, il est transmis à la Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs (y siègent, des représentants des pharmaciens hospitaliers, des représentants des organismes assureurs et, à titre consultatif, des représentants de l'Unamec)</p> <p>En cas d'avis favorable, le dossier est transmis au Comité de l'assurance des soins de santé qui l'entérine après avoir pris l'avis de la Commission budgétaire qui évalue sa faisabilité dans le cadre budgétaire fixé</p> <p>Selon le type de matériel concerné, l'Inami publie une Circulaire confirmant que le matériel est remboursable ou le dossier est transmis au Ministre des Affaires sociales qui décide de prendre un arrêté royal fixant les modalités du remboursement</p>	<p>A partir du 1 mai 2010, un dispositif médical ne sera remboursable que s'il a été notifié à l'Inami.</p> <p>La demande de remboursement doit être introduite auprès d'une Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs dont la composition a été publiée au moniteur belge du 25 janvier 2010 (2 représentants des hôpitaux y siègent, au côté de représentants des pharmaciens hospitaliers, de médecins, de représentants des universités, de représentants des organismes assureurs et d'un représentant de l'Unamec)</p> <p>Le dossier est transmis au Ministre compétent avec l'avis de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs</p> <p>Le Ministre décide et, le cas échéant, envoie le dossier pour publication d'un arrêté royal fixant les modalités de remboursement</p>

Santhea suit activement l'élaboration des nouvelles dispositions dont elle attend qu'elles amènent les solutions attendues par les hôpitaux. Mais dans une matière aussi complexe, le défi n'est pas simple et plusieurs écueils ont déjà été identifiés. Santhea restera bien sûr attentive à tous les éléments du futur contexte légal.





Richard Van den Broeck
DIRECTEUR DE L'UNAMEC

La position de l'UNAMEC face à la notification des implants

↳ DOSSIER N°4

L'UNAMEC est la fédération des fabricants belges de matériel médical. Ce terme générique concerne quatre catégories de produits: les consommables (pansements, plâtres, seringues,...); les biens d'investissements (blocs opératoires, imagerie médicale,...); les diagnostics in vitro (outils de biologie clinique) et les implants, soit tous les dispositifs qui entrent dans le corps et y demeurent minimum 30 jours. Pour parler de la notification des implants, nous avons rencontré Richard Van den Broeck, directeur de l'UNAMEC.

La réglementation de notification obligatoire des implants a été mise en route par la loi santé de 2006 et se basait, au départ, sur le modèle du CRM (comité de remboursement des médicaments). «Or, le cas des implants est différent des médicaments, tant au niveau de la durée de vie des produits que de leur nombre, de leur spécificité ou des évolutions technologiques, extrêmement nombreuses et rapides. L'INAMI a donc dû adopter un modèle de gestion spécifique pour enregistrer le volume considérable de produits concernés par la notification, soit entre 200 et 250.000 références!» explique Mr Van den Broeck.

«L'UNAMEC n'a pas de problèmes fondamentaux avec le principe de la notification» déclare-t-il. «Cela représente certes beaucoup de travail, mais offre aussi l'avantage de réaliser un mapping complet de ce qui existe sur le marché et d'éliminer les produits qui ne correspondent pas aux prérequis».

Par rapport à cette disposition légale, l'UNAMEC exprime toutefois quelques préoccupations. «Celles-ci sont d'abord liées à l'accès au produit – la procédure ne va-t-elle pas ralentir le processus administratif de remboursement ? Le patient devra-t-il alors avancer l'argent nécessaire ? Il faut aussi considérer la future directive européenne sur la libre circulation des patients: quand celle-ci sortira, certains produits non accessibles en Belgique le seront ailleurs. Ce n'est pas une perspective très favorable, ni pour les hôpitaux, ni pour le corps médical et paramédical» estime Mr Van den Broeck.

Tous les produits seront-ils enregistrés à temps ? «Certains fournisseurs ne seront peut-être pas assez attentifs et des produits risquent de ne pas être enregistrés pour la fin du processus de notification, fixé au 1^{er} mai 2010», craint celui-ci. «Ils verront un prolongement des processus administratifs avec à la clé un problème

d'accessibilité à leurs produits et la possibilité de conflits entre les organismes assureurs et les patients/hôpitaux/médecins. L'UNAMEC plaide donc pour des procédures administratives raccourcies, adaptées à la durée de vie qui n'est que de 18 mois en moyenne pour les implants, toutes les autres technologies se perfectionnant et se renouvelant à un rythme soutenu, 4 ans en moyenne.»

Mr Van den Broeck ne craint pas que des fabricants choisissent de ne pas faire notifier leurs produits. «Quelle entreprise aurait intérêt à ne pas le faire, puisqu'elle courrait alors le risque que ses produits ne soient pas remboursés ? Au contraire, toutes s'y sont mises et on compte déjà plus de 100.000 références validées, plus toutes les demandes en traitement. En outre, le système ne donne d'exclusivité à personne et si une réelle entrave à la libre circulation des implants existait, des signaux auraient déjà été donnés. Les hôpitaux ne doivent pas s'inquiéter, le processus est en cours et l'INAMI comme l'UNAMEC sont disponibles pour fournir les informations nécessaires.

Un bémol ? «Il faut veiller à ce que le montant du remboursement soit suffisant pour couvrir la totalité des frais liés au produit, sinon celui-ci disparaîtra du marché, considéré comme non rentable. Je pense par exemple aux frais de consignation pour le matériel en orthopédie, ou encore aux formations. C'est pourquoi l'UNAMEC demande une évaluation transversale du coût et non une évaluation verticale, comme l'INAMI a l'habitude de le faire».

Un autre défi attend également les producteurs comme les hôpitaux: «l'appareillage se miniaturise, ce qui lui permet de se déplacer en-dehors des hôpitaux et nécessite une nouvelle gestion administrative». ■



La loi relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé

DOSSIER N°5

Les patients pourront bientôt recourir à un Fonds solidaire pour obtenir l'indemnisation des dommages dont ils seraient victimes suite à leur hospitalisation. Il s'agit d'un grand pas en avant pour les prestataires comme pour les patients.

Jusqu'à ce jour, un patient victime d'un accident médical est tenu, s'il veut obtenir réparation du dommage subi, d'établir le dommage, de prouver la faute du prestataire et de mettre en évidence le lien entre le dommage et la faute. L'entrée en vigueur de la nouvelle Loi mettra fin à cette obligation. Les patients qui choisiront de recourir au Fonds solidaire obtiendront désormais une indemnisation du dommage à l'issue d'une procédure simple et transparente, sans qu'aucune faute du prestataire de soins ne doive être prouvée.

Le fruit d'une réflexion intense et concertée

Depuis près de 15 ans, la question de l'indemnisation des accidents de soins de santé est périodiquement remise à la une de l'actualité. Sur le plan juridique, la révolution est de taille, puisqu'elle remet en cause les principes de base de la responsabilité civile et pénale, au profit d'un système fondé sur la solidarité et sur une générosité contrôlée.

Cette longue période de maturation, voire d'incubation, a permis aux institutions de soins de santé de replacer progressivement la question de l'indemnisation, dans le contexte plus fondamental de la prévention des risques et de l'expansion des normes de qualité des soins.

Les nombreuses journées d'études organisées sur la problématique ont révélé avec une acuité grandissante que la concertation avec tous les acteurs concernés était sans aucun doute le préalable nécessaire à l'évolution des mentalités juridiques et médicales trop souvent axées sur la faute.

Santhea s'est largement impliquée dans le dialogue constructif qui a abouti à la rédaction du projet de Loi sur l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé.

Ce ne fut pourtant pas simple puisque la Loi, dans sa version actuelle, est une complète réécriture de la Loi du 15 mai 2007 qui devait en principe entrer en vigueur le 1er janvier 2008 mais s'est rapidement révélée inapplicable.



Santhea collabore efficacement à la rédaction de la nouvelle Loi

Fin 2008, le Gouvernement décide de repenser le système prévu par la Loi du 15 mai 2007 au profit d'un système inspiré du droit français. Le Gouvernement explique sa décision par le fait que l'ensemble des secteurs concernés se prononcent nettement en ce sens tandis que le système prévu par la Loi du 15 mai 2007 appelait de leur part une réserve générale par rapport au système prévu par la Loi du 15 mai 2007. Ainsi que par le fait que le système français permet d'offrir une couverture complète et adéquate aux victimes, tant de la faute médicale, que de l'aléa médical tout en restant dans les limites d'un budget raisonnable compte tenu de l'objectif poursuivi.

Le processus de rédaction d'une nouvelle Loi s'est étendu sur toute l'année 2009 et a abouti à un système basé sur la solidarité nationale, financièrement indépendant de la contribution des compagnies d'assurance.

Ce système se limite à indemniser les dommages graves lors d'un accident médical sans responsabilité. Il permet une indemnisation effective et complète des victimes tout en leur conservant, à tout moment, le droit de recourir aux juridictions civiles traditionnelles.

A ce propos, l'exposé des motifs de la Loi laisse entendre que l'état de gravité nécessaire à une intervention du Fonds sera défini compte-tenu des moyens dont disposera le Fonds. Il aurait sans doute été préférable de prévoir que la Loi vise à créer un mécanisme de solidarité nationale de prise en charge du dommage à

partir d'un seuil gravité défini par rapport aux conséquences de ce dommage pour la victime, plutôt que de faire de la gravité une notion variable liée aux moyens dont on voudra bien doter le Fonds.

Une Loi à exécuter efficacement

Il ne faudra pourtant jamais perdre de vue le lien automatique qui s'établira entre le coût de l'indemnisation des aléas thérapeutiques et la capacité du système des soins de santé à générer une prise en charge de qualité : compétence des professionnels; qualité des infrastructures; pertinence des processus; cohérence des relations entre les différents niveaux de prise en charge... D'un point de vue économique, il faudra prévoir les mesures visant à garantir la stabilité des primes d'assurance couvrant la responsabilité professionnelle des prestataires et prévoir les mécanismes de responsabilisation qui inciteront les assureurs à jouer correctement le jeu.

En ce qui concerne l'organisation du Fonds, des moyens suffisants pour un fonctionnement efficace et professionnel doivent être mis à sa disposition et ses responsables doivent bénéficier de la souplesse requise par une gestion qui, dans un premier temps du moins, devra s'adapter à la réalité des événements.





Dr Dominique Martin
DIRECTEUR DE L'ONIAM

Le point de vue français sur l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé

DOSSIER N°5

Le Dr Dominique Martin est directeur de l'ONIAM, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales, un établissement public administratif français placé sous tutelle du Ministère de la santé. Celui-ci a été créé dans le cadre de la loi du 4 mai 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système des soins de santé. Il a pour objectif de gérer à l'amiable les contentieux liés à des accidents médicaux non fautifs standards (les aléas de chirurgie, anesthésie, infections nosocomiales, etc.). Depuis peu, l'organisme a de nouvelles missions d'indemnisation à l'égard des victimes de vaccinations obligatoires, des victimes atteintes de VIH ou d'hépatite C d'origines transfusionnelles, ou des victimes de mesures sanitaires d'urgence. L'ONIAM héberge également un observatoire des risques médicaux.

Le dispositif de l'ONIAM comprend 62 personnes (magistrats, juristes, indemnificateurs,...) ainsi que des commissions régionales et un réseau de 800 experts, pour un budget de fonctionnement global de près de 100 millions d'euros. En 2009, près de 3.600 expertises ont été réalisées, avec à la clé une indemnisation pour 1/3 des dossiers.

Le principal intérêt de la loi de 2002 est d'avoir créé un nouveau droit à l'indemnisation facile, gratuit et rapide. «Les victimes d'accidents médicaux peuvent s'adresser aisément et sans frais aux Commissions régionales concernées afin qu'elles examinent si le cas est fautif ou non. Cette procédure n'est cependant pas exclusive de celle du juge. La victime est indemnisée rapidement qu'il s'agisse d'un aléas (par l'ONIAM) ou d'une faute (par les assureurs). Il s'agit d'une procédure extrêmement favorable aux victimes» déclare le Dr Martin.

Il y a toutefois des limites aux risques financiers encourus par l'ONIAM car il existe des critères de seuil d'intervention : «l'organisme indemnise les victimes d'accidents graves, entraînant 25% d'incapacité, un arrêt de travail de plus de 6 mois et une perte d'emploi» précise le Dr Martin. «Et donc les cas ne sont pas si nombreux que cela, étant donné que notre système de santé est bon».

Par ailleurs, **cette loi n'entraîne en aucun cas une déresponsabilisation des médecins**, car si une faute est prouvée, elle est jugée en tant que telle. «Par contre, dans le cas d'un aléa, il est avantageux pour tout le monde que le traitement de la plainte se fasse à l'amiable. La procédure actuelle entraîne donc une pacification des relations médecins/patients.»

Les prévisions budgétaires ont été adaptées et le dispositif fonctionne bien. «Je considère toutefois que notre action devrait être étendue: il faut encore plus faciliter l'accès au droit et prendre davantage les contentieux en charge, en se montrant compétitifs au niveau des indemnisations, avec des offres acceptables pour les avocats et les victimes.»

En tout état de cause, **le Dr Martin est très positif à l'égard du système prévu en Belgique:** «l'ONIAM a été très sollicité, notamment par santhea, et les Belges se sont très bien préparés, tant au niveau juridique que des prévisions économiques. Le modèle choisi est proche du nôtre, mais est plus concentré et présente une gestion plus harmonisée qu'en France. Il est remarquable qu'un tel travail d'analyse des expériences étrangères ait été effectué !» conclut le Dr Martin. ■

Plus d'informations sur www.oniam.fr

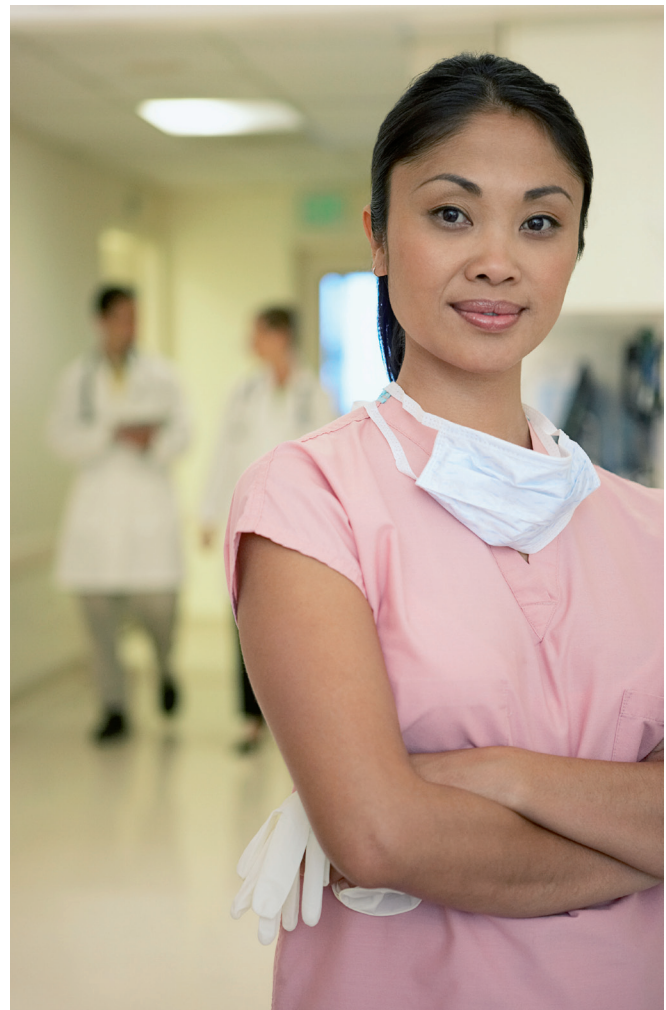


Le plan d'attractivité de la profession infirmière

▷ DOSSIER N°6

Au terme d'une longue gestation, qui a fait craindre à d'aucuns que ce plan ne serait à la pénurie infirmière que ce que le monstre du Loch Ness est à l'Ecosse, le plan d'attractivité de la profession infirmière a enfin abouti, le 4 mars 2010, à un accord politique entre les partenaires sociaux et la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, Madame Laurette Onkelinx.

Les traditions belges du compromis et de la concertation sociale, rendent la tâche ardue au Ministre qui veut instaurer de nouvelles mesures, mais elles permettent également la prise en compte des positions et priorités des partenaires sociaux. Ce plan-ci n'échappe pas à la règle : il aura fallu beaucoup de temps et d'énergie pour arriver à concilier les intérêts en présence. Tout au long de ce processus, santhea n'a eu de cesse de défendre, une fois encore, les positions de ses membres ainsi que de manière plus générale, la viabilité d'un système de soins de santé de qualité accessible à tous.



«S'il est parfaitement légitime qu'un Ministre s'exprime publiquement sur les politiques qu'il entend mener, une communication trop précise et prématurée du contenu futur d'un accord en cours de négociation peut avoir des effets négatifs»

Le manque d'infirmières : un problème, des solutions

La pénurie d'infirmières au sein des institutions de soins est constatée de longue date et de nombreuses mesures ont été envisagées et/ou adoptées pour tenter d'y remédier.

Cette situation n'est pourtant pas inextricable mais les mesures ad-hoc ne pourront être prises que si le gouvernement fédéral y consacre les moyens financiers nécessaires. Il s'agit là d'un élément essentiel à l'équilibre budgétaire des institutions, le sous-financement continu mettant en péril le fonctionnement même des institutions. Santhea ne manque pas, lors de chaque négociation, de le rappeler aux décideurs. Pour ce qui est de ce plan en particulier, santhea se réjouit de constater que le budget prévu, devrait, selon les estimations, couvrir les besoins. Nous ne pouvons qu'espérer qu'il agit là de l'amorce d'une tendance nouvelle.

La montagne n'a pas accouché d'une souris, mais...

Malgré la subsistance de légitimes critiques, nous reconnaissons que ce qui est accordé par ce plan n'est pas négligeable. Il s'agit même d'un grand pas en avant, et nous ne pouvons que nous en féliciter. Que ce soient les primes accordées aux infirmiers et infirmières détenteurs d'une qualification professionnelle particulière (QPP) et aux détenteurs d'un titre professionnel particulier (TTP), ou encore, les suppléments horaires pour les prestations inconfortables, les avantages ainsi octroyés ne pourront que réjouir leurs bénéficiaires.

Le personnel infirmier n'est pas le seul à bénéficier du plan

Néanmoins, un bémol est peut-être que le public infirmier pourrait avoir le sentiment, pour ce qui concerne le 2e volet du plan, à savoir les prestations inconfortables, de n'avoir pas été spécifiquement visé, alors même que le plan avait pour objectif de renforcer l'attractivité de leur profession en particulier. Cette situation découle du type de mesure choisi : en effet, l'octroi du

supplément prévu étant, par définition, lié aux prestations effectuées dans des tranches horaires moins conciliables avec la vie privée, on ne pouvait que logiquement inclure l'ensemble des personnes au chevet du patient dans le champ d'application de la mesure, sous peine de créer au sein des équipes une réelle tension entre les travailleurs.

Pour ce qui est des primes pour les QPP et les TPP en revanche, les aspirations des infirmières devraient être rencontrées, et l'attractivité de leur profession renforcée.

L'impact de la différence entre secteurs

Une fois encore, les solutions adoptées dans les secteurs public et privé divergent. Concernant les suppléments pour prestations inconfortables en effet, dans le secteur privé, seul le personnel défini comme étant «au chevet du patient» bénéficie de la mesure, tandis que dans le secteur public, l'ensemble du personnel est concerné.

Cette situation découle de l'existence d'un solde budgétaire de l'accord social 2005-2010 dans le secteur public, et de l'affectation qui en a été décidée en Comité C par les syndicats et l'autorité publique malgré un avis plutôt mitigé des représentants des employeurs. Pour rappel, ces derniers ne sont pas formellement partie prenante aux accords puisqu'ils ne siègent pas au Comité C. Dans le cadre de ce dossier, ils ont cependant été régulièrement impliqués dans les discussions préparatoires.





Santhea soutient avec opiniâtreté la convergence des statuts

Dans toutes les négociations sociales auxquelles elle participe, santhea plaide pour que les accords évitent la création de nouvelles divergences entre secteurs. L'autorité politique persiste cependant dans la conclusion d'accords distincts en suivant les positions des syndicats, tant publics que privés, qui s'opposent fermement aux efforts déployés par santhea en faveur d'une convergence des statuts.

Ce manque de convergence n'est pourtant pas sans conséquences. Tant dans ce dossier que dans de nombreux autres, il pourrait être perçu comme source de discrimination.

Les travers d'une médiatisation prématurée

Ce plan a fait l'objet d'une médiatisation constante, notamment à l'initiative de la Ministre de la Santé : communiqués de presse, interventions lors de conférences, dans les médias, et via internet (sur le réseau social Facebook par exemple).

S'il est parfaitement légitime qu'un Ministre s'exprime publiquement sur les politiques qu'il entend mener, une communication trop précise et prématurée du contenu futur d'un accord en cours de négociation peut avoir des effets négatifs. Ainsi, les mesures envisagées dans le plan d'attractivité ont varié considérablement au gré des négociations et réécritures. Ces changements ayant

fait l'objet de nombreuses communications, des attentes ont été créées dans le chef des travailleurs qui n'ont pas toutes pu être rencontrées. Il en résulte qu'au sein des institutions cela a généré beaucoup de confusion et que les travailleurs ont ressenti une réelle déception à la lecture des mesures qui ont finalement été prises à leur bénéfice.

La dernière ligne droite

Un accord politique ne suffit pas à la mise en œuvre de mesures. Il faut le transcrire dans une Convention Collective de Travail (secteur privé) et dans un Protocole d'accord (secteur public). A cette occasion, il est malheureusement encore systématique que des points fassent l'objet de différends entre partenaires sociaux, l'une ou l'autre phrase de l'accord n'étant pas interprétée de la même manière par les deux bancs, en raison d'une formulation qui, à dessein ou non, n'a pas été suffisamment précisée lors de la rédaction de l'accord politique. Une fois encore, le plan d'attractivité n'échappe pas à la règle.



Laurette Onkelinx

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'amélioration et la valorisation de la profession infirmière, une volonté politique

DOSSIER N°6

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, vient d'adopter des mesures significatives de son plan d'attractivité de la profession infirmière, qui a pour but de revaloriser financièrement le métier et de contrer la pénurie d'infirmières (et d'infirmiers) que l'on connaît depuis des années. Mais si ce plan présente des avancées certaines, il n'est pas encore suffisant.

«La charge de travail des infirmières est lourde et le stress est une donnée centrale de leur quotidien. Par ailleurs, de plus en plus d'infirmières travaillent à temps partiel et quittent la profession relativement tôt, vers la quarantaine. Et cela malgré diverses mesures déjà prises par le passé», constate Laurette Onkelinx. En effet, la volonté de s'attaquer aux difficultés de la fonction n'est pas neuve : «Ainsi j'avais déjà fait adopter, alors que j'étais Ministre fédérale de l'Emploi, entre 1999 et 2003, une diminution du temps de travail des infirmières à partir de la seconde partie de la quarantaine, sans perte de salaire et avec embauche compensatoire. Ou encore, Frank Van den Broeck a instauré le Projet 600. Mais dans les faits, nous sommes toujours une bataille en retard car la situation est en constante évolution. Par exemple, on note actuellement une diminution de la durée de séjour en hôpital, ce qui est une bonne chose pour le patient, mais qui signifie pour l'infirmière davantage de soins sur une plus courte période. Sans parler des nouvelles technologies médicales qui exigent une adaptation permanente des types de soins.»

Le phénomène de la pénurie d'infirmières est réel et largement répandu au niveau international. «Le courant de migration des infirmières n'est pas à sens unique : d'une part un nombre significatif d'infirmières belges choisissent de partir à l'étranger et d'autre part de nombreuses infirmières étrangères (Roumaines, etc.) font le choix de venir en Belgique, sans que l'on procède nécessairement à des actions de recrutement ciblées, parce qu'à leurs yeux notre pays est très attractif. On exige cependant des infirmières qui viennent chez nous une équivalence de diplôme et une connaissance de la langue, conditions nécessaires à la qualité des soins» indique Laurette Onkelinx.

Pour résorber cette pénurie et améliorer les conditions de travail des infirmières, il faut poursuivre le dialogue avec le Conseil National de l'Art Infirmier, les syndicats et les hôpitaux, en vue d'identifier les problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent. Les évolutions de la société, comme le vieillissement de la population ou les progrès techniques,

pèsent d'un poids certain. Mais il y a aussi le désir, pour les infirmiers, de voir leur travail reconnu à sa juste valeur : «les infirmiers ou leurs représentants me disent combien ils vivent mal le fait d'être présentés comme un coût pour l'hôpital. Alors qu'une partie significative des recettes dépendent de leurs prestations. C'est pourquoi il nous apparaît nécessaire de les associer davantage aux processus décisionnels», déclare la Ministre.

«Les efforts sont loin d'être terminés» insiste Laurette Onkelinx. «Je me suis battue pour obtenir un accord financier de près de 90 mio € en-dehors de l'accord non-marchand et malgré un budget de crise. Outre les valorisations financières liées au créneau horaire ou à la pénibilité, on y trouve 16,3 mio € pour l'informatisation du volet infirmier du dossier patient dans les hôpitaux. La formation continue est également soutenue, avec un budget d'1 mio € par an alloué dans le BMF des hôpitaux. Il s'agit d'une enveloppe non-fermée et récurrente. Il y a donc une vraie volonté de ma part comme du gouvernement.»

«Mais après cela, il faut continuer à envisager de nouvelles actions, liées aux études actuellement menées sur les conditions ergonomiques du travail quotidien des infirmières, ou encore sur l'enregistrement des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum. Un cadastre infirmier devrait aussi être prêt pour fin 2010, avec à la clé une meilleure vision du secteur.»

«Une récente campagne menée dans les écoles secondaires avec des ambassadeurs infirmiers semble avoir porté ses fruits, puisqu'on a constaté 9% d'inscriptions supplémentaires à la rentrée académique suivante», note la Ministre. «On peut donc souhaiter que des campagnes d'informations associées à une revalorisation financière permettront d'attirer et de retenir les candidat(e)s infirmier(e)s.» ■

La prise en charge des personnes âgées

↳ DOSSIER N°7

Gérer la prise en charge d'une population vieillissante, dont un pourcentage non négligeable dispose de moyens limités, constitue un défi qu'il devient urgent de relever.

Les objectifs poursuivis par santhea

L'année 2009 a vu santhea s'impliquer de manière toujours plus grande au sein du secteur des personnes âgées, qui est devenu le théâtre d'énormes enjeux humains et financiers.

Santhea considère que la prise en charge des personnes âgées et des soins qu'elles requièrent doit pouvoir se réaliser à l'endroit le plus adapté à leur état de santé et à leur niveau de dépendance. Tous doivent avoir accès aux structures d'accueil ou aux services qui leur conviennent le mieux. Pour ce faire, notre fédération plaide pour une approche transversale, intégrée et coordonnée de l'offre de soins partant du médecin généraliste ou de l'infirmière à domicile et reposant sur une évaluation continue des besoins.

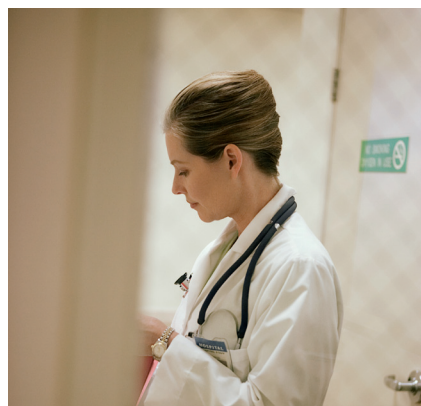
Quelques constatations

La capacité d'hébergement en Maisons de Repos (MR) et en Maisons de Repos et de Soins (MRS) est limitée par un moratoire issu d'un accord entre les Régions et le pouvoir fédéral. En Région Wallonne et en Région de Bruxelles-capitale, le nombre de places disponibles ne suffit pas pour rencontrer la demande et les listes d'attente s'allongent. En outre, les infrastructures disponibles vieillissent et les moyens manquent pour les moderniser.

Contrairement au secteur hospitalier qui reste essentiellement non commercial, le secteur de l'hébergement pour les personnes âgées est largement aux mains de structures commerciales dont l'objectif premier reste la rentabilité, souvent au détriment de la qualité.

Grâce à une action concertée par l'intermédiaire des fédérations professionnelles auxquelles elles ont adhéré, les MR et les MRS ont disposé au cours des dernières années d'importants budgets supplémentaires, tant au niveau fédéral (pour financer leur fonctionnement), qu'au niveau régional (budgets d'infrastructure). Les moyens restent néanmoins insuffisants compte-tenu de l'augmentation des besoins.

Alors qu'il est essentiel d'assurer une gestion efficiente du secteur pour garantir une allocation optimale des ressources disponibles, Santhea constate que peu de moyens sont mis à la disposition des pouvoirs organisateurs en vue d'assurer un management efficace des institutions qu'ils gèrent.



L'action de santhea

Santhea axe son action sur le développement d'un secteur public performant et adapté aux exigences de qualité et de confort moderne. Ceci implique que les moyens mis à disposition par le pouvoir fédéral ainsi que par les régions et communautés soient utilisés le plus efficacement possible.

Au sein des différents organes d'avis et de concertation auxquels ils participent, les représentants de notre fédération insistent sur l'importance de développer les structures qui permettent une prise en charge des personnes âgées à l'endroit le plus adapté à leur état de santé et à leur niveau de dépendance.

Décret wallon relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées

Santhea joue un rôle de premier plan dans la défense des moyens mis à la disposition du secteur public pour continuer à développer et moderniser ses structures d'hébergement, sans que les utilisateurs voient leur part contributive augmenter. Il est en effet exclu que les soins et le confort dont bénéficient les personnes âgées soient proportionnels aux ressources dont elles disposent. Dans cette optique, santhea a soutenu la rédaction du décret wallon du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées qui servira de support à une politique conforme aux objectifs qu'elle poursuit.

Soutien concret aux institutions membres

Le support à la gestion des institutions constitue un axe important de notre action. La diffusion rapide et structurée de l'information, le partage des expériences, la mise à disposition de versions commentées des législations relatives au secteur sont des aides attendues et appréciées des membres.

Dans la même optique, santhea a développé des outils qui permettent à ses membres d'évaluer correctement le financement qui leur est octroyé par l'Inami et de gérer leurs ressources humaines compte-tenu de ce financement.

Des formations ont été organisées pour les gestionnaires et les directeurs d'établissements, tant dans le cadre de journées axées sur un thème spécifique, que dans le cadre de conseils personnalisés en fonction des situations particulières rencontrées par les établissements.

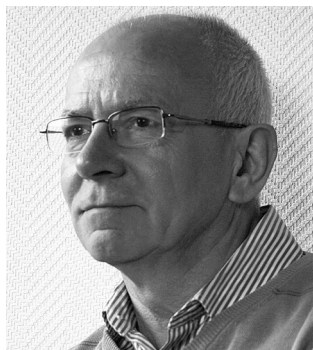
La nécessité d'aller plus loin

Malgré les efforts déployés par tous les acteurs du secteur, il faut reconnaître qu'il reste beaucoup à faire pour affronter efficacement les conséquences du vieillissement de la population. Les réformes doivent être poursuivies.

Les capacités d'hébergement des seniors doivent continuer à augmenter et à se moderniser, et il va falloir trouver les moyens financiers indispensables pour réaliser cette augmentation et cette modernisation.

D'une part, le personnel du secteur doit bénéficier des moyens nécessaires pour assurer aux personnes âgées une prise en charge de qualité. D'autre part, les personnes âgées doivent être assurées de pouvoir accéder aux soins requis par leur état, sans aucune restriction liée à leur situation financière. Les interventions de l'assurance maladie doivent donc continuer à croître, surtout en faveur des plus démunis.





Pierre Rondal

PRÉSIDENT DE LA COMMISSION WALLONNE DES AÎNÉS

L'accueil des aînés, une préoccupation essentielle de la Wallonie

↳ DOSSIER N°7

La Commission Wallonne des Aînés est l'organe d'avis du Gouvernement wallon pour les matières concernant les aînés. Dans ce cas, le terme «aînés» recouvre principalement des personnes dépendantes ou en perte d'autonomie, amenées à recevoir des soins à domicile, à séjourner dans des maisons de repos ou autres structures d'accueil. Pour parler des enjeux du vieillissement en Wallonie, nous avons rencontré Pierre Rondal, président de cette commission et expert auprès du cabinet de la Ministre Eliane Tillieux.

Les défis du vieillissement en Wallonie sont considérables. «On estime, qu'entre 2010 et 2020, la population des plus de 80 ans va augmenter de 12,5% en Wallonie, et de l'ordre de 20% au niveau national. Par ailleurs, l'âge moyen d'entrée dans une maison de repos est de 82 ans. Au vu de ces données, le Gouvernement wallon a décidé de tout mettre en œuvre pour maintenir les aînés à domicile le plus longtemps possible, sachant que des problèmes se posent à ce niveau pour les personnes isolées, les personnes très âgées ou celles présentant des problèmes de démence. Bien sûr, cela a pour conséquence d'importantes implications financières au niveau fédéral comme au niveau régional» explique Pierre Rondal.

Pour soutenir le maintien à domicile, différentes formules sont envisagées. «Il existe des centres de soins de jour, qui permettent d'alléger les contraintes de l'accompagnant, tout en apportant à la personne âgée les soins requis, en journée. On pense également aux résidences-services, qui offrent une série de services de soins à la demande. Il y a bien sûr les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, pour lesquels il faut améliorer l'encadrement. A ce niveau, il faut trouver une formule d'accueil satisfaisante pour les personnes démentes ; il s'agit de développer des unités spécifiques pour personnes âgées désorientées, ce que l'on appelle les «cantous». Enfin, au sein des maisons de repos, il existe des formules de courts séjours, de 3 mois maximum par année civile, utiles le temps d'une convalescence, d'un répit pour les proches ou d'une entrée douce en maison de repos.»

Pour Pierre Rondal, «**cette volonté du gouvernement de diversifier l'offre de prise en charge et d'adopter une politique de proximité est indispensable**, car la dichotomie traditionnelle maison de repos/domicile est trop simple et ne tient pas compte des besoins différenciés et évolutifs des personnes âgées. Et puis,

les structures lourdes ne peuvent faire face à l'accroissement du nombre des aînés. En outre, de réels efforts doivent être fournis pour moderniser et améliorer la qualité des services et des équipements. A cet égard, le décret wallon du 30 avril 2009, entré en vigueur le 28 décembre, permet de mettre en place une procédure de label de qualité.

Un des risques majeurs se situe dans le rapport privé/public, remis en cause par la directive européenne dite «directive services». «En effet, la réglementation wallonne implique une répartition entre le secteur privé commercial (50 % maximum), le secteur associatif (21 % minimum) et le secteur public (29 % minimum) afin de garantir le libre choix des personnes âgées. Or, la conception en vigueur dans l'Union Européenne est de favoriser sans limite la libre implantation des entreprises, voire même d'interdire les autorisations préalables, soit le contrôle du respect des normes de fonctionnement avant le début de l'exploitation. Les risques sont multiples si l'on marchandise à ce point les services d'aide aux personnes âgées».

Selon Pierre Rondal, **la Wallonie tente de se donner les moyens de sa politique** : «le secteur a remarquablement avancé dans la qualité, la diversité de l'offre et la proximité des services. Le budget de 139 mio€ récemment dégagé permettra de continuer à financer les infrastructures des secteurs public et associatif : 117 mio€ seront consacrés aux travaux d'infrastructure des maisons de repos et 22 mio€ pour construire 500 logements en résidences-services. Avec cela, la Wallonie n'a certes pas réglé le problème global du vieillissement, mais la situation évolue et permet de se projeter sur les 10 prochaines années. Maintenant, un autre débat devra se porter sur la solvabilité du système.» ■



...the first of these is the fact that the ...

...the second of these is the fact that the ...

...the third of these is the fact that the ...

...the fourth of these is the fact that the ...

...the fifth of these is the fact that the ...

...the sixth of these is the fact that the ...

...the seventh of these is the fact that the ...

...the eighth of these is the fact that the ...

...the ninth of these is the fact that the ...

...the tenth of these is the fact that the ...

...the eleventh of these is the fact that the ...

...the twelfth of these is the fact that the ...

...the thirteenth of these is the fact that the ...

...the fourteenth of these is the fact that the ...

...the fifteenth of these is the fact that the ...

...the sixteenth of these is the fact that the ...

...the seventeenth of these is the fact that the ...

...the eighteenth of these is the fact that the ...

chapitre 3

Informations pratiques

Liste des membres	46
Liste du conseil d'administration santhea	52
Liste des collaborateurs	53



Liste des membres

Hôpitaux

1	A.I.O.M.S. Moresnet	Moresnet
2	Association «Le Domaine»	Braine-l'Alleud
3	C. H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye	Seraing
4	C.H. de Wallonie-Picardie	Tournai
5	C.H.R. de la Haute Senne	Soignies
6	C.H.R. du Val de Sambre	Sambreville
7	C.H.R. Namur	Namur
8	C.H.U. Ambroise Paré	Mons
9	C.H.U. Brugmann	Bruxelles
10	C.H.U. de Tivoli	La Louvière
11	C.H.U. Saint-Pierre	Bruxelles
12	C.T.R.	Bruxelles
13	Centre de Médecine Gériatrique «La Charrette»	Bruxelles
14	Centre de santé des Fagnes	Chimay
15	Centre Hospitalier Peltzer - La Tourelle	Verviers
16	Centre hospitalier psychiatrique «Le Chêne aux Haies»	Mons
17	Centre Hospitalier Régional de La Citadelle	Liège
18	Centre Hospitalier Régional Hutois	Huy
19	Centre Hospitalier spécialisé «L'Accueil»	Lierneux
20	Centre régional de Soins Psychiatriques «Les Marronniers»	Tournai
21	Clinique André Renard	Herstal
22	Clinique Reine Astrid	Malmedy
23	Hôpital Erasme	Bruxelles
24	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola	Bruxelles
25	Hôpitaux IRIS Sud	Bruxelles
26	I.S.O.S.L. - Centre Hospitalier Psychiatrique	Liège
27	I.S.O.S.L. - I.P.A.L.	Liège
28	I.S.P.P.C. - C.H.U. André Vésale	Montignies-le-Tilleul



CHR Mouscron

29	I.S.P.P.C. - CHU de Charleroi	Charleroi
30	Institut Jules Bordet	Bruxelles
31	Institut Pacheco	Bruxelles
32	L'Equipe	Bruxelles
33	R.H.M.S. - Clinique Louis Caty	Baudour
34	R.H.M.S. - Hôpital de La Madeleine	Ath
35	VALIDA	Berchem-Ste-Agathe
36	VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne	Libramont
37	VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg	Arlon
38	VIVALIA - IFAC	Marche
39	VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique «La Clairière»	Bertrix



MR/MRS/CSJ

1	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	Villers-L'Evêque
2	Home Philippin	Erezée
3	Home Sainte-Thérèse	Vielsalm
4	L'Heureux Séjour (ISPPC)	Courcelles
5	Le Bel Abri (ISPPC)	Farciennes
6	Le Mariemont Village	Mariemont
7	Le Mont Falise (CHRH)	Huy
8	Les Heures Claires	Spa
9	Les Heures Paisibles	Waremmé
10	Les Murlais (ISOSL)	Liège
11	Les Tournesols (ISOSL)	Liège
12	M.R. du CPAS de Flemalle	Flemalle
13	M.R. La Kan (AIOMS)	Aubel
14	M.R. Sainte Famille	Thimister-Clermont
15	M.R.S. du C.H.B.A.H.	Seraing
16	M.R.S. Philippe Wathélet	Stoumont
17	M.R.S. Quiétude (ISPPC)	Montigny-Le-Tilleul
18	M.R.S. Saint-Antoine	Saint-Mard
19	M.R.S. Saint-Gengoux	Vielsalm
20	M.R.S. Saint-Joseph (AIOMS)	Plombières
21	Résidence Amandine (CHRH)	Wanze
22	Résidence Chantraine	Saint-Nicolas
23	Résidence Dejaifve (CHRVs)	Fosses-la-Ville
24	Résidence des Hauteurs (ISOSL)	Liège
25	Résidence do Grand Fa	Malmedy
26	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	Ans
27	Résidence Eglantine	Seraing

↳ LISTE DES MEMBRES

28	Résidence Grandgagnage	Villers-le-Bouillet
29	Résidence Isabelle (CHRH)	Amay
30	Résidence Lambert Wathieu	Jemeppe-sur-Meuse
31	Résidence Le Centenaire	Ougrée
32	Résidence Le chalon	Chimay
33	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	Herstal
34	Résidence Le Laetare	La Louvière
35	Résidence Le Temps des Cerises (CHRVS)	Mettet
36	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	Grivegnée
37	Résidence Léon d'Andrimont	Limbourg
38	Résidence Les Aubépines	Houdeng-Goegnies
39	Résidence Les Genêts	Ougrée
40	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	Grivegnée
41	Résidence Les Rièzes et les Sarts	Cul-des-Sarts
42	Résidence Les Saules 'ISOSL)	Wonck
43	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	Visé
44	Résidence Régina (AIOMS)	Plombières
45	Résidence Saint-Léonard (ISOSL)	Welkenraedt
46	Résidence Springhel-Hellin	Saint-Nicolas
47	Royale Résidence (CHRH)	Huy
48	Seniorenheim Hof Bütgenbach	Bütgenbach
49	Seniorenheim St.Elisabeth	Saint-Vith
50	Séniorerie de sainte-Ode	Saint-Ode
51	Val des Séniors	Chanly

▾ LISTE DES MEMBRES

Conventions de revalidation

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

Mutualités

1	Union Nationale des Mutualités Socialistes	Bruxelles
2	F.M.S. du Bassin de Charleroi	Charleroi
3	F.M.S. et syndicales de la Province de Liège	Liège
4	F.M.S. du Bassin du Centre et de Soignies	La Louvière
5	La Mutualité Socialiste de Mons-Borinage	Frameries
6	F.M.S. de Namur	Saint-Servais
7	F.M.S. du Luxembourg	Saint-Hubert
8	F.M.S. du Brabant-Wallon	Tubize
9	Mutualité Socialiste du Hainaut Occidental	Ath

Soins à domicile

1	Centrale de Services à Domicile	Bruxelles
2	Soins à domicile	Bruxelles
3	Fédération des C.S.D.	Bruxelles
4	Coordination des centres de service social	Bruxelles



Polyclinique

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

Laboratoires

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

Centre Medico-pédiatrique

- | | | |
|---|----------------|-----------|
| 1 | Clairs Vallons | Ottignies |
|---|----------------|-----------|

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 |
|---|---|-----------|

Membres adhérents

- | | | |
|---|--------------------------------|----------|
| 1 | AZ ST-LUKAS | Gent |
| 2 | CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON | Mouscron |

Le conseil d'administration de santhea

Bauffe Véronique	Notte Dominique
Bodeux Dominique	Otlet Jacques Vice-Président
Bouchez Chantal	Praet Jean-Claude Vice-Président
De Paoli Marc	Quairiat Alain
De Simone Stéphanie	Ransart Daniel
Depuydt Dominique	Rillaerts Stéphane
Dormont Jean-Claude Trésorier	Thielens Dirk
Dugauquier Alain	Toussaint Jean-Louis Secrétaire
Dusart Michelle	Van De Sype Dominique
Fievez Eric	Varvenne Rudy
Fontaine Cécile	Vincent Philippe Vice-Président
Hasard Daniel	
Laasman Jean-Marc	
Lambert Marie-Claire Présidente	
Lejeune Philippe Vice-Président	
Navaux Francis	
Nemery Isabelle	

Liste des collaborateurs



L'équipe de santhea est constituée de 20 collaborateurs apportant une expertise dans divers domaines :

Yves SMEETS
Directeur Général

Alban ANTOINE
Conseiller Juridique

Colette JACOB
Conseiller Soins infirmiers
et médiation

Michel MAHAUX
Directeur Général-Adjoint

Sandra BERBION
Secrétaire

Cécile KESTENS
Conseiller Economique
gestion et développement
datawarehouse

Brigitte CAPRASSE
Employée Administrative

Jean-François COLET
Informaticien

Dr Arié KUPPERBERG
Conseiller médical

Pr Michel COLLARD
Cellule médiation

Marina LIETAR
Conseiller Economique

Benoit DEGOTTE
Chef de projet datawarehouse

Jean LOISEAU
Conseiller MR/MRS

Martine DUFRASNE
Secrétaire

Alain MOSMANS
Expert datawarehouse

Chantal DUTORDOIT
Assistante Economique

Jacqueline PINCHART
Secrétaire

Denis HERBAUX
Conseiller Economique

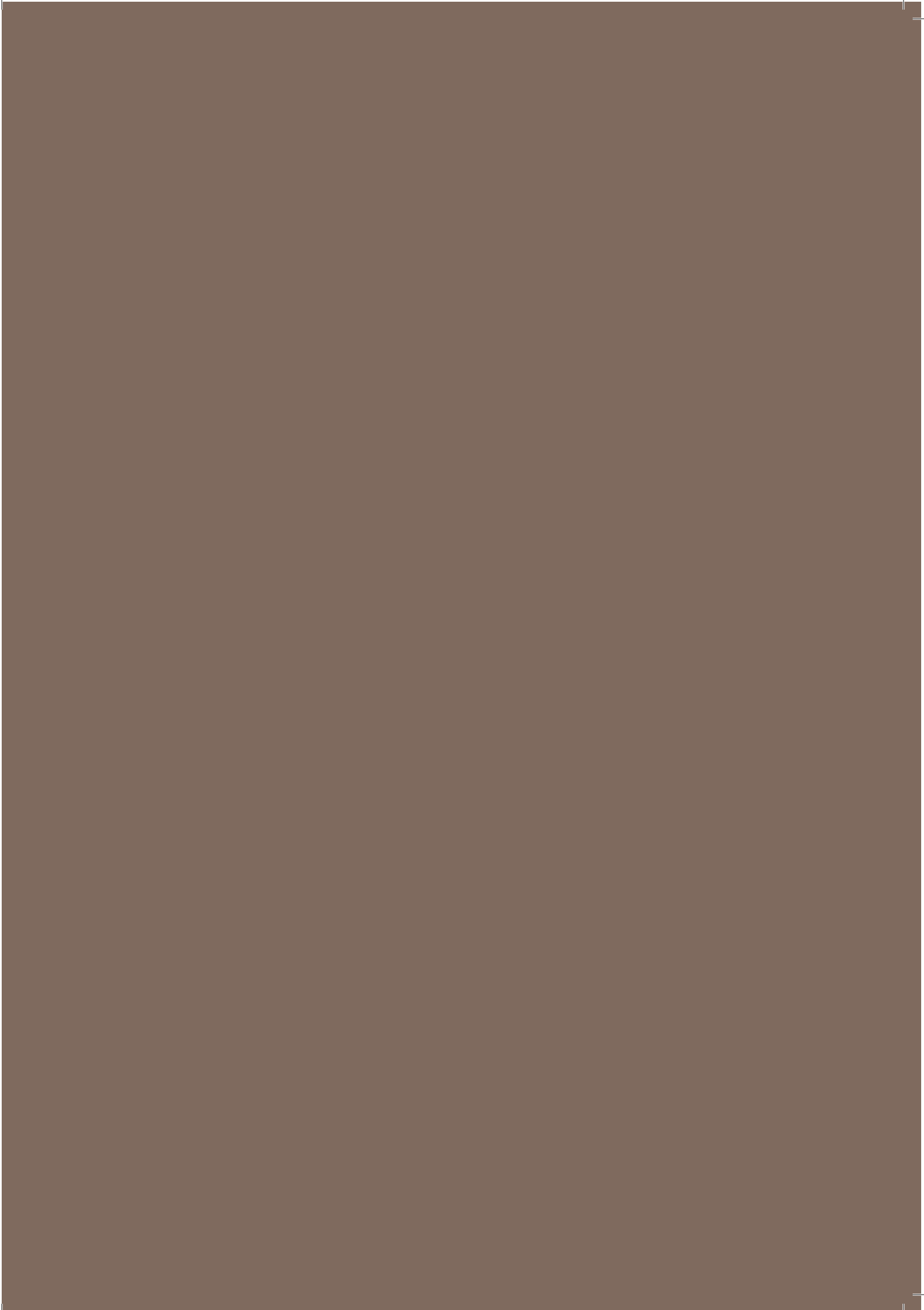
Valérie VICTOOR
Conseiller Juridique

Stéphane HOYOUX
Conseiller Santé Mentale



Editeur responsable: Yves Smeets, Directeur Général
Quai au Bois de Construction 9 - B-1000 Bruxelles

2010 © Design by www.witvrouwen.be





**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

Rue Général Michel 47
B-5000 Namur
T +32 81 22 38 22
F +32 81 22 38 45