



# RAPPORT ANNUEL 2019



# RAPPORT ANNUEL

## 2019





*LE MOT DE*  
**LA PRÉSIDENTE**



**Exercice difficile que de jeter un regard rétrospectif sur l'année 2019 écoulée alors que nous venons de vivre une crise sanitaire mondiale sans précédent.**

**Il est évident que celle-ci aura un impact majeur sur l'appréhension de nos systèmes de santé pour les prochaines années. Mais avant de s'y projeter, revenons quelque peu sur ce qui s'est passé en 2019, au travers des événements marquants de cette année et du rôle de la Fédération. Vous les retrouverez dans le corps du rapport annuel 2019. Permettez-moi d'épingler quelques éléments marquants de 2019.**

2019 aura encore été une année marquée par la politique d'austérité dans les soins de santé menée par le Gouvernement Michel 1er depuis 2014. Les hôpitaux et les autres institutions de soins en ont encore été les victimes. Les élections de mai 2019 ont été l'occasion pour santhea de présenter ses revendications pour un meilleur soutien aux institutions de soins dans son mémorandum « Pour des soins de santé accessibles à tous » que vous retrouverez en fin de ce rapport annuel. Si les Régions bruxelloise et wallonne ont pu assez rapidement mettre en place de nouveaux gouvernements régionaux de plein exercice, nous sommes toujours en attente d'une majorité stable au niveau fédéral.

2019 aura été marquée bien entendu par le vote de la loi du 28 février 2019 sur le réseautage clinique entre hôpitaux, imposant à tous les hôpitaux du pays de participer à un des 25 réseaux hospitaliers locorégionaux autorisés pour le pays. Cette obligation a entraîné la nécessité de prévoir un cadre légal aux associations entre hôpitaux publics et privés, ce qui a été réalisé en Wallonie et qui est toujours en cours à Bruxelles. Bien entendu, le travail reste considérable pour assurer la mise en œuvre effective de ces réseaux et santhea poursuivra son soutien actif à l'élaboration du nouveau paysage hospitalier.

D'autre part, les mouvements revendicatifs du personnel infirmier et soignant, traduits dans diverses actions, ont mené au vote, par le Parlement, de la création d'un fonds budgétaire dit « blouses blanches » visant à renforcer le cadre soignant dans les hôpitaux. Santhea a participé activement aux recommandations en la matière sans perdre de vue la nécessité de garder un canal unique de financement du personnel hospitalier au travers du Budget des Moyens Financiers, ce qui, in fine, au moment de rédiger cette introduction, est bien le cas.

Je conclurai en reprenant un extrait de notre mémorandum :

*« Investir dans les soins de santé relève de l'intérêt général. En économisant sur la santé, on scie lentement les fondations d'une économie soutenable et équilibrée.*

*Parce que tous les citoyens seront tôt ou tard des patients, le secteur des soins de santé doit être placé au cœur de notre modèle de société, en ce qu'il tend au bien-être de toute la population.*

*Le secteur des soins de santé a besoin, plus que jamais, que l'on cesse de le considérer comme une variable d'ajustement budgétaire. C'est un secteur porteur, dans lequel il faut investir. »*

Notre propos était plus que prémonitoire !



Marie-Claire Lambert  
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

## NOS VALEURS



### **La liberté de choix** pour tous

Santhea défend le droit de chacun à choisir librement l'institution dans laquelle il souhaite recevoir des soins de santé ainsi que le praticien qui les lui prodiguera.



### **L'accessibilité des soins** pour tous


Chaque patient doit pouvoir bénéficier des soins de santé de la meilleure qualité possible et dans les meilleurs délais, sans condition de revenus ni aucune autre contrainte quelle qu'elle soit.



### **L'universalité** neutralité philosophique et éthique

Les institutions affiliées à santhea agissent dans le respect des valeurs laïques et de la liberté de chacun.

Toutes nos valeurs sur [www.santhea.be](http://www.santhea.be)



<b>5</b>	Le mot de la Présidente
<b>8</b>	Nos valeurs
<b>9</b>	Sommaire
<b>11</b>	Une fédération dynamique en constante évolution
<b>33</b>	Une expertise démontrée au travers de nos dossiers
<b>61</b>	Faits et chiffres
<b>85</b>	Notre Conseil d'Administration
<b>89</b>	Nos membres
<b>99</b>	Notre équipe
<b>103</b>	Mémorandum



Small white label on the door with illegible text.

Small white label on the left edge of the door with illegible text.

*UNE FÉDÉRATION DYNAMIQUE*  
**EN CONSTANTE ÉVOLUTION**



## ENVIRONNEMENT : LE PROJET TOGETHER FOR GREEN HEALTHCARE

Depuis plusieurs années le réchauffement climatique est au cœur de l'actualité.

Selon une récente étude de l'ONG Healthcare Without Harm, le secteur de la santé belge serait responsable de 5,5% des émissions totales de gaz à effet de serre.

Cependant, malgré les directives mondiales, européennes et nationales, et toute leur bonne volonté, réduire leur impact environnemental reste un défi de taille pour les institutions de soins de santé.

Les institutions de soins sont des acteurs socio-économiques majeurs en termes d'emplois, de coûts, de dépenses mais aussi en termes de consommation d'énergie. Les hôpitaux par exemple, par leur nature même, doivent assurer leurs services 24h sur 24 et ce, tous les jours de l'année sans interruption et dans des conditions de contraintes budgétaires grandissantes.

L'impact du secteur sur nos ressources naturelles n'est, par conséquent, pas négligeable : les institutions de soins utilisent énormément d'énergie, d'eau, de chaleur et produisent nombre de tonnes de déchets pour pouvoir assurer leur bon fonctionnement. De plus, les consommations par lit en électricité ne cessent d'augmenter ces dernières années, on observe ainsi une augmentation de plus de 30% pour les hôpitaux en Région wallonne sur la période 2004-2015. Ces changements sont principalement dus à l'accroissement de l'utilisation de techniques de pointe qui consomment plus. Les hôpitaux offrent une qualité des soins supérieure mais leur charge énergétique augmente. De ce fait et de manière très paradoxale, ils contribuent involontairement à des tendances qui impactent négativement la santé humaine.

Alors que nous vivons une crise environnementale planétaire, une prise de conscience et une volonté commune de trouver des solutions émergent afin de promouvoir la santé publique tout en respectant l'environnement.

### OBJECTIFS

À la suite de l'appel à projets «Pack Energie» initié par Bruxelles Environnement fin 2017, une Cellule Environnement a vu le jour au sein de santhea et une de ses missions principales est de mettre en œuvre le projet "Together For Green Healthcare" (T4GH).

Together For Green Healthcare propose un programme axé d'une part sur l'information et la sensibilisation des institutions membres de santhea et, d'autre part, sur la formation et l'échange de bonnes pratiques sous forme de coaching collaboratif. Le projet vise à obtenir des résultats tangibles et durables en termes d'économie d'énergie, résultats reproductibles dans d'autres structures et qui permettront d'enclencher une dynamique positive dans l'ensemble du secteur.

Bien que toutes les institutions de soins soient concernées par la problématique environnementale, les institutions bruxelloises constituent les cibles du projet T4GH financé par Bruxelles Environnement.

L'énergie étant une thématique qui nécessite une grande expertise technique, nous travaillons essentiellement avec les responsables énergie et les directeurs techniques des institutions. Les responsables communication sont néanmoins également impliqués dans le projet pour la construction d'une campagne de sensibilisation pertinente et adéquate.

## ACTIONS & RÉSULTATS

Pour débiter le projet T4GH, il a fallu établir un état des lieux des consommations énergétiques des institutions participantes. Pour ce faire, nous avons réalisé un cadastre des consommations des institutions. Ce cadastre nous permet de situer les institutions par rapport aux valeurs moyennes du secteur mais également d'établir un benchmarking interhospitalier. Il nous permet d'étudier l'historique et l'évolution des consommations d'électricité et de gaz, le tout normalisé, c'est-à-dire en s'affranchissant des variations météorologiques.

Au vu des différents types d'hôpitaux, de la diversité des activités hospitalières et des changements constants des équipements et des bâtiments, nous avons également travaillé à la création d'un nouvel outil de suivi avec une plus grande granularité d'information : le tableau ECA (Energy Consumption Analysis). Ce dernier nous permet d'étudier les consommations énergétiques selon des usages spécifiques et de répartir les consommations en fonction des activités opérationnelles de l'institution.

Par ailleurs, ce tableau répond aux besoins de nos membres désireux de pouvoir identifier des indicateurs d'activités hospitalières qui influencent les consommations d'énergie.

Ces deux outils de benchmarking nous permettront de suivre l'évolution des consommations de nos membres et d'identifier les sujets de réflexion prioritaires. Ils feront l'objet d'une mise à jour annuelle.

Deux outils d'assistance juridique ont également été créés. Nous avons élaboré un répertoire des réglementations en vigueur sur la thématique de l'énergie dans un premier temps et qui, par la suite, pourra être également étendu à d'autres thématiques relatives à l'environnement. Une deuxième demande des participants a été de les aider à clarifier l'ensemble des subsides disponibles pour leurs institutions. Un répertoire des subsides a donc été construit. De plus, un screening des publications au Moniteur belge s'effectue hebdomadairement afin de communiquer sur les nouvelles réglementations parues (sous forme de notes publiées sur notre extranet).



En outre, les occupants et propriétaires de grands parcs immobiliers de la Région de Bruxelles-Capitale étant soumis depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019 à l'obligation de réaliser un Plan Local d'Action pour la Gestion Énergétique (PLAGE), santhea accompagne ses membres bruxellois dans cette démarche obligatoire de réduction des consommations énergétiques.

Enfin, en plus de ses aspects techniques, le projet T4GH repose sur une conscientisation de tous les acteurs. Dans cette optique, une campagne de communication ciblée et spécifique a été développée et présentée aux institutions participantes. Deux axes principaux ont été choisis : d'une part, on a basé cette campagne sur une communication générale visant à informer le secteur sur la thématique de l'énergie mais également sur le projet Together For Green Healthcare et les projets environnementaux et énergétiques entrepris par nos membres et, d'autre part, la campagne entend faire le focus sur la sensibilisation du personnel des institutions participantes, le développement de cet axe de communication étant prévu en 2020.

### PERSPECTIVES

Les premières années d'activité de la Cellule Environnement se sont concentrées sur la planification du projet, l'établissement des relations avec les partenaires externes et internes, la sensibilisation des acteurs aux enjeux environnementaux et énergétiques ainsi que sur l'identification des ressources. En 2019, la Cellule Environnement a présenté plusieurs outils de travail aux directeurs techniques, tels que le cadastre des consommations, une première base d'un tableau ECA ainsi que les outils d'assistance juridique décrits ci-avant. Nous avons également préparé et sensibilisé nos membres bruxellois à la mise en œuvre de leur PLAGE.

Jusqu'à présent, le projet bruxellois T4GH traitait de la thématique unique de l'énergie. À partir de 2020, le projet deviendra transversal : nous y traiterons de l'ensemble des problématiques environnementales qui touchent le secteur des soins et ce, tant en Wallonie qu'à Bruxelles. La méthodologie initialement prévue est maintenue,

à savoir l'information, la sensibilisation et la formation ainsi que l'échange de pratiques sur les thématiques déterminées sous forme de réunions collaboratives. Des indicateurs spécifiques au secteur hospitalier et en relation avec les thématiques traitées seront en outre développés afin de pouvoir monitorer les efforts de nos membres. Un suivi des thématiques sera assuré par la publication des bonnes pratiques, conseils, expériences évoquées lors des GT et également par la mise en contact d'experts le cas échéant. Nous nous attèlerons également à l'élaboration de la campagne de sensibilisation en étroite collaboration avec les services communication et les directeurs techniques des institutions. Une enquête sur les comportements et la sensibilité du personnel aux enjeux énergétiques et environnementaux sera diffusée avant et après la campagne de sensibilisation au personnel des institutions participantes afin d'évaluer les effets de la campagne. À terme, les meilleures pratiques et les actions ayant généré les bénéfices les plus importants lors du projet seront diffusées à l'ensemble du secteur des soins de santé.

# LA PLATEFORME POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

## CONTEXTE

La PAQS fut créée fin 2013. À l'époque, cette initiative se voulait être une réponse aux nombreuses questions que se posaient les institutions hospitalières sur la démarche d'accréditation, son coût, ses défis, sa valeur ajoutée. C'est une des premières fois que l'ensemble du secteur (fédérations d'institutions de soins, organismes assureurs, associations professionnelles et de patients, universités et autorités régionales) s'associait pour soutenir une dynamique naissante qui visait l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

## OBJECTIFS

Six années plus tard, le deuxième programme pluriannuel de la PAQS touche à sa fin. Sa mission reste inchangée : soutenir les institutions de soins de santé dans le développement et la mise en œuvre d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Après trois premières années principalement consacrées à l'éveil à l'accréditation et à la découverte des pratiques prioritaires de cet outil, la période 2017-2019 a cependant permis de préciser notre objectif principal, à savoir améliorer la sécurité des patients et transformer notre système de soins afin de le rendre hautement fiable. Cette évolution, naturelle puisque l'accréditation vise avant tout à adresser les problèmes liés à la sécurité des patients, s'est traduite en pratique par un ensemble d'activités toutes destinées à soutenir les établissements de soins dans les démarches entreprises en vue de poursuivre cet objectif : projets-pilotes, groupes de travail, projets collaboratifs, formations, mise à disposition de ressources pertinentes. Par ailleurs, le public cible des activités de la PAQS s'est élargi puisqu'après s'être concentrée sur le secteur hospitalier via son deuxième plan, la PAQS a proposé une série d'activités au secteur des aînés.

## LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

La très grande majorité des hôpitaux wallons et bruxellois participent aux activités de la PAQS. En outre, de plus en plus de structures d'accueil des aînés montrent un intérêt pour les travaux menés.

## ACTIONS & RÉSULTATS

De multiples projets et activités ont été menés cette année : la suite de «5 ans pour sauver des vies», projet principal du deuxième plan pluriannuel axé sur les priorités de l'OMS pour la sécurité des patients et utilisant la méthodologie collaborative ; différents projets pilotes (travail en équipe, mesures d'expérience et de résultats rapportées par le patient, co-construction avec les patients et les familles) ; des groupes de travail sur la définition et l'implémentation possible d'indicateurs qualité ; plusieurs campagnes de sensibilisation («Brisez vos habitudes», «Qu'est-ce qui est important pour vous», «I Lead for Safety» et la première «Journée Mondiale pour la Sécurité des Patients») et enfin des formations. Des activités spécifiques au secteur des maisons de repos (et de soins) étaient également au programme : un projet collaboratif sur l'accueil des résidents ainsi que des ateliers indicateurs permettant aux professionnels d'approprier cet outil indispensable.

Le 3 octobre 2019, la PAQS a organisé un grand congrès international à Bruxelles dont l'objectif était de renforcer la dynamique existant au sein du secteur des soins de santé à Bruxelles et en Wallonie et de faire de celui-ci un système à haute fiabilité. Des experts reconnus internationalement pour leur expertise en matière d'amélioration de la sécurité des patients étaient présents pour partager avec nous leurs connaissances et alimenter nos réflexions. Plus de 200 personnes ont participé à cet événement, ce qui a donné à la PAQS et aux actions menées par le secteur en Belgique une visibilité internationale.



Par ailleurs, la PAQS continue de développer une base de connaissances regroupant des outils pertinents pour soutenir les institutions dans leurs démarches, des articles permettant d'inspirer et d'appuyer les actions entreprises, des bonnes pratiques issues d'autres pays et d'autres secteurs, et des événements indésirables analysés et partagés pour apprendre des autres et développer la culture sécurité. Ces ressources doivent permettre aux acteurs de terrain d'alimenter leurs réflexions et leurs projets.

Pour la première fois depuis sa création, la PAQS a initié de la recherche et du développement au cours de l'année 2019. Trois axes ont été explorés : le développement d'une stratégie régionale pour l'amélioration de la sécurité des patients sur la base des travaux préparatoires menés en 2018 (Livre Mauve), la thématique des événements indésirables et les soins intégrés. Ces travaux se poursuivront dans le futur. D'autres axes sont par ailleurs susceptibles d'être envisagés dans les prochaines années en fonction de l'évolution du secteur et de la PAQS.

Au niveau international, la PAQS participe à l'Alliance Européenne pour l'Amélioration de la Santé lancée par l'Institute for Healthcare Improvement et qui facilite les échanges entre

pays et organisations européens. Par ailleurs, la PAQS coordonne le Réseau Qualité/Sécurité qui organise quatre webinars par an avec la Fédération HOPE. Enfin, une initiative similaire, toujours au départ de la PAQS, devrait voir le jour en 2020 pour les professionnels francophones via une Communauté de Pratique hébergée par l'International Society for Quality in Healthcare.

La communication de la PAQS se dynamise elle aussi au travers du site internet, des réseaux sociaux, des newsletters (en français et en anglais), d'un magazine trimestriel et d'un site extranet.

Enfin, l'équipe de la PAQS a réalisé une série d'interventions durant l'année 2019, que ce soit au sein d'institutions, dans le cadre de cursus d'enseignement ou encore lors de congrès. Elle y a évoqué des sujets tels que la qualité et la sécurité, les indicateurs, l'accréditation, l'innovation en santé, etc. Elle a également continué à développer ses compétences et son expertise en suivant différentes formations et en participant à de nombreux congrès.

## PERSPECTIVES

La PAQS a précisé au fil des années et des projets son objectif prioritaire : assurer la sécurité des patients et des résidents en rendant nos organisations, et notre système de santé, hautement fiables. Il s'agit donc d'un double défi : adopter une vision systémique et intégrée tout en améliorant la sécurité. Cela ne se fera pas du jour au lendemain, mais un voyage de mille kilomètres commence par un seul pas. C'est ce premier pas-là que la PAQS proposera au secteur dès 2020.

Dans la continuité d'abord, avec un programme qui s'inscrit dans les traces des précédents, tout en y intégrant de nouvelles approches autour des thématiques liées à la sécurité des patients et des résidents : la finalisation du collaboratif «5 ans pour sauver des vies», un projet-pilote sur une nouvelle mesure de la culture sécurité intégrant la notion de bien-être au travail, la mise en œuvre du set d'indicateurs qualité voulu par les précédents ministres régionaux de la santé, les mesures rapportées par les patients et l'implication de ceux-ci dans l'amélioration de la sécurité, des activités spécifiques au secteur des aînés, et les multiples ressources mises à disposition.

Dans la nouveauté, ensuite. En cinq années d'existence, la PAQS a, en effet considérablement grandi, et le secteur est devenu plus mature vis-à-vis des démarches qualité en général et de la sécurité des patients en particulier. Depuis plusieurs mois, la PAQS reçoit de la part d'institutions de soins des demandes de soutien spécifique. Celles-ci portent essentiellement sur de la formation de leur personnel. Sans remettre en cause les missions et le fonctionnement actuel de la PAQS, le Conseil d'Administration a estimé que la PAQS devait pouvoir répondre à ce type de demandes.

2020 sera l'année de la stratégie. En effet, les travaux du Livre Mauve – la Stratégie Régionale pour l'Amélioration de la Sécurité des Patients – sont à présent finalisés. Les cinq axes prioritaires ont déjà fait l'objet de plusieurs communications. Les actions stratégiques qui en découlent, identifiées par le secteur au fil des consultations menées et des workshops organisés, seront

prochainement présentées aux nouveaux ministres régionaux de la santé. Ces actions se déclinent autour de la culture, de la sensibilisation et de la communication, du pilotage et de l'amélioration, de l'implication et de l'incitation. L'objectif est de définir au plus vite un calendrier de mise en œuvre des actions, et de pouvoir lancer les premières d'entre-elles dans le courant des prochains mois. Bien entendu, la concrétisation de la stratégie devra se faire avec l'implication de toutes les parties prenantes pour s'assurer de l'adhésion du secteur et de l'appropriation par les acteurs des actions déployées.

Enfin, la PAQS a toujours prôné l'innovation. Il s'agit en effet, d'un élément indispensable pour changer le système et le rendre hautement fiable. En collaboration avec différents partenaires, dont certaines universités, la PAQS mettra l'accent sur la recherche et le développement afin de fournir au secteur de la santé les outils les plus adaptés à ses besoins et aux défis auxquels il fait face. Il sera notamment question de l'évaluation de l'incidence des événements indésirables à Bruxelles et en Wallonie, et des méthodologies d'évaluation de la qualité pertinentes pour les structures non-hospitalières. La question de l'intégration de l'offre de soins dans les systèmes de santé à travers le monde sera aussi traitée, avec un focus particulier sur la meilleure manière de garantir une qualité de prise en charge optimale dans cet environnement de plus en plus complexe.

## ENQUÊTE SATISFACTION PATIENTS : UN PROJET DEVENU UNE RÉFÉRENCE POUR LE SECTEUR

### CONTEXTE

Il est reconnu de nos jours que l'obtention de résultats positifs sur le plan médical dépend en grande partie d'éléments propres au patient tels que son bien-être ou sa confiance à l'égard des prestataires de soins. La satisfaction des patients peut, dès lors, être considérée comme un aspect à part entière de la qualité des soins, l'évaluation de ce paramètre permettant de déterminer à quel point les soins prodigués rencontrent les besoins du patient et dans quelle mesure son séjour en institution de soins s'est révélé agréable.

Ces éléments font partie d'un courant de pensées visant à revaloriser depuis plusieurs années la place du patient en prenant davantage en considération ses droits, ses capacités, ses connaissances mais également ses attentes et ses priorités lors de son passage à l'hôpital. Le patient est, aujourd'hui, davantage considéré comme étant capable de s'investir activement dans son processus de soins et non plus seulement comme une cible passive. S'il s'agit donc désormais de rétablir l'équilibre entre patients et professionnels des soins de santé, la difficulté réside néanmoins dans le fait que les deux parties n'entrevoient généralement pas l'organisation des soins de la même façon. La résolution de cette ambiguïté apparaît dès lors comme incontournable pour garantir un climat de confiance entre soignants et soignés, d'où l'intérêt d'en apprendre davantage sur le ressenti des patients.

Cette mouvance induit notamment la mise en place de comités de patients ayant directement voix auprès des directions hospitalières. À cela s'ajoute la multiplication de questionnaires centrés sur la mesure de la satisfaction des patients, de leur vécu objectif et subjectif (Patient-reported Experience Measures, ou PREMS) ainsi que de leur évaluation des résultats des soins (Patient-reported Outcomes Measures, ou PROMS), mais également sur l'identification des incidents

constatés par la patientèle au niveau de la sécurité des soins (Patient-reported Incident Measures, ou PRIMs).

### OBJECTIFS

Depuis 2011, santhea propose sa propre enquête de satisfaction des patients à ses membres.

Dès le lancement de ce projet, nous nous sommes concentrés sur la mise à disposition de questionnaires dont le contenu répond de la meilleure manière aux attentes du terrain. Pour ce faire, santhea collabore avec un panel de professionnels de la qualité des soins et de soignants issus des institutions membres de la fédération. Réunis au sein d'un Groupe de travail «Satisfaction Patients», ces experts ont contribué à créer avec nous un éventail de questionnaires spécifiques régulièrement remis à jour.

Aujourd'hui au nombre de 14, ces questionnaires couvrent la majorité des services rencontrés en milieu hospitalier sur base de l'index de lits principal et le type de prise en charge :

Général (Lits C, D et CD)
Pédiatrie
Psychiatrie
Revalidation
Consultations
Hôpital de jour Chirurgical
Procréation Médicalement Assistée (PMA)
Obstétrique
Néonatalogie non-intensive
Pédopsychiatrie
Gériatrie
Urgences
Hôpital de jour Médical
Défense sociale

S'il est demandé aux participants d'imprimer les questionnaires, de les diffuser et de nous les renvoyer en suivant un protocole validé par le Groupe de travail «Satisfaction Patients», le reste du travail est pris en charge par notre équipe. Nous scannons les documents remplis par les patients, encodons les informations dans la banque de données interhospitalière de santhea et les structurons en vue de proposer des rapports en ligne aux institutions participantes. Celles-ci peuvent cependant, si elles le souhaitent, traiter les questionnaires de leur côté et nous faire parvenir directement des fichiers structurés en vue de les encoder pour nourrir nos rapports.

Le projet ne se limite donc pas à la création et à la mise à jour d'outils de mesure. Il permet également aux membres de comparer leurs résultats de façon anonyme et de disposer de l'ensemble de leurs données en détails, ventilées par période, types de questionnaires, thématiques, sexe, âge, site et unité de soins.

En complément des rapports en ligne, notre équipe est également disponible pour répondre aux nombreuses demandes d'extraction de données formulées par les membres, celles-ci étant notamment requises dans le cadre des processus d'accréditation.

Depuis 2018, les données de l'Enquête Satisfaction Patients sont également utilisées dans le cadre du volet «Expérience Patients» du Programme Pay for Performance (P4P), l'administration nous ayant sollicités pour ce faire. Les membres qui participent à ce projet disposent donc directement de données structurées par la fédération et correspondant aux critères définis par le SPF Santé publique.

## LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

En 2019, 18 institutions membres de santhea ont participé à l'Enquête Satisfaction Patients. Ces institutions cumulent ensemble 23 numéros d'agrèments (AGR) et distribuent pour la plupart plusieurs de nos questionnaires.

Centre de Santé des Fagnes
C.H. EpiCURA (2 AGR)
C.H. Le Domaine
C.H. Reine Astrid
C.H.R. de Huy
C.H.R. de la Citadelle
C.H.R. Verviers East Belgium
C.H.U. Brugmann
C.H.U.P.M.B. (2 AGR)
C.H.U. Tivoli
CHwapi
Clinique André Renard
C.R.P. Les Marronniers
C.U.B. Hôpital Erasme
Hôpitaux Iris Sud
HUDERF
I.S.P.P.C. (2 AGR)
Vivalia (3 AGR)

Plusieurs demandes d'adhésion ont été formulées en fin d'année, signe que l'intérêt de nos membres pour notre enquête grandit encore aujourd'hui. Le projet comptera par ailleurs bientôt pour la première fois un membre extrahospitalier.

## ACTIONS & RÉSULTATS

Plus de 30.000 questionnaires ont été récoltés et analysés cette année par notre équipe, principalement dans des unités de chirurgie, de médecine, de pédiatrie et de maternité. Trois nouveaux questionnaires («Hôpital de jour Chirurgical», «Hôpital de jour Médical» et «PMA») ont été développés et lancés en 2020 à la demande des membres. Les questionnaires «Pédiatrie», «Psychiatrie» et «Maternité» ont également fait l'objet d'une mise à jour visant à en harmoniser

la structure et à y inclure des éléments propres aux PREMS issus de la littérature internationale. Le questionnaire «Maternité» a également été repensé en vue de couvrir plus généralement l'obstétrique.

Au niveau de la collaboration avec les membres, le Groupe de travail «Satisfaction Patients» s'est réuni à trois reprises en 2019. Outre la mise à jour et la création de questionnaires, ces réunions ont également permis de discuter avec les participants des modalités du programme P4P, de la méthodologie de l'enquête mais également des développements envisagés pour celle-ci.

Dans ce domaine, un premier projet pilote, visant à tester des questionnaires en ligne a été proposé aux membres durant l'été par l'intermédiaire de l'outil "Microsoft Forms". Cette solution, personnalisable et respectueuse de la confidentialité des données, permet d'économiser du papier et d'automatiser la récolte et l'encodage des données, en ce compris les commentaires libres des patients, dont la valeur pour l'amélioration de la qualité des soins et des services est régulièrement mise en avant par les professionnels du terrain.

Dans le cadre de ce premier test, quatre hôpitaux volontaires ont disposé, dans leurs services des urgences respectifs, d'affiches présentant

brèvement l'enquête et son intérêt pour l'institution, ainsi qu'un « QR Code » et une « URL » renvoyant directement vers notre questionnaire «Urgences» mis en forme en ligne.

En termes de résultats, un quart des questionnaires récoltés durant la phase de test l'ont été électroniquement, l'enquête en ligne ayant été proposée parallèlement aux questionnaires imprimés.

Ce premier test n'ayant pas été jugé tout à fait concluant, en prenant en compte le contexte très particulier des urgences, le Groupe de travail «Satisfaction Patients» a décidé de reproduire l'expérience dans des unités de maternité au printemps 2020. Les institutions qui le souhaitent ont cependant pu disposer dès 2019 de questionnaires «Urgences» en ligne.

Pour améliorer le taux de participation des patients à l'enquête, une vidéo en faisant la promotion a également été proposée aux membres en 2019. Développée avec la responsable de la communication de santhea, celle-ci présente, de façon ludique et animée, l'intérêt de l'enquête, la valeur des réponses obtenues et son caractère anonyme. Les hôpitaux ont été invités à diffuser cette vidéo dans les salles d'attentes et les lieux de vie en commun des patients.



## PERSPECTIVES

Outre la planification d'une nouvelle phase de test de questionnaires en ligne, le programme 2020 de l'Enquête Satisfaction Patients comprendra également un rafraîchissement des questionnaires «Gériatrie» et «Revalidation» en vue de les aligner sur les questionnaires d'ores et déjà revus ces derniers mois.

Le développement d'un questionnaire «Adolescents», ciblant les patients dont l'âge est compris entre 12 et 18 ans, est également à l'agenda. Le questionnaire «Pédiatrie» s'adresse en effet actuellement aux parents d'enfants de moins de 12 ans. S'il contient bien une partie facultative réservée à l'enfant, celle-ci n'est pas adaptée à un public mineur plus mature.

Le contenu des rapports en ligne est également en passe d'évoluer, les membres ayant suggéré d'y apporter quelques ajustements après avoir été interrogés sur les perspectives d'amélioration de l'enquête au sens large. Les modifications apportées permettront aux coordinateurs et directeurs qualité d'extraire plus rapidement les résultats de l'enquête en vue de les présenter à la direction et aux unités de soins. Les rapports incluront également un nouveau paramètre de mesure de la satisfaction permettant de connaître, globalement et pour chaque item de nos questionnaires, la proportion de patients «satisfaits», c'est-à-dire ceux ayant présenté un score de 4 ou de 5 sur notre échelle graduée de 1 «Pas du tout satisfait» à 5 «Tout à fait satisfait». Cette variable, actuellement utilisée dans le cadre du programme P4P, viendra compléter les coefficients moyens de satisfaction utilisés jusqu'à présent.

L'ordre du jour du Groupe de travail «Satisfaction Patients» est également en passe d'évoluer. Si les discussions se concentrent aujourd'hui surtout sur la méthodologie de l'enquête, l'objectif serait de proposer à l'avenir aux membres du groupe de travail de discuter des résultats observés et de partager d'éventuelles bonnes pratiques entre institutions. Cela nécessiterait évidemment de rompre partiellement l'anonymisation en vigueur depuis le lancement du projet.

Notre équipe veillera enfin, comme lors des années précédentes, à préparer les données du programme P4P pour les institutions ayant choisi de travailler avec santhea dans le cadre de la mesure de la satisfaction des patients. Membre à part entière du Groupe de travail «P4P Expérience Patients» organisé par le SPF Santé publique, santhea continuera également à veiller à ce que les critères définis pour ce volet du programme restent atteignables par les hôpitaux membres de notre fédération.

## LA BASE DE DONNÉES INTERHOSPITALIÈRE DE SANTHEA

### CONTEXTE

La gestion hospitalière est complexe et ne cesse de l'être. Les besoins d'accompagnement et de soutien sont dès lors nombreux, et y répondre est indispensable si nous souhaitons permettre à nos institutions de soins de fonctionner optimalement.

C'est sur ce constat que naissait, il y a plus de dix ans aujourd'hui, le projet de banque de données interhospitalière de santhea. Gérer son institution sans information précise concernant sa situation, tant en termes d'évolution historique que de positionnement sectoriel, revient parfois à « naviguer à vue ». Les gestionnaires sont dès lors intéressés par une mise à leur disposition de données relatives non seulement aux tendances historiques habituelles, mais également aux performances de leur institution dans un échantillon représentatif. Les multiples outils développés par santhea au fil des années ont toujours visé cet objectif.

### OBJECTIFS

Les objectifs initiaux du projet restent d'actualité : il s'agit de rassembler les données dont disposent nos membres, de structurer ces informations au sein d'une base de données, et de produire des rapports individualisés et sectoriels, des benchmarkings ainsi que des « KPI », pour, in fine, mettre l'information à disposition desdits membres via une plateforme online sécurisée.

Si les objectifs sont inchangés, le projet a, quant à lui, considérablement évolué depuis 2007. D'abord en termes de données, puisque si nous nous limitons initialement à la collecte de données structurées (principalement financières), nous récoltons aujourd'hui des données non structurées, issues d'extractions ad hoc ou encore d'enquêtes menées auprès de nos institutions et des patients. Cet élargissement nous a ensuite permis de couvrir un nombre bien plus important

d'aspects de la gestion hospitalière (ressources humaines, satisfaction des patients, activités, etc.) et donc de soutenir nos membres plus efficacement. Ensuite, notre évolution s'est poursuivie au niveau des supports, avec l'ajout de rapports dynamiques (accessibles en ligne depuis fin 2015) ainsi que de Focus qui nous permettent de réagir rapidement aux demandes de nos membres et/ou à l'actualité. Enfin, le métier a évolué suite à l'augmentation des demandes de nos membres de pouvoir disposer d'extractions ou de simulations. Il s'agit là d'un indice clair de leur reconnaissance de notre expertise et de notre capacité à les soutenir dans leur gestion. Nous nous sommes ainsi réorganisés pour pouvoir gérer en parallèle le travail de production « régulier » et les demandes ponctuelles qui nous parviennent.

### LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

L'ensemble des membres hospitaliers et les maisons de repos (et de soins) sont invités à prendre part à ce projet. Bien entendu, la participation individuelle dépend de la thématique traitée, des données nécessaires et des rapports produits. Mais tous nos membres se sont, d'une manière ou d'une autre, impliqués dans nos travaux.

### ACTIONS & RÉSULTATS

Une partie importante de l'année a été consacrée à la migration de notre base de données d'un hébergement physique au Wallonie Data Center vers un hébergement virtuel dans le Cloud (Azure de Microsoft). Parmi les raisons qui nous ont poussés à opérer ce choix, citons notamment une meilleure accessibilité des données et des rapports, tant par l'équipe que par nos membres, mais également une plus grande sécurité, élément indispensable pour la confiance de nos institutions dans ce projet. En parallèle à cette migration, qui sera finalisée au premier semestre 2020, nous avons également développé une nouvelle



plateforme de reporting «PowerBI», solution préconisée par Microsoft et devant être mise en œuvre pour permettre l'accès à nos rapports dans le Cloud. Outre les aspects techniques, cette évolution nécessitera de revoir progressivement la forme de nos différents rapports existants pour les adapter au nouvel environnement, en commençant par ceux relatifs à la satisfaction des patients et à l'absentéisme.

Santhea propose depuis 2011 à ses membres de participer à un projet relatif à la satisfaction des patients. Dès son lancement, le projet s'est concentré sur la mise à disposition de questionnaires dont le contenu répond de la meilleure manière aux attentes du terrain. Aujourd'hui au nombre de 14, ces questionnaires couvrent la majorité des services existant en milieu hospitalier sur base de l'index de lits principal et le type de prise en charge. En complément des rapports en ligne produits sur base des enquêtes remplies par les patients et traitées par santhea pour le compte des institutions, notre équipe est également disponible pour répondre aux nombreuses demandes de nos membres d'extractions de données, notamment dans le cadre des processus d'accréditation. Au niveau de la participation des hôpitaux, 18

institutions (23 numéros d'agrément) membres de santhea ont travaillé avec nous en 2019 dans le cadre de l'Enquête Satisfaction Patients. Plusieurs demandes d'adhésion ont, par ailleurs, été formulées en fin d'année, signe que l'intérêt de nos membres pour notre enquête grandit encore aujourd'hui. Au niveau des résultats, plus de 30.000 questionnaires ont été récoltés et analysés cette année par notre équipe, principalement dans des unités de chirurgie, de médecine, de pédiatrie et de maternité. Trois nouveaux questionnaires («Hôpital de jour Chirurgical», «Hôpital de jour Médical» et «PMA») ont été développés à la demande des membres et seront lancés en 2020. Les questionnaires «Pédiatrie», «Psychiatrie» et «Maternité» ont également fait l'objet d'une mise à jour visant à en harmoniser la structure et à y inclure des éléments propres aux PREMS issus de la littérature internationale. Le questionnaire «Maternité» a également été repensé en vue de couvrir plus généralement l'obstétrique. Un premier projet pilote, dans quatre services d'urgences, visant à tester des questionnaires en ligne a également été proposé aux membres durant l'été par l'intermédiaire de l'outil Microsoft Forms. Une deuxième phase de test sera organisée en 2020 dans plusieurs maternités. Pour améliorer le taux de participation des patients à l'enquête,

une vidéo faisant la promotion a également été proposée aux membres. Les hôpitaux ont été invités à diffuser cette vidéo dans les salles d'attentes et les lieux de vie en commun des patients.

Nous explorons, par ailleurs, régulièrement de nouvelles thématiques pour permettre au projet de continuer à évoluer selon les besoins. Cette année, ce fut le cas de l'IF-IC dont la mise en place dans le secteur hospitalier public est prévue. Il a été décidé de lancer en 2019 une étude barémique préparatoire avec quelques hôpitaux publics. Neuf institutions de santé se sont portées volontaires. Les participants à l'étude préparatoire ont dû procéder à l'attribution théorique de fonctions pour chacun de leurs travailleurs (formation en décembre 2018) et ensuite au rapportage dans un fichier Excel. Santhea est alors intervenu dans l'audit et le traitement de ces données. La grosse difficulté dans le secteur public réside dans le fait que chaque institution ou groupe d'institutions utilise actuellement des barèmes différents. L'étape suivante consistait à agréger l'information par fonction IF-IC pour ensuite identifier les fonctions pour lesquelles le barème IF-IC est plus intéressant que le barème actuel

dans la majorité des institutions de l'échantillon. Le résultat de ces comparaisons servira en 2020 pour déterminer la base de l'implémentation d'un «IF-IC public» dans le secteur hospitalier. Une autre matière investiguée cette année est relative à l'environnement. Pour rappel, le projet Together For Green Healthcare de la Cellule Environnement a pour objectifs de soutenir l'implémentation d'actions éco-responsables et d'initier une dynamique de réduction des consommations énergétiques dans l'ensemble des institutions de soins. Nous avons réalisé un cadastre des consommations des institutions. Cependant, au vu des différents types d'hôpitaux et de la diversité des activités hospitalières, il a été nécessaire de créer un nouvel outil de suivi avec une plus grande granularité d'information. Le tableau ECA (Energy Consumption Analysis) nous permet d'étudier les consommations énergétiques selon des usages spécifiques et de répartir les consommations en fonction des activités opérationnelles de l'institution. Ces deux outils de benchmarking nous permettront de suivre l'évolution des consommations de nos membres et d'identifier les sujets de réflexion prioritaires. Ils feront l'objet d'une mise à jour annuelle.



Notre base de données est aujourd'hui extrêmement riche en informations. Au-delà de la création de rapports et de l'exploration de nouvelles thématiques, les données structurées dans notre base de données sont également utilisées pour informer nos membres et remplir nos missions. Citons notamment l'exploitation des données récoltées dans le cadre de la mise en place du financement des clusters à basse variabilité via la publication d'un Focus et des réunions avec les autorités, ou encore le travail sur l'absentéisme. En cette matière précisément, de nouveaux membres ont manifesté leur intérêt pour le service rendu par santhea, un Focus a été publié, des réflexions ont été menées pour réduire le laps de temps entre la récolte et la mise à disposition des données en ligne et quelques rapports spécifiques ont été produits à la demande de certaines institutions. La question de la gestion de l'absentéisme a aussi été abordée et donnera lieu à des actions dès 2020.

## PERSPECTIVES

Ce projet a constamment évolué, tant pour répondre aux besoins de nos membres que pour tirer un maximum de bénéfices des développements technologiques, et nous comptons bien continuer sur cette lancée.

2020 sera avant tout consacrée à la finalisation du développement de notre nouvelle plateforme «Power BI», à la modification des différents rapports existants et à leur mise en ligne. De nouveaux rapports viendront compléter notre offre au fil du temps.

Les deux projets émanant d'une demande spécifique de nos institutions, à savoir «Satisfaction Patients» et «Absentéisme» continueront de se développer, par la mise à disposition de nouveaux indicateurs mais aussi par une réflexion sur le soutien que nous pouvons apporter dans ces thématiques.

L'intégration de données environnementales est également un objectif, afin de soutenir les projets menés par santhea en la matière. Concernant le secteur des aînés, la migration de notre base de données a un peu ralenti nos travaux, mais notre

activité reprendra normalement et ce secteur fera à nouveau l'objet d'une attention soutenue de notre part.

La réalisation d'études prospectives et la publication de nouveaux Focus sont au programme, de même que l'exploration de domaines tels que l'activité justifiée et l'hôpital de jour.

## LA CELLULE RGPD, UN PROJET RICHE DE SA DIVERSITÉ

### CONTEXTE

Le règlement européen n°2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), est d'application depuis mai 2018. Visant à défendre les droits et libertés des résidents européens, en particulier leur vie privée, il impose aux organismes qui traitent des données à caractère personnel une série d'obligations visant à garantir la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité de celles-ci.

Les mesures à prendre pour respecter les obligations du RGPD sont lourdes et complexes à mettre en place. Elles comprennent, dans les grandes lignes, la documentation et la sécurisation de l'ensemble des traitements de données à caractère personnel, y compris lorsqu'ils sont sous-traités, l'information des personnes concernées par de tels traitements, la mise en place de moyens techniques leur permettant de garder la mainmise sur leurs informations et la notification des violations de données à caractère personnel à l'Autorité de Protection des Données. Les organismes dont l'activité comprend le traitement à grande échelle de données à caractère personnel sensibles doivent également se doter d'un délégué à la protection des données (Data Protection Officer ou DPO) dont la fonction est de conseiller la direction sur toute question en lien avec le traitement de données à caractère personnel.

Tout manquement aux obligations édictées par le RGPD est susceptible d'entraîner des sanctions de la part de l'Autorité de Protection des Données, celles-ci allant du simple rappel à l'ordre à des amendes de plusieurs millions d'euros pour les faits jugés les plus graves.

Les institutions de soins sont directement concernées par le RGPD étant donné qu'elles traitent des données à caractère personnel à grande échelle. Qu'ils s'agissent de simples données d'identification administratives ou de données plus sensibles comme celles concernant

la santé ou les caractéristiques génétiques, le traitement de celles-ci est généralement indispensable pour encadrer l'accueil et les soins des patients, résidents et bénéficiaires, mais également pour gérer le personnel lui-même.

Si l'ensemble des secteurs a rencontré des difficultés dans le cadre du processus de mise en conformité au RGPD, les institutions de soins se sont retrouvées particulièrement dans l'embarras, et ce, quelle que soit leur taille. Elles ont ainsi dû faire face, d'une part, à un nombre considérable de traitements de données à caractère personnel et de contrats de sous-traitants à mettre en conformité et, d'autre part, à l'obligation d'être conseillées par un DPO, profil rare et très onéreux, tout ceci dans un contexte budgétaire difficile et en l'absence de toute forme de subsides des autorités.

### OBJECTIFS

Face à la situation compliquée de ses membres en matière de RGPD, santhea avait proposé en 2017 aux institutions membres de la fédération, de mutualiser les coûts propres à la mise en conformité au règlement européen et à l'embauche d'un DPO.

L'engouement des membres pour le projet a permis la création, en janvier 2018, d'une « Cellule RGPD » composée de quatre conseillers aux profils complémentaires : un coordinateur spécialiste des données de santé, un expert en cybersécurité, un juriste et un médecin ayant non seulement pratiqué la médecine mais également géré un hôpital au cours de sa carrière.

Dans le cadre de sa mission de soutien à la mise en conformité au RGPD, la Cellule se concentre sur le développement d'un maximum d'outils, de modèles et de procédures pertinents dans le but de rendre les institutions les plus autonomes possibles; le service restant par nature externalisé. Dans le même ordre d'idée, les institutions ont été chacune invitées à mettre en place un Comité de

pilotage propre au RGPD pour donner vie au projet en interne, les travaux du Comité de pilotage visant en premier lieu à définir un plan d'action avec l'aide du collaborateur de la Cellule attribué à chaque institution comme DPO. Celui-ci participe à un maximum de réunions desdits comités et valide l'ensemble des documents transmis par ces institutions avec l'aide des autres collaborateurs de la Cellule.

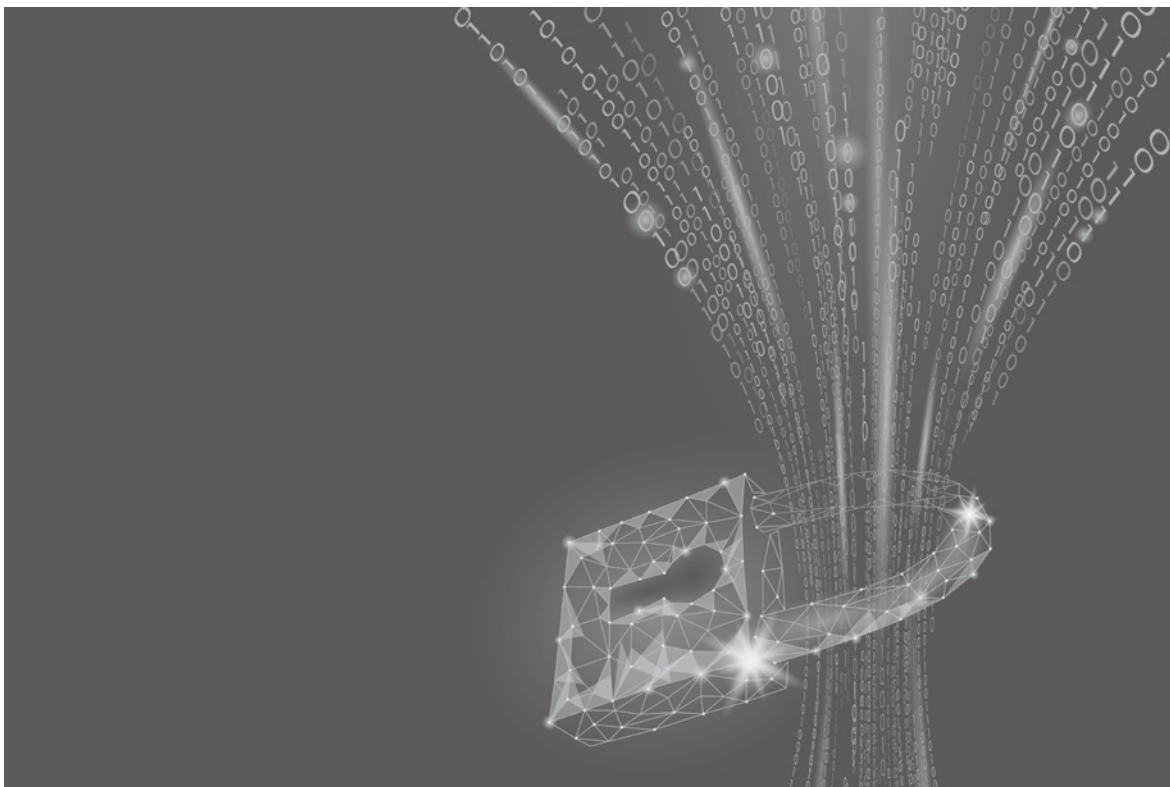
Si les étapes du processus de mise en conformité ont été bien définies et sont aujourd'hui encadrées par notre équipe, la fonction du DPO ne s'éteint pas une fois les procédures, documents internes et relations de sous-traitance de l'institution en règle avec les exigences du RGPD. Le DPO se doit ainsi de conseiller les directions dès qu'il est question de développer un nouveau traitement de données à caractère personnel ou que l'un d'entre eux se voit modifié. Il contrôle le respect du RGPD par l'institution de façon indépendante et informe les directions en cas de manquements constatés. Il assiste également en continu le personnel responsable de l'entretien du registre répertoriant les activités de traitement de l'institution, de la réalisation d'études d'impact sur la protection des données et de la gestion des demandes d'exercice de droits des personnes concernées. Enfin, il intervient également dans l'analyse des violations de données à caractère personnel et leur notification éventuelle à l'Autorité de Protection des Données.

Le champ d'expertise de la Cellule RGPD s'est également étendu progressivement aux droits des patients et au respect de la vie privée au sens large dans le domaine des soins de santé. L'équipe traite ainsi régulièrement des questions propres à l'accès des patients et de leurs proches au dossier patient informatisé, à la mise en conformité des caméras de surveillance, au droit à l'image, en ce compris sur les réseaux sociaux, ou encore à la protection des données non-personnelles confidentielles. Plusieurs outils concernant ces thématiques ont également été développés.

## LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

La Cellule RGPD a travaillé en 2019 avec 30 membres de la fédération aux profils variés, tant en termes de taille que d'activités. Si la moitié des adhérents sont des hôpitaux généraux et psychiatriques, on compte également plusieurs maisons de repos (et de soins), des structures d'accueil ainsi qu'un laboratoire et un service de transfusion du sang.

Alises
A.P.P. C.H.R. Sambre et Meuse
Centre d'accueil Les Heures Claires
Centre de Santé des Fagnes
CHBA
C.H. Le Domaine
C.H. Reine Astrid
C.H.R. de Huy
C.H.R. Haute Senne
C.H.R. Verviers East Belgium
CHUPMB
C.H.U. Tivoli
Clinique André Renard
C.M.P Clairs Vallons
C.R.P. Les Marronniers
Diapason-Transition
Domaine des Rièzes et Sarts
Enaden
IBC - ULB
Inago
ISoSL
ISPPC
Interseniors
L'Équipe
La Maison de Mariemont
La Transfusion du sang
La Traversière
M.A.S.S. de Bruxelles
Vivalia
Vivias



La méthode de travail diffère forcément entre les membres hospitaliers et extrahospitaliers. Ainsi, si le secteur extrahospitalier profite d'un nombre de traitements et de sous-traitants réduits, les ressources à disposition pour opérationnaliser la mise en conformité sont généralement très faibles. Plusieurs institutions ne disposent ainsi pas d'un informaticien en interne et c'est parfois au directeur administratif lui-même qu'il revient d'endosser la casquette de responsable de la mise en conformité au RGPD. Le type de soutien à apporter dans les deux cas de figure est donc fondamentalement différent.

### ACTIONS & RÉSULTATS

Depuis sa mise en service, la Cellule RGPD a délivré plus d'une trentaine d'outils, de modèles et de procédures. La série de livrables fournis en 2018 a été complétée en 2019 par de nouveaux, souvent sur base de demandes des membres. Citons parmi eux un formulaire de gestion du droit à l'image, un modèle de convention de confidentialité pour les prestataires de services ne traitant pas de données à caractère personnel, une liste évolutive des différentes catégories de sous-traitants et de tiers, un courrier type à adresser aux personnes concernées

en cas de violation de leurs données à caractère personnel ou encore un modèle de contrat-cadre visant à encadrer les relations de co-responsabilités telles qu'elles sont définies par le RGPD.

Au niveau de l'analyse des documents internes des membres, de nombreux contrats de sous-traitance ont été soumis à notre expertise à mesure que les membres progressaient dans l'inventaire de leurs traitements de données à caractère personnel. La majorité des contrats de ce type n'étant pas conforme aux exigences du RGPD, notre Cellule a joué à plusieurs reprises pour les membres affiliés le rôle de négociateur en rencontrant directement les représentants des firmes concernées ou en correspondant avec eux. Pour mutualiser les efforts réalisés, une liste évolutive des contrats déjà traités ou en cours d'analyse a également été mise en ligne, à disposition des membres. Les institutions très actives dans le secteur de la recherche clinique nous ont également soumis un grand nombre de conventions propres à ce domaine très spécifique et complexe du point de vue des droits des patients et de la responsabilité des membres en cas de violation de données.

Si la majorité du temps de travail de l'équipe a été consacrée au développement d'outils et au traitement des demandes des membres, le contact avec le terrain a également fait partie des priorités. Outre les nombreuses visites réalisées auprès des directions et des chefs de projet, trois Comités de suivi rassemblant l'ensemble de ces derniers ont été organisés cette année. L'objectif de ces rencontres étant toujours de présenter les outils développés aux membres, de recueillir leurs questions et suggestions concernant les services offerts par la Cellule et de focaliser leur attention sur certaines thématiques telles que les cookies en ligne, la recherche clinique à l'aune du RGPD, la jurisprudence européenne en matière de sanctions des violations de données ou le statut du personnel soignant indépendant au sein des institutions de soins.

Concernant l'avancement du processus de mise en conformité, les membres ont tous, sauf rares exceptions, mis en place les procédures essentielles d'information des personnes concernées, y compris les candidats, ainsi que celles permettant l'exercice de leurs droits. Les procédures de gestion et de documentation des incidents de sécurité et des violations de données à caractère personnel ont également été largement adaptées et intégrées en interne.

Les institutions disposent également toutes d'un registre des activités de traitement en ligne à présenter en cas de contrôle ; nos modèles types ayant été mis à leur disposition sur demande pour importation en vue de faciliter l'encodage, mais à condition de personnaliser le contenu selon les activités propres à chacun. Cette personnalisation doit cependant encore se poursuivre pour la plupart des membres, tout comme l'inventaire et la mise en conformité des contrats de sous-traitance, ceux-ci pouvant se compter par centaines pour les plus gros hôpitaux. À la demande de la Cellule RGPD, la majorité des règlements de travail des membres ont aussi été mis à jour en vue d'y annexer une liste d'articles propres aux règles en matière de sécurité de l'information.

## PERSPECTIVES

Le travail accompli par la Cellule RGPD contribue déjà aujourd'hui, à réduire fortement le risque encouru par les institutions participant activement au projet en cas de visite de l'Autorité de contrôle ou d'enquête lancée suite à une plainte ou une notification de violation de données. Le processus de mise en conformité doit cependant encore se poursuivre pour la majorité des institutions membres de la Cellule.

Si certains outils et éléments - théoriques et organisationnels - concernant les analyses d'impact sur la protection des données ont déjà été communiqués, ces analyses n'ont pas encore été entamées par la majorité des institutions. Le soutien à apporter dans leur réalisation représentera donc l'un des objectifs clés de la Cellule RGPD en 2020, sachant que le registre des activités de traitement se doit d'être finalisé avant de se lancer dans les analyses d'impact.

Si le traitement des questions des membres, l'analyse des documents, la production d'outils et les visites sur le terrain resteront à l'ordre du jour dans le futur, la Cellule RGPD souhaite également publier davantage de recommandations et d'analyses juridiques. La mutualisation des réponses aux principales questions posées par les membres, sous la forme d'une Foire Aux Questions (FAQ) évolutive en ligne, figure également parmi nos objectifs principaux à moyen terme.

## UNE EXPERTISE COMPLÉMENTAIRE DE PRATICIENS DES DROITS SOCIAL ET DU TRAVAIL

En décembre 2016, santhea a été contacté par Maître Noël Lambert, avocat spécialisé en droit social et du travail du Cabinet SOTRA, en vue de discuter de l'appui qu'il pourrait apporter aux membres de notre fédération dans la diffusion et le partage des actualités législatives et jurisprudentielles.

Cette démarche nous a tout de suite paru très intéressante dans le cadre des groupes de travail que nous organisons depuis des décennies au bénéfice des directions des ressources humaines hospitalières. En effet, par nature, les Groupes de travail «Ressources Humaines» de santhea sont plutôt axés sur l'actualité sectorielle ainsi que sur les nouvelles législations et réglementations de droit social et de droit du travail impactant plus spécifiquement le secteur. Dès lors, l'organisation d'un nouveau type de groupe de travail présentait l'atout de compléter notre approche par un suivi plus large des lois et réglementations dans ces matières ainsi que, et surtout, par des cas d'application concrets commentés par des praticiens s'appuyant pour ce faire sur une analyse jurisprudentielle.

Nos hôpitaux membres ayant accueilli avec enthousiasme notre proposition d'organiser des Groupes de travail «Atelier de droit social» en parallèle aux Groupes de travail «Ressources Humaines» habituels, nous nous sommes lancés dans l'aventure dès 2017.

Les travaux de ces groupes de travail se sont poursuivis en 2019, au rythme de trois par an.

Ils sont traditionnellement articulés en deux parties :

- Une première partie dédiée à la présentation par un membre de santhea d'un cas pratique ou d'une problématique de droit social ou de droit du travail qui s'est présenté(e) dans son institution ;
- Une deuxième partie dédiée à la présentation, par Maître Noël Lambert, d'actualités législatives et jurisprudentielles récentes (parmi lesquelles des décisions inédites des Cours et Tribunaux) du dernier quadrimestre, et ce, pour les secteurs public et privé.

Au fil du temps, la formule a cependant évolué afin de répondre encore mieux aux besoins de nos membres. En effet, le Cabinet SOTRA s'est doté de spécialistes du secteur public, de sorte que deux avocats sont maintenant présents aux ateliers, et les présentations sont désormais plus axées sur les actualités jurisprudentielles plutôt que législatives. En effet, ces dernières sont souvent déjà connues des membres de santhea notamment grâce à nos notes d'information.

## LE RÉCAPITULATIF HEBDOMADAIRE DES NOTES, UN OUTIL EFFICACE ET APPRÉCIÉ

En 2013, répondant ainsi aux attentes exprimées par nos membres, santhea avait commencé à envoyer, à la fin de chaque semaine, une liste des notes d'information publiées au cours de la semaine écoulée. Cette liste reprend de manière synthétique l'objet de ces notes et le lien permettant d'y accéder. Grâce à cet outil, chaque destinataire de l'e-mail peut facilement vérifier qu'il a bien pris connaissance de toutes les notes utiles pour lui spécifiquement, dans le cadre de sa fonction. À défaut, il peut y accéder en un seul clic.

Au fil du temps, le «look and feel» de cette liste hebdomadaire a été amélioré, l'idée étant qu'une communication efficace passe aussi par l'attrait de l'œil.

Il ressort des échos reçus en 2019 encore, que cette publication hebdomadaire, qui résume à elle seule le travail fourni chaque semaine par les conseillers experts de santhea, est très appréciée parce qu'elle

permet à nos membres d'accéder rapidement aux informations utiles et essentielles pour les aider dans leur travail quotidien, informations qui peuvent parfois se perdre dans la multitude des e-mails que chacun reçoit chaque jour.





*UNE EXPERTISE DÉMONTRÉE*  
**AU TRAVERS DE NOS DOSSIERS**



### PROJET DE RÉFORME DE LA NOMENCLATURE INAMI

Le 25 septembre 2019, l'INAMI a donné le coup d'envoi à une réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé (partie médicale). Cette réforme, considérée comme devant être budgétairement neutre, poursuit les objectifs suivants : corriger les différences injustifiées de niveaux d'honoraires entre les disciplines médicales, adapter la nomenclature à l'évolution de la médecine, améliorer la sémantique des libellés et introduire des incitants à la qualité des soins. La réforme comprend trois phases : la phase 1 concerne la restructuration des libellés, la phase 2 vise à évaluer les valeurs financières de l'acte intellectuel et la phase 3 les montants des frais de fonctionnement en lien avec les prestations. Pour la phase 1, qui est aujourd'hui lancée avec un terme estimé à fin 2021, la méthode sera participative (groupes d'experts par spécialité) et les résultats seront validés par une série de structures (associations professionnelles, universités, syndicats médicaux, organismes assureurs). Il reste cependant à préciser le rôle que les hôpitaux et les fédérations hospitalières auront à jouer dans cet ambitieux projet de réforme.

### CHIRURGIE COMPLEXE DE L'ŒSOPHAGE ET DU PANCRÉAS

Suite à l'approbation par le Comité de l'assurance de l'INAMI, le 17 décembre 2018, de deux conventions relatives à la chirurgie complexe de l'œsophage (tumeurs de l'œsophage, tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne ou affections de l'œsophage non oncologiques) et du pancréas (affections bénignes, pré-malignes ou malignes du pancréas et/ou de la région péri-ampullaire), dix centres de référence ont été conventionnés pour la chirurgie complexe de l'œsophage et quinze centres pour la chirurgie complexe du pancréas. L'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre de ces conventions sont confiés à un groupe de pilotage « Chirurgie complexe » qui comprend un représentant de santhea et qui s'est réuni à plusieurs reprises en 2019. Ce groupe aura également pour mission d'approuver le rapport

final d'évaluation des centres conventionnés avant transmission au Comité de l'assurance.

### PROGRAMMES DE SOINS SPÉCIALISÉS DE L'AVC

La Conférence Interministérielle « Santé publique » (CIM) du 22 mai 2019, a entériné un protocole d'accord portant sur la répartition entre entités fédérées de la programmation des programmes de soins spécialisés « soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives » établi par l'arrêté royal du 16 décembre 2018 : sept en Région flamande, trois en Région de Bruxelles-Capitale et cinq en Région wallonne. L'autorité fédérale et les autorités d'agrément doivent entreprendre les démarches nécessaires pour ancrer cette répartition dans leurs réglementations et ensuite procéder à l'agrément. Concernant l'agrément, on se souvient que l'arrêté royal du 19 avril 2014 fixant les normes des programmes de soins « soins de l'AVC », avait auparavant défini deux niveaux de programmes de soins : le programme de soins de base « soins de l'AVC aigu » et le programme de soins spécialisés « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives ». La mise sur pied de groupes de travail au sein des administrations fédérales et des entités fédérées afin de réfléchir à l'actualisation des normes d'agrément et de proposer des indicateurs de qualité est prévue pour 2020. Il faut donc s'attendre à ce que les programmes de soins spécialisés de l'AVC ne puissent être agréés rapidement.

### DIRECTIVE NIS

L'adoption de la loi du 7 avril 2019 transposant en Belgique les obligations de la Directive NIS a engendré de nombreuses questions et réactions dans le secteur. En effet, bien que l'actualité de 2019 ait vu croître le nombre de cyberattaques et par conséquent la nécessité absolue de s'armer contre cette nouvelle menace pour les hôpitaux, le SPF Santé publique a opté pour une position minimaliste et a rendu cette directive européenne inopérante, à ce stade, pour nos hôpitaux. L'enjeu est donc de familiariser le secteur avec cette nouvelle réalité que sont les cyberattaques et leurs conséquences. En outre, notre objectif

est d'obtenir des autorités un financement permettant de développer une politique d'anticipation plutôt qu'une attitude d'attentisme et uniquement réactive.

### DISPOSITIFS MÉDICAUX

Les directives européennes régissant la matière jusque-là ont été remplacées par deux règlements européens concernant respectivement les dispositifs médicaux (2017/745/EU) et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (2017/746/EU). L'entrée en vigueur de ces règlements est graduelle et vise une pleine application en mai 2022. Les changements apportés par les règlements ne sont pas négligeables et impactent considérablement les hôpitaux. Une communication régulière à ce propos nous permet d'informer correctement et au fur et à mesure nos institutions, de transmettre leurs craintes et réflexions aux autorités et de les accompagner autant que faire se peut, au travers de relais professionnels, dans leurs démarches de mise en conformité avec les règlements européens, compte tenu des spécificités de chacun et de la complexité de la matière.

### DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Le Groupe de travail "Dossier Patient Informatisé" (GT "DPI") a continué à se réunir en 2019 afin de permettre une réflexion sur l'évolution des critères BMUC ainsi qu'un partage sur les pratiques de chacun à ce propos. Le relais de ces considérations vers le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers et le Comité de pilotage BMUC a été assuré afin de donner le meilleur écho possible aux avis des experts du terrain. Par ailleurs, compte tenu des évolutions récentes dans le secteur en termes de fournisseurs de logiciels, de nombreuses institutions ont entamé une démarche de prospection du marché. Le Groupe de travail "DPI" a également été, dans cette optique, un espace de présentation et d'échange quant aux différentes options possibles.

L'accent a, par ailleurs, été mis sur l'accompagnement des hôpitaux généraux et psychiatriques via des réunions d'information et de mise en commun des initiatives locales ainsi que sur les visites de tous les hôpitaux afin de cerner leurs besoins et état d'avancement. Santhea a aussi participé au Comité de pilotage « BMUC » et tenu les hôpitaux informés au sujet des étapes du projet d'informatisation et des conditions d'octroi du financement.



Le travail, ainsi accompli, visait à atteindre une compréhension et une interprétation homogènes des fonctionnalités qui définissent le caractère intégré du DPI et à aider au mieux les hôpitaux à orienter leur choix vers une application informatique unique à même de répondre aux attentes des praticiens professionnels concernés.

#### **HOSPITALISATIONS MÉDICO - PSYCHO - SOCIALES**

Notre Groupe de travail "Hospitalisations MPS" a poursuivi sa tâche. Nous avons notamment réuni de nombreux hôpitaux concernés par la problématique lors d'une matinée dédiée à ce sujet. Cela a permis d'appréhender le mode de fonctionnement de chacun par rapport à la situation des enfants hospitalisés pour des raisons médico - psycho - sociales. En parallèle, l'adoption d'un arrêté du Gouvernement de la Communauté française en début d'année, relatif aux subventions et interventions pour frais individuels liés à la prise en charge d'enfants et de jeunes, a complexifié davantage la situation et pose à présent la question beaucoup plus large du trajet de soins de ces enfants et de la définition des compétences des multiples intervenants tant sur le terrain que dans les sphères décisionnelles. Le champ de réflexion s'élargit donc encore.

#### **IRISCARE**

Les « Commissions Techniques » ont été mises en place. Celle relative à la santé mentale s'est penchée, dans un premier temps, sur la refonte des « conventions INAMI 772 » afin d'en revoir les termes et de les adapter. Cette démarche fait suite au transfert de la compétence en la matière aux Régions et donc, pour Bruxelles, à Iriscare. Le Conseil de gestion d'Iriscare a également attiré l'attention sur la nécessité d'élaborer un système d'appels d'offres structuré pour l'attribution des subsides facultatifs aux différentes entités ressortant de la compétence d'Iriscare. De même, un travail conséquent a été réalisé afin de structurer les besoins des différents secteurs dans une perspective pluriannuelle.

#### **AGENCE WALLONNE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AViQ)**

Les sept « Commissions Techniques » attendues avaient été mises en place au sein de l'administration wallonne compétente en matière de santé, l'AViQ. Ensuite, la ministre wallonne de la santé, Alda Gréoly a décidé de créer une huitième commission : la « Commission Technique Revalidation » spécifiquement dédiée aux centres de revalidation fonctionnelle. Nos arguments en faveur du maintien d'une seule Commission santé men-



tale afin de développer une vision et une politique cohérentes de la santé mentale en Wallonie n'ont pas été entendus par la ministre. Pas plus que la toute grande majorité des acteurs de la revalidation qui ont fortement insisté pour maintenir la revalidation dans le secteur de la santé mentale.

De plus, la composition de cette commission déroge au principe de parité des Commissions de conventions de l'AViQ, puisque la ministre a décidé d'y désigner cinq experts de l'autorité en plus des 5 représentants respectifs des prestataires et des organismes assureurs. Le décret initial prévoit ces représentants de l'autorité au niveau des Comités de branches et du Conseil général.

### **RÉSEAUX HOSPITALIERS CLINIQUES LOCORÉGIONAUX**

Les différentes régions ont avancé dans l'élaboration du cadre juridique nécessaire à la mise en place des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (notamment sur la question des réseaux au sein desquels collaboreront des institutions appartenant aux secteurs privé et public). Les remarques formulées par les hôpitaux à l'encontre des différents projets de réglementation ont été relayées par santhea auprès des autorités compétentes, en demandant que les projets de texte soient modifiés afin d'y donner bonne suite. De même, les différentes fédérations hospitalières ont attiré l'attention des autorités sur les effets collatéraux de cette réglementation et sur la nécessité de les appréhender rapidement, notamment en matière de TVA ou de droit social.

### **PROGRAMME D'ÉCHANGE DE HOPE**

La Fédération européenne des hôpitaux (HOPE) organise chaque année un programme d'échange destiné aux professionnels de santé : quatre semaines durant lesquelles les participants seront amenés à découvrir un autre système de santé et d'autres pratiques. L'objectif de ce programme est d'apporter une réelle plus-value à leur hôpital ainsi qu'à leur carrière professionnelle, en s'ouvrant aux différents systèmes de santé européens, grâce à une immersion unique au cœur d'une équipe de professionnels hospitaliers européens. Médecins,

pharmacien(ne)s, directeurs/trices, ingénieur(e) s ou cadres de santé sont invités à participer à ce programme afin d'enrichir leurs pratiques quotidiennes, en profitant d'un partage mutuel de connaissances et d'innovations. Deux institutions membres de santhea ont participé à l'édition 2019, avec un retour très positif. L'édition 2020 est déjà sur les rails avec plusieurs candidats.

### **COMITÉ E-SANTÉ**

Le Comité e-santé.brussels est une proposition conjointe de plusieurs acteurs économiques visant à accélérer la mise à disposition de solutions technologiques pour les patients et le monde de la santé en Région de Bruxelles-Capitale via le soutien à l'innovation et à l'entrepreneuriat dans l'e-santé. Santhea participe activement aux réunions de ce comité et relaie vers les hôpitaux les points d'attention discutés à l'occasion de ces échanges. Ceux-ci nous ont également permis un suivi rapproché des évolutions dans le secteur et notamment, en matière de règlements européens relatifs aux dispositifs médicaux, de la Directive NIS, ou encore d'échanges de données.

### **REVALORISATION DU FORFAIT MÉDICAMENT EN HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES**

Le travail entamé en 2018 concernant la question de la facturation du forfait des médicaments en hôpital psychiatrique a été poursuivi en 2019. Une analyse chiffrée nous a ainsi été communiquée par l'INAMI en fin d'année. L'étude de ce tableau et des chiffres dont nous disposons est susceptible d'alimenter une démarche à l'égard des autorités en appuyant nos arguments par des chiffres.

### **TVA**

Nous avons interpellé les autorités quant aux aspects TVA de la mise en place des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. En parallèle à cela, nous avons organisé un Groupe de travail "TVA" reprenant les actualités TVA dans le secteur des soins de santé. À titre d'exemple, un arrêt de la Cour constitutionnelle, lui-même basé sur une question préjudicielle posée à la Cour de justice de l'Union européenne, a été rendu en fin d'année, non sans conséquences pour nos institutions

(tant pour le sort de la TVA sur les prestations esthétiques que pour l'interprétation restrictive de l'exemption de TVA sur les prestations de soins). Les fédérations hospitalières collaborent en la matière et ont interpellé ensemble les autorités compétentes concernant les implications substantielles sur le secteur d'une telle décision.

### FINANCEMENT DES MAÎTRES DE STAGE

La réglementation relative au financement des maîtres de stage dans le cadre de la formation des médecins spécialistes pour l'année 2018 a enfin été publiée en 2019 au Moniteur belge et, partant, est entrée en vigueur. Elle prévoit encore la liquidation d'un montant forfaitaire directement aux médecins maîtres de stage. Ce système du forfait a cependant été remplacé, pour l'année 2019, par le versement d'une indemnité par candidat et par mois. Ce processus implique une base de données parfaitement à jour quant aux plans de stages approuvés par les Commissions d'agrément, y compris en ce qui concerne les modifications apportées en cours de stage. Toutefois, l'arrêté royal n'a pas été publié en 2019. A noter également que ce système mis en place pour l'année 2019 concerne également les hôpitaux universitaires, qui se voient donc supprimer pour cette même année leur financement au travers du BMF.

### INNOVATION

Depuis quelques années, santhea a décidé de s'investir dans le domaine de l'innovation et de se positionner en tant que facilitateur pour permettre à ses membres de faire face aux enjeux actuels. L'objectif est de favoriser la conciliation de la qualité des soins et du travail efficient. En plus de participer au Comité e-santé.brussels, santhea collabore avec des acteurs importants dans ce domaine comme LifeTech.brussels et le Healthcare Technology Club d'Agoria, afin de tenir ses membres informés de l'évolution du secteur et des opportunités qui leur sont offertes. Santhea mise principalement sur la sensibilisation de ses membres pour les aider à surmonter les freins éthiques et culturels que les technologies peuvent faire apparaître, et leur permettre ainsi de devenir acteurs de cette dynamique.

### MESURE DE LA SATISFACTION ET DE L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS

Les collaborateurs en charge de l'Enquête Satisfaction Patients ont participé en 2019 à une série de conférences dans le but de rester informés des dernières initiatives et projets réalisés en matière de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. La participation à ce type d'événements permet d'alimenter les échanges avec les membres de santhea actifs dans notre Groupe de travail "Satisfaction Patients" et de faire évoluer nos outils de mesure et notre protocole d'enquête. C'est également l'occasion de faire connaître notre projet en dehors de la fédération et d'échanger directement avec d'autres spécialistes de ce domaine.

### PAY FOR PERFORMANCE - EXPÉRIENCE PATIENTS

Les données de l'Enquête Satisfaction Patients qui est organisée par la fédération sont utilisées depuis 2018 dans le cadre du programme Pay for Performance (P4P). Santhea participe dans ce contexte au Groupe de travail "P4P Expérience Patients" organisé par le SPF Santé publique. Cette initiative permet aux responsables des différentes sources de données (santhea, BSM Management et Vlaams Patiëntenplatform) de définir, avec l'administration, la méthodologie utilisée pour ce volet du programme P4P. Dans ce contexte, santhea veille également à ce que les objectifs définis soient réalistes et atteignables par ses membres.

### TERMINOLOGIE SNOMED CT

La terminologie SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) représente l'avenir des données médicales au sein du système de soins de santé belge. Avec ses 350.000 concepts cliniques uniques et interconnectés au sein d'une arborescence logique, et ses possibilités de mapping avec d'autres langages, comme l'ICD (International Classification of Diseases), SNOMED CT pourrait bien révolutionner les échanges entre l'administration, les professionnels des soins, les chercheurs et les patients. Bien que le projet ait toujours accusé du retard depuis son lancement



réel dans le cadre du plan e-Santé 2.0 en 2016, celui-ci semble actuellement reprendre vigueur, d'où l'intérêt de rester informés sur les progrès réalisés par le SPF Santé publique, en sa qualité de NRC (National Release Center), seul organisme apte à délivrer les mises à jour de SNOMED CT aux acteurs des soins de santé.

#### **PLAN E-SANTÉ 2019-2021**

Le 28 janvier 2019, l'Etat fédéral et les entités fédérées ont conclu le protocole d'accord pour le plan e-Santé 2019-2021. Il s'inscrit dans la continuité du plan 2013-2018 dont 72% des objectifs avaient été atteints selon le rapport de la Conférence Interministérielle. Son articulation a néanmoins été profondément revue puisque d'une liste de 20 points d'action, il est passé à 44 projets interdépendants répartis en sept clusters. Les points d'action d'origine subsistent, parfois avec des adaptations dans le plan 2019-2021 (sauf ceux d'ores et déjà opérationnels, tel, par exemple, le traçage des implants et des médicaments). Chaque projet du nouveau plan e-Santé considère la situation actuelle, celle qui est souhaitée (fixation d'objectifs) et les défis à relever pour y arriver. Bon nombre de ces projets concernent, à l'un ou l'autre titre, les établissements hospitaliers. Citons entre autres le Dossier Patients Informatisé

(DPI), la terminologie (en relation avec le DPI), la réduction de la charge de travail administratif pour les fournisseurs de soins, l'échange d'informations multidisciplinaires, la prescription électronique, ou encore VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) visant au partage des données médicamenteuses des patients hospitalisés.

#### **PORTAIL PERSONNEL DE SANTÉ (PATIENT HEALTH VIEWER)**

Il s'agit du point 5.1 du plan e-Santé 2019-2021 (ancien point d'action 10 du plan e-Santé précédent) Les hôpitaux constituent l'une des sources essentielles de données alimentant le portail permettant aux patients de consulter leurs informations de santé. Santhea a eu l'occasion de participer dès l'origine aux progrès de cette initiative. Les défis sont conséquents. Il faut en effet que le fonctionnement du portail reste compatible avec les exigences de confidentialité caractérisant les données de santé. Cela demande une gestion rigoureuse des autorisations d'accès, tant en consultation qu'en termes d'alimentation d'informations nouvelles. De multiples réunions ont été organisées à l'INAMI impliquant les nombreux acteurs concernés. Le portail est fonctionnel mais continue à évoluer via l'addition

régulière de nouvelles fonctionnalités. Une nouvelle version devrait entrer en production dans le courant de l'année 2020.

### **GESTION DE PROJETS DANS LES HÔPITAUX – HUITIÈME CONFÉRENCE ORGANISÉE PAR QRP INTERNATIONAL**

La huitième conférence sur la gestion de projets dans les hôpitaux organisée par QRP International a eu lieu le 5 juin 2019. La rencontre était expressément organisée à l'intention des directeurs informatiques, responsables de programmes, responsables qualité et chefs de projets travaillant dans un hôpital ou en collaboration avec un hôpital en Wallonie et à Bruxelles. Au programme de la journée se trouvait une réflexion sur la poursuite du processus d'amélioration de la gestion des projets au travers d'une meilleure maîtrise et d'un meilleur suivi ayant pour base la méthode PRINCE2. C'est dans cette optique que plusieurs hôpitaux ont entamé la mise en place d'un Project Management Office (PMO), destiné à gérer l'ensemble des projets de l'institution considérés comme faisant chacun partie d'un ensemble plus grand que leur seul périmètre et dépassant le rôle et les responsabilités du seul chef de projet. QRP, en tant que partenaire des hôpitaux pour PRINCE2, souhaitait, via la conférence, les accompagner vers la mise en place du PMO en répondant notamment aux questions suivantes : Comment utiliser PRINCE2 pour mieux gérer ses projets? Comment le PMO peut-il

adapter cette méthode pour arriver à une gestion de projet correspondant aux caractéristiques de son hôpital ?

### **GESTION DE PROJETS DANS LES HÔPITAUX – LE PROJECT MANAGEMENT OFFICE (PMO)**

Dans la foulée de la huitième conférence organisée par QRP International sur la gestion de projets dans les hôpitaux, le Groupe de travail santhea consacré à cette problématique s'est réuni avec, à l'agenda, une réflexion sur le positionnement stratégique du PMO au sein de l'hôpital et la pyramide DG-PMO-Chef de projet. À l'origine les deux points étaient à traiter séparément mais ils se sont naturellement entremêlés au cours des échanges. Il est rapidement apparu qu'au stade actuel, le niveau de développement du PMO au sein des hôpitaux santhea représentés au groupe de travail ou consultés préalablement, reste fort variable. Cela va en effet d'institutions où le PMO demeure inexistant ou embryonnaire à d'autres où il s'est structuré et est progressivement accepté comme un élément déterminant dans la bonne gestion de l'établissement. La place la plus pertinente à donner au PMO dans une structure hospitalière et son rôle dans la stratégie de l'hôpital reste un sujet de réflexion. Il n'y a probablement pas de solution unique, celle convenant le mieux dépendant vraisemblablement de la structure, de l'organisation et de l'historique particuliers à chaque institution.



## **CONTESTATION DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS**

En juin 2019, Solidaris a adressé une lettre à plusieurs hôpitaux leur demandant le remboursement de suppléments d'honoraires qui auraient été facturés indûment à des patients lors de leur séjour en unité de soins intensifs (USI). Alerté par certains de ses affiliés, santhea a enquêté avec leur aide sur la réalité de ces constatations et a vite mis en lumière que, s'il est vrai qu'aucun supplément ne peut être réclamé lors d'un séjour en USI, bon nombre des demandes de l'organisme assureur n'étaient pas justifiées. Il suffit en effet qu'un patient ait séjourné à midi en USI pour que l'entièreté de la journée et des prestations effectuées soient rattachées à ce service. Il n'est nullement tenu compte du fait que certaines prestations ont pu se dérouler dans la matinée, préalablement au transfert (avant 12 heures) en USI, ou l'après-midi (après 12 heures) après en être sorti. Santhea a donc répondu en ce sens à Solidaris. Il a été conseillé en parallèle aux hôpitaux concernés de ne procéder à aucun remboursement – sauf bien sûr dans le cas où, malgré l'interdiction qui en est faite, des suppléments auraient été erronément facturés pour une période correspondant bien à un séjour en USI.

## **ECONOMIES DANS LE SECTEUR DES MÉDICAMENTS**

Une loi portant notamment des dispositions en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2019, a instauré diverses mesures d'économie dans le secteur des médicaments. Plusieurs dispositions concernaient directement les hôpitaux :

- L'extension du système des prix-plafonds aux médicaments délivrés uniquement en hôpital (ceux ne répondant pas à la définition de prescription la moins chère deux ans après la fin de leur brevet, ne sont plus remboursés) ;
- La diminution supplémentaire du niveau de facturation par les hôpitaux des médicaments pour lesquels une alternative - même(s) principe(s) actif(s) - est disponible (la réduction initiale à 90% est désormais passée à 85%) ;

- L'introduction en hôpital de quotas de prescription et de délivrance de médicaments les moins chers, aussi bien en ambulatoire que pour les patients hospitalisés (il existe désormais, à titre transitoire, des pourcentages de prescription et de délivrance de médicaments les moins chers pour les diverses catégories de médecins spécialistes, qui seront fixées plus tard par arrêté royal).

## **NOUVEL ARTICLE 33ter DE LA NOMENCLATURE**

Deux arrêtés royaux du 17 mai 2019 ont instauré au 1<sup>er</sup> juillet 2019 un nouvel article, le 33ter, de la nomenclature des prestations de santé. Il ne contient que des prestations de biologie moléculaire dont le résultat conditionne le remboursement d'un médicament spécifique. Un mécanisme ingénieux a été créé afin de coupler le remboursement du médicament à celui du test de biologie moléculaire, ce dernier accusant auparavant du retard par rapport au premier. Cela passe par la création d'un nouveau chapitre, le chapitre VIII, dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, ne contenant que les médicaments dont le remboursement dépend du résultat d'un test de biologie moléculaire destiné à dépister une anomalie moléculaire acquise spécifique. La partie C du chapitre VIII énumère les marqueurs prédictifs qui peuvent être attestés suivant l'article 33ter de la nomenclature et peut être rapidement adaptée en fonction des progrès scientifiques. De son côté, l'article 33ter ne contient pas des codes de nomenclature correspondant à des prestations spécifiques à chaque biomarqueur testé mais uniquement six codes génériques correspondant au niveau de complexité de la prestation effectuée, à attester selon les spécifications de la partie C du chapitre VIII. En parallèle à la création de l'article 33ter, l'article 33bis qui reprenait l'ensemble des tests de biologie moléculaire sur du matériel humain a été logiquement adapté.

### AUDITS CLINIQUES DES INSTALLATIONS RADIOLOGIQUES

Un arrêté royal du 20 juillet 2001 avait instauré la mise en place d'audits cliniques des installations radiologiques dans les services de médecine nucléaire et d'imagerie médicale. Les modalités de ces audits n'étaient cependant pas fixées. Cela a été chose faite via deux arrêtés royaux du 19 juillet 2019, entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2019. Citons-en les caractéristiques principales :

- Dans les services de médecine nucléaire, les audits cliniques consistent en une phase d'autoévaluation effectuée sur la base des questionnaires figurant dans le B-QUANUM - version belge du QUANUM (« Quality Management Audits in Nuclear Medicine practices ») publié par l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA) - et une phase d'audit clinique interne;
- Les audits cliniques internes sont réalisés au moins une fois tous les deux ans, sur la base du rapport d'autoévaluation le plus récent, par une équipe composée de personnes liées à l'établissement auquel appartient l'installation radiologique à auditer à l'exception des personnes liées à cette installation;
- Dans les services d'imagerie médicale et services connexes où ces pratiques sont mises en œuvre, l'audit clinique s'effectuera sous forme d'une autoévaluation répétée tous les deux ans et réalisée selon les principes et la méthodologie décrits dans le B-QUAADRIL - la version belge du QUAADRIL (« Quality Assurance Audit for Diagnostic Radiology Improvement and Learning » de l'AIEA) validée par la Belgian Medical Imaging Platform - et sur base des questionnaires figurant dans ce même B-QUAADRIL.

### SIMPLIFICATION DU REMBOURSEMENT DU MATÉRIEL D'EMBOLISATION DANS LA RÉGION ENCÉPHALIQUE OU MÉDULLAIRE

La diversité des matériels utilisés lors d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire était couverte par une unique prestation de la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. Pour chaque

intervention d'embolisation, le remboursement du matériel dépendait de l'approbation du Collège des médecins-directeurs. Dans un but de simplification, le Collège a proposé de supprimer la prestation unique et de la remplacer à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2019 par seize nouvelles prestations couvrant spécifiquement les différents types de matériel, avec à chaque fois un remboursement forfaitaire ne nécessitant plus son accord. Cinq de ces prestations sont assorties d'une liste nominative reprenant précisément les caractéristiques (distributeur, nom, référence) des dispositifs remboursables.

### LE BUDGET MOBILITÉ COMME ALTERNATIVE À LA VOITURE DE SOCIÉTÉ

Le budget mobilité a été instauré en tant qu'alternative à la voiture de société. Son cadre légal est repris dans la loi du 17 mars 2019 concernant l'instauration d'un budget mobilité.

Ce budget mobilité est basé sur trois piliers parmi lesquels l'employé peut choisir librement celui ou ceux dont il souhaite faire usage :

- 1<sup>er</sup> pilier : une voiture mais respectueuse de l'environnement;
- 2<sup>ème</sup> pilier : un mode de transport alternatif et durable;
- 3<sup>ème</sup> pilier : le paiement du solde du budget qui n'a pas été dépensé dans les deux autres piliers.

### RÉFORME DES AIDES À LA PROMOTION DE L'EMPLOI EN WALLONIE

Santhea a organisé une session d'information relative à la réforme des aides à la promotion de l'emploi en Wallonie, en collaboration avec l'UNIPSO. Frédéric Clerbaux, le conseiller juridique de l'UNIPSO en charge de la matière, a pu éclairer nos membres sur l'état des lieux de la réforme APE pour ensuite donner des explications sur la période transitoire, l'octroi de la subvention unique, les conditions à respecter ainsi que sur le transfert vers les politiques fonctionnelles. Force est de constater que le ministre du Gouvernement wallon n'aura pas pu boucler cette seconde tentative de réforme du système APE avant la fin de la législature.



### **ADOPTION DE LA LOI INTRODUISANT LE CODE DES SOCIÉTÉS ET ASSOCIATIONS**

Suite aux discussions qui ont eu lieu depuis mars 2017, le nouveau Code des sociétés et associations a enfin vu le jour au printemps 2019. Pour toutes les formes de sociétés, fondations et associations, si l'on devait ne citer que quelques changements majeurs, on citerait ceux-ci : l'introduction d'une nouvelle définition de la notion d'«entreprise» (élargie aux asbl), la réduction du nombre de formes de société, la suppression de la distinction entre sociétés civiles et sociétés commerciales ainsi que l'extension du champ d'application du droit d'insolvabilité aux asbl.

Si l'on devait se focaliser sur les changements opérés spécifiquement pour les asbl, on parlerait de la nouvelle définition de l'asbl, de la composition de son Assemblée Générale et de son Conseil d'Administration ainsi que la durée du mandat de ses administrateurs.

### **REPORT DE SIX MOIS POUR COMPLÉTER LE REGISTRE DES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS (UBO)**

Dans le cadre de la transposition de la Directive européenne 2015/849 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins du blanchiment de capitaux ou du financement du terrorisme, la Belgique s'est dotée d'un arsenal législatif et réglementaire imposant de compléter un registre des bénéficiaires effectifs

(Ultimate Beneficial Owner ou UBO). Initialement à compléter pour le 31 mars 2019, un report de six mois a finalement été autorisé laissant ainsi aux sociétés et associations concernées jusqu'au 31 septembre 2019 pour y indiquer les données requises.

### **ÉLECTIONS SOCIALES 2020**

Tous les quatre ans, les membres de santhea appartenant au secteur privé doivent, à partir d'un certain nombre de travailleurs, organiser des élections sociales en vue d'élire les représentants des travailleurs au sein du Conseil d'entreprise et/ou du Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT). Certains souhaitent utiliser un logiciel informatique destiné à les accompagner dans les multiples étapes que contiennent ces élections. Santhea contacte, avant chaque élection sociale, les fournisseurs de logiciels en vue de permettre aux membres de bénéficier de tarifs avantageux. En 2019, santhea a en outre permis à Elegio de faire, lors d'un des Groupes de travail «Ressources Humaines hôpitaux», une présentation sur un logiciel permettant le vote électronique.

### **PROJET « ABSENTÉISME »**

Au niveau de la base de données, la récolte des chiffres d'absentéisme 2018 a commencé en mai. Etant donné que trois nouvelles institutions (CHR

Huy, CHwapi et CHU Liège) ont marqué leur intérêt pour le projet, il a fallu plus de temps pour traiter les données reçues. Après injection des données dans le datawarehouse en novembre, nous avons publié un Focus intitulé « Le projet Absentéisme... 5 ans après ». Nous récoltons, en effet, les chiffres d'absentéisme des hôpitaux santhea pour la cinquième année consécutive. Cette publication avait pour but de fournir un aperçu des chiffres d'absentéisme valables au niveau de santhea dans son ensemble pour l'année 2018 mais aussi de regarder l'évolution depuis 2013 et la ventilation des différents taux par sexe, classe d'âge ou grade.

Outre l'analyse des chiffres d'absentéisme, il est intéressant de se poser la question de la gestion de cette problématique dans nos institutions. Nous avons donc voulu lancer une réflexion sur le sujet au sein du Groupe de travail "Ressources Humaines hôpitaux". Dans ce cadre, nous avons d'une part, assisté à une présentation de la Clinique André Renard intitulée « La gestion de l'absentéisme » et d'autre part, réalisé un brainstorming sur les principales causes de l'absentéisme.

### SOINS À BASSE VARIABILITÉ

Le nouveau système de financement des soins à basse variabilité est mis en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans nos hôpitaux. À cette occasion, une courte étude, sous forme de Focus, a été publiée. Celle-ci se référait aux dernières données disponibles, à savoir les données basées sur le Résumé Hospitalier Minimum 2016, utilisées pour fixer les forfaits valables durant l'année 2019. Elle concernait les statistiques suivantes : proportion de séjours concernés par le nouveau système, évaluation du gain ou de la perte par institution et par DRG, ventilation des séjours par type d'hospitalisation (hospitalisation classique ou hospitalisation de jour) pour les groupes de séjours mixtes.

Durant l'année 2019, plusieurs réunions ont eu lieu entre l'INAMI et les différentes fédérations pour discuter de la mise en place effective du nouveau système dans les institutions et répondre aux questions toujours en suspens. La question de la répartition des nouveaux forfaits entre les spécialités, non réglée en début d'année, fut encore abordée un grand nombre de fois.

### RÉFORME DE L'HÔPITAL DE JOUR

Après un an de discussions, une note conceptuelle concernant la révision de l'organisation, du fonctionnement et du financement de l'hospitalisation de jour, a enfin été approuvée en septembre 2019, lors d'une réunion mixte entre la Commission de conventions Hôpitaux-Organismes Assureurs et le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers. Les deux instances devaient se réunir ensemble car l'hospitalisation de jour relève d'un financement mixte (BMF ou forfaits INAMI) et recouvre des activités chirurgicales et médicales, diagnostiques ou thérapeutiques. La concrétisation de la note a été traduite dans un « plan par étapes », dont la première étape est la formation des différents groupes de travail : le Comité de pilotage, le Groupe de travail financement, le groupe d'experts médicaux, etc.

### ACCORDS SOCIAUX FÉDÉRAUX 2017-2020

La mesure phare de ces accords sociaux concerne le lancement de la première phase de la classification de fonctions « IF-IC » dans le secteur privé des soins de santé, qui a démarré en 2018.

En 2018, les discussions en la matière avaient fortement retardé les négociations sur les textes nécessaires pour mettre en œuvre les autres mesures de ces accords sociaux qui visent une communication plus rapide des horaires, une légère flexibilité du travail afin de rencontrer les réalités de terrain, l'octroi de trois week-ends successifs de vacances, la formation des délégués syndicaux, une valorisation plus large de l'ancienneté des travailleurs, le volet social de la réforme des réseaux hospitaliers, etc.

Début 2019, les ministres de l'Emploi et des Affaires sociales ont, par conséquent, relancé les débats avec les partenaires sociaux privés et publics afin d'aboutir à des accords sur ces thématiques-là. Pour le secteur privé, les craintes réciproques des syndicats et des employeurs de ne pas aboutir à un accord équilibré répondant à leurs attentes respectives ont paralysé les négociations au point qu'aucune convention collective de travail n'a pu être signée en 2019 sur ces problématiques.

Les syndicats du secteur public ont quant à eux rapidement signifié leur volonté de n'avancer que sur les thématiques de l'accord social qui répondaient à leur cahier de revendications, sans laisser la moindre ouverture pour discuter des points de l'accord social qui répondaient aux demandes des employeurs. Là aussi, aucun accord n'a pu être trouvé malgré les multiples rencontres tout au long de l'année.

### **ACCORDS SOCIAUX RÉGIONAUX**

Les négociations relatives aux accords non-marchands régionaux ont abouti à un accord politique global fin 2018. Ces accords n'ont été signés qu'en mai 2019, après de nombreuses discussions complémentaires. Ils visent le financement d'une prime annuelle spécifique qui vient en complément de la prime de fin d'année des travailleurs des secteurs privé et public.

### **CLASSIFICATION DE FONCTION IF-IC DANS LES HÔPITAUX PUBLICS**

Comme pour les hôpitaux du secteur privé, un budget fédéral a été octroyé pour implémenter dans les hôpitaux publics la classification de fonctions IF-IC.

Pour entamer cela, il a été décidé de lancer en 2019 une étude barémique préparatoire avec quelques hôpitaux publics. Neuf institutions membres de santhea se sont portées volontaires : le CHR de

Huy, le CHUPMB, VIVALIA et le CHU de Liège en Wallonie, ainsi que les Hôpitaux Iris Sud, le CHU Saint-Pierre, le CHU Brugmann, l'Institut Jules Bordet et l'HUDERF à Bruxelles. Cinq hôpitaux flamands ont complété l'échantillon.

Les participants à l'étude préparatoire ont dû procéder à l'attribution théorique de fonctions pour chacun de leurs travailleurs et ensuite réaliser un « rapportage » dans un fichier Excel. Santhea est alors intervenu dans l'audit et le traitement de ces données, une fois l'information agrégée par fonction IF-IC, au nombre de 218. Cette étude préparatoire avait pour but d'objectiver l'impact réel de l'IF-IC dans les hôpitaux publics afin de dégager les pistes les plus réalistes pour que les hôpitaux publics puissent à leur tour bénéficier de ce financement de la réforme des fonctions et des barèmes. L'objectif était d'éviter ainsi qu'un écart se creuse entre l'évolution des rémunérations des travailleurs des hôpitaux privés et publics.

### **L'IF-IC DANS LES HÔPITAUX PRIVÉS**

Suite aux attributions de fonctions dans le secteur privé au second semestre 2018, un peu plus de 8.000 recours ont été introduits par des travailleurs en 2019. Une Commission de recours externe paritaire (syndicats et employeurs) a été instaurée au sein de l'IF-IC. Elle était composée de spécialistes de la classification de fonctions et de membres du Comité de pilotage. Cette commis-





sion a travaillé intensément tout le premier semestre de 2019 pour traiter cet afflux de recours, imputable en partie au fait que certaines descriptions de fonctions n'étaient plus à jour, en partie dû à une mauvaise compréhension de ce nouveau mécanisme ou encore en raison d'attentes déçues de revalorisation des rémunérations.

#### **NOUVELLE CONVENTION NATIONALE POUR LES HÔPITAUX AIGUS**

Le 12 décembre 2019, une nouvelle convention nationale a été conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. Elle entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour une durée d'un an afin d'évaluer, à terme, les avancées concrètes de la réforme de l'hospitalisation de jour. L'article de la convention relatif à la mise en place de cette réforme parle en effet essentiellement du travail de révision que devront effectuer les médecins experts à partir des listes existantes (liste A dans le BMF et listes des forfaits groupes 1 à 7 pour l'INAMI).

Par ailleurs, les hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ainsi que les hôpitaux disposant uniquement d'un service Sp palliatif, sont nouvellement définis dans la convention

comme des « hôpitaux généraux spécialisés » pour les distinguer des huit hôpitaux situés en Flandre qui n'ont que des services isolés Sp et/ou G. En effet, ceux-ci ne ressortent plus de la loi sur les hôpitaux depuis la sixième réforme de l'Etat et ne peuvent, par conséquent, plus adhérer à la convention nationale.

#### **LE FINANCEMENT DES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES (MSP)**

Santhea a soulevé, en Commission santé mentale de l'Agence pour une Vie de Qualité, la problématique suivante : suite à la régionalisation, les MSP attachées aux hôpitaux psychiatriques sont censées être financièrement autonomes et ne plus dépendre desdits hôpitaux. Or, tendre vers cette autonomie nécessite une revalorisation de la partie B1 des MSP, qui est actuellement bien inférieure à celle des hôpitaux psychiatriques. Cela aboutit à ce qu'une partie des frais soient encore couverts par les hôpitaux. La récolte de chiffres auprès de la majorité des MSP concernées montre en effet qu'il existe un sous-financement moyen d'environ 12 euros par journée. Les charges non couvertes représenteraient ainsi un total de quelques 3,5 millions d'euros au niveau du pays. La Commission de convention conjointe « santé mentale – hôpitaux » s'est donc accordée pour, d'une part, demander la libération de la moitié de ce

montant dès 2020 et d'autre part, créer un groupe de travail qui affinerait les chiffres et travaillerait sur l'accessibilité des soins aux patients.

### **BUDGET DES SOINS DE SANTÉ 2020 - ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE 2020**

Le Conseil général de l'INAMI a rejeté, le 21 octobre 2019, la proposition de budget des soins de santé 2020 faite par le Comité de l'assurance de l'INAMI. Il revenait dès lors au Gouvernement fédéral de prendre une décision en la matière. Le Conseil des ministres a, in fine, fixé l'objectif budgétaire global 2020 à 27.654.648.000 euros, avec une norme de croissance arrêtée à 1,5% et une indexation des honoraires plafonnée à 1,95%. Sur cette base, l'accord national médico-mutualiste 2020 a été conclu le 19 décembre 2019. La masse d'indexation n'a pas été répartie de manière linéaire et seuls quelques secteurs bénéficieront du taux maximal de 1,95%. En effet, 138 millions d'euros sur 180 ont été consacrés à des indexations sélectives. Les 42 millions restants serviront à financer d'autres mesures spécifiques telles que les mesures en faveur des médecins généralistes, des médecins en formation, de la télémédecine, etc.

### **AVENANT À LA CONVENTION NATIONALE HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES ET ORGANISMES ASSUREURS**

Le 5 décembre 2019, deux modifications apportées à la convention nationale entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs du 16 novembre 2018, ont été approuvées par la Commission de conventions Hôpitaux-Organismes Assureurs : d'une part, l'obligation pour les hôpitaux psychiatriques de passer au 1<sup>er</sup> juillet 2020 à la facturation mensuelle et d'autre part, une adaptation des règles de facturation d'hospitalisation partielle de nuit, facturée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour le jour où le patient a séjourné à l'hôpital jusqu'à 6 heures de matin, afin de mettre fin aux discordances de facturation générées par les règles en vigueur précédemment, lorsqu'elles étaient combinées avec les règles d'admission et de sortie en cas d'hospitalisation complète.

### **BMF AUX 1<sup>ER</sup> JANVIER 2019 ET 1<sup>ER</sup> JUILLET 2019**

Santhea a mis à disposition de ses membres sa coordination officieuse de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux (AR BMF) intégrant les dispositions d'application dans le calcul du budget des moyens financiers (BMF) respectivement au 1<sup>er</sup> janvier 2019 et au 1<sup>er</sup> juillet 2019, et explicité les adaptations concrètes apportées au budget des hôpitaux, à savoir :

#### **BMF au 1<sup>er</sup> janvier 2019 :**

- Transfert du budget destiné à la formation des médecins candidats spécialistes, de la sous-partie B7 du BMF vers l'INAMI en vue de la mise en place d'un « voucher » ou, du moins, d'un forfait INAMI transitoire selon des dispositions encore à prendre à l'INAMI;
- Suite à l'arrêt en annulation du Conseil d'Etat, rétablissement des modalités concernant la répartition des 10,5 millions d'euros supplémentaires de 2016 et 2017 pour les cotisations de pension du personnel statutaire, au prorata de la charge de cotisation de responsabilisation, laissant acquis aux hôpitaux les montants perçus en BMF pour ces deux années;
- Dispositions de financement provisionnel de la mise en œuvre progressive des nouvelles classifications sectorielles de fonctions IF-IC dans les hôpitaux privés.

#### **BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2019 :**

- Actualisation des dispositions résiduelles relatives à la sous-partie B7 en conséquence du transfert structurel vers l'INAMI intervenu le 1<sup>er</sup> janvier 2019;
- En sous-partie B4, le financement pour la participation au système « Hubs-Metahub » est désormais soumis à l'échange continu d'informations informatisées de santé entre les prestataires de soins de chaque hôpital et le système « Hubs-Metahub », selon une connexion active, objectivée par les statistiques de chaque hub;
- En sous-partie B4, redéfinition des modalités de financement du Dossier Patient Informatisé (DPI);

- En sous-partie B2, l'utilisation historique des enregistrements RIM 2005 et 2006 disparaît dans le calcul des points complémentaires CD, E et intensifs : les points complémentaires liés aux enregistrements infirmiers, sont désormais uniquement attribués en fonction des NRG-New, basés sur les données DI-RHM 2017 pour le calcul de la sous-partie B2 au 1<sup>er</sup> juillet 2019;
- En sous-partie B4, une réécriture des modalités de répartition du budget destiné à couvrir une partie des cotisations de pension des statutaires;
- Une erreur systématique s'est produite dans le programme de calcul de la sous-partie B2 des hôpitaux généraux aigus, qui sera corrigée lors du calcul du BMF au 1<sup>er</sup> janvier 2020, avec montant de rattrapage pour le 2<sup>ème</sup> semestre 2019.

### AVIS RENDUS PAR LE CFEH EN 2019

A travers sa participation active au Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) et aux divers Groupes de travail que celui-ci réunit régulièrement, santhea veille à ce que les avis rendus par cet organe à la ministre de la Santé publique intègrent au mieux les préoccupations de ses membres. Les principaux avis rendus par cette instance en 2019 portent sur les thèmes suivants :

#### Simplifications dans le calcul du BMF

Le 31 janvier le CFEH répond à une demande d'avis de la ministre De Block listant les nombreuses modifications qu'elle envisage dans le calcul du BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2019, et en profite pour rappeler les sous-financements des sous-parties B1 et B2, dans un contexte d'intensification croissante du travail infirmier et logistique. Sont abordés le rythme d'actualisation de la sous-partie B1 et de ses éléments constitutifs, un assouplissement des règles relatives aux surfaces en cas de rénovation importante, la correction du B1 en fonction de l'activité justifiée, l'intégration aux B1 et B2 de certains postes de la sous-partie B4, la possibilité de supprimer la correction moyenne salariale dans la sous-partie B2, certains éléments du calcul de l'activité justifiée, la nécessaire révision des temps standards du quartier opératoire, les modalités de financement de la radiothérapie

dans la sous-partie B3 et de la fécondation in vitro en sous-partie B4, ainsi que l'éventuelle suppression de la sous-partie négative C3 (que le CFEH conditionne nécessairement à l'injection du budget compensatoire indispensable).

#### Modèle NRG-New

Le CFEH estime que le nouveau modèle NRG-New représente une nette amélioration par rapport à l'ancien modèle NRG, soutient l'outil de feedback dynamique qui l'accompagne et marque son accord pour introduire ce modèle NRG dans le BMF de juillet 2019. Il pointe quelques points à améliorer dans le futur :

- Une mise à jour des points temps-compétences;
- Une étude et un retravail du financement des soins intensifs;
- Un élargissement des e-audits et un affinement des audits, assortis d'une politique de sanctions appropriée;
- L'utilisation du modèle NRG en tant qu'instrument de gestion;
- Une évaluation, une validation et une amélioration du système de financement NRG dans les années à venir. Dans le contexte de la réforme future du financement des hôpitaux, l'utilisation de l'enregistrement DI-RHM pourrait être étendue dans le financement à d'autres unités de soins, voire jouer un rôle central et plus large dans le financement hospitalier.

#### Réseaux hospitaliers et financement

Le 11 avril, le CFEH a marqué son accord sur l'octroi d'un financement forfaitaire one-shot par hôpital pour le soutien à la mise en place des réseaux hospitaliers, à concurrence d'un budget de sept millions d'euros pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 30 juin 2020, via des contrats entre la ministre de la Santé publique et chaque hôpital concerné.

En réponse à la demande de la ministre sur la possibilité de transférer, à partir de 2020, certains éléments du BMF actuel vers un budget BMF séparé au niveau du réseau hospitalier loco-régional, à côté du BMF de chaque hôpital individuel, le CFEH a émis un avis le 12 décembre sur base des réflexions d'un groupe de travail ad hoc.

Le BMF, sous sa forme actuelle, axé sur l'activité au sein d'un hôpital individuel, n'est pas adéquat pour financer les formes futures de réorganisation et de collaboration : le CFEH a reconnu la logique d'un financement au niveau du réseau et souligné le besoin de soutenir pleinement ce changement organisationnel du paysage hospitalier par l'octroi d'incitants financiers appropriés.

Le CFEH a actualisé son avis de 2017, en proposant un trajet de transition clair vers un budget au niveau du réseau : les hôpitaux ont besoin de transparence financière, de stabilité et de prévisibilité de leur budget. Le CFEH a défini un plan d'action concret associé à un calendrier rigoureux pour parvenir à un modèle de financement concerté avec l'administration, applicable dès que les réseaux auront atteint leur vitesse de croisière.

Les initiatives, obligations et besoins nouveaux des réseaux doivent être financés : médecin-chef (ou Collège de médecins-chefs) au niveau du réseau, frais généraux de coordination, transport des patients (en augmentation dans le cadre de la création des réseaux), etc. Ces nouvelles structures et frais pourraient constituer une première base pour un budget au niveau du réseau.

Chaque ligne du BMF actuel suit des règles et une logique propres. Toute nouvelle répartition

du budget macro fermé et exigu, constitue un obstacle majeur, compte tenu des pertes qu'elle pourrait engendrer au niveau local et/ou local-régional. Le travail doit être réalisé dans le cadre du BMF tout entier et nécessite des regroupements d'éléments constitutifs du BMF ainsi qu'une nouvelle simplification des règles de financement.

Plusieurs initiatives simultanées actuelles influencent par ailleurs le financement global des hôpitaux : première vague de simplification du BMF, soins à basse variabilité, réforme de l'hospitalisation de jour, remaniement de la nomenclature INAMI, lutte contre les suppléments d'honoraires, etc.

L'interaction entre ces différents flux financiers, couplée aux changements organisationnels profonds dans le cadre des réseaux, et à une forte technicité et complexité du financement hospitalier nécessite une concentration plus efficace des connaissances et une approche coordonnée par un comité d'accompagnement s'appuyant sur une collaboration poussée CFEH-INAMI-administration-cabinet.

### **Financement de l'IF-IC dans les hôpitaux privés**

Le CFEH a reçu le 26 mars 2019 une nouvelle demande d'avis de la ministre De Block relative aux modalités de financement via le BMF du système IF-IC au sein des hôpitaux privés, et y a répondu



le 9 mai 2019 : il devenait urgent d'adopter et de publier les modalités de financement et de révision de l'IF-IC pour ne pas prolonger l'incertitude de ce financement à la clôture des comptes de l'année 2019. Le CFEH s'est référé aux cinq avis qu'il a rendus en 2018 : les hôpitaux souhaitaient que le financement se rapproche autant que possible du surcoût réel, au niveau macro mais aussi au niveau des hôpitaux individuels.

A la lumière d'une analyse pragmatique du mécanisme de financement IF-IC proposé par la ministre, certains membres du CFEH pourraient accepter un financement forfaitaire par ETP pour chaque fonction IF-IC moyennant le respect de certaines conditions et corrections détaillées dans l'avis. D'autres membres ont insisté sur la nécessité de passer d'abord par une évaluation des coûts et un financement, tel que prévu dans les cinq avis précédents du CFEH, avant de passer à un système forfaitaire.

### **Financement de l'IF-IC dans les hôpitaux publics**

Le CFEH a émis un avis le 13 juin 2019 en réponse à la demande du 3 mai 2019 de la ministre De Block. Les partenaires sociaux reconnaissent la nécessité d'harmoniser les conditions de salaire et de travail du secteur public et du secteur privé.

Un budget de 33 millions d'euros fut prévu en 2019 pour la mise en œuvre de l'IF-IC dans le secteur public.

Le secteur privé a rencontré de grandes difficultés dans la mise en œuvre de l'IF-IC, alors même que l'IF-IC y travaille depuis 2002. Les statuts du personnel forts différents entre hôpitaux publics (en l'absence d'un cadre général tel une convention collective de travail) rendent cette mise en œuvre encore plus compliquée dans le secteur public. Les multiples clarifications et ajustements encore à intervenir dans le secteur privé permettront de travailler au départ de bases claires pour l'IF-IC du secteur public.

Au vu des analyses préparatoires en cours sur un échantillon de 14 hôpitaux publics volontaires, et du rapportage complet encore à collecter pour l'ensemble des institutions publiques, l'IF-IC public ne pourra se concrétiser avant 2020. Dans ce contexte, le CFEH a demandé de reconduire en 2019 une utilisation qui s'apparente à celle du budget 2018 (prime unique, renforcement des services Ressources Humaines, ...). Pour 2020, le CFEH a préconisé de verser la provision aux hôpitaux publics dans le BMF sur base de la liste des « ETP prime unique », avec une révision ultérieure sur base de la mise en œuvre effective de l'IF-IC.



### **Financement du Dossier Patient Informatisé (DPI) via le BMF et poursuite du programme accélérateur BMUC**

Le 13 juin 2019, le CFEH a émis un avis d'initiative sur base des éléments d'information reçus de l'administration quant aux modalités envisagées par l'autorité pour le financement du DPI au 1<sup>er</sup> juillet 2019. Le CFEH a regretté le processus, il n'était pas d'accord avec une partie importante du contenu de la proposition et a détaillé par le menu ses points de désaccord tout en confirmant les propositions concrètes émises dans son avis précédent. Il rappelle en particulier les principes qui doivent présider au financement du DPI : des règles du jeu connues suffisamment à l'avance pour l'application des fonctionnalités et leur utilisation dans le financement; une validation au préalable des paramètres utilisés : une définition non ambiguë, une faisabilité d'implémentation et de mesurabilité, et une période de référence convenue et réaliste; un financement intégrant une composante fixe suffisante et une composante variable, reflète du coût d'implémentation d'un DPI intégré. Au niveau macro, le CFEH a rappelé le besoin budgétaire d'une seconde tranche de 40 millions d'euros dès 2019. Le CFEH a proposé un calendrier et un processus pour préparer 2020, en concertation avec le Comité BMUC. Enfin, il demandait de définir les critères pour les trois années suivantes, dans une vision claire à moyen terme et pour pouvoir consacrer du temps au développement d'objectifs à plus long terme.

### **Mémoire du CFEH 2020-2024 : dix priorités pour un accord de gouvernement fédéral**

Le CFEH a publié son Mémoire 2020-2024 en septembre 2019, à l'intention du prochain ministre de la Santé publique et du nouveau Gouvernement fédéral : une vision stratégique à dix ans pour les soins de santé, basée sur **dix priorités** et un budget pluriannuel reprenant les besoins les plus importants des hôpitaux pour la prochaine législature.

#### **Dix priorités**

1. La gouvernance des soins de santé en Belgique ;
2. Miser davantage sur les causes des problèmes de santé et moins sur la lutte contre les symptômes ;

3. Des données pertinentes pour le soutien de la politique et de la recherche scientifique ;
4. Stimuler les réseaux et l'évolution vers un système de soins intégrés ;
5. Des moyens et mesures en faveur du personnel ;
6. Le passage progressif à un nouveau système de financement ;
7. La participation des patients dans les hôpitaux ;
8. Une actualisation de la programmation ;
9. Une option explicite en faveur de l'innovation ;
10. La technologie et la recherche scientifique.

Par ailleurs, les priorités budgétaires des hôpitaux pour la période 2020-2024 s'appuient sur une croissance réelle annuelle de 2,5% du BMF dans un cadre financier stable et prévisible, une véritable marge budgétaire à ne plus utiliser pour honorer les engagements du passé (qui devraient relever de budgets exogènes), soit une marge budgétaire annuelle de 200 millions d'euros s'ajoutant structurellement chaque année au BMF en plus de l'index, qui permettrait ainsi de rencontrer des besoins spécifiques ou de nouvelles initiatives dans un avis annuel du CFEH. Le CFEH souhaite voir affecter les moyens disponibles en priorité :

- Au renforcement de l'encadrement en personnel : quatre tranches de 75 millions d'euros ;
- À l'appui des TIC et au Dossier Patient Informatisé : trois tranches de 40 millions d'euros ;
- À la coordination, à la gestion et au fonctionnement des réseaux : 16,4 millions d'euros pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et huit millions d'euros pour les réseaux de soins de santé mentale.

#### **Besoins prioritaires 2020**

Le CFEH a précisé dans son avis du 12 septembre 2019 ses besoins prioritaires spécifiques BMF pour 2020, s'appuyant sur une croissance réelle de 2,5% de celui-ci. Il a réitéré ses besoins prioritaires pour 2019, qui n'ont été satisfaits en aucune manière, et y a ajouté des fiches supplémentaires :

- En sous-partie B2 : une proposition concrète d'effort pluriannuel sur deux ans (2020-2021 et 2023-2024), afin de renforcer l'encadrement en personnel financé au chevet du patient. Il s'agit là d'un besoin de longue date, mais de plus en plus à l'actualité ces derniers mois grâce à

l'action des « blouses blanches »;

- Un premier pas en 2020 vers la réforme de l'organisation et du financement de l'hôpital de jour concertée entre le CFEH et la Commission de convention Hôpitaux - Organismes Assureurs;
- Un budget destiné au financement de la phase 1 relative à l'encadrement des lits K de jour;
- (Une partie de) l'impact de la directive européenne sur les médicaments falsifiés.

Les priorités absolues restaient en définitive : le renforcement de la sous-partie B2, du financement du DPI et du soutien des réseaux.

### **Besoin de financement de l'encadrement des patients en pédopsychiatrie de jour Kj**

Le CFEH a poursuivi sa réflexion vers un financement correct et uniforme des indices de lits en santé mentale, en commençant par la pédopsychiatrie de jour Kj, tant en hôpital général qu'en hôpital psychiatrique. Il a émis un avis détaillé, le 12 septembre 2019, relatif au financement et à la programmation de ces lits, dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, en rappelant par ailleurs le budget supplémentaire toujours attendu pour la première phase concrétisée par la ministre fédérale en 2017 sans l'ajout du budget nécessaire, dans le cadre de l'enveloppe fermée B2 et B1 des hôpitaux généraux. Partant du financement nécessaire (compétence fédérale), l'avis a, de facto, tracé les contours de nouvelles normes de personnel (compétence des entités fédérées).

L'avis replaçait les lits K de jour dans le paysage d'un modèle de soins échelonné et équilibré, de soins « sur mesure », impliquant une collaboration avec les lits K complets mais également les autres lits de jour et/ou nuit, avec un large éventail d'indications et de groupes-cibles possibles, une participation intense du milieu de vie, l'enseignement comme partenaire obligatoire et l'intégration sociale du jeune. L'offre de soins pour le K de jour doit partir d'un cadre référentiel plus large et nécessite davantage de données chiffrées pour une meilleure programmation en fonction de la population, des groupes d'âge, de la prévalence,

de l'incidence, de la durée d'hospitalisation moyenne, du rapport entre les admissions de jour et les lits K, du taux d'occupation prévu, des déterminants socio-économiques de la zone d'action et d'autres paramètres. Elle nécessite suffisamment de flexibilité et de dispersion pour répondre rapidement aux besoins.

L'encadrement doit s'appuyer sur une équipe professionnelle, spécialisée et pluridisciplinaire, en fonction d'un « groupe de vie » de six à huit enfants/adolescents en tant qu'entité socio-thérapeutique, qui est le point de départ déterminant des besoins en personnel. Outre les personnes chargées de l'accompagnement du groupe de vie, un groupe diversifié de collaborateurs qualifiés en thérapie (pédagogues, éducateurs, psychologues, musicothérapeutes, thérapeutes en créativité, thérapeutes en psychomotricité, en logopédie et/ou ergothérapeutes, infirmiers,...) devront ensemble se porter garants de l'offre thérapeutique et diagnostique pluridisciplinaire, qui sera proposée de manière équilibrée et en alternance avec des moments de détente. La thérapie implique également la famille, voire un travail social, y compris d'éventuelles démarches de réinsertion. La collaboration au sein de l'équipe exige une concertation formelle fréquente et une harmonisation suffisante.

Le CFEH a chiffré la répercussion financière sur le BMF du nouvel encadrement proposé en personnel pour les lits K de jour : le budget (hôpitaux généraux) nécessaire pour la première phase (entrée en vigueur dès 2017 mais non financée) s'élève à 11,8 millions d'euros à programmation inchangée, et à 18,5 millions d'euros pour une programmation des lits sur la base de la catégorie d'âge de zéro à moins de 18 ans. Le budget supplémentaire pour la deuxième phase (hôpitaux généraux et psychiatriques) se monte à 8,9 millions d'euros, pour une mise à niveau des lits K de jour à 16,4 ETP/ 20 Kj en unités de vie de huit places et à 19,5 ETP / 20 Kj pour les unités de vie de six places.



### **Élargissement de la programmation des appareils de tomographie à Résonance Magnétique Nucléaire (RMN)**

Le CFEH a fait une première réponse le 12 septembre 2019 à la demande d'avis de la ministre, datée du 16 juillet et relative à la programmation des appareils de tomographie à Résonance Magnétique Nucléaire (RMN) : il a émis un avis positif quant à l'extension de 18 RMN de la programmation, conformément au protocole d'accord de la Conférence Interministérielle Santé publique du 5 novembre 2018, venant compléter la première extension de 12 appareils (sept en Flandre et cinq en Wallonie), ainsi que sur la répartition géographique de ces 18 appareils supplémentaires (neuf en Flandre, sept en Wallonie et deux à Bruxelles) conformément au protocole d'accord complémentaire du 22 mai 2019. Cette programmation supplémentaire porte à 139 le nombre d'équipements de RMN, soit par région : 74 en Flandre (1,13/100.000 habitants), 44 en Wallonie (1,21/100.000 habitants) et 21 à Bruxelles (1,35/100.000 habitants – incluant 30% d'attraction de l'hinterland).

Quant à la nécessité ou non de maintenir une programmation des services médicaux lourds (arrêté royal du 25 octobre 2006), un groupe de travail du CFEH allait se mettre en place avec

mission d'examiner dans une vision prospective et à long terme, les conséquences budgétaires d'une déprogrammation éventuelle et progressive, tenant compte des avis antérieurs déjà donnés sur ce dossier. Le CFEH a, par ailleurs, rappelé que la substitution indispensable d'examens CT par des examens RMN ne peut en aucun cas être totale, et cette impossibilité aura nécessairement des répercussions financières mettant à mal le principe de neutralité budgétaire : les examens RMN durent en effet plus longtemps et sont plus coûteux. S'agissant de la programmation des services, il y a lieu par ailleurs d'adapter l'arrêté royal du 25 octobre 2006 réglant cette programmation afin de permettre aux hôpitaux qui ne disposent pas encore d'un tel appareil de pouvoir en disposer.

### **Projets article 107 en santé mentale : proposition de modalités de structuration dans le BMF des équipes mobiles pour adultes (fonction 2) et des projets intensification (fonction 4)**

Le 12 décembre, le CFEH a émis d'initiative un avis tentant de répondre aux préoccupations des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux généraux relatives à l'impact sur le BMF d'une structuration éventuelle des équipes mobiles (projets article 107 pour le groupe cible Adultes

fonction 2) et des projets relatifs à l'intensification (fonction 4). Au 1<sup>er</sup> juillet 2019, on dénombrait 1671 lits gelés pour la création d'équipes mobiles dans 20 réseaux et 247 lits gelés pour les projets intensification dont 168 pour les services ID intensifs, 59 pour les HIC (High Intensive Care) et 20 pour d'autres formes comme celles destinées au groupe cible des internés.

L'avis préconisait notamment un renforcement des sous-parties B1 (frais actuels fixes pour l'essentiel, et ajout des frais de fonctionnement spécifiques des équipes mobiles) et B2 (qualification élevée des équipes) pour assurer le fonctionnement correct des équipes mobiles. Celles-ci constitueraient des nouveaux services ou modules à part entière de l'hôpital, pour lesquels il conviendrait de prévoir une programmation. L'avis aborde également les indemnités nécessaires pour des bâtiments qui seraient mis hors service et leurs frais de démolition éventuels, pointant cependant la compétence des entités fédérées à ce niveau.

### **Blouses blanches : demande de transfert des moyens du fonds vers le BMF**

Fin 2019, le Parlement a pris les dispositions nécessaires pour créer un Fonds budgétaire « blouses blanches » alimenté à concurrence

de 67 millions d'euros en 2019, qui pourrait représenter un montant de 402 millions d'euros en base annuelle. La loi du 9 décembre 2019 a créé ce fonds et en a précisé les modalités d'affectation et d'utilisation pour le budget de l'année 2019. Les objectifs du Fonds blouses blanches rejoignent ceux du CFEH dans son Mémorandum et ses besoins prioritaires : plus de mains et de compétences au chevet du patient, ainsi qu'une amélioration des conditions de travail et de l'attractivité de la profession.

Le CFEH a rédigé, le 12 décembre 2019, un premier avis proposant que les moyens du Fonds blouses blanches soient dès 2020 repris de manière structurelle dans le budget de fonctionnement normal des hôpitaux, à savoir le Budget des Moyens Financiers (BMF). En effet, seule une intégration dans le financement normatif permettrait de gérer les ressources humaines dans leur ensemble, de les affecter de façon efficace là où le patient en a le plus besoin et d'évaluer l'utilisation des moyens dans leur ensemble. Le champ d'application du BMF vise en effet les services hospitaliers, actuellement les plus en souffrance. Enfin, le SPF Santé publique a une longue expérience dans la gestion et l'évaluation du financement pour le personnel concerné.



Le CFEH a d'ores-et-déjà rédigé d'initiative une proposition de modification de la loi en ce sens et préparera début 2020 des propositions pour l'utilisation concrète des moyens, ainsi que leurs modalités de liquidation et de contrôle dans le BMF. Il examinera plus particulièrement la proposition visant à retirer l'infirmier chef du cadre normatif et financer ainsi un ETP supplémentaire au chevet du patient, ainsi que d'autres mesures spécifiques, flexibles et concentrées. Le CFEH espère que la ministre de la Santé publique pourra appuyer ces propositions auprès du Gouvernement et du Parlement.

#### **ANALYSE DES FONCTIONS « AIDES-SOIGNANTES » ET DE LA LÉGITIMITÉ DES FONCTIONS « INFIRMIERS SPÉCIALISÉS » DANS LES UNITÉS DE SOINS, SERVICES ET AUTRES FONCTIONS HOSPITALIÈRES**

L'utilité et la légitimité du port d'un titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé pour la dispensation des soins infirmiers, ont été interrogées à l'aune de la réforme des métiers du secteur hospitalier (IF-IC), et des conséquences qui en ont résulté en termes de valorisation de ces spécialisations infirmières complémentaires. Le débat n'est pas clos, la réforme impactant la reconnaissance, l'équité, la valorisation du personnel et le respect des normes d'agrément en vigueur au sein du secteur des soins de santé.

#### **PROGRAMME DE RÉVISION DE CINQ FONCTIONS EN GROUPE TECHNIQUE, ENCADRÉ PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE IF-IC, EN RAISON DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES ET DES PRESCRITS LÉGAUX**

La révision a porté sur les fonctions suivantes :

- Aide-soignante en maison médicale (6672) : la pratique notamment des soins au domicile des patients est très variable voire marginale en fonction de la zone géographique ;
- Infirmier hygiéniste (5078) : la responsabilité de la fonction devrait pouvoir être appréciée à l'aune de la gravité et de l'ampleur des conséquences, d'un défaut de mise en œuvre des recommandations de bonne pratique aseptique dans la chaîne des soins. L'actualisation de la

fonction semble également requise, eu égard aux processus d'accréditation engagés dans la plupart des hôpitaux belges, de grande, moyenne ou de petite taille ;

- Infirmier Pédiatrique (6186) : la demande de révision se fonde sur l'évolution de la demande en soins infirmiers pédiatriques. Les enfants constituent une population de patients vulnérables, requérant des soins spécifiques, en présence de leurs parents, ce qui appelle dès lors un profil de fonction adapté. Dans ce contexte, il est également utile de faire la distinction entre les soins infirmiers généraux et les soins infirmiers pédiatriques au sein des hôpitaux de grande, moyenne et petite taille ;
- Sage-femme (5171) et sage-femme postpartum (6176) : la fonction de sage-femme est unique pour la discipline obstétricale. Dans la plupart des hôpitaux, de grande, moyenne et petite taille, une tournante est organisée au sein du département, de telle sorte à ce que le personnel puisse prêter ses activités au sein des secteurs du service Maternité : bloc accouchement – service MIC (maternité intensive), unité de soins de post-partum et consultation prénatale. Différencier la fonction « sage-femme » sur base de l'endroit exclusif de ses prestations au sein de l'unité de post-partum et du bloc accouchement, ne semble d'une part, pas correspondre aux pratiques de terrain et d'autre part, serait de nature à disqualifier le personnel ;
- Médiateur Hospitalier (5078) : le rôle premier d'un médiateur « Droits des patients » est le traitement des dossiers de plaintes, dont l'analyse doit permettre de dégager, dans un second temps, des recommandations et des mesures préventives, telles que définies dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients et dans l'arrêté royal relatif à la fonction de médiation qui en découle. Tout médiateur exerce sa fonction en toute autonomie, afin de garantir la démarche de neutralité et d'impartialité stricte.

Quatre nouvelles fonctions ont été décrites : infirmier salle de réveil, infirmier medium care, équipe mobile en santé mentale : soins continus et soins de crise. Le travail a été organisé en deux

phases, dont la première a consisté en l'analyse de ces profils de fonction, en Commission des soins infirmiers, avec le personnel concerné, pour garantir une parfaite représentativité du travail de terrain. La seconde étape s'est opérée au sein du groupe technique IF-IC.

### **FONCTION D'AIDE-SOIGNANTE : DÉLÉGATION DE CINQ ACTES INFIRMIERS SUPPLÉMENTAIRES**

L'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes a été modifié par un arrêté royal du 27 février 2019 publié au Moniteur belge le 18 mars 2019. Cette modification, entrée en vigueur le 28 mars 2019, a ajouté cinq prestations à la liste des tâches qui peuvent être déléguées à l'aide-soignant et en a fixé les conditions de formation et d'exercice. Les cinq actes supplémentaires pourront être prestés par les aides-soignants qui auront suivi et réussi un programme de 150 heures de formation théorique et pratique.

Un programme de formation a été créé et proposé, côté francophone, à l'initiative de l'enseignement de promotion sociale, dès le mois d'octobre. Nombre de formations théoriques ont été dispensées par les professeurs sur les sites de plusieurs institutions. La formation pratique est assimilée à du temps de travail. En dépit de l'absence de financement, ces formations ont pu être organisées, à l'initiative des employeurs sur fonds propres, dans l'attente d'une intervention financière du SPF et/ou des fonds sociaux.

Les formations sont échelonnées sur deux à trois années académiques, suivant le nombre d'aides-soignants. Les dépenses engagées sont en moyenne de l'ordre de 200.000 euros, réparties sur deux années scolaires et trois années civiles.

### **RAPPORT KCE SUR LA QUANTIFICATION DES EFFECTIFS INFIRMIERS**

Santhea a communiqué au KCE des remarques et avis concernant les recommandations qu'il a présentées en termes de quantification des effectifs infirmiers, à savoir la nécessité de :

- Fixer dans un délai de cinq ans, un nombre maximum de patients par infirmier ;
- Assurer un usage optimal de l'expertise infirmière ;
- Développer un système national d'enregistrement des données de soins ;
- Coupler aux mesures politiques une étude d'évaluation ;
- Assurer une dotation adéquate en personnel infirmier ;
- Créer un bon environnement de travail pour les infirmiers.

### **MÉDIATION HOSPITALIÈRE**

Santhea assure la gestion des plaintes de patients pour le CHR Huy et du C.H. Reine Astrid de Malmedy. 55 dossiers de plaintes ont été traités en 2019 et 60 % des plaintes se sont révélées non fondées.

Par ailleurs, le Groupe de travail « médiation » se réunit mensuellement depuis février 2004 et a poursuivi son travail en 2019. L'analyse des cas pratiques en vue de l'élaboration d'un catalogue à caractère « jurisprudentiel » se poursuit selon les modalités définies en janvier 2005 et de façon bimestrielle. En alternance, les autres séances sont consacrées à l'étude de thèmes spécifiques, choisis par le groupe, comme par exemple la médiation en santé mentale, la rédaction du rapport annuel, le respect du secret professionnel et de la vie privée, le rôle des compagnies d'assurance en cas de litiges, etc. Depuis 2012, le groupe est élargi aux praticiens médicaux, infirmiers et hospitaliers lors de deux séances à thème. En 2019, y ont été abordés les thèmes suivants : médiation et prescrits légaux, bienveillance, bienveillance en médiation, RGPD et recevabilité des plaintes et enfin, la médiation dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat.

### **PROGRAMME DE FORMATION PERMANENTE SANTHEA-UNIPSO**

Le programme de formation est organisé depuis le second semestre 2010. Trois axes de formation ont été définis en regard des prescrits légaux de 2006 qui définissent l'obligation de formation pour les cadres infirmiers (quota d'heures et matières) en



vertu des accords sociaux « 2005-2010 » et sur base de la demande des directions des départements infirmiers des structures de soins affiliées à santhea.

Les trois axes interrogent respectivement la législation sociale et la gestion des horaires, le bien-être au travail et la gestion d'équipes. Le programme de formation est décentralisé par province, dans les hôpitaux affiliés. Le programme de formation est avalisé et reconnu par le SPF Santé publique.

En 2019, le cycle relatif à la gestion du temps de travail de l'axe A s'est focalisé sur deux thèmes : le temps de travail planifié et le contrat de travail et la responsabilité des acteurs. Les séances relatives au temps de travail planifié étaient basées sur les plannings horaires des institutions, dans l'optique de tenir compte des situations concrètes de terrain.

Pour ce qui concerne l'axe B, les concepts de bienveillance et de bienveillance ont été abordés dans le cadre du choc post-traumatique. Messieurs Michel Dupuis, philosophe, et Jean-François Gillard, psychosocial manager, ont interrogé le contexte de travail du personnel des services des

urgences. Un second module a exploré la notion de stress.

L'analyse des pratiques par le biais de la méthode d'intervision a entamé sa cinquième année et est réservée aux directions des départements infirmiers et aux infirmiers chefs de service du cadre intermédiaire.

Dans l'axe C, la gestion d'équipe a été analysée sous l'angle du conflit, de l'évaluation annuelle, de la méthode « MBTI », de l'intelligence collective et du management inclusif, soit cinq modules de formation.

### **REQUALIFICATION DES LITS DE MAISON DE REPOS EN LITS DE MAISON DE REPOS ET DE SOINS EN WALLONIE**

Des dispositions réglementaires prévoyaient qu'en Wallonie, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et pour une période de dix ans, le nombre de places soit augmenté de 1.130 unités au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, une unité correspondant à une place en maison de repos.

Ces dernières années, on a pu constater que les personnes accueillies en maison de repos et de

soins (MRS) étaient de plus en plus fragilisées (profil de dépendance lourd).

Une requalification de « lits maison de repos » en « lits maison de repos et de soins » assure un meilleur encadrement en personnel soignant : infirmier, aide-soignant, kiné, ergothérapeute, logopède et personnel de réactivation.

Les fédérations représentant les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés ont donc plaidé pour que les moyens budgétaires disponibles en 2019 (22 millions d'euros) soient affectés à des requalifications de lits MRS. Les 22 millions d'euros ont ainsi permis de requalifier 2.200 places et de répondre à l'ensemble des demandes en attente à l'AViQ.

Depuis 2013, plus aucune opération de requalification d'envergure n'avait été réalisée en Wallonie à cet égard.

### **DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT POUR AÎNÉS**

Une démarche d'amélioration continue de la qualité a été intégrée dans la réglementation en lieu et place de la charte relative à la qualité, abrogée par le décret du 13 février 2019 relatif à l'aide aux aînés.

Les établissements pour aînés doivent améliorer continuellement la qualité des services rendus en étant centrés sur les besoins, les attentes et le respect des résidents.

Chaque établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés s'implique dans une démarche de qualité et d'amélioration continue des pratiques qui sont traduites notamment dans le projet de vie de l'établissement.

La mise en œuvre de la démarche qualité doit répondre aux besoins des résidents pour leur assurer un bien-être optimal et soutenir leur autonomie.

Cela implique l'amélioration permanente des pratiques et de l'ensemble des services mis à disposition des résidents et des professionnels, et porte notamment sur l'ergonomie des espaces de vie, la qualité de vie des résidents, la qualité de

travail ou encore le rôle et les missions du médecin coordinateur.

Tous les deux ans, chaque directeur établit son « plan de la qualité » en fixant des objectifs d'amélioration en concertation avec le gestionnaire, le personnel, les résidents et leur entourage.

### **ANALYSE ET OPTIMALISATION DU FORFAIT JOURNALIER DANS LE SECTEUR DES AÎNÉS**

Le conseiller du secteur aînés de santhea s'est rendu dans les institutions afin d'analyser avec les directions des établissements leur forfait journalier et de déterminer comment l'optimiser.

Santhea a développé pour ce faire un outil interactif de gestion permettant aux membres de calculer :

- Leurs futurs forfaits;
- Les incidences financières d'une modification de capacité ou du rapport MRPA/MRS;
- Les projections en fonction du profil de dépendance des résidents accueillis et de l'évolution de l'ancienneté du personnel;
- Le nombre de journées à facturer par année civile;
- Le forfait d'un nouvel établissement.

Ces rencontres furent également l'occasion d'échanger sur les différents points d'actualité du secteur et ont permis à notre fédération de mesurer les réalités de chacun de ses membres afin de défendre au mieux leurs intérêts auprès des instances régionales et/ou fédérales.

### **NOUVEAU MÉCANISME DE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES POUR LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS EN WALLONIE**

Le décret du 13 février 2019 relatif à l'aide aux aînés prévoit l'établissement d'une convention unique pour toutes les maisons de repos reprenant les prix maxima négociés entre les fédérations représentatives du secteur et les organismes assureurs dans le cadre de la Commission de convention instituée au sein de l'AViQ.

Les prix maxima portent sur les prix de base et les suppléments facturables aux résidents. Ces prix

négociés pourront être modulés en fonction de réalités liées à la taille, à la localisation ou à des infrastructures spécifiques.

Seules les institutions qui respecteront les tarifs négociés en Commission de convention accèderont à la majoration du forfait journalier pour couvrir l'infrastructure (facturation via les organismes assureurs wallons).

Pour les institutions qui ne souhaiteraient pas adhérer aux tarifs négociés en Commission de convention, la règle relative au premier prix de base et les règles actuelles relatives à la régulation des prix continueront à s'appliquer intégralement.

Deux nouveaux concepts ont par ailleurs été introduits dans le cadre du nouveau financement des infrastructures :

- Le « juste prix » : la valeur théorique de reconstruction à neuf de l'infrastructure de l'établissement d'accueil et d'hébergement, basée sur le profil de chaque établissement, estimée hors TVA, frais généraux, frais de pré-exploitation et de financement;
- Le « prix de la location de la chambre » : la capacité de facturation couvrant de façon théorique 60 % de l'intervention du résident dans les frais de construction, de reconstruction, d'extension, de transformation, de reconditionnement et de reconversion, du matériel et des équipements, ainsi que les frais de financement y associés, pour les maisons de repos et les centres de soins de jour émergents aux plans de construction arrêtés par le Gouvernement tous les deux ans.

La maison de repos qui demandera l'autorisation de facturer le prix de location de la chambre, devra respecter les conditions suivantes aussi longtemps qu'elle procèdera à la facturation de ce prix aux organismes assureurs wallons :

- Adhérer à la convention établie et signée au sein de la Commission accueil et hébergement des personnes âgées de l'AViQ;
- Disposer et maintenir un volume et une qualité de l'emploi ainsi qu'un taux d'encadrement dont le seuil est déterminé par le Gouvernement;
- Favoriser la mixité sociale au sein de l'établissement;

- Offrir une diversité d'au moins trois dispositifs parmi les suivants : la maison de repos, la maison de repos et de soins, l'unité adaptée pour personnes désorientées, le court séjour, le centre d'accueil de jour, le centre de soins de jour, la résidence-services ou tout dispositif complémentaire précisé par le Gouvernement.

Le prix de location de la chambre sera calculé et arrêté annuellement par le Gouvernement wallon.

Ce nouveau mécanisme de financement des infrastructures est complexe et demandera à l'administration une expertise et un travail importants. De plus, celui-ci s'appliquera à l'ensemble des secteurs (public, associatif et privé commercial), alors que précédemment, seuls les secteurs public et associatif pouvaient prétendre à un financement de leurs projets. Cela induira inévitablement une réduction de moitié des moyens du secteur du non-marchand.

Enfin, ce nouveau système de financement impose plus de contrôle des établissements pour aînés.



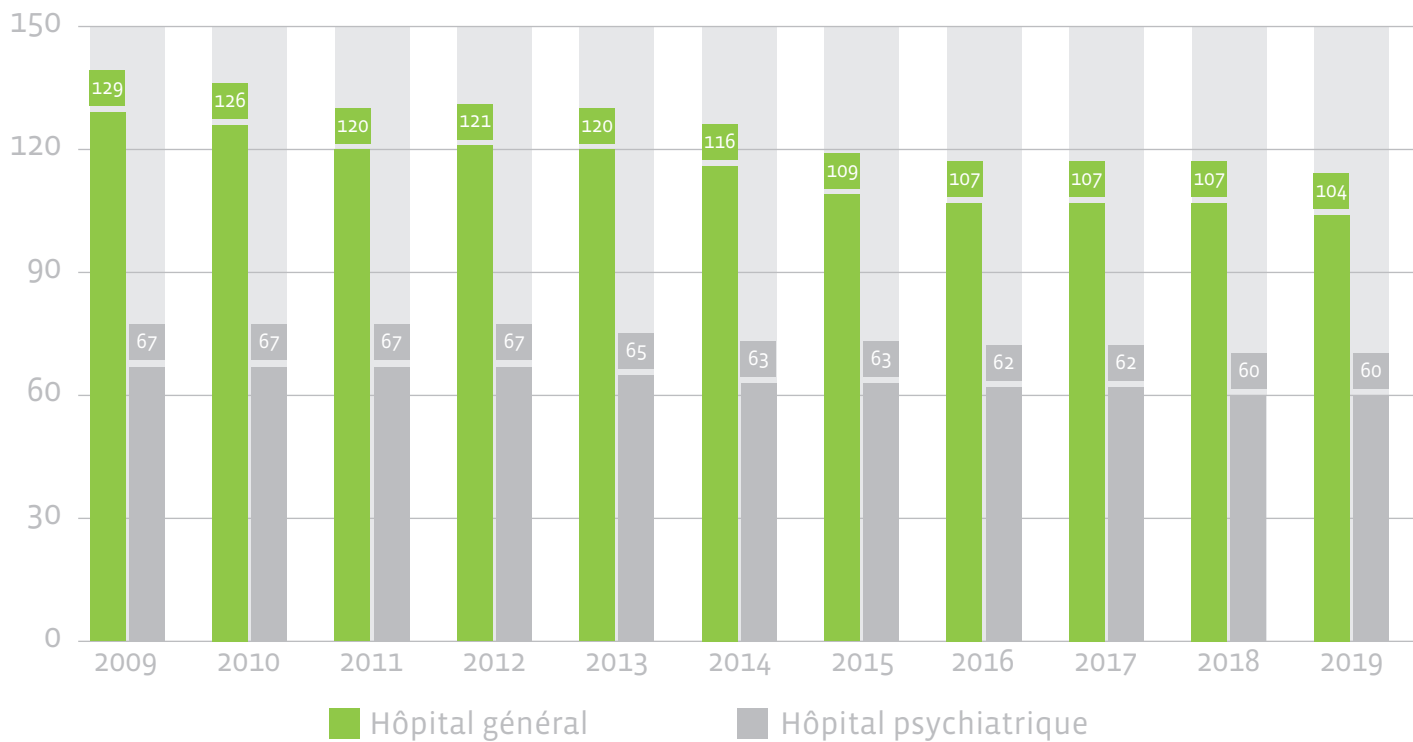
# *FAITS* **ET CHIFFRES**



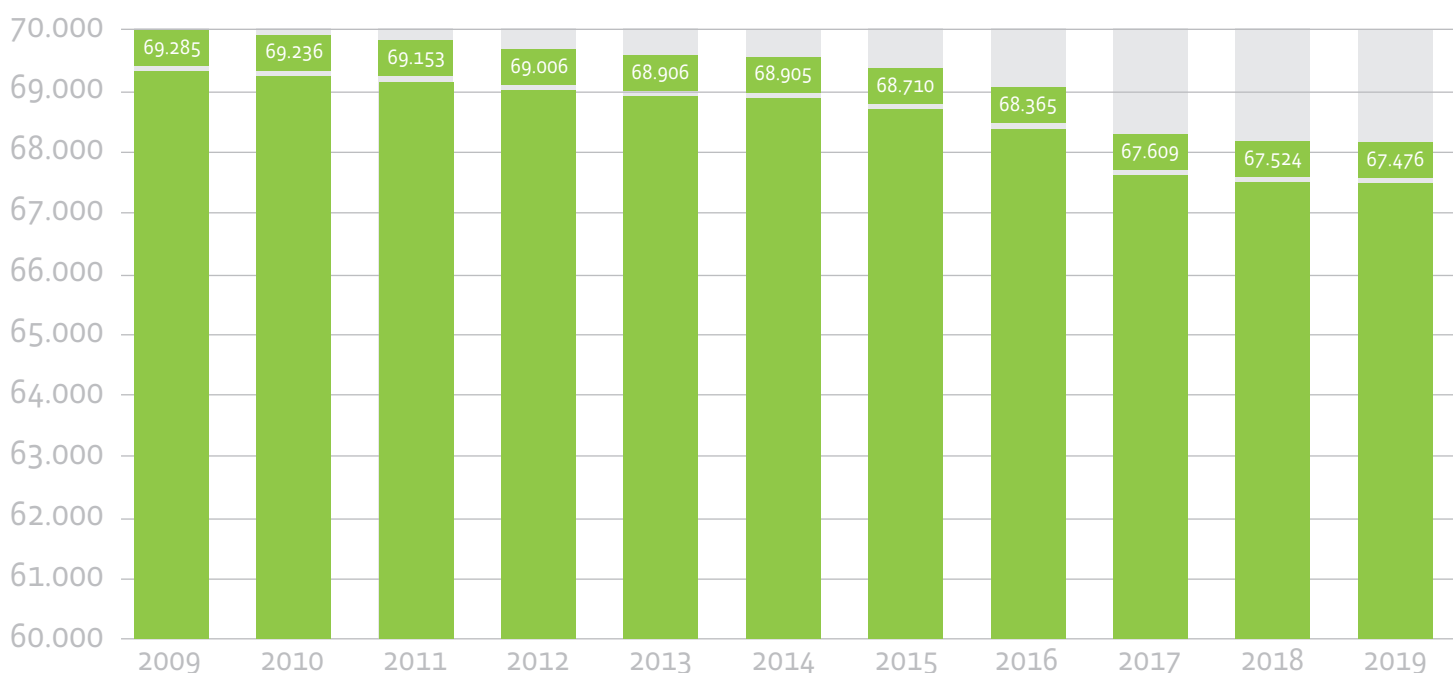
## SECTEUR DES HÔPITAUX

### CHIFFRES DU SECTEUR

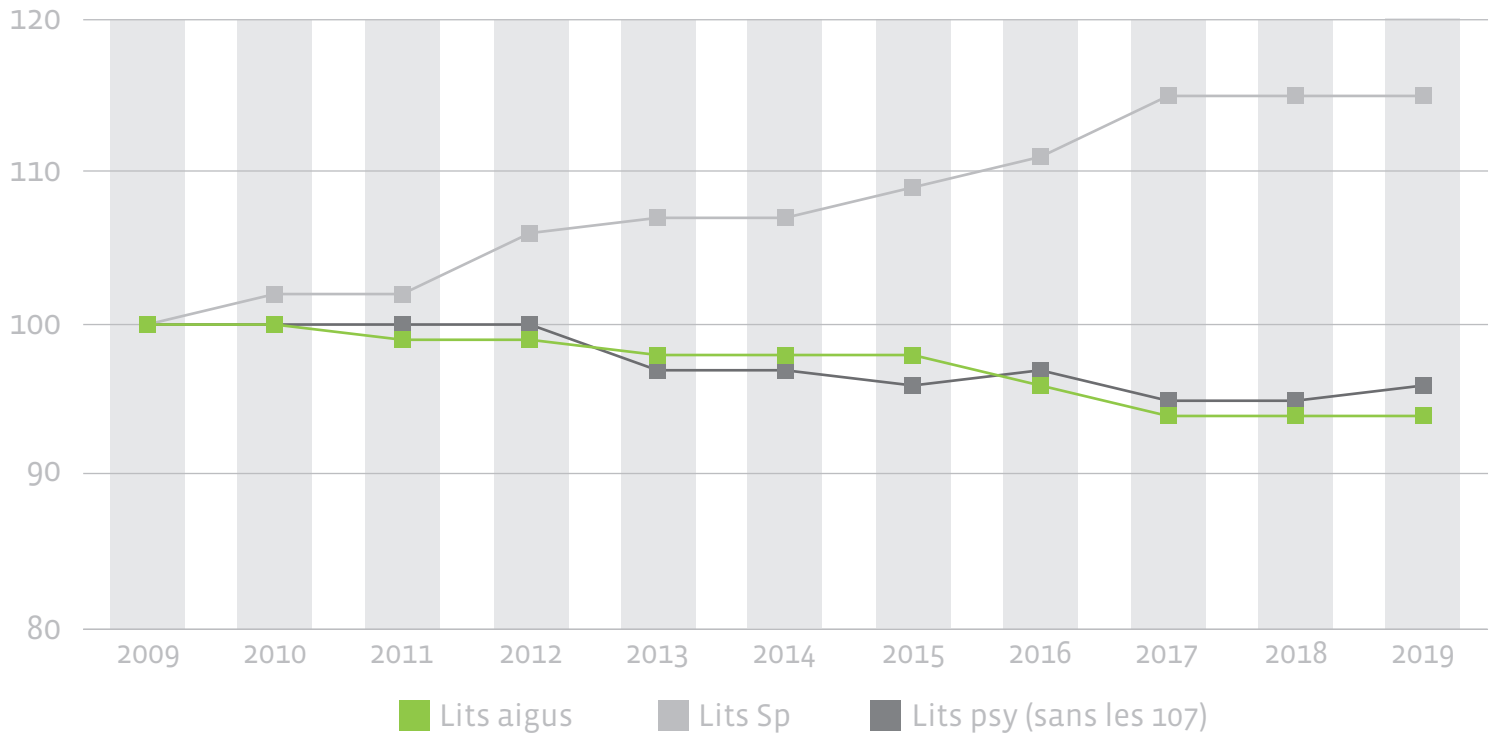
Evolution du nombre d'hôpitaux par type



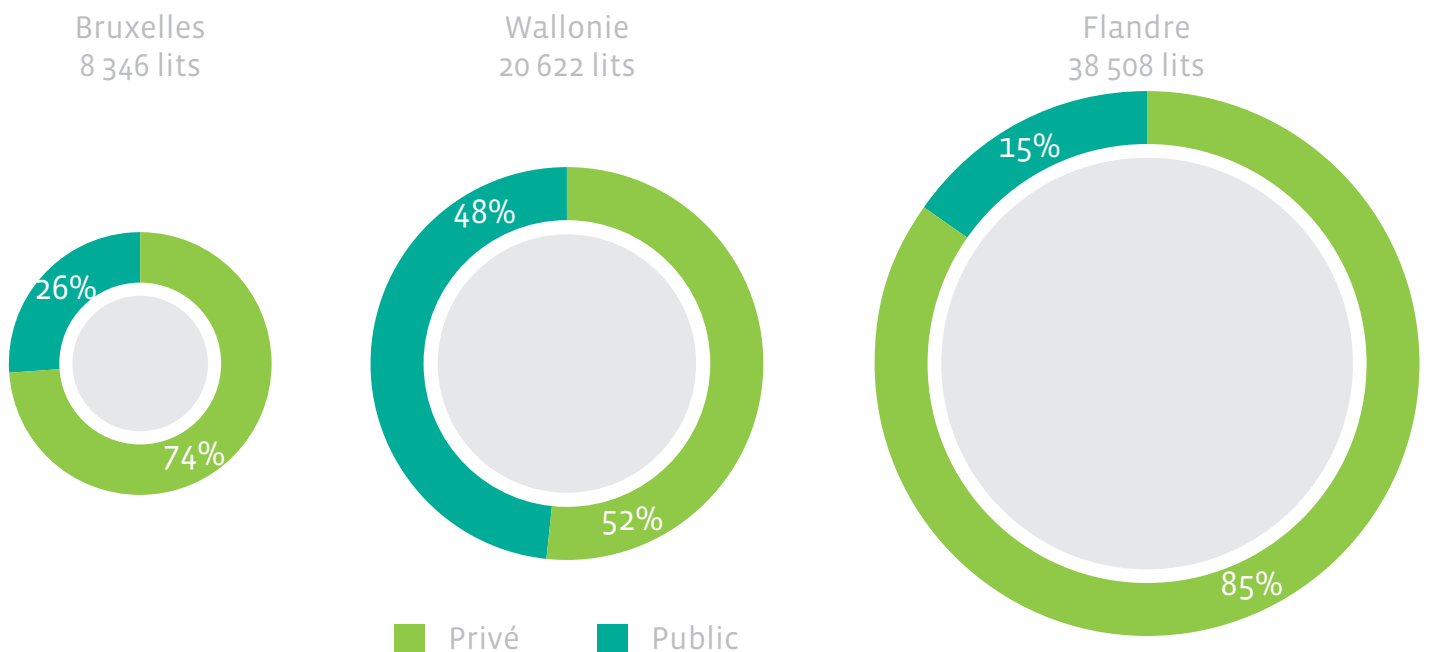
Evolution du nombre de lits agréés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques



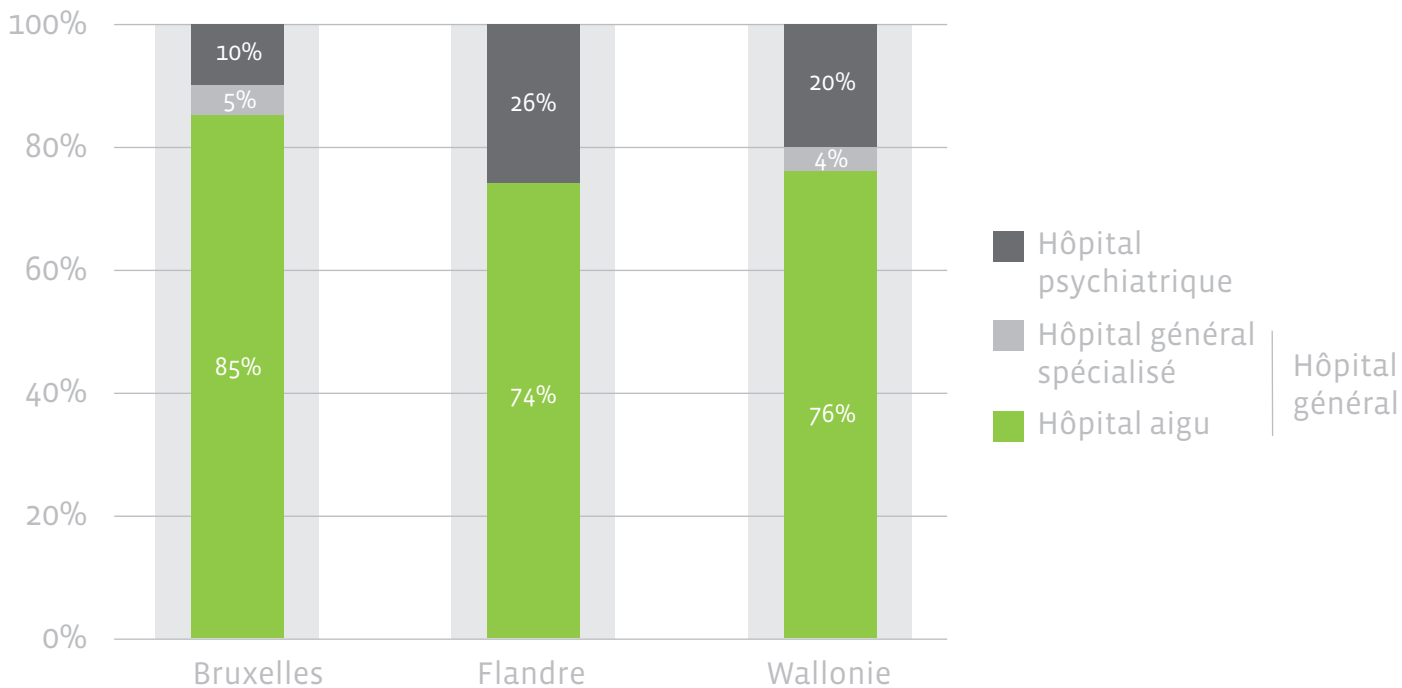
Evolution du nombre de lits agréés, par type de lits (en base 100)



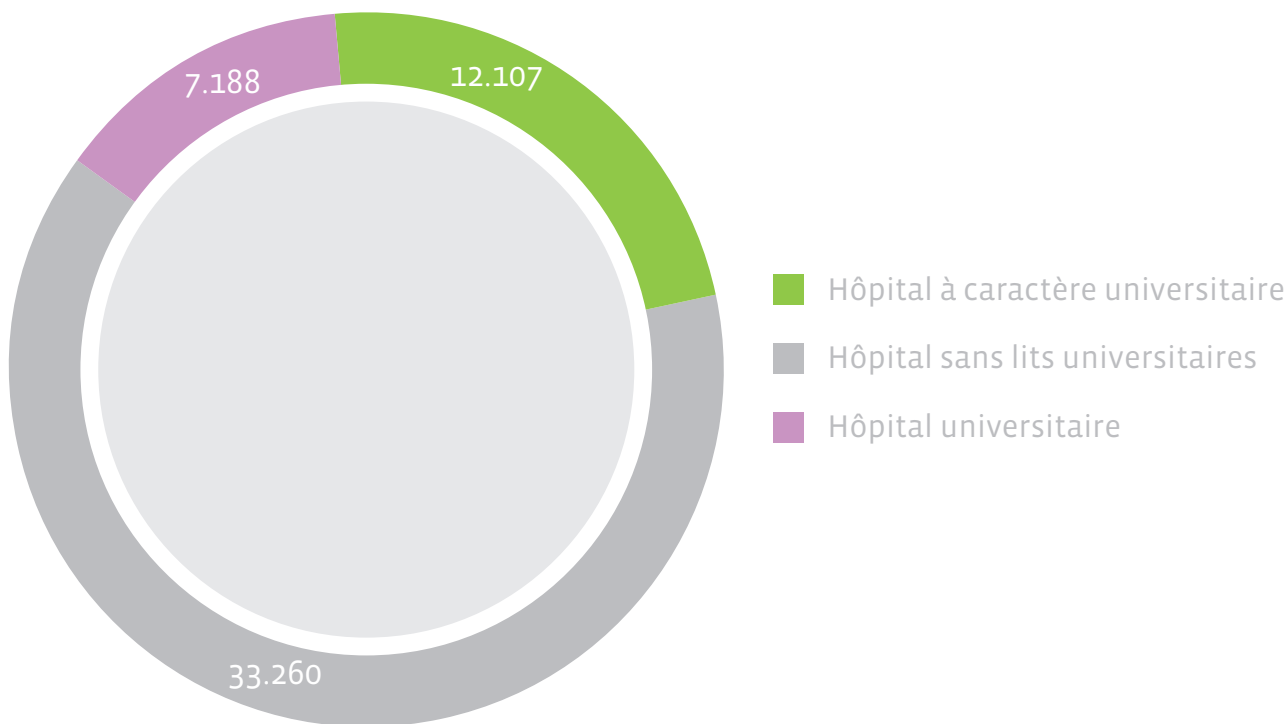
Répartition du nombre de lits agréés 2019 par région et par statut



Répartition du nombre de lits agréés 2019 par région et par type d'hôpital



Répartition du nombre de lits agréés 2019 des hôpitaux généraux en fonction du caractère universitaire



## CHIFFRES SANTHEA

### SANTHEA

**37** hôpitaux

**30** hôpitaux généraux  
(**6** à Bruxelles et **24** en Wallonie)

**7** hôpitaux psychiatriques  
(**1** à Bruxelles et **6** en Wallonie)

**2** hôpitaux universitaires

**2** hôpitaux généraux spécialisés

**26** hôpitaux aigus

**2 114** lits

**492** lits

**11 015** lits

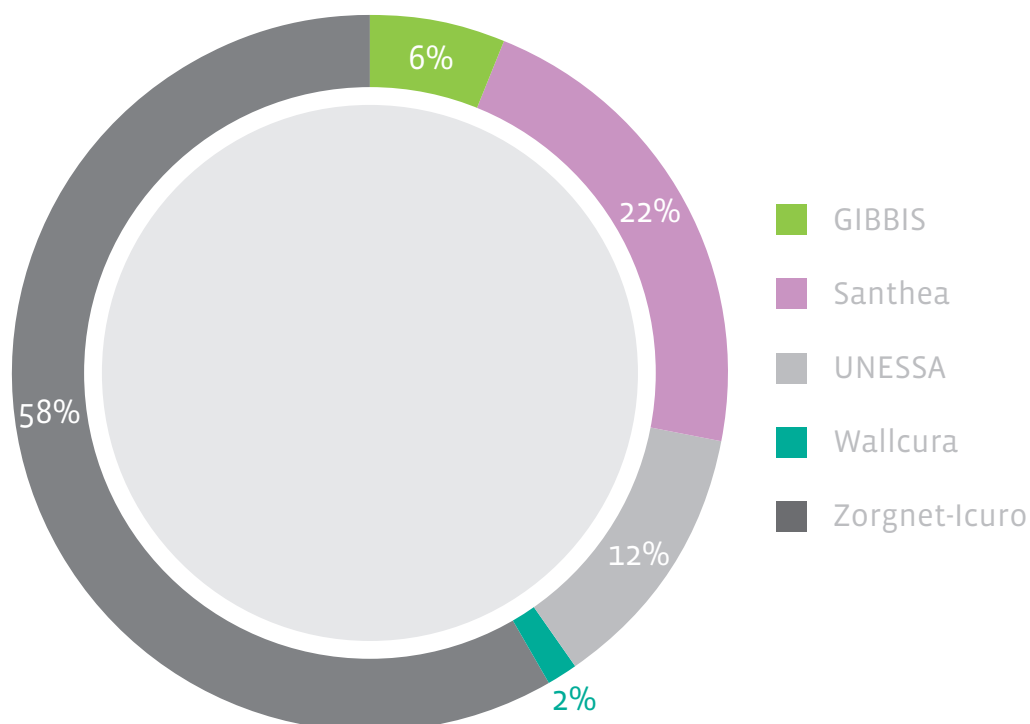
**2 040** lits

**15 661** lits agréés

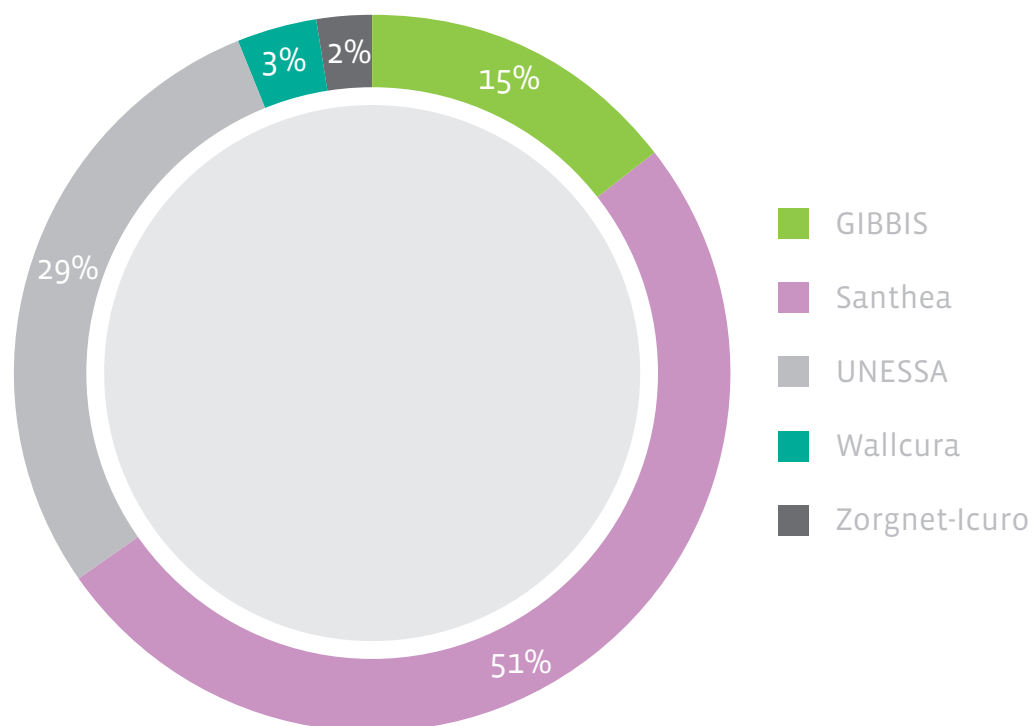
**40 900** ETP salariés

**53 000** personnes physiques

Répartition du nombre de lits agréés 2019 par fédération<sup>1</sup>

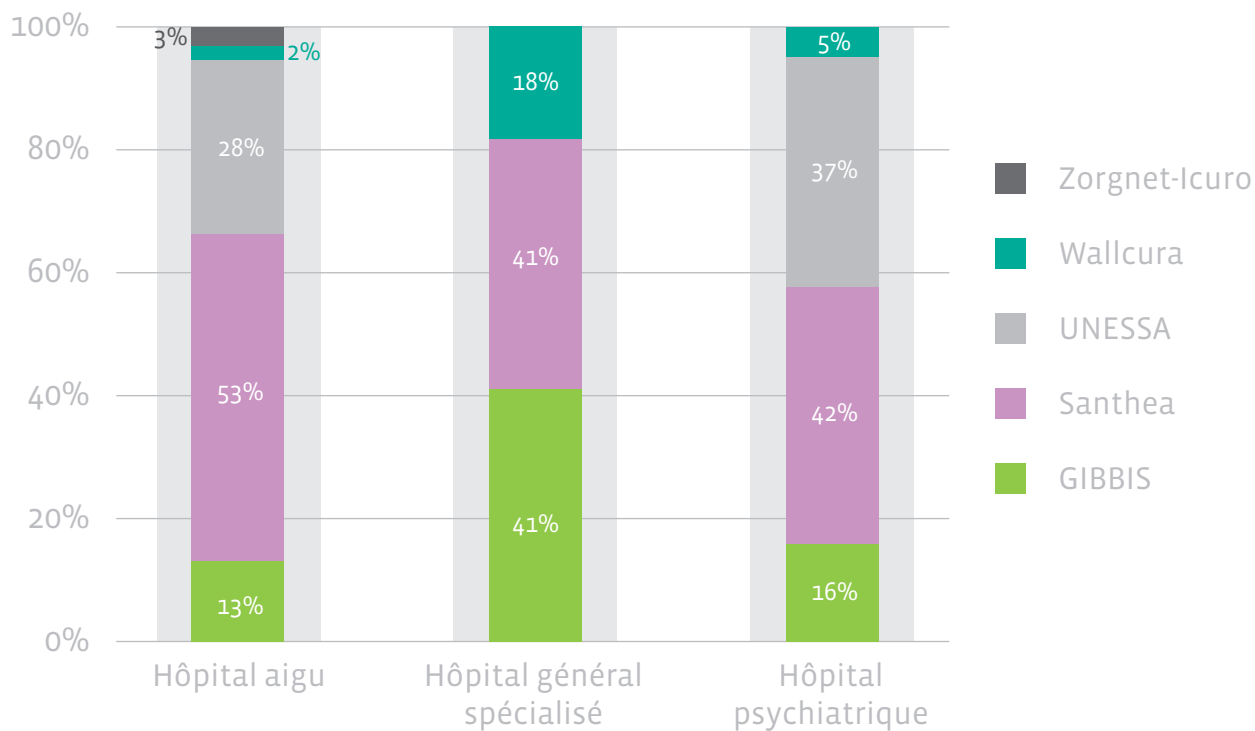


Répartition du nombre de lits agréés 2019 par fédération en Wallonie et à Bruxelles

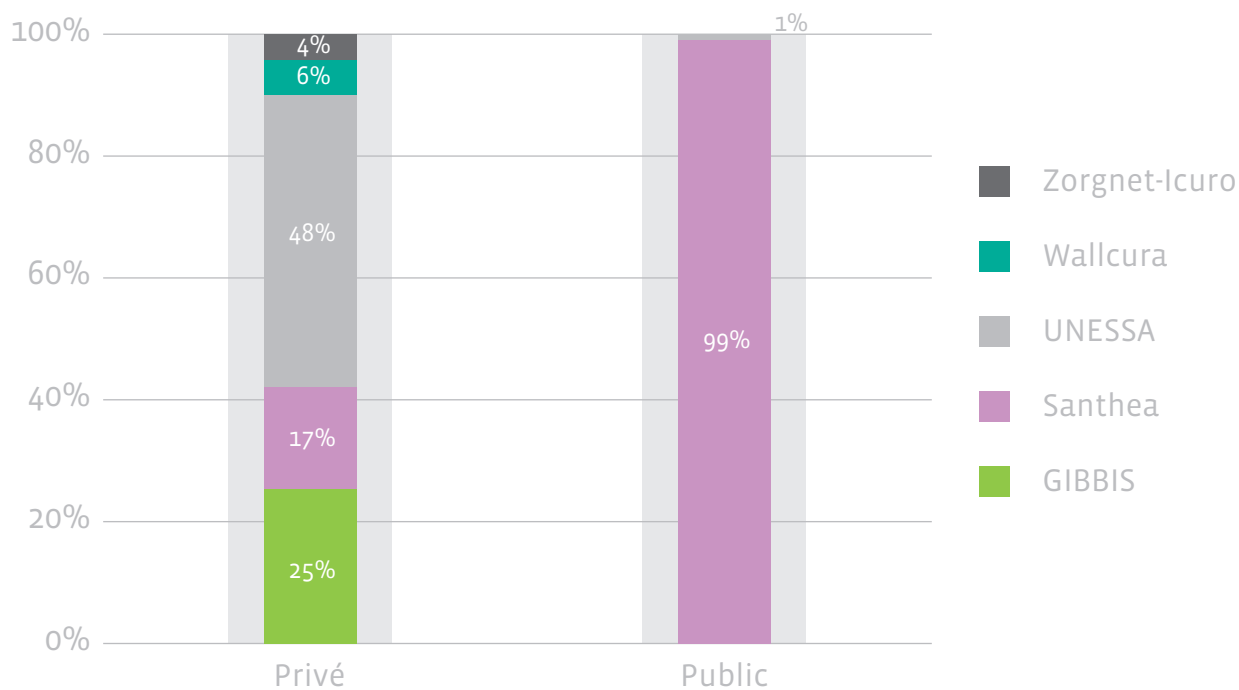


<sup>1</sup> Lorsqu'il y a référence à la ventilation « fédération », les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

Répartition du nombre de lits agréés 2019 par fédération en Wallonie et à Bruxelles, par type d'hôpital

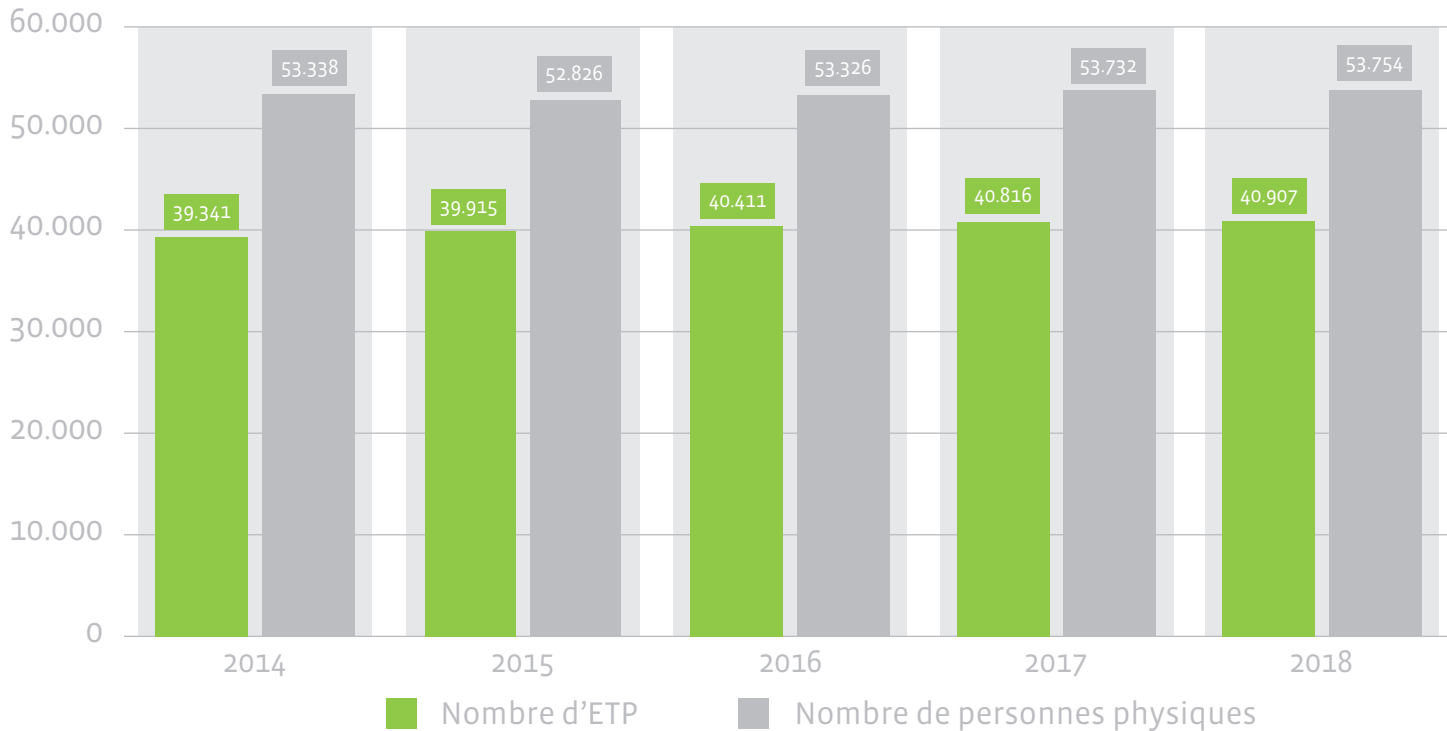


Répartition du nombre de lits agréés 2019 par fédération en Wallonie et à Bruxelles, par statut

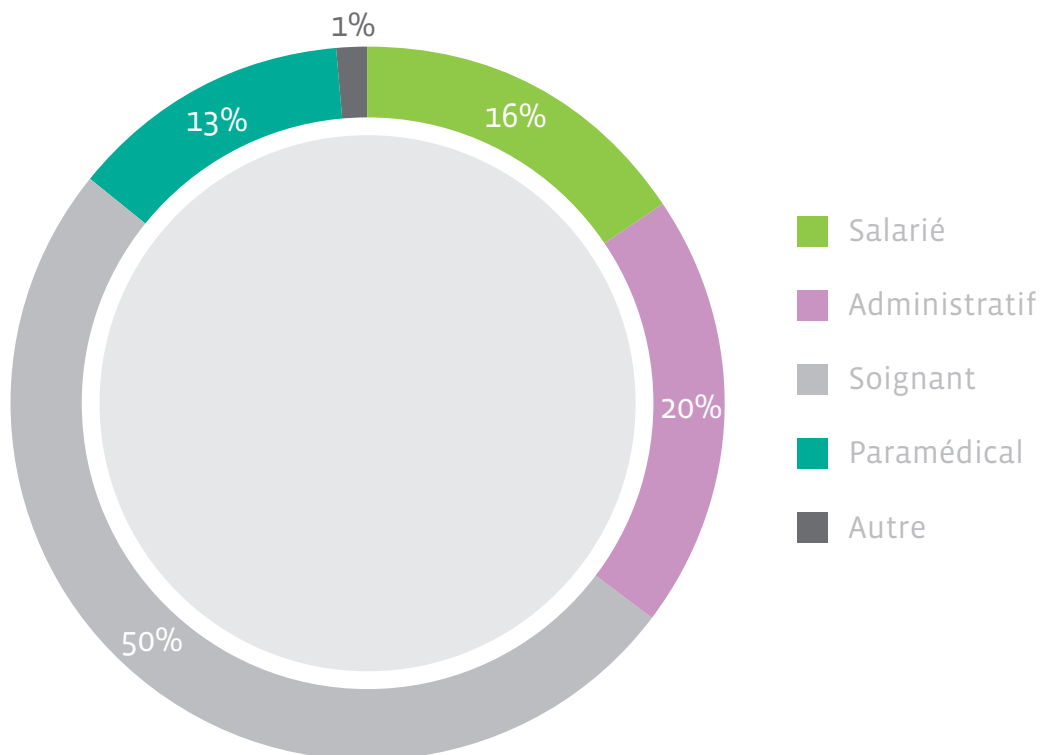


## CHIFFRES D'EMPLOI<sup>2</sup>

Evolution du nombre d'ETP et de personnes physiques dans les hôpitaux santhea (personnel salarié uniquement)

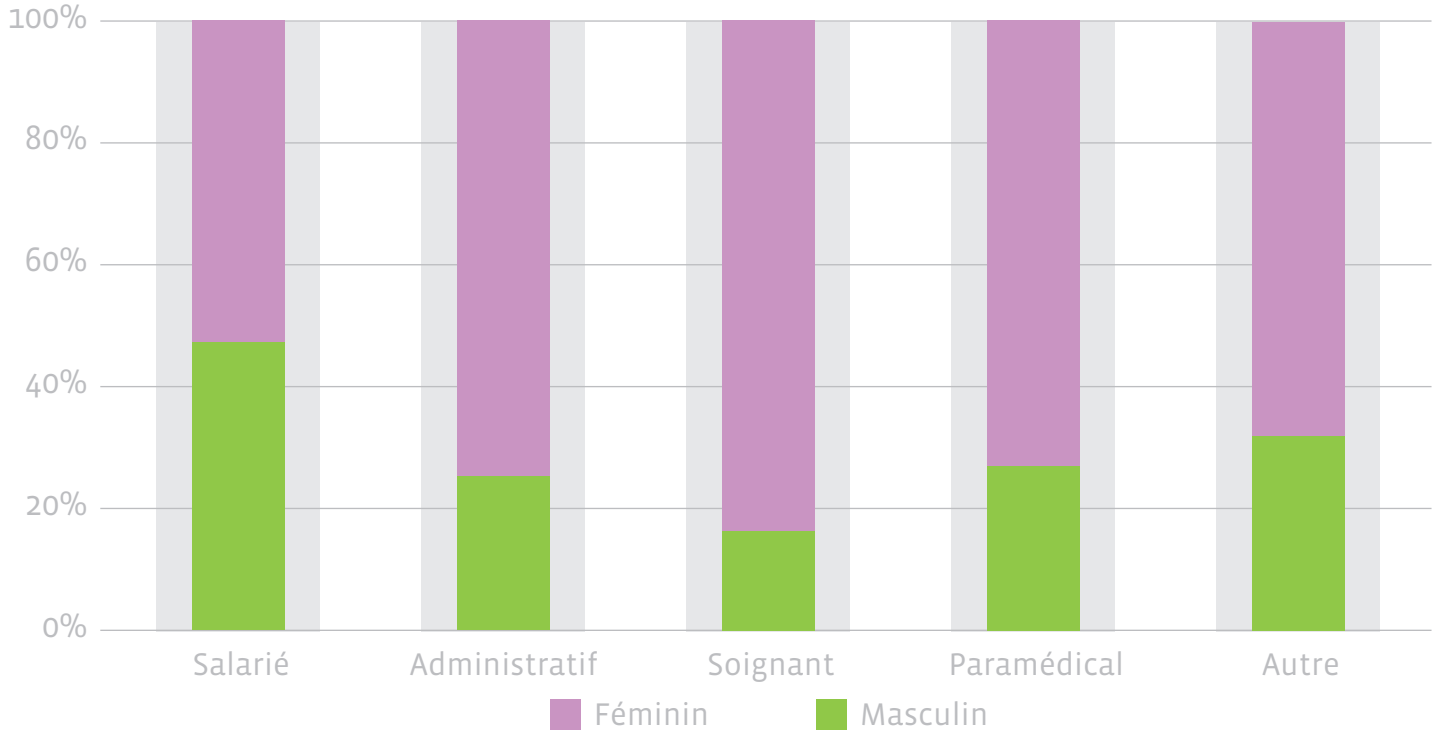


Ventilation du nombre d'ETP salariés en 2018 par catégorie de personnel



<sup>2</sup> Source: FINHOSTA - Collecte annuelle

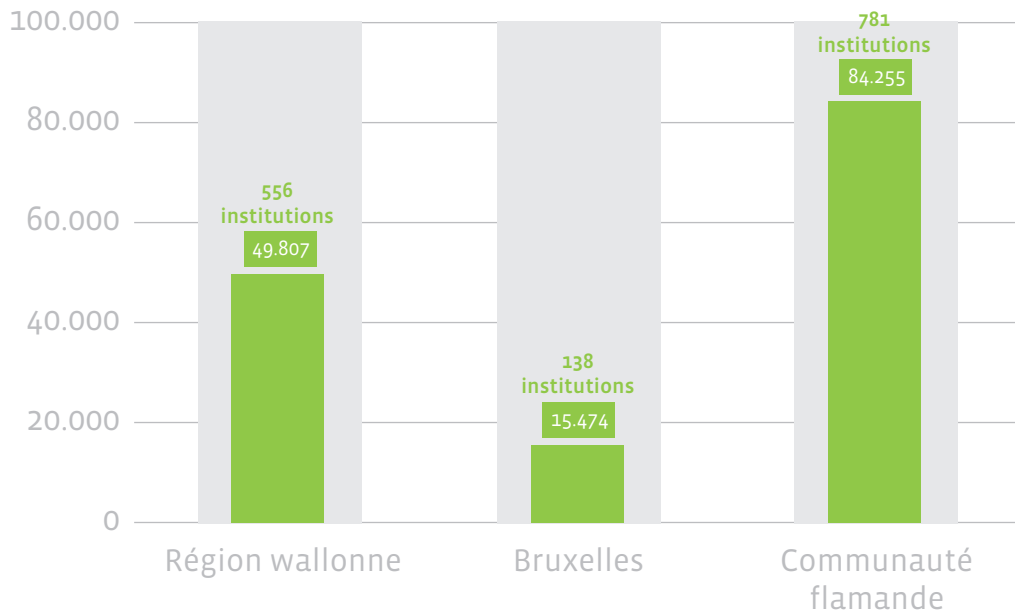
Ventilation du nombre d'ETP salariés en 2018 par sexe et par catégorie de personnel



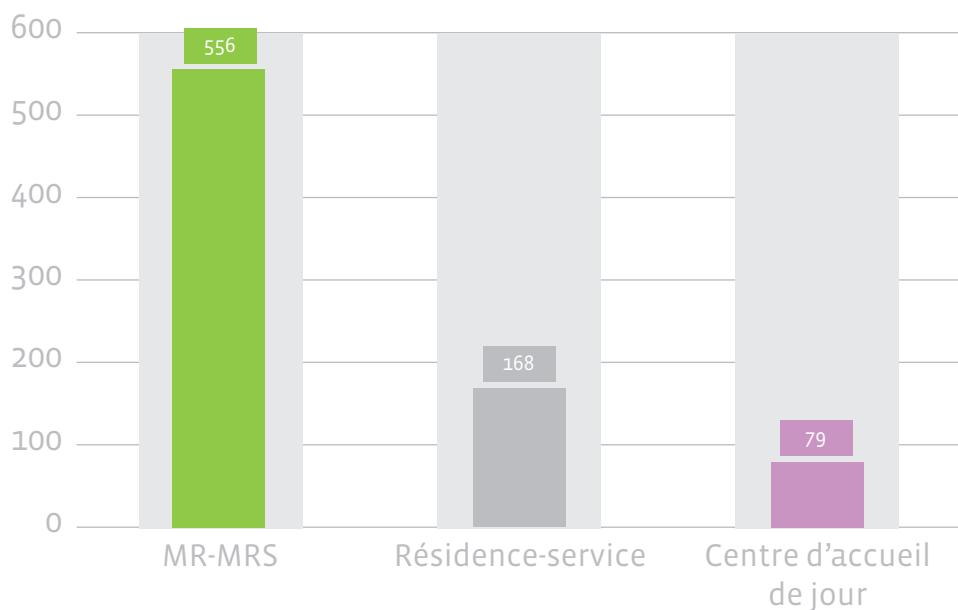
## SECTEUR DES ÉTABLISSEMENTS POUR ÂÎNÉS

### CHIFFRES DU SECTEUR

Nombre de lits agréés en MR-MRS et nombre d'institutions en 2019 par entité<sup>1</sup>



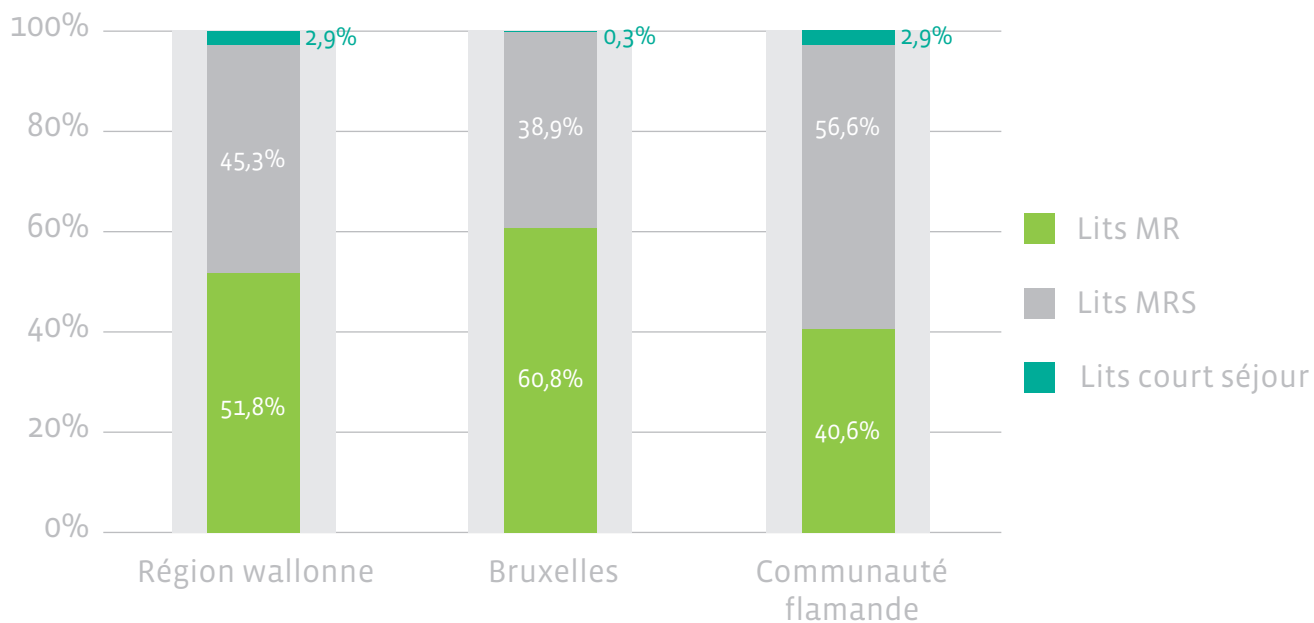
Nombre d'institutions en 2019 par type pour la Région wallonne<sup>2</sup>



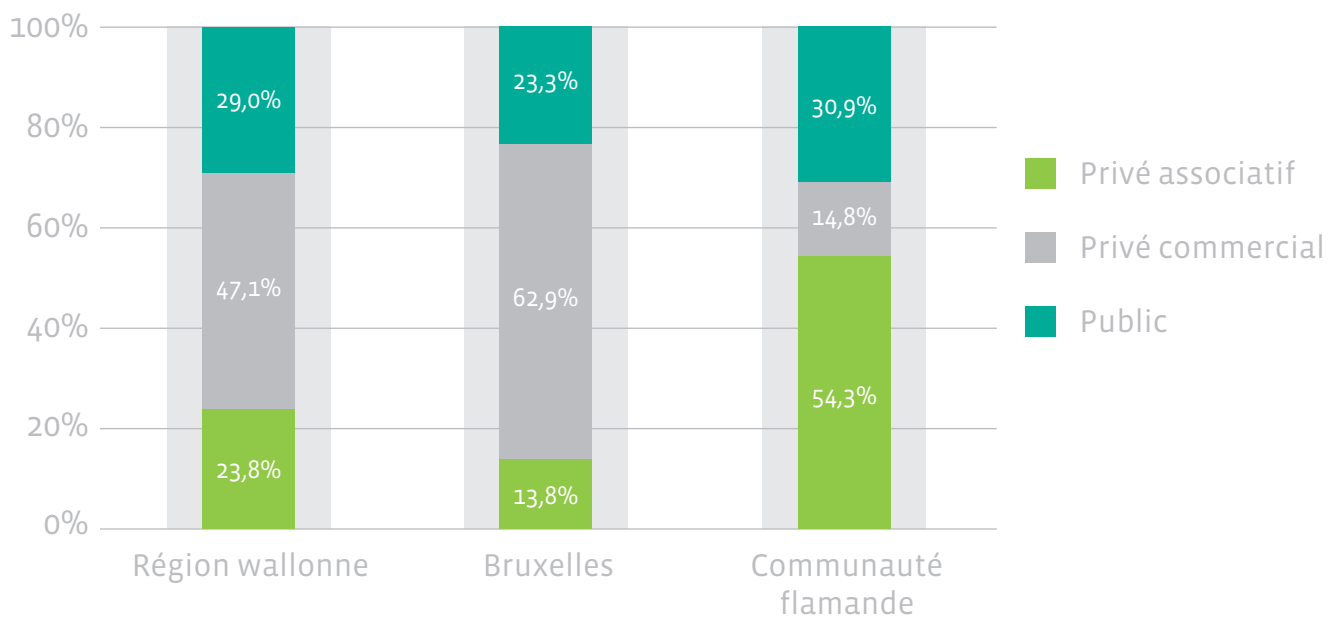
<sup>1</sup> L'INAMI ne centralisant plus les données de ce secteur, nous nous basons sur les fichiers transmis par les différentes entités régionales concernant le calcul du forfait journalier. Nous ne disposons d'aucune donnée concernant la Communauté germanophone.

<sup>2</sup> Pour la Région wallonne, nous disposons aussi des statistiques sur les résidences-services et les centres d'accueil de jour via le site de l'AViQ.

Ventilation du nombre de lits agréés 2019 en MR-MRS **par type de lits**, pour chaque entité

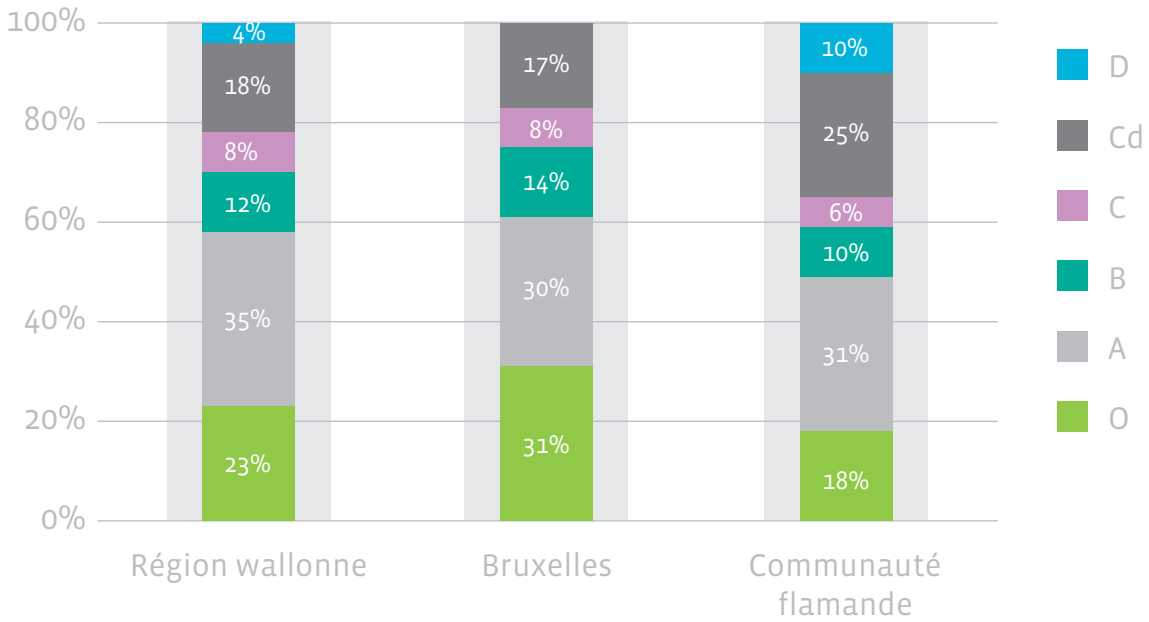


Ventilation du nombre de lits agréés 2019 en MR-MRS **par statut**, pour chaque entité

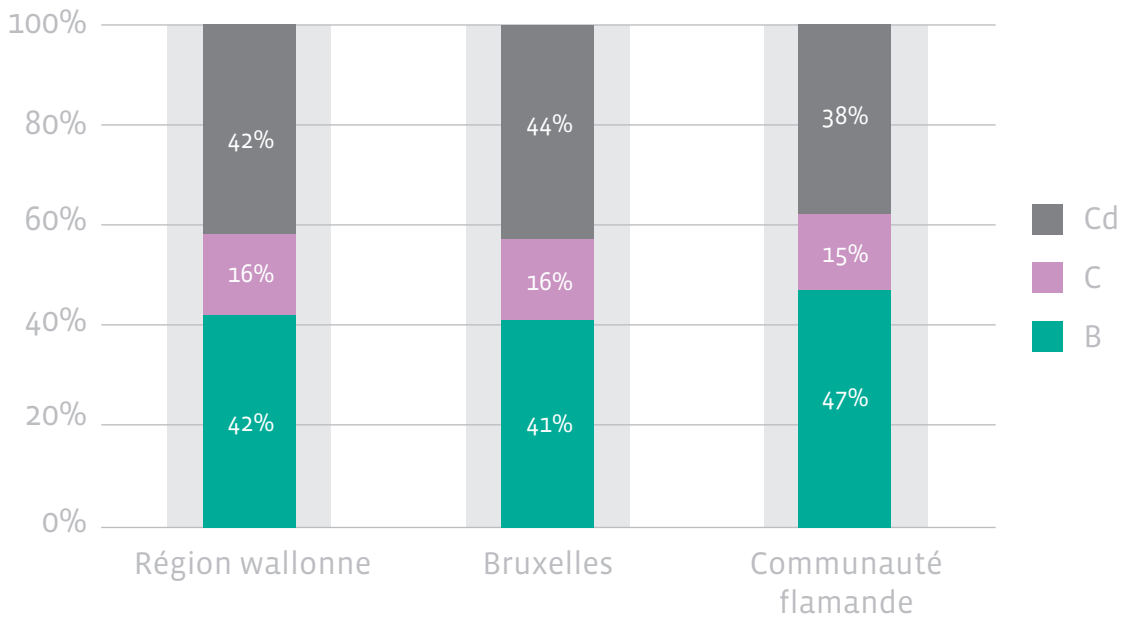


Ventilation des journées facturées<sup>3</sup> par type de lit et par profil de dépendance

Pour les lits MR

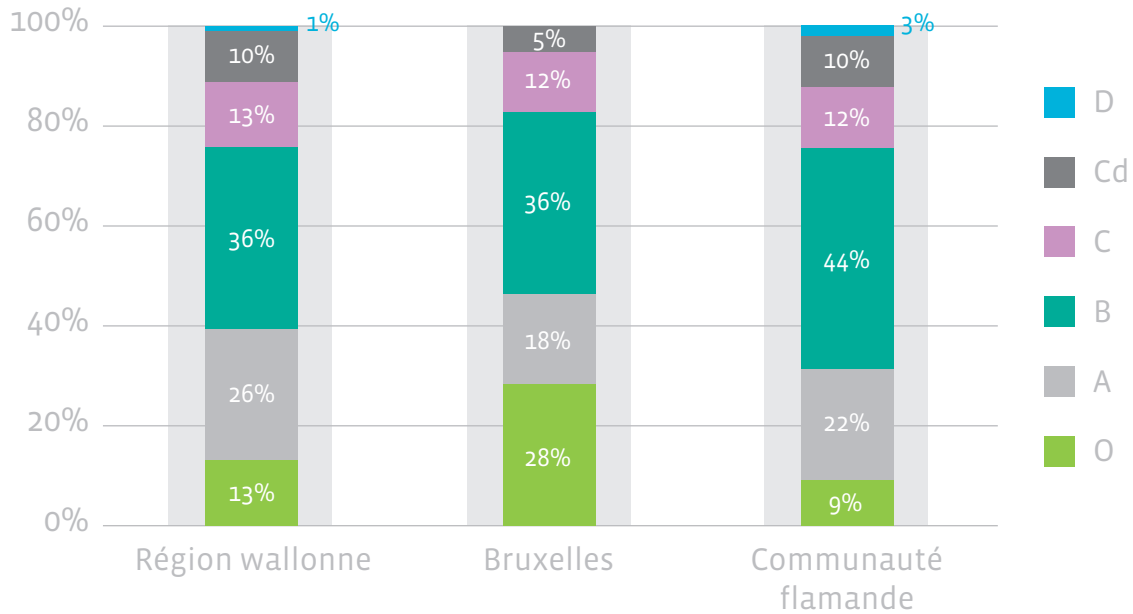


Pour les lits MRS

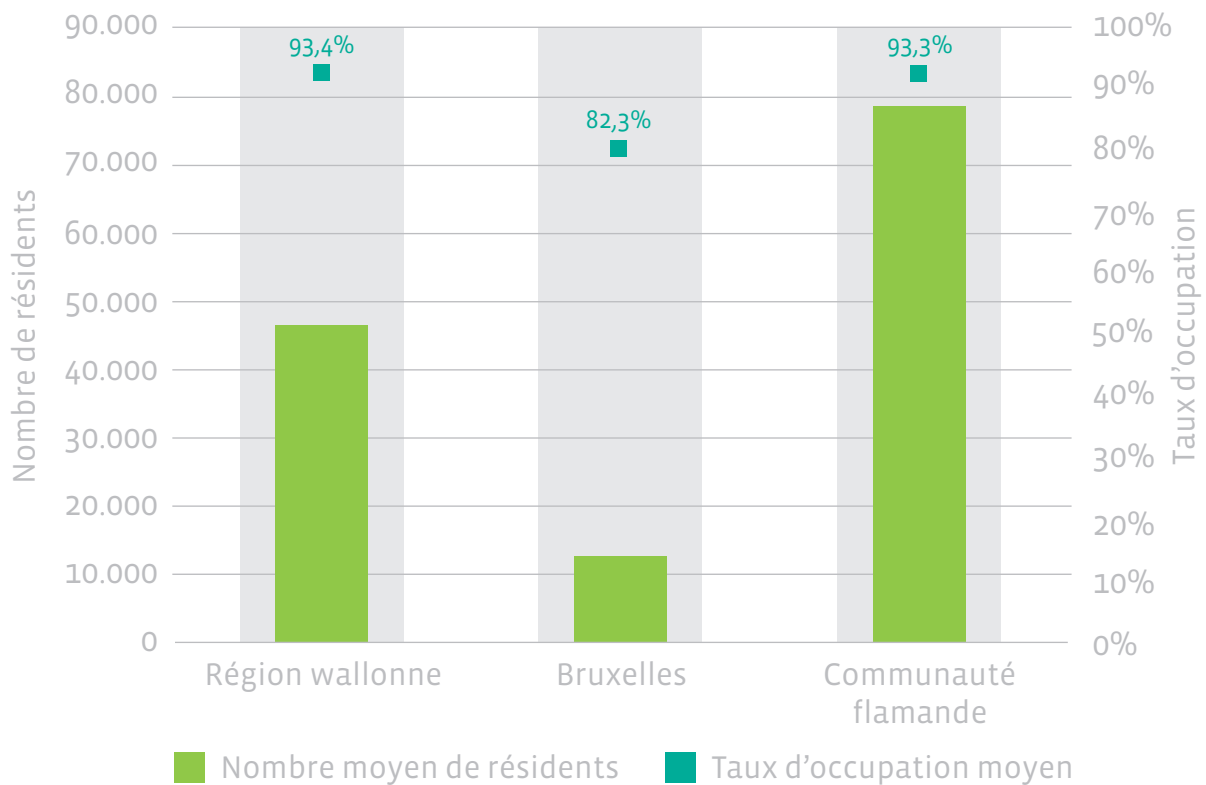


<sup>3</sup> Du 01-07-18 au 30-06-19.

Pour les lits court séjour



Evaluation du taux d'occupation moyen des lits MR-MRS et du nombre moyen de résidents en 2019 par entité



## CHIFFRES SANTHEA

### SANTHEA

**71** MR - MRS

**23** Centres d'accueil de jour  
(dont 12 avec CSJ)

**21** Résidences-services

**7 828** lits

**235** places

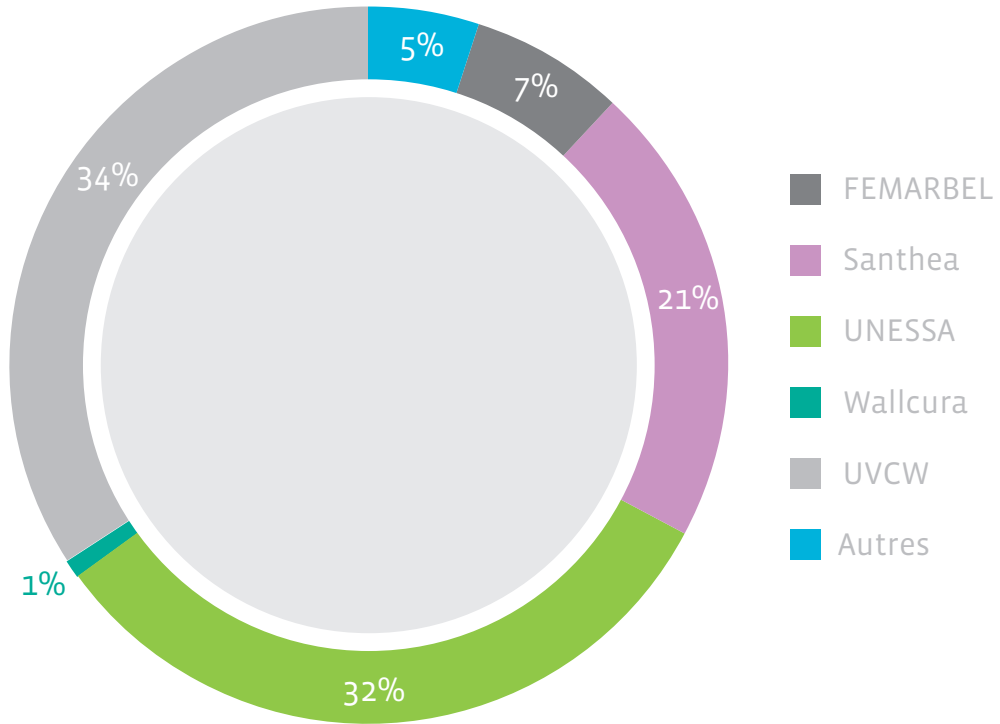
**417** places

Environ **4 000 ETP** (dont **2 900 ETP soignants**)

et **2,5 millions** de journées facturées

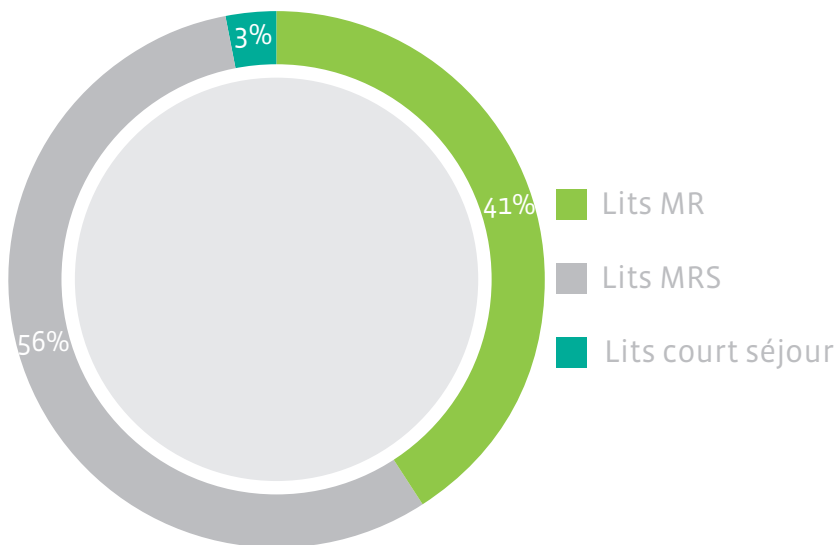


Répartition du nombre de lits agréés 2019 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération<sup>4</sup> en Région wallonne

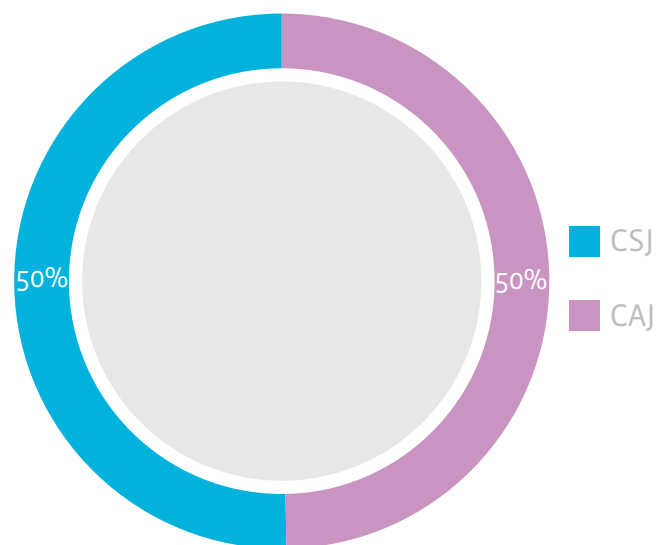


Répartition des lits agréés santhea 2019 par type de lits

Pour les MR-MRS

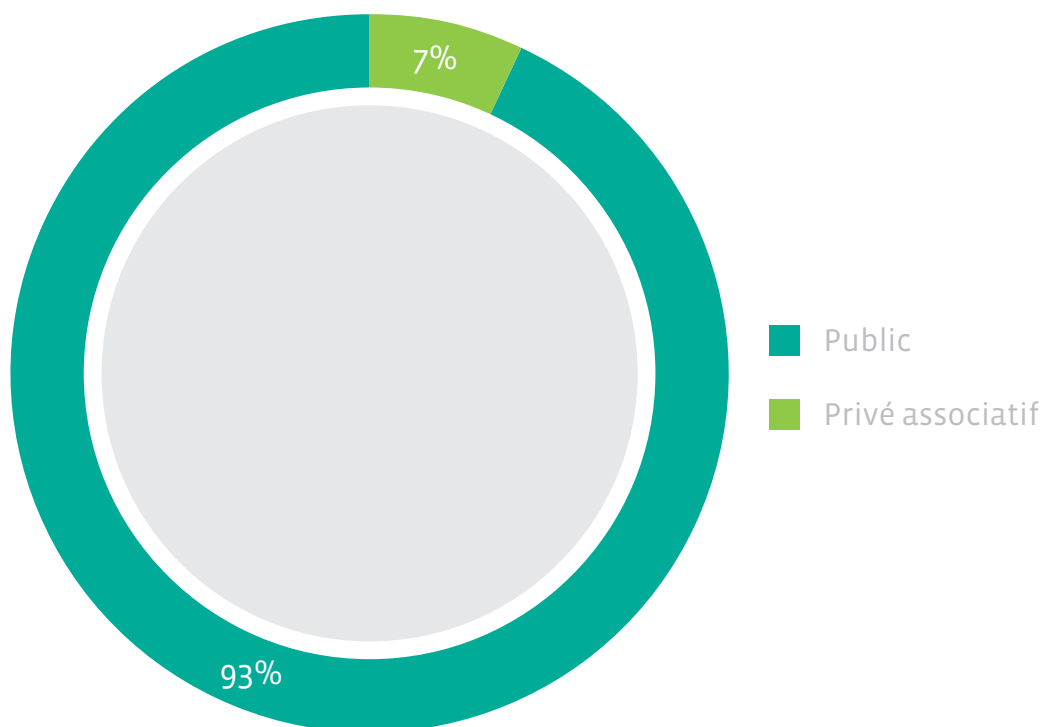


Pour les centres d'accueil de jour

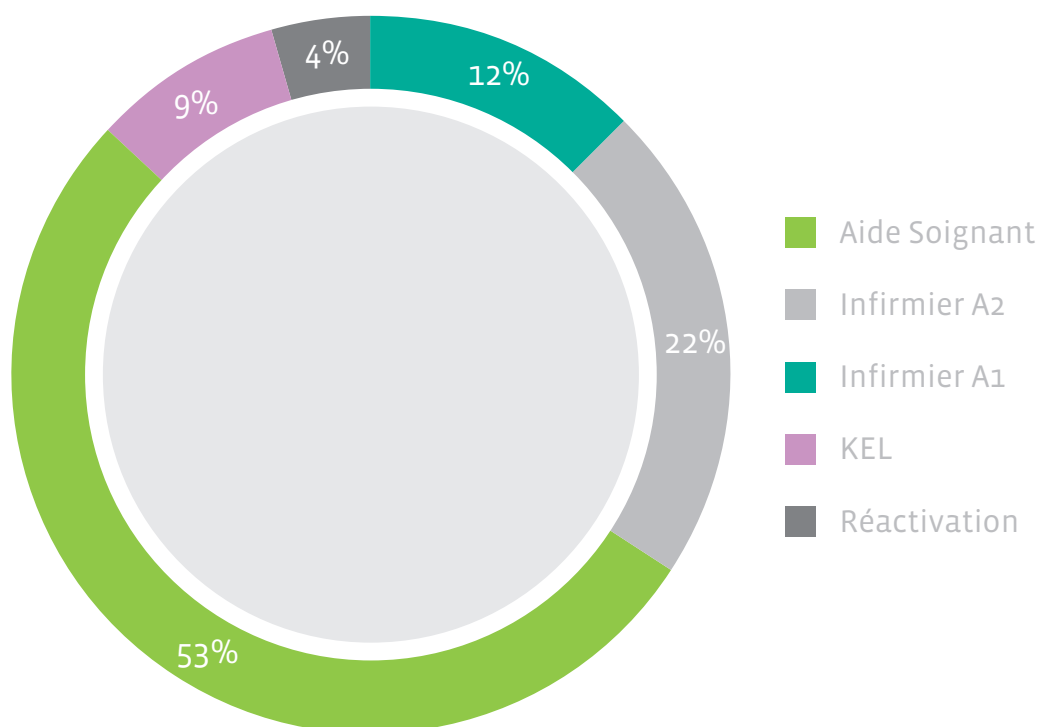


<sup>4</sup> Les lits agréés des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

Répartition des lits agréés santhea 2019 en MR-MRS par statut

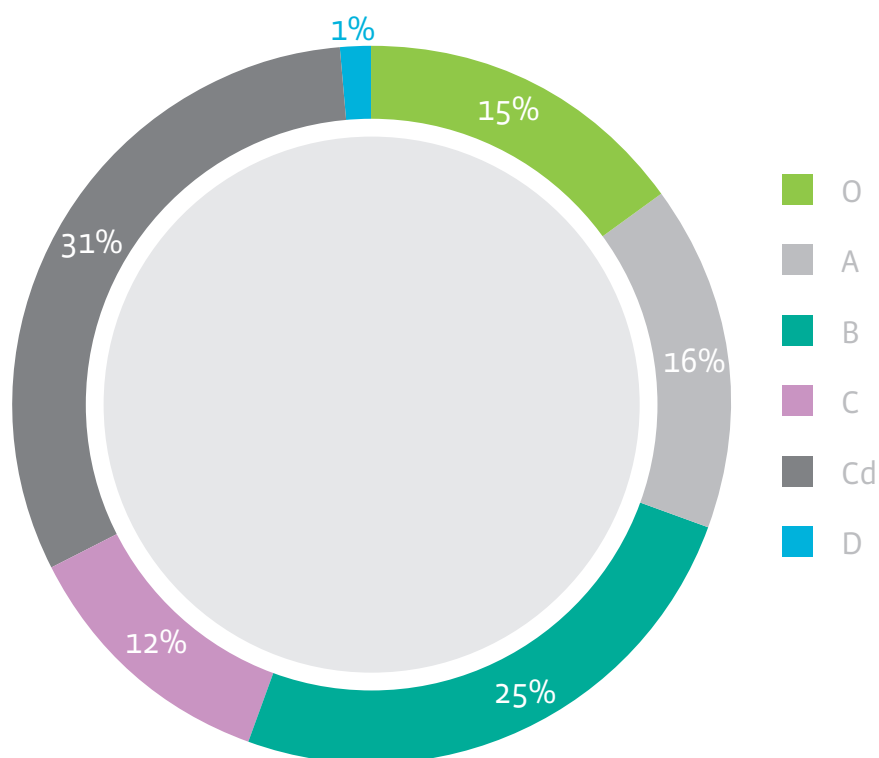


Répartition des ETP soignants présents<sup>5</sup> en MR-MRS en 2019 par qualification pour santhea

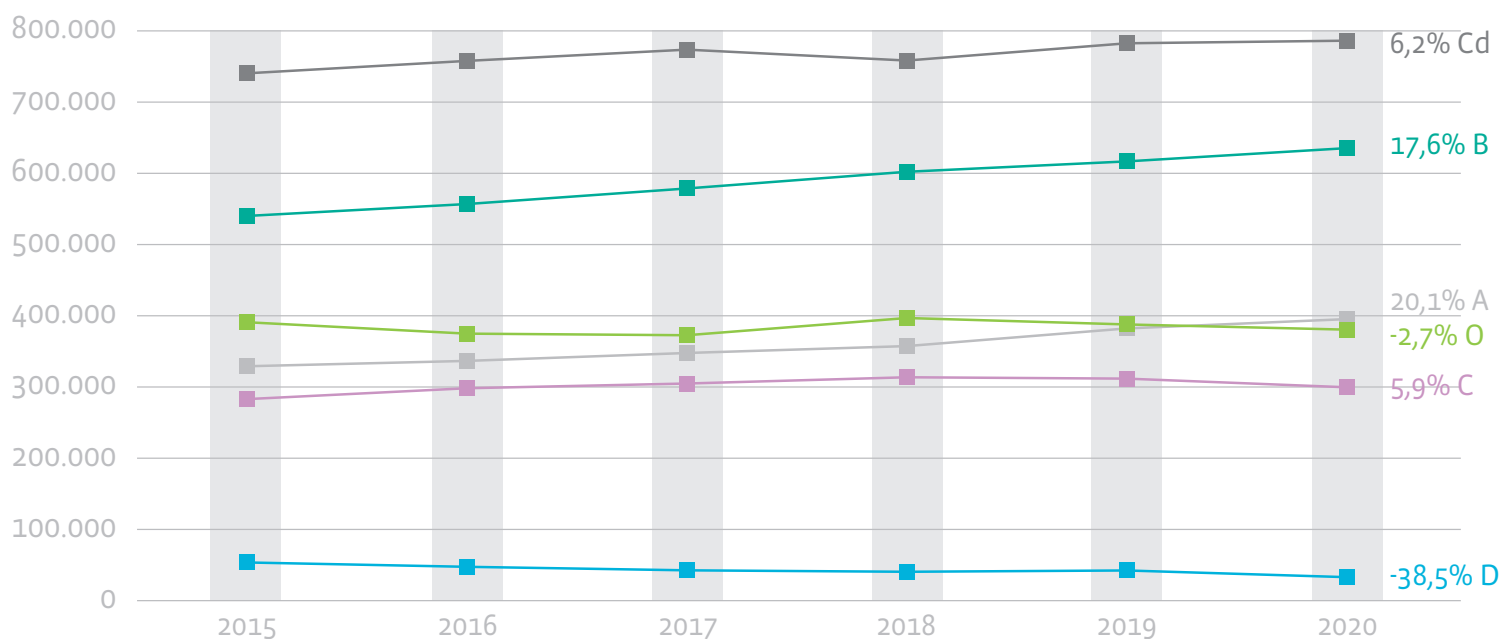


<sup>5</sup> ETP présents dans le 3<sup>ème</sup> volet

Ventilation des journées facturées<sup>6</sup> dans les MR-MRS santhea par profil de dépendance



Evolution<sup>7</sup> du nombre de journées facturées dans les MR-MRS santhea en fonction du profil de dépendance (+ taux de croissance entre 2015 et 2020)



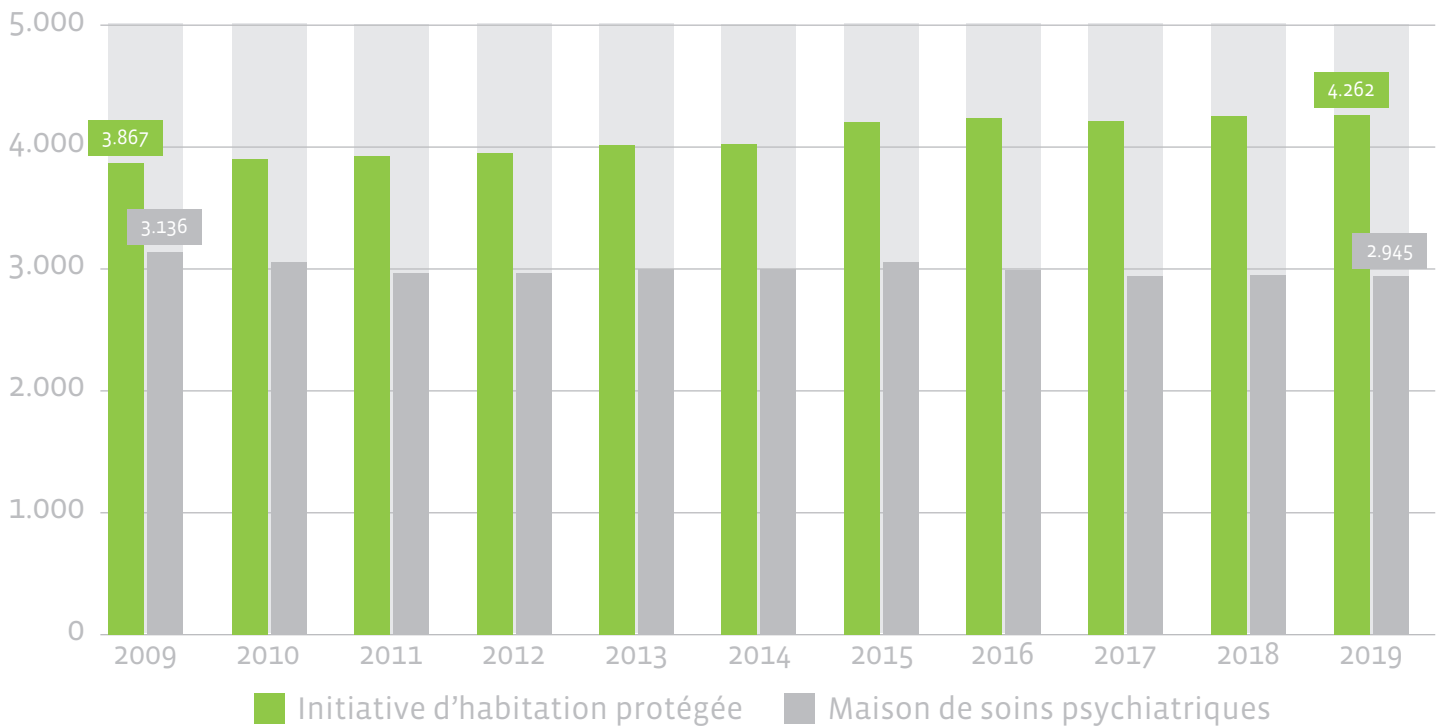
<sup>6</sup> Du 01-07-18 au 30-06-19.

<sup>7</sup> L'année reprise dans le graphique fait référence à l'année du forfait. Le calcul du forfait 2020 est basé sur des statistiques de la période juillet 2018-juin 2019.

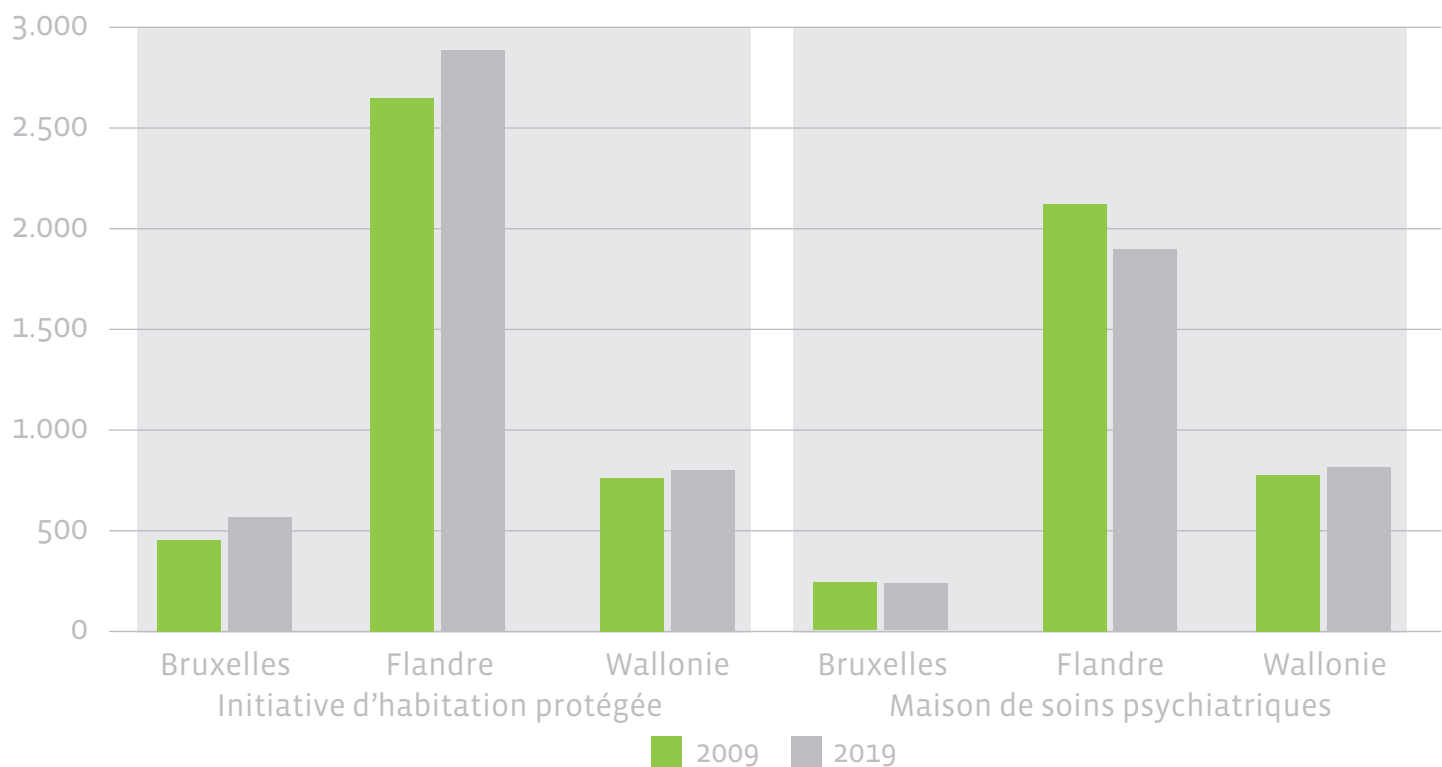
## SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE

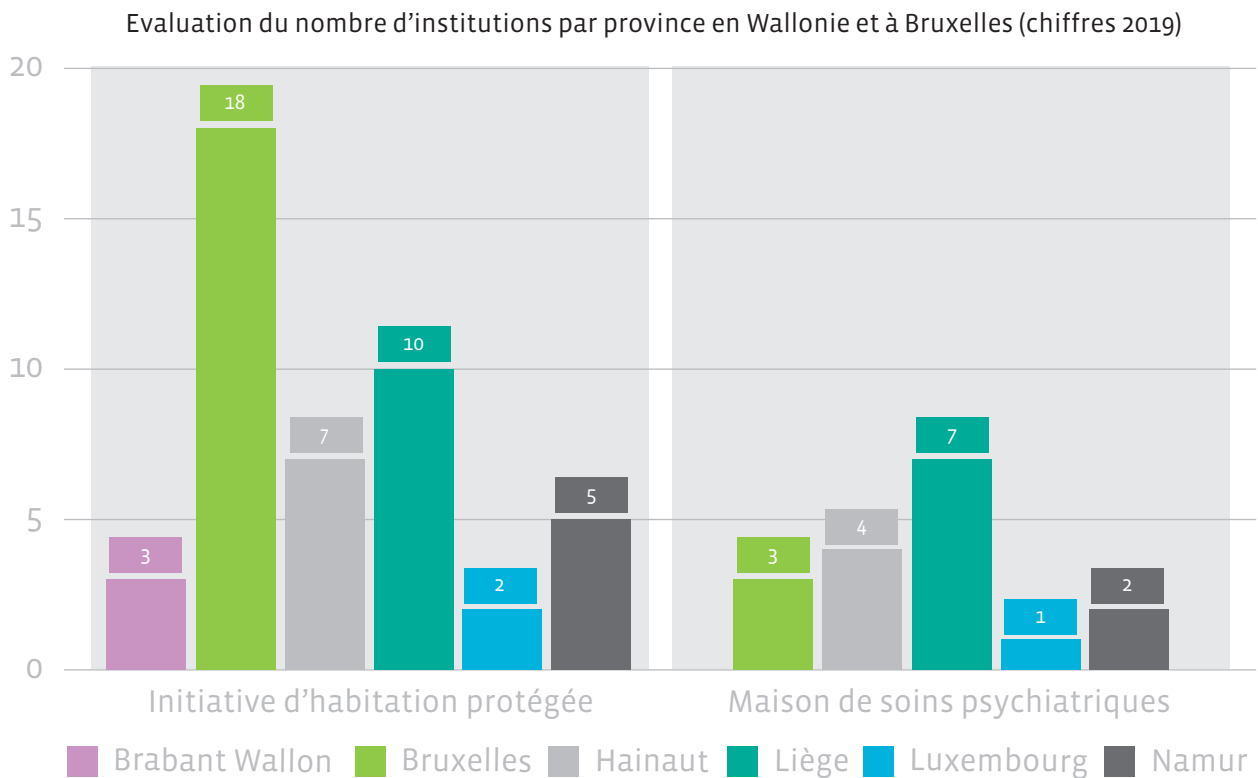
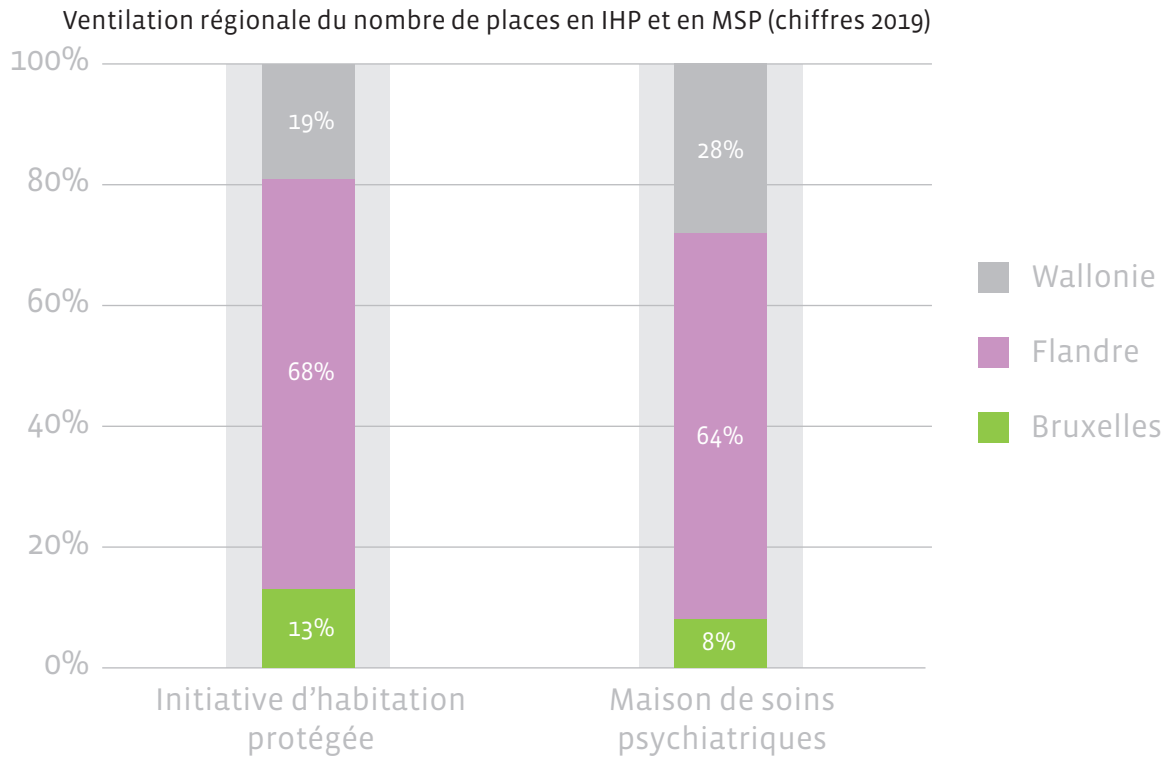
### CHIFFRES DU SECTEUR

Evolution du nombre de places en IHP et en MSP

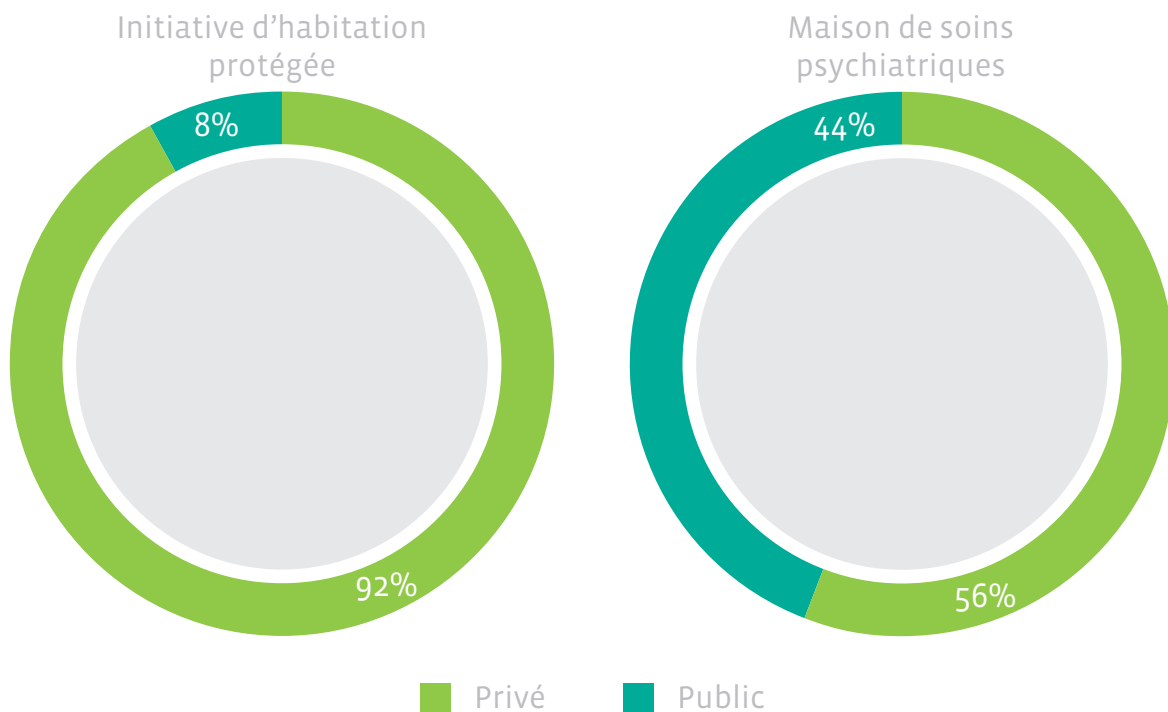


Evolution entre 2009 et 2019 du nombre de places en IHP et en MSP par région

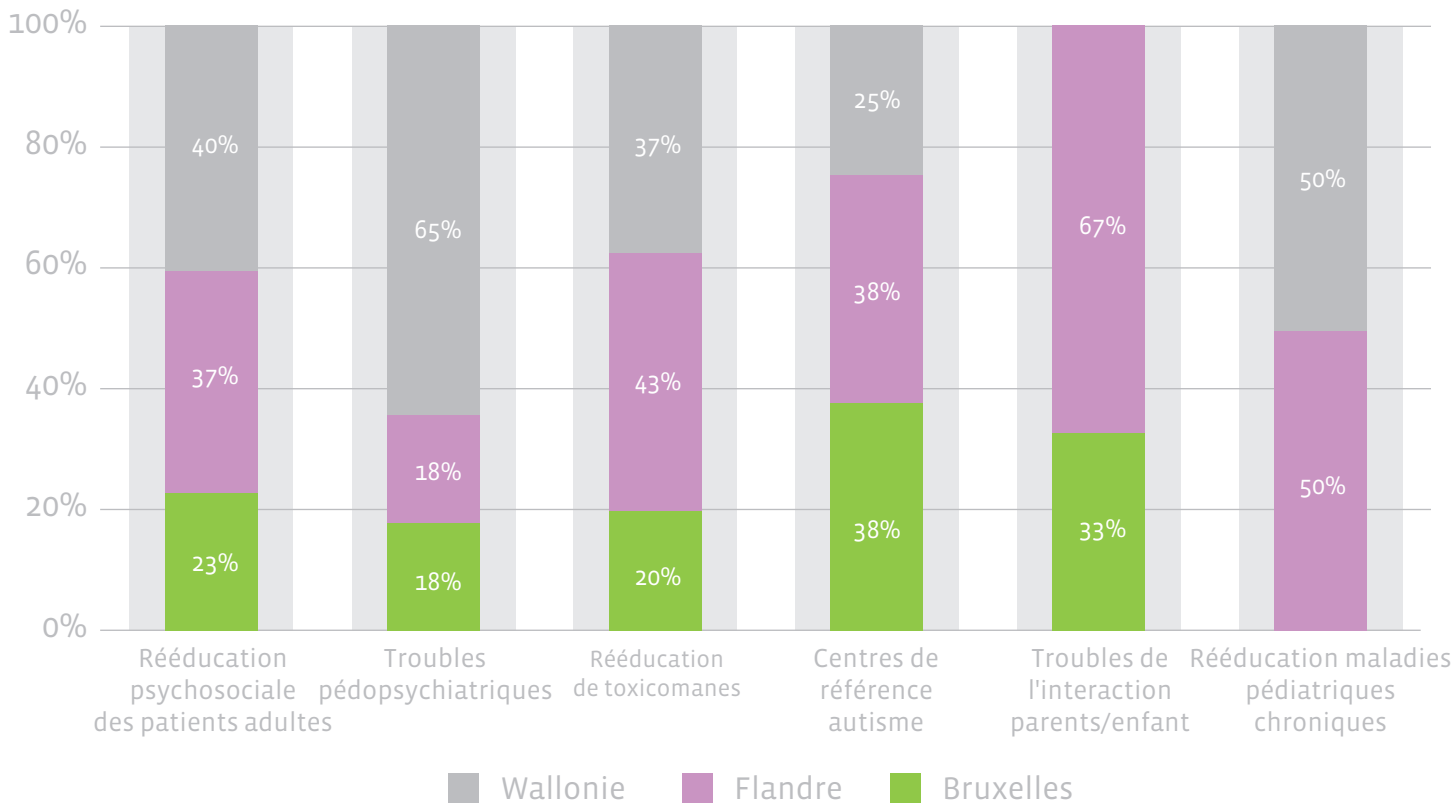




Répartition du nombre de places 2019 par statut en Wallonie

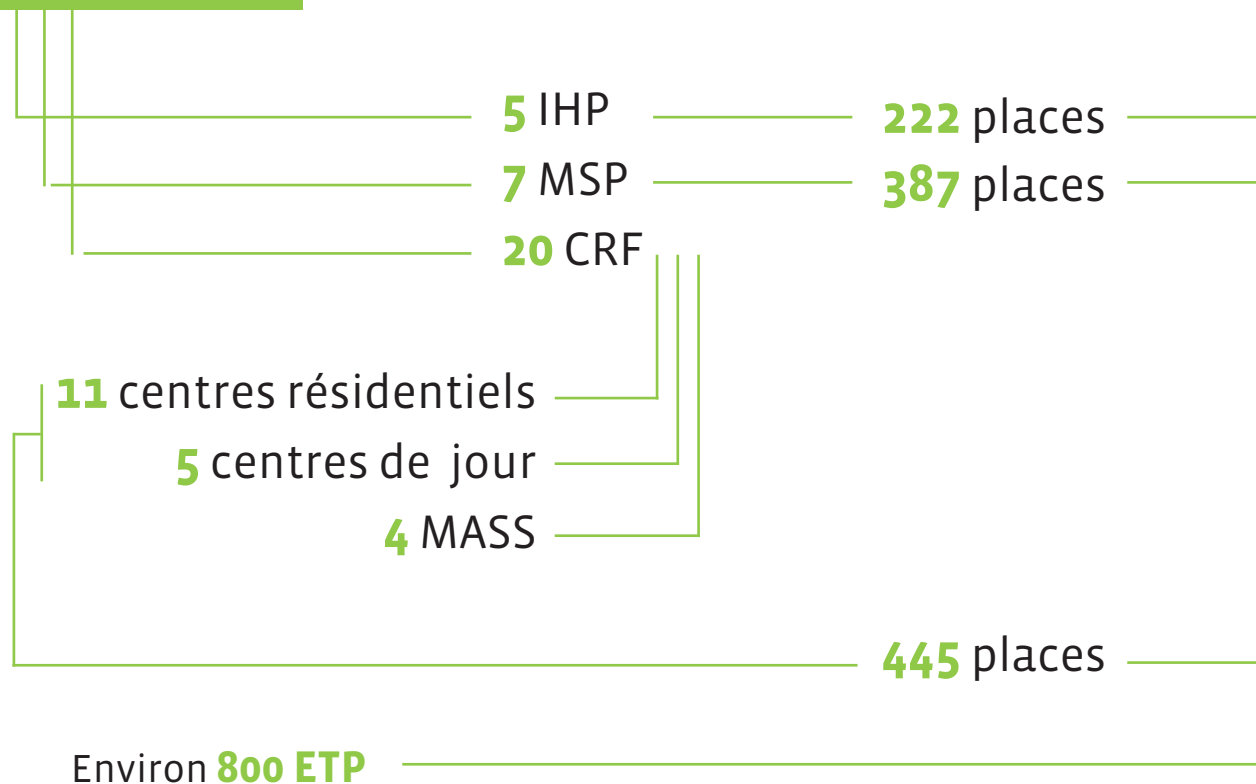


Ventilation régionale du nombre de centres de rééducation fonctionnelle liés à certains troubles mentaux et neurologiques, par type de convention

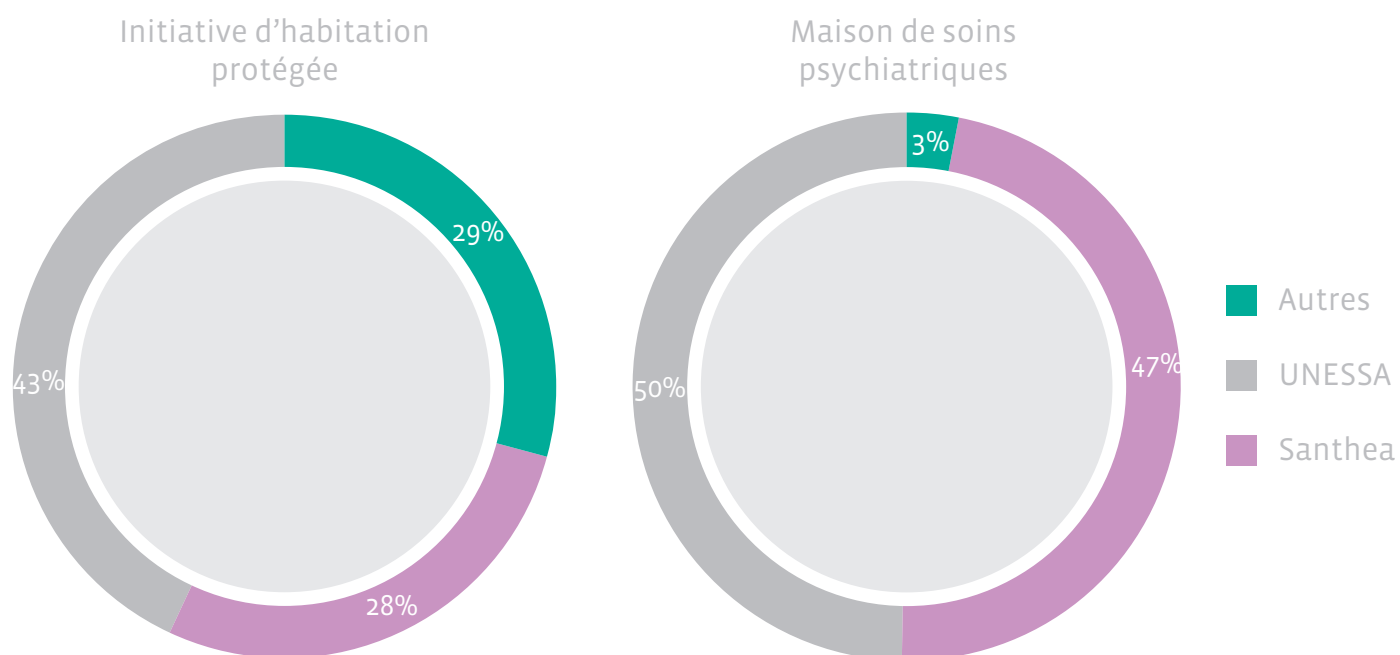


## CHIFFRES SANTHEA

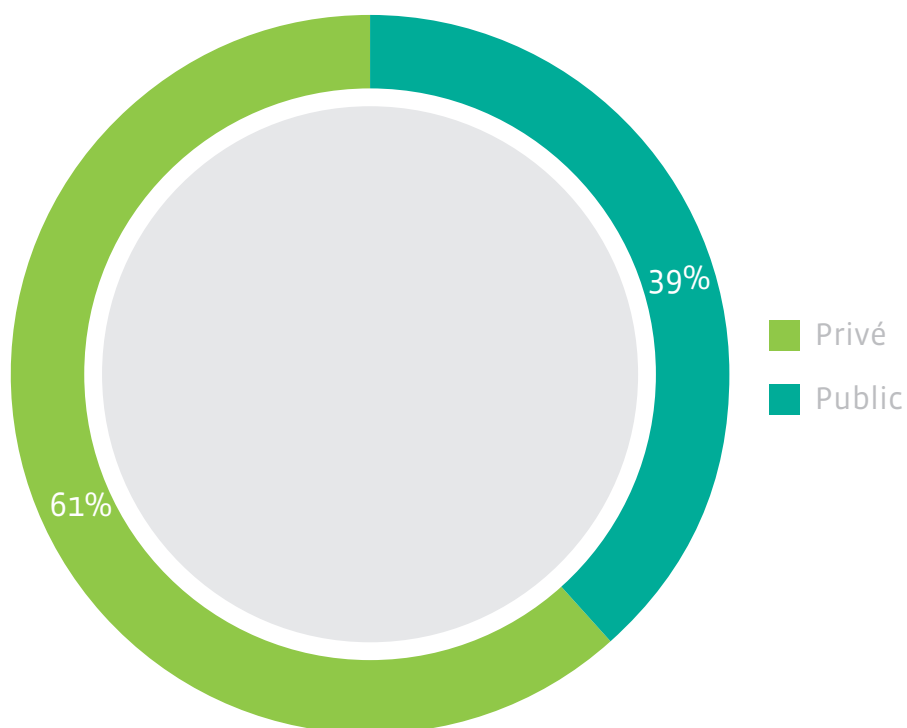
### SANTHEA



Ventilation des places 2019 par fédération en Wallonie

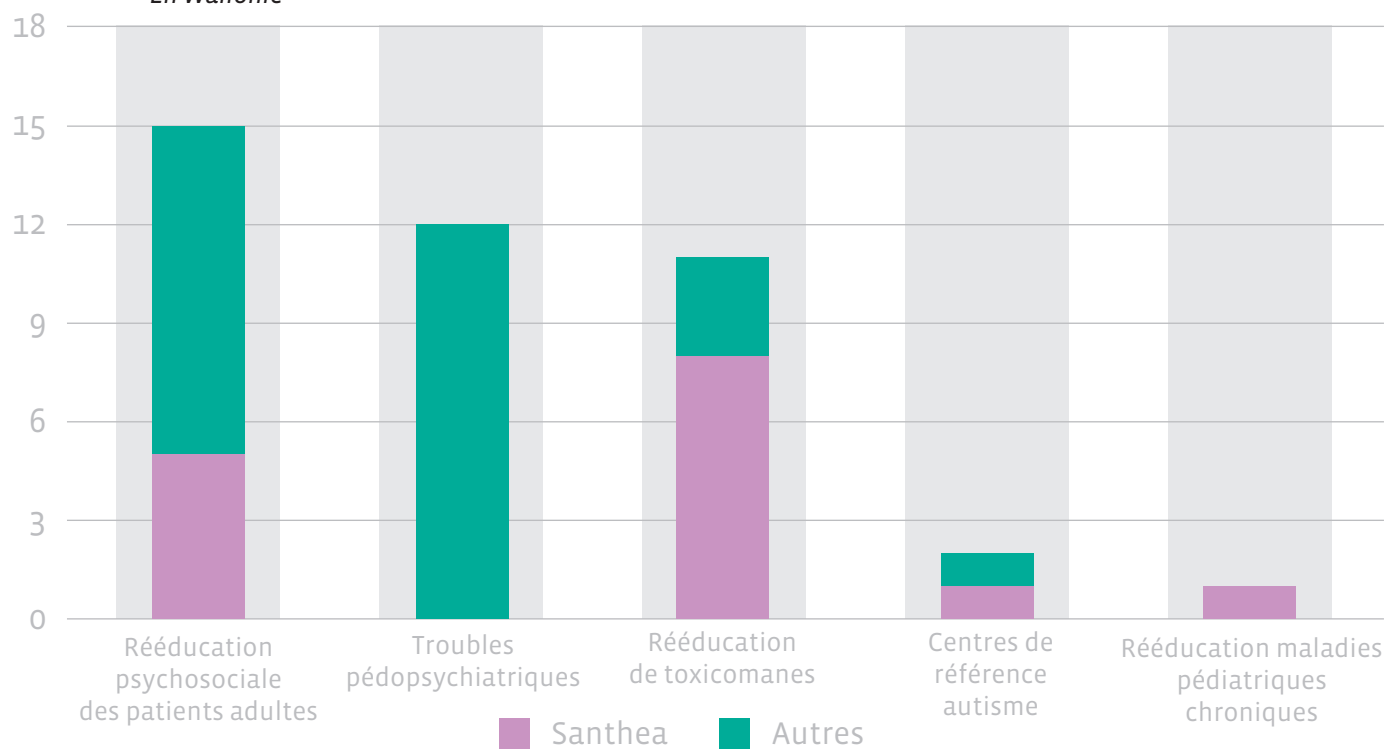


Ventilation des places 2019 en IHP et en MSP de santhea par statut

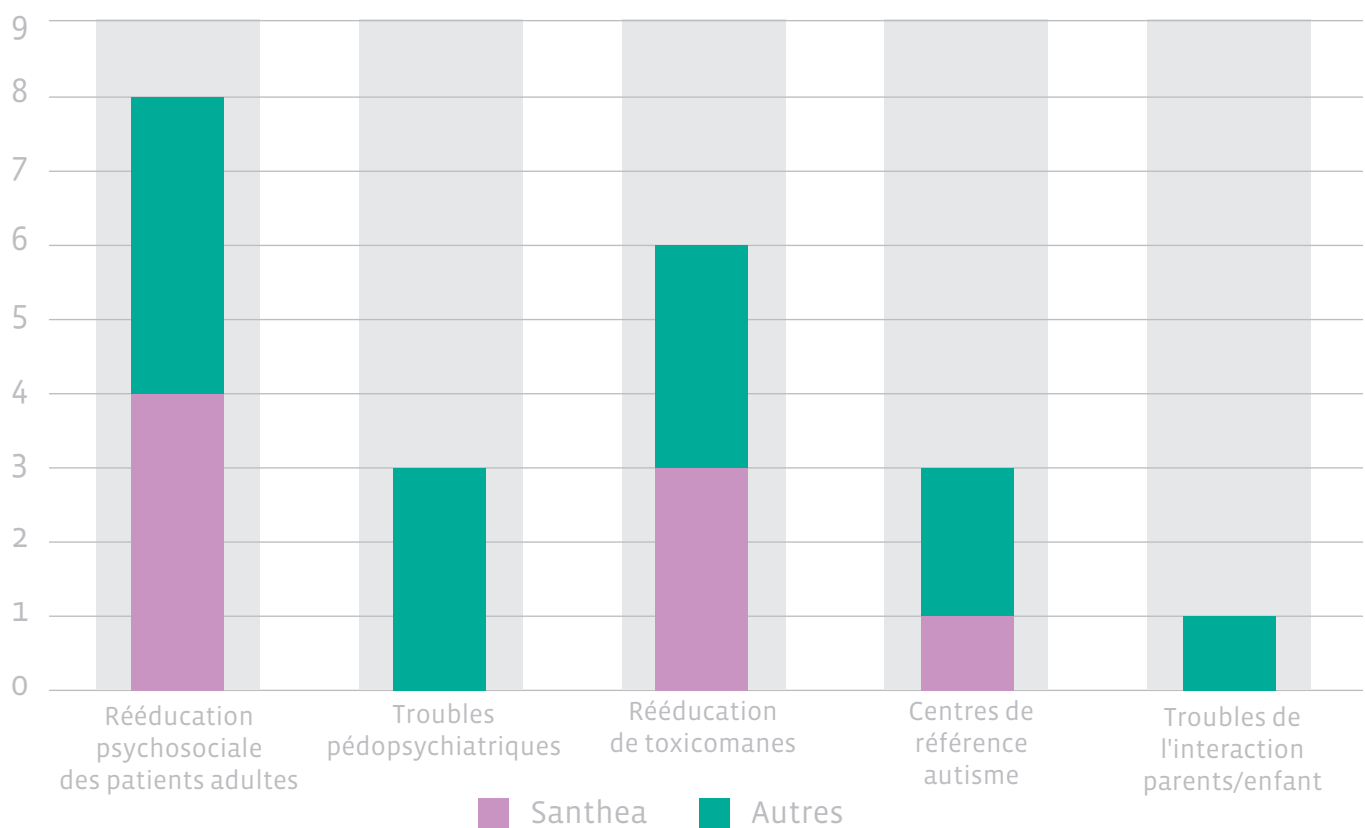


Evaluation de la représentativité de santhea dans le nombre de centres de rééducation fonctionnelle liés à certains troubles mentaux et neurologiques, par type de convention

En Wallonie



À Bruxelles





A photograph of a modern conference room. A long, dark conference table is surrounded by black leather chairs with chrome frames. The room has large windows in the background, and the floor is highly reflective. A green rectangular box is overlaid on the right side of the image, containing white text.

# *NOTRE CONSEIL* **D'ADMINISTRATION**

## LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### BUREAU\*

- Présidente :** C.H.R. La Citadelle représenté par **Lambert Marie-Claire**
- Vice-Présidents :** C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré représenté par **Bouchez Chantal**  
C.H.U. Tivoli représenté par **Dormont Jean-Claude**
- Secrétaire :** C.H. Le Domaine représenté par **Praet Jean-Claude**
- Trésorier :** C.H. du Bois de l'Abbaye représenté par **De Simone Stéphanie**

### En 2019, le Conseil d'Administration de santhea a traité nombre de problématiques et dossiers liés au secteur des soins de santé, ce qui lui a notamment permis de définir les positions de santhea en ces matières.

Ainsi il fut notamment question, à de multiples reprises vu l'ampleur des changements apportés au paysage des soins de santé, des réseaux hospitaliers loco-régionaux, des soins à basse variabilité, des médicaments falsifiés, de la réorganisation de la chirurgie complexe du pancréas et de l'œsophage ou encore de la problématique des pensions publiques.

D'autres dossiers lui ont aussi été soumis plus ponctuellement, dont ceux du financement des frais individuels liés à la prise en charge d'enfants et de jeunes ou encore de la cybersécurité et de la Directive NIS.

Les négociations sectorielles et sociales ont également amené le Conseil d'administration de santhea à connaître de différents sujets traités à l'INAMI, à l'AViQ, à Iriscare ou encore en Commission paritaire 330, dont par exemple les accords sociaux pour les secteurs privé et public des soins de santé.

Par ailleurs, à l'occasion des élections de mai 2019, le Conseil d'Administration a décidé de communiquer au monde politique la vision qu'a

notre fédération du secteur de la santé au travers de priorités définies pour l'ensemble du secteur des soins mais aussi plus spécifiquement pour le secteur hospitalier, celui des aînés ainsi que celui de la santé mentale et de la revalidation. Santhea a ainsi transmis aux stakeholders du secteur un Mémoire 2019 intitulé « Pour des soins de qualité accessibles à tous ».

La vie et l'activité de la fédération ont aussi fait l'objet d'une série de décisions du Conseil d'Administration, qui a notamment approuvé un nouveau plan de communication visant à dynamiser et développer cette activité de santhea. Il a aussi accédé à la demande de membres de voir santhea réaliser, sur base de l'expertise de ses conseillers, des formations d'e-learning.

Enfin, l'actualité a amené son lot de questions à traiter, comme le budget des soins de santé 2020, le projet de réforme des suppléments d'honoraires ou encore le Fonds blouses blanches.

\*Au 31 décembre 2019

## MEMBRES\*

ALISES, représentée par **Luisetto Stefan**

APP Sambre & Meuse, représentée par **Notte Dominique**

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

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

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

C.H.R. Verviers East Belgium, représenté par **Lefebvre Stéphane**

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

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

C.U.B. Erasme représenté par **Kips Johan**

INAGO, représentée par **Kohnen Jean-Marie**

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

Interseniors, représentée par **Crapanzano Laura**

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

I.S.P.P.C., représentée par **Dorigatti Michel**

La Traversière, représentée par **Klein Patricia**

VIVALIA, représentée par **Bernard Yves**

**Thielens Dirk**

**Wéry Etienne**

### Assistent avec voix consultative

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

**Van de Sype Dominique**



\*Au 31 décembre 2019





*NOS*  
**MEMBRES**

## LISTE DES MEMBRES

### HÔPITAUX

1	Centre de Santé des Fagnes	CHIMAY
2	C.H. de Mouscron	MOUSCRON
3	C.H. du Bois de l'Abbaye	SERAING
4	C.H. EpiCURA - Ath	ATH
5	C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu	HORNU
6	C.H. Le Domaine	BRAINE-L'ALLEUD
7	C.H.R. de Huy	HUY
8	C.H.R. de La Citadelle	LIEGE
9	C.H.R. du Val de Sambre	SAMBREVILLE (AUVELAIS)
10	C.H. Reine Astrid	MALMEDY
11	C.H.R. Haute Senne	SOIGNIES
12	C.H.R. Namur	NAMUR
13	C.H.R. Verviers East Belgium	VERVIERS
14	C.H.U. Brugmann	BRUXELLES
15	C.H.U. de Liège	LIEGE
16	C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré	MONS
17	C.H.U.P.M.B. Le Chêne aux Haies	MONS
18	C.H.U. Saint-Pierre	BRUXELLES
19	C.H.U. Tivoli	LA LOUVIERE
20	CHwapi	TOURNAI
21	Clinique André Renard	HERSTAL
22	C.R.P. Les Marronniers	TOURNAI
23	Foyer Horizon (INAGO)	MORESNET
24	Hôpital Erasme	BRUXELLES
25	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola	BRUXELLES
26	Hôpitaux IRIS Sud	BRUXELLES
27	I.S.o.S.L. - C.H.P. Petit-Bourgogne	LIEGE
28	I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé L'Accueil	LIERNEUX
29	I.S.o.S.L. - Valdor-Pèrî	LIEGE

- 30 I.S.P.P.C. - Hôpital André Vésale
- 31 I.S.P.P.C. - Hôpital Civil Marie Curie
- 32 Institut Jules Bordet
- 33 L'Equipe
- 34 VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne
- 35 VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg
- 36 VIVALIA - IFAC
- 37 VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique La Clairière

MONTIGNY-LE-TILLEUL  
LODELINSART  
BRUXELLES  
BRUXELLES  
LIBRAMONT  
ARLON  
BASTOGNE  
BERTRIX



## MR/MRS

1	Aux Ursulines (CPAS)	BRUXELLES
2	Centre de soins Saint-Joseph (INAGO)	MORESNET
3	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	VILLERS L'EVEQUE
4	Domaine des Riezes et Sarts (SOLIDARIS)	CUL DES SARTS
5	Heureux Séjour (ISPPC)	COURCELLES
6	Home de Seny (CHU LIÈGE)	SENY-TINLOT
7	La Bouvière (VIVALIA)	VIELSAM
8	La Closière (CPAS)	SAINT-SERVAIS
9	La Maison de Mariemont	MORLANWELZ
10	Le Doux repos (CPAS)	MANAGE
11	Le Grand Pré (CPAS)	WEPION
12	Le Mont Falise (CHRH)	HUY
13	Le Vignoble (CPAS)	BRAINE L'ALLEUD
14	Les Chardonnerets (CPAS)	JAMBES
15	Les Heures Claires (CAHC)	SPA
16	Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)	WAREMME
17	Les Jolis Bois (CPAS)	SAINT-GEORGES
18	Les Jours Paisibles (SOLIDARIS)	BAUDOUR
19	Les Tournesols (ISOSL)	LIEGE
20	Maison d'Harschamp (CPAS)	NAMUR
21	Maison Heysel (CPAS)	BRUXELLES
22	Maison Vésale (CPAS)	BRUXELLES
23	Nouvelle Quiétude (ISPPC)	MONTIGNY-LE-TILLEUL
24	Pierre Paulus (ISPPC)	CHATELET
25	Résidence Ange-Raymond Gilles (INTERSENIORS)	JEMEPPE
26	Résidence Chantraine (INTERSENIORS)	SAINT-NICOLAS
27	Résidence Chassart (CPAS)	WAGNELEE
28	Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont	GHLIN
29	Résidence Dejafve (AISBS)	FOSES-LA-VILLE
30	Résidence Do Grand Fa (CPAS)	MALMEDY
31	Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)	FLEMALLE
32	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	ANS
33	Résidence Eglantine (INTERSENIORS)	SERAING
34	Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS)	STAVELOT
35	Résidence La Barcarolle (CPAS)	STEMBERT
36	Résidence Laetare (CPAS)	LA LOUVIERE
37	Résidence La Kan (INAGO)	AUBEL
38	Résidence La Lainière (CPAS)	VERVIERS
39	Résidence La Plaine (ISOSL)	LIEGE
40	Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)	OUGREE
41	Résidence Le Chalon (AIGT)	CHIMAY
42	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	HERSTAL
43	Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)	WELKENRAEDT
44	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG

45	Résidence Le Temps des Cerises (AISBS)	BIESME
46	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	GRIVEGNEE
47	Résidence Le Touvent (AIGT)	SIVRY
48	Résidence Les Aubépines (CPAS)	HOUDENG GOEGNIES
49	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
50	Résidence Les Eglantines (CPAS)	BRUXELLES
51	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	OUGREE
52	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	WAIMES
53	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	GRIVEGNEE
54	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	HUY
55	Résidence Les Saules (ISOSL)	BASSENGE
56	Résidence les Templiers (CPAS)	FLEURUS
57	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	WISE
58	Résidence Louis Demeuse (ISOSL)	HERSTAL
59	Résidence Philippe Wathelet (CAHC)	LA GLEIZE
60	Résidence Régina (INAGO)	MORESNET
61	Résidence Sainte-Gertrude (CPAS)	BRUXELLES
62	Résidence Saint-Joseph (CPAS)	VERVIERS
63	Résidence Springuel-Hellin (CPAS)	MONTEGNEE
64	Résidence Val des Séniors (VIVALIA)	CHANLY
65	Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)	HUY
66	Saint-Antoine (VIVALIA)	SAINT-MARD
67	Sainte-Elisabeth (CPAS)	HERVE
68	Saint-Joseph (CPAS)	TEMPLOUX
69	Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS)	BUTGENBACH
70	Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS)	SAINT-VITH
71	Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA)	SAINTE-ODE



## CAJ/CSJ

- |    |  |                     |
|----|--|---------------------|
| 1  | Domaine des Blés Dorés (ISOSL)             | VILLERS L' EVEQUE   |
| 2  | Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS) | FLEMALLE            |
| 3  | Heureux Séjour (ISPPC)                     | COURCELLES          |
| 4  | La Bouvière (VIVALIA)                      | VIELSAM             |
| 5  | La Cigale (INTERSENIORS)                   | WAREMME             |
| 6  | La Maison de Mariemont                     | MORLANWELZ          |
| 7  | Le Grand Pré (CPAS)                        | WEPION              |
| 8  | Les Heures Claires (CAHC)                  | SPA                 |
| 9  | Les Tournesols (ISOSL)                     | LIEGE               |
| 10 | Le Vignoble (CPAS)                         | BRAINE L' ALLEUD    |
| 11 | Nouvelle Quiétude (ISPPC)                  | MONTIGNY-LE-TILLEUL |
| 12 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)      | ANS                 |
| 13 | Résidence Laetare (CPAS)                   | LA LOUVIERE         |
| 14 | Résidence La Kan (INAGO)                   | AUBEL               |
| 15 | Résidence La Plaine (ISOSL)                | LIEGE               |
| 16 | Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)           | HERSTAL             |
| 17 | Résidence Les Aubépines (CPAS)             | HOUDENG GOEGNIES    |
| 18 | Résidence Les Avelines (CHRH)              | WANZE               |
| 19 | Résidence Les Trois Rois (ISOSL)           | WISE                |
| 20 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)        | WELKENRAEDT         |
| 21 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)          | LIMBOURG            |
| 22 | Résidence Régina (INAGO)                   | MORESNET            |
| 23 | Sainte-Elisabeth (CPAS)                    | HERVE               |

## RÉSIDENCES-SERVICES

- |    |  |                   |
|----|--|-------------------|
| 1  | Domaine des Blés Dorés (ISOSL)         | VILLERS L' EVEQUE |
| 2  | Doux repos (CPAS)                      | MANAGE            |
| 3  | Entour'Age (CPAS)                      | JAMBES            |
| 4  | La Cité (ISOSL)                        | HERSTAL           |
| 5  | La Maison de Mariemont                 | MORLANWELZ        |
| 6  | L'Azalée (CPAS)                        | SAINT-NICOLAS     |
| 7  | Le jardin des Couleurs du Temps (CPAS) | TEMPLOUX          |
| 8  | Les Alouettes (ISOSL)                  | WISE              |
| 9  | Les Heures Claires (CAHC)              | SPA               |
| 10 | Les Jolis Bois (CPAS)                  | SAINT-GEORGES     |
| 11 | Résidence Bouvière (VIVALIA)           | VIELSAM           |
| 12 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)  | ANS               |
| 13 | Résidence Laetare (CPAS)               | LA LOUVIERE       |
| 14 | Résidence Le Chalon (AIGT)             | CHIMAY            |
| 15 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)    | WELKENRAEDT       |

- 16 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
- 17 Résidence Les Avelines (CHRH)
- 18 Résidence Les Eglantines (CPAS )
- 19 Résidence des Hauteurs (ISOSL)
- 20 Résidence Les Prés Brion (CHRH)
- 21 Résidence Régina (INAGO)
- 22 Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)

LIMBOURG  
WANZE  
BRUXELLES  
LIEGE  
HUY  
PLOMBIERES  
HUY

## CONVENTIONS DE REVALIDATION

- 1 Alba (ALISES)
- 2 Centre Psychothérapeutique de Jour (WOPS)
- 3 Centre Psychothérapeutique de Nuit (WOPS)
- 4 Clairs Vallons
- 5 C.L.E.A.N. (ISOSL)
- 6 CRF La Cordée
- 7 Diapason (Diapason - Transition)
- 8 Ellipse (ALISES)
- 9 Enaden
- 10 La Fabrique du Pré
- 11 La Pièce (L'Equipe)
- 12 La Traversière
- 13 Le Foyer (L'Equipe)
- 14 Les Hautes Fagnes
- 15 M.A.S.S. de BRUXELLES
- 16 M.A.S.S. de Mons (Parenthèse asbl)
- 17 Poliade (CHUPMB)
- 18 Section externat de l'Equipe
- 19 START-MASS (ISOSL)
- 20 Transition (Diapason - Transition)

LA LOUVIERE  
BRUXELLES  
BRUXELLES  
OTTIGNIES  
LIEGE  
LIBRAMONT  
CHARLEROI  
CARNIERE  
BRUXELLES  
NIVELLES  
BRUXELLES  
NIVELLES  
BRUXELLES  
MALMEDY  
BRUXELLES  
Mons  
GHLIN  
BRUXELLES  
LIEGE  
CHARLEROI



## MUTUALITÉS

1	Mutualité socialiste Solidaris du Brabant Wallon	TUBIZE
2	Mutualité socialiste Solidaris du Luxembourg	SAINT-HUBERT
3	Mutualité socialiste Solidaris de Liège	LIEGE
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

## SOINS À DOMICILE

1	Fédération des C.S.D.	BRUXELLES
2	Soins à domicile	BRUXELLES

## POLYCLINIQUE

1	Centres spécialisés du Hainaut	LA LOUVIERE
---	--------------------------------	-------------

## LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

1	IBC	BRUXELLES
2	IPG	GOSSELIES

## MÉDECINE DU TRAVAIL

1	Cohezio	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
2	La transfusion du sang	CHARLEROI

## INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES

- |   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| 1 | HP Famenne - Ardenne (VIVALIA)               | BETRIX          |
| 2 | L'Ancrage (ALISES)                           | LA LOUVIERE     |
| 3 | Le Relais                                    | TOURNAI         |
| 4 | Les Habitations Protégées Liégeoises (ISOSL) | LIEGE           |
| 5 | Notre Domaine (C.H. Le Domaine)              | BRAINE-L'ALLEUD |

## MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

- |   |                                    |          |
|---|------------------------------------|----------|
| 1 | La Traversée (CRP Les Marronniers) | TOURNAI  |
| 2 | Le Hameau (ISOSL)                  | LIERNEUX |
| 3 | Les Cèdres (ISOSL)                 | LIEGE    |
| 4 | Les Charmilles (ISOSL)             | LIEGE    |
| 5 | Mozart (CHUPMB)                    | MONS     |
| 6 | M.S.P. Belle-Vue (VIVALIA)         | ATHUS    |
| 7 | PPH St. Vith (VIVIAS)              | ST VITH  |

## SERVICES DE SANTÉ MENTALE

### Province de Namur :


- 1 SSM d'Ardenne
- 2 SSM de Ciney
- 3 SSM de Couvain
- 4 SSM de Dinant
- 5 SSM de Namur (Astrid)
- 6 SSM de Namur (Balances)
- 7 SSM de Tamines

### Province de Liège :

- 1 ACCoLADE (enfants-ado)
- 2 ACCoLADE (adultes)







*NOTRE*  
**ÉQUIPE**

## NOTRE ÉQUIPE



**Yves SMEETS**  
Directeur Général



**Denis HERBAUX**  
Directeur du Département  
Etudes et Qualité



**Valérie VICTOOR**  
Conseiller Général



**Edouard AERTS-BANCKEN**  
Conseiller  
*RGPD (aspects juridiques)*



**Sandra BERBION**  
Responsable secrétariat  
et communication



**Nicolas BÖTTCHER**  
Conseiller  
*RGPD, Analyses et études*



**Emmanuelle CEYSENS**  
Conseiller  
*Hôpitaux, 1<sup>ère</sup> ligne*



**Jean-François COLET**  
Coordinateur IT



**Philippe COSTARD**  
Conseiller  
*RGPD (aspects IT)*



**Bertrand DAURIAC**  
Conseiller  
*RGPD (aspects juridiques)*



**Martine DUFRASNE**  
Secrétaire



**Amélie GOOSSENS**  
Conseiller  
*Analyses et études, Financement (hors BMF)*



**Hélène GOOSSENS**  
Conseiller  
*Matières juridiques*



**Laurence ILUNGA**  
Chargée de  
communication



**Colette JACOB**  
Conseiller  
*Médiation, Matières infirmières,  
Normes et agrément*



**Cécile KESTENS**  
Conseiller  
*Datawarehouse*



**Pierre-Yves LAMBOTTE**  
Conseiller  
*Aînés*



**Philippe LEJEUNE**  
Conseiller  
*Matières médicales, RGPD, Médiation*



**Corentin LETERME**  
Assistant  
*Datawarehouse*  
Conseiller en Prévention



**Marina LIETAR**  
Conseiller  
*Financement hôpitaux*



**Antoine PECHER**  
Conseiller  
*Santé mentale*



**Michel PRAET**  
Conseiller  
*Nomenclature et tarification,  
Technologies médicales*



**Lauriane TRIBEL**  
Attachée  
*Innovations, Environnement,  
Analyses et études*



**Marc XHROUET**  
Conseiller  
*Santé mentale,  
Revalidation, Concertation sociale*



# *MÉMORANDUM* **2019**



## INTRODUCTION

À l'approche des élections régionales et fédérales de mai 2019, santhea a souhaité mener une réflexion approfondie sur notre secteur et les défis qui l'attendent dans le futur. C'est dans ce cadre que nous avons publié un Mémoire intitulé « Pour des soins de santé de qualité accessibles à tous ». Ancré dans les valeurs de la fédération, ce document aborde dans un premier temps les priorités communes à l'ensemble du secteur, du refinancement de celui-ci à la concertation indispensable à toute réforme, en passant par l'innovation technologique et la prise en compte des réalités de terrain. Ensuite, chaque secteur fait l'objet d'un focus particulier. Pour le secteur hospitalier, nous mettons notamment l'accent sur l'enjeu que représente la mise en place des réseaux hospitaliers, la réforme du financement hospitalier ou encore la révision de la nomenclature, pour ne citer que quelques exemples. L'offre d'accueil et d'hébergement des aînés, le financement et les contraintes réglementaires de ce secteur ainsi que le soutien aux démarches d'amélioration continue de la qualité sont ensuite détaillés. Pour la santé mentale, nous réitérons notre volonté de voir une plus grande concertation et réelle cohérence entre les politiques menées dans ce secteur par les différents niveaux de pouvoir, ainsi que notre demande de disposer d'un financement adéquat. Enfin, nous revenons également sur la consolidation nécessaire de l'offre dans le secteur de la réhabilitation. Ce Mémoire se veut une base de discussion constructive et positive avec les autorités afin de construire ensemble notre système de santé de demain.



santhea

MEMORANDUM 2019

Pour des soins de santé de qualité  
accessibles à tous



Santhea est une fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises, du secteur public ainsi que du secteur privé non confessionnel et non commercial.

Santhea représente, en Région wallonne et Région bruxelloise, une majorité d'hôpitaux - avec plus de 50% des lits hospitaliers - ainsi que d'autres établissements de soins tels que les maisons de repos (et de soins), les centres de soins de jour, les résidences - services, les maisons de soins psychiatriques, les services de santé mentale, les centres de revalidation, les initiatives d'habitation protégée, les laboratoires de biologie clinique et d'anatomopathologie et les polycliniques. Santhea représente également des organisations comme les fédérations de soins à domicile, les mutualités, les fédérations d'institutions liées à la petite enfance, les plannings familiaux, les centres de transfusion sanguine ou encore les services externes de prévention et de protection au travail.

Cette position de leader sur l'échiquier des fédérations wallonnes et bruxelloises fait de santhea un interlocuteur incontournable pour les autorités, le monde politique et les autres acteurs du secteur de la santé.

**Santhea, c'est aussi...**  
des établissements de soins :

	DES POLYCLINIQUES		DES POLYCLINIQUES
	DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE		DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE
	DES HABITATIONS PROTÉGÉES		UNE PANOPLIE D'HOPITAUX
	DES INSTITUTIONS POUR AÎNÉS		DES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES
	DES CENTRES DE REVALIDATION		

mais également, des associations :

	DES SERVICES EXTERNES DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION DU TRAVAIL		DES MUTUALITÉS
	DES CENTRES DE TRANSFUSION SANGUINE		DES FÉDÉRATIONS D'INSTITUTIONS LIÉES À LA PETITE ENFANCE
	DES FÉDÉRATIONS DE SOINS À DOMICILE		DES PLANNINGS FAMILIAUX



La liberté de choix pour tous

Santhea défend le droit de chacun à choisir librement l'institution dans laquelle il souhaite recevoir des soins de santé ainsi que le praticien qui les lui prodiguera.



L'accessibilité des soins pour tous

Chaque patient doit pouvoir bénéficier des soins de santé de la meilleure qualité possible et dans les meilleurs délais, sans condition de revenus ni aucune autre contrainte quelle qu'elle soit.



L'universalité neutralité philosophique et éthique

Les institutions affiliées à santhea agissent dans le respect des valeurs laïques et de la liberté de chacun.

Plus d'informations sur [www.santhea.be](http://www.santhea.be)

# Table des matières

## Préambule

### I. Priorités communes à l'ensemble du secteur des soins

1. Une vision et de la continuité
2. De la confiance et un dialogue
3. Un apurement du sous – financement structurel
4. Des réformes concertées
5. Des économies raisonnées et réinjectées dans le secteur
6. Miser sur la qualité des soins, en s'en donnant les moyens
7. Une prise en compte des réalités
8. Un recentrage des ressources sur les soins
9. Une défense systématique du secteur
10. Une adaptation de la réglementation sociale
11. Soutenir l'innovation technologique

### II. Priorités du secteur hospitalier

12. La remédiation au sous-financement structurel
13. Un cadre financier pluriannuel stable
14. Une approche intégrée des soins
15. Une réforme et une simplification du financement hospitalier
16. Une politique concertée en matière de constitution de réseaux hospitaliers
17. La régulation des suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire
18. La révision de la nomenclature des prestations de santé
19. La suppression du numerus clausus et la rectification des sous-quotas de spécialités

### III. Priorités du secteur des aînés

20. Diversifier et augmenter l'offre d'accueil et d'hébergement pour aînés
21. Revoir et simplifier le financement des maisons de repos (et de soins)
22. Un assouplissement des normes d'encadrement
23. Assurer une accessibilité financière à l'ensemble de l'offre d'accueil et d'hébergement pour aînés
24. Soutenir et accompagner les gestionnaires dans leurs démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
25. Consolider la programmation actuelle en Wallonie en limitant à 50 % le nombre de places du secteur privé commercial
26. Consolider la fonction consultative
27. Simplifier la gestion des établissements dépendants des CPAS

#### **IV. Priorités du secteur de la santé mentale**

28. Redéfinir les contours de la prise en charge psychiatrique
29. Tirer les enseignements des réformes
30. Coordonner les politiques fédérale et fédérées
31. Maisons de soins psychiatriques : des lits et une autonomie fonctionnelle et financière
32. Initiatives d'habitations protégées : des places et un financement du personnel adéquat
33. Services de santé mentale : un cadre réglementaire et un financement adéquats
34. Accompagner l'évolution informatique

#### **V. Priorités du secteur de la revalidation**

35. Une offre de services à consolider

## Préambule

### ***La santé n'est pas un coût : c'est un investissement***

Il relève de la responsabilité des autorités de maintenir un système de soins de santé viable, accessible et de qualité, répondant aux besoins réels des citoyens et garant de leur bien-être.

L'accessibilité des soins de santé est mise à rude épreuve suite à la kyrielle de mesures d'économies qui a frappé le secteur des soins de santé ces dernières années et à l'affaiblissement de notre sécurité sociale. Nous devons nécessairement avoir une réflexion sur l'accessibilité financière des soins de santé pour nos concitoyens : en effet, même si notre système de santé est considéré comme l'un des meilleurs au monde, d'importants coûts- et pas seulement les suppléments d'honoraires médicaux- restent à charge du patient.

La politique d'austérité menée depuis de nombreuses années met en danger la qualité des soins dispensés aux patients et nous amène lentement mais inexorablement vers une médecine à deux vitesses où le secteur des soins à but non lucratif (public et privé non-commercial) serait soumis à plus rude épreuve encore.

**Investir dans les soins de santé relève de l'intérêt général. En économisant sur la santé, on scie lentement les fondations d'une économie soutenable et équilibrée.**

**Parce que tous les citoyens seront tôt ou tard des patients, le secteur des soins de santé doit être placé au cœur de notre modèle de société, en ce qu'il tend au bien-être de toute la population.**

**Le secteur des soins de santé a besoin, plus que jamais, que l'on cesse de le considérer comme une variable d'ajustement budgétaire. C'est un secteur porteur, dans lequel il faut investir.**

### ***Nombre de défis, présents et à venir***

Les nombreux défis à relever nécessiteront un reformatage complet de nos politiques actuelles mais aussi un investissement important pour faire de la santé de nos concitoyens un enjeu aussi fondamental que le climat.

Parmi ces défis, les plus connus sont évidemment le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques ou encore les évolutions technologiques. S'y ajoute le fait que l'on est en plein changement de paradigmes avec la formation de réseaux hospitaliers cliniques loco et supra- régionaux ou encore le développement des soins intégrés, impliquant de sortir des murs de l'hôpital, de casser les lignes de soins pour les faire coopérer et d'orienter les soins de santé vers un véritable service au patient, centré sur ses besoins.

Sur le plan humain également, des changements se font sentir, que ce soit au niveau des attentes plus grandes des patients ou de la nécessité d'intégrer la culture et les modes de fonctionnement des générations Y et Z dans nos structures de soins, aussi bien en tant que patient, qu'en tant que travailleur. Le secteur doit aussi faire face à une pénurie de professionnels, en raison notamment de la politique de contingentement des médecins menée depuis de trop longues années, qui menace en outre la qualité et l'accessibilité des soins.

Enfin, relevons que le morcellement des compétences entre Etat fédéral et entités fédérées – et ses incohérences – dresse de nombreux obstacles sur la route des institutions de soins.

**Le secteur des soins de santé est - et reste malgré tout cela - un moteur de l'économie, vecteur d'emplois locaux par milliers mais aussi d'activité économique indirecte. C'est un secteur dynamique et qui ne cesse d'aller de l'avant, mais qui a cruellement besoin que l'on investisse en lui.**





### **3. Un apurement du sous – financement structurel**

Avant toute nouvelle initiative, il est indispensable de repartir sur des bases financières saines en assurant le financement intégral des mesures passées dont la mise en œuvre a créé un sous-financement structurel objectivé, tout en garantissant en outre que ce financement couvre l'évolution des activités et du personnel à l'avenir.

### **4. Des réformes concertées**

Quantité de réformes ont été annoncées voire amorcées. Beaucoup restent inabouties. La majorité d'entre elles résultent d'un processus laissant une part trop réduite à la concertation sectorielle.

Eu égard aux défis à relever, des réformes du secteur sont assurément nécessaires, cependant réformer le secteur ne signifie pas réduire les moyens investis dans la santé mais bien les affecter aux besoins réels des patients.

Le secteur a besoin d'actions positives et planifiées visant à augmenter la qualité des soins et l'efficacité de la prise en charge, ainsi qu'à améliorer le fonctionnement de notre système de soins conformément aux besoins de soins et aux réalités de terrain.

### **5. Des économies raisonnées et réinjectées dans le secteur**

Lors de la dernière législature, plus de 2,1 milliards d'économies ont été imposées au secteur des soins de santé. Les institutions de soins souffrent d'un sous-financement structurel. Leur santé financière est indéniablement précaire.

Il est indispensable de cesser de faire des économies d'urgence, non profitables au secteur et de voir le budget des soins de santé traité comme une variable d'ajustement budgétaire.

Enfin, la détermination de la norme de croissance budgétaire des soins de santé doit suivre l'évolution réelle des besoins.

### **6. Miser sur la qualité des soins, en s'en donnant les moyens**

Fournir des soins fiables et de haute qualité aux patients doit être la priorité. Pour atteindre cet objectif, santhea demande que les différents niveaux de pouvoir s'accordent afin de proposer une vision

globale, cohérente et efficace en la matière. Cette vision doit clarifier le cadre commun au sein duquel chaque institution de soins pourra développer et mettre en œuvre des actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité adaptées à son contexte, sa stratégie et ses spécificités.

La non-qualité a un coût. Mais la qualité aussi. Les autorités doivent libérer les ressources nécessaires pour mener une politique ambitieuse en la matière et garantir ainsi aux patients une prise en charge de qualité.

Les initiatives ayant fait leurs preuves doivent être promues. C'est notamment le cas de la PAQS ASBL qui soutient depuis cinq années les institutions de soins bruxelloises et wallonnes. Le renforcement et la pérennisation du financement de cette structure par les autorités publiques, en plus des moyens apportés par les autres acteurs, permettra d'amplifier l'impact de ses actions et d'améliorer significativement la sécurité des patients.

### **7. Une prise en compte des réalités**

L'accessibilité des soins de santé, tant géographique que financière, est une clef de voûte de notre vision du système de santé belge. La garantir requiert notamment la prise en considération de réalités diverses : le territoire du Royaume n'est en effet pas homogène en termes géographiques, sociaux et de besoins en soins. La dimension territoriale des politiques de santé, tout comme la prise en compte des différences socio-économiques régionales, sont donc essentielles à leur efficacité et à l'accessibilité des soins.

On ne saurait non plus faire abstraction des problématiques spécifiques qui se posent eu égard à la coexistence des secteurs public et privé non-commercial des soins de santé (statutarisation et charge de pensions, etc.). Enfin, le développement du secteur commercial (singulièrement dans l'accueil et l'hébergement des aînés) amène également son lot de difficultés et de menaces non négligeables pour l'accessibilité des soins.

### **8. Un recentrage des ressources sur les soins**

L'évolution du secteur, et notamment la réduction des durées d'hospitalisation et le développement du concept de soins intégrés, est telle qu'elle résulte en une intensification et une complexification des soins. Il faut donc donner aux soignants les moyens d'assumer pleinement leurs missions de soins. Cela passe nécessairement par une simplification administrative et un allègement des plages horaires consacrées à de l'administratif, notamment via une utilisation optimale des technologies et un reporting plus ciblé sur les données pertinentes. Le recours aux évolutions technologiques comme les objets connectés, le renforcement des effectifs au chevet du patient ou encore des délégations appropriées de tâches sont autant d'autres pistes à suivre pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients par l'affectation optimale des ressources et de l'expertise.

### **9. Une défense systématique du secteur**

De nombreuses mesures intersectorielles impactent le secteur des soins de santé. Santhea demande que les Ministres de la santé se positionnent systématiquement vis-à-vis de leurs homologues en défenseur des intérêts du secteur et portent une attention spécifique à l'impact que ces mesures auront sur les institutions de soins en termes de ressources, humaines et financières. Au contraire du secteur non-marchand, les institutions de soins ne peuvent – et ne souhaitent d'ailleurs pas – répercuter les coûts corrélatifs à ces mesures sur les consommateurs des services qu'elles offrent. Il importe d'avoir toujours cela à l'esprit et de donner au secteur des soins de santé les moyens de se conformer aux mesures prises par les autorités.

### **10. Une adaptation de la réglementation sociale**

Les besoins du secteur en la matière ne sont pas ceux du secteur marchand vu la nécessité d'assurer les soins tous les jours et à toute heure.

Le secteur de la santé est un secteur à profit social et à ce titre, il est attaché au bien – être de ses travailleurs tout autant qu'à la qualité des services qu'il rend aux citoyens. Les institutions de soins tiennent à valoriser l'équilibre vie privée – vie professionnelle. Le bien – être au travail suppose une politique de l'emploi dynamique, en phase avec les besoins du secteur.

Or, suite aux mesures budgétaires drastiques imposées au secteur, la pression sur les travailleurs ne fait que s'accroître et les institutions de soins n'ont pas la latitude d'organiser le travail de manière à répondre aux attentes des travailleurs et des patients. Santhea demande plus de souplesse dans la réglementation sociale, de manière à tenir compte des spécificités de l'activité et des besoins du secteur des soins.

### **11. Soutenir l'innovation technologique**

Parmi les innovations indispensables à l'évolution vers toujours plus de qualité et de sécurité des soins figure en bonne place le développement de l'e-santé. Les technologies de l'information et de la communication sont en effet un levier clef pour favoriser la performance des systèmes de santé. Il convient d'investir dans ce domaine de manière proactive et de financer adéquatement la mise en place de nouveaux outils. Ces évolutions et développements doivent en outre s'accompagner de balises et d'une réflexion éthique.

## II. Priorités du secteur hospitalier

### **12. La remédiation au sous-financement structurel**

La situation financière des hôpitaux belges se dégrade d'année en année. L'étude MAHA 2018, qui analyse la situation financière des hôpitaux, met en évidence une fragilité financière croissante du secteur. Ainsi, par exemple, en 2017, le résultat courant des hôpitaux généraux était en baisse de 70 % par rapport à l'exercice précédent et 39 hôpitaux présentaient un résultat courant déficitaire. En outre, 24 hôpitaux ne dégageaient pas un cash-flow suffisant pour couvrir la partie de leur dette arrivant à échéance au cours de l'exercice.

Or, depuis des décennies, pour chaque nouvelle mesure mise en place, si tant est qu'un financement soit prévu, l'hôpital ne reçoit qu'une partie dudit financement avec la promesse d'un « rattrapage » ultérieur sur base de critères supposés refléter les besoins avérés. Lesdits rattrapages ne leur sont cependant octroyés qu'avec des années de retard, créant ainsi pour les hôpitaux des difficultés financières inextricables.

Santhea demande dès lors l'octroi d'un budget one-shot via emprunt exceptionnel par l'Etat pour solder tout le sous-financement du passé. Les hôpitaux ne sont plus en mesure de fonctionner correctement sans cela et l'on ne peut exclure de nouvelles faillites hospitalières.

### **13. Un cadre financier pluriannuel stable**

Gérer c'est anticiper. Les directions générales hospitalières doivent disposer d'un cadre budgétaire leur permettant une visibilité à plusieurs années des moyens sur lesquels l'hôpital qu'ils ont la charge de faire fonctionner pourra compter. Il est donc nécessaire que les financements alloués par les autorités présentent une garantie de stabilité pluriannuelle.



#### **14. Une approche intégrée des soins**

Imposer une réduction des séjours hospitaliers n'a de sens que si, lorsque c'est nécessaire, d'autres structures prennent le relais, tant en amont qu'en aval de la prise en charge hospitalière, pour assurer au patient une prise en charge adéquate. Pénaliser les hôpitaux sans prévoir d'alternative de prise en charge des patients n'est pas une solution. Il faut un continuum de soins, sans goulet d'étranglement. Par ailleurs, le bien-être du patient doit être également pris en compte car le séjour hospitalier est aussi l'occasion de procéder à un examen de l'ensemble des pathologies et autres problèmes impactant la santé que le patient peut présenter. Un trajet de soins cohérent doit être mis en place. Les hospitalisations médico-psycho-sociales pédiatriques (problématique des enfants « parqués » dans les hôpitaux) en sont un bon exemple. La durée de séjour à l'hôpital ne peut donc se résumer à une opération mathématique : il faut veiller à ce que le patient bénéficie de la meilleure prise en charge possible. La logique à suivre est celle du meilleur soin au patient considéré et pas celle du coût moindre pour la sécurité sociale. On ne peut réduire le patient à une pathologie sans le prendre en compte dans sa globalité et agir autrement ne conduit qu'à déplacer le problème sans le régler. Il en va bien entendu de même en ce qui concerne le virage ambulatoire : la qualité et l'adéquation des soins aux besoins doit être au centre des préoccupations.

Favoriser une prise en charge holistique et intégrée des patients, sur le modèle des trajets de soins, est essentiel à la dispensation de soins de qualité et adaptés aux besoins des patients.

#### **15. Une réforme et une simplification du financement hospitalier**

Le financement hospitalier est à ce point complexe que tout le monde s'accorde pour en souhaiter la simplification. C'est au stade suivant, celui de la définition de ce en quoi il devrait consister, que les points de vue divergent. Quoi qu'il en soit, il est urgent d'entamer une réforme concertée en profondeur, pour plus de lisibilité, de stabilité et d'anticipation. Cela passera nécessairement par le renoncement à certaines mesures isolées venues complexifier la situation, comme la mise en place récente des clusters à basse variabilité (financement forfaitaire pour une série de pathologies dites à basse variabilité de coûts). Il va falloir avoir l'audace et le courage d'une remise à plat du système, préalable indispensable pour assainir la situation financière des hôpitaux.

#### **16. Une politique concertée en matière de constitution de réseaux hospitaliers**

Ce que seront et ce que feront les futurs réseaux hospitaliers ne peut être déterminé unilatéralement par les autorités. Les fédérations représentatives du secteur doivent pouvoir relayer la vision des hôpitaux ainsi que leurs difficultés et préoccupations, comme la nécessité de maintenir une accessibilité géographique des soins, celle de mettre en place de mécanismes permettant une collaboration équilibrée entre des hôpitaux publics et privés ou encore les craintes liées à une hypercentralisation. La mise en place de réseaux doit en outre être pragmatique et s'inscrire dans une logique d'augmentation de l'efficacité de la prise en charge des patients.

#### **17. La régulation des suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire**

La tendance est à la demande de suppression des suppléments d'honoraires. Si, conceptuellement, santhea n'est pas contre une telle suppression, dans le contexte actuel en revanche, nous ne pouvons que nous y opposer. En effet, il y a deux préalables incontournables à une telle suppression.

D'une part, il est indispensable de revoir fondamentalement le financement hospitalier. En effet, actuellement, faute d'autres sources suffisantes de financement, les hôpitaux sont littéralement dépendants de la part de financement importante que représentent les rétrocessions d'honoraires médicaux.

D'autre part, priorité doit être donnée à la régulation des suppléments d'honoraires des médecins spécialistes en ambulatoire : tant que ce n'est pas le cas, rien ne peut changer au niveau hospitalier. En effet, l'exode des médecins spécialistes vers l'ambulatoire serait encore plus grand si, comme c'est souvent le cas, seul le secteur hospitalier était en ligne de mire.

### **18. La révision de la nomenclature des prestations de santé**

La nomenclature doit refléter la réalité des prestations, or ce n'est plus le cas. Elle doit dès lors être révisée, rééquilibrée et complétée. Il est par ailleurs nécessaire de mettre en place une nomenclature pour des professions paramédicales.

### **19. La suppression du numerus clausus et la rectification des sous-quotas de spécialités**

Les hôpitaux souffrent d'une pénurie de médecins spécialistes dans certains domaines de la médecine, tantôt parce que les avantages financiers rendent la pratique ambulatoire plus attractive, tantôt parce qu'il y en a trop peu sur le marché médical. Pour répondre à ce deuxième cas de figure, il est indispensable de supprimer le numerus clausus et de procéder à une réévaluation des besoins de la population et des institutions de soins. Un cadastre dynamique des médecins spécialistes par sous-spécialité s'impose par ailleurs.



### III. Priorités du secteur des aînés

#### **20. Diversifier et augmenter l'offre d'accueil et d'hébergement pour aînés**

La demande d'accueil et d'hébergement ne suit pas l'évolution démographique, pourtant conséquente.

Par ailleurs, la demande évolue en termes de types de besoins et les attentes se diversifient : on parle tantôt de dépendance, de démence et de psycho-gériatrie, tantôt d'autonomie sécurisée, d'encadrement médicalisé ou encore d'accompagnement en fin de vie.

Il ne faut donc pas simplement augmenter le nombre de lits en maisons de repos : il faut aussi diversifier les possibilités d'accompagnement.

Il faut également soutenir les gestionnaires qui développent des projets innovants de structures résidentielles entre le domicile et la maison de repos et de soins classique.

En outre, il est essentiel de dresser un cadre juridique permettant de créer des lits de convalescence en suffisance. Il manque en effet de solutions pour les patients en situation de post-hospitalisation dont le retour à domicile n'est pas encore possible. Ce hiatus dans la filière de soins est renforcé par la réduction des durées de séjours hospitaliers aigus.

Enfin, il faut revaloriser les lits de courts séjours en maisons de repos car actuellement cette formule, offrant pourtant le répit nécessaire au patient et à ses aidants – proches, n'est pas attractive pour les établissements.

#### **21. Revoir et simplifier le financement des maisons de repos (et de soins)**

Le financement des maisons de repos (et de soins) a plusieurs composantes, dont un forfait journalier. Celui – ci est fondé sur une échelle d'évaluation de la dépendance qui a montré ses limites et n'est plus pertinente eu égard aux personnes hébergées.

Santhea souhaite un système de financement intégré basé sur une nouvelle échelle d'évaluation de la dépendance, garantissant un accompagnement adéquat des aînés et favorisant le gain d'autonomie de la personne.

#### **22. Un assouplissement des normes d'encadrement**

Les normes d'encadrement des institutions de soins pour aînés doivent par ailleurs pouvoir évoluer en fonction des besoins des projets d'accompagnement développés dans chaque institution : autrement dit, latitude serait laissée aux gestionnaires d'y apporter des modifications lorsque cela se justifie au regard de l'évolution des besoins réels de l'institution, dans le respect de la continuité des soins.

#### **23. Assurer une accessibilité financière à l'ensemble de l'offre d'accueil et d'hébergement pour aînés**

Santhea tient à rappeler que le poids de l'accessibilité financière à l'hébergement et à l'accueil des aînés ne peut reposer sur les épaules des seuls gestionnaires. Ceux – ci doivent bien sûr assurer une gestion saine des moyens alloués, permettant une offre à des tarifs raisonnables. Néanmoins cela ne peut se faire que moyennant un financement adéquat des coûts salariaux et des mesures imposées au secteur. Par ailleurs, il revient également aux autorités de garantir aux aînés des conditions de vie décentes et partant, des revenus minimaux leur permettant d'accéder à un hébergement en institution. Cela suppose notamment une augmentation progressive des pensions les plus basses.

#### **24. Soutenir et accompagner les gestionnaires dans leurs démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

La démarche qualité se structure et se systématiser dans le secteur des aînés. Cela demande cependant du temps et des moyens. Actuellement, la plupart des établissements pour aînés ne sont que peu outillés pour s'investir plus avant dans le développement de la qualité et de la sécurité des soins. Santhea demande que les autorités soutiennent activement et positivement cette démarche essentielle pour le bien-être des aînés.

## **25. Consolider la programmation actuelle en Wallonie en limitant à 50 % le nombre de places du secteur privé commercial**

En Wallonie, les places en établissements pour âgés sont soumises à une programmation : un nombre limité de places est réservé au secteur privé commercial d'une part et au secteur public et associatif d'autre part. Cette programmation garantit le maintien d'une offre homogène, diversifiée et contrôlée. Santhea plaide pour que cet équilibre soit maintenu afin de garantir une accessibilité à l'hébergement pour tous.

## **26. Consolider la fonction consultative**

Les administrations régionales, l'AViQ et IRISCARE, sont amenées à connaître des dossiers individuels des établissements pour âgés sur une série de problématiques (architecturales, d'agrément, etc.). Le secteur se voit dans ce cadre conférer une fonction consultative. Il est nécessaire de consolider ce rôle en instituant un groupe permanent d'experts du secteur à même de rendre des avis au sein du nouveau dispositif.

## **27. Simplifier la gestion des établissements dépendants des CPAS**

La gestion des établissements dépendants des CPAS doit être simplifiée en prévoyant une gestion distincte, la simplification des tutelles et éventuellement la recherche d'un statut spécifique paracommunal ou intercommunal.



## IV. Priorités du secteur de la santé mentale

### **28. Redéfinir les contours de la prise en charge psychiatrique**

Recevoir les soins adéquats au sein de la structure la plus indiquée pour ce faire et par les professionnels à même de les dispenser est évidemment une priorité absolue dans le secteur des soins de santé en général. Il est cependant particulièrement nécessaire de l'avoir à l'esprit pour faire évoluer le paysage de la santé mentale. En effet, beaucoup de patients ne sont pas aujourd'hui pris en charge de la meilleure manière possible, et ce pour une série de raisons comme le manque de places, le manque de fluidité du trajet de prise en charge du patient, le financement inadéquat voire insuffisant de certaines structures, la prise en charge monodimensionnelle, la coexistence de plusieurs pathologies, la présence de facteurs sociaux en sus des pathologies psychiatriques, les profils gérontopsychiatriques, etc.

Un autre élément essentiel à prendre en considération est l'évolution des besoins de la population, indissociable de celle de notre société. Que ce soit la précarisation sociale ou le vieillissement de la population - qui s'accompagne d'une hausse des cas de démence-, ou encore des facteurs comme le stress et le burn-out, la population de patients psychiatriques croît et se diversifie en termes de besoins : cela va de la perte d'autonomie totale ou partielle au besoin d'un simple soutien ambulatoire, en passant par une hospitalisation longue durée, un besoin de réinsertion sociale ou encore de soins aigus ponctuels.

Santhea demande donc que l'on clarifie les périmètres d'intervention des différents acteurs de la santé mentale dans un cadre global et souple, permettant une offre diversifiée, une pluralité nécessaire de services à offrir, tout en donnant à ces acteurs les moyens d'assumer les missions de soins qui leur reviennent. Il faut également fluidifier les parcours de prise en charge des patients. Enfin, il est indispensable de revoir les normes en fonctions des besoins en soins et des réalités régionales, en s'assurant que le patient soit au centre de l'analyse desdits besoins.

### **29. Tirer les enseignements des réformes**

Le secteur de la santé mentale a connu plusieurs vagues de réformes, empreintes de la conviction qu'il est nécessaire d'aller vers une désinstitutionnalisation des soins pour s'orienter vers plus d'ambulatoire par une offre de soins alternatifs à l'hospitalisation classique. Le tout n'est cependant pas de mener des réformes et de lancer des projets-pilotes, encore faut-il prendre le temps de faire un arrêt sur image pour regarder, écouter et comprendre ce qui est vecteur de succès mais aussi ce qui génère des difficultés.

Santhea demande que les autorités prennent le temps d'écouter les acteurs de terrain pour discuter ensemble des ajustements à faire et des mesures à prendre afin d'arriver à une offre de soins de santé mentale répondant aux besoins réels de la population. Des cadastres régionaux de l'offre de soins de santé mentale sont par ailleurs des préalables indispensables au déploiement de politiques cohérentes.

### **30. Coordonner les politiques fédérale et fédérées**

La scission entre Etat fédéral et entités fédérées des compétences nécessaires à une prise en charge holistique des patients psychiatriques a pour effet pervers un manque de cohérence dans les actions des autorités publiques, qui rend fort difficile cette approche de l'individu dans sa globalité. La réforme article 107 est un bon exemple d'actions non concertées des différents niveaux de pouvoir. Un autre exemple est l'implémentation par l'Etat fédéral de la nouvelle classification de fonctions IF-IC, accompagnée d'une revalorisation des barèmes sectoriels, qui n'est une réalité que pour les hôpitaux. L'emploi y est donc potentiellement plus attractif que dans les structures ressortissant dorénavant des compétences régionales.

---

### **31. Maisons de soins psychiatriques : des lits et une autonomie fonctionnelle et financière**

Ces institutions ont deux priorités : l'ouverture de places et un financement leur permettant d'exister et de fonctionner de manière autonome.

Le manque de lits en MSP a pour conséquence que la demande supplante largement l'offre et que des patients qu'elles devraient pouvoir accueillir sont/restent indûment hospitalisés. Un cadastre de la demande doit être établi, en concertation avec le secteur. Les normes d'agrément doivent en outre être actualisées.

Sur le plan financier, alors que ces institutions sont supposées être complètement indépendantes des hôpitaux, dans la pratique elles sont actuellement à ce point en manque de moyens qu'elles ne sauraient fonctionner sans le soutien des hôpitaux. Les moyens transférés aux Régions pour les financer sont totalement insuffisants. Or, il est indispensable de procéder à une revalorisation de leurs frais de fonctionnement ainsi que de leurs coûts de personnel et de prévoir des moyens de financement des infrastructures.



### ***32. Initiatives d'habitations protégées : des places et un financement du personnel adéquat***

Le manque de place est également criant en IHP. La prise en charge ambulatoire spécifique qu'elles assument nécessite que l'on augmente l'offre actuelle car ce sont les seules structures capables d'offrir des services permettant de conduire les patients qu'elles accueillent à leur autonomie maximale. Cette activité doit par ailleurs être correctement financée, ce qui n'est pas le cas actuellement à certains égards. A titre prioritaire, santhea demande, pour décharger le personnel d'encadrement thérapeutique des charges administratives et techniques, que soient financés des fonctions administratives, des fonctions techniques ainsi qu'un poste de coordinateur. Enfin, en Wallonie spécifiquement, rien n'est actuellement prévu en termes de financement des infrastructures, ce à quoi il faut impérativement remédier.

### ***33. Services de santé mentale : un cadre réglementaire et un financement adéquats***

Les services de santé mentale sont des structures ambulatoires proches des citoyens, et qui, par une approche pluridisciplinaire, répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de ceux qui s'adressent à eux. A ce titre, ils sont un maillon essentiel de la chaîne de prise en charge en santé mentale. Ils souffrent cependant actuellement d'un sous-financement. Santhea demande dès lors qu'ils soient financés à hauteur de leurs besoins de façon à pouvoir assurer leurs services de manière optimale mais aussi, en termes de frais de personnel, de manière à être attractifs pour les soignants. Le secteur a par ailleurs besoin de visibilité par rapport au cadre réglementaire dans lequel il devra évoluer. Pour ce faire, une concertation effective est indispensable.

### ***34. Accompagner l'évolution informatique***

L'adaptation des structures non hospitalières de soins de santé mentale à l'évolution de l'informatique a un coût qu'elles ont du mal à assumer. Or, la prise en charge adéquate des patients en dépend.

Par ailleurs, de manière plus macro, la poursuite d'une politique de santé mentale cohérente nécessite que les données récoltées auprès des institutions le soient via un processus efficient et transversal de récolte des données les plus pertinentes. Cela implique d'y affecter des moyens.

## V. Priorités du secteur de la revalidation

### ***35. Conventions de revalidation : une offre de services à consolider***

Le secteur de la revalidation doit être considéré comme un secteur à part entière, avec une approche thérapeutique spécifique et donc des besoins corrélatifs.

Dans le cadre des conventions qui les lient aux administrations compétentes (INAMI, AViQ ou IRISCARE), ces établissements doivent recevoir des garanties suffisantes d'octroi d'un financement en adéquation avec leurs réalités (frais généraux, frais de fonctionnement, besoins en termes d'infrastructures, etc.) et pérenne.





*Editeur Responsable : Y. Smeets, Directeur général*





SIÈGE DE BRUXELLES  
& SIÈGE SOCIAL

Rue du Pinson 36  
1170 Bruxelles  
T +32 2 210 42 70

SANTHEA ASBL

SIÈGE DE WALLONIE  
Namur Office Park  
Avenue de Dessus-de-Lives 12  
5101 Loyers

T +32 81 22 38 22

[www.santhea.be](http://www.santhea.be)