



santhea



Rapport
annuel
2012

santhea

santhea 
RAPPORT ANNUEL 2012

Présentation de santhea	5
Introduction	7
Faits et chiffres	8
Les dossiers de 2012	17
Nouveautés dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées	19
La pathologie cardiaque	23
La santé mentale	27
Les enjeux du secteur à profit social	29
La nouvelle réglementation en matière d'oxygénothérapie à domicile	33
Le soutien à la qualité dans les hôpitaux : deux années de partenariat avec les mutualités socialistes	39
Se préparer à la 6 ^{ème} réforme de l'Etat	41
Les journées d'études santhea 2012 : un thème porteur, de brillants orateurs et une participation record	45
Datawarehouse	49
Le nouveau financement du service des urgences	53
La Formation continue : le programme « 2011-2014 santhea-Unipso », un programme de qualité, à la portée de tous	57
Informations pratiques	65
Liste des membres	66
Liste des membres du conseil d'administration	72
Liste des collaborateurs	74

Introduction 7
Faits et chiffres 8

Introduction



Marie-Claire Lambert

PRÉSIDENTE DE SANTHEA

L'année 2012 n'a pas mal commencé.

En effet le début de l'année coïncidait pratiquement avec la sortie de notre longue crise institutionnelle, concrétisée par un nouveau Gouvernement et par le menu de la 6ème réforme de l'Etat. De leur côté, les indicateurs économiques donnaient des signes encourageants de redressement.

Comme les soins de santé seront largement concernés par la 6ème réforme de l'Etat, le thème des journées santhea 2012 coulait de source ! Le succès de participation aux deux journées a démontré toute la pertinence de ce choix. Une écoute attentive des orateurs qui se sont succédé a jeté un premier froid sur l'optimisme ambiant : manque de cohérence, manque de préparation, manque de moyens. En bref, les temps de la réforme seront difficiles !

Ce sentiment d'un avenir difficile n'a pas tardé à être confirmé par l'annonce d'indicateurs économiques moins bons que prévus et donc, d'économies supplémentaires à réaliser. L'élaboration du budget des soins de santé pour 2013 en a été largement influencée. Sans accord sur les propositions modérées du Comité de l'assurance, le Gouvernement n'a pu proposer un budget au Conseil général des soins de santé dans les délais impartis par la loi (le Conseil

général rassemble, à parts égales, les mutuelles, les partenaires sociaux et le Gouvernement. Il fixe le budget annuel des soins de santé). La loi prévoit que, dans ces conditions, le Gouvernement décide seul. Le manque de concertation prévue par la loi, ajoutée à la rigueur budgétaire, n'a pas manqué de crisper l'ensemble du secteur de soins de santé au cours des derniers mois de l'année.

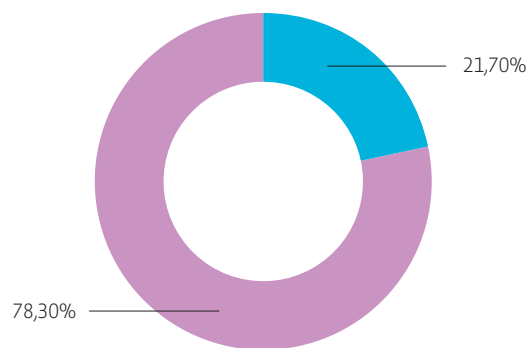
Dans ce contexte, santhea considère que les fédérations ont un rôle important à jouer en amenant des solutions innovantes et efficaces pour surmonter les difficultés du secteur des soins de santé et des institutions de soins en particulier. Pour santhea, les fédérations ne seront entendues que si elles agissent ensemble dans un objectif commun. Santhea s'est beaucoup investi en 2011 et en 2012 pour tenter de constituer ce front commun, au travers de la Confédération nationale des établissements de soins. L'analyse de la situation que nous avons faite fin 2012 nous a malheureusement amenés à conclure à un échec. Le Conseil d'administration a donc décidé que santhea se retirerait de la Confédération dont elle était membre depuis de nombreuses années.

Santhea espère que cette démission servira d'électrochoc et constituera un point de départ pour une nouvelle collaboration.

Faits et chiffres : hôpitaux

Part de santhea dans le nombre de lits au niveau national

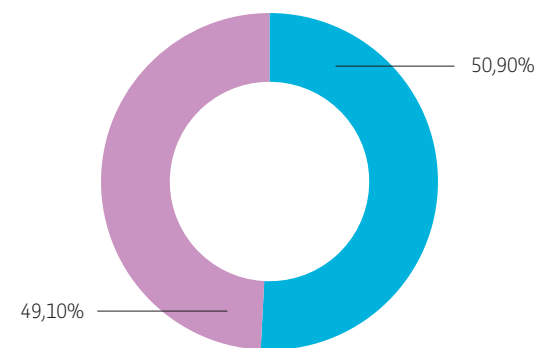
Répartition en %



■ santhea : 15.197
 ■ Autres : 54.826
 Total : 70.023

Part de santhea dans le nombre de lits au niveau des Régions bruxelloise et wallonne

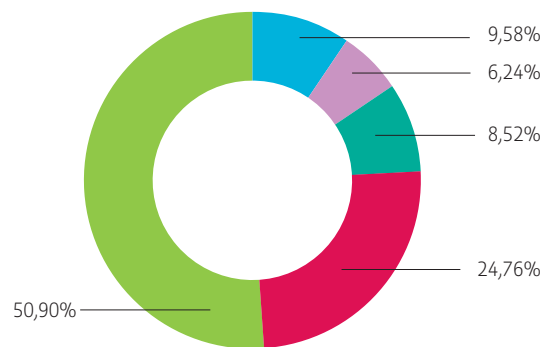
Répartition en %



■ santhea : 15.197
 ■ Autres : 14.660
 Total : 29.857

Répartition des lits par fédération au niveau des Régions bruxelloise et wallonne

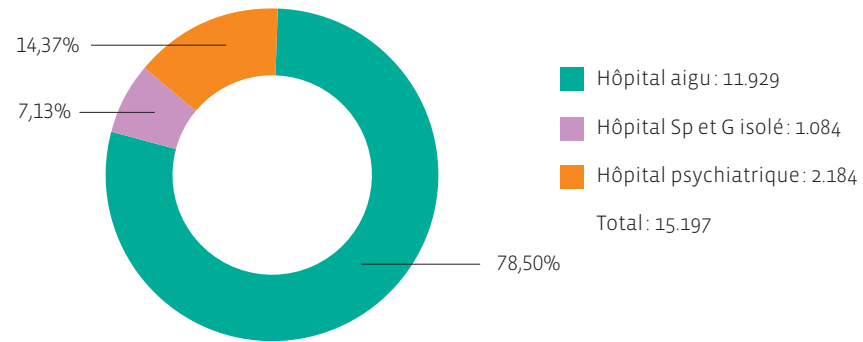
Répartition en %



■ CBI : 2.859 ■ CHAB : 1.863 ■ COBEPRIVE : 2.544 ■ FIH et FNAMS : 7.394 ■ santhea : 15.197

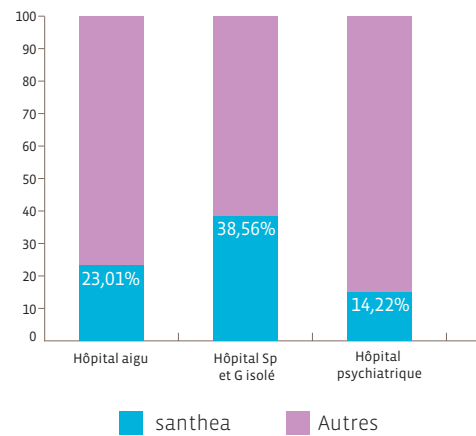
Répartition des lits santhea par type d'hôpital

Répartition en %



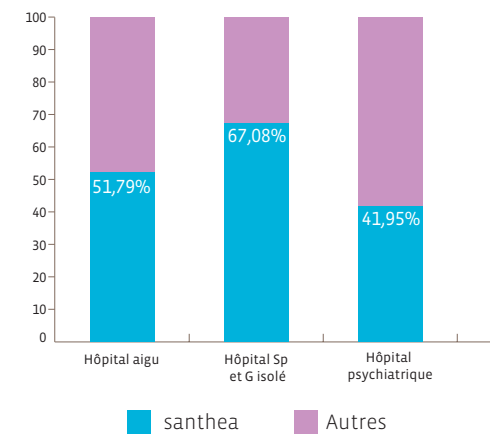
Part des lits santhea dans le total national pour chaque type d'hôpital

Répartition en %



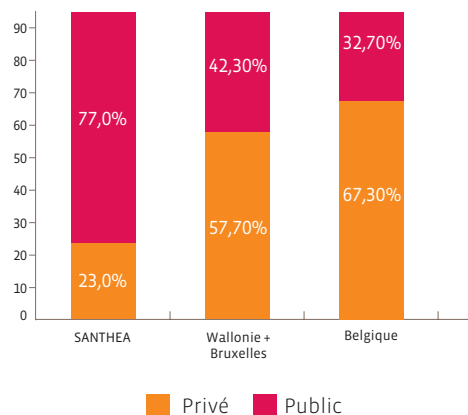
Part des lits santhea dans le total Wallonie + Bruxelles pour chaque type d'hôpital

Répartition en %



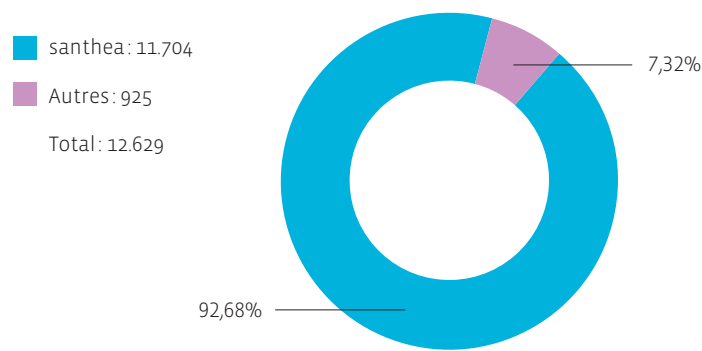
Répartition des lits par statut au niveau de santhea, des Régions wallonne et bruxelloise et de l'ensemble du pays

Répartition en %



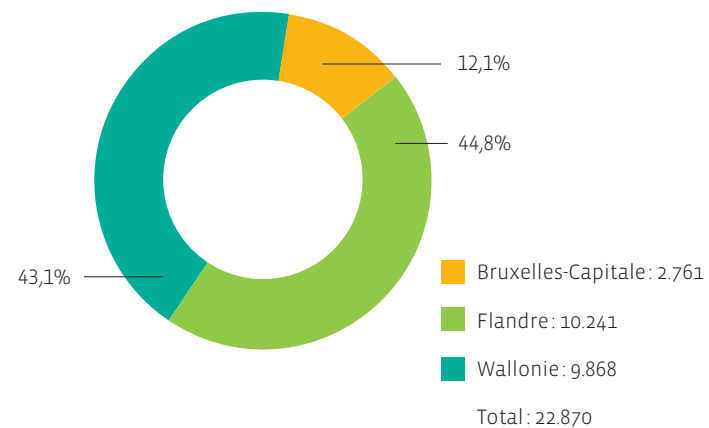
Part de santhea dans le nombre de lits «publics» au niveau des Régions wallonne et bruxelloise

Répartition en %

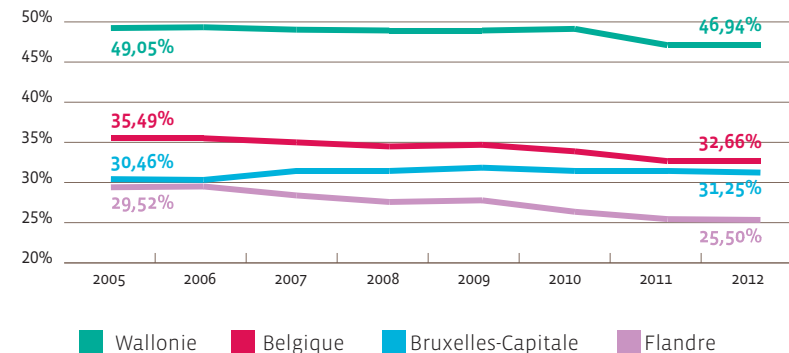


Répartition régionale des lits «publics»

Répartition en %

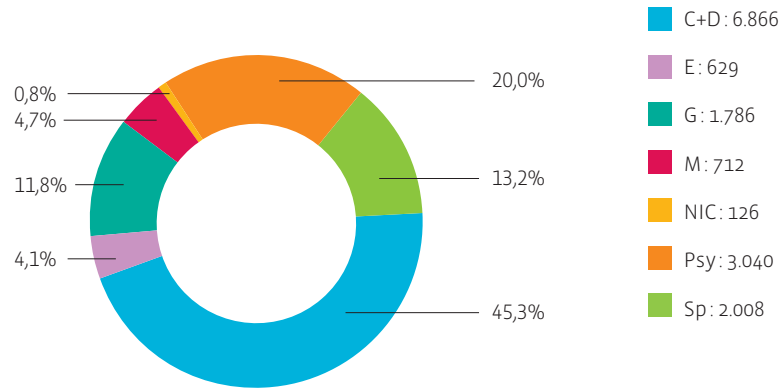


Evolution de la part des lits «publics» dans chaque Région



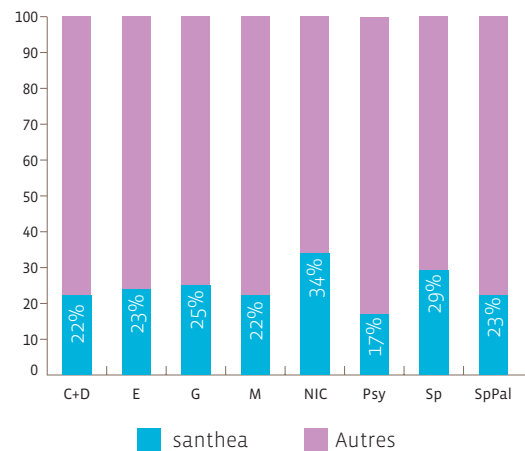
Répartition des lits santhea par index de lit

Répartition en %



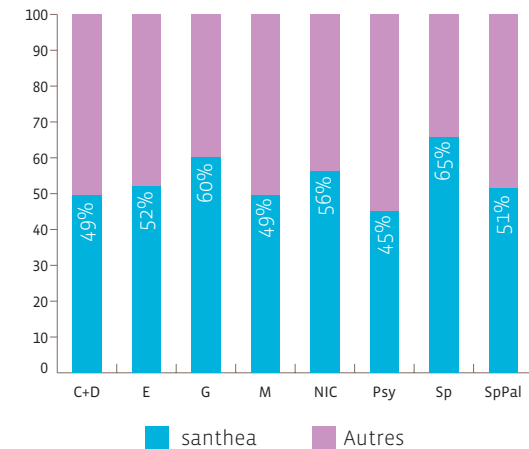
Part des lits santhea dans le total national par index de lit

Répartition en %



Part des lits santhea dans le total Wallonie+Bruxelles par index de lit

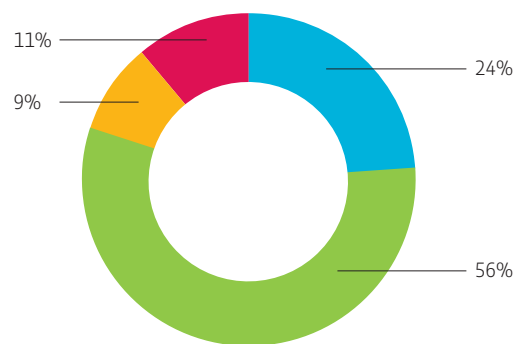
Répartition en %



Faits et chiffres : santé mentale

Répartition des lits santhea par type d'institution

Répartition en %

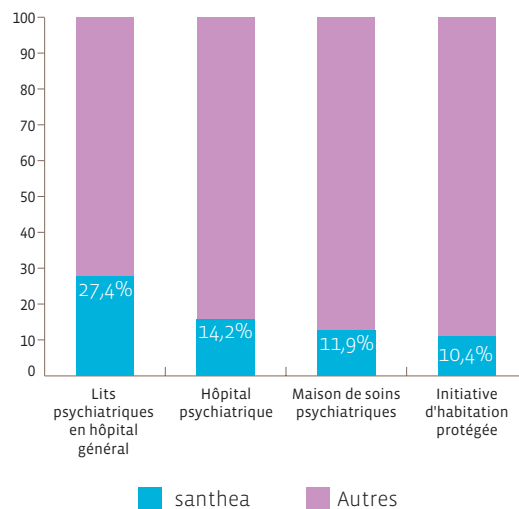


- Lits psychiatriques en hôpital général : 916
- Hôpital psychiatrique : 2.184
- Maison de soins psychiatriques* : 353
- Initiative d'habitation protégée : 409

* Associées à des structures affiliées chez santhea

Part des lits santhea dans le total national par type d'institution

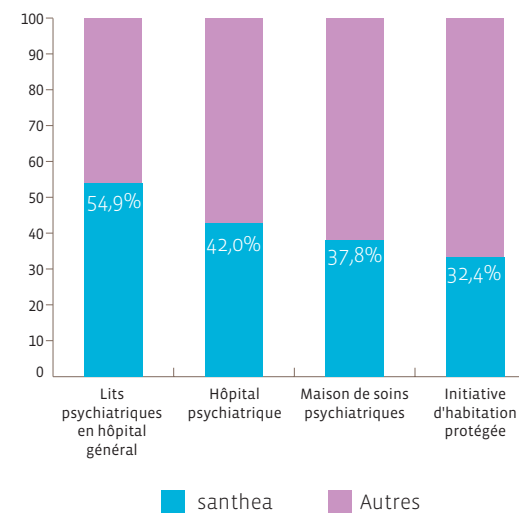
Répartition en %



	santhea	Autres	Belgique
Lits psychiatriques en hôpital général	916	2.425	3.341
Hôpital psychiatrique	2.184	13.180	15.364
Maison de soins psychiatriques	353	2.614	2.967
Initiative d'habitation protégée	409	3.539	3.948

Part des lits santhea dans le total Wallonie+Bruxelles par type d'institution

Répartition en %

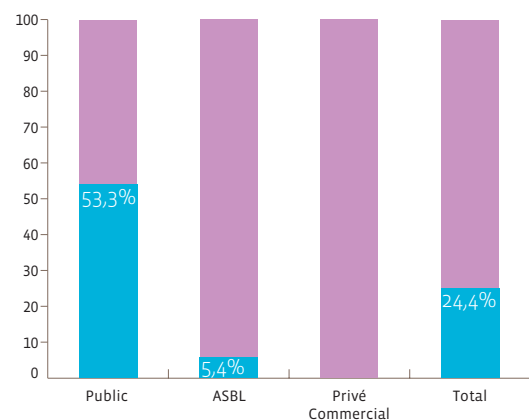


	santhea	Autres	Wal + Bxl
Lits psychiatriques en hôpital général	916	752	1.668
Hôpital psychiatrique	2.184	3.022	5.206
Maison de soins psychiatriques	353	582	935
Initiative d'habitation protégée	409	854	1.263

Faits et chiffres : CSJ – Résidences-services – MR/MRS

Part de santhea dans les places de centres d'accueil de jour en Wallonie par statut

Répartition en %

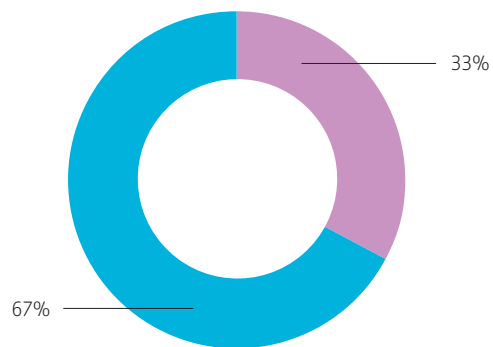


■ santhea ■ Autres

	santhea	Autres	TOTAL Wallonie
Public	129	113	242
ASBL	10	175	185
Privé Commercial	-	143	143
Total	139	431	570
dont places de CSJ	88	179	267

Part de santhea dans les places de centre de soins de jour (CSJ)

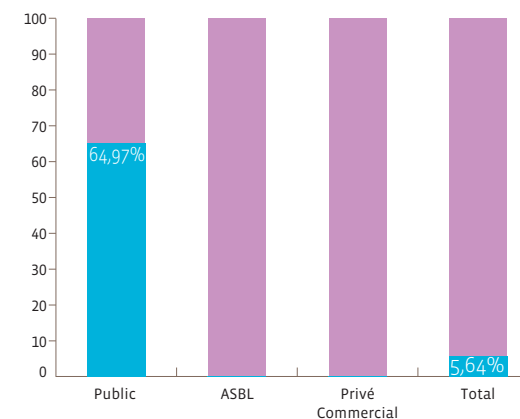
Répartition en %



■ santhea ■ Autres

Part de santhea dans les logements Résidences-services en Wallonie par statut

Répartition en %



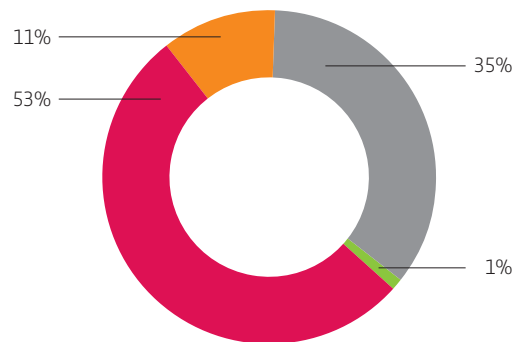
■ santhea ■ Autres

	santhea	Autres	TOTAL Wallonie
Public	102	55	157
ASBL	-	750	750
Privé Commercial	-	900	900
Total	102	1.705	1.807



Répartition des lits MR-MRS en Belgique

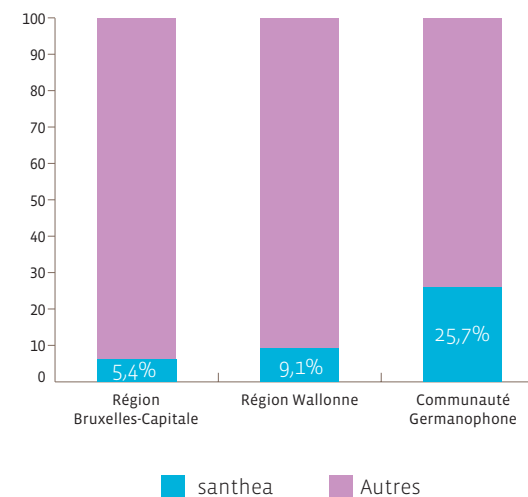
Répartition en %



- Région Bruxelles-Capitale : 15.093
- Région Wallonne : 47.794
- Communauté Germanophone : 742
- Communauté Flamande : 70.820

Part de santhea dans les lits MR-MRS par entité

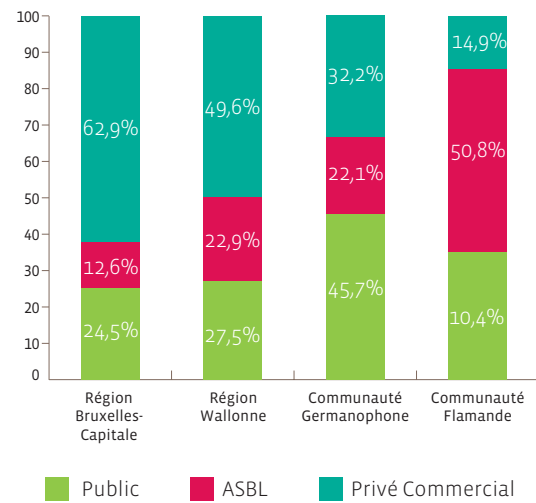
Répartition en %



	santhea	Autres	TOTAL
Région Bruxelles-Capitale	814	14.279	15.093
Région Wallonne	4.346	43.448	47.794
Commauté Germanophone	191	551	742
Communauté Flamande		70.820	70.820
Total	5351	129.098	134.449

Répartition des lits MR-MRS par statut pour les différentes entités

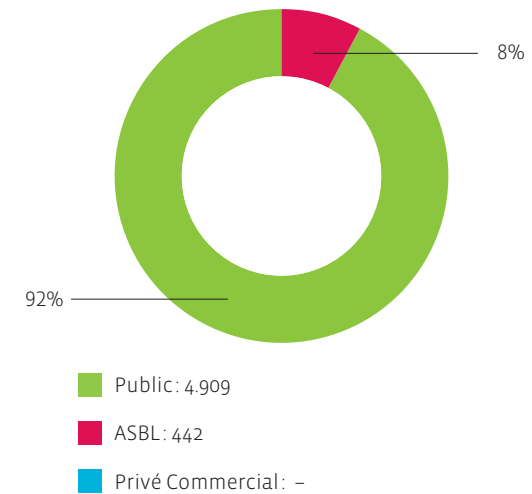
Répartition en %



	Public	ASBL	Privé Commercial	TOTAL
Région Bruxelles-Capitale	3.702	1.901	9.490	15.093
Région Wallonne	13.164	10.944	23.686	47.794
Commauté Germanophone	339	164	239	742
Communauté Flamande	24.297	35.991	10.532	70.820
Total	41.502	49.000	43.947	134.449

Répartition des lits MR-MRS santhea par statut

Répartition en %



Nouveautés dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées	19
La pathologie cardiaque	23
La santé mentale	27
Les enjeux du secteur à profit social	29
La nouvelle réglementation en matière d'oxygénothérapie à domicile	33
Le soutien à la qualité dans les hôpitaux : deux années de partenariat avec les mutualités socialistes	39
Se préparer à la 6 ^{ème} réforme de l'Etat	41
Les journées d'études santhea 2012 : un thème porteur, de brillants orateurs et une participation record	45
Datawarehouse	49
Le nouveau financement du service des urgences	53
La Formation continue : le programme « 2011-2014 santhea-Unipso », un programme de qualité, à la portée de tous	57

Nouveautés dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées

DOSSIER N°1

Le fil rouge de l'année 2012 dans le secteur des maisons de repos a été la création d'une catégorie de dépendance spécifique pour les résidents atteints de démence précoce dont les besoins spécifiques au maintien aussi long que possible des facultés cognitives justifie un encadrement adapté.



Un important travail au sein de la Commission des conventions de l'INAMI.

Dans le courant de l'année 2012, la Commission des conventions entre les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et les organismes assureurs s'est réunie à 8 reprises.

Parmi les sujets traités retenons :

- la problématique de l'enregistrement des aides-soignantes;
- le paiement des primes syndicales;
- la problématique des médicaments en MR/MRS;
- la facturation d'un montant de correction pour les maisons de repos;
- la réflexion sur la détermination des besoins budgétaires du secteur pour l'année 2013;
- le suivi de certains textes en instance de publication;
- la circulaire sur le paiement des primes «titres et qualifications» pour les années 2011 et 2012, notamment en ce qui concerne la problématique de l'indexation;
- la circulaire sur le référent démence définissant sa fonction et ses missions au sein de l'institution;
- la création à la date du 1^{er} janvier 2013 des centres de soins de jour pour patients palliatifs et l'adaptation de l'ensemble des dispositions légales qui visent leur organisation;
- l'adaptation de divers arrêtés royaux et ministériels;
- la transcription dans des dispositions légales (troisième volet) du mini accord social 2011, avec la création pour le secteur public de 60 ETP destinés à l'époque à permettre aux établissements ne disposant pas de 25 cas «Cd»¹ de bénéficier d'un référent démence; la Commission des conventions a réparti les 60 ETP à raison d'un mi-temps par institution afin d'attribuer une personne de référence pour la démence à toute institution qui pouvait se prévaloir d'au moins 14,74 cas «Cd» en moyenne sur la période de référence. Parallèlement, 105 ETP ont été attribués au secteur privé qui a décidé de les affecter à la création d'équipes mobiles.

¹ Il s'agit du nombre minimal de résidents de la catégorie Cd tant en MRPA qu'en MRS, permettant d'avoir accès à un mi-temps de membre de personnel de référence pour la démence.

L'implémentation d'une nouvelle catégorie de dépendance (D) pour mieux gérer la prise en charge des résidents atteints de démence.

A ce qui précède, il faut ajouter le thème qui fut le fil rouge de cette année 2012, c'est-à-dire la création de la nouvelle catégorie de dépendance en maison de repos, à savoir la catégorie «D».

Cette nouvelle catégorie a pour objectif la prise en charge précoce des démences dites «débutantes», ne nécessitant pas au départ un besoin en nursing important, mais plutôt un encadrement de type réactivation et ce dans le but de maintenir autant que possible les facultés cognitives des résidents, ou à tout le moins freiner, si possible, les évolutions négatives.

Passons en revue les éléments qui ont permis la mise en place de cette nouvelle catégorie :

- comme pour les centres de soins de jour, il a été jugé indispensable que le résident repris dans cette nouvelle catégorie ait fait l'objet d'un diagnostic de démence par un médecin spécialiste préalablement à l'entrée en maison de repos et à tout le moins au moment de la demande d'intervention adressée à l'organisme assureur;
- une modification de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 portant sur le financement des maisons de repos et des maisons de repos

et de soins, car il était nécessaire d'adapter les normes de personnel de soins en vue d'assurer l'encadrement spécifique de ces résidents;

- il a également été prévu de mettre en place les dispositions en matière de normes de personnel afin de couvrir à partir du 1^{er} juillet 2013 les frais pour la prise en charge spécifique des résidents de la catégorie «D» en MRS;
- la création d'une partie temporaire «Z5» dans le financement, couvrant à partir du 1^{er} janvier 2013 l'admission de résidents de la catégorie «D» en maison de repos. Les résidents pris en considération pour le calcul de cette nouvelle partie temporaire devaient être présents à la date du 1^{er} janvier 2013 et avoir un diagnostic de démence préalablement à leur inscription dans la catégorie «D»;
- une modification de l'article 35 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant sur l'échelle de Katz qu'il a fallu adapter en conséquence. Pour une demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière d'un résident classé dans la catégorie «D», l'échelle de Katz doit obligatoirement être signée par le médecin traitant;
- une modification de l'arrêté royal du 21 août 2008 dit «arrêté Kappa» visant l'organisation du contrôle de la bonne application de l'échelle de Katz dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins. Les modifications portent sur le fait que les résidents classés en catégorie

«D» doivent être repris dans une liste remise au Collège des médecins en charge du contrôle. Celui-ci vérifie que la date du diagnostic se trouve bien dans le dossier de soins comme prévu par les dispositions légales. A défaut, le résident est reclassé dans la catégorie à laquelle il appartenait avant d'avoir été repris dans la catégorie «D», ou à laquelle il aurait dû appartenir en cas d'admission récente. Le Collège vérifie également que le résident ne présente pas les critères physiques de dépendance qui le ferait classer dans la catégorie «Cd». Si c'est le cas, le Collège le reclasse dans cette catégorie. Le fichier de calcul qui établit le chiffre du «Kappa» qui est prévu par le texte a donc été mis à jour en conséquence;

- toutes ces modifications ont été traduites en termes administratifs par l'adaptation des divers formulaires dans le cadre des relations entre les représentants des MR et MRS et les intervenants de l'assurance obligatoire.



L'extension du moratoire

Parution de l'avenant n°8 du 24 septembre 2012 au protocole d'accord n°3 du 13 juin 2005 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées.

Cet avenant est important car il a pour objectif de modifier les chiffres du moratoire, applicable au 1^{er} juillet 2012, en matière d'ouverture de lits de maison de repos qui avait été établi par le 1^{er} protocole d'accord de 1997.

C'est ainsi qu'à la suite de l'application de cet avenant, on est passé en Région wallonne de 47.546 lits programmés (auxquels, il fallait ajouter 1.220 lits de MRS purs) à 49.659 lits programmés.

Cette disposition constitue un pas dans la bonne direction et a permis de rencontrer une partie des demandes de programmation de lits introduites auprès des services compétents de la Région wallonne. Cette mesure et celle qui prévoit la création future des résidences-services sociales ouvrent quelques perspectives intéressantes pour l'accueil et l'hébergement des personnes âgées en Région wallonne.

Cela va en tout cas dans le sens de la philosophie de santhea qui se bat d'année en année pour l'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées tant au niveau des infrastructures que de l'encadrement humain.



Rappelons également que cette volonté de qualité est accompagnée du fait que nous défendons la création d'infrastructures accessibles à tous.

En conclusion ...

Santhea s'est considérablement investi dans l'obtention de ces avancées qui correspondent aux intérêts du secteur aussi bien lors des travaux de la Commission des Conventions MR/MRS-OA, que lors des contacts avec les différents cabinets tant au niveau de la Région pour ce qui concerne la révision des chiffres du moratoire, que du Fédéral. Nous n'avons pas toujours obtenu les résultats espérés, notamment au niveau du renforcement des normes dans le secteur MR-MRS, situation budgétaire oblige, mais nous avons le sentiment d'avoir œuvré dans le sens d'une amélioration de la qualité de l'accueil des personnes âgées dans les institutions et dans le sens d'un renforcement en qualité et en quantité du personnel de soins. A cette volonté, s'ajoute celle de rendre accessible à tous et toutes des institutions de qualité, respectueuses des valeurs humaines que nous pronons. ■

La pathologie cardiaque

Les maladies cardiovasculaires sont une cause importante de morbidité et de mortalité dans notre pays comme dans les autres pays européens et outre atlantique.

En dehors du traitement médical, dans le cadre de la pathologie coronaire, deux techniques invasives se sont fort développées et donnent un résultat thérapeutique excellent à savoir la chirurgie cardiaque avec pontage aorto-coronaire (CABG) et l'intervention coronaire percutanée (PCI).

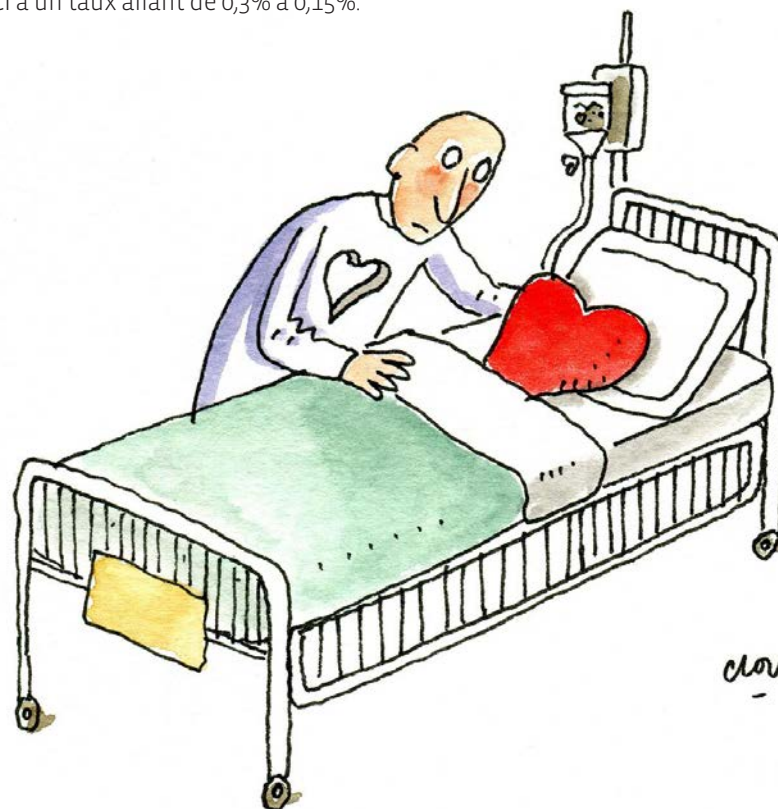
Au cours des 10 dernières années, plusieurs évolutions technologiques et thérapeutiques ont complètement modifié l'approche de la maladie coronaire avancée et ont conduit les sociétés scientifiques internationales et européennes de cardiologie à modifier les recommandations de bonnes pratiques.

Santhea a soutenu sans réserve la réforme des programmes cardiaques, mise en œuvre par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

L'angioplastie percutanée

A l'origine de l'utilisation de la technique, l'angioplastie percutanée aboutissait, à cause des complications à une intervention coronaire chirurgicale dans 6% des cas. Avec l'expérience des opérateurs, ce taux a été réduit de moitié.

L'apparition des stents métalliques, puis des stents enrobés de polymères libérant des agents antimitotiques, notamment ceux de la dernière génération dont la structure est plus biocompatible qui sont couverts de polymères plus durables et qui libèrent des produits tels que everolimus ou zotarolimus, a permis de réduire la chirurgie cardiaque faite en urgence après PCI à un taux allant de 0,3% à 0,15%.



Aucune autre complication, plus importante ou plus fréquente, n'est actuellement reconnue par rapport à la chirurgie cardiaque à condition que le patient puisse tolérer au moins pendant un an, une association de deux antiagrégants.
 Compte tenu de cette évolution, il est apparu que l'on pouvait, pour répondre à un besoin régional, développer la cardiologie interventionnelle percutanée sans disposer de l'infrastructure de chirurgie cardiaque sur le même site hospitalier à condition d'avoir l'environnement de qualité requis. Par ailleurs, toutes les études cliniques randomisées ont démontré le bénéfice de la PCI avec stent par rapport à la thrombolyse dans l'infarctus du myocarde avec élévation de segments ST. Ce bénéfice est significatif tant en ce qui concerne le succès de la revascularisation qu'en ce qui concerne les comorbidités associées.
 De plus les études ont également démontré que l'efficacité du traitement par PCI était d'autant meilleure que le délai entre l'accident aigu et la prise en charge en salle de cathétérisme était le plus court.

Après l'épisode aigu, l'évaluation objective et correcte de l'état fonctionnel du patient et la mise en route d'un programme de réhabilitation tenant compte aussi bien des aspects médicaux que des aspects infirmiers, psychologiques et sociaux améliore de façon significative la qualité de vie et la survie du patient.

La réforme des programmes cardiaques

Tous ces éléments ont abouti à la publication des arrêtés royaux du 15/06/2012 modifiant l'arrêté royal du 15/07/2004 fixant les normes de programme de soins « pathologie cardiaque ».

Quatre arrêtés concernant ce programme de soins ont été publiés afin de :

- fixer les nouvelles normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés (modifications de l'arrêté royal du 15/07/04);
- modifier l'arrêté royal du 15/02/99 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale des hôpitaux;
- fixer des normes d'agrément pour le réseau « pathologie cardiaque » (arrêté royal appelé arrêté royal réseau);

- rendre applicable au réseau « pathologie cardiaque » certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux et les autres établissements de soins, coordonnée le 10/07/2008.

Les modifications majeures répondant de façon positive à l'évolution observée en pathologie coronaire sont les suivantes :

- 1) Le programme de niveau A, en plus de ce qui était prévu dans les précédentes dispositions, doit, afin d'être agréé, assurer la posture du patient et offrir un programme de réadaptation après avoir mesuré l'état fonctionnel du patient de manière objective. Il doit également proposer une réhabilitation soit organisée par lui-même, soit qu'il passe une convention avec un ou plusieurs services de rééducation qui dispose d'une convention INAMI.



2) Le programme complet B subit également des modifications importantes. Le nombre minimum d'interventions requises dans le cadre du programme B complet (B1 + B2 + B3¹) est modifié à la hausse. Il passe de 500 interventions au total à 650 dont au moins 250 interventions cardio-chirurgicales et au moins 400 interventions coronaires percutanées.

Du point de vue de l'infrastructure, une salle hybride dont l'équipement permet à la fois l'intervention chirurgicale et la PCI doit être prévue au bloc opératoire.

Après 10 ans de tergiversations et sous la pression de l'évidence scientifique, l'arrêté royal fixant les normes pour les programmes cardiaques prévoit l'autorisation d'exploiter un programme partiel B1 + B2 sans avoir sur le même site hospitalier la chirurgie cardiaque (B3) à condition d'atteindre un niveau d'activité minimal, de disposer de l'infrastructure requise, ainsi que des éléments environnementaux, de l'expertise et des effectifs médicaux et non médicaux qui garantissent la qualité optimale.

Le programme B1 + B2 partiel ne peut être agréé que dans le cadre d'une association avec un programme B complet et le programme B1 partiel isolé est voué à fermer à partir du 25/06/2019.

3) L'arrêté royal dit arrêté royal réseau est un élément capital dans toute la réforme. Le réseau est constitué par l'ensemble des professionnels de santé à savoir le généraliste, le spécialiste cardiologue et l'ensemble des établissements de soins (hôpitaux avec programme complet B, avec programme partiel B1-B2 et avec programme A) qui interviennent dans le traitement de la pathologie cardiaque.

Ce réseau est créé en vue de proposer un circuit de soins «pathologie cardiaque» dans une zone déterminée où la collaboration intense avec la répartition des tâches, les règles et conditions de transport et de transfert ainsi que le contrôle par l'enregistrement sont formalisés juridiquement.

Le réseau devra être placé sous la direction d'un coordinateur responsable de l'organisation médicale qui devra veiller à la qualité des soins grâce à sa compétence institutionnelle.

Un manuel cardiologique pluridisciplinaire doit être rédigé, valable pour tout le réseau, chaque auteur du réseau ayant ses prérogatives définies.

L'explication exhaustive du circuit de soins de l'IM-STEMI (infarctus du myocarde avec élévation du segment ST) doit être proposée par le réseau. Cette organisation doit forcer la concertation multidisciplinaire entre les cardiologues, les cardio-

chirurgiens, les anesthésistes, les intensivistes ainsi que tout le personnel infirmier et paramédical.

De plus, le réseau doit se doter d'une possibilité d'échanges de données online grâce à l'utilisation d'équipements électroniques développés et grâce au recours à la téléconférence.

Le Fédéral a fixé le cadre. Aux Régions et Communautés de l'utiliser efficacement !

En conclusion, cette réforme importante tant attendue vise à permettre l'installation d'un circuit de soins pour les pathologies cardiaques aiguës dans le cadre d'une distribution régionale et sous-régionale des services de cardiologie interventionnelle afin de garantir notamment le meilleur traitement de l'infarctus du myocarde et de l'angor instable par une prise en charge efficace et de qualité.

Les régions ont dorénavant la grande responsabilité de la bonne application du dispositif grâce à la compétence qu'elles exercent dans le cadre de l'agrément des hôpitaux et des fonctions hospitalières, elles veilleront, nous l'espérons, à garantir l'accessibilité et l'efficacité tout en essayant de limiter les monopoles installés et défendus par certaines institutions et prestataires pour, essentiellement, des raisons financières. ■

¹ B1 = diagnostic invasif par coronarographie.

B2 = intervention coronaire percutanée par coronarographie interventionnelle.

B3 = chirurgie cardiaque.

La santé mentale

Affirmer que le financement des soins de santé mentale en Belgique est mis en question et a minima soumis à la réflexion de nos politiques ne constitue certainement pas un scoop! Ce questionnement, santhea le soutient et considère qu'il est constructif quand il vise aussi une amélioration de la prise en charge singulière de la personne et contribue à une meilleure organisation des soins contribuant, de ce fait, à une amélioration en termes de santé publique. Il est à la base de plusieurs évolutions qui ont eu lieu lors de ces dernières années.

En santé mentale, quand les pratiques sont mises en question par les politiques, le débat est généralement ardu puisqu'il porte sur des réalités dont nous ne maîtrisons pas tous les tenants et aboutissants. Quand le questionnement collectif porte sur le pourquoi et le comment faire, on imagine que la volonté est présente de mettre ce collectif au bénéfice de la singularité de la personne.

Mais quels moyens peut-on engager? Et surtout, comment peut-on les utiliser au mieux?

La santé mentale en mouvement

En 2011, la réforme de la santé mentale pour adulte a pris forme, posant davantage le regard sur une évolution des pratiques de prise en charge en santé mentale. Dans le cadre de cette réforme, le programme se centre essentiellement sur la proposition de faire évoluer l'organisation de la prise en charge en améliorant les circuits de soins et le travail en réseau.

L'idée, loin d'être novatrice dans plusieurs pays étrangers, pose clairement l'intérêt de placer l'individu dans une trajectoire de soins dans laquelle chaque structure de soins est nécessaire. Un programme de formations a été mis en place pour confronter, réfléchir et construire des repères.

Un an après le lancement de la réforme, on peut pourtant se demander si les décideurs ont suffisamment entendu les retours des acteurs de soins? Ceux-ci rappellent pourtant qu'il n'est pas uniquement nécessaire de faire évoluer la prise en charge d'un point de vue politique. Il faut aussi réfléchir sur les pratiques de terrain et questionner le quotidien des praticiens.

Les enfants et les adolescents sont aussi concernés.

En 2012, la Conférence interministérielle du 10 décembre a validé une déclaration conjointe sur la mise en œuvre d'un guide annonçant le processus d'une réforme de la prise en charge des enfants et des adolescents. Concomitante à la réforme pour les adultes, elle visera à une meilleure utilisation des moyens.

Cette même année, santhea a participé activement à différents groupes de travail dont l'objectif était d'évaluer l'offre de soins, les procédures et l'organisation du secteur de la santé mentale. De cette participation, nous avons pu constater que la réflexion s'inscrit dans



une double dynamique : d'une part une recherche d'efficience, d'autre part l'accès à la santé mentale. Le premier objectif est certainement né du constat, qu'en Belgique, de nombreux moyens humains et financiers sont disponibles mais souvent ils sont mal utilisés. Le deuxième est le reflet de nos limites à agir de façon appropriée face à des symptômes dont nous ne maîtrisons pas encore la signification et les conséquences pour l'individu et pour la société.

C'est sous cet angle que le secteur s'est attelé à l'évaluation de trois lois relatives à la privation de liberté :

- la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne malade mentale;
- la loi du 13 juin 2006 relative à la protection de la jeunesse et à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié d'infraction.
- la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental;

Dans le cadre de cette évaluation, nous avons eu l'occasion d'être confrontés aux limites des moyens d'enregistrement de l'activité (comme le RPM) qui rendent compte d'une évaluation quantitative des réalités de terrain alors que l'organisation des soins ne peut évidemment pas s'évaluer uniquement sur des éléments quantitatifs.

La pérennisation des projets pilotes (Unités de crise pour personnes consommant des substances psychoactives, Unités Double Diagnostic psychose-assuétudes) sont également au centre de plusieurs



débats avec comme finalité de rendre ces projets définitifs et de les inclure dans les projets de la réforme des soins de santé mentale. Ces projets financés dans la catégorie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux, depuis une dizaine d'années, ne sont pas sans intérêt mais sont aussi révélateurs des limites que nous avons à démontrer clairement leur pertinence en terme de santé publique.

La fonction de médiation dans le secteur de la santé mentale fait aussi l'objet de réflexions dans l'idée d'offrir un dispositif le plus transparent possible au bénéfice du patient.

Le transfert des compétences

2012 a aussi été l'année des premières questions quant aux transferts des compétences. Santhea, lors de ses journées d'études, a proposé un programme attractif sur le sujet. Les thématiques proposées au niveau de la santé mentale ont montré que le chantier est vaste et crucial pour l'évolution du secteur. Santhea a attiré plusieurs fois l'attention

sur les conséquences pour les patients de transferts fragmentés qui risquent de modifier le paysage de la santé mentale de manière trop parcellaire et non cohérente. Quelle place réserve-t-on au patient lors des réflexions sur le transfert des compétences? N'oublie-t-on pas que la personne doit rester au centre de la politique de soins?

Santhea défendra résolument une offre de soins adaptée à l'individu!

En jetant un œil rétrospectif sur 2012, santhea se demande si les réformes envisagées en santé mentale aboutiront à un apport réel sur le terrain. N'est-il pas à craindre de voir les débats se centrer sur un principe de dialectique non-contradictoire? Nous entendons par là que les réflexions doivent se nourrir de débats contradictoires et de confrontations plutôt que de consensus. Si l'objectif est le consensus entre les prestataires, nous sommes persuadés que la santé mentale restera éloignée du besoin du patient dans sa singularité et que les réponses en termes de santé publique et d'efficience resteront largement en dessous des attentes. Pour ce faire, une évaluation qualitative corollaire à des mesures quantitatives devra être mise en place. La réalité des projets dits «B4» en est une démonstration.

Pour santhea, l'humain doit rester au centre des débats! Notre fédération ne doute pas de ses capacités à l'imposer. ■

Les enjeux du secteur à profit social

Depuis de nombreuses années, santhea est un acteur actif et influent du secteur à profit social.

Avec un peu plus de 18% de l'emploi du pays, les entreprises à profit social jouent un rôle essentiel dans l'économie. A ce titre, il est légitime qu'elles aient aussi la possibilité de se faire entendre dans tous les organes qui la gèrent et qu'elles puissent participer à la prise de décision. Le Conseil National du Travail, le Conseil Central de l'Economie, les négociations des accords interprofessionnels sont autant de lieux que le secteur à profit social a investis au cours des dernières années.

Jusqu'il y a peu, le terrain de la concertation sociale interprofessionnelle et les discussions sur l'organisation de l'économie étaient essentiellement réservés au monde de l'entreprise et aux classes moyennes.

En s'unissant pour revendiquer une juste place dans le débat, les entreprises du secteur à profit social ont fini par y être acceptées comme un acteur plein et entier.

Sans vouloir refaire tout l'historique depuis la naissance de la Confédération des Entreprises du non marchand (CENM), il n'est pas inutile de préciser qu'à l'origine, elle rassemblait uniquement des entreprises privées et était financée par le canal du budget des hôpitaux (2 francs par journée d'hospitalisation).



Rapidement, l'organisation a évolué pour tenir compte de l'évolution de la structure de l'Etat puisque se sont créées, à côté de la structure fédérale, 3 structures régionales indépendantes (UNIPSO en Wallonie, VERSO en Flandre et CBENM à Bruxelles) et le secteur public a été invité à adhérer au projet. Parallèlement, la CENM s'est rebaptisée UNISOC. Depuis 2012, le financement ne passe plus par le canal des hôpitaux; il émane directement de l'INAMI.

Des représentants de santhea siègent dans les conseils d'administration d'UNISOC, d'UNIPSO et de la CBENM.

Comment réagir face à la crise économique? Le débat des recettes!

2012 a été une année difficile d'un point de vue économique et des dossiers sociaux ardu sont arrivés sur la table des acteurs de l'économie. Nous pensons plus spécialement à la liaison automatique des salaires à l'index et à l'harmonisation des statuts d'ouvriers et d'employés. Dans ce contexte, les acteurs concernés par la concertation se sont lancés dans une séance de musculation rappelant les principes fondamentaux qui, selon eux, sont à la base d'une économie saine et prospère.

Les représentants du secteur marchand (FEB, UCM, UWE, VOKA, ...) ont pris des positions assez tranchées et souvent opposées aux valeurs défendues par nos entreprises; des débats musclés ont eu lieu au sein de la structure fédérale UNISOC entre d'une part, ceux qui, au nom d'un front patronal uni, plaidaient pour une adhésion aux points de vue exprimés par les employeurs du secteur marchand et d'autre part, ceux qui voulaient défendre une autre voie quitte à créer une fracture sur le banc patronal. Au niveau de l'UNIPSO et de la CBENM, le débat a clairement été tranché en faveur de la seconde option.

Santhea estime que le rôle des organisations qui représentent le secteur à profit social consiste à défendre les solutions originales dont le secteur est porteur. Selon santhea, il n'y a aucun sens à privilégier un front d'employeurs sur base des recettes marchandes que le secteur à profit social ne partage pas.



Une crise conjoncturelle pour les uns, systémique pour les autres!

Selon la FEB une entreprise à profit social est une entreprise comme une autre à la nuance près qu'elle vend en vue d'une finalité sociale; et donc une entreprise qui se distingue de l'entreprise marchande par sa seule finalité sociale. Les méthodes managériales et toutes les recettes du secteur marchand lui sont par ailleurs applicables. Dans cette droite ligne, la FEB estime que le contexte macroéconomique doit évoluer dans un

et un seul sens : celui de plus de flexibilité du travail, de la réduction des charges salariales, de la chasse aux abus sociaux... selon un discours désormais bien connu. Pour la FEB, c'est la seule manière de surmonter la crise et de relancer l'économie!

Selon de nombreux employeurs du secteur à profit social, d'autres dynamiques sont non seulement possibles mais aussi indispensables dont, par exemple, celle évoquée dès 1998 par l'économiste DEES pour qui «*l'entrepreneur social joue un rôle d'agent de changement dans le secteur social en poursuivant une mission de création de valeur*

• sociale, en valorisant les nouvelles opportunités pour soutenir la mission. Il est engagé dans un processus continu d'innovation, d'adaptation et d'apprentissage, agissant avec audace sans être limité à priori par les ressources disponibles et finalement, en faisant preuve d'un sens de l'engagement vis-à-vis de la mission et des impacts sociaux». Si cette conception implique bien un projet économique de production continue de biens et services, elle privilégie la finalité sociale et limite la distribution du profit dans le cadre d'une gouvernance participative non fondée sur la propriété du capital. Ce sont les fondamentaux du système économique qu'il faut oser mettre en question.

• Santhea joint sa voix à celle de ceux qui affirment que la qualité de notre avenir repose sur la capacité à transformer notre modèle économique et les capacités d'innovation des entreprises à profit social doivent être une source d'inspiration pour cette transformation. N'est-il pas temps d'envisager d'autres options que la reproduction des mêmes anciennes stratégies, méthodes ou organisations dans la satisfaction des besoins sociaux? Face au secteur marchand qui refuse cette option de renouvellement et propose des solutions qui visent à courir derrière les problèmes, le secteur à profit social doit avoir le courage d'affirmer sa volonté de transformer le modèle d'une part, en offrant un nouveau cadre pour traiter les problèmes sociaux et d'autre part, en s'emparant des espaces laissés libres par le marché et l'action publique.



Un débat moins théorique que certains veulent le penser.

Les institutions de soins ont été lourdement touchées par la rigueur budgétaire. Les cotisations sociales étant largement insuffisantes pour couvrir le budget des soins de santé, le Gouvernement en décidant de réduire drastiquement l'intervention du budget de l'Etat dans les dépenses de sécurité sociale impose au secteur des soins de santé et aux institutions de soins des économies qui mettent en péril leur équilibre budgétaire. Face à ce constat, peut-on, comme le font la plupart des acteurs du secteur, s'indigner de la rigueur budgétaire et réclamer plus de moyens? Ou repenser l'organisation des institutions de soins et en particulier des hôpitaux pour leur permettre de fonctionner dans le cadre budgétaire disponible? La solution passe-t-elle par la privatisation de tout un pan du secteur des soins de santé? Ou passe-t-elle par la capacité de tous les acteurs du secteur à insuffler une nouvelle dynamique en transformant son organisation?

Santhea est persuadé que l'innovation sociale a une place centrale dans la résolution des problèmes auxquels nous sommes confrontés. ■

La nouvelle réglementation en matière d'oxygénothérapie à domicile

La nouvelle réglementation en matière d'oxygénothérapie au domicile du patient met en place une réforme importante dans notre système de santé. Ce sont les dérives thérapeutiques soulevées par les spécialistes pneumologues et le KCE, les dérives liées à la négligence organisationnelle mises en évidence par les mutualités et l'INAMI et les impératifs budgétaires qui l'ont imposées.

La réforme mise en place est le fruit de la concertation, au sein de l'INAMI, des représentants des bénéficiaires, des universités et de tous les prestataires impliqués dans ce traitement. Son but est d'apporter un meilleur service aux patients qui en ont réellement besoin tout en diminuant les dépenses de l'assurance obligatoire. Le réforme vise l'efficacité. Santhea a participé à son élaboration, a soutenu sa mise en œuvre et ... espère qu'elle réussira!

Contexte

L'oxygène est utilisé à des visées thérapeutiques depuis de nombreuses années notamment chez les patients souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), de décompensation cardiaque, de mucoviscidose, de pathologie pulmonaire interstitielle et dans le cadre des soins palliatifs. Il est très difficile de démontrer scientifiquement que l'utilisation thérapeutique de l'oxygène permet une amélioration de la survie du patient mais par contre dans bon nombre de cas, le confort du patient est amélioré. Il s'agit donc d'un sujet difficile où la réponse n'est pas nécessairement «oui-non» mais souvent «peut-être».



La consommation d'oxygène au domicile dépend de la durée de l'administration durant la journée et la nuit, du nombre de jours d'utilisation et du débit d'administration (en litres/minute). Le but est d'augmenter suffisamment la saturation en oxygène du sang sans augmenter de façon dangereuse la concentration de dioxyde de carbone afin d'éviter la carbonarcose. A domicile, l'oxygène peut être administré sous forme gazeux, liquide ou via un oxyconcentrateur. Des systèmes de distribution portables peuvent être utilisés conjointement à des systèmes fixes ce qui peut rendre possible le déplacement du patient en dehors de son domicile.

Le traitement par l'oxygène au domicile nécessite, en plus des équipements mis à la disposition du bénéficiaire dans son logement, un support logistique extérieur de transport, d'installation et de maintenance du matériel. Il nécessite également l'intervention d'un pharmacien car l'oxygène, à juste titre, est considéré comme un médicament.

Dans le cadre d'un traitement de longue durée (traitement chronique), le Comité de l'assurance de l'INAMI passe une convention avec un hôpital et son service de pneumologie (ou de pédiatrie quand il s'agit d'enfants) alors que dans le cadre d'un traitement de courte durée, la convention est passée avec un pharmacien d'officine.



Les coûts de santé liés à l'oxygénothérapie ont malheureusement explosé sans explication épidémiologique. Le niveau de prévalence de traitement par oxygène en Belgique est supérieur à 0,20% ce qui est significativement plus élevé que

les taux observés dans les autres pays européens qui affichent un chiffre de 0,15% en moyenne. Les dépenses de 2010 se sont élevées à 56,3 millions d'euros et pour 2011, elles ont été estimées à 59,3 millions d'euros. Entre 2005 et 2010, les dépenses totales ont augmenté de 50% soit une augmentation de 20% pour les dépenses liées à l'oxygénothérapie de longue durée et de plus de 100% pour les dépenses liées à l'oxygénothérapie de courte durée. L'explosion des dépenses est en partie liée à l'inclusion des petits risques dans l'assurance obligatoire mais surtout à trois facteurs bien identifiés, à savoir, l'utilisation de plus en plus fréquente de l'oxyconcentrateur, le cumul de 2 conventions (convention de rééducation et convention de pharmacien d'officine) dans le traitement de longue durée ou encore la poursuite de la convention avec la pharmacie d'officine alors que l'oxygène n'est plus utilisé. De plus, on a observé que certains patients continuaient à être traités par l'oxygène à domicile par l'intermédiaire d'une convention de courte durée sans efficacité reconnue et sans le contrôle d'un service de pneumologie habilité.

Un rapport du KCE (KCE 156/C/2011) et les données fournies par l'INAMI ont confirmé ces constats et ont conduit la Commission de contrôle budgétaire à proposer à la Ministre de la Santé publique de réduire les dépenses prévues au budget 2012 (56,3 millions d'euros), de 15 millions en annuité complète. La réduction importante des dépenses a été obtenue par une quadruple action :

- 1) bien marquer la distinction au domicile du patient entre le traitement par oxygène de courte durée et le traitement chronique de longue durée;
- 2) tout en gardant le cadre de la convention de rééducation conclue entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et le service de pneumologie d'un hôpital, réduire le forfait par journée de 15%, notamment en diminuant l'utilisation d'oxygène liquide au bénéficiaire souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique requérant de manière permanente un débit d'oxygène supérieur ou égal à 4L/minute;
- 3) réduction drastique des dépenses liées à l'utilisation d'oxygène de courte durée en aigu par adaptation des honoraires du pharmacien d'officine, pour la délivrance de l'oxygène, par la limitation des indications pour lesquelles l'oxygène est remboursé en fonction des données «de l'évidence médicale» récentes, et par le renforcement du contrôle sur le respect des indications pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire est prévue;
- 4) introduction des nouvelles technologies d'administration de l'oxygène pour le bénéfice du patient et la maîtrise des coûts.



Modifications dans le cadre de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile

Les principales modifications de la convention de rééducation fonctionnelle entre le Comité d'assurance des soins de santé de l'INAMI et l'hôpital, son service de pneumologie et la pharmacie hospitalière sont les suivantes :

- 1) une tarification équitable et transparente est mise en place en ajustant les forfaits par une nomenclature spécifique à chaque type de prestation d'oxygénothérapie pour les différents bénéficiaires. A chaque pseudo-code nouvellement créé correspond un honoraire dans lequel on retrouve de façon identifiable le coût de la gestion administrative du dossier patient, le coût du matériel et des accessoires, le coût de l'installation du matériel et de sa maintenance par l'hôpital ou par un prestataire spécialisé, le coût du pneumologue ou du pédiatre, et le coût du pharmacien hospitalier;

Tableau – Exemple | **Oxygénothérapie de longue durée à domicile avec un oxyconcentrateur fixe complété par un oxyconcentrateur portable**

Missions qui sont couramment sous traitées à des prestataires de service médico-techniques	Prix indicatif
Coût du matériel et des accessoires nécessaires, stock (frais généraux du prestataire de service et 21% de TVA inclus)	5,1188 €
Coût de la prestation de services : placement du matériel, initiation à la thérapie, entretien du matériel, reprise et nettoyage du matériel à la fin de la thérapie, permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (frais généraux du prestataire de service et 21% de TVA inclus)	2,1845 €
Sous-total	7,3033 €
Moyens prévus afin de permettre à l'hôpital d'appliquer cette convention	Coût
Pneumologue (0,1 ETP pour 100 patients = en moyenne 1,63 heures de travail par patient et par an)	0,4210 €
Paramédicaux (0,5 ETP pour 100 patients = en moyenne 8,17 heures de travail par patient et par an)	0,8727 €
Secrétariat, administration et tarification (0,3 ETP pour 100 patients = en moyenne 4,90 heures de travail par patient et par an)	0,3978 €
Pharmacien hospitalier (0,05 ETP pour 100 patients = en moyenne 0,82 heures de travail par patient et par an)	0,1318 €
Frais de fonctionnement de l'hôpital (10% du coût salarial)	0,1823 €
Sous-total	2,0056 €
PRIX TOTAL PAR JOUR	9,31 €

- 2) l'intervention de l'assurance obligatoire est prévue pour les nouveaux types d'oxyconcentrateurs destinés aux patients qui passent une partie de la journée en dehors de chez eux. Pour ces patients, l'oxyconcentrateur fixe est complété par un oxyconcentrateur portable et l'installation est complétée par un compresseur de recharge pour remplir des petites bouteilles portables;
- 3) les conditions d'octroi d'oxygène liquide sont revues et la pharmacie hospitalière devient le seul intermédiaire à sa livraison;
- 4) dans le cadre d'un syndrome d'hypoxémie nocturne, les indications de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile sont revues en fonction des nouvelles normes internationales;
- 5) la nouvelle convention prévoit les conditions de l'organisation de l'implantation et de la maintenance de l'appareillage de façon plus détaillée qu'auparavant. Si un établissement hospitalier fait appel à des prestataires de service médico-techniques agréés, les conditions du contrat qui les lie doivent prévoir explicitement ce que l'hôpital et le prestataire extérieur prennent chacun à leur charge;
- 6) la collaboration avec le médecin généraliste et le pharmacien d'officine est renforcée;
- 7) un Conseil d'accord est créé dans le cadre de la convention. Ce Conseil comprend d'une part, des représentants des médecins responsables des établissements hospitaliers ayant signé

la convention et d'autre part, les membres du Collège des médecins-directeurs.

Les tâches du Conseil d'accord sont les suivantes :

- vérifier le bon fonctionnement des conventions conclues par le Comité de l'assurance de l'INAMI en matière d'oxygénothérapie de longue durée à domicile et donner des conseils au Collège des médecins-directeurs sur les éventuelles mesures nécessaires pour garantir le bon fonctionnement du dispositif;
- prendre des initiatives destinées à promouvoir la qualité, en ce qui concerne tant le diagnostic et le traitement que la recherche d'une approche optimale;
- donner des conseils sur d'éventuelles adaptations.

Modifications dans le cadre de l'oxygénothérapie à domicile de courte durée

Le but poursuivi par la réforme est d'obtenir une meilleure utilisation de courte durée de l'oxygène à domicile et d'optimiser le traitement du patient tout en atteignant l'objectif budgétaire poursuivi.

L'oxygénothérapie de courte durée est prescrite par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste via un pharmacien d'officine.

La durée du traitement est limitée à 3 mois par fraction de 1 mois sur une période réfractaire de 1 an.

Le médecin généraliste doit être attentif au fait que lorsqu'il renouvelle le traitement pour un mois supplémentaire, il est pratiquement dans l'obligation de prendre les dispositions nécessaires pour que son patient puisse faire l'objet d'un diagnostic précis sur son besoin en oxygène et notamment sur une éventuelle nécessité d'une prise en charge chronique dans les 2 mois qui suivent la date de renouvellement.

L'oxygène gazeux ou l'oxyconcentrateur sont inscrits au chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté du 21/12/2001 qui fixe l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

Le remboursement en catégorie A est accordé avec autorisation préalable du médecin conseil pour les indications suivantes :

- l'hypoxémie aiguë est cliniquement documentée par le diagnostic de l'affection, la description des plaintes et le résultat des tests de saturation du sang en oxygène;
- la preuve de l'amélioration de l'hypoxémie pour l'oxygénothérapie doit être conservée dans le dossier du patient.

La prescription doit comporter la notion d'oxygène en DCI ou la notion d'oxyconcentrateur, avec le débit en litre/minute et le nombre d'heures/jour. Le remboursement est également accordé dans les mêmes conditions pour le traitement du «cluster headache».

• Dans ces circonstances, le médecin spécialiste en neurologie demande l'autorisation au médecin-conseil.

• Par contre, la mention tiers payant applicable doit figurer sur la prescription si le patient est en soins palliatifs et bénéficie du forfait palliatif.

• Si le patient n'a pas encore son statut palliatif, la demande est faite au moment de la prescription d'oxygénothérapie et le remboursement peut commencer à partir de la date de la notification mais la réglementation du chapitre IV est d'application.

• L'honoraire du pharmacien a été adapté et une réduction des coûts pour l'installation et la mise à la disposition du matériel et des accessoires a été instaurée.

• **En conclusion**

• L'oxygénothérapie à domicile, qu'elle soit de courte durée ou continue chronique de longue durée, est un élément très important dans le cadre du maintien des patients à domicile. Ce traitement nécessite la participation de nombreux intervenants, même en dehors de la convention de rééducation.

• De ce fait, la réforme est complexe et soumise aux critiques des bénéficiaires et des prestataires.

• Elle correspond cependant à l'évidence médicale et, à ce titre, elle devait être mise en œuvre. Santhea espère qu'elle démontrera aussi son efficacité! ■



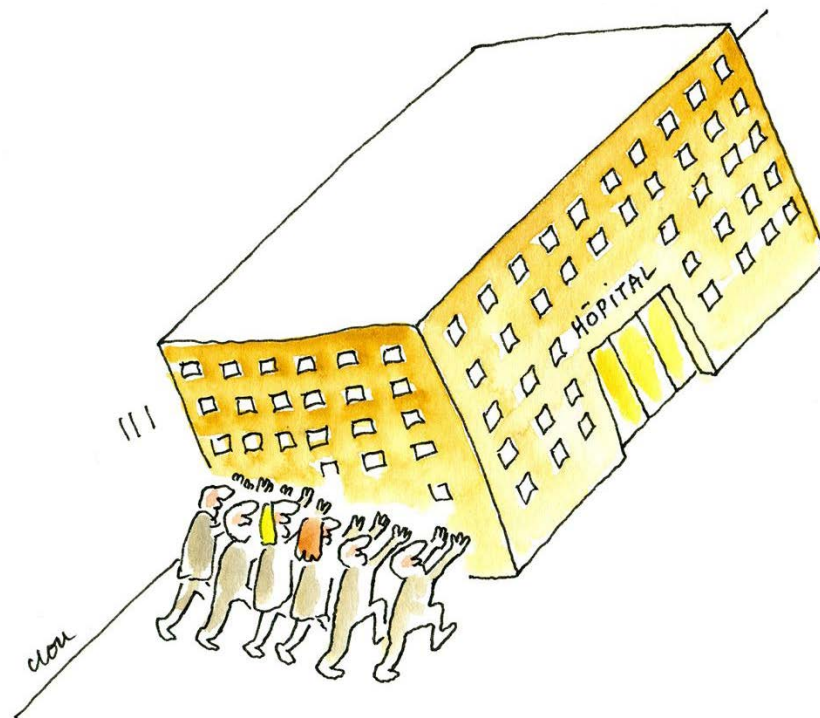
Le soutien à la qualité dans les hôpitaux : deux années de partenariat avec les mutualités socialistes

Cette année, comme en 2011, pas moins de trois projets ont été soutenus dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité (PSQ), et un quatrième projet a été initié en vue d'entamer la réflexion sur l'accréditation, thème central qui sera développé dès 2013, et pour sans doute de nombreuses années. Au cours de l'année, quatre nouvelles institutions nous ont rejoints.

Aujourd'hui, c'est donc 73% des hôpitaux santhea qui participent au PSQ, ceux-ci représentant 84% des lits agréés «santhea». Ceci prouve l'intérêt porté à la problématique. D'ailleurs, dans le cadre d'un des projets 2012, de nombreuses directions générales ont été rencontrées, et toutes ont affirmé l'importance de ce sujet. Si la structure de la qualité n'est pas toujours existante, il ressort néanmoins que la culture commence à se développer.

Les projets en quelques mots

Le projet «**Organisation structurelle de la qualité dans les hôpitaux: quelques pistes de réflexion**» avait pour objectif d'établir un relevé des situations existantes en Belgique et à l'étranger, et d'en dégager d'éventuelles «Bonnes Pratiques» en vue de recommandations pour les hôpitaux. L'analyse de la structure mise en place au sein des établissements de soins étudiés a mis en évidence une réalité, tant en Belgique qu'à l'étranger: les situations sont presque toutes différentes, et il n'existe pas de guidelines claires en la matière. Suite à la confrontation de la vision des coordinateurs qualité et des directions générales, le groupe a proposé une structure qualité/sécurité bidimensionnelle dirigée par un directeur qualité chargé de faire le lien entre le terrain et le comité de direction. La structure serait composée d'un comité qualité hospitalière et d'un comité d'audit pour favoriser l'approche «Qualité Totale».



Le projet «**Prothèse totale du genou(PTG)**» : en suivi du projet 2011 sur la prothèse totale du genou (PTG), un groupe de travail s'est donné pour but d'analyser et de comparer les modèles organisationnels et de prise en charge mis en place dans les différents hôpitaux afin d'identifier les pratiques qui permettraient l'amélioration du processus de soins. L'objectif de cette démarche est de donner des arguments et des outils aux hôpitaux pour s'inscrire dans le processus d'élaboration d'un trajet de soins adapté à leur hôpital et pour stimuler leur pouvoir organisateur et les chirurgiens.

Le projet «**Satisfaction Patients**» s'est également poursuivi en 2012. Cette année supplémentaire a permis de développer un questionnaire destiné aux consultations, ainsi que trois questionnaires spécifiques à la psychiatrie (service A et T, pédopsychiatrie et défense sociale). Ceux-ci seront mis en circulation en 2013. Par ailleurs, une évaluation du projet a été initiée, en commençant par un comparatif du fonctionnement du projet au sein de chaque hôpital participant. L'objectif est de définir des «Bonnes Pratiques» en 2013. Enfin, l'année 2012 aura vu l'élargissement du projet à de nouvelles institutions: 14 hôpitaux y participent à présent.

Et en 2013...

Dès l'année prochaine, une partie importante de nos travaux s'articulera autour de l'accréditation : un projet principal «pluriannuel» qui vise à soutenir les hôpitaux dans leurs démarches liées à l'accréditation, et deux projets périphériques annuels se focalisant sur un aspect spécifique de l'accréditation. L'objectif est donc de constituer progressivement une bibliothèque de projets liés à l'accréditation et de développer un «know-how», pour soutenir et faciliter l'accréditation.

Pour 2013, les trois projets retenus sont l'amélioration de l'information fournie aux patients avant l'hospitalisation, une analyse critique de l'indicateur «Réadmissions non planifiées», et le projet «central» portant sur l'accréditation. ■



Se préparer à la 6^e réforme de l'Etat

Le désormais célèbre « Accord Papillon » qui est à la base de la 6^e réforme de l'Etat comprend un important volet relatif aux soins de santé et à la prise en charge des personnes âgées.

La question de savoir si les transferts sont opportuns ou non est désormais dépassée; quel que soit leur avis, les opérateurs seront rapidement confrontés au nouveau paysage institutionnel résultant du compromis politique obtenu par les 8 partis qui ont été associés à la négociation.

Santhea s'est engagé dès 2012 dans une réflexion de fond en vue de pouvoir apporter une contribution efficace à la mise en place des dispositifs régionaux (communautaires?) indispensables à la gestion des matières transférées.

Information des membres de santhea

Les journées d'études santhea 2012 qui font l'objet d'un chapitre particulier de ce rapport ont été intégralement consacrées à une information sur les contours et les enjeux de la 6^e réforme de l'Etat pour les secteurs des soins de santé. Les échanges de vues formels et informels entre les participants ont constitué une première et importante récolte d'informations dans la perspective des futures prises de positions de santhea.

Identifier les difficultés et les défis de la réforme

Compte tenu de l'hétérogénéité des transferts, force est de constater que chaque transfert est porteur de difficultés spécifiques

En ce qui concerne les **personnes âgées**, c'est toute la politique de programmation, de normes et de financement (y compris le contrôle des prix) qui devra être gérée par les régions. C'est une révolution! Aujourd'hui, en effet, si les administrations régionales sont certes déjà compétentes pour établir les normes des MRPA et pour donner (ou retirer) l'agrément des MRPA et MRS, elles n'ont jusqu'à présent jamais dû se préoccuper d'élaborer des règles de financement ou de transmettre un budget à chaque maison de repos et/ou de soins et de liquider celui-ci.

L'accord prévoit ce même transfert complet de compétences pour **les hôpitaux G et Sp isolés**. Cela concerne pour la Région wallonne 5 à 6 hôpitaux et autant en Région bruxelloise (même la définition d'un hôpital Sp isolé n'est pas claire: le Centre de revalidation du Brabant Wallon à Wavre dispose de lits Sp et de lits de psychiatrie T. S'agit-il d'un hôpital isolé Sp ou non?! La Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale auront donc à créer un



dispositif décretaal et/ou réglementaire relatif à la programmation, l'agrément et le financement pour ces quelques hôpitaux.

En ce qui concerne **les normes d'agrément des hôpitaux**, l'accord prévoit quelques balises :

- la programmation reste de compétence fédérale, des accords bilatéraux asymétriques pouvant néanmoins être conclus lorsqu'une Communauté le souhaite;
- le financement des hôpitaux reste de compétence fédérale, de même que les règles relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers;
- on vérifiera que les normes d'agrément édictées par les Communautés n'ont pas d'impact négatif sur les budgets fédéraux, à défaut d'accord bilatéral;
- les normes qualitatives de référence sont celles édictées par l'Union européenne.

La portée même de ces précisions soulève au moins autant de questions que si l'on n'avait rien dit. Quelles normes n'ont pas d'impact budgétaire? Qui vérifiera cet éventuel impact? Si demain, la Wallonie souhaite édicter de nouvelles normes en matière de programmes de soins de pathologie cardiaque, pour citer un exemple presque au hasard, qui peut affirmer que ces normes ont (ou n'ont pas) un impact sur les budgets INAMI? Ou, en d'autres termes, est-ce que l'offre de soins génère la demande? Autant de questions sans réponses!



En ce qui concerne le secteur de la **revalidation fonctionnelle**, l'accord prévoit le transfert vers les entités fédérées d'un certain nombre de conventions. Le choix de ces conventions semble relever plus de l'arbitraire que d'une réflexion en matière de politique de santé. La conséquence des choix effectués sera en fait l'impossibilité de mener une politique cohérente dans toute une série de secteurs.

Un certain nombre des établissements du secteur font partie d'un service hospitalier ou sont partiellement liés à un hôpital. Est-il opportun de scinder les activités au sein d'un même service

hospitalier, de manière à répartir les compétences entre Etat fédéral et entités fédérées?

En ce qui concerne le financement des **infrastructures hospitalières**, il est prévu de transférer la totalité des sous-parties A1 (les charges d'investissements) et A3 (les charges d'investissements des services médico-techniques) du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux. Alors qu'initialement, on parlait uniquement du financement des infrastructures, il faut constater que le texte final vise toute la sous-partie A1, donc en ce compris les investissements en matériel médical ou encore les montants relatifs au dossier infirmier informatisé et aux logiciels de collecte des données.

Pour les infrastructures, là où nous connaissons aujourd'hui un financement double : un subside direct pour 10 à 60% à charge de la Région et un financement par annuité pour 90 à 40% de l'investissement à charge du fédéral, la Région assumera demain 100% du financement.

Un tout nouveau mécanisme devra donc être élaboré, en tenant compte à la fois du passé et des futurs investissements, qui vise à financer 100% des investissements. Et se pose ici directement une série de questions en relation avec les normes européennes SEC 95 pour le déficit public et la dette publique. Ces normes prévoient en effet que, bien que l'engagement financier soit pris par l'entreprise elle-même, il peut être d'emblée considéré avec certitude comme un engagement de l'Etat si les conditions suivantes sont remplies :

- la loi autorisant l'émission de l'emprunt spécifie l'obligation de remboursement par l'Etat;
- le budget de l'Etat spécifie chaque année les montants à payer;
- la dette contractée par l'entreprise est systématiquement payée par l'Etat (intérêts et principal).

Or, c'est bien le cas dans le cadre du financement des infrastructures hospitalières. Si ceci devait s'appliquer tel quel, c'est l'entièreté de la dette à long terme des hôpitaux qui devrait être reprise dans les dettes régionales, soit suivant l'étude Maha 2010 un montant de 1,400 milliard pour la seule Wallonie, auquel devra venir s'ajouter pour près d'un milliard d'investissements nouveaux, dans le cadre du calendrier de construction actuel!

Ceci est évidemment impensable. Pour rappel, la dette globale de la Wallonie s'élevait en 2011 à 5,25 milliards.

De quels moyens disposeront Régions et communautés pour gérer les nouvelles compétences?

Il existe un risque réel d'un blocage de l'évolution des politiques sectorielles suite à la stagnation des budgets disponibles

La répartition des moyens pour le financement des nouvelles compétences se fera selon des clés démographiques.

Pour les compétences transférées concernant les personnes âgées (essentiellement : structures d'accueil, allocation d'aide aux personnes âgées (APA), hôpitaux gériatriques isolés G), les moyens seront répartis initialement selon la clé population des plus de 80 ans. Ils évolueront en fonction de l'évolution du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans de chaque entité fédérée, de l'inflation et de 82,5% de la croissance réelle du PIB par habitant.

Les moyens liés aux autres compétences transférées en matière de soins de santé et «d'aide aux personnes» seront répartis selon la clé population et évolueront en fonction de l'inflation et de 82,5% de la croissance réelle.

Si l'on comprend bien le mécanisme voulu par les négociateurs, ceci signifie que les enveloppes qui seront fixées au moment des transferts n'évolueront plus suivant la norme de croissance des soins de santé (4,5% jusque 2012, 2% en 2013 et 3% à partir de 2014), mais bien suivant l'inflation et la croissance. Les prévisions pour 2013 font actuellement état d'une croissance du PIB de 1,2%. Ceci représenterait, si on appliquait les nouvelles clés dès 2013, une croissance nominale (hors inflation) des budgets de santé (hors personnes âgées) de 0,99%, soit plus de 1% de moins que la norme fédérale.

Quels sont les grands principes qui doivent guider l'organisation future des compétences transférées?

L'accord institutionnel prévoit que, selon le principe d'universalité du budget, les budgets seront transférés globalement à chaque entité fédérée, sans distinction de compétences

Il appartiendra dès lors à chaque entité fédérée, selon ce qu'elle juge prioritaire, d'affecter les moyens nouveaux aux différents secteurs et services transférés. Ceci s'avérera d'autant plus délicat, qu'il faudra aussi tenir compte du fait que les budgets transférés ne permettront plus de financer l'évolution des dépenses que nous connaissons aujourd'hui.

Pour éviter les dérives, santhea s'est prononcé en faveur **d'une gestion concertée des matières transférées**. En matière de santé, les matières transférées sont actuellement gérées par l'INAMI et le SPF Santé publique. Ces structures impliquent, à des degrés divers les organismes assureurs et les prestataires de services de soins. Cette implication des acteurs contribue à en faire un outil performant.

Les compétences transférées à l'occasion de la 6^e réforme de l'Etat ne peuvent pas faire l'objet d'un simple transfert dans les administrations existantes. Il en découlerait notamment une perte d'expertise et un risque de décalage entre les besoins des bénéficiaires et des prestataires et les

décisions prises. Il en résulterait, en outre, une perte de vision globale des politiques à mener, réduisant par là même l'efficacité de l'Etat et des acteurs.

Le défi est d'imaginer une nouvelle organisation cohérente pour gérer les compétences existantes et/ou transférées. Cette organisation devra également offrir la souplesse indispensable à l'accueil éventuel de futurs transferts supplémentaires.

Il sera indispensable, à l'occasion des transferts, d'assurer **la continuité de l'Etat, des services et des institutions**. La période de transition durant laquelle le nouveau modèle organisationnel sera mis en œuvre devra mobiliser toute l'attention des pouvoirs publics. Il est indispensable que la continuité de la tutelle de l'Etat sur les compétences transférées (gestion et finance) soit préservée, elle-même garante d'une continuité indispensable des institutions et des services à la population.

Garantir des services de qualité accessibles à tous selon un libre choix doit constituer la ligne directrice de la réflexion; donner cette garantie impliquera vraisemblablement la nécessité de dégager des moyens budgétaires nouveaux auxquels il faut d'ores et déjà penser.

La défense de l'intérêt général. L'organisation des compétences transférées devra permettre aux pouvoirs publics de renforcer la défense de l'intérêt général et des valeurs d'émancipation sociale, d'égalité, de solidarité et de liberté, des valeurs aujourd'hui menacées par la montée

de l'individualisme et la logique marchande qui convoite chaque espace d'action collective. Cet objectif doit être mené en partenariat avec le secteur des soins de santé.

La future organisation respectera les objectifs de politique générale énoncés à l'article 7bis de la Constitution, selon lequel l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions poursuivent, dans l'exercice de leurs compétences respectives, les objectifs d'un développement durable, dans ses dimensions sociale, économique et environnementale, en tenant compte de la solidarité entre les générations. ■

Les journées d'études santhea 2012 : un thème porteur, de brillants orateurs et une participation record

Depuis des années, les journées d'études santhea (ex-journées d'études AFIS) sont devenues le rendez-vous incontournable du secteur francophone des soins de santé au début du mois de juin. Le succès de participation enregistré en 2012 l'a une nouvelle fois prouvé.



Le succès de participation renouvelé d'année en année a d'ailleurs obligé santhea à abandonner le site de Heer-sur-Meuse au profit de celui du Castel de Pont-à-Lesse qui offre l'opportunité d'accueillir les 150 participants qui assistent chaque jour aux exposés et la soixantaine de «logeurs» inscrits à la totalité du séminaire.

Même si la formule, qui repose sur le choix de thèmes qui correspondent aux préoccupations du moment, défendus par des conférenciers talentueux et qui offre par ailleurs aux nombreux gestionnaires et cadres présents la possibilité de discussions souvent animées dans une ambiance conviviale a fait ses preuves, l'équipe de santhea ressent chaque année le même trac quand se profile le nouveau défi de l'organisation des prochaines journées santhea.



Mais la réussite des journées santhea est aussi, et peut-être surtout, due à la qualité des participants. Ce sont nos collègues des hôpitaux, maisons de repos, mutuelles ou administrations qui s'intéressent aux problématiques abordées, suscitent questions et réflexions mais aussi, et sans doute surtout, créent cette extraordinaire atmosphère conviviale à laquelle même le soleil ne résiste en général pas à s'associer.

En éclaircissant la sixième réforme de l'Etat comme thème des journées 2012, santhea s'attaquait à une problématique complexe. Deux journées n'étaient pas de trop pour en aborder tous les aspects.

En écoutant le professeur **Christian Behrendt**, chaque participant a rêvé de s'inscrire à la faculté de droit de l'université de Liège pour assister à son cours de droit constitutionnel et prolonger un peu le plaisir de l'entendre...

En environ 30 minutes, le professeur Behrendt est parvenu à donner une idée claire des énormes complications de la mise en œuvre de la 6^e réforme de l'Etat. Un exploit pour lui, un gigantesque défi d'avenir pour nous.

L'exposé du professeur **Benoît Bayenet** nous a fait pénétrer les arcanes de la Loi Spéciale de Financement destinée à amortir le choc financier lié au transfert des compétences. Un point essentiel sur lequel il a insisté concerne le fait que ce sont d'une part, un paquet de compétences et d'autre part, des montants budgétaires globaux

(17 milliards) qui sont transférés. L'affectation des montants sera la compétence exclusive des Régions et Communautés en fonction des politiques qu'elles veulent mener. Par ailleurs, l'insuffisance programmée des budgets transférés obligera plus que probablement les entités fédérées à trouver de nouvelles sources de financement si elles veulent maintenir le niveau du service rendu.

Le financement des politiques en matière d'accueil des personnes âgées sera probablement le principal défi des prochaines années si on examine attentivement l'évolution des populations et son incidence sur les infrastructures de santé

et de soins aux personnes âgées. Madame **Micheline Lambrecht**, économiste spécialisée en démographie au sein du Bureau du Plan, nous a donné une vue précise des principales évolutions de populations attendues dans chacune des 3 régions et de l'incidence de ces évolutions sur les dépenses de santé. Parmi le grand nombre d'informations communiquées par madame Lambrecht, il est intéressant de noter que nous serons confrontés à la prise en charge d'une population de nonagénaires de plus en plus nombreuse puisque l'espérance de vie à 85 ans était, en 2010 de 5,55 ans pour les hommes et de 6,79 ans pour les femmes. Sur base de cette tendance à l'allongement de la vie, on évalue



• à 324.000 le nombre de Belges qui seront âgés de
• 85 ans et plus en 2020 et que ce nombre sera de
• 751.000 en 2060. Cette évolution touchera surtout la
• Flandre sur le territoire de laquelle résideront plus
• de 60% des citoyens belges âgés de plus de 85 ans
• alors que la Flandre représente environ 57% de la
• population totale (7% de la population seront âgés
• d'au moins 85 ans à Bruxelles (11% de la population
• belge) alors que la Wallonie qui représente 32%
• de la population abritera 30% des Belges de plus
• de 85 ans).

• Quand on sait que les dépenses relatives aux soins
• de longue durée explosent à partir de 70 ans (elles
• passent d'un poids relatif de 0,5 à 70 ans, à un poids
• relatif de 3 à 90 ans), on se rend aisément compte des
• défis qu'il faudra affronter au cours des prochaines
• décennies.

• Monsieur **Peter Degadt**, administrateur-délégué
• de Zorgnet Vlaanderen a fait l'amitié à santhea de
• venir expliquer les pistes explorées en Flandre pour
• gérer les politiques transférées le plus efficacement
• possible; selon lui, beaucoup d'idées mais peu de
• concret! Les participants ont eu la même impression
• en écoutant la porte-parole de la Ministre Eliane
• Tillieux : la Région wallonne est loin d'être prête.

• La première matinée s'est clôturée par l'exposé
• du docteur **Yolande Husden** qui est venue livrer
• l'analyse des Mutualités socialistes. Après avoir
• insisté sur les objectifs de cohérence qui ont été
• mis en avant pour justifier les transferts, elle a, sur
• base de leur inventaire très précis, mis le doigt sur

les multiples incohérences qui les rendront difficile
à mettre en application. Elle s'est ensuite posé la
question de savoir si les Régions et Communautés
allaient reprendre à leur compte les mécanismes
fédéraux liés à la protection sociale des citoyens
(système Bismarck) ou au contraire, allaient profiter
des transferts pour confier à leurs administrations
la responsabilité de mettre en œuvre une politique
sociale décidée par eux (modèle Beveridge). Elle
a dressé une liste précise des opportunités et des
risques des choix qui seront faits.

Au cours de l'après-midi, en plus de la traditionnelle
présentation des évolutions d'Awagès (Abrugès),
3 groupes thématiques se sont réunis autour
du transfert des matières les concernant plus
spécifiquement :

- un premier groupe a analysé les transferts liés à la personne âgée;
- un second groupe a discuté des conséquences de la 6ème réforme de l'Etat sur le secteur de la santé mentale;
- un troisième groupe a réuni les gestionnaires intéressés par le financement des infrastructures de soins et l'impact des transferts sur les hôpitaux généraux.

Pour ceux qui restaient, la journée s'est terminée
par un excellent barbecue précédé par un apéritif
au soleil et suivi des conversations animées de fin
de soirée.

La seconde journée était consacrée à une approche
plus sectorielle des transferts; quels seront
précisément les matières et mécanismes qui seront
affectés?

Dans cet exercice, tant madame **Annick Poncé**,
directrice de l'administration des hôpitaux au
SPF Santé publique que monsieur **Pierre Rondal**,
attaché au Cabinet de la ministre wallonne de la
Santé, ont fait preuve non seulement de la maîtrise
des matières qu'on leur connaît mais aussi d'une
capacité didactique appréciée dans l'exposé d'une
matière aussi complexe.

Monsieur **Benoît Colin**, administrateur-général
adjoint de l'Inami est venu expliquer, sur base de
l'étude réalisée par l'Inami sur les différences de
consommation régionale en matière de soins de
santé, quels sont les enjeux pour la Wallonie et pour
Bruxelles, quels sont les paramètres à maîtriser et
quelle responsabilisation introduire tant au niveau
des prestataires que des bénéficiaires.

A l'issue de ces deux journées, il a fallu constater
deux sentiments contrastés parmi les participants :
d'une part, la satisfaction d'avoir bénéficié d'une
information claire et complète sur les transferts
prévus par la 6^e réforme de l'Etat et d'autre part,
l'inquiétude face à sa mise en œuvre à la fois
complexe et insuffisamment préparée.

Mais tous étaient cependant unanimes: on n'y
échappera pas et il faudra se retrousser les manches
pour la réussir! ■

Les journées d'études: ce qu'ils en pensent

Partage

Nouvellement engagée chez santhea, ces journées d'études furent pour moi une excellente opportunité pour me familiariser avec le secteur des soins de santé et faire connaissance avec nos affiliés. Ce fut en effet l'occasion de partager des moments privilégiés avec notre entourage professionnel et en particulier, avec nombre d'acteurs importants du secteur. Outre cet enrichissement socio-professionnel, les conférences m'ont permis d'approfondir mes connaissances relatives au fonctionnement de ce secteur si particulier et de mieux en appréhender les perspectives d'avenir. J'attends maintenant avec enthousiasme les prochaines journées d'études!

Amélie GOOSSENS,
Conseiller économique, santhea

Echange

Les journées santhea c'est d'abord se réunir autour d'un thème qui nous concerne tous. C'est aussi une rencontre de personnes de différents métiers d'autres hôpitaux. Mais c'est surtout pouvoir échanger ses points de vue, ses pratiques professionnelles, de manière informelle avec d'autres membres du secteur.

PS : le bar et la piscine sont agréables...

Sophie DONCK et Martin LEEMPOEL,
Collaborateurs service Budget et
Contrôle de gestion Hôpital Erasme - CUB

Convivialité

Dans la grande majorité des cas, les sujets analysés sont intéressants pour les cadres du secteur. Ainsi lors des dernières journées, apprendre l'abc du transfert des compétences mais surtout les problèmes engendrés par ce transfert a été pour moi une grande découverte. Je participe depuis des années à ces journées. Elles m'ont servi et me servent encore à accroître mes connaissances.

Elles sont un lieu de rencontre par excellence, surtout si on choisit la formule résidentielle.

Généralement aussi, la table est bonne et le lieu actuel est une aubaine pour la promenade et la découverte de notre beau pays.

Jacques HUCHON
Conseiller Soins de Santé
Direction Etudes – Institutions - UNMS

Datawarehouse

L'année 2012 aura marqué le cinquième anniversaire du projet AWAGES/ ABRUGES, officiellement lancé le 1^{er} mai 2007. Mais cette année aura surtout été une année de transition qui a permis de mettre en chantier les grands axes de développement définis lors du comité de pilotage de novembre 2011. Ces différents axes, détaillés ci-dessous, devront permettre d'assurer au projet non seulement une pérennité, mais aussi une amélioration continue dans les services offerts aux hôpitaux membres de santhea.



Les ressources humaines

L'année 2012 est la première année complète du projet suite au départ du chef de projet initial. Son départ en 2011, alors que deux autres collaborateurs nous avaient déjà quitté plus tôt dans l'année, a obligé l'équipe à mener une réflexion en profondeur sur l'état du projet, sur ce que nous voulions en faire et sur les moyens de le développer. Tout naturellement, c'est d'abord au niveau des ressources humaines que nous avons travaillé. L'analyse de notre situation actuelle et la définition de nos objectifs à long terme nous ont permis de clarifier nos besoins en la matière. Dès le mois de janvier, un nouveau collaborateur a été engagé dans la fonction d'Assistant Datawarehouse. Et en mars, c'est une nouvelle collaboratrice qui est venue renforcer notre capacité d'analyse. Ces deux nouvelles arrivées ont entraîné une augmentation significative de la taille de l'équipe, ce qui nous a forcés à revoir un certain nombre de choses, à commencer par la répartition des tâches entre chaque membre de l'équipe. Cet exercice de clarification nous a permis d'augmenter l'efficacité et l'efficience de notre travail.

Priorité à la qualité des données

Ce deuxième axe est bien évidemment tout aussi important que le premier, étant donné qu'il s'agit des fondations sur lesquelles l'ensemble de notre production repose. Nous avons dès lors souhaité faire réaliser un audit externe de notre base de données, qui a débouché sur une série de recommandations et de conseils à mettre en œuvre pour en améliorer les performances. L'option de migrer vers SQL SERVER 2012 a été choisie, et l'ensemble des modules existants ont été revus afin d'optimiser leur fonctionnement. Bien que cela représente un travail important, ces changements permettront d'augmenter les performances de la base de données et d'en garantir la stabilité. De plus, ils nous permettront de développer à court terme de nouveaux outils de reporting, facilitant dès lors l'accès à l'information et aux analyses pour nos membres. Ces modifications ont été réalisées avec l'appui d'une firme extérieure sous la forme d'un coaching de notre responsable du Datawarehouse.

L'équipe s'étant élargie, il fallait également revoir notre manière de travailler et définir qui faisait quoi, quand, où et comment. En d'autres termes, nous avons consacré une partie importante de l'année à mettre au point, et par écrit, nos processus et procédures, ainsi qu'à documenter notre organisation. Ceci nous permet de garantir à nos membres la fiabilité du traitement effectué sur les données, ainsi que le stockage des données dans le respect des règles de confidentialité.

Appropriation par les membres

Dernière priorité formulée : s'assurer que nos membres s'approprient le projet. En effet, quelle que soit la qualité de notre production, si celle-ci n'est pas utilisée par nos membres et utile dans leur travail, le projet sera un échec. Il est donc indispensable que nos études et nos reportings répondent aux souhaits et aux besoins du secteur. C'est la raison pour laquelle, en plus de l'évaluation annuelle réalisée lors du comité de pilotage, nous avons fait réaliser une évaluation globale du projet par un groupe d'étudiants de la Solvay Brussels School of Economics and Management. Une vingtaine d'institutions ont été visitées et une cinquantaine de personnes (directions générales, médicales et financières, département infirmier, ressources humaines, contrôle de gestion, ...) ont été rencontrées. Si de nombreux points positifs ont été mis en avant (bonne connaissance du projet des directions générales et financières, utilité du projet et qualité de certains outils proposés),

quelques faiblesses ont été soulignées, notamment la faible connaissance du projet en dehors des directions générales et financières, une mauvaise communication ressentie autour du projet et la difficulté d'accéder aux données en ligne et de les utiliser. Ces éléments ont été intégrés dans notre réflexion et plusieurs pistes de solution ont été proposées. Elles seront implémentées avant la fin de l'année 2013.



Un aspect important de l'appropriation par les membres a été la mise en place de groupes de travail consacrés aux différentes thématiques traitées dans le cadre du projet. Plusieurs groupes ont déjà été actifs cette année (voir cadre ci-après), d'autres seront lancés l'année prochaine. Les objectifs de ces groupes de travail sont de définir le contenu des reportings, d'orienter nos études sur les aspects qui présentent le plus d'intérêt pour nos hôpitaux, nourrir les réflexions du secteur et, le cas échéant, participer au développement de la

thématique en question dans le cadre du projet. Enfin, le comité technique, destiné à opérer les choix techniques concernant le projet, à définir le type de reporting et à traiter les questions relatives à la confidentialité des données, a été réactivé. Il est à présent composé de cinq experts issus du monde hospitalier ainsi que des présidents des groupes de travail. La présence de ces derniers se justifie par la nécessité de faire remonter au sein du comité technique les besoins propres à chaque thématique.

Et en 2013...

L'année 2012 aura donc été riche en activités, et l'année prochaine ne sera pas différente. De nouveaux modules seront développés dès le mois de janvier : FINHOSTA (partie comptabilité et partie ressources humaines), RHM (Résumé Hospitalier Minimum) ou encore les indicateurs définis par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière. L'objectif est de pouvoir proposer, pour la fin de l'année 2013, un panorama reprenant des indicateurs financiers, d'activité, RH, médicaux et de qualité. Parallèlement, de nouveaux groupes de travail seront initiés pour encadrer ces nouvelles thématiques. Enfin, la formation de l'équipe se poursuivra, et les processus, procédures et autres documentations seront finalisés.

L'année 2013 sera aussi marquée par le lancement de la plateforme SharePoint qui permettra aux membres d'accéder en ligne aux rapports, aux reportings ainsi qu'aux données présentées de façon multidimensionnelle.

L'ÉQUIPE



Denis
Herbaux

Conseiller économique

Denis Herbaux est le chef de projet AWAGES/ ABRUGES. Il travaille chez santhea depuis octobre 2009 et a pris les commandes du projet en juillet 2011. Il est titulaire d'un doctorat en sciences économiques et de gestion (ULB, 2009). Dans le cadre du projet, il coordonne l'ensemble des activités, gère les relations avec les membres et l'extérieur, définit les objectifs et le planning, ... Il est également responsable du projet «Satisfaction Patients» ainsi que de l'analyse des Montants de Référence. Par ailleurs, il coordonne également les projets « qualité » développés notamment dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité.



Corentin
Leterme

Assistant Datawarehouse

Corentin Leterme occupe la fonction d'Assistant Datawarehouse depuis janvier 2012. Il possède un diplôme de comptable, option fiscalité (2011). Ses missions au sein du projet sont notamment : la demande, la réception, la préparation pour injection et l'archivage des données; l'encodage et l'archivage des BMF; le scannage et la préparation pour injection des questionnaires «Satisfaction Patients»; la documentation des différentes procédures.



Amélie
Goossens

Conseiller économique

Amélie Goossens est conseiller économique chez santhea depuis mars 2012. Elle est diplômée en sciences économiques de l'Université Libre de Bruxelles (2008) et a travaillé trois ans comme chercheuse au DULBEA. Dans le cadre du projet, elle s'occupe, à l'heure actuelle, du suivi des fusions, des changements de noms et de l'évolution des lits; du forfait imagerie médicale et du forfait spécialités pharmaceutiques (en collaboration avec Denis Herbaux).

L'ÉQUIPE



**Cécile
Kestens**

Conseiller économique
Gestion et développement
Datawarehouse

Cécile Kestens est la responsable Datawarehouse et Business Intelligence. Elle est maître en sciences économiques et dispose d'une maîtrise en management des institutions de soins. Elle a développé son expertise en financement hospitalier et en gestion des données, en particulier comme responsable du budget et du Datawarehouse du CHU Saint-Pierre et comme conseiller économique responsable des «séjours hospitaliers anonymes» à l'INAMI. Dans le cadre du projet AWAGES/ABRUGES, elle conçoit les modules, gère l'injection des données et les restitue en vue de l'aide à la décision.



**Jean-François
Colet**

Informaticien

Jean-François Colet est le responsable IT. Il travaille chez santhea depuis avril 1995. Il possède un graduat en informatique. Il est responsable de l'infrastructure réseau, des sauvegardes, de la gestion de la sécurité, de l'implémentation des logiciels. Il est administrateur de SharePoint.

Groupes de travail actifs en 2012

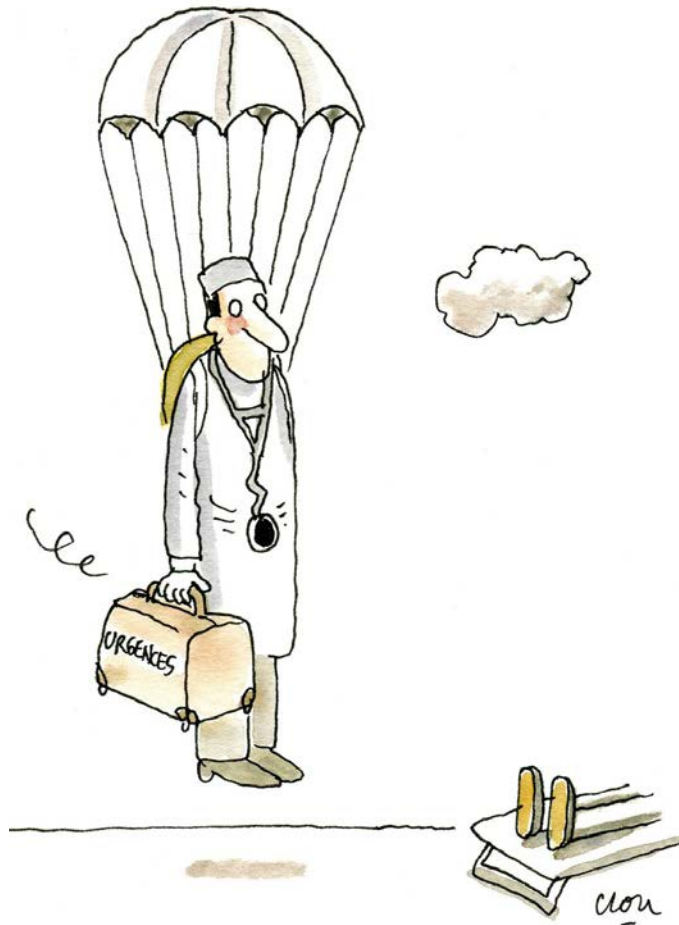
- GT « Satisfaction Patients » qui est composé de 24 membres et présidé par Monsieur Jean Tomas (CHR Huy)
- GT « RPM » qui est composé de 21 membres et présidé par le Docteur Georges Van Cang (ISPPC)
- GT « Forfaits », en charge des forfaits médicaments et imagerie médicale, qui est composé de 16 membres et en attente d'un président
- GT « Montants de Référence » qui est composé de 14 membres (voir la liste en annexe) et présidé par Madame Cécile Fontaine (IRIS)
- Le Comité Technique est présidé par le Docteur André Le Maire (CHU Tivoli) et est composé de cinq experts du monde hospitalier, ainsi que des présidents des groupes de travail.

Production en 2012

- Douze reportings mensuels «Satisfactions Patients»
- Trois reportings spécifiques: Forfait Spécialités Pharmaceutiques, Forfait Imagerie Médicale et Montants de Référence
- Un rapport sectoriel «BMF»
- Un rapport sectoriel «Montants de Référence»
- Un rapport sectoriel «Forfait Imagerie Médicale»
- Un rapport sectoriel «Forfait Spécialités Pharmaceutiques»
- Un rapport sectoriel semestriel «Satisfaction Patients»

Le nouveau financement du service des urgences

A partir du 1^{er} juillet 2013 le financement du service des urgences pour la sous-partie B2 du Budget des Moyens Financiers tiendra progressivement compte de l'activité réelle de ce service.



Quelques chiffres

Le financement à charge du Budget des Moyens Financiers (BMF) des services d'urgences représente une enveloppe de 6,32% des points nationaux B2 dévolus aux unités de soins (points de base et points complémentaires C, D, E, I) pour ce qui concerne le personnel, auxquels viennent s'ajouter 0,53% pour les produits médicaux utilisés dans ces services.

En termes de points B2, ces 2 enveloppes ont évolué comme suit depuis 2007 :

B2 URGENCES (en points)	1/07/2007	1/07/2008	1/07/2009	1/07/2010	1/07/2011	1/07/2012
Personnel	4.021,42	3.967,03	3.887,79	3.867,44	3.896,19	3.973,97
Produits médicaux	337,32	332,69	326,08	324,41	326,81	333,37
Total B2 urgences	4.358,74	4.299,72	4.213,87	4.191,85	4.223,00	4.307,34

En masse budgétaire le financement BMF des services d'urgences représente 110 millions € (101,5 millions € pour le personnel et 8,5 millions € pour les produits médicaux), sur base de la valeur du point de 25.548,71 € (index 1/12/2012).

Financement historique

Jusqu'à la réforme, l'hôpital reçoit un financement de base en fonction de ses lits justifiés, et un financement complémentaire supposé tenir compte de l'activité.

Jusqu'à présent, le financement BMF des services d'urgences se base sur les critères suivants :

Un nombre de points de base, en général 5³, est octroyé par 100 lits justifiés. Pour tenir compte de l'activité, ce nombre de points de base est multiplié par un coefficient multiplicateur déterminé en fonction des suppléments d'urgences facturés par l'hôpital. Les

³ lorsque l'hôpital n'est agréé que pour la première prise en charge des urgences et ne dispose ni de l'agrément pour la fonction intensive, ni de l'agrément pour la fonction de soins urgents spécialisés.

hôpitaux sont classés en déciles selon la valeur croissante des suppléments² facturés durant les deux derniers exercices connus par lit occupé (càd par journée facturée) pour les prestations médicales d'urgence dispensées à des patients hospitalisés (à l'exception des prestations de biologie clinique). Selon le décile dans lequel l'hôpital aboutit à l'issue de ce classement, ses 5 points de base par 100 lits justifiés sont multipliés par le coefficient suivant :

Décile	Coefficient multiplicateur
1, 2, 3	1
4, 5, 6	1,2
7	1,4
8	1,6
9	1,8
10	2

Un coefficient national est ensuite appliqué pour respecter les limites de l'enveloppe de points dévolue au financement des services des urgences.

Signalons encore qu'un minimum absolu de 15 points est garanti une seule fois par hôpital, quel que soit le nombre de sites éventuellement agréés SUS ou PPCU.

Enfin, les hôpitaux « géographiquement isolés » bénéficient d'une garantie de minimum 30 points, pour autant qu'ils soient agréés pour une fonction SUS, se situent à au moins 25 km d'un autre hôpital

disposant d'une fonction agréée SUS (ou se situent dans une communauté où les seules fonctions agréées SUS sont distantes de plus de 25 km) et disposent au maximum de 200 lits agréés.

Réforme nécessaire

Lorsque les critères retenus pour évaluer la charge de travail n'en donnent pas la juste mesure, il y a lieu de les changer !

Au rappel des modalités de financement évoquées plus haut, force est de constater – comme l'a d'ailleurs fait la Section Financement du Conseil National des Etablissements Hospitaliers dans son avis³ émis en 2012 que l'indicateur d'activité utilisé est très loin d'être pertinent : les suppléments d'honoraires d'urgences facturés dans l'hôpital la nuit, le week-end et les jours fériés, pour les patients hospitalisés, ne sont pas représentatifs de la charge de travail du personnel infirmier et soignant du service d'urgences.

Une autre critique importante vise le recours à la technique des déciles, avec attribution d'un coefficient dont la relation avec l'activité et les coûts n'est pas ou n'est plus démontrée. En outre, ce coefficient multiplicatif des points de base est défini en fonction du positionnement en déciles selon un indicateur d'activité lui-même non pertinent...

Dans l'attente d'un système qui mette en évidence les profils d'activités et de soins réels des infirmiers des services d'urgences – ce que doit en

principe financer le BMF –, le financement B2 des services d'urgences sera complètement réformé à partir du 1/7/2013, et cette réforme est déjà inscrite dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, tel que modifié au 1^{er} juillet 2012. Notons cependant que la réforme s'opérera progressivement, puisque seuls 10% de l'enveloppe nationale « urgences » seront répartis selon les nouveaux critères au 1/7/2013, alors que 90% resteront répartis sur base des anciens critères que nous venons de rappeler.

Rythme d'ajustement

La réforme, qui reprend largement l'avis émis par la Section Financement du CNEH, intègre un ajustement progressif en 5 ans du calcul actuel vers le nouveau calcul :

Année du BMF	Calcul actuel	Nouveau calcul
1/07/2013	90%	10%
1/07/2014	80%	20%
1/07/2015	60%	40%
1/07/2016	30%	70%
1/07/2017	-	100%

² Suppléments définis à l'article 26, §1^{er} de la Nomenclature des soins de santé, comme « suppléments d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié ».

³ Voir à ce sujet l'avis CNEH/D/SF/70-5 du 8 mars 2012.

Nouveaux critères

Le nouveau système, élaboré avec l'aide d'experts, tient mieux compte de l'activité réelle du personnel infirmier.

Dans le nouveau calcul, l'enveloppe disponible est répartie proportionnellement entre les hôpitaux sur base d'un nombre de points d'unités d'urgence (UU).

Il est tout d'abord attribué une pondération de 1 UU à tous les patients donnant lieu à l'enregistrement d'un passage au service des urgences.

Afin d'améliorer la représentation de l'activité réelle des infirmiers, une pondération supplémentaire est attribuée à différents groupes de patients. Les pondérations ont été déterminées par des experts infirmiers issus d'un échantillon des services d'urgences du pays. L'expérience de ces experts renseigne que, davantage que l'origine des patients, c'est leur orientation à l'issue de leur prise en charge dans le service d'urgences qui est indicative de la lourdeur de celle-ci.



Des points UU supplémentaires sont ainsi attribués aux patients suivants faisant l'objet d'un passage aux urgences :

Type de patients		Pondérat° suppl.
a	Transférés en USI (adultes et enfants)	+1
b	Patients avec diagnostic d'admission vérifié d'un code ICD-9 repris ci-dessous et qui ne sont pas admis en USI:	+1
	Code ICD-9 Libellé	
	430 subarachnoid hemorrhage	
	431 intercerebral hemorrhage	
	432 other ans unspecified intracranial hemorrhage	
	433X1 occlusion and stenosis of precerebral arteries with cerebral infarction	
	434X1 occlusion of cerebral arteries with cerebral infarction	
436 acute, but ill-defined, cerebrovascular disease		
437.1 other generalized ischemic cerebrovascular disease		
c	Patients avec diagnostic psychiatrique avec un code ICD-9 de 290 à 319 en diagnostic d'admission vérifié ou en diagnostic secondaire et patients hospitalisés en service psychiatrique, tous deux ne répondant pas aux critères repris sous (a) et (b)	+1
d	Enfants de 0 à 3 ans ne répondant pas aux critères repris sous (a) à (c)	+1
e	Enfants de 4 à 15 ans ne répondant pas aux critères repris sous (a) à (c)	+0,5
f	Patients de moins de 75 ans provenant d'une MRPA ou MRS et patients de 75 ans et plus, ne répondant pas aux critères repris sous (a) à (c):	
	- si non hospitalisés	+0,2
	- si hospitalisés	+0,4
g	Patients arrivés aux Urgences entre 21 heures et 6 heures ne répondant pas aux critères repris sous (a) à (f)	+0,1

Le minimum garanti de 15 points par hôpital reste d'application et les hôpitaux « géographiquement isolés » continuent de bénéficier du minimum de 30 points aux mêmes conditions qu'aujourd'hui.

Un sous-financement structurel

Comme c'est le cas dans la plupart des rubriques du financement, le respect de l'enveloppe fermée empêche un financement suffisant pour les institutions.

Si l'adaptation opérée dans l'AR BMF suit largement l'avis⁴ émis par la Section Financement en la matière en ce qui concerne les critères d'activité, remarquons cependant qu'une des principales critiques émises par cette dernière à l'encontre du système n'est pas rencontrée, à savoir seul un minimum de 15 points par hôpital reste assuré, même lorsque l'hôpital est agréé pour une fonction SUS, voire plusieurs fonctions SUS fonctionnant sur plusieurs sites. La norme de 2 ETP infirmiers présents en permanence 24h / 24 exigée pour qu'une fonction SUS soit agréée (soit 30 points minimum par fonction SUS) n'est pas garantie par ce nouveau financement. En effet, pour corriger cet élément, un budget supplémentaire s'avère nécessaire, or la réforme du financement B2 des services d'urgences s'opère à budget national inchangé.

⁴ CNEH/D/SF/70-5 du 8 mars 2012, opcit.

⁵ Voir à ce sujet l'avis CNEH/D/SF/89-3 du 10 janvier 2013.



En outre, sur la seule base de l'activité recensée, le budget fédéral « Personnel Urgences » total nécessaire a été estimé par la Section Financement du CNEH à 147,3 millions € (en valeurs 2011) (sans tenir compte d'une éventuelle permanence « hors activité »), à comparer à l'enveloppe réelle de 93,6 millions € dédicacée au financement du personnel des urgences en sous-partie B2 en 2011, soit 53,7 millions € de sous-financement minimal (index 2011), plus de 57% du budget « Personnel Urgences ».

Des contrôles indispensables

Signalons encore que la Ministre a été interpellée au cours du second semestre 2012 quant aux risques de manipulations qui pourraient être induits par le nouveau système, et qui consisteraient à accroître abusivement soit le nombre de patients ambulants transitant (fictivement) par les urgences, soit à hospitaliser sans justification des patients en sorte d'augmenter les points de financement.

La Section Financement du CNEH, saisie d'une demande de la Ministre, a d'ores-et-déjà proposé⁵ des

contrôles et suivis spécifiques à mettre en place, en vue de répondre à de telles inquiétudes: croisement dynamique des bases de données DM-RHM et INAMI, analyse évolutive des pathologies rencontrées aux urgences (clignotants), suivi des différents types d'admissions et passages aux urgences visés par les pondérations supplémentaires, non prise en considération des accouchements et des patients gériatriques transportés aux urgences en ambulance pour une admission programmée, ...

Conclusion

Depuis de nombreuses années santhea dénonce l'incohérence du système de financement des urgences : points de base insuffisants, indicateur d'activité non pertinent, coefficient multiplicateur issu d'un classement en déciles, ... Voici donc un pas important franchi vers une meilleure prise en considération de l'activité réelle de ces services, mais dans le cadre d'une enveloppe fermée largement insuffisante et sans garantie de financement des normes réelles minimales d'agrément.

Ce nouveau financement des urgences n'a fait l'objet d'aucune simulation chiffrée préalable: les hôpitaux en percevront les premiers impacts concrets, mais limités, dans le calcul de leur sous-partie B2 au 1^{er} juillet 2013.

Santhea ne manquera pas de suivre et d'analyser de manière constructive les impacts financiers de cette réforme. ■

La Formation continue : le programme « 2011-2014 santhea-Unipso », un programme de qualité, à la portée de tous

Le programme de formation organisé conjointement par santhea et Unipso, est une garantie de financement du supplément au complément fonctionnel (Accords sociaux « 2005-2010 »). Il correspond au cadre légal qui régit la formation des cadres infirmiers des secteurs hospitaliers, de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées (arrêtés royaux des 13 juillet 2006 et 4 mai 2010). Il est également organisé pour répondre à la demande des chefs des services infirmiers des hôpitaux affiliés de santhea.



La formation permanente est obligatoire pour les Cadres infirmiers, depuis la parution des arrêtés des 13 juillet et 14 décembre 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 ».

La session de formation « 2012 » s'est déroulée selon **les modalités définies** dans le programme « 2011-2014 » :

- thèmes et matières abordés dans le respect des prescrits légaux ;
- garantie de suivi des matières obligatoires, au terme d'une période de 4 ans ;
- programmes de 8 et 24 heures ;
- formation évolutive, mise à jour en permanence : adaptations annuelles du programme sur base des avis et suggestions des participants ;
- expertise certifiée des formateurs ;
- méthode pédagogique basée sur l'interaction « formateurs-participants » ;
- accompagnement des groupes, écoute et gestion des imprévus ;
- organisation des séances à proximité des hôpitaux affiliés ;
- et last but not least : des prix compétitifs par rapport aux tarifs en vigueur.

Axe A : « Planification de l'horaire » : la matière a été abordée sous les angles législatif, normatif et informatique, lors de deux modules suivis dans un ordre chronologique. En effet, la participation au module 2 impliquait la participation préalable au premier module.

Axe B : « Bien-être au travail » : le chapitre a été complété avec un module législatif, à la demande des participants.

Axe C : « Gestion d'équipe » : le module a été divisé en deux parties, dans le but d'approfondir les acquis et garantir l'actualisation des matières enseignées.

Un programme de formation évalué par les participants

Axes A et B

Les modules 1 de chacun des deux axes ont abordé exclusivement des matières juridiques : la législation sociale en lien avec la planification des horaires (axe A), et la loi « Bien-être » (axe B). Si, globalement, les participants se sont montrés satisfaits, une amélioration devra toutefois être apportée par l'ajout de spécificités hospitalières.

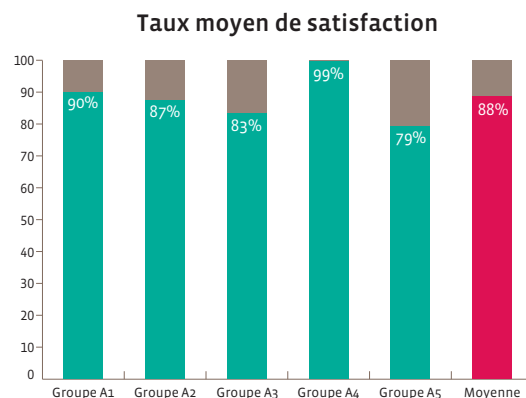
En 2013, le premier jour du module 1 de l'axe A sera consacré à la législation sociale appliquée au secteur des soins de santé, dans ses aspects théoriques et pratiques. La seconde journée sera entièrement consacrée à la problématique des congés, côtés théorique et pratique. Messieurs **Jean-Marie Souvereyns**, Conseiller - SPF emploi, travail et concertation sociale, et **Damien Abels**, conseiller juridique - Union des Classes Moyennes du Hainaut, ont accepté de relever ces défis.

Pour ce qui concerne l'axe « Bien-Etre », le premier jour du module 1 sera consacré à la loi en tant que telle. Lors de la seconde journée, monsieur **Michel Jobé**, Conseiller en Prévention au CHR La Citadelle expliquera la loi sous les contours de la fonction de Conseiller en prévention.

Le module 2 de l'axe A était orienté « planification des horaires ». La formation a porté sur la façon de planifier un horaire, d'aménager le temps de travail des équipes de soins, en tenant compte

des principes de gestion des ressources humaines, des contraintes légales et normatives. En effet, maîtriser les divers types de normes en prévision du « remplissage » d'une grille horaire est une chose, les combiner avec les demandes et les imprévus des différents membres d'une équipe en est une autre. Ce second volet de la formation allie savoir-faire managérial et connaissances juridiques. La planification d'un horaire a donc été abordée selon des aspects concrets et humains.

Axe A – Module 1 – Législation sociale Eliot HUISMAN



Axes B, modules 2 et C, modules 1 et 2

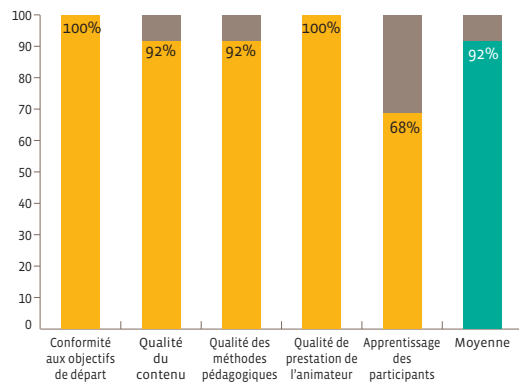
A la lecture des résultats (graphiques des modules A, B et C), nous pouvons constater que les scores de satisfaction obtenus pour l'ensemble des groupes, se situent entre 83 et 99 %.

En ce qui concerne deux aspects réputés fondamentaux en formation, à savoir la qualité des contenus et la qualité des formateurs (bâtonnets 2 et 4 des graphiques B3, C1, C6/7), les taux de satisfaction sont très élevés pour l'ensemble des groupes, si ce n'est le groupes 5 de l'axe A et les groupes 1 et 2 de l'axe B.

L'item « qualité des apprentissages » apparaît globalement moins bon pour l'ensemble des groupes. Si on se réfère aux sous-questions posées en regard de cet item, « avoir appris de nouveaux concepts/outils » et « les avoir expérimentés durant la formation », on en déduit que le cadre temporel de la formation (2 jours) est vraisemblablement incompatible avec l'expérimentation en cours de formation. Les commentaires des participants en attestent, associant la notion d'apprentissage préférentiellement à leur pratique professionnelle. Ce serait donc plutôt la formule des modules qui expliquerait ce faible résultat plutôt que le fond c'est-à-dire la qualité des matières enseignées.

Les fiches d'évaluation seront dès lors adaptées. Dès 2013, il sera désormais demandé aux participants s'ils peuvent mettre en pratique les matières enseignées sur leur terrain professionnel, plutôt qu'en cours de formation.

Axe B - Module 2 – Le métier de cadre
Axel ROUCLOUX
GRUPE B3
Taux de satisfaction



A l'analyse des commentaires des participants au sujet des axes B et C, orientés « encadrement et gestion d'une équipe », nous notons :

- l'appréciation par les participants des échanges entre eux, et avec le formateur et participants ;
- le besoin d'échanges autour des pratiques : difficultés, solutions ;
- le soutien ressenti par les participants durant la formation ;
- l'attrait des pistes de solutions proposées par le formateur ;
- une certaine prise de conscience des implications de la fonction de Cadre ;
- une tendance à la remise en question des pratiques en vigueur, manifestement au bénéfice des équipes concernées.

Au regard de ces éléments, et au terme des deux premières années de notre programme, nous constatons une progression autour du thème central de la gestion d'équipe. Si nous schématisons, les premiers modules semblent avoir orienté les participants, tout d'abord vers une prise de conscience de leurs responsabilités en tant que Cadres. Les modules développés en 2012 correspondent ensuite à une demande d'approfondissement des outils appris, dans le but de mettre en place concrètement les principes de la gestion d'équipe.

En 2013, les demandes vont de plus en plus dans le sens du concret et de la pratique. C'est la raison pour laquelle l'axe C sera subdivisé, non plus en 2 mais en 3 modules. Dans le troisième module, la formation sera dispensée sous forme d'atelier, dans le but d'expérimenter les acquis relatifs à la communication et à l'accompagnement d'une équipe.

En parallèle, nous avons relevé le souhait des participants, des axes B et C, de pouvoir répercuter leurs apprentissages vers leurs supérieurs hiérarchiques, et plus particulièrement vers les chefs des départements infirmiers. C'est dans ce contexte qu'en 2013, un groupe de l'axe B sera exclusivement réservé aux chefs des départements infirmiers.

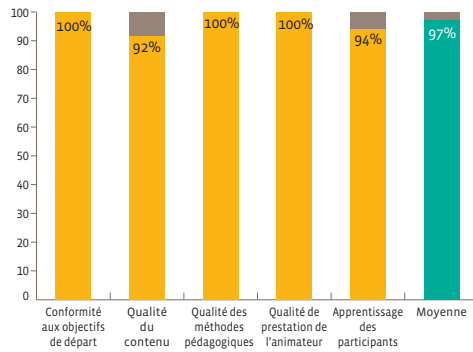
Les nombreux échanges entre les formateurs et mesdames **Cécile de Preval** et **Colette Jacob**, en regard des commentaires des participants, ont eu pour conséquence d'orienter les axes B et C vers une

formation de type « managérial », en tenant compte de l'évolution du secteur hospitalier. Les Cadres sont des gestionnaires d'équipes, qui requièrent des capacités de leadership.

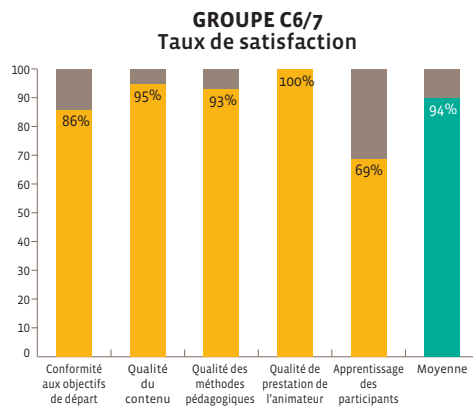
Quelques spécificités de la fonction de Cadre se dégagent et sont à inscrire au crédit du programme « 2013 » :

- **point de départ de la fonction de Cadre** : appropriation des objectifs de l'Institution et loyauté envers la Direction ;
- **notion de responsabilisation individuelle** : être proactif, assumer cette responsabilité vis-à-vis de son ou de ses équipes ;
- **aspect « gestionnaire » de la fonction de Cadre** : développer la capacité de leadership ;
- **co-développement de ces qualités aux différents niveaux hiérarchiques de l'hôpital** : encadrement des diverses fonctions de Cadre dans un contexte d'appropriation active du projet de l'hôpital.

**Axe C - Module 1 – Les outils du manager –
Dominique GERARD**

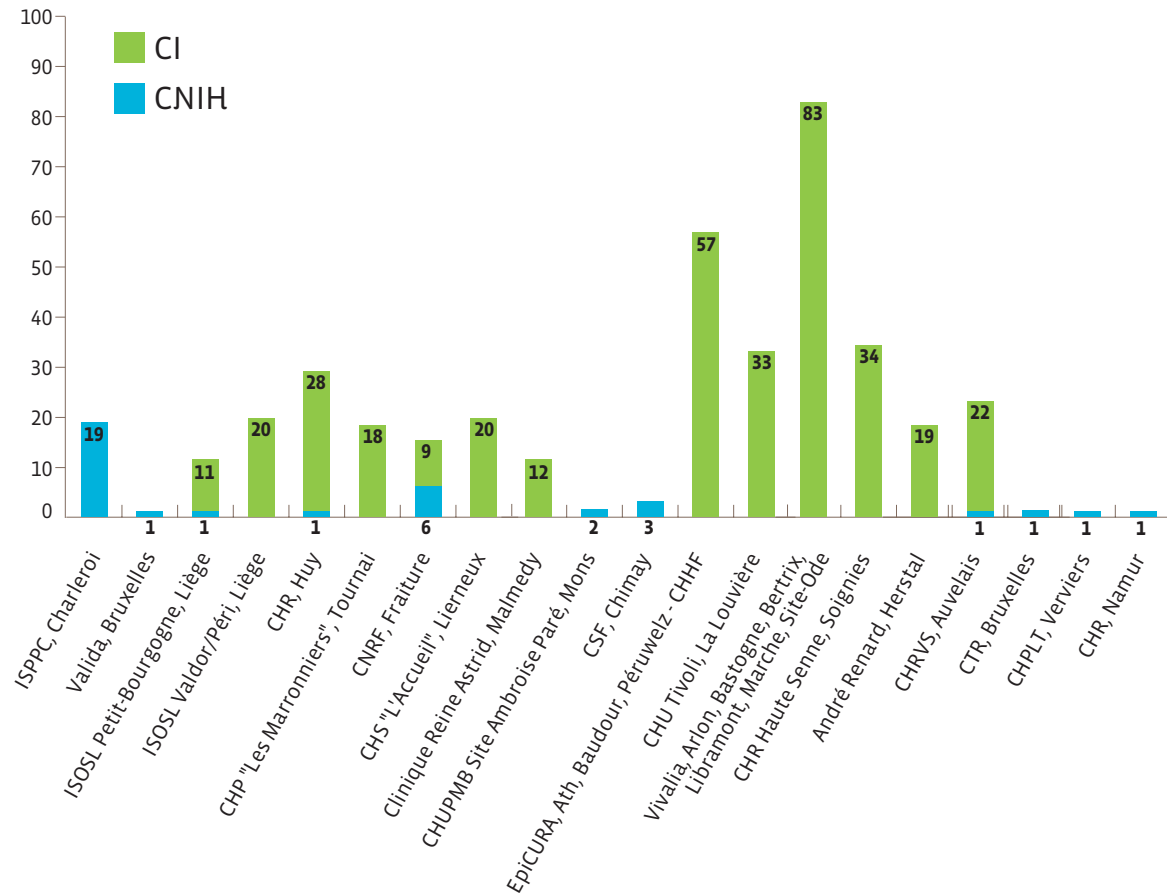


**Axe C – Module 2 – Un leadership de qualité –
Dominique GERARD**



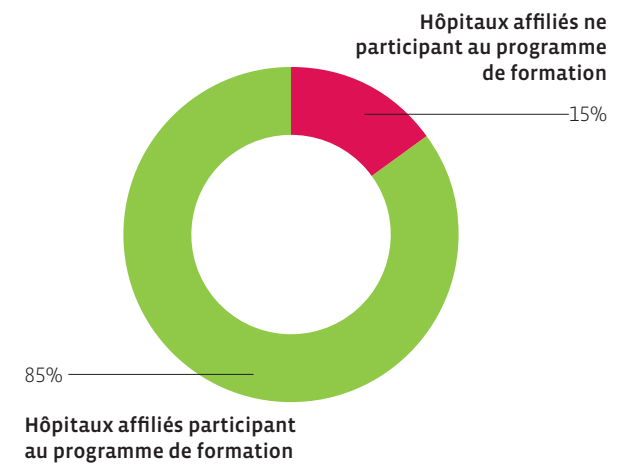
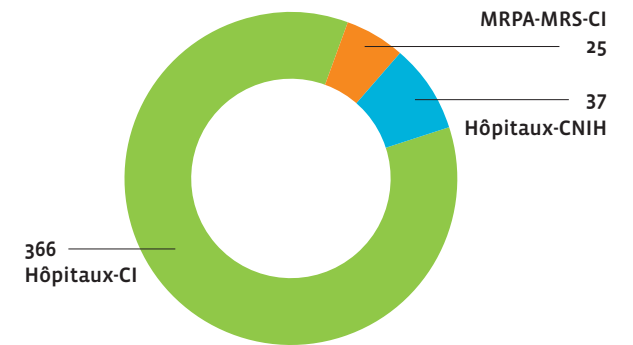
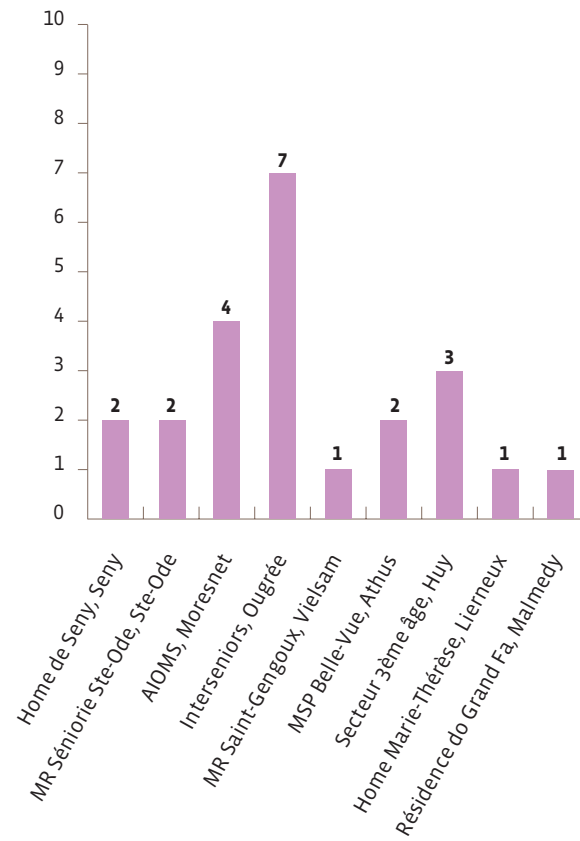
Un programme de formation de qualité pour tous : 403 personnes du secteur hospitalier (général et psychiatrique) et 25 participants du secteur MR/MRS, soit un total de 428 personnes formées en 2012. Santhea et UNIPSO ont évalué le programme en août, décembre 2012 et janvier 2013, sur base des avis pédagogiques complétés par chaque participant.

Hôpitaux : cadres infirmiers (CI) – cadres non infirmiers hospitaliers (CNIH)





Secteur MRPA – MRS :



Qu'en pensent les participants ?

Points forts

- Importance des règles et de leur bonne application : précision, responsabilité.
- Contacts aisés avec les formateurs : réponses rapides (courriel).
- Qualité des formateurs : ouverture d'esprit et réponses précises.
- Matière complexe : des exemples concrets permettent de rendre les concepts plus abordables.
- Bon recadrage sur le contrat de travail.
- Bon équilibre « théorie-pratique ».
- Participation active de tous les membres du groupe, convivialité.
- Recherche de solutions en équipe, notion de « gagnant-gagnant ».
- Echanges constructifs et outils transposables dans la pratique professionnelle.
- Prise de conscience de l'importance de la communication.
- Jeux de rôles.
- Outils utiles pour la gestion des équipes au quotidien.

Points à améliorer

- Connaissance du secteur par le formateur.
- Qualités pédagogiques (axe A, module 1).
- Support écrit plus étoffé (axe A, module 1).
- Constitution des groupes par types de fonctions : Chef du département infirmier, Infirmier chef de service et Infirmier en chef d'unité.
- Taille des groupes.
- Implication d'un directeur dans la formation.
- Plus de formations sur la législation sociale, les normes d'agrément et la planification des horaires.
- Jeux de rôles : éviter de concentrer au sein des groupes, les personnes d'un même hôpital.
- Défaut de confidentialité en cas de présence au sein des groupes, de personnes issues du même hôpital.
- Mélanger les institutions pour plus de partage.
- Formation trop courte : trop de matière en regard du temps imparti.
- Les changements des dates et lieux de formation.
- L'intervalle entre les deux jours de formation.
- Prévoir des séances de recyclage des matières vues.

Matières à développer

- Droits et devoirs du personnel infirmier.
- Responsabilités de l'infirmier en chef : interface entre le personnel et la hiérarchie.
- Planification/élaboration des horaires : cadre législatif et exercices pratiques.
- Temps de travail, heures supplémentaires, suspensions et ruptures de contrats, rémunération, ancienneté.
- Gestion des réunions.
- Le secteur hospitalier : missions, stratégie, avenir.
- Relations multidisciplinaires à l'hôpital.
- Gestion des conflits, des personnalités difficiles et des équipes multiculturelles.
- Coaching, management et communication.
- Leadership, management : place de l'infirmier en chef.
- Entretiens motivationnels, intégration et procédure d'évaluation du personnel.
- Le plan stratégique et la définition des objectifs.
- Exploration, mise en pratique et évaluation des concepts appris.
- Echanges entre pairs, méthodes de communication avec les supérieurs hiérarchiques.
- Poursuite de la formation de l'axe B, avec des séances de coaching des infirmiers en chef.

Conclusion et perspectives

Cette année, nous vous avons rendu compte de l'évolution du programme de formation « santhea-Unipso », en donnant la parole aux participants. Au terme de chaque séance de formation, les personnels des Institutions, nous donnent leurs points de vue quant au programme, aux formateurs et aux aspects organisationnels de la formation. Il s'agit là aussi d'un haut niveau de collaboration, dans la mesure où les personnes ne se contentent pas uniquement de « noircir » les divers items, mais elles ont à cœur de donner quelques avis très judicieux aux questions « ouvertes ».

A l'analyse de la rubrique « matières à développer », nous notons les orientations à caractère managérial qui se dessinent de façon plus précise d'année en année. Nous observons également le souhait des participants d'inscrire la formation en général et les divers concepts en particulier, dans leur contexte de travail, à l'aune de leur structure hiérarchique et de l'horizon hospitalier.

Les orientations à prendre impliquent à tout le moins, nous semble-t-il, l'aval des directions de nos Institutions. C'est la raison pour laquelle nous proposerons, le jeudi 19 septembre prochain en matinée, une présentation complète du programme de formation, par les formateurs et les organisateurs santhea et Unipso.

En parallèle de l'analyse du programme « 2012 », nous avons levé un coin du voile sur les initiatives « 2013 ». La perrennité de ce récent service de

santhea, constitue également une de nos priorités. Le souci de répondre aux demandes du personnel des institutions membres de santhea, va de pair avec un objectif de qualité et d'innovation permanentes.

Quelques nouveaux concepts pour l'année 2013 :

- le premier jour du module 2 de l'axe A, sera entièrement consacré aux variables organisationnelles de l'équipe de soins ;
- l'axe B, qui traite du bien-être, sera agrémenté d'une approche pragmatique, à savoir le rôle et les fonctions d'un conseiller en prévention d'un de nos hôpitaux affiliés ;
- l'axe C, comportera un troisième module, organisé sous forme d'atelier pour approfondir encore davantage les matières proposées depuis 2010. ■



Liste des membres	66
Liste des membres du conseil d'administration	72
Liste des collaborateurs	74

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. de Wallonie-Picardie	Tournai
5	C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye	Seraing
6	C.H. Peltzer - La Tourelle	Verviers
7	C.H.R. de Huy	Huy
8	C.H.R. de la Haute Senne	Soignies
9	C.H.R. de La Citadelle	Liège
10	C.H.R. du Val de Sambre	Sambreville
11	C.H.R. Namur	Namur
12	C.H.U. Brugmann	Bruxelles
13	C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré	Mons
14	C.H.U.P.M.B. «Le Chêne aux Haies»	Mons
15	C.H.U. Saint-Pierre	Bruxelles
16	C.H.U. Tivoli	La Louvière
17	C.T.R.	Bruxelles
18	Centre de Médecine Gériatrique «La Charrette»	Bruxelles
19	Centre de santé des Fagnes	Chimay
20	Centre 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



EpiCURA – Hôpital de la Madeleine (Ath)



I.S.o.S.L. Le Péri

24	Clinique Reine Astrid	Malmedy
25	EpiCURA - Clinique Louis Caty	Baudour
26	EpiCURA - Hôpital de La Madeleine	Ath
27	Hôpital Erasme	Bruxelles
28	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola	Bruxelles
29	Hôpitaux IRIS Sud	Bruxelles
30	I.S.o.S.L. – Centre Hospitalier Psychiatrique	Liège
31	I.S.o.S.L. – I.P.A.L.	Liège
32	I.S.P.P.C. - C.H.U. André Vésale	Montignies-le-Tilleul
33	I.S.P.P.C. - C.H.U. de Charleroi	Charleroi
34	Institut Jules Bordet	Bruxelles
35	Institut Pachéco	Bruxelles
36	L'Equipe	Bruxelles
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	Centre de réadaptation du Heysel	CPAS Bruxelles
2	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	Villers-L'Evêque
3	Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)	Flémalle
4	Home de Seny	Seny - Tinlot
5	Institut Pachéco	CPAS Bruxelles
6	La Cigale (INTERSENIORS)	Waremme
7	L'Heureux Séjour (ISPPC)	Courcelles
8	Le Bel Abri (ISPPC)	Farciennes
9	Le Mont Falise (CHRH)	Huy
10	Les Heures Claires (CAHC)	Spa
11	Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)	Waremme
12	Les Tournesols (ISOSL)	Liège
13	Les Murlais (ISOSL)	Liège
14	Mariemont Village (ASBL)	Mariemont
15	M.R. La Kan (AIOMS)	Aubel
16	M.R. Sainte Famille (CPAS)	Thimister-Clermont
17	M.R.S. Philippe Wathelet (CHPLT)	Stoumont
18	M.R.S. Quiétude (ISPPC)	Montigny-Le-Tilleul
19	M.R.S. Saint-Antoine (VIVALIA)	Saint-Mard
20	M.R.S. Saint-Gengoux (VIVALIA)	Vielsalm
21	M.R.S. Saint-Joseph (AIOMS)	Plombières
22	Résidence Amandine (CHRH)	Wanze
23	Résidence Chantraine (INTERSENIORS)	Saint-Nicolas
24	Résidence Dejaifve (CHRVS)	Fosses-la-Ville
25	Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)	Flémalle
26	Résidence des Hauteurs (ISOSL)	Liège
27	Résidence do Grand Fa (CPAS)	Malmedy
28	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	Ans
29	Résidence Eglantine (INTERSENIORS)	Seraing



M.R. La Kan (AIOMS) - Aubel

Institut Pachéco - Bruxelles



30	Résidence F. Nicolay	CPAS de Stavelot
31	Résidence Isabelle (CHRH)	Amay
32	Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS)	Jemeppe-sur-Meuse
33	Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)	Ougrée
34	Résidence Le Chalon (C.H. DES HAUTES FAGNES)	Chimay
35	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	Herstal
36	Résidence Le Laetare (CPAS)	La Louvière
37	Résidence Le Temps des Cerises (CHRVS)	Mettet
38	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	Grivegnée
39	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	Limbourg
40	Résidence Les Aubépines (CPAS)	La Louvière (Houdeng-Gœgnies)
41	Résidence Les Eglantines	CPAS Bruxelles
42	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	Ougrée
43	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	Grivegnée
44	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	Huy
45	Résidence Les Rièzes et Les Sarts (ASBL - UNMS)	Cul-des-Sarts
46	Résidence Les Saules (ISOSL)	Wonck
47	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	Visé
48	Résidence Les Ursulines	CPAS Bruxelles
49	Résidence Régina (AIOMS)	Plombières
50	Résidence Sainte-Gertrude	CPAS Bruxelles
51	Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)	Welkenraedt
52	Résidence Service de la Cité (ISOSL)	Herstal
53	Résidence Service L'Azalée (CPAS)	Saint-Nicolas
54	Résidence Springhel-Hellin (CPAS)	Saint-Nicolas
55	Royale Résidence (CHRH)	Huy
56	Seniorenheim Hof Bütgenbach (INTERSENIORS)	Bütgenbach
57	Seniorenheim St.Elisabeth (INTERSENIORS)	Saint-Vith
58	Séniorerie de sainte-Ode (ASBL)	Saint-Ode
59	Val des Séniors (VIVALIA)	Chanly



Résidence Régina (AIOMS) - Plombières

Résidence Les Eglantines - CPAS Bruxelles



Conventions de revalidation

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

Mutualités

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

Médecine du travail

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

Petite enfance

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

Planning familial

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

Transfusion sanguine

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

Initiative d'Habitation Protégée

- | | | |
|---|-----------|-------------|
| 1 | L'Ancrage | La Louvière |
|---|-----------|-------------|



Liste des membres du conseil d'administration

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**

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

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

Membre: IRIS représenté par **Fontaine Cécile**



Membres

- C.H. de Wallonie-Picardie, représenté par **Varvenne Rudy**
- C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, représenté par **De Simone Stéphanie**
- C.H.R. de Namur, représenté par **X.**
- C.H.R. de Huy, représenté par **Ronveaux Jean-François**
- C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Ransart Daniel**
- C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Dusart Michelle**
- C.H.R. de la Haute Senne, représenté par **Navaux Francis**
- C.H.R. du Val de Sambre, représenté par **Notte Dominique**
- C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré, représenté par **Bouchez Chantal**
- C.H.U.P.M.B. «Le Chêne aux Haies», représenté par **Bauffe Véronique**
- Clinique André Renard, représentée par **De Paoli Marc**
- CPAS de Bruxelles, représenté par **Kremer Raphaël**
- EpiCURA, représenté par **Rillaerts Stéphane**
- IRIS, représenté par **Thielens Dirk**
- I.S.o.S.L., représenté par **Duckers Martine**
- I.S.o.S.L., représenté par **Fievez Eric**
- I.S.P.P.C., représenté par **Dugauquier Alain**
- L'Equipe, représentée par **Depuydt Dominique**
- VALIDA, représenté par **Deveen Frédéric**
- VIVALIA, représenté par **Bodeux Dominique**
- VIVALIA, représenté par **Bernard Yves**
- Assiste avec voix consultative*
- Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) - Solidaris représentée par **Jean-Marc Laasman**



Liste des collaborateurs

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



Yves SMEETS
Directeur Général



Michel MAHAUX
Directeur Général-Adjoint



Alban ANTOINE
Conseiller juridique



Sandra BERBION
Secrétaire



Dr Jean BURY
Conseiller médical
Cellule médiation



Jean-François COLET
Informaticien



Martine DUFRASNE
Secrétaire



Amélie GOOSSENS
Conseiller économique



Denis HERBAUX
Conseiller économique



Stéphane HOYOUX
Conseiller
santé mentale



Marina LIETAR
Conseiller économique



Colette JACOB
Conseiller soins infirmiers
et médiation



Cécile KESTENS
Conseiller économique
gestion et développement
datawarehouse



Corentin LETERME
Assistant
datawarehouse



Jean LOISEAU
Conseiller MR/MRS



Valérie VICTOOR
Conseiller juridique

Editeur responsable: Yves Smeets, Directeur Général
Quai au Bois de Construction 9 - B -1000 Bruxelles
2013 © Design by www.empain.net



**SIÈGE DE BRUXELLES
& SIÈGE SOCIAL**

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

SANTHEA ASBL

SIÈGE DE WALLONIE

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

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