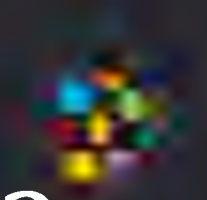


RAPPORT ANNUEL

2020

santhea





RAPPORT ANNUEL

2020

santhea 



SOMMAIRE

- 7 Le mot de la présidente
- 11 Faits et chiffres
- 29 Les grands dossiers
- 57 Une fédération dynamique en constante évolution
- 73 Une expertise démontrée au travers de nos dossiers
- 85 Nos membres
- 95 Notre Conseil d'Administration
- 99 Notre équipe



LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

PARTIE

1

L'année qui s'est écoulée est à marquer d'une pierre noire. Personne n'oubliera la terrible crise sanitaire qui a frappé le monde entier. Et le retour « à la vie d'avant » n'est pas pour demain, même si la vaccination et l'expérience des pays les plus avancés en la matière nous offrent quelques perspectives. Au 31 décembre 2020, ce sont 20.000 personnes – des parents, des grands-parents, des amis, des collègues, des voisins, des connaissances – qui auront perdu la vie des suites d'une infection au coronavirus en Belgique. Et près de 50.000 admissions que nos hôpitaux auront dû prendre en charge. Un véritable choc pour notre système de santé qui n'était pas préparé à affronter une pandémie de cette ampleur.

Et pourtant, il a résisté. Malgré l'absence du matériel de protection indispensable pour le personnel soignant de première ligne, sacrifié sur l'autel de l'orthodoxie financière qui ne pouvait concevoir d'investir l'argent du contribuable dans un stock « dormant ». Malgré des directives improvisées et changeantes, notre pays n'ayant pas cru bon de prévoir un plan pandémie, ou plus exactement de se souvenir de l'existence de tels plans. Malgré, surtout pendant la première vague, la croyance de certains décideurs que les acteurs de terrain ne devaient pas être consultés dans les choix posés et les stratégies développées. Ils ne sont quand même que des « Drama Queen » face à une petite grippe.

Oui, il a résisté. Mais à quel prix ? Un prix humain, d'abord et surtout. Celui des victimes et de leurs proches, bien sûr. Mais également celui du personnel soignant mis à rude épreuve pendant la crise, qui malheureusement n'est pas finie. Les normes d'encadrement insuffisantes et une faible attractivité, notamment de la profession infirmière, ont fait atteindre à notre système de santé ses limites. Un manque indiscutable de bras donc, qui a complexifié la prise en charge des patients, voir qui l'a mise en péril. Un personnel épuisé, découragé face aux contraintes toujours plus nombreuses. Avec un taux d'absentéisme jamais atteint. Des premières actions en la matière ont été prises par les ministres compétents, nous le saluons. Mais le trajet est encore long pour revaloriser durablement les professions de santé, et assurer la pérennité de notre système. Pérennité qui est également en danger à la suite des coûts générés par cette pandémie. La couverture de ceux-ci par les autorités n'est, à l'heure actuelle, pas encore claire. Or, il en va de l'équilibre budgétaire, et

donc de la survie, de nos institutions de soins. Cet équilibre doit être garanti. Point. À défaut, c'est la capacité même de notre système à affronter une probable nouvelle crise qui sera mise à mal.

Ce tableau, noir à souhait, est néanmoins parsemé d'éléments qui doivent nous faire regarder l'avenir avec espoir. En commençant par l'incroyable solidarité que l'on a pu voir au travers de cette crise. Solidarité au sein de la population, mais aussi entre les citoyens et les professionnels de la santé. Sans oublier le soutien des institutions de soins entre elles, avec par exemple le transfert de patients et le don de dispositifs médicaux et de matériel de protection individuel qui se sont multipliés tout au long de la crise. On peut y voir une prémisse de ce que sera, demain, la réalité des réseaux hospitaliers. Le potentiel est là. Mais il y a encore beaucoup de travail pour mettre en œuvre ceux-ci et les faire fonctionner optimalement. Penser qu'on y arrivera sans y injecter les moyens nécessaires est un leurre. Sans un investissement initial significatif, les réseaux ne pourront atteindre ce qui doit être leur objectif : améliorer la prise en charge des patients.

La digitalisation de notre secteur fait également figure de priorité en matière d'investissement. Santhea a déjà maintes fois pointé le déficit en la matière. Or, la crise de la COVID-19 a montré toute l'importance de pouvoir disposer de données fiables et (presque) en temps réel pour monitorer une situation, prendre les bonnes décisions et garantir une prise en charge de qualité. L'ensemble du secteur a déployé des efforts majeurs pour collecter et transmettre les données demandées tout au long de la crise, alors que ces demandes manquaient souvent de clarté, étaient dispersées, et même parfois couplées à des menaces.

Il est urgent d'investir massivement dans la digitalisation, et surtout d'écouter le terrain dans cette transformation inédite et indispensable de notre secteur. L'enjeu est de taille. Sans données, impossible d'objectiver et d'améliorer. Sans données, impossible de piloter. Sans digitalisation ambitieuse, pas de données.

La digitalisation, c'est aussi un élément essentiel pour décloisonner notre secteur et favoriser une prise en charge transversale. Depuis plusieurs années, des réflexions et des projets-pilotes ont lieu en la matière, notamment pour développer des alternatives à l'hospitalisation classique. C'est évidemment une bonne chose, sachant que la qualité des soins peut en être grandement améliorée. Cependant, la crise de la COVID-19 a démontré que si la collaboration entre lignes de soins et types d'institutions avaient pu dans certains cas se concrétiser, nous sommes encore loin d'un système intégré, condition nécessaire à l'évolution de la prise en charge des patients. D'ailleurs, de nombreuses études internationales pointent une trop faible intégration du système de santé comme un frein dans la lutte contre une pandémie telle que nous la connaissons. Les outils numériques seront nécessaires, mais

pas suffisants. Une volonté politique couplée à une implication de l'ensemble du secteur sera indispensable pour faire évoluer notre système et changer le paradigme actuel. Sans oublier notre complexité institutionnelle, qui ne facilitera pas ce décloisonnement. Une réflexion en la matière doit avoir lieu, dans les plus brefs délais.

À la clôture de l'année 2020, une évidence s'impose à tous. Le secteur de la santé a payé un lourd tribut dans la pandémie. Depuis des années, le système de santé belge s'est vu imposer des coupes budgétaires de plus en plus importantes. Il aura fallu une crise et ses conséquences désastreuses pour faire prendre conscience que la santé est un investissement, pas un coût. Et qu'imposer au secteur, et en particulier aux institutions de soins, de devoir jongler pour péniblement maintenir un équilibre budgétaire n'est plus tenable. Comme nous l'avons toujours fait, santhea plaidera pour un investissement massif dans les soins de santé, afin de disposer des infrastructures, des ressources humaines et des outils nécessaires à garantir une prise en charge de qualité aux bénéficiaires.



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTHEA



FAITS ET CHIFFRES

PARTIE

2

SECTEUR DES HÔPITAUX

1. PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES

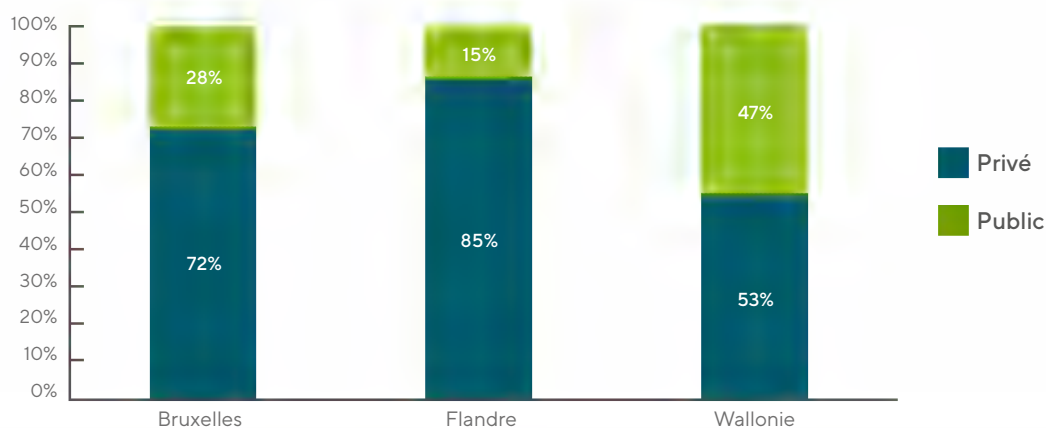
Wallonie			
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de lits 2020	Nombre d'ETP payés 2018
Hôpitaux généraux	40 ¹	16 507	47 114
<i>Dont hôpitaux universitaires</i>	1	1 038	
<i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	3 ¹	812	
Hôpitaux psychiatriques	20	4 085	

Bruxelles			
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de lits 2020	Nombre d'ETP payés 2018
Hôpitaux généraux	14	7 525	25 207
<i>Dont hôpitaux universitaires</i>	3	2 770	
<i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	2	395	
Hôpitaux psychiatriques	9	830	

Flandre			
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de lits 2020	Nombre d'ETP payés 2018
Hôpitaux généraux	52	28 453	80 542
<i>Dont hôpitaux universitaires</i>	3	3 386	
<i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	-	-	
Hôpitaux psychiatriques	30	10 006	

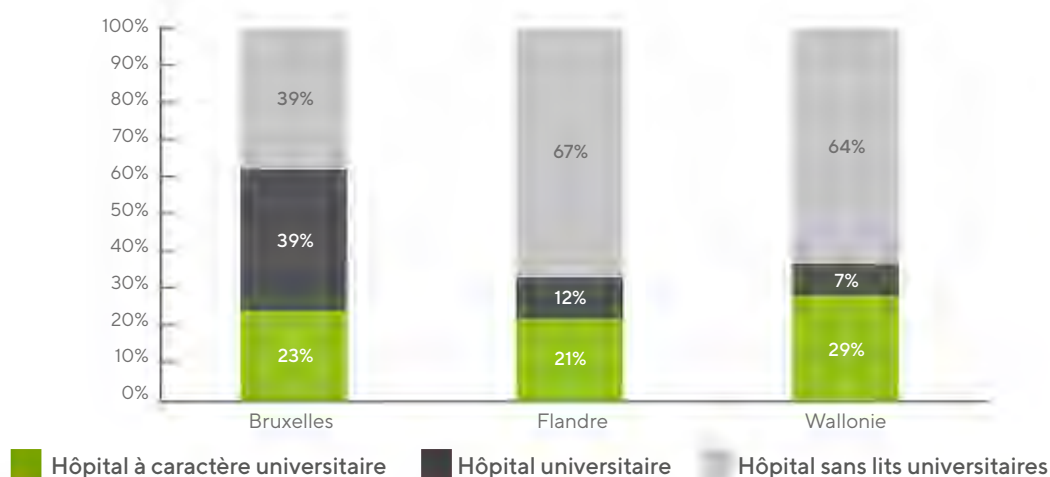
2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Répartition du nombre de lits agréés 2020 par statut pour chaque région du pays

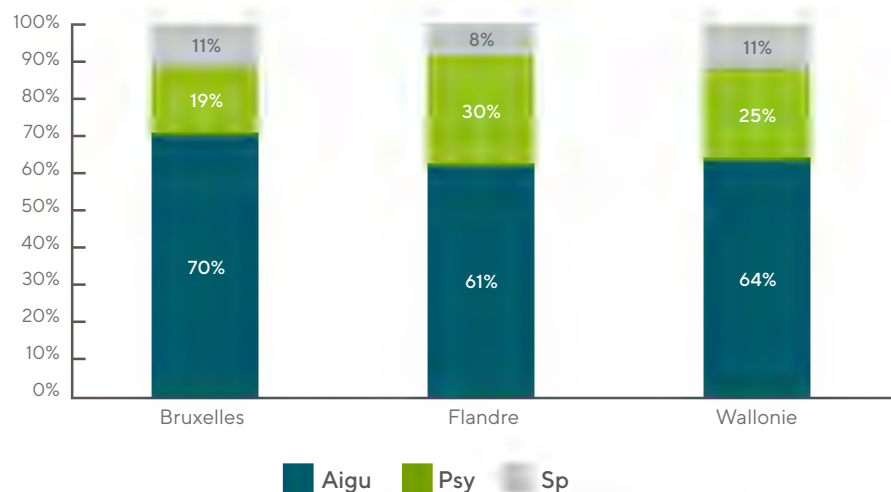


¹ En tenant compte des sites hospitaliers des hôpitaux ayant une double implémentation (Wallonie et Bruxelles).

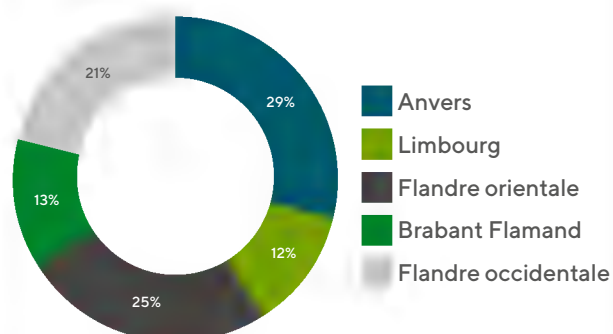
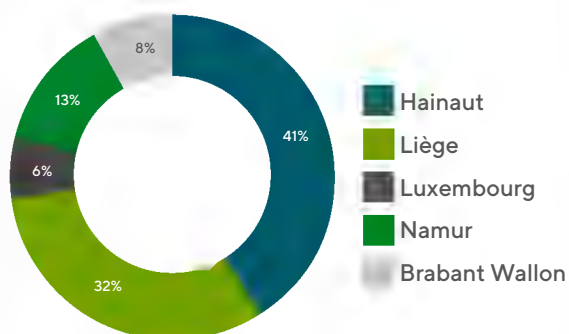
Répartition du nombre de lits agréés 2020 des hôpitaux généraux en fonction du caractère universitaire pour chaque région du pays



Répartition du nombre de lits agréés 2020 par type de lits pour chaque région du pays



Répartition du nombre de lits agréés 2020 par province pour la Wallonie et la Flandre



3. (RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA

Santhea, c'est

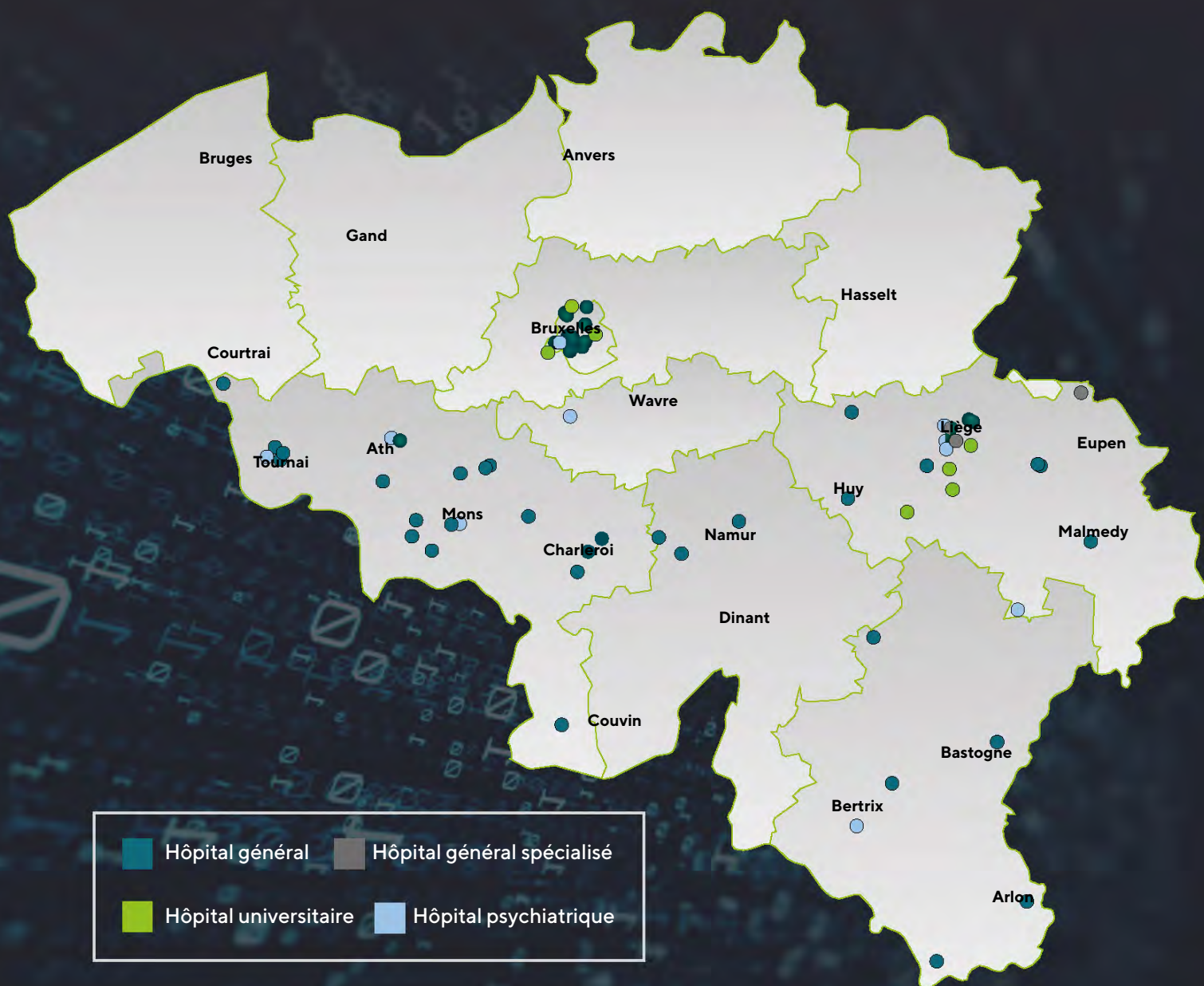
- 37 hôpitaux / 68 sites hospitaliers

Dont 30 hôpitaux généraux (26 aigus + 2 universitaires + 2 généraux spécialisés)

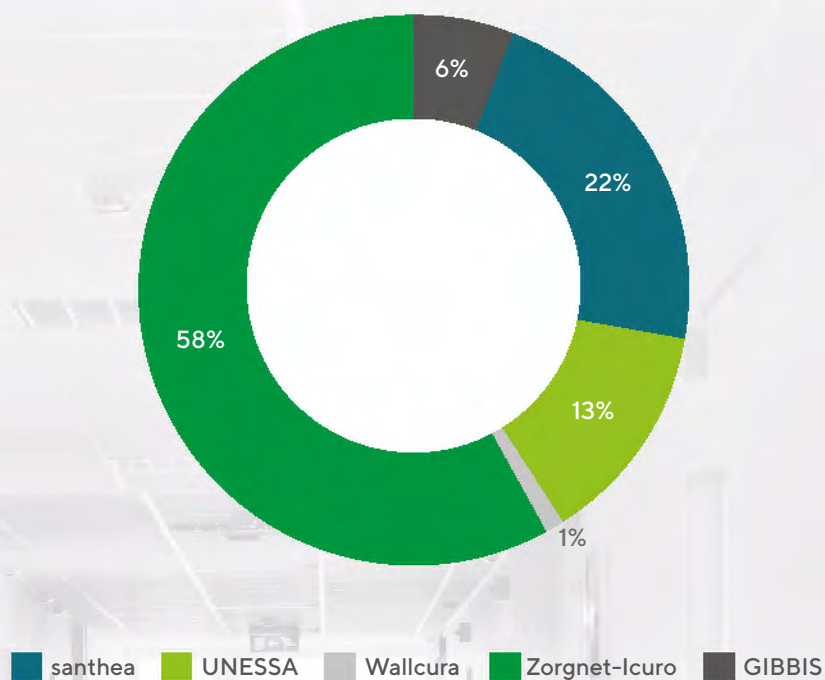
Et 7 hôpitaux psychiatriques

- 15 681 lits agréés

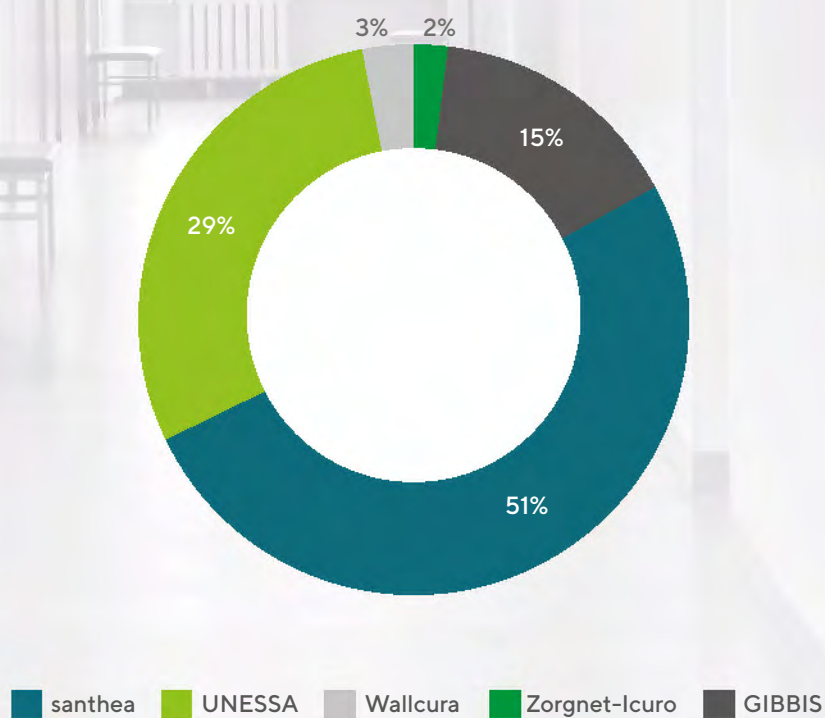
- Environ 41 500 ETP salariés



Répartition du nombre de lits agréés 2020 par fédération²

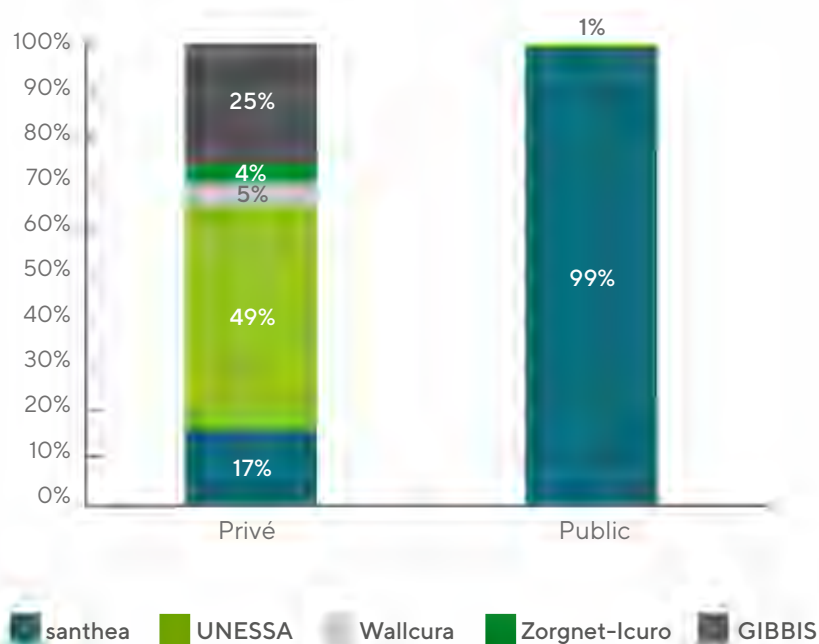


Répartition du nombre de lits agréés 2020 par fédération en Wallonie et à Bruxelles

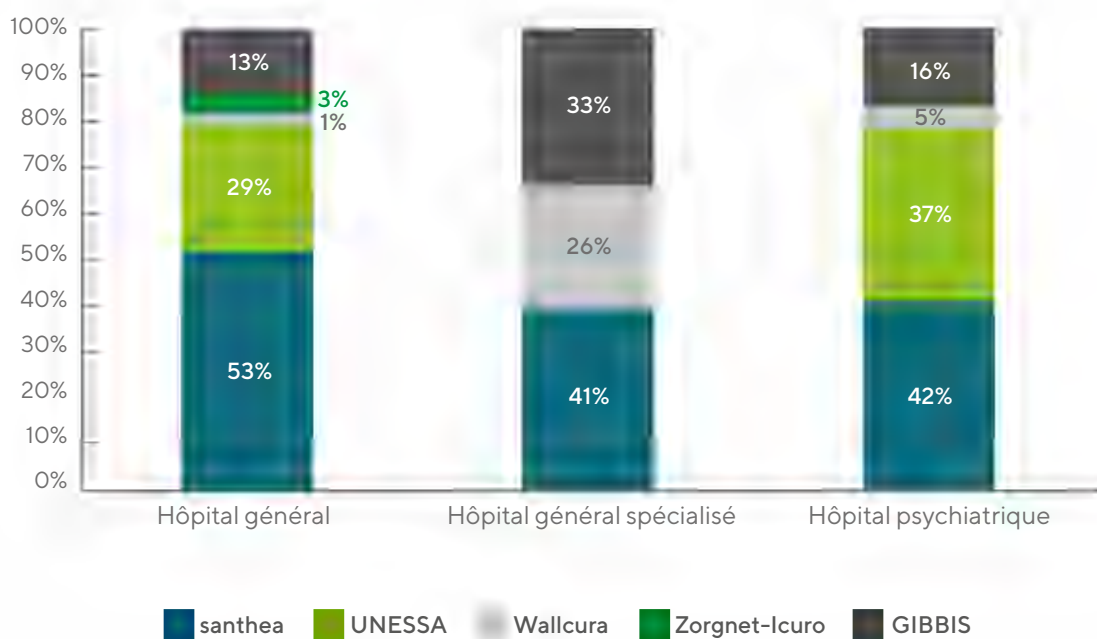


² Lorsqu'il y a référence à la ventilation « fédération », les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

Répartition du nombre de lits agréés 2020 par fédération en Wallonie et à Bruxelles, par statut



Répartition du nombre de lits agréés 2020 par fédération en Wallonie et à Bruxelles, par type d'hôpital



SECTEUR DES AÎNÉS

1. PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES

Wallonie (hors Communauté germanophone) ¹			
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de lits 2020	Nombre d'ETP soignants 2020
Maisons de repos	571	49 886	17 379
<i>dont MRS</i>	451	23 755	
Centres d'accueil de jour	79	950	
<i>dont CSJ</i>	49	484	
Résidence-services	181	3 942	

Communauté germanophone ²		
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de lits 2020
Maisons de repos	8	794
Résidences-services	2	25

Bruxelles ³			
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de lits 2020	Nombre d'ETP soignants 2020
Maisons de repos	135	15 426	4 760
<i>dont MRS</i>	108	6 017	
Centres de soins de jour	9	145	



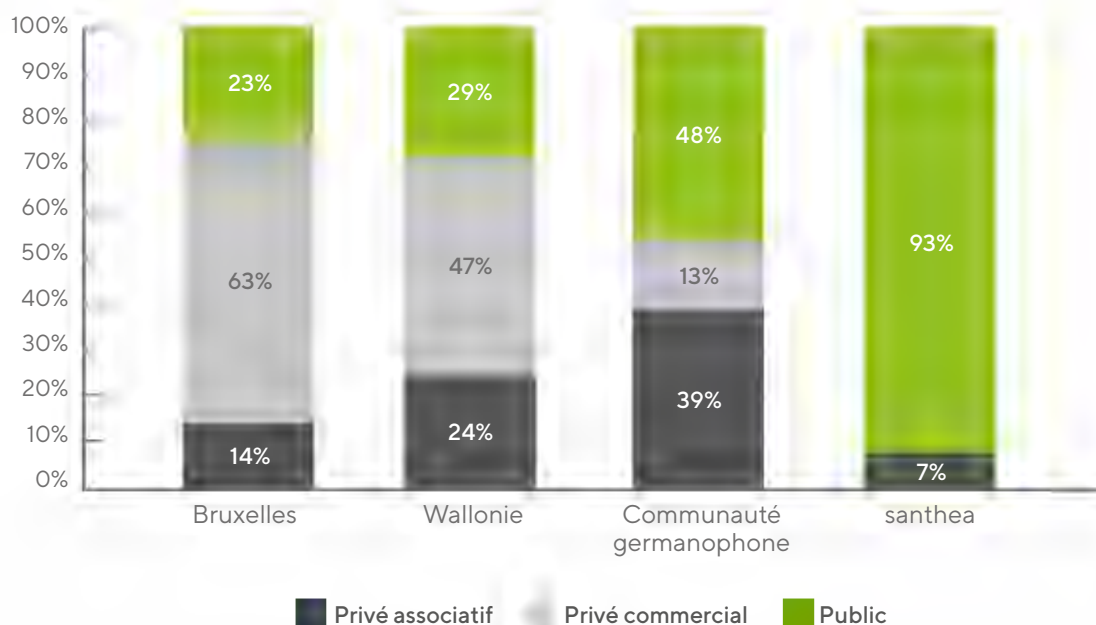
1 Liste des établissements pour Aînés issue du Portail Santé de l'AVIQ (octobre 2020) + Liste des forfaits 2021 de l'AVIQ pour le nombre d'ETP (présents dans le 3^{ème} volet).

2 Informations communiquées par Ostbelgien.

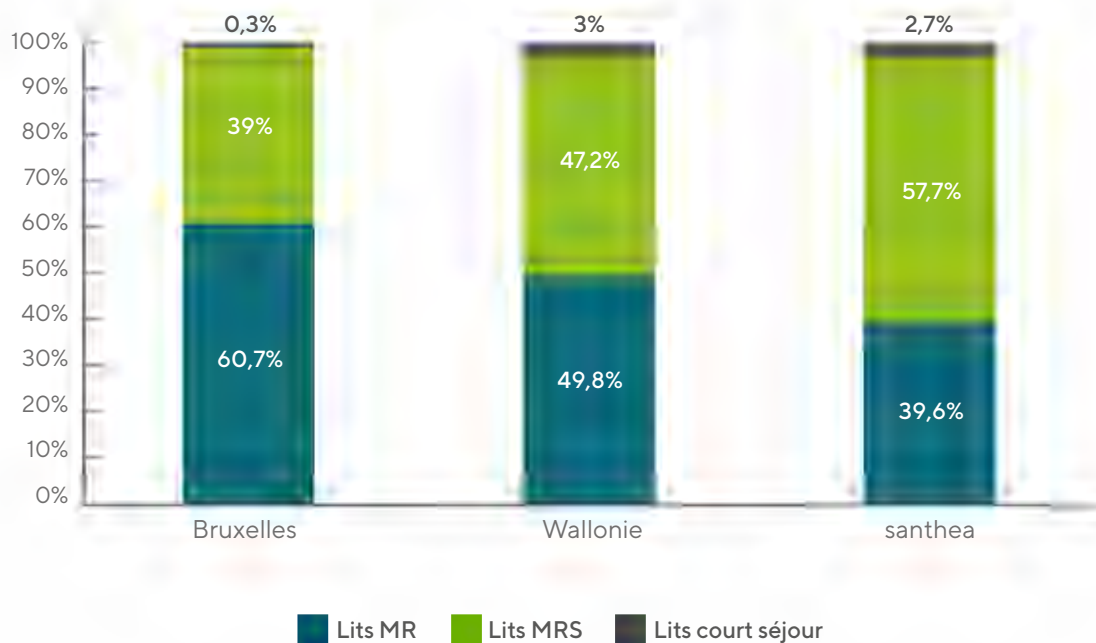
3 Liste des forfaits 2021 d'IrisCare.

2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Répartition du nombre de lits⁴ agréés 2020 par statut pour Bruxelles, la Wallonie, la Communauté germanophone et santhea



Répartition du nombre de lits agréés 2020 par type de lits pour Bruxelles, la Wallonie⁵ et santhea

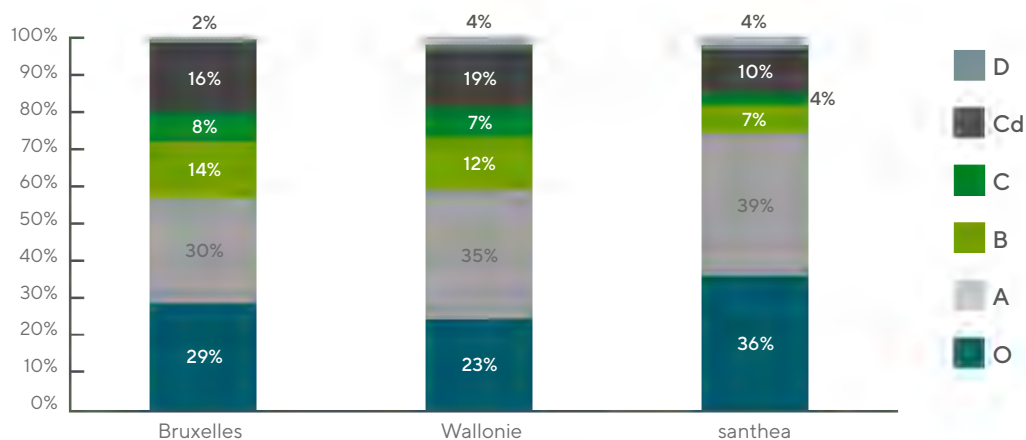


4 Lits MR, MRS et court séjour.

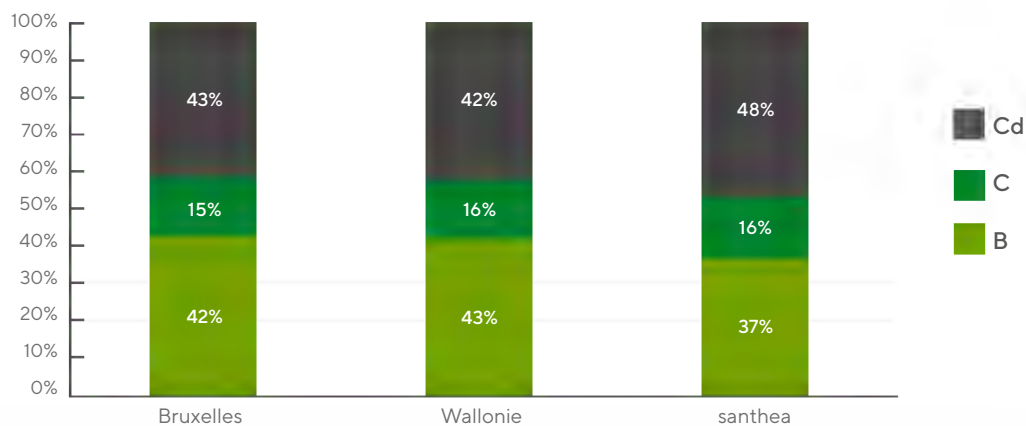
5 A partir de ce graphique, l'intitulé «Wallonie» se limite aux institutions dépendant de l'AVIQ (donc hors Communauté germanophone). Les chiffres proviennent du fichier de forfaits 2021 (AVIQ).

Ventilation des journées facturées⁶ par type de lit et par profil de dépendance pour Bruxelles, la Wallonie et santhea

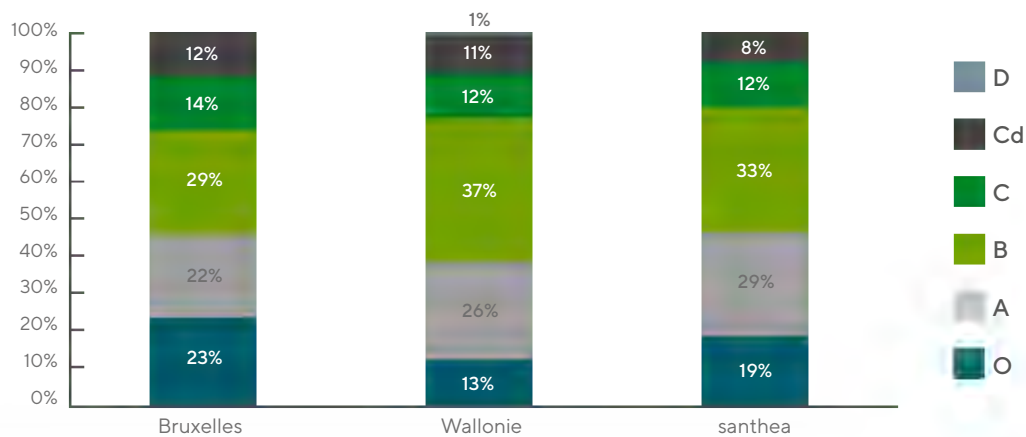
Pour les lits MR



Pour les lits MRS

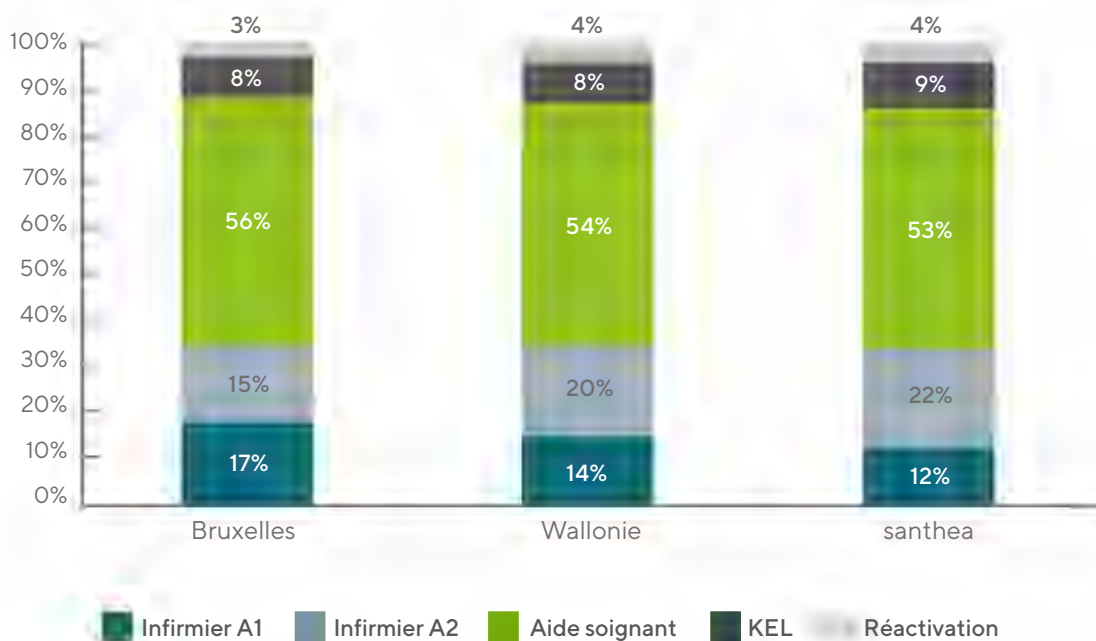


Pour les lits court séjour

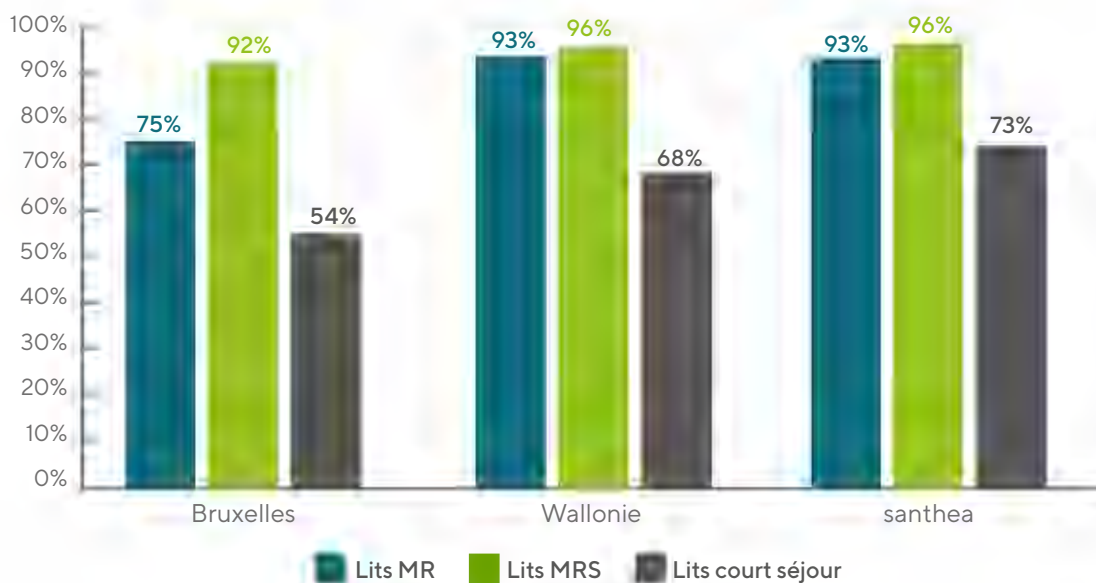


6 Du 01-07-19 au 30-06-20.

Répartition des ETP soignants présents⁷ en MR-MRS en 2020 par qualification pour Bruxelles, la Wallonie et santhea



Evaluation des taux d'occupation moyens⁸ par type de lit pour Bruxelles, la Wallonie et santhea



⁷ ETP présents dans le 3^{ème} volet.

⁸ Calculés sur base des journées facturées entre le 01-07-19 et le 30-06-20.

3. (RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA

Santhea, c'est

▪ **73 MR-MRS**

Avec 15 Centres d'accueil de jour et 9 Centres de soins de jour

25 Résidences-services

▪ **8 158 lits agréés en MR-MRS**

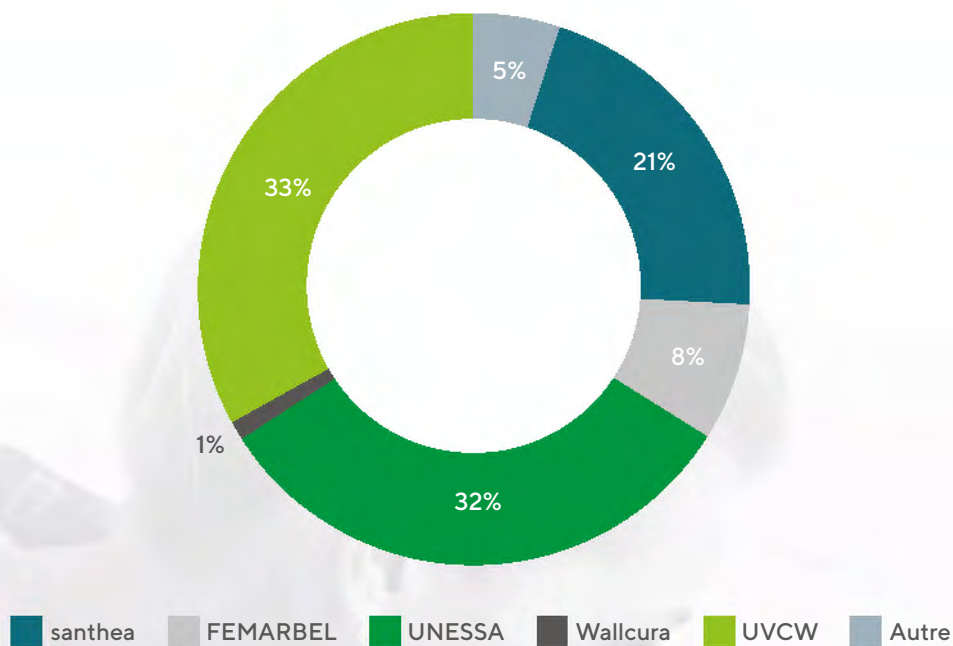
▪ **245 places en CAJ/CSJ**

▪ **490 places en RS**

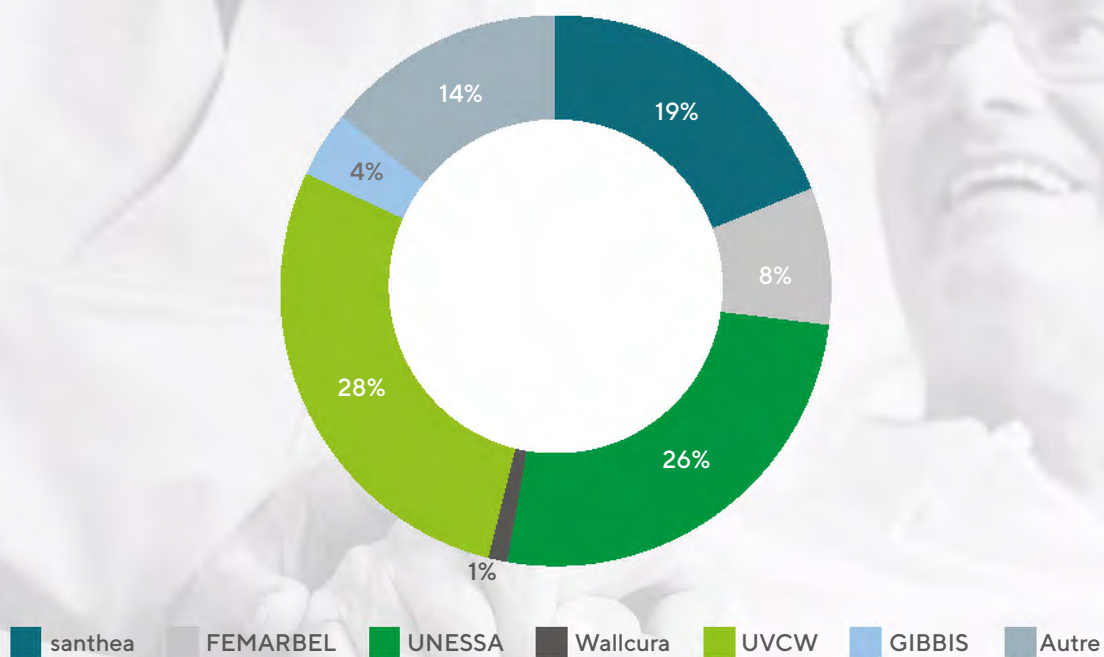
▪ **Environ 3 100 ETP soignants**



Répartition du nombre de lits agréés⁹ 2020 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie



Répartition du nombre de lits agréés 2020 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie et à Bruxelles



⁹ Les lits agréés des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

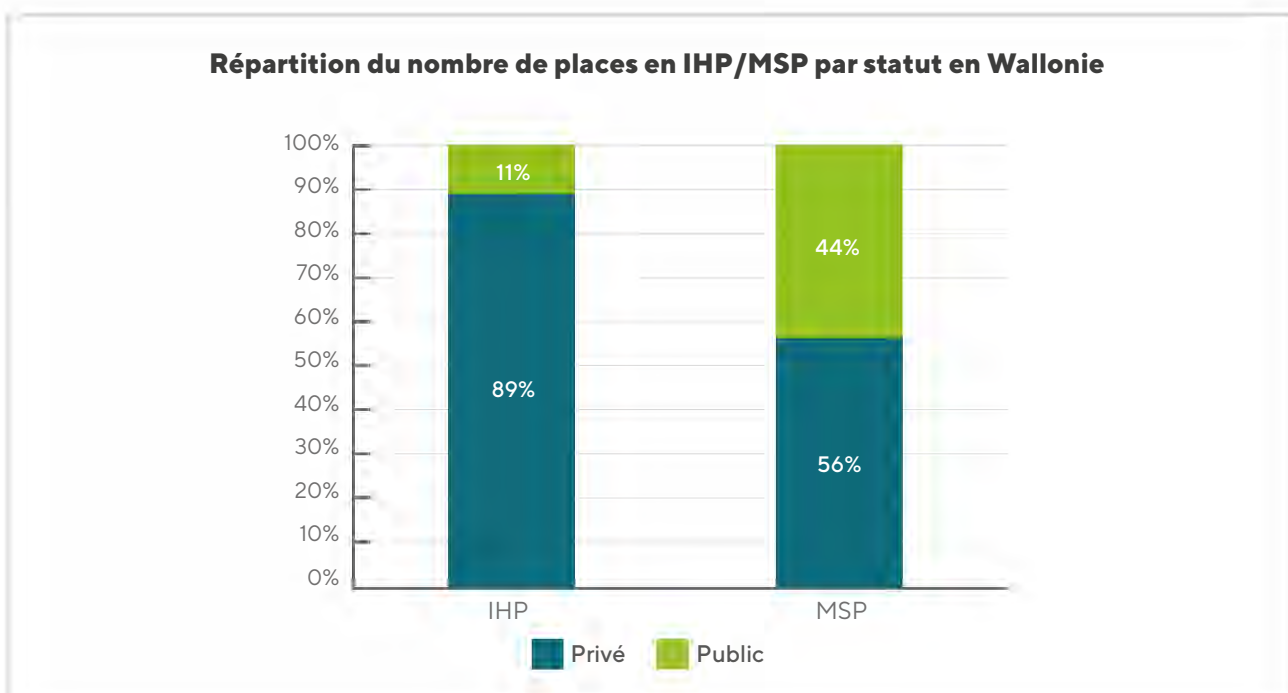
SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE

1. PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES

Wallonie ¹			
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de places 2020	Nombre d'ETP (IHP ² et MSP) /nombre de personnes physiques (CRF)
IHP	26	852	204
MSP	13	788	581
Total IHP-MSP	39	1640	785
CRF Ambulatoire	49	-	963
CRF Résidentiel	16	416	862
Total CRF	74	416	1897

Bruxelles ³		
	Nombre d'institutions 2020	Nombre de places 2019
IHP	15	491
MSP	4	229
Total IHP-MSP	19	720
Total CRF	24	-

2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

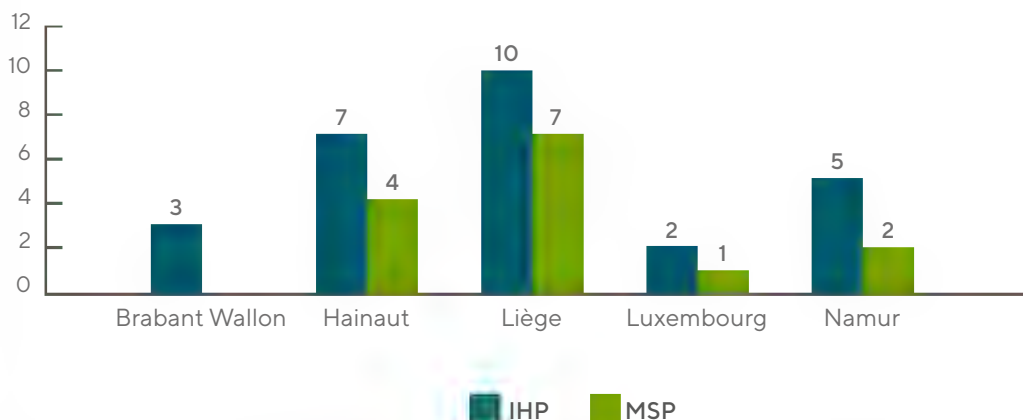


1 Chiffres reçus de l'AVIQ.

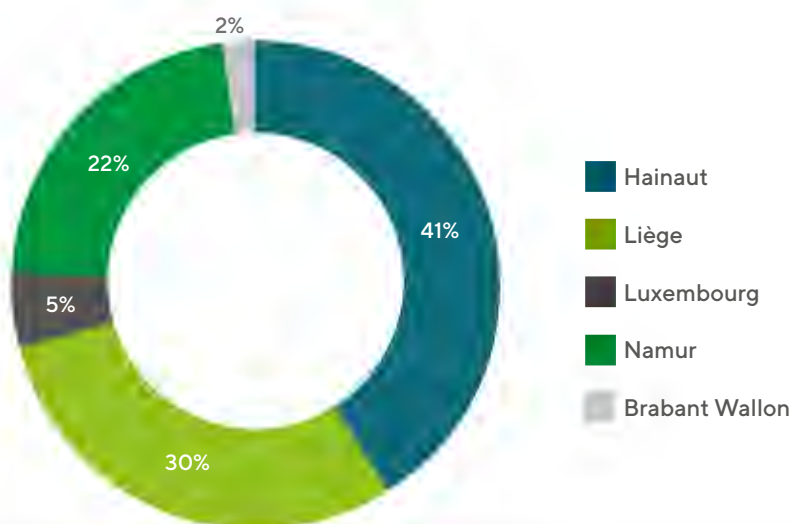
2 Le nombre d'ETP associé aux IHP est sous-estimé du fait que tout le personnel ne doit pas forcément être encodé dans le cadastre non-marchand.

3 Chiffres disponibles sur le site d'IrisCare (+ via le SPF Santé Publique pour les données 2019).

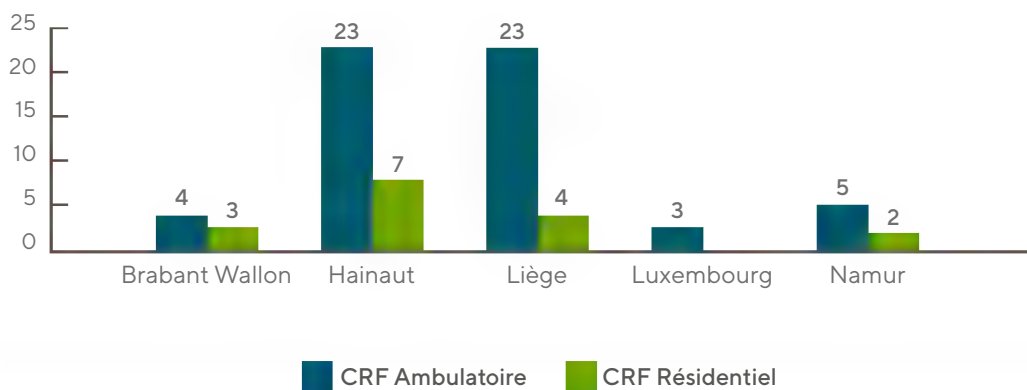
Répartition du nombre d'institutions IHP-MSP par province (en Wallonie⁴)



Répartition du nombre de places en IHP-MSP par province (en Wallonie⁴)



Répartition du nombre de centres de rééducation fonctionnelle par province (en Wallonie)



4 Y compris la Communauté germanophone.

3. (RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA

Santhea, c'est

- 34 institutions de Santé mentale

 - Dont 5 Initiatives d'habitation protégée

 - 7 Maisons de soins psychiatriques

 - 20 Centres de rééducation fonctionnelle

 - 2 Services de santé mentale (12 antennes)

- 1102 places

 - Dont 247 en IHP

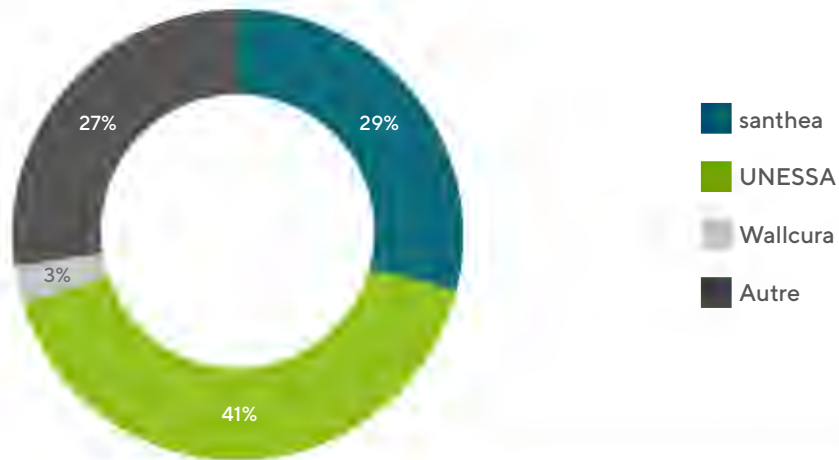
 - 387 en MSP

 - 468 en CRF (en centres résidentiels et de jour)

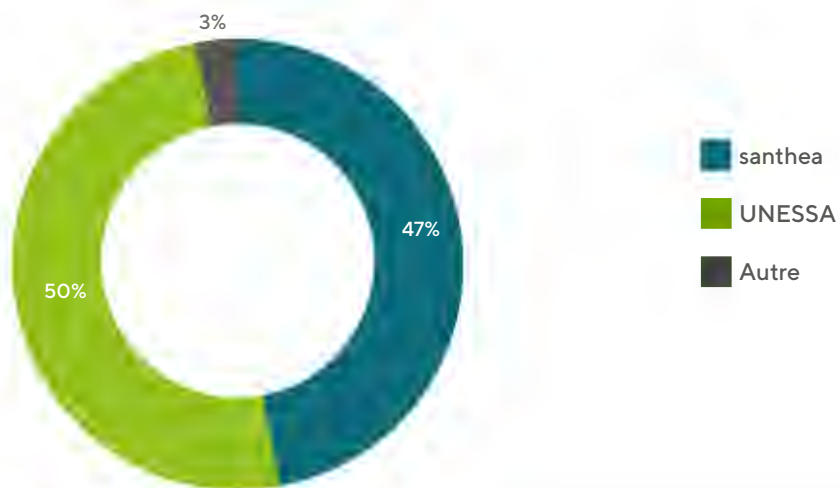


Répartition du nombre de places par fédération en Wallonie

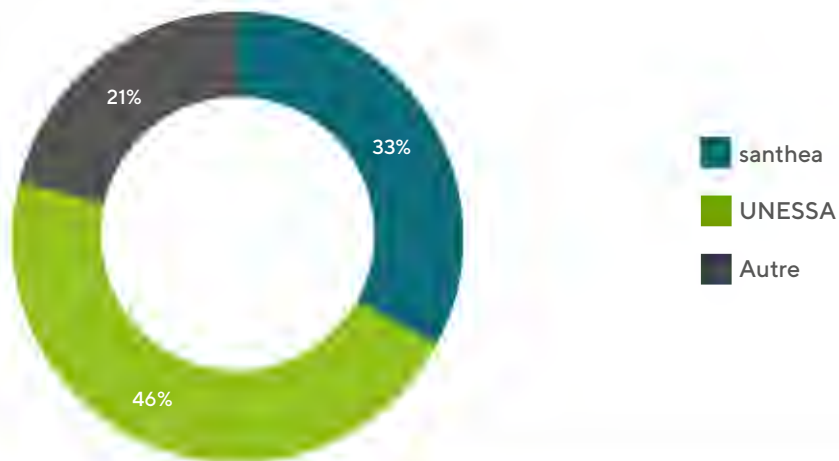
IHP



MSP



CRF résidentiels





LES GRANDS DOSSIERS

PARTIE

3

LA COVID-19 : 10 MOIS SOUS TENSION

L'année 2020 fut une année particulièrement compliquée. Tant pour les citoyens qui ont dû s'adapter aux mesures contraignantes mises en place pour contenir la crise sanitaire que pour le monde de la santé frappé de plein fouet, et à plusieurs reprises, par un virus difficile à contrôler. Notre secteur n'était clairement pas préparé à vivre une telle pandémie et pourtant, il a fait face. En tant que fédération d'institutions de soins de santé, nous nous sommes mobilisés, dès le début de la crise, pour soutenir et aider nos membres. Tous les jours, nous étions à leurs côtés et avons cherché ensemble les solutions les plus efficaces et efficaces à des problèmes souvent très complexes.

La fédération s'est adaptée, le staff de santhea s'est mobilisé

Outre la prise en charge médicale des patients, qui constituait déjà un défi en soi, les établissements ont dû composer avec les nombreuses directives, souvent changeantes et parfois contradictoires, imposées tout au long de la crise par les différents gouvernements de notre pays. La gestion de la crise et les problèmes rencontrés ont également évolué au fil du temps. Au cours de la première vague, c'est le caractère inconnu du virus et l'organisation à mettre en place pour lutter contre celui-ci qui ont monopolisé l'attention, avec en prime la question des pénuries de matériel. À partir de l'été, ce sont les questions du financement qui se sont posées, et en particulier de la couverture des surcoûts supportés par les institutions dans le cadre de la COVID-19. Dès le début de la deuxième vague, ce sont plutôt des aspects liés aux ressources humaines qui ont nécessité un travail important, que ce soient des questions de droit social ou les pénuries de main-d'œuvre.

Au travers du traitement de ces différents éléments, l'objectif poursuivi par santhea a toujours été de faire en sorte que nos

affiliés soient soutenus au mieux dans cette période de crise, afin qu'ils puissent poursuivre leurs missions et garantir, dans le temps, une prise en charge de qualité à tous leurs patients. Pour ce faire, et dans un contexte difficile, les conseillers de santhea se sont rendus à 100 % disponibles, par mail, par visioconférences et par téléphone, pour répondre aux questions des membres et les aider à se mettre en conformité avec les nouvelles directives des autorités compétentes en matière de santé.

Dès le mois de mars, les membres des trois secteurs de la fédération (Hôpitaux, Aînés et Santé mentale) ont bénéficié, plusieurs fois par semaine, de « Conference Calls » abordant les problématiques rencontrées sur le terrain. Ce dispositif a non seulement facilité l'échange d'informations et de conseils pratico-pratiques concernant la gestion de la crise entre membres, mais il a également permis de centraliser les préoccupations et les difficultés de chacun. De ces réunions découlaient souvent des actions en termes de prises de contact, de demandes de renseignements complémentaires ou d'interpellations des autorités. En tant que fédération, nous avons été un canal important de communication vers et avec les autorités.



En tant que fédération d'institutions de soins de santé, nous nous sommes mobilisés, dès le début de la crise pour soutenir et aider nos membres





De nombreuses réunions étaient également organisées par les autorités compétentes en matière de santé. Des échanges avec le SPF Santé publique, l'INAMI, l'AViQ ou encore IRISCARE ont permis d'aborder toutes les questions essentielles à la gestion de la crise, comme celles relatives au financement des institutions ou à l'organisation de la prise en charge des patients, et d'envisager ensemble des pistes de solutions réalistes susceptibles d'être mises en œuvre avec succès sur le terrain.

En quelques mois, les activités de la fédération se sont considérablement diversifiées. La gestion de la crise a occupé les journées et les activités du staff de la fédération durant toute l'année. Chercher, recouper et communiquer des informations sur des sujets nombreux, souvent inconnus, mais également trouver et acheminer du matériel ont, entre autres, fait partie des tâches de la fédération. Le climat d'urgence, de tension et d'incertitude qui régnait n'a, à aucun moment, ébranlé la motivation et le dévouement des travailleurs de santhea, qui ont, par ailleurs, dû adopter une nouvelle méthodologie de travail. Le télétravail imposé par le Gouvernement fédéral a poussé les membres de l'équipe de santhea à repenser leur quotidien. Les applications Teams et Zoom sont dès lors devenues des outils indispensables au travail quotidien ainsi que des interfaces de rencontres et d'échanges.

Le travail de santhea tout au long de la crise

LA GESTION DES PÉNURIES

Dès les premiers cas de COVID-19 annoncés en Belgique, les conseillers de santhea ont proactivement pris l'initiative de rassembler les membres – du secteur hospitalier dans un premier temps, suivi rapidement par les autres secteurs – par visioconférence pour suivre l'évolution

de la situation, identifier leurs besoins et recueillir leurs questionnements.

Rapidement, une problématique majeure fut révélée : celle de l'apparition de pénuries et du danger que cela représentait pour les travailleurs en première ligne ainsi que pour les patients. Il est très vite apparu que le virus de la COVID-19 se transmettait très facilement et qu'il était ainsi essentiel de pouvoir fournir, entre autres, le matériel de protection adéquat au personnel des établissements de soins, tous secteurs confondus. Par ailleurs, tests, médicaments, équipements médicaux et bien d'autres choses encore, manquaient également à l'appel.

Pour santhea, suivre la situation de ses membres en termes de pénurie de matériel était une priorité absolue au cours de la première vague. Nous avons donc organisé plusieurs enquêtes destinées à monitorer la situation. Au départ, les enquêtes servaient à donner une idée des stocks de matériel disponibles au sein des hôpitaux membres de la fédération. Ensuite, cette démarche a été étendue aux secteurs Aînés et Santé mentale. En analysant les réponses, les conseillers pouvaient chercher des solutions de manière proactive et tenter ainsi d'éviter des catastrophes potentielles dues au manque de matériel.

Santhea a d'ailleurs rapidement déployé des ressources pour aider les établissements de soins à identifier des fournisseurs potentiels de matériel. Une tâche très complexe qui demanda beaucoup de bon sens et de clairvoyance. Les conseillers se trouvaient, en effet, face à une multitude d'offres, les fournisseurs classiques n'étant plus en état d'absorber la demande, et devaient ainsi distinguer les mauvaises intentions des réelles options. Sans oublier qu'il fallait composer avec un état de « guerre » en Chine où les usines étaient prises d'assaut par les pays du monde entier. C'était « au plus offrant » et sans

garantie quant à la qualité des produits. La collaboration avec nos hôpitaux sur ce point s'est révélée essentielle pour nous permettre d'identifier les fournisseurs recommandables. Outre ces aspects, il fallait encore trouver la meilleure offre et étudier toutes les options proposées, les prix atteignant des sommets jusque-là jamais atteints.

De telles crises, aussi graves qu'elles puissent être, révèlent le plus beau de l'être humain : la solidarité interpersonnelle, de nombreuses personnes ayant à cœur de venir en aide au secteur des soins. Ainsi, à la suite du lancement par santhea de la campagne d'appel aux dons de matériel **#DuMatérielPourSoigner-DuMatérielPourSauver** sur les réseaux sociaux, ainsi que des collaborations, altruistes et volontaires, avec différentes entreprises et associations, notre fédération a pu offrir des équipements supplémentaires à ses membres. Cette générosité, saluée par l'ensemble du secteur, a requis la mise en place d'une organisation inédite pour santhea, reposant sur un système permettant de gérer les contacts avec les donateurs et les organisations extérieures, ainsi que la réception, le comptage, le tri et l'acheminement du matériel, des tâches parfois fastidieuses, mais essentielles. L'afflux de matériels et de dons (masques, gants, visières, gel hydroalcoolique, etc.) était à un moment donné devenu tellement important qu'il était indispensable de structurer notre manière de travailler. La première tâche consista donc à établir une répartition la plus équitable possible entre nos institutions en fonction des besoins et des situations respectives. Ensuite, nous pouvions prévenir nos membres de ce qui était disponible pour chacun d'entre eux, et organiser les livraisons en fonction des desideratas respectifs et de leur répartition géographique. En dehors de ce processus générique, il y a aussi eu de la gestion au cas par cas, lorsqu'il nous était fait part d'une urgence spécifique dans une institution en particulier.

Dans le cadre des pénuries, l'administration fédérale a organisé, dès le mois d'avril, cinq groupes de travail consacrés chacun à une thématique spécifique :

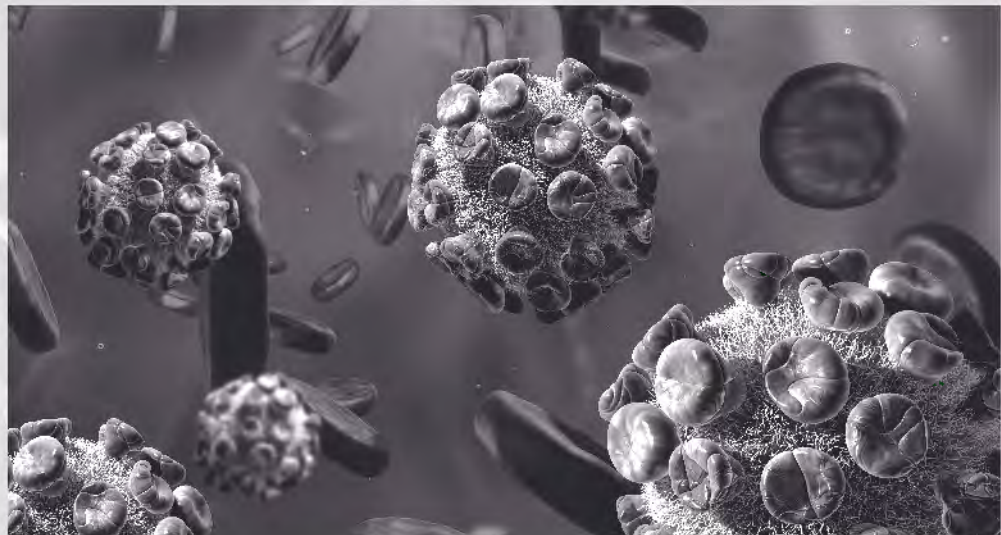
le testing, les médicaments, les équipements de protection personnels, les dispositifs médicaux, et la distribution vers les institutions. Bien qu'ayant demandé à pouvoir être intégré à chacun de ces groupes, santhea (comme les autres fédérations d'ailleurs) n'a été admise qu'au WG4 qui s'occupait des pénuries de dispositifs médicaux, aux rangs desquels se trouvaient la problématique des respirateurs et leurs divers composants. Il était essentiel pour nous d'y participer activement, car les pénuries, notamment de certains dispositifs, étaient une triste réalité aux conséquences potentiellement fatales. Il était donc indispensable de travailler avec l'AFMPS en vue de trouver des moyens d'y remédier. Nous avons également beaucoup insisté auprès des autorités pour ne pas surcharger nos membres de procédures multiples et parfois redondantes.

LA DIFFICILE QUESTION DU FINANCEMENT

Au-delà du fait d'avoir chamboulé le fonctionnement et l'organisation des établissements de soins de santé, la crise sanitaire a également eu des conséquences importantes sur les finances des hôpitaux. La gestion de la crise COVID-19 a non seulement généré énormément de frais imprévus, mais elle a également fait perdre beaucoup d'argent aux établissements hospitaliers, déjà plongés dans une situation économique compliquée.



De telles crises, aussi graves qu'elles puissent être, révèlent le plus beau de l'être humain [...]





Dans le cadre des surcoûts et des diminutions de recettes supportées par les hôpitaux dans la lutte contre la pandémie COVID-19, ainsi que de l'avance de trésorerie de 2 milliards € consentie au secteur, des groupes de travail ont été spécifiquement créés, au sein desquels les conseillers de santhea ont été très actifs.

Santhea a ainsi participé au groupe de travail « ad hoc » chargé de se pencher sur les difficultés financières des hôpitaux, ainsi que sur les modalités provisoires de répartition de l'avance entre les hôpitaux et sur des directives indicatives pour son utilisation au sein de chaque hôpital. Ce groupe, présidé par l'INAMI et composé de représentants des fédérations hospitalières, des organismes assureurs et des syndicats médicaux, se penche également sur l'examen des modalités de couverture des coûts des prestataires et de l'hôpital normalement à charge des honoraires.

La fédération a aussi pris part aux groupes de travail « Impacts financiers COVID » émanant du Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers (CFEH). Celui-ci a émis, le 29 avril 2020, un premier avis relatif à l'impact financier de la crise COVID-19 sur les hôpitaux, avec des pistes de solutions pour soulager financièrement ces derniers. Un deuxième avis, publié en juin 2020, portait sur des propositions concrètes de solutions financières, notamment sur les modalités de régularisation des postes de surcoûts au travers de forfaits compensatoires basés sur les résultats d'une enquête adressée par le SPF aux hôpitaux le 18 mai 2020, et sur la couverture de certains coûts fixes à garantir aux hôpitaux en regard des diminutions de recettes. Dans un troisième avis datant d'octobre 2020 était abordée la

question de l'établissement des « forfaits surcoûts », basés sur les résultats de la deuxième enquête réalisée par le SPF en août 2020 visant toujours à déterminer les surcoûts constatés par les hôpitaux pour la période de mars à juin 2020 (surcoûts en termes de personnel, de fonctionnement, d'infrastructures et autres). Il en est ressorti des montants précis calculés pour les hôpitaux généraux d'après plusieurs scénarios. Un arrêté ministériel devait ensuite être publié pour fixer définitivement les montants de ces forfaits. Parallèlement à ce travail, les discussions autour des principes de régularisation des avances ont finalement abouti et l'arrêté royal fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de la COVID-19, reprenant ces principes et les forfaits surcoûts, a été publié le 12 novembre 2020. De nouvelles questions se sont ensuite posées. Le groupe de travail du CFEH a notamment été sollicité pour établir une estimation de la part « non-Assurance Maladie Invalidité » des recettes des hôpitaux (patients non OA, tickets modérateurs, suppléments d'honoraires, marges de délivrance, etc.) tandis que le groupe de travail INAMI devait donner son avis sur une nouvelle mesure en faveur des médecins hospitaliers spécifiquement pour le deuxième semestre. En décembre 2020, le CFEH publiait un quatrième avis sur le sujet, et plus particulièrement sur les forfaits valables pour les hôpitaux psychiatriques. En effet, pour ceux-ci, une récolte d'informations supplémentaires aux deux premières enquêtes a dû être réalisée pour connaître le nombre de journées d'hospitalisation patients COVID-19 et le nombre de lits agréés mis à disposition par l'hôpital psychiatrique pour la prise en charge des patients COVID-19.

Parallèlement aux travaux de ces groupes de travail «récurrents», les conseillers de santhea ont également assisté aux réunions de «sous-groupes» techniques sur les thématiques du transport et des médicaments. Du premier est ressorti le contrat B4 couvrant une partie des frais de transport interhospitaliers ainsi qu'une intervention complémentaire de l'assurance soins de santé dans les frais de transport de certains patients dialysés, cancéreux ou en phase de rééducation fonctionnelle. Début 2021, la fédération a, à nouveau été sollicitée pour évaluer les surcoûts liés à la vaccination. Le deuxième sous-groupe a conclu, sans estimation probante de la perte de revenus pour la pharmacie, que la compensation à 100 % du forfait médicaments suffisait.

Par ailleurs, il a fallu suivre le dossier de l'indemnisation fédérale dans sa «mise en application» et dans sa «traduction» pour le terrain. L'arrêté royal, prévoyant l'indemnisation fédérale exceptionnelle, manquait de clarté et soulevait dès lors de nombreuses questions. Santhea a donc formulé ses remarques dans un courrier à destination du cabinet du ministre Vandembroucke. Une deuxième version de l'arrêté royal est parue en 2021 pour clarifier les incohérences pointées, pour inclure des mesures décidées ultérieurement et préciser ce qu'il advenait pour le deuxième semestre 2020. Une fois l'arrêté royal publié, un fichier de collecte a été soumis aux hôpitaux afin que les administrations disposent des données nécessaires au calcul de l'intervention valable pour le premier semestre et puissent établir le premier décompte. Ces deux étapes ont soulevé énormément de questions auprès des membres de la fédération et ont nécessité une quantité importante d'échanges entre les fédérations et les administrations pour tenter d'y répondre. Une deuxième version du premier décompte sera sans doute fournie par les administrations aux vues des multiples corrections nécessaires. Les données de facturation utilisées pour de nombreux calculs dans le premier décompte semblent incomplètes à plus d'un égard. Un nouveau groupe de travail réunissant les administrations et les fédérations a pour objectif de répondre précisément à cette problématique.

L'AIDE À LA NOUVELLE ORGANISATION DES HÔPITAUX

Le 14 mars 2020, tous les hôpitaux belges ont dû activer leur Plan d'Urgence Hospitalier (PUH). Cet événement a poussé les établissements hospitaliers à se réorganiser et à établir de nouvelles priorités. Ainsi, pour aider au mieux les hôpitaux à gérer cette nouvelle dynamique, le Gouvernement fédéral a mis en place une Task force «Hospital and Transport Surge Capacity» (HTSC) à laquelle fut dès le départ convié santhea.

Ce Comité «HTSC» a joué un rôle pivot de conseil et de courroie de transmission (via les circulaires HTSC) entre

les autorités sanitaires fédérales (Risk Management Group) et les hôpitaux dans le cadre de l'application des mesures d'urgence édictées par le gouvernement fédéral en matière notamment de réservation obligatoire de lits COVID-19 (en particulier de soins intensifs), de suspension (et de reprise) des activités médicales non urgentes, de répartition des malades COVID-19 entre les hôpitaux et d'organisation des transferts en ambulance, de transfert journalier de données statistiques (Sciensano et ICMS), de soutien des hôpitaux au secteur MR(S) en grande difficulté, de la nécessité impérieuse d'un financement compensatoire à la perte des activités hospitalières normales, de l'interaction des hôpitaux avec les centres de tri et les structures intermédiaires, des modalités de relance progressive des activités non-COVID-19, etc. Par sa présence, santhea veilla à y défendre les positions de ses hôpitaux affiliés. De nombreuses matières y furent traitées, et il fallut composer avec les compromis à réaliser entre fédérations hospitalières, État fédéral, administrations régionales et communautaires, qui peuvent avoir des objectifs différents ou, à tout le moins, décalés dans le temps.

En juin 2020, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) fut chargé d'examiner le fonctionnement du comité HTSC et les mesures prises par celui-ci. La demande émanait du comité HTSC lui-même. Dans son rapport 335, le KCE estime que le comité HTSC a édicté des mesures claires que les hôpitaux ont mises en œuvre de manière très professionnelle, même si celles-ci ne paraissaient pas toujours réalisables. La composition du comité en fait une plateforme privilégiée pour discuter des questions relatives aux hôpitaux. Le KCE préconise donc de le maintenir en tant qu'organe de crise permanent, mais aussi d'y inclure des représentants du terrain (médecins, infirmiers).

LES NOMBREUSES QUESTIONS DE DROIT SOCIAL

L'émergence de la COVID-19 au sein des établissements de soins a suscité de nombreuses questions au sein du secteur. Au-delà des interrogations purement médicales, des interrogations d'un tout autre ordre ont émergé. De nombreuses questions de droit social par exemple, telles que la gestion du personnel, ont notamment été soulevées. De ce fait, santhea a décidé de lancer un nouveau service destiné à répondre aux multiples interrogations à ce sujet. Une foire aux questions (FAQ) a ainsi été mise en ligne sur l'extranet de la fédération et a été rendue accessible à tous ses membres. Cette FAQ, mise à jour très régulièrement lors de la première vague, a fait l'objet d'une refonte lors du dernier trimestre 2020 pour tenir compte des nouvelles mesures de droit social à destination des employeurs et des travailleurs.



Santhea a ainsi participé à la négociation et à la rédaction des directives communes de la Commission Paritaire 330

Ce service a également eu pour vocation d'informer les membres sur les dernières mesures en vigueur, citons à titre d'exemple : le télétravail; le chômage temporaire corona; le travail des étudiants, pensionnés et volontaires; les contrats à durée déterminée successifs; le congé parental corona ou encore le régime juridique des heures supplémentaires volontaires. La FAQ a également pour objectif d'informer les membres sur les initiatives prises par santhea pour négocier des mesures, en clarifier la portée ou pour la préciser. Ces initiatives prennent généralement la forme soit d'interpellations des ministres/administrations concerné(e)s, soit de demandes via la concertation sociale.

La fédération a particulièrement été active sur les quatre dossiers suivants :

• **L'exception à la quarantaine pour le personnel soignant positif asymptomatique**

En juillet, lorsque les règles concernant la quarantaine après un retour de voyage ou à la suite d'un contact rapproché avec un cas COVID ont été portées à notre connaissance, outre notre constat que les règles n'étaient pas harmonisées entre les différents niveaux de pouvoirs (fédéral et régional) et les différentes régions (wallonne et bruxelloise), nous avons constaté que le personnel soignant ne bénéficiait pas d'exception à ces règles même s'il était apte à travailler. Santhea a, de nombreuses fois, interpellé ou questionné les ministres

et l'administration en charge de ce dossier. Nous avons pu observer que la modification des règles de quarantaine et leur harmonisation ont été réalisées en tenant compte de nos remarques.

• **Le report des congés**

Le second dossier pour lequel santhea s'est battu est le report des congés à prendre en 2020 à l'année 2021. Parallèlement à l'UNISOC (dont santhea est membre) qui a eu des contacts avec l'administration et le ministre de l'Emploi, santhea a négocié au sein de la Commission Paritaire 330 des assouplissements concernant l'organisation des congés des travailleurs pour le dernier trimestre 2020. Bien que le report de congés n'ait pas été concrètement acté dans un texte juridique contraignant, les assouplissements obtenus par santhea et l'UNISOC sont non négligeables puisqu'au départ tous les congés des travailleurs auraient dû être pris avant la fin d'année 2020. Santhea a ainsi participé à la négociation et à la rédaction des directives communes de la Commission Paritaire 330. Les directives communes sont un accord des partenaires sociaux concernant la gestion du personnel sur plusieurs points (congés, reprise du travail, etc.). En pratique, pour le secteur privé (C.P. 330), il a été décidé que *« si la totalité des congés (congés annuels et sectoriels et locaux) et les dispenses de prestation ne peuvent pas être écoulées dans le courant de l'année 2020, les partenaires sociaux mettent tout en œuvre pour que les travailleurs puissent bénéficier de tous leurs congés et dispenses, qu'ils soient pris, payés ou reportés au-delà du 31 décembre 2020, moyennant l'accord mutuel entre l'employeur et le travailleur »*. Les modalités pratiques étant déterminées au niveau de la concertation locale. Quant au secteur public, il a été conseillé d'appliquer les directives du secteur privé par analogie comme cela a été le cas pour « le Guide Générique de retour au travail ».



• **La prolongation des heures supplémentaires volontaires additionnelles**

Concernant la possibilité pour les travailleurs de prêter des heures supplémentaires volontaires additionnelles lors de la première vague — c'est-à-dire des heures supplémentaires volontaires au régime juridique avantageux tant pour les employeurs que pour les travailleurs — santhea faisait partie des défenseurs de la mesure et a obtenu que la mesure soit étendue au dernier trimestre 2020 et au premier trimestre 2021.

• **Les primes d'encouragement et de solidarité**

Enfin, le dossier dans lequel santhea a été le plus actif est certainement la prime de solidarité — sous forme de chèques consommation — et la prime d'encouragement. À la suite de l'annonce de ces deux mesures valorisant financièrement le travail du personnel soignant pendant l'épidémie de la COVID-19, santhea n'a cessé d'intervenir en concertation sociale et auprès des ministres compétents pour les attribuer au personnel de toutes les institutions de soins (tant fédérales que régionales), obtenir un correct financement de ces primes, des règles équitables pour la détermination des bénéficiaires ainsi que des règles simples quant à la justification des budgets.

LES POLITIQUES DE TESTING ET DE VACCINATION

La politique de testing et, par la suite, celle de la vaccination sont des éléments importants de la gestion de la crise de la COVID-19. Malgré leur désir d'y assister, les fédérations d'institutions de soins de santé n'ont pas été formellement impliquées au sein des Task forces en charge de ces matières. Santhea est tout de même parvenue à faire remonter des demandes liées à ces thématiques, dont celle d'un réapprovisionnement suffisant en écouvillons des centres de testing ainsi que des laboratoires hospitaliers.

En 2021, santhea continuera malgré tout à participer, à titre informatif, au groupe de travail de distribution des vaccins de l'AFMPS, ce qui nous permettra d'avoir des informations sur ce que les entreprises pharmaceutiques fournissent à la Belgique comme marchandise et comment celle-ci est répartie entre les entités fédérées, ainsi qu'au groupe de travail plus restreint consacré à la distribution des vaccins vers les hôpitaux. Par ailleurs, étant donné le rôle prépondérant que les hôpitaux jouent, et joueront encore au cours des prochains mois, dans la stratégie de vaccination, la fédération continuera à soutenir et à aider ses membres pour leur permettre de mener leurs missions à bien.

LE SECTEUR DUREMENT TOUCHÉ DES AÎNÉS

Au cours de la crise, santhea prévoyait chaque semaine un call avec les membres afin d'aborder les différents points d'actualité liés à la COVID-19. Ainsi, les nouvelles directives émanant des administrations compétentes en la matière, les mesures de confinement et de déconfinement, l'approvisionnement et l'utilisation des Équipements de Protection Individuels (EPI), les mesures d'hygiène, la gestion des déchets B2, l'organisation des visites des proches et des familles, le testing ainsi que les modalités pratiques en termes de vaccination sont quelques-unes des thématiques récurrentes, mises à l'ordre du jour des réunions. Par ailleurs, ces réunions constituaient également des moments propices aux partages d'expériences, des ressentis et des problématiques « pratiques » rencontrées sur le terrain.

Il était également essentiel pour santhea de participer aux réunions de concertation organisées entre les cabinets, les administrations (AViQ — IRISCARE) et les fédérations MR/S afin de relayer les problématiques affectant les membres. Ces échanges ont donné lieu aux circulaires adressées au secteur. En voici quelques exemples :



[...] ces réunions constituaient également des moments propices aux partages d'expériences, des ressentis et des problématiques « pratiques » rencontrées sur le terrain



• **Participation à l'élaboration des multiples circulaires liées au confinement et au déconfinement**

Santhea a participé à l'ensemble des réunions de concertation avec les autorités régionales et l'administration afin d'adapter les directives à l'évolution de la crise sanitaire. Cet apport était à chaque fois nourri des échanges entre membres lors des calls Aînés organisés hebdomadairement. Quelques mesures :

- Définition des procédures de base COVID-19 et procédures de cas possibles ou confirmés de COVID-19 en MR/S;
- Consignes aux MR/S pour un déconfinement progressif;
- Directives relatives à la réouverture des centres d'accueil de jour et des centres de soins de jour;
- Directives relatives à la poursuite du déconfinement dans les résidences-services;
- Adaptions des directives dans les MR/S pour les fêtes de fin d'année 2020;
- Etc.

• **Participation aux réunions destinées à l'élaboration d'un mécanisme de soutien financier temporaire aux MR/S lourdement touchées par la crise sanitaire**

Dans ce cadre, plusieurs aides ponctuelles ont été octroyées et une immunisation du forfait journalier MR/S a permis aux établissements de garder leurs financements publics malgré un taux d'occupation de leurs lits historiquement bas. Quelques chiffres :

- Les MR/S wallonnes ont reçu en trois fois 1 050 € par lit agréé pour les soutenir durant cette crise sanitaire (achat EPI, engagement de personnel, formations, etc.) soit pour une MR de 100 lits : 105 000 €;
- Immunisation du financement public jusqu'au 31 mars 2021 (très certainement prolongé jusqu'au 30 juin 2021). Fictivement, la Wallonie a financé (plus ou moins 50 € par jour en moyenne) les lits inoccupés (taux d'occupation habituel avant la crise);
- Compensation de 50 % de la perte de quote-part

bénéficiaire (frais d'hébergement payés par les résidents) si l'établissement avait perdu 10 % de taux d'occupation ou plus.

• **Participation à l'élaboration de la stratégie de testing en Wallonie : phasage, process, etc.**

L'objectif était de circonscrire les modalités de testing dans les collectivités de soins résidentielles implantées en Wallonie, en dehors du processus « Testing & Tracing » fédéral. Dans un premier temps, la priorité était le testing des personnes symptomatiques afin d'isoler la personne chez elle ou de prendre les mesures si elle nécessitait une hospitalisation. Pour les collectivités de soins résidentielles, dès deux cas possibles, la stratégie de testing était adaptée par la Cellule de surveillance des maladies de l'AViQ (SURVMI) afin que les établissements puissent prendre rapidement les mesures nécessaires à la préservation de la situation sanitaire de l'institution.

En outre, plusieurs réunions de concertation ont été tenues entre le cabinet de la ministre wallonne de la Santé, les fédérations hospitalières et MR/S, et l'AViQ afin d'optimiser la collaboration entre les hôpitaux et les MR/S wallonnes. Une des premières thématiques abordées fut d'ailleurs la communication entre ces deux opérateurs de santé (fiche de liaison).

Au vu des nombreuses informations distillées par de nombreuses sources, il était nécessaire de les trier, de les synthétiser et de les communiquer au plus vite aux membres. Les gestionnaires des structures membres de santhea ont, dès lors, pu bénéficier, dès le début de la crise, d'une information rapide de santhea via des notes, des flash infos, des call teams, de l'ensemble des thématiques-problématiques liées à la gestion d'une MR/S dans les conditions exceptionnelles d'une crise sanitaire.

L'équipe de santhea a également tenu à apporter une aide individuelle aux membres du secteur des Aînés rencontrant des problèmes d'approvisionnement de

matériel EPI (masques, gants, etc.). En effet, lors de la première vague, les problèmes d'approvisionnement d'EPI se sont accentués pour les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés et l'ensemble de l'équipe de santhea s'est donc mobilisé pour pouvoir répondre aux demandes ponctuelles de certains membres.

LE SECTEUR MALMENÉ DE LA SANTÉ MENTALE

Durant la crise, santhea s'est directement impliqué auprès des différents niveaux de pouvoir afin de faire valoir les réalités du secteur de la Santé mentale et de permettre la définition concertée d'un équilibre entre la gestion de crise et le maintien des soins.

Pour le secteur de la Santé mentale, outre les réunions « spéciales COVID-19 » organisées par santhea à destination de ses membres, nous avons été amenés à participer à de multiples réunions avec les autorités (cabinets et administrations) bruxelloises et wallonnes. Un suivi hebdomadaire était ainsi assuré avec les autorités régionales concernant certaines thématiques importantes, comme celles de la vaccination. Il semble tout de même utile d'explicitier quelques exemples concrets de dossiers traités :

- **L'adaptation des circulaires relatives aux sorties extérieures et aux visites dans le secteur résidentiel**

Au moment du déconfinement et au fur et à mesure de l'évolution sanitaire, il était primordial pour les CRF, les MSP ou les IHP de permettre un assouplissement progressif des mesures afin de faciliter leurs missions de réinsertion et de réhabilitation.

- **Le plan « Get-up Wallonia »**

De par la participation de santhea au Comité de Pilotage Transversal, au Comité d'Accompagnement Sectoriel ainsi qu'aux réunions d'articulation entre les SPAD et le secteur des MR/S, la fédération a pu définir et défendre le cadre d'intervention des SPAD et faire valoir le fait que le monitoring du plan puisse s'opérer de manière à limiter le plus possible la charge de travail administratif pour les équipes (SSM, SPAD, MSP).

- **La prolongation de l'immunisation budgétaire**

Depuis le mois de mars 2020, santhea a défendu l'immunisation budgétaire pour les structures subventionnées par les régions. Celle-ci permet de concilier les exigences sociosanitaires (distanciation sociale) et le maintien de l'offre de soins. La fédération continuera à défendre ce mécanisme tant que la situation ne permettra pas aux opérateurs d'utiliser normalement leur capacité d'accueil.

- **La prolongation de l'hospitalisation partielle à domicile**

Au sein des hôpitaux psychiatriques, ce mode de facturation permettant de valoriser des prestations réalisées à distance permet de maintenir des environnements de

soins sécurés en hospitalisation de jour par le maintien des distances physiques et le dédoublement de groupes thérapeutiques. Là encore, tant que la situation sanitaire l'exigera, santhea continuera à demander son maintien auprès de l'INAMI.

LE MONITORING DE LA SITUATION

L'équipe du Département Études et Qualité (DEQ) de santhea a récolté une quantité importante de données relatives à la question du financement spécifique « COVID ». Il a d'abord fallu évaluer l'ampleur de l'impact de la première vague sur nos membres hospitaliers. Pour ce faire, nous avons d'une part récolté les fichiers relatifs à l'enquête « surcoûts » du SPF et d'autre part, réalisé une enquête conséquente basée sur l'évolution des recettes (par code comptable) et sur l'évolution de l'activité (par type d'hospitalisation et par type de consultation). Ces données, compilées et agrégées dans une base de données spécifique, nous ont servi ensuite à défendre les intérêts de nos membres lors des multiples réunions externes ayant pour but de fixer les différents financements auxquels pouvaient prétendre les hôpitaux (cf. point financement). Nous avons également récolté les fichiers relatifs au 1^{er} décompte en lien avec l'indemnisation fédérale afin d'avoir une vue sur ce que l'administration comptabilisait pour nos différents hôpitaux. Toutes ces données réunies dans un même fichier nous ont permis de faire des analyses systématiques et de pouvoir retourner vers nos membres ou directement vers les autorités pour leur signaler les problèmes rencontrés.

Pour soutenir les conseillers de santhea dans leurs missions auprès des membres, l'équipe du DEQ a également développé un tableau de bord dédié à l'évolution de la pandémie mis à jour quotidiennement, et ce depuis le début de la crise. Exploitant des données issues du SPF Santé publique, de Sciensano et de l'AViQ, cet outil permet de suivre le taux d'occupation des lits par phase, par province et par hôpital. Il permet également d'étudier l'évolution de la proportion de patients hospitalisés, en distinguant ceux admis aux soins intensifs. Parallèlement, un reporting a également été proposé à nos conseillers. Celui-ci résume certaines données hospitalières contenues dans le tableau de bord, mais en présente également d'autres telles que le nombre de clusters et de résidents contaminés en MR/S, la proportion de personnel écarté dans les structures d'hébergement, ainsi que le nombre de tests réalisés et la proportion de résultats positifs. Ce rapport journalier permet aux conseillers d'avoir une vision plus claire et plus précise de la situation des membres afin d'agir et de les assister.

Enfin, comme déjà expliqué au début de cet article, la base de données a également permis, au cours de la première vague de la pandémie, de centraliser les résultats d'enquêtes récurrentes concernant les stocks de matériel



[...] le monde de la santé, a, en effet, démontré une grande résilience et une détermination hors du commun [...]

de l'ensemble des membres. Les informations fournies par les institutions ont permis, d'une part d'exposer clairement les pénuries observées aux autorités fédérales et régionales, et d'autre part d'anticiper les situations les plus problématiques en organisant la répartition d'équipements collectés par santhea sur base de dons.

LE RAPPORT DE SANTHEA SUR LA GESTION DE LA CRISE

À l'issue de la première vague, une enquête ponctuelle plus approfondie a été proposée à l'ensemble des membres dans le but de faire une première évaluation de leur vécu. Cette enquête s'est intéressée à la gestion de la crise par les autorités, à l'impact des pénuries de matériel, ainsi qu'aux éventuelles collaborations mises en place à l'intérieur et à l'extérieur des réseaux hospitaliers. Les données et les témoignages récoltés ont été analysés et utilisés ensuite pour la rédaction d'un rapport publié en octobre par santhea. Plusieurs constats en sont ressortis. Ainsi, nous y apprenons que le monde de la santé a, en effet, démontré une grande résilience et une détermination hors du commun à mener à bien ses missions. Le secteur a innové, dans son organisation et dans son fonctionnement, pour faire face

aux nombreuses pénuries et à une prise en charge complexe des patients. Mais cette crise a aussi démontré les limites de notre système, et les défaillances de celui-ci sont venues amplifier une situation déjà critique en elle-même. Concrètement, cette publication détaille les dysfonctionnements vécus par le terrain durant la première vague de la pandémie, propose des comparaisons intéressantes avec d'autres pays et propose quelques pistes de réflexion concernant l'évolution de notre système de soins de santé. De nombreux experts affirment en effet que de telles situations pourraient se reproduire à l'avenir. Il était donc nécessaire, notamment au travers de ce rapport, de tirer les leçons du passé pour apporter les changements nécessaires et rendre ainsi notre système de santé plus résistant aux « agressions » extérieures.

LES APPARITIONS EN COMMISSIONS PARLEMENTAIRES

Les fédérations d'institutions de soins de santé, dont santhea, ont été invitées à relater l'expérience vécue par leurs membres durant la crise lors de commissions spéciales organisées par le Fédéral et par les entités fédérées. Plusieurs points importants ont été mis en avant par les fédérations, en commençant par le manque d'anticipation et de préparation de la Belgique quant à la possible émergence d'une pandémie. La complexité institutionnelle, impliquant notamment une méconnaissance des compétences respectives des différents niveaux de pouvoirs et le défaut de coordination entre les entités fédérées et le fédéral ainsi que la communication défaillante entre ceux-ci, ont également été pointées. Par ailleurs, les conséquences de la faible intégration entre les structures et les lignes de soins, le manque de considération des autorités quant aux réalités vécues par le terrain ainsi que la politique de testing et de mise en quarantaine défaillante ont également été évoqués par les fédérations. Enfin, toutes les difficultés auxquelles les établissements de soins de santé ont dû faire face telles que les problématiques liées aux ressources humaines, la



charge d'enregistrement des données, le dédoublement des flux patients ou encore le bashing médiatique subit essentiellement par le secteur des Aînés, par exemple, ont aussi été soulignées, sans oublier, bien entendu, les nombreuses pénuries, en commençant par le manque de matériel de protection.

Porter la voix du secteur... même dans la presse

Au cours de cette crise, santhea a fait de nombreuses apparitions dans les médias. En effet, les membres du Comité de direction ont été très sollicités par les journalistes. Un exercice complexe, mais nécessaire, qui a permis de dénoncer certaines situations intolérables. La presse a été – et est toujours – une alliée de poids dans cette lutte contre la pandémie. Le métier de santhea est d'être le porte-voix du terrain auprès des autorités et évidemment, dans ce contexte si particulier, le Comité de direction n'a eu de cesse que de leur relayer les besoins et difficultés extrêmes des institutions de soins. Ce sont en fait une série de raisons comme la complexité et l'opacité du système décisionnel mis en place par les autorités fédérales (multiplication des groupes de travail et organes décisionnels ou non, absence de transparence, refus d'inclure les fédérations dans la Task Force sur les pénuries, etc.) voire la propension de certains acteurs politiques et administratifs à ne rien vouloir entendre, qui ont poussé la fédération à se tourner vers la presse, afin que le secteur des soins soit entendu.

Lorsque cela s'avérait nécessaire, santhea n'a pas hésité à monter au créneau et à prendre contact avec les journalistes afin qu'ils relayent les positions de la fédération. De fil en aiguille, plus d'une centaine d'articles de presse écrite (journaux nationaux généralistes et spécialisés, mais aussi internationaux) ont relayé les demandes, préoccupations, réalités et attentes du terrain, par l'entremise de santhea. S'en sont également suivies des interviews radio et télévisées. L'important pour la

fédération n'est pas le nombre de relais presse en lui-même, mais bien l'écho de ceux-ci dans le monde politique. Les autorités ont été mises face aux revendications du terrain et cela a permis à la fédération de poursuivre ses efforts en coulisses, en vue de déboucher sur des actions aussi concrètes et adéquates que possible.

Quelques remerciements !

Cette crise aura au moins eu le mérite de mettre en valeur le formidable travail qu'opère tous les jours le personnel des institutions de soins. Dotés d'un incroyable pouvoir d'adaptation et d'une bonne dose de courage, des milliers d'hommes et de femmes ont continué à prendre soin de leurs patients et de leurs résidents. Santhea a voulu leur rendre hommage au travers d'une campagne d'affichage. Avec celle-ci, santhea souhaite encourager et surtout remercier le personnel des institutions membres de la fédération, qui s'est dévoué corps et âme pour affronter le coronavirus et prendre soin des autres. Le message repris sur les affiches est simple, court et efficace : « Merci ! Vous êtes extraordinaires. ». Les modèles sont des membres



Un exercice complexe, mais nécessaire, qui a permis de dénoncer certaines situations intolérables





du personnel qui travaillent en première ligne face au virus.

Par ailleurs, les employés de la fédération ont vécu une expérience humaine et professionnelle intense qu'ils ne sont pas près d'oublier. Ils ont, tous, été présents dès le début, sept jours sur sept, sans ménager leurs efforts. Jour après jour, à l'écoute des besoins et attentes évolutifs du terrain, ils ont déployé leur énergie pour y répondre au mieux, faisant preuve d'initiative, de créativité et de persévérance. La crise a démontré qu'une fédération comme santhea, avec son expérience et son expertise, avait les capacités nécessaires pour soutenir ses membres. Mais la recherche d'efficacité nous impose d'aller plus loin et de travailler au développement de collaborations plus fortes. À l'heure où le secteur évolue et les réseaux hospitaliers se finalisent, ceux-ci étant probablement précurseurs de systèmes de santé plus intégrés, le « stand alone » n'a plus de sens. Il faut, dès aujourd'hui, construire l'avenir.



LA CYBERSÉCURITÉ DES HÔPITAUX, UN IMPÉRATIF

La cybersécurité est au cœur de l'actualité, et ce particulièrement dans le secteur des soins de santé. De fait, non seulement les données qui y sont traitées sont sensibles, mais rares sont les institutions de soins qui disposent d'une infrastructure informatique suffisamment robuste pour protéger ces données contre des tentatives sophistiquées de piratage, principalement par manque de moyens. Les risques sont pourtant élevés dans un contexte de digitalisation en plein essor où les cybercriminels ciblent de plus en plus les hôpitaux, conscients de leur vulnérabilité et de la valeur des informations en leur possession.

LES RISQUES AUXQUELS LES HÔPITAUX S'EXPOSENT EN CAS DE CYBERATTAQUE

On distingue trois types d'atteintes aux données, celles-ci pouvant très bien survenir simultanément lors d'une même attaque.

On parle d'atteinte à la confidentialité des données lorsqu'une personne prend connaissance, de façon volontaire ou involontaire, d'informations auxquelles elle ne pourrait pas accéder en temps normal. Quand une institution de soins est victime d'une telle attaque, les pirates responsables peuvent s'emparer d'informations administratives ou médicales en vue de les revendre, de faire chanter les victimes ou de nuire à leur réputation. Si les activités de l'institution ne sont pas directement impactées par un tel type d'évènement, son image peut en sortir sévèrement dégradée, sans parler de l'atteinte aux droits et libertés des patients dont la vie privée peut se retrouver exposée en ligne ou aux mains de sociétés privées.

Les cybercriminels peuvent également s'en prendre à l'intégrité des données en modifiant leur contenu de façon non

autorisée. Dans le cas d'une institution de soins, une attaque de ce type peut mener à des erreurs de facturation, ou bien plus grave pour le patient, à des diagnostics ou des soins erronés, en ciblant, par exemple, un Dossier Patient Informatisé.

Une cyberattaque peut également impacter la disponibilité des données et paralyser à des degrés divers une institution de soins en bloquant l'accès à des informations et à des services essentiels à son bon fonctionnement. Il peut s'agir ici, notamment, de son DPI, de sa téléphonie, de son accès à l'Internet ou encore d'un logiciel de gestion des salles d'opération. Ce type d'atteinte, capable d'entraîner la mort d'un patient en cas d'urgence vitale, est aujourd'hui l'un des plus courants. Les pirates procèdent généralement au cryptage des données et exigent ensuite le paiement d'une rançon pour rétablir l'accès de l'institution à ses informations.



Les cybercriminels ciblent de plus en plus les hôpitaux, conscients de leur vulnérabilité





LÉGISLATION ET DIRECTIVES (POTENTIELLEMENT) APPLICABLES AUX HÔPITAUX EN MATIÈRE DE CYBERSÉCURITÉ

En 1994, l'État imposait aux hôpitaux, via un arrêté royal¹, de désigner un **conseiller en sécurité de l'information (CSI)**. Sa mission y est définie de manière fort large puisqu'il s'agit pour celui-ci de conseiller le responsable de la gestion journalière au sujet de tous les aspects de la sécurité de l'information. Malgré la digitalisation croissante des soins de santé observée au cours des vingt dernières années, cette obligation est longtemps restée la seule applicable aux hôpitaux en matière de cybersécurité.

En mai 2018, la législation a finalement évolué avec l'entrée en application du **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)** et sa transposition en droit belge via la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel sur la protection des données. De nombreuses obligations visant à encadrer le traitement des données à caractère personnel y figurent. L'article 28.6 de cette loi impose, en particulier, à tout organisme qui traite de telles données de garantir leur sécurité, y compris en les protégeant contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées.

Étant donné qu'elles traitent des quantités considérables de données à caractère personnel sensibles au quotidien, les institutions de soins sont directement concernées par cette obligation, ainsi que par de nombreuses autres dictées par le RGPD et la loi qui le transpose. S'agissant

principalement du traitement de données sensibles en lien avec la santé, il leur est ainsi également imposé de nommer un délégué à la protection des données (DPO – Data Protection Officer), dont la fonction consiste à conseiller la direction sur toutes les matières concernées par le traitement de données à caractère personnel, y compris leur protection. Ces obligations se révèlent en pratique fort coûteuses et contraignantes, tout manquement étant passible de sanctions définies par l'Autorité de Protection des Données. Selon la gravité des faits et le statut public ou privé de l'institution fautive, celle-ci peut imposer de lourdes amendes, des sanctions pénales, voire l'arrêt du ou des traitements jugés non conformes, une sentence pouvant, elle aussi, pénaliser sérieusement une institution d'un point de vue financier.

La **directive européenne Network and Information Security (NIS)** vise de son côté à assurer un niveau de sécurité élevé et commun pour les réseaux et les systèmes d'information de l'Union européenne, afin de renforcer leurs protections face à des attaques informatiques de plus en plus nombreuses et sophistiquées. Adoptée en 2016 au niveau européen et transposée en droit belge en 2019², elle impose une série d'obligations aux Opérateurs de Services Essentiels (OSE), identifiés comme tels par chaque autorité sectorielle nationale, en vue de mettre en place un système de gestion de la sécurité de l'information (Information Security Management System – ISMS en anglais) basé sur les normes ISO27001/27002 propres à la gestion de la sécurité de l'information.

Malgré la fonction à priori essentielle remplie par les hôpitaux, et tout particulièrement en période de

1 Arrêté royal du 16 décembre 1994 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

2 Loi du 7 avril 2019 établissant un cadre pour la sécurité des réseaux et des systèmes d'information d'intérêt général pour la sécurité publique.

catastrophe ou de crise sanitaire, ceux-ci ne sont pas concernés, à ce jour, par la directive NIS. En tant qu'autorité sectorielle, le SPF Santé publique devait identifier les premiers OSE pour le 3 novembre 2019. Cependant, faute d'avoir énuméré les critères d'applicabilité de la Directive NIS, cette identification n'a toujours pas eu lieu, privant ainsi le texte de ses effets dans le secteur des soins de santé. Pour justifier sa position, le SPF Santé publique se réfère à l'existence des PUH (Plans d'Urgence Hospitaliers), aux processus d'accréditation et à l'ISO 27001. Dans les faits, le PUH n'est qu'un « plan de réaction » à une situation d'urgence et non un ensemble de mesures visant à renforcer la sécurité; les accréditations canadiennes et américaines ne se penchent pas sur la sécurité informatique; et très peu d'hôpitaux sont accrédités ISO 27001. En conséquence, les hôpitaux ne peuvent pas, entre autres points, bénéficier du mécanisme d'alerte et de coopération en mode sortant prévu par la directive (un nouveau type d'attaque repéré en Belgique ne sera pas signalé dans les autres pays) ni, plus grave encore, en mode entrant (une attaque repérée dans un hôpital en France ne sera pas communiquée aux hôpitaux belges). Le 30 octobre 2020, la Commission européenne a par ailleurs pointé plusieurs infractions dans la mise en conformité de la Belgique avec la Directive NIS, dont la non-désignation d'OSE dans le secteur de la santé³.

En décembre 2020, la plate-forme eHealth⁴ a présenté en séance plénière du Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers (CFEH) une liste de **normes minimales de sécurité de l'information** (NMN). S'il ne s'agit pas d'une directive ou d'une loi en tant que telle, les hôpitaux devront néanmoins respecter ces normes, quelque peu moins contraignantes que celles imposées par la directive NIS.

UN MANQUE CRITIQUE DE FINANCEMENT DES MESURES EN MATIÈRE DE CYBERSÉCURITÉ

Malgré la multiplication des cyber-risques auxquels sont exposés les hôpitaux, et les obligations en termes de sécurité informatique qui leur ont été imposées par les autorités, aucun financement adéquat, ni même minimum, n'a été dégagé pour les soutenir.

Comme l'a souligné le Conseil fédéral des Établissements hospitaliers (CFEH) à de multiples reprises dans ses avis annuels, **les fonctions de CSI et de DPO**, pourtant obligatoires, n'ont jamais été financées. Celles-ci sont pourtant, à juste titre, d'une importance capitale pour la sécurité de l'information dans les hôpitaux et la protection des données à caractère personnel de leurs patients et des membres de leur personnel.

Comme mentionné auparavant, la désignation d'un DPO ne représente que l'une des nombreuses obligations dictées par le **RGPD**. Le processus de mise en conformité dans son ensemble représente un projet complexe, long et coûteux à mener. Plus de trois ans après la mise en application du règlement européen et sa transposition en droit belge, force est de constater qu'aucun projet de soutien financier n'a été proposé aux hôpitaux en la matière.



Les fonctions de CSI et de DPO, pourtant obligatoires, n'ont jamais été financées

3 « Cybersecurity: Commission urges BELGIUM, HUNGARY and ROMANIA to comply with their obligations regarding operators of essential services ».

4 Institution fédérale dont la mission consiste à promouvoir et soutenir une prestation de services et un échange d'informations électroniques organisées entre tous les acteurs des soins de santé.



De nombreuses institutions, surtout celles de petite taille, risquent également de se retrouver dans l'embarras face à l'absence totale de moyens mis à leur disposition en vue de répondre aux exigences dictées par les **normes minimales de sécurité de l'information de la plate-forme eHealth**. Dans ce domaine, la désignation des hôpitaux en tant qu'OSE, et l'octroi d'un financement résultant de ce statut, légitime et nécessaire, permettrait de résoudre le problème, tout en offrant aux hôpitaux le bénéfice des autres dispositions propres à la **directive NIS**.

UN PROBLÈME ENGLOBANT L'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE DIGITALISATION DES HÔPITAUX

L'absence de financement de la sécurité de l'information dans les hôpitaux n'est en réalité que la partie visible de l'iceberg. Le problème concerne tout le processus de digitalisation des hôpitaux, aujourd'hui confronté à un sévère manque de ressources financières pour se développer dans de bonnes conditions.

En 2015, les besoins en Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans les hôpitaux étaient déjà estimés à 550 millions € (soit l'équivalent de 2,59 % du chiffre d'affaires)⁵. En pratique, les hôpitaux ne peuvent actuellement compter que sur un budget de 40 millions €, accordé dans le cadre du financement du DPI, celui-ci s'ajoutant à un budget existant de 16 millions €. Le calcul est rapide : seuls 10 % des dépenses relatives à la digitalisation dans les hôpitaux sont actuellement financés

par l'autorité. Dans ce contexte, le CFEH a relayé la demande d'une tranche supplémentaire de 40 millions € pour le financement du support TIC dans les processus de soins cliniques, en particulier le DPI, et les processus de gestion.

Face aux défis actuels, ceci est hélas loin d'être suffisant, à supposer que la proposition soit suivie. À ce stade, le manque chronique de financement en matière d'informatique hospitalière a retardé, pour nombre d'hôpitaux, le développement d'une infrastructure TIC robuste et d'une politique de cybersécurité de qualité permettant de faire face à une cybercriminalité en hausse et à une société en pleine évolution sur le plan de la digitalisation.

À l'instar de ce que la France vient de décider, c'est un plan d'investissement massif dans l'informatique hospitalière qui s'impose désormais au niveau national belge. L'accent devrait être mis sur la protection contre les cybermenaces, au risque de voir survenir de plus en plus d'incidents susceptibles de paralyser une partie importante de notre système de soins de santé, à une époque où les défis qu'il rencontre se complexifient largement.

⁵ Les dépenses annuelles en informatique ont été estimées à l'aide d'une enquête standardisée (NEN-EN-15221). Les résultats sont basés sur un échantillon de 18 hôpitaux (chiffres 2014).

BIENTÔT UNE RESTRICTION QUANT AU CHAMP D'APPLICATION DE L'EXEMPTION DE LA TVA EN MATIÈRE DE PRESTATIONS DE SOINS MÉDICAUX À LA PERSONNE ?

Le 5 décembre 2019, la Cour constitutionnelle belge rendait un arrêt en matière de TVA, à la suite de l'arrêt rendu par la Cour de Justice de l'Union Européenne¹ à ce même sujet. L'arrêt de la Cour constitutionnelle amorce un changement conséquent en matière d'exemption.

En effet, outre i) annuler, pour partie, l'article 44, § 1^{er} du Code TVA en ce qu'il réserve l'exemption de TVA aux professions médicales et paramédicales reconnues et réglementées et ii) préciser, en ce qui concerne l'esthétique, que seules les prestations de soins restent exemptées de TVA, la modification majeure apportée par cet arrêt est sans nul doute l'annulation de l'article 44, § 1^{er} du Code TVA en ce qu'il exonère de la TVA les services réalisés par les prestataires de soins² qui ne constituent pas des prestations de soins à la personne.

Le champ d'application de l'exemption de la TVA, tel qu'il existait jusqu'alors, s'en trouve potentiellement drastiquement restreint. En effet, alors qu'auparavant il y avait lieu de considérer que la qualité du prestataire permettait, en tant que telle, de bénéficier d'une exemption générale de la TVA en ce compris pour les prestations qui ne peuvent être qualifiées de «prestations de soins à la personne», l'arrêt de la Cour constitutionnelle change la donne : dorénavant, toutes les prestations de

services susceptibles d'être accomplies par des praticiens de professions médicales et paramédicales ne sont plus automatiquement exemptées.

L'exemption de la TVA est à présent fonction de la finalité de la prestation : celle-ci doit être thérapeutique, c'est-à-dire viser la protection, le maintien ou le rétablissement de la santé.



L'exemption
de la TVA
est à présent
fonction de la
finalité de la
prestation



1 Arrêt du 27 juin 2019 dans l'affaire C-597/17, la Cour de justice de l'Union européenne.

2 [§ 1^{er}. Sont exemptées de la taxe, les prestations de services effectuées dans l'exercice de leur activité habituelle par les personnes suivantes :

1° les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes.

(...)

2° les sages-femmes, les infirmiers et les aides-soignants ;

3° les praticiens d'une profession paramédicale reconnue et réglementée, concernant leurs prestations de nature paramédicale qui sont reprises dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.]



REVENONS SUR CES MODIFICATIONS :

Le bénéfice de l'exemption de l'article 44, § 1^{er} du Code de la TVA ne peut être réservé aux seules professions médicales et paramédicales connues et réglementées.

Ainsi, par exemple, les chiropraticiens et ostéopathes pourront bénéficier de l'exemption de la TVA dès lors qu'ils possèdent les qualifications nécessaires pour fournir les prestations de soins à la personne dont le niveau de qualité est suffisamment élevé pour être semblable à celles qui sont proposées par le membre d'une profession médicale ou paramédicale réglementée lorsque ces derniers pratiquent la chiropraxie ou l'ostéopathie.

Moyennant le respect de certaines conditions, ces professionnels peuvent, depuis le 1^{er} octobre 2019 (suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 5 décembre 2019), être exonérés de TVA. Les dispositions légales y afférentes doivent encore être modifiées. Dans l'attente de cette modification, le SPF Finances a communiqué à ce sujet et permet aux praticiens de choisir soit pour l'exemption soit pour la taxation, moyennant certaines démarches.

Les prestations de services qui concernent des interventions et des traitements à vocation esthétique sont soumises à la TVA, qu'elles soient effectuées par des médecins, des dentistes, des infirmiers ou tout autre praticien.

Les points a) et b) de l'article 44, § 1^{er}, 1^o du Code de la TVA ont donc été annulés. Ces points concernaient les conditions INAMI relatives aux interventions et traitements à vocation esthétique.

Sont donc soumises à la TVA les prestations esthétiques effectuées par les médecins.

Le SPF Finances a communiqué à ce sujet le 17 janvier 2020 :

S'agissant des traitements à vocation esthétique, la TVA s'applique non seulement aux traitements effectués par un médecin et à tous les soins hospitaliers et médicaux et services liés à un tel traitement effectué dans un hôpital, mais également, suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 5 décembre 2019, aux traitements effectués par les dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, les professionnels de la santé, les organisations de ces professionnels et les auxiliaires médicaux ainsi qu'aux soins médicaux, services et fournitures de biens étroitement liés à un tel traitement et qui sont fournis en dehors des hôpitaux, des établissements psychiatriques, des cliniques et des dispensaires.

En effet, afin de se conformer à l'arrêt susmentionné, l'article 44, § 1^{er} et § 2, doit encore être modifié afin d'inclure les interventions et traitements à vocation esthétique des dentistes, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, organisations regroupant ces praticiens et personnel paramédical dans l'exception à l'exonération de TVA.

À cet égard, le SPF Finances précise que bien que la Cour constitutionnelle estime que la TVA est applicable à l'ensemble de ces prestations depuis le 1^{er} octobre 2019, ces nouvelles règles seront d'application dès que les dispositions légales seront modifiées, ce qui n'est pas encore le cas en l'espèce.

Les prestations de services qui ne constituent pas des prestations de soins à la personne ne peuvent plus bénéficier de l'exemption à la TVA.

En d'autres mots, les prestations de services susceptibles d'être accomplies par des praticiens de professions

médicales et paramédicales qui ne constitueraient pas des prestations thérapeutiques à proprement parler, ne seraient plus automatiquement exemptées (ex : les prestations d'un médecin directeur médical d'un hôpital, en dehors de ses prestations purement de soins).

Pour rappel, en avril 2020, le cabinet du ministre De Croo, alors ministre des Finances, élaborait un projet de circulaire relative aux collaborations entre les établissements de soins et par conséquent, aux collaborations au sein des réseaux hospitaliers. Ce projet de circulaire visait donc à commenter la question des collaborations dans le secteur des soins, au regard de l'article 44, § 2, 1^o du Code de la TVA, soit une disposition qui nécessitait alors encore l'adoption d'une modification législative compte tenu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 5 décembre 2019.

Santhea, en collaboration avec les autres fédérations, avait vivement réagi par rapport à ce projet de circulaire. Nous n'avions cependant obtenu aucune réaction à notre interpellation, ni de la part de l'administration de la TVA ni de la part du cabinet.

Aucune suite ne fut cependant donnée à ce projet de circulaire. La disposition qu'elle commentait – l'article 44, § 2, 1^o du Code de la TVA – qui nécessitait d'être modifiée suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle fit, quant à elle, l'objet d'un avant-projet de loi.

En effet, le 16 mai 2020, sur proposition du ministre De Croo, le Conseil des ministres approuvait un avant-projet de loi modifiant l'article 44 précité. Concrètement, le projet de loi adoptait sans nuances la position de la Cour européenne de Justice et ne visait désormais à exempter, à l'avenir, que les prestations des médecins et des hôpitaux lorsque celles-ci étaient considérées comme ayant un but thérapeutique. Ainsi, une prestation administrative annexe aux prestations médicales d'un médecin en chef ou d'un chef de service aurait purement et simplement été facturée à l'hôpital avec application de la

TVA à 21 %, sachant que les hôpitaux ne disposent pratiquement pas de droit à déduction de la TVA.

Cet avant-projet de loi fut ensuite transmis pour avis au Conseil d'État. Malgré nos demandes répétées de consultation du terrain pour l'élaboration de cette nouvelle réglementation en matière de TVA – compte tenu des conséquences majeures pour les hôpitaux – les fédérations francophones ne furent pas entendues, tant pour la rédaction de la circulaire que pour celle de l'article 44 modifié du Code de la TVA.

Le 25 juin 2020, le projet de loi était déposé à la Chambre des Représentants et le 1^{er} juillet, il était inscrit à l'ordre du jour de la réunion de la Commission des Finances et du Budget, avec invocation de l'urgence, réduisant ainsi au minimum les travaux parlementaires.

En collaboration avec les autres fédérations francophones et notre conseil TVA, santhea a immédiatement réagi auprès des ministres De Croo et De Block, faisant part d'une absence complète de concertation avec le secteur et ce, dans un contexte peu approprié à une réforme fiscale, en soulignant encore une fois les difficultés financières dans lesquelles se retrouve notre système de soins de santé depuis plusieurs années et, a fortiori, depuis le mois de mars 2020. Nos ministres régionaux ont aussi été sollicités afin de prendre en considération les impacts de ce projet de loi dans le secteur des Aînés



Les hôpitaux ne disposent pratiquement pas de droit à déduction de la TVA





et, potentiellement, dans le secteur de la Santé mentale. Enfin, nous avons également sollicité les parlementaires afin qu'ils se fassent le relais de ces considérations à l'occasion de l'examen du texte en Commission des Finances et du Budget à la Chambre des représentants le 1^{er} juillet.

Nous avons été largement soutenus dans notre analyse et avons obtenu un report des discussions et la prise en compte du secteur dans les débats.

À cette fin, nous avons présenté dans le courant du mois d'août 2020 une proposition de modification du projet de loi, avec un exposé des motifs adapté, soutenu par la jurisprudence européenne en la matière.

Cette proposition de modifications – toujours d'actualité – s'articule autour des éléments suivants :

Premièrement, et c'est une demande récurrente, il nous paraît opportun de prévoir explicitement que les **fonctions rendues obligatoires en vertu de la loi**³, exercées dans les institutions de soins de santé par des titulaires de professions médicales qui entrent dans le champ de l'exemption (médecins, infirmières, etc.), bénéficient de cette exemption pour toutes leurs prestations, thérapeutiques ou non, dans l'institution de soins. Sur ce point, il convient de rappeler que la législation des institutions de soins de santé impose de respecter un vaste faisceau de normes, dont des normes instaurant des fonctions à exercer par de tels professionnels (fonctions de

médecin ou infirmier hygiéniste, de médecin coordinateur, de médecin RHM, etc.).

Deuxièmement, il nous semble important que la **problématique des réseaux hospitaliers** soit abordée. L'adoption de la loi du 28 février 2019⁴ entraîne en effet une profonde modification du paysage hospitalier en imposant aux hôpitaux de s'organiser en réseaux.

Compte tenu de la réforme contenue dans le projet de loi, il apparaît que les prestations qui seront effectuées entre les hôpitaux membres d'un même réseau à partir du 1^{er} janvier 2022 risqueraient d'être soumises à la TVA.

Or, ces prestations s'inscrivent par hypothèse dans l'optique des soins à la personne. L'exemption prévue par l'art. 44, § 2, 1^o, du Code de la TVA doit donc leur être applicable, compte tenu de son objectif qui est – comme rappelé plus haut – de réduire le coût des soins de santé et de rendre ces soins plus accessibles aux particuliers.

Troisièmement, nous constatons que les textes sont muets quant à **la période transitoire** entre l'adoption du projet et le 1^{er} janvier 2022. Actuellement, et sauf erreur de notre part, seule une simple communication de l'administration fiscale publiée sur son site internet⁵ existe.

Début septembre 2020, une nouvelle proposition nous était soumise, reprenant partiellement nos observations et demandes, que nous avons dès lors réitérées dans la foulée.

3 Exemple : article 18 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins « Dans chaque hôpital, il y a : 1^o. un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical ».

4 Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, M. B., 28 mars 2019, p. 31503.

5 <https://finances.belgium.be/fr/arret-cour-constitutionnelle-05-12-2019-chirurgie-esthetique>.

Le dossier TVA fut ensuite mis au frais pendant quelques mois, le temps pour le nouveau gouvernement de se former. Celui-ci ayant repris le dossier en l'état, les trois fédérations francophones ont promptement communiqué leurs observations et points d'attention au cabinet du nouveau ministre des Finances.

Le dossier est à présent en discussion entre les partis de la majorité, sans que nous sachions si nos observations ont été ou non retenues.

Enfin, les livraisons de biens et prestations de services étroitement liées aux prestations à finalité thérapeutique sont également exclues du bénéfice de l'exonération de la TVA lorsque :

- Elles ne sont pas indispensables à l'accomplissement des opérations exonérées;
- Elles sont essentiellement destinées à procurer à l'organisme des recettes supplémentaires par la réalisation d'opérations effectuées en concurrence directe avec celles d'entreprises commerciales soumises à la TVA.

Il s'agit de la transposition en droit interne belge de l'article 134 de la directive TVA relative aux prestations étroitement liées. Cette transposition, à la lumière des arrêts de la Cour constitutionnelle du 28 septembre 2017 et du 5 décembre 2019, est cohérente.

Il nous semble cependant essentiel de revenir sur la notion même de « prestations étroitement liées ». En effet, il est utile de rappeler que la Cour de justice a bien précisé à ce sujet que : « compte tenu de l'objectif poursuivi par l'exonération prévue à l'article 13, A, paragraphe 1, sous b), de ladite directive, il s'ensuit que seules les prestations de services **qui s'inscrivent logiquement dans le cadre de**

la fourniture des services d'hospitalisation et de soins médicaux et **qui constituent une étape indispensable dans le processus de prestation de ces services pour atteindre les buts thérapeutiques poursuivis par ces derniers** sont susceptibles de constituer des "opérations [...] étroitement liées" au sens de cette disposition. En effet, seules de telles prestations sont de nature à influencer sur le coût des soins de santé dont l'exonération en question permet de les rendre accessibles aux particuliers »⁶.

La Cour de justice met donc l'emphase sur le fait que les prestations doivent s'inscrire logiquement dans le processus des prestations de soins et constituer une étape indispensable de celles-ci. Il n'est à notre sens pas requis que ces « opérations étroitement liées » constituent per se des prestations de nature médicale, mais qu'elles s'inscrivent logiquement dans ce processus.

Ainsi, il faudrait garantir qu'aucune interprétation plus restrictive que l'interprétation retenue par la jurisprudence européenne ne puisse être considérée.

Nous avons maintes fois souligné les conséquences potentiellement considérables sur les finances des hôpitaux de l'adoption d'un texte de loi sans nuances et sans prise en compte des observations du terrain. Nous espérons aboutir à un texte équilibré, transposant la décision de la Cour constitutionnelle, incontournable certes, mais soucieuse de la réalité du terrain et des conséquences financières pour le secteur.

L'année 2021 devrait voir s'achever la saga de l'exonération médicale en matière de TVA.

6 CJCE, 1^{er} déc. 2005, arrêt *Diagnostiko & Therapeftiko Kentro Athinon-Ygeia AE*, C-394,395/04, point 25.



DÉPLOYER LES ÉQUIPES DE SOINS AVEC EFFICIENCE, SELON LES NORMES D'AGRÉMENT, À L'AUNE DE LA CLASSIFICATION DES FONCTIONS. VERS UNE ATTRACTIVITÉ RENFORCÉE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

On s'interroge régulièrement, et de longue date, au sujet de la profession infirmière. Notre fédération suit depuis plus de 20 ans les discussions, interrogations et autres revendications, dans l'optique d'y apporter une contribution constructive.

Ces revendications de la profession ne sont donc pas nouvelles. Elles présentent une certaine légitimité, qui a été exacerbée par la pandémie COVID-19 : lourdeurs concrètes et psychologiques de la charge de travail, horaires irréguliers, manque d'effectifs, rémunération insuffisante par rapport à d'autres professions de santé, et défaut de reconnaissances professionnelle et sociale. La satisfaction, au moins partielle, de ces revendications ne pourra cependant être rencontrée sans une réflexion approfondie et une transformation significative des pratiques de la profession.

En pleine crise sanitaire, la période semble paradoxalement y être particulièrement favorable : apport de moyens financiers via le « Fonds blouses

blanches » ; charte de partenariat entre les écoles d'infirmiers et les structures de soins ; réflexion récente¹ du Centre Fédéral d'Expertise (KCE) et son nouveau paradigme de quantification et d'évaluation de la charge de travail infirmier ; démarche de classification des fonctions du CFAI² et de l'IFIC³ et, enfin, informatisation du dossier patient et de l'aménagement du temps de travail.

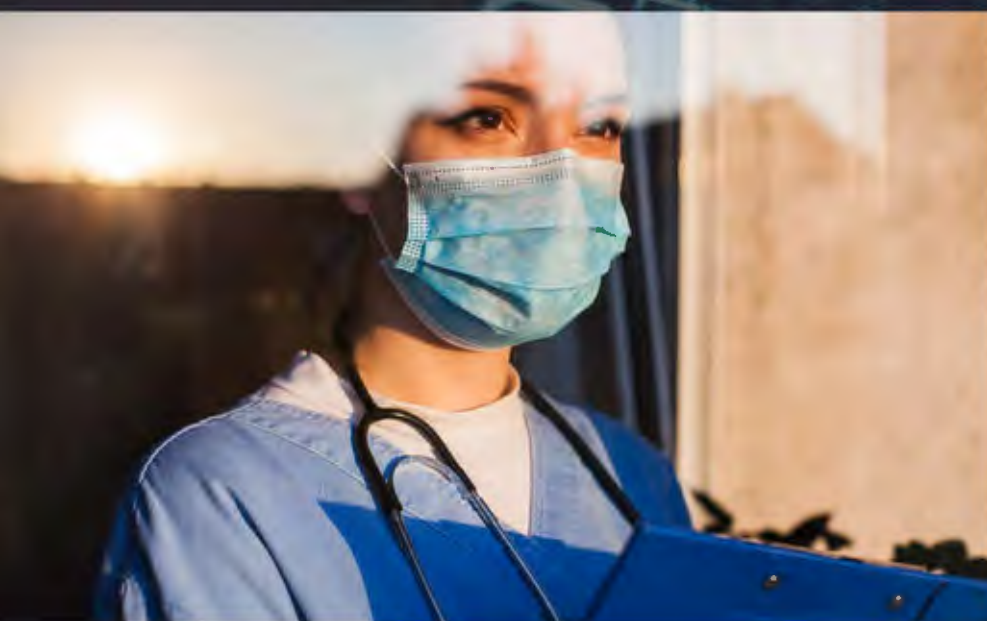
UNE ÉQUIPE DE SOINS PLURIDISCIPLINAIRE, EN TANT QUE RÉPONSE AU TRIPLE DÉFI DE L'ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, DE LA RECHERCHE DE L'OPTIMUM ENTRE LA CHARGE DE TRAVAIL ET LES RESSOURCES HUMAINES DISPONIBLES, ET DE LA CLASSIFICATION DES FONCTIONS DE SOINS

La structuration et l'organisation des équipes de soins permettent de générer une organisation de travail au travers d'une hiérarchie des savoirs, des compétences, des responsabilités et de l'autorité. Elles ne constituent pas un « pis-aller » face à une pénurie supposée de qualifications infirmières, mais, au contraire, une répartition plus efficace des tâches par une allocation échelonnée, et donc plus justifiée des compétences. La fonction infirmière doit pouvoir sortir valorisée de cette évolution des équipes soignantes, qui lui confère une responsabilité dans la délégation des actes infirmiers, dans la prise en charge globale du patient, et de la spécificité de celle-ci à son chevet.

- 1 Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus - KCE - HSR - Rapport 325 B - 2019.
- 2 Conseil fédéral de l'Art infirmier.
- 3 Institut de classification des fonctions.



Une organisation de travail au travers d'une hiérarchie des savoirs





Cela signifie, en particulier :

- Que la conception selon laquelle les soins du patient sont mieux assurés en restreignant l'accès des unités de soins aux seuls dépositaires d'une formation jugée supérieure («des infirmières uniquement dans les unités de soins») est dépassée et intenable ;
- Que la fonction aide-soignante n'est pas la prémisse d'une dévalorisation de la profession infirmière, à condition que son rôle et sa place, en soutien de l'infirmier, au sein de l'équipe pluridisciplinaire soient concrètement définis, évalués et contrôlés.

La notion «d'équipe de soutien» est abordée par le KCE, en tant qu'aide au chevet du patient pour garantir que le personnel infirmier puisse se concentrer sur les tâches spécifiquement infirmières. À cet égard, les 23 actes infirmiers délégués aux aides-soignants entre 2006 et 2019⁴, constituent-ils, d'une part, une aide substantielle pour le personnel infirmier et d'autre part, une valorisation pour le personnel aide-soignant dans son droit, au même titre que tout travailleur, à un plan de carrière? Afin de répondre à ces questions, il y a lieu d'observer la réalité de la présence aide-soignante dans toutes les unités de soins et services, en ce compris les secteurs dits «à risques», tels les services d'urgences, de soins intensifs et le quartier opératoire. Il serait également très utile d'évaluer leur temps de présence : 7 jours/7, 24 heures/24, dans les mêmes tranches horaires que celles occupées par le personnel infirmier.

Une équipe de soutien doit également pouvoir intervenir dans les sphères administratives, logistiques et de transport des patients, tâche dévolue aux aides administratives, aux assistants en logistique et aux brancardiers.

La fonction d'Aide administrative est financée depuis 1991, à concurrence de 0,5 ETP/30 lits, pour les unités de soins médicales, chirurgicales, les services d'urgences et de néonatalogie. L'accroissement des tâches administratives est cependant tel que pour éviter une bureaucratisation de la fonction d'infirmier(e) en chef (en général première responsable de ces tâches), une aide administrative s'avère indispensable pour tous les services et unités de soins.

Une fonction spécifique pour le transport interne des patients, qui nécessite une étroite collaboration entre les unités de soins et les services hospitaliers distants, peut également constituer un facteur d'allègement de la charge de travail infirmière. Le financement de la fonction, à concurrence de 0,5 ETP/30 lits⁵, devrait également être élargi aux hôpitaux sous statut privé.

La fonction d'Assistant en logistique, créée par arrêté ministériel du 17 juin 1997 dans le cadre des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand, est jusqu'à présent réservée à des demandeurs d'emploi, qui prestent leurs activités à temps partiel (0,8 ETP), et qui ont suivi un programme de formation spécifique. Cette fonction pourrait elle-même être adaptée à la structure pluridisciplinaire des équipes de soins en tant que fonction spécifique, en fixant par exemple un quota d'assistants financés par équipe.

La mise sur pied d'équipes pluridisciplinaires dans le secteur des aînés, et des soins à domicile, rencontre les mêmes besoins et la même problématique : la répartition des tâches et la coordination des différentes fonctions en équipe, sous la responsabilité infirmière, seraient de nature à accroître de la même façon la qualité des soins.

⁴ Observation du patient (et des divers types d'équipement [cathéters, sondes...], information, accompagnement, soutien et conseil des patients et de leurs proches, soins d'hygiène, alimentation, hydratation, prise des médicaments, installation et prévention des lésions corporelles, prévention des infections, transport, prise des paramètres et prélèvements non stériles.

⁵ 0,5 ETP/30 lits = 8,33 ETP/an pour un hôpital de 500 lits, ce qui correspond par exemple à la présence de 5 personnes de 8 à 16 heures, 5 jours/7, sur base annuelle, selon un taux d'absentéisme de 3%.



Une compatibilité optimale entre le métier infirmier et le descriptif de la fonction

SPECIALISATION INFIRMIERE ET VALORISATION DE L'EXPERIENCE DU PERSONNEL A L'AUNE DE LA DEMARCHE DE CLASSIFICATION DES FONCTIONS

La classification «IFIC» est appliquée dans le secteur privé depuis 2018, et est en cours de développement pour le secteur public.

À la suite de la réalisation de la première classification, les infirmiers qui prestent leurs activités au sein des services d'urgences, de soins intensifs et au bloc opératoire, se sont vus automatiquement gratifiés d'un barème équivalent à celui qui est octroyé aux détenteurs d'un titre professionnel particulier, qu'ils aient ou non suivi la formation requise. À l'inverse, trois spécialisations infirmières, en Pédiatrie, Gériatrie et Oncologie, ne sont plus ni reconnues ni valorisées, alors qu'elles sont obligatoires dans le cadre de l'agrément de ces services.

À l'analyse des profils de ces fonctions, complétés par le personnel de terrain, il semble qu'une description spécifique des métiers de soins en Pédiatrie, Gériatrie et Oncologie fasse défaut, et que dans ces circonstances, ces particularités n'ont pu être prises en considération, ni valorisées en tant que telles. Un constat similaire peut également être fait pour ce qui concerne les fonctions de soins infirmiers dans les services des urgences et de soins intensifs, dans la mesure

où le personnel infirmier, spécialisé ou non en «soins intensifs et d'urgence», qui semble prester les mêmes activités, pourra prétendre au même échelon barémique, en l'occurrence l'échelon de l'infirmier spécialisé, s'agissant de services dits «à risques».

Le cas de figure de la fonction «sage-femme» attire également notre attention. Il ressort de la classification, un dédoublement de cette fonction, «sage-femme post-partum» et «sage-femme bloc accouchement», ce qui est de notre point de vue, plutôt de nature à dévaloriser cette fonction.

Il est urgent de mener une réflexion pour atteindre une compatibilité optimale entre les exigences du métier par types de services, et la démarche scientifique de classification des fonctions. On parle ici d'une part, de la légitimité de ces fonctions, et d'autre part des quotas requis au sein de l'équipe pluridisciplinaire de soins. Dans cette perspective, le Département infirmier aura à se prononcer sur l'organisation du travail au sein de ses services, les conditions d'accès à l'une ou l'autre compétence sur base, soit d'une formation spécifique complémentaire, soit d'un temps d'apprentissage sur le terrain pouvant ouvrir l'accès à un programme court de formation, avec à la clé l'autorisation du port d'un titre professionnel particulier (TPP) et l'accès à l'échelle barémique correspondante.

En 2021, une réflexion sera conduite au sujet du travail de classification en tant que tel, sa méthodologie et la communication vers les secteurs de soins. Un plan de révision des fonctions, analysées il y a une dizaine d'années, a été initié sur base de l'évolution des métiers et/ou des prescrits légaux qui les régissent. La démarche de communication vers le terrain devra également être revisitée. Elle sera assortie d'une attention au caractère statistique et scientifique des interviews et des questionnaires, de la rencontre de praticiens professionnels autour de tables rondes, dans une optique de clarté et de transparence.





VISIBILITÉ ET OBJECTIVATION DES DONNÉES EN PERSONNEL, POUR AFFECTER LES BUDGETS SUPPLÉMENTAIRES, EN CONFORMITÉ AVEC LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DU KCE

Quels sont les besoins réels en personnel infirmier ? Comment garantir que les tâches infirmières puissent être menées à bien, dans les temps impartis ?

Une démarche de quantification des effectifs s'avère indispensable pour évaluer d'une part, les effectifs infirmiers présents dans les différents services et mesurer d'autre part, l'aide et l'apport concrets et réels des fonctions de soutien. Plusieurs avis⁶ ont été rendus, à cet égard, par le CFEH⁷ depuis 2017, et plus récemment lors des réunions du groupe de Travail « Fonds blouses blanches ». Des réflexions complémentaires sont également menées au sein des groupes de Travail DIRHM du SPF Santé publique et de santhea, portant notamment sur la révision du manuel de codage et la répartition des effectifs de l'équipe mobile sur base de la planification des soins requis. Plusieurs demandes de précision, d'adaptation et de perfectionnement de l'outil de feedback dynamique, ont également été transmises aux services ad hoc du SPF Santé publique.

Il s'agit, selon le CFEH, de conférer au DIRHM un rôle central dans le financement hospitalier, afin précisément de caractériser le patient du point de vue de sa lourdeur

spécifique de prise en charge infirmière, au-delà de sa pathologie. Ceci impliquera à tout le moins une étude approfondie du système de répartition des points supplémentaires, ainsi qu'une étude minutieuse du mode de financement des soins intensifs.

L'enregistrement continu des données DIRHM, en lien avec le déploiement du DPI, devient impératif et devra être réalisé le plus rapidement possible, dans tous les services de l'hospitalisation classique et de jour. Il est impératif et urgent de réactiver l'enregistrement quotidien des données en personnel (emploday/employer), en vérifiant la charge de travail que cela représente pour les coordonnateurs du DIRHM, la fiabilité de ces données, et l'actualisation des points « temps-compétence » dans l'optique d'une pondération plus récente de la charge en soins.

Un groupe de travail spécifique, « ratio patient/nurse et patient/care giver », devrait être proposé par le CFEH, à plus ou moins brève échéance, en fonction de l'évolution de la crise sanitaire. Il aura pour objectif d'évaluer la réduction du ratio « patients/infirmier », ainsi que la présence et le nombre des fonctions de soutien, en lien avec le rapport KCE. Ces recommandations vont dans le même sens, on le voit, que la loi du 30 juin 2020 pérennisant le Fonds blouses blanches.

⁶ CFEH : extrait avis 453-5 23 mars 2017, 490-2 du 31 janvier 2019, 520-2 du 12 novembre 2020.

⁷ Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'organisation des équipes de soins sur une base pluridisciplinaire peut prétendre non seulement à l'objectif de déploiement des effectifs dans le cadre des ressources financières du Fonds blouses blanches, des recommandations du KCE et du CFEH, mais également aux préoccupations légitimes émises par la profession. Bien loin de dévaloriser la profession infirmière, elle contribuerait à une meilleure attractivité, en donnant une place spécifique aux infirmiers dans l'équipe de soins. Le statut et le rôle du personnel infirmier aux différents niveaux hiérarchiques se voient valorisés en permettant aux responsables, à l'aune de leurs capacités managériales, de développer une collaboration plus systématique avec les autres structures hospitalières, et de participer aux instances de décision pour ce qui concerne leur activité spécifique.

Les conditions de travail seraient améliorées en offrant la possibilité au personnel infirmier de déléguer une partie de ses tâches, de façon à lui permettre non seulement de mettre en pratique ses compétences, mais aussi de s'assurer, en tant que responsable de l'unité de soins, de la prise en compte des autres besoins de la patientèle, tels

que les besoins hôteliers. Améliorer les conditions de travail, c'est également être attentif à la différenciation des fonctions infirmières, dans le respect et la mise en œuvre des normes d'agrément, et dans l'optique d'une meilleure compatibilité avec les fonctions « IFIC ». Tout ceci, sans oublier l'organisation de lieux de parole pour aborder les aspects organisationnels de l'unité de soins et la capacité à assumer la charge psychologique propre à la profession.

Les trois points détaillés dans cet article sont, de notre point de vue, un préalable pour garantir un déploiement efficient des équipes infirmières et de soins. Il y aura lieu, ensuite, de réfléchir à la mise en œuvre du modèle de « différenciation des fonctions infirmières » préconisé par le CFAI. L'objectif serait alors de réfléchir au développement professionnel infirmier dans le domaine du contenu des soins et de l'expertise clinique qui y est associée. Nous pensons ici notamment aux fonctions d'infirmier clinicien et d'infirmier de pratique avancée, qui permettraient la prise en charge des patients dans les nombreux secteurs qui requièrent aujourd'hui des aptitudes spécifiques, dans un univers hospitalier de plus en plus spécialisé.

Ces objectifs seront rencontrés si, en plus d'une réflexion commune sur les pratiques de la profession par la profession elle-même, les Autorités redéfinissent leur politique en misant de façon prioritaire sur le secteur des soins de santé.

Dans ce contexte, santhea souhaite poursuivre sa participation et sa contribution aux débats actuels et à venir qui concernent la profession infirmière en Belgique.







**UNE FÉDÉRATION
DYNAMIQUE EN
CONSTANTE
ÉVOLUTION**

PARTIE

4

ENVIRONNEMENT : LE PROJET TOGETHER FOR GREEN HEALTHCARE

CONTEXTE

Les causes et les conséquences de la crise sanitaire que nous avons connue cette année 2020 ont soulevé et soulèvent encore de nombreux questionnements quant à la gestion de notre environnement et son impact sur le secteur de la santé. Selon l'OMS, plus de 12 millions de décès par an seraient liés à la pollution de la nature. A contrario, le secteur des soins n'est pas tout vert, il serait responsable de 5,5 % des émissions de dioxyde de carbone de la Belgique.

Malgré leur répercussion considérable et même paradoxale sur l'environnement, les institutions de soins ayant fait de la protection de celui-ci un sujet prioritaire en intégrant cette thématique à leurs plans stratégiques restent minoritaires. Mais nous constatons cependant une attention croissante pour ce sujet auprès des membres de santhea. Il est aujourd'hui temps de se projeter à plus long terme et d'investir pour un avenir sain et durable pour l'homme et la planète.

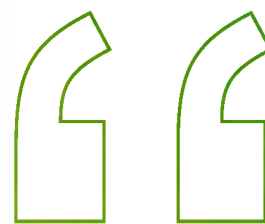
OBJECTIFS

L'année 2020 a été synonyme de changement pour le projet Together For Green Healthcare (T4GH). Initialement, il était dédié à l'accompagnement des institutions bruxelloises de la fédération dans la réduction de leurs consommations énergétiques. T4GH est à présent transversal et accessible à toutes les organisations membres de santhea. En plus de la thématique de l'énergie, nous traitons d'autres problématiques environnementales touchant le secteur des soins telles que la gestion de l'eau, la gestion des déchets, la mobilité, l'alimentation ainsi que l'utilisation de produits chimiques et autres éléments toxiques pour la santé humaine et l'environnement. La

méthodologie quant à elle n'a pas été modifiée, elle reste axée sur l'information et la sensibilisation ainsi que sur la formation et l'échange collaboratif de pratiques et d'expériences entre institutions dans un but d'initier une véritable dynamique écoresponsable dans le secteur des soins.

PUBLIC CIBLE/LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

Jusqu'alors, santhea s'était concentré sur les hôpitaux bruxellois en tant que premières cibles du projet et, ne traitant que la thématique de l'énergie, travaillait essentiellement avec les responsables énergie et les directeurs techniques des établissements. Au vu de son développement, le projet T4GH implique maintenant toute personne en charge des thèmes environnementaux cités ci-avant, de 26 institutions hospitalières membres de santhea, tant wallonnes que bruxelloises.



Le secteur
des soins est
responsable
de 5,5% des
émissions de
CO2 de la
Belgique





ACTIONS & RÉSULTATS

En raison de la crise sanitaire que nous avons traversée en 2020, les activités du projet T4GH ont été considérablement ralenties. Cependant, la Cellule Environnement est restée active afin de soutenir tous les membres santhea dans leur gestion de la crise, notamment pour la problématique des déchets. Au vu du nombre élevé de contaminations et des mesures prises pour protéger au maximum le personnel de santé, les institutions de soins ont consommé des quantités astronomiques d'équipements de protection individuelle (EPI). Par conséquent, de multiples pénuries de matériel sont survenues et la quantité de déchets produite a notablement augmenté. Par principe de précaution, tous les déchets issus des patients COVID-19 étaient considérés comme contaminés, et nous avons ainsi assisté à une insuffisance de contenants de déchets B2/spéciaux, c'est-à-dire les déchets médicaux dangereux. Des réflexions ont également été menées avec nos membres concernant les possibilités de stérilisation des EPI (masques, blouses, etc.) en vue d'une réutilisation. Des solutions et alternatives ont dû être trouvées afin de pallier les pénuries et continuer à garantir la sécurité et la santé de tous.

Les mois suivants la première vague ont été consacrés à la préparation et à la mise en place des nouvelles thématiques du projet T4GH et à l'intégration de nos membres wallons. La première étape a été d'identifier les personnes en mesure de travailler avec nous sur les nouvelles thématiques, et ce pour toutes nos institutions

hospitalières. La seconde étape a consisté en l'exploration de la thématique des produits chimiques et autres éléments toxiques pour laquelle santhea n'avait jusqu'à présent que très peu d'expertise de terrain. Une enquête a été diffusée aux hôpitaux participants au projet afin de dresser un état des lieux des mesures déjà en place dans leurs établissements. Les questions portaient sur l'utilisation des gaz anesthésiants, des dispositifs médicaux contenant des perturbateurs endocriniens, ainsi que sur la gestion des produits pharmaceutiques. L'émission de gaz anesthésiants dans l'atmosphère est reconnue pour contribuer à l'effet de serre responsable du réchauffement climatique. Certaines actions peuvent donc être prises comme le remplacement des gaz anesthésiants à l'effet de serre le plus marqué (NO₂, isoflurane, desflurane) par d'autres (sevoflurane), et l'anesthésie en circuit fermé.

Les dispositifs médicaux jouent un rôle essentiel dans les soins de santé. Les plus simples comme les plus avancés sont pourtant susceptibles de contenir des substances toxiques dangereuses aussi bien pour les patients que pour les dispensateurs de soins, et cela en proportions parfois importantes. Parmi celles-ci, les phtalates et le Bisphénol A sont particulièrement présents et posent des problèmes multiples vu leurs propriétés de perturbateurs endocriniens (PE). Les hôpitaux, grands utilisateurs de dispositifs médicaux, sont indéniablement les acteurs principaux dans la limitation des expositions à ces substances toxiques, surtout lorsqu'il s'agit de la protection des nourrissons. La pollution pharmaceutique, elle aussi, est de plus en plus reconnue comme une menace globale pour les écosystèmes et la santé humaine en général.

Les produits pharmaceutiques peuvent s'introduire dans l'environnement aux divers stades de leur cycle de vie – lors de leur production, de leur utilisation (excrétion) ou à la suite de l'élimination inadéquate des produits périmés. Ils peuvent ensuite s'amasser dans la faune et la flore. Les hôpitaux ne constituent qu'un maillon faible de cette chaîne, mais ils peuvent cependant exercer une influence importante dans l'inversion de cette tendance néfaste pouvant notamment mener à des résistances aux antimicrobiens.

Afin d'améliorer son expertise, santhea a également participé au congrès international « CleanMed Europe 2020 » dédié aux soins de santé durables et organisé virtuellement par l'ONG Health Care Without Harm. Cette année, l'accent était mis sur l'impact des produits pharmaceutiques sur l'environnement, ainsi que sur l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique favorisant dès lors l'accumulation de déchets, sans oublier les perturbateurs endocriniens présents dans certains de ces dispositifs. La gestion de la crise COVID-19 ainsi que ses conséquences sur l'environnement ont aussi été évoquées au cours de ce cycle de conférences.

Un groupe de travail sur la gestion de l'eau a été organisé en collaboration avec la Société Wallonne des Eaux. Il a été décidé lors de ce GT d'intégrer des données sur l'eau au cadastre des consommations énergétiques. Ce cadastre nous permet de situer les institutions par rapport aux valeurs moyennes du secteur, mais également d'établir un benchmarking interinstitutions. Cet outil nous offre la possibilité de suivre l'évolution des consommations d'électricité, de gaz et maintenant d'eau, des membres santhea et d'identifier les sujets de réflexion prioritaires. Il fait l'objet d'une mise à jour annuelle.

En parallèle à ces échanges techniques, nous travaillons sur la sensibilisation à la protection de l'environnement dans les établissements de soins par diverses actions de communication. Un des axes principaux de travail prévus en 2020

était l'élaboration d'une campagne de sensibilisation à destination du personnel, mais en raison de la crise sanitaire, le programme a été quelque peu retardé. Cependant, le projet T4GH et ses actions de communication ont été présentés lors du groupe de travail « Communication » réunissant les services de communication des établissements membres de santhea, tous très intéressés à avancer sur la thématique de l'environnement.

PERSPECTIVES

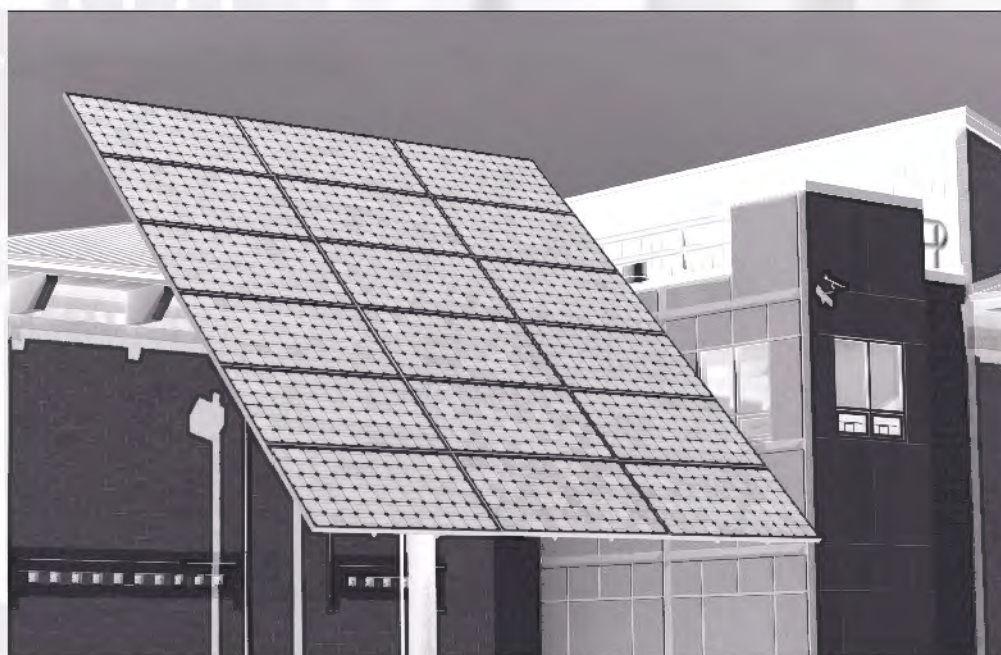
En 2021, santhea continuera de soutenir et d'accompagner ses membres dans la réalisation de projets destinés à réduire leur empreinte environnementale.

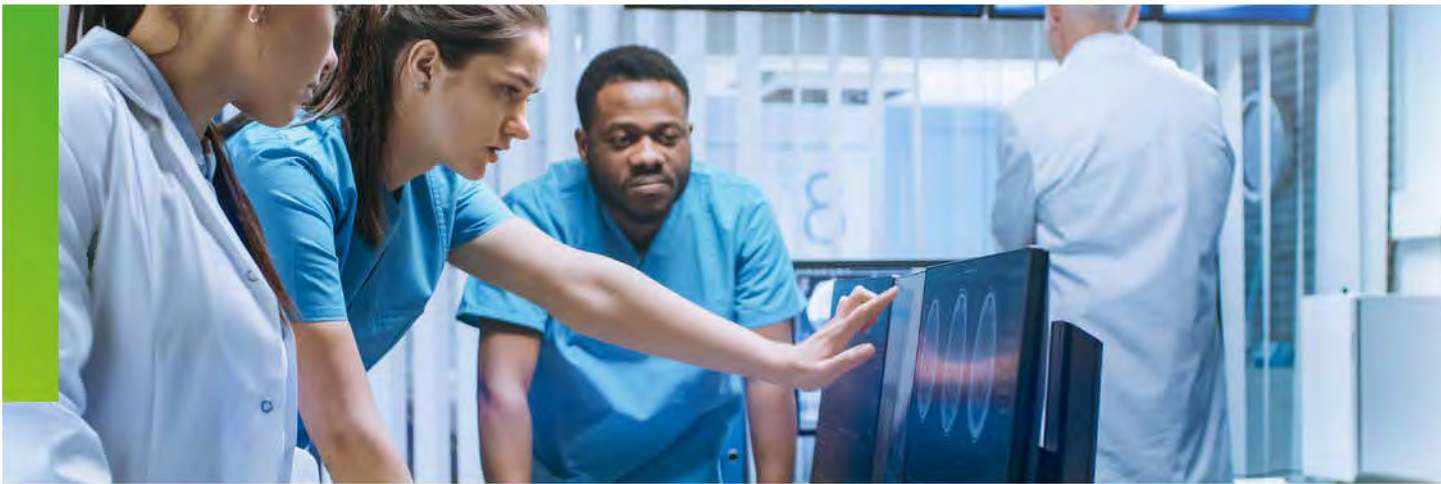
L'organisation de réunions collaboratives se poursuivra pour promouvoir la formation et l'échange de bonnes pratiques sur les différentes problématiques environnementales touchant le secteur des soins de santé.

Il est également prévu un élargissement du projet T4GH aux autres institutions de soins, telles que les MR/S afin d'accompagner tous nos membres dans leur transition vers des soins verts et durables.



Nous accompagnons nos membres dans leur transition écologique





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 de la sécurité. Depuis, la PAQS a bien évolué. Elle a élargi son scope d'activités – sécurité des usagers et soins centrés sur les personnes sont les thématiques centrales à ses travaux, et son public cible – non seulement les hôpitaux, mais également les MR/S depuis 2017, les structures d'hébergement collectif pour personne présentant un handicap depuis 2020, et la première ligne avec laquelle des contacts sont en cours. L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité reste l'objectif premier, avec une approche qui se veut de plus en plus systémique.

OBJECTIFS

La PAQS poursuit sa mission première, à savoir de soutenir les institutions de soins wallonnes et bruxelloises dans le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité. Après deux programmes pluriannuels de trois années chacun, la PAQS a souhaité renforcer en 2020 sa volonté d'approcher les choses de manière systémique, en prônant notamment l'évolution de nos institutions vers des organisations à haute fiabilité, mais également en démarrant des actions

dans le cadre des systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes, qui doit, à terme, rendre notre système de santé pérenne et résilient.

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

L'année 2020 aura été hors du commun. La crise sanitaire qui a touché l'ensemble de la planète a remis en question l'efficacité de nos systèmes de santé. L'arrivée de la COVID-19 et les deux vagues que nous avons connues ont grandement perturbé les activités habituelles des institutions de soins et du secteur de la santé. Le programme de la PAQS prévu pour 2020 a, bien évidemment, également été impacté. Les règles sanitaires mises en place ont imposé l'arrêt des réunions en présentiel, mode de fonctionnement majoritaire à la PAQS jusque-là. Les hôpitaux (presque) saturés, les maisons de repos fortement touchées, le personnel épuisé ont quant à eux largement limité les possibilités de participation à nos activités traditionnelles. La PAQS a néanmoins tenté de les maintenir, dans la mesure du possible et sous des modalités revues. Il semblait, en effet, important de rester un soutien pour les institutions, surtout dans une période si difficile. C'est d'ailleurs durant ce type de périodes que les messages prônés par la PAQS prennent encore plus de sens, et que le partage des pratiques, l'apprentissage et l'amélioration continue doivent être mis en œuvre de

manière systémique. Des projets tels que « 5 ans pour sauver des vies », SCORE, rencontres intercomités patients, Ateliers chutes, différentes campagnes de sensibilisation ou encore la mise en place d'un système de gestion de la sécurité ont pu se poursuivre. Le travail de mise à disposition de ressources a bien évidemment continué (revue de littérature, outils, bonnes pratiques, etc.) ainsi que l'opérationnalisation de formations.

Des activités complémentaires, spécifiques à la COVID-19, ont par ailleurs été développées. L'équipe de la PAQS était consciente de l'importance de la mobilisation sur le terrain des professionnels des soins de santé, et des besoins qui se manifestaient. Nous avons mobilisé nos efforts en interne, et proposé des programmes, des ressources et collaboré à des projets de recherche et développement. Citons notamment le partage d'expériences, la mise à disposition de ressources spécifiques, l'amélioration des pratiques de prévention et de contrôle des infections, la formation, et une étude (avec l'UCLouvain et le Réseau Associatif pour la Qualité (RAQ)) portant sur l'évaluation de l'impact de la crise sur les structures d'hébergement collectif en Wallonie.

La PAQS a également, en 2020, publié le Livre Mauve, la stratégie régionale pour l'amélioration de la sécurité des patients, développé avec l'ensemble du secteur. Initiative unique en Belgique, mais que l'on retrouve dans de nombreux pays, ce document doit pouvoir donner une véritable impulsion à cette thématique et permettre d'avancer significativement sur la question. D'autres activités de recherche et de développement ont été menées en 2020, et notamment sur la question des systèmes intégrés. Un projet concret sur ce sujet devrait voir le jour en 2021.

La communication reste un pan important de l'activité de la PAQS (site internet, newsletters mensuelles, magazine trimestriel, réseaux sociaux), de même que les relations avec des experts, réseaux et organisations à l'international

qui peuvent faire bénéficier le secteur belge de leurs expertises et de leurs compétences. Citons notamment les partenariats avec Accréditation Canada et l'Institute for Healthcare Improvement, et l'implication dans les réseaux HOPE (fédération européenne des institutions de soins), de l'International Society for Quality in Healthcare et de la Health Improvement Alliance Europe.

PERSPECTIVES

Comme depuis le lancement de la PAQS, les programmes actuels évoluent d'année en année, mais en conservant des lignes directrices fortes et constantes dans le temps. 2021 ne fera pas exception à la règle. La priorité reste d'améliorer significativement la sécurité des usagers du système de santé, et ce faisant la qualité des soins. Et l'amélioration continue est un des meilleurs moyens pour ce faire, car elle doit permettre de développer une culture positive de l'erreur et faire de notre système de soins un système apprenant.

L'année prochaine sera, notamment, consacrée à consolider la PAQS comme acteur incontournable dans l'amélioration continue, non seulement dans le secteur hospitalier - et ce à travers nos différents programmes, dont une nouvelle forme d'apprentissage accompagné qui sera développée autour de thématiques prioritaires - mais aussi dans le secteur de l'hébergement collectif. L'année écoulée nous a en effet permis d'accroître considérablement notre visibilité dans ce secteur. Il faudra confirmer et pérenniser cela tout au long de l'année à venir. Par ailleurs, la publication du Livre Mauve en septembre 2020 doit permettre à présent d'avancer dans sa mise en œuvre: le développement et le déploiement d'une formation de type « Patient Safety Officer », l'identification des événements indésirables (EI) en routine, la question de la protection juridique à la suite de la déclaration d'un EI, la sensibilisation de toutes les parties prenantes ou encore le développement de plans « qualité » cohérents à l'échelle du système.

LA CELLULE RGPD : UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE AU SERVICE DES MEMBRES

CONTEXTE

Entré en application en mai 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) vise à défendre les droits et libertés des résidents européens, et en particulier l'usage qui est fait de leurs données à caractère personnel. Pour ce faire, le règlement impose une série d'obligations complexes et coûteuses à tout organisme qui traite de telles données.

Les mesures à prendre pour se mettre en conformité comprennent, entre autres :

- L'enregistrement de l'ensemble des traitements de données à caractère personnel;
- La sécurisation physique et logique de l'ensemble de ces traitements;
- L'encadrement contractuel strict des traitements sous-traités;
- L'information de toutes les personnes concernées par les traitements réalisés;
- La notification des violations de données à caractère personnel à l'autorité compétente.

À cela s'ajoute, pour les organismes dont l'activité comprend le traitement à grande échelle de données à caractère personnel dites sensibles, le recours aux services d'un délégué à la protection des données (Data Protection Officer ou DPO). Spécialisé à la fois en droit et en cybersécurité, cet expert se doit de conseiller la direction sur toutes les matières en lien avec le traitement des données à caractère personnel.

Étant donné que leurs activités incluent inévitablement le traitement d'une quantité considérable de données de santé, définies comme sensibles, les institutions de soins doivent de facto répondre à l'ensemble des obligations susmentionnées. Ceci ne va pas sans poser de sérieux problèmes, d'une part en raison de la complexité et du nombre de traitements à mettre en conformité, et, d'autre part, à cause de l'insuffisance de ressources disponibles pour embaucher un DPO. Très coûteux, ces derniers sont par ailleurs plutôt rares sur le marché.

L'Autorité de Protection des Données veille cependant au grain, tout manquement aux obligations contenues dans le RGPD pouvant faire l'objet d'actions allant de la simple demande de remise en conformité à une amende de plusieurs millions € dans le cas des infractions les plus graves. Si les gardiens de la protection des données ne se sont pas montrés très proactifs dans les premiers mois suivant la mise en application du RGPD, ceux-ci sont désormais vigilants et minutieux lorsqu'il s'agit de constater des irrégularités.



Les gardiens de la protection des données sont désormais vigilants et minutieux lorsqu'il s'agit de constater des irrégularités



OBJECTIFS

Pour soutenir les institutions de soins membres de la fédération, santhea a proposé, fin 2017, de mutualiser les coûts liés au processus de mise en conformité au RGPD et à l'embauche d'un DPO. Un nombre important de membres ayant d'emblée répondu à l'appel, la mise en place d'une «Cellule RGPD» fut envisageable dès janvier 2018. À sa création, celle-ci se composait de quatre conseillers aux profils complémentaires (un spécialiste des données de santé, un expert en cybersécurité, un juriste et un médecin ayant géré un hôpital au cours de sa carrière). Au printemps 2019, un second juriste est venu par la suite compléter l'équipe, pour faire face au nombre conséquent de contrats de sous-traitance à analyser et à mettre en conformité. Pour faciliter la mise en conformité au RGPD de ses adhérents, la Cellule RGPD s'est attelée, dès son lancement, au développement d'outils, de modèles, de formulaires et de procédures personnalisables. L'idée est de rendre autonome un maximum de membres en les formant à l'utilisation de ces ressources. Pour garantir la pérennité du projet et sa coordination en interne, il a également été demandé à chacun des membres d'instituer un comité de pilotage. Ce comité se compose généralement de la direction de l'institution, d'un chef de projet RGPD, ainsi que du collaborateur de la Cellule RGPD désigné comme DPO. Celui-ci veille au bon suivi du plan d'action défini avec l'institution et valide l'ensemble des documents à mettre en conformité ou à personnaliser. Avec l'aide de ses collègues de la Cellule RGPD, il répond également à toute question posée par l'institution en matière de protection des données à caractère personnel.

La fonction de DPO commence simultanément avec celle de mise en conformité, et perdure une fois l'institution en règle avec le RGPD. En tant que conseiller indépendant opérant au plus proche de la direction de l'institution, le DPO veille constamment au bon respect du RGPD et informe

celle-ci en cas de manquement au règlement européen, tout en formulant des solutions. Il lui revient également la charge de contrôler le traitement des demandes d'exercice de droits des personnes concernées par un traitement de données à caractère personnel, tout comme la bonne tenue du registre des activités de traitement de données. Ses compétences lui permettent aussi d'assister le chef de projet RGPD dans la réalisation des études d'impact sur la protection des données et dans le traitement des violations de données à caractère personnel. De façon générale, il est la personne de référence pour tout ce qui touche de près ou de loin à ce type de données, y compris lorsqu'il s'agit de traiter avec l'Autorité de Protection des Données ou de communiquer à leur sujet.

Avec le temps, l'expertise de la Cellule RGPD s'est étendue pour englober des matières telles que le respect de la vie privée et les droits des patients. De nombreuses questions propres à des thématiques spécifiques comme celle du droit à l'image, ou de l'accès aux informations contenues dans le dossier patient informatisé, sont ainsi régulièrement traitées, parallèlement aux requêtes portant sur le traitement des données à caractère personnel.

LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

La Cellule RGPD travaille avec 30 membres de la fédération depuis son lancement en 2018. Parmi les institutions qui ont fait confiance à santhea, on retrouve de nombreux hôpitaux généraux et psychiatriques, mais aussi un nombre conséquent de membres issus du secteur des Aînés ou de la Santé mentale. La Cellule RGPD œuvre également avec un laboratoire et un service de transfusion du sang.



Avec le temps, l'expertise de la Cellule RGPD s'est étendue pour englober des matières telles que le respect de la vie privée et les droits des patients

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

L'un des défis rencontré par la Cellule RGPD à son lancement fut la diversité des profils de ses adhérents, tant en matière de taille que d'activités. Avec le temps, notre équipe a su identifier les besoins particuliers des membres hospitaliers et extrahospitaliers. Si les premiers sont confrontés à un nombre important de traitements de données à caractère personnel, les suivants sont plutôt limités en termes de ressources humaines lorsqu'il s'agit de faire vivre le projet. La façon de soutenir chacun d'entre eux varie donc sensiblement.

ACTIONS & RÉSULTATS

Au cours de ses deux premières années d'activité, la Cellule RGPD a produit une trentaine d'outils, de modèles et de procédures personnalisables pour faciliter la mise en conformité des institutions affiliées. Si l'année 2020, et son contexte si particulier n'ont pas permis de fournir de nouveaux livrables, l'équipe a néanmoins mis à jour

ses modèles d'informations minimales aux personnes concernées, de politiques de confidentialité, ainsi que sa procédure de gestion des demandes d'exercice de droits.

Si notre présence sur le terrain a été limitée en vue de respecter les mesures sanitaires, l'équipe a malgré tout maintenu le contact avec les chefs de projet RGPD demandeurs, par l'intermédiaire de la téléconférence. Les membres disposant encore des ressources pour faire avancer le projet de mise en conformité au règlement européen, en parallèle à la gestion de la crise, ont donc pu bénéficier de l'accompagnement adéquat.

En ce qui concerne ses activités classiques de DPO, la Cellule RGPD a traité de nombreuses questions relatives à la vie privée, et à la pandémie de COVID-19, émises par ses membres. Plusieurs demandes d'exercice de droits et violations de données à caractère personnel ont également fait l'objet d'un suivi rapproché. De multiples contrats de sous-traitance et de recherche ont aussi été soumis à notre expertise tout au long de l'année.

En parallèle aux activités précitées, l'équipe a publié plusieurs notes mettant en lumière différents avis de l'Autorité de Protection des Données. Ces publications ont notamment traité de l'usage des cookies internet, de la gestion du contenu de la messagerie professionnelle des employés sur le départ, ou encore de la prise de température corporelle des patients et des visiteurs. Plusieurs autres avis de l'Autorité liés à la crise sanitaire ont également fait l'objet d'une analyse.

PERSPECTIVES

En 2021, la Cellule RGPD veillera à combler le retard accumulé dans le processus de mise en conformité en raison de la crise sanitaire. De nombreuses institutions nécessitent encore d'être accompagnées à ce stade, y compris dans le cadre de la finalisation de leur registre d'activités de traitement de données à caractère personnel. L'équipe fait attention à entretenir davantage de contacts avec les chefs de projet des institutions membres dans le besoin, tout en suivant de plus près les progrès de chacun par l'intermédiaire d'outils de gestion de projet mis à jour.

La diffusion d'une méthode complète conçue pour faciliter la réalisation des analyses d'impact sur la protection des données est également à l'agenda. Pour les institutions disposant d'un registre d'activités de traitement finalisé, ces analyses représentent l'une des dernières étapes du processus de mise en conformité. Comme à son habitude, la Cellule RGPD proposera à ce niveau un maximum de guidelines et d'outils personnalisables pour ses affiliés.

D'autres projets, tels que la publication d'une Foire Aux Questions (FAQ) reprenant les réponses aux principales questions posées par les membres, ou d'un recueil des avis publiés par l'Autorité de Protection des Données en matière de santé, restent toujours à l'ordre du jour. L'équipe de la Cellule RGPD souhaiterait également publier un nombre plus conséquent d'analyses juridiques en 2021.



ENQUÊTE SATISFACTION PATIENTS : 10 ANS DE COLLABORATION AVEC NOS MEMBRES

CONTEXTE

Durant longtemps, le patient a été considéré à tort comme un individu passif prié d'accepter ses soins sans se plaindre. Ce paradigme a progressivement décliné avec la reconnaissance de ses capacités et de ses connaissances dans le vécu de sa propre maladie. De nos jours, il est ainsi davantage envisagé comme un allié du soignant, apte à s'investir activement et positivement dans son processus de soins, à condition d'en avoir l'opportunité.

Pour permettre une réelle implication du patient, celui-ci devra avoir confiance en l'équipe soignante et en l'institution qui l'accueille. Pour ce faire, l'établissement de soins doit être capable de montrer l'intérêt qu'elle lui porte, en l'interrogeant notamment sur la qualité de son vécu et sur le degré de satisfaction de ses besoins d'être humain durant sa prise en charge.

La nécessité d'entreprendre cette démarche, devenue peu à peu indispensable, a mené à une multiplication progressive des questionnaires de mesure de la satisfaction des patients et, plus récemment, de leur expérience (Patient-reported Experience Measures - PREMS). Dans ce contexte, choisir le bon outil peut représenter une réelle difficulté pour les institutions de soins soucieuses de répondre de la meilleure des façons aux attentes de leur patientèle.

OBJECTIFS

Depuis 2011, santhea propose à ses membres sa propre enquête visant à évaluer la satisfaction des patients, sans aucuns frais complémentaires à la cotisation annuelle des institutions engagées dans le projet. En 10 ans d'existence, le nombre d'adhérents à celui-ci n'a fait qu'augmenter, tout comme celui des outils offerts et des services prestés.

Le succès de ce projet trouve sans nul doute son fondement dans l'étroite collaboration mise en place entre santhea et les responsables Qualité des institutions participantes. Centré sur l'écoute attentive des besoins du terrain et le recours à son expertise, nous avons développé un protocole d'enquête complet exploitant une large gamme de questionnaires.

Listés ci-contre, ces outils couvrent aujourd'hui une grande partie des types de prises en charge rencontrées en établissement de soins. Tous font l'objet de mises à jour régulières dans le cadre des réunions du groupe de travail « Satisfaction Patients », entièrement dédié au projet.

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

La méthodologie adoptée permet de réduire au maximum la charge de travail des membres. Une fois les questionnaires imprimés, complétés et récoltés, ces derniers peuvent être transmis à santhea en vue d'être scannés et injectés dans notre banque de données interhospitalière. Aucun traitement informatique préalable n'est donc nécessaire en amont, à moins qu'il ne s'agisse d'un choix formulé par l'institution. Dans ce cas de figure, notre équipe analyse directement les données structurées communiquées par les membres ayant recours à cette option.

Si les organismes qui nous envoient des questionnaires peuvent bénéficier, en retour, d'une extraction sur mesure de leurs données à la demande, le principal intérêt de l'Enquête Satisfaction Patients reste la mise à disposition de rapports en ligne à l'ensemble des participants. Ces outils, modernisés en 2020, permettent aux membres d'avoir accès à toutes leurs données détaillées dans un format dynamique, mais également de pouvoir comparer leurs résultats de façon anonyme.

Suite à une sollicitation du SPF Santé publique, les données de l'Enquête Satisfaction Patients sont aussi utilisées pour l'évaluation de l'expérience patient dans le volet correspondant du programme Pay for Performance (P4P). Notre équipe soutient dans ce contexte directement les responsables Qualité des institutions participantes en leur fournissant une extraction de données structurées répondant à l'ensemble des exigences de l'Administration.

LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

En 2020, trois nouvelles institutions membres de santhea ont adhéré à l'Enquête Satisfaction Patients, pour un total de 21 participants représentant ensemble 25 numéros d'agrément (AGR). Pour la première fois depuis son

lancement, le projet compte à présent un centre médical conventionné avec l'INAMI, événement traduisant une volonté d'ouverture à un nombre toujours plus grand d'affiliés.

Centre de Santé des Fagnes
C.H. de Mouscron
C.H. EpiCURA (2 AGR)
C.H. Le Domaine
C.H.R. de Huy
C.H.R. de la Citadelle
C.H. Reine Astrid Malmedy
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.M.P. Clairs Vallons
C.R.P. Les Marronniers
C.U.B. Hôpital Erasme
Hôpitaux Iris Sud
HUDERF
Institut Jules Bordet
I.S.P.P.C. (2 AGR)
Vivalia (3 AGR)

ACTIONS & RÉSULTATS

Si plus de 30 000 questionnaires ont été récoltés et analysés en 2019, la crise sanitaire a, sans surprise, largement impacté le bon déroulement de l'enquête en 2020. Une majorité d'institutions a dû freiner drastiquement la distribution des questionnaires, voir la stopper complètement, durant plusieurs mois, en raison d'un manque de ressources et du risque de contamination des questionnaires. Dans ce contexte, l'équipe a publié une série de recommandations, validées par le conseiller médical de santhea, en vue de sécuriser leur processus.

Malgré la situation hors norme vécue en 2020, le projet a continué à s'enrichir. Un nouveau questionnaire dédié aux centres de prélèvements a ainsi été mis à la disposition des membres. Les questionnaires « Revalidation » et « Gériatrie » ont de leur côté été mis à jour en vue d'aligner leur contenu sur les outils d'ores et déjà revus en 2019.

À côté des réunions techniques consacrées à l'évolution et à la création de questionnaires, les membres du groupe de travail « Satisfaction Patients » se sont également entendus



en décembre en vue de faire le point sur la méthodologie de l'enquête, les futures exigences du programme P4P et les nouveaux rapports en ligne développés par notre équipe.

Disponibles depuis le mois de juillet, ces nouveaux outils de reporting utilisent désormais la solution Microsoft Power BI en lieu et place de Microsoft Excel Services. Bien plus ergonomiques et détaillés qu'autrefois, ils offrent des possibilités de retour vers les directions et les équipes soignantes supérieures, en permettant notamment de sauvegarder des visuels et d'exporter ceux-ci dans des présentations générées automatiquement.

PERSPECTIVES

En 2021, le groupe de travail « Satisfaction Patients » se penchera sur la mise à jour des questionnaires « Consultations » et « Urgences », et sur la finalisation d'un questionnaire « Adolescent » conçu pour les patients mineurs de plus de 12 ans.

L'équipe souhaiterait également faire évoluer le contenu des rapports en ligne Power BI proposés depuis le mois de juillet. Une série de suggestions a été émise par les membres à l'occasion du groupe de travail « Satisfaction Patients » organisé en décembre. Celles-ci comprennent des modifications à apporter sur leur forme et sur le type d'analyses.

L'opportunité de discuter des résultats de l'enquête en séance du groupe de travail est toujours envisagée. Si cette idée de longue date n'a pu être concrétisée en 2020 en raison de la crise sanitaire, l'équipe espère pouvoir proposer cette nouvelle formule d'échanges aux membres en 2021. Ces derniers devront pour ce faire accepter de rompre partiellement l'anonymisation des résultats et de présenter ceux-ci à l'ensemble du groupe.

Membre actif depuis plusieurs années du groupe de travail « P4P Expérience Patients », mis en place par le SPF Santé publique, santhea continuera à rendre un avis sur la faisabilité des critères imposés aux institutions de soins dans le cadre de ce volet particulier du programme P4P. L'équipe préparera également une fois de plus les données des membres ayant adhéré au projet Satisfaction Patients.

DWH SANTHEA : UNE BASE DE DONNÉES INTERHOSPITALIÈRE DÉVELOPPÉE PAR LA FÉDÉRATION

CONTEXTE

À l'ère de la digitalisation, il apparaît indispensable pour les institutions de soins de pouvoir disposer d'une vision claire de l'ensemble de leurs données et d'être capable de les exploiter de la façon la plus intelligente possible. Malgré le développement conséquent de l'informatisation durant la dernière décennie, les ressources en interne restent souvent limitées. Un accompagnement et un soutien externes en matière d'analyse de données peuvent donc s'avérer précieux pour les directions et les gestionnaires.



Un appui [...] au pilotage des institutions

OBJECTIFS

Le projet de banque de données interhospitalière vise à fournir, depuis 2007, un appui aux membres de la fédération dans l'exploitation de nombreuses informations utiles au pilotage des institutions. Pour ce faire, l'équipe de santhea se charge de récolter les données des membres participants et de les structurer en vue de produire des études, des rapports, des benchmarkings et des indicateurs de performance. Les données de certaines matières sont également mises à la disposition des membres via des outils en ligne.

S'il s'agissait au départ de collecter uniquement des données structurées, principalement financières, notre expertise nous permet aujourd'hui de traiter parallèlement de multiples sources de données brutes issues d'extractions ad hoc ou obtenues à partir d'enquêtes ciblant les directions, le personnel ou encore les patients de nos membres. Le champ des thématiques couvertes s'est petit à petit étendu. En plus des matières économiques et financières, nous analysons désormais aussi, notamment, des données propres aux ressources humaines, à la satisfaction des patients et à l'activité des institutions de soins.

Les outils pour communiquer avec nos membres ont également évolué au fil du temps. Nos rapports en ligne sont ainsi maintenant bien plus ergonomiques et riches, leur contenu progressant en fonction des remarques de leurs utilisateurs. Enfin, aux rapports et études initiaux se sont ajoutées des microétudes, dites « Focus », qui permettent de réagir rapidement à l'actualité et aux demandes des membres.

Concernant les services rendus, l'équipe est aujourd'hui amenée à répondre à un nombre toujours plus grand de requêtes particulières, incluant des extractions, des simulations ou encore des enquêtes commandées par les directions de nos institutions. Sur le plan pratique, il est parfois compliqué de concilier le traitement de ces requêtes ponctuelles avec les procédures d'alimentation continue de la base de données et la production de rapports et d'études. L'équipe met néanmoins un point d'honneur à y réagir dans les meilleurs délais, s'agissant ici de la preuve la plus évidente de la confiance que nos membres nous accordent.





Cette collaboration avec les institutions de soins est par ailleurs entreprise dans le strict respect de la confidentialité et de la propriété de leurs informations. Dans cet esprit, une convention conforme aux exigences du règlement général sur la protection des données (RGPD) a été proposée aux membres en vue d'encadrer les échanges et le traitement des données confidentielles ou à caractère personnel qui nous sont confiées.

Notre base de données est également un outil très utile pour répondre aux demandes externes qui nous proviennent des administrations ou du cabinet. En effet, nous sommes toujours amenés à débattre autour de sujets tels que le financement pour lesquels avoir un appui chiffré, agrégé ou anonymisé, est un avantage considérable.

LES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

Les hôpitaux membres de santhea sont tous engagés, à différents degrés, dans notre projet de banque de données interhospitalière. Si certaines analyses réalisées concernent tous les membres, comme le traitement des données de financement ou d'activité, des projets spécifiques comme Absentéisme, Satisfaction Patients et Together For Green Healthcare s'adressent à un sous-ensemble d'institutions, en fonction de leur intérêt à rejoindre ces projets. Il faut noter que la participation à ceux-ci va en grandissant année après année.

Ce projet ne profite cependant pas uniquement aux hôpitaux. Les secteurs des Aînés et de la Santé mentale en bénéficient également, les informations contenues dans la base de données soutenant en effet directement les travaux de nos conseillers actifs dans ces domaines. Plus concrètement, la base de données a été utilisée l'an passé pour commencer le développement d'un outil de

simulation des forfaits en MR/S. Il n'est pas exclu que d'autres projets de ce type soient entrepris à l'avenir, les demandes particulières des membres du secteur des Aînés et de la Santé mentale étant traitées, par définition, avec le même intérêt et la même rigueur que celles émanant des Hôpitaux.

ACTIONS & RÉSULTATS

Tout comme celles des institutions de soins, les activités du projet de base de données interhospitalière ont été fortement influencées en 2020 par la crise sanitaire de la COVID-19.

Nous avons investi beaucoup de ressources et d'énergie pour soutenir au mieux nos membres dans cette période difficile. La base de données interhospitalière et l'équipe qui s'en occupe ont bien entendu été mis à contribution, à travers le développement d'un tableau de bord dédié à l'évolution de la pandémie mis à jour quotidiennement, et ce depuis le début de la crise, le traitement des données relatives à la question du financement spécifique «COVID», ou encore la centralisation des résultats d'enquêtes récurrentes concernant les stocks de matériel de l'ensemble des membres. À l'issue de la première vague, une enquête ponctuelle plus approfondie a été proposée à tous les membres dans le but de faire une première évaluation de leur vécu. Les données et les témoignages récoltés ont été analysés et utilisés ensuite pour la rédaction d'un rapport publié en octobre par santhea, celui-ci détaillant en profondeur les dysfonctionnements vécus par le terrain durant la première vague de la pandémie, ainsi que les évolutions de l'organisation de notre système de soins à envisager dans le futur.



Une nouvelle solution de reporting

Ces différentes actions montrent l'intérêt de disposer d'un tel outil au niveau de la fédération, et justifie, clairement, l'investissement réalisé depuis presque quinze ans au niveau de l'infrastructure et des compétences de l'équipe. Dans le même ordre d'idée, la maturité du projet de base de données interhospitalière lui permet de soutenir différents autres projets développés pour répondre à des demandes et des besoins de nos membres, et qui nécessitent le traitement de données. C'est notamment le cas pour le projet **Enquête « Satisfaction Patients »** qui ne cesse de se développer depuis dix ans, tant en termes d'institutions participantes que de thématiques traitées, pour le projet **Absentéisme** qui est un véritable soutien pour la gestion de cette problématique en permettant de se comparer et d'identifier les causes possibles de ce phénomène qui prend de l'ampleur, ou encore pour le projet **Together For Green Healthcare** qui propose, parmi ces actions, un cadastre des consommations a été élaboré afin de suivre l'évolution des consommations d'électricité, de gaz, et maintenant d'eau, des membres santhea et d'identifier les sujets de réflexion prioritaires. Ces trois projets ont connu divers développements, principalement techniques, au cours de l'année afin de pouvoir monter en puissance dès la fin de la pandémie.

Toujours sur le plan technique enfin, l'équipe a parachevé en 2020 le développement de sa **nouvelle solution**

de reporting directement connectée à la base de données interhospitalière. Les projets « Absentéisme » et « Satisfaction Patients » profitent ainsi depuis le mois de juillet de rapports en ligne exploitant l'outil Power BI de Microsoft. Plus puissants et plus agréables à parcourir qu'auparavant, ils offrent également de nouvelles possibilités à leurs utilisateurs, telles que le fait de pouvoir sauvegarder des visuels et d'exporter très facilement des présentations chiffrées.

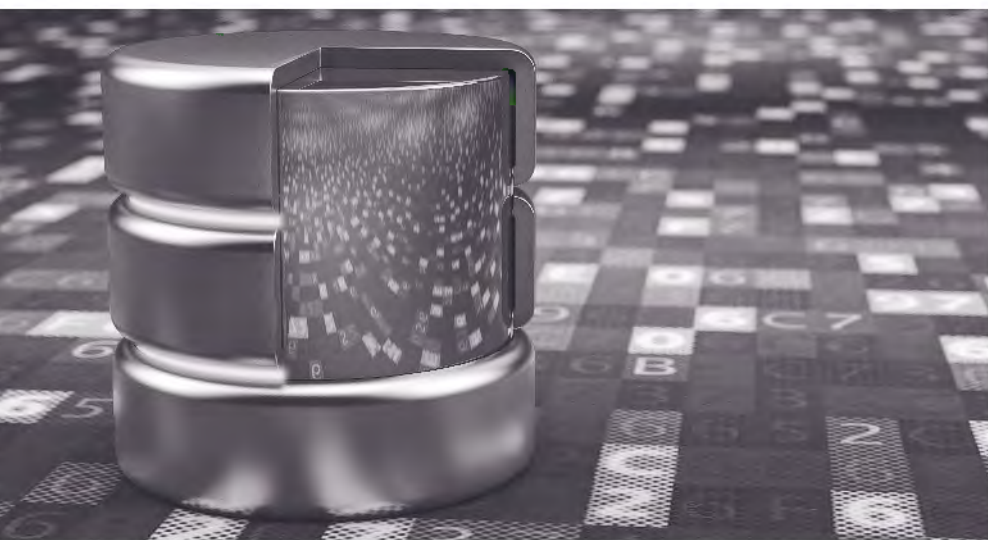
PERSPECTIVES

Mené par une équipe dynamique aux compétences complémentaires, et renforcé sur le plan technique, le projet de banque de données interhospitalière est promis à un bel avenir, plus de 10 ans après son lancement. Sa capacité à **répondre** de façon pointue aux requêtes des membres, aussi diversifiées et complexes qu'elles soient, représente une plus-value non négligeable pour ces derniers.

En 2021, l'équipe a pour projet de moderniser davantage de rapports en ligne autrefois proposés aux membres sur l'ancienne plateforme. La mise à disposition de nouveaux rapports est également en réflexion.

Si les projets « Satisfaction Patients » et « Absentéisme » seront encore enrichis l'an prochain, le secteur des Aînés fera aussi l'objet de toute notre attention, tout comme la thématique environnementale. L'identification de données pertinentes et leur intégration dans notre base de données sont encore à l'ordre du jour pour soutenir l'action de santhea dans ce domaine crucial.

Il est enfin prévu de publier de nouveaux « Focus » et de nouvelles études, en investiguant des thèmes tels que ceux de l'hôpital de jour et de la détection des événements indésirables, notamment via l'analyse des données issues du RHM.





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

PARTIE

5



CleanMed Europe 2020

Fin novembre s'est tenu en webinaire le congrès européen dédié aux soins de santé durables, CleanMed Europe. Ce cycle de conférences rassemble des professionnels de la santé de toute l'Europe pour échanger sur des problématiques en vue d'améliorer la durabilité des soins de santé. Cette année, l'accent était mis sur l'impact des produits pharmaceutiques sur l'environnement et sur l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique favorisant l'accumulation de déchets, mais également contenant des perturbateurs endocriniens. La gestion de la crise COVID-19 ainsi que ses conséquences sur l'environnement ont également été évoquées lors de ce symposium.

Projet VIDIS

Le projet VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) a été lancé dans le cadre du Plan d'actions e-santé 2019-2021. Ce projet vise à faciliter et à organiser le partage de données et d'informations entre toutes les parties impliquées dans le traitement médicamenteux. En 2020, une application web¹ permettant aux patients de visualiser leurs schémas de médication a été développée, de même qu'une version adaptée de cette application pour les professionnels de soins. Santhea suit de près ce dossier afin de tenir au courant ses membres des avancées de ce projet.

Programme Pay for Performance - Expérience Patients

En 2020, les institutions qui participent au projet « Satisfaction Patients » ont pu bénéficier une nouvelle

fois de données fournies par santhea dans le cadre du volet « Expérience Patients » du programme P4P afin de rencontrer les exigences du SPF en termes de canevas. Figurant parmi les trois organismes définis comme sources de données, pour ce volet en particulier, la fédération a participé aux trois réunions du Groupe de Travail « P4P Expérience Patients » organisées en 2020 par le SPF Santé publique. Santhea y a discuté de la méthodologie utilisée, tout en veillant à ce que celle-ci reste cohérente avec la réalité de terrain de ses membres.

Reprobel : paiement des droits d'auteur et d'éditeur

Toute institution utilisant des dispositifs permettant de diffuser en interne des œuvres protégées (imprimante, photocopieuse, smartphone...) doit, pour ne pas porter atteinte aux droits des auteurs et éditeurs, verser une contribution à Reprobel, société coopérative supervisée par le SPF Économie. Pour les photocopies, impressions et utilisations digitales d'œuvres protégées réalisées en 2020, Reprobel a confirmé l'application d'un tarif avantageux aux membres de santhea.

Naissance d'un enfant : allongement du congé de naissance et protection de la partie prénatale du repos de maternité

L'année 2020 aura été synonyme de nouveautés en termes de congés liés à la (future) naissance d'un enfant. En juin 2020, une loi protégeant le repos prénatal est publiée au Moniteur belge. La femme enceinte ne voit plus, depuis le 1^{er} mars 2020, son repos postnatal diminuer en raison de son absence au cours des six semaines

¹ MyHealthViewer.be

précédant son accouchement. Ainsi, sont assimilés à du travail effectif l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, le chômage temporaire pour force majeure ou pour raisons économiques pour les employés et la suspension complète du contrat de travail en raison d'un risque pour la grossesse. En décembre 2020, une loi allongeant progressivement le congé de naissance est publiée au Moniteur belge, passant à 15 jours à partir du 1^{er} janvier 2021 et à 20 jours à partir du 1^{er} janvier 2023.

Taskforce « biosimilaires » de l'INAMI

Début 2020, l'INAMI a pris l'initiative de relancer l'étude de mesures susceptibles de promouvoir l'utilisation de médicaments biosimilaires par les différents acteurs des soins de santé. Une première réunion de la task force s'est tenue le 27 janvier afin de brosser le tableau de la situation et présenter une série de pistes possibles afin d'atteindre l'objectif souhaité. L'avis des différents participants, parmi lesquels les fédérations hospitalières, a été écouté. Une seconde réunion a eu lieu le 2 mars dans le but de présenter les mesures prévues par l'INAMI après avoir considéré les avis précédemment émis. Le tout a été ensuite étouffé dans l'œuf par la crise de la COVID-19, temporairement sans doute.

Lancement des appels à projets Tubbe en MR/S

La philosophie du modèle participatif Tubbe accorde une place prépondérante aux relations interpersonnelles et à la participation des résidents et des collaborateurs. Un budget total de 180 000 € a ainsi été dégagé pour soutenir 36 MR/S réparties sur l'ensemble de la Wallonie : 13 en province du Hainaut, 10 en province de Liège, 8 en province de Namur, 3 en province du Brabant wallon et 2 en province du Luxembourg. Depuis début septembre 2020, les 36 MR/S bénéficient d'un accompagnement de coaches expérimentés pour développer le modèle Tubbe. Cet accompagnement est prévu pour 2 ans.

GT révision des normes MR/S – contrôle des prix – infrastructure

En début de législature, santhea a participé à plusieurs GT sur la révision des normes concernant le système de subventionnement des infrastructures MR/S et le contrôle des prix. Le souhait des autorités wallonnes est de mettre en place un système de soutien à l'investissement (infra) pour les opérateurs qui garantissent l'accessibilité financière aux aînés.

Projet de réforme de la nomenclature INAMI

En 2019, l'INAMI a donné le coup d'envoi à une réforme structurelle de la nomenclature des prestations de soins de santé (partie médicale). Cette réforme comprend trois phases : la phase 1 concerne la restructuration des libellés, la phase 2 vise à déterminer les valeurs

financières de l'acte intellectuel et la phase 3 doit évaluer les montants des frais de fonctionnement en lien avec les prestations. La phase 1 est aujourd'hui en cours et a été divisée en trois secteurs : le secteur des actes techniques médico-chirurgicaux (piloté par l'ULB), le secteur des actes médico-techniques automatisés (piloté par Möbius) et le secteur des consultations et actes associés (piloté par UGent). Chaque secteur organise des réunions ciblées avec chacune des spécialités médicales impliquées. La durée du projet (trois phases) est estimée à quatre ans. Santhea participe comme observateur-expert à chacune des réunions, même si son rôle sera plus important au cours des phases 2 et 3.

Unité fédérale audit des hôpitaux

Dans le cadre du « redesign » et de la co-gouvernance des administrations des soins de santé (SPF, INAMI, AFMPS), une « Unité fédérale audit des hôpitaux » a été mise en place, qui servirait de passerelle entre les trois structures. Les objectifs poursuivis sont une évaluation et un soutien à la performance, à la conformité et aux bonnes pratiques via des audits ciblant différentes thématiques. La volonté affichée vise l'optimisation du secteur audité, exclut une approche répressive et envisage l'application d'incitants (P4P). La première thématique envisagée est l'imagerie médicale lourde. On voit que cette thématique impacte les différentes administrations de soins de santé via notamment le registre national de l'appareillage lourd, la réglementation en rapport avec l'AFCN, le remboursement des prestations, les produits radio-pharmaceutiques et les professions paramédicales. Santhea a participé à une réunion d'information en juin 2020 et a insisté sur l'utilisation de référentiels scientifiquement éprouvés, applicables à la Belgique et actualisés, sur les critères de choix des institutions auditées, sur l'anonymisation des données publiées, sur l'adéquation de l'offre aux besoins des patients et sur l'accompagnement du processus d'audit par les représentants du secteur. La crise sanitaire a provoqué un retard dans la mise en place de ce calendrier d'audit.

Télémédecine et les applications mobiles Health (mHealth)

L'INAMI a développé un cadre pour le remboursement de la télémédecine et des applications mHealth. Plusieurs projets pilotes ont vu le jour : la téléconsultation dont les chiffres ont cru considérablement avec la crise sanitaire de la COVID-19, la « téléexpertise » en dermatologie et le télémonitoring de patients COVID-19 à domicile. Par ailleurs et pour la première fois, l'INAMI rembourse un traitement qui est effectué et soutenu par une application mobile : une convention prévoit ainsi une intervention temporaire pour la rééducation des patients avant et après la pose d'une prothèse primaire du genou et de la hanche,

à l'aide d'une application mobile médicale. Le projet-pilote devra établir si l'utilisation d'une telle application produit des résultats de rééducation équivalents à une rééducation classique (évaluation qualitative via les « Patient Reported Outcome Measures » et analyse coût-efficacité).

Garde rappelable et temps de travail : obligation de se rendre sur le lieu de travail dans un laps de temps très restreint et conséquences sur la rémunération

À la suite des enseignements tirés des questions préjudicielles posées à la Cour de Justice de l'Union européenne, la Cour du Travail de Bruxelles a rendu un arrêt important en matière de garde rappelable et de temps de travail. Désormais, en droit belge, nous pouvons considérer que la période de garde pendant laquelle le travailleur doit être disponible, mais ne doit pas rester physiquement présent sur le lieu de travail et qui, en raison de son caractère contraignant, ne permet pas au travailleur d'utiliser son temps pour ses intérêts personnels, constitue du temps de travail. Par conséquent, dans le cas d'une telle garde, le travailleur a droit à une rémunération pour toute la durée de la garde (cette rémunération peut différer de celle pour des prestations effectives ordinaires).

Travail associatif : annulation de la loi permettant de prester des activités complémentaires exonérées d'impôts et de cotisations sociales

La loi permettant aux personnes travaillant dans le milieu associatif de percevoir certains revenus complémentaires à leur activité principale, exonérés d'impôts et de cotisations sociales a été annulée – dans son entièreté – par la Cour Constitutionnelle. Dans un but de sécurité juridique, la Cour a toutefois maintenu les effets de la loi jusqu'au 31 décembre 2020. La Cour justifie l'annulation de la loi par le fait que le régime juridique spécifique mis en place par cette dernière viole les principes d'égalité et de non-discrimination, notamment car le législateur n'a pas justifié de façon objective la distinction faite entre le travailleur du milieu associatif et le travailleur salarié ou indépendant.

Commission Paritaire Nationale Médecins-Hôpitaux

Début 2020, la Commission Paritaire Nationale Médecins-Hôpitaux (CPNMH) a été saisie d'une demande d'avis à propos des conditions de travail et de rémunération des médecins spécialistes en formation. Dans le cadre de sa saisine actuelle, ce sont les conditions de travail et de rémunération au sens large qui sont abordées (rémunération de base, rémunération complémentaire, gardes, congés, autres avantages, etc.). Deux propositions ont ainsi été mises sur la table. Compte tenu des changements relatifs

à la présidence du CPNMH, les travaux de la Commission ont été mis en veille et reprendront en 2021. Parallèlement à cette saisine, le Comité Interuniversitaire des médecins assistants candidats spécialistes (CIMACS) a fait état dans la presse d'une décision du SPF Emploi qui considérerait les MACCS comme étant des salariés et à ce titre, bénéficieraient d'un salaire garanti pendant les 30 premiers jours d'incapacité. La question est toujours en cours d'investigation.

Hospitalisation Médico-Psycho-Sociale

Suite à la réunion que nous avons tenue en 2019 regroupant de nombreux hôpitaux concernés par ce dossier, nous avons poursuivi notre travail et développé un « position paper » faisant état de la situation et proposant une approche différenciée de cette problématique ainsi que les normes qui accompagneraient une telle approche. Nous avons pour objectif d'avancer davantage encore dans cette direction, en collaborant avec les multiples acteurs impliqués dans le suivi et l'accompagnement de ces enfants, tant sur le plan juridique que sur le plan médical, afin de construire ensemble un trajet de soins qui respecte les compétences et l'expertise de chacun, et notamment celles de l'hôpital, et permettre ainsi une prise en charge adéquate de ces enfants hospitalisés pour des raisons médico-psychosociales.

Financement des infrastructures hospitalières en cas d'accident du travail

Suite au transfert de compétences vers les régions du financement des infrastructures hospitalières, certaines entreprises d'assurances privées refusaient de prendre en charge le prix d'hébergement relatif au financement des infrastructures hospitalières, dans les situations où leurs interventions étaient requises, notamment en cas de séjours liés à un accident du travail. Le Décret du 9 mars 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital autorise pourtant bien, depuis le 1^{er} juillet 2019, les hôpitaux à facturer au patient le prix d'hébergement à travers un prix facturable à la journée. Après maintes communications avec Assuralia, la fédération des entreprises d'assurances, celle-ci a défini une position commune avec ses membres et a accepté de prendre en charge ce prix d'hébergement.

Dossier Patient Informatisé

L'arrêt n° 245 967 du 31 octobre 2019 du Conseil d'État a annulé les dispositions de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 qui introduisaient respectivement l'article 61 et l'annexe 19 dans l'arrêté royal BMF, à savoir les bases légales du financement du Dossier Patient Informatisé. Afin de maintenir malgré tout l'octroi de ces montants aux hôpitaux, le SPF soumit à l'attention du CFEH, fin janvier 2020, un nouveau système d'appréciation des critères BMUC

changeant considérablement la donne en termes de financement et de plan de déploiement du DPI au sein des hôpitaux. C'était sans compter l'arrivée de la pandémie de la COVID-19 qui obligea à postposer les débats. Dès lors, afin de ne pas priver les hôpitaux d'un financement nécessaire à la continuité de la mise en œuvre du DPI, les budgets disponibles au 1^{er} juillet 2020 furent finalement répartis sans condition entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques de manière simple, en considération de la crise sanitaire, et suivant l'avis du CFEH du 23 avril 2020. Malgré la crise sanitaire, les hôpitaux ont malgré tout réalisé de belles avancées dans le déploiement du DPI au sein de leur institution. 2021 verra à nouveau la question de l'appréciation des critères BMUC sur la table.

Règlement sur les dispositifs médicaux

Le Règlement sur les dispositifs médicaux a été officiellement publié le 5 mai 2017 et est entré en vigueur le 25 mai 2017. Les fabricants de dispositifs médicaux actuellement approuvés disposaient d'une période de transition de trois ans jusqu'au 26 mai 2020 pour satisfaire aux exigences du Règlement. Se posait alors la question du bénéfice de la période de grâce (délai supplémentaire jusqu'au 26 mai 2024) pour les dispositifs médicaux de classe I – en vertu de la Directive 93/42 ou 90/385/CEE – pour se conformer aux exigences du Règlement européen. Alors que celle-ci était finalement acquise, c'est la période de transition de trois ans qui fut reculée jusqu'au 26 mai 2021 en raison de la survenue de la pandémie. La Règlementation relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro quant à elle n'a pas été concernée par ce report et entrera en vigueur le 26 mai 2022, comme prévu initialement.

Facturation du forfait des médicaments en hôpital psychiatrique

Le début d'année 2020 nous a permis d'avancer davantage dans les discussions autour de la revalorisation du forfait médicaments en hôpitaux psychiatriques, d'une part avec l'INAMI, afin d'approfondir l'analyse réalisée de leur côté et les chiffres transmis à cet égard et d'autre part, entre fédérations afin de consolider notre dossier.

Avenant à la convention nationale hôpitaux généraux – organismes assureurs : Avancée dans la réforme de l'hospitalisation de jour

En décembre 2019, une convention nationale était conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. Un nouvel article de cette convention prévoyait la mise en place de différents travaux pour entamer la réforme de l'hospitalisation de jour.

En effet, un plan d'action décrivant les différentes étapes de la réforme de l'hospitalisation de jour avait été élaboré fin 2019. Celui-ci prévoyait la mise sur pied d'un Comité d'accompagnement, dont la première réunion a eu lieu en février 2020, d'un GT de médecins experts relatif aux différentes spécialités médicales et d'un GT financier dont la première réunion a eu lieu en mars 2020. La première tâche donnée aux médecins-experts était de déterminer rapidement les prestations, tant de la liste A que des listes 1 à 7, pour lesquelles il est clair d'entrée de jeu qu'elles peuvent être supprimées étant donné qu'elles peuvent être effectuées en toute sécurité en ambulatoire. Leur priorité était l'analyse des six prestations pointées par le SECM (service d'évaluation et de contrôle médical) comme étant régulièrement réalisées en consultations et devant être supprimées en priorité des listes d'hospitalisa-



tion de jour. Étant donné les circonstances particulières de l'année 2020, ces GT n'ont pas été constitués et les travaux n'ont pas été réalisés dans les temps impartis. C'est finalement un GT permanent sur l'hospitalisation de jour créé au sein du Conseil médical technique qui a remis un avis sur les six prestations en question en novembre 2020, dans lequel il recommande de supprimer la prestation 220253-220264 (cure chirurgicale de phlegmon profond). Il a donc été décidé fin 2020 en Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs de prolonger en 2021 la convention nationale pour une période réduite de six mois afin de permettre d'intégrer rapidement d'autres modifications (suppression/ajout de prestations) aux listes de l'hôpital de jour. Il a aussi été acté que la prestation pointée par le GT permanent serait supprimée de la liste « forfait groupe 6 » au 01/01/2021 et que le budget libéré (environ 1 million €) par cette suppression, non réinvesti directement dans l'ajout de prestations, soit utilisé ultérieurement comme incitant provisoire lorsqu'une ou plusieurs nouvelles prestations seront ajoutées aux listes.

Au niveau du GT financier, le mécanisme du financement de l'hospitalisation de jour dans le BMF est exposé lors de la première réunion afin d'évaluer à moyen terme les impacts d'un ajout ou d'une suppression d'une prestation dans/ de la liste A. Une discussion autour de la revalorisation du coefficient de 0,81 utilisé actuellement dans le calcul de l'activité justifiée de jour est également entamée. Une nouvelle proposition de forfait anesthésie est aussi soumise à ce GT. Celle-ci a pour objectif d'élargir le « maxi-forfait » actuel notamment aux anesthésies locorégionales, mais surtout de fixer un seul forfait valable pour tous les hôpitaux du pays.

Projet Absentéisme

Une réunion du GT Absentéisme s'est tenue en mars 2020. L'objectif principal de celui-ci était de faire le point sur l'évolution des besoins de nos membres en incluant les nouvelles institutions participantes au projet. Nous avons donc entamé la réflexion sur les modifications à apporter au cahier des charges et au mémento, qui étaient quasiment restés inchangés depuis les débuts du projet (2015-2016). Une enquête a ensuite été réalisée en juin pour s'assurer de la faisabilité technique et du bien-fondé des modifications évoquées lors du GT. Il en résulte quelques adaptations du cahier des charges, notamment dans le but de clarifier la définition de certains champs et d'insérer de nouveaux champs tels que le code IFIC (valable uniquement pour les hôpitaux privés dans un premier temps). De nouveaux indicateurs tels que les absences pour maladie de court terme (moins de 30 jours uniquement) sont aussi proposés dans la mise à jour du mémento. À côté de la fourniture d'un benchmarking sur les données d'absentéisme, nous avons poursuivi notre réflexion autour de la gestion de l'absentéisme et du soutien que santhea pouvait apporter dans la mise en place d'actions destinées à réduire l'absentéisme dans nos institutions. Pour nous aider dans cette tâche, nous avons établi une enquête à destination des directeurs de Ressources humaines qui avait pour objectif d'évaluer concrètement ce que chaque hôpital a mis en place/va mettre en place concernant la gestion de l'absentéisme, en particulier au niveau de la formation et de la communication. Nous avons aussi intégré à cette enquête trois questions concernant le bien-être des travailleurs.





Soins à basse variabilité

L'INAMI a publié un premier rapport d'audit sur les données liées aux soins à basse variabilité. Le constat principal est une sous-facturation (à zéro) des codes de prestations inclus dans les soins à basse variabilité par rapport à ce qui avait été estimé à partir des données 2017. Les explications possibles résident soit dans la non-facturation des codes à zéro, soit dans une utilisation plus « rationnelle » des soins, soit au recours à des prestations ambulatoires. En novembre 2020 s'est tenue une réunion entre les fédérations, l'INAMI et les organismes assureurs à propos de l'implémentation des soins à basse variabilité pour les prestations de l'article 29 de la nomenclature (= matériel d'orthopédie). En effet, le fait que cet article soit inclus dans ce nouveau système alors qu'il s'agit de matériel généralement directement facturé aux patients par les bandagistes, en dehors du séjour hospitalier, pose toujours question. Malheureusement, à cause de quelques prestations comptabilisées durant les séjours inclus dans les soins à basse variabilité, un problème minime de « double facturation » persiste. Nous plaidons pour que cet article soit exclu des soins à basse variabilité, au même titre que les articles 27, 28 §8, 30, 31 et 36 désignant du matériel. Les nouvelles données publiées en novembre sur la plateforme Librhos ont confirmé les dernières décisions prises en rapport avec ce dossier : exclusion des forfaits du CT-scan durant les années 2020 et 2021 (étant donné que cette prestation est utilisée comme outil diagnostique dans la détection de la COVID) et des prestations effectuées pour les nouveau-nés qui sont facturées au nom de la mère à partir du 1^{er} janvier 2021.

Budget des soins de santé 2021 – Accord médico-mutualiste 2021

Le 19 octobre 2020, le Conseil Général de l'INAMI a approuvé, à l'unanimité, le budget des soins de santé pour l'année 2021, suivant la proposition de la délégation gouvernementale. L'objectif budgétaire global pour 2021 est fixé à environ 30 milliards € et les seules économies planifiées, d'un montant de 150 millions €, ont trait au secteur des spécialités pharmaceutiques. Par ailleurs, la norme de croissance est fixée à 2,5 % à partir de l'année 2022. Sur cette base, l'accord national médico-mutualiste 2021 a été conclu le 16 décembre 2020. Le taux d'indexation moyen des honoraires est de 1,01 %, mais tous les secteurs ne bénéficient pas de la même indexation. L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins pour l'année 2021 est fixé, quant à lui, à environ 8,9 milliards €.

IFIC

Le nouvel accord social prévoit 500 millions € complémentaires pour permettre le passage en une fois, à 100 %, aux barèmes cibles IFIC. Depuis la conclusion de cet accord, les partenaires sociaux travaillent au passage effectif vers les barèmes IFIC. Pour le secteur privé, l'objectif fixé est de basculer sur les barèmes cibles au 1^{er} juillet 2021 en ayant donné un choix à l'ensemble des travailleurs qui n'ont pas encore choisi les barèmes IFIC. Pour le secteur public, des analyses complémentaires ont été produites sur base de l'étude préparatoire réalisée auprès d'un échantillon d'hôpitaux. L'asbl IFIC, en collaboration avec santhea, a analysé les barèmes de recrutement en vigueur actuellement dans les hôpitaux publics, afin

de les comparer aux barèmes cibles IFIC. Il ressort de ce travail que les barèmes IFIC sont, i) pour 70 % d'entre eux, supérieurs aux barèmes de recrutement repris dans l'échantillon; ii) pour 10 % d'entre eux, inférieurs aux barèmes en vigueur sur toute la carrière; et iii) pour 20 % d'entre eux, les barèmes IFIC sont supérieurs en début de carrière, mais restent inférieurs sur la globalité de la carrière. Nous avons par ailleurs réalisé un focus sur le sujet «IFIC» afin de faire le point sur l'état d'avancement, en 2020, de l'implémentation de cette nouvelle classification de fonctions dans nos différentes institutions. Nous avons, dans le focus, proposé des illustrations chiffrées des choix qui se posent aux travailleurs de secteurs fédéraux de la santé qui dépendent de la CP 330. Nous avons également décrit les résultats du rapportage qui a eu lieu pour ces secteurs en 2019-2020 et le système de financement qui est mis en place depuis 2018. Le focus fournit également un exemple de l'analyse réalisée pour chacune des 218 fonctions IFIC à l'issue de l'étude préparatoire propre aux hôpitaux publics. Au niveau des secteurs régionalisés (MR-MRS, centres de revalidation, IHP, MSP...), le focus décrit la situation de chacune des régions. Enfin, les perspectives connues à ce moment-là pour les différents secteurs sont listées.

Budget des Moyens Financiers 2020 des Hôpitaux

Santhea met 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) en

2020, et explicite les adaptations concrètes apportées au budget des hôpitaux :

- Un 3^{ème} montant provisionnel concernant l'IFIC privé est intégré dans le BMF et des modalités forfaitaires de révision des provisions octroyées depuis 2018 sont définies dans l'AR BMF;
- Les notions de catastrophe, calamité, épidémie et pandémie sont insérées dans l'AR BMF;
- Le financement des urgences en sous-partie B2 du BMF s'applique désormais à 100 % selon les unités d'urgences;
- À titre conservatoire, le financement 2020 du Dossier Patient Informatisé est simplifié;
- Les hôpitaux ne disposant que de lits G et/ou Sp en combinaison avec des lits A, K et/ou T sont désormais reconnus dans l'AR BMF en tant qu'hôpitaux généraux, ce qui leur ouvre l'accès à plusieurs financements en B4 et B5;
- 4,8 millions € sont ajoutés au budget dévolu au financement BMF des cotisations de pension du personnel statutaire des hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales;
- À titre de mesure transitoire, l'âge maximal dans le financement forfaitaire BMF lié aux cycles de procréation médicalement assistée, est prolongé de 6 mois à partir du 1^{er} mars 2020 pendant la période COVID-19;
- Des pseudo-codes de chirurgie de reconstruction mammaire de la convention INAMI sont insérés dans la liste des codes et temps standards pour le financement B2 du quartier opératoire;



- Le budget global BMF 2020 est modifié pour y intégrer le budget Fonds Blouses Blanches pour 301 115 303 € (dont 11,7 millions € pour le soutien psychosocial) et un budget de 22 millions € destiné au financement de 25 projets-pilotes HOST (Hospital Outbreak Support Teams) concernant l'«early detection and management of clusters and small outbreaks» dans une approche réseaux locorégionaux.

Plan Comptable Minimum Normalisé des Hôpitaux

Suite à la publication d'un arrêté en septembre 2020, santhea met à disposition de ses membres sa coordination officielle de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (AR PCMN) intégrant quelques dispositions nouvelles d'application dans le PCMN au 1^{er} janvier 2019.

Avis rendus par le Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers en 2020

À travers sa participation active au Conseil Fédéral des Établissements 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. Nous parcourons, par thème, les principaux avis rendus par cette instance en 2020.

Fonds Blouses Blanches

Le CFEH émet trois avis en 2020 relatifs au Fonds Blouses Blanches. Dès janvier 2020, le CFEH demande le transfert et l'intégration structurelle des moyens du Fonds vers le Budget des Moyens Financiers des hôpitaux. En septembre 2020, après la publication en août de la loi du 30 juin 2020 pérennisant le Fonds Blouses Blanches, le CFEH émet un avis concernant les modalités de mise en œuvre de cette loi, dans les hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, afin de pouvoir les intégrer dans l'arrêté royal BMF dès 2020 et insiste sur l'urgence d'informer le secteur via une circulaire, que le SPF rédigera et diffusera en définitive à la mi-octobre 2020 auprès des hôpitaux, afin de permettre de procéder aux recrutements de personnel. Enfin, en novembre 2020, le CFEH souligne la sécurité juridique indispensable quant au caractère structurel des moyens alloués via une loi à prendre pour l'année 2021. Le CFEH donne d'initiative son avis concernant les modalités d'une mise en œuvre concrète des moyens à partir de 2021 et les prochaines étapes, préconisant d'augmenter prioritairement le personnel normatif en moyenne d'1 ETP par service/fonction. Il insiste sur les objectifs de réduction significative du ratio patients/infirmier et de présence d'un nombre suffisant de personnels infirmiers et soignants, à côté d'un nombre suffisant de personnels de soutien de ce personnel. Il émet des propositions concrètes de modalités techniques d'intégration dans le BMF des hôpitaux et de contrôle quant à l'utilisation des moyens alloués.

Propositions relatives aux modalités de calcul du BMF

En janvier 2020, le CFEH émet plusieurs avis techniques d'adaptation du calcul d'éléments du BMF :

- Financement complémentaire des cotisations de pension du personnel statutaire, et financement de l'IFIC privé et public;
- Insertion de pseudo-codes de nomenclature de la convention INAMI de reconstruction mammaire dans la liste des interventions et des temps standards utilisés pour le calcul du financement du quartier opératoire dans la sous-partie B2;
- Modalités techniques de transfert d'éléments de la sous-partie B4 finançant du personnel de soins, vers la sous-partie B2.

En mars 2020, le CFEH propose d'utiliser dès le BMF de juillet 2021, les données enregistrées relatives au Treatment Demand Indicator (TDI) pour la répartition de l'enveloppe de financement de cet enregistrement.

En avril 2020, le CFEH propose de simplifier à titre conservatoire les modalités de financement du DPI en 2020, face aux difficultés liées à la pandémie de la COVID-19 dans les hôpitaux. En décembre 2020, le CFEH demande de maintenir le mode de financement simplifié du DPI en 2021, pour se laisser le temps de proposer de nouvelles modalités de financement à l'horizon du BMF 2022.

Plan Comptable Minimum Normalisé

En mars 2020, le CFEH émet quelques propositions d'uniformisation d'imputation comptable, ainsi que par rapport aux délais légaux de rentrée des données FINHOSTA au SPF.

Besoins prioritaires 2021

En juillet 2020, le CFEH communique la liste de ses besoins prioritaires dans le cadre de la procédure budgétaire 2021. Comme déclaré dans son memorandum 2020-2024, le CFEH demande une croissance réelle du BMF dans un cadre financier stable et prévisible, et pointe comme priorités 2021 :

- Le renforcement du personnel infirmier et soignant autour du patient;
- L'investissement dans le DPI et les TIC;
- Le soutien des réseaux;
- La réforme de l'hospitalisation de jour;
- La pédopsychiatrie;
- La protection des données personnelles.



COVID-19

Tout au long des trois derniers trimestres 2020, le CFEH a été amené à émettre divers avis dans le cadre de la pandémie de la COVID-19. En avril 2020, le CFEH émet un avis relatif à la comptabilisation de l'avance d'un milliard € octroyée aux hôpitaux généraux dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19. Il insiste pour qu'au plus tard pour la fin de l'exercice comptable 2020, des indications précises quant à l'affectation définitive de cette avance soient établies et communiquées officiellement aux hôpitaux.

En avril 2020, le CFEH constate que, dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, les hôpitaux sont confrontés à divers coûts supplémentaires par rapport à leur fonctionnement normal : frais de personnel, équipement de protection individuelle, adaptation de l'infrastructure, etc. ainsi qu'à la perte de divers revenus (notamment honoraires, forfaits, etc.). Deux groupes de travail (au sein du CFEH et de l'INAMI) sont mis sur pied pour dresser une liste de ces conséquences financières et proposer des solutions de financement, tant pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques. L'objectif vise à garantir la couverture des surcoûts, mais également des coûts fixes par une certaine couverture de la perte de revenus, ainsi que la neutralisation de l'impact de la crise lors du calcul des financements futurs et des révisions.

En juin 2020, le CFEH propose des modalités concrètes pour assurer ces garanties :

- Compensation au niveau national pour la couverture des surcoûts, par un financement forfaitaire des frais supplémentaires résultant de la crise ;
- Compensation pour la couverture de tous les frais normaux qui continuent à courir et dont les recettes ont chuté consécutivement à la baisse de l'activité, par une garantie contre la perte de ces revenus.

En juin 2020 le CFEH demande que l'arrêté royal BMF soit adapté en ce qui concerne le financement de la procréation médicalement assistée, pour porter l'âge maximum autorisé à 43 ans et 6 mois pour les patientes dont le 43^{ème} anniversaire tombe entre le 1^{er} mars 2020 et une date à déterminer en fonction de la fin de la période COVID-19.

En octobre 2020, s'appuyant sur les réponses à une vaste enquête sur base volontaire lancée durant l'été 2020 par le SPF auprès des hôpitaux, et relative aux surcoûts supportés, le CFEH émet un avis quant aux modalités du financement forfaitaire des hôpitaux pour les surcoûts exceptionnels dans le cadre de l'épidémie de la COVID-19. Cet avis décrit la méthodologie pour l'élaboration des forfaits et propose des montants concrets de ces forfaits pour les hôpitaux généraux. L'arrêté ministériel paru fin décembre 2020 fixant la valeur des forfaits surcoûts COVID-19 pour les hôpitaux généraux s'appuiera d'ailleurs sur le travail du CFEH.

En novembre 2020, le CFEH souligne l'importance d'une intervention financière supplémentaire pour la perte de recettes provenant d'autres sources que l'assurance maladie et propose des modalités concrètes d'interventions forfaitaires supplémentaires. Le CFEH recommande également que l'arrêté royal fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de la COVID-19, puisse également s'appliquer à tout le second semestre 2020.

En novembre 2020 toujours, sur consultation de la part du ministre, le CFEH émet un avis quant au financement via le BMF d'une prime exceptionnelle d'encouragement en récompense des efforts du personnel impliqué dans la crise de la COVID-19 face à la deuxième vague d'épidémie.

En décembre 2020, le CFEH émet un avis spécifique pour l'élaboration des montants forfaitaires de financement des surcoûts liés à la pandémie dans les hôpitaux psychiatriques, aboutissant à trois montants concrets, selon une méthodologie de travail équivalente à celle suivie pour la détermination des forfaits de surcoûts d'application dans les hôpitaux généraux. Un arrêté ministériel distinct est encore à paraître en 2021, en ce qui concerne ces interventions forfaitaires à l'égard des hôpitaux psychiatriques.

Fonds Blouses Blanches et accord social fédéral

Le Fonds Blouses Blanches initié fin 2019 s'est constitué en 2020 à hauteur de 400 millions €. Nous avons ardemment défendu la nécessité de l'intégrer au BMF des hôpitaux pour ne pas en confier la gestion au Fonds Maribel, celui-ci n'étant pas adapté à gérer un nombre de recrutements aussi important de par leurs procédures administratives beaucoup trop lourdes. Par ailleurs, un nouvel accord social a été négocié en mai et juin 2020, à la suite du 1^{er} confinement. La pression était très forte pour une revalorisation substantielle des travailleurs du secteur de la santé. Le gouvernement a dégagé un budget de 600 millions € dont 500 millions € complémentaires pour permettre la mise en œuvre des barèmes IFIC à 100 % et 100 millions € pour des mesures d'amélioration des conditions de travail. Il s'agit notamment des mesures qualitatives de l'accord social précédent qui n'avaient pas pu aboutir faute de budgets nécessaires pour les mettre en œuvre. Ces mesures portent sur l'octroi de trois semaines de vacances consécutives, la communication plus rapide des horaires, la formation des travailleurs, la stabilité des contrats de travail. Cet accord social s'appuie également sur le Fonds Blouses Blanches pour augmenter le

personnel au chevet du patient et soulager le personnel soignant de tâches qui peuvent être réalisées par d'autres travailleurs. La mesure phare est de sortir les infirmiers-chefs de la norme de financement et de recruter du personnel de soutien au personnel soignant.

Accord non marchand wallon

Lors du conclave budgétaire wallon à l'été 2020, le gouvernement a débloqué un budget qualifié d'historique pour un nouvel accord non marchand. Ce budget de 260 millions € prévoit le passage à l'IFIC des barèmes des secteurs de la santé transférés suite à la 6^{ème} réforme de l'État, à savoir les MRS, les MSP, les HIP et les centres de revalidation. Cette décision rencontre un besoin fondamental des membres de santhea concernés puisqu'elle vise à éviter une hémorragie de personnel au bénéfice des hôpitaux qui appliqueraient les barèmes IFIC à 100 % et qui recruteraient à très grande échelle avec le soutien du Fonds Blouses Blanches.







NOS MEMBRES

PARTIE

6

HÔPITAUX

- 1 Centre de Santé des Fagnes
 - 2 C.H. de Mouscron
 - 3 C.H. du Bois de l'Abbaye
 - 4 C.H. EpiCURA - Ath
 - 5 C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu
 - 6 C.H. Le Domaine
 - 7 C.H.R. de Huy
 - 8 C.H.R. de La Citadelle
 - 9 C.H.R. du Val de Sambre
 - 10 C.H. Reine Astrid
 - 11 C.H.R. Haute Senne
 - 12 C.H.R. Namur
- CHIMAY
MOUSCRON
SERAING
ATH
HORNU
BRAINE-L'ALLEUD
HUY
LIEGE
SAMBREVILLE (AUVELAIS)
MALMEDY
SOIGNIES
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	MONTIGNY-LE-TILLEUL
31	I.S.P.P.C. - Hôpital Civil Marie Curie	LODELINSART
32	Institut Jules Bordet	BRUXELLES
33	L'Equipe	BRUXELLES
34	VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne	LIBRAMONT
35	VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg	ARLON
36	VIVALIA - IFAC	BASTOGNE
37	VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique La Clairière	BERTRIX

MR/MRS

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

- | | | |
|----|--|------------------|
| 48 | Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL) | GRIVEGNEE |
| 49 | Résidence Le Touvent (AIGT) | SIVRY |
| 50 | Résidence Les Aubépines (CPAS) | HOUDENG GOEGNIES |
| 51 | Résidence Les Avelines (CHRH) | WANZE |
| 52 | Résidence Les Eglantines (CPAS) | BRUXELLES |
| 53 | Résidence Les Genêts (INTERSENIORS) | OUGREE |
| 54 | Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS) | WAIMES |
| 55 | Résidence Les Orchidées (ISOSL) | GRIVEGNEE |
| 56 | Résidence Les Prés Brion (CHRH) | HUY |
| 57 | Résidence Les Saules (ISOSL) | BASSENGE |
| 58 | Résidence les Templiers (CPAS) | FLEURUS |
| 59 | Résidence Les Trois Rois (ISOSL) | WISE |
| 60 | Résidence Louis Demeuse (ISOSL) | HERSTAL |
| 61 | Résidence Philippe Wathelet (CAHC) | LA GLEIZE |
| 62 | Résidence Régina (INAGO) | MORESNET |
| 63 | Résidence Sainte-Gertrude (CPAS) | BRUXELLES |
| 64 | Résidence Saint-Joseph (CPAS) | VERVIERS |
| 65 | Résidence Springuel-Hellin (CPAS) | MONTEGNEE |
| 66 | Résidence Val des Séniors (VIVALIA) | CHANLY |
| 67 | Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH) | HUY |
| 68 | Saint-Antoine (VIVALIA) | SAINT-MARD |
| 69 | Sainte-Elisabeth (CPAS) | HERVE |
| 70 | Saint-Joseph (CPAS) | TEMPLOUX |
| 71 | Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS) | BUTGENBACH |
| 72 | Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS) | SAINT-VITH |
| 73 | Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA) | SAINTE-ODE |



CAJ/CSJ

- | | | |
|----|--|---------------------|
| 1 | Domaine des Blés Dorés (ISOSL) | VILLERS L'VEQUE |
| 2 | Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS) | FLEMALLE |
| 3 | Heureux Séjour (ISPPC) | COURCELLES |
| 4 | La Bonne Maison de Bouzanton (CHUPMB) | MONS |
| 5 | La Bouvière (VIVALIA) | VIELSAM |
| 6 | La Cigale (INTERSENIORS) | WAREMME |
| 7 | La Maison de Mariemont | MORLANWELZ |
| 8 | Le Grand Pré (CPAS) | WEPION |
| 9 | Les Heures Claires (CAHC) | SPA |
| 10 | Les Tournesols (ISOSL) | LIEGE |
| 11 | Le Vignoble (CPAS) | BRAINE L'ALLEUD |
| 12 | Nouvelle Quiétude (ISPPC) | MONTIGNY-LE-TILLEUL |
| 13 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL) | ANS |
| 14 | Résidence Laetare (CPAS) | LA LOUVIERE |
| 15 | Résidence La Kan (INAGO) | AUBEL |
| 16 | Résidence La Plaine (ISOSL) | LIEGE |
| 17 | Résidence Le Doux Séjour (ISOSL) | HERSTAL |
| 18 | Résidence Les Aubépines (CPAS) | HOUDENG GOEGNIES |
| 19 | Résidence Les Avelines (CHRH) | WANZE |
| 20 | Résidence Les Trois Rois (ISOSL) | WISE |
| 21 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL) | WELKENRAEDT |
| 22 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC) | LIMBOURG |
| 23 | Résidence Régina (INAGO) | MORESNET |
| 24 | 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 des Hauteurs (ISOSL)	LIEGE
13	Résidence Do Grand Fa (CPAS)	MALMEDY
14	Résidence du Bois d'Havré (CHUPMB)	HAVRE
15	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	ANS
16	Résidence Laetare (CPAS)	LA LOUVIERE
17	Résidence Le Chalon (AIGT)	CHIMAY
18	Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)	WELKENRAEDT
19	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG
20	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
21	Résidence Les Eglantines (CPAS)	BRUXELLES
22	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	WAIMES
23	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	HUY
24	Résidence Régina (INAGO)	PLOMBIERES
25	Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)	HUY

CONVENTIONS DE REVALIDATION

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

MUTUALITÉS

- | | | |
|---|---|---------------|
| 1 | Mutualité socialiste Solidaris de Liège | LIEGE |
| 2 | Mutualité socialiste Solidaris de Mons - Wallonie picarde | ATH |
| 3 | Mutualité socialiste Solidaris de Namur | SAINT-SERVAIS |
| 4 | Mutualité socialiste Solidaris du Brabant Wallon | TUBIZE |
| 5 | Mutualité socialiste Solidaris du Centre, Charleroi et Soignies | CHARLEROI |
| 6 | Mutualité socialiste Solidaris du Luxembourg | SAINT-HUBERT |
| 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'Andenne
- 2 SSM de Beauraing
- 3 SSM de Ciney
- 4 SSM de Couvin
- 5 SSM de Dinant
- 6 SSM de Namur (Astrid)
- 7 SSM de Namur (Balances)
- 8 SSM de Tamines

Province de Liège :

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





**NOTRE CONSEIL
D'ADMINISTRATION**

PARTIE

7

BUREAU*

- Présidente :** C.H.R. La Citadelle, représenté par **Lambert Marie-Claire**
- Vice-Présidents :** C.H.U. de Liège, représenté par **Compère Julien**
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 2020, 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. La crise de la COVID-19 a néanmoins limité le nombre de réunions et de thèmes abordés, la pandémie monopolisant largement la vie de notre secteur depuis le mois de mars.

Voici les grands thèmes abordés au Conseil d'Administration en 2020 :

- La crise de la COVID-19, avec notamment un point régulier de la situation, la couverture des coûts supportés par les institutions de soins, les relations avec les autorités et la coordination entre les lignes de soins. L'étude réalisée par santhea dans le cadre de la crise a été présentée au Conseil d'Administration avant sa diffusion plus large ;
- Les négociations et accords sociaux ;
- Le Fonds Blouses Blanches ;

- La problématique de l'autorité de la concurrence et son impact sur les réseaux hospitaliers en construction ;
- Le financement des institutions de soins, avec notamment le budget des soins de santé et le budget de 200 millions € pour le renforcement des soins de santé mentale ;
- Les biosimilaires ;
- La proposition des organismes assureurs d'un plan d'action pour la responsabilité financière collective ;
- Le renouvellement de différents mandats (Commission fédérale «droits du patient», Conseil national des secours médicaux d'urgence, Unipso, Commission Nationale Paritaire Médecins-Hôpitaux) ;
- Différents projets menés par santhea : Développement d'e-learning, utilisation des médias sociaux dans notre communication, Together for Green Healthcare ;
- Plusieurs points relatifs au fonctionnement de santhea, comme la préparation des élections au Conseil d'administration de santhea, la clôture des comptes 2019 et le budget 2020.

* Janvier 2021



MEMBRES*

APP Sambre & Meuse, représentée par **Rillaerts Stéphane**

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

C.H. EpiCURA, représenté par **Draux Fabienne**

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

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

C.H.R. de Liège, représenté par **Portugaels Sylvianne**

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

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

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

C.R.P. Les Marronniers, représenté par **Hecq Vincent**

C.U.B. Erasme, représenté par **Hougardy Jean-Michel**

Fédération des CSD, représentée par **Dewulf Déborah**

Institut Jules Bordet, représenté par **De Drée Francis**

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

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

L'Equipe, représentée par **Wesel Pascale**

Les Heures Claires, représentée par **Ribourdouille Bernard**

VIVALIA, représentée par **Bernard Yves**

Wéry Etienne

Assistent avec voix consultative

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

Van de Sype Dominique

* Janvier 2021



NOTRE ÉQUIPE

PARTIE





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^{ère} 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*



**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