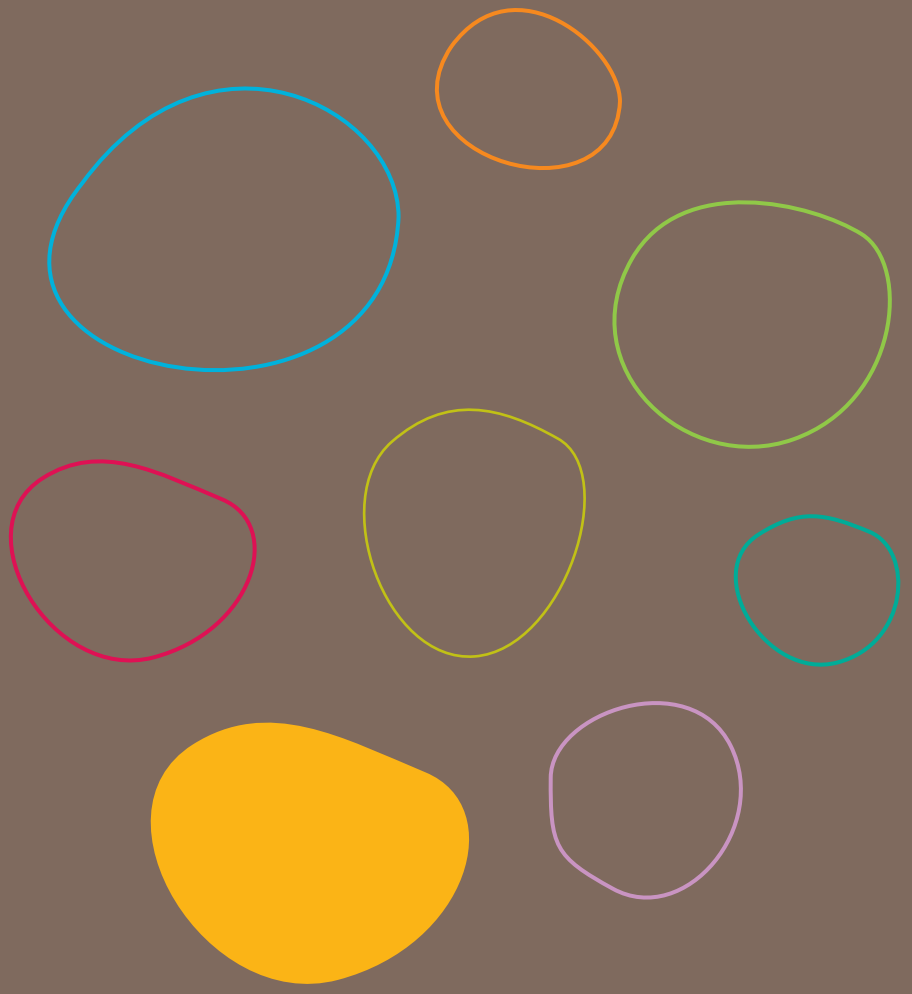


Rapport Annuel 2010





<b>Présentation de santhea</b>	<b>5</b>
Introduction	6
Positionnement de santhea	7
Faits et chiffres	8
Liste des lieux de concertation et autres au sein desquels santhea représente les intérêts de ses membres	12
<b>Les dossiers de 2010</b>	<b>17</b>
Le Partenariat Sécurité Qualité	18
Garantir l'accueil et l'hébergement des personnes âgées : un défi pour l'avenir	23
La formation continue Un nouveau service de santhea pour ses affiliés Programme 2010 « santhea – Unipso »	29
La réforme de la santé mentale	34
La médiation hospitalière Symposium du 18 novembre 2010	40
Les dossiers en bref	44
<b>Informations pratiques</b>	<b>51</b>
Liste des membres	52
Liste des membres du conseil d'administration de santhea	58
Liste des collaborateurs	60



Introduction	6
Positionnement de santhea	7
Faits et chiffres	8
Liste des lieux de concertation et autres au sein desquels santhea représente les intérêts de ses membres	12

## Introduction



**Marie-Claire Lambert**  
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

«Mais que fait donc santhea ?»

Les collaborateurs de santhea me font régulièrement part du rôle encore trop souvent méconnu d'une fédération comme la nôtre.

Ce n'est évidemment et heureusement pas le cas de tout le monde mais beaucoup de ceux et celles qui travaillent dans les institutions affiliées à santhea ignorent encore les nombreux services que santhea peut leur rendre. Il est toutefois certain que la communication de santhea vis-à-vis de l'extérieur est, depuis sa création, très active. Signalons simplement, qu'une recherche sur Google® donne à ce jour plus de 3.550 résultats sur le nom de santhea ! Il reste à espérer que, à l'intérieur de nos institutions, le nom de santhea soit aussi (re)connu.

J'ai donc souhaité que le rapport annuel 2010 donne un aperçu suffisamment large de la gamme très étendue des collaborations que les membres de santhea peuvent attendre de leur fédération.

Parcourir cette liste vous permettra d'y retrouver les matières qui vous intéressent mais aussi d'en percevoir les lacunes et de nous faire des propositions pour les corriger.

Une fédération professionnelle n'existe en effet qu'à travers ses membres dont elle s'efforce tous les jours de promouvoir les intérêts. La nôtre a cependant cette particularité de représenter des institutions dont l'ultime objectif est de maximaliser le profit du patient ou de l'utilisateur. On peut donc dire que santhea se bat chaque jour pour que ses institutions membres disposent des moyens qui leur permettront d'offrir à celles et ceux qui les sollicitent, le service le mieux adapté à leur demande.

Tous les lecteurs du rapport annuel relatif à l'exercice 2009 ont apprécié la manière originale dont étaient présentés les éléments principaux de l'action de santhea.

Je n'ai pas voulu modifier fondamentalement cette manière de présenter l'activité de santhea. Tout au plus ai-je demandé que quelques étonnements soient réservés au lecteur et soient le reflet de la créativité de santhea qui est un des moteurs de ses progrès.

L'année 2010 n'a pas été facile. En plus des perturbations économiques, les événements politiques majeurs que nous avons vécus n'ont pas été simples à gérer. Vous constaterez que les circonstances difficiles n'ont pas empêché santhea d'engranger quelques succès au bénéfice de ses membres.

Je suis fière de présider aux destinées d'une « jeune » fédération dont les collaborateurs sont appréciés pour leur compétence et leur investissement dans la cause qui leur est confiée.

Je tiens à me faire le porte-parole des membres pour les en remercier.

## 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.

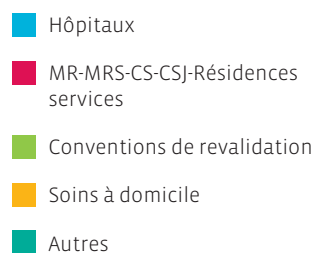
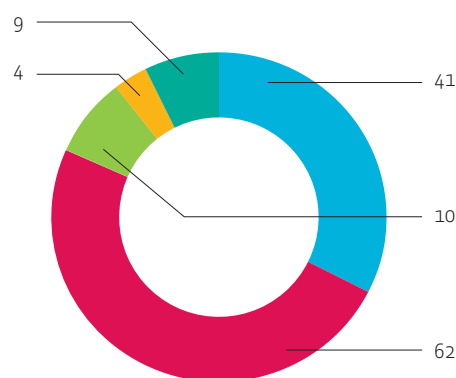
Elle est à ce titre la 1<sup>ère</sup> association professionnelle francophone et la 2<sup>ème</sup> belge. Elle représente notamment tous les hôpitaux publics de Wallonie et de Bruxelles, soit 41 hôpitaux, répartis sur 63 sites, ainsi que 62 MR-MRS-CS-CSJ-Résidences services et de multiples autres institutions 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.

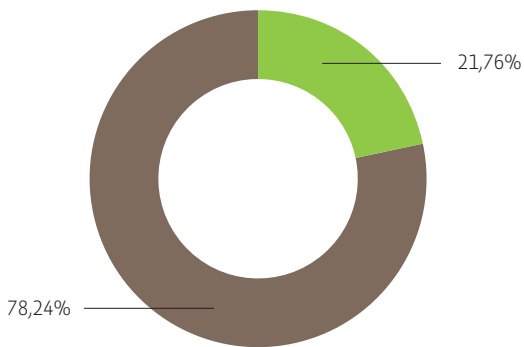
Santhea constitue aussi une plateforme d'expertise au service de ses membres, grâce à la coordination et à l'échange d'informations. Elle met à leur disposition une importante banque de données et organise des formations. Elle accompagne également ses membres dans les processus de bonne gouvernance et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



## Faits et chiffres : hôpitaux

### Part de santhea dans le nombre de lits au niveau national

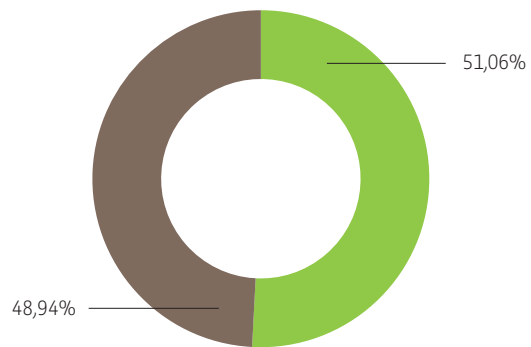
Répartition en %



■ Santhea  
■ Autres

### Part de santhea dans le nombre de lits en Wallonie et à Bruxelles

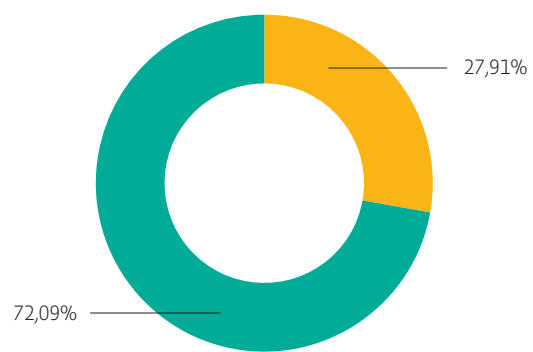
Répartition en %



■ Santhea  
■ Autres

### Répartition des hôpitaux santhea par statut

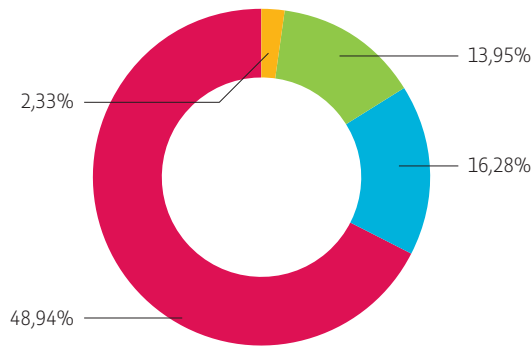
Répartition en %



■ Privé  
■ Public

### Hôpitaux santhea

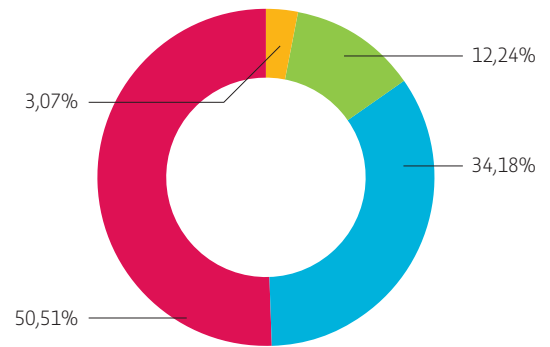
Répartition des hôpitaux par type



- Généraux
- Psychiatriques
- Spécialisés
- Universitaires

### Hôpitaux du royaume

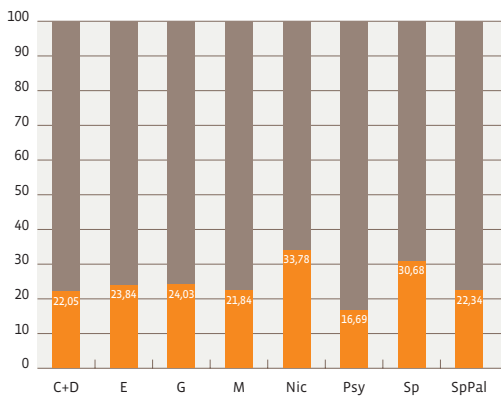
Répartition des hôpitaux par type



- Généraux
- Psychiatriques
- Spécialisés
- Universitaires

### Royaume : Part de santhea selon l'index de lit

% en 2010

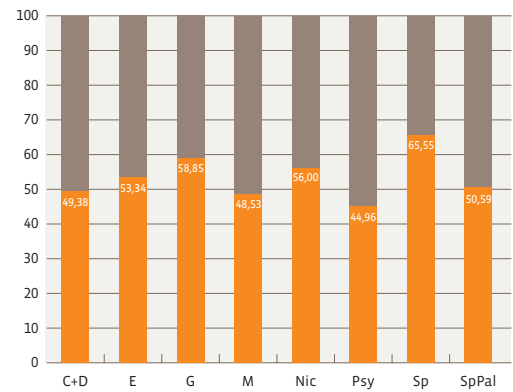


- Santhea
- Autres

- C : Chirurgie
- D : Médecine
- E : Pédiatrie
- G : Gériatrie
- M : Maternité

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

% en 2010

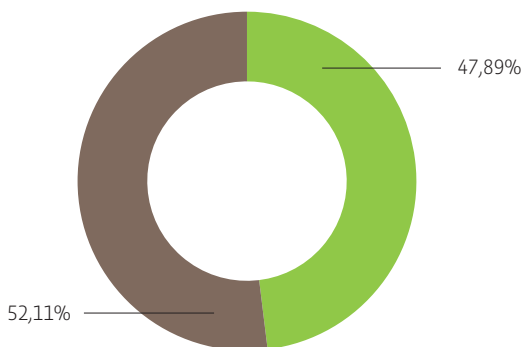


- Nic : Soins néonataux intensifs
- Psy : Psychiatrie
- Sp : Soins spécialisés
- SpPal : Soins palliatifs

# Faits et chiffres : MR/MRS - CSJ - Résidences Services

## Répartition des lits MR/MRS en Belgique

Répartition en %



Wallonie et Bruxelles : 63063

Flandre : 68611

## Répartition des lits MR/MRS en Wallonie et à Bruxelles par statut

Répartition en %



Public : 17290

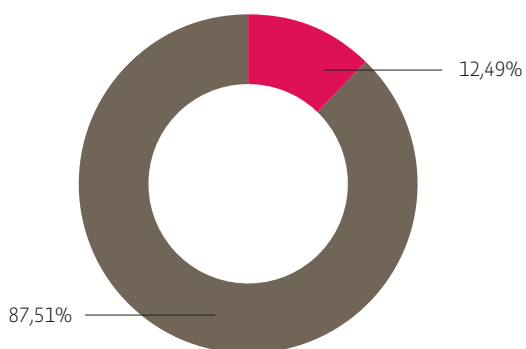
ASBL : 12708

Commercial : 33065



### Part de santhea dans le nombre de lits MR/MRS en Wallonie et à Bruxelles (Public et ASBL)

Répartition en %

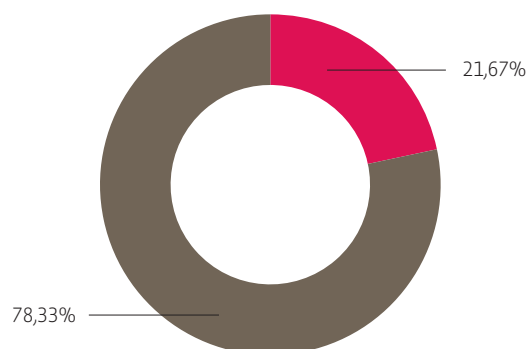


■ Santhea : 3746

■ Autres : 26252

### Part de santhea dans le nombre de lits MR/MRS en Wallonie et à Bruxelles (Public)

Répartition en %

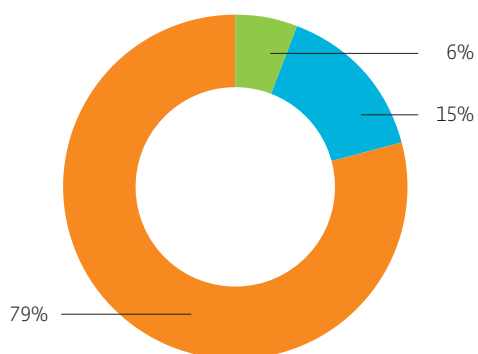


■ Santhea : 3746

■ Autres : 13544

### Répartition des lits MR/MRS affiliés chez santhea en Wallonie et à Bruxelles par statut

Répartition en %



■ CPAS : 9

■ Intercommunales : 49

■ Associatif : 4

## Liste des lieux de concertation et autres au sein desquels santhea représente les intérêts de ses membres

Le modèle belge d'organisation de la société réserve une place importante à la concertation avec les acteurs économiques et sociaux qui la composent.

Cette concertation est particulièrement développée dans le secteur des soins de santé au sein duquel les prestataires sont tantôt consultés sur toute une série de mesures ou de projets, tantôt responsabilisés sur leurs pratiques et les résultats de celles-ci, tantôt invités à participer à l'élaboration d'initiatives et à la mise en œuvre de celles-ci.

Si tout le monde a entendu parler des « accords médico-mutualistes » par lesquels médecins et mutuelles s'entendent sur les tarifs des prestations médicales au sein de la commission des conventions entre les mutuelles et les médecins, plus rares sont ceux qui pourraient citer un des nombreux autres lieux au sein desquels des représentants des prestataires participent à l'élaboration des politiques de santé.

La concertation trouve aussi toute son expression dans le cadre des relations sociales entre les employeurs et les travailleurs : accord interprofessionnel, accords sociaux sectoriels, conventions collectives du travail en sont autant de témoignages.

Comme vous le lirez dans la liste succincte qui suit, des collaborateurs de santhea sont amenés à donner des avis et à prendre position dans nombre de ces lieux.

Les positions que prennent et les avis que relaient les collaborateurs de santhea partout où ils sont présents sont évidemment le fruit d'une concertation permanente avec les membres mais sont aussi impérativement en conformité avec les valeurs qui font l'identité de santhea.



Nous en rappellerons quelques-unes parmi les principales :

- La santé, au sens le plus large, doit constituer une des priorités de la société qui doit garantir un service universel à sa population ;
- L'ensemble de la population doit pouvoir être soigné par les meilleures équipes de soins dans les meilleures conditions d'hébergement et avec le meilleur matériel ;
- La neutralité philosophique et en matière d'éthique doit être respectée comme la transposition des valeurs de l'état laïc.

Les lieux d'échange et de concertation sont nombreux et variés. La liste ci-dessous reprend les principaux organes où siègent les collaborateurs de santhea. Elle permettra à ceux qui le souhaitent de mieux identifier les matières dont ceux-ci sont chargés.

## A L'INAMI

**Le Conseil général** détermine les orientations de politique générale en matière de soins de santé et veille à l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie.

Yves Smeets et Michel Mahaux en sont membres effectifs.

**Le Comité de l'assurance** des soins de santé est l'organe chargé de la mise en œuvre et du suivi de toutes les mesures exécutant la politique des soins de santé. Ce sont environ 500 dossiers qui lui sont soumis chaque année. Le Comité de l'assurance peut créer des groupes de travail, permanents ou ponctuels, chargés de suivre certaines problématiques particulières et de lui faire rapport.

Yves Smeets et Michel Mahaux sont membres effectifs du Comité de l'assurance.

Marina Lietar est membre des groupes de travail permanents « forfaits biologie clinique », « forfaits spécialités pharmaceutiques » et « montants de référence ».

**La Commission de contrôle budgétaire** est essentiellement chargée d'examiner la compatibilité budgétaire des politiques mises en œuvre par les différents secteurs de l'assurance maladie. Elle dispose des pouvoirs d'investigation les plus larges dans l'exécution de sa mission, sans avoir toutefois accès aux données individuelles.

Yves Smeets en est membre effectif.

**Les Commissions de conventions ou d'accords** sont chargées de conclure des conventions ou des accords portant sur les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires, les organismes assureurs et les prestataires. Santhea est présent dans plusieurs de ces commissions de conventions dont les noms varient selon les prestataires concernés :

Marina Lietar et Michel Mahaux siègent à la Commission des conventions entre les hôpitaux généraux et les organismes assureurs.

Stéphane Hoyoux et Arié Kupperberg siègent à la Commission entre les hôpitaux psychiatriques-Maisons de soins psychiatriques-Initiatives d'habitations protégées et les organismes assureurs.

Jean Loiseau siège à la Commission des conventions entre les Maisons de repos et les organismes assureurs.

Arié Kupperberg siège à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

**Les conseils techniques** sont institués auprès des commissions de conventions ou d'accords correspondantes pour leur proposer (ou pour proposer directement au Comité de l'assurance) des règles et modalités spécifiques à l'exécution des conventions ou des accords qu'elles ont conclus.

Yves Smeets est Président du conseil technique de l'hospitalisation et Marina Lietar et Michel Mahaux en sont membres.

**Les Commissions des profils** ont pour mission de procéder à l'évaluation des profils de prestataires à partir des éléments statistiques disponibles à l'Inami.

Denis Herbaux est membre de la Commission des profils hospitaliers.

**Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux** a pour mission de formuler les remarques et avertissements nécessaires à l'égard des personnes et établissements autorisés à dispenser des prestations de santé.

Jean Loiseau est membre du service d'évaluation et de contrôle médicaux et Arié Kupperberg est membre suppléant.

## Au SPF Santé publique

**Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH)** est composé d'une section agrément et programmation et d'une section financement. Le CNEH est instauré par la loi coordonnée relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins qui lui confère la mission d'émettre un avis sur tout problème relatif aux hôpitaux et qui est resté de la compétence fédérale.

Yves Smeets préside la section Financement du CNEH.

Sont membres du CNEH ou de ses groupes de travail permanents Stéphane Hoyoux, Marina Lietar, Arié Kupperberg.

**La Commission nationale paritaire médecins hôpitaux** est principalement chargée de remettre un avis sur toute matière relative au statut des médecins hospitaliers tel que fixé au titre IV de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

Michel Mahaux en est membre.

**La structure multipartite** a été créée par la loi du 22 août 2002. Elle est un organe de concertation qui fournit au ministre ayant la santé publique et les affaires sociales dans ses attributions des avis sur des aspects cruciaux de la politique hospitalière. Plusieurs groupes de travail sont chargés d'étudier des problématiques spécifiques.

Yves Smeets et Marina Lietar en sont membres. Colette Jacob participe au Groupe de travail « Enregistrements ».

**eHealth** a été créé pour organiser la mise en œuvre d'un réseau électronique d'échange d'informations dans le secteur des soins de santé.

Yves Smeets est membre effectif du Comité de Gestion.

**La Commission fédérale droit des patients** est en particulier chargée de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels; une de ses autres missions consiste également à évaluer la fonction de médiation dans les institutions de soins.

Michel Collard (membre effectif) et Alban Antoine (membre suppléant) y représentent santhea.

## Au niveau régional

**Le Conseil wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS)** est chargé du suivi et de l'évaluation des politiques de l'action sociale et de la santé en région wallonne. Plusieurs commissions traitent des problématiques particulières. La Commission wallonne de la santé et la commission wallonne des aînés concernent plus spécialement santhea.

Colette Jacob et Jean Loiseau suivent respectivement les problématiques traitées par ces 2 commissions.

**Le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la santé** exerce les compétences communautaires en matière de santé pour les institutions de la CoCof.

Colette Jacob (membre effectif) et Yves Smeets (membre suppléant) y siègent.



### Au niveau de la Concertation sociale

Valérie Victoor (suppléant Alban Antoine) représente santhea dans les instances suivantes :

- Commission paritaire 330 des établissements et services de santé (fédéraux);
- Fonds Maribel Social 330 des établissements et services de santé (fédéraux);
- Fonds Social 330 des établissements et services de santé (fédéraux);
- Fonds intersectoriel des services de santé;
- Institut de classification de fonctions (IF.IC);
- Comité paritaire d'apprentissage 330 des établissements et services de santé (fédéraux).

Alban Antoine participe à la gestion de plusieurs fonds sociaux et siège au conseil d'administration de l'APEF, de FE.BI et d'AFOSOC.

Michel Mahaux représente santhea dans la concertation sociale du secteur public (Comité C) et Comité de gestion du fonds Maribel du secteur public.

Yves Smeets préside le Fonds d'Épargne sectoriel des secteurs Fédéraux de la Santé ainsi que le Fonds de Pension du secteur Non-marchand Fédéral.

Colette Jacob est membre du Comité de gestion du Fonds Social des Hôpitaux Privés.



Le Partenariat Sécurité Qualité	18
Garantir l'accueil et l'hébergement des personnes âgées : un défi pour l'avenir	23
La formation continue Un nouveau service de santhea pour ses affiliés Programme 2010 « santhea – Unipso »	29
La réforme de la santé mentale	34
La médiation hospitalière Symposium du 18 novembre 2010	40
Les dossiers en bref	44

## Le Partenariat Sécurité Qualité

Santhea et l'UNMS s'associent afin d'aider les hôpitaux à améliorer significativement la qualité des soins.

Apparu il y a quelques dizaines d'années, le concept de qualité des soins a réellement pris son envol au cours de la dernière décennie. Aujourd'hui, la qualité occupe une place de plus en plus importante dans les débats liés aux soins de santé et les difficultés rencontrées par les institutions dans ce domaine sont multiples. Dans ce contexte, le « Partenariat Sécurité Qualité » ou « PSQ » est destiné à soutenir les institutions qui le souhaitent dans la mise en œuvre de projets « qualité ».

### Les origines du partenariat

Le 28 janvier 2010, les directions respectives de santhea et de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes signaient le « Partenariat Sécurité Qualité » afin de venir en aide aux hôpitaux dans leurs démarches liées à la qualité des soins. Plus précisément, la convention cadre stipule que le « Partenariat Sécurité Qualité » consiste à offrir aux hôpitaux affiliés à santhea :

- un cadre de collaboration inter-hospitalier visant la mise en commun des expériences des hôpitaux participants et la standardisation de certaines procédures ;
- une aide scientifique et méthodologique à la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité ainsi qu'une aide au suivi de ces projets ;
- des informations en provenance de la littérature scientifique ou sur base de l'analyse de données dans le respect de la législation relative à la protection de la vie privée ;
- un appui logistique et administratif (organisation de réunions, visites de terrain, préparation des rapports d'activités, outils administratifs, ...).

Ce partenariat mise avant tout sur la complémentarité existante entre les différents acteurs y prenant part : intégrer les données disponibles au niveau des mutualités socialistes à celles des hôpitaux et de santhea, partager les connaissances, les expériences et les idées des acteurs de terrain, encadrer les réflexions par des analyses statistiques réalisées par les partenaires, etc.

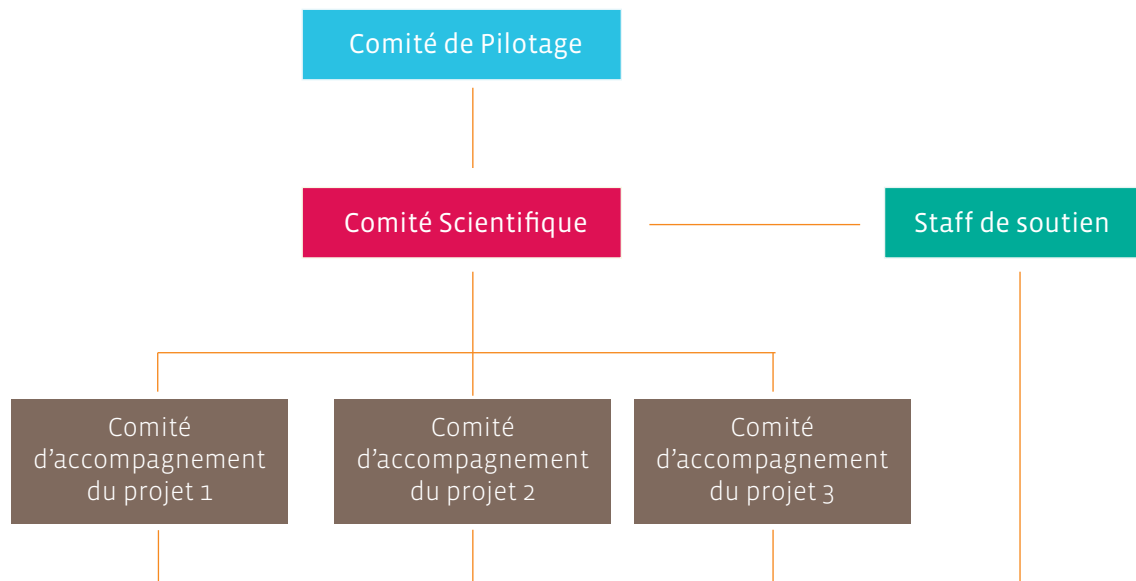
Le 8 mars 2010 a eu lieu le lancement officiel du « PSQ » au cours d'une réunion rassemblant les directions hospitalières et des collaborateurs de santhea et de l'UNMS ainsi que des représentants de nombreuses institutions. Cette réunion fut l'occasion de présenter le partenariat, son fonctionnement et son intérêt pour les hôpitaux qui souhaiteraient y prendre part. Elle permit également à des conseillers et des experts des deux partenaires de présenter quelques exemples de projets qui pourraient être soutenus par le partenariat.

## Le fonctionnement du PSQ

Le partenariat s'articule autour de deux organes principaux, le comité scientifique et le comité de pilotage, ainsi que d'un staff de soutien et de comités d'accompagnement pour les différents projets. Le comité scientifique est composé d'un représentant par hôpital adhérent. Il est chargé d'élaborer le programme d'activités

annuel et d'élaborer les fiches de projets. Le comité de pilotage est quant à lui composé de trois membres de santhea et de trois membres de l'UNMS, ainsi que de deux médecins. Il est l'instance de gestion du partenariat et est compétent pour déterminer les objectifs du partenariat, approuver et éventuellement ajuster le programme d'activités, et déterminer le budget annuel.

Chaque projet initié dans le cadre du « PSQ » est encadré par un comité d'accompagnement, dont les membres sont choisis par le comité scientifique (en son sein ou à l'extérieur), chargé de développer le projet et d'accompagner sa mise en place dans les institutions. Chaque comité d'accompagnement fait rapport au comité scientifique sur l'avancement du projet. Enfin, le staff de soutien a pour mission, comme son nom l'indique, de soutenir le comité scientifique et les comités d'accompagnement dans leurs missions. Il joue donc un rôle de coordination, mais également de recherche et d'analyse. Ce staff comprend notamment des médecins, des analystes de données et un coordinateur, tous issus de l'UNMS ou de santhea.

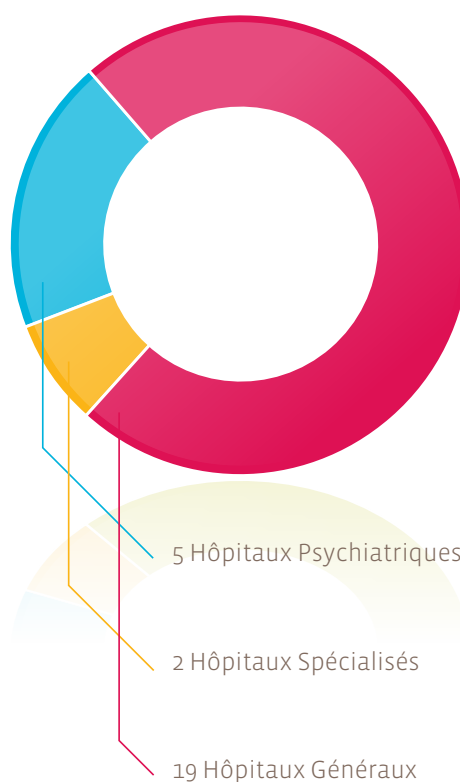




## Le PSQ en quelques chiffres

Au cours de l'année 2010, 26 institutions ont adhéré au Partenariat Sécurité Qualité, soit plus de 60% des hôpitaux membres de santhea. Parmi ces institutions, situées tant en Wallonie qu'à Bruxelles, on trouve des hôpitaux généraux, psychiatriques, et spécialisés.

Le comité scientifique s'est réuni à deux reprises afin de sélectionner les projets à soutenir en 2011 par le partenariat et d'établir les fiches de projets. Le comité de pilotage s'est également déjà réuni afin de valider les propositions du comité scientifique. Les comités d'accompagnement, quant à eux, se sont aussi réunis, même s'ils ne deviendront véritablement actifs qu'au cours de l'année 2011, afin de participer à la création des fiches de projets. Trois projets ont ainsi été définis pour 2011.



## Les premiers projets sélectionnés

Le premier projet sélectionné est la « prothèse totale de genou ». L'objectif de ce projet est de contribuer à l'amélioration du processus de soins pour la pose d'une prothèse totale de genou. Une revue de la littérature a été réalisée sur le sujet afin, notamment, de mettre en évidence les critères de qualité du pré-opératoire au post-opératoire. La deuxième étape sera évidemment la mise en place d'un benchmarking dont un des objectifs sera de permettre aux institutions qui le souhaitent de s'évaluer sur base de critères qualité et, le cas échéant, de prendre des mesures afin de s'améliorer.

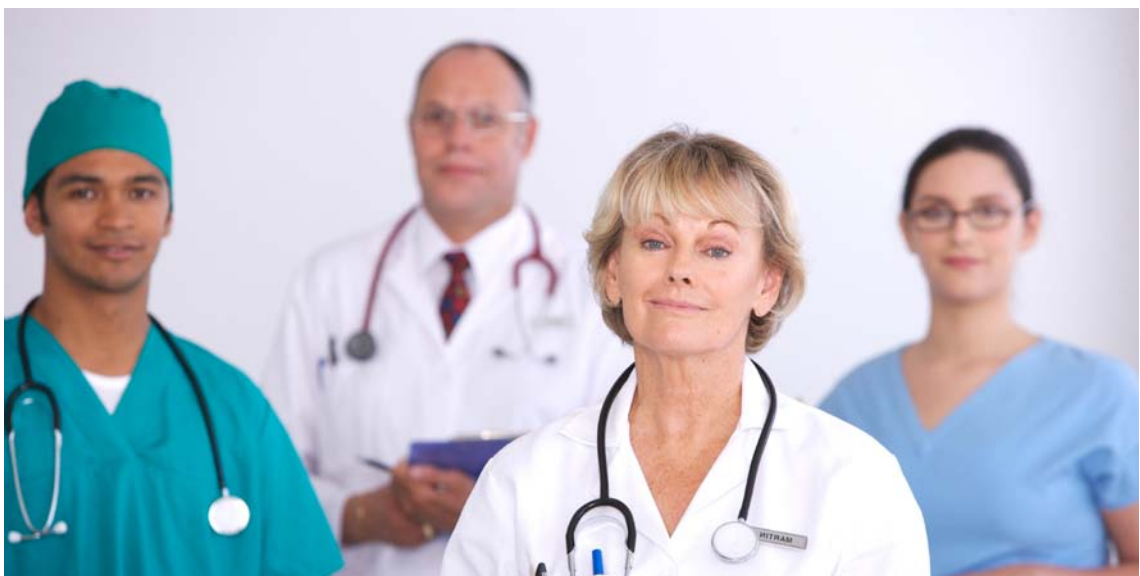
Le second projet concerne la « satisfaction des patients ». Plus précisément, il s'agira de créer un benchmarking en termes de satisfaction des patients grâce à une enquête qui sera distribuée dans les institutions participantes. L'idée est de relancer le projet initié au niveau de la région wallonne il y a plusieurs années, mais qui n'a malheureusement jamais abouti. Un des grands défis sera donc d'isoler les facteurs ayant posé des problèmes dans le projet initial, et d'y trouver des solutions. Parmi les points critiques, on trouve notamment le faible taux de réponses, la lourdeur de l'encodage et la compatibilité des données entre les institutions.

Une demande récurrente est apparue dans de nombreuses institutions et concerne la

problématique du choix d'un logiciel d'encodage des événements indésirables. Celle-ci a donc été très logiquement sélectionnée comme troisième projet, et s'inscrit évidemment pleinement dans le cadre des contrats sécurité du SPF-SP. Le comité d'accompagnement a notamment pour mission de définir un cahier de charges commun aux institutions en termes de fonctionnalités du programme et de compatibilité avec les systèmes existants au sein des hôpitaux. Dans un deuxième temps, une rencontre sera organisée avec différentes firmes actives sur le marché afin de comparer les produits existants et les services offerts par ces sociétés commerciales.

## En 2011...

La première année du partenariat a permis au projet de démarrer : les organes consultatifs et décisionnels ont été mis en place, trois projets ont été sélectionnés et définis, les comités d'accompagnement ont été formés et ont commencé à travailler. 2011 marquera le début effectif du soutien aux institutions. Il s'agira donc de transformer les projets en réalité de terrain avant la fin de l'année, ce qui nécessitera la participation active de tous les partenaires. Un autre objectif pour la deuxième année sera d'étendre le partenariat à de nouvelles institutions afin d'en améliorer la portée.





**Jean Tomas**

COORDINATEUR QUALITÉ AU CHR DE HUY

## La qualité des soins dans les hôpitaux

Jean Tomas a commencé sa carrière au Centre Hospitalier de Huy en 1976 comme infirmier en réanimation cardiaque et chirurgicale. Aujourd'hui, il porte une triple casquette : 2 fonctions transversales (coordinateur qualité et responsable de la formation permanente) et une fonction verticale (infirmier chef de service).

Pour Mr Tomas, **la qualité des soins n'est pas un concept neuf** à l'hôpital de Huy, et le département infirmier a joué un rôle important dans ce domaine en participant à plusieurs projets ainsi que via le dossier infirmier informatisé qui existe depuis 25 ans à Huy. « L'amélioration de la qualité dans le milieu hospitalier est en réalité un courant généralisé à tous les hôpitaux et qui est né des besoins du terrain » précise-t-il. La sensibilisation semble être une des principales difficultés rencontrées : « Fédérer les personnes autour d'un projet et trouver les incitants pour les amener à participer activement à celui-ci est toujours un défi ».

**Les contrats patient safety du SPF représentent à ses yeux une étape importante dans le domaine de la qualité :** « Des effets positifs sont déjà visibles au niveau de la qualité des soins. De plus, et pour la première fois, un financement est octroyé pour la qualité ». Malheureusement, ce financement est encore très insuffisant : « Plusieurs études ont montré qu'une institution devrait disposer d'un ETP coordinateur qualité par 200 lits agréés, soit 1,5 ETP pour Huy. Or, nous en sommes actuellement à environ 0,33 ETP, donc très loin du compte ».

Si le contenu des prochains contrats du SPF est encore inconnu, Mr Tomas insiste sur l'absolue nécessité de **conserver comme objectif l'amélioration continue de la qualité des soins** et non pas la sanction des « mauvais élèves ».

Le lancement du Partenariat Sécurité Qualité (« PSQ ») a, selon lui, permis de **mettre en chantier des projets concrets et utiles pour les institutions :** « Le projet portant sur la mesure de la satisfaction des patients répond à un véritable besoin de certaines institutions, qui demandaient la mise en place d'un benchmarking dans ce domaine depuis

longtemps. Le projet a déjà très bien avancé, et je suis confiant quant à son évolution positive dans le futur ». Jean Tomas estime qu'il en va de même pour le dossier relatif à la problématique du choix d'un logiciel d'encodage des événements indésirables. Et même si l'hôpital de Huy ne participe pas au projet sur la prothèse totale de genou, il reconnaît volontiers l'intérêt de celui-ci pour la qualité des soins dans les institutions.

La participation au PSQ nécessite évidemment d'être présent aux réunions organisées. Pour Jean Tomas, **il ne faut pas parler de charge de travail, mais bien d'aide au travail :** « Je suis contre la « réunionite aiguë ». Mais dans le cadre du partenariat, le rythme des réunions est bon, et permet aux projets d'avancer de manière significative. Ce qui, in fine, se traduit par un bénéfice pour mon travail journalier. De plus, l'aide apportée par le staff de soutien est précieuse. L'équipe mise en place est compétente et arrive à opérationnaliser des projets souhaités depuis longtemps. Pour la première fois, les coordinateurs qualité se sentent réellement écoutés et épaulés dans leurs missions ».

**« Le bilan de la première année du PSQ est très positif »** poursuit-il, « Tout projet est par définition perfectible, mais la direction prise est plus que satisfaisante. Il faudra évidemment porter une attention particulière au suivi des projets actuels dans le temps, ainsi que définir de nouveaux projets ». À ce propos, le coordinateur qualité souligne notamment l'absence d'une définition claire de la place et du rôle du département qualité au sein de l'organigramme de l'hôpital : « Mener une réflexion sur la composition d'un département qualité (permettant de couvrir les aspects médicaux, infirmiers, économiques, logistiques et de communication) et sur le profil du coordinateur qualité (vocation médicale, infirmière ou industrielle), ainsi que proposer des normes financières et de personnel nécessaires pour assurer une qualité de soins optimale dans les hôpitaux constitueraient un projet intéressant pour le futur ». ■

## Garantir l'accueil et l'hébergement des personnes âgées : un défi pour l'avenir

Depuis des années santhea est préoccupé par la problématique du vieillissement de la population, avec comme objectif principal de garantir à tous un accès aux différentes structures d'accueil et d'hébergement, domicile ou institution, présentant une qualité optimale, tant pour le résident que pour le personnel.



En 3 ans, on a pu observer une augmentation de 57.628 personnes de 75 ans et plus, dont l'essentiel est enregistré en Communauté Flamande.

Il est urgent de prendre des dispositions pour encadrer au mieux ce phénomène et améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement des personnes âgées, tant au niveau institutionnel que du domicile, qui reste le premier choix de chacun. La problématique du vieillissement est une préoccupation majeure de santhea.

### Evolution de la situation

Pour se convaincre de l'importance du défi qui se présente, il suffit de quelques chiffres :

	CHIFFRES AU 01/01/2007			CHIFFRES AU 01/01/2010		
	Population totale	Personne de plus de 75 ans	%age de la population de 75 ans et plus	Population totale	Personne de plus de 75 ans	%age de la population de 75 ans et plus
Région Wallonne	3.362.204	280.428	8,34 %	3.423.762	291.651	8,52%
Communauté Flamande	6.117.440	515.837	8,43 %	6.251.983	561.946	8,99%
Région Bruxelloise	1.031.215	81.280	7,88 %	1.089.538	80.986	7,43%
Communauté Germanophone	73.675	5.614	7,62 %	75.222	6.204	8,25%
<b>Total pour le Royaume</b>	<b>10.584.534</b>	<b>883.159</b>	<b>8,34%</b>	<b>10.840.505</b>	<b>940.787</b>	<b>8,68%</b>

On rappellera en parallèle qu'un moratoire instauré en 1997 avait fixé à 47.576 le nombre maximum de lits de maisons de repos dont pouvait disposer la Région wallonne. Ce moratoire vient à échéance en septembre 2011.

## L'aide que santhea offre à ses affiliés

L'aide que santhea offre à ses membres est variée. Ont été particulièrement appréciés par les membres :

- l'assistance sur le terrain, au travers de conseils et de mise à la disposition de fichiers permettant le calcul du forfait INAMI dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées;
- l'élaboration de coordinations officieuses des principaux textes législatifs qui concernent le secteur;
- l'aide apportée à l'établissement de la déclaration INAMI pour le calcul des forfaits;
- l'organisation de réunions thématiques lors de la sortie de nouvelles dispositions légales;
- la communication et la vulgarisation des textes et publications du Moniteur intéressant le secteur;
- la communication d'informations portant sur certains textes législatifs en préparation.

*Compte tenu de la complexité sans cesse grandissante de la fonction de directeur d'établissement d'hébergement et d'accueil pour personnes âgées, santhea souhaite une plus grande professionnalisation de cette fonction, c'est pourquoi la qualité de formation est essentielle. Par conséquent, le fait de renforcer et d'améliorer celle-ci a retenu toute notre attention et notre adhésion lorsqu'elle a été examinée à la Commission wallonne des aînés.*

## L'action de santhea et de ses représentants dans les différentes instances d'avis

### LA COMMISSION WALLONNE DES AÎNÉS

Elle a pris le relais du Conseil wallon du troisième âge, dans le cadre de la réforme des Conseils d'avis. Outre les traditionnels points concernant les accords de principes et les propositions de

sanctions à l'encontre d'institutions présentant des lacunes, la Commission a rendu des avis sur :

- le projet d'arrêté du Gouvernement wallon sur la requalification des lits MRPA en lits MRS ;
- le projet d'arrêté ministériel sur le contenu du programme de formation des directeurs MR/MRS ;
- le projet d'arrêté ministériel déterminant les titres et l'expérience utile pour les personnes chargées de la formation des directeurs MR/MRS ;
- le projet de modification de l'arrêté du Gouvernement wallon du 15 octobre 2009 portant exécution du décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées ;
- les demandes de requalifications.

*Santhea a toujours été très attentif à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées, tant au niveau des résidents que du personnel occupé dans ces établissements.*

La Commission a encore entendu un exposé sur le livre vert de la conférence nationale des pensions « Consolider l'avenir des pensions ».

Elle a instauré en son sein des commissions thématiques :

### • La Commission qualité vie

Elle a abordé les sujets suivants :

- l'accès des personnes âgées de plus de 65 ans aux aides techniques ;
- la Charte « Nutrition » visant à pallier la dénutrition de la personne âgée en particulier dans les maisons de repos.

### • La Commission législation

Elle s'est penchée sur les différents textes modifiant ou complétant l'AGW du 15 octobre 2009 portant exécution du décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées, et notamment, sur la réforme de l'Inspection.

*Le souci de la défense des intérêts de ses affiliés et l'encouragement à l'amélioration de leurs infrastructures motivent santhea à soutenir leur demande de requalification de lits de maisons de repos en lits de maisons de repos et de soins.*

### **Le Cabinet de la Santé, des Affaires sociales, et de l'Égalité des chances du Gouvernement wallon**

#### **Le groupe de travail Alzheimer**

Un groupe de travail sur la problématique de la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées a été institué par Mme Tilleux, Ministre wallonne de la Santé, des Affaires sociales et de l'égalité des chances.

L'objectif de ce groupe de travail est la mise en œuvre d'un programme wallon d'actions basé sur :

- le fait d'assurer une meilleure connaissance et une prise en charge appropriée de ces pathologies ;
- l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage au travers des différents stades de la maladie ;
- l'amélioration de la connaissance de la maladie et la création d'une dynamique régionale.

Pour réaliser ces objectifs, la création d'une structure régionale devrait voir le jour et prendre en charge l'information et la sensibilisation du public, la mise sur pied de la formation ainsi que l'élaboration du contenu de celles-ci, le recueil de données, le développement d'une expertise méthodologique en concertation avec les principaux acteurs du territoire wallon.

*Santhea soutient le développement des centres de soins de jour qui sont un maillon important dans l'optique du maintien à domicile des personnes âgées. Ce qui représente leur principal souhait. Encore fallait-il donner les moyens à ces personnes ou à leur entourage de se rendre dans ces centres d'accueil. Par conséquent l'intervention dans les frais de déplacement des personnes âgées vers ces centres est une mesure jugée très positive par santhea.*





*S'il est bien un moment difficile pour une nouvelle institution c'est son démarrage. La législation sur le financement des maisons de repos et des maisons de repos et de soins était très pénalisante à ce niveau, ne prévoyant qu'un montant forfaitaire très modique par rapport à la réalité de l'établissement. C'est pourquoi santhea a soutenu la modification de cette législation qui prévoit maintenant un rattrapage financier pour les nouvelles institutions.*

### La Commission des conventions MR/MRS et OA.

#### Les points suivants ont été examinés :

- proposition de prise en charge des frais de transport dans les CSJ ;
- procédure de rattrapage des forfaits dans les nouvelles institutions ;
- proposition de nouvelles normes de compensation au niveau du personnel des CSJ ;
- adaptation de l'ancienneté au niveau du personnel infirmier dans le calcul de la partie A1 des forfaits ;
- accord social, financement des heures inconfortables (avec rattrapage) ;
- augmentation de la norme de personnel soignant dans les MRS ;

- proposition d'avis sur les fiches des besoins 2011 ;
- création du référent démence en MRS ; conditions d'accès, formation etc... ;
- 3<sup>ème</sup> volet, exclusion du Maribel fiscal ;
- modification de l'AM et de l'AR sur les centres de soins de jour ;
- financement du matériel d'incontinence et remboursement aux résidents ;
- financement des titres et qualification d'infirmier en gériatrie ;
- avenant à la convention entre les OA et les MR/MRS ;
- discussion sur l'arrêté relatif aux CSJ, notamment problématique de la souplesse dans les normes de personnel.

*Santhea a soutenu la mesure prise par la Commission de convention visant à financer le matériel d'incontinence dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins. En effet, cette mesure vient combler un vide et supprimer une injustice puisqu'elle permet, tout comme au domicile, aux résidents hébergés dans les institutions de bénéficier d'une intervention financière dans les frais liés à l'incontinence.*

• Dans le cadre de la Commission des conventions, deux groupes de travail ont été constitués :

• *Le groupe de travail démente*

Il a analysé, après avoir entendu des avis d'experts, la problématique de la démente.

Il en résulte un rapport remis à la Commission de conventions, dans lequel des propositions ont été formulées notamment :

- le référent démente ;
- la création d'une nouvelle catégorie de dépendance « D » ;
- la modification des normes de personnel soignant, liée à la création de cette nouvelle catégorie.

• *Le groupe de travail sur la facturation dans les maisons de repos, maisons de repos et de soins et centres d'accueil et de soins de jour*

Il a porté sa réflexion sur :

- le contenu de la facture du résident ;
- les suppléments ;
- le détail des médicaments dans la facture du résident ;
- la note de frais individuelle ;
- l'informatisation de la facturation ;
- carenet ;
- l'accès à eHealth ;
- la désignation d'un responsable établissement.





**Monsieur Christian Trolin (1)**

DIRECTEUR DU SECTEUR 3<sup>ÈME</sup> ÂGE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE HUY

**Monsieur Bernard Ribourdouille (2)**

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE D'ACCUEIL « LES HEURES CLAIRES »

**Nos membres réagissent ...**

Lors de l'entretien, Monsieur Trolin nous a reconnu que : « santhea apporte à ses affiliés une communication d'expériences, de conseils et d'expertise sur la problématique du vieillissement. » Il ajoute : « santhea met à disposition des logiciels permettant de mieux appréhender le financement INAMI ». Il insiste sur l'importance de la communication d'informations générales en rapport avec le vieillissement, et le relais avec les autorités publiques tout en mettant en lumière les particularités du secteur des personnes âgées.

Il émet le souhait que : « santhea envisage une transmission de l'information relative au vieillissement sous la forme d'une newsletter périodique et réfléchisse à une meilleure organisation de son site, dans le but de faciliter l'accès aux différents textes législatifs coordonnés et aux données actualisées permettant de mieux appréhender la programmation des lits par arrondissement ou permettant de dégager les perspectives du vieillissement par arrondissement ». Au niveau des formations, il suggère une extension de celles-ci en rapport avec les obligations du secteur, la constitution d'une base de données de référentiel-type ou de liens vers des sites qui en contiennent (par exemple sur la contention, la démence etc...). Il termine en proposant : « l'organisation d'un forum d'échange de bonnes pratiques, d'expériences novatrices et de réflexions sur le développement du secteur des personnes âgées ».

Quant à Monsieur Ribourdouille, il souligne : « la mise à disposition par santhea d'une information rapide sur l'évolution de la législation relative au secteur des personnes âgées, ainsi que la mise à disposition rapide d'une législation consolidée. Il insiste sur le fait que santhea favorise : « l'établissement de relations entre ses affiliés provenant de différents arrondissements ». Il

souhaite le renforcement de la représentativité de santhea dans les principaux organes de décision (INAMI, Région wallonne, Ministère de la Santé fédéral et régional ...) avec pour objectif de mieux relayer à ces niveaux les difficultés réellement vécues sur le terrain.

Il suggère pour l'avenir que santhea : « renforce son secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées, vu le défi démographique à venir et les conséquences que celui-ci va entraîner pour la prise en charge du vieillissement ».

Il propose : « la mise sur pied d'un groupe de travail technique portant d'une part sur le financement des MR-MRS et d'autre part, sur l'évolution de la vision de l'hébergement et de l'accueil des personnes âgées, permettant ainsi à santhea de mettre encore mieux en avant les valeurs qu'elle défend tant au point de vue technique qu'éthique dans le domaine de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées ». ■

## La formation continue - Un nouveau service de santhea pour ses affiliés - Programme 2010 « santhea – Unipso »

Un programme de formation a été mis sur pied par santhea, en collaboration avec Unipso, pour garantir le financement du complément fonctionnel dans le cadre des accords sociaux « 2005-2010 ». Ce programme de formation correspond en outre au cadre légal qui régit la formation des cadres infirmiers des secteurs hospitaliers et de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées (Arrêtés royaux des 13 juillet 2006 et 4 mai 2010). Enfin, il s'inscrit dans une demande de formation des chefs des services infirmiers de ses hôpitaux affiliés.

**Arrêté royal du 13 juillet 2006**, modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, détermine quelles formation de base et formation continue le chef du département infirmier, les infirmiers chefs de services et les infirmiers en chef doivent avoir suivi afin de pouvoir occuper ses fonctions. Les Cadres infirmiers suivront une formation permanente d'au moins 60 heures par période de 4 ans. (MB du 28 août 2006).

**Arrêté ministériel du 4 mai 2010** modifiant l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour les personnes âgées, article 7. (MB du 1<sup>er</sup> juin 2010).

**Courrier de l'Administration SPF du 12 novembre 2009** relative à l'octroi du complément fonctionnel et aux conditions de formation de base et formation continuée des Cadres.



La formation permanente est devenue obligatoire pour les Cadres infirmiers, depuis la parution de l'AR du 13 juillet 2006, et pour les Cadres des autres départements hospitaliers, des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), des maisons de repos et de soins (MRS), des maisons de soins psychiatriques (MSP) et des Initiatives d'habitations protégées (IHP), dans le cadre des Accords sociaux « 2005-2010 ».

En outre, les départements infirmiers des hôpitaux affiliés ont souhaité que santhea puisse organiser, avec et pour eux, un programme annuel de formation, orienté législation sociale au sens large, et management de façon plus spécifique.

Santhea a décidé de répondre favorablement aux demandes de ses affiliés, tant pour ce qui concerne la formation liée à l'octroi du complément fonctionnel, que pour la formation des cadres infirmiers.

## Les conditions de formation (de base et continue) sont applicables dans tous les secteurs concernés, comme condition de financement du complément fonctionnel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011

L'accord social 2005-2010 a prévu l'octroi d'un supplément au complément fonctionnel pour les fonctions des cadres précitées, pour autant que ce personnel ait 18 ans d'ancienneté pécuniaire, et dispose d'une formation dite « de base » (24 heures) et d'une formation continue (8 heures) en matière de réglementation sociale applicable au sein des Institutions. Ces programmes de formation doivent être avalisés par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Pour ce faire, un certain nombre de conditions doivent être réunies. Les formations se déroulent obligatoirement en Belgique, attestent d'une dimension pédagogique permettant une interaction « formateur-participants ». Les formateurs disposent d'une formation de niveau supérieur ou universitaire, ainsi que de connaissances suffisantes de par leur formation ou l'exercice habituel de leur fonction. La formation s'adresse au personnel des services de santé ayant une fonction d'encadrement infirmier, non infirmier, intra ou extra-muros. Le contenu de la formation porte, pour un volume de 8 heures au moins, sur la « Gestion des horaires » (heures supplémentaires, prestations irrégulières, travail de nuit, travail à temps partiel, ...), « le Bien-être au travail » (prévention et protection du travail, surveillance de la santé des travailleurs, ergonomie, ...) et la « Gestion d'équipes » (dynamique de groupe, gestion des connaissances, gestion du temps, communication efficace, ...).

## Un programme de formation effectif avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, pour garantir aux institutions le financement du complément fonctionnel, en tenant compte des spécificités professionnelles

**Les Cadres infirmiers hospitaliers** (Infirmiers chefs des départements infirmiers, Infirmiers chefs de services et Infirmiers en chef des unités de soins/services) doivent prouver le suivi de 60 heures de formation permanente par période de 4 ans, en vertu de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 précité. Ces 60 heures de formation comprennent notamment l'organisation et la gestion des ressources humaines, y compris le coaching. Ils répondent dès lors aux conditions donnant droit au complément fonctionnel, le programme de formation précité ne requérant pas l'aval du SPF Santé publique.

**Les Cadres non infirmiers** ayant droit au complément fonctionnel et qui disposaient d'une formation de cadre de santé ou d'une formation universitaire (en gestion et politique des soins de santé, en art infirmier et obstétrique, en promotion et éducation pour la santé ou d'une formation de gestionnaire de maison de repos et de soins), devaient avoir suivi un programme de formation de 8 heures avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, et sont tenus de le poursuivre chaque année pour conserver ce droit.

**Les Cadres non infirmiers** ayant droit au complément fonctionnel et qui ne disposaient pas d'une formation de cadre de santé ou d'une formation universitaire, devaient avoir suivi un programme de formation de base de 24 heures avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Afin de conserver ce droit, ils suivront chaque année un programme de formation continue de 8 heures.



## La garantie d'un programme de formation de qualité pour tous Quelques chiffres 2010

### Hôpitaux et services concernés : formation de 8 heures : 21 participants

ISPPC, Charleroi	Imagerie Médicale - Laboratoire
VALIDA, Bruxelles	Département paramédical
CHBAH, Seraing	Kinésithérapie
ISOSL – SM, Liège	Maison de Soins Psychiatriques
CHR, Huy	Département infirmier, Laboratoire, Kinésithérapie, Diététique. Personnel paramédical

### Hôpitaux et services concernés : formation de 24 heures : 24 participants

ISPPC, Charleroi	Imagerie médicale – Laboratoire – Diététique – Kinésithérapie – Ergothérapie – Logopédie
CTR, Bruxelles	Kinésithérapie
CHPLT, Verviers	Laboratoire
CHRN, Namur	Diététique
CITADELLE, Liège	Laboratoire
CSF, Chimay	Laboratoire
ISOSL, Liège	Coordinateur personnel paramédical – Coordinateur Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)
CHRVS, Sambreville	Kinésithérapie

### Secteur MRPA – MRS : formation de 24 heures : 26 participants

Taux de présence :	91 %
Taux de satisfaction :	84,7 %
Conformité des objectifs :	87 %
Qualité du contenu :	78 %
Qualités pédagogiques :	86 %
Qualité des formateurs :	95 %

## Qu'en pensent les participants?

### POINTS FORTS

- Maîtrise des sujets par les formateurs.
- Disponibilité des formateurs.
- Ambiance agréable.
- Climat de confiance, très grand respect.
- Echanges d'expériences, solidarité du groupe vis-à-vis de situations difficiles pouvant être rencontrées par tout un chacun.
- Diversité des participants : institutions, secteur, qualifications professionnelles.
- Acquisition d'outils : communication et relation avec le personnel, règles de fonctionnement, la planification des horaires, le harcèlement.
- Mise en perspective des méthodes de travail, des façons d'être.
- Réflexions et échanges au sujet de plusieurs notions, telles par exemple l'aspect « bouc émissaire » d'une fonction de cadre.
- Mise en évidence de « lacunes » dans l'exercice de la fonction de responsable.
- Poursuivre ce type de formation.

### POINTS À AMÉLIORER

- Interactions, jeux de rôles, documentation.
- Ajouter quelques heures supplémentaires de formation : expérimenter les nouveaux concepts et outils,...
- Disparité des groupes.
- La présence de plusieurs membres d'un même service pourrait être un frein à l'évocation d'éventuels problèmes par l'un ou l'autre participant, dans le cadre précisément du caractère interactif de la formation.



## Conclusion et perspectives

Au vu de ce qui précède et des avis plus que positifs de ses affiliés, santhea poursuit l'aventure, en 2011, en développant cette fois un programme de 4 formations, sur une période de 4 années, dans 4 lieux différents : Bertrix, Liège, Charleroi et Bruxelles.

Les formations sont réparties en 3 modules : « Législation sociale », « bien-être » et « gestion d'équipe ». Le module « législation sociale » prévoit 2 thèmes : hiérarchie des sources de droit et temps de travail, et les différents types de congés. Le module « Bien-être » abordera la prévention de l'épuisement professionnel et le module « Gestion d'équipe » investiguera plus particulièrement le positionnement du responsable d'équipe, les outils du manager et la motivation.

Chaque participant dispose d'une période de 4 années, pour suivre les matières prévues dans les prescrits légaux précités.

Santhea évalue en décembre le programme de l'année écoulée, sur base des avis pédagogiques complétés par chaque participant.

Une réflexion est actuellement en cours au sujet de l'éventuelle collaboration des directeurs des ressources humaines et des départements infirmiers des institutions affiliées.

**Sophie Monnier (1)**

DIRECTEUR ADMINISTRATIF ET DES RESSOURCES HUMAINES - CRP « LES MARRONNIERS »

**Colette Gérard (2)**

CHEF DU DEPARTEMENT INFIRMIER - CRP « LES MARRONNIERS »

## L'offre santhea, un programme commun, pour plus d'efficacité et d'échanges.

### La formation, un outil fondamental pour une prise en charge optimale des patients dans le secteur de la santé mentale

« Dans notre Institution, la prise en charge des patients peut se révéler très lourde dans ses aspects psychologiques. L'accent est dès lors mis depuis « toujours » sur la formation, en tant qu'outil d'accompagnement et de motivation du personnel. Plusieurs thèmes sont régulièrement abordés autour de la relation d'aide, la gestion de l'agressivité, la qualité de l'offre de soins, les prises en charge spécifiques selon les pathologies et la charge psycho-sociale à laquelle le personnel est confronté en permanence. Le programme de formation a également pour ambition d'aider le personnel à progresser, que ce soit dans un contexte « santé mentale » (colloques, séminaires, supervisions, immersions), dans un objectif de développement personnel et/ou dans une approche centrée sur la progression de la carrière (formation « passerelle », formation « 600 », master en santé publique, école des cadres de santé) ».

### Le département infirmier est tenu, depuis 2006, de suivre 60 heures de formation sur une période de 4 ans

« La direction du département infirmier a organisé à cette fin, un programme de formation en collaboration avec les hôpitaux généraux suivants : le CHU Tivoli, le RHMS et le CHWapi. Plusieurs orateurs internes et externes des institutions précitées ont abordé divers aspects du prescrit légal, comme par exemple le financement, l'enregistrement des données statistiques, la législation du travail, la qualité, les itinéraires cliniques, la gestion de la douleur, les droits des patients, le stress, l'agressivité, ... ».

### Le financement du complément fonctionnel subordonné au suivi de 8 ou 24 heures de formation, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011

« Nous avons été informés par circulaire du SPF de la concrétisation de la mesure de l'accord social « 2005-2010 » relative au paiement du complément fonctionnel. A l'instar de la plupart des institutions hospitalières, nous n'avons probablement pas mesuré tout de suite l'ampleur de nos obligations dans ce contexte. Plusieurs questions ont dès lors été posées, quant à l'agrément des formations, son caractère centralisé ou décentralisé, le délai de mise en pratique, l'harmonisation des critères d'octroi du complément fonctionnel, les budgets requis et le lien avec la formation obligatoire du département infirmier ».

Concrètement, « l'offre de formation de santhea s'est avérée être une opportunité pour répondre aux prescrits légaux, en garantissant l'octroi du complément fonctionnel, à un coût très avantageux pour des Institutions qui, rappelons-le, ne disposent tout de même pas d'un budget « formation » très élevé. Nous apprécions tout particulièrement le fait que les séances soient organisées à proximité de notre hôpital, la variété du programme et le choix laissé aux participants. La formation n'est pas cloisonnée puisqu'elle s'adresse au personnel des hôpitaux généraux, psychiatriques et du secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées. Elle permet dès lors des rencontres et échanges intersectoriels. Les avis des participants sont très positifs ».

« Ce programme correspond à l'état d'esprit du CRP Les Marronniers où les directions des Ressources humaines et du Département Infirmier travaillent de concert à la gestion de leur personnel. Un souhait pour l'avenir, associer le personnel de terrain au programme de formation, en lui donnant la possibilité de participer à l'un ou l'autre exposé, en fonction de son expertise ». ■

## La réforme de la santé mentale

Une fonction de conseiller en santé mentale a été mise sur pied au sein de santhea pour accompagner le processus de la réforme de la santé mentale et permettre ainsi une lisibilité accrue d'un secteur en évolution depuis de nombreuses années.

In extremis, la Conférence InterMinistérielle (CIM) du 26 avril 2010 a validé le lancement de la réforme de la Santé mentale. Ce projet, communément appelé 107, est avant tout une mise en œuvre de deux articles (11 et 107) de la loi coordonnée sur les hôpitaux<sup>1</sup> visant une logique de gel de lits afin de mettre en œuvre des circuits de soins et le travail en réseau.



1990. De nouvelles formes de soins ont vu le jour (création des MSP, IHP), via la loi du 10 juillet 1990. L'offre de soins en santé mentale a été transformée, développée avec une perspective réelle d'optimiser les ressources existantes aux bénéfices des personnes souffrant de problématique liée à la santé mentale.

Vingt ans après, nous voici dans une nouvelle réforme des soins de santé mentale. S'inspirant des modèles de prises en charge développés dans les pays voisins, les autorités compétentes en matière de santé mentale ont lancé un grand projet visant à améliorer le cadre global de l'offre de soins, concrétisant davantage le mouvement initié en 1990. Ce projet a été conceptualisé et diffusé via un guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins ».<sup>2</sup>

Cette réforme brasse large au niveau de l'offre de soins, car elle soutient fortement l'idée que tous les acteurs de la santé mentale doivent travailler en réseau autour de la personne prise en charge. Et même si la mise en œuvre de cette réforme a attiré toutes les attentions, nous n'oublions pas que d'autres domaines liés à la santé mentale ont été sujet à la réflexion (l'évolution des projets thérapeutiques, les SPAD, ...).

<sup>1</sup> Cfr La loi sur les hôpitaux et les autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

<sup>2</sup> [www.psy107.be](http://www.psy107.be)

## Santhea veut soutenir l'ensemble des acteurs œuvrant dans les circuits de soins autour du patient

### Trois approches ont été prises en compte :

1. L'accompagnement des structures hospitalières afin de les aider à comprendre le sens de la réforme, l'intérêt d'y participer et de construire un projet spécifique pour chacun en définissant les paramètres existants dans chaque réseau.
2. Permettre aux structures hospitalières d'exprimer leurs réalités et leurs désaccords sur ce qui leur semble inadapté dans le cadre de la réforme par rapport à leur propre situation.
3. Soutenir et œuvrer à la création et/ou au maintien des liens entre les différentes structures du réseau santé mentale.

Santhea soutient l'approche centrée sur le patient, au bénéfice de ce dernier, et s'engage à collaborer avec les institutions qui souhaitent conceptualiser un projet mais aussi à soutenir l'intéressante complémentarité des acteurs dans la concrétisation de leur projet.



## Parler de réseau, c'est évoquer l'ensemble des services existants permettant une prise en charge adaptée à la problématique de chaque personne souffrant de maladie mentale

Au niveau hospitalier, il est indispensable que santhea s'attache à comprendre la réalité du réseau de chacun de ses membres, les liens fonctionnels qu'ils tissent ainsi que les contacts informels mis en place dans le réseau.

En effet, il est capital de pouvoir rencontrer les attentes du réseau extra-hospitalier et ambulatoire. Les structures de type MSP et IHP, souvent dépendantes d'une structure hospitalière, doivent être prises en compte de manière indépendante parce qu'elles trouvent clairement leur place dans cette réforme.

Les structures ambulatoires (Service de santé mentale, convention INAMI, ...) sont aussi soutenues. Santhea rappelle la place importante qu'elles occupent dans le réseau de soins. Pour rappel, les principaux objectifs thérapeutiques de ces établissements sont de remédier à une « désadaptation sociale » liée à une pathologie psychiatrique. C'est-à-dire qu'ils prennent en charge des situations où la problématique entraîne une altération des fonctions psychiques et relationnelles conduisant à des répercussions sociales négatives (retrait social, perte d'emploi, apragmatisme, conduites sociales inadéquates, conflits intra-familiaux, manque d'autonomie, marginalisation...).



## Quelques points d'interrogations subsistent

Les éléments dont nous disposons en cette année 2010 ne suffisent pas à lever la perplexité régnant autour du projet. A ce moment, la crainte est clairement de voir, dans cette réforme, un moyen de diminuer le budget alloué aux hôpitaux.

Les structures ambulatoires ne sont pas forcément ravies d'être sollicitées pour rentrer dans un projet mené par les hôpitaux, dont les moyens sont différents, sans compensation financière à leur bénéfice.

### Quelques questionnements :

- la place du médecin dans cette nouvelle forme de soins et les honoraires médicaux;
- le gel des lits et son impact futur sur le bien-fondé de cette réforme;
- l'impact sur le budget de chaque hôpital;
- l'apport de financement complémentaire (moyens que les autorités vont octroyer pour réussir la réforme);
- l'intégration du personnel dans le processus;

- quel avenir pour les pratiques que, de manières diverses, les institutions hospitalières ont déjà mis en place et qui entrent dans l'esprit de la réforme.

Bien que la réflexion autour de ces points a permis une approche plus précise, la prudence face au projet reste de mise. Une majorité d'acteurs du secteur à pourtant compris le caractère pertinent et assertif de ce que souhaitent mettre en œuvre les différentes autorités (fédéral, communauté et région) impliquées. Pour sa part, santhea entend que les autorités respectent leurs engagements qu'aucun acteur qui souhaite participer au projet ne subisse de dommage financier. C'est spécialement vrai pour les médecins dont la rémunération ne devrait pas être affectée par le fait qu'ils se mobilisent en faveur de cette nouvelle forme de prise en charge.

Les modalités de l'appel à projet ont suscité diverses questions tant au niveau de la concrétisation des objectifs opérationnels que des liens nécessaires à la conceptualisation du réseau.

## La majorité des structures membres à santhea ont rendu une déclaration d'intention auprès du SPF Santé publique pour le 30 juin 2010

Le réseau bruxellois a manifesté ses inquiétudes car la situation en nombre de lits n'est pas la même que dans les deux autres régions. Effectivement, il n'y a pas, à Bruxelles, un nombre de lits hospitaliers (A et T) aussi important qu'en Wallonie et en Flandre. En raccourci, il n'y a pas de lits à geler.

Finalement, 24 projets ont été évalués pour l'ensemble du territoire dont quatre à Bruxelles et sept en Wallonie. A l'issue de la première phase, trois à quatre projets pourraient débuter en 2011 dont deux à trois liés à santhea.

Dans la mesure où santhea représente 50,3% des lits en hôpital psychiatrique en Wallonie, il semble logique que santhea soit actif dans le processus mis en place.

## Et le lien avec les instances consultatives

Au sein du groupe permanent psychiatrie du CNEH, plusieurs sous-groupes de travail se sont réunis. La discussion concernant la programmation des lits K continue et elle a été élargie vers un travail plus global sur l'offre de soins en pédopsychiatrie en Belgique. Un sous-groupe de travail sur la problématique des assuétudes a été mis sur pied. Ces deux sous-groupes montrent la volonté de réfléchir à l'offre de soins en santé mentale de manière holistique.

Santhea contribue activement à la construction de ces travaux avec cette même logique.

A l'INAMI, les projets thérapeutiques devaient prendre fin en mars 2011. La question de la prolongation d'un an est évoquée. Un groupe de travail du Comité de l'Assurance s'est mis en place avec pour objectif, dans le cadre également de la réforme de la santé mentale, d'organiser et de financer la concertation autour du patient psychiatrique.

A l'instar des positions prises par santhea dans le cadre de l'élaboration et de la mise en place des projets thérapeutiques, santhea est attentif à la construction de cette nouvelle concertation.





## Conclusion

Malgré certaines réticences, la majorité des hôpitaux psychiatriques trouve dans l'idée de la réforme une opportunité soit, pour certains, de consolider des processus existants dans la construction du réseau soit, pour d'autres, de permettre d'opérationnaliser leur volonté de créer des liens au sein de leur réseau.

D'autres structures ont marqué leur intérêt mais la formule proposée ne leur est pas encore accessible, essentiellement par manque de lits à geler.

Santhea sera attentif à ce que les autorités adaptent le cadre de la réforme en permettant à l'ensemble des structures hospitalières de participer à ce projet.

Nous sommes attentifs à ce que l'année 2011 va proposer dans ce premier défi de mise en route de la réforme « 107 ». Nous en avons déjà beaucoup parlé. Espérons vraiment un aboutissement vers une réelle optimisation de la prise en charge dans le réseau de la personne souffrant de maladie mentale.



**Dominique Depuydt**

DIRECTEUR ADMINISTRATIF DE L'ASBL L'ÉQUIPE

## Un rôle nouveau pour les responsables administratifs au sein des structures en santé mentale

Les structures non hospitalières actives dans le secteur de la santé mentale souhaitent la reconnaissance et la visibilité qu'elles méritent. C'est l'avis de Dominique Depuydt, directeur administratif de l'asbl l'Equipe. Il entend que santhea soutienne les structures en santé mentale et leurs responsables dans leurs démarches.

« Malgré le fait que nous soyons sans gouvernement fédéral de plein exercice depuis plus d'un an, l'on sent très nettement l'amarce d'une dynamique nouvelle au sein des institutions de santé mentale. Non seulement les projets-pilote 107 créent un réel intérêt parmi les acteurs du secteur mais en plus différentes fédérations professionnelles dont santhea mettent plus nettement les différentes problématiques de la santé mentale à l'agenda des préoccupations et réflexions de leurs membres.

La chance ou la clairvoyance des initiateurs de ce projet ? a voulu que la réforme de la politique de la santé mentale initiée par le Cabinet fédéral de la santé via ce fameux 107<sup>2</sup> soit acceptée et lancée juste avant la chute du gouvernement. C'est ainsi que les différents et multiples acteurs de la « filière » ont été d'une manière ou d'une autre sollicités par les promoteurs des projets 107 dont les hôpitaux psychiatriques ou les hôpitaux généraux avec un département psychiatrique, acteurs centraux des projets. **L'idée maîtresse de décloisonner les structures et les acteurs du secteur de la santé mentale en les associant obligatoirement à des projets visant toutes les étapes par lesquelles un patient est susceptible de passer durant son parcours, est particulièrement bien ressenti par les structures qui font de l'extra-hospitalier et de l'ambulateur depuis de nombreuses années** sans avoir toujours la reconnaissance et la visibilité qu'elles méritent. Il s'agit souvent de petites équipes de travail disséminées à travers le pays et gérées par des associations sans but lucratif subsidiées par différents pouvoirs publics ayant une parcelle de compétences en matière de santé (Inami, Santé publique fédérale, Cocof, Région wallonne,...)<sup>2</sup>.

A côté de tous les défis (spectre de la régionalisation de la santé, financement à court et moyen terme, fonctionnement du partenariat, métamorphose d'équipes hospitalières en équipe d'intervention mobile dans le milieu de vie du patient,...) que devront affronter ces nouveaux projets, se profile la question cruciale et toujours récurrente dans notre

secteur de l'évaluation. Et dans le cas évoqué, il s'agira d'évaluer cette expérience-pilote qui si elle est concluante devrait orienter la nouvelle politique de santé mentale. On touche là une question délicate vécue de manière très différente selon que l'on soit acteur de terrain ou bailleur de fonds. Le souhait du pouvoir subsidiant d'évaluer les résultats du travail se heurte constamment aux acteurs de terrain. Sont en présence deux visions quasi opposées qui ne se rencontrent que très rarement. De manière très simplifiée et caricaturée, on peut dire que les uns, ayant une logique plutôt quantitative et administrative, estiment qu'il faut pouvoir vérifier si les moyens octroyés donnent des résultats justifiant l'investissement, les autres dans une logique plus qualitative et thérapeutique ne veulent pas réduire leur travail à des chiffres qui ne rendent pas bien compte de la richesse du travail fourni et des résultats obtenus souvent peu quantifiables. Comment se faire rencontrer ces deux logiques chacune porteuse de leur légitimité ?

**Peut-être qu'une piste serait de donner plus d'importance à une fonction aujourd'hui plutôt dans l'ombre et dont le rôle n'est pas toujours reconnu surtout dans les plus petites institutions où elle n'est même pas toujours présente, je veux parler des responsables administratifs,** ils sont d'une part proches du terrain et des acteurs thérapeutiques voire des patients. Ils vivent donc de très près la réalité du travail quotidien et ils sont en même temps les interlocuteurs directs des pouvoirs publics et en relation avec eux. Ces administratifs sont a priori plus à même de comprendre et parler le même langage des deux « frères ennemis » évoqués plus haut. Ils peuvent dès lors mieux faire passer les messages et tenter de trouver la synthèse quand les uns et les autres discutent d'évaluation et aider à construire le dialogue. Idéalement aussi bien les pouvoirs publics que les pouvoirs organisateurs des institutions devraient prendre conscience de cette possibilité qui s'offrent à eux et accorder à ces responsables administratifs la reconnaissance qui leur faut pour jouer ce rôle nouveau... Cela implique sans doute aussi un renforcement du pôle administratif des asbl qui est souvent le parent pauvre des institutions. » ■

<sup>1</sup> Pour plus d'informations voir le site internet [www.psy107.be](http://www.psy107.be)

<sup>2</sup> Il y aurait sans doute beaucoup à dire de cette dispersion des moyens et des compétences mais tel n'est pas le propos de cet article

## La médiation hospitalière Symposium du 18 novembre 2010<sup>1</sup>

Santhea a organisé au CHR de Namur, le 18 novembre 2010, conjointement avec sa cellule de médiation « Le Médiateur Hospitalier », un symposium sur la médiation hospitalière. La journée était placée sous les auspices de madame Eliane TILLIEUX, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances au Gouvernement Wallon.



**Deux thématiques y ont été auscultées : un questionnement autour des modalités de traitement des dossiers de médiation, et une réflexion concernant l'intérêt de mettre sur pied un programme de formation à la communication pour les praticiens professionnels hospitaliers.**

Depuis 2003, l'expérience montre en effet que les médiateurs hospitaliers sont confrontés régulièrement à des questions récurrentes sur leur rôle : le médiateur peut-il prendre position ? Le médiateur peut-il rendre un avis conclusif sur ce qu'il estime être le bien-fondé de la position de chaque partie ? Comment aboutir à un résultat, par le biais de la médiation, lorsque le médiateur intervient presque toujours au terme d'un épisode de soins ? Par ailleurs, est-il possible d'amener les parties à un consensus ?

Le processus de médiation a également été abordé sous un angle plus « marketing », en référence à l'obligation légale de développement d'axes préventifs.

Des médiateurs de terrain, avocats pour la plupart, confrontés à l'expérience de la médiation dans divers secteurs dont celui de la presse, sont intervenus avec beaucoup de professionnalisme.

L'après-midi était orienté « formation » en postulant que la médiation hospitalière est une opportunité de formation des praticiens professionnels et d'évolution des pratiques hospitalières.

<sup>1</sup> Marketing, un gros mot à l'hôpital ? Vincent Claes, in Le Journal du Médecin du 30 novembre 2010.

## Augmenter les compétences des praticiens hospitaliers en matière de gestion des conflits

Les options de la médiation et de la formation à la communication apparaissent de plus en plus comme voies potentielles de développement de ces compétences. Plus précisément, la formation à « l'étude de cas » en tant qu'étape préalable à la rencontre des parties, devrait augmenter la capacité des praticiens à communiquer avec empathie. Ce faisant, ils pourraient alors diffuser les grands principes de la médiation et les bénéfices que tous peuvent en attendre, au sein de leur entourage professionnel.

Madame la Ministre Eliane Tillieux ne disait-elle pas, en clôture des travaux : « Je souhaite insister sur l'importance de la prise en compte des praticiens professionnels, en tant que partenaires privilégiés de la démarche de médiation, sur l'évolution des pratiques hospitalières que ce type de démarche peut induire et enfin sur la valeur ajoutée en terme de qualité pour nos institutions.

La médiation s'impose de plus en plus comme le support indispensable pour faciliter la communication entre des acteurs aux références et enjeux distincts, telle une passerelle structurée réinstaurant un dialogue et un respect mutuel, seuls garants d'une relation positive ».

## L'erreur est inévitable, l'erreur est une faute, masquons-la. Le patient restera le plus souvent passif

Une démarche globale, cherchant à impliquer les acteurs, a été initiée par santhea et le Médiateur hospitalier, au sein de l'hôpital de Huy, de concert avec la société BAConsultants. Un des angles d'approche a consisté à s'interroger sur le meilleur parti à tirer de la loi sur les Droits du patient. Un comité d'accompagnement, composé paritairement de praticiens infirmiers et médicaux, était chargé d'évaluer et de conduire l'action de formation, et de réfléchir à la place de la médiation dans la pratique hospitalière.

Le projet d'intervention avait pour objectif de renforcer la compétence des praticiens à communiquer positivement avec le patient dans le traitement des éventuelles plaintes qu'il pourrait formuler. Le second axe du projet consistait à faire évoluer, voire modifier, la culture des institutions en matière de perception et de traitement des erreurs, et faire de la Loi sur les Droits des patients un levier de l'évolution des processus de l'hôpital.

Plusieurs idées sont largement répandues autour de la notion « d'erreur », au sein de nos hôpitaux. L'erreur est inévitable, c'est en traitant les erreurs que l'on a des chances de les corriger. Plus l'erreur est traitée rapidement, moins elle coûte, mais aussi, l'erreur est le point de départ de toutes les démarches « qualité ». C'est dans ce contexte que **3 niveaux d'impacts potentiels de la médiation** ont été étudiés : le processus de désamorçage voire de prévention des conflits, le processus d'apprentissage et le processus de changement des pratiques de l'hôpital.



## Le processus de désamorçage, voire de prévention, un idéal à viser

C'est la première dimension de la médiation : réduire le potentiel conflictuel des insatisfactions des usagers concernant les soins reçus. C'est aussi une opportunité pour anticiper. Lorsque le personnel constate une erreur, il prévient sa hiérarchie qui peut décider de prendre les devants, de discuter de l'évènement avec le patient et/ou éventuellement ses proches afin de réduire encore la dimension du conflit potentiel.

Dans certaines circonstances, il se justifierait que l'hôpital décide d'impliquer un médiateur à ce stade du traitement de l'erreur.

## Le processus d'apprentissage

C'est à ce niveau que la formation à la communication, dans l'esprit de la médiation, trouve son utilité : mieux désamorcer le conflit par une meilleure capacité des personnels à entendre la plainte et à formuler leur point de vue.

Les incidents traités par la médiation peuvent aussi servir à faire progresser tous les personnels de l'institution en les faisant réfléchir sur les conditions de la qualité des services qu'ils rendent.

Cela passe par une communication à tous des sujets traités par la médiation et des solutions qui ont été mises en œuvre pour éviter que les incidents se reproduisent, quelle qu'ait été l'issue de la médiation.

L'objectif est de cesser de faire de l'incident, voire de l'accident, un évènement honteux et de le traiter par la médiation. Il s'agit aussi d'en tirer parti pour développer les compétences des personnels. C'est le côté « organisation apprenante » dans laquelle la hiérarchie joue un rôle déterminant.

## Le processus de changement des pratiques de l'hôpital

Cette troisième dimension est d'autant plus importante que l'expérience montre que dans les organisations, la « non qualité » est généralement imputable pour environ 80% à des problèmes liés à l'organisation, aux processus, à la qualité des procédures et à la connaissance de ces matières par le personnel.

La médiation et ses résultats peuvent aussi faire réfléchir l'institution sur son fonctionnement et entraîner des améliorations de processus ou d'organisation ou encore la formalisation des procédures.

A ce propos, madame la Ministre Eliane Tillieux a souligné l'intérêt de nouvelles stratégies, telle par exemple la mise au point d'un logigramme de plainte pour faire progresser la stratégie de médiation.

## Conclusion

La médiation est une opportunité de formation des praticiens professionnels. C'est aussi l'occasion d'insister sur leurs droits et devoirs, en leur garantissant qu'ils peuvent être défendus, les rendant dès lors plus forts pour oser affronter plus ouvertement les difficultés. Il faudra donc veiller à ce que le personnel ait bien pris connaissance de la plainte qui sera traitée en médiation et dans laquelle il est impliqué.

Nous savons tous la difficulté qu'il y a à mettre en œuvre des changements au sein des organisations. Une des convictions de tous les sociologues qui réfléchissent le changement est que lorsque la nécessité du changement est le fruit d'une pression de l'environnement, sa nécessité apparaît plus acceptable, et son caractère inéluctable s'impose.



### Docteur Pascal TRINCO (1)

MÉDECIN CHEF DU SERVICE DES URGENCES DU CHR DE HUY

### Monsieur Sébastien SOHET (2)

INFIRMIER EN CHEF DU SERVICE

DE RÉANIMATION CHIRURGICALE DU CHR DE HUY

#### Docteur Pascal TRINCO :

#### Une nouvelle façon de « voir » les plaintes

Suite à ma participation au projet de formation, « j'envisage la rencontre avec le médiateur comme un moyen de mieux comprendre les motifs de la plainte, et de ne pas rester sur la défensive en essayant de me justifier à tout prix. Je recherche, dans le cadre de chaque plainte, les éléments susceptibles de rebondir et d'améliorer encore la qualité du travail fourni par le personnel du service. Mon équipe et moi, sommes désormais plus ouverts aux critiques du patient et à son ressenti. Nous avons compris à quel point l'empathie avec le patient reste primordiale ».

« Je retire personnellement un certain nombre d'avantages, comme par exemple l'acquisition de nouvelles bases en matière de communication, ainsi que des techniques pour la gestion d'éventuels conflits ».

#### Les enseignements pour l'avenir

« Notre formation universitaire ne prévoit pas de formation relative aux règles élémentaires de la communication. Cette situation est vraisemblablement à l'origine d'une série de plaintes qui auraient pu être évitées si le corps médical était mieux formé à la gestion des situations conflictuelles avec un patient et/ou avec son entourage ». ■

#### Monsieur Sébastien SOHET :

#### Intégrer quelques concepts de communication dans sa pratique, une prévention de première nécessité

« Grâce à la formation, j'ai acquis une connaissance plus précise des missions et de la réalité du processus de médiation. Ceci m'a conforté dans l'idée que le médiateur hospitalier est une ressource encore trop souvent sous-utilisée. Une connaissance réciproque et le développement d'un climat de confiance seront de nature à améliorer et rendre plus contributifs les échanges ultérieurs.

Il a en outre été intéressant de revoir quelques notions théoriques relatives à la communication comme par exemple les canaux de communication, le mécanisme du conflit, la position du médiateur, les différents niveaux de compréhension et d'incompréhension. Un module « conduite de réunions » était également prévu dans le programme, ce qui nous a permis de réfléchir à nos pratiques en la matière ».

J'ai apprécié que l'accent ait été mis sur le « terrain » et la « pratique quotidienne », au travers de tests, mises en situation et études de cas par des formateurs de qualité.

Je retiens l'importance de mieux se connaître, l'idée de s'appuyer sur ses points forts en compensant ses points faibles. Le module de formation ne permet pas d'acquérir les réflexes analytiques d'un psychosociologue, mais il permet d'abandonner progressivement les mauvais comportements. Le programme de formation aide à mettre en place une méthodologie d'analyse et de remédiation des situations vécues » ■

## ACCORD SOCIAL – BILAN 2010

Dans un contexte politique difficile, l'année « sociale 2010 » a été riche en débats dont l'aboutissement, un mini accord social 2011, n'illustre que très peu l'ampleur et l'intensité. Santhea a traversé cette année en passant successivement de l'incertitude à l'espoir, de l'espoir à la désillusion puis de la désillusion à un nouvel espoir.

### Un contexte politique difficile

La vie politique, économique et sociale de notre pays a, au cours du second semestre de l'année 2010, été grandement impactée par les résultats des élections du mois de juin 2010.

L'air du temps imposait la prudence tandis que la notion d'affaires courantes ponctuait sans relâche les communiqués de presse et autres propos politiques.

Bien qu'elle nous soit devenue familière, cette notion d'affaires courantes reste cependant quelque peu nébuleuse.

Qu'est-ce donc ? Quelles en sont les limites ? Est-il possible de conclure un accord social dans ce contexte ?

Le fait que la notion d'affaires courantes n'est légalement définie nulle part, en rend les contours plutôt flous.

On considère généralement qu'elle désigne un ensemble de décisions de gestion journalière indispensables à la continuité du service public ou qui ne souffrent pas de retard. Par conséquent, elle ne peut, a contrario, couvrir des choix politiques nouveaux.

Un accord social sectoriel peut-il dès lors être considéré comme s'inscrivant dans la notion d'affaires courantes ? On pourrait assurément se poser la question.

Bien que les interprétations que donnent les différents acteurs de la vie politique et sociale à la notion d'affaires courantes soient sensiblement divergentes et sources de polémiques, force est de constater que le Gouvernement fédéral a continué à exercer ses compétences dans les limites qu'il a lui-même fixées, assouplissant au fil du temps la marge de manœuvre fort restreinte qui lui était initialement laissée.

C'est ainsi que se sont malgré tout engagées les négociations visant à conclure un nouvel accord social pour les secteurs fédéraux des soins de santé.

## Une année riche en débats

Les prémices des discussions qui s'engageront fin 2010 remontent au mois de mars 2010. En effet, suite à l'annonce par la Ministre de la Santé publique de sa volonté d'entamer lesdites négociations, santhea lui avait transmis, à la fin du 1er trimestre de l'année 2010, un cadastre précis des mesures qu'elle souhaitait voir intégrées dans l'accord social à négocier.

Santhea souhaitait, ce faisant, rappeler à la Ministre les grandes orientations traditionnellement défendues par la fédération, lui faire part des priorités, besoins et préoccupations majeurs de ses membres et enfin, insister sur le fait qu'un accord social se doit, pour pouvoir être correctement exécuté, de prendre en compte les objectifs et intérêts de l'ensemble des partenaires sociaux.

Il était bien sûr question à l'époque de conclure un accord quinquennal, s'inscrivant ainsi dans la droite ligne de ce qui se faisait dans les secteurs fédéraux de la santé depuis une décennie.

L'intention initiale de la ministre était d'arriver à la conclusion d'un accord pour le 15 septembre 2010. La chute du Gouvernement fédéral et les élections du mois de juin qui s'ensuivirent contraindront cependant Madame Onkelinx à revoir ses objectifs.

## Changement de cap

Dès le mois d'octobre 2010, eu égard à l'absence prolongée d'un Gouvernement de plein exercice, il était devenu évident qu'un accord quinquennal ne pouvait plus être envisagé dans l'immédiat. Un engagement à si long terme aurait en effet outrepassé de manière indéniable les compétences du Gouvernement fédéral démissionnaire.

Le Gouvernement fédéral en affaires courantes ayant pu dégager un budget destiné à financer un « mini-accord social » pour l'année 2011, la Ministre de la Santé publique a alors soumis un 1er projet d'accord aux partenaires sociaux et les négociations ont réellement pu commencer.

## Mini budget, Mini accord

Le budget disponible étant très limité, nous savions dès le départ que la portée des mesures de cet accord le serait également.

Il fut alors convenu entre les partenaires sociaux et la Ministre que cet accord social 2011 serait conclu dans la perspective d'un futur accord pluriannuel cohérent, tout particulièrement en matière de création d'emplois, à conclure dès que possible.

Les négociations ont commencé sur base d'un cadre commun aux secteurs public et privé, sauf points spécifiques à l'un ou l'autre secteur.





## Le choix de la Ministre

Très rapidement, nous avons malheureusement constaté que la Ministre de la Santé publique avait fait le choix de ne retenir aucune des revendications patronales comme base de travail alors même qu'elle prenait en compte les revendications syndicales. Santhea n'a pas manqué de dénoncer ce choix mais n'a pas eu d'autre possibilité que négocier sur cette base.

Dans un premier temps, les négociations se sont ainsi articulées autour des thèmes principaux suivants : le deuxième pilier de pension, les primes syndicales, la création d'emplois à bas salaires, le pouvoir d'achat sous la forme de l'extension des prestations inconfortables (secteur privé), et enfin, les compensations au coût de la statutarisation (secteur public).

Ensuite, mi-décembre 2010, trois revendications syndicales supplémentaires sont apparues dans le texte soumis à la négociation par le cabinet. Elles portaient sur les congés annuels et les effectifs minimaux dans les services non-normés ainsi que, pour le secteur public, sur la transformation des « compensations au coût de la statutarisation » en « incitants à la statutarisation ». Les tensions entre les partenaires sociaux se sont alors cristallisées sur ces mesures dont le contenu avait été jugé inacceptable par le banc patronal dans son ensemble.

## Beaucoup de bruit pour rien ?

Certainement pas.

En effet, bien que 2010 s'est terminée sans qu'un accord social ait pu être conclu, les négociations n'en ont pas moins progressé de manière notable. L'espoir d'arriver à un accord équilibré subsistait en fin d'année et tant la Ministre de la Santé publique que les partenaires sociaux entendaient poursuivre leurs efforts en 2011 pour y arriver.



## AWAGES/ABRUGES

En 2010, le projet AWAGES/ABRUGES a fêté ses 3 ans. Ce projet, qui consiste en la collecte d'informations auprès des institutions membres, 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), a considérablement grandi au cours du temps, et ce, tant en termes de modules présents au sein de la base de données que de ressources humaines et de rapports publiés. Cette année aura, à l'instar des précédentes, été riche en production et en évolution.

Au niveau des rapports, les traditionnelles études sur le BMF, le forfait PHARMA et les montants de référence ont été mises à disposition des membres. Il est également important de noter que l'étude des montants de référence 2009 a considérablement influencé le travail de la multipartite en 2010 : un certain nombre de problèmes du système mis en avant dans le rapport ont donné lieu à des recommandations de modification du système. Il s'agit donc là d'une nouvelle preuve de l'importance du projet et de l'impact qu'il peut avoir sur les membres de santhea. Toujours en termes d'utilisation des données, soulignons également les ressources primordiales que celles-ci représentent dans le cadre des différentes réunions et groupes de travail auxquels les collaborateurs de santhea participent en vue de défendre l'intérêt de nos membres.

En ce qui concerne le développement de la base de données, nous avons travaillé sur deux axes. D'une part, nous avons commencé à consolider les modules existants, afin de s'assurer de la bonne qualité des données mises à disposition des hôpitaux. D'autre part, nous avons entamé le développement de nouveaux modules, notamment le Résumé Psychiatrique Minimum (afin de répondre à une demande des institutions psychiatriques), la comptabilité générale et analytique, la facturation (actuellement en pause afin d'analyser et de chercher des solutions aux problèmes relatifs à la vie privée que ce module posent), la satisfaction des patients (dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité) et le RHM (RCM+DI-RHM).

Enfin, l'année 2010 aura également été marquée par la réflexion menée relative au choix de nouveaux outils. En effet, afin d'améliorer la présentation, l'analyse et la mise à disposition des données se trouvant dans la base de données, nous avons rencontré plusieurs firmes actives dans le domaine de la Business Intelligence en vue de comparer différents produits existants et de sélectionner les outils les plus adéquats. Notons par exemple le rapport 2010 du forfait PHARMA qui se présente sous la forme d'un PDF dynamique permettant aux utilisateurs d'analyser les données en effectuant un drill-down sur les données qu'ils souhaitent analyser plus en profondeur. L'objectif pour 2011 sera la mise en place de plusieurs de ces outils afin d'améliorer encore le service aux membres.

Comme d'habitude, le traditionnel comité de pilotage s'est réuni fin décembre 2010 et a permis de faire le point sur le travail effectué en 2010 et sur les orientations que prendra le projet en 2011 et au cours des années suivantes.



## MEDICAMENTS

Depuis 2010, de nouvelles spécialités pharmaceutiques ou de nouvelles indications sont remboursées malgré l'avis négatif ou l'absence d'avis de la Commission de remboursement des médicaments. Les spécialités et indications concernées sont précédées de la lettre T dans la liste de publication. Santhea souhaite préciser le contexte d'une mesure qui permet au patient d'accéder plus rapidement à de nouveaux traitements.

L'Arrêté royal du 11 février 2010 (Moniteur belge du 18 février 2010) a introduit de nouveaux articles 81 et suivants à l'Arrêté royal du 21 décembre 2001.

Après que de nombreuses spécialités aient reçu un avis négatif de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM), il s'est imposé que de nouvelles dispositions devaient pouvoir être prises pour palier, entre autres, les incertitudes sociales ou budgétaires de cet avis négatif.

En effet, un avis négatif était souvent donné soit parce que les évidences cliniques étaient encore faibles soit parce qu'il y avait une discordance entre le nombre de patients tel que suggéré par la firme et l'analyse faite par les experts de la CRM soit parce qu'il y avait une incertitude sur la posologie qui serait effectivement utilisée soit encore parce que la base de remboursement demandée n'était pas en concordance avec la valeur clinique telle que décrite par la firme. Souvent aussi, les demandes de baisses de prix demandées par la CRM étaient impossibles à accepter par les firmes, eu égard à leur politique de cohérence des prix au niveau européen.





Les nouveaux articles de l'Arrêté royal permettent l'inscription temporaire (d'où la lettre T mise en regard de la publication) de certaines spécialités après l'examen d'une demande faite par la firme de pouvoir conclure une convention avec l'INAMI.

Si le Ministre des Affaires sociales accepte la demande de convention, un groupe de travail (GT) est formé, comprenant des représentants du Comité de l'Assurance, de la firme qui a introduit une demande, des cabinets Budget et Affaires sociales, du SPF Economie et de [pharma.be](http://pharma.be). Lors des travaux du GT, des propositions de partage du/des risque(s) sont discutées avec la firme : conventions prix/volume (budget maximal acceptable pour le GT), déconnexion (la firme reverse une partie des sommes perçues à l'INAMI), compensations par baisse(s) de prix sur d'autres spécialités de la firme, etc. Une combinaison de ces différentes approches est possible.

Les conventions permettent donc l'accès au remboursement pour de nouvelles spécialités ou de nouvelles indications que l'on pense être d'utilité pour les patients, en contrôlant une

bonne partie des risques surtout budgétaires, alors qu'auparavant l'accès était refusé pour ces raisons.

Les conventions ont une durée de maximum 3 ans à l'issue de laquelle une nouvelle demande classique d'accès au remboursement peut/doit être faite, mais en disposant alors de données que l'on espère plus fiables.

A ce jour des conventions ont déjà été conclues pour le Flolan<sup>®</sup> (hypertension artérielle pulmonaire), le Firazyr<sup>®</sup> (médicament orphelin pour le traitement de l'angio-œdème héréditaire) le Targinact<sup>®</sup> (anti douleur puissant avec nettement moins de problèmes de constipation induite par les opiacés), le Prolia<sup>®</sup> (un médicament contre l'ostéoporose), le Toricel<sup>®</sup> (des éponges imprégnées de fibrinogène pour maîtriser des saignements pré-opératoires), le Chondrocelect<sup>®</sup> (première thérapie cellulaire pour lutter contre la dégénérescence du cartilage du genou).



Liste des membres	52
Liste des membres du conseil d'administration de santhea	58
Liste des collaborateurs	60

# Liste des membres

## Hôpitaux

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



Centre régional de Soins Psychiatriques «Les Marronniers»

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

**MR/MRS/CAJ/CSJ/CS/RS**

1	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	Villers-L'Evêque
2	Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)	Flémalle
3	Home Sainte-Thérèse (CPAS)	Vielsalm
4	La Cigale (INTERSENIORS)	Waremme
5	L'Heureux Séjour (ISPPC)	Courcelles
6	Le Bel Abri (ISPPC)	Farciennes
7	Le Mariemont Village (ASBL)	Mariemont
8	Le Mont Falise (CHRH)	Huy
9	Les Heures Claires (LES HEURES CLAIRES)	Spa
10	Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)	Waremme
11	Les Murlais (ISOSL)	Liège
12	Les Tournesols (ISOSL)	Liège
13	M.R. La Kan (AIOMS)	Aubel
14	M.R. Sainte Famille (CPAS)	Thimister-Clermont
15	M.R.S. Philippe Wathelet (CHPLT)	Stoumont
16	M.R.S. Quiétude (ISPPC)	Montigny-Le-Tilleul
17	M.R.S. Saint-Antoine (VIVALIA)	Saint-Mard
18	M.R.S. Saint-Gengoux (VIVALIA)	Vielsalm
19	M.R.S. Saint-Joseph (AIOMS)	Plombières
20	Résidence Amandine (CHRH)	Wanze
21	Résidence Chantraine (INTERSENIORS)	Saint-Nicolas
22	Résidence Dejaifve (CHRVS)	Fosses-la-Ville
23	Résidence Domaine du Château	Flémalle
24	Résidence des Hauteurs (ISOSL)	Liège
25	Résidence do Grand Fa (CPAS)	Malmedy
26	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	Ans
27	Résidence Eglantine (INTERSENIORS)	Seraing
28	Résidence Grandgagnage (CPAS)	Villers-le-Bouillet
29	Résidence Isabelle (CHRH)	Amay
30	Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS)	Jemeppe-sur-Meuse
31	Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)	Ougrée
32	Résidence Le Chalon (C.H. DES HAUTES FAGNES)	Chimay
33	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	Herstal
34	Résidence Le Laetare (CPAS)	La Louvière
35	Résidence Le Temps des Cerises (CHRVS)	Mettet
36	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	Grivegnée
37	Résidence Léon d'Andrimont (LES HEURES CLAIRES)	Limbourg
38	Résidence Les Aubépines (CPAS)	Houdeng-Goegnies

39	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	Ougrée
40	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	Grivegnée
41	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	Huy
42	Résidence Les Rièzes et Les Sarts (ASBL)	Cul-des-Sarts
43	Résidence Les Saules (ISOSL)	Wonck
44	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	Visé
45	Résidence Régina (AIOMS)	Plombières
46	Résidence Saint-Léonard (ISOSL)	Welkenraedt
47	Résidence Service de la Cité (ISOSC)	Herstal
48	Résidence Service L'Azalée (CPAS)	Saint-Nicolas
49	Résidence Springhel-Hellin (CPAS)	Saint-Nicolas
50	Royale Résidence (CHRH)	Huy
51	Seniorenheim Hof Bütgenbach (INTERSENIORS)	Bütgenbach
52	Seniorenheim St.Elisabeth (INTERSENIORS)	Saint-Vith
53	Séniorerie de sainte-Ode (ASBL)	Saint-Ode
54	Val des Séniors (VIVALIA)	Chanly



Résidence le Tilleul d'Edouard - Grivegnée



Résidence du Chemin de Loncin - Ans

## Conventions de revalidation

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

## Mutualités

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

## Soins à domicile

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



## **Polyclinique**

- 1 Le Centre de Santé

La Louvière

## **Laboratoires**

- 1 CARAD
- 2 IBC
- 3 IPG

Huy

Bruxelles

Gosselies

## **Médecine du travail**

- 1 ARISTA

Bruxelles

## **Petite enfance**

- 1 F.I.L.E.

Bruxelles

## **Planning familial**

- 1 Fédération des centres de planning familial

Bruxelles

## **Transfusion sanguine**

- 1 Croix-Rouge de Belgique - Service du Sang

Bruxelles

## **Initiative d'Habitation Protégée**

- 1 L'Ancre

La Louvière

# Liste des membres du conseil d'administration de santhea

## Bureau

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

*Vices-Présidents*: Association "Le Domaine" représentée par **Otlet Jacques**

Hôpital Erasme représenté par **Praet Jean-Claude**

I.S.P.P.C. représenté par **Lejeune Philippe**

VIVALIA représenté par **Vincent Philippe**

*Secrétaire*: C.H.R. Namur représenté par **Toussaint Jean-Louis**

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

*Membre*: IRIS représenté par **Fontaine Cécile**





## Membres

- C.H. de Wallonie-Picardie, représenté par **Varvenne Rudy**
- C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, représenté par **De Simone Stéphanie**
- C.H. Peltzer La Tourelle, représenté par **Nemery Isabelle**
- C.H.P. «Le Chêne aux Haies», représenté par **Bauffe Véronique**
- C.H.R. de Huy, représenté par **Ronveaux Jean-François**
- C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Ransart Daniel**
- C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Dusart Michelle**
- C.H.R. de La Haute Senne, représenté par **Navaux Francis**
- C.H.R. du Val de Sambre, représenté par **Notte Dominique**
- C.H.U. Ambroise Paré, représenté par **Bouchez Chantal**
- Clinique André Renard, représentée par **De Paoli Marc**
- CPAS de Bruxelles, représenté par **Quairiat Alain**
- IRIS, représenté par **Thielens Dirk**
- I.S.O.S.L., représenté par **Fievez Eric**
- I.S.O.S.L., représenté par **Hasard Daniel**
- I.S.P.P.C., représenté par **Dugauquier Alain**
- L'Equipe, représentée par **Depuydt Dominique**
- R.H.M.S., représenté par **Rillaerts Stéphane**
- VALIDA, représenté par **Deveen Frédéric**
- VIVALIA, représenté par **Bodeux Dominique**
- *Assistent avec voix consultative*
- Union des entreprises à Profit Social (UNIPSO) représentée par **Dominique Van De Sype**
- Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) représentée par **Jean-Marc Laasman**

# Liste des collaborateurs

L'équipe de santhea est constituée de 17 collaborateurs apportant une expertise dans divers domaines :

**Yves SMEETS**

Directeur Général

**Michel MAHAUX**

Directeur Général-Adjoint

**Alban ANTOINE**

Conseiller juridique

**Sandra BERBION**

Secrétaire

**Jean-François COLET**

Informaticien

**Pr Michel COLLARD**

Cellule médiation

**Benoit DEGOTTE**

Chef de projet datawarehouse

**Martine DUFRASNE**

Secrétaire

**Denis HERBAUX**

Conseiller économique

**Stéphane HOYOUX**

Conseiller santé mentale

**Colette JACOB**

Conseiller soins infirmiers  
et médiation

**Cécile KESTENS**

Conseiller économique  
gestion et développement  
datawarehouse

**Dr Arié KUPPERBERG**

Conseiller médical

**Marina LIETAR**

Conseiller économique

**Jean LOISEAU**

Conseiller MR/MRS

**Jacqueline PINCHART**

Secrétaire

**Valérie VICTOOR**

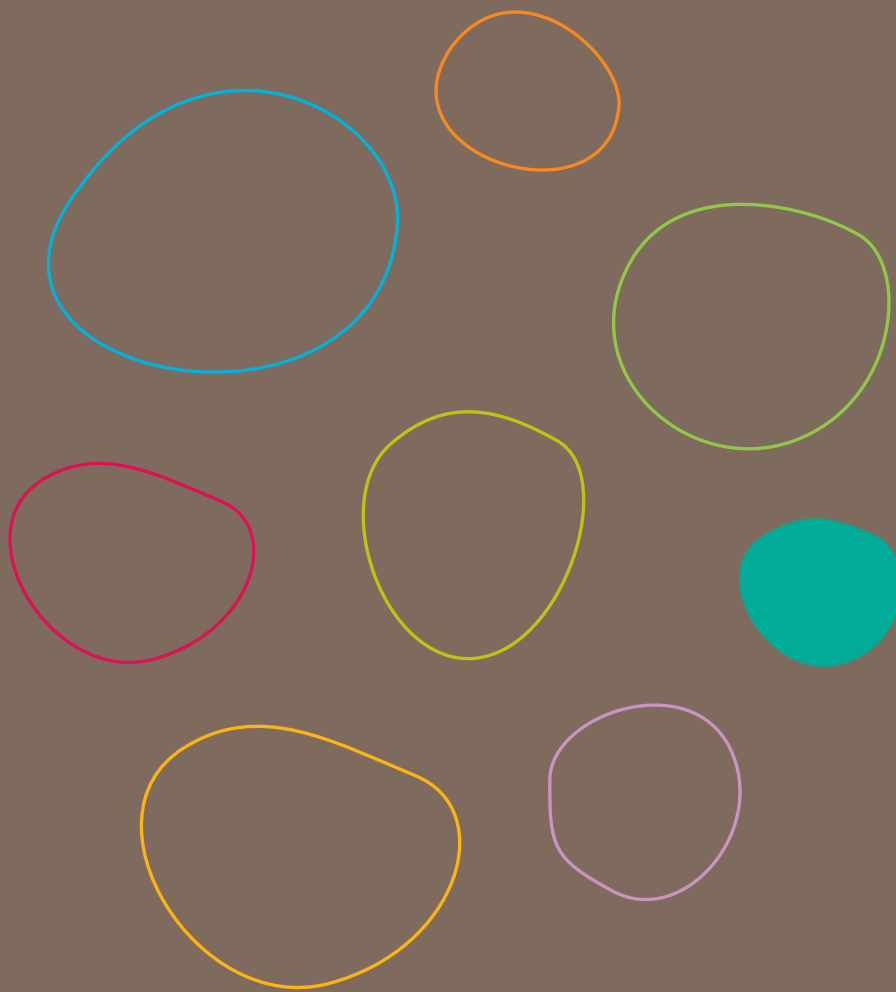
Conseiller juridique





Editeur responsable: Yves Smeets, Directeur Général  
Quai au Bois de Construction 9 - B -1000 Bruxelles  
2011 © Design by [www.empain.net](http://www.empain.net)





santhea 

**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