



santhea

[Rapport annuel
2015]



[Sommaire]

5 Présentation de santhea

- 6 Introduction
- 7 Faits et chiffres

23 Les dossiers de 2015

- 28 Les soins intégrés, quand la Belgique surfe sur la vague ...
- 34 La problématique des pensions
- 42 Economiser dans la prise en charge des apnées obstructives du sommeil. Une bonne idée ?
- 54 La PAQS ASBL prend son envol !
- 63 3 Clusters pour Maggie
- 76 Les jeunes mamans restent-elles hospitalisées trop longtemps après l'accouchement ?
- 87 La réforme des études infirmières
- 96 La gestion du temps de travail, à l'aune du respect du budget et des acquis sociaux
- 106 La santé mentale : du malaise d'un secteur au bien-être des patients, un parcours semé d'embûches
- 115 Assurance autonomie... La garantie d'une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie ?
- 122 SharePoint : L'accès on-line aux Rapports produits par santhea

129 Informations pratiques

- 130 Liste des membres
- 138 Liste des membres du Conseil d'administration
- 140 Liste des Collaborateurs

143 Quelles valeurs et missions pour santhea ?



[Présentation de santhea]

Partie 1

- 6 Introduction
- 7 santhea en 2015 c'est...
- 8 Faits et chiffres 2015 : Hôpitaux
- 15 Faits et chiffres 2015 : Institutions pour personnes âgées
- 21 Faits et chiffres 2015 : Institutions de santé mentale

[Introduction]



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

Flashback sur une année de toutes les transitions

2015 c'est d'abord et avant tout la première année complète de gestion des compétences transférées par les Régions et Communautés à l'exception du financement des infrastructures hospitalières qui ne sera transféré qu'en 2016. Même si l'administration de ces compétences est encore momentanément assurée par le fédéral, les Régions et Communautés se sont lancées dans la préparation des structures qui devront en assurer la gestion et veiller à garantir la continuité des services rendus à la population.

2015 est aussi la première année complète d'une nouvelle législature dont la majorité politique est en rupture importante par rapport aux majorités qui ont gouverné la Belgique pendant de nombreuses années. Pour les secteurs de la santé, il s'est rapidement avéré que le Gouvernement et la Ministre De Block allaient privilégier la « révolution » à une évolution raisonnée et graduelle des politiques en cours.

On ne compte pas les chantiers qui ont été ouverts en même temps : financement des hôpitaux, organisation de réseaux, hospitalisation à domicile, réforme de l'AR n° 78 relatif aux professions de santé, réforme de la loi sur les droits du patients, réforme de la procédure budgétaire, redesign des administrations...

Même si on peut douter de la pertinence du lancement simultané de tous ces projets de réformes et, partant, de leur chance d'aboutir, leur suivi mobilise des ressources importantes et nécessite, de la part des acteurs de terrain, un investissement conséquent en temps et en compétence.

Cet investissement ne semble pas vain à la lecture des revirements importants opérés par le Gouvernement en 2015 suite, notamment à l'action de santhea. Nous ne citerons que les deux plus importants :

- l'abandon de la soumission des intercommunales de santé à l'impôt des sociétés ;
- l'abandon de l'économie liée à la réduction des durées de séjour en maternité.

Le Conseil d'administration de santhea a bien perçu les enjeux et l'importance d'une mobilisation des ressources en vue de peser sur la décision politique et d'obtenir que les valeurs auxquelles adhèrent tous ses membres soient intégrées dans les réformes. Il a libéré les moyens nécessaires pour renforcer, dès le début 2016, l'équipe opérationnelle, pour la structurer et pour lui permettre de s'investir dans tous les chantiers ouverts, tant au niveau fédéral qu'au niveau des Régions et Communautés.

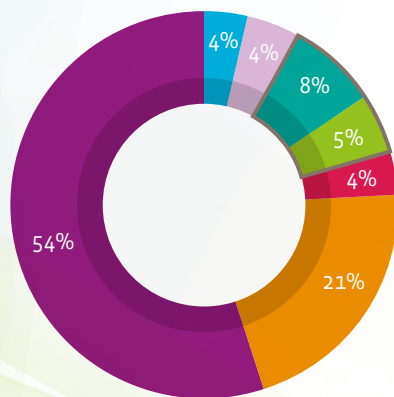
[santhea en 2015 c'est...]



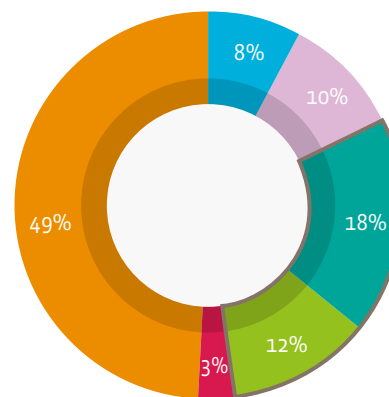
[Faits et chiffres 2015 : Hôpitaux]

Répartition du nombre de lits par fédération

Au niveau national



Au niveau des régions Wallonie + Bruxelles



Zorgnet - Icuro

Santhea

Autres

FNAMS

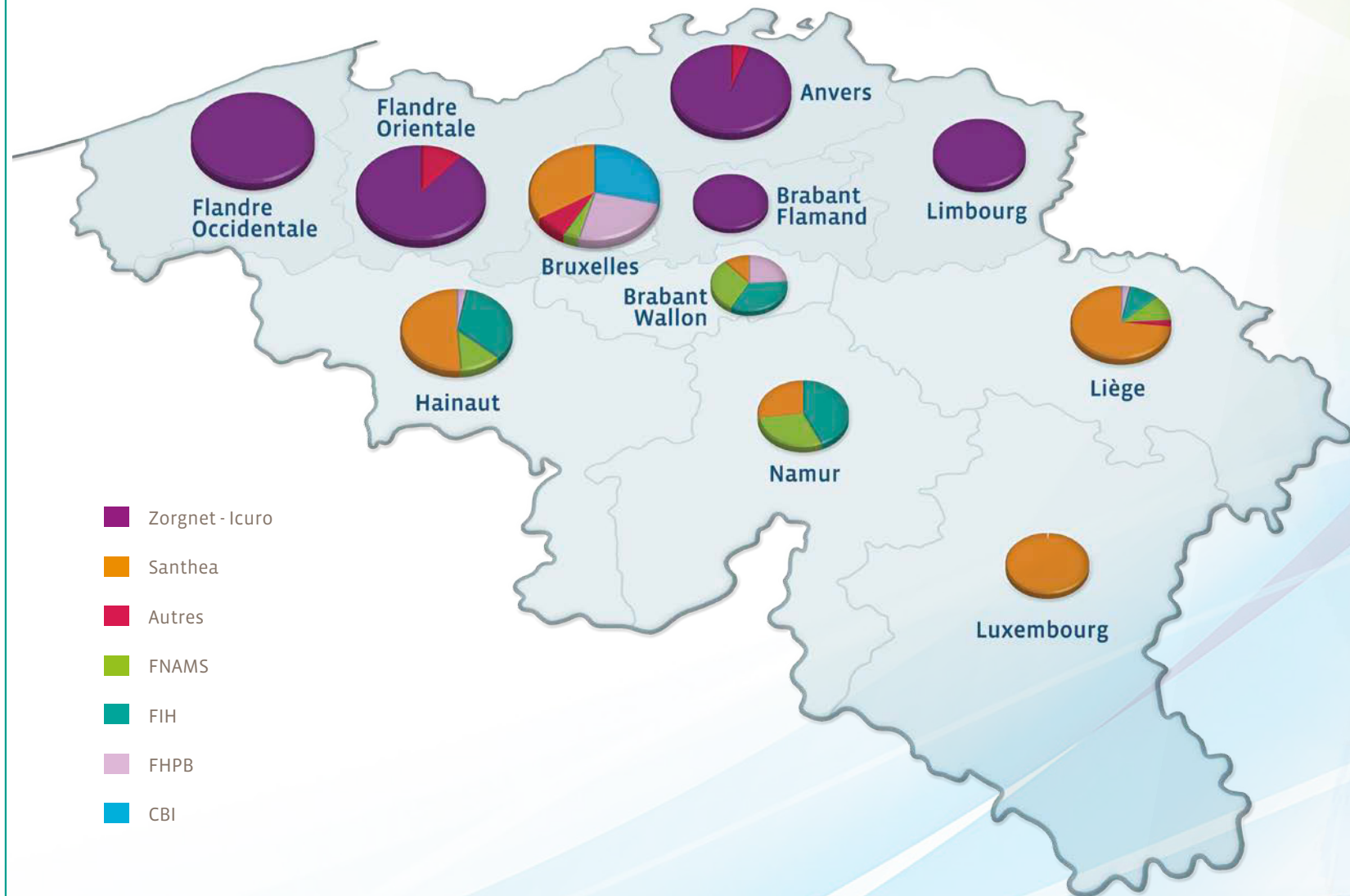
FIH

FHPB

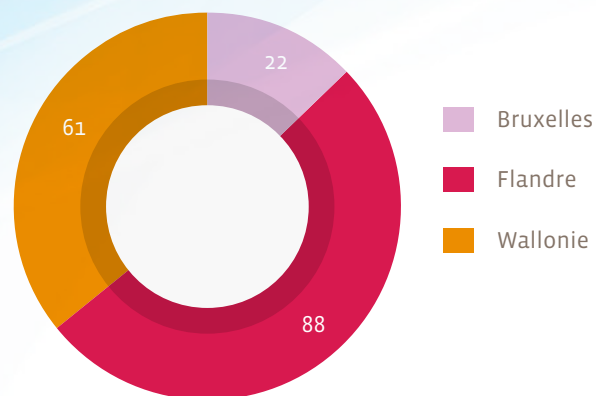
CBI

Lorsqu'il y a référence à la ventilation «fédération», les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

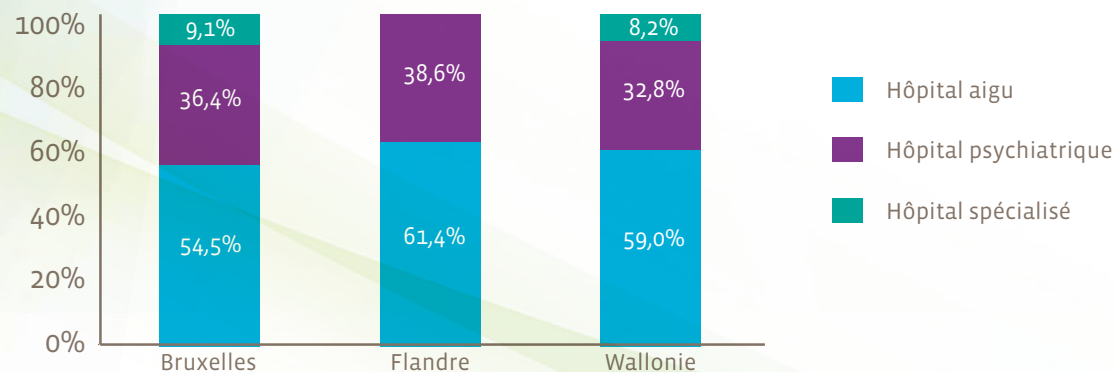
Répartition du nombre de lits par fédération



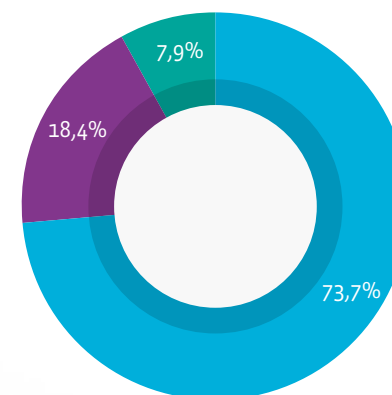
Nombre d'hôpitaux (généraux + psychiatriques) par région



Répartition, pour chaque région, du nombre d'hôpitaux par type d'institution



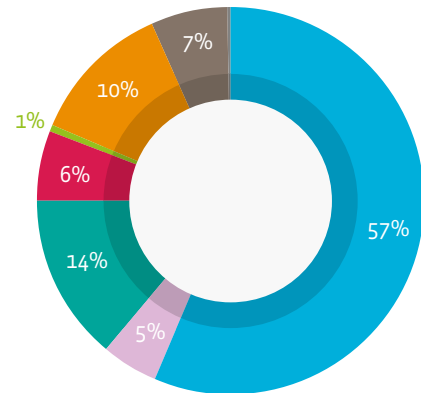
Répartition, pour santhea, du nombre d'hôpitaux par type d'institution



Suite à la 6^{ème} réforme de l'Etat, les hôpitaux spécialisés et gériatriques isolés flamands ont été transférés à la région flamande, en perdant de facto leur qualité d'hôpital. En Wallonie et à Bruxelles, ils ont fusionné avec des hôpitaux généraux ou psychiatriques et continuent à dépendre du fédéral.

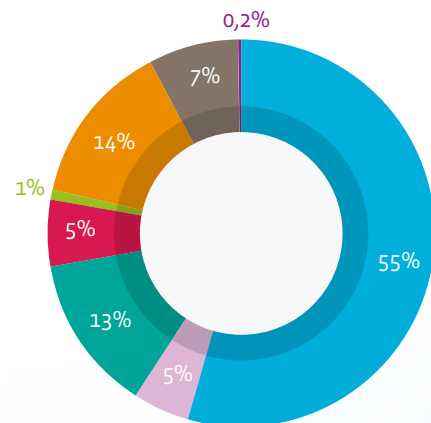
Répartition du nombre de lits par index pour les hôpitaux généraux

Au niveau national



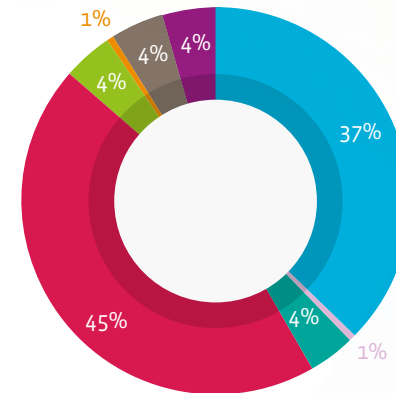
C+D E G M NIC Sp Psy L

Au niveau de santhea



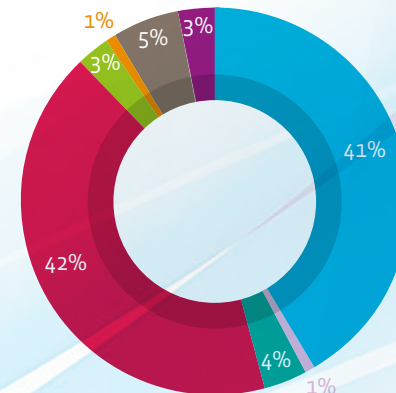
Répartition du nombre de lits par index pour les hôpitaux psychiatriques

Au niveau national

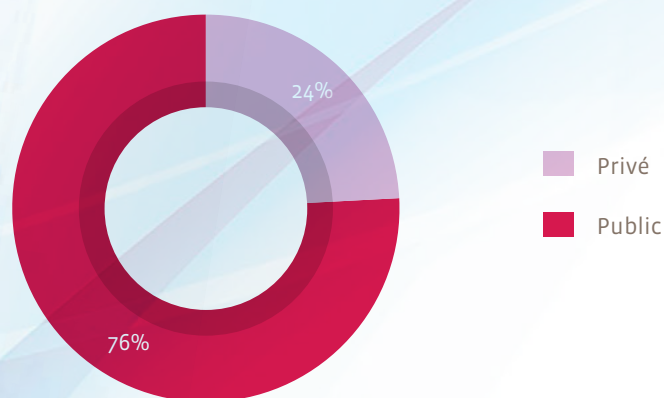


A IB K T TG TFB TFP S6

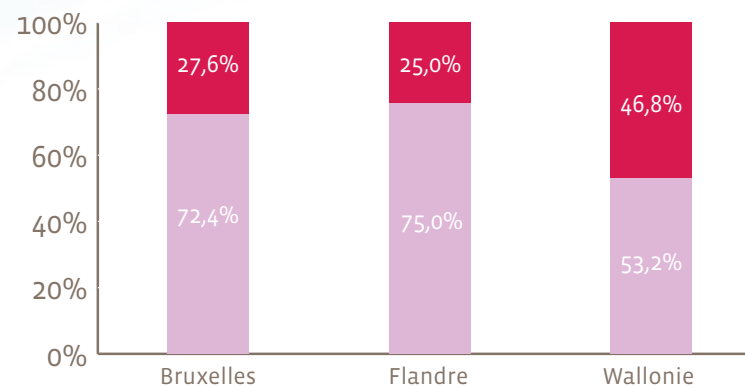
Au niveau de santhea



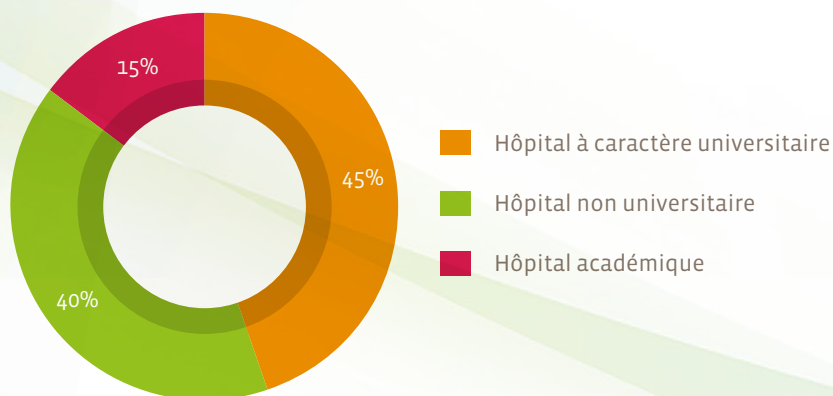
Répartition du nombre de lits par statut au niveau de santhea



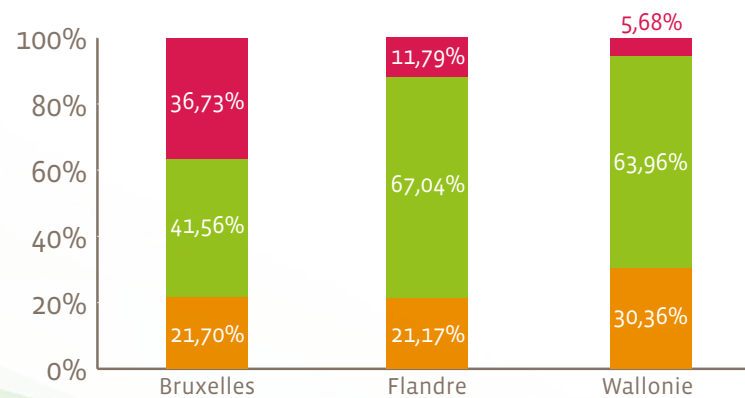
Répartition du nombre de lits par statut pour chaque région



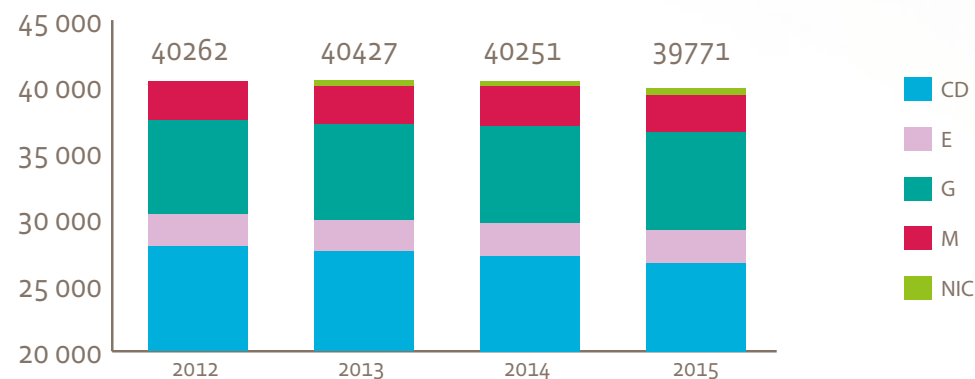
Répartition du nombre de lits en fonction du caractère universitaire au niveau de santhea (hôpitaux aigus)



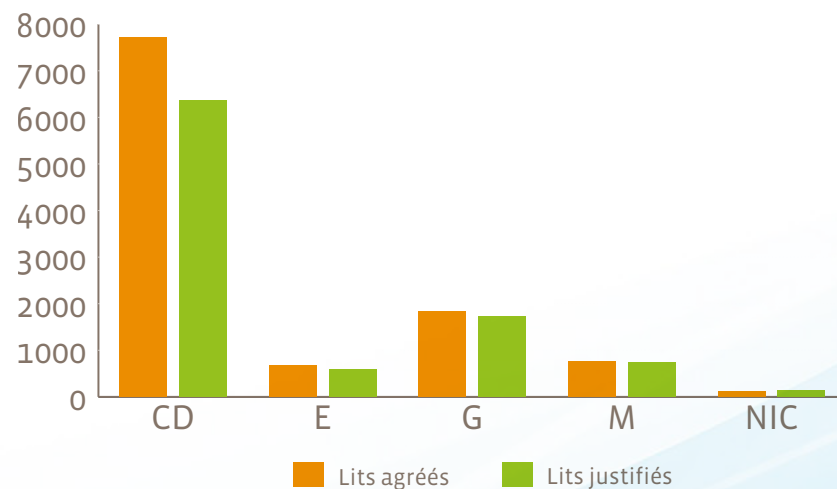
Répartition du nombre de lits en fonction du caractère universitaire pour chaque région (hôpitaux aigus)



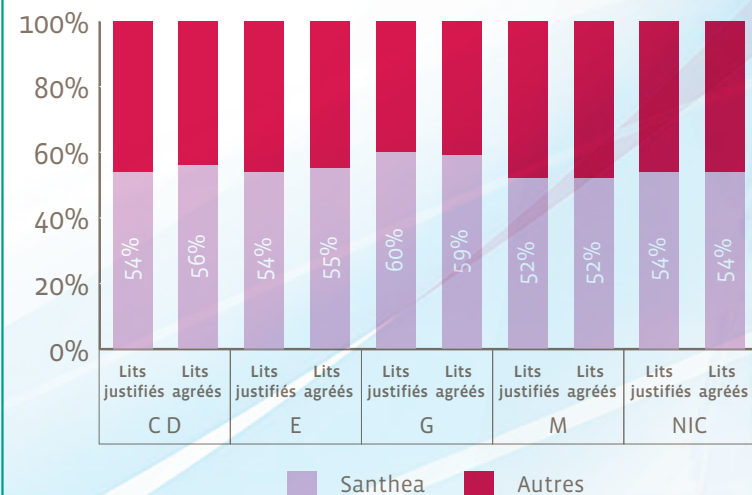
Evolution du nombre de lits justifiés* au niveau national, par index de lit concerné



Comparaison nombre lits agréés et justifiés*, par index de lit, au niveau de santhea (2015)

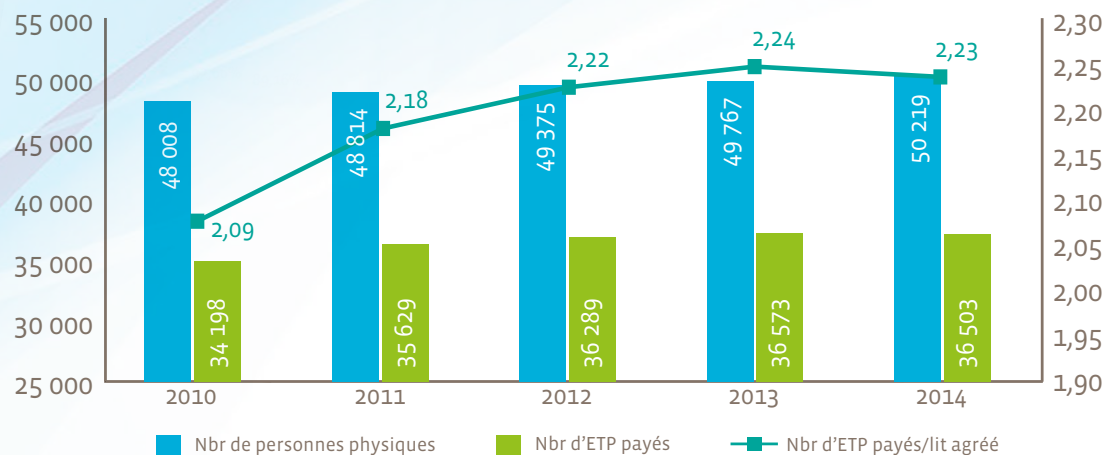


Part de santhea dans les lits justifiés* et agréés, par index de lit - Wallonie + Bruxelles

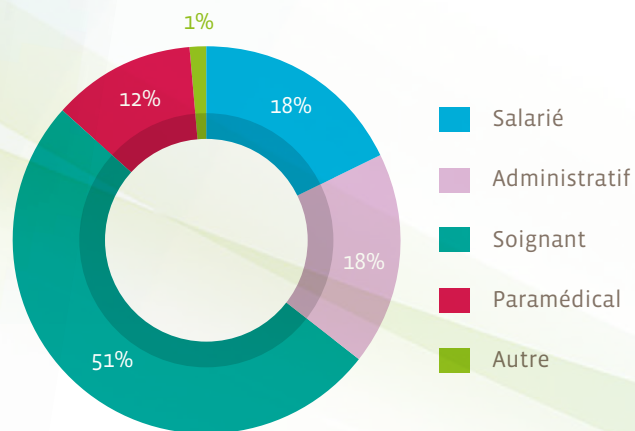


* y compris pour les hôpitaux « hors système » (calcul du SPF)

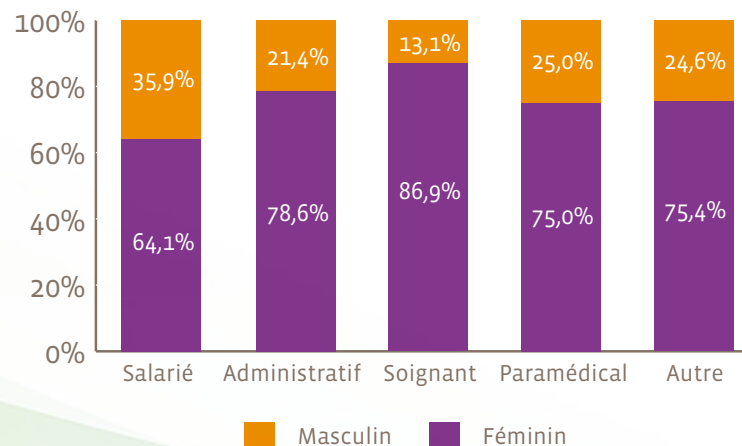
Evolution du personnel des hôpitaux santhea



Ventilation du nombre de personnes physiques par catégorie de personnel (2014)

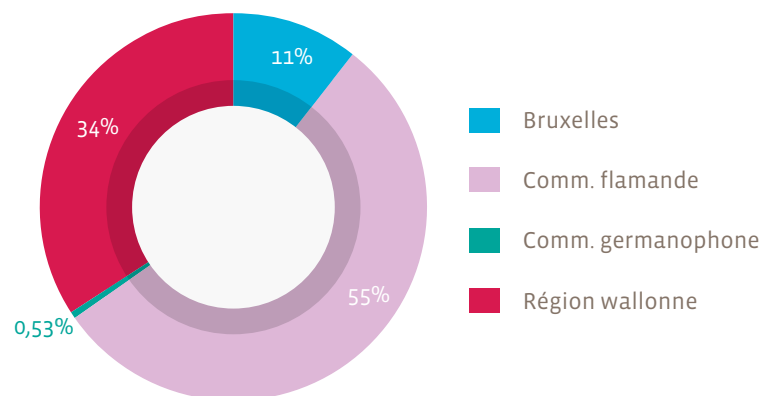


Ventilation du nombre de personnes physiques par sexe, pour chaque catégorie de personnel (2014)

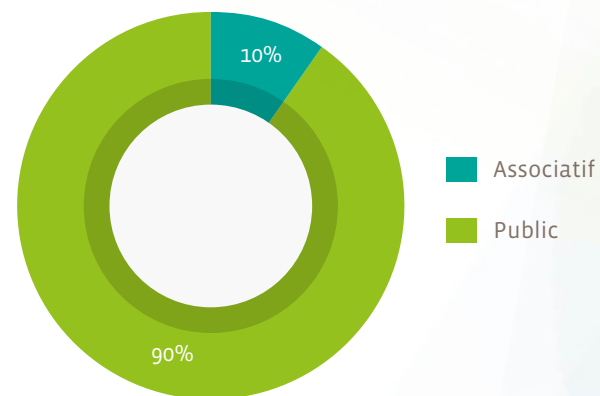


Faits et chiffres 2015 : Institutions pour personnes âgées

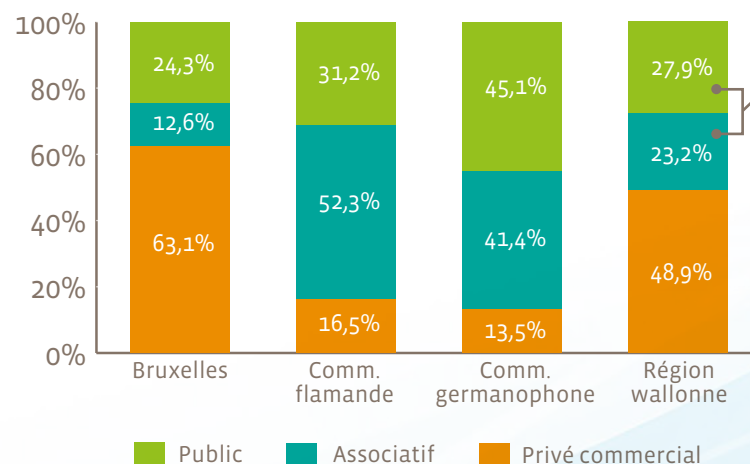
Répartition des lits MR-MRS par entité géographique



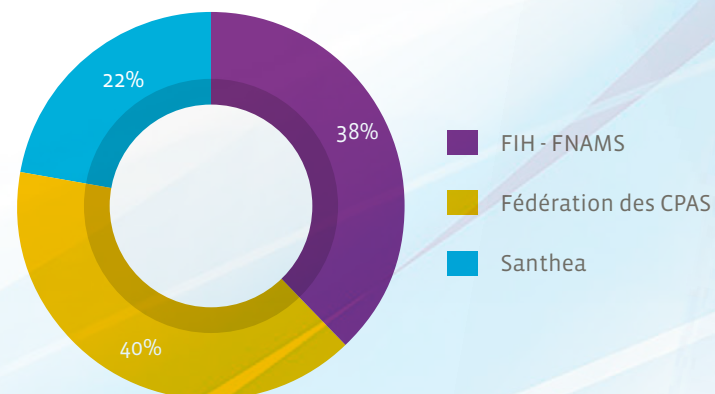
Ventilation des lits MR-MRS par secteur pour santhea



Ventilation des lits MR-MRS par secteur pour les différentes entités géographiques

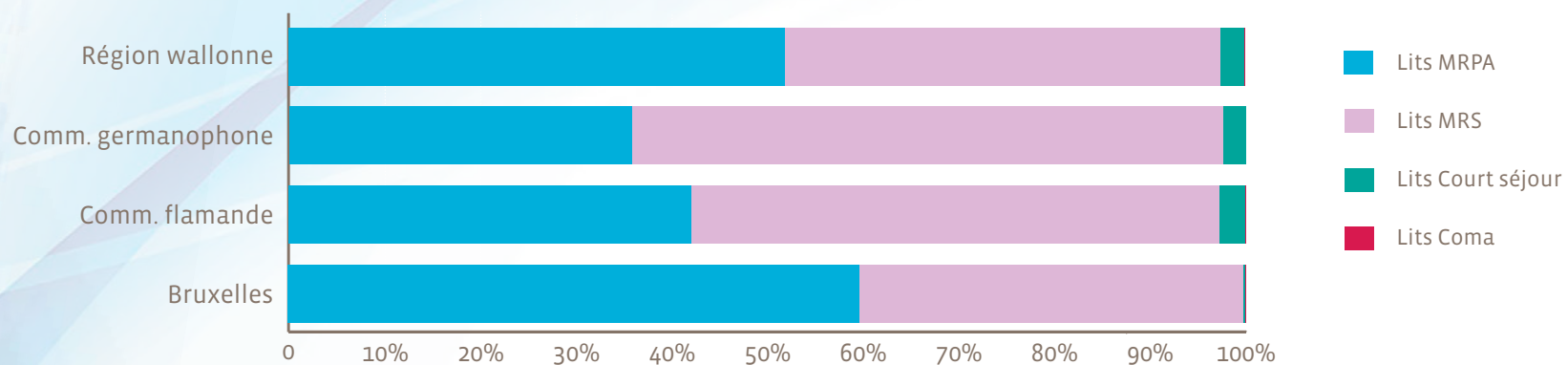


Répartition des lits MR-MRS* des secteurs public et associatif en région wallonne par fédération

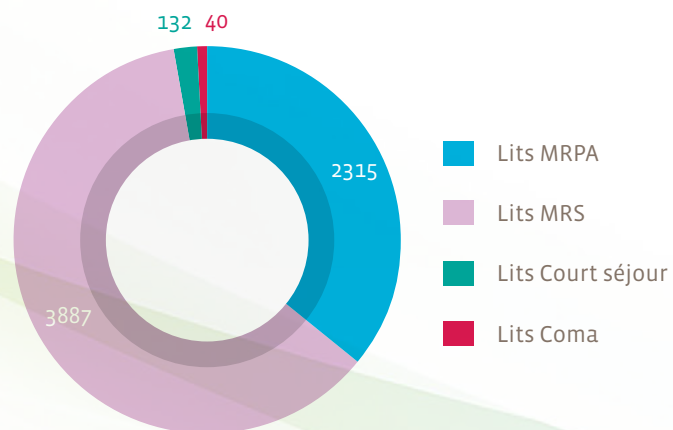


* Les lits des MR-MRS affiliées à deux fédérations sont comptabilisés deux fois dans ce graphique.

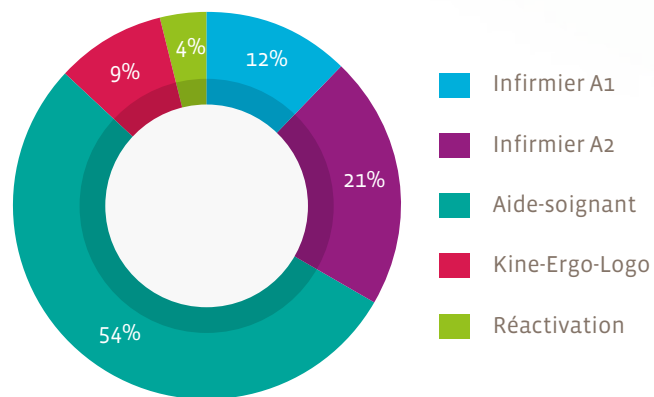
Répartition du nombre de lits par type de lits pour les différentes entités géographiques



Répartition du nombre de lits par type de lits pour santhea

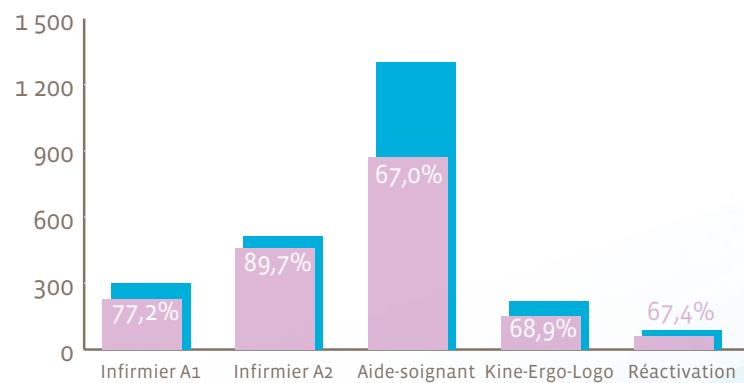


Ventilation du nombre d'ETP soignants présents dans les MR-MRS par fonction pour santhea

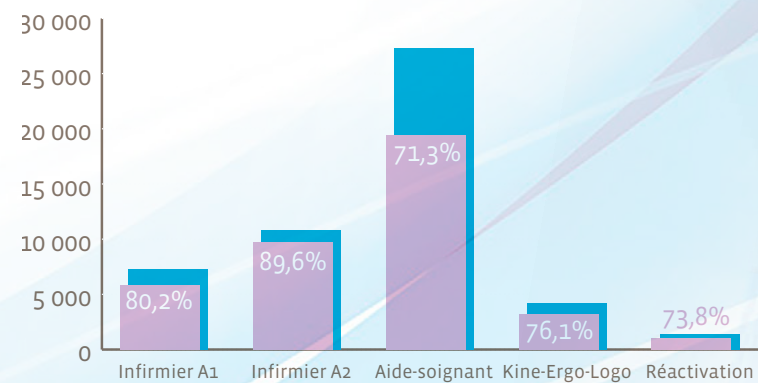


Différence entre le personnel présent et le personnel normé dans les MR-MRS (les % indiqués représentent la proportion de personnel financé)

Au niveau de santhea

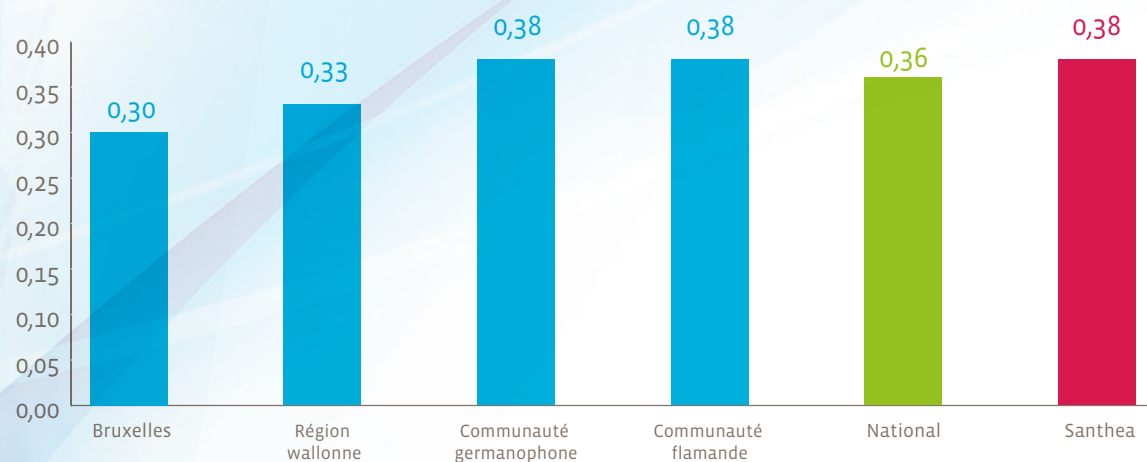


Au niveau national

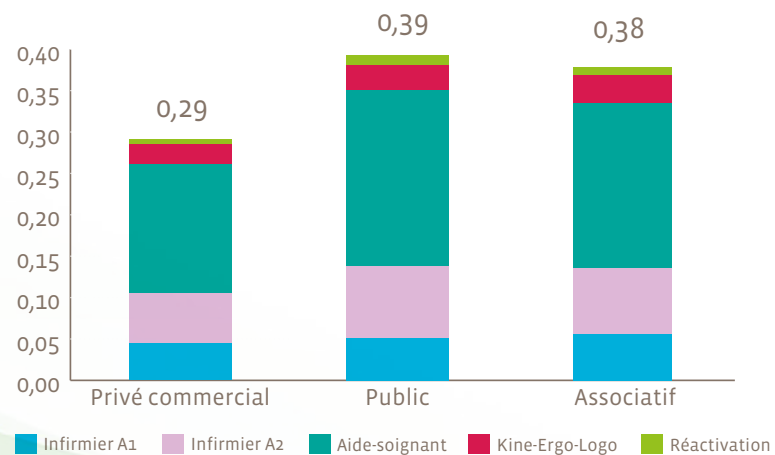


■ Nombre d'ETP présents ■ Nombre d'ETP financés par le forfait

Nombre moyen d'ETP par lit*, par entité (MR-MRS)



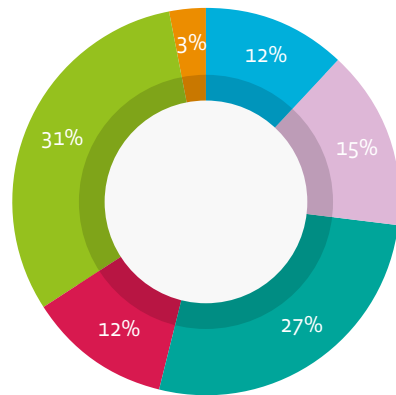
Nombre moyen d'ETP par lit*, en fonction du secteur (MR-MRS)



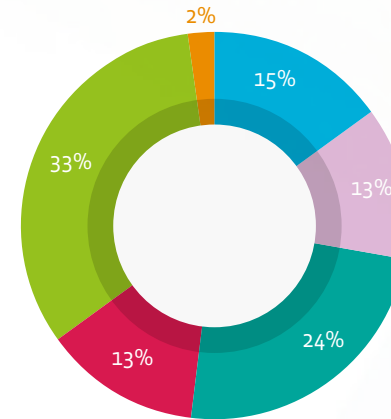
* y compris les places de centres de soins de jour quand la maison de repos en possède

Ventilation du nombre de journées facturées en MR-MRS par profil de dépendance

Au niveau national

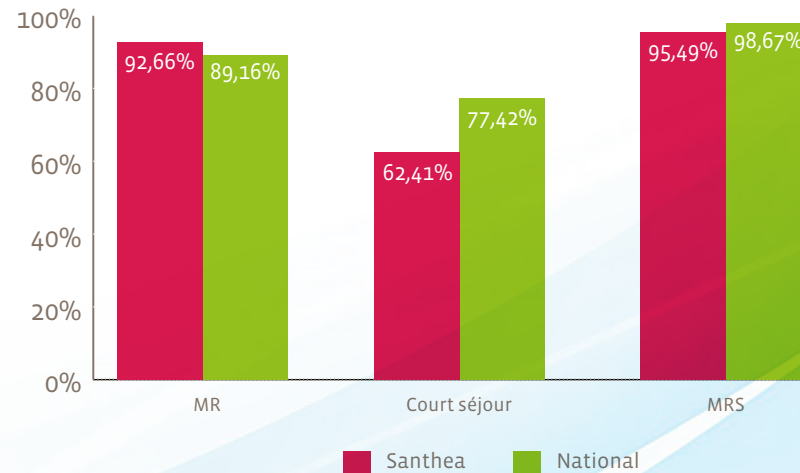


Au niveau de santhea

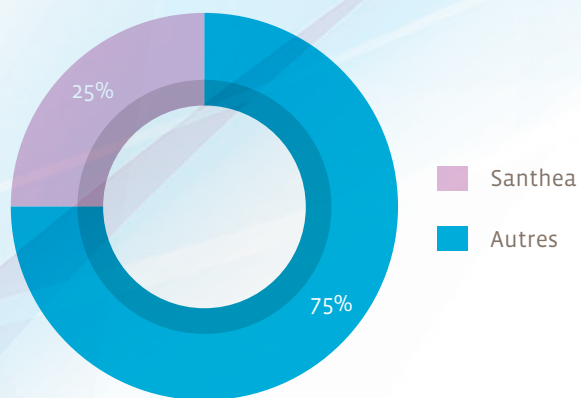


O
 A
 B
 C
 Cd
 D

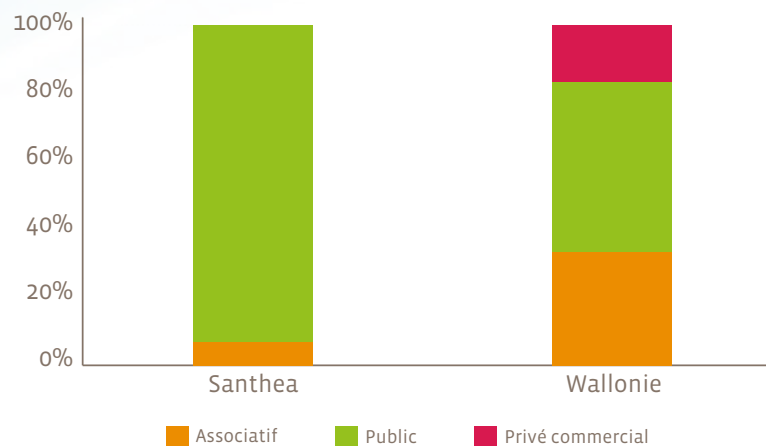
Taux d'occupation des différents types de lits



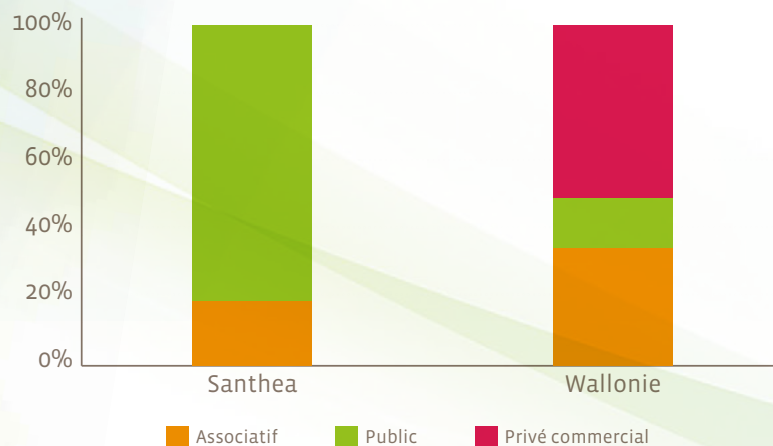
Proportion de places santhea en CAJ dans le total wallon



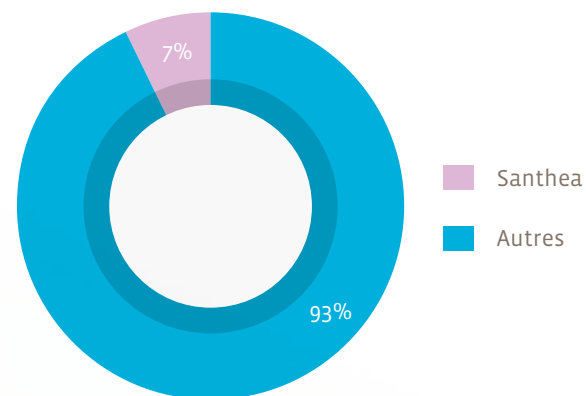
Répartition des places en CAJ par secteur



Répartition des logements en RS par secteur



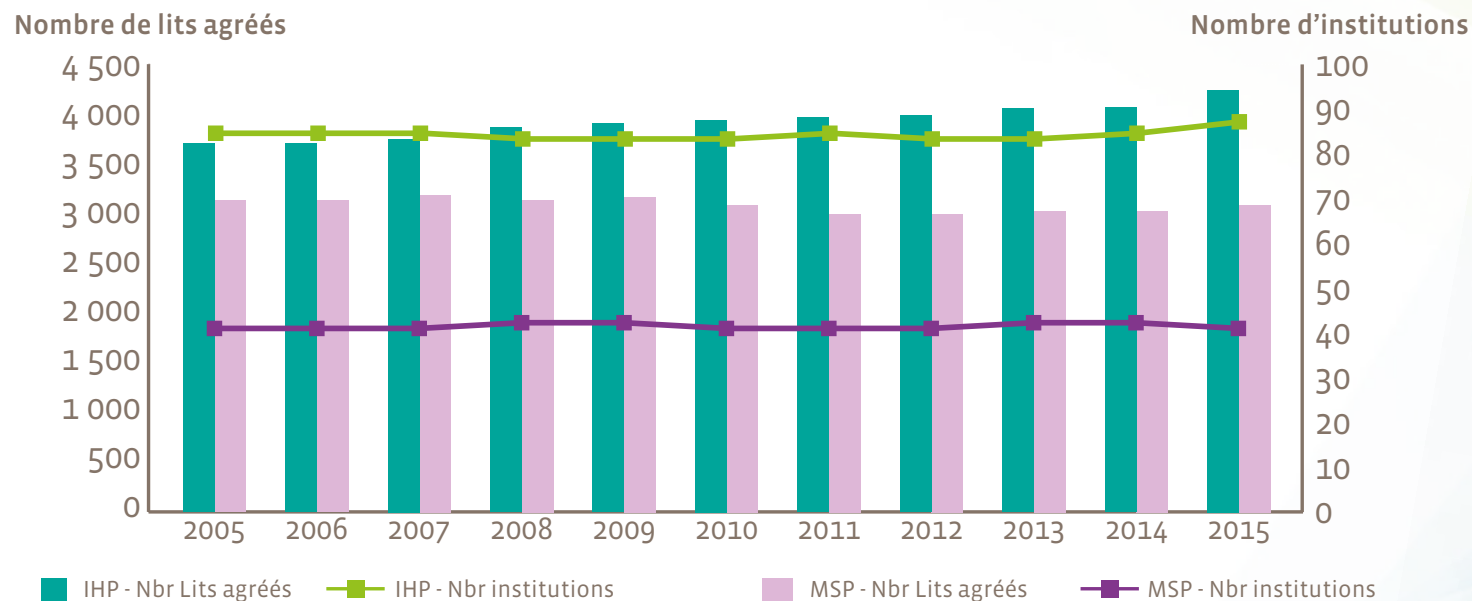
Proportion de logements santhea en RS dans le total wallon*



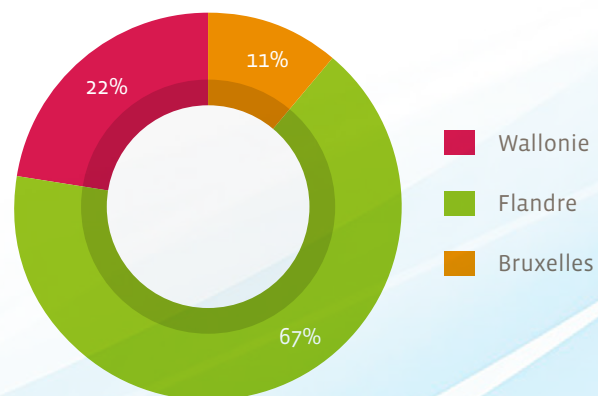
* Il existe aussi deux résidence-services bruxelloises affiliées chez santhea qui ne sont pas reprises dans les totaux ici étant donné que nous n'avons pas de chiffres officiels pour l'ensemble de la Région bruxelloise.

Faits et chiffres 2015 : Institutions de santé mentale

Evolution du nombre d'IHP et de MSP ainsi que leur nombre de lits, au niveau national

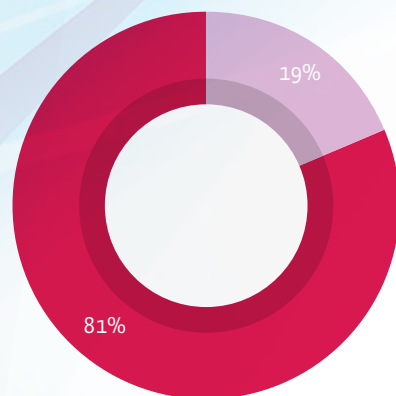


Répartition régionale du nombre de lits IHP+MSP

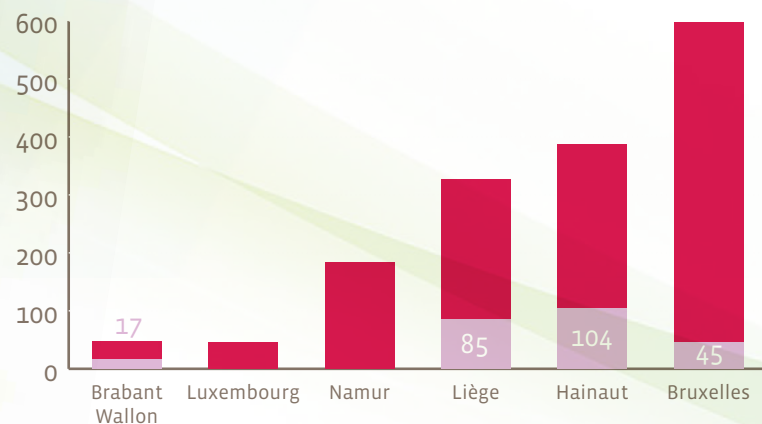


Part de santhea dans le total des lits – Wallonie + Bruxelles

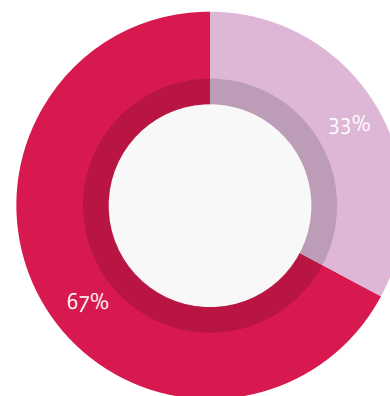
Initiatives d'habitations protégées



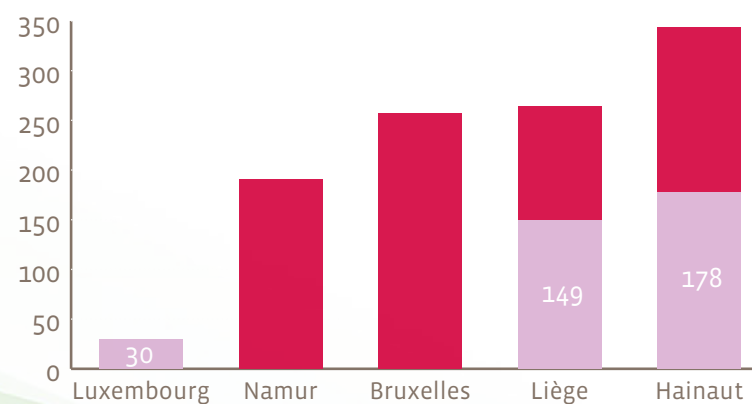
Santhea Autres



Maisons de soins psychiatriques



Santhea Autres



[Les dossiers de 2015]

Partie 2

- 28 Les soins intégrés, quand la Belgique surfe sur la vague ...
- 34 La problématique des pensions
- 42 Economiser dans la prise en charge des apnées obstructives du sommeil. Une bonne idée ?
- 54 La PAQS ASBL prend son envol !
- 63 3 Clusters pour Maggie
- 76 Les jeunes mamans restent-elles hospitalisées trop longtemps après l'accouchement ?
- 87 La réforme des études infirmières
- 96 La gestion du temps de travail, à l'aune du respect du budget et des acquis sociaux
- 106 La santé mentale : du malaise d'un secteur au bien-être des patients, un parcours semé d'embûches
- 115 Assurance autonomie... La garantie d'une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie ?
- 122 SharePoint : L'accès on-line aux Rapports produits par santhea



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Janvier 2015

[Thèmes abordés] Janvier 2015

✓ **Projet Absentéisme**

La première réunion du GT Absentéisme de l'année a permis de s'accorder sur quelques points soulevés suite à la première extraction «test» datant d'octobre 2014 (avec un groupe restreint d'hôpitaux). Quelques modifications ont été apportées au cahier des charges et de nouveaux indicateurs (taux d'absentéisme pour maladie, taux d'absentéisme pour accident du travail, nombre moyen de jours de maladie par travailleur,...) ont été suggérés pour le futur.

✓ **Mise en place de la gestion du projet «Maternité» au sein de santhea**

Santhea désirait immédiatement réagir à l'instauration par la Ministre d'une nouvelle mesure d'économie concernant les maternités au 1^{er} janvier 2015. En effet, cette mesure, et plus particulièrement la façon dont elle est implémentée, est jugée comme aberrante par l'ensemble du secteur.

Santhea s'est associé à un recours commun introduit contre cette mesure par l'ensemble des hôpitaux francophones. Santhea participe activement au suivi de ce recours en adressant régulièrement ses remarques et commentaires sur les projets de conclusions transmises par l'avocat désigné pour introduire ce recours.

✓ **Étude Capacités hospitalières**

Grâce à un financement octroyé par le SPF-Santé publique, le Département Études & Qualité s'est attelé au développement d'un algorithme capable d'apporter des réponses quant à l'évaluation des besoins futurs belges en capacités hospitalières. Des tests ont été réalisés dans un premier temps à partir de données RHM issues des institutions membres de santhea. L'algorithme a ensuite été appliqué aux données relatives à la population belge dans son entièreté.

✓ **Groupe de travail Enregistrements de la structure multipartite – Affinement des APR-DRG**

Le sous-groupe de travail «affinements des APR-DRG» (experts médecins responsables RHM) du GT «enregistrements» de la Structure Multipartite, avait examiné en 2014 MDC par MDC, APR DRG par APR DRG, l'homogénéité de chaque APR-DRG par indice de sévérité et classe d'âge (- 75 ans / 75 ans et +) en version grouper 28, sur base de la distribution des durées de séjour : identification et explications de bimodales, pics de durée interpellants, problématiques des transferts, problématiques des patients décédés, codes V sociaux, néoplasmes,... La Ministre avait demandé à la Structure Multipartite de synthétiser ses conclusions intermédiaires avant la fin du mois de janvier.

✓ **Maribel social. Secteur public et secteur privé**

Restriction budgétaire oblige, les fonds Maribel social ont été informés par la Cellule stratégique du Ministre de l'emploi que l'augmentation des moyens du Maribel social prévue en 2015 était postposée à 2016. Une année calme se prépare donc pour les Fonds, réduits à gérer l'existant.

✓ **Accord médico-mutualiste**

Conclu pour une durée d'un an, l'accord a, selon les dires des signataires, un caractère transitoire et une portée limitée.

Santhea a une nouvelle fois profité de la présentation de l'accord pour rappeler que la promotion des collaborations structurelles entre les dispensateurs de soins au sein de réseaux, trajets de soins, soins multidisciplinaires... implique des intérêts croisés. Santhea a répété son incompréhension face à l'exclusion des représentants hospitaliers dans la négociation d'un accord dont les conséquences seront significatives pour les hôpitaux; santhea a par exemple fait allusion à l'influence sur le budget des institutions, de la diminution des honoraires forfaitaires

de biologie clinique et d'imagerie médicale lors d'une ré-hospitalisation endéans les 10 jours dans le même hôpital.

✓ Formation 600

Tant les employeurs du secteur public que les employeurs du secteur privé se posent la question de savoir dans quelle mesure le projet 600 doit être poursuivi dans sa formule actuelle. D'une part, le projet a été créé pour répondre à la pénurie de personnel infirmier qualifié qui ne semble plus exister en 2015 et d'autre part, on constate que les personnes qui bénéficient d'un diplôme infirmier à l'issue de la formation n'exercent que rarement leur activité dans les sous-secteurs au sein desquels une pénurie de main d'œuvre qualifiée semble subsister. Santhea plaide donc en faveur d'une modernisation de la formule en l'ouvrant tant que possible à d'autres groupes de formations.

La position de santhea est partagée par les autres fédérations d'employeurs (à l'exception notoire, dans le secteur public, de la fédération des CPAS) mais pas par les organisations syndicales qui ne rejettent pas, à priori, les alternatives mais ne semblent pas pressées de les mettre en œuvre.

Après de longues discussions, les fédérations d'employeurs ont accepté d'encore organiser la formation sous ses modalités actuelles en 2015 mais ont averti les syndicats qu'elles ne soutiendront plus la formation 600 à partir de l'année scolaire 2016 – 2017 si la formule n'est pas modernisée.



✓ Nouvelle nomenclature des soins intensifs

Un groupe de travail interne à santhea s'est réuni pour préparer l'avis de santhea relativement à la modification en profondeur de la nomenclature des prestations de soins intensifs. Validé par le Conseil d'administration, cet avis a été communiqué à l'INAMI. Parmi ses remarques, santhea observe que le coût de la réforme est largement sous-évalué (prévision qui se révélera très rapidement exacte, ndlr).

Dans sa réaction, santhea pointait également, parmi de nombreux autres éléments, le fait que supprimer le remboursement des monitorings effectués dans les services d'urgences, outre le fait de son impact budgétaire limité (on peut s'attendre à un « glissement » vers d'autres examens, tels les ECG), nuira à la qualité de la prise en charge car la surveillance du patient à risques sera diminuée.

✓ Décision d'introduire un recours contre la disposition de la loi programme du 19 décembre 2014 visant à soumettre toutes les intercommunales à l'impôt des sociétés

Cette disposition de la loi programme exécute l'accord du Gouvernement fédéral prévoyant de soumettre toutes les intercommunales à l'impôt des sociétés, l'objectif étant de restaurer une égalité fiscale entre les sociétés commerciales et les intercommunales susceptibles de leur faire concurrence.

La grande majorité des hôpitaux publics wallons (17 sur 23) et des MR/MRS wallonnes étaient organisés sous forme d'intercommunales. Les intercommunales sont, avant la modification de la loi, soumises à l'impôt des personnes morales comme les hôpitaux et MR/MRS du secteur privé non commercial.

Le Gouvernement n'a pas tenu sa promesse de faire échapper les intercommunales du secteur non marchand à la nouvelle législation. Santhea a donc décidé d'introduire un recours devant la Cour Constitutionnelle contre cette disposition.

(ndlr - sous la pression de santhea, le Gouvernement finira par revoir sa copie).

[Les soins intégrés, quand la Belgique surfe sur la vague...]

La viabilité de notre système social est un impératif sur lequel presque chaque belge se retrouve et qui implique probablement de profonds changements dans nos modèles d'organisation. Les principaux acteurs du secteur des soins de santé, dont santhea, en sont persuadés et ont fait de nombreuses propositions de réformes. Ils se posent néanmoins de nombreuses questions sur la capacité qu'auront les politiques menées par la Ministre De Block à atteindre les résultats escomptés!

DANS L'AIR DU TEMPS

La tendance dans le secteur des soins de santé est indéniablement à l'intégration.

Face aux défis auxquels sont confrontés les pays dotés de systèmes de soins de santé performants mais - corrélativement - coûteux, la réponse politique semble aller uniformément dans la même direction, celle de la transformation des schémas actuels d'organisation de l'offre de soins en un réseau intégré de soins de santé centré sur le patient.

Parmi les challenges que les autorités entendent ainsi adresser figurent évidemment en bonne place le vieillissement de la population, le traitement des maladies chroniques, la prévention de maladies jugées en grande partie « évitables » car liées à des modes de vie spécifiques et autres problèmes de Santé publique requérant des soins complexes, lourds, multiples et parfois continus.

Partout, des réflexions sont en cours, des démarches sont entreprises et des études visant à mieux cerner les contours de cette problématique sont lancées : au niveau des instances de l'Union européenne; de l'Organisation Mondiale de la Santé; de fédérations hospitalières internationales, européennes ou nationales; ou encore dans le cadre des politiques de santé nationales.



UNE ÈRE NOUVELLE

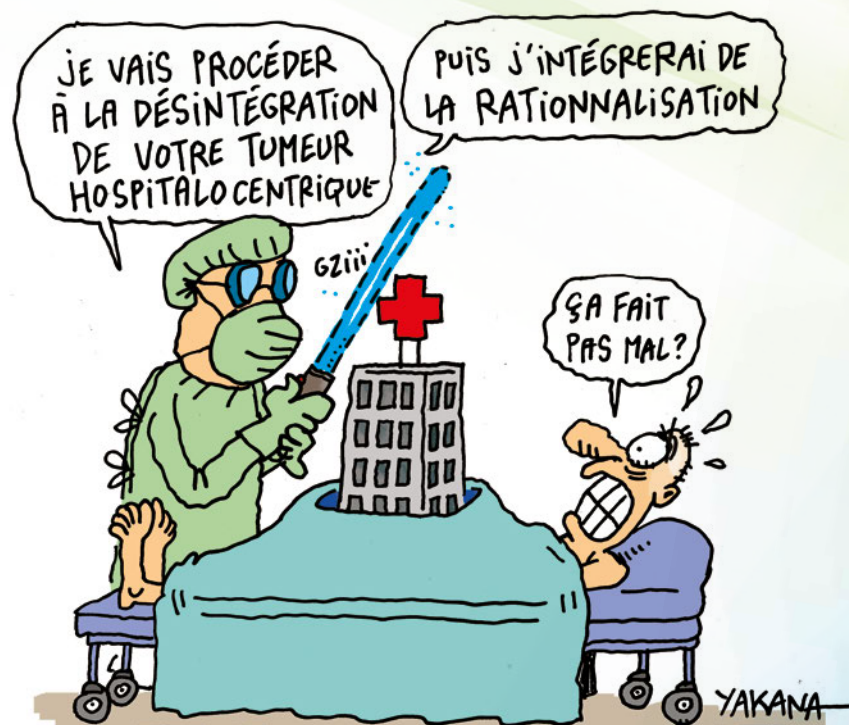
Les autorités en charge de la Santé publique et les stakeholders cherchent, dans cette optique, à définir de nouvelles politiques susceptibles de concrétiser ce changement de paradigme. Il s'agit de trouver la meilleure manière de procéder à ce changement fondamental de la dynamique existante ainsi que de la perception et de la conception même des rôles des différents acteurs. Les autorités l'affirment sans ambiguïté : ce ne peut se faire que par des réformes importantes qui, inévitablement, entraîneront une refonte - en tout ou partie - des modalités de financement, un bouleversement d'équilibre entre les acteurs du secteur, ainsi qu'une révision de l'offre et de l'organisation de la dispensation des soins.

La perméabilité des secteurs de soins est donc mise à l'honneur. Parallèlement, on prône le respect des rôles et compétences de chacun, et un tableau harmonieux de la collaboration entre prestataires de soins nous est dépeint.

Enfin, cette évolution de la société va de pair avec celle des technologies de l'information et de la communication. L'informatisation des prestataires de soins devient ainsi une préoccupation centrale et un vecteur incontournable de succès. Elle est essentielle à la bonne gestion des ressources tant humaines que financières et participe également à l'amélioration de la qualité des soins prodigués. Ainsi, l'exemple de «win-win» typiquement mis en avant est celui de la possibilité pour le prestataire de 2^e ligne vers qui un patient est renvoyé, d'accéder aux informations relatives aux examens déjà pratiqués par la 1^{ère} ligne : on aboutit à une prise en charge adéquate et rapide du patient, sans coûts excédentaires.

IDEOLOGIE ET PRAGMATISME

Ce tournant, que l'on peut qualifier d'idéologique, n'est pas dépourvu pour autant de pragmatisme. En effet, ne nous leurrions pas, cette nouvelle vision d'un besoin impératif de réformer nos systèmes de santé est également largement induite par des considérations financières.



La question de la viabilité de notre modèle social est en effet dans tous les esprits. Elle est - et doit être - un des facteurs non négligeables sous-tendant les initiatives politiques prises en matière de sécurité sociale : il s'agit là non seulement d'une obligation morale incombant à ceux que nous avons investis des prérogatives régaliennes mais aussi d'une responsabilité collective, citoyenne.

Quant à savoir si les politiques menées sous cette bannière sont de nature à atteindre le résultat escompté, la question reste ouverte...et génère des débats parfois aussi passionnés que tendus.



« C'EST ARRIVÉ PRES DE CHEZ VOUS... »

La Belgique n'échappe pas à la tendance. Nos Ministres - et singulièrement la Ministre fédérale de la Santé publique, qui entend «donner le la» en la matière - ont lancé de multiples chantiers, tous azimuts, arguant de la nécessité de s'inscrire dans cette nouvelle philosophie.

Les ennemis déclarés des autorités sont ainsi la fragmentation des soins, la centralisation à outrance et le manque d'efficacité. L'«hospitalo-centrisme» est passé dans la catégorie des gros mots tandis que la «rationalisation» est devenue le mot magique. Le leitmotiv de la Ministre est «faire plus et mieux avec les mêmes moyens». On nous explique que le temps du décroisement est arrivé. Heureusement, le secteur, proactif et conscient des enjeux, n'avait pas attendu pour se lancer dans l'aventure, multipliant les initiatives de collaboration positive.

Les Ministres compétents rappellent à chaque occasion que leur objectif final est et reste d'offrir à tous les citoyens des soins adéquats, au bon moment, au bon endroit.

Si cette préoccupation d'adéquation des soins est indéniablement partagée par tous les acteurs du secteur, la manière dont les autorités entendent y répondre les inquiète en raison du poids financier toujours plus lourd que les mesures sectorielles successives, induites par les régulières coupes budgétaires imposées à la sécurité sociale et au budget des soins de santé en particulier, font peser sur eux.

Si l'on se rejoint sur un idéal d'offre de soins universelle et de qualité, les points de vue des professionnels du secteur divergent malheureusement très - trop - souvent de la conception politique des besoins et priorités. Plus qu'un hiatus idéologique, on constate fréquemment un gouffre d'incompréhension. L'objectif politique semble noble, et les idées foisonnantes, mais il faut se rendre à l'évidence, nos violons ne sont pas bien accordés...

Un chantier de longue haleine s'est ouvert auquel santhea compte bien participer en apportant aux projets de réforme toute son expertise.

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Février 2015

[Thèmes abordés] Février 2015



✓ Nouveau système de financement de la dialyse

Un premier GT «Dialyse», réunissant les membres de la Commission médico-mutualiste et les membres de la Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs, s'est réuni au sein de l'INAMI en février 2015. L'objectif de cette réunion était de présenter la proposition rédigée par l'INAMI et pour la mise en place d'un **nouveau système de financement de la dialyse**. L'idée principale de cette proposition, basée sur les différentes propositions faites par les parties intéressées (dont le rapport très complet de santhea), consiste à remplacer les économies linéaires sur les honoraires et les forfaits, par d'autres mesures d'un montant total équivalent mais permettant d'avancer vers l'objectif de promotion des formes alternatives de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique **en attendant une réforme plus profonde dans le cadre d'un nouveau programme de**

soins. La proposition prévoit que pour chaque type de dialyse (aussi bien l'hémodialyse en hôpital que l'hémodialyse en centres collectifs d'autodialyse ou la dialyse à domicile), une distinction est faite entre un montant «honoraires» et un montant «forfaits». Les montants proposés pour les forfaits sont basés sur l'étude des coûts réalisée par santhea; bien que les moyens disponibles ne permettent pas de les couvrir intégralement, le rapport entre les forfaits attribués à chaque forme de prise en charge tient compte du coût réel de celles-ci. Ainsi, la dialyse péritonéale à domicile est revalorisée par rapport à la situation antérieure, à l'inverse de l'hémodialyse en centre collectif d'autodialyse dont les montants sont diminués.

Lors des discussions, santhea a regretté que l'INAMI n'ait pas osé proposer un honoraire «libre de participation aux frais» pour éviter les interminables discussions sur les rétrocessions au sein des hôpitaux. L'INAMI a préféré éviter le débat, jugeant que les représentants des syndicats médicaux s'opposeraient d'entrée à une proposition allant dans ce sens. Santhea remarque que dans un contexte de nouvelles économies imposées au secteur de la dialyse, la négociation avec les néphrologues risque d'être très compliquée.

✓ Comité technique d'accompagnement des Etudes menées par le DEQ (Département Etudes et Qualité)

Au cours du premier Comité technique de l'année, la discussion a principalement porté sur les pratiques des hôpitaux en matière de dispensation de médicaments, en particulier, sur le développement du dossier relatif à la comparaison des pratiques sur base des codes CNK. Cette réunion a également été consacrée au suivi de l'étude en cours sur l'évolution des besoins en capacités hospitalières, ainsi qu'à la question de la transparence des résultats.

✓ SPF - Santé publique : journée d'étude ICD-10

À la mi-février fut organisée une journée d'étude du SPF Santé publique ayant pour thème le passage de l'ICD-9 à l'ICD-10-BE, nouvelle version tout à fait spécifique aux pratiques belges en matière de soins de santé. L'écriture du Résumé Hospitalier Minimum reposant en grande partie sur l'ICD, deux analystes du Département Études & Qualité ont veillé à faire le déplacement pour se tenir informé des changements majeurs à venir, changements qui ne manqueront pas d'impacter les données traitées par santhea.

✓ Satisfaction Patients : finalisation du questionnaire thématique « Mère-Enfant »

Dans le cadre du développement de questionnaires thématiques relatifs à la Satisfaction des Patients, le travail de création d'un questionnaire spécifique à la maternité s'est finalisé au mois de février. Le questionnaire présente la particularité de suivre l'ensemble du parcours de la mère, depuis la première consultation à l'hôpital jusqu'au départ de la maternité.



✓ Groupe de travail B2 de la Section Financement du Conseil Nationale des Etablissements Hospitaliers

Le groupe de travail B2 de la Section Financement du CNEH envisage de nouveaux critères pour la répartition d'un budget de 53 millions relatif aux **mini-forfaits** dont le budget a été transféré dans le BMF. D'une part, il y a lieu d'identifier la part des mini-forfaits relative aux activités du service d'urgences. D'autre part, il s'agit de proposer des critères pour l'activité relative à l'hôpital de jour médical (il s'agit en particulier d'identifier les perfusions de certains médicaments nécessitant une surveillance).

En ce qui concerne la **mesure d'économies sur les Maternités**, le groupe de travail confirme le calcul totalement arbitraire du montant de l'économie avancée. Le groupe confirme également que le mode de répartition de cette économie adoptée dans le BMF au 1^{er} janvier 2015 est inéquitable : ce système cible les séjours «en dépassement» or ces séjours ne sont déjà actuellement rémunérés qu'à la durée de séjour justifiée et non à la durée de séjour facturée. Selon le groupe de travail, étant donné que le montant de l'économie a été budgété dans l'objectif budgétaire global 2015, il faudra le considérer comme une sorte d'impôt.

Le groupe de travail s'est montré divisé quant à la formule à adopter pour le calcul de la **correction moyenne salariale B2**.

Le groupe de travail doit examiner les adaptations de la **nomenclature** non encore intégrées dans les annexes de l'AR BMF et qui impactent pourtant le calcul de ce dernier : réanimation, chirurgie,...

Le groupe de travail propose également une révision complète des critères de répartition du budget B2 « **Produits médicaux** ».

[La problématique des pensions]

Voilà déjà quelques années que la problématique des pensions des travailleurs des secteurs de la santé est au centre de toutes les préoccupations.

D'abord, parce qu'elle divise secteur privé et secteur public ou, plus précisément, travailleurs statutaires et travailleurs contractuels. Ensuite parce que tant les employeurs que les syndicats ont la préoccupation commune d'assurer à tous les travailleurs du secteur, une retraite à l'abri du risque de pauvreté et de précarité.

LES ACCORDS SOCIAUX DE 2005...

...Pour le secteur privé

Partant du constat que la pension légale ne garantit pas aux travailleurs retraités de bénéficier des ressources nécessaires à mener une vie confortable et d'échapper au risque de tomber dans la précarité, les partenaires sociaux des secteurs fédéraux des soins de santé ont inclus dans l'accord social conclu en 2005, un point relatif à la mise sur pieds d'un régime de pension complémentaire.

Suite à cet accord, un Fonds d'épargne sectoriel pour les secteurs fédéraux privés de la santé a été créé le 10 septembre 2007 par une Convention collective de travail conclue en Commission Paritaire 330. Les objectifs du Fonds sont :

- d'agir comme fondateur du deuxième pilier de pension ;
- de percevoir, de gérer et d'attribuer les moyens financiers et leur rendement, sous déduction des frais de fonctionnement, au financement du second pilier de pension.

La dotation publique alimentant le Fonds n'a été définitivement acquise et n'est devenue récurrente qu'en 2012 et indexée de manière annuelle à partir de 2013. Pour la période 2006-2010, les dotations publiques n'ont été transférées que dans le courant de l'année 2011.

...Pour le secteur public

Les organisations syndicales lient la problématique du second pilier de pension en faveur des contractuels des institutions publiques des secteurs fédéraux de la santé à la problématique générale des pensions dans le secteur public et renvoient aux discussions qui ont lieu au sein des commissions ad hoc, dont celle relative aux pensions dans les administrations locales et provinciales.

Cependant, afin de ne pas créer de distorsions entre les contractuels occupés dans les institutions publiques relevant des secteurs fédéraux de la santé et les contractuels occupés dans les institutions privées relevant des mêmes secteurs, Gouvernement et syndicats ont convenu du versement par l'Etat d'un montant d'environ 6.000.000 d'euros



dans un Fonds d'épargne sectoriel tout en convenant **de ne pas** créer un Fonds sectoriel de pensions et de thésauriser le montant libéré par l'Etat.

Bien que non explicitement exprimée, la principale raison du refus par les syndicats du secteur public de créer un fonds sectoriel de pensions est qu'ils défendent l'emploi statutaire comme seule règle dans le secteur public local. A côté de cette position de principe, se trouve aussi la crainte que la modification des règles de calcul de la pension du personnel nommé aboutisse à une diminution significative de celle-ci.

LA PROBLÉMATIQUE PARTICULIÈRE DU SECTEUR PUBLIC LOCAL

Historiquement, la position juridique « normale » d'un travailleur au sein d'une institution publique locale ou provinciale est le statut. Ceci implique de facto que la toute grande majorité des travailleurs de ces institutions a bénéficié d'une « nomination » avant le terme de sa carrière et bénéficie donc, à l'issue de celle-ci, d'une pension de travailleur statutaire.

Dans la logique historique des statuts publics on retrouve, entre autre, le fait que les salaires, à fonctions égales, sont moins attractifs que dans le secteur privé mais aussi qu'une carrière au sein de la fonction publique donne droit à une pension plus intéressante qualifiée de « salaire différé ».

Cependant, au fil des années, pour de multiples raisons, dont la moindre n'est certes pas l'uniformité des missions et des tâches dont sont chargées les institutions de soins, quel que soit leur statut, privé ou public, les conditions de travail et de rémunération des travailleurs des secteurs public et privé se sont rapprochées, gommant de facto les différences salariales entre un travailleur du secteur public de la santé et un travailleur du secteur privé de la santé mais en maintenant une différence sensible entre la pension d'un travailleur statutaire et celle d'un travailleur contractuel entraînant, dans le chef de ce dernier, un sentiment d'injustice assez compréhensible.

Mais ce n'est pas là le seul effet pervers du système.

En effet, dans le régime commun des pensions, les recettes, constituées par les cotisations spécifiques de sécurité sociale, ne doivent pas obligatoirement couvrir les dépenses. Des mécanismes de couverture de l'éventuel excès de dépenses par rapport aux recettes sont prévus dans le cadre général de la fiscalité.

Ces mécanismes de compensation n'existent pas au niveau des caisses de pensions du secteur public local dont les recettes doivent **obligatoirement** couvrir les dépenses. Compte-tenu de l'allongement de la durée moyenne de la vie et de l'effet nombre lié à la mise à la pension de la population issue de l'immédiat après-guerre, les dépenses croissent de manière



importante, entraînant mécaniquement l'obligation d'augmenter les recettes en augmentant le taux des cotisations. Cette augmentation des taux de cotisations de pension a certainement été un des principaux motifs pour lesquels certaines institutions publiques locales (dont de nombreux hôpitaux) ont décidé de ne plus nommer leur personnel et préféré l'emploi contractuel à l'emploi statutaire.

L'effet « boule de neige » était en marche puisque moins de nominations veut aussi dire moins de cotisations de pensions au bénéfice des caisses de pension des administrations publiques locales et, partant, de nouvelles hausses des taux de cotisations !

C'est pour mettre fin à ce cercle vicieux que le Parlement a voté la loi du 24 octobre 2011 visant à assurer un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations locales et provinciales. Cette loi prévoit, d'une part, des mesures visant à encourager les nominations et d'autre part, des mesures visant à limiter les dépenses, en particulier en calculant les pensions du personnel concerné sur ses 10 dernières années de carrière plutôt que sur les 5 dernières années de carrière.

LE DEFI DES INSTITUTIONS DE SOINS EMPLOYANT DU PERSONNEL CONTRACTUEL

De nombreux travailleurs contractuels, surtout ceux qui ne bénéficient pas d'une carrière complète, partent à la pension avec des moyens fortement réduits par rapport à ceux générés par leur activité professionnelle. Pour les moins chanceux ou ceux dont la vie a été la plus difficile et qui n'ont pas pu constituer une épargne susceptible de venir compléter le revenu de leur pension, l'après vie professionnelle s'avère très compliqué.

Le financement public des institutions de soins ne permet pas aux institutions de constituer un second pilier de pension significatif et/ou au bénéfice de tous. Les montants récurrents obtenus dans le cadre de l'accord social 2005 – 2010 pour alimenter le Fonds de pension sectoriel ne permettent à celui-ci d'attribuer qu'un complément ridicule d'une centaine d'euros par personne et par an aux pensionnés du secteur privé.

Quant à eux, les pensionnés contractuels du secteur public n'obtiennent rien.

On ne peut donc pas s'étonner que la constitution d'un second pilier de pension significatif soit une revendication récurrente des travailleurs mais aussi des employeurs des secteurs fédéraux des soins de santé.

QUAND LE SECTEUR MARCHAND DENONCE UNE REVENDICATION QUI COUTERAIT CHER A LA COLLECTIVITE

Le défi des pensions est sans doute un des principaux défis que devront relever le Gouvernement actuel et sans doute aussi les prochains Gouvernements. Différentes réflexions menées entre autres par une taskforce «pensions» présidée par l'ancien Ministre Franck Vandebroucke ont débouché sur un projet de réforme qui est soumis à l'examen du Conseil National du Travail. Le projet préconise différentes mesures dont nous ne retenons, dans le présent article, que l'encouragement à constituer un second pilier de pension au bénéfice de tous les travailleurs. Cet encouragement ne constitue rien de bien neuf puisque des entreprises du secteur marchand, toujours plus nombreuses, proposent à leurs travailleurs des assurances groupes, largement soutenues par la fiscalité; donc, par la collectivité.

Le secteur non marchand ne bénéficiant pas du levier fiscal, aucun système analogue à celui mis en place dans le secteur marchand ne peut être élaboré à une large échelle.

On se retrouve donc devant cette situation pour le moins incongrue d'un secteur marchand largement subsidié pour mettre en place un système de pension complémentaire et d'un secteur non marchand auquel on refuse de subsidier toute initiative en ce sens, sous prétexte qu'elle coûte cher à la collectivité.

SANTHEA PREND SES RESPONSABILITES

Dans un contexte politique difficile (parfois même hostile), le Conseil d'administration de santhea a, unanimement, c'est-à-dire avec le soutien de ses membres privés décidé de soutenir une politique de nomination dans les institutions publiques de soins et de se battre pour réclamer une juste subvention des charges liées aux nominations. Santhea considère en effet que les pensions octroyées au personnel nommé des administrations publiques locales constituent une référence raisonnable pour l'ensemble du personnel des secteurs de la santé et soutiendra donc la statutarisation tant qu'aucun autre mécanisme n'est mis sur pied pour assurer cette pension de référence.

Santhea considère donc que ces pensions doivent représenter le but à atteindre pour tous et que des moyens suffisants doivent être dégagés par le Gouvernement pour permettre la constitution graduelle d'un second pilier de pensions significatif pour tout le personnel contractuel.

Santhea a conscience que le dossier n'est pas simple et n'exclut aucune marge de manœuvre susceptible de concilier les objectifs de tous les acteurs de ce difficile dossier.

Santhea a injecté beaucoup d'énergie tout au long de l'année 2015 pour faire entendre sa voix et continuera à s'investir de la même manière pendant tout le temps qui sera nécessaire pour aboutir à une solution équilibrée.

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Mars 2015

[Thèmes abordés] Mars 2015

✓ Dossier Maternité : 1^{er} groupe de travail

Une des tâches que santhea s'est assignée suite à l'instauration de la nouvelle mesure «maternité» était la création d'un groupe de travail composé des acteurs du terrain (financiers, contrôleurs de gestion, gynécologues, pédiatres, infirmiers en chef, sages-femmes, etc.).

L'objectif était triple :

- évaluer l'impact de la mesure;
- recueillir les avis des acteurs de terrain sur la situation présente et future;
- envisager des pistes de solution.

Les contributions des participants au GT alimenteront la réflexion menée par santhea afin d'établir une position commune qu'elle pourra promouvoir et défendre dans l'intérêt de ses membres.

✓ Étude Capacités hospitalières : analyse des données démographiques

L'algorithme développé dans le cadre de l'étude sur l'évaluation des besoins en capacités hospitalières se devait de prendre également en considération l'évolution démographique de la population belge. C'est donc pour satisfaire cet objectif qu'ont été analysées les données dynamiques de population délivrées librement par le Bureau fédéral du Plan. Leur intégration à l'algorithme s'est par ailleurs accompagnée d'une investigation minutieuse de celles-ci dans le but de relever l'impact du vieillissement des belges sur les besoins en soins de santé.

✓ ISO 27001

Soucieux de garantir toujours plus la sûreté des données confiées par les membres de la fédération, le Département Études et Qualité a entamé en mars un processus d'intégration de la norme ISO 27001 relative au management de la sécurité de l'information dans son fonctionnement. Ce chemin a débuté par l'inscription d'un des analystes du DEQ à une

formation d'initiation à la norme délivrée par le Centre Qualité Hainaut-Namur (CQHN).

✓ INAMI

Santhea attire l'attention de l'INAMI sur la réinjection indispensable des budgets «économies forfaits par admission à 82% et 67%» dans le budget du forfait imagerie médicale 460784 par admission avant calcul des forfaits à 100% afin de ne pas réaliser 2 fois l'économie prévue. La mise en garde de santhea a permis d'éviter une erreur au détriment des institutions.

✓ Nouveau système de financement de la dialyse

L'estimation des impacts financiers individuels de la réforme dialyse a été présentée lors d'un groupe de travail spécifique et une note individuelle aux membres concernés a été adressée par santhea le 31 mars 2015.

✓ Comité de l'assurance des soins de santé : modification des conventions de monitoring des nouveaux-nés

Il ressort clairement du rapport n°46 du KCE qu'il n'a jamais été prouvé que la polysomnographie (en tant qu'outil diagnostique) et le monitoring contribuent à la diminution de l'incidence de la mort subite du nourrisson. Selon ce rapport, dans certains cas, ce monitoring peut toutefois être pertinent. Dans ces cas, le monitoring n'a pas pour objectif d'éviter la mort subite du nourrisson mais d'éviter que certaines catégories à risque subissent des dommages à la suite d'incidents qui les touchent parfois. En plaçant ces groupes à risque sous monitoring, on peut intervenir rapidement en cas d'incident et ainsi réduire le risque de dommage qui en résulte.

La révision des conventions proposée fait suite aux recommandations figurant dans le rapport n°46 du KCE. Elle s'inscrit aussi dans une mesure d'économie de 3 millions d'euros proposée par la Commission nationale médico-mutualiste.

La nouvelle convention prévoit de **remplacer l'allocation forfaitaire par jour par une allocation forfaitaire globale, indépendante de la durée du traitement et de limiter le nombre de conventions à 21 pour tout le pays. Pour assurer la maîtrise des dépenses, la nouvelle convention prévoit aussi de limiter l'enveloppe annuelle totale à 2.569.000 euros.**

A la demande de quelques intervenants, dont santhea, un groupe de travail a été constitué pour amender le projet de départ. Le groupe de travail auquel santhea a participé a proposé d'amender la nouvelle convention en matière de monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons principalement en quatre points :

- l'article 2 donne la possibilité de fonctionner sur différents sites à condition que l'équipe au complet se déplace vers les différents sites. Cette modification vise à éviter de centraliser l'activité au sein de 21 hôpitaux;
- l'article 5 §2 précise que les forfaits de la convention couvrent également les coûts du monitoring des nouveau-nés et des nourrissons qui ne répondent pas aux critères de la convention, mais pour lesquels un pédiatre du centre conventionné estime qu'un monitoring cardiorespiratoire est tout de même indiqué, par exemple pour rassurer de cette manière les parents;
- dans l'article 18, le Conseil d'accord est chargé d'une mission complémentaire : veiller à ce que tous les centres de convention appliquent uniformément les indications de la convention et éviter ainsi que le nombre d'enfants à qui un monitoring est proposé diffère d'une manière inexplicable entre les hôpitaux et d'éviter que tous soient pénalisés par le comportement sur-prescripteur de quelques-uns;
- l'article 20 (*dispositions transitoires pour les patients qui ont commencé un monitoring cardiorespiratoire avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention*) est simplifié : les forfaits journaliers ne pourront seulement être attestés que jusqu'au 31 mai 2015 au plus tard.

✓ Commission paritaire 330

La Commission paritaire a procédé le 9 mars, à la signature d'une CCT prévoyant l'octroi d'une indemnité complémentaire en faveur de certains travailleurs en cas de licenciement à partir de 60 ans. Cette convention prévoit l'accès au régime de chômage avec complément d'entreprise

aux conditions d'âge et d'ancienneté prévues par l'arrêté royal du 3 mai 2007, pour les travailleurs de 60 ans et plus licenciés conformément à la procédure de concertation prévue par la CCT n° 17 du CNT.

✓ Livre vert pour l'accès aux soins

L'accès aux soins pour les plus démunis fait partie des gènes de santhea et de ses membres. A ce titre, santhea a voulu jouer un rôle actif au sein du Comité constitué à l'INAMI pour soutenir et encadrer le travail de rédaction du « Livre vert pour l'accès aux soins » consacré à l'accès aux soins d'une série de groupes-cibles les plus fragiles. Outre des constats et observations, le livre vert contient une série de recommandations pour faciliter l'accès aux soins des groupes concernés. Quelques-unes de ces recommandations ont été concrétisées dont, entre autres, le Tiers Payant Social en fin d'année. D'autres le seront au fil du temps et en fonction des moyens disponibles.

✓ Commission paritaire nationale médecins – hôpitaux

Santhea participe régulièrement au groupe de travail de la Commission paritaire qui s'est vu confier la mission de faire des propositions de modernisation de l'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical. Le groupe de travail s'est réuni plusieurs fois en 2015.

✓ Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs

La Commission des conventions a entamé l'examen d'un projet de protocole à conclure entre les hôpitaux et les organismes assureurs en vue de donner la force probante aux documents électroniques.

Elle a poursuivi la discussion relative au nouveau modèle de facture patient.

Elle a été saisie par Zorgnet Vlaanderen d'une demande d'examen d'un financement forfaitaire pour la surveillance des patients de l'hôpital de jour auxquels un cytotatique est administré par voie orale. La Commission des conventions a décidé de mettre ce point à l'ordre du jour d'un groupe de travail spécifique.

Economiser dans la prise en charge des apnées obstructives du sommeil. Une bonne idée ?

Les apnées obstructives du sommeil (SAOS) perturbent gravement le sommeil de ceux qui en souffrent. Les études internationales réalisées à ce propos soulignent leurs conséquences sur la qualité de vie de personnes atteintes d'apnées obstructives du sommeil qui ont un risque accru de développer un diabète de type 2 ou une insuffisance cardiaque. En 2011, la société d'assurance automobile du Québec estimait que 28 % des camionneurs québécois souffrent d'apnée du sommeil (dont moins de la moitié est diagnostiquée) et que la fatigue serait directement en cause dans 19 % des accidents mortels de la route. Selon cette société, il ne fait pas de doute que les troubles non traités du sommeil sont à l'origine d'un nombre significatif de ces accidents.

QUAND LE PREMIER OBJECTIF DES AUTORITES CONSISTE A FAIRE DES ECONOMIES...

Dans le budget 2014 approuvé par le Conseil général de l'INAMI et dans le cadre des propositions d'économies élaborées par une Task Force fin 2013, une économie structurelle de 12 millions par an devait être réalisée à partir du 1^{er} septembre 2014, **soit une réduction de 25 % du budget alloué aux CPAP.**

Le Collège des médecins directeurs (représentant des mutuelles) appuie l'économie en faisant valoir divers arguments et inquiétudes quant à l'évolution des coûts du traitement pour le budget des soins de santé.

Première inquiétude : l'augmentation annuelle du nombre de patients traités (entre 16 % et 18 % par an pour la période 2010 – 2013). Alors qu'en 2008, la prévalence d'une forme sévère de SAOS qui doit être traitée par CPAP était estimée à 50.000 patients, 67.000 patients étaient traités en 2013 et le secteur évoque, en 2014, une prévalence de 300.000 à 600.000 patients¹. Compte-tenu de cette progression, les coûts vont exploser si des mesures drastiques ne sont pas prises rapidement.

Seconde inquiétude : le manque de compliance de certains patients inclus dans une convention d'assistance respiratoire entraîne des dépenses inutiles puisque le financement couvre le coût d'un matériel non utilisé ou mal utilisé.

Troisième inquiétude : le financement INAMI couvre de manière excessive le coût réel du matériel d'assistance respiratoire, soit que les firmes qui le commercialisent n'adaptent pas leurs prix à l'évolution du marché, soit que les hôpitaux obtiennent des conditions d'achat favorables tout en continuant à bénéficier d'un financement basé sur un prix historique.

...ELLES AUGMENTENT EN REALITE LES DEPENSES !

La plupart des personnes atteintes d'un syndrome obstructif d'apnée du sommeil l'ignorent et/ou considèrent que leur « mauvais sommeil » n'est pas grave. Pourtant, les pauses respiratoires pendant le sommeil fatiguent le cœur et entraînent 3 fois plus de complications

¹ La fondation québécoise en santé respiratoire fait état de plusieurs études convergentes selon lesquelles 1 homme sur 20 et 1 femme sur 40 souffrent d'apnée du sommeil.



cardiovasculaires qui aggravent leur état de santé. On peut citer, parmi les complications liées au syndrome obstructif d'apnée du sommeil : l'hypertension artérielle, les troubles du rythme cardiaque, les infarctus du myocarde, les troubles vasculaires cérébraux ou le diabète. Parmi les autres conséquences documentées, outre la somnolence le jour dont les effets peuvent être catastrophiques, on citera l'anxiété ou la dépression.

On peut donc, dans le comportement de nos gouvernants, chercher la logique d'économie puisqu'en limitant l'accès aux traitements par appareillage, ils assument le coût (largement plus élevé) des conséquences d'un non traitement des nombreux patients qui souffrent d'apnées obstructives du sommeil.

LES PRESTATAIRES NE VEULENT PAS RESTER ABSENTS DU DEBAT

Dès le début des discussions, en 2014, santhea a regretté que les arguments du Collège ne reposent sur aucun élément concret et qu'une

économie soit décrétée sans une étude préalable sérieuse. Santhea a obtenu la réunion d'un groupe de travail pour aborder, avec les médecins concernés, tous les aspects liés au traitement par CPAP en vue d'aboutir à une proposition de convention qui repose sur des éléments de coût incontestables et qui inclue des éléments permettant de maîtriser le coût à charge de l'assurance obligatoire tout en garantissant la qualité de la prise en charge de tous patients concernés par la SAOS.

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises depuis octobre 2014 et a donné lieu à un débat constructif entre la plupart de ses membres.

Il a d'abord répondu à 4 questions reprises ci-dessous avec un résumé des réponses.

En Belgique, le nombre de patients traités par CPAP a augmenté de façon constante au cours des dernières années, est toujours en croissance et augmentera encore. En outre, on note des différences régionales évidentes dans la proportion de patients traités. Les responsables de l'INAMI cherchent une réponse médico-scientifique à cette situation.

De plus en plus de patients sont référés par les cardiologues, endocrinologues, spécialistes de l'obésité et même, les médecins impliqués dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile. Ceci, en plus du fait que l'épidémie d'obésité est en plein développement. Sur base d'un modèle épidémiologique, on peut estimer qu'environ 5,2% de la population belge adulte souffre d'un SAOS au moins modérément sévère et présente de ce fait un risque majoré de complications cardiovasculaires et métaboliques ainsi que d'accidents liés à la somnolence diurne. Si on considère que seulement 1/3 de ces patients accède au traitement, le nombre de patient sous CPAP doublerait par rapport à aujourd'hui pour atteindre 1,7% de la population en moyenne.

Quant aux différences régionales, c'est la province du Hainaut qui présente le plus grand nombre de patients traités (1,58% de la population). Certains éléments tels qu'une sous-population présentant des risques accrus liés à l'obésité ou aux problèmes respiratoires, ou encore une plus grande densité de centres peuvent expliquer cette prévalence importante; on

constatera néanmoins que la prévalence en province de Hainaut reste inférieure à la prévalence moyenne avancée par les experts.

L'INAMI, devant le nombre croissant de patients sous CPAP demande des précisions quant aux autres possibilités de traitement du SAOS.

Sur base des données scientifiques disponibles, chez l'adulte, seules les traitements par pression positive (CPAP) et les orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) ont suffisamment démontré leur efficacité mais le CPAP reste le meilleur traitement pour les SAOS modérés et sévères.

Compte-tenu de la haute prévalence de SAOS et de ses conséquences sanitaires et économiques, et en vue d'atteindre la meilleure efficacité tant sur le plan clinique qu'économique, à quels critères minimaux doivent répondre les médecins prescripteurs et les départements hospitaliers pour diagnostiquer et traiter les SAOS? Selon quelle méthodologie?

Les coûts du traitement par CPAP sont clairement compensés par les économies à long terme réalisées par le budget des soins de santé suite à la prévention des conséquences du SAOS non traité.

L'expertise en pathologies du sommeil constitue un élément essentiel de la réflexion sur la réduction des coûts de leur prise en charge.

D'un point de vue clinique et économique, quelle compliance à la CPAP doit-on demander aux patients pour leur accorder le remboursement?

Un minimum d'utilisation de 4h/nuit est nécessaire pour obtenir un effet bénéfique sur l'hypertension et sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires. La compliance à long terme d'un dispositif peu confortable pour le patient est souvent déterminée par le début de traitement; revoir les patients régulièrement pendant cette période initiale permettra de détecter précocement les patients qui n'utilisent pas régulièrement leur CPAP.

SANTHEA FAIT DES PROPOSITIONS

A l'issue de plusieurs séances de travail et de très nombreux contacts avec les hôpitaux et leurs services compétents pour les maladies du sommeil santhea a transmis une série de propositions concrètes à l'INAMI.

- Un calcul détaillé du prix de revient du traitement par CPAP démontre qu'un **remboursement proche de 2 euros par patient et par journée de traitement** constitue un paiement correct permettant de couvrir tous les frais des centres et d'honorer correctement les médecins (depuis fin 2014, le remboursement est de 1,97 euro par journée de traitement). Pour santhea, descendre sous ce montant de remboursement aurait comme conséquence que les hôpitaux travaillent à perte

Ce calcul tient compte des 2 hypothèses suivantes :

- le principe de la fourniture au patient du matériel le moins cher (matériel de base) et fourniture à une minorité de patients de matériel plus complexe et plus cher;
 - le coût en début de traitement est plus élevé qu'en routine.
- Cette dernière constatation montre l'intérêt de **2 prix différents** :
 - un prix en début de traitement (pour une durée à définir comprise entre 3 mois et 6 mois);
 - un prix pour la poursuite du traitement.
 - Le Collège des médecins directeurs de l'INAMI propose la création de centres de base et de centres d'expertise avec des financements différents. Les centres d'expertise bénéficieraient d'un meilleur financement leur donnant, par exemple, la possibilité de délivrer aux patients des appareils plus élaborés (par exemple BiPAP). En contrepartie, ces centres seraient contraints de respecter des normes plus contraignantes en termes d'encadrement et de fonctionnement. Santhea s'est totalement opposé à cette idée dans le cadre restreint du traitement des Apnées Obstructives de Sommeil mais serait ouvert à la discussion dans le cadre plus large du traitement de l'ensemble des troubles du sommeil.
 - L'intérêt de créer une compétence médicale particulière reconnue dans le traitement des maladies du sommeil est défendu par les



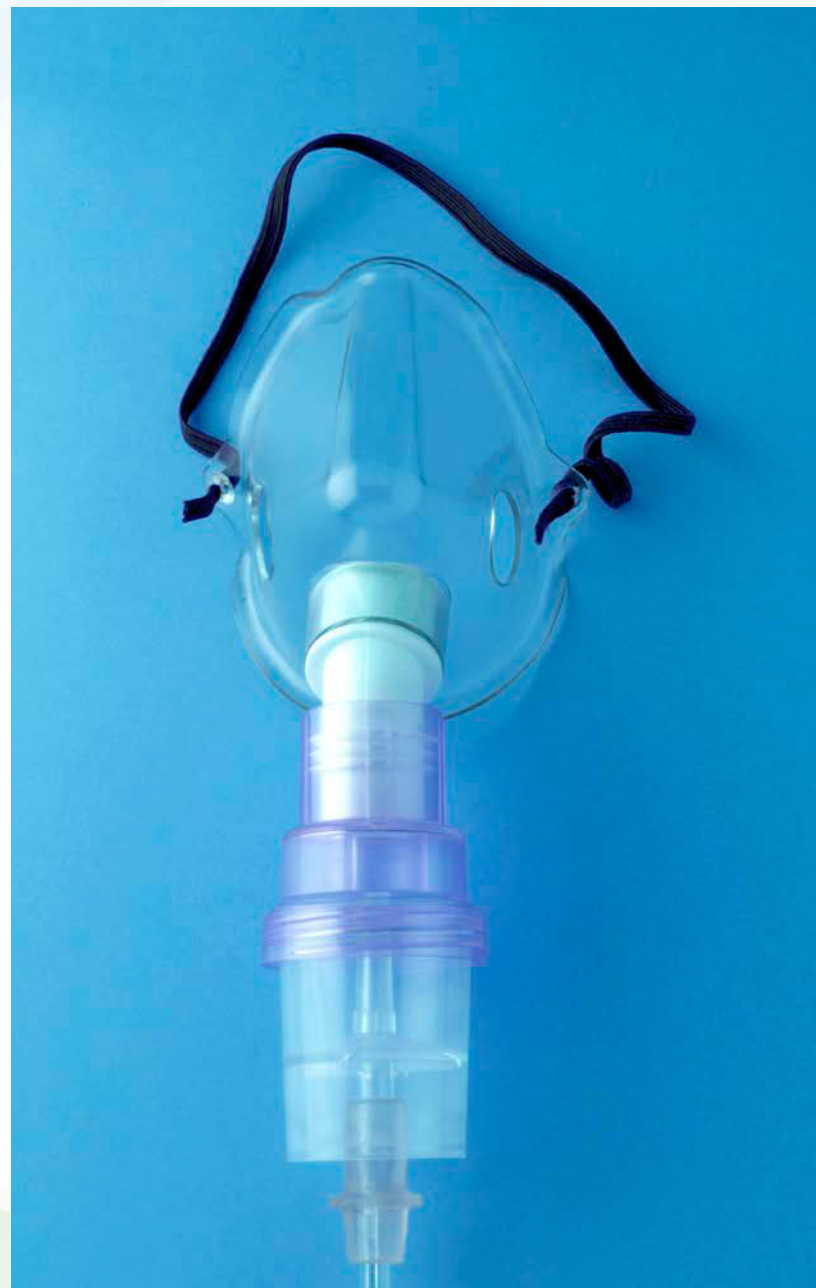
professionnels. Des formations au traitement des maladies du sommeil existent depuis plusieurs années; leur contenu, leur durée et leur organisation diffèrent selon les régions du pays : en Wallonie et à Bruxelles, il s'agit d'une formation universitaire (en collaboration entre l'ULB, l'ULg et l'UCL) étalée sur 2 ans qui s'adresse aux médecins mais aussi à tous les autres professionnels concernés. Cette formation comprend 8 journées de cours et 200 heures de stage. Pour santhea, elle devrait devenir obligatoire pour tout médecin exerçant en médecine du sommeil.

- Bien que chacun reconnaisse que le nombre de patients belges qui bénéficient actuellement d'un traitement par CPAP (un peu moins de 80.000) reste modéré par rapport à la population traitée dans des pays comparables à la Belgique, personne ne nie qu'un nombre significatif de patients admis au traitement n'ont aucun besoin d'une CPAP... certains parlent même de prescription abusive! Pour lutter contre ce

phénomène, santhea a proposé 2 pistes :

- modifier les règles de lecture des polysomnographies (examen sur base duquel le traitement sera prescrit) pour les adapter aux guidelines internationaux et faire de même avec les indications de prescription de la CPAP (notons à ce propos que certains experts contestent l'existence de guidelines reconnus par l'ensemble de la Communauté médicale. Pour ces experts, ces guidelines sont une retranscription d'indications des Etats-Unis, par ailleurs contestées et contestables); on pourrait néanmoins réunir un tout petit groupe d'experts des maladies du sommeil composé de spécialistes en pneumologie et de spécialistes en neurologie pour permettre les arbitrages entre ces 2 groupes de spécialistes dont les approches ne sont pas toujours identiques et d'aboutir à des recommandations susceptibles d'être approuvées par tous;
- comparer le nombre de polysomnographies réalisées au nombre de CPAP prescrits et considérer cet indice de comparaison comme l'indicateur d'un comportement prescriptif **peut-être** inadapté (un pourcentage trop élevé de polysomnographies débouche sur un traitement par CPAP), propre à déclencher un contrôle approfondi des CPAP. Cette piste de contrôle ne semble pas convenir dans tous les cas dans la mesure où certains centres sont spécialisés dans le diagnostic des apnées alors que d'autres se focalisent sur les troubles du sommeil.
- Ne pas réaliser la polysomnographie de contrôle sur une certaine catégorie de patients avant de leur prescrire une CPAP (en utilisant, pour ces patients, des tests réalisés à domicile à l'aide de polygraphie ou de polysomnographie) permettrait un gain financier important. Les médecins concernés sont divisés quant à cette proposition; ceux qui ne la soutiennent pas font valoir 2 raisons :
 - il n'est pas correct de réduire la polysomnographie à l'enregistrement des apnées (et éventuellement hypopnées) en vue de prescrire un traitement par CPAP. Une polysomnographie complète et bien exécutée permet d'obtenir bien d'autres éléments relatifs à la santé du patient;

- la qualité de l'information récoltée grâce aux capteurs n'est pas optimale chez tous les patients et induit un risque de diagnostic erroné et, par conséquent, de traitement inadapté avec toutes les conséquences (parfois graves) liées à ce traitement inadapté. Il est cependant essentiel, en cette matière, de distinguer la polygraphie utilisée à des fins diagnostiques et la polygraphie utilisée pour le contrôle CPAP à domicile. Certains médecins consultés font remarquer que la pertinence de l'indication du traitement par CPAP a une influence essentielle sur la compliance même s'il existe des études récentes qui tendent à prouver le contraire. De nombreux médecins insistent sur le fait que le bon réglage de la pression positive (titrage) de l'appareil est essentiel pour l'efficacité du traitement.
- Faire supporter au patient le coût du « compresseur » (à l'exclusion des accessoires et consommables) à un prix convenu dans la convention (compte-tenu du type d'appareil (CPAP, BiPAP...) et identique pour tous; le compresseur est fourni par l'hôpital conventionné. Pour les patients sous statut particulier, un mécanisme de remboursement pourrait être prévu (via un dispositif BIM, Omnio ou MAF). L'achat de l'appareil par le patient pourrait n'être envisagé qu'après la phase de « lancement » du traitement pendant laquelle le patient aura pu tester l'efficacité de sa ventilation. Cette technique permettrait de « découpler » une partie du forfait d'avec le médecin prescripteur et, le cas échéant, de limiter son intérêt à prescrire.
- Les marges sur les consommables restent élevées. Une diminution du coût pour l'assurance maladie passe par un contrôle et un plafonnement des marges.
- Selon certains spécialistes, il existe des utilisations abusives de la convention (fraudes?). Ce type de comportements **doit être sévèrement sanctionné**. C'est le rôle du SECM d'organiser des contrôles là où il le juge opportun. Ce qui fait dire à certains que la convention devrait prévoir des mécanismes de constatation et de sanctions significatives de ces comportements.



Dr Charles Doyen, Pneumologue spécialisé dans le diagnostic et la prise en charge des troubles du sommeil au Centre hospitalier de Mouscron



Docteur Charles Doyen

« Je constate un paradoxe entre le souhait d'économies à court terme de l'INAMI et l'absence totale de prise en compte de l'économie globale que génère la prise en charge correcte des apnées obstructives du sommeil. Les autorités ne tiennent pas compte des études macro-économiques qui révèlent, par exemple, que lorsqu'on prend en charge efficacement ces apnées, on diminue les dépenses directes (soins...) et indirectes (absentéisme...) causées par les accidents de la route. Au niveau du groupe de travail de l'INAMI, ces discussions ne sont pas abordables parce que nos interlocuteurs n'ont qu'un seul mandat, à savoir celui de réfléchir à la réduction du coût de la CPAP dans l'apnée du sommeil. Le dialogue est donc biaisé dès le départ. D'autant plus que le nombre de CPAP augmente d'année en année parce que la pathologie est mieux diagnostiquée qu'elle ne l'était par le passé. Les patients et les médecins – surtout les généralistes, les endocrinologues et les cardiologues – sont plus attentifs aux symptômes du syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS). Actuellement, 75% des patients qui viennent nous consulter au laboratoire du sommeil sont adressés par des confrères ».

Quant à la proposition de créer des centres de base et des centres d'expertise, le Dr Doyen considère que pour l'INAMI c'est une manière habile de «diviser pour régner». «Le point de vue que j'ai défendu est que la technologie nécessaire pour traiter le SAOS n'est pas très compliquée. Il faut évidemment avoir une expérience en la matière et disposer de matériel adéquat (CPAP, BIPAP). En créant des centres de référence, on va réaliser plus d'examens. Le patient aura d'abord été diagnostiqué dans un premier centre. Ensuite, le second centre va refaire les examens

parce qu'il n'aura pas confiance dans les résultats des examens réalisés dans le premier centre. Quelles seront les économies générées par ce système? On court le risque, pointé par santhea, de priver de ressources les centres primaires au bénéfice des centres de référence ».

Charles Doyen rappelle qu'une réforme a déjà, il y a une dizaine d'années, opéré une catégorisation des centres en fonction du type de prise en charge : les conventions CPAP, les conventions Syndrome obésité hypoventilation et la ventilation à domicile : «C'est une aberration complète de vouloir encore créer des catégories au sein de la convention CPAP ».

Le Dr Doyen pointe une autre source de frustration : «Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est la pathologie la plus fréquemment diagnostiquée lors des polysomnographies, et la CPAP le traitement le plus souvent envisagé pour le SAS. Et nous avons donc le sentiment que pour l'INAMI, la prise en charge des troubles du sommeil se résume à la CPAP... Sous la réserve que l'on puisse maintenant faire une petite place pour les orthèses d'avancée mandibulaire. Et tout le reste? Et la prise en charge des insomnies? De la narcolepsie? Des troubles chronotropes?... ».

Le spécialiste insiste sur l'indispensable formation des équipes actives dans le traitement des maladies du sommeil. «Cette prise en charge ne s'improvise pas. Ce n'est pas, par exemple, parce qu'on est pneumologue qu'on est capable d'appréhender l'ensemble de la problématique du sommeil d'un patient. Je plaide pour la reconnaissance d'une compétence particulière dans le traitement des maladies du sommeil ».



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

[Avril 2015]

[Thèmes abordés] Avril 2015

✓ Représentation de santhea à la PAQS pour une réunion technique sur les indicateurs

Une première réunion technique avec les membres de la PAQS ayant développé une expertise en gestion de données et en indicateurs est organisée pour lancer le projet «Indicateurs». Etaient donc conviés les trois fédérations ayant développé un datawarehouse (FIH/FNAMS et santhea), les mutualités et le Réseau Santé Louvain pour le projet Navigator. Cette première réunion est qualifiée de «technique» dans le sens où les participants abordaient les données actuellement traitées, les indicateurs produits et les méthodologies employées.

✓ Dossier Maternité : visites dans les hôpitaux

Pour se faire une idée plus précise de l'activité réelle sur le terrain, une petite équipe de santhea est allée visiter quelques maternités durant les mois d'avril et mai 2015. Le choix des six maternités s'est fait en fonction des disponibilités et en essayant de varier les tailles et les situations géographiques : CHR de la Citadelle, CHR de Huy, CHBAH, Centre de Santé des Fagnes, Iris Sud et Saint-Pierre. Les visites sur place ont permis de découvrir des initiatives prises en vue de réduire la durée du séjour en maternité. Elles ont aussi permis d'observer de grandes différences d'organisation, que ce soit en termes de structures alternatives de naissance ou de solutions d'hébergement de la maman lorsque le bébé doit rester hospitalisé pour raisons médicales (alors que la maman peut sortir). Ces découvertes et observations ont permis à santhea de rédiger un dossier assez complet sur la situation des maternités, sur le développement d'alternatives à l'hospitalisation et sur l'impact budgétaire et les conséquences de la politique de la Ministre sur l'avenir des hôpitaux. Tous ces éléments seront de première utilité dans les discussions auxquelles santhea participera dans le cadre du lancement des projets pilotes visant à promouvoir des alternatives à l'hospitalisation mais aussi pour conseiller ses membres.

✓ Projet Absentéisme : envoi du cahier des charges « final »

Suite à une première extraction «test» avec un échantillon de quelques hôpitaux, il a fallu adapter le cahier des charges initial (suppression et ajout de champs, exclusion de certains enregistrements et/ou de certains travailleurs, etc.). Une fois sa rédaction terminée, celui-ci a été envoyé à tous les participants du projet (groupe élargi par rapport au test) pour entamer une nouvelle récolte des données. Il s'agit alors des données annuelles 2013 (nouvelle mouture) et 2014.

✓ Étude sur les besoins en capacités hospitalières : analyse des données hospitalières nationales du SPF Santé publique

L'estimation des besoins en capacités hospitalières ne pouvait être pertinente qu'à condition de travailler sur des données RHM concernant l'entièreté du pays. L'obtention d'informations d'une telle envergure en termes de taille et de complexité fut en pratique rendue possible par une collaboration avec le SPF Santé publique dans le cadre de ce travail de recherche. Bien que des adaptations fussent indubitablement nécessaires, les tests réalisés précédemment permirent d'obtenir rapidement les premiers résultats interprétables.





✓ Nouveau financement des hôpitaux

Donnant suite à l'expression de la volonté politique de revoir en profondeur le financement des hôpitaux, les fédérations hospitalières ont, chacune de leur côté, réfléchi à un nouveau modèle.

Après avoir fait une large présentation de son modèle, santhea a exprimé la volonté de partager une réflexion commune avec les autres fédérations. A l'issue de cette réflexion, les fédérations ont constaté de nombreuses convergences qui ont été rassemblées dans un document commun dont chacun s'est engagé à se servir comme base de communication unique.

Si santhea s'est strictement tenu à cet engagement, cela n'a malheureusement pas été le cas de toutes les autres fédérations.

Après l'avoir fermement reproché aux responsables des fédérations concernées, santhea a bien dû constater l'incapacité du secteur de se mobiliser autour d'un projet commun.

✓ Comité de l'assurance : approbation de la modification du règlement AMI pour ce qui concerne les Attestations de Soins Donnés (ASD)

Ces modifications sont induites par les nouvelles dispositions légales relatives à la transparence et à la collecte unique et harmonisée de données administratives.

TRANSPARENCE

La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé comporte un chapitre intitulé «Transparence financière des soins de santé».

Ce chapitre est motivé de la manière suivante :

«Le bénéficiaire doit être sensibilisé et responsabilisé face aux coûts de ses soins de santé. A cette fin, il doit disposer d'une information claire de la part du dispensateur de soins sur les conditions financières auxquelles ce dernier a fourni ses prestations de soins.»

Une des mesures introduites par ce chapitre de la loi a trait à la partie reçu de l'attestation de soins donnés. Il faut rappeler qu'actuellement seules les attestations de soins destinées à être utilisées par des dispensateurs de soins exerçant en personne physique sont munies d'une partie reçu.

Cette partie reçu n'existe par contre pas pour les dispensateurs de soins «exerçant en société». C'est le cas des dispensateurs qui travaillent dans un hôpital ou dans une polyclinique par exemple mais aussi des dispensateurs qui ont fait le choix de créer eux-mêmes une société pour exercer leur profession. Les patients reçoivent donc dans ce cas une attestation de soins donnés dépourvue de partie reçu et sont par exemple dans l'incapacité de prouver à une assurance complémentaire la réalité des montants qu'ils ont effectivement payés.

C'est pourquoi l'article 96 de la loi 10 avril 2014 précitée a inséré dans l'article 53 de la loi SSI l'obligation de mentionner le montant payé sur la partie reçu de l'ASD et ce, que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui.

«Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre



compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie « reçu » de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent..... »

Il est donc proposé en exécution de cette disposition légale de se limiter à un modèle unique d'ASD par catégorie de dispensateurs (au lieu d'un modèle en cas d'exercice en « personne physique » et d'un modèle en cas d'exercice « en société »), ce modèle unique comportant bien entendu la partie « reçu ».

Compte tenu de ce qu'il n'existera plus qu'un modèle par catégorie de dispensateurs et des problèmes techniques de SPEOS pour maintenir des couleurs différentes, il est également prévu d'abandonner le système des couleurs (pour mémoire : blanc ou vert pour les médecins, orange ou vert pour les dentistes et bleu ou vert pour les paramédicaux). Toutes les attestations de soins seront donc blanches pour l'original. Le jaune restera d'application pour le double des attestations imprimées par SPEOS et qui doit être conservé par le dispensateur de soins.

NUMÉRO BANQUE CARREFOUR DES ENTREPRISES (BCE)

La loi du 5 mai 2014 garantissant le principe de la collecte unique des données dans le fonctionnement des services et instances qui relèvent de ou exécutent certaines missions pour l'autorité et portant simplification et harmonisation des formulaires électroniques et papier (loi dite « only-once ») est parue au Moniteur belge du 4 juin 2014.

Cette loi a pour objectif d'imposer et d'ancrer la réutilisation des données déjà disponibles dans des sources authentiques dans le fonctionnement des services publics fédéraux. En outre, elle entend stimuler l'utilisation de formulaires électroniques en leur conférant une valeur parfaitement égale à celle des formulaires papier.

Plus précisément, la loi oblige les services publics fédéraux :

- à faire usage des clés d'identification uniques, à savoir le numéro de registre national ou le numéro d'identification de la Banque-Carrefour pour l'identification des personnes physiques (numéro bis) et le numéro d'entreprise pour l'identification des entreprises et des personnes morales;
- à faire usage des données disponibles dans les sources authentiques auxquelles on a accès ou qui sont mises à disposition par un intégrateur de services;
- à demander toutes les autorisations requises à cet effet auprès de la Commission de protection de la vie privée ou de l'un de ses sous-comités. Dans cette perspective est prévue par le règlement AMI l'insertion du N° BCE (banque carrefour des entreprises) de « l'institution perceptrice » et l'insertion du NISS (Numéro d'inscription à la sécurité sociale) du patient dans les diverses attestations de soins donnés.

Sera donc mentionné dans la partie reçu le numéro BCE :

- du dispensateur s'il travaille en personne physique et perçoit pour son propre compte ou,
- de la société s'il travaille en société.

✓ Journée d'étude sur le statut du personnel des institutions publiques de soins

A la demande de ses membres, santhea a organisé, dans le très bel auditoire de l'IPG, à Gosselies, une journée d'information sur les avantages et inconvénients du statut du personnel, en particulier sous un angle budgétaire et sous l'angle des pensions. Différents aspects de la question ont été abordés avec des orateurs de qualité.

La première partie de la journée a été consacrée à divers thèmes d'actualité : la réforme des pensions, les perspectives budgétaires des fonds de pensions gérés par l'ORPSS, l'étude comparée du coût d'une pension de contractuel et d'une pension d'agent nommé, la nouvelle classification de fonctions développée par l'IFIC.

Au cours de la seconde partie de la journée des représentants des hôpitaux publics bruxellois ont présenté leur réforme du statut et leur engagement dans un processus de nouvelle classification de fonction, en collaboration avec l'IFIC.

✓ Quels nouveaux défis pour la pharmacie hospitalière?

Organisée à Montigny-le-Tilleul, cette matinée d'étude avait pour objectif d'alimenter la réflexion sur les évolutions annoncées des pharmacies hospitalières et sur l'intérêt des hôpitaux de collaborer, soit pour exploiter ensemble, une pharmacie hospitalière unique, soit pour partager une série de fonctionnalités tout en conservant des officines distinctes. La firme Moebius est venue présenter une étude qu'elle a réalisée des coûts comparés de chacune de ces formules. Les responsables des services de pharmacie et de stérilisation centralisés pour les hôpitaux de l'assistance publique de Lyon, sont venues faire part de la réflexion qui a mené à la centralisation, de leur expérience de la mise en place de cette centralisation et, sans langue de bois, du vécu au jour le jour de l'exploitation d'une pharmacie unique et d'une stérilisation centrale unique pour un ensemble de plusieurs hôpitaux regroupant plusieurs milliers de lits.

✓ Secteur des aînés : un transfert progressif

Après de nombreuses années au cours desquelles il s'est consacré sans compter à la défense des institutions publiques d'hébergement des personnes âgées, Jean Loiseau partira en retraite fin mai 2016. Pour assurer une transition progressive, le Conseil d'administration de santhea a décidé d'engager le successeur de Jean Loiseau, Pierre-Yves Lambotte dès avril 2015.

La première démarche du duo momentané a été de rencontrer chaque gestionnaire des secteurs de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées et de la revalidation. Les objectifs poursuivis sont d'une part, de présenter le nouveau conseiller santhea et d'autre part, de réaliser un premier inventaire de la diversité des institutions en termes notamment de taille, nature et localisation.



[La PAQS ASBL prend son envol!]

Pourquoi ne prendrions-nous pas l'initiative de proposer à toutes les structures qui s'occupent de qualité de travailler ensemble? Quoique pertinente, cette question, posée en 2012, avait quelque chose d'un peu incongru pour la plupart des structures concernées. Deux ans plus tard, tout le monde collabore. Les projets se multiplient et les résultats suivent.

DEJA DEUX ANNEES D'ACTIVITES AU BENEFICE DE L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DANS LES HOPITAUX

Née du constat tiré fin 2012 de la multiplication des initiatives organisées en vue de soutenir les hôpitaux dans le domaine de la Qualité et de la Sécurité, et en particulier du manque d'efficacité qui en découlait, la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients - PAQS ASBL – a été lancée le 11 décembre 2013 devant près de 200 professionnels wallons et bruxellois du secteur des soins de santé. Les premières activités menées durant l'année 2014 ont principalement visé l'information et la sensibilisation des hôpitaux aux démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Jusque-là, ces activités étaient, pour la plupart, opérationnalisées par des sous-traitants, à savoir les Universités.

En juin 2014, la PAQS prenait la forme d'une ASBL avec un Conseil d'administration et un Conseil Qualité/Sécurité, ouvrant ainsi la porte à une structuration plus solide.

La PAQS a connu en 2015 sa première année «opérationnelle» complète, année qui fut celle de l'installation. Au sens propre, avec l'établissement des bureaux de la PAQS au sein d'un incubateur axé sur le thème de la santé, et l'engagement d'une équipe spécifique afin de proposer un encadrement de qualité aux hôpitaux. Au sens figuré, avec une participation importante des acteurs du secteur aux différentes activités qui, suite aux choix stratégiques posés par le Conseil d'administration, ont privilégié l'accompagnement concret des institutions de soins dans la mise en œuvre de projets d'amélioration continue.

Les principales activités de la PAQS en 2015 ont été les suivantes :

- les Séances d'Information sur l'Accréditation : l'objectif de cette activité est d'informer le personnel des institutions de soins et les autres acteurs du secteur de la santé sur ce qu'est l'accréditation, son histoire, ses avantages et ses inconvénients, la situation à l'étranger et en Belgique, ...;
- les Echanges Réguliers : qui avaient pour objectif d'échanger autour de grandes thématiques de l'accréditation (Ressources Humaines, Logistiques, Gestion de l'information et Droits des patients) et d'approcher les différents référentiels;



- le Projet collaboratif sur la gestion des Médicaments à Hauts Risques (MHR) qui continuera en 2016 et qui vise la mise en place d'actions d'amélioration permettant de générer des gains rapides dans cette thématique. La gestion des MHR dans les unités de soins, la formation du personnel et l'implication de la Commission Médico-Pharmaceutique ont été identifiés comme leviers d'amélioration. Par ailleurs, l'outil MAEIA sera utilisé pour l'évaluation;
- le Projet collaboratif sur les Objectifs Prioritaires Requis (OPR). Dans ce projet, la PAQS accompagne les hôpitaux dans la mise en place des critères minimaux requis pour une accréditation. Les thématiques sont la formation du personnel, l'identité-vigilance et la gestion des événements indésirables. Le projet repose sur l'autoévaluation, le partage d'expériences et de pratiques, la mise en place d'actions d'amélioration et l'évaluation de celles-ci. Le projet se poursuivra en 2016 sur d'autres thématiques;
- la mise à disposition, en français, de ressources produites par l'Institute for Healthcare Improvement aux Etats-Unis;
- enfin, la thématique des indicateurs a déjà occupé une place importante en 2015, avec notamment la définition d'un cadre pour le travail sur les indicateurs au sein de la PAQS, la nomination d'un groupe d'experts chargés d'identifier les thématiques prioritaires devant faire l'objet d'indicateurs, ainsi que l'organisation d'une journée consacrée aux indicateurs le 12 octobre à Bruxelles. Au cours de cette journée, les trois Ministres des entités fédérées qui soutiennent la PAQS ont souligné le caractère innovant et positif de l'initiative. De plus, les Ministres wallon et bruxellois ont mandaté la PAQS pour identifier un set d'indicateurs communs aux hôpitaux qui permettra aux autorités d'avoir une vision plus précise de la qualité des soins au sein des hôpitaux. Ce signe de confiance quant à l'expertise de la PAQS et à sa capacité à générer le consensus entre ses composantes marque une nouvelle étape dans le développement de l'association.

LA PROMOTION DE LA QUALITE PASSE AUSSI PAR UNE BONNE COMMUNICATION

La communication est un autre axe important pour la PAQS.

En 2015, la PAQS a développé des supports de communication pour accroître sa visibilité extérieure. Le premier rapport annuel a été créé et diffusé dans les institutions de soins. Une plaquette a également été élaborée pour présenter la PAQS à des partenaires extérieurs. Une vidéo de présentation a été réalisée pour présenter la plateforme, ses objectifs, ses missions, sa vision, etc. Elle a été diffusée lors de la journée Indicateurs du 12 octobre 2015 et est mise en ligne sur YouTube. Le site Internet (www.paqs.be) offre un design agréable et a été pensé pour faciliter l'utilisation de l'internaute. Parallèlement au site Internet, la PAQS a développé sa présence sur les réseaux sociaux. Ces derniers représentent un important moyen de communication. Ils offrent également un moyen d'interaction entre les institutions et les utilisateurs. Enfin, quatre newsletters ont été envoyées et ont permis de mettre en avant les activités de la PAQS. C'est un moyen privilégié pour tenir informées les personnes inscrites à la mailing list de la PAQS.

LA STRUCTURE ET LE FONCTIONNEMENT DE LA PAQS : VISER L'EFFICIENCE!

Le Conseil d'administration de la PAQS est présidé par Olivier de Stexhe qui représente les hôpitaux, et c'est Xavier Brenez qui occupe la vice-présidence en tant que représentant des mutuelles.

En 2015, le staff de la PAQS était composé de Denis Herbaux - Directeur, Mathieu Louiset - Chargé de projet, Morgane Vouche - Chargée de projet, et Audrey Mattelet - Chargée de communication. La mise en œuvre de plusieurs projets de la PAQS a pu bénéficier de la collaboration précieuse de Xavier de Béthune et Dominique Gainvorste.

En 2016, l'équipe sera élargie pour atteindre 6 personnes. Des experts continueront à participer au développement des activités.

La PAQS s'est également dotée d'un Conseil Qualité/Sécurité, chargé de faire remonter les besoins du terrain, de définir les projets prioritaires et d'évaluer les résultats. Le Conseil est présidé par Christophe Happe; le docteur Yvan Van Bunnan en assure la vice-présidence.

Dans le cadre des décisions prises par le Conseil d'administration, le développement de partenariats avec des organisations étrangères a été mis en œuvre. L'objectif est de faciliter l'accès à des ressources, des expertises et des expériences susceptibles d'améliorer le soutien offert aux établissements de soins. En effet, vu la taille du pays et la population desservie, la Belgique ne sera jamais en mesure de développer une organisation de l'envergure de ce qui peut se trouver dans des pays tels que la France, le Canada ou les Etats-Unis. La recherche d'efficience impose donc à la PAQS de se concentrer sur certains aspects clés à intégrer au programme d'activités, et d'aller chercher à l'extérieur les autres outils et méthodologies utiles aux institutions de soins dans le cadre de leurs





démarches. Trois partenariats ont déjà été conclus avec *Accréditation Canada International*, *SPH Conseil* et *Institute for Healthcare Improvement*. Par ailleurs, un quatrième partenariat avec *l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)* est en cours de discussion. Au niveau national, les collaborations se sont multipliées depuis le lancement de la PAQS. D'abord avec les membres de la PAQS, mais également avec d'autres organisations telles que le Mouvement Wallon pour la Qualité. Ces démarches seront poursuivies et intensifiées dans le futur.

Actuellement, la PAQS est principalement financée par les contributions aux frais de fonctionnement des organismes assureurs et des fédérations d'institutions de soins (63% du budget) ainsi que par des subsides régionaux (36% du budget). Ces financements sont utilisés pour les ressources humaines ainsi que pour le développement et l'organisation des activités à destination des hôpitaux. La communication fait également l'objet d'une ligne spécifique dans le budget.

EN 2016...

Outre la poursuite des projets «OPR» et «MHR», plusieurs autres projets d'accompagnement seront initiés.

Par ailleurs, la PAQS organisera en 2016 plusieurs formations payantes. Ces formations seront choisies en fonction des besoins du secteur, identifiés notamment via une enquête menée fin 2014, et de l'offre existante. Il s'agira, de ce point de vue, d'une année test permettant de préciser si la PAQS a un rôle à jouer à ce niveau. Les indicateurs représentent l'un des défis les plus importants pour la PAQS en 2016. Il s'agira de rencontrer la deadline fixée par les autorités régionales, tout en garantissant l'adhésion de l'ensemble du secteur à la thématique.

Enfin, l'année 2016 sera consacrée à une réflexion stratégique sur le positionnement de la PAQS, sa plus-value pour le secteur, et la nécessité de pérenniser la structure pour assurer une continuité et une efficacité dans le soutien proposé aux institutions de soins.

Dr Anne-Dominique Petit, Directeur qualité de l'Hôpital Erasme



Anne-Dominique Petit

«La PAQS s'est construite au fil des années. Les premiers temps, il a fallu coordonner les acteurs et les initiatives » rappelle le Dr Anne-Dominique Petit, Directeur qualité de l'Hôpital Erasme. « Aujourd'hui, la plateforme propose des programmes et des formations. Elle permet à des acteurs qui se parlaient peu d'échanger sur des initiatives très similaires, construites à l'origine séparément par les mutuelles, les fédérations hospitalières, les hôpitaux... Finalement, ces projets – souvent intéressants - se recoupaient les uns les autres. La plateforme permet de coordonner ces travaux et propose une approche plus professionnelle au niveau de l'information, de la formation et de l'encadrement. Cet apport est très bénéfique ».

Le Dr Petit apprécie le fait que des orateurs extérieurs à l'association participent aux formations organisées par la PAQS, que l'engagement des participants est libre et que les institutions participantes peuvent se fixer leurs propres objectifs. « Il faudra trouver le juste milieu pour que la PAQS ne propose pas des formations, par exemple, sur le management ou d'autres thématiques qui sont déjà organisées par d'autres organismes (fédération, université...). A mon avis,

la formation doit rester centrée sur la qualité, la sécurité, l'accréditation... Tous ces sujets ont été lancés du côté francophone en 2007. Les hôpitaux ont acquis une connaissance significative en la matière. De nombreuses formations ont déjà été organisées. Il faudra probablement, au niveau de la PAQS, une réorganisation des thématiques et/ ou un approfondissement de celles-ci ».

Et de souligner l'intérêt de créer, grâce à la PAQS, un climat favorable permettant aux professionnels de travailler en inter-hospitalier sur, par exemple, les indicateurs, les trajets de soins et les projets transmuraux. « Cette approche va dans le sens de la réforme du financement des hôpitaux et des projets de «chronical care» poussés par la Ministre Maggie De Block. La PAQS pourrait permettre de se sentir moins seul face à des décisions qui nous sont parfois imposées. Réfléchir ensemble est constructif ».

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Mai 2015

[Thèmes abordés] Mai 2015

✓ Dossier Maternité : 2^{ème} groupe de travail

Un deuxième groupe de travail s'est réuni pour discuter et valider les premiers éléments rassemblés par santhea, en particulier, les résultats de l'enquête réalisée auprès des homologues européens. Le but de cette enquête était de connaître d'une part leur façon de calculer les durées de séjour (pour comparer le comparable!) et d'autre part de connaître les modalités d'organisation des phases pré et post-natales. Il leur avait aussi été demandé si des politiques de restriction de l'hospitalisation, avec pénalités financières, avaient été mises en place dans leur pays.

✓ Comité technique

Cette réunion fut essentiellement consacrée à l'état actuel du développement de la plateforme SharePoint qui, dès 2016, permettra d'accéder en ligne aux rapports dynamiques produits par le Département Etudes et Qualité, proposant dès lors une utilisation plus simple des résultats du travail du DEQ.

✓ Projet Absentéisme : réception des premières données

Les premières données extraites par les membres sont parvenues en mai 2015. Avant de pouvoir injecter les données dans le Datawarehouse, plusieurs contrôles ont été mis en place au moment de l'injection pour éviter d'éventuelles erreurs. Il y a donc davantage de travail, en aval, qu'avec les fichiers standardisés habituellement traités par le DEQ.

✓ Étude sur les besoins en capacités hospitalières

Une fois les principales analyses finalisées, la rédaction à proprement parler a commencé. Soucieux de fournir un travail rigoureux et critique, le document a été étayé d'un chapitre consacré à la discussion des résultats présentés, relevant notamment les biais inhérents à toute méthodologie statistique.

✓ INAMI : Roadmap 2.0 E-Health

En mai, l'INAMI invita les principaux acteurs du secteur des soins de santé autour de la table pour discuter les points du plan d'actions E-santé 2015-2018 (V2.0). Parmi les différentes rencontres organisées, auxquelles santhea fut représentée, figuraient celles consacrées à la mise en place du Dossier Patient Informatisé (DPI) et au recours probable à la terminologie clinique SNOMED-CT.

✓ Avis de la Section Financement relatif à la modification de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux au 1^{er} juillet 2015 formulé à la suite de la demande d'avis de Madame la Ministre en date du 10 février 2015

MINI-FORFAITS

La proportion de 20% affectée aux urgences semble insuffisante compte tenue de l'activité réelle, mais la Section n'est pas encore en mesure de proposer de nouvelles modalités de répartition au 1^{er} juillet 2015 et poursuivra ses travaux.

MESURE D'ÉCONOMIE ACCOUCHEMENTS

La Section Financement confirme le caractère non fondé de l'économie (18,7 millions) et de ses modalités d'application au 1^{er} semestre, et souligne qu'une deuxième économie de ce type est impossible sans compromettre la viabilité financière des maternités.

Si cette économie semble incontournable pour 2015, une majorité du CNEH souhaite ne plus considérer l'économie imposée comme une économie à réaliser auprès du service de maternité, mais comme un prélèvement global sur le BMF de l'ensemble des hôpitaux généraux, hybrides et psychiatriques.

Le CNEH propose également d'isoler le financement du quartier d'accouchement du financement du service de maternité. L'activité du quartier d'accouchement est fonction du nombre d'accouchements et non de la durée de séjour au service de maternité.

En ce qui concerne l'économie elle-même, une majorité du CNEH préconisait de la compenser partiellement par les 15,9 millions du financement forfaitaire «reconditionnement A1» 2015 (faisabilité à examiner compte tenu du transfert de compétences vers les Communautés et Régions) et de réaliser les 2,8 millions d'économie résiduelle soit au prorata du (B1+B2) total, soit par la réduction d'un demi-jour de la durée de séjour pour les APR-DRG 540 et 560, SOI 1 et 2, tout en plaçant pour l'introduction d'une durée de séjour justifiée fixe qui ne pourrait plus être adaptée qu'après une étude motivée.

Le CNEH veut être associé à une étude approfondie visant à réorganiser les soins, depuis les soins prénatals jusqu'aux soins postnatals (nouvelles modalités de prise en charge et alternatives susceptibles d'écourter le séjour en hôpital) et considère qu'il faudrait pouvoir facturer le séjour du nouveau-né en dehors du séjour de la mère dès la naissance (enregistrer distinctement données relatives au séjour du nouveau-né et données relatives au séjour de la mère).

CORRECTION MOYENNE SALARIALE

Les avis sont divisés.

Certains membres veulent revenir au calcul qui prévalait jusqu'au BMF 1^{er} juillet 2012 (prise en considération de l'ensemble du personnel infirmier et soignant). D'autres (parmi lesquels santhea) considèrent qu'il faut se limiter au personnel financé par le B2 et le B7, de sorte que les effectifs non financés ne viennent pas réduire injustement encore la moyenne salariale théorique de l'hôpital). D'autres encore suggèrent la suppression pure et simple de cette correction.

La Section Financement insiste sur la nécessité de mettre en place des contrôles croisés des données de personnel utilisées par exemple au



travers des données des RHM et du cadastre relatif à l'ensemble du personnel hospitalier données FINHOSTA, cadastre qui permettra une standardisation et une plus grande fiabilité des données communiquées par les hôpitaux en matière de personnel occupé.

UTILISATION DES NRG DANS LE CALCUL DE LA SOUS-PARTIE B2.

Le critère NRG pour le financement du caractère intensif des lits C, D et E doit être corrigé : il convient de diviser la somme des points des épisodes de soins intensifs par le nombre total de jours-patients C, D, E, I et d'apporter cette correction avec effet rétroactif dans le calcul de la sous-partie B2 au 1^{er} juillet 2014. Pour d'autres éléments en discussion, les avis sont divisés : maintien des 3 critères pondérés pour les soins intensifs, suppression des déciles, progression du passage des données RIM 2005/2006 vers le système NRG...

La Section Financement propose également de revoir la constitution des 3 groupes CD, E et soins intensifs, en rapatriant les épisodes de soins de NRG non intensifs situés en lit intensif, vers les groupes non intensifs C, D et E.

PRODUITS MÉDICAUX

La Section Financement considère que les critères de répartition de l'enveloppe « points produits médicaux » doivent être revus, mais n'est pas en mesure de proposer à court terme des critères nouveaux.

DONNEES NOMENCLATURE INAMI

Il faut mettre à jour les listes des prestations nomenclature utilisées dans le BMF, compte tenu des adaptations intervenues dans la nomenclature INAMI (réanimation, quartier opératoire, ...).

✓ Commission de contrôle budgétaire INAMI : avis relatif au budget forfait médicaments

Au 1^{er} juillet 2015 le budget du forfait « spécialités pharmaceutiques » diminue à nouveau de près de 7 millions€. Depuis l'instauration du forfait, compte tenu des impacts sur ce dernier et sur la partie à 25 %, ce sont près de 135 millions récurrents en base annuelle qui ont été ainsi économisés par l'assurance maladie. Santhea demande instamment que la Commission de contrôle budgétaire, dans son avis, attire l'attention sur les conclusions du rapport de la Structure Multipartite de mars 2014, ainsi que sur les avis successifs de la Section Financement du CNEH émis en 2014, pour que « les moyens dégagés des économies réalisées par l'Assurance Maladie sur ce budget depuis son instauration, soient réinvestis dans les pharmacies hospitalières » : le soutien à la pharmacie hospitalière, garant de sécurité et qualité, est l'une des priorités absolues du secteur hospitalier (normes PIC/S, traçabilité et pharmacovigilance, pharmacie clinique, unit dose et reconditionnement, prescription électronique, fonctionnement des Comités médico-pharmaceutiques et du matériel médical, accroissement continu du nombre de tâches, fonctionnement des stérilisations centrales, ...).

✓ Comité de l'assurance des soins de santé : discussion et approbation du nouveau lay-out de la facture patient pour les hôpitaux

Un groupe de travail de la Commission de conventions établissements hospitaliers-organismes assureurs a élaboré un nouveau modèle de factures patients qui vise d'une part la simplicité et la compréhension pour le patient et d'autre part le maintien de suffisamment de données détaillées pour les mutualités et les assurances hospitalisations.

Le Comité de l'assurance a approuvé le nouveau modèle sous réserve de quelques adaptations mineures.

✓ Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs

La Commission des conventions suit l'évolution des conventions passées avec les hôpitaux et les MR/MRS concernées par la prise en charge et l'hébergement des patients atteints de sclérose en plaques ou de la chorée de Huntington dans un stade avancé de la maladie. Elle émet des recommandations en vue d'améliorer cette prise en charge ou de l'adapter aux besoins spécifiques des patients concernés.

La Commission des conventions s'est préoccupée de l'avenir de ces conventions dans le cadre du transfert de la compétence sur les MR/MRS aux Régions. Elle s'est aussi positionnée en faveur du maintien de ces conventions spécifiques, indépendamment de l'organisation globale des soins aux malades chroniques.

La Commission des conventions a par ailleurs validé une procédure « semi électronique » pour l'envoi des « interruptions de prescription ». Il sera possible, à partir du 1^{er} janvier 2016, d'interrompre une prescription en envoyant :

- une lettre recommandée sans information détaillée;
- un fichier électronique (selon un format et un lay-out convenu) par e-mail.

✓ Commission paritaire 330

La Commission paritaire a approuvé à l'unanimité une CCT instaurant pour les travailleurs répondant aux critères de la convention, un droit à une modification de la nature de leurs prestations avec maintien de la rémunération, consistant à suivre une formation qualifiante de maximum 3 ans afin de devenir praticiens de l'art infirmier, dans le cadre de l'enseignement de plein exercice ou de promotion sociale (formation 600). Il est prévu de demander la force obligatoire pour cette CCT.

[3 Clusters pour Maggie]

Le 28 avril 2015, la Ministre Maggie De Block présente à la Commission de la Santé publique de la Chambre des Représentants, son « Plan d'approche pour la Réforme du financement des hôpitaux ». Plus qu'une refonte du financement, cet ambitieux plan nécessite de repenser complètement le paysage des soins de santé, incluant tous les maillons de la chaîne des soins, parmi lesquels l'hôpital. Santhea en a fait une analyse critique qui débouche sur un nombre important de questions fondamentales. Santhea regrette que la Ministre avance un projet qui tienne peu compte des propositions concrètes faites par les fédérations hospitalières, dont celle de santhea, pour réorganiser le financement des hôpitaux à travers une évolution encadrée. La Ministre semble préférer la révolution. Santhea prévient : la plupart des révolutions induisent un passage par le chaos !

LES 3 CLUSTERS

En termes de réforme du financement stricto sensu, à côté de certains financements plus spécifiques à considérer séparément, la Ministre envisage de catégoriser les patients hospitaliers en **3 « Clusters »**, auxquels sont respectivement associées des modalités de financement différentes.

1^{er} cluster : Soins (standardisés) à basse variabilité

Il s'agit des soins de routine, de basse complexité, « standardisables », parfaitement prévisibles, qui n'impliquent pas ou peu de variation entre patients du même « groupe de pathologies »

Un « Prix uniforme » est défini prospectivement par admission de patient (par « groupe de pathologies »). Le risque en cas de variabilité inattendue avérée des soins à prodiguer au patient est à charge de l'hôpital, le risque concernant le nombre de patients (éventuellement en croissance) est à charge de l'autorité.

2^{ème} cluster : Soins à moyenne variabilité

Il s'agit des soins de moyenne complexité, qui sont « assez standardisables » mais moins que les soins à basse variabilité ; ils varient davantage entre les patients.

Leur financement tient partiellement compte de la variabilité (justifiée), via des clés de répartition du budget national en fonction du nombre de pathologies et de la gravité des soins (risque réparti entre hôpitaux). On maintient la logique du budget national fermé qui est réparti entre hôpitaux en fonction du nombre, de la nature des patients et de la lourdeur des soins.

3^{ème} cluster : Soins à haute variabilité

Il s'agit des soins de haute complexité qui ne sont « pas ou peu standardisables », pas ou peu prévisibles, à forte variation : des groupes de pathologie avec une imprévisibilité importante (recherche diagnostique, incertitude quant à l'impact de la thérapie, complications, comorbidités, ...), impliquant des « soins sur mesure » (« outliers », qui concernent une part limitée des patients, mais utilisent une part importante des ressources).



Le financement est davantage basé sur les soins (justifiés) réellement dispensés; le risque financier est davantage supporté par l'autorité.

Pour définir ces clusters, la Ministre envisage quelques pistes :

- les groupes de pathologies (délimités sur la base des APR-DRG et/ou MDC8, DBC (combinaisons diagnostic-traitement), HRG (health care resource groups), en tenant compte de l'indice de sévérité...;
- les soins aigus versus les soins chroniques;
- l'âge;
- les programmes de soins et trajets de soins;
-

UN FINANCEMENT DE PLUS EN PLUS INTEGRE, PAR PHASES

Pour chacun des clusters, la Ministre prévoit plusieurs phases de mise en œuvre.

En qui concerne le **1^{er} cluster des «soins à faible variabilité»**, en phase 1, la Ministre part des groupes de diagnostic ciblés par les «montants de référence», mais en les transformant en «honoraires prospectifs». Un élargissement à d'autres groupes de pathologies et d'autres honoraires est prévu dans une phase 2, l'intégration d'autres flux de financement (BMF, en particulier B2, médicaments, hôpital de jour...) interviendra en phase 3. En phase 4, la division des honoraires en une partie «professionnelle» et une partie «coûts de fonctionnement», en maintenant l'autorité et la responsabilité des médecins sur les honoraires. Enfin une phase 5 d'intégration avec des soins en dehors de l'hôpital (par exemple : rééducation ambulatoire, soins prénatals et postnatals ambulatoires) via des «bundled payments» et la répartition de «shared savings» éventuels.

En qui concerne le **2^{ème} cluster des «soins à moyenne variabilité»**, en première phase, la Ministre maintient la logique du 'budget national fermé', avec des paramètres qui répartissent le budget entre les hôpitaux en fonction du nombre et de la nature des patients (par ex. APR-DRG) et de la gravité des soins (durée de séjour, soins infirmiers,...), mais introduit une simplification significative des éléments BMF actuels :

- lits justifiés sur la base de la durée moyenne nationale de séjour (fixée pour plusieurs années) ou de la durée de séjour 'evidence-based';
- intégration de la norme de personnel B4 dans le financement B2;
- intégration du B9 dans la composante B2;
-

La Ministre veut en parallèle alléger au maximum la charge des enregistrements (via en particulier le dossier patient informatisé et SNOMED).

La Phase 2 de ce cluster vise l'intégration des médicaments (forfaitarisés) et de l'hôpital de jour; la Phase 3 consiste en l'identification de la partie fonctionnement dans les honoraires (avec maintien de l'autorité et responsabilité des médecins sur ceux-ci). La Phase 4 envisage des incitants pour la collaboration (envoi et renvoi) avec d'autres hôpitaux et formes de soins, y compris les soins ambulatoires en dehors de l'hôpital, certainement pour les affections chroniques.

En qui concerne le 3^{ème} cluster des «soins à haute variabilité», la Ministre envisage deux pistes de réflexion (avec également un phasage d'intégration):

- soit prédéfinir une partie du budget national pour les soins à haute variabilité, à répartir entre tous les hôpitaux concernés, sur la base du nombre et du type de patients et d'activités en (t-2);
- soit procéder via un financement par «programmes de soins», qui consisterait en une allocation fixe en fonction de l'agrément, avec limitation du nombre de centres et une partie variable en fonction du nombre et du type de patients.

Pour ces différents clusters de financement, le système nécessite d'appréhender de façon transparente les coûts «réels» par pathologie ou groupe de pathologies. Pour ce faire, la Ministre compte s'appuyer sur les initiatives déjà disponibles : Méthodologie PACHA, KCE, SPF Santé publique (étude AC-ZP), EURO-DRG...

UNE REFORME DU FINANCEMENT QUI N'EST PAS «CLE SUR PORTE» ...

Dès la communication de ce Plan d'Approche, santhea a émis d'importantes réserves. Par rapport aux clusters de financement en particulier, de nombreuses questions pratiques se posent, à commencer par un doute non dissimulé quant à une simplification effective du système de financement.

- ✓ L'étape de définition des clusters est très importante, de même que la finesse de catégorisation des patients. Par ailleurs il importe également que tous les hôpitaux puissent prendre en charge toutes les catégories de patients et recevoir un financement qui tienne compte de toute leur diversité, y compris les patients du 3^{ème} cluster qui ne doit aucunement être réservé à quelques hôpitaux privilégiés.
- ✓ Les patients doivent pouvoir être identifiés dans leur cluster dès l'entrée ou au plus tard au moment de la facturation. Pour ce faire la Ministre renvoie vers le Dossier Patient Informatisé, SNOMED CT, un mapping automatique vers l'ICD10, les notes de sortie automatisées vers les

médecins généralistes...etc. **Tout repose sur un prérequis informatique**, la maîtrise de cette dernière par les médecins, l'utilisation en temps réel de l'outil pour la constitution d'un RHM quasi en temps réel... dans un contexte où aujourd'hui peu de médecins codifient eux-mêmes, et où les moyens financiers disponibles pour les développements informatiques restent fort restreints. Dans un timing serré, avec des moyens limités, la réforme se révèle réforme informatique (et réforme dans l'organisation de la prise d'informations et des circuits d'information), bien au-delà de l'hospitalisation, impliquant d'incorporer tout l'ambulatoire en lien avec l'hospitalisation.

- ✓ Tout en visant, en phase ultime, une intégration avec l'ambulatoire et l'extra-muros, le point de départ de la réforme, en particulier en ce qui concerne les **honoraires**, reste très cantonné au périmètre strictement hospitalier, voire strictement «patients hospitalisés». Pour éviter les



dérives vers l'extra-muros, il faut pourtant impérativement intégrer dès le départ l'ambulatoire intra- et extramuros, plus particulièrement **en ce qui concerne l'activité médicale**, dans la détermination des budgets et anticiper les transferts financiers, en posant des balises claires en termes de qualité, sécurité (y compris tarifaire) et normes à respecter.

- ✓ Comment sera-t-il procédé à la découpe des 3 budgets de clusters a priori? N'y a-t-il pas un danger que le budget fermé de cluster de moyenne variabilité soit une enveloppe prédéterminée «par défaut», avec un risque de sous-financement, comme un budget «résiduaire» après déduction d'une part du budget chiffré a priori pour le 1^{er} cluster sur base de «prix uniformes» et d'autre part des «coûts justifiés» dévolus au 3^{ème} cluster?
- ✓ En ce qui concerne le 1^{er} cluster des soins de faible variabilité, la liste des pathologies «montants de référence» n'est pas pertinente : y figurent des pathologies dont l'homogénéité peut être remise en cause. Se pose ici aussi la question du périmètre.
- ✓ Faut-il continuer de financer le 2^{ème} cluster sur base de «lits justifiés», à savoir une norme de personnel infirmier et soignant associée à des lits calculés sur un taux d'occupation normatif et une durée d'occupation «standard» associée aux groupes de patients tels qu'actuellement définis (pathologie APRDRG, SOI, groupe d'âge), auxquels viennent s'adjoindre des «points complémentaires»? Dans sa proposition de nouveau financement hospitalier «par enveloppes» et «points d'activité justifiée», santhea préconise par exemple pour le financement de l'enveloppe «personnel infirmier et soignant» un système de points de charge de travail infirmier et soignant mesurée sur base des DI-RHM et NRG (enregistrement continu!), mais aussi compte-tenu de caractéristiques du patient susceptibles d'influencer son besoin en soins infirmiers et soignants, une échelle relative de «besoins en personnel infirmier et soignant» (durée, spécialisation, intensité...) à établir.

- ✓ Santhea émet les plus grandes réserves quant à toute décision de «figer» des durées de séjour (justifiées) pour plusieurs années qui induirait un risque de «choc» à chaque changement de référence. Quant aux durées «EBM» ou «internationales» la plus grande prudence est de mise : on n'est jamais dans une situation où «toute autre chose reste égale par ailleurs» (par exemple situation de l'offre des structures d'amont et d'aval).

- ✓ Il faut aussi davantage tenir compte des patients en précarité sociale concentrés dans certains hôpitaux, et pour lesquels il est difficile de basculer vers l'ambulatoire, voire le domicile.

La «simplification» du BMF et son «désossage» pour intégration éventuelle dans des financements par groupes de pathologies (1^{er} cluster) ou plus forfaitaires (2^{ème} cluster), doit s'opérer ligne à ligne, en distinguant les éléments «forfaitisables» par patient ou par type de patients, et les éléments à maintenir obligatoirement en financements spécifiques.

Tous les coûts (loin s'en faut) ne sont pas «variables» ou directement liés à un nombre patients. Il existe d'importants coûts fixes dont la garantie doit faire l'objet d'un financement spécifique, de même que toute une série de missions, tâches, fonctions spécifiques,... bien au-delà des quelques postes évoqués dans la note de la Ministre.

Il faut tenir compte des impacts des révisions passées et à venir (sous-financement des provisions, ETP réels pris en considération,...), et des engagements associés aux différentes lignes du BMF, en particulier dans les éléments du B4 et du B9 pointés par la Ministre. Une redistribution «forfaitaire» sur tous ne serait assurément pas correcte.

Cette «intégration / simplification» du BMF comporte d'importants risques financiers, et concerne aussi comme le dit la Ministre elle-même du personnel relevant du secteur des honoraires.

Ces 3 clusters de financement ne sont qu'un élément, parmi la multitude de chantiers sous-jacents au Plan d'Approche de la Réforme lancé en avril 2015 par la Ministre, et, tout comme l'ensemble de ces chantiers, ils soulèveront indubitablement d'importantes réflexions pour les prochaines années, auxquelles **santhea** ne manquera pas de participer.

Stéphane Rillaerts, Directeur général de l'Institut Jules Bordet



Stéphane Rillaerts

Pour le Directeur général de l'Institut Jules Bordet, une véritable réforme du financement hospitalier ne peut pas esquiver deux questions fondamentales.

«La première question est celle de la séparation du financement par les honoraires médicaux et celui par le Budget des moyens financiers (BMF). Il faut tenir compte du fait que dans notre système actuel, les honoraires médicaux couvrent les prestations intellectuelles et physiques du médecin mais aussi tous les moyens qui ont été nécessaires pour réaliser l'acte, tels que le personnel spécifique, les amortissements et les consommables utilisés : ce sont des honoraires « bruts ». Actuellement, le partage de ces honoraires pour couvrir ces coûts assumés par l'hôpital provoque au sein des institutions des tensions régulières, voire des conflits. Il est en effet très difficile, sauf peut-être dans certains services médico-techniques, de déterminer de façon précise la part des coûts qui ont été assumés par l'hôpital pour produire les actes médicaux. Au Grand-Duché du Luxembourg, les honoraires sont « purs » : ils ne financent que la prestation médicale, et ne doivent donc pas être partagés avec le gestionnaire. Imaginer mettre en place un mécanisme de ce type, et donc incorporer une partie de l'honoraire « brut » dans le BMF pour en faire un honoraire « pur », aurait deux conséquences. La première, plutôt symbolique, concerne la propriété juridique de l'honoraire « brut ». Certains médecins y sont très attachés même s'il est acquis qu'une partie de ce financement doit de toute manière revenir à l'hôpital. La seconde est plus pragmatique : il est très difficile de déterminer une proportion stable des honoraires destinée à couvrir les coûts des actes. D'autant plus qu'elle devrait être identique dans tous les hôpitaux du pays. La rémunération médicale serait de cette façon beaucoup plus standardisée. Pour moi, la Ministre De Block a clairement sous-estimé cet aspect. Face au risque de voir une

opposition, principalement celle des syndicats médicaux, se liguer contre une telle réforme, la Ministre semble vouloir esquiver cette difficulté ».

«La seconde question est liée au financement médical à l'acte, poursuit Stéphane Rillaerts. Au-delà du fait que l'honoraire est un honoraire « brut », chaque acte médical donne droit au paiement d'un montant forfaitaire au médecin (souvent redistribué dans un « pool » médical, mais là n'est pas le problème). Ce mode de rémunération est une incitation à la production d'acte médicaux : plus on fait d'actes, plus on reçoit d'argent. Ne pas remettre ce principe en cause aboutit nécessairement à affaiblir toute conception du financement qui soit plus globale (par patient, par pathologie, etc.), car dans un tel système, un montant forfaitaire devrait être déterminé par patient, indépendamment du nombre d'actes médicaux dont il aurait bénéficié. Ce montant devrait alors ensuite être réparti entre l'hôpital et les médecins, puis entre les différentes spécialités médicales qui ont posé ces actes, selon des clés à définir mais qui promettent déjà beaucoup de discussions. Or, on a le sentiment que l'on tente de contourner ces questions fondamentales. Si on ne les aborde pas clairement, la réforme risque essentiellement de se résumer à une réorganisation du BMF selon de nouvelles modalités. Il s'agirait certes d'un travail utile : le BMF doit être largement simplifié et restructuré. Mais en se limitant à ce périmètre, on serait bien loin de la grande réforme annoncée en début de législature par Maggie De Block. Par exemple, les trois « clusters » de financement annoncés dans les projets actuels concerneront-ils uniquement le financement hospitalier ou également le financement des honoraires ? Comment ces derniers seront-ils partagés ? A ma connaissance, il n'y a pas de réponse à ces questions actuellement. Or, c'est là que se situent les problèmes de fond ».



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Juin 2015

[Thèmes abordés] Juin 2015

✓ Forfait Spécialités Pharmaceutiques : reporting Excelsius

Un dernier reporting concernant le forfait Pharmacie sous format Excelsius est publié. En effet, les données seront prochainement directement disponibles en ligne, sous forme d'un rapport prédéfini, modifiable par l'utilisateur en fonction de ses intérêts et de ses besoins.

✓ Étude Capacités hospitalières : finalisation et remise de l'étude au SPF - Santé publique

Respectant le calendrier fixé par le SPF-Santé publique, l'étude sur les besoins en capacités hospitalières fût parachevée et délivrée fin juin aux autorités fédérales. La réalisation d'un tel travail fût une opportunité riche d'enseignement pour le Département Études et Qualité de santhea. De nouvelles compétences ont ainsi été assimilées par l'équipe tout au long du processus de recherche, incluant notamment des analyses statistiques complexes.



✓ CNEH : avis de la Section Financement formulé à la suite de la demande de la Ministre datée du 1^{er} juin 2015 relative à la modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux au 1^{er} juillet 2015, complémentaire à ses demandes d'avis relatives au même objet des 24/11/2014 et 10/02/2015

La Section Financement marque son accord quant à l'octroi d'un montant complémentaire de 4,977 millions d'euros en 2015 (19,433 millions d'euros en base annuelle à partir de 2016) afin d'implémenter la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

En ce qui concerne la problématique des hôpitaux G/Sp «hybrides», la Section Financement marque son accord quant à la proposition de la Ministre de financer, de manière structurelle, l'hôpital de jour gériatrique dans les 3 hôpitaux G/Sp «hybrides» agréés pour un service G à partir du 1^{er} juillet 2015 (avec rattrapage depuis le 1^{er} juillet 2014).

Ensuite, la Section Financement ne peut accepter la proposition de la Ministre d'exclure, au même titre que les hôpitaux psychiatriques, par manque de moyens budgétaires, ces hôpitaux «hybrides» des financements structurels octroyés pour l'équipe algologique multidisciplinaire, la qualité de la chaîne transfusionnelle, la fonction agréée «coordination locale des donneurs», l'équipe nutritionnelle et la qualité des soins pharmacologiques : les montants en jeu sont très limités et il serait discriminatoire de financer ces différentes fonctions en hôpital général «aigu» et de ne pas les financer dans ces hôpitaux «hybrides».

Plus particulièrement en ce qui concerne la liaison interne gériatrique, les normes d'agrément édictées pour le programme de soins gériatriques d'une part n'imposent nullement de disposer de lits C et D pour la liaison



interne gériatrique mais d'autre part imposent de disposer d'un hôpital de jour gériatrique et de la liaison interne gériatrique.

Par conséquent, la Section Financement propose à la Ministre d'accorder à ces «hôpitaux hybrides» le financement structurel des mesures visées.

En ce qui concerne la sous-partie B5, la Section Financement rappelle son avis à la Ministre, même s'il n'était pas unanime, daté du 13 mars 2014 concernant la partie B5 du budget au terme duquel des nouvelles modalités de répartition de la sous-partie B5 (pour ce qui concerne la couverture des frais de fonctionnement de la pharmacie hospitalière) étaient effectivement proposées.

✓ CNEH : avis de la Section Financement relatif aux besoins prioritaires 2016 – 2019

Contrairement aux années précédentes, où un avis était systématiquement demandé pour une période d'un an, la Ministre demande à présent un avis pour un budget pluriannuel jusqu'à la fin de la législature en 2019.

Le CNEH ne peut qu'applaudir l'initiative qui consiste à donner davantage de clarté pour une plus longue période aux hôpitaux quant au cadre financier au sein duquel ils peuvent opérer. Cela n'est toutefois possible qu'à condition de savoir clairement quelle politique et quelles initiatives concrètes seront adoptées durant les années à venir et d'en connaître également l'impact financier. Nous sommes à la veille d'une réforme du paysage et du financement hospitaliers, dont la mise en œuvre et les conséquences ne sont pas encore totalement circonscrites. Le plan d'approche qui existe actuellement pour les hôpitaux généraux est conceptuel et ne sera élaboré que dans le courant de la législature. Pour les hôpitaux psychiatriques, un avis conceptuel sur un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins est en cours de finalisation. La rédaction d'un avis qui couvre toute la période de quatre ans (2016-2019) ne va par conséquent pas de soi.

REFORME

Le CNEH s'inscrit dans la tendance qui se dessine en faveur d'une collaboration plus étroite entre les établissements et d'une technique de financement adaptée à l'appui de cette collaboration. Il appelle à prendre les initiatives nécessaires pour aussi procéder aux adaptations requises au niveau de la réglementation dans le but de faciliter les accords de coopération entre hôpitaux. Ces initiatives ne sont pas seulement nécessaires pour faciliter la collaboration, elles le sont aussi pour pouvoir réaliser réellement des gains d'efficacité. Pour les hôpitaux psychiatriques, la collaboration se concrétisera par des programmes de soins transmuraux pour les groupes cibles dans des zones d'activité spécifiques.

Le CNEH plaide pour que les éventuels gains d'efficacité reviennent toujours aux hôpitaux généraux concernés afin de compenser le sous-financement et la baisse des revenus des retenues sur les honoraires et la baisse des revenus sur les médicaments. Cela vaut également pour les économies sur l'indemnité forfaitaire de certaines spécialités pharmaceutiques pour lesquelles l'ancien Ministre avait promis qu'elles seraient réinvesties dans le secteur, ce qui, dans la pratique, n'a toutefois été effectué que dans une mesure très limitée. Pour les hôpitaux psychiatriques également, les éventuels gains d'efficacité doivent être utilisés pour compenser les sous-financements et financer de nouveaux projets dans le secteur psychiatrique.

La Ministre prévoit le lancement de plusieurs projets pilotes (par exemple via l'article 107, des conventions, etc.) dans la période 2016-2017. L'objectif est de tester et d'évaluer une série de pistes concernant de nouvelles initiatives. Le CNEH soutient cette méthodologie, mais souligne que ces initiatives entraîneront des investissements supplémentaires au démarrage, par exemple pour la coordination et les autres frais de fonctionnement, qui nécessitent des moyens complémentaires (cf. les projets article 107 dans les hôpitaux psychiatriques).

Dans les hôpitaux psychiatriques, les projets article 107 pour adultes doivent être poursuivis et étendus à toutes les régions. Sur la base de l'évaluation en cours, l'objectif sera d'aboutir progressivement à la structuration de ces projets sous la forme de programmes de soins et de réseaux. De plus, il convient de prévoir aussi - dans le cadre du guide pour enfants et adolescents - les moyens nécessaires pour exécuter le plan de réforme tel qu'approuvé lors de la conférence interministérielle du 30 mars 2015 et publié au Moniteur belge du 29 mai 2015. Les moyens nécessaires doivent également être prévus pour toutes les autres initiatives qui seront prises en exécution du Plan de réforme de la Ministre (*accouchement avec court séjour à la maternité, formes d'hospitalisation à domicile, administration d'une thérapie intraveineuse par antibiotiques à domicile, administration d'une chimiothérapie à domicile (en concertation avec l'hôpital de jour oncologique), suivi et coordination des soins pour les patients BPCO,...*)



ainsi qu'autour de la revalidation, les soins chroniques (Déclaration conjointe du 30 mars 2015 pour les soins intégrés en faveur des malades chroniques), l'aide médicale urgente, les unités de double diagnostic...

Une évaluation des projets est prévue en 2017 et les années suivantes, et un nouveau financement sera lancé en 2018. C'est un moment clé dans la réorganisation des soins et dans le lancement d'un nouveau financement. L'évaluation des projets et les éléments qui sous-tendent le nouveau financement ne sont pas encore connus à ce jour. Le CNEH ne peut pas encore se prononcer concrètement à ce sujet et souhaite pouvoir procéder, en 2017, à une évaluation intermédiaire au niveau des besoins budgétaires afin de formuler un avis complémentaire pour la période après 2017.

BESOINS PRIORITAIRES

Dans le cadre de la collaboration entre les hôpitaux généraux, tant pour les hôpitaux généraux que psychiatriques, l'échange d'informations est un facteur clé de succès. Le développement de réseaux informatiques internes et externes, accompagné de l'introduction d'un DPE solide,

est toutefois encore fortement à la traîne par rapport aux besoins. Le Gouvernement doit déployer un calendrier et un financement clairs afin de réaliser l'échange de données nécessaire, notamment via un DPE adéquat, dans les plus brefs délais. La feuille de route eHealth (2013-2018) est actuellement en cours d'actualisation. Elle peut constituer un fil conducteur pour le calendrier proposé.

L'évolution des pathologies, des médicaments et des techniques, ainsi que l'introduction de nouvelles normes plus strictes (par exemples la désinfection de haut niveau des endoscopes souples (directive CSS 835 du 5 mai 2010) ou les recommandations PIC\S) ont un énorme impact sur la pharmacie hospitalière (stérilisation centrale comprise), dont le développement doit être soutenu : augmentation du nombre de tâches de la pharmacie hospitalière et de ses équipes, normes pour les préparations stériles, traçabilité des dispositifs médicaux, développement de la pharmacie clinique, des conditions liées aux doses unitaires et au reconditionnement, prescription électronique, fonctionnement du Comité médico-pharmaceutique et du Comité du matériel médical, sous-financement structurel de la stérilisation



centrale,... Ces développements qualitatifs positifs ont un impact budgétaire important, y compris en promouvant au maximum les collaborations et mises en commun entre hôpitaux; les moyens octroyés pour la pharmacie hospitalière sont en effet largement insuffisants. Actuellement, le secteur hospitalier a autant que possible géré la situation de façon prudente et raisonnable, mais il est essentiel de prévoir des moyens supplémentaires à cet égard. La Section Financement demande en particulier que chaque économie réalisée dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments pour les patients hospitalisés soit intégralement réinvestie dans les hôpitaux pour le développement de la pharmacie hospitalière.

Le CNEH croit au plan de réforme de la Ministre, qui devra être exécuté en plusieurs phases. Pour pouvoir exécuter ce plan, il demande que les propositions susmentionnées soient approuvées et que les sous-financements structurels soient compensés. Pour atteindre ces objectifs, et sans pouvoir se prononcer sur le fait qu'elle sera suffisante pour assurer le retour à l'équilibre du budget des hôpitaux, le CNEH demande une augmentation annuelle du budget global de 2% en plus de l'index. Le CNEH espère que ces moyens permettront au secteur de se maintenir (qualité, accessibilité, prix abordable) jusqu'à l'aboutissement de la réforme.

En outre, le CNEH demande l'arrêt de toute nouvelle mesure d'économie susceptible d'avoir un impact budgétaire sur le financement des hôpitaux, en ce compris l'abandon de toute seconde tranche d'économies sur les maternités, et la réintégration dans le budget des hôpitaux de la tranche d'économie de 18,7 millions opérée en 2015. Ceci dans le respect des principes édictés par la Ministre dans son plan d'approche de la réforme du financement des hôpitaux (page 7) : «*La réforme du financement des hôpitaux n'a donc pas pour but de réduire les budgets de soins de santé, et encore moins de réaliser des économies nettes. La réforme dans son ensemble n'ira donc pas de pair avec une réduction de l'emploi dans les soins de santé, dont une partie se situera, il est vrai, dans d'autres structures que les hôpitaux. Au contraire, avec les besoins croissants en matière de soins, l'emploi ne fera que croître.*»

Le CNEH demande également que la révision des budgets provisionnels alloués aux hôpitaux soit accélérée, en particulier l'impact financier des TPP et QPP et que les moyens nécessaires soient libérés pour régler les montants importants que les hôpitaux sont contraints de préfinancer. Le CNEH plaide par ailleurs pour un moratoire immédiat sur la création de nouveaux TPP et QPP ainsi que sur tout nouvel accord social avec des conséquences budgétaires pour les institutions.

Les réflexions tenues ci-avant ne signifient pas pour autant que les besoins énumérés dans le passé par le secteur ont été satisfaits ou qu'ils n'existent plus. La Section Financement renvoie dès lors la Ministre à la liste de ces besoins.

✓ Groupe de travail revalidation

Le groupe de travail relatif aux «conventions de revalidation» s'est réuni le 10 juin 2015 à Bruxelles.

Cette première rencontre fut l'occasion d'échanger au sujet des attentes, des préoccupations et des besoins de ce secteur à Bruxelles et en Région wallonne.



Par ailleurs, et dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, le projet de constitution de l'organisme d'intérêt public (OIP) déposé à l'initiative du Ministre Maxime PREVOT, Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine a également été présenté.

✓ HOPE

Santhea participe activement aux travaux de la fédération européenne des hôpitaux, HOPE. En tant que seule fédération représentant les hôpitaux wallons et bruxellois, elle en est de facto le porte-parole. Cette participation permet également, outre un suivi de l'évolution de dossiers importants traités par les institutions européennes, un partage d'informations très utiles entre les fédérations européennes membres de HOPE. À titre d'exemple, dans le cadre du dossier relatif à la réduction de la durée de séjour en maternité, santhea a pu étayer ses arguments et illustrer ses propos à l'aide de données reflétant la réalité européenne tant concernant la manière dont les durées de séjour sont calculées dans les différents pays, que concernant les systèmes de prise en charge de la mère et du nouveau-né mis en place dans nombre de pays européens afin de rendre cette réduction des durées de séjour possible.

✓ Fonds Maribel public : Comité de gestion

Le débat revient chaque année lorsqu'il est question de répartir le budget (7,8 millions d'euros) prévu dans l'accord social 2011 relatif aux secteurs fédéraux de la santé en vue d'encourager la statutarisation.

L'octroi d'un budget est lié à la conclusion d'un protocole dans lequel les institutions s'engagent à maintenir le nombre de travailleurs nommés par rapport à une année de référence. Les procédures de nominations (qui nécessitent entre autres des autorisations des tutelles), les périodes de références choisies pour établir les comparaisons, les modes de calculs utilisés, ont une influence non négligeable sur les résultats obtenus par les institutions dont la politique de statutarisation aboutit, pourtant, sur le moyen et long terme, au maintien voire à l'augmentation du nombre de travailleurs nommés.



Comme chaque fois, santhea plaide pour une approche souple du dossier pour éviter que des institutions qui ont choisi de s'engager dans une politique de nominations soient exclues de la répartition du budget parce qu'elles n'atteignent pas l'objectif fixé à une date fixée, parfois pour des motifs qui ne dépendent pas d'elles (par exemple, une autorisation tardive de la tutelle).

Santhea est de manière générale suivi dans cette approche pragmatique même si le principe de répartition d'une enveloppe fermée entre tous les bénéficiaires engendre parfois la tentation chez les proches de certaines institutions d'en exclure d'autres pour augmenter le bénéfice de celles qui leur sont proches.

✓ Fonds Maribel du secteur privé : rapport annuel 2014

En 2014, le Fonds a financé 9.992,68 ETP au bénéfice de 1.255 employeurs pour un montant total de 287,027 millions d'euros dont 174,906 millions pour les hôpitaux et 82,280 millions pour les MR/MRS.

Le solde de 19,572 millions a servi au financement annuel de la relance du projet 600.

Compte-tenu de l'autonomie de gestion des différentes chambres composant le Fonds, les plafonds d'intervention par emploi sont assez variés puisque l'intervention la plus basse est de 30.500 euros (assistants logistiques en hôpital) et la plus haute est de 39.000 dans les secteurs résiduels.

Le plafond est fixé à 35.500 euros pour le personnel des hôpitaux (hors assistants logistiques) et pour le personnel des MR/MRS.

✓ Commission paritaire 330

Les membres de la Commission paritaire ont conclu les 3 CCT suivantes :

- conformément aux dispositions de la CCT du 13 décembre 2010 instaurant un régime sectoriel de pension complémentaire, il a été convenu de verser sur le compte de pension individuel de chaque travailleur relevant du champ d'application de la convention, pour l'année 2014, un supplément de 10 euros par trimestre (au prorata de la durée du travail) sous forme de supplément unique liquidé le 1^{er} janvier 2015;
- une CCT en application de la CCT n°118 du CNT fixant, pour 2015 – 2016, le cadre interprofessionnel de l'abaissement à 55 ans de la limite d'âge en ce qui concerne l'accès au droit aux allocations pour un emploi de fin de carrière, pour les travailleurs qui ont une carrière longue, qui exercent un métier lourd ou qui sont occupés dans une entreprise en difficultés ou en restructuration;
- une CCT instituant un régime de complément d'entreprise pour certains travailleurs âgés ayant une longue carrière.

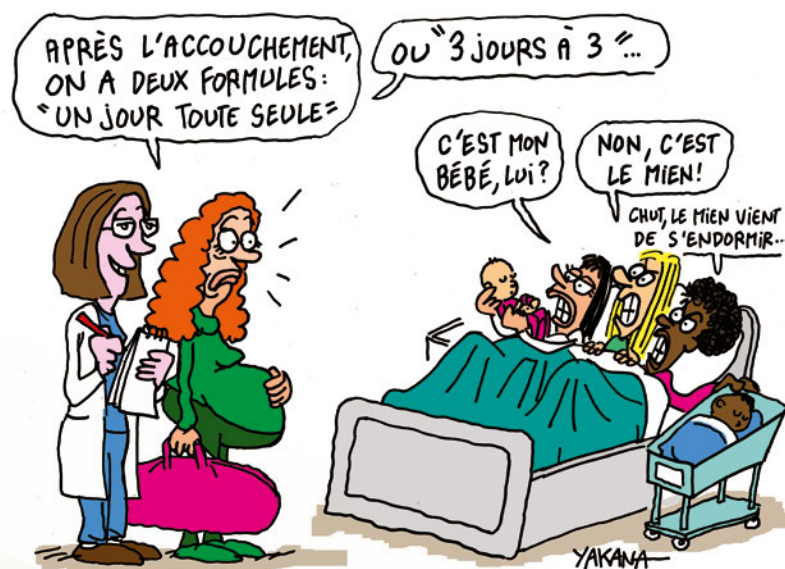
Les jeunes mamans restent-elles hospitalisées trop longtemps après l'accouchement?

A la veille de 2015, le Gouvernement a clairement répondu par l'affirmative, en obligeant les Maternités à réduire les durées de séjour de 0,5 jour en 2015 et de 1 jour en 2016. Au mépris de toute logique économique, le Gouvernement a estimé à 18,32 millions d'euros l'économie engendrée par la réduction d'une demi-journée de tous les séjours en maternité, sur base du coût moyen d'un séjour en 2011 et décidé de répartir ce montant entre tous les hôpitaux disposant d'une maternité au prorata du nombre de séjours¹ (2011!) qui dépassent les nouvelles moyennes imposées et de le soustraire du BMF de janvier 2015.

SANTHEA AUX COTES DE SES MEMBRES POUR DENONCER UNE MESURE INEQUITABLE MAIS AUSSI POUR LES AIDER A TROUVER DES SOLUTIONS

Santhea a voulu réagir à cette mesure de manière transversale :

- en proposant un appui aux recours intentés par les hôpitaux contre la mesure;
- en réunissant un groupe de travail pour aborder la problématique avec les acteurs de terrain;
- en analysant, sur place, le fonctionnement et les contraintes des maternités;
- en rencontrant l'ONE;
- en questionnant ses homologues européens sur leurs pratiques;
- en analysant tous les chiffres à disposition pour mieux comprendre la situation actuelle des maternités et l'impact d'une telle mesure.



D'emblée, santhea a formulé une série de critiques à l'égard de la mesure prise par le Gouvernement. Notamment par rapport au choix de la période de référence; la Ministre a en effet décidé de se baser sur l'activité de 2011 (c'est-à-dire bien avant l'annonce de l'intention

¹ Cette répartition est calculée à partir des séjours normaux (catégorie 1) pour les APR-DRG 540 et 560, niveaux de sévérité 1 et 2.

de réduire les durées de séjour en maternité) pour pénaliser les hôpitaux en 2015. Les hôpitaux se voient donc imposer un redressement budgétaire a posteriori par rapport à leur activité passée, sans pouvoir rien y changer. Par ailleurs le calcul de l'économie induite par la mesure est nettement surévalué. En effet, la Ministre part du principe selon lequel réduire la durée de séjour d'1/9ème par rapport à la durée en 2011 (0.5 jour/4.5 jours) permet de réduire le budget, calculé à partir du prix de journée à 100% (non OA), d'1/9ème également. Ce raisonnement ne tient absolument pas compte du fait que le prix de journée est calculé sur base d'un ensemble d'éléments (coûts fixes) qui ne varieront pas en fonction de la durée de séjour. La seule partie «variable» (quoique très partiellement), pourrait être le personnel infirmier, mais ce serait à condition d'une parfaite adaptabilité du staff à la charge de travail et d'une réelle diminution de la charge de travail (en maternité, la charge de travail se concentre sur les 2 premiers jours du séjour).

Ensuite, santhea a rencontré plusieurs acteurs de terrain au sein d'un groupe de travail ou lors des visites de quelques maternités pour mieux cerner la problématique et avoir une image «claire» de la situation en Belgique.

LE DEPARTEMENT ETUDES ET QUALITE DE SANTHEA A LA RESCOURS POUR DEMONTRER QUE LA Ministre SE TROMPE

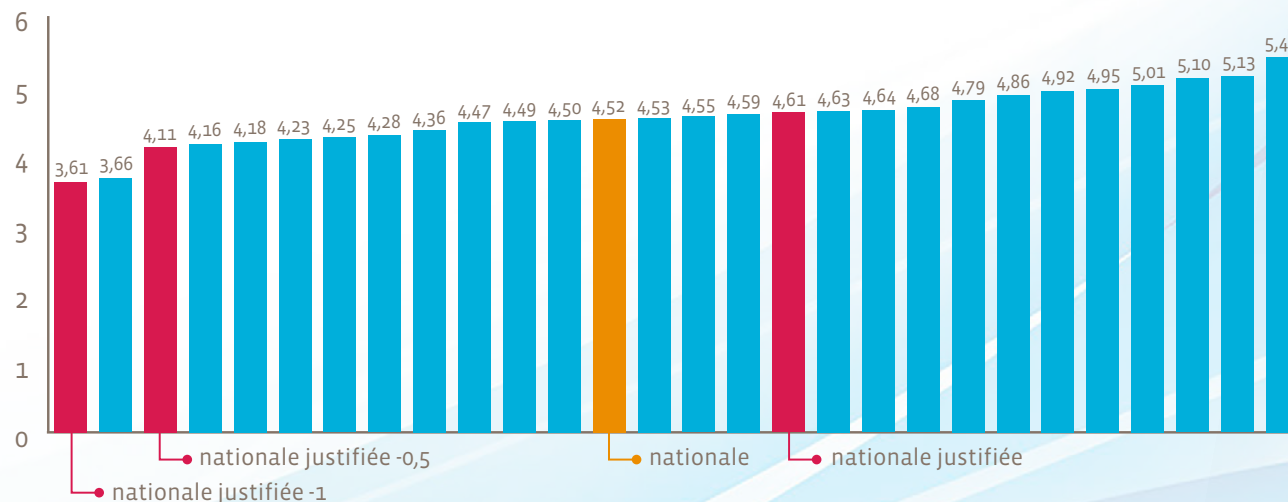
En parallèle, toutes les données exploitables au sujet de la maternité ou de la mesure en particulier ont été recensées et collectées pour permettre une analyse chiffrée.

Premièrement, les BMF de janvier 2015 ont été récoltés pour évaluer l'ampleur de la pénalité de chacun des hôpitaux membres de santhea. Celle-ci a été comparée au financement B2 de la maternité issu des BMF de juillet 2014.

Deuxièmement, les fichiers d'activité justifiée 2014 (derniers disponibles) ont été utilisés pour connaître les durées moyennes de séjour (DMS) valables en 2011, au niveau individuel et national.

Les fichiers RHM ont permis de compléter cette analyse en fournissant une évolution des durées moyennes de séjour sur la période 2010-2013. Grâce à ces deux mêmes sources de données, santhea a également pu

**Durée moyenne de séjour facturée 2011 pour l'échantillon santhea (séjours normaux - catégorie 1) - APR-DRG 560
(Accouchement par voie basse) /niveau de sévérité 1**



comparer les journées justifiées aux journées facturées selon différents scénarios (avec et sans les diminutions de durée de séjour imposées).

L'analyse des fichiers FINHOSTA a permis d'en connaître plus sur le statut d'assurabilité des patientes associées au centre de frais « Maternité ». On a ainsi pu constater, grâce à cette analyse, que, dans certains hôpitaux, un pourcentage non négligeable de patientes ne sont pas couvertes par une mutuelle.

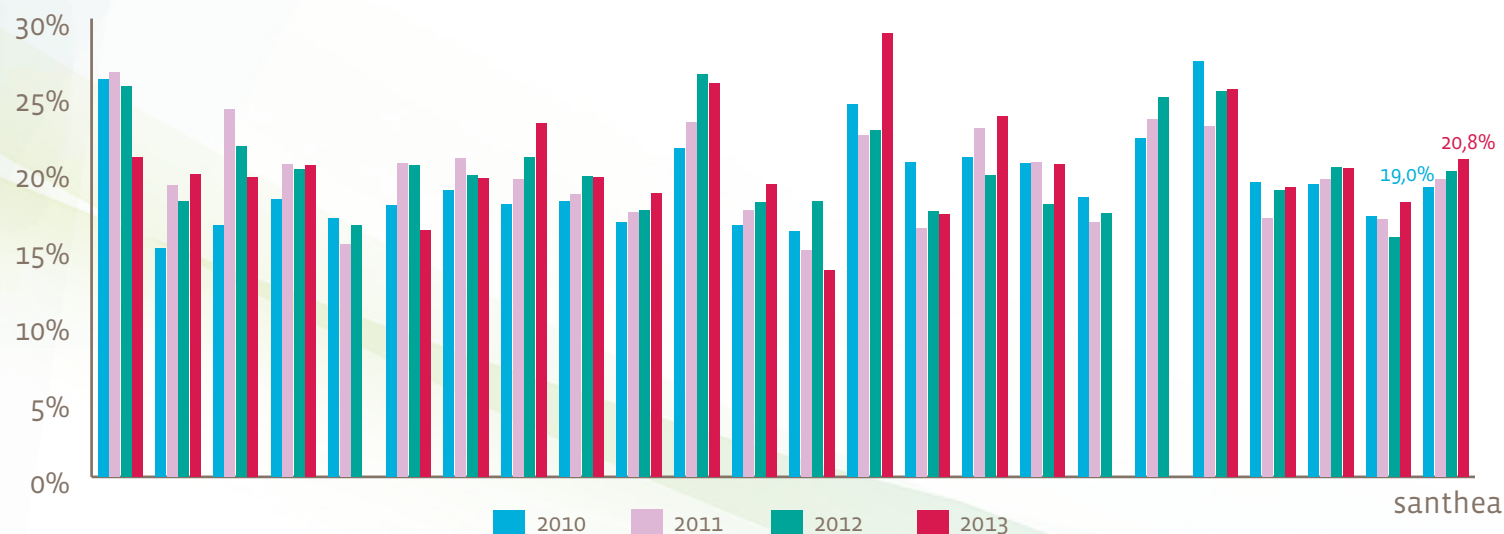
Par ailleurs, on a pu observer, grâce au DI-RHM, que la répartition des items infirmiers n'était pas constante au cours du séjour. En effet, pour les séjours en Maternité en particulier, on constate un pic au Jour 2. Il n'est donc pas correct de croire qu'en réduisant la durée de séjour de 1/9^{ème}, l'hôpital peut réduire ses coûts de manière équivalente.

L'évolution du taux de césarienne a aussi été évaluée.

Les chiffres dont dispose santhea ne permettent malheureusement pas de connaître la part des césariennes de convenance alors qu'il s'agit bien d'un des aspects du débat.



Evolution du taux de césariennes² pour les institutions de l'échantillon santhea



2. Taux de césarienne = nombre de séjours APR-DRG 540 (tous SI) / nombre de séjours APR-DRG 540 + 560 (tous SI)

QUELLES PRATIQUES AU SEIN DES MATERNITES BELGES?

Une analyse de terrain permet de constater à quel point les situations de maternités sont variées. Certaines avaient déjà, sur base volontaire, organisé pas mal de choses autour de l'accouchement (consultations pré et post natales avec sage-femme, dans un dispensaire et/ou au domicile de la patiente).

D'autres n'ont pris des initiatives concrètes qu'à la suite de l'annonce de la mesure.

Tandis qu'un troisième groupe n'avait pas encore élaboré de projet spécifique.

Parmi les initiatives relevées pour raccourcir la durée de séjour, on notera :

- l'organisation d'une consultation prénatale durant le dernier trimestre de grossesse pour préparer la parturiente au retour précoce à domicile;
- les différentes solutions d'hébergement de la maman en tant qu'accompagnante si le nouveau-né ne peut quitter l'hôpital pour des raisons médicales. L'étude de santhea a mis en évidence qu'une des principales raisons de l'allongement des séjours en maternité est la santé du bébé;
- ou encore l'organisation par l'hôpital lui-même de la prise en charge à domicile par des sages-femmes, des mères sorties précocement. Dans certains établissements, un véritable trajet de soins est mis en place avec la sage-femme en tant que coordinatrice et principal prestataire.

QUELLES SONT LES PRATIQUES EN EUROPE?

Pour compléter la réflexion, santhea a analysé également la situation dans quelques autres pays européens. Ceci s'avérait d'autant plus utile que l'argument principal de la Ministre résidait dans le fait que la durée de séjour en Belgique pour un accouchement était bien supérieure aux moyennes européennes. Santhea a donc sollicité les fédérations hospitalières européennes avec qui il est en contact afin d'obtenir des

informations plus précises quant à la gestion de cette problématique dans leur pays respectif. 14 d'entre elles ont répondu (Suède, Danemark, Estonie, Finlande, Allemagne, Italie, Malte, Autriche, Espagne, Royaume-Uni, Croatie, Roumanie, Slovénie et Chypre).

En termes de durée de séjour, les réponses vont clairement dans le sens de la Ministre. Cependant, cet exercice aura aussi permis de constater que la durée de séjour n'est pas calculée de la même manière partout. Par exemple, en Suède, les durées de séjour sont calculées post-partum. Or un temps certain peut s'écouler entre l'admission de la patiente et le moment où elle accouche. Cela confirme donc que certaines comparaisons peuvent être biaisées.

Evaluation des durées de séjour dans les autres pays européens (réponses aux questionnaires envoyés)³

Pays	Année	Par voie basse	Césarienne	Sans distinction
Angleterre	2013	1		-
Suède	2013	1,9	3,1	-
Danemark	2009			2,7
Malte	2014			2,71
Estonie	2013			2,8
Espagne	2013	2,51	4,16	-
Chypre	n.d.	3	4	-
Slovénie	n.d.	3	5	3,3
Finlande	2011	3,29	5,11	3,59
Allemagne	n.d.	3,3		4,2
Italie	n.d.	3,4		-
Autriche	2013	3,7	6,2	4,5
Belgique	2011	4,63	6,22	4,96
Roumanie	n.d.			5,47

3. L'année 2011 est référencée pour la Belgique puisqu'il s'agit de l'année de référence dans le cadre de la mise en place de la nouvelle mesure. Nous aurions pu fournir les mêmes statistiques pour une année ultérieure mais cela ne changerait sans doute pas le classement puisque nous avons vu que la diminution de la durée de séjour entre 2011 et 2013 est extrêmement faible.

En termes d'organisation, il apparaît clairement que, dans une majorité de pays, l'accent est mis sur les soins/visites pré et postnataux afin d'écourter au maximum le séjour de la patiente en hôpital. En Finlande, par exemple, les programmes de soins prénataux sont gratuits et 99.8% des femmes y participent. Aussi le rôle de la sage-femme est prédominant. Par exemple, en Estonie, toutes les rencontres prénatales, y compris les monitorings de grossesse, se font avec une sage-femme.



UNE ETUDE UTILE!

Ces différentes réflexions nous ont amené à rédiger une note d'informations (note n° 2015.624) qui résume les analyses déjà réalisées à ce stade et qui permet de tirer les premières conclusions en précisant les questions qui restent en suspens. Celle-ci a également pour objectif de présenter les orientations que santhea entend poursuivre par la suite.

Cette étude aura notamment été utilisée dans la définition du cadre théorique des projets-pilotes «accouchement avec séjour hospitalier écourté», travail auquel santhea était associé (malgré les réticences de santhea sur la mise en place de ces projets pilotes et ses doutes sur leur réelle utilité!).

Grâce, notamment, à l'intervention de santhea, la Ministre n'a pas appliqué cette mesure d'économie telle quelle en 2016. Elle n'a pas renoncé à l'économie mais a décidé de la répartir sur l'ensemble des hôpitaux du pays, à l'exception des SP et G isolés qui dépendent d'une entité fédérée. Cette dernière, évaluée à environ 18 millions également, est répartie au prorata du nombre de lits agréés connus au moment du calcul de répartition.

Evelyne Bossart, Cadre intermédiaire du département infirmier, responsable du pôle Mère-Enfant, cheffe du service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé des Fagnes (CSF)



Evelyne Bossart

«La fédération santhea a accompagné notre département dans l'élaboration de notre projet de suivi à domicile après un accouchement en nous fournissant les résultats de ses recherches dans la littérature internationale et en partageant les expériences de ses contacts, explique Evelyne Bossart, cheffe du service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé des Fagnes. Nous avons pu bénéficier d'un regard professionnel sur notre projet. Finalement, notre institution n'a pas été retenue parmi les projets pilotes sélectionnés par le SPF Santé publique. Avoir répondu à l'appel à projet nous a néanmoins permis de poursuivre une réflexion déjà initiée au sein de notre institution. En élaborant le projet, nous l'avons construit avec et pour les acteurs de terrain. Nous fonctionnons déjà en visant une durée de trois jours pour le séjour en maternité après accouchement et un respect des bonnes pratiques pour le suivi pré et postnatal ».

Le Centre de Santé des Fagnes ne dispose pas d'équipes ambulatoires actives au domicile des patients. «Nous collaborons principalement avec des sages-femmes indépendantes, l'ONE et des médecins traitants. Nous nous inscrivons dans une optique de renforcement du réseau préexistant dont les généralistes. Cette politique repose sur une analyse approfondie des besoins locaux. En élaborant notre projet, nous avons tenu compte de l'isolement géographique et des soucis de mobilité propres à la région ».

Evelyne Bossart constate qu'il n'est pas aisé d'expliquer aux patientes qu'elles devront quitter plus rapidement la maternité que par le passé. «Elles n'ont pas été assez prévenues à ce sujet par les autorités. Les hôpitaux doivent désormais eux-mêmes faire passer ce message. Nous avons décidé d'informer les patientes de cette sortie précoce de l'hôpital dès les consultations prénatales. Nous avons aussi élaboré un calendrier spécifique reprenant les différentes informations avant l'accouchement. Nous préparons un document qui présentera les implications du raccourcissement de la durée de séjour en reprenant les périodes pré et post natales pour les patientes et leurs familles afin de permettre de pouvoir les guider. Dans la région de Chimay, le processus de prise en soin doit être pensé de façon différente. La collaboration avec les autres hôpitaux est recherchée afin d'assurer une complémentarité dans nos actions. L'équipe des pédiatres collabore activement à ces diminutions de durée de séjour et rencontre rapidement sans soucis les nourrissons nés dans un hôpital différent du nôtre. Il est indispensable de partager correctement l'information entre les prestataires et de veiller à une grande transparence vis-à-vis des futures mères et des médecins traitants. Ces derniers connaissent souvent mieux les familles que le personnel hospitalier. Dans notre approche globale, nous visons le partenariat et l'empowerment des patients ».



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

[Juillet-Août 2015]

[Thèmes abordés] Juillet-Août 2015

✓ Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs

La Commission des conventions a conclu un avenant à la convention nationale «hôpitaux – OA». Deux dispositions de la convention sont adaptées par cet avenant :

1. Il est précisé que pour les patients qui sont hospitalisés dans un hôpital psychiatrique ou dans un service Sp ou un service G isolé et qui doivent faire l'objet d'une hospitalisation de jour chirurgicale, il est prévu que les montants par admission et par journée peuvent être portés en compte par l'hôpital qui effectue l'intervention.

Dans la pratique, cette facturation est déjà autorisée depuis longtemps par les mutualités. Il y a même des pseudocodes pour la facturation du montant par admission et par journée pour l'hospitalisation de jour chirurgicale (768040 et 768062) pour des patients hospitalisés ainsi que des instructions de facturation spécifiques.

Il n'était toutefois pas évident de savoir pour quels patients hospitalisés ces pseudocodes pouvaient être utilisés. L'avenant dissipe à présent tout malentendu à ce sujet.

2. L'article 97 de la loi sur les hôpitaux prévoit que «pour le séjour en chambre individuelle, aucun supplément ne peut être facturé lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs».

Un certain nombre d'hôpitaux affirment que l'interdiction n'est applicable que lorsque le patient séjourne aux soins intensifs depuis son admission et pas lorsque le patient doit être transféré aux soins intensifs pendant son séjour.

Ce n'est cependant pas l'intention du législateur qui déjà dans le document explicatif joint à la déclaration d'admission mentionne clairement qu'aucun supplément ne peut être facturé *“Si vous êtes*

admis ou transféré dans une unité de soins intensifs ou au service des urgences et séjournez pour la durée du séjour dans cette unité”.

Dans l'attente d'un éclaircissement apporté par la loi sur les hôpitaux même, l'avenant ajoute la disposition suivante dans la convention :

“En application de l'article 97 de loi des hôpitaux, il n'est pas permis de facturer des suppléments de chambre au patient pendant le séjour dans une unité de soins intensifs”.

Chose peu habituelle, l'avenant produit ses effets avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2013, date d'entrée en vigueur de la convention, dans la mesure où il ne produit aucune mesure nouvelle mais apporte les précisions requises pour dissiper tout malentendu et éviter des erreurs de facturation.



✓ CNEH Section Financement

Lors de la réunion plénière de la Section Financement du 11 juin 2015, il a été annoncé par l'administration compétente du SPF Santé publique que, pour des raisons tenant à la disponibilité des moyens humains nécessaires à leur calcul, les nouvelles sous-parties B 1 et B2 du budget des moyens financiers des hôpitaux généraux au 1^{er} juillet 2015 ne pourront être intégrées dans le budget des moyens financiers qui sera effectivement notifié à ces hôpitaux au 1^{er} juillet 2015. L'intégration de ces nouvelles sous-parties B1 et B2 dans le budget des moyens financiers des hôpitaux concernés interviendra ultérieurement, en principe au 1^{er} janvier 2016, avec octroi d'un montant de rattrapage pour la période écoulée depuis le 1^{er} juillet 2015, voire 1^{er} janvier 2015 pour certaines dispositions.

Sans qu'il soit question de remettre en cause le travail du service compétent, la Section Financement déplore cette situation, découlant de manière générale des économies imposées aux services publics.

La Section Financement souhaite attirer l'attention de la Ministre sur le fait que tous les moyens, notamment humains, doivent être mobilisés pour non seulement garantir la continuité des missions actuelles mais aussi et surtout pour permettre les nouveaux développements à réaliser dans le cadre du nouveau financement des hôpitaux.

✓ Projet Absentéisme : 1^{er} reporting Excelsius

Sur base des versions finales du fichier envoyées par 16 institutions (environ 22 000 travailleurs), un reporting, sous format Excelsius, est produit en août. Celui-ci comporte 5 onglets. Un premier qui comporte un descriptif de l'échantillon et les 4 suivants qui concernent chacun un indicateur. Pour chacun, une distribution de l'échantillon santhea est d'abord présentée, suivie d'une ventilation de l'indicateur par sexe, tranches d'âge, ancienneté et catégorie de personnel, pour l'institution sélectionnée ainsi que pour l'échantillon santhea dans son ensemble.

✓ Dossier Maternité : note d'information

Santhea a jugé utile de mettre sur papier toutes les informations et réflexions qui ont été récoltées en lien avec le dossier Maternité. La note d'information publiée en août a dès lors pour vocation de faire la synthèse des données collectées et des analyses réalisées, d'exposer les premières conclusions qui ont pu en être tirées et d'expliquer les orientations que santhea entend poursuivre dans le travail qui reste à accomplir.

✓ Projet d'étude DI-RHM

Le modèle de financement des points supplémentaires des épisodes de soins infirmiers par les Nursing Related Groups (NRG) est complexe. Vu l'importance que pourrait prendre le recours aux NRG pour le futur financement des hôpitaux, santhea a entrepris une étude de la documentation délivrée par le SPF - Santé publique sur le sujet. L'objectif visé était double : procéder d'une part à l'élaboration d'un document de synthèse et de tables de référence sur le sujet mais également préparer un futur traitement des données infirmières issues du RHM (DI-RHM).

✓ Fonds Maribel du secteur public : formation 600

Compte-tenu du nombre significatif d'abandons ou d'échecs (proche de 30%) en cours de formation, le Fonds Maribel du secteur public utilise depuis quelques années deux accompagnatrices chargées d'informer et de suivre les étudiants, et d'assurer un rôle d'intermédiaires entre les étudiants et les écoles. Ces accompagnatrices ont fait part aux membres du Comité de gestion du Fonds Maribel du fait que les candidats retenus pour participer aux formations 600 n'étaient souvent pas suffisamment informés des conditions pratiques de ces formations et des difficultés qu'ils ne manqueront pas de rencontrer (malgré la transmission à chacun d'eux d'une note d'information écrite). Le Comité de gestion a donc décidé de rendre obligatoire, sous peine de rejet de leur dossier, pour les candidats sélectionnés pour le projet 600 débutant en septembre 2015, la participation à une session d'information organisée à plusieurs dates et en différents lieux.

6 candidats ont été refusés suite à leur non-participation sans justification valable à une des sessions d'information.

✓ Fonds Maribel du secteur public : mesures de statutarisation

Conformément au résultat des discussions du mois de juin, le Fonds Maribel a décidé d'octroyer aux institutions qui se sont engagées dans une politique de statutarisation un délai supplémentaire pour atteindre les conditions leur donnant droit à l'octroi d'une partie du budget destiné à soutenir cette politique de statutarisation. Il a néanmoins été décidé, s'ils satisfont aux conditions à l'issue de ce délai, de ne leur octroyer que 80% de la somme à laquelle ils auraient eu droit s'ils avaient parfaitement respecté les conditions de l'accord.

✓ Comité de l'assurance des soins de santé

Les membres du Comité de l'assurance ont pu, pour la première fois, prendre connaissance du projet relatif aux soins intégrés pour les malades chroniques (qui deviendra ensuite «Chronicare»), développé par l'INAMI à la demande de la Ministre des Affaires sociales.

Décrit au Comité de l'assurance comme un projet «Bottom Up» basé sur une approche de la population d'une région définie (75.000 habitants) pour laquelle il y a lieu de mettre en place de nouvelles formes d'organisation plus intégrées de manière à ce que les soins puissent être dispensés sans encombre, le Plan est par ailleurs lié aux entités fédérées qui en sont parties prenantes et avec lesquelles il a fallu définir responsabilités et compétences.

Lors de cette première présentation, santhea a déjà abordé quelques points qui, selon ses membres seront susceptibles de poser difficulté.

Santhea lance, à partir de cette date une concertation interne qui débouchera, en décembre 2015 sur un texte reprenant une analyse complète du projet sous l'angle de vue de ses membres.

Le Comité de l'assurance a également été prié de remettre un avis sur l'introduction dans la nomenclature de génétique, d'une nouvelle prestation pour la détection prénatale non-invasive de toutes les aneuploïdies autosomiques foetales (NIPT). Ce test prénatal non-invasif



est basé sur le séquençage de l'ADN foetal circulant sous forme libre dans le plasma maternel afin de permettre en un seul test la détection de toutes les aneuploïdies autosomiques foetales, dont la plus fréquente est la trisomie 21. Ce test est beaucoup plus sensible et plus spécifique que la technique utilisée actuellement (cFTS = combined first trimester screening) et peut être réalisé sur simple prise de sang.

Ses meilleures performances permettront d'une part d'améliorer la détection du nombre de foetus atteints d'aneuploïdie (moins de faux négatifs) et d'autre part de diminuer le nombre de procédures invasives inutiles (moins de faux positifs), chorio- ou amniocentèses, et le nombre de fausses-couches en résultant, ce qui génèrera une économie substantielle. Le remboursement de ce test prédictif dont les résultats sont largement validés est certainement une bonne chose mais santhea s'est «étonné» de la technique budgétaire consistant à, sans demander l'avis de la Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs, prélever une économie supposée de 776.000 euros sur le budget de l'hôpital de jour pour l'affecter au financement d'honoraires médicaux.

La réforme des études infirmières Pourquoi faire?

Quels sont les besoins, les attentes des employeurs, le point de vue de la profession, les ressources disponibles et les attentes des patients?

Comme cela est hélas devenu une habitude, la Belgique traîne à transposer en droit belge la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dont celle d'infirmier responsable en soins généraux. De source officielle, il semblerait cette fois que ce serait chose faite dans le courant du mois de juin prochain. La directive serait, en outre, transposée sans aucun amendement.

Santhea n'a pas attendu les "Politiques" pour réfléchir à la problématique et élaborer une position claire sur le virage à prendre.

Il le fait savoir !

Le personnel infirmier est fêté le 12 mai, on en parle et on chuchote. Les *infirmières* sont-elles des anges? Vous avez mal? Elles vous écoutent et vous soulagent. Vous vous reposez? Elles viennent doucement faire leurs contrôles, sans vous réveiller. Vous avez peur? Elles vous rassurent tout en vous disant la vérité. Vous êtes triste? Elles vous font des blagues et vous racontent des anecdotes rigolotes. Vous vous sentez perdu? Elles vous connaissent et s'adressent à vous en sachant qui vous êtes. Que ce soit pour un court séjour à l'hôpital, des venues récurrentes, une longue hospitalisation ou des visites à domicile, les infirmières savent nous épauler et nous soutenir!

On parle du nombre d'infirmiers, dans tous les secteurs de soins. Le personnel est débordé, car quantitativement insuffisant. D'autres regrettent que les normes en personnel infirmier n'aient pas évolué avec la complexification des soins, la durée de séjour des patients en milieu hospitalier, la prise en charge des patients dans le cadre des programmes de soins et autres fonctions hospitalières et la pénurie de la profession médicale. D'autres encore craignent que les cadres infirmiers ne disposent pas d'une formation suffisante pour assurer leurs tâches managériales. On parle alors de la gestion des ressources humaines. Plusieurs études en Europe et aux Etats-Unis ont associé les concepts de morbidité et de mortalité au nombre quantitativement et qualitativement insuffisant des infirmiers.

La plupart conclut qu'une des raisons du malaise qui agite la profession est le défaut d'attractivité et la pénurie de la profession qui en a découlé. On parle alors de «diversification des fonctions de soins» autour des patients, on s'interroge sur le bagage académique requis et les spécialisations requises. Pour être à la hauteur de la tâche et œuvrer dans un climat sécuritaire de travail, il faut créer d'autres filières de formation au niveau universitaire, avec une seule catégorie infirmière et des aides-soignants aptes à les seconder efficacement. Tout cela, sur fond d'enjeu européen et de «l'euromobilité» de l'infirmier responsable en soins généraux.

Dans cet article, il sera question du personnel infirmier, et plus largement du personnel soignant. Catégorie professionnelle majoritaire au sein des hôpitaux et plus spécifiquement de leurs budgets. Personnel présent 24 heures sur 24 au chevet de tous les patients, et par conséquent collaborateur permanent du monde médical. Le personnel est souvent associé

à une charge. Pourra-il un jour se muer en Ressource et Investissement? Nous tenterons de répondre à cette question, à l'aune précisément de la réforme des études. Un point d'attention sera également accordé à la fonction aide-soignante.

LA DIRECTIVE 2013/55/UE DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL DU 20 NOVEMBRE 2013, RELATIVE A LA RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES – INFIRMIER RESPONSABLE DE SOINS GENERAUX

La directive est parue au journal officiel le 28 décembre 2013. Deux ans étaient prévus pour sa mise en oeuvre dans les 28 pays de l'Union européenne, soit au plus tard **le 18 janvier 2016**. Il s'agit d'une directive sectorielle qui concerne 7 titres de base : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, architectes, sages-femmes et infirmiers.



La directive prévoit **UN SEUL TITRE INFIRMIER** : “ infirmier responsable de soins généraux” (IRSG), obtenu au terme de minimum **3 années** d'un enseignement de **4600 heures**, réparties en **2300 heures de théorie et 2300 heures de pratique**, avec un minimum de 1/3 de théorie et 2/3 de pratique (enseignement clinique).

Au-delà d'un nombre défini d'heures d'apprentissage, l'accès au titre d'IRSG suppose le respect de **8 compétences** :

- diagnostiquer les soins infirmiers de façon indépendante;
- collaborer de façon effective avec d'autres acteurs du secteur de la santé;
- responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie sain et qu'ils se prennent en charge;
- engager de façon indépendante des mesures immédiates pour préserver la vie, et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe;
- apporter des conseils de façon indépendante;
- assurer, de façon indépendante, la qualité des soins infirmiers et leur évaluation;
- assurer une communication professionnelle complète et coopérer avec les membres d'autres professions;
- analyser la qualité des soins, afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle.

EN PRATIQUE, EN BELGIQUE

A ce jour, l'équipe soignante hospitalière d'une unité de soins est composée de praticiens infirmiers, c'est-à-dire d'infirmiers bacheliers (gradués A1), d'infirmiers brevetés (A2), d'assistants en soins hospitaliers (ASH) et des aides-soignants. L'équipe dispose également de personnel de soutien, de première et de seconde ligne, avec respectivement les assistants en logistique, le personnel de transport interne des patients, et une aide administrative. L'équipe est dirigée par un infirmier en chef, bachelier ou breveté, avec ou sans formation de niveau Cadre de santé et/ou de type universitaire (Mastère).

Le cadre européen de certification (European Qualification Framework), a décrit depuis l'année 2012, 8 niveaux de qualification des points de vue connaissance, compréhension et capacité d'action. La fonction aide-soignante occupe le niveau 4 (CESS¹ + une 7^{ème} année professionnelle), les infirmiers brevetés et les assistants en soins hospitaliers, le niveau 5 (EPSC²), les infirmiers gradués (bacheliers), le niveau 6 (Hautes Ecoles – Spécialités infirmières – Cadre de santé). La formation de niveau universitaire (infirmier bachelier avec un mastère en Santé publique) se situe au niveau 7, et le doctorat occupe le rang 8.

Les niveaux de formation 4 à 6 sont également organisés en promotion sociale.

Un infirmier breveté peut devenir infirmier bachelier moyennant le suivi de 3 années de formation dans le cadre du système "passerelle". Les 3 années de graduat (baccalauréat) infirmier constituent en quelque sorte une passerelle pour accéder au mastère, de niveau universitaire. Un assistant en soins hospitaliers est un praticien infirmier au sens de l'arrêté n° 78, qui a suivi les deux premières années de la formation d'infirmier breveté, et qui peut dispenser les soins infirmiers uniquement en présence de personnel infirmier. La formation n'est plus opérationnelle depuis 2001.

La fonction aide-soignante est une des professions des soins de santé, au sens de l'arrêté royal n° 78. Divers prescrits légaux ont défini au cours des années 2006 à 2013 le statut, le titre, une formation, une liste d'actes



pouvant être délégués par le personnel infirmier, ainsi que les modalités de reconnaissance et d'enregistrement de la profession. L'accès direct à la profession, est réservé aux personnes qui se prévalent d'une formation d'aide-soignante ou assimilée, ainsi qu'aux personnes qui se prévalent du certificat de réussite d'une première année de bachelier en soins infirmiers, d'infirmier gradué ou d'infirmier breveté. Depuis le 1^{er} janvier 2016, il n'y a plus aucune mesure transitoire qui permette l'accès à la fonction et au titre d'aide-soignant sans avoir suivi la formation.

¹ Certificat d'enseignement secondaire supérieur

² Enseignement professionnel secondaire complémentaire

UN NOUVEAU PROGRAMME DE FORMATION, UNE NOUVELLE EQUIPE DE SOINS.

L'équipe soignante au chevet du patient sera composée exclusivement **d'infirmiers bacheliers**, qui auront suivi une formation de base en haute école, d'une durée de 4 ans; formation correspondant au niveau 6 du cadre européen de certification. Ces infirmiers seront assistés **d'assistants en soins infirmiers**, qui auront suivi une formation d'une durée de 3 années, correspondant au niveau 5 du cadre européen de certification, c'est-à-dire le niveau de la formation des infirmiers brevetés. L'équipe sera dirigée par un infirmier en chef, infirmier bachelier, se prévalant d'un mastère en Santé publique, formation de niveau universitaire.

L'équipe sera toujours secondée par les assistants en logistique, les brancardiers et les aides administratives.

L'infirmier bachelier, responsable de soins généraux, pourra circuler et postuler librement au sein de l'Union européenne. L'infirmier breveté ne disposera ni du niveau, ni des compétences requis pour postuler dans d'autres pays de l'Union européenne.

Le programme des études se déroulera sur une période de 4 années, dès le 1^{er} septembre 2016.

POSITION DES TUTELLES FEDERALES ET REGIONALES

Les Ministres des Régions de Bruxelles et Wallonne soutiennent la proposition de la réforme des études, qui correspond à la mise en conformité des compétences infirmières avec les exigences européennes. Il est cependant à noter que le Conseil d'orientation de l'ARES (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur³), au niveau duquel santhea est représenté, ne s'est pas encore réuni une seule fois, alors qu'une de ses actualités réside précisément dans l'étude et l'analyse de la réforme des études infirmières.

Au niveau fédéral, Madame la Ministre De Block, qui reconnaît l'augmentation des besoins en soins et veut éviter tout risque de pénurie infirmière, souhaite cependant conserver la double filière de formation "A1-A2", sans rapport hiérarchique entre elles. Elle ne souhaiterait pas davantage, et à ce stade, engager la révision de la liste des actes infirmiers, et adopter le titre d'auxiliaire pour la future et nouvelle fonction aide-soignante, comme c'est le cas à l'étranger.

SOUHAITS DES EMPLOYEURS

Santhea et la plupart des Directeurs des hôpitaux affiliés soutiennent de longue date la mise en oeuvre d'une seule filière pour la formation infirmière. D'aucuns soulignent, à cet égard, le fait que deux catégories professionnelles qui exercent le même métier devraient à tout le moins bénéficier de la même rémunération. Le système de passerelle, organisé en Communauté française, interroge également la plupart d'entre eux, surtout lorsqu'un système similaire permet, en région flamande, aux détenteurs du brevet, d'accéder au niveau gradué/bachelier en une seule année.

Porter le titre infirmier doit avoir la même signification partout en Europe. Il serait dès lors hautement regrettable de se distinguer une fois de plus en Belgique, avec une "seconde" infirmière, en quelque sorte au rabais en regard du niveau européen.

Plusieurs directeurs plaident pour l'organisation d'un système transitoire, dérogatoire voire de passerelle, pour ne laisser personne sur le bord du chemin. Chaque profession a droit à un plan de carrière et toute modification d'un système établi appelle la prise en compte des métiers existants. Sur quelle base seront octroyées les équivalences? La valorisation des acquis de l'expérience sera-t-elle prise en considération?

Une quatrième année n'est pas une garantie en soi. Plusieurs directeurs des départements infirmiers ont souligné à ce propos, au cours des 5

³ Cette instance unique regroupe les établissements d'enseignement supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles (Universités, Hautes Ecoles, Ecoles supérieures des Arts et Etablissements d'enseignement supérieur de promotion sociale) et est composée en outre de trois chambres thématiques pour les matières spécifiques à chaque forme d'enseignement et de commissions permanentes chargées de missions particulières (exemples : vie étudiante, démocratisation et affaires sociales; coopération au développement). Ses missions essentielles sont, en substance, le développement des collaborations entre les établissements, la coordination générale des activités d'enseignement et de recherche, la coordination de la vie étudiante dans ses aspects transversaux, la représentation internationale, la coopération au développement, les statistiques et le pilotage du système d'enseignement supérieur ainsi que l'information et le conseil, notamment en matière d'orientation et d'offre d'enseignement



dernières années, l'insuffisance des niveaux de formation théorique et pratique des nouveaux infirmiers engagés. La demande porte donc également sur une analyse précise des besoins et du type de formation qui en découle. Le nouveau modèle de formation permettra-t-il une bonne visibilité des différents niveaux de spécialisation, en regard des besoins des patients des différents services, fonctions et programmes de soins?

La question des coûts est inévitablement posée. Une formation plus longue appellera-t-elle un niveau barémique plus élevé pour les infirmiers et les futurs assistants en soins infirmiers? Dans ce contexte, quelle place sera laissée aux titres et qualifications professionnels particuliers. Feroient-ils toujours l'objet d'une année supplémentaire, soit un cursus de 5 ans? Dans un contexte où les études de médecine sont ramenées à une durée de 6 ans.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La profession infirmière est en mutation, et la demande d'un seul niveau de formation et partant d'un seul titre infirmier semble enfin en bonne voie. La formation en 4 ans, vers un titre infirmier unique débutera en septembre prochain. Au terme des 4 années, soit à partir de septembre 2019, les hôpitaux devraient disposer d'une seule catégorie infirmière, aidée d'un assistant en soins infirmiers se prévalant d'une formation de niveau "ancien brevet".

La nouvelle offre en personnel sera-t-elle suffisante? Quelles places occuperont les infirmiers bacheliers, brevetés, les assistants en soins hospitaliers et les aides-soignants ayant suivi une 7ème année depuis 2006? Quel sera le paysage académique, et la mutation des études brevetées aura-t-elle eu lieu?

D'autres questions sont également encore pendantes, dont notamment le lien avec l'organigramme infirmier hospitalier actuel. Les besoins en soins des secteurs extra-hospitaliers (MR & MRS, soins à domicile) seront-ils rencontrés avec ce nouveau schéma?

Nous disposons maintenant de 4 années. Gageons que la réforme sera la réponse aux questions posées, et notamment à la problématique de pénurie, motivation et attractivité de la profession, en milieu hospitalier, mais également au domicile et dans le secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées.

RÉFORME



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

[Septembre 2015]

[Thèmes abordés] Septembre 2015

✓ Affiliation d'un nouveau membre chez santhea : les maisons de repos du CPAS de Namur

Le CPAS de Namur gère 5 maisons de repos et de soins (482 lits) et une résidence-services de 40 logements. Deux projets de nouvelles maisons de repos sont actuellement en cours.

Suite à cette affiliation, ont eu lieu : rencontre des Directions, présentation de la fédération et de son champ d'action et définition d'un calendrier de réunions dans le but d'analyser et d'optimiser le financement INAMI.

✓ Forfait Imagerie Médicale : reporting Excelsius

Grâce aux notifications «Forfait Imagerie Médicale» de l'INAMI transmises par ses membres, santhea a réalisé le reporting Excelsius concernant ce forfait. L'échantillon analysé dans ce reporting comporte 29 institutions, c'est-à-dire quasiment tous les hôpitaux affiliés concernés par le forfait d'imagerie médicale. Ce rapport est divisé en 4 parties : l'évolution du forfait, la décomposition du forfait (en fonction du type de séjours), la performance de l'hôpital (différence entre les dépenses observées de l'hôpital et les dépenses moyennes du pays) et les outliers (séjours plus «chers» que la moyenne en termes d'imagerie médicale).

✓ Etude sectorielle MAHA

Comme chaque année, santhea a été associé à une lecture des résultats de l'étude avant sa présentation en séance plénière. Cette lecture permet aux experts qui y participent de commenter, nuancer voire rectifier certains points de la présentation.

Plusieurs membres de l'équipe de santhea ont participé le 24 septembre, à la présentation faite par Belfius aux nombreux représentants des hôpitaux généraux wallons et bruxellois.

Selon la coutume, Belfius organise traditionnellement une conférence de presse dans les quelques heures qui suivent la présentation aux hôpitaux en présence de représentants des fédérations hospitalières.

✓ Réforme du maxi-forfait : réunion d'un 1^{er} groupe de travail au sein de santhea

Suite à une proposition faite par Zorgnet en Commission de Convention Hôpitaux-OA, de créer un nouveau forfait pour la chimiothérapie orale et subcutanée, dans la lignée du maxi-forfait (réservé jusque là aux injections intraveineuses ou intracavitaires), il a été décidé qu'un groupe de travail constitué d'experts se réunirait au sein de la Commission de Convention pour évaluer la proposition. Pour préparer cette réunion, santhea a organisé un groupe de travail interne afin d'examiner les différents aspects de la problématique, notamment la nécessité de créer un tel forfait pour un type d'administration qui ne requiert peut-être pas la même surveillance et qui pourra peut-être même se faire à domicile.

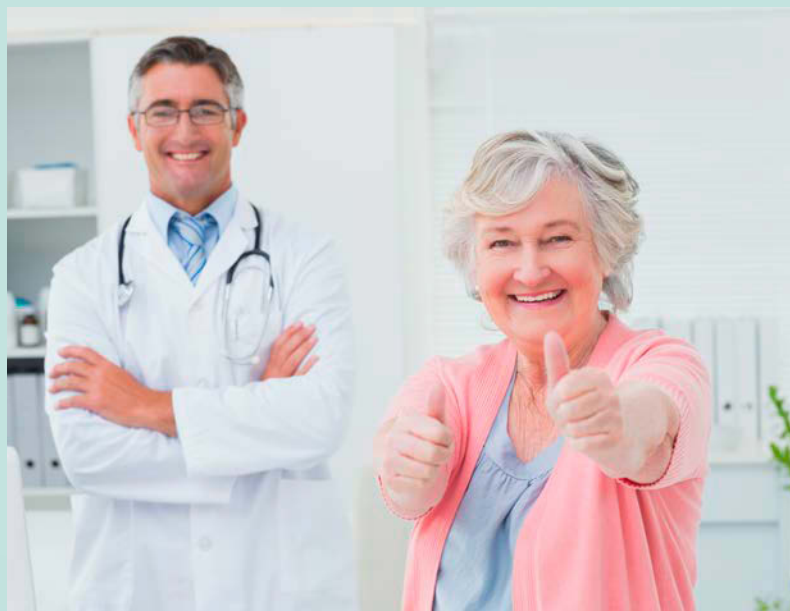


✓ SPF - Santé publique : congrès SNOMED CT

Ce congrès s'est avéré l'occasion parfaite d'en apprendre davantage sur cette terminologie clinique en passe de révolutionner l'enregistrement des soins de santé en Belgique. Potentiellement capable de décrire l'ensemble du processus de soins de santé (pathologies, procédures thérapeutiques, pharmacopée, soins infirmiers, ...), le langage SNOMED Clinical Terms sera à terme exploité par l'ensemble des acteurs en santé, du médecin généraliste jusqu'au statisticien. Son usage promet une amélioration drastique de la communication médicale et, ce faisant, une simplification administrative marquante pour notre système de soins de santé.

✓ Satisfaction Patients

Après quelques mois d'utilisation, un bilan des nouveaux questionnaires thématiques (Pédiatrie, Maternité, Urgences et « Néonate ») a été réalisé. Les remarques des membres ont été prises en compte en vue de l'adaptation des questionnaires.



✓ Approfondissement et élargissement des projets 107

Dès septembre 2015, la Ministre fédérale de la Santé publique et le SPF Santé publique ont annoncé leur intention de concrétiser la volonté de la Ministre d'approfondir et d'élargir les projets 107 sur base de l'évaluation de l'expérience acquise. Elle entend en effet poursuivre de cette manière la politique de mise en place de circuits et réseaux de soins dans les soins de santé mentale lancée en 2011 en application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux.

Elle mettrait ainsi en oeuvre l'annonce faite précédemment dans l'accord de gouvernement, lequel prévoit que les circuits de soins dans le secteur de la santé mentale - ou projets article 107 - seront structurés, après évaluation, dans la réglementation et le financement, et que les zones géographiques mal desservies seront éliminées. Maggie De Block et ses homologues des entités fédérées ont constitué une « Task Force Soins de Santé mentale » afin de se concerter à cet égard.

La Ministre annonçait ainsi son intention de combler, par l'extension de projets existants, les manques constatés dans le paysage des soins de santé mentale. Ce fut le point de départ d'une série de réunions plus ou moins productives avec les autorités sur le sujet.

« La gestion du temps de travail, à l'aune du respect du budget et des acquis sociaux »

La législation sur le temps de travail est un sujet qui ne cesse de susciter intérêt mais aussi beaucoup d'inquiétude de la part des institutions affiliées à santhea.

Dans ce contexte, l'annualisation pourrait constituer une solution aux problèmes rencontrés par les hôpitaux, entreprises à budget fermé et soumises à variations saisonnières!

Santhea vise, par son implication auprès de ses membres, à un travail harmonieux entre les Départements des ressources humaines et infirmiers, au travers d'une gestion rigoureuse dans le respect des acquis sociaux.

Son respect est à cet égard contrôlé par l'Inspection des Lois sociales dans la plupart des institutions affiliées, depuis l'année 2014 et par l'ONSS, pour quelques-unes d'entre elles.

L'intérêt de traiter ce sujet, à l'occasion de la rédaction du rapport annuel, se mesure aussi au nombre des réflexions, interventions et autres propositions dont on entend de plus en plus parler en Belgique et à l'étranger.

Nous visons ici, plus particulièrement les 10 pistes proposées par le Ministre de l'Emploi, Monsieur Kris Peeters, dans le cadre du projet de réforme du gouvernement au sujet précisément de la flexibilité des horaires. Santhea s'interroge dès-à-présent, sur les avantages dont le secteur des soins de santé pourrait tirer parti. A ce stade et à titre



d'exemples, certaines pistes font déjà l'objet de réflexions et d'échanges. La prestation volontaire d'heures supplémentaire, sous réserve d'un encadrement de la mesure, l'élargissement de la période de référence qui pourrait passer du trimestre au semestre voire à l'année et le télétravail qui pourrait sans doute s'appliquer à certaines fonctions à caractère administratif. Au-delà de ces points, santhea reviendra ultérieurement sur les autres mesures du « plan Peeters ».

Dans le cadre de cet article, il sera question des actions conduites par santhea, à l'occasion précisément des inspections des lois sociales. Un point d'attention sera consacré au principe « d'annualisation », période de référence liée aux prestations supplémentaires de travail, « les bien connues » heures supplémentaires.

PARCE QUE SANTHEA VEUT AIDER SES MEMBRES, LES REPONSES À LEURS ATTENTES SONT UNE PRIORITE. LES ATTENTES SONT DES QUESTIONS, MAIS EGALEMENT DES DEMANDES D'INFORMATIONS SUR LES ACTUALITES.

Divers aspects de la législation sur le temps de travail ont déjà pu être traités : les changements d'horaires, la dérogation à la durée minimale de chaque période de travail, la publicité de l'horaire de travail, la gestion des heures supplémentaires avec ou sans sursalaire et/ou récupération, la durée de travail spécifique des médecins....

Concomitamment, c'est dans le contexte des visites d'inspection des lois sociales, que santhea a également été interpellé par les Directions des Départements infirmiers, en octobre 2015. Cette interpellation portait sur la demande d'organisation d'une réunion spécifique, en prévision de la mise en commun des injonctions, des documents demandés et des attentes des membres.

A l'analyse des questions posées, il est apparu que la problématique touchait de façon générale la législation relative au temps de travail, de la planification de l'horaire jusqu'au calcul du salaire¹.

De façon plus spécifique, dans la plupart des hôpitaux, les inspecteurs ont mis en cause le calcul et le défaut de paiement des prestations supplémentaires, ainsi que le défaut des mentions légales qui doivent obligatoirement figurer au niveau des documents sociaux en général et du règlement de travail en particulier. Dans certains cas, l'hôpital s'est vu infliger une pénalité financière avec en outre l'injonction d'apurer les soldes d'heures supplémentaires.

LES DEPARTEMENTS DES RESSOURCES HUMAINES ET INFIRMIER SONT À L'ECOUTE ET DEVIENNENT DES ACTEURS DE LA PROBLEMATIQUE!

Au vu de la complexité de la matière, santhea a proposé, aux cadres des secteurs des Ressources humaines et des Départements infirmiers, un schéma de travail commun en deux étapes : la participation au programme de formation organisé conjointement par santhea et l'Unipso d'une part, et la participation à un groupe de travail d'autre part.

Depuis 2010, le programme de formation « santhea-Unipso » s'est construit autour de trois axes, A, B et C. L'axe A intitulé « Législation sociale et horaires » aborde précisément les diverses problématiques relatives à la gestion du temps de travail. C'est dans ce contexte que les deux dernières journées de cet axe, les 16 et 26 novembre 2015, ont été suivies par les cadres des deux départements concernés, soit une vingtaine de participants par séance. Tous les prescrits légaux, en relation avec le travail à temps plein, à temps partiel et les différents types de congés, ont été abordés par le formateur, juriste auprès de l'UCM.

La seconde étape du programme santhea a consisté en la création d'un groupe de travail. Par cette organisation, santhea vise des objectifs de formation et de mise en commun des questionnements et des procédures de travail.

1. Travail à temps partiel et à temps plein – horaire prévu versus horaire presté – prestations d'heures supplémentaires – calcul des heures prestées en cas de maladie, week-end, jours fériés et congés – publicité et délai de publication de l'horaire – le cas spécifique du service de Dialyse – horaires fixe et variable – dérogation aux prestations – annualisation du temps de travail – changements d'horaire entre personnels – crédit-temps – congé légaux – règlement de travail.

Santhea a tout d'abord tenu à s'assurer de ce que les deux journées de formation ont été bénéfiques pour les participants : apprentissage, compréhension, mise en pratique de diverses procédures de traitement des dossiers et de gestion du personnel, ainsi qu'une réponse optimale aux injonctions des inspecteurs. Sur ces bases, un programme de formation, décentralisé par province et/ou par institution sera proposé dès janvier 2016.

Le second objectif consistera en la réalisation d'un inventaire exhaustif des demandes formulées par les inspecteurs, et la définition du rôle que pourra jouer santhea, dans ce contexte, auprès de la Direction de l'inspection.

Santhea proposera un programme de travail commun aux deux départements, dès lors que le personnel traite la même matière, chacun à son niveau. C'est ainsi par exemple que le Département infirmier aménage le temps de travail de son personnel, planifie les horaires, en tentant de respecter les souhaits de tout un chacun. Les services des ressources humaines, sur base des horaires prestés, calculent alors les heures travaillées, les prestations supplémentaires et déterminent les quotas d'heures à payer en « sursalaire ».

Se pose la question d'un modèle d'horaire optimal, c'est-à-dire un schéma qui génère peu voire aucune heure supplémentaire, en regard du budget alloué. Comment planifier a priori pour éviter à terme tous types de débordements?

Sachant, comme nous l'écrivions dans le rapport annuel de santhea 2014, *« que l'horaire concerne des personnes humaines soucieuses du meilleur service à offrir à la patientèle, et qu'il devrait pouvoir garantir à chacun un équilibre entre sa vie privée et professionnelle et de façon plus générale, des conditions de travail optimales »*, serons-nous en mesure, au sein des hôpitaux santhea, de définir un certain nombre de règles communes pour planifier l'horaire du personnel? *« Des règles de contrainte et d'optimisation suivant que l'on traite de notions qui relèvent de la composition de l'équipe soignante, d'un règlement d'ordre intérieur de chaque unité de soins, de desiderata généraux et de souhaits*



*particuliers»*². Pourrions-nous en modéliser le processus, sachant aussi que les contraintes légales et le climat social sont des matières difficiles à modéliser?

Enfin, un programme de travail commun, c'est aussi plus largement une réflexion et la mise en œuvre de procédures communes de travail : la gestion des heures travaillées, le paiement des sursalaires, la gestion des documents sociaux,....

Le groupe de travail se réunira à partir du 14 janvier 2016.

2. Rapport annuel santhea 2014, page 26, §§ 4 et 6.

ANNUALISATION, UNE SOLUTION AUX PROBLEMES RENCONTRES PAR LES HOPITAUX, ENTREPRISES À BUDGET FERME ET SOUMISES A VARIATIONS SAISONNIERES?

Quels sont les objectifs, impacts et implications de ce principe de gestion du temps de travail dans le secteur des soins de santé, où la période de référence actuelle est le trimestre³; période au terme de laquelle les soldes des heures supplémentaires doivent être apurés.

On assiste régulièrement à une demande récurrente du secteur hospitalier d'élargir la période de référence à un délai de 6 mois, voire 1 an. Une périodicité, allant par exemple du 1^{er} avril au 31 mars⁴, correspondrait peut-être mieux aux caractéristiques de l'hôpital qui, comme chacun sait, est une entreprise soumise à des variations saisonnières. Un tel laps de temps pourrait offrir plus de souplesse, et permettre plus aisément la récupération des prestations supplémentaires, grâce aux périodes de moindre activité.

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES/SUPPLEMENTAIRES ET PERIODE DE REFERENCE. QUELLES SONT LES REGLES OBSERVEES PAR LES DEPARTEMENTS DES RESSOURCES HUMAINES?

Selon la terminologie communément employée dans le secteur, les heures travaillées dans le cadre de l'horaire prévu, au-delà du temps de travail contractuel peuvent être dénommées «heures complémentaires». Dans la loi, il s'agit «d'heures supplémentaires structurelles»⁵. Elles peuvent faire l'objet de récupérations, de façon à garantir au personnel la prestation moyenne de 38 heures/semaine⁶ (pour 1 personne à temps plein).

Attention, la notion de «prestations complémentaires» est spécifique du travail à temps partiel. Il s'agit de prestations effectuées au-delà de l'horaire prévu, sans dépasser le temps de travail à temps plein. Les heures complémentaires sont comptabilisées sous forme d'un crédit appelé «crédit d'heures complémentaires». Ce crédit est de 12 heures par mois pour un horaire hebdomadaire fixe. Il est porté à 39 heures par trimestre, pour un horaire hebdomadaire variable.

Toujours selon les prescrits légaux, il y a lieu de distinguer les heures supplémentaires «structurelles» et «ponctuelles».

Les heures supplémentaires «structurelles» peuvent déroger aux limites normales du travail, à condition de respecter les 5 conditions suivantes :

- les limites dérogatoires doivent être notifiées dans le règlement de travail;
- ne pas dépasser la limite journalière de 11 heures;
- ne pas dépasser la limite hebdomadaire de 50 heures;
- le total des heures supplémentaires ne peut dépasser 78 heures au cours de la période de référence, et ne peut jamais être négatif;
- la prestation moyenne de 38 heures/semaine doit être respectée au terme de la période de référence, c'est-à-dire le trimestre.

3. Arrêté royal du 14 avril 1988 relatif à la durée du travail dans les établissements dispensant des soins de santé, de prophylaxie ou d'hygiène, article 2 : «Les limites de la durée du travail fixées par les articles 19 et 20 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail ou par la convention collective de travail applicable aux entreprises visées à l'article 1^{er} peuvent être dépassées à condition que la durée hebdomadaire de travail, calculée sur une période d'un trimestre maximum, ne dépasse pas en moyenne la durée du travail fixée par la loi ou la convention collective de travail.»

4. Il s'agit donc d'une année calendrier et non civile.

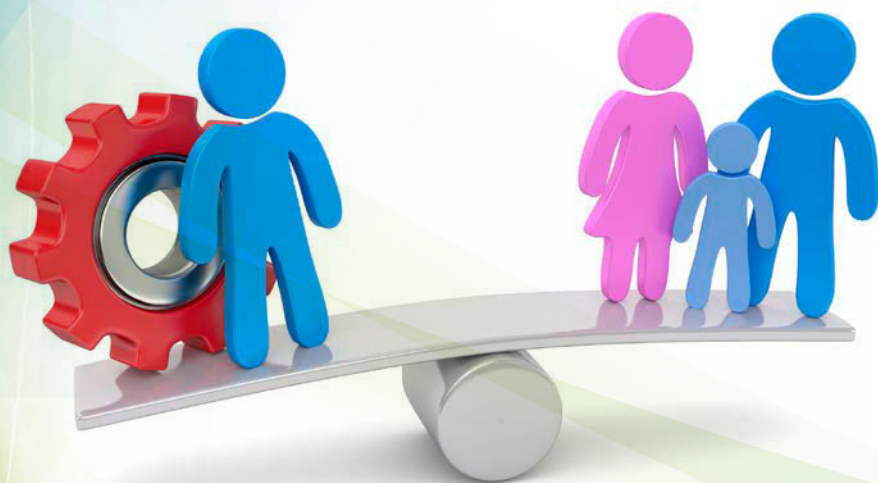
5. Ces dérogations sont celles qui sont organisées et qui font partie des horaires réguliers. Le travail en équipes successives et l'impossibilité d'appliquer les limites normales sont des cas de dérogations structurelles à la limite journalière et à la limite hebdomadaire du travail appliqués dans notre secteur.

6. Les limites maximales, hormis dérogations, sont : 8h par jour et 40h/semaine en respectant une moyenne de 38h/semaine. Les dérogations structurelles permettent à tout membre du personnel de prester quotidiennement un maximum de 11 heures et 50 heures par semaine. Les prestations quotidiennes maximales de 12 heures sont limitées aux services dits «à flux tendu» : services des urgences et des soins intensifs.

En dehors de ces circonstances, on parle de prestations supplémentaires «ponctuelles»⁷ c'est-à-dire des prestations qui requièrent le paiement d'un sursalaire, et qui ne sont pas récupérées. Elles sont destinées à faire face à des événements imprévisibles, qui n'ont donc pas pu être organisés structurellement par l'employeur.

L'employeur veillera donc à respecter ces règles, en prévoyant des repos compensatoires ou congés de récupération. Il devra veiller en particulier à ce que la limite interne de 78 heures ne soit jamais dépassée.

Les heures prestées en dépassement des limites dérogatoires journalières et hebdomadaires, feront toujours l'objet du paiement d'un sursalaire et ce, indépendamment du moment de la période de référence.



L'ANNUALISATION CORRESPOND AU PASSAGE DE LA PERIODE DE REFERENCE D'UNE DUREE DE 3 MOIS A UN AN. QUELLES EN SONT LES IMPLICATIONS POUR LES EMPLOYEURS ET LES TRAVAILLEURS?

Dans le secteur hospitalier, les règles actuelles sont contraignantes, voire inapplicables, et les représentants des travailleurs demandent parfois eux-mêmes d'y déroger. Offrir plus de souplesse permettrait donc de mieux assurer la continuité des soins tout en garantissant aux travailleurs un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Comment dès lors tirer parti de l'annualisation de la période de référence?

On peut déjà entrevoir quelques avantages, sous réserve de définir le terme de la période annuelle au 31 mars et non au 31 décembre, et en couplant à cette période la possibilité d'écouler la prise des congés annuels :

- **la prise des congés annuels** avant le 31 décembre correspond à une période qui se trouve au milieu des vacances de Noël et implique un premier comptage pour la première partie des vacances. Les congés pris après le 31 décembre, au cours de la seconde période des vacances, sont alors des congés de l'année nouvelle, pour laquelle les feuilles de congés ne sont pas nécessairement encore préparées;
- **une meilleure compatibilité avec l'activité hospitalière.** On observe généralement que la prise des congés annuels par le personnel est la plus faible de janvier à fin mars, ce qui permet sans doute d'aménager l'horaire avec plus de facilité. Du point de vue de l'activité, cette période apparaît également moins lourde. Elle s'avère aussi intéressante du point de vue «gestion administrative» de l'entreprise. En effet, ce n'est pas une période particulièrement riche en échéances, comme par exemple le paiement du pécule de vacance, la réception du BMF, la clôture du compte de résultat,...;
- **un laps de temps plus long, assorti de diverses périodes d'activités moins lourdes**, pour octroyer plus aisément les repos compensatoires, et diminuer les heures avec sursalaire.

⁷ Dérogations ponctuelles : correspondent au caractère imprévisible des prestations supplémentaires (le surcroît extraordinaire de travail, les travaux entrepris en vue de faire face à un accident survenu ou imminent,...).

Augmenter la période de référence à un an n'offre pas que des avantages. Cette méthode de gestion du temps de travail doit être prudente et rigoureuse. Sans cela, les employeurs pourraient se voir confrontés au paiement de quotas d'heures supplémentaires jusqu'à quatre fois plus importants qu'avec le système actuel trimestriel.

AUGMENTONS ALORS LA LIMITE INTERNE?

La limite interne pourrait, selon l'arrêté royal du 11 septembre 2013⁸, être portée à 91, voire 130 ou 146 heures, à la place des 78 heures actuelles et de la période de référence de 3 mois. Dans le même ordre d'idée, une limite de 91 heures supplémentaires correspond à une période de référence de 3,5 mois, 130 heures supplémentaires à une période de 5 mois et 146 heures supplémentaires à une période de 5,5 mois.

Augmenter la limite interne proportionnellement au terme de la période de référence pourrait contraindre les gestionnaires, en perdant tous les avantages d'une période de référence plus longue. Pour bénéficier de la souplesse attendue et évoquée, la limite interne doit être compatible à la fois avec l'activité de soins et le travail de gestion du Département des ressources humaines. Dans ce contexte, conserver une limite interne de 78 heures avec une période de référence d'une année pourrait garantir à la fois la continuité des soins, un climat sécuritaire de travail avec plus de souplesse pour la gestion financière du travail supplémentaire.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Santhea vise, par son implication auprès de ses membres, à un travail harmonieux entre les départements des ressources humaines et infirmiers, au travers d'une gestion rigoureuse, dans le respect des acquis sociaux.

L'inventaire exhaustif des injonctions des inspections et des modes de gestion du temps de travail devrait aider au processus. La mise en commun des pratiques pourrait à terme déboucher sur plus d'homogénéité, mais également sur une réflexion très riche, provenant du nombre le plus important des structures de soins de la Région wallonne, et qui comptera d'autant plus dans une réflexion sur une future réforme de la législation sur le temps de travail.

L'enjeu majeur d'une telle réforme sera de permettre une plus grande facilité dans l'organisation des horaires requis par la continuité des soins, une plus grande satisfaction des salariés dans l'équilibre entre leur temps de travail et leur temps de repos, et un respect plus grand des règles légales contrôlées par l'inspection du travail.



8. Lorsque la période de référence est annuelle, la limite interne est élevée à 91 heures. Cette limite peut être élevée davantage. Des procédures de négociation sont prévues par arrêté royal (arrêté royal du 11 septembre 2013 déterminant les procédures de négociations pour augmenter la limite interne de la durée du travail à respecter dans le courant d'une période de référence et le quota d'heures supplémentaires pour lesquelles le travailleur peut renoncer à la récupération en vertu de l'article 26bis § 1er bis et § 2 bis de la loi du 16 mars 1971 sur travail).

Michel Binamé, Directeur des ressources humaines à Vivalia



Michel Binamé

Michel Binamé est particulièrement actif dans le groupe de travail RH – Département infirmier de santhea concernant la problématique du temps de travail. Il a récemment proposé les solutions qu'il a déployées en interne, après avoir été l'un des premiers hôpitaux à avoir subi les contrôles dès avril 2014.

«Très rapidement après ces contrôles, j'ai interpellé santhea afin de constituer un groupe de travail RH/Département infirmier en vue de partager les types de contrôles que nous avons reçus, les exigences imposées, et de pouvoir développer une position commune. Et aujourd'hui, à Vivalia, nous sommes sur le point de clôturer le dossier avec un accord global avec l'Inspection des lois sociales. Je viens ainsi de présenter à santhea la manière de calculer les sursalaires et surtout la politique de prévention dès la conception de l'horaire en vue de limiter les sursalaires».

Pour le Directeur des ressources humaines de Vivalia, si au début, ce contrôle n'a pas été facile à vivre, aujourd'hui, il vit la situation comme un challenge de modifier les comportements au sein de l'entreprise. *«C'est un contrôle qui a une importante incidence financière. Mais dans nos hôpitaux, nous avons pu réguler le problème, en*

ayant une politique préventive tant au niveau de l'accumulation d'heures, de prestations excédentaires, qu'au niveau de la construction des horaires, avec un plus grand respect des prescriptions légales, qui devrait limiter fortement les conséquences de sursalaires».

Par ailleurs, Michel Binamé voit aussi dans cette question un nouveau défi d'avenir, à savoir le déploiement de solutions qui devraient permettre de limiter l'impact des sursalaires et parallèlement de continuer à renforcer l'équilibre vie familiale/vie professionnelle.

Et de relativiser : *«Il convient maintenant de trouver de nouveaux points d'équilibre, ce qui passe par des avenants au contrat de travail pour les agents à temps partiel, par des renforcements des équipes internes mobiles, par l'engagement plus massif d'étudiants dans le secteur des soignants, par une politique «win-win» de gestion quotidienne des horaires, ... Il faut savoir que le problème historique de récupération d'heures ne représentait jamais, à titre d'exemple à Vivalia, qu'un risque de 5% du volume des charges salariales annuelles. Il s'agit d'un dossier difficile, mais limité dans son impact, et donc certainement pas insurmontable».*

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

[Octobre 2015]

[Thèmes abordés] Octobre 2015

✓ Comité de l'assurance et conseil général des soins de santé : budget 2016 pour les soins de santé

Comme chaque année, santhea s'est largement impliqué dans l'élaboration du budget des soins de santé.

Contrairement à leur manière de faire suivie pour l'élaboration des budgets des années précédentes, certains organismes assureurs ont tenté de rassembler la majorité des prestataires autour de priorités communes avant le débat dans les organes officiels de l'INAMI. Pilotée par les Mutualités chrétiennes, cette tentative, malgré les nombreuses heures passées à tenter d'aboutir à un objectif budgétaire commun, s'est soldée par un échec dans la mesure où il s'avérait impossible de remettre en cause quelques priorités des mutualités chrétiennes, jugées par santhea comme inacceptables dans la mesure où leur conséquence était inéluctablement une nouvelle diminution du budget des hôpitaux au bénéfice, essentiellement de l'ambulatoire.

Plutôt que rassembler, la manœuvre des mutualités chrétiennes a eu la conséquence inverse dans la mesure où elle a provoqué une large fracture au sein du Comité de l'assurance (20 votes pour la proposition, 15 votes contre et 5 abstentions).

Face à un Comité de l'assurance très divisé, le Gouvernement et les partenaires sociaux n'ont pas eu beaucoup de mal à imposer leur vision du budget qui a été rapidement adopté par la majorité des membres du Conseil général.

Santhea a néanmoins pu se réjouir de la tournure des événements dans la mesure où le budget mis sur la table par le Gouvernement rencontrait plusieurs revendications des hôpitaux que ne rencontrait pas la proposition que les Mutualités chrétiennes avaient essayé d'imposer par l'intermédiaire du Comité de l'assurance.

✓ Projet Absentéisme : 2^{ème} réunion du groupe de travail

Le GT est une deuxième fois réuni en octobre 2015 pour discuter des résultats du premier reporting et exposer les quelques « problèmes » persistants dans les fichiers injectés (champs « fréquence » et « date d'entrée dans l'institution »). Quelques adaptations et nouveautés sont proposées concernant les indicateurs non encore parus dans le reporting.

✓ Comité de pilotage

Le traditionnel Comité de pilotage du Datawarehouse de santhea s'est tenu au mois d'octobre. Le Comité de pilotage a réalisé un état des lieux du développement de la base de données, une présentation des travaux menés sur la maternité et un bilan de l'étude sur l'évolution des besoins en capacités hospitalières. Les membres du Comité de pilotage ont eu droit à une présentation de la plateforme SharePoint activée début octobre et qui sera pour les membres de santhea un outil dynamique et convivial pour l'exploitation des rapports produits par le Département Etudes et Qualité.

✓ Mise en ligne du rapport anonyme Forfait Spécialités Pharmaceutiques

Le premier rapport que le DEQ a décidé de mettre en ligne concerne le Forfait Pharmacie. Celui-ci est calqué sur le format de l'ancien reporting avec 3 onglets (forfait, répartition par types de séjour et performance), tout en permettant d'aller beaucoup plus loin puisque une ventilation par DRG devient possible. Il s'agit, dans un premier temps, de donner accès uniquement au **rapport anonyme**, c'est-à-dire celui qui présente les données anonymisées sous forme de distribution ou d'évolution. Dans un second temps, des **rapports individuels** viendront compléter le panel d'analyses possibles en permettant un niveau de détail supplémentaire mais en se limitant uniquement aux données de l'institution (des institutions) que l'utilisateur peut voir.

✓ INAMI : Séance de clôture Roadmap 2.0 E-Health

Quelques mois après sa participation aux discussions, un représentant de santhea a assisté à la séance de clôture des travaux d'élaboration du plan d'actions e-santé 2015-2018. Politiques et professionnels du milieu des soins de santé ont pris la parole à tour de rôle pour détailler le programme de développement des différents points du plan qui aborde des thèmes tels que le Dossier Patient Informatisé, le Dossier Médical Global, le partage de données entre hôpitaux ou la santé portable, dite « Mobile Health » rendue possible par l'usage d'applications de santé.

✓ Journée « Indicateurs » de la PAQS

Le 12 octobre, la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) a organisé une journée sur le thème des indicateurs. Plusieurs hôpitaux membres de santhea ont présenté leur expérience en la matière. L'après-midi, des ateliers ont permis l'échange entre professionnels sur cette problématique. Enfin, les Ministres des entités fédérées, tous présents à cette journée, ont souligné le caractère innovant et positif de la PAQS, et lui ont confié le mandat de définir un premier set d'indicateurs communs pour le 30 juin 2016.

✓ HOPE Study Tour

Après Berlin en 2014, santhea a pris part au « HOPE Study Tour » qui s'est déroulé en Angleterre. Deux journées de séminaire ont permis de découvrir les politiques Qualité menées de l'autre côté de la Manche et d'échanger avec des collègues européens pour identifier des pratiques et des organisations pouvant être mises en place chez nous.

✓ Taxshift / Unisoc

Etre membre d'une fédération comme l'UNISOC - fédération patronale intersectorielle représentant le secteur à profit social au niveau fédéral - permet à santhea de s'assurer de la prise en compte des intérêts de ses affiliés à ce niveau de la concertation mais aussi d'être informé au mieux des problématiques intersectorielles. À titre d'exemple, citons un dossier dont on a amplement entendu parler en 2015 : le taxshift. Il était

essentiel pour nos membres d'en savoir plus sur les mesures générales qui seraient prises dans ce cadre-là en matière de fiscalité, mais aussi de cerner quelles en seraient les conséquences pour le secteur des soins de santé plus spécifiquement. Etre au cœur de l'information nous a permis d'analyser cet aspect du taxshift aussi précisément que possible.

Par ailleurs, par le biais de notre affiliation à l'Unisoc, nous avons pu peser sur la décision en ce qui concerne l'exécution pratique des mesures liées au taxshift (nous pensons particulièrement à la modification de l'AR relatif au Maribel social), l'UNISOC étant, en l'occurrence, la seule organisation patronale impliquée dans la négociation avec l'Autorité politique.

✓ CNEH Section Financement

Volonté de la Section Financement de poursuivre la progression prévue dans le changement du système de financement B2 des Urgences (passer à 40 % « nouveau système » au 1^{er} juillet 2015).



✓ Projet 600 de formation infirmière

Les Fonds Maribel du secteur privé et du secteur public ont décidé, en concertation (demandée et obtenue par santhea qui siège au sein des deux Fonds), d'effectuer une enquête auprès des infirmiers diplômés après avoir suivi la formation. L'objectif de cette enquête est de connaître le nombre de travailleurs qui changent d'employeurs et/ou de secteur après avoir obtenu le diplôme d'infirmier, ainsi que les raisons de ce changement.

La santé mentale : du malaise d'un secteur au bien-être des patients, un parcours semé d'embûches

Le bien-être mental d'une population est une composante essentielle de la santé mais aussi un indispensable maillon de la vie en société. La santé mentale doit impérativement faire partie des préoccupations majeures de Santé publique. Depuis quelques temps, la réintégration des patients psychiatriques dans la société et l'offre de soins alternatifs à l'hospitalisation classique ont été mises en avant par les décideurs. Avec une réussite mitigée, compte-tenu des multiples aspects humains et sociétaux de la santé mentale mais aussi du hiatus qu'il peut y avoir entre les attentes du secteur d'une part, et les actions que pose le monde politique d'autre part. Tout au long de 2015, santhea s'est investi, sans jamais relâcher son effort, pour créer des liens d'une part, entre l'ensemble des acteurs du secteur de la santé mentale et d'autre part entre les acteurs de la santé mentale et le monde politique en vue d'aboutir à une offre de soins diversifiée, la mieux adaptée aux besoins de la population, compte-tenu des moyens que les pouvoirs publics sont disposés à mettre sur la table.

L'ESSENCE DE LA QUALITÉ DE VIE

Le bien-être mental est une composante essentielle de la santé mais aussi un indispensable maillon de la vie en société : une bonne santé mentale permet notamment de vivre en harmonie avec les autres, de surmonter les écueils de la vie et de savoir composer avec son environnement. La santé mentale représente bien plus que la simple absence de maladies psychiques : c'est une condition sine qua non d'une vie de qualité.

Pourtant, nombre d'acteurs du secteur mais aussi des mondes scientifique et politique s'inquiètent de l'état de la santé mentale dans notre pays. En effet, bien qu'il soit parfois difficile de la mesurer du fait de son immatérialité d'une part et en raison de la sous-estimation des problèmes rencontrés par la population d'autre part, une série d'indicateurs objectivables dressent un tableau alarmant. Ainsi, parmi les chiffres et données avancés, on notera qu'une personne sur 4 en Belgique présenterait des problèmes de santé mentale au cours de son existence, que le taux de suicide reste élevé, que les hospitalisations psychiatriques et les passages aux urgences des hôpitaux généraux pour raisons de santé mentale ne semblent, à tout le moins, pas amorcer de baisse, ou encore que la prise d'antidépresseurs augmente. De manière plus globale, il ressort des données disponibles que ce que l'on qualifie de mal-être des citoyens – notion qui regroupe des difficultés psychologiques diverses telles que le stress, l'anxiété, la dépression ou encore les troubles du sommeil – augmente au fil des ans, tout comme le pourcentage de la population souffrant d'une psychopathologie nécessitant une prise en charge professionnelle.

Enfin, deux constats complémentaires doivent retenir toute notre attention en tant qu'indice de ce que sera l'avenir : d'une part, ces souffrances mentales toucheraient tant les enfants que les adultes et d'autre part, bien que les troubles psychiques n'épargnent aucune catégorie socio-économique, un lien fort existe entre exclusion sociale, fracture des liens sociaux et santé mentale, que ces éléments soient la source ou la conséquence des troubles mentaux.



UNE PLACE CENTRALE

Par la place qu'elle occupe de facto dans la vie de tous les citoyens, mais aussi en raison de l'impact socio-économique du mal être de la population, la santé mentale doit impérativement faire partie des préoccupations majeures de Santé publique.

Pourtant, sous bien des aspects, la santé mentale ne se voit pas reconnaître la place qui devrait légitimement lui revenir dans les priorités politiques.

Nos décideurs ne pèchent cependant pas par immobilisme : des travaux et réformes sont entrepris, des chantiers sont lancés et des projets financés. Mais la réelle adéquation aux besoins des patients et aux priorités du terrain n'est pas toujours de mise. Le dialogue entre les acteurs de la santé mentale et les autorités reste difficile à maints égards et grande est l'incompréhension. Les professionnels de soins se sentent peu ou pas écoutés et, en tout état de cause, insuffisamment soutenus. Pire encore, en cette année 2015 en particulier, ils ont eu le sentiment d'avoir, dans une certaine mesure, été trahis et lâchés par les autorités à bien des égards et

singulièrement dans le cadre des projets 107. Le dialogue de sourds qui s'est installé au fil des mois a commencé à éroder les bonnes volontés et on a vu poindre du découragement dans le chef de ceux qui, depuis de longues années, portent à bout de bras leurs projets mus par des idéaux d'un monde en meilleure santé mentale.

SOUS LES PROJECTEURS

Le secteur des soins de santé mentale a connu de grands bouleversements ces dernières années. La réforme dite «des projets 107» a fait l'objet d'un focus particulier en 2015. Depuis plusieurs années, elle laisse une empreinte forte sur le paysage des soins de santé mentale. Elle constitue également un élément clef de la modification des perceptions. Elle s'inscrit en effet dans la tendance internationalement constatée du glissement d'une psychiatrie essentiellement hospitalière à une psychiatrie plus communautaire, répondant à une logique de soins intégrés. A ce titre, elle soulève des enjeux institutionnels, organisationnels et financiers majeurs.

UNE NOUVELLE PARTITION

De nouveaux modèles de soins sont mis à l'honneur. On raisonne en termes de réseaux, on fonctionne par phases, on construit, on tricote et on détricote. Les autorités prévoient l'implémentation de leurs hypothèses de travail en plusieurs phases. Elles orchestrent et imposent un tempo, financent et sous-financent.

DES PERCEPTIONS DIFFÉRENTES AUX OPINIONS DIVERGENTES

Comme dans la plupart des pays industrialisés, on a connu en Belgique plusieurs vagues de réformes en matière de santé mentale, empreintes de la conviction qu'il est nécessaire d'aller vers une désinstitutionalisation des soins de santé mentale et de s'orienter vers plus d'ambulatoire. La réintégration des patients psychiatriques dans la société et l'offre de soins alternatifs à l'hospitalisation classique ont été mises en avant par les décideurs, tout comme le centrage sur le patient et la volonté de renforcer son autonomie.



Il est très difficile d'évaluer l'amplitude de la réussite de cette vision politique et des réformes entreprises. En raison des multiples facteurs humains et sociétaux déterminant l'état de santé mentale, évaluer la performance de mesures spécifiques est sujet à caution et la sélection d'indicateurs pertinents reste, dans une large mesure, une gageure.

Cela ne signifie pas pour autant que l'on ne peut constater des réussites locales de projets, structures et collaborations issues de la créativité et de la proactivité des acteurs de terrain. Les professionnels du secteur des soins de santé sont bien souvent des passionnés qui s'investissent corps et âme dans leur métier. C'est ce qui rend ce domaine des soins de santé si attractif mais c'est aussi une des raisons pour lesquelles le hiatus qu'il peut y avoir entre les attentes du secteur d'une part, et les actions que pose le monde politique d'autre part, est particulièrement dommageable.

Enfin, l'élément financier n'est certainement pas négligeable non plus, tant les besoins exprimés en la matière par le secteur sont éloignés de ce

que les autorités semblent prêtes à mettre - voire même parfois à laisser - sur la table. La belle aventure que sont ces projets et réalisations prend ainsi parfois un goût amer et la prise de risque, même mesurés, ne semble pas récompensée.

En fin d'année 2015, le dépit est à la lisière du bois, chacun est aux aguets... à l'affût de décisions qui doivent être prises dans un futur proche sous peine de mettre en péril l'avenir encore fragile des nouvelles dynamiques mises en place.

Au fond, l'important n'est pas tant les espoirs déçus mais bien les conséquences potentielles de ces déconvenues. Elles sont de deux ordres :

- la démotivation et le désengagement possibles d'acteurs de terrain dévoués et investis d'une part ;
- le risque que toutes les personnes dont l'état de santé mentale exige une intervention professionnelle n'aient pas accès à, ou ne reçoivent pas le traitement le plus adapté à leurs besoins d'autre part.

Si l'on veut néanmoins conclure sur une note positive, on peut souligner que tant que l'objectif commun des acteurs de la santé mentale et des décideurs politiques reste une offre de soins adaptée aux besoins des patients, la balle est au centre et le match peut continuer.

Tout au long de 2015, santhea s'est investi, sans jamais relâcher son effort, pour créer des liens entre l'ensemble des acteurs du secteur de la santé mentale en vue d'aboutir à une offre de soins diversifiée, la mieux adaptée aux besoins de la population, compte-tenu des moyens que les pouvoirs publics sont disposés à mettre sur la table.

“Interview

Stephan Luisetto, Directeur de l'asbl Ellipse (centre résidentiel de postcure pour personnes toxicomanes et/ou alcooliques)



Stephan Luisetto

« On parle depuis des années d'une réforme de la santé mentale, de la mise en place d'une politique de réseaux et de circuits de soins. La place du patient est centrale dans ce système, voire « sacro-sainte » », commente Stephan Luisetto. « Il est important que ces bonnes intentions ne soient pas que politiques mais se concrétisent sur le terrain. Au terme des 16 ans qui viennent de s'écouler, je remarque que les usagers de santé mentale et leurs ligues se retrouvent dans les décrets, notamment en Région wallonne. Ils s'intègrent aussi dans la fameuse réforme 107 (lire à ce sujet www.psy107.be) lancée il y a plus de 5 ans. Cette réforme se fait grâce à l'hôpital, qui dans le cadre d'une expérience pilote gère des lits hospitaliers psychiatriques afin de mettre des moyens à disposition du réseau 107 (via la partie B4 du BMF). Cette réforme est très ambitieuse. Nous verrons comment elle sera évaluée. Personnellement, je trouve que la dynamique est positive ».

Stephan Luisetto remarque qu'au départ, la réforme 107 a été initiée par le Nord du pays, qui dispose de plus de lits psychiatriques et a, pour des raisons historiques, une grande expertise en la matière, et par les structures fédérales. « Au niveau international, un rapport de l'OCDE a

dénoncé la surabondance de lits psychiatriques en Belgique. La réforme 107 est arrivée à point pour réduire le nombre de ces lits et mettre en place, sous la houlette de l'hôpital, des réseaux de santé mentale ».

« Grâce au 107, nous avons pu construire dans la région du Centre le centre de rééducation fonctionnelle Alba (www.albacfr.be) », s'enthousiasme Stephan Luisetto. « Il existe depuis un an, fonctionne bien et est en équilibre financier. Le succès de cette structure montre que lorsqu'on donne, au niveau territorial, la capacité à un réseau d'interagir et de construire son propre devenir, il peut mener à bien des projets. Evidemment, ce projet représente des centaines d'heures de travail, prestées à titre bénévole. Ensuite, nous avons pu engager des professionnels pour constituer des équipes mobiles ».

Le Directeur de l'asbl Ellipse s'inquiète des conséquences financières du transfert des compétences dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat. « Le budget alloué par le Fédéral aux régions est moins élevé que par le passé (90% au lieu de 100% : NDLR). Les petites structures actives en santé mentale risquent de disparaître si elles ne se regroupent pas ».

Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre

[Novembre 2015]

[Thèmes abordés] Novembre 2015

✓ Structuration du module codes CNK dans le Datawarehouse

Le détail de la consommation des produits pharmaceutiques par codes CNK fourni par l'INAMI a été injecté dans le Datawarehouse, au niveau des fichiers liés au Forfait Spécialités Pharmaceutiques de 2014 et 2015. Le module «codes CNK» fournit les montants facturés en 2011 et 2012 de chaque hôpital ventilés par codes CNK, en permettant de visualiser les différentes caractéristiques de ceux-ci (le nom du médicament, le conditionnement, le code ATC, la base de remboursement, la voie d'administration, le type de spécialité, son statut Inclus/Exclus, etc.). En outre, une estimation des quantités administrées est également proposée dans le cube. Grâce aux champs calculés *dépenses par 100 séjours* et *quantités par séjour*, il est donc maintenant possible de faire des comparaisons de pratiques concernant la consommation de médicaments. La voie d'administration permet aussi de faire des comparaisons IV-Per Os au sein d'un hôpital ou entre différents hôpitaux.



✓ Mise en ligne du rapport Montants de référence

Le deuxième rapport mis en ligne, toujours sous forme **anonyme**, concerne les montants de référence. Celui-ci permet d'analyser d'une part l'évolution des montants concernés par la première et la deuxième étapes du calcul des montants de référence et d'autre part la distribution anonyme de ces montants pour une année en particulier, avec la possibilité de distinguer le type de prestations (Biologie Clinique, Prestations Techniques, Imagerie Médicale) et de sélectionner un DRG.

✓ Projet d'étude DI-RHM

En novembre, le groupe DI-RHM s'est intéressé aux questions adressées par la Ministre de la santé concernant l'évolution de l'outil DI-RHM. L'objectif de mise en place d'un reporting sur base des données DI-RHM n'a pour autant pas été mis de côtés, de nouvelles analyses étant régulièrement évaluées en parallèle dans le cadre du groupe.

✓ Réforme du maxi-forfait : 2^{ème} réunion du groupe de travail santhea

Tous les participants se sont accordés à dire qu'il devenait impératif de rémunérer les autres (que la perfusion intraveineuse ou intracavitaire) voies d'administration de la chimiothérapie car ce sont des traitements de plus en plus fréquents et qui nécessitent, dans tous les cas, un travail important d'éducation thérapeutique et de surveillance qui doit être accompli par l'hôpital. La possibilité d'administrer des chimiothérapies à domicile est aussi envisagée. L'idée de développer un *trajet de soins Chimiothérapie* semble faire l'unanimité. Il est suggéré de partir d'un modèle standard et de développer ensuite plusieurs modèles spécifiques qui tiendraient compte des réalités différentes.

✓ CNEH Section Financement

Maintien pour l'année 2016 du taux d'intérêt de 3,68% utilisé pour le calcul de la sous-partie A2.

SOUS-PARTIE B2

Le CNEH se réjouit de l'abandon de la mesure d'économie touchant les maternités. Il regrette toutefois que, dans un contexte de sous-financement structurel, une économie de 18,7 millions d'euros soit imposée au secteur.

En ce qui concerne la répartition de cette économie, le CNEH rappelle son avis daté du 7 mai 2015.

Compte tenu qu'il ne s'agit plus en 2016 de réaliser une économie sur les durées de séjour en maternité mais de répartir de façon linéaire cet effort budgétaire, maintenu au montant 2015, sur l'ensemble des hôpitaux, le CNEH propose à la Ministre de répartir au 1er janvier 2016 le montant de 18,727 millions euros sur base des valeurs des sous-parties B1 et B2.

Le CNEH suggère que d'autres alternatives puissent être envisagées pour le 1er juillet 2016. L'application d'une économie B1 -B2 au 1^{er} janvier revêtirait un caractère provisoire dès lors qu'un rattrapage pourrait être envisagé pour le premier semestre une fois connues les nouvelles modalités introduites au 1^{er} juillet.

Le CNEH souhaite rappeler les mesures décidées également pour 2016 en matière de Maribel Social et insiste pour que dans le secteur hospitalier le plafond de l'intervention par ETP soit augmenté.

Le CNEH voudrait également attirer l'attention de la Ministre sur le fait que si certains hôpitaux qui ont fait part de leur intention d'adhérer au projet pilote «accouchements» mais qui finalement ne se sont pas portés candidats, avaient eu connaissance en temps utiles que d'une part, à partir de 2016, il ne s'agissait plus de considérer l'effort budgétaire comme une économie à réaliser au niveau des services de maternité et que d'autre part, le montant de l'effort budgétaire à réaliser en 2016 restait inchangé par

rapport au montant de l'économie réalisée en 2015 au niveau des services de maternité, leur plan financier élaboré dans le cadre d'une possible participation à ce projet pilote «accouchements» en aurait été d'autant modifié (et d'autant plus «intéressant») et peut-être ces hôpitaux se seraient effectivement portés candidats pour participer à ce projet pilote. Le CNEH demande donc à la Ministre de donner rapidement un signal aux hôpitaux concernés en les informant des dernières décisions prises en la matière.

SOUS-PARTIE B4

Le CNEH se rallie à la proposition de la Ministre de prévoir la possibilité pour chaque hôpital disposant d'une RMN, qu'elle soit existante ou qu'elle soit nouvelle, de conclure une convention lui assurant de disposer pour la couverture des charges d'investissements de cet appareillage d'un financement total correspondant au forfait dont il disposait avant l'élargissement du nombre d'appareillages RMN.

✓ Fonds Maribel : problématique du financement du congé supplémentaire en faveur des travailleurs de 50 ans et plus en exécution des accords sociaux de 2005.

Les Fonds Maribel sont chargés de gérer et de répartir les budgets transférés par l'INAMI en vue de financer le remplacement des travailleurs de 50 ans et plus (ne bénéficiant pas d'autres mesures de fins de carrière) qui bénéficient d'un congé supplémentaire conformément aux accords sociaux conclus en 2005.

Pour le secteur privé, les accords prévoient le **financement de 100 ETP remplaçants à concurrence de 39.433,14 euros par ETP**. Les statistiques montrent que le nombre d'heures de congés supplémentaires octroyées aux bénéficiaires de la mesure correspondent à 336 ETP (en hausse d'environ 5% chaque année depuis 2010). Les moyens répartis par le Fonds Maribel permettent donc de financer le remplacement pour un peu moins de 1/3 des heures de congés supplémentaires. C'est sur cette base que s'est opérée la répartition du budget disponible entre les institutions concernées.

Pour le secteur public, contrairement aux institutions privées qui sont tenues d'octroyer les congés supplémentaires en vertu d'une Convention Collective de Travail, les institutions publiques bénéficient du principe de l'autonomie des pouvoirs locaux et sont libres d'octroyer ou de ne pas octroyer les congés. Le Fonds Maribel du secteur public a donc opté, sous la pression des syndicats, pour une augmentation des moyens en y ajoutant un budget destiné à l'origine à mettre sur pieds une mesure de parrainage. Les organisations syndicales espèrent qu'en assurant une couverture quasi intégrale du remplacement, on encouragera les institutions à adhérer à la mesure ! La fusion des deux budgets permet de financer **189 ETP remplaçants à concurrence de 36.430,84 euros par ETP** ce qui correspond quasi à la demande qui reste légèrement inférieure.



✓ Comité de l'assurance des soins de santé

A l'issue des longues discussions menées tout au long de l'année, médecins, hôpitaux et mutuelles sont tombés d'accord sur un texte de convention pour le financement des honoraires médicaux et des interventions dans les coûts de la dialyse. Cette proposition intègre une économie de 23 millions d'euros exigée par le Gouvernement.

Lors de la discussion au Comité de l'assurance, santhea qui a pris une large part dans l'élaboration du texte s'est étonné de ne pas y voir figurer de dispositions particulières aux forfaits de dialyse pédiatrique comme cela avait, selon lui, été admis lors des discussions préalables.

A l'issue d'une difficile discussion, les membres du Comité de l'assurance ont admis le bien-fondé de la demande de santhea et accepté la modification du texte pour y intégrer les dispositions particulières à la dialyse pédiatrique.

La convention sera soumise à la signature des hôpitaux concernés et est sensée entrer en vigueur au début de 2016; mais cette entrée en vigueur est conditionnée à 2 modifications légales préalables :

- la mise à zéro dans la nomenclature des prestations de santé, des honoraires médicaux concernés par la convention;
- l'abrogation de l'AR du 23 juin 2003 fixant les forfaits.

Le Comité de l'assurance a également été interpellé sur l'instauration des mesures visant à appliquer la TVA sur les prestations de chirurgie esthétique; l'avis du Comité de l'assurance n'est pas requis comme tel mais le Comité doit approuver les modalités de facturation de cette TVA. Les prestataires n'ont pas manqué d'alerter l'administration de l'INAMI sur tous les points d'interrogation subsistant en ce qui concerne l'application pratique de la nouvelle disposition légale dont les concepteurs n'ont visiblement aucune connaissance du contexte, de la facturation et des pratiques hospitaliers.

A l'issue de la discussion, l'Administrateur général de l'INAMI s'est engagé à évoquer le problème avec l'administration de la TVA en vue d'obtenir tous les éclaircissements possibles quant à l'application de la Loi.

Assurance autonomie... La garantie d'une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie?

Au travers des avis à l'élaboration desquels il a participé, santhea a marqué son désaccord sur le bénéfice exclusif de l'assurance autonomie aux personnes âgées maintenues à domicile et s'est interrogé sur la capacité du Gouvernement wallon de mobiliser les moyens budgétaires nécessaires pour financer cet ambitieux projet.

UNE REPONSE DU GOUVERNEMENT WALLON AUX SITUATIONS DE DEPENDANCE

Suite à la sixième réforme de l'Etat, la Wallonie est compétente pour toute la politique menée à l'égard des personnes âgées. Il s'agit là d'une réelle opportunité pour élaborer une modèle de gestion efficient, cohérent et éthique.

Dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, la Région wallonne dispose maintenant de toute compétence pour la gestion de la politique de santé du secteur de l'Accueil et de l'Hébergement des personnes âgées.

Dans ce contexte, l'accord du Gouvernement wallon prévoit l'instauration d'une assurance autonomie pour tous. *«Pour l'avenir, le Gouvernement souhaite privilégier des réponses concrètes aux situations de dépendance, à domicile comme en institution, par des interventions en fonction des besoins et des prestations, plutôt qu'une logique de supplément de revenu. Progressivement, cette couverture autonomie devra bénéficier à tous les Wallons, avec une attention particulière pour ceux qui en ont le plus besoin.»*¹.

L'assurance autonomie a donc pour ambition d'accompagner la perte d'autonomie liée à l'âge, au handicap ou à une pathologie. Elle permettra à toute personne qui le souhaite, de vivre le plus longtemps possible dans son habitation.

Le 2 juillet 2015, le Ministre Prévot a présenté au Gouvernement les grandes orientations de cette politique, qui sera opérationnelle à partir du 1^{er} janvier 2017.

Suite à cette présentation, l'Union des entreprises à profil social (UNIPSO) dont santhea est membre a constitué un groupe de travail. Lors de la première réunion, Madame Alda Greoli, chef de cabinet du Ministre Prévot, en a présenté



1. Déclaration de politique régionale wallonne 2014-2019



le cadre, les principes, l'état d'avancement des travaux et le calendrier de mise en œuvre :

- assurance obligatoire et solidaire;
- cotisation de base ou cotisation réduite, toutes deux perçues par les mutuelles;
- accès à divers services qui seront définis ultérieurement;
- évaluation du degré d'autonomie au moyen de l'échelle « BelRAI² »;
- mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2017.

Les réunions suivantes ont eu pour objectif de rassembler les observations et autres recommandations, qui ont ensuite été transmises au Conseil Economique et Social de Wallonie. Sur ces bases, le Conseil a rédigé un avis d'initiative³ à l'attention du Gouvernement.

LE POINT DE VUE DE SANTHEA

Santhea salue l'initiative qui offrira l'opportunité d'affecter plus de services aux personnes en perte d'autonomie.

Santhea estime toutefois que ce système doit s'adresser à toute la population, quel que soit le milieu de vie (maison de repos, résidence-services, centre d'accueil de jour, maison communautaire,...). Il serait en effet regrettable et discriminant qu'une personne ayant cotisé toute sa vie en perde le bénéfice dès son hébergement en institution.

Cette manière de faire permet de miser à la fois sur les nombreux avantages que représente le maintien des aînés à domicile, sans oublier l'attrait que représentent les structures d'accueil et d'hébergement pour les personnes âgées dont l'état de santé requiert cet hébergement ou qui, simplement, optent pour cette formule.

Santhea met en outre l'accent sur le lien qui doit exister entre les moyens des personnes d'une part, le montant de la cotisation et le coût des prestations, d'autre part.

TOUT N'EST PAS ENCORE RESOLU. SANTHEA COMPTE RESTER ATTENTIF AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME

Santhea s'interroge tout d'abord sur les moyens disponibles, nécessaires à la mise en œuvre du système. Il semble, à ce stade, que ces moyens correspondront aux cotisations, ainsi qu'aux moyens actuels de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) et du budget d'assistance personnelle (BAP). La question est de savoir si ces montants seront suffisants pour répondre à cet ambitieux projet.

Quant à l'évaluation du degré d'autonomie, plusieurs questions restent en suspens au sujet du type d'échelle, des modalités d'évaluation et des aspects financiers.

Le délai de mise en œuvre doit dès lors et plus que jamais retenir l'attention de tous, afin que le dispositif puisse être opérationnel à l'échéance.

Une note est attendue pour le début 2016.

2. Resident Assessment Instrument : échelle d'évaluation utilisée pour construire un plan de soins

3. Recommandations des interlocuteurs sociaux concernant l'instauration d'une assurance autonomie en Wallonie

“Interview

Jean-Marie Kohnen, Directeur général de l'Association intercommunale d'œuvres médico-sociales



Jean-Marie Kohnen

Jean-Marie Kohnen, Directeur général de l'Association intercommunale d'œuvres médico-sociales, pointe les risques qu'entraînerait la suppression de l'Allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) et son remplacement par une assurance autonomie réservée exclusivement aux seniors restant à leur domicile.

«Jusqu'à présent les personnes résidant en maison de repos peuvent bénéficier de l'APA, ce qui permet à une grande partie des personnes dépendantes de payer leur maison de repos. Les normes de personnel en maison de repos étant insuffisantes pour assurer des soins de qualité, les institutions engagent d'office du personnel supplémentaire. Ce dernier est financé par le prix de journée que paie le résident. L'APA sert souvent au résident de complément à sa pension pour payer la maison de repos. Si cette aide était supprimée, de nombreuses personnes se retrouveraient avec des moyens inférieurs à ce qu'ils ont actuellement. Or, les pensions – qui s'élèvent en moyenne à 1.200 euros par mois – ne suffisent pas à payer le prix d'une maison de repos».

Jean-Marie Kohnen relève les conséquences délétères d'une réduction des moyens financiers des personnes âgées dépendantes : l'obligation de postposer l'entrée en institution ou de devoir réclamer une intervention de leur CPAS, ce qui risque d'alourdir les finances des communes. *«On ne pourra plus parler de libre choix de la personne âgée pour décider de son mode de vie durant ses dernières années. D'autant plus que pour cette génération, devoir faire appel au CPAS est une démarche difficile. Chaque fois que l'on peut éviter qu'une personne doive demander de l'aide au CPAS, on remporte une victoire pour la dignité humaine».*

Selon J.M. Kohnen, l'augmentation du prix des maisons de repos - en raison des difficultés que rencontre le secteur et des investissements de rénovation réalisés ces dernières années - est également un élément dont il faut tenir compte dans les discussions actuelles.

Le Directeur général de l'AIOMS espère que si l'assurance autonomie prenait forme en Région wallonne, elle ne priverait pas les résidents des maisons de repos d'une aide aussi indispensable que l'APA.



Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
[Décembre]

[Décembre 2015]

[Thèmes abordés] Décembre 2015

✓ Comité de l'assurance des soins de santé

Santhea s'est opposé à une proposition introduite par le Collège des médecins directeurs de dénoncer la Convention relative au nCPAP. Cette convention fixe, en particulier, les conditions de financement de ce traitement des apnées obstructives du sommeil.

Une discussion (à laquelle santhea s'est associée) est en cours au sein des instances de l'INAMI en vue de réduire le coût de ce traitement pour l'assurance maladie.

Constatant que les discussions sont difficiles, le Collège des médecins directeurs souhaitait, en proposant la résiliation de la convention existante, mettre la pression sur le groupe de travail pour qu'il conclue ses travaux à bref délai ; sachant que c'est ce même Collège des médecins directeurs de l'INAMI qui est à l'origine la « lenteur des travaux » santhea ne pouvait accepter ce qui pouvait être considéré comme une manœuvre pour pouvoir imposer une convention non-concertée.

Le Comité de l'assurance s'est rangé aux arguments de santhea.

✓ Comité technique Datawarehouse

Le dernier Comité technique de l'année a permis de présenter le module CNK développé par l'équipe du DEQ, de faire le point sur la Plateforme SharePoint et d'effectuer un suivi du Comité de pilotage du mois d'octobre.

✓ Projet Absentéisme : élaboration des rapports à mettre en ligne

Le module Absentéisme du Datawarehouse est adapté suite aux propositions du dernier GT. Les indicateurs « taux d'absentéisme pour maladie » et « taux d'absentéisme pour maladie de longue durée » sont légèrement modifiés tandis que deux nouveaux indicateurs sont

ajoutés : « La proportion de travailleurs malades de plus d'un an » et « La proportion de travailleurs absents suite à un accident de travail/ une maladie professionnelle ». Les rapports à mettre en ligne sont alors préparés. Cette fois, le **reporting individuel** est indispensable puisqu'il permet une ventilation des différents taux d'absentéisme par services (dimension qui n'apparaît pas dans le rapport anonyme puisque les services ne sont pas comparables d'une institution à l'autre).

✓ ISO 27001

En fin d'année, un premier bilan relatif à l'état d'avancement de la politique de sécurité de l'information diffusée par santhea a été opéré. Plusieurs mois après le début des réflexions entreprises par l'équipe, la matière déjà disponible a permis d'établir une première analyse des risques liés à la méthode de travail. Cette première remise en question marque le début d'un processus visant à améliorer toujours plus la qualité des services d'analyses de données mises par santhea à la disposition de ses membres.

✓ CNEH Section Programmation Agrément : avis relatif à l'extension de la programmation pour les appareils RMN.

La Section Programmation et Agrément du CNEH ratifie la 10 décembre 2015 le projet d'avis émis par le groupe de travail mixte constitué en novembre. La Section Financement et le Bureau du CNEH ne le ratifieront formellement qu'en janvier 2016.

Considérant le précédent avis du CNEH du 14/03/2013 relatif à l'imagerie médicale, qui a calculé une augmentation de 33 appareils RMN pour pouvoir répondre à la demande en examens RMN sur une période de quatre ans, on pourrait dire que moyennant une utilisation optimale de l'appareil RMN, l'augmentation calculée ci-dessus de 12 +

15 = 27 appareils RMN peut absorber la demande en examens RMN et permettre la substitution souhaitée des examens CT irradiants par des examens RMN dans chaque hôpital.

On ne tient pas encore compte ici de quelques hôpitaux fusionnés qui, sans le mouvement de fusion, auraient pu faire valoir leur droit à plus d'un appareil RMN, et font constater à ce jour d'un grand besoin objectif en capacité RMN supplémentaire, ce qui appelle également une solution urgente.

Selon l'avis de BELMIP et les dispositions du protocole d'accord du 24/02/2014 relatif à l'imagerie médicale, une extension progressive, par phases, du nombre d'appareils RMN, accompagnée d'une amélioration du comportement prescripteur des médecins en matière d'imagerie médicale et d'une prise de conscience de la population vis-à-vis des examens irradiants, devrait être réalisée sur une période de cinq ans dans un contexte budgétairement neutre.

Le CNEH signale toutefois que près de trois ans se sont déjà écoulés depuis l'avis du 14/03/2013, que la substitution d'examens CT irradiants par des examens RMN n'est possible que si chaque hôpital dispose d'une capacité RMN, et recommande, pour ces raisons, **d'étendre la programmation existante de 15 appareils RMN supplémentaires en plus des 12 appareils RMN déjà prévus dans l'arrêté de programmation du 25/04/2014.**

L'impact budgétaire d'une telle extension de la programmation est impossible à évaluer avec certitude en fonction de la substitution ou non des examens CT par des examens RMN, mais cette même incertitude existe aussi bien pour une extension échelonnée (par phases) du nombre d'appareils RMN que pour une extension immédiate de 27 appareils.

La déprogrammation effective des appareils RMN, ce qui résoudrait également le problème de quelques hôpitaux fusionnés dont la capacité RMN est insuffisante, ne peut être envisagée que moyennant la mise en place d'un modèle de financement entièrement adapté, qui calcule un budget d'imagerie médicale (dont CT et RMN) pour chaque hôpital ou réseau d'hôpitaux en fonction de besoins objectifs en examens aussi

bien pour les patients ambulants sur base d'indications diagnostiques (registre) que pour les patients hospitalisés selon des modalités encore à définir. Cela permet au service d'imagerie médicale, avec la direction de l'hôpital, de décider de manière autonome dans quelle infrastructure il est nécessaire d'investir en priorité, selon des besoins objectifs en examens d'imagerie.

✓ En route vers la création d'OIP régionaux pour exercer les compétences transférées en matière de santé

L'un des enjeux de cette année 2015 était la création des OIP régionaux ayant vocation à reprendre les compétences transférées aux Régions lors de la 6^e réforme de l'Etat. Si la mise en place d'un tel organisme en Région bruxelloise n'a pas avancé en 2015, il n'en fut pas de même en Région wallonne. Santhea a suivi cela de près, notamment via l'Unipso, Confédération patronale intersectorielle qui représente et défend le secteur à profit social francophone et germanophone auprès des pouvoirs publics et des autres acteurs sociaux. Cela a permis à santhea de tenir ses membres informés de l'évolution de ce dossier au fur et à mesure des avancées et de cerner au mieux les enjeux stratégiques qui se profilent.

Santhea a pris une part active dans la rédaction des avis et position papers rédigés par l'UNIPSO et défendus par l'UNIPSO, au nom de ses membres, à tous les niveaux de la concertation en Région wallonne.

✓ Mises en ligne sur SharePoint

Au cours du mois de décembre, deux nouveaux rapports ont été publiés sur la Plateforme en ligne : le reporting relatif au Questionnaire Général du projet « Satisfaction Patients » ainsi qu'un deuxième rapport relatif aux Montants de Référence. Ce dernier permet une comparaison des pratiques entre institutions sur base des prestations INAMI prises en compte dans le système des Montants de Référence. En sélectionnant un DRG, un niveau de sévérité et un type de prestations, un hôpital peut se comparer aux autres, les données étant normalisées sous la forme d'un nombre de prestations par 100 séjours.

[SharePoint : L'accès on-line aux Rapports produits par santhea]

Un outil dynamique et convivial
pour vous soutenir dans la gestion
de vos institutions !

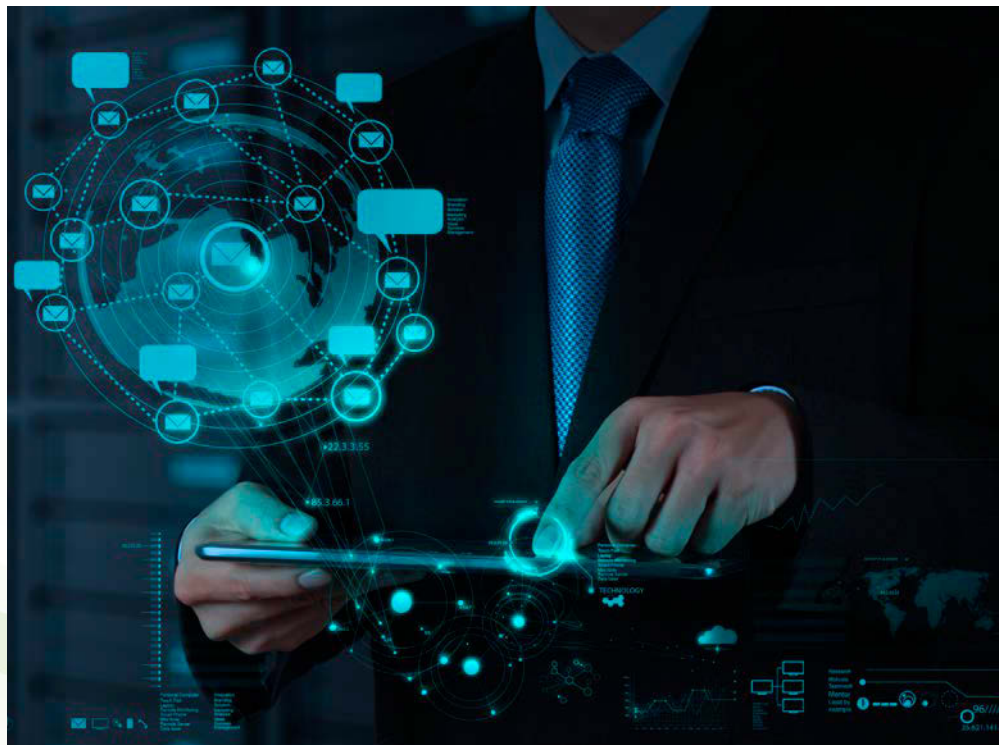
Le développement de SharePoint
a mis du temps et demandé
beaucoup d'énergie.

2015 aura été l'année de
concrétisation du projet, avec la
mise à disposition des premiers
rapports dès le mois d'octobre.

Reste à apprendre à maîtriser
l'outil pour utiliser efficacement les
rapports périodiques que santhea
proposera dorénavant sur internet
pour soutenir ses membres dans
leur gestion.

UNE LONGUE HISTOIRE... DEJA !

Il y a plus de dix ans, le Conseil d'administration de l'AFIS marquait son accord sur la création d'une base de données régionale sectorielle. L'objectif affiché était de créer un outil capable de soutenir les institutions membres dans leur gestion en mettant à leur disposition des rapports sectoriels et des benchmarks. C'est en 2007 que le projet fut officiellement lancé, avec une petite équipe de deux personnes à temps partiel. Au fil des ans, le projet a considérablement grandi. L'équipe s'est étoffée - 6 personnes collaborent au projet depuis 2014 - et les thématiques traitées sont de plus en plus diversifiées. Si le travail s'est initialement concentré sur des aspects financiers, aujourd'hui la base de données et



les rapports produits couvrent également des aspects tels que l'activité, les ressources humaines ou encore la qualité.

Lors de son cinquième anniversaire, la base de données régionale sectorielle a fait l'objet d'une évaluation externe et d'une réflexion sur son évolution souhaitée. Parmi les éléments positifs identifiés, soulignons notamment le développement rapide du projet et l'élargissement des thématiques traitées, le nombre et la qualité des rapports produits, ainsi que la reconnaissance du travail accompli, tant par les membres de santhea que par les autres acteurs du secteur. Les principales faiblesses résidaient, quant à elles, dans la difficulté à traiter des données non-structurées, la consultation marginale par les membres de santhea des données mise à leur disposition en ligne et le manque d'appropriation du projet par les hôpitaux. La dynamisation du projet était donc indispensable.

C'est dans ce contexte qu'une réflexion sur le développement d'un nouvel outil fut entreprise et déboucha, en 2012, sur le choix d'une plateforme en ligne développée par l'intermédiaire des outils Microsoft – SharePoint. Véritable outil collaboratif, cette solution offre l'avantage de pouvoir héberger, en un seul «lieu», le site internet public de santhea, l'extranet à destination des membres, et l'intranet pour le travail du staff. Au niveau des outils, tant la gestion documentaire que l'accessibilité aux rapports en ligne ou encore l'inscription aux réunions sont possibles. La solution semblait donc idéale.

UN DELAI...INDISPENSABLE!

Le développement de cette solution est évidemment complexe et nécessite beaucoup de temps. En effet, étant donné les contraintes budgétaires limitant les ressources mobilisables pour développer le projet, se donner le temps nécessaire était indispensable pour atteindre le haut niveau de qualité que santhea s'était fixé. Parmi les nombreux choix à poser durant le développement, on trouve notamment l'hébergement de la solution. Après étude de différentes possibilités c'est le Wallonie Data Center qui a finalement été retenu. Il fallut aussi opter pour les versions des logiciels à utiliser, avec la difficulté de gérer l'évolution rapide des versions

proposées par Microsoft. L'infrastructure de la Plateforme en termes de serveurs était un autre aspect crucial. Enfin, la structure de la solution et son contenu représentaient le point central. Vu la quantité de travail, il a fallu faire un choix et la priorité a été donnée à la mise à disposition en ligne des rapports produits par santhea.

Publier les rapports et permettre leur consultation en ligne dépasse évidemment le simple «upload» de fichiers. En effet, les manipulations autrefois réalisées manuellement pour la création des rapports deviennent, dès la mise en ligne, impossibles. La structuration des données au sein du Datawarehouse a dû prendre en compte, dès la conception, l'ensemble des indicateurs à produire, leur définition et les données nécessaires, ainsi que les données à «masquer» pour éviter une identification possible des institutions dans un rapport anonyme. Par ailleurs, la consultation de rapports liés directement à la base de données impose de garantir la sécurité de celle-ci, ce qui implique d'intégrer des droits d'accès précisant «qui a accès à quoi». Ces deux adaptations majeures ont nécessité de revoir en profondeur la structure du Datawarehouse, engendrant par là-même un travail conséquent pour l'équipe, et en particulier pour la responsable de la base de données.

Toujours au niveau de la sécurité des données, l'élargissement des thématiques proposées dans les rapports a permis à santhea de toucher un nombre de professionnels de plus en plus important. Directeurs généraux, financiers et médicaux ont constitué le public cible au cours des premières années. Progressivement, les directions infirmières et des ressources humaines les ont rejoints, de même que les coordinateurs qualité, les contrôleurs de gestion ou encore les responsables des informations médico-économiques. La diversité des publics a poussé santhea à introduire un deuxième niveau de contrôle des accès. Outre l'institution d'origine, les utilisateurs sont à présent également différenciés sur base de leur fonction au sein de l'hôpital. Cette mesure permet de garantir qu'un hôpital ne peut pas voir les données nominatives des autres hôpitaux, mais aussi qu'une personne ne peut voir que les rapports qui la concerne dans sa fonction.

LES PREMIERS RAPPORTS PUBLIES... ET CEUX À VENIR

Ces différentes étapes accomplies, la publication des rapports devenait possible. C'est donc au début du mois d'octobre 2015 que le premier rapport produit par le Département Etudes et Qualité de santhea a été mis en ligne. Celui-ci concernait le forfait Spécialités Pharmaceutiques. Si sa structure était très proche de la version précédente en «Excelsius» (rapport permettant une manipulation limitée de données intégrées au sein d'un fichier au format PDF), il bénéficiait d'un avantage majeur : la connexion directe avec la base de données. En effet, n'étant plus contraint par la taille des fichiers produits, ce qui limitait la quantité de données utilisables au sein d'un rapport, la nouvelle version de ce rapportage permet dorénavant de descendre à un niveau de détails beaucoup plus important. L'analyse y est possible par APR-DRG, alors qu'auparavant elle était limitée aux MDC. Fin novembre, c'est le rapport relatif aux Montants de Référence qui était publié. Ont suivi, le rapport Satisfaction Patients relatif au Questionnaire Général, qui permet aux institutions participantes de suivre leur évolution mensuellement, ainsi qu'un deuxième rapport «Montants de Référence» qui permet, quant à lui, une comparaison des pratiques sur base des prestations INAMI concernées par le système. Là aussi, c'est la connexion directe au cube qui permet la mise à disposition de l'outil. Il s'agit d'une véritable valeur ajoutée dans le sens où chacun pourra, selon sa propre situation, sélectionner la ou les pathologies qui l'intéresse(nt) et étudier son positionnement par rapport aux autres en termes de pratiques. Idéalement, cette information pourra alors être utilisée pour introduire des actions d'amélioration.

Au cours du premier trimestre 2016, l'équipe finalisera les rapports relatifs au projet Absentéisme ainsi que les comparaisons de pratiques relatives aux Spécialités Pharmaceutiques. Plus tard viendront s'y ajouter les rapports Satisfaction Patients des autres questionnaires (Psychiatrie, Pédiatrie, Maternité, Consultations, Urgences, Néonatalogie), le Forfait Imagerie Médicale, ainsi que l'aspect Ressources Humaines de FINHOSTA.

COMMUNICATION: L'ÈRE DU PARTAGE



UN NOUVEAU DEPART POUR LE PROJET

La concrétisation de la mise en ligne des rapports produits marque un véritable tournant. Grâce à ce nouvel outil, santhea espère améliorer le soutien qu'il offre à ses membres depuis de nombreuses années. Cet outil, santhea le veut convivial et dynamique, mais également (et surtout) pertinent! Dans ce cadre, il est important de pouvoir bénéficier du retour des membres sur les rapports, leur contenu et leur maniabilité. Toute suggestion d'amélioration est la bienvenue pour s'assurer que le travail réalisé ces dernières années par l'équipe de santhea soient profitables aux institutions et que la production soit utile, et utilisée!

“Interview

Benoît Degotte, Directeur du pôle Achats, Finance, Système d'information du CHR Citadelle



Benoît Degotte

Il y a quelques années, Benoît Degotte a été chef de projet au sein de santhea dans le cadre de la création d'un outil de benchmarking des hôpitaux, baptisé awages-abruges.

«L'originalité de ce projet résidait dans le fait qu'on consolidait des informations de toutes les institutions membres de santhea et qu'on réalisait un benchmarking anonymisé. Chaque institution pouvait ensuite se positionner au sein du secteur. Aujourd'hui, santhea met à la disposition de ses membres une plateforme SharePoint qui améliore encore le mode de diffusion des résultats financiers, économiques, voire même médicaux. Avant, les indicateurs n'étaient pas conservés sur une plateforme dynamique. Une couche de modernité a été appliquée à l'ancien système. En tant qu'utilisateur, je suis heureux de voir que le projet auquel j'ai été associé durant plusieurs années a bien évolué ».

Le Directeur financier du CHR de la Citadelle estime que la nouvelle plateforme est fort conviviale. «Elle respecte évidemment les critères de mobilité, de sécurité de l'information et de gestion de données à grande volumétrie. Elle permet à chaque institution de ne pas se replier sur elle-même et de

se comparer aux autres dans un environnement sectoriel. En outre, il y a désormais une véritable connectivité. Avant, nous générions des rapports sur un serveur mais il n'était pas toujours possible de descendre dans la gradualité de l'information. Via SharePoint, nous avons une vue synthétique et la possibilité d'utiliser des filtres et d'affiner l'analyse. Ce qui permet, par exemple, d'expliquer un écart interpellant ».

Benoît Degotte souligne également l'intérêt, grâce à SharePoint, de pouvoir partager et de stocker l'information. «Il s'agit d'un véritable outil collaboratif. Comme le système est accessible via « Excel for the Web », il ne faut pas disposer d'une application particulière. Un simple «browser» permet d'accéder à l'information. Cette accessibilité simplifie le travail des utilisateurs même si l'architecture sur laquelle est bâtie le système est complexe. En outre, on peut regrouper au sein de SharePoint ce qui, par le passé, était stocké dans DocShare, une sorte de répertoire. Aujourd'hui, nous avons tous les éléments sous la main en quelques clics: le reporting, la documentation, les éléments du DocShare... ».



santhea

[Coup d'œil par la lucarne...]

Janvier

Au fil des jours, des semaines et des mois, nous publions sur notre extranet de nombreuses notes à destination de nos membres.

Février

Plus que de l'information au sens strict, il s'agit pour santhea de mettre ainsi à disposition de ses affiliés les outils dont ils ont besoin au quotidien pour s'adapter aux exigences et changements inhérents à la vie d'un secteur aussi dynamique que celui des soins de santé.

Mars

Avril

Mai

Ces publications, fruits de l'expertise et de l'expérience de l'équipe de santhea, sont de natures très diverses : il pourra s'agir de notes de conseils sur des thématiques particulières, d'analyses de fond de sujets d'actualité voire récurrents, d'informations factuelles, de position papers, etc.

Juin

Les lister de manière exhaustive n'aurait ni sens ni intérêt. Nous nous limitons dès lors à un aperçu de quelques sujets marquants de cette année 2015, à savoir :

Juillet

Août

Septembre

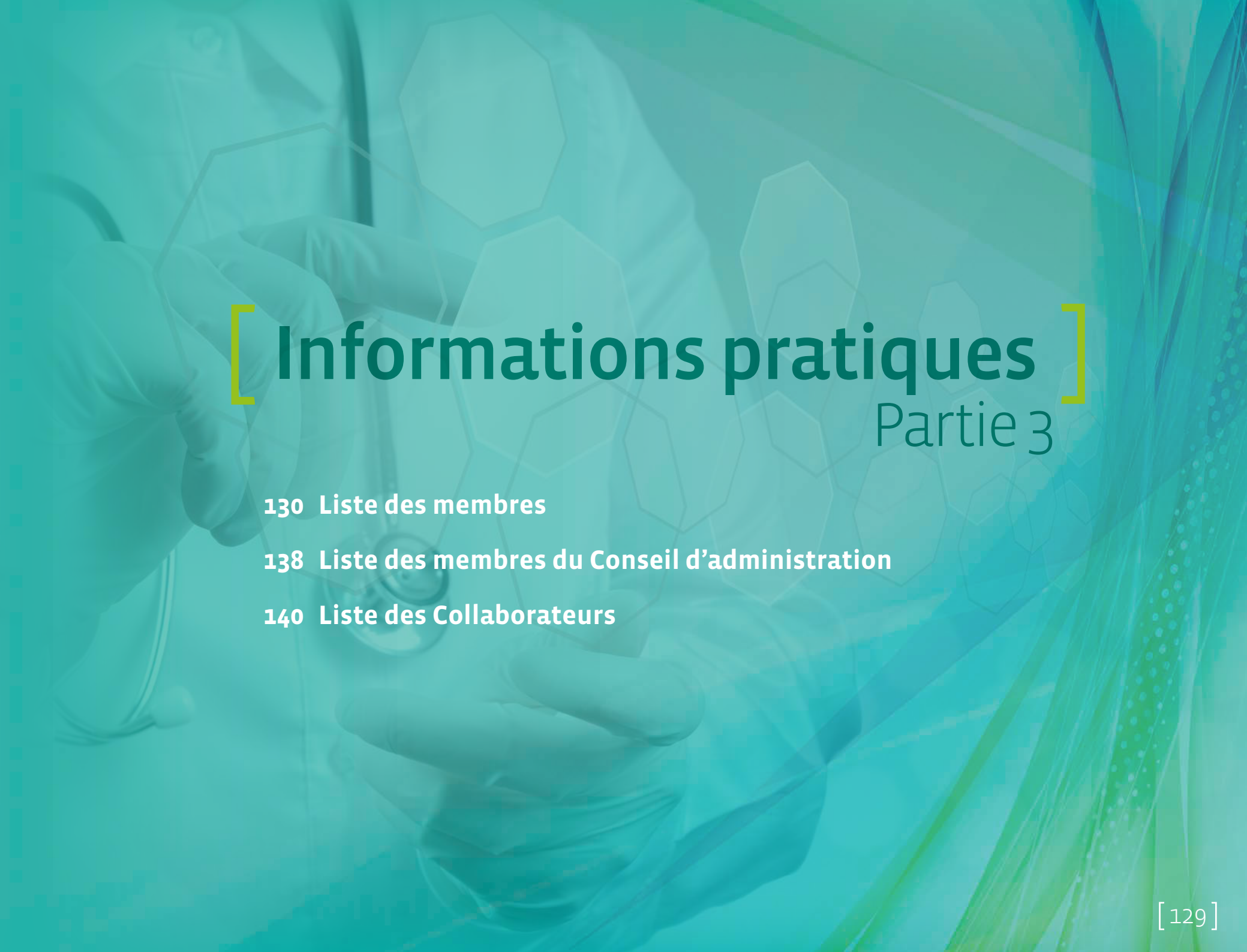
Octobre

Novembre

Décembre

- les différents aspects de la réforme du paysage hospitalier et du nouveau rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé;
- la problématique de la mesure de réduction des durées de séjour en maternité;
- les règles applicables aux heures de garde prestées par le personnel des institutions de soins;
- l'assujettissement des intercommunales à l'ISOC;
- les nouvelles directives européennes en matière de marchés publics et leur transposition en droit belge;
- l'objectif budgétaire global 2016 et sa répartition;
- commentaire des analyses financières sectorielles MAHA, pour les hôpitaux généraux ainsi que pour les hôpitaux psychiatriques et MSP;
- les problèmes rencontrés en matière de temps de travail, concernant les heures supplémentaires ou complémentaires;
- les projets pilotes, dans le cadre de la mesure relative à la durée de séjour en maternité ou plus largement, du Plan d'action pour la réforme du financement des hôpitaux;
- le Plan maladies chroniques;
- l'approfondissement et l'élargissement des projets 107 dans le secteur de la santé mentale;
- les perspectives en matière d'hébergement et d'accueil des personnes âgées en Région Wallonne;
- l'arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, ...





[Informations pratiques]

Partie 3

130 Liste des membres

138 Liste des membres du Conseil d'administration

140 Liste des Collaborateurs

[Liste des membres]

Hôpital Saint-Pierre - Bruxelles



Hôpital Saint-Pierre - Bruxelles

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. de Liège | Liège |
| 14 | C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré | Mons |
| 15 | C.H.U.P.M.B. «Le Chêne aux Haies» | Mons |
| 16 | C.H.U. Saint-Pierre | Bruxelles |
| 17 | C.H.U. Tivoli | La Louvière |
| 18 | Centre de Santé des Fagnes | Chimay |
| 19 | Centre Hospitalier EpiCURA – Baudour/Hornu | Hornu |

C.R.P. Les Marronniers - Tournai



20	Centre Hospitalier EpiCURA - Ath	Ath
21	Centre Neurologique et de Réadaptation	Fraiture-en-Condroz
22	Centre régional de Soins Psychiatriques «Les Marronniers»	Tournai
23	Clinique André Renard	Herstal
24	Clinique Reine Astrid	Malmedy
25	Hôpital Erasme	Bruxelles
26	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola	Bruxelles
27	Hôpitaux IRIS Sud	Bruxelles
28	I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier Psychiatrique	Liège
29	I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé «L'Accueil»	Lierneux
30	I.S.o.S.L. - I.P.A.L.	Liège
31	I.S.P.P.C. - Hôpital André Vésale	Montigny-le-Tilleul
32	I.S.P.P.C. - Hôpital Civil Marie Curie	Lodelinsart
33	Institut Jules Bordet	Bruxelles
34	L'Equipe	Bruxelles
35	VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne	Libramont
36	VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg	Arlon
37	VIVALIA - IFAC	Marche
38	VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique «La Clairière»	Bertrix



CHUPMB – Site Ambroise Paré - Mons

Home La Closière - Saint-Servais



Home Saint-Joseph - Temploux

MR/MRS

- | | | |
|----|--|-------------------------|
| 1 | Domaine des Blés Dorés (ISOSL) | Awans |
| 2 | Domaine des Riezes et Sarts (ASBL - UNMS) | Couvin |
| 3 | Home de Seny (ASBL) | Tinlot |
| 4 | Home La Closière (CPAS) | Saint-Servais |
| 5 | Home Saint-Joseph (CPAS) | Temploux |
| 6 | Institut Pachéco (CPAS) | Bruxelles |
| 7 | Quiétude (ISPPC) | Montigny-le-Tilleul |
| 8 | La Maison de Mariemont (ASBL) | Morlanwelz |
| 9 | Le Bel Abri (ISPPC) | Farciennes |
| 10 | Le Grand Pré (CPAS) | Wepion |
| 11 | Le Mont Falise (CHRH) | Huy |
| 12 | L'Heureux Séjour (ISPPC) | Courcelles |
| 13 | Les Chardonnerets (CPAS) | Jambes |
| 14 | Les Crépales (CHRH) | Huy |
| 15 | Les Heures Claires (CAHC) | Spa |
| 16 | Les Heures Paisibles (INTERSENIORS) | Waremme |
| 17 | Les Jolis Bois (CPAS) | Saint-Georges-sur-Meuse |
| 18 | Les Jours Paisibles (Solidaris) | Baudour |
| 19 | Les Tournesols / Murlais (ISOSL) | Liège |
| 20 | Maison d'Harschamp (CPAS) | Namur |
| 21 | Résidence Chantraine (INTERSENIORS) | Saint-Nicolas |
| 22 | Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont (ASBL) | Mons (Ghlin) |
| 23 | Résidence Dejaifve (CHRVs) | Fosses-la-Ville |
| 24 | Résidence Do Grand Fa (CPAS) | Malmedy |
| 25 | Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS) | Flémalle |
| 26 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL) | Ans |
| 27 | Résidence du Heysel (CPAS) | Bruxelles |
| 28 | Résidence Eglantine (INTERSENIORS) | Seraing |
| 29 | Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS) | Stavelot |
| 30 | Résidence Grandgagnage (CHRH) | Vaux-et-Borset |
| 31 | Résidence Isabelle (CHRH) | Amay |

32	Résidence Laetare (CPAS)	La Louvière
33	Résidence La Kan (AIOMS)	Aubel
34	Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS)	Seraing (Jemeppe-S/Meuse)
35	Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)	Seraing (Ougrée)
36	Résidence Le Chalon (C.H. des Hautes Fagnes)	Chimay
37	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	Herstal
38	Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)	Welkenraedt
39	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	Limboux
40	Résidence Le Temps des Cerises (CHRVs)	Mettet
41	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	Liège
42	Résidence Les Aubépines (CPAS)	La Louvière
43	Résidence Les Avelines (CHRH)	Wanze
44	Résidence Les Eglantines (CPAS)	Bruxelles
45	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	Seraing (Ougrée)
46	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	Waimes
47	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	Liège
48	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	Huy
49	Résidence Les Saules (ISOSL)	Bassenge
50	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	Visé
51	Résidence Les Ursulines (CPAS)	Bruxelles
52	Résidence Louis Demeuse (ISOSL)	Herstal
53	Résidence Philippe Wathélet (CHPLT)	Stoumont
54	Résidence Régina (AIOMS)	Plombières
55	Résidence Sainte-Gertrude (CPAS)	Bruxelles
56	Résidence Springuel-Hellin (CPAS)	Saint-Nicolas
57	Résidence Val des Séniors (VIVALIA)	Wellin (Chanly)
58	Saint-Antoine (VIVALIA)	Virton (Saint-Mard)
59	Sainte-Elisabeth (CPAS)	Herve
60	Sainte Famille (CPAS)	Thimister-Clermont
61	Saint-Gengoux (VIVALIA)	Vielsalm
62	Saint-Joseph (AIOMS)	Plombières
63	Seniorenheim St. Elisabeth (INTERSENIORS)	Saint-Vith
64	Seniorenheim Alten Und Pflegeheim (INTERSENIORS)	Bütgenbach
65	Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA)	Sainte-Ode

Résidence Les Jardins d'Elisabeth - Waimes



Résidence Springuel Hellin - Saint-Nicolas

Le Grand Pré - Wépion



CAJ- CSJ

1	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	Awans
2	Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)	Flémalle
3	Heureux Séjour (ISPPC)	Courcelles
4	La Cigale (INTERSENIORS)	Waremmé
5	La Maison de Mariemont (ASBL)	Morlanwelz
6	Le Grand Pré (CPAS)	Wépion
7	Les Heures Claires (CAHC)	Spa
8	Les Murlais (ISOSL)	Liège
9	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	Ans
10	Résidence Laetare (CPAS)	La Louvière
11	Résidence La Kan (AIOMS)	Aubel
12	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	Herstal
13	Résidence Les Aubépines (CPAS)	La Louvière
14	Résidence Les Avelines (CHRH)	Wanze
15	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	Waimes
16	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	Visé
17	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	Limbourg
18	Résidence Régina (AIOMS)	Plombières
19	Saint-Joseph (AIOMS)	Plombières
20	Seniorenheim Alten Und Pflegeheim (INTERSENIORS)	Bütgenbach
21	Seniorenheim St. Elisabeth (INTERSENIORS)	Saint-Vith

Résidences-services

1	Entour'Age (CPAS)	Namur
2	Institut Pacheco (CPAS)	Bruxelles
3	La Cité (ISOSL)	Herstal
4	La Maison de Mariemont (ASBL)	Morlanwelz
5	L'Azaïée (CPAS)	Saint-Nicolas
6	Les Alouettes (ISOSL)	Visé

- | | | |
|----|---|-----------|
| 7 | Les Heures Claires (CAHC) | Spa |
| 8 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL) | Ans |
| 9 | Résidence Le Chalon (C.H.des Hautes Fagnes) | Chimay |
| 10 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC) | Limbours |
| 11 | Résidence Les Avelines (CHRH) | Wanze |
| 12 | Résidence Les Eglantines (CPAS) | Bruxelles |
| 13 | Résidence Les Prés Brion (CHRH) | Huy |

Appartement pour vieux ménages

- | | | |
|---|--------------------------------|-------|
| 1 | Résidence des Hauteurs (ISOSL) | Liège |
|---|--------------------------------|-------|

Conventions de revalidation

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

Mutualités

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

Les Hautes Fagnes – Malmedy



Les Hautes Fagnes – Malmedy

Soins à domicile

- | | | |
|---|-----------------------|-----------|
| 1 | Fédération des C.S.D. | Bruxelles |
| 2 | Soins à domicile | Bruxelles |

Polyclinique

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------|
| 1 | ASBL Centres spécialisés du Hainaut | La Louvière |
|---|-------------------------------------|-------------|

Laboratoires de biologie clinique et d'anotomo-pathologie

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

Médecine du travail

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

Petite enfance

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

Planning familial

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



Transfusion sanguine

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

Initiatives d'Habitations Protégées

- | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------|
| 1 | ASBL ALISES | La Louvière |
| 2 | Le Domaine | Braine-L'Alleud |
| 3 | Le Relais | Tournai |
| 4 | Les Habitations Protégées Liégeoises | Liège |

Maisons de Soins Psychiatriques

- | | | |
|---|--------------------------------|----------|
| 1 | CHUPMB – Mozart | Mons |
| 2 | I.S.o.S.L. - Le Hameau | Lierneux |
| 3 | Les Marronniers - La Traversée | Tournai |



MSP - La Traversée - Tournai

[Liste des membres du Conseil d'administration]



Bureau

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

Vices-Présidents : Hôpital Erasme représenté par **Praet Jean-Claude**

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

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

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

Membres

A.I.O.M.S., représentée par **Kohnen Jean-Marie**

ALISES ASBL, représentée par **Luisetto Stefan**

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 Huy, représenté par **Ronveaux Jean-François**

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

C.H.R. du Val de Sambre, représenté par **Bruart Charles**

C.H.U. Liège, représenté par **Compère Julien**

C.H.U. Saint-Pierre, représenté par **Dusart Michelle**

Institut Jules Bordet, représenté par **Rillaerts Stéphane**

Interseniors, représenté par **Crapanzano Laura**

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

I.S.P.P.C., représenté par **Brichard Sophie**

La Traversière, représentée par **Canta Calogero**

VIVALIA, représenté par **Bernard Yves**

Thielens Dirk

Wéry Etienne

Assiste avec voix consultative

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

Dominique Van de Sype



[Liste des Collaborateurs]

L'équipe de santhea est constituée de 18 collaborateurs apportant une expertise dans divers domaines :



Yves SMEETS
Directeur Général



Michel MAHAUX
Directeur Général-Adjoint



Sandra BERBION
Responsable secrétariat
et Communication



Nicolas BÖTTCHER
Attaché - Département
Etudes et Qualité



Jean-François COLET
Coordinateur IT



Martine DUFRASNE
Secrétaire



Amélie GOOSSENS
Conseiller économique -
Département
Etudes et Qualité



Hélène GOOSSENS
Conseiller juridique



Quentin HAXHE
Conseiller hôpitaux



Denis HERBAUX
Directeur - Département
Etudes et Qualité



Colette JACOB
Conseiller soins infirmiers
et médiation



Cécile KESTENS
Conseiller économique-
Département
Etudes et Qualité



Pierre-Yves LAMBOTTE
Conseiller
MR-MRS-Revalidation



Corentin LETERME
Assistant datawarehouse-
Département
Etudes et Qualité



Marina LIETAR
Conseiller économique



Michel PRAET
Conseiller scientifique



Valérie VICTOOR
Conseiller général



Marc XHROUET
Conseiller Santé mentale
et 1^{ère} ligne





santhea

[Quelles **VALEURS** et **MISSIONS** pour santhea ?]

[Comment les traduire dans un **PLAN D'ACTION** pour les **PROCHAINES ANNÉES** ?]

Partie 4

[Des valeurs communes et des outils pour les promouvoir]

Santhea doit réaffirmer ses valeurs

L'**accessibilité** qui offre à chaque patient, indépendamment de ses revenus d'être soigné par les meilleures équipes de soins possibles, dans les meilleurs délais possibles, dans les meilleures conditions d'hébergement possibles et avec le meilleur matériel possible.

La **neutralité philosophique et en matière d'éthique** de l'institution de soins qui participe au service public doit être réaffirmée comme la transposition des valeurs de l'état laïc; aucune entorse aux principes de neutralité ne peut être admise. Aucune restriction de l'accès à la procréation assistée, en matière d'euthanasie ou d'IVG..., dans le cadre du respect de la législation belge, ne doit être admise.

Le **service universel** doit être garanti nonobstant les contraintes financières auxquelles les institutions sont confrontées. Dans ce cadre, l'accès aux urgences est significatif.

Si le clivage selon le statut privé ou public de l'hôpital n'est plus toujours perceptible, il reste des valeurs auxquelles chaque institution s'engage à adhérer en devenant membre de santhea.

Santhea doit promouvoir un secteur des soins de santé qui défend ses valeurs

L'hôpital et les autres institutions de soins se sont adaptés aux évolutions de la société et aux évolutions techniques. En ce qui concerne plus particulièrement l'hôpital, il a évolué du stade de structure d'hébergement vers un rôle de dispensateur de soins aigus. L'hôpital reste un maillon essentiel dans la chaîne des soins. Santhea doit donc s'attacher à ce que les valeurs qu'elle défend s'appliquent à l'hôpital mais se retrouvent aussi tout au long de la chaîne des soins.

L'institution publique de soins, dans son essence, se doit de garantir accessibilité, neutralité et service universel. Il est aussi possible de définir des missions d'intérêt général qui garantissent ces valeurs, de les traduire dans un contrat de gestion proposé aux institutions de soins et d'associer au service public celles qui le suivront rigoureusement.

La question du contrôle de la bonne exécution du contrat de gestion est indissociable du processus. Santhea doit s'attacher à relancer la réflexion sur la promotion des institutions de soins participant au service public pour éviter :

- la dérive confessionnelle, en particulier quand les institutions publiques fusionnent avec des institutions qui défendent des valeurs philosophiques en contradiction avec les valeurs de santhea;
- face au sous-financement structurel des hôpitaux, la dérive marchande plaide pour la liberté des prix et la limitation du service universel. Cette logique tend dès lors à promouvoir l'idée que la manière la plus efficace et la plus rapide d'instaurer l'équilibre financier est de réduire progressivement le service universel accessible à tous au bénéfice d'une approche segmentée.

Eviter ces dérives signifie aussi s'attaquer à leurs causes. Santhea en pointe essentiellement trois :

- les aspects financiers et budgétaires liés au financement des institutions et aux difficultés budgétaires des pouvoirs publics locaux; ceux qui gèrent des institutions de soins les voient essentiellement comme des centres de coûts et considèrent leur privatisation comme une économie pour les finances publiques locales. La perte en terme de service public local n'est pas (ou peu) évaluée;
- les aspects budgétaires liés au financement et les contraintes organisationnelles des institutions hospitalières pèsent lourdement

sur le corps médical qui est tenté par une pratique privée. A ce propos, l'analyse des conséquences de l'application de la Directive Services de l'Union Européenne au secteur belge des soins de santé est essentielle;

- la rationalisation de l'offre sur un territoire donné à travers la logique de «bassin de soins» est considérée comme une fin en soi dont les conséquences sont principalement évaluées en termes de coûts et insuffisamment en termes de service et de valeurs .

Contrairement à un discours répandu dans l'opinion publique, les valeurs qui unissent les membres de santhea ne sont pas partagées par tous les acteurs du secteur des soins de santé.

Accessibilité, service universel et neutralité sont des valeurs qui doivent être garanties par le statut public des institutions de soins.

Le rôle essentiel de santhea est de promouvoir les conditions nécessaires à la pérennisation de ce statut public

[Quel statut pour l'institution de soins qui suit ces valeurs ?]

Que faut-il mettre dans les statuts et comment composer les organes de gestion pour garantir de facto accessibilité, service universel et neutralité?

Parallèlement, comment assurer une gouvernance efficace des institutions publiques de soins en vue d'éliminer les causes d'une dérive vers la privatisation (marchandisation)?

Les réflexions menées in illo tempore tant au sein de l'AFIS que de l'AEPS ont abouti dans une proposition commune qui peut être intégralement reprise par santhea.

Quelques aspects connexes auxquels il faut rester attentif :

- de nombreuses entités juridiques gèrent d'autres institutions de soins que des institutions hospitalières. La réflexion sur le statut doit le permettre et le promouvoir;
- santhea soutient la gestion distincte pour toutes les institutions de soins .

La création d'un STATUT SUI GENERIS DES INSTITUTIONS DE SOINS devra notamment « décrire la structure de gestion, lister les organes, préciser leur composition et expliciter leurs missions » en référence aux REGLES DE CORPORATE GOVERNANCE

LES DELEGUES À LA GESTION JOURNALIERE, désignés par le Conseil d'administration, prennent, SOUS LEUR RESPONSABILITE, les décisions qui s'imposent, EN FONCTION DES RESSOURCES HUMAINES, MATERIELLES ET FINANCIERES QUI LEUR SONT ATTRIBUEES

[Organisation de l'hôpital et organisation de l'activité médicale]

Compte tenu de l'évolution de la pratique médicale à l'hôpital (plus collective, plus technique et plus intégrée), santhea privilégie l'implication et la responsabilisation du corps médical dans le fonctionnement intégré, la stratégie et le projet de l'hôpital.

Idéalement, les mécanismes qui seront mis en place pour impliquer les médecins dans la gestion doivent permettre d'éviter de créer des forums pour les revendications corporatistes ou à court terme. L'hôpital-entreprise doit en effet développer des stratégies de long terme dans un contexte d'intérêt général.

Il y a lieu de clairement distinguer le rôle du directeur médical et la participation du corps médical à la gestion. En effet, le directeur médical n'a ni un rôle d'observateur, ni un rôle d'intermédiaire entre médecins et gestionnaire, il doit s'impliquer effectivement dans la stratégie de l'institution. Il doit plus particulièrement être actif en matière de stratégie médicale. Dans cet objectif, on devra veiller à donner un rôle accru au Collège des médecins chefs de service.

Pour santhea le lieu le plus adapté pour associer les médecins à la gestion de l'hôpital est le modèle du **Comité Permanent de Concertation (CPC)** dont le rôle devrait être favorisé au détriment de la procédure actuelle visant à associer le corps médical à la décision dans le cadre des avis qui doivent être demandés au Conseil médical.

En ce qui concerne la rémunération des médecins hospitaliers, santhea rappelle qu'il est urgent de revoir fondamentalement le système actuel d'honoraire à l'acte dont les principaux défauts sont :

- qu'il favorise certains prestataires et en défavorise d'autre;
- qu'il ne couvre pas la même chose selon qu'une même prestation est effectuée dans un hôpital ou à l'extérieur de celui-ci;

- qu'il encourage les comportements individualistes au détriment de la solidarité médicale;
- qu'il encourage la sélection de prestations rentables;
- qu'il est en contradiction avec les concepts modernes de prise en charge pluridisciplinaire.

Santhea veut être associée à une réflexion sur un financement de l'activité médicale qui ne doit pas rester l'apanage des seuls représentants des médecins et des mutuelles. Une réforme de ce financement doit avoir les objectifs suivants :

- ramener les médecins à l'hôpital;
- intégrer des mécanismes de contrôle des dépenses;
- garantir un égal accès aux techniques médicales;
- garantir l'égalité des patients devant les soins, quels que soient leurs revenus, en préservant leur liberté de choix;
- décourager la sélection des prestations rentables;
- encourager l'efficacité thérapeutique et la prise en charge pluridisciplinaire;
- favoriser les relations de solidarité des médecins entre eux et avec leur institution;
- assurer la qualité des soins dans le cadre de systèmes spécifiques de qualité.

Dans un souci de promotion d'un partenariat entre les hôpitaux et les médecins hospitaliers, la possibilité que la loi offre aux conseils médicaux d'organiser la perception des honoraires doit totalement disparaître.

Pour rencontrer les objectifs ci-dessus, santhea prend position en faveur d'un **financement global** de l'activité hospitalière. Santhea est néanmoins

consciente des difficultés et des risques de cette formule. En effet, pour être viable, un financement global doit couvrir entièrement et correctement les coûts de l'institution qu'il finance; sa mise en place nécessite donc l'existence d'un outil qui permettra une évaluation correcte des coûts.

L'idée d'un financement global exige aussi des garanties quant au budget qui sera distribué; l'actuel sous-financement chronique des hôpitaux ne peut en effet pas être pérennisé dans une nouvelle manière de répartir les budgets disponibles. Le système actuel de financement de l'hôpital d'une part par le Budget des moyens financier et d'autre part par les honoraires, permet de compenser l'insuffisance de l'un en sollicitant les autres. Il n'est pas sain de donner l'impression que l'hôpital est bien financé lorsque l'équilibre budgétaire est atteint suite à l'intervention des médecins

Plus généralement, il faut que l'institution de soins de santé puisse assurer ses missions sans un recours systématique et de plus en plus consistant à la participation financière du patient.

L'octroi d'un financement global pose aussi automatiquement la question de la répartition du budget global entre les activités et les acteurs de l'hôpital.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, il semble illusoire d'envisager un financement global à bref délai.

On pourrait par contre assez facilement et rapidement régler le problème des honoraires médicaux. Pour régler ce problème, santhea propose un système qui prévoit :

- un forfait à l'acte sous forme d'un honoraire pur, sur une base identique pour tout le monde, avec une échelle cohérente;
- une partie variable liée aux caractéristiques de la prestation;
- une partie attachée au financement des missions d'intérêt général, aux missions de formation et aux missions de recherche.

Le médecin hospitalier joue un rôle majeur dans le fonctionnement de l'hôpital. Il doit être étroitement associé à son fonctionnement. Le système actuel de l'honoraire médical brut est une source de nombreuses difficultés dans les relations entre médecins hospitaliers et gestionnaires. Pour santhea, il est prioritaire de le réformer. C'est techniquement possible mais il faut une réelle volonté politique de lancer la réforme.

Le rôle du directeur médical et celui du Collège des médecins chefs de service doivent être précisés.

Le problème particulier de la pénurie de certains professionnels de soins

La médecine hospitalière doit se remettre en question.

Les relations avec la première ligne doivent s'intensifier. Il faut aussi admettre que certaines pratiques de médecins spécialistes ont leur place à l'extérieur de l'hôpital.

A contrario, lorsqu'on constate les difficultés que rencontre la première ligne à assurer des gardes dans certaines régions, on peut s'interroger sur l'éventuel intérêt de charger l'hôpital d'assurer ce rôle de garde.

On constate que les contraintes liées à la médecine hospitalière (gardes, limitation des suppléments) poussent certains médecins hors de l'hôpital. Le manque de médecins hospitaliers rend difficile d'assurer la continuité du service médical dans les hôpitaux (trop peu de médecins participent à la garde) ou même d'assurer des tarifs accessibles pour tous les patients. En outre, il conduit à une substitution larvée vers le personnel soignant qui n'est actuellement pas reconnue.

Pour santhea, le désinvestissement des médecins hospitaliers a aussi comme conséquence d'augmenter la pression qui pèse sur le personnel infirmier et accentue la crise qui pèse sur les institutions.

Santhea pointe le *numerus clausus* limitant l'accès à la pratique médicale et les quotas de spécialités comme une cause essentielle de ce désinvestissement et est à l'origine d'une diminution de la qualité de la médecine pratiquée dans les institutions de soins. La pénurie médicale au sein des institutions de soins est responsable d'une grande partie du malaise infirmier.

Selon santhea, il existe plusieurs mesures possibles pour inciter les médecins spécialistes à revenir à l'hôpital :

- lier l'accréditation à une pratique hospitalière minimum;
- obliger tous les médecins spécialistes à s'inscrire dans un rôle de gardes hospitalières;

- créer dans l'immédiat une double nomenclature rendant la pratique hospitalière plus attractive et, à terme, une rémunération plus favorable dans le cadre du statut financier évoqué ci-dessus pour les spécialités médicales dont la pratique hospitalière est lourde en termes de permanence, d'investissement et de responsabilité;
- établir une liste de prestations médicales qu'il faut obligatoirement prester à l'hôpital;
- encadrer la possibilité de demander des suppléments d'honoraires pour les prestations médicales prestées en dehors de l'hôpital.

Pour ce qui concerne les infirmiers, santhea concède que les institutions de soins peuvent se révéler peu attractives; pour lutter contre la pénurie, santhea plaide en faveur d'une gestion des ressources humaines qui rétablisse l'attractivité du secteur; santhea évoque 3 autres pistes de réflexion :

- la formation de base n'est pas en adéquation avec la pratique professionnelle. Les infirmières en formation s'attendent-elles aux responsabilités qui seront les leurs dans les institutions de soins?
- les évolutions qui exigeront de plus en plus de personnel avec une qualification spécifique sont-elles réalistes?
- ne faut-il pas investir massivement dans la formation permanente qui valorise le personnel, actualise ses connaissances et améliore le service rendu aux usagers des institutions de soins?

Santhea considère que le rôle et la fonction de l'hôpital dans le continuum des soins doivent être mieux définis. Le personnel nécessaire pour assurer le fonctionnement de l'hôpital doit être déterminé compte-tenu de ce rôle et de cette fonction. Des moyens d'augmenter l'attractivité de l'hôpital pour le personnel qualifié existent. Santhea considère qu'ils doivent être mis en œuvre dans les meilleurs délais.

[Notes]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. On the right side, there is a decorative graphic element consisting of overlapping translucent shapes in shades of light blue, teal, and yellow-green, creating a modern, abstract background design. The paper appears to be a standard sheet of stationery or notebook paper.

This image shows a full page of white paper with horizontal grey ruling lines. On the left side, there is a decorative border composed of several overlapping, semi-transparent geometric shapes in various shades of light blue, teal, and pale yellow. These shapes are layered diagonally from the top-left towards the bottom-right, creating a modern, abstract design. The rest of the page is plain white with evenly spaced horizontal lines.

Notes

[illegible]



Editeur responsable : Yves Smeets, Directeur Général
36 rue du Pinson - 1170 Bruxelles
2016 © Design by www.empain.net