

RAPPORT ANNUEL

—2021—



RAPPORT ANNUEL

—2021—

santhea 



SOMMAIRE

- 7 Le mot de la Présidente
- 11 Faits et chiffres
- 33 Les grands dossiers
- 53 Une fédération dynamique en constante évolution
- 73 Une expertise démontrée au travers de nos dossiers
- 95 Nos membres
- 105 Notre Conseil d'Administration
- 109 Notre équipe

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

— PARTIE 1 —



LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Une nouvelle année s'achève, et avec elle l'occasion de jeter un regard critique en arrière et d'esquisser ce que sera demain.

Tous, nous espérons que 2021 ne ressemble en rien à l'année qui aura vu arriver dans nos vies la Covid-19. Malheureusement, cela n'a pas été le cas. Certes, les choses furent moins agitées. La vaccination massive a permis de protéger la population, ce qui s'est traduit par des vagues moins fortes, surtout en soins intensifs. La prise en charge des patients Covid-19 a donc pu se faire tout en maintenant un fonctionnement des institutions de soins aussi normal que possible. Et les terribles pénuries de matériel que nous avons connues en 2020 appartiennent, fort heureusement, au passé.

Mais tout ne fut pas simple, loin de là. Car la pénurie de personnel est, quant à elle, toujours une réalité. C'était évidemment déjà le cas avant la crise sanitaire. Mais celle-ci a considérablement renforcé le problème, qui atteint aujourd'hui un seuil critique. Nous saluons les mesures de revalorisation et d'attractivité prises aux différents niveaux de pouvoir. C'est un signal positif des autorités quant à l'importance vitale de notre secteur. Mais cela ne sera certainement pas suffisant. Il faut aller plus loin pour assurer une main-d'œuvre qualifiée, engagée et suffisante. Celle-ci est indispensable au bon fonctionnement de nos institutions de soins. Nous ne pourrons fournir des soins de qualité à tous les patients si nous ne disposons pas des ressources, notamment humaines, pour le faire.

Le secteur des soins de santé est caractérisé par une grande résilience, la crise de Covid-19 l'a à nouveau prouvé. Nous nous réinventons sans cesse, au fil de l'évolution de la population et de ses besoins, des nouvelles connaissances scientifiques, des contraintes extérieures ou encore des choix politiques. Les réformes ne nous font pas peur, repenser nos métiers et nos institutions non plus. C'est d'ailleurs une opportunité pour rester le secteur dynamique que nous sommes. Mais tout ne peut pas être fait simultanément et dans l'urgence. Or, on assiste depuis plusieurs mois à une inflation sans précédent de groupes de travail destinés à préparer ou à accompagner des réformes ambitieuses, telles que le financement hospitalier, la révision de la nomenclature, la trajectoire budgétaire pluriannuelle, la révision de la place de l'hôpital dans les parcours de soins ou encore la mise en place de l'IFIC Public, pour n'en citer que quelques-unes.



Les prochaines échéances électorales et la volonté d'engranger des résultats à valoriser sont, évidemment, responsables de cette accélération. Mais l'héritage de la Covid-19 l'est tout autant, avec le retard pris dans un certain nombre de dossiers. Sans oublier la généralisation du télétravail. En effet, ce mode de fonctionnement s'est largement implanté dans l'ensemble des secteurs depuis le premier confinement de mars 2020, et il semble être bien parti pour durer. Si les avantages du télétravail ne peuvent être niés, il faut aussi en évaluer les inconvénients. Parmi ceux-ci, l'augmentation du nombre de réunions bénéficiant de l'absence de temps de trajet apparaît en tête de liste. Car qui dit plus de réunions, dit plus de dossiers à traiter plus vite.

Cette tendance inflationniste touche de plein fouet les fédérations et rend leur travail de plus en plus difficile. Il est important de le souligner. Car si leurs actions durant la crise sanitaire bénéficiaient d'une grande visibilité, c'est aujourd'hui beaucoup moins le cas. Or, elles sont tout aussi importantes. Bien entendu, comme l'ensemble du secteur, les fédérations doivent se remettre en question. Et nous le faisons. La mise en place et le déploiement des réseaux hospitaliers en sont de bons exemples. Ceux-ci deviennent en effet, petit à petit, une réalité. Il est évident que dans ce contexte, le rôle des fédérations changera, mais cela ne signifie en rien qu'elles ne seront plus utiles. La représentation des membres, la défense d'intérêts communs et la mise à disposition d'expertises pointues sont autant de missions qui resteront d'actualité. Recréer, à l'échelle des réseaux, des petites fédérations n'aurait aucun sens, cela rendrait ingérables bon nombre de réunions. En revanche, travailler à une bonne articulation entre les fédérations et les réseaux a tout son sens, et collaborer positivement en fonction du principe de subsidiarité également. Cela renforcera d'ailleurs notre action commune, et en particulier la défense de notre système de santé. Nous sommes plus forts ensemble. Toujours.

Dans ce contexte, nous regrettons évidemment le départ des hôpitaux bruxellois de notre fédération – il sera effectif au 1^{er} juillet 2022. C'est dommageable, à de multiples niveaux. En commençant par la représentation et la défense de l'hôpital public, qui étaient assurées de manière uniforme par santhea jusqu'ici. Le lien, dans le secteur hospitalier, entre Bruxelles et la Wallonie en est également amoindri. Certes, cette décision ne signifie pas à elle seule la régionalisation pure et simple des soins de santé. Mais c'est un pas de plus, dans une direction qui n'est pas souhaitable, et en tout cas pas complètement réfléchi. Sans oublier les aspects

d'économies d'échelle, ainsi que l'équilibre entre les parties prenantes au niveau fédéral.

Gageons que les mois à venir verront de nouvelles discussions à propos de notre paysage institutionnel. Quel avenir les Wallons et les Wallonnes veulent-ils se dessiner ? Le secteur des soins de santé jouera un rôle de premier plan dans cette réflexion.

On le voit, les choses bouillonnent. Les choses changent. Et nous changerons avec, mais pas n'importe comment. Dans un monde où tout s'accélère, peut-être serait-il pertinent de prendre un peu de temps...

Un peu de temps pour digérer la crise que nous venons de connaître, et en tirer vraiment les leçons...

Un peu de temps pour réfléchir à notre modèle de sécurité sociale, à ce que nous voulons changer et à ce qui doit être maintenu.

Un peu de temps pour envisager comment notre secteur doit être organisé pour répondre aux besoins de la population dans un contexte budgétaire difficile...

Un peu de temps pour identifier les nouveaux défis et les opportunités naissantes, mais également les menaces qui pèsent sur notre secteur...

Prendre un peu de temps, maintenant, plutôt que d'en perdre beaucoup, après...



Marie-Claire LAMBERT

Présidente de santhea

FAITS ET CHIFFRES

— PARTIE 2 —



SECTEUR DES HÔPITAUX

1. PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES¹

	Wallonie	
	Nombre d'institutions 2021	Nombre de lits 2021
Hôpitaux généraux	40 ²	16 478
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	1	1 038
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	3 ²	812
Hôpitaux psychiatriques	20	4 085
TOTAL	60	20 563

	Bruxelles	
	Nombre d'institutions 2021	Nombre de lits 2021
Hôpitaux généraux	14	7 525
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	3	2 770
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	2	395
Hôpitaux psychiatriques	9	830
TOTAL	23	8 355

1 Données provenant du SPF Santé Publique.

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



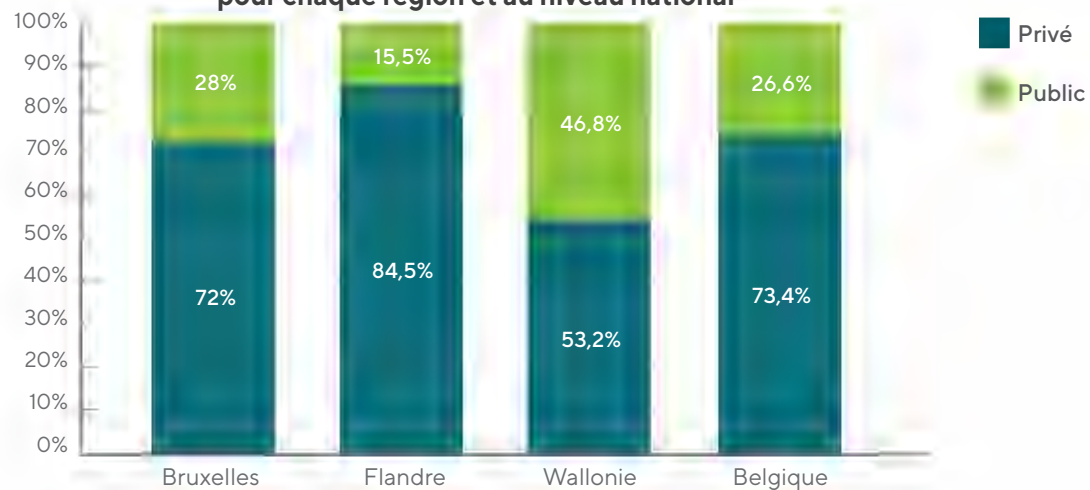
Flandre		
	Nombre d'institutions 2021	Nombre de lits 2021
Hôpitaux généraux	52	28 385
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	3	3 376
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	-	-
Hôpitaux psychiatriques	30	9 990
TOTAL	82	38 375

Belgique			
	Nombre d'institutions 2021	Nombre de lits 2021	Nombre ETP Total 2021 ³
Hôpitaux généraux	104	52 388	158 418
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	7	7 184	
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	4	1 207	
Hôpitaux psychiatriques	59	14 905	
TOTAL	163	67 293	

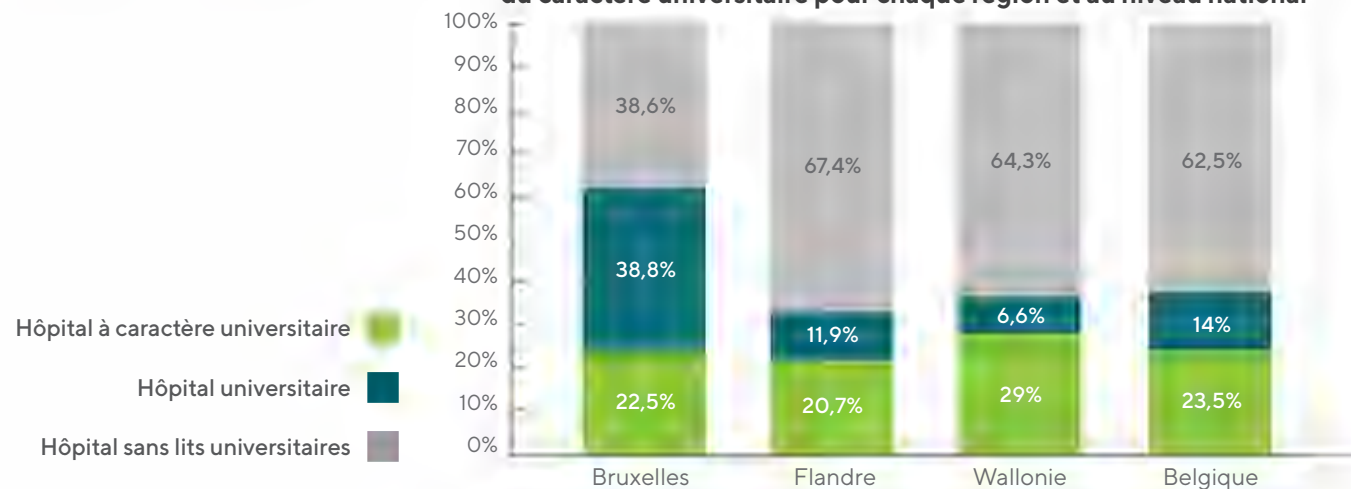
3 Chiffre valable pour le 3^{ème} trimestre 2021, fourni par l'ONSS (hôpitaux privés + hôpitaux publics).

2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

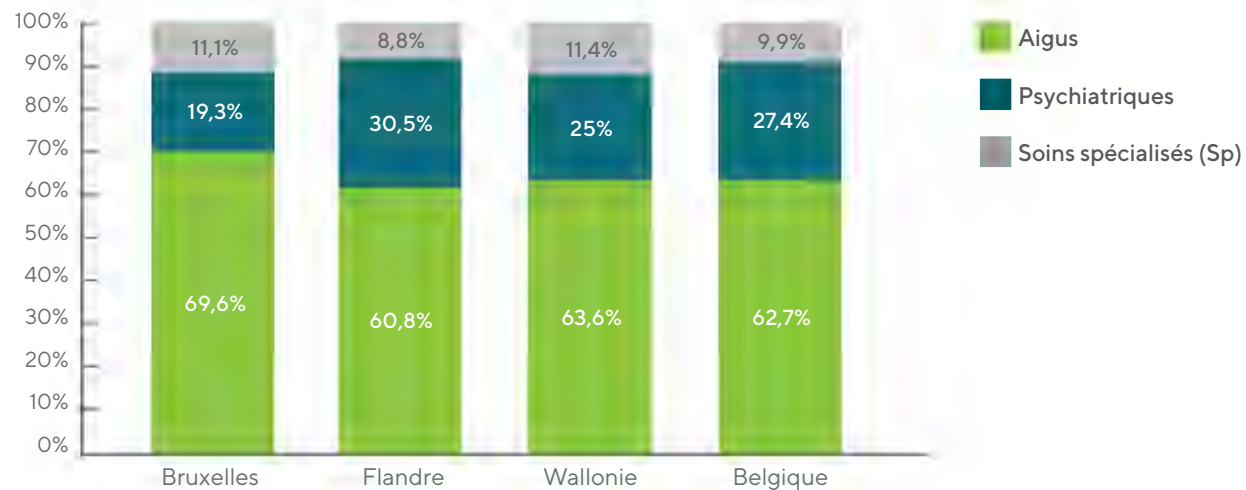
Répartition du nombre de lits agréés 2021 par statut pour chaque région et au niveau national



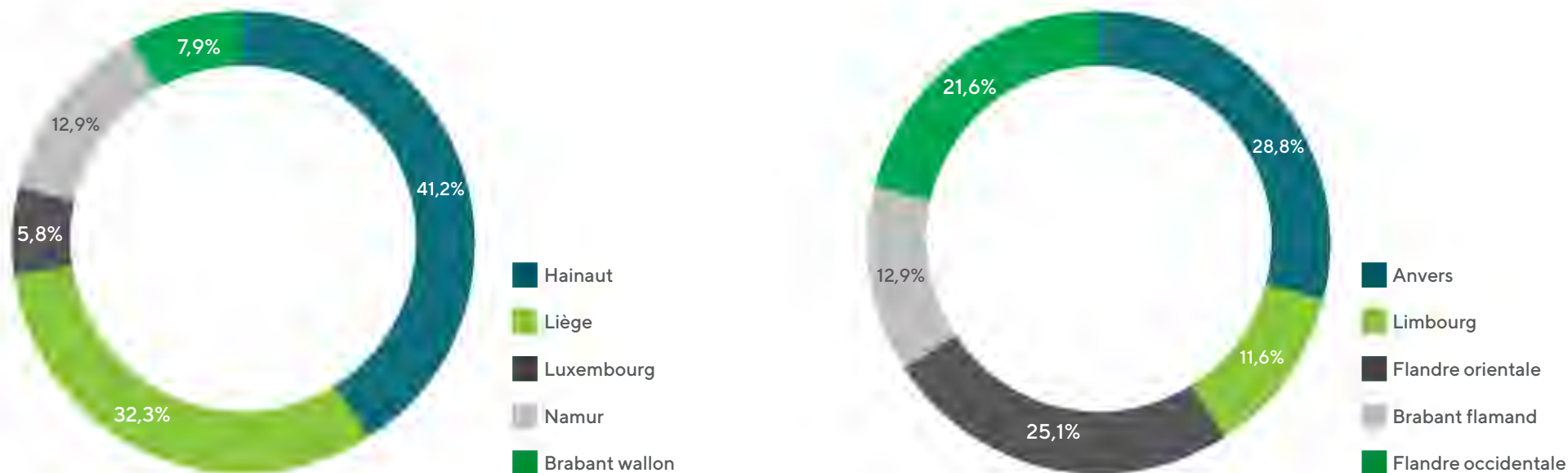
Répartition du nombre de lits agréés 2021 des hôpitaux généraux en fonction du caractère universitaire pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2021 par type de lits pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2021 par province pour la Wallonie et la Flandre



(RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA

Santhea, c'est

▪ 37 hôpitaux / 68 sites hospitaliers

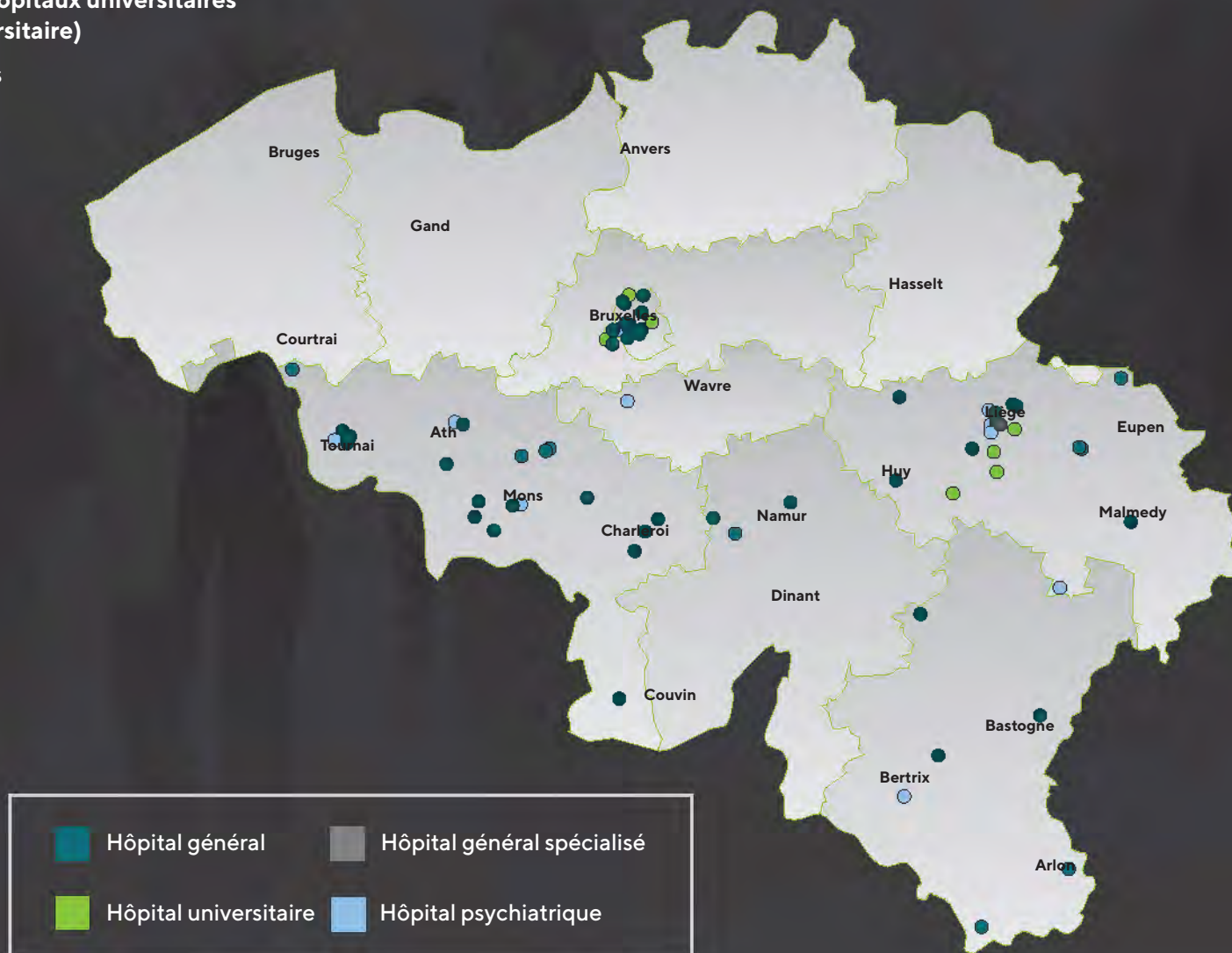
28 hôpitaux généraux (dont 2 hôpitaux universitaires et 11 hôpitaux à caractère universitaire)

2 hôpitaux généraux spécialisés

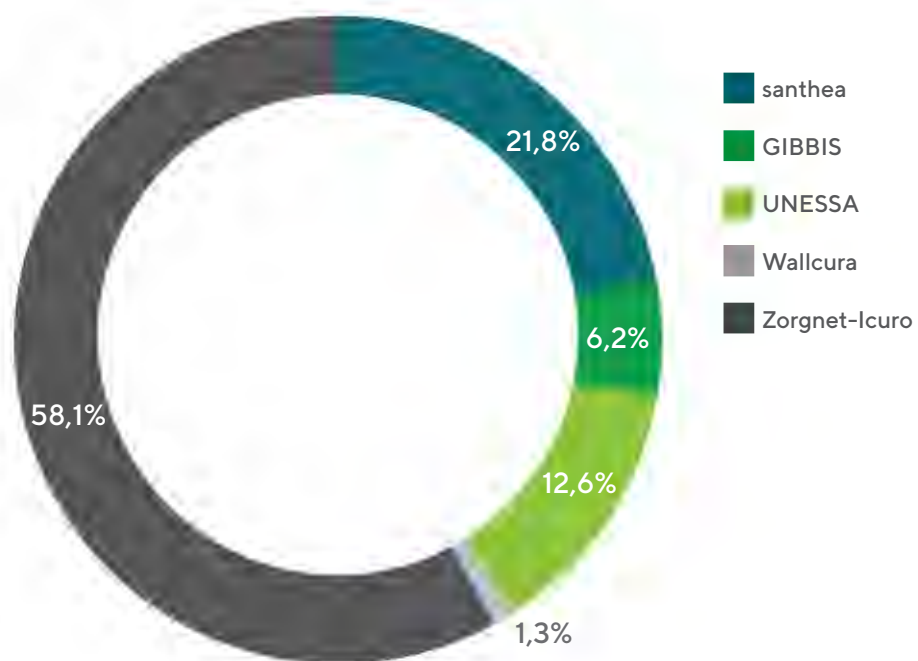
7 hôpitaux psychiatriques

▪ 15 654 lits agréés

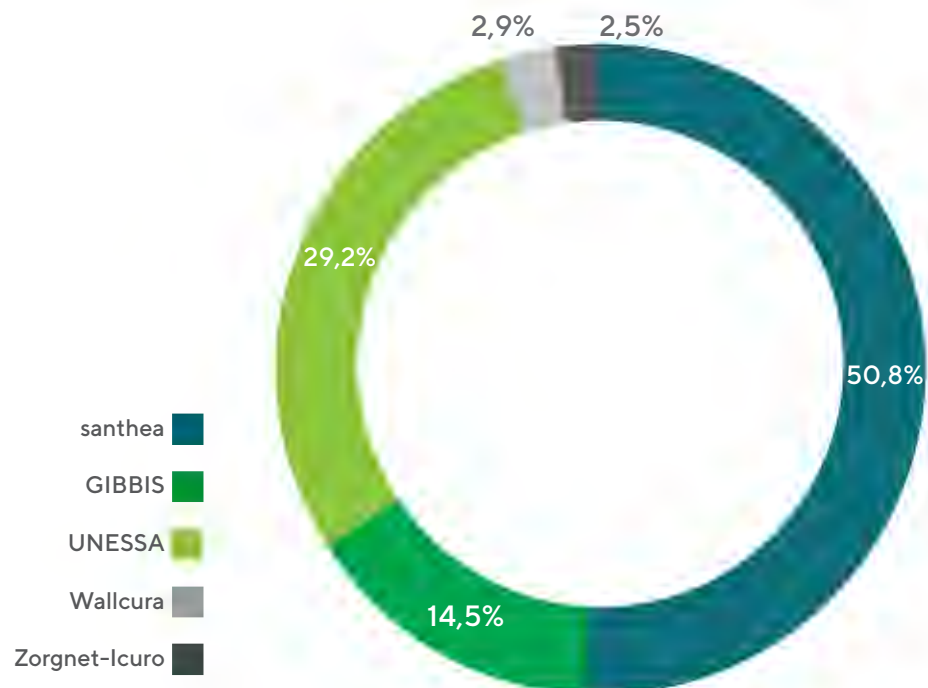
▪ Environ 41 800 ETP salariés



Répartition du nombre de lits agréés 2021 par fédération⁴

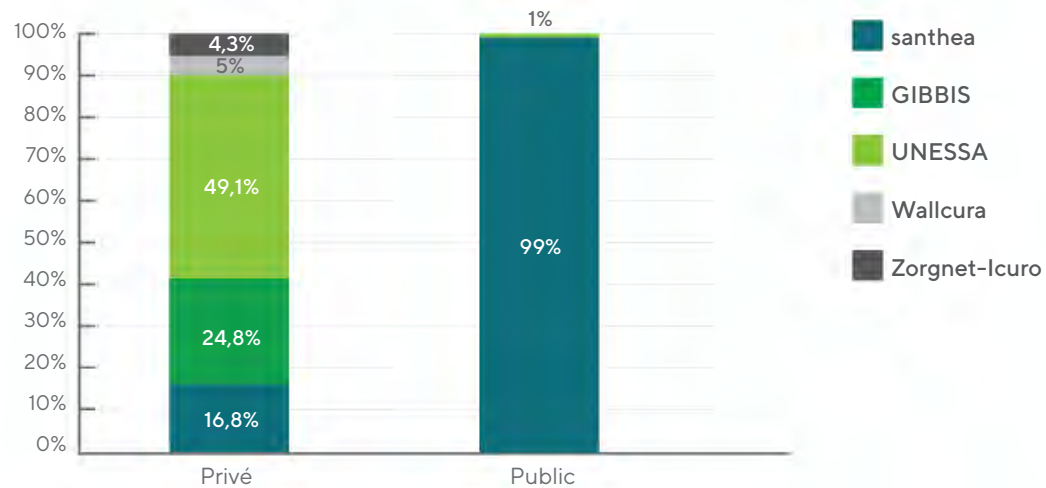


Répartition du nombre de lits agréés 2021 par fédération en Wallonie et à Bruxelles

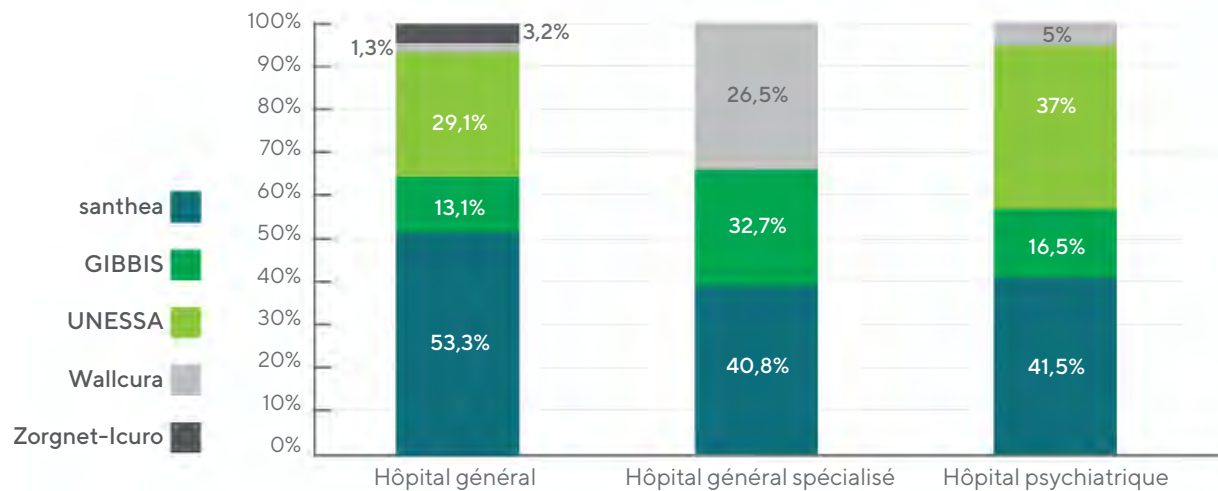


⁴ Les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

Répartition du nombre de lits agréés 2021 par fédération en Wallonie et à Bruxelles, par statut



Répartition du nombre de lits agréés 2021 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 2021	Nombre de lits 2021	Nombre d'ETP soignants 2021
Maisons de repos	542	49 890	17 377
<i>dont MRS</i>	447	24 411	
Centres d'accueil de jour	80	957	
<i>dont CSJ</i>	50	512	
Résidence-services	192	4 293	

	Communauté germanophone ²	
	Nombre d'institutions 2021	Nombre de lits 2021
Maisons de repos	9	830
Résidences-services	3	39

	Bruxelles ³		
	Nombre d'institutions 2021	Nombre de lits 2021	Nombre d'ETP soignants 2021
Maisons de repos	133	15 444	4 642
<i>dont MRS</i>	111	6 282	
Centres de soins de jour	9	145	

1 Liste des établissements pour Aînés issue du Portail Santé de l'AVIQ (Mars 2022) & Liste des forfaits 2021 de l'AVIQ (données basées sur la période 1/7/2020-1/7/2021) pour le nombre d'ETP (présents dans le 3ème volet).

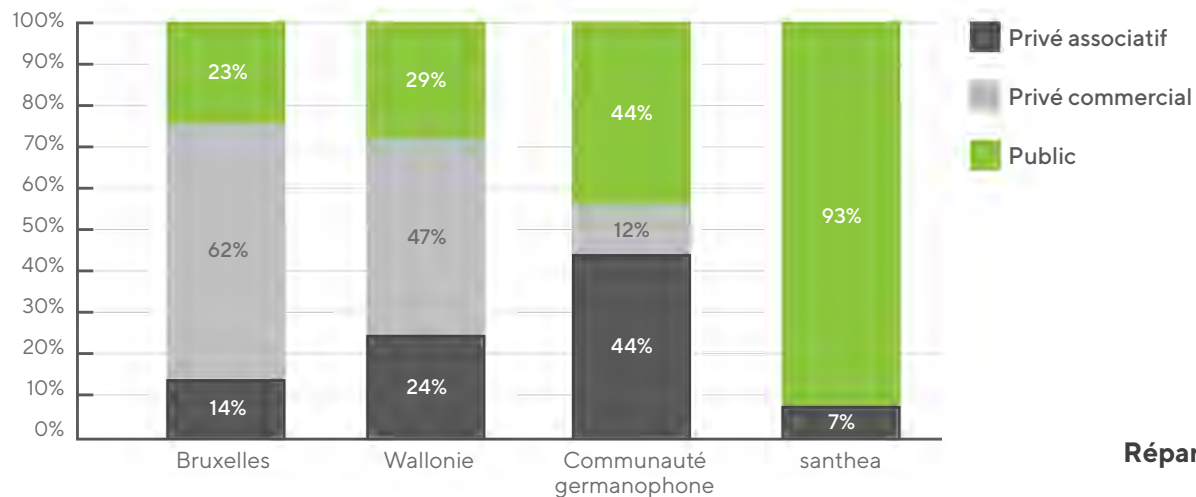
2 Informations communiquées par Ostbelgien.

3 Liste des forfaits 2021 d'IrisCare (données basées sur la période 1/7/2020-1/7/2021).

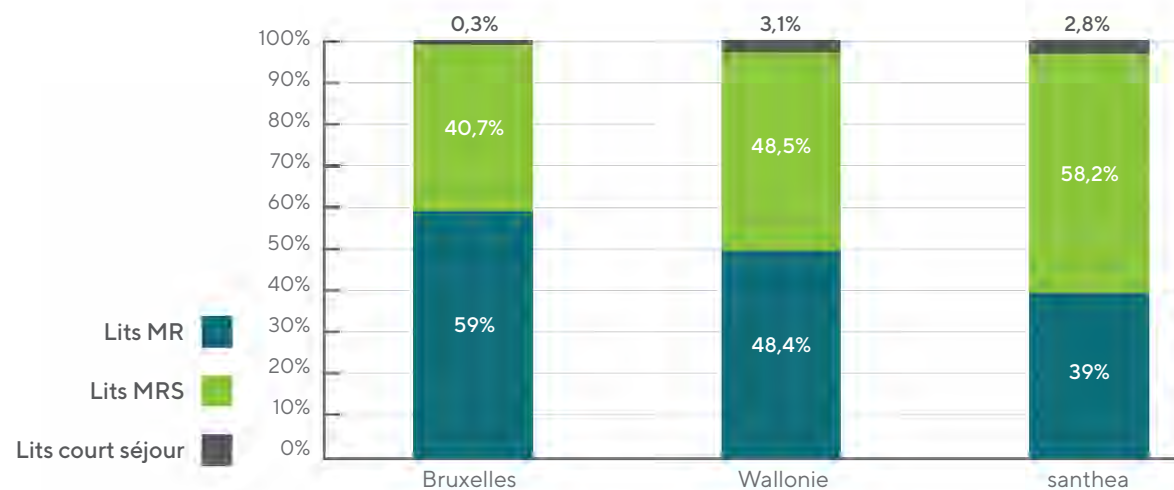


2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Répartition du nombre de lits⁴ agréés 2021 par statut pour Bruxelles, la Wallonie, la Communauté germanophone et santhea



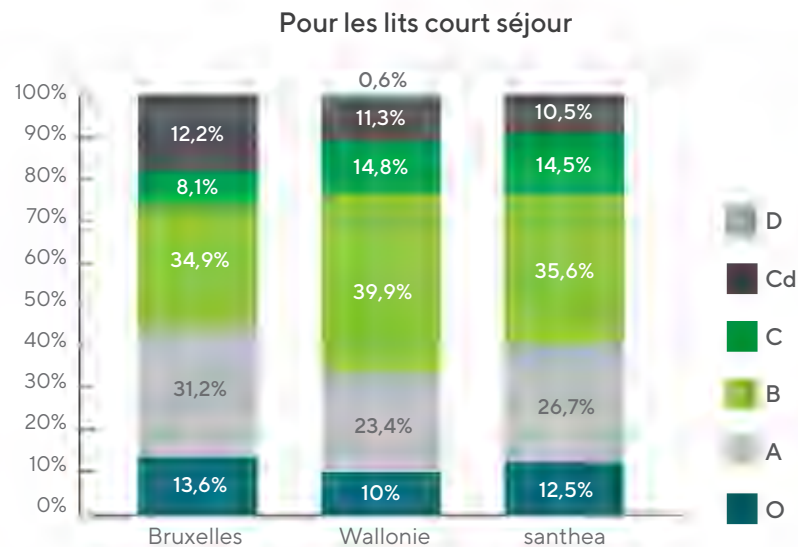
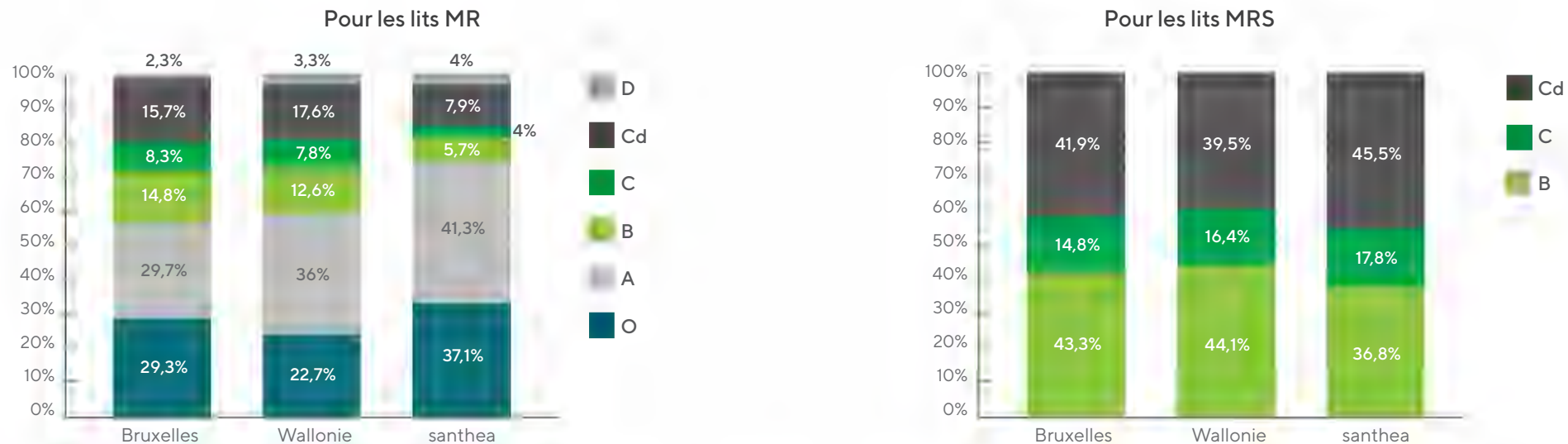
Répartition du nombre de lits agréés 2021 par type de lits pour Bruxelles, la Wallonie⁵ et santhea



4 Lits MR, MRS et court séjour.

5 À partir de ce graphique, l'intitulé « Wallonie » se limite aux institutions dépendantes de l'AVIQ (donc hors Communauté germanophone).

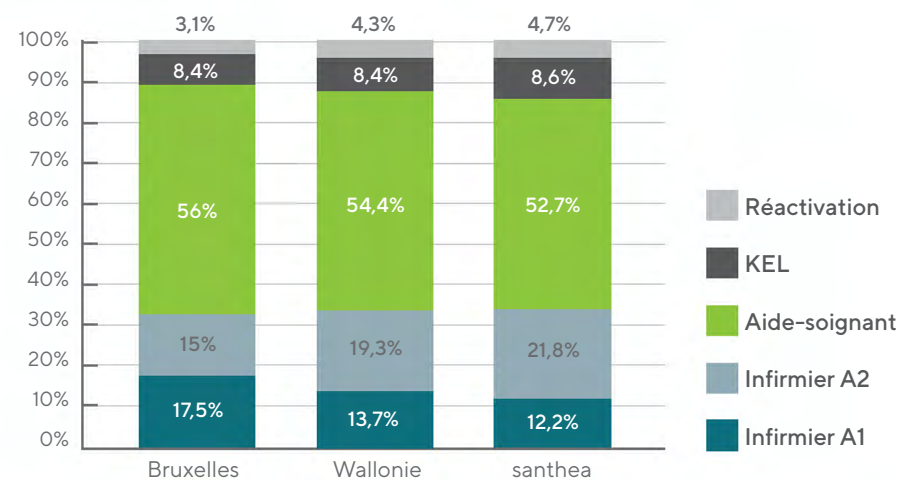
Ventilation des journées facturées⁶ par type de lit et par profil de dépendance pour Bruxelles, la Wallonie et santhea



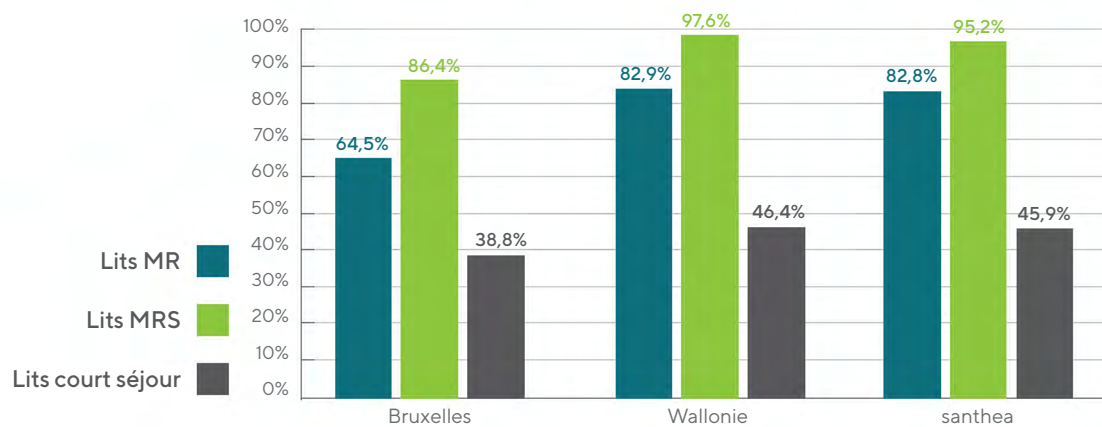
6 Du 01-07-2020 au 30-06-21



Répartition des ETP soignants présents⁷ en MR-MRS en 2021 par qualification pour Bruxelles, la Wallonie et santhea



Evaluation du taux d'occupation moyen⁸ par type de lits pour Bruxelles, la Wallonie et santhea



⁷ ETP présents dans le 3^{ème} volet.

⁸ Calculé sur base des journées facturées entre le 01-07-20 et le 30-06-21.

(RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA

Santhea, c'est

▪ 72 MR-MRS

Avec 16 Centres d'accueil de jour et 9 Centres de soins de jour

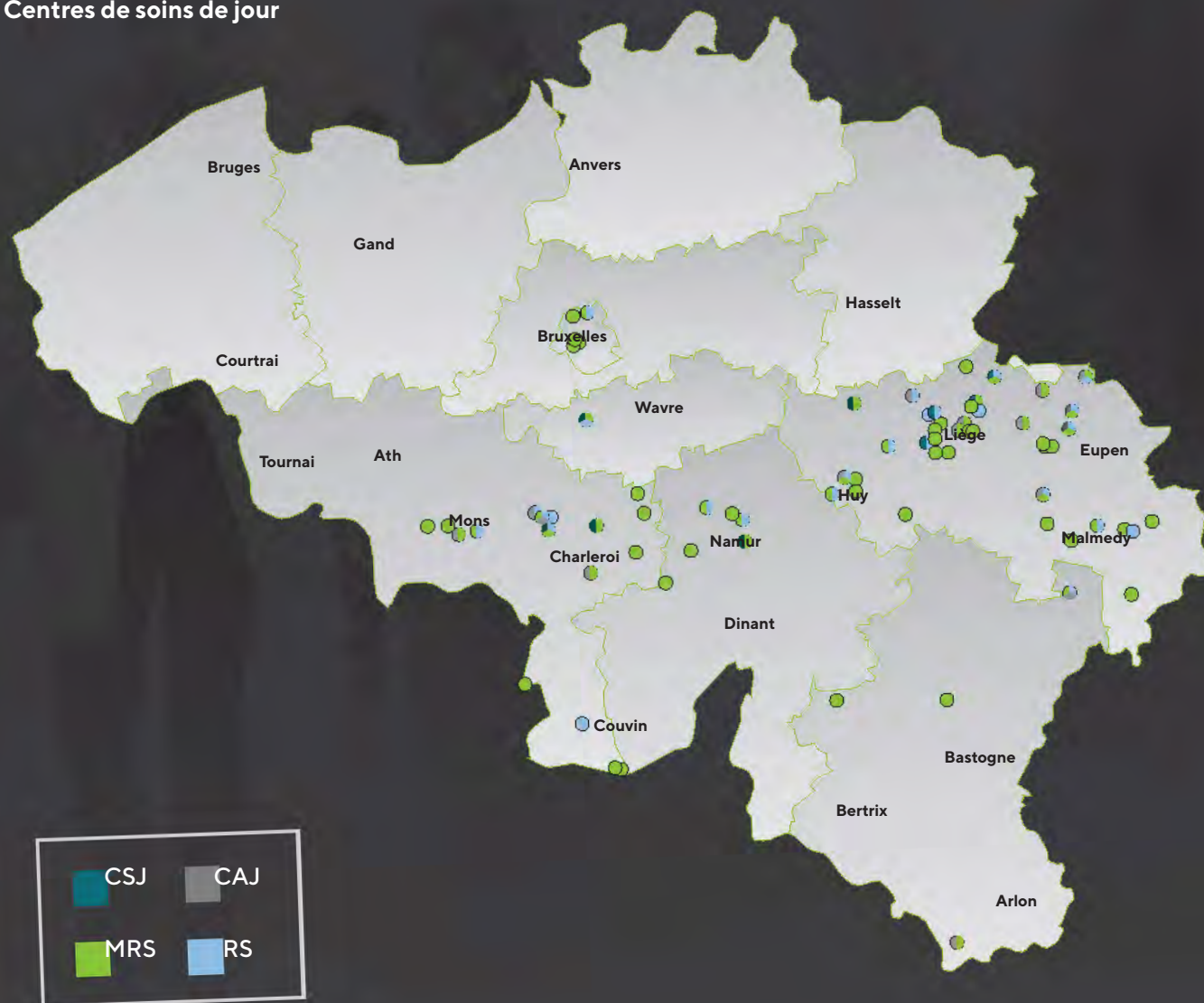
Et 26 Résidences-services

▪ 8 028 lits agréés en MR-MRS

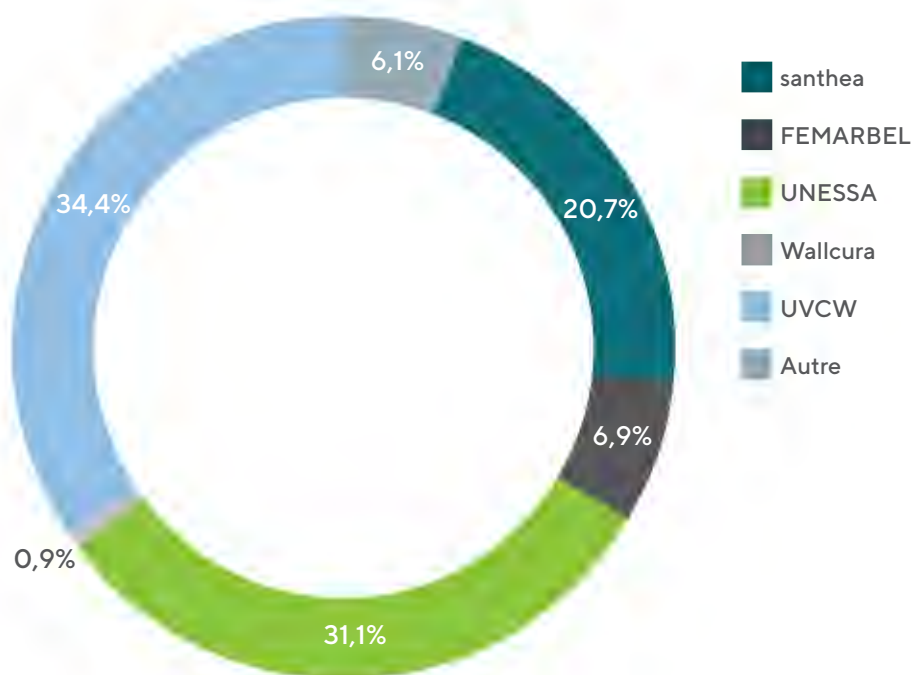
▪ 255 places en CAJ/CSJ

▪ 519 places en RS

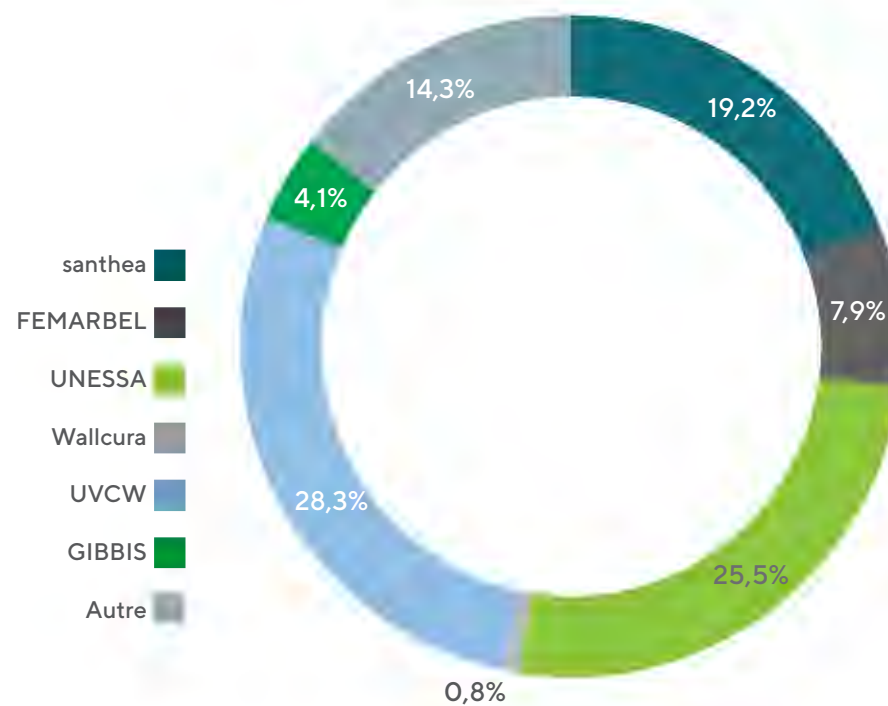
▪ Environ 3 100 ETP soignants



Répartition du nombre de lits agréés⁹ 2021 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie



Répartition du nombre de lits agréés 2021 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 DE QUELQUES CHIFFRES PROPRES À LA WALLONIE

	Nombre d'institutions 2020/2021 ¹		Nombre de places 2020/2021	
	Nombre d'institutions 2021		Nombre de lits 2021	
IHP	30		915	
MSP	14		818	
Total IHP-MSP	44 ²		1 733 ²	
CRF Ambulatoire	36		-	
CRF Résidentiel	14		361	
Total CRF³	50		361	

1 Chiffres 2020 pour les MSP et les CRF (nombre de places) / Chiffres 2021 pour les IHP et les CRF (nombre d'institutions)

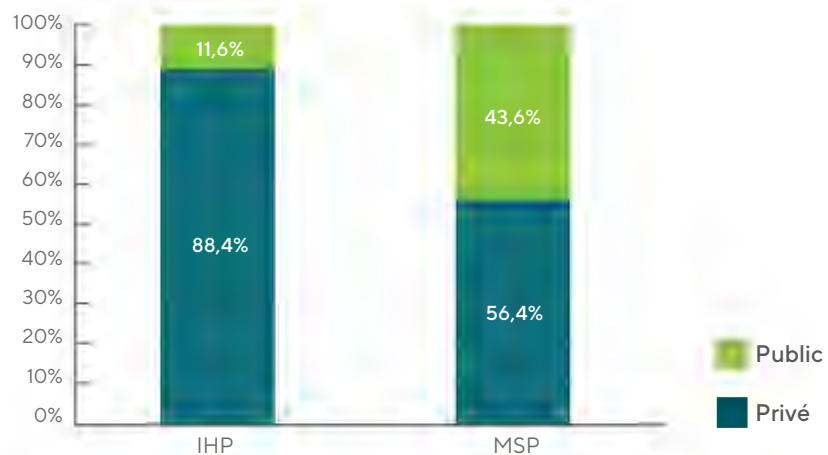
2 Y compris la Communauté germanophone

3 En reprenant exclusivement les centres de rééducation fonctionnelle liés à la santé mentale

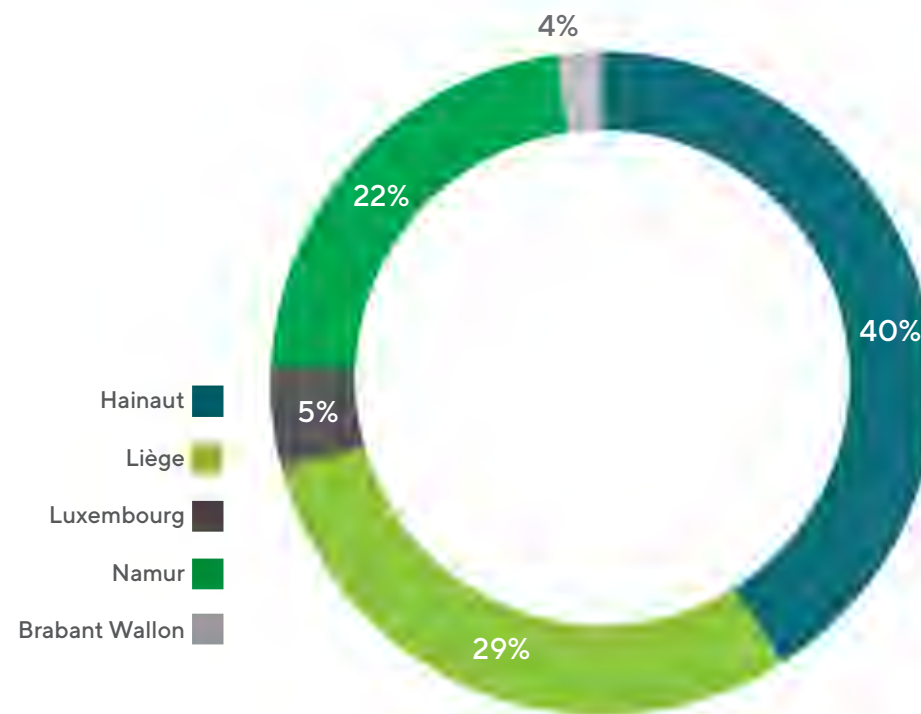


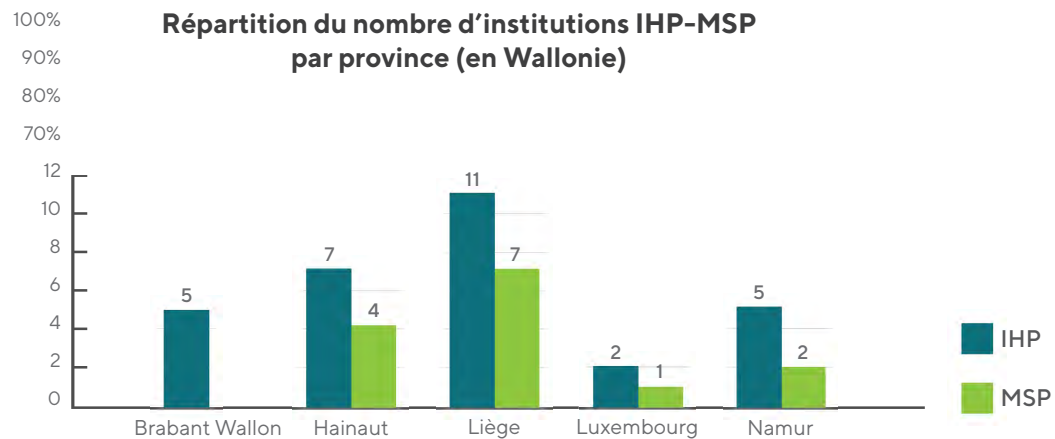
2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Répartition du nombre de places en IHP-MSP par statut en Wallonie

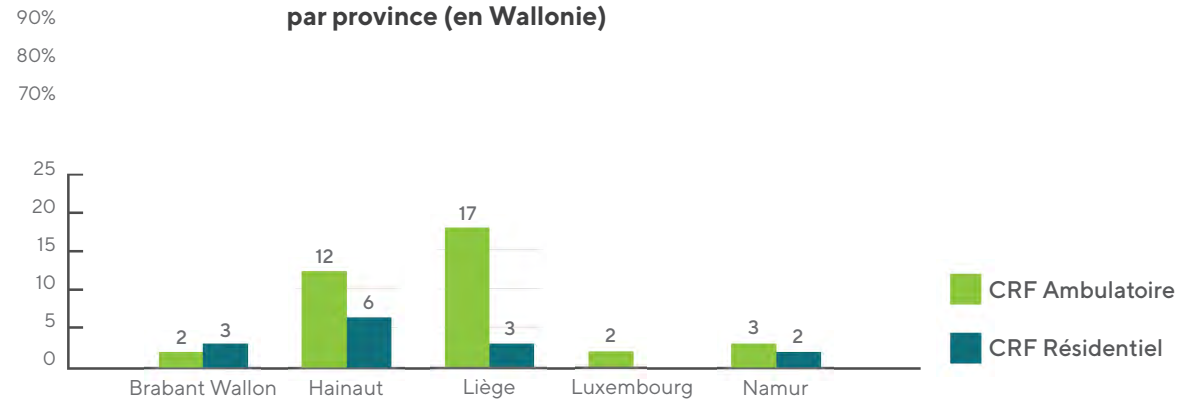


Répartition du nombre de places en IHP-MSP par province (en Wallonie)



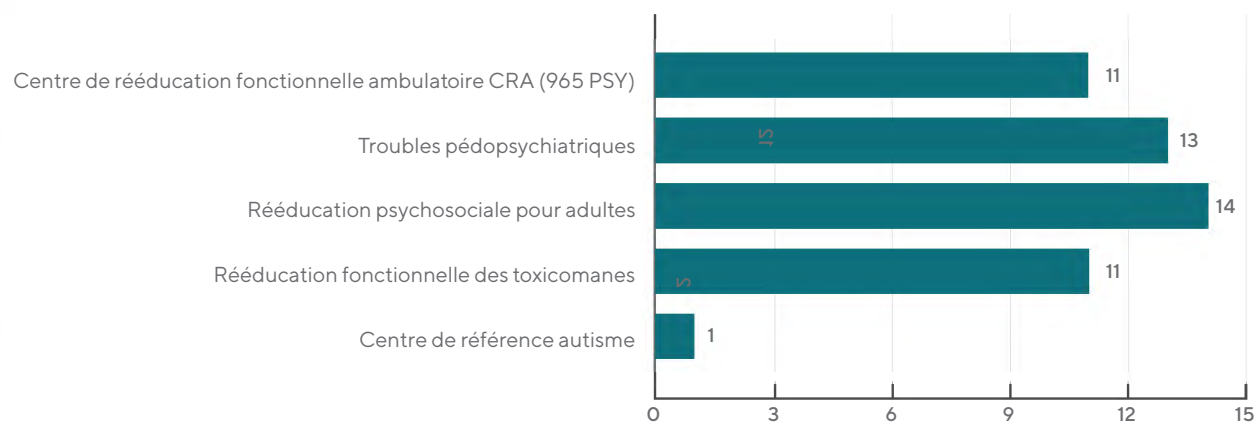


Répartition du nombre de centres de rééducation fonctionnelle par province (en Wallonie)





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



(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)

▪ 1 112 places

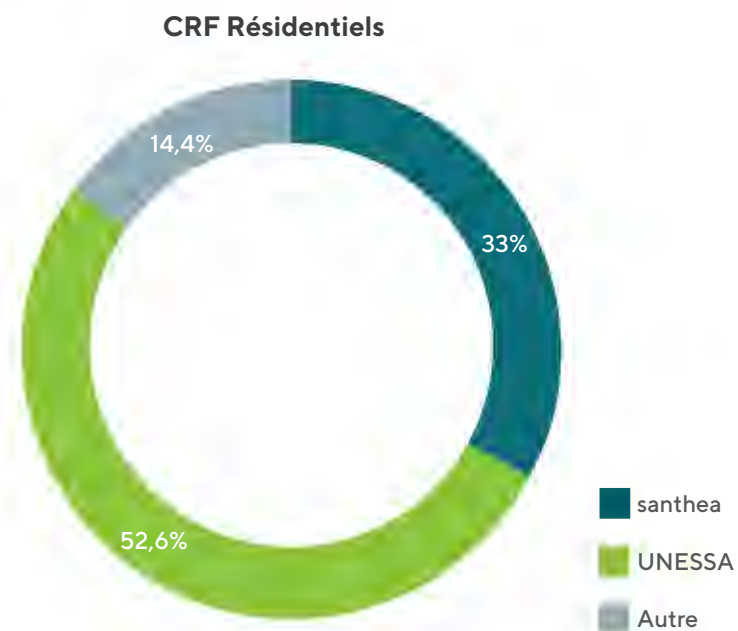
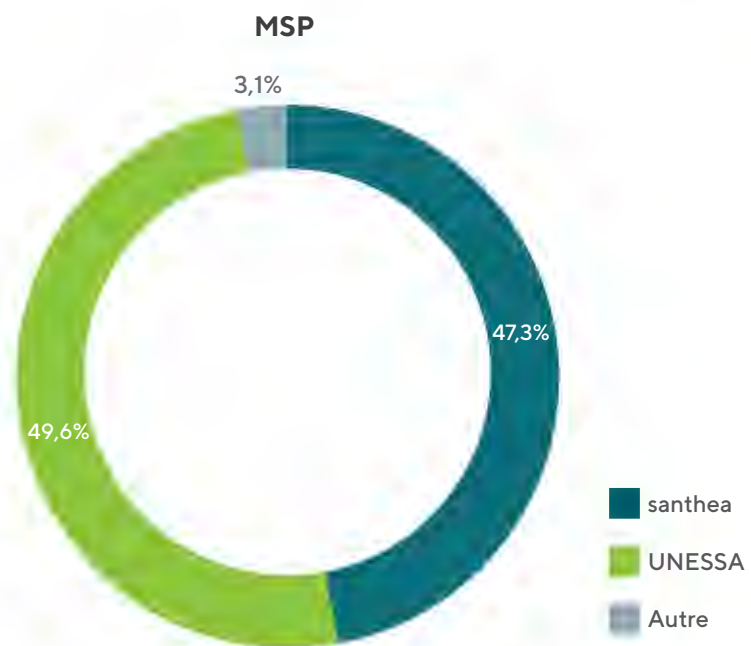
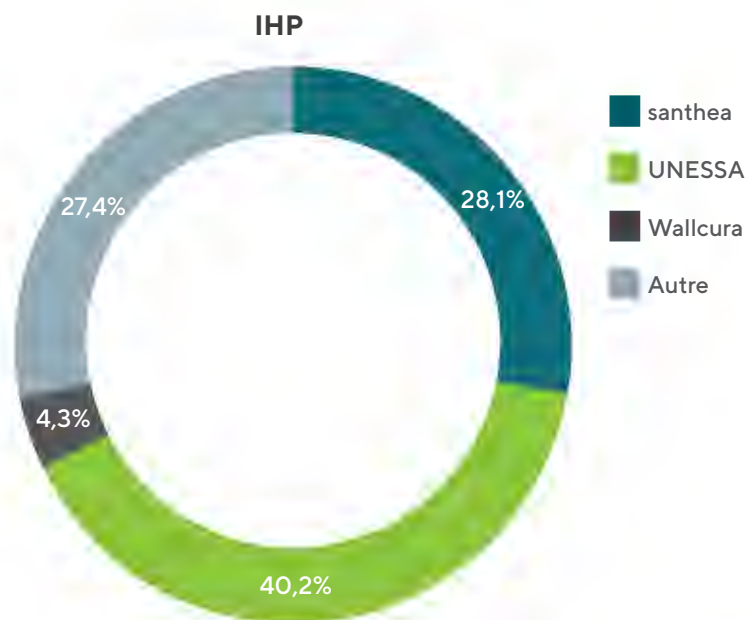
Dont 257 en IHP

387 en MSP

468 en CRF
(en centres résidentiels et de jour)



Répartition du nombre de places par fédération en Wallonie



LES GRANDS DOSSIERS

— PARTIE 3 —

LA RÉFORME DU STATUT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN FORMATION, UNE LONGUE ROUTE

Après quelques mois de mise à l'arrêt en raison de la crise de la Covid-19, la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (CPNMH) s'est à nouveau réunie au début du mois de mars 2021 afin de poursuivre les travaux relatifs à la réforme du statut des médecins spécialistes en formation (MSF) entamée en 2020.

La CPNMH, traditionnellement composée du banc des représentants des médecins et du banc des représentants des gestionnaires, a élargi sa table de négociation aux représentants des MSF et aux représentants des hôpitaux universitaires, invités tout spécialement dans le cadre de ce dossier.

À l'origine de cette réforme sont épinglés différents griefs mis en exergue par les MSF dont, notamment, le manque de transparence quant à la charge de travail réellement assumée par les MSF.

La CPNMH s'est ainsi réunie à de multiples occasions dans le courant de l'année 2021, principalement entre les mois de mars et juillet, afin d'avancer de manière concrète dans cette réforme.

Différents sujets ont fait l'objet de débats tour à tour, tels que l'idée d'une ASBL qui gérerait le paiement des salaires des MSF, à l'instar du modèle mis en place pour les médecins généralistes en formation (MGF). Les quatre fédérations y mettront cependant leur veto, n'y voyant pas de plus-value ; les hôpitaux ou *pools* des médecins en charge de la liquidation des rémunérations des MSF étant rompus à cet exercice.

De même, les intervenants ont discuté du développement d'un modèle de contrat qui pourra être utilisé pour l'ensemble des MSF et qui reprendra l'ensemble des points sur lesquels les deux bancs ont été invités à se prononcer, à savoir la durée du temps de travail, la rémunération de base (barèmes), l'indemnité liée à la prestation de gardes, le salaire garanti, les jours de formation, un horaire prévisionnel, etc. L'hôpital (où a lieu le stage), le MSF et le maître de stage seront parties au contrat.

Malgré des débats houleux – et les communications récurrentes dans la presse de la part des MSF –, la position du banc des gestionnaires reste la même : sans financement adéquat de la part du gouvernement, tel que ce qui a été dégagé à l'occasion de la mise en place du système de rémunération pour les médecins généralistes en formation, il n'est malheureusement pas possible de réviser le système actuel de rémunération des MSF.



Début mai 2021, le gouvernement fédéral dégage finalement un financement structurel. La répartition de celui-ci n'est cependant pas encore définie.

Parallèlement, les pourparlers au sein de la CPNMH aboutissent à certaines avancées. Ainsi, de nouveaux barèmes mensuels sont proposés, distincts pour chaque année d'ancienneté¹.

Les éléments suivants remportent également l'adhésion des deux bancs de la CPNMH :

- En cas de maladie, un salaire mensuel garanti est accordé. Il est au moins égal à la rémunération mensuelle de base ;
- Les règles et rémunérations légales en matière de protection de la maternité pour travailleuses salariées s'appliquent dans leur intégralité aux MSF, conformément aux critères généraux d'agrément des services de stage fixés par l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 ;
- Les règles relatives au congé parental, au congé de paternité et au congé pour soins palliatifs s'appliquent de manière analogue aux MSF ;
- L'enregistrement correct et objectif des heures de travail se fait au moyen d'un outil d'enregistrement centralisé. À cet effet, un outil développé à l'attention des MSF sera mis à la disposition des hôpitaux. Les données contenues dans l'outil d'enregistrement centralisé sont accessibles à l'inspection du travail ;
- 20 jours de congé et 10 jours fériés légaux sont octroyés. Le MSF a le droit de prendre 10 jours de vacances annuelles de manière ininterrompue. Les jours fériés légaux qui tombent le week-end et les jours fériés prestés peuvent être récupérés ;
- Concernant le travail scientifique, minimum 10 jours de dispense de prestations de travail sont reconnus ;
- L'hôpital contracte une assurance responsabilité civile pour les MSF qui travaillent dans l'hôpital.

Ces éléments, complétés par les points discutés lors de la réunion du 19 mai 2021 de la CPNMH, ont donné lieu à la conclusion d'une convention collective à l'issue de cette même réunion.

Les MSF francophones refusèrent cependant d'adhérer à cette convention. En signe d'insatisfaction, ils entamèrent, dès le 20 mai 2021, une grève dans les hôpitaux wallons et bruxellois.

Le président de la CPNMH rencontra alors les représentants des MSF francophones, sans cependant que le contenu de cette rencontre soit révélé. Dans la foulée, le ministre Vandembroucke s'adressa aux MSF au travers d'un courrier. Ce courrier entérina la convention collective, l'intention du ministre d'avancer par rapport à la mise en œuvre de l'outil d'enregistrement des heures prestées par les MSF (repris à l'article 7 de la convention collective) et a volonté de transposer l'accord dans un modèle de contrat et de clarifier les dispositions qui le nécessitaient.

Il fut donc prévu que la CPNMH se réunisse à nouveau afin de reprendre les travaux, mais également de répondre aux nombreuses questions posées par les MSF, pour constituer ensuite une FAQ.

Il fut aussi d'ores et déjà convenu de poursuivre les travaux afin de :

- réviser la composition de la CPNMH de manière à y inclure les représentants des MSF ;
- créer des *stimuli* financiers pour les disciplines en pénurie ;
- poursuivre l'amélioration et l'harmonisation des conditions de travail des MSF.

Ceux-ci seront bien entendu associés à ces différents travaux.

La complexité du sujet amène toutefois un nombre inattendu de questions. En effet, la mise en œuvre de ce nouveau statut génère des changements conséquents au niveau des logiciens RH et soulève une multitude de questions.

La difficulté va largement résider dans le fait que toute réponse à une question nécessite d'être débattue et tranchée au sein de la CPNMH avant d'être intégrée dans la FAQ, laquelle est mise à disposition précisément pour garantir une lecture et une interprétation commune des deux bancs.

Les réunions qui occuperont par la suite les membres de la CPNMH ont pour objet d'une part, les questions relatives à la FAQ et d'autre part, la répartition du budget.

1 1^{re} année 3 111,92 € • 2^e année 3 211,92 € • 3^e année 3 336,92 € • 4^e année 3 461,92 € • 5^e année 3 611,92 € • 6^e année 3 761,92 €

Finalement publiée le 22 juillet 2021 sur le site du SPF Santé publique, la FAQ se résume à ce jour à seize questions-réponses et quelques exemples supplémentaires qui touchent à différents aspects de la convention collective alors que les questions y afférentes sont infiniment plus nombreuses.

Parmi ces interrogations, l'une a trait à la valorisation des jours d'absence du MSF. Traditionnellement valorisé à 9 h 36, le ministre de l'Emploi – Pierre-Yves Dermagne – se prononce de manière inattendue en faveur d'une comptabilisation à 12 h dès signature d'un *opting out*.

De nombreux échanges d'arguments s'en suivront, au cours de diverses réunions, sans pour autant que ceux-ci ne convainquent le ministre de changer de position.

En parallèle, l'arrêté royal rendant obligatoire la convention collective du 19 mai 2021, conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, sur les conditions minimales qui doivent figurer dans les conventions de formation conclues avec les médecins spécialistes en formation, sera publiée le 28 juillet 2021 au Moniteur belge.

La fin de l'année 2021 a vu un nouvel acteur participer aux discussions de la CPNMH, à savoir le service d'inspection des lois sociales.

En effet, face aux nombreuses réactions des MSF dans la presse et à une série de plaintes déposées auprès des services d'inspection, une vague de contrôles eut lieu dans différents hôpitaux du pays.

Celle-ci donna lieu à des échanges détaillés avec le service d'inspection, notamment concernant la mise en œuvre de la convention collective adoptée le 19 mai 2021, mais aussi relatifs à l'interprétation à conférer à la loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions qui détermine les règles de base concernant la durée maximale hebdomadaire de travail.

Force est de constater que les conséquences d'une telle réforme sur le terrain n'ont pas été anticipées lorsqu'un coup d'accélérateur a été imposé dans l'élaboration de celle-ci. Le calendrier de mise en œuvre de cette convention pour les hôpitaux s'en trouve extrêmement exigeant, tandis que l'outil d'enregistrement visé à

l'article 7 de la convention se fait attendre depuis plusieurs mois et sans que sa disponibilité soit assurée prochainement.

Outre ce constat, notons encore deux dispositions de la convention collective qui ne sont pas anodines, puisque susceptibles de rouvrir largement les débats. La première disposition évoque ainsi « [...] *les parties s'engagent à ne pas formuler de nouvelles revendications ou adaptations pour la présente convention pendant au moins un an après la signature de l'accord, à moins que ces dernières ne s'inscrivent dans le cadre des demandes formulées dans l'avis de la CPNMH annexé à la présente convention* », tandis que la seconde réfère à une « *évaluation de la convention tous les deux ans à dater de son entrée en vigueur, afin notamment de renforcer l'harmonisation des conditions de rémunération et de travail et de combler les éventuelles lacunes en matière de protection sociale* ».

Ces deux articles laissent présager l'ouverture de nouveaux débats au sein de la CPNMH.

Enfin, ne manquons pas de signaler, au début du mois d'octobre 2021, la saisie du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) d'une demande d'avis de la Chambre des représentants concernant une proposition de loi relative au statut *sui generis* des médecins spécialistes en formation (MSF), tant sur le plan de la protection sociale qu'en ce qui concerne les règles du droit du travail, et plus précisément le statut *sui generis* des MSF, la question du droit aux indemnités de chômage, le droit à la pension et les conditions de travail (temps de travail, rémunération, fonction de médiation, période de référence, etc.). La plupart de ces éléments ayant déjà été débattus au sein de la CPNMH, et certaines mesures, notamment au travers de la convention collective du 19 mai 2021, ayant déjà été adoptées, le CFEH a émis un avis référant à ces mesures déjà existantes et suggérant, pour le reste, d'autres pistes de réflexion.

En parallèle, le CFEH a également décidé de rendre un avis d'initiative concernant la répartition du financement du surcoût de la réforme. Outre une proposition de répartition de ce budget, le CFEH a souligné la nécessité d'actualiser le budget national en fonction du surcoût réel de la mesure. Reste à savoir si cet avis sera suivi par le ministre, lequel ne s'est pas encore prononcé à ce sujet.

UNE NOUVELLE CONVENTION POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHOLOGIQUES

Le **2 décembre 2020**, un protocole d'accord a été conclu entre le gouvernement fédéral et les régions et communautés sur l'approche coordonnée du renforcement de l'offre de soins de santé mentale, en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus touchés par la pandémie de Covid-19. Ce protocole d'accord s'appuie sur l'accord de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 octobre et du Conseil fédéral des ministres du 30 octobre 2020 visant à renforcer l'offre de soins psychologiques en déployant un équivalent de 1986 ETP prestataires de soins psychologiques. **L'objectif est de développer la fonction de soins psychologiques de première ligne et des soins en santé mentale ambulatoires spécialisés de première ligne en collaboration et en complémentarité avec l'offre déjà existante.**

Ces accords font partie de la prochaine étape de la **réforme des soins en santé mentale** dont le point de départ est une perspective de santé publique tenant compte du nouveau cadre juridique pour les professions relatives à la santé mentale.

IL Y A TROIS ANS : CRÉATION DES PSYCHOLOGUES DE PREMIÈRE LIGNE

En 2019, une première convention avait déjà été développée. Permettant de bénéficier de séances de soins psychologiques prodigués par des psychologues ou des orthopédagogues conventionnés avec l'INAMI. Cette convention instaurait pour la première fois une intervention de l'assurance dans les soins de psychologie dispensés par des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens.

AUJOURD'HUI, DES SOINS PSYCHOLOGIQUES INTÉGRÉS DANS LES RÉSEAUX DE SANTÉ MENTALE

En 2021, après plusieurs mois de consultation avec les représentants des acteurs concernés, dont **santhea**, et après concertation avec les entités fédérées, le comité de l'assurance a approuvé, le 26 juillet 2021, une convention concernant le financement des soins psychologiques de première ligne. Son entrée en vigueur est fixée au **1^{er} janvier 2022** et elle remplace, *de facto*, la précédente convention concernant les soins psychologiques de première ligne.

Cette convention constitue une nouvelle étape dans l'ouverture des soins psychologiques à partir d'une approche populationnelle. Elle permet de développer davantage les soins psychologiques ambulatoires dans les réseaux de santé mentale couvrant chacun sa propre zone d'activité et, ensemble, toute la Belgique. Cette mission des 32 réseaux s'inscrit dans une transition vers une intégration plus structurée des soins de santé mentale ambulatoires dans les soins de première ligne.

Ceci vise à la fois une détection plus précoce, un accès plus facile aux soins psychologiques et une meilleure reconnaissance du travail des professionnels engagés dans ce nouveau système.

Les réseaux établissent des conventions avec des prestataires de soins (psychologues cliniciens ou orthopédagogues), qu'ils soient **indépendants ou salariés**. Afin de soutenir les missions de ces réseaux de soins en santé mentale et les accords conclus avec des **partenariats multidisciplinaires locaux**, le gouvernement fédéral apporte un support sous la forme de *coaching*, de facilitation des moments d'intervision/supervision, de modules de formation, de mise à disposition de lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience, de lignes directrices pour l'*eHealth*, et d'un dossier patient multidisciplinaire partagé, comme prévu dans la feuille de route e-santé.

EN PRATIQUE ?

La convention règle le financement de deux fonctions psychologiques dans les soins de première ligne : **la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés**. En fonction de la demande d'aide, l'intervention peut viser de manière préventive à soutenir l'autosoin et la résilience dans le cadre de la fonction de soins psychologiques de première ligne et/ou viser un traitement via des soins ambulatoires spécialisés en réponse à un trouble psychologique sous-jacent. L'offre couvre les soins psychologiques pour les **enfants, les adolescents et les adultes**.

Il n'est plus nécessaire de disposer d'une prescription par un médecin pour accéder à cette offre. Pour les soins psychologiques de première ligne, la première séance individuelle est gratuite.

Pour les **consultations individuelles**, le coût à charge du patient est de 11 €, ou 4 € pour les bénéficiaires du statut BIM.

Pour les **interventions de groupes**, le coût à charge du patient est de 2,5 €. Les consultations peuvent être proposées au cabinet du psychologue/orthopédagogue clinicien, en *outreaching* (c'est-à-dire dans l'environnement direct : école, travail, club de loisirs, etc.), voire à domicile ou par vidéo si le bénéficiaire est dans l'incapacité de se déplacer.

Pour mieux répondre aux besoins spécifiques de chacun, les bénéficiaires peuvent faire appel soit :

- au **réseau « enfants et adolescents » jusqu'à 23 ans inclus** ;
- au **réseau « adultes » à partir de 15 ans**.

Ces deux catégories d'âge se chevauchent pour garantir une offre encore mieux adaptée aux jeunes de 15 à 23 ans. Ceux-ci peuvent ainsi choisir leur réseau de soins selon leurs propres besoins à un âge clé dans l'émergence de troubles.

Le nombre de séances remboursées sur une période de douze mois dépend du type de soins reçus, du type de réseau et du type de séances suivies.

Soins psychologiques de première ligne

	Séances individuelles	Groupe
Réseau « enfants-ados » Jusqu'à 23 ans inclus	10	8
Réseau « adultes » à partir de 15 ans	8	5





Les soins psychologiques spécialisés sont accessibles après un **bilan fonctionnel que le psychologue ou orthopédagogue du réseau établira lors de la première séance**. Si besoin et avec l'accord du patient, il pourra se concerter avec le médecin généraliste en vue de proposer les soins les plus adaptés.

Soins psychologiques spécialisés

	<i>Séances individuelles</i>	<i>Groupe</i>
<i>Réseau « enfants-ados » Jusqu'à 23 ans inclus</i>	20	15
<i>Réseau « adultes » à partir de 15 ans</i>	20	12

POUR CONCLURE...

Bien que cette nouvelle offre de soins n'ait été opérationnelle qu'au 1^{er} janvier 2022, les travaux sont toujours en cours pour suivre les premiers pas du nouveau-né. Signalons que santhea est toujours représentée au sein du comité d'accompagnement de cette nouvelle convention afin de préciser le cadre relatif à différents aspects tels que la facturation par les réseaux, la communication ou encore les budgets de fonctionnement liés à cette nouvelle offre de soins. Nous resterons attentifs à la bonne intégration de l'offre de soins dans le respect des partenaires présents dans les réseaux de santé mentale. En effet, nous pensons que cette bonne intégration ne pourra s'opérer que par des soins psychologiques (de première ligne et spécialisés) prodigués par une variété de partenaires garants, au niveau local, ainsi que d'une plus grande proximité avec la première ligne et les bénéficiaires.

ADOPTION LE 11 JUILLET 2021 DE LA LOI MODIFIANT LE CODE DE LA TAXE SUR LA VALEUR AJOUTÉE EN CE QUI CONCERNE L'EXEMPTION DE LA TAXE EN MATIÈRE DE PRESTATIONS DE SOINS MÉDICAUX À LA PERSONNE

Pour rappel, 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 européenne² à ce même sujet. L'arrêt de la Cour constitutionnelle amorçait un changement conséquent en matière d'exemption.

En effet, au travers de son arrêt du 5 décembre 2019, la Cour constitutionnelle :

- annulait, pour partie, l'article 44 § 1^{er} du Code de la TVA en ce qu'il réservait l'exemption de TVA aux professions médicales et paramédicales reconnues et réglementées ;
- précisait, en ce qui concerne l'esthétique, que seules les prestations de soins restaient exemptées de TVA ;
- annulait l'article 44 § 1^{er} du Code de la TVA en ce qu'il exonérait de la TVA les services réalisés par les prestataires de soins² qui ne constituaient pas des prestations de soins à la personne.

Après les nombreux rebondissements dans l'élaboration de cette modification législative à apporter au Code de la TVA en vertu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle, au cours de l'année 2020, le changement de gouvernement a donné lieu à un nouveau ministre des Finances, monsieur Van Peteghem, et à un nouveau cabinet.

Le ministre a repris les travaux en cours pour nous proposer un nouveau projet de loi, accompagné d'un exposé des motifs incorporant cette fois-ci plusieurs points pour lesquels les fédérations avaient milité. En effet, si le texte de loi en tant que tel ne permettait pas beaucoup de latitude en termes de libellé, l'exposé des motifs permettait d'introduire des nuances et d'éventuelles flexibilités quant à l'interprétation à lui donner.

Les modifications apportées par le projet de loi, nuancées par l'exposé des motifs, donnent à présent ceci.

PRATICIENS VISÉS

L'article 44 du Code de la TVA est complété afin d'y inclure les praticiens des pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales³, en plus des praticiens des professions reprises dans la loi du 10 mai 2015⁴ déjà intégrés dans l'alinéa 1^{er} du projet de loi.

Les pratiques non conventionnelles visées par la loi de 1999 sont actuellement l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture.

² Arrêt du 27 juin 2019 dans l'affaire C-597/17 de la Cour de justice de l'Union européenne.

³ Visés à l'article 2, § 1^{er}, 2^o, alinéa 2, de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

⁴ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins.



L'article 44 § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o nouveau du Code de la TVA vise ensuite, pour les praticiens qui ne font pas l'objet d'un encadrement juridique particulier, une obligation d'information de l'administration de la taxe sur la valeur ajoutée (en lieu et place d'une procédure de reconnaissance préalable assez complexe).

Ce même article précise d'emblée que l'exemption visée ne peut s'appliquer aux prestations de soins à la personne sans finalité thérapeutique.

FINALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Sans surprise, le projet de loi limite le champ d'application matériel des exemptions médicales aux opérations accomplies dans un but thérapeutique.

Celui-ci sera apprécié au regard de la jurisprudence européenne en la matière. La Cour de justice s'est ainsi déjà prononcée sur ce qui doit être entendu par « soins médicaux », à savoir des prestations de services ayant pour finalité de diagnostiquer, soigner et de guérir, dans la mesure du possible, des maladies ou des anomalies de santé. De même, les prestations médicales effectuées dans un but de protéger, y compris de maintenir ou de rétablir la santé des personnes, bénéficient de l'exemption de la TVA.

Entrent également en ligne de compte les contextes factuel et juridique de la prestation concernée. Sont visés ici, d'une part, le fait que la prestation est réalisée par un professionnel des soins de santé habilité ou que l'objectif de l'intervention est déterminé par un tel professionnel et, d'autre part, le fait que l'organisation des soins de santé en Belgique, dans une optique de délivrance de soins médicaux de qualité, exige que certaines fonctions soient obligatoirement confiées à un professionnel de la santé qualifié – par exemple la fonction de médecin-chef (de service) dans un hôpital, celle de médecin coordinateur et conseiller dans les maisons de repos et celle d'infirmier coordinateur dans une maison de soins. Dans ces cas d'espèce, il est admis que les prestations de ces professionnels de la santé ont une finalité thérapeutique et jouissent, à ce titre, de l'exemption de la TVA.

PRESTATIONS DE SERVICES ET LIVRAISONS DE BIENS ÉTROITEMENT LIÉES À L'HOSPITALISATION ET AUX SOINS MÉDICAUX

Le projet de loi prévoit également la transposition en droit belge de l'article 134 de la directive 2006/112/CE dans le cadre de l'exemption médicale. Il découle de cet article que les « prestations de services et les livraisons de biens étroitement liées à l'hospitalisation et aux soins médicaux » ne sont exonérées de la TVA que « *si elles sont indispensables à l'accomplissement des opérations exonérées* » et « *si elles ne sont pas 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* ».

La Cour a jugé que la notion d'« opérations étroitement liées à l'hospitalisation ou aux soins médicaux » ne devait *a priori* pas être interprétée de manière stricte. Toutefois, la transposition de l'article 134 de la directive dans la loi soumettra à l'avenir l'exemption de ces opérations étroitement liées à l'hospitalisation et aux soins médicaux au respect de deux conditions supplémentaires :

- Ces opérations seront indispensables à la fourniture de services d'hospitalisation et de soins médicaux exemptés et elles constitueront une étape indispensable dans le processus de fourniture de ces services pour atteindre les buts thérapeutiques poursuivis dès lors que seules de telles prestations peuvent avoir une incidence sur le prix de revient des services de soins de santé que l'exonération en cause rend accessibles aux particuliers. À nouveau, les contextes factuel et juridique seront pris en considération à ce sujet ;
- Les opérations étroitement liées à l'hospitalisation et aux soins médicaux ne seront exemptées que dans la mesure où elles ne sont pas principalement destinées à obtenir des recettes supplémentaires⁵ en réalisant des opérations en concurrence directe avec des entreprises commerciales soumises à la TVA. Le simple fait que des entreprises commerciales effectuent des opérations similaires avec application de la TVA ne suffit pas pour refuser l'application de l'exemption. Il doit être question d'une « concurrence directe », ce qui suppose, entre autres, que les opérations étroitement liées à l'hospitalisation et aux soins médicaux s'adressent au même public que celles envisagées par les entreprises commerciales, en vue de répondre aux mêmes besoins des consommateurs. Dans ce contexte, il convient d'identifier le marché pertinent et d'évaluer s'il existe une distorsion de concurrence sur ce marché.

Le 11 juillet 2021 était ainsi adopté ce projet de loi modifiant le Code de la taxe sur la valeur ajoutée en ce qui concerne l'exemption de la taxe en matière de prestations de soins médicaux à la personne.

La loi fut publiée au Moniteur belge du 20 juillet 2021.

Outre l'exposé des motifs, une circulaire rédigée par l'administration de la TVA, partiellement en collaboration avec les quatre fédérations du pays, offre une autre source de clarification. Publiée le 20 décembre 2021 sur le site du SPF Finances,

cette circulaire vise à clarifier les notions auxquelles il est fait référence dans le texte de loi, notamment au travers de cas d'application (non exhaustifs), de la jurisprudence européenne ou du rappel des principes de base en matière de TVA.

Une FAQ est également en cours de rédaction, toujours par l'administration de la TVA, alimentée par les questions soulevées par le terrain. Nous espérons voir celle-ci publiée dans le courant du premier trimestre 2022 et y trouver les réponses nécessaires à l'implémentation la plus fluide possible de ces nouvelles dispositions.

Enfin, nous ne pouvons conclure cet article sans faire mention de l'impact de cette modification législative sur la mise en œuvre des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, et plus particulièrement les collaborations rapprochées que ceux-ci impliquent entre de nombreux services des hôpitaux d'un même réseau.

Ainsi, lorsqu'il est considéré que les opérations effectuées dans le cadre de la collaboration des réseaux sont nécessaires ou indispensables pour garantir des soins de santé abordables et de qualité, ces opérations bénéficient de l'exemption en tant qu'opérations étroitement liées à l'hospitalisation et aux soins médicaux, pour autant qu'il ne s'agisse pas de prestations de services qui ne présentent pas de lien nécessaire avec les services exemptés des hôpitaux.

Partant de ce principe, ainsi que sur base de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, les services ou livraisons de biens intraréseau, comme la cuisine centrale, l'IT, le nettoyage ou la stérilisation, risquent d'être soumis à la TVA.

Les quatre fédérations collaborent également sur ce point à l'égard des autorités afin d'avancer vers une solution, soit sous la forme d'une collaboration de type I, soit sous la forme d'une unité TVA.

La réponse en 2022...

⁵ Le fait que les opérations soient facturées au prix de revient exclut généralement que celles-ci soient destinées à obtenir des recettes supplémentaires.



« VIEILLISSEMENT ET QUALITÉ » : DES PROJETS DURABLES ET INNOVANTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR AÎNÉS EN WALLONIE

UN CONTEXTE RÉVÉLATEUR

La crise de Covid-19 a eu un impact majeur sur le bien-être des résidents, des équipes et des directions. Elle a eu notamment pour effet d'accentuer l'image négative du secteur et de révéler, voire d'exacerber, les dysfonctionnements préexistants dans les établissements pour aînés. Citons le manque de collaboration et de communication avec le monde hospitalier, le déficit d'expertise et de formation pour certaines fonctions, l'absence de plan d'urgence interne et de procédures adaptées à une crise sanitaire, le matériel de protection individuel non disponible, ou encore le manque de personnel dans certains établissements.

Dans ce contexte inédit et tragique, plusieurs études visant à améliorer la qualité de vie des aînés, notamment en maisons de repos, ont été réalisées. Elles ont permis la mise en place de plans d'action concrets :

- une analyse d'impact de la crise de Covid-19 sur les résidents, les directeurs et les professionnels en maison de repos et dans les centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap réalisée par l'Unité de Psychologie de la Sénescence (UPsySen) de l'Université de Liège ;
- un rapport de recherche épidémiologique dans les structures d'hébergement collectif en Région wallonne des secteurs de la santé : établissement des recommandations par l'École de Santé publique de l'ULB ;
- une analyse d'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les structures d'hébergement collectif en Région wallonne des secteurs de la santé et de l'action sociale : établissement de recommandations organisationnelles et de normes de qualité par la PAQS et l'Université de Louvain ;
- le plan « *Bien Vieillir* » initié par le Parlement wallon et visant à promouvoir le co-logement pour aînés, personnes en situation de handicap et personnes à revenus modestes, dans une mixité sociale inclusive ;
- le plan « *Get Up Wallonia !* » décliné en actions prioritaires dans les directions de la branche Santé et Handicap de l'AViQ.

VERS UN NOUVEAU MODÈLE D'ACCOMPAGNEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR ÂÎNÉS

Afin de repenser entièrement l'accompagnement des aînés dans les collectivités résidentielles, en y associant toutes les parties prenantes et en s'appuyant sur l'expertise scientifique des différents projets cités ci-dessus, la Vice-présidente du gouvernement wallon, ministre de la Santé et de l'Action sociale, Christie Morreale, a souhaité mettre en place une dynamique positive et visionnaire. Intitulée « Vieillesse et qualité », elle est composée de différents groupes de travail soutenus par un comité de pilotage (COFIL).

Ce comité, composé de membres du cabinet de la ministre Morreale, l'AViQ (Direction des Aînés, Direction de la promotion de la santé, prévention et surveillance des maladies infectieuses, Direction de l'hébergement et la Direction Handicap), de la PAQS et de plusieurs experts du secteur (comme Stéphane Adam, Nicolas Berg ou Thérèse Van Durne) a pour missions :

1. être force de propositions et d'initiatives : partager ses connaissances et ses expertises. Lors des échanges, il a été convenu que les membres du COFIL qui travaillent en collaboration avec plusieurs réseaux liés au vieillissement (dans les secteurs de la recherche, économique, social, politique et administratif) servent de relais auprès de ces diverses instances ;
2. valider et suivre les plans d'action des groupes de travail thématiques. Les membres du COFIL valident les fiches-projets et veillent à l'exécution des actions planifiées. À ce titre, ces derniers conseillent et apportent un soutien méthodologique, notamment en matière d'évaluation. Ils disposent enfin d'une vision transversale et favorisent la mise en lien des actions ;
3. évaluer et éventuellement rediriger les actions pour atteindre les objectifs opérationnels fixés. Il est apparu que l'évaluation constitue un objectif transversal et central du COFIL. La méthodologie et les résultats intermédiaires lui seront donc soumis. Il émettra des recommandations, réorientera et validera.

La Direction des Aînés de l'AViQ coordonne les travaux et propose un modèle de gestion commun. Outre le secrétariat du COFIL, l'AViQ s'assure de la réalisation et de l'exécution des plans d'action ainsi que du *reporting* des avancées et difficultés rencontrées dans chaque groupe de travail thématique vers le COFIL et vers les instances de l'AViQ.

Quatre groupes de travail ont donc été initiés. Ceux-ci constituent le moteur de la dynamique nouvelle voulue par les autorités régionales.

- Le focus groupe « Bienveillance » dont l'objectif est de réaliser un plan d'action « Bienveillance » en s'appuyant sur les recommandations des parties prenantes ainsi que de la commission spéciale Covid du gouvernement wallon. Ce groupe, réunissant Respect Seniors, le Bien Vieillir, UNIA, la LUSS et le Gang des Vieux en Colère, est présidé par Stéphane Adam. Après un an de fonctionnement, ce groupe de travail a réalisé, par exemple, des outils à destination des directions et des équipes afin qu'elles améliorent de manière pérenne et autonome leurs pratiques en matière de bienveillance des aînés en maison de repos ;





- Le groupe de travail « Changement de paradigme » qui supervise les travaux d'un projet-pilote au sein de six maisons de repos dont l'objectif est d'expérimenter une nouvelle approche de l'accompagnement des aînés en Wallonie afin d'améliorer leur prise en charge. À l'instar du modèle suédois *Tubbe* déjà d'application en Wallonie, ce projet pilote vise à promouvoir un *management* participatif, à développer une approche individualisée de prise en charge des résidents, à mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité et à inscrire les maisons de repos dans une logique d'intégration des soins. Dans ce cadre, l'implication de tous les acteurs est évidemment indispensable. Elle comprend une révision de leur rôle et du fonctionnement actuel. En d'autres termes, il s'agit de co-construire un *leadership* partagé et participatif avec les résidents et les proches, grâce à un personnel engagé, motivé et formé. À l'issue d'un an d'accompagnement de ces six établissements, la coordination scientifique assurée par la PAQS proposera un modèle qui puisse être reproductible par d'autres établissements pour aînés ;
- Le groupe de travail « Espaces communautaires » qui vise à développer quinze espaces communautaires en Wallonie. Un espace communautaire est défini comme un lieu de vie où est proposée en journée, à des aînés ou des personnes autonomes en isolement social, régulièrement et en groupe, la possibilité d'un accueil, de rencontres de personnes de même génération, de contacts avec des personnes d'un autre âge, d'activités participatives diverses, d'échanges, de moments de convivialité. L'appel à projet destiné aux CPAS et aux intercommunales sera lancé début 2022 par l'AViQ ;
- Le groupe de travail « Révision des normes » qui orientera la politique de programmation normative et de modernisation du financement et des normes (infrastructures, prix, accompagnement des résidents). Ce groupe de travail est coordonné par la Direction des Aînés de l'AViQ et réunit les fédérations des maisons de repos, l'administration (la Direction Transversale des Finances, la Direction de l'Audit et de l'Inspection, la Direction des Infrastructures) et un représentant de la Communauté germanophone.

RÉFORMER ET RENFORCER LE SECTEUR

Les établissements pour aînés sont avant tout des lieux de vie. C'est une réalité qui doit être, plus que jamais, réaffirmée. Mais cela ne doit pas faire oublier les besoins spécifiques et spécialisés qu'ont de plus en plus de résidents. Les établissements d'accueil pour personnes âgées doivent donc disposer des ressources nécessaires pour répondre à ces besoins. Il leur faut aussi pouvoir s'organiser en fonction de leur public et de leur contexte, développer de nouvelles compétences et renforcer les partenariats avec toutes les parties prenantes pour assurer une prise en charge optimale, et donc une bonne qualité de vie des résidents. À cet égard, un management participatif définissant les valeurs de l'institution et qui donne du sens au travail de chacun est indispensable. Il est également nécessaire, pour ces institutions, de bénéficier d'expertises externes (para)médicales et d'un soutien rapide en cas de crise, sanitaire ou autre. À cette fin, les maisons de repos devront s'inscrire dans un système intégré de santé en lien étroit avec les acteurs du domicile, l'ambulatorio et les réseaux hospitaliers.

Les multiples travaux menés ont une visée commune : améliorer le modèle d'accompagnement des aînés en Wallonie afin qu'il réponde au mieux aux besoins et aux souhaits de chaque adulte âgé. Cet objectif doit guider l'ensemble des politiques en la matière. C'est indispensable au vu des multiples défis qui nous attendent dans les prochaines années. Les personnes âgées ne peuvent être les grands oubliés de nos politiques de santé.

IFIC : DE BELLES AVANCÉES GRÂCE AUX DERNIERS ACCORDS SOCIAUX

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Fondée en 2002, l'ASBL IFIC (*Instituut voor Functieclassificatie* – Institut de Classification de fonctions), créée par les partenaires sociaux à l'instar des fonds sociaux, s'est attelée à la lourde tâche de moderniser la classification des fonctions existantes au sein des secteurs de la santé. La classification de fonctions IFIC est le système de référence choisi par les autorités et les partenaires sociaux pour moderniser et harmoniser le modèle de rémunération dans les secteurs de la santé. Cette nouvelle classification propose un tapis de fonctions communes à l'ensemble des secteurs de la santé comme base de l'élaboration d'une politique de rémunération (nouveau modèle salarial) plus homogène pour l'ensemble des institutions de santé fédérales. Les régions ont aussi décidé d'adopter cette classification de fonctions IFIC pour les secteurs de la santé qui relèvent de leurs compétences. L'IFIC privilégie la reconnaissance des prestations effectives des travailleurs à un système de rémunération basé sur les diplômes.

VOUS AVEZ DIT IFIC ?

L'IFIC prévoit une même classification de fonctions pour l'ensemble des secteurs de la santé.

Quelle classification ?

Cette nouvelle classification met davantage l'accent sur la fonction exercée que sur le diplôme. Les différences entre les barèmes sont structurées de façon systématique. La politique salariale est aussi modifiée pour payer des salaires plus élevés en début de carrière avec une dégressivité des augmentations liées à l'ancienneté.

La nouvelle classification de fonctions s'articule autour de 6 départements (administration - hôtelier, logistique et technique - médicotechnique et pharmacie - paramédical - psycho-social - infirmier/soignant) dans lesquels on retrouve 14 familles de fonctions réparties en 20 catégories, pour un total à ce jour de 221 fonctions sectorielles. Chaque catégorie correspond à une échelle salariale différente. Le personnel de direction et les médecins sont exclus de cette classification de fonctions.

L'IFIC est un système évolutif qui prévoit un mécanisme de révision des fonctions. Cela permettra d'une part, de revoir la pondération des fonctions pour s'adapter à l'évolution des métiers et d'autre part, d'intégrer au fur et à mesure les





fonctions qui sont manquantes à ce jour⁶. À l'avenir, l'IFIC continuera à se focaliser sur les fonctions couramment utilisées dans les institutions de soins, l'ambition n'étant pas d'intégrer les fonctions spécifiques à l'une ou l'autre institution. On retrouvera souvent dans nos hôpitaux quelques fonctions spécifiques classées comme «fonctions manquantes» qu'il faudra classer par analogie avec les fonctions existantes.

Une méthode analytique pour aboutir à la classification de fonctions

Cette nouvelle classification de fonctions a été construite sur base d'une méthode analytique qui s'articule en cinq phases. Elle débute par l'inventaire et la description des fonctions (phases 1 et 2) pour ensuite les pondérer sur la base de critères précis, décrits préalablement (phase 3). La lourdeur de la fonction est évaluée sur base de six critères : la connaissance et le savoir-faire, la gestion d'équipe, la communication, la résolution de problèmes, la responsabilité et les facteurs d'environnement. Selon les fourchettes de score qui leur sont attribuées, les fonctions sont ensuite regroupées en catégories de fonctions (phase 4). La cinquième phase vise à établir les procédures d'implémentation et le nouveau modèle salarial.

Qui sont les acteurs du projet ?

A l'instar des fonds sociaux, l'ASBL IFIC est une structure paritaire composée à parts égales d'organisations patronales et syndicales. Le pilotage de chaque projet est confié à un comité de pilotage spécifique, soit un comité de pilotage fédéral pour le secteur privé et un autre pour le secteur public. Au niveau de la Région wallonne, le pilotage du projet est regroupé dans un comité de pilotage commun avec deux groupes techniques spécifiques pour le secteur privé et le secteur public. En Région bruxelloise, un seul comité de pilotage a été instauré pour le secteur privé, le projet n'ayant pas encore démarré dans le secteur public.

De nombreux groupes de travail techniques se sont réunis, certains impliquant les fédérations représentatives et d'autres des acteurs de terrain. Ils ont permis d'élaborer les descriptions de fonctions et leur classification.

Santhea a systématiquement plaidé pour une évolution de cette classification de fonctions pour que les descriptions de fonctions suivent l'évolution des métiers et qu'elles restent en phase avec les réalités de ces professions, tout en insistant sur la nécessité d'un financement adéquat et suffisant.

MISE EN ŒUVRE DE L'IFIC

Attribution avant la détermination de la rémunération

La première étape d'IFIC, et la plus déterminante, est l'attribution d'une fonction adéquate à chaque travailleur. Il s'agit de repérer pour chaque fonction dans l'institution quelle est la fonction de référence sectorielle IFIC à laquelle elle correspond le mieux. Ces fonctions sont rattachées à une catégorie qui détermine l'échelle barémique IFIC.

⁶ Pour exemple, nous sommes passés de 218 à 221 fonctions depuis la première phase IFIC de 2018.

Ces descriptions de fonctions de référence sectorielles n'ont pas vocation à remplacer les descriptions de fonctions spécifiques qui cadrent avec l'organisation du travail propre à chaque institution. Pour attribuer ces fonctions de référence, les institutions devront, au préalable, composer la commission d'accompagnement et la commission de recours interne, désigner le responsable-processus et faire une communication générale vers les travailleurs...

Droit au recours

Le travailleur peut introduire un recours uniquement sur la fonction qui lui est attribuée (pas sur le barème correspondant). Ce recours éventuel sera traité par la commission de recours interne et, le cas échéant, en appel par la commission de recours externe.

Choix du travailleur

Chaque fonction est rattachée à une catégorie qui détermine une échelle barémique.

Lorsque le travailleur a reçu et accepté sa nouvelle attribution de fonction, il devra aussi faire le choix, sur base d'une simulation individuelle, d'opter pour le nouveau barème qui y est lié ou de garder sa rémunération actuelle, si elle lui est plus favorable. Ces fiches de simulation individuelles sont produites par des outils IFIC mis à disposition des institutions.

Financement

Les hôpitaux privés sont financés de façon forfaitaire via leur BMF pour les surcoûts engendrés par la mise en œuvre d'IFIC. En provision, ce financement est octroyé au prorata du nombre d'ETP de chaque hôpital en ne considérant que les travailleurs qui relèvent des centres de frais liés à l'activité hospitalière et à l'exception du personnel de direction et des médecins. En révision, le système de forfaits s'applique : le nombre d'ETP associés à chaque fonction IFIC, que les travailleurs aient opté ou non pour l'IFIC, est multiplié par le forfait correspondant. Les montants obtenus pour chaque fonction IFIC sont ensuite additionnés et représentent le budget annuel par hôpital. Celui-ci est comparé annuellement à ce qui a été octroyé en provision et la différence est imputée en sous-partie C2.

Ce système en vigueur pour les hôpitaux du secteur privé sera vraisemblablement étendu aux hôpitaux du secteur public. Santhea revendique cette égalité de traitement. Un groupe de travail au sein du CFEH a été mis en place au début de l'année 2022 pour discuter de ces aspects et répondre à la demande du ministre concernant spécifiquement le financement de l'IFIC public.

Un mécanisme de financement adapté devra être conçu au niveau régional lors du déploiement effectif d'IFIC.

AVANCÉES OBTENUES GRÂCE AUX ACCORDS SOCIAUX

Selon les secteurs, cette réforme IFIC représente globalement une augmentation d'environ 6 à 7 % de la masse salariale. Il était donc indispensable de l'étendre à l'ensemble des secteurs de la santé, afin d'éviter de créer une disparité importante entre les barèmes des institutions de soins fédérales privées et publiques ainsi qu'avec les institutions régionalisées. De trop grandes distorsions barémiques rendraient certains secteurs beaucoup plus attractifs que d'autres pour les travailleurs, ce qui compliquerait encore plus le recrutement de personnel dans les institutions qui ne bénéficieraient pas de l'IFIC, tant au niveau fédéral qu'au niveau régional. Sur base de ce constat, les différents accords ci-dessous ont été signés. Notons que de son côté, la Flandre a introduit la réforme IFIC depuis 2019 pour ses secteurs de santé régionalisés privés.

Accords sociaux fédéraux du 25 octobre 2017

L'IFIC occupe une place centrale dans l'accord social 2017-2020 pour le secteur privé fédéral, signé le 25 octobre 2017. Les ministres avaient décidé de concentrer l'entièreté des nouveaux moyens financiers de cet accord au lancement d'une première phase de cette nouvelle classification de fonctions IFIC et, dans une moindre mesure, au deuxième pilier de pension.

Concrètement, le gouvernement a augmenté de 50 à 95 millions d'euros le budget récurrent consacré à l'IFIC pour le secteur privé, en trois tranches annuelles de 15 millions d'euros chacune, en 2018, 2019 et 2020. Ce budget représentait près d'un cinquième de la totalité du coût de la mise en œuvre d'IFIC estimé à 446 millions d'euros pour les secteurs fédéraux privés. Les partenaires sociaux ont donc décidé de phaser l'implémentation de l'IFIC et de prévoir, dès



le 1^{er} janvier 2018, une première phase dans laquelle le nouveau barème IFIC correspondait au barème perçu par le travailleur, augmenté de 18,25 % de la différence entre le barème perçu à l'époque et le nouveau barème IFIC à 100 %.

Pour le secteur public fédéral, ce même accord social consacre un budget récurrent de 43 millions d'euros, dès 2020, pour la mise en œuvre de l'IFIC dans les institutions publiques. Ici aussi, trois tranches successives ont été prévues, la première de 23 millions d'euros en 2018, à laquelle sont venues s'ajouter deux nouvelles tranches de 10 millions d'euros chacune en 2019 et 2020.

En 2018, le secteur public fédéral n'étant pas suffisamment préparé pour démarrer la mise en place de l'IFIC, l'octroi d'une prime unique aux travailleurs a été décidé. Cette prime a été reconduite pour une seconde et dernière fois en 2019, au vu de l'avancée peu significative des négociations sur la mise en œuvre d'IFIC.

L'accord prévoit de démarrer une étude salariale dans le secteur public, à l'instar de celle réalisée pour le secteur privé en 2016. Cette étude barémique préparatoire a été réalisée en 2019 sur un nombre restreint d'hôpitaux publics. Neuf institutions membres de santhea se sont portées volontaires pour y participer : le CHR de Huy, le CHUPMB, l'hôpital psychiatrique de VIVALIA et le CHU de Liège en Wallonie, ainsi que les Hôpitaux Iris Sud, le CHU Saint-Pierre, le CHU Brugmann, l'Institut Jules Bordet et l'HUDERF à Bruxelles. Cinq hôpitaux flamands ont complété l'échantillon. Cette étude préparatoire avait pour but d'objectiver l'impact réel de l'IFIC dans les hôpitaux publics, afin de dégager les pistes les plus réalistes pour que les hôpitaux publics puissent à leur tour mettre en œuvre cette nouvelle classification de fonctions et bénéficier du financement qui l'accompagne. L'objectif est d'éviter qu'un écart se creuse entre l'évolution des rémunérations des travailleurs des hôpitaux privés et publics.

Accord social fédéral 2020-2024

Dans le contexte de crise Covid et de pénurie de personnel, le gouvernement fédéral a décidé de revaloriser le personnel hospitalier et a dédié 600 millions d'euros pour ce nouvel accord social, en plus des 400 millions d'euros réservés au Fonds Blouses Blanches⁷. Au sein de ce budget, 500 millions d'euros sont prévus afin de finaliser la mise en œuvre de l'IFIC à 100 % dans les secteurs fédéraux privé et public, et 100 millions d'euros pour des mesures qualitatives en lien avec l'amélioration des conditions de travail à négocier entre partenaires sociaux.

Dans le secteur privé, les travailleurs qui avaient déjà choisi l'IFIC lors de la première phase ont automatiquement bénéficié du barème IFIC à 100 % à partir du 1^{er} juillet 2021. Les travailleurs qui n'avaient pas encore fait le choix de passer à l'IFIC lors de la première phase en 2018 ont pu une nouvelle fois choisir entre leur barème actuel et le nouveau barème IFIC, à 100 % cette fois. Le principe de base est d'offrir le choix, à chaque travailleur en fonction, sur base d'une simulation qui compare son barème initial au nouveau barème IFIC. Les nouveaux barèmes IFIC s'appliquent d'office aux nouveaux recrutements.

⁷ *Le Fonds Blouses Blanches vise à développer l'emploi et à améliorer la formation des infirmiers en finançant, entre autres, la création nette d'emplois pour le personnel de santé et de soutien.*

Les spécificités du secteur public et la complexité des négociations n'ont pas permis d'aboutir en 2021 à la mise en œuvre effective d'IFIC. Il a néanmoins été décidé d'accorder le bénéfice des nouveaux barèmes IFIC au 1^{er} juillet 2021 à l'instar du secteur privé, via un effet rétroactif aux travailleurs qui choisiront les nouveaux barèmes IFIC durant l'année 2022. En 2021, les travaux se sont essentiellement concentrés sur la mise en œuvre de l'ensemble des démarches administratives nécessaires pour lancer les procédures d'attribution des fonctions et sur la mise en œuvre des premiers protocoles.

En juin et en septembre 2021, deux protocoles d'accord ont été conclus en Comité A⁸. Le premier protocole fixe les procédures d'attribution des fonctions sectorielles IFIC et le calendrier des différentes étapes. Il décrit les trois phases du processus d'implémentation d'IFIC (c'est-à-dire la phase préparatoire, la phase d'attribution des fonctions et la phase de recours) ainsi que les différents organes à mettre en place dans chaque institution. Le second protocole précise les limites de la mise en œuvre de l'IFIC dans le secteur public lors de cette première phase. Il limite l'activation des barèmes IFIC aux fonctions pour lesquelles les nouveaux barèmes IFIC sont, en théorie, supérieurs aux barèmes en vigueur dans l'institution sur la globalité de la carrière. La disparité des barèmes entre les institutions est telle que chaque institution doit comparer ses propres barèmes avec les barèmes de référence IFIC pour déterminer les fonctions à activer en son sein. Le protocole 2 fixe un cadre de référence fédéral à suivre dans chaque institution pour sélectionner les fonctions qui peuvent être activées. Un troisième et un quatrième protocole viendront les compléter en 2022 pour finaliser la mise en œuvre effective de l'IFIC.

L'année 2021 aura aussi été consacrée à la confection des outils mis à disposition du secteur et nécessaires dans les différentes étapes de mise en place de l'IFIC. Santhea a principalement contribué à l'élaboration de ces outils grâce à la connaissance des profils particuliers de ses membres publics.

Accord non marchand wallon 2021-2024

En 2020, le gouvernement wallon a décidé de consacrer 260 millions pour financer un nouvel accord non marchand qui permettra de revaloriser les salaires des travailleurs des secteurs de la première ligne et d'améliorer leurs conditions de travail par la création d'emplois complémentaires. Dans le cadre de cet accord non marchand 2021-2024, le gouvernement wallon a consacré un budget de 110 millions pour mettre en œuvre la nouvelle classification de fonctions IFIC dans les secteurs régionaux de la santé concernés, qu'ils soient publics ou privés. Ici aussi, les partenaires sociaux s'étaient entendus quant au besoin de moderniser et d'harmoniser le modèle de classification de fonctions et de rémunérations qui y est lié, et de l'aligner sur celui des secteurs fédéraux de la santé pour éviter une trop grande disparité des conditions de travail qui accentuerait les difficultés de recrutement dans les secteurs régionalisés.

Protocole d'accord 2021-2024 pour Bruxelles

L'implémentation de la nouvelle classification de fonctions IFIC et le modèle salarial correspondant sont des mesures prévues par le protocole d'accord 2021-2024 du 23 décembre 2021 pour les secteurs non marchands de la Commission communautaire française, de la Commission communautaire commune et de la Région de Bruxelles-Capitale.

À la suite de ce protocole, le secteur privé devra se doter de conventions collectives de travail qui précisent les modalités de l'implémentation de la classification de fonctions IFIC ainsi que de son modèle salarial. Du côté du secteur public, les négociations patinent et il n'y a pas encore d'engagement à appliquer l'IFIC.

8 *Le Comité A est le comité de concertation de la fonction publique fédérale commun à l'ensemble des services publics.*



UNE FÉDÉRATION DYNAMIQUE EN CONSTANTE ÉVOLUTION

— PARTIE 4 —

CELLULE RGPD : UNE EXPERTISE EN MATIÈRE DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

CONTEXTE

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en application le 25 mai 2018. Face à la numérisation croissante de la société européenne, celui-ci vise à défendre les droits et libertés de toutes les personnes concernées par un traitement de données à caractère personnel. Les exigences du RGPD sont cependant multiples et peuvent s'avérer fort complexes selon le contexte et le secteur d'application. Celles-ci comprennent, notamment :

- la mise en place d'un registre des traitements de données à caractère personnel ;
- la sécurisation, tant physique que logique, de l'ensemble de ces traitements ;
- la signature de contrats de sous-traitance disposant de nombreuses clauses spécifiques ;
- la mise en place d'une information détaillée aux personnes concernées par les traitements de données réalisés, ainsi que de moyens leur permettant d'exercer une série de droits ;
- la notification des violations de données à caractère personnel à l'autorité compétente.

En complément à ces mesures, les organismes amenés à traiter à grande échelle des données à caractère personnel sensibles, telles que des données de santé, doivent recourir aux services d'un délégué à la protection des données (*Data Protection Officer* ou *DPO*). Disposant d'un profil à la fois juridique et informatique, sa mission consiste à conseiller la direction de son institution sur toutes les questions en lien avec le traitement des données à caractère personnel. Pour ce faire, il doit être indépendant et ne peut pas intervenir dans la définition des finalités desdits traitements, ainsi que celle des moyens utilisés pour les mettre en œuvre.

En pratique, les institutions de soins ne disposent d'aucune exemption propre au RGPD. Leurs activités routinières comprenant le traitement d'importantes quantités de données de santé, elles doivent même se munir d'un *DPO*. Ceci ne va cependant pas sans poser de problèmes, étant donné la rareté de ceux-ci, d'une part, et les montants élevés à prévoir pour s'adjoindre leurs services, d'autre part. Le processus de mise en conformité est par ailleurs très complexe dans la majorité de cas, le nombre de traitements, de types de données et de destinataires externes à prendre en compte étant généralement très élevé.

Tout manquement au RGPD peut faire l'objet de sanctions sévères de la part de l'Autorité de Protection des Données (APD). Si les écarts les plus faibles peuvent mener à de simples rappels à l'ordre avec demande de mise en conformité, les fautes les plus graves peuvent donner lieu à l'imposition d'amendes qui se chiffrent à plusieurs millions d'euros. Dans les faits, s'il a fallu plusieurs années à l'APD pour se mettre en place, celle-ci se montre à présent proactive et minutieuse lorsqu'il s'agit d'enquêter, y compris en cas de cyberattaque. Avec la crise sanitaire, force est de constater que le nombre de celles-ci a augmenté de façon exponentielle dans le secteur des soins de santé.

OBJECTIFS

À la fin de l'année 2017, face aux difficultés rencontrées par une majorité d'institutions de soins confrontées aux exigences du RGPD, santhea a proposé à ses membres de mutualiser les coûts liés au processus de mise en conformité au règlement européen et à l'embauche d'un *DPO*. Rapidement, un nombre important d'entre eux a manifesté un intérêt pour le projet. Celui-ci s'est concrétisé par la création d'une cellule RGPD, fonctionnelle dès le mois de janvier 2018. L'équipe s'est renforcée au fil du temps pour faire face au nombre important de contrats de sous-traitance à analyser, et compte aujourd'hui cinq collaborateurs.

Dotée de profils complémentaires en droit des données à caractère personnel, en cybersécurité, en gestion des données de santé et disposant de solides connaissances du secteur, l'équipe possède toutes les ressources utiles pour remplir ses missions de *DPO*. Le travail se veut donc collaboratif au sein de la cellule RGPD, même si les institutions participantes se sont chacune vu assigner un délégué particulier, et ce, pour des raisons pratiques.

Dès le lancement de ses activités, la cellule RGPD s'est employée à développer un maximum d'outils, de modèles et de procédures adaptables aux différents contextes et besoins, tout en formant les institutions adhérentes à l'utilisation de ces ressources en vue de les rendre autonomes. Dans le même ordre d'idée, chaque membre a été invité à mettre en place un comité de pilotage et à désigner un chef de projet RGPD en interne pour garantir la pérennité du projet. Le *DPO* désigné pour l'institution veille, en collaboration avec ce chef de projet, au bon suivi du plan de mise en conformité, adapté sur base d'un modèle construit par la cellule RGPD. Entre autres tâches, il apporte son soutien dans le cadre de l'inventaire des activités de traitement de données à caractère personnel et valide l'ensemble des documents à adapter.

La fonction de *DPO* s'étend par ailleurs bien au-delà de la mise en conformité. Sur le long terme, celui-ci veille au bon respect du RGPD et informe la direction en cas de manquement constaté, tout en formulant des recommandations. En sa qualité d'expert de la protection des données, il veille à la bonne tenue du registre des activités de traitement et contrôle la gestion des demandes d'exercice de droits des patients, des résidents, des bénéficiaires et des membres du personnel des institutions membres. Il soutient également l'institution dans l'analyse des risques propres aux traitements des données et il échange directement avec l'Autorité de Protection des Données en cas de violation de données ou d'enquête à ce sujet. En complément, la cellule RGPD propose une expertise globale en matière de protection de la vie privée et de droits des patients. Celle-ci permet de traiter des thèmes spécifiques comme le droit à l'image, les caméras de surveillance ou l'accès au Dossier Patient Informatisé.

LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

Depuis 2018, la cellule RGPD travaille avec une trentaine d'institutions aux profils variés. La première moitié d'entre elles est constituée d'hôpitaux généraux et psychiatriques, la seconde comprend des institutions issues du secteur des aînés et de la santé mentale ainsi qu'un laboratoire d'analyses médicales et un service de transfusion du sang.

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

La diversité des profils des adhérents au projet fait que les collaborateurs de la cellule RGPD ont rapidement dû adapter le type d'encadrement proposé à chacun d'entre eux. Les membres hospitaliers sont ainsi généralement confrontés à un nombre important et complexe de traitements de données à caractère personnel, parfois répartis sur plusieurs sites et numéros d'agrément. L'équipe tente donc de renforcer le soutien apporté dans le cadre de l'inventaire des données traitées, tout comme celui des nombreux contrats de sous-traitance. De leur côté, les membres extrahospitaliers sont confrontés à un nombre moindre de traitements et de contrats, mais ils disposent, en revanche, de moins de ressources humaines pour faire vivre le projet. Un soutien rapproché sur l'ensemble du processus à accomplir est donc envisagé en ce qui les concerne.

ACTIONS & RÉSULTATS

Au cours de l'année 2021, la cellule RGPD a continué à travailler en collaboration avec les chefs de projet capables de dégager du temps pour le processus de mise en conformité, la majorité des réunions s'étant tenues à distance en raison de la crise sanitaire.



Les activités classiques de *DPO* ont également été maintenues tout au long de l'année. Il s'agit ici principalement du traitement des questions des membres en lien avec la vie privée, de la gestion de plusieurs demandes d'exercices de droits de patients et de membres du personnel, ainsi que de l'analyse des nombreux contrats de sous-traitance et de recherche qui nous parviennent. Plusieurs violations de données à caractère personnel ont aussi dû faire l'objet d'une notification à l'APD en 2021. L'une d'entre elles a malheureusement abouti à une enquête du gendarme de la protection des données, non pas en raison du contenu de la notification mais bien à cause de la gravité de l'événement rapporté. La cellule RGPD a fourni dans ce cadre un soutien rapproché à l'institution concernée en vue d'aboutir, de façon transparente, à la meilleure des conclusions possibles dans ce dossier. En sa qualité de *DPO*, la cellule RGPD a également participé aux négociations de plusieurs gros contrats de sous-traitance, dont ceux des sociétés *Philips* et *3M*. Ce travail, réalisé en collaboration avec les fédérations *UNESSA* et *GIBBIS* en ce qui concerne *3M*, a permis de garantir la conformité de la firme internationale au RGPD, à la suite d'une polémique apparue dans la presse impliquant un sous-traitant russe de second rang¹. En parallèle, l'équipe a pris part à l'élaboration d'une position commune concernant les grands principes de l'utilisation secondaire des données collectées par les hôpitaux universitaires, ceci à l'initiative d'une demande formulée initialement par une institution membre de la cellule RGPD.

En ce qui concerne les outils, un nouveau modèle de politique de confidentialité a été mis à la disposition des membres cette année. Celui-ci permet d'encadrer l'usage des sites internet des institutions et vient compléter directement la politique propre aux cookies de navigation internet publiée en 2020. Ce nouvel outil s'avère particulièrement utile dans un contexte où la majorité des membres récoltent des données à caractère personnel, en ce compris celles liées à la santé, par l'intermédiaire de formulaires en ligne. Cette pratique fut mise en place notamment pour permettre la prise de rendez-vous ou l'introduction d'une demande d'admission.

L'équipe a par ailleurs publié deux analyses propres au RGPD en 2021. La première concerne l'exonération des autorités publiques d'amendes administratives en cas d'infraction au RGPD. La seconde concerne un arrêt du Conseil d'État précisant les obligations du pouvoir adjudicateur dans la vérification de la conformité au RGPD des offres qui lui sont soumises.

PERSPECTIVES

Avec l'espoir d'une sortie de crise sanitaire en 2022, la cellule RGPD souhaite rattraper le retard accumulé au cours des deux dernières années dans le processus de mise en conformité. Les écarts de niveaux entre les institutions constatés avant la pandémie se sont en effet creusés au fil du temps, y compris en ce qui concerne la mise en place du registre des activités de traitement. L'équipe prévoit donc de reprendre contact avec une majorité de chefs de projet RGPD au cours des prochains mois, même en présentiel, dans le but de remettre à niveau un maximum d'adhérents au projet.

Au niveau des outils, l'équipe travaille toujours sur une méthode visant à faciliter la réalisation des analyses d'impact sur la protection des données. Si une série de premiers supports a été conçue au cours du dernier trimestre 2021, aucun d'entre eux n'a encore pu faire l'objet d'un partage aux membres, ceux-ci devant être auparavant complétés par d'autres livrables. Cet objectif a donc été défini comme prioritaire pour l'année 2022. En parallèle, l'équipe a travaillé en fin d'année sur une campagne d'affiches originales visant à renforcer la sécurité de l'information dans les institutions affiliées. Le lancement de celle-ci est prévu pour le 1^{er} trimestre 2022. En fonction de son succès, une seconde campagne pourrait être mise en place.

L'équipe souhaiterait enfin travailler à la publication d'autres outils tels qu'une « foire aux questions » (*FAQ*) reprenant les réponses aux principales questions posées par les membres ainsi qu'un recueil des avis en matière de santé, publiés par l'Autorité de Protection des Données.

¹ En raison du conflit en Ukraine, la société *3M* a depuis lors décidé de suspendre toutes ses activités et partenariats en Russie à compter du 12 mars 2022.

DWH SANTHEA : UNE BASE DE DONNÉES INTERHOSPITALIÈRE AU SERVICE DES MEMBRES

CONTEXTE

À l'heure du tout-numérique, il apparaît désormais impensable d'envisager la bonne gestion d'une institution de soins sans pouvoir disposer de données fiables et d'être capable de les exploiter de façon pertinente. La situation difficile rencontrée par le secteur, notamment en terme financier, fait qu'il n'est, hélas, pas toujours évident d'avoir les bons chiffres sous la main en interne au bon moment. Dans ce contexte, un soutien externe en matière d'analyse et de *reporting* de données peut se révéler d'une aide certaine pour les directions et les gestionnaires des institutions de soins.

OBJECTIFS

Pour soutenir ses membres au quotidien, santhea dispose de sa propre banque de données interhospitalière depuis 2007. Entretien par la récolte et la structuration continues d'informations fournies par les membres et l'administration, celle-ci permet la mise en œuvre de projets spécifiques ainsi que la production d'études, de rapports, de *benchmarks* et d'indicateurs de performance concernant des thématiques variées.

Ce projet ambitieux n'a fait que progresser au fil du temps, en témoignent en premier lieu les sources de données traitées. À son lancement, seules des informations structurées – principalement financières – étaient prises en compte. À présent, notre équipe est capable de traiter en parallèle des données issues d'extractions *ad hoc* ou obtenues grâce à des enquêtes adressées directement à nos membres. Le champ des matières abordées a lui aussi largement évolué et compte désormais, en plus du financier, des modules liés aux ressources humaines, à la satisfaction des patients, à la qualité, à l'activité et au fonctionnement durable des institutions de soins.

Avec les années, santhea a aussi fait évoluer les outils utilisés pour partager les résultats de ses analyses avec les membres concernés par le projet. Les anciens rapports statiques ont petit à petit été remplacés par des *reportings* dynamiques, d'abord disponibles au format *Excel*, puis via l'outil *Microsoft Power BI*. Cette solution, moderne et ergonomique, permet aujourd'hui de proposer un *reporting* très détaillé et évolutif pour les plus gros projets liés à notre banque de données.

Au sujet de l'exploitation au quotidien, le fait de pouvoir disposer d'une telle quantité de données organisées permet à l'équipe de répondre aux nombreuses requêtes particulières qui nous parviennent des membres. Celles-ci comprennent désormais des demandes d'analyses, d'extractions, de simulations ou d'organisation d'enquêtes ciblant des thèmes précis. En tant que fédération, les informations structurées à notre disposition nous permettent dans le même temps d'interagir avec les administrations ou les cabinets, mais aussi et surtout de nous positionner rapidement sur des sujets d'actualité.

Étant donné la confiance que nous accordent nos membres lorsqu'ils nous confient leurs données, l'équipe met un point d'honneur à protéger l'intégrité et le caractère confidentiel de celles-ci. Pour ce faire, de nombreuses mesures de sécurité sont mises en œuvre, en ce compris le respect par l'équipe d'un code de conduite en matière de sécurité de l'information. Depuis 2018, le traitement des données des membres par santhea est également encadré comme il se doit par une convention conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).



LES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

La banque de données interhospitalière développée par santhea profite à l'ensemble de ses hôpitaux membres, avec un degré variable selon la participation de chaque institution aux projets construits autour de celle-ci. Certaines thématiques, comme le traitement des données liées au financement et à l'activité, touchent l'ensemble de nos hôpitaux. D'autres, comme les projets « Absentéisme » et « Satisfaction Patients », s'adressent à un nombre plus restreint de membres, en raison notamment du fait qu'ils demandent de disposer de ressources suffisantes et de temps pour s'y investir.

Le projet soutient aussi les secteurs des aînés et de la santé mentale en apportant un soutien continu aux travaux des conseillers de la fédération qui les représente. Il permet également à notre équipe de répondre aux demandes particulières de ces secteurs avec le même soin que celles soumises par les hôpitaux. En ce qui concerne spécifiquement les maisons de repos, les capacités d'analyse à notre disposition ont permis de lancer cette année un tout nouveau service de mesure de la satisfaction des résidents. Cette initiative pourrait très bien être suivie par d'autres projets du même genre dans les prochaines années.

ACTIONS & RÉSULTATS

Tout comme celles de nos membres, les activités liées à notre base de données ont continué à être fortement influencées en 2021 par la Covid-19. Plusieurs thématiques ont malgré tout continué à évoluer dans ce contexte si particulier.

En ce qui concerne justement les analyses liées à la **crise sanitaire**, l'équipe a produit un *reporting* journalier en interne. En se basant sur des données issues respectivement du comité HTSC (Hospital & Transport Surge Capacity) et de l'AViQ, celui-ci permet à nos conseillers de disposer d'une vue claire sur la situation dans les hôpitaux au niveau national et dans les structures d'hébergement au niveau wallon. Des informations concernant le *testing* et la vaccination sont également récupérées sur le site de Sciensano.

Le support de notre base de données a permis au **projet « Satisfaction Patients »** de continuer à progresser et à diversifier les services rendus aux membres, tout en donnant naissance à un nouveau **projet « Satisfaction Résidents »** déjà mentionné plus haut. Concernant celui-ci, un protocole d'enquête et un premier questionnaire ont été créés en fin d'année en collaboration avec les membres du groupe de travail « Aînés » de santhea. Ces outils permettront de mettre en place une phase de test au printemps 2022 et une première période officielle de distribution du questionnaire en fin d'année. À l'avenir, d'autres questionnaires destinés aux proches des résidents ou centrés sur les occupants de résidences-services pourront être développés.

L'année 2021 a aussi été l'occasion d'effectuer des tests visant à injecter de nouvelles données dans le cadre du projet « Absentéisme ». Une adaptation de celles-ci s'avérant en effet nécessaire en raison de l'introduction dans la base de données d'informations relatives à l'IFIC (*Instituut voor Functieclassificatie* – Institut de Classification de fonctions). Un état des lieux du projet a également été envoyé aux institutions participantes fin 2021 en vue de mettre en place une grande récolte de données en 2022. En ce qui concerne la thématique de l'environnement, et particulièrement notre **projet « Together for Green Healthcare » (T4GH)**, une récolte de données a été lancée cette année en vue d'élaborer un cadastre énergétique dans les prochains mois. Les informations récoltées permettront aux institutions participantes de se comparer et de se situer par rapport à la moyenne du secteur.

Concernant nos autres matières, les fichiers relatifs au **Budget des moyens financiers (BMF)** ont été récoltés, comme chaque année, en janvier et en juillet. Après une procédure de préparation et d'injection conséquente en raison de la quantité d'informations à traiter, les données sont mises à disposition des collaborateurs de santhea amenés à travailler sur le financement des hôpitaux. Par rapport à l'IFIC, les connaissances sur nos membres, fournies par notre base de données, ont permis à la fédération de contribuer largement à la création d'un outil permettant de classer par code couleur les différentes fonctions attribuées dans chacune de ses institutions. Les données à notre disposition ont permis en parallèle de répondre aux nombreuses questions posées par le secteur et l'administration. À la suite d'une demande de nos membres, une analyse des **barèmes**, notamment liés à la CP 330, a également été entreprise. Une page de notre extranet est consacrée aux résultats de ce travail de synthèse. À l'avenir, ils permettront, en cas de saut d'index, de disposer automatiquement des barèmes actualisés pour chaque secteur présenté. Enfin, l'équipe a commencé à récolter et à traiter les données 2021 du **programme « Pay for Performance » (P4P)** en vue de proposer de nouvelles analyses et de nouveaux services consacrés à cette matière en 2022.

PERSPECTIVES

La diversité des services fournis par notre banque de données interhospitalière sera amenée à évoluer encore au cours des prochaines années grâce au renforcement continu des compétences de l'équipe et des moyens techniques à sa disposition. Les possibilités offertes par cet outil permettront à santhea, de façon générale, de continuer à se positionner en tant que fédération moderne et indépendante sur le plan de l'analyse de données.

L'année 2022 sera précisément l'occasion pour l'équipe de mettre à disposition de nouveaux rapports en ligne sur sa plateforme *Microsoft Power BI*, qu'il s'agisse d'anciens *reportings* modernisés ou d'outils consacrés à de nouvelles thématiques telles que l'enquête « Satisfaction Résidents » ou le programme *P4P*.

Le projet « Satisfaction Patients » fera aussi l'objet de nouveaux développements dans les prochains mois, en parallèle au lancement de sa variante proposée aux gestionnaires des maisons de repos. La thématique de l'environnement fera encore l'objet d'une attention particulière à travers la récolte et l'analyse de données toujours plus variées concernant la gestion de l'énergie, de l'eau et des déchets.

En ce qui concerne les autres matières traitées, l'équipe prévoit notamment de développer son module centré sur le Résumé Hospitalier Minimum (RHM), mais aussi de fournir des statistiques sur l'hôpital de jour et les données salariales liées à l'IFIC. Enfin, une attention toute particulière sera accordée à la récolte et à l'analyse des données de personnel issues de la nouvelle application *PERONE* du SPF Santé publique.

ENQUÊTE « SATISFACTION PATIENTS » : UN EXEMPLE DE COLLABORATION DE LONGUE DATE AVEC NOS MEMBRES

CONTEXTE

Les capacités et les connaissances du patient dans le vécu de sa maladie sont aujourd'hui davantage reconnues à leur juste valeur. Celui-ci est à présent perçu comme un allié du soignant, apte à s'investir activement et positivement dans son processus de soins. L'implication du patient le rend capable de contribuer à la qualité de son parcours de soins. Il est cependant nécessaire que l'institution lui montre tout le respect attendu en s'intéressant à la qualité de son vécu au cours de sa prise en charge. Pour ce faire, elle peut notamment l'interroger en mettant en place une enquête centrée sur sa satisfaction et son expérience. Choisir un outil efficace à moindre coût peut cependant s'avérer difficile pour les institutions qui souhaitent se lancer dans cette démarche ou améliorer leur engagement.

OBJECTIFS

Depuis dix ans, santhea propose à ses membres sa propre enquête de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Alors qu'il n'exploitait au départ qu'un seul formulaire d'enquête, le projet repose aujourd'hui sur pas moins de seize questionnaires propres à une vaste gamme de prises en charge en institutions de soins. Repris ci-contre, ces outils font l'objet de mises à jour régulières, alors que de nouveaux questionnaires sont régulièrement développés en parallèle, à la demande des institutions participantes.

Général (Lits C et D)	Obstétrique
Hôpital de jour Chirurgical	Hôpital de jour Médical
Psychiatrie	Pédiatrie
Consultations	Urgences
Gériatrie	Revalidation
Néonatalogie non intensive	Pédopsychiatrie
Centres de prélèvement	Soins palliatifs
Procréation Médicalement Assistée	Défense sociale

Sur le plan pratique, le projet est conçu pour limiter au maximum la charge de travail des participants. Les questionnaires complétés nous sont renvoyés en vue d'être scannés automatiquement puis injectés mensuellement dans notre base de données. Les responsables Qualité reçoivent en retour des extractions de données brutes, du moins ceux qui en font la demande. Cette pratique, de plus en plus courante, va de pair avec la multiplication du nombre d'institutions disposant de leur propre *Datawarehouse*, et donc de leurs propres capacités d'analyse. L'ensemble des participants peut aussi prendre connaissance de ses résultats via nos rapports dynamiques en ligne *Power BI*. Ceux-ci permettent aux utilisateurs de consulter en détail leurs propres données ou de se comparer de façon anonyme. De plus, la base de données reprend une moyenne « santhea » pour chaque type de questionnaires, celle-ci pouvant servir de repère supplémentaire pour se situer.

Depuis 2018, une partie des données de l'enquête « Satisfaction Patients » est également utilisée dans le cadre du volet « Expérience Patients » du programme « Pay for Performance » (P4P). En 2021, celui-ci a spécifiquement ciblé les résultats propres aux unités chirurgicales et médicales (lits C et D) ainsi que ceux de la maternité et de l'hôpital de jour. Comme chaque année depuis le lancement du programme, notre équipe a soulagé la charge de travail des responsables Qualité en leur délivrant une extraction de données conforme aux critères dictés par le SPF Santé publique. En parallèle, les responsables du projet au sein de santhea ont maintenu leur participation au groupe de travail « P4P Expérience Patients » organisé par l'administration. Comme à l'accoutumée, cet investissement a permis de rendre un avis sur l'orientation du volet « Expérience Patients » et sur la faisabilité des critères discutés.

LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

En 2021, le nombre de participants est resté identique à celui de 2020. Dans les faits, ce sont 21 institutions qui ont participé au projet, pour un total de 26 numéros d'agrément. Outre les hôpitaux, le projet compte également un centre médical conventionné avec l'INAMI.

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

ACTIONS & RÉSULTATS

Malgré la crise sanitaire et son impact majeur sur l'organisation des hôpitaux, le projet a permis de traiter plus de 33 000 questionnaires en 2021. Cette performance a sans nul doute été rendue possible grâce à l'étroite collaboration entretenue par l'équipe avec les responsables Qualité en milieu hospitalier. Nous mettons en effet un point d'honneur à répondre aux nombreuses questions et demandes particulières de données qui nous parviennent. En retour, les professionnels de terrain s'investissent largement dans le projet, que ce soit pour le faire vivre dans leurs institutions respectives ou pour développer ou mettre à jour les questionnaires ou la méthodologie de l'enquête.





Au niveau des développements réalisés en 2021, nous pouvons citer la création d'un nouveau questionnaire centré sur les unités de soins palliatifs, ainsi que la mise à jour de nos questionnaires dédiés aux consultations et aux urgences. L'équipe s'est aussi penchée sur la conception d'un questionnaire consacré à la prise en charge et à l'information fournie aux patients lors de leur sortie de l'hôpital. Répondant à une requête des participants, ce questionnaire a été développé pour examiner en profondeur une thématique déjà reprise dans la majorité de nos questionnaires. Il fera l'objet d'une seule et unique période de distribution en 2022, mais ouvrira dans le même temps la voie à une série d'autres questionnaires du même type, en fonction des besoins des responsables Qualité sur le terrain.

L'équipe s'est enfin penchée en fin d'année sur la conception d'un module d'*e-learning* propre à l'enquête. Sa diffusion future aux membres du personnel soignant des institutions participantes permettra de renforcer leurs connaissances sur les mécanismes de l'enquête et sur son importance pour l'amélioration de la qualité des soins. Ceci permettra donc, dans le même temps, d'augmenter l'adhésion du personnel à notre projet.

Le groupe de travail « Satisfaction Patients », propre au projet, s'est de son côté réuni à quatre reprises au cours de l'année 2021. Avec l'aide des coordinateurs et des directeurs Qualité qui le composent, l'équipe a pu travailler sur les différents questionnaires. En septembre, un état des lieux du programme *P4P* a été présenté aux membres, étant donné les liens étroits observés entre cette matière et notre enquête. L'équipe a également profité de cette occasion pour soumettre une série de projets aux participants, dont la plupart ont été validés.

PERSPECTIVES

En ce qui concerne le futur, l'équipe a prévu de compléter en 2022 son panel de questionnaires avec un nouvel outil consacré aux services médico-techniques (imagerie médicale, gastroscopie, etc.). Certains questionnaires existants pourraient aussi faire l'objet de mises à jour en fonction des attentes du terrain.

L'équipe souhaiterait également faire évoluer le contenu des rapports en ligne *Power BI* en se basant sur une série de suggestions émises par les membres du groupe de travail « Satisfaction Patients ». L'opportunité de discuter des résultats de l'enquête avec nos contacts sur le terrain est également envisagée. Si cette idée de longue date n'a toujours pas pu être concrétisée en 2021 en raison de la crise sanitaire, l'équipe espère pouvoir proposer cette nouvelle formule d'échanges dans le futur. Il s'agira néanmoins pour ce faire d'accepter de rompre partiellement l'anonymisation des résultats et de présenter ceux-ci à l'ensemble du groupe.

Santhea continuera enfin à participer au groupe de travail « *P4P* Expérience Patients ». Pour la première fois depuis l'existence du programme, la fédération se chargera, en 2022, d'envoyer directement les données des membres qui participent à l'enquête « Satisfaction Patients » à l'administration.

ENVIRONNEMENT : LE PROJET TOGETHER FOR GREEN HEALTHCARE

CONTEXTE

L'effet des activités humaines sur l'environnement revêt des aspects multiples et continue à susciter d'infinis débats quant à son ampleur réelle, à ses conséquences possibles, aux mesures à prendre pour en limiter la portée, aux échéances pour appliquer ces mesures, etc. On peut cependant affirmer que l'importance de la crise environnementale est de plus en plus reconnue, même si une autre crise, sanitaire cette fois, a occupé le devant de la scène pendant ces deux dernières années en la repoussant quelque peu à l'arrière-plan.


Les acteurs de la crise environnementale peuvent se trouver dans tous les aspects des activités humaines, et le secteur des soins de santé est également, et paradoxalement, l'un d'entre eux. Rien que pour la Belgique, on estime qu'il est responsable de 5,5 % des émissions de dioxyde de carbone du pays. Mais cela n'est pas tout, puisqu'il participe aussi, par exemple, à la pollution des eaux ou à la mise en contact du public avec des substances chimiques toxiques, spécialement des perturbateurs endocriniens issus de divers types de dispositifs utilisés lors des soins aux patients. Si la prise de conscience du rôle des institutions de soins dans la dégradation de l'environnement était encore limitée il y a quelques années, on peut dire qu'elle est désormais de plus en plus présente et suscite des démarches de mieux en mieux intégrées dans leurs plans de développement (à l'occasion de la réfection ou de la construction de nouveaux bâtiments notamment).

OBJECTIFS

C'est dans ce contexte que s'inscrivent la cellule Environnement de santhea et le projet « *Together for Green Healthcare* » (*T4GH*) qui visent à informer et à sensibiliser ses institutions sur les initiatives et les solutions susceptibles de réduire leur impact environnemental. L'autre aspect est d'offrir une plateforme d'échanges où les institutions sont invitées à partager leurs expériences en matière de développement écoresponsable de leurs activités, dans le but de faire essayer celles qui se sont avérées positives.

Rappelons que si le projet *T4GH* était initialement dirigé vers la seule problématique de la réduction de la consommation énergétique des institutions bruxelloises de santhea, il concerne désormais l'ensemble des membres de la fédération et s'est ouvert à d'autres thématiques environnementales importantes dans le milieu des soins de santé, telles que la gestion de l'eau et des déchets, la mobilité, l'alimentation et l'utilisation des





produits chimiques toxiques pour les individus et l'environnement, notamment. De même, si à l'origine, en raison de la thématique unique abordée, le projet *T4GH* n'avait comme interlocuteurs principaux que les responsables Énergie et les directeurs techniques des institutions concernées, il s'agit maintenant de travailler avec tout membre du personnel impliqué dans une ou plusieurs des différentes thématiques proposées à la discussion.

ACTIVITÉS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE

Reconnaissons d'emblée qu'en 2021, à l'instar de 2020, la crise sanitaire ayant continué à mobiliser beaucoup d'énergie, nous n'avons pas eu l'occasion de consacrer autant de temps qu'initialement souhaité aux activités de *T4GH*.

La collecte des données de consommation énergétique a cependant été poursuivie auprès de nos institutions. Une première ébauche de cadastre normalisé de ces consommations a été effectuée, mais elle a encore besoin d'être affinée, notamment afin d'analyser les paramètres critiques permettant des comparaisons et sur lesquels il faut agir efficacement dans un but d'économie d'énergie.

Un groupe de travail, intitulé « LED à tout prix ? », s'est penché en avril sur l'éclairage durable. Deux consultantes indépendantes de tout fournisseur en éclairage nous ont présenté les différents enjeux d'un éclairage écoresponsable, en soulignant d'abord les trois fondements de l'éclairage durable :

1. dimensionner et planifier correctement l'éclairage ;
2. utiliser des sources lumineuses et des luminaires efficaces ;
3. éteindre ou atténuer l'éclairage quand on n'en a pas besoin.

Concernant le dimensionnement, il existe une norme pour l'éclairage intérieur, conçue à la base pour diminuer le nombre d'accidents sur les lieux de travail. Pour le secteur de la santé en particulier, plusieurs études ont montré qu'un bon réglage de l'éclairage d'une pièce, assorti à celui de la température et de la ventilation, contribue à diminuer les durées de séjours. On reconnaît aussi que la lumière joue un rôle très important dans le rétablissement des patients (luminothérapie, infrarouge, ultraviolets, etc.). Le concept de « *Human Centric Lighting* » vise ainsi à obtenir un éclairage des espaces qui « renforce la santé, le bien-être et la performance de l'être humain en combinant les avantages visuels, biologiques et émotionnels de la lumière ». Les éclairages LED sont à même de procurer un éclairage répondant à ces critères. Il faut cependant adopter une approche réfléchie. Il s'agit par exemple de balancer l'intensité de la source de lumière (éviter l'éblouissement) avec sa couleur et d'éviter au mieux la modulation rapide de la quantité de lumière (*flickering*) en ne perdant pas de vue que tout cela peut avoir un certain coût.

En matière d'efficacité, il faut rappeler qu'un flux lumineux est produit grâce à une source d'électricité (watts) qui va produire de la lumière et de la chaleur avec une efficacité énergétique qu'on peut calculer. Les LED sont bien plus efficaces que d'autres sources de type ampoules à incandescence ou halogènes. Il faut cependant prendre en compte l'ensemble du luminaire, et pas seulement la source de lumière, c'est-à-dire aussi l'électronique et l'optique de celui-ci. Par ailleurs, à puissance constante, l'efficacité d'une LED diminue avec le temps. Ceci peut être compensé par l'utilisation d'une source lumineuse plus puissante que nécessaire atténuée en début de vie, suivie d'une augmentation de la puissance tout au long de son utilisation afin de maintenir une efficacité constante.

Enfin, un choix doit être posé entre éteindre ou atténuer l'éclairage. On peut utiliser des systèmes qui s'adaptent automatiquement à la lumière extérieure. On peut aussi utiliser des détecteurs de présence – l'éclairage ne s'allume que si quelqu'un entre dans la pièce – ou d'absence – la personne allume en entrant et l'extinction est automatique peu après qu'elle a quitté la pièce. Le choix de ce type de dispositif devra être adapté à la situation de la pièce à éclairer, de sa fréquentation et des appareils qui y sont éventuellement installés.

Les LED ont la capacité de rencontrer toutes ces exigences, mais leur utilisation doit faire l'objet d'une démarche raisonnée. Il ne suffira pas, par exemple, de simplement remplacer les anciennes sources à incandescence ou halogènes par des LED en conservant des luminaires qui ne sont pas conçus pour accepter ce nouveau type d'éclairage.

En juin, un webinar a été organisé conjointement avec UNESSA sur les pompes à chaleur au gaz. Celles-ci utilisent de l'air et du gaz et sont capables de produire du chaud et du froid avec une consommation d'électricité faible. Elles peuvent également produire de l'eau chaude sanitaire (ECS) en récupérant l'énergie du moteur endothermique. Grâce à cette caractéristique, ces pompes disposent de rendements intéressants pour des institutions telles que les hôpitaux. Lors du webinar, l'orateur a ainsi présenté une comparaison entre les pompes à chaleur au gaz et les pompes à chaleur électriques au niveau de leur coût d'exploitation, de leurs performances ainsi que de leur rentabilité financière. Il s'avère que les pompes à chaleur au gaz produisent 25 % de CO2 en moins que les pompes à chaleur électriques. Elles sont aussi compatibles au propane et sont labellisées A++.

PERSPECTIVES

Pour peu que la crise de Covid-19 commence à perdre en intensité en 2022, il sera possible de consacrer plus de temps au projet *T4GH* et d'étoffer la série d'initiatives à visée environnementale auxquelles nous proposerons à nos institutions de participer.

Des contacts ont d'ores et déjà été pris avec *GreenWin* sur le thème de la circularité des plastiques dans les soins de santé. *GreenWin* est un pôle de compétitivité wallon qui assure la coordination opérationnelle de *Circular Wallonia*, la stratégie de déploiement de l'économie circulaire mise sur pied par le gouvernement wallon en février 2021.

Un partenariat sera aussi poursuivi avec UNESSA dans le but de tenir un cycle de webinaires centrés sur le thème de la décarbonation du secteur de la santé. Ils seront organisés par « *Primum Non Nocere* », une agence de coaching en Responsabilité sociale des entreprises (RSE).

Il sera aussi temps d'exploiter plus avant les données de consommation énergétique que nous avons continué à récolter auprès de nos institutions. Un cadastre normalisé pourra être établi, servant de base à des démarches de diminution de consommation d'énergie en vue de réduire non seulement la charge sur l'environnement mais également sur les budgets des établissements, eu égard au renchérissement des ressources énergétiques.

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

CONTEXTE

La PAQS fut créée fin 2013. À l'époque, cette initiative se voulait être une réponse aux nombreuses questions que se posaient les institutions hospitalières sur la démarche d'accréditation, son coût, ses défis, sa valeur ajoutée. C'est une des premières fois que l'ensemble du secteur (fédérations d'institutions de soins, organismes assureurs, associations professionnelles et de patients, universités et autorités régionales) s'associait pour soutenir une dynamique naissante qui visait l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Depuis, la PAQS a bien évolué. Elle a élargi son *scope* d'activités – sécurité des usagers, soins centrés sur les personnes et science de l'amélioration 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 personnes présentant un handicap depuis 2020, et la première ligne avec laquelle des contacts sont en cours. L'amélioration continue de la qualité des soins reste l'objectif premier, avec une approche qui se veut de plus en plus systémique.

OBJECTIFS

La PAQS poursuit sa mission première : 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 et l'année 2020 qui fut bouleversée par l'apparition de la Covid-19, la PAQS a maintenu le cap en 2021. En effet, malgré la poursuite de la crise sanitaire, l'année a permis de finaliser plusieurs projets ambitieux ainsi que de lancer de nouveaux développements. La PAQS a par ailleurs confirmé son souhait 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 doivent, à terme, rendre notre système de santé pérenne et résilient.

LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

La très grande majorité des hôpitaux wallons et bruxellois participe 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

Lors de la conception du programme d'activités, il y avait l'espoir que 2021 soit une année plus calme que 2020. Malheureusement, la crise sanitaire a, encore une fois, perturbé l'ensemble du secteur des soins de santé, et donc aussi les activités de la PAQS. Néanmoins, cette année fut riche, tant du point de vue des actions menées et des résultats engrangés que des perspectives pour le futur.

Au niveau des programmes, plusieurs d'entre eux se sont achevés au cours de l'année. Certains rapports liés à ceux-ci sont déjà disponibles sur le site internet de l'ASBL, d'autres sont en cours d'écriture. Il ressort de ces rapports que la PAQS a pu avoir, à travers ces programmes, un impact concret. Citons notamment le programme « Prévention et Contrôle des Infections » en MR/S, au cours duquel les institutions participantes ont mis en place une série d'actions pour améliorer leurs pratiques. Ou encore « 5 ans pour sauver des vies » qui a soutenu la mise en œuvre de changements durables dans de nombreux hôpitaux. L'année 2021 aura également vu le lancement de la formation « *Patient Safety Officer* » dont le développement avait commencé avant la crise. Construite et déployée avec des experts de terrain, cette première édition est déjà un succès, le nombre d'inscrits dépassant largement les prévisions. En offrant cette formation, la PAQS semble

donc bien avoir répondu à un besoin du terrain. La campagne « Ce qui est important pour vous » et l'opération « Bavoires » menées dans le cadre de la **Journée mondiale pour la sécurité des patients** ont rencontré un vif succès. Les institutions de soins ont ainsi pu être soutenues efficacement dans la sensibilisation à la qualité et à la sécurité, en donnant à cette occasion une large visibilité à la PAQS et à ses actions.

Au-delà des activités « traditionnelles », 2021 aura aussi été une année clé pour plusieurs projets d'envergure. Le « **Livre Mauve** » a fait l'objet de discussions concrètes avec les autorités wallonnes pour sa mise en œuvre. Des échanges avec les autorités bruxelloises dans le cadre de l'évolution des « dispositifs qualité » ont eu lieu. La PAQS a été mandatée par l'AViQ pour coordonner un programme ambitieux – mené avec les universités – dans le secteur des aînés qui vise à **Changer le paradigme** de fonctionnement actuel. De plus, nos collaborations avec les universités se sont intensifiées, notamment sur la thématique des **systèmes intégrés**.

Enfin, la PAQS a, pour la première fois, présenté certains de ses travaux lors du congrès (virtuel) de l'« *International Society for Quality in Healthcare* » (ISQua) en juillet 2021. Et l'expérience sera répétée lors du congrès 2022, mais cette fois dans le cadre d'un *workshop* rassemblant des experts anglais, suisses et américains ainsi qu'un représentant de l'OMS.

PERSPECTIVES

Pour la PAQS, l'année 2022 sera synonyme de refonte. En effet, le Conseil d'administration de la PAQS a décidé, en juin 2021, d'initier une réflexion sur les orientations stratégiques pour le futur. Lors de la création de la PAQS, l'objectif était « simplement » d'informer les hôpitaux bruxellois et wallons sur ce qu'était l'accréditation. Mais au fil des années, nos activités et nos publics se sont diversifiés, à tel point qu'aujourd'hui, la lisibilité et la plus-value de la PAQS sont parfois questionnées. Il est indispensable de pouvoir se remettre en question. D'autant plus que l'évaluation des activités menées jusqu'à présent est très positive, même s'il y a évidemment des choses à revoir et une communication à affiner pour toucher un public plus large et ainsi avoir un impact plus important. Quels sont nos objectifs ? Quels sont nos moyens d'action ? Quel est notre public cible ? Quel peut être notre plus-value ? Autant d'éléments que la PAQS devra préciser pour construire son futur et assurer sa pérennité.

Ces réflexions ont débuté en 2021, et devront se terminer pour l'été 2022 afin de pouvoir se baser sur les orientations stratégiques définies pour discuter du renouvellement des différents financements de la PAQS pour le futur. Dans ce contexte, la décision a été prise de placer le programme 2022 dans le prolongement des activités de 2021, en limitant les nouvelles initiatives pour ne pas se contraindre dans les réflexions pour la suite. Le programme 2022 n'est pas léger pour autant : de nombreux programmes, services d'amélioration et ressources continueront à être proposés tout au long de l'année, et ceci dans les différents secteurs et sous diverses modalités.

Soutenir les démarches d'amélioration continue de la qualité reste, évidemment, le cœur de l'action de la PAQS, et répondre au mieux aux besoins du secteur, sa priorité !



RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT : UN SOUTIEN SCIENTIFIQUE POUR LES MEMBRES

CONTEXTE

Disposer d'informations de qualité est essentiel pour assurer une bonne gouvernance des institutions de soins. Qu'il s'agisse de l'actualité propre aux innovations médicales, aux politiques de santé ou à l'évolution de la situation sanitaire, toute information peut s'avérer utile, voire cruciale pour les directions. Il en va de même en ce qui concerne la publication de procédures, de *guidelines* ou d'analyses clés portant sur des thématiques comme le financement, la gestion des ressources humaines ou la qualité des soins. Néanmoins, vu l'abondance des sources en la matière, il n'est pas toujours évident de faire le tri dans l'ensemble des informations disponibles. Tout comme pour l'analyse et la gestion des données, il peut donc s'avérer intéressant pour les institutions de soins de pouvoir disposer d'un support scientifique au quotidien, en particulier si celui-ci est compris dans les services proposés par leur fédération.

OBJECTIFS

Pour soutenir ses membres, santhea publie ses propres **études** et **rapports** depuis de nombreuses années. Au fil du temps, ce service s'est diversifié grâce au développement de notre banque de données interhospitalière et aux compétences techniques de notre équipe. En plus des études classiques, nous proposons à présent aussi régulièrement des analyses basées sur des résultats d'**enquêtes menées en interne**, des **micro-études**, dites « **Focus** », ainsi que des **fiches techniques**.

Nos « **Focus** » ont pour objectif de proposer une série de constats dans un format court et convivial. Le but est ici de faire passer des messages clés à un maximum de membres sur une thématique spécifique. Il peut s'agir soit d'analyses chiffrées, soit d'une brève revue de la littérature sur le sujet. Nos **fiches techniques** ont de leur

côté pour vocation de revenir en détail sur la théorie et les méthodes de calcul d'un mécanisme propre, par exemple, au financement, à la qualité ou à l'organisation des soins. Le format se veut court.

En parallèle à nos propres productions, santhea propose également, depuis janvier 2021, un service de **veille scientifique**. Chaque mois, l'équipe réalise une sélection d'études et d'actualités en lien avec la santé et l'innovation, et elle publie celle-ci sur notre extranet *My Santhea*. Les informations proposées sont issues de sites de presse et d'organismes belges (*eHealth*, INAMI, KCE, Sciensano, etc.) et internationaux (ECDC, *HIMSS*, *HOPE*, OMS, etc.). En pratique, cette revue permet à nos membres de gagner un temps précieux, vu la multitude de sources analysées.

LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

Tous les membres de la fédération sont concernés par notre service de veille scientifique. Si une majorité des articles sélectionnés visent la santé de façon générale, l'outil permet néanmoins de sélectionner les informations proposées par secteur (hôpitaux, MR/S, santé mentale, première ligne) pour affiner la recherche selon les centres d'intérêt du lecteur.

Au sujet des publications et des analyses proposées par santhea, l'intérêt de chaque membre dépendra du thème traité. Si la plupart de nos productions concernent le secteur hospitalier, nous essayons au maximum de développer des thèmes utiles au plus grand nombre. Nous restons bien entendu aussi à l'écoute de tous nos membres, quel que soit leur secteur, en vue de répondre à leurs besoins.

ACTIONS & RÉSULTATS

Pour analyser en profondeur les conséquences de la crise sanitaire, notre équipe a organisé en 2021 une **enquête** centrée sur l'évolution des recettes et de l'activité de nos hôpitaux membres entre le début de l'année 2019 et la mi-2021. À l'aide d'un formulaire Excel, les responsables des institutions concernées ont été invités à renseigner leurs données propres aux recettes par semestre selon l'assurabilité des patients, le type de montants et le type de recettes. L'activité a, quant à elle, été étudiée par semestre et mode de prise en charge. Vu la quantité importante d'informations collectées et de participants – une trentaine d'hôpitaux –, l'équipe a consacré un temps considérable à la validation des chiffres et à leur structuration en une base de données. Ces chiffres ont d'ores et déjà soutenu les travaux des conseillers de santhea comme source d'information précieuse pour mener à bien plusieurs réunions externes, notamment au sujet des compensations dues aux hôpitaux en vertu de l'arrêté royal « IFFE² ». L'exploitation des données permettra également de rédiger en 2022 un « Focus » consacré à l'impact de la Covid-19 sur les hôpitaux.

En complément à cette première analyse d'envergure consacrée à la crise sanitaire, l'équipe a mis en place une série d'autres enquêtes à la demande des membres. Celles-ci ont interrogé le terrain, entre autres sujets, sur l'engagement et la formation de certaines fonctions spécifiques, ainsi que sur l'usage des produits chimiques et autres éléments toxiques. Ces enquêtes se veulent anonymes et permettent généralement de revenir rapidement vers les participants après traitement des résultats.

En juin 2021, santhea a organisé une série d'ateliers dans le cadre de ses journées d'études virtualisées. Cet événement a mené à la publication d'un rapport résumant les principaux éléments discutés avec les participants autour de la crise sanitaire et du futur des soins de santé. Six thématiques en sont ressorties : gestion de la crise, organisation des collectivités résidentielles, attractivité de la profession infirmière, limites du système actuel de financement, accès aux soins de santé mentale et intégration des soins. Son contenu permet d'identifier les grands enseignements de la crise sanitaire, mais aussi de définir une série de pistes possibles pour faire évoluer notre système de santé afin d'assurer sa qualité et sa pérennité.

Toujours en termes de production, santhea a mis trois « **Focus** » à la disposition de ses membres en cours d'année. Le premier était consacré à la gestion de projets dans les hôpitaux, le second sur les formes alternatives de prise en charge (télémédecine et hospitalisation à domicile) et le troisième sur la qualité de vie au travail dans le secteur des soins de santé.

Enfin, la **veille scientifique** a permis de fournir à nos membres une trentaine d'articles par mois en moyenne, tout au long de l'année. Ceux-ci ont majoritairement concerné l'actualité et la publication d'études en lien avec la Covid-19.

PERSPECTIVES

En 2022, de nouvelles micro-études « Focus » seront mises à la disposition des membres, dont une sur l'impact financier de la crise sanitaire sur les hôpitaux membres de la fédération. L'équipe espère également publier de nouveaux rapports et mettre en place d'autres enquêtes, en fonction de l'actualité, et surtout des demandes des institutions.

Les membres de la fédération intéressés par l'actualité scientifique continueront aussi d'avoir accès tous les mois à notre veille centrée sur cette thématique. L'équipe reste à ce sujet demandeuse de suggestions dans le but de faire évoluer ce nouveau service.

² Arrêté royal fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

RECOURS À DES EXPERTS EXTERNES

Lors des multiples réunions organisées en 2021 à l'attention de ses membres, santhea a fait plusieurs fois appel à des personnes externes à la fédération en vue de bénéficier de leurs connaissances et de leur savoir-faire dans un domaine spécifique.

Ainsi, dans le cadre des trois groupes de travail « Ateliers de droit social » (GT ATDS) organisés en 2021, notre équipe a fait appel aux avocats du cabinet *SOTRA* en vue d'aborder avec eux les actualités législatives et les décisions récentes de jurisprudence pertinentes en matière de droit social et de droit du travail.

En mars, à l'occasion de la tenue d'un groupe de travail « Ressources humaines », un représentant de la société *KPMG* a présenté un outil informatique permettant la mise en place d'un « plan cafétéria », c'est-à-dire un *package* salarial flexible qui permet aux travailleurs de choisir eux-mêmes leurs avantages extra-légaux en fonction de leurs besoins.

En avril, une démonstration d'un outil, permettant l'organisation sous forme électronique des élections des membres du conseil médical, a été proposée aux directeurs des Ressources Humaines et aux directeurs médicaux de nos membres lors d'une réunion entièrement consacrée à ce sujet. Cet outil provenait de la firme *Elegio* qui commercialise également un outil de vote électronique pour les élections sociales. Santhea avait déjà organisé une démonstration à ce sujet il y a quelques années.

En avril toujours, le groupe de travail « *Together for Green Healthcare* » a tenu une session consacrée à l'éclairage durable. La thématique a été illustrée par deux consultantes en éclairage professionnel des sociétés *Haemera* et *ODID*. L'ordre du jour s'est centré sur les trois fondements de l'éclairage durable, à savoir son dimensionnement, son efficacité et le choix propre à l'extinction ou à l'atténuation de celui-ci. Une attention spéciale a été apportée à l'inscription de l'éclairage LED dans ces fondements. Le concept de « *Human Centric Lighting* » a aussi été abordé. Au-delà des valeurs objectives et physiques de l'éclairage, il s'agit ici de tenir compte des composantes subjectives renforçant la santé, le bien-être et la performance de l'être humain en combinant les avantages visuels, biologiques et émotionnels de la lumière.

Enfin, dans le cadre du dossier TVA qui nous occupe depuis deux ans, santhea a été conseillé par maître Aurélie Soldai, spécialiste du sujet. En effet, le champ de l'exemption en matière de soins à la personne a fait l'objet d'une modification législative conséquente en juillet 2021, nécessitant le recours à un expert de la TVA pour accompagner les trois fédérations hospitalières francophones du pays dans le cadre des échanges avec le cabinet du ministre Vandembroucke et l'administration de la TVA afin de garantir au mieux les intérêts du secteur. L'année 2021 a notamment vu l'élaboration d'une circulaire visant à clarifier l'application de cette modification législative. Il était donc essentiel d'envisager les différents aspects et implications de celle-ci avec une spécialiste de cette thématique.

UNE EXPERTISE DÉMONTRÉE AU TRAVERS DE NOS DOSSIERS

— PARTIE 5 —

ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE 2022

Un accord entre les médecins et les mutuelles a été conclu le 21 décembre 2021 pour une période de deux ans sur la fixation du cadre financier dans lequel évolueront les honoraires ainsi que les orientations importantes liées à l'organisation des soins de santé. La masse d'indexation, diminuée des montants découlant d'engagements pris dans les accords précédents et de nouveaux projets qui seront concrétisés en 2022, s'élève à 76,75 millions d'euros, ce qui se traduit par une indexation linéaire des honoraires de 0,73 %, avec une exception pour les honoraires déjà fixés par arrêtés royaux ou conventions qui sont indexés avec le coefficient de 0,79 % prévu initialement.

L'accord précise aussi que la Commission nationale médico-mutualiste est en faveur d'une réduction de l'utilisation des suppléments d'honoraires, tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire. Il est question, parallèlement, d'empêcher l'augmentation des rétrocessions sur les honoraires et d'imposer les tarifs conventionnés dans les hôpitaux lors des examens ambulatoires qui ne peuvent avoir lieu que dans un cadre hospitalier.

ACCORD NON MARCHAND WALLON POUR LES SECTEURS RÉGIONALISÉS PUBLICS ET PRIVÉS

Le 26 mai 2021, un accord-cadre tripartite intersectoriel a été signé pour le secteur public et privé non marchand wallon. Cet accord a pu être conclu sur base du budget global de 260 millions d'euros dégagé par le gouvernement wallon à l'horizon 2024. Une première tranche de 100 millions à partir de 2021 sera complétée par deux tranches de 50 millions, respectivement en 2022 et en 2023. Une dernière tranche de 60 millions viendra compléter le budget en 2024.

L'accord non marchand wallon vise en priorité à revaloriser le personnel et à améliorer les conditions de travail en allégeant la charge de travail. Il a également pour objectif d'aligner les barèmes des institutions wallonnes de santé des secteurs publics et privés transférés à la suite de la 6^e réforme de l'État sur les barèmes fédéraux des soins de santé qui passent à l'IFIC. La part du budget total réservé à l'IFIC s'élève à 110 millions.

34 autres millions de ce budget sont consacrés à des mesures qualitatives dans le secteur des maisons de repos et de soins, des MSP et des IHP.

Les travaux ont été entrepris pour amorcer la mise en œuvre d'IFIC pour le secteur privé et pour le secteur public, dans la perspective d'un lancement au 1^{er} juillet 2023, afin de limiter à une année l'écart avec le secteur fédéral de la santé. Des Conventions Collectives de Travail (CCT) et protocoles d'accord en Comité C ont été conclus en ce sens.

Mesures qualitatives pour le secteur privé

Les organisations syndicales demandaient de signer les mêmes CCT que pour les secteurs fédéraux. Au fil des négociations, trois textes de CCT ont été retenus concernant un droit conditionné à trois semaines consécutives de vacances annuelles, à la stabilité des contrats de travail ainsi qu'à l'organisation et à la communication des horaires. Les employeurs ont reporté les débats relatifs à la demande syndicale d'augmenter le temps de libération syndicale pour les délégués élus. Cette discussion reprendra après la signature des trois premières CCT.

Mesures qualitatives pour le secteur public

Les partenaires sociaux du secteur public ont rapidement décidé de consacrer le budget à l'engagement de personnel complémentaire dans les institutions sur le second semestre 2021. Un protocole a été signé en ce sens le 18 juin. Cette mesure a permis aux institutions résidentielles et aux services d'aides aux familles particulièrement touchés par la crise Covid de recruter du personnel complémentaire, sous forme d'extension du temps de travail des travailleurs à temps partiel, de recours aux étudiants ou, le cas échéant, de nouveaux contrats à durée déterminée, au cas où les deux premières options n'étaient pas possibles.



ACCORD SOCIAL FÉDÉRAL 2020-2024

Le texte de l'accord social a été signé à la fin de l'année 2020. Comme tout accord social, il décrit un accord sur une série de mesures à mettre en œuvre par les partenaires sociaux dans le cadre d'un financement alloué par le gouvernement. Les discussions ont commencé au début de l'année 2021 en vue de concrétiser ces mesures par la signature de CCT pour le secteur privé et de protocoles d'accord pour le secteur public. Dans le secteur privé, plusieurs textes de CCT ont été négociés et signés au cours du second semestre 2021. Ils concernent :

- une CCT qui octroie le droit à trois semaines de vacances consécutives ;
- une CCT relative au temps de travail qui permet d'adapter la période de référence au sein de l'institution et de reporter un nombre limité d'heures supplémentaires sur le trimestre suivant ;
- une CCT qui garantit la priorité aux travailleurs à temps partiel et à durée déterminée pour une augmentation du temps de travail et pour des contrats à durée indéterminée qui s'ouvrent dans l'institution. Cette CCT complète la CCT 35 du Conseil national du travail ;
- une CCT relative au droit à la formation des travailleurs ;
- une CCT relative au volet social des réseaux hospitaliers ;
- une CCT relative aux crédits d'heures pour la formation syndicale.

VOLET ATTRACTIVITÉ DE L'ACCORD SOCIAL - MESURES POUR L'AMÉLIORATION QUALITATIVE DES CONDITIONS DE TRAVAIL

100 millions d'euros sont prévus au budget de l'accord social 2020-24 pour soutenir des mesures pour l'amélioration qualitative des conditions de travail. Les partenaires sociaux ont été largement absorbés par la mise en œuvre de l'IFIC et par les conséquences de la crise Covid. Cela ne leur a pas permis de finaliser des accords sur les mesures à développer avec ce budget. Les débats ont repris avec intensité au dernier trimestre de l'année 2021, mais il faudra attendre 2022 pour finaliser ces accords.

AIDES RÉGIONALES OCTROYÉES AUX ÉTABLISSEMENTS POUR AÎNÉS

Durant la crise sanitaire, santhea et les autres fédérations du secteur ont travaillé en étroite collaboration avec l'administration et le cabinet de la ministre Christie Morreale afin de coconstruire un modèle de soutien financier aux établissements impactés par la Covid-19 :

- montant forfaitaire par lit agréé (achats EPI, engagements de personnel, formations...);
- immunisation du financement public (forfait journalier);
- compensation de 50 % de la perte de quote-part bénéficiaire (frais d'hébergement payés par les résidents) si l'établissement perdait 10 % de taux d'occupation ou plus.

AIDES RÉGIONALES LORS DES INONDATIONS DE JUILLET 2021

Dès le lendemain des inondations, les fédérations des maisons de repos se sont réunies avec l'administration et le cabinet de la ministre Christie Morreale afin d'établir un plan d'action pour les établissements pour aînés touchés par les inondations :

- identification et suivi des structures impactées;
- relogement des résidents dans d'autres établissements;
- assouplissement des règles de facturation pendant une période transitoire;
- octroi d'un forfait compensatoire temporaire reprenant la part du résident et la part du financement AViQ.

RÉVISION DES BARÈMES DES SERVICES EXTERNES DE PRÉVENTION ET PROTECTION AU TRAVAIL ET DES SECTEURS RÉSIDUAIRES

Suite à la revalorisation IFIC dans les secteurs fédéraux de la santé et des impacts de la crise Covid sur la forte augmentation des prestations dans ces secteurs, les syndicats ont déposé un nouveau cahier de revendications demandant une augmentation substantielle des barèmes applicables aux services externes de prévention et de protection au travail et aux secteurs résiduels, en vue d'aligner ces barèmes sur l'IFIC.

Considérant qu'il n'était pas opportun de prendre pour référence les barèmes IFIC, puisqu'aucun financement n'était prévu pour ces deux secteurs, les négociations ont abouti à l'alignement progressif des barèmes de ces secteurs sur les barèmes hospitaliers en vigueur avant de passer à l'IFIC. Cela se fera en cinq phases de deux ans.

BUDGET DES MOYENS FINANCIERS DES HÔPITAUX (BMF)

Qu'il s'agisse du BMF notifié au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet 2021, aucun arrêté modificatif de l'AR BMF n'a été communiqué au Moniteur belge pour publication en 2021. La dernière coordination officielle de l'AR BMF que santhea a pu diffuser auprès de ses membres concerne l'exercice 2020. Toutefois, compte tenu des informations successives reçues du ministre de la Santé publique, santhea a pu informer ses membres des modifications apportées au BMF en 2021 :

- intégration du Fonds Blouses Blanches 2021;
- moyens supplémentaires dans le budget global 2021 pour un passage à l'IFIC à 100 % dans les hôpitaux privés dès le 1^{er} juillet 2021, et pour une implémentation de l'IFIC dans les hôpitaux publics dès cette date également. Compte tenu du retard dans l'implémentation concrète dans les hôpitaux publics, les moyens ne seront que partiellement libérés dans les BMF notifiés au 1^{er} juillet 2021, mais les budgets complets seront mis en réserve dans le budget global pour une liquidation en 2022 du complément nécessaire pour 2021;
- moyens supplémentaires pour 2021 pour le financement de mesures d'amélioration qualitative des conditions de travail prévues dans les accords sociaux, à la fois partiellement liquidés et partiellement réservés, tant pour les hôpitaux privés que publics;
- suppression progressive en trois ans, à partir du 1^{er} juillet 2021, de la correction moyenne salariale dans le calcul de la sous-partie B2;
- à titre conservatoire, maintien du financement 2021 du Dossier Patient Informatisé dans sa forme simplifiée utilisée en 2020;
- projets pilotes *HOST* (« *Hospital Outbreak Support Teams* »).

BUDGET DES SOINS DE SANTÉ 2022

Le 18 octobre 2021, le Conseil général de l'INAMI a approuvé à l'unanimité la proposition de budget des soins de santé 2022. L'élaboration du budget est dorénavant basée sur la fixation préalable d'objectifs de santé globaux et d'objectifs de soins de santé en particulier. Une attention particulière est portée aux initiatives qui s'apparentent à des « soins appropriés », c'est-à-dire aux mesures qui permettent de dégager des gains d'efficacité à court ou moyen terme ainsi qu'aux initiatives transversales.

En tenant compte notamment de la norme de croissance relevée à 2,5 % de l'indexation et des décisions découlant du dernier accord social, l'objectif budgétaire global a été fixé à 31,7 milliards d'euros pour 2022. Une marge de 123,6 millions d'euros permettra de mettre en place de nouvelles initiatives suggérées par le comité de l'assurance. Parmi celles-ci, on notera que 61,3 millions d'euros serviront à augmenter l'accessibilité financière du patient.

En dehors de l'objectif budgétaire, des montants sont aussi avancés pour la mise en place du dossier du patient intégré, électronique et interprofessionnel, pour renforcer la cybersécurité et pour des projets relatifs à la qualité des soins, en lien avec la digitalisation. Aussi, des économies supplémentaires sont-elles prévues dans le secteur pharmaceutique.

CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

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 au 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 2021.

B3 Radiothérapie

En novembre 2021, le CFEH émet un avis d'initiative pour signaler l'actualisation indispensable des codes de radiothérapie à prendre en considération dans la fixation de la sous-partie B3 du BMF, compte tenu des modifications importantes intervenues dans la nomenclature en 2020.

Besoins prioritaires 2022

En juillet 2021, le CFEH émet son avis annuel concernant les besoins prioritaires du secteur à prévoir dans les budgets 2022, mettant l'accent sur le DPI, les TIC et la cybersécurité, un personnel infirmier et soignant suffisant au chevet du patient, les développements et financements nécessaires de l'hôpital de jour et l'HAD, la coordination des réseaux, les projets en santé mentale, le financement correct de toutes les normes : PIC/S, RGPD, mesures préconisées par l'AFCN...

BMUC et cybersécurité

Dès juin 2021, le ministre adresse au CFEH une double demande d'avis très documentée relative au financement du DPI via les *BMUC* et à la cybersécurité.

Fin juin, le CFEH émet un premier avis comprenant, d'une part, une mesure conservatoire pour le financement du DPI au 1^{er} juillet 2022 et, d'autre part, une partie déjà fort étayée en ce qui concerne la cybersécurité et les financements prioritaires à prévoir en la matière.

Un deuxième avis cybersécurité et un deuxième avis *BMUC* suivront respectivement en novembre et en décembre 2021, chacun portant sur les actions prioritaires à entreprendre selon le CFEH et sur les mécanismes possibles de financement.

Covid-19

À la toute fin de 2020 et en février 2021 sont parues au Moniteur belge les valeurs des forfaits surcoûts « Covid-19 » d'application respectivement pour les hôpitaux généraux et pour les hôpitaux psychiatriques pour la période du 1^{er} mars 2020 au 30 juin 2020.

En mars 2021, le CFEH émet un avis demandant la prolongation des forfaits surcoûts « Covid-19 », tant pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques, au second semestre 2020 et pour le premier semestre 2021, compte tenu de la pandémie toujours prégnante. Le CFEH propose les mêmes références de valeurs de forfaits qu'au premier semestre 2020 pour les hôpitaux généraux et certaines adaptations dans les valeurs de forfaits pour les hôpitaux psychiatriques.

En mars 2021, le CFEH émet un avis d'initiative relatif aux modalités spécifiques de révision du BMF à prévoir pour l'exercice 2020, poste par poste, compte tenu de certains impacts collatéraux de la Covid-19, en particulier sur les éléments sujets à révision dans le BMF et liés à un niveau d'activité.

Dès juin 2021, la prolongation au second semestre 2020 et au premier semestre 2021 des forfaits surcoûts « Covid-19 » (hormis le forfait *one-shot*, par définition) est confirmée par le ministre aux valeurs inchangées pour les hôpitaux généraux et moyennant les adaptations préconisées par le CFEH dans les valeurs de forfaits pour les hôpitaux psychiatriques. Fin septembre 2021, un arrêté ministériel publié au Moniteur belge confirmera la prolongation des forfaits surcoûts « Covid-19 » jusqu'au 30 septembre 2021.

Dossiers individuels BMF

Le groupe de travail permanent du CFEH chargé de l'examen des remarques introduites par les hôpitaux à l'encontre de leurs dossiers individuels BMF s'est vu confronté, au fil du temps, à des discussions souvent difficiles quant aux impacts parfois importants d'erreurs dans les données transmises par les hôpitaux eux-mêmes et l'impossibilité de les corriger, à l'utilisation de données INAMI non validées par les hôpitaux eux-mêmes ou au traitement d'erreurs dans le calcul par le SPF lui-même. Le groupe de travail émet d'initiative, en juin 2021, des réflexions de fond à l'attention du ministre sur les procédures à mettre en place ou à améliorer afin d'éviter, tant que faire se peut, les erreurs dans le calcul des BMF, qu'elles soient dues à l'hôpital lui-même ou au SPF, ainsi que sur la validation des données utilisées. Le principe de responsabilisation des hôpitaux quant aux données qu'ils transmettent, en qualité et en respect des délais requis, reste cependant un principe sans dérogation envisageable par l'administration.

Fonds Blouses Blanches

En janvier 2021, le CFEH, à la recherche de réponses pragmatiques aux incertitudes encore associées à cette mesure, rédige un avis complémentaire relatif au Fonds Blouses Blanches 2020.

À la fin de ce mois, le SPF édite une FAQ relative au Fonds Blouses Blanches 2020. En mars 2021, les dispositions relatives au Fonds Blouses Blanches 2020 font l'objet d'une circulaire du SPF précisant les critères à considérer pour la création nette d'emploi et l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant, ainsi que le rapportage nécessaire.

À la fin du mois d'août de la même année, le SPF transmet aux hôpitaux une circulaire relative aux modalités applicables aux Fonds Blouses Blanches 2021 et 2022, ainsi qu'aux soldes des moyens 2020 et 2021, impliquant le respect de concertations sociales locales préalables et de modèles de rapportages.

En novembre 2021, le CFEH émet un avis sur sa vision d'intégration structurelle du Fonds Blouses Blanches dans le BMF dès le 1^{er} juillet 2022, avec des modalités simples de contrôle et d'évaluation.

Au début du mois de décembre 2021, le SPF met en ligne une FAQ relative au Fonds Blouses Blanches à partir de 2021.





IFIC

En janvier 2021, le CFEH remet un avis relatif aux modalités de liquidation provisoire et de révision des budgets 2021 destinés à l'implémentation de l'IFIC à dater du 1^{er} juillet 2021, tant dans les hôpitaux privés (passage à 100 %) que dans les hôpitaux publics.

Médecins spécialistes en formation

Au début du mois d'octobre 2021, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) a été saisi d'une demande d'avis de la Chambre des représentants concernant une proposition de loi relative au statut *sui generis* des médecins spécialistes en formation (MSF), tant sur le plan de la protection sociale qu'en ce qui concerne les règles du droit du travail, et plus précisément le statut *sui generis* des MSF, la question du droit aux indemnités de chômage, le droit à la pension et les conditions de travail (temps de travail, rémunération, fonction de médiation, période de référence, etc.). La plupart de ces éléments ayant déjà été débattus au sein de la CPNMH, et certaines mesures, notamment au travers de la convention collective du 19 mai 2021, ayant déjà été adoptées, le CFEH a émis un avis soulignant ces éléments et suggérant d'autres pistes de réflexion.

En parallèle à cet avis, le CFEH a également décidé de rendre un avis d'initiative concernant la répartition du financement du surcoût de la réforme. Outre une proposition de répartition de ce budget, le CFEH a souligné la nécessité d'actualiser le budget national en fonction du surcoût réel de la mesure.

PCMN et comptes annuels hospitaliers

En mars 2021, le CFEH, avec l'aide de représentants de l'Institut des Réviseurs d'Entreprise, émet un avis d'initiative visant la mise en conformité du PCMN et des règles comptables des hôpitaux avec le droit comptable des sociétés et des associations et fondations, réformé en 2018-2019.

Programmation de l'offre de soins hospitalière

En juillet 2021, le ministre lance le CFEH dans des travaux de réflexions sur la programmation des lits hospitaliers, en pointant plus spécifiquement un manque de lits en santé mentale et en réadaptation. Le ministre préconise également une révision des règles de reconversion et une refonte complète du financement de ces services. La mission confiée au CFEH est particulièrement rendue difficile par le contexte de neutralité budgétaire souhaité par le ministre. Santhea sollicite l'avis de ses membres au travers d'un groupe de travail interne.

En novembre 2021, le CFEH émet un premier avis général sur une vision évolutive et dynamique de la programmation de l'offre hospitalière, davantage axée sur une mesure des besoins. Un avis spécifique relatif à la programmation des lits de santé mentale est rendu par le CFEH en décembre 2021.

Réseaux hospitaliers loco-régionaux

En juillet 2021, le ministre demande au CFEH de se pencher sur des incitants financiers dans le cadre des réseaux hospitaliers loco-régionaux, visant la mise en commun de toute une série de fonctions annexes qu'il considère *a priori* comme finançables au niveau du réseau. Santhea sollicite l'avis de ses membres au travers d'un groupe de travail interne.

En septembre 2021, le CFEH émet un premier avis listant surtout ses propres questions et les préalables non encore en place pour faciliter le déploiement des réseaux loco-régionaux. Il insiste également sur les coûts de coordination à financer plus structurellement qu'au travers de 7 millions annuels *one-shot*. Les discussions se poursuivent néanmoins en groupe de travail CFEH quant aux fonctions qui pourraient être mises en commun au sein des réseaux : laboratoires, pharmacie, urgences, programme de soins gériatrique, fonction mère-enfant...

Le ministre annonce cependant son intention de geler provisoirement les 7 millions octroyés annuellement depuis 2019. En parallèle, il demande au CFEH de se pencher très concrètement sur une liste de missions à qualifier de loco-régionales *versus* suprarégionales. En décembre 2021, le CFEH remet son avis détaillé mission par mission au ministre.

Vaccination contre la Covid-19

En janvier 2021, le CFEH émet des propositions concrètes chiffrées pour la prise en charge financière du coût de la gestion des vaccins contre la Covid-19 par les officines hospitalières des hôpitaux désignés HUBs. En février 2021, le CFEH émet un avis détaillant le calcul du coût de revient, par injection, de la vaccination du personnel hospitalier.

Le ministre annonce en juillet 2021 des interventions en financement qui devraient intervenir dans les BMF en 2022, d'une part, pour les hôpitaux désignés HUBs dans le cadre de la vaccination selon les modalités proposées par le CFEH et, d'autre part, pour la vaccination par les hôpitaux de leur propre personnel, à un tarif moindre que celui préconisé par le CFEH.

Obligation vaccinale

Le Conseil fédéral des établissements hospitaliers a été saisi d'une demande d'avis du ministre Vandembroucke concernant un éventuel cadre juridique pour la vaccination obligatoire du personnel soignant (personnel qui a des contacts de soins directs ou de manière plus large), ainsi que sur l'opportunité et les possibilités légales ou réglementaires d'une telle obligation et sur la question de savoir s'il est jugé utile ou nécessaire d'encadrer cette obligation.

À cette occasion, le CFEH s'est prononcé à l'unanimité en faveur d'une vaccination obligatoire du secteur des soins. Il a également plaidé pour un contrôle et une sanction en cas de non-respect de cette obligation. Des modalités d'application et une base légale ont été proposées pour asseoir l'obligation vaccinale.

Enfin, le CFEH a rappelé le souhait de disposer d'un plan de vaccination global capable de s'intégrer dans les plans d'urgence.

PROJET PILOTE « CHANGEMENT DE PARADIGME »

Santhea a participé activement au groupe de travail « Changement de paradigme » dont l'objectif est de réaliser un projet pilote dans six maisons de repos et de soins afin d'expérimenter une nouvelle approche d'accompagnement des aînés en Wallonie. Celle-ci vise à promouvoir un management participatif, à développer une approche individualisée, à entreprendre une démarche d'amélioration continue de la qualité et à inscrire les établissements pour aînés dans un système intégré de soins. La mise en place de six projets pilotes en 2022 va permettre de mettre en exergue les changements structurels nécessaires au développement de cette dynamique dans le secteur ainsi que des modifications réglementaires (normes du personnel, infrastructures, prix, subventionnement...). À l'issue d'un an d'accompagnement de ces six institutions, la coordination scientifique proposera un modèle qui puisse être reproductible par d'autres établissements pour aînés.

COVID-19

Immunisation des budgets pour les structures régionalisées (CRF, IHP, MSP)

Comme en 2020, santhea a défendu le principe d'immunisation budgétaire pour les structures régionalisées afin de permettre aux établissements de maintenir leurs activités et suivis thérapeutiques dans un contexte où les mesures sociosanitaires et l'évolution de la patientèle liée à la crise restreignaient leur capacité de prise en soins.

Chômage/congé vaccination

Pour pouvoir se faire vacciner et assurer le bon fonctionnement de la campagne de vaccination, les travailleurs contractuels se sont vu octroyer un droit au petit chômage, c'est-à-dire un congé rémunéré. Il s'agit en effet du droit de s'absenter du travail, avec maintien de sa rémunération normale, afin de recevoir un vaccin contre la Covid-19. Ce droit est octroyé pendant le temps nécessaire à la vaccination. Initialement octroyé jusqu'au 31 décembre 2021, il est apparu plus que nécessaire de prolonger ce droit jusqu'au 30 juin 2022, mais aussi de l'étendre au travailleur qui doit accompagner un enfant ou une personne handicapée dont il est le tuteur.

Comité « Hospital & Transport Surge Capacity » (HTSC)

En 2021, l'épidémie de Covid-19, toujours bien présente, s'est déployée en vagues successives en fonction des saisons, de l'apparition de nouveaux variants et des mesures prises par les autorités fédérales et régionales (accès à la vaccination, CST, port du masque, distanciation physique, limitation de certaines activités). Le comité HTSC, où siègent notamment les différentes fédérations hospitalières, a joué un rôle d'écoute, de conseil et aussi de courroie de transmission (via les circulaires HTSC) entre les autorités sanitaires fédérales (*Risk Management Group*, Commissariat Corona) 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 (selon différentes phases), de suspension (et de reprise) des activités médicales non urgentes, de répartition des malades Covid-19 entre les hôpitaux (solidarité interhospitalière) et de *reporting* journalier de données statistiques (Sciensano et ICMS). Le KCE, dans son rapport 335 (2020), préconise d'ailleurs de maintenir ce comité en tant qu'organe de crise permanent, mais aussi de l'élargir à des représentants du terrain (médecins, infirmiers), ce qui a été fait à plusieurs reprises en 2021.

CONSEILLER EN PRÉVENTION - MÉDECIN DU TRAVAIL : ÉLARGISSEMENT DES COMPÉTENCES DANS LE CADRE DE LA COVID-19 ET DU TESTING EN ENTREPRISE

Dès le début de l'année 2021, le conseiller en prévention - médecin du travail a vu ses compétences étendues en raison de la lutte contre la pandémie de Covid-19 : traçage, mise en quarantaine, dépistage des contacts à haut risque ainsi que la recommandation de mesures supplémentaires nécessaires en vue de lutter contre la pandémie et choix dans l'exécution

de la surveillance de la santé des travailleurs. Pour rendre concrètes ces nouvelles compétences, une obligation de collaboration avec le conseiller en prévention – médecin du travail est imposée tant aux employeurs qu’aux travailleurs (fourniture d’informations, respect des règles en vigueur...). En outre, l’inspection sociale est compétente pour contrôler le respect de ces mesures et elle peut imposer des sanctions en cas d’infraction.

CRF bruxellois – prestations adaptées

En lien avec la commission technique « Revalidation et Santé mentale » d’Iriscare, santhea a participé à un groupe de travail sur les modalités pratiques et les principes relatifs à la facturation de prestations adaptées autorisée pour les centres de revalidation fonctionnelle (CRF) ambulatoires durant le second semestre 2021. Les adaptations consistaient, notamment, en la possibilité de facturer des prestations en distanciel, ce qui permettait de concilier la continuité des soins avec le maintien des mesures sociosanitaires.

FAQ Covid

En 2020, afin de soutenir ses membres durant la pandémie de Covid-19, santhea a mis en place – à destination de tous ses membres – une FAQ traitant des questions de droit social et des mesures de soutien spécifiques à la période de crise vécue par les institutions de soins. Pendant la première moitié de l’année 2021, cette FAQ a continué à être mise à jour régulièrement, notamment concernant la prolongation des diverses mesures de soutien ou les différentes primes à destination des travailleurs des institutions de soins. Durant la seconde moitié de l’année, les mises à jour se sont faites moins fréquentes en raison, d’une part, de l’absence de prolongation ou de la prolongation tardive de certaines mesures et, d’autre part, de la nécessité de traiter d’autres dossiers devenus plus urgents pour l’équipe responsable de cette FAQ (par exemple l’IFIC). Pour l’année à venir, cette FAQ devrait cependant subir à nouveau une refonte, afin de fournir une vue d’ensemble plus synthétique des mesures, avec un renvoi systématique vers les notes réalisées par santhea concernant chacune de ces mesures.

Intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux

Énormément d’échanges entre l’administration et les fédérations hospitalières ont eu lieu au sujet de l’indemnisation fédérale exceptionnelle au cours de l’année 2021. On peut parler de l’analyse en profondeur des premiers décomptes provisoires (transmis le 24 décembre 2020) et du retour vers l’administration de cette analyse, ainsi que des nombreuses discussions/réunions qui ont suivi. Le décompte provisoire relatif au second semestre 2020 fourni en novembre 2021 posait à nouveau beaucoup de questions.

On mentionnera aussi la publication de l’arrêté royal modificatif en septembre 2021. Celui-ci inclut les nouvelles décisions prises, corrige certains éléments de la version initiale de l’arrêté du 30 octobre 2020 et précise les interventions valables pour le second semestre 2020 et sur les neuf premiers mois de 2021.



À cette occasion, santhea a publié une coordination de l'arrêté royal « IFFE ». Nos demandes de clarification ont souvent mené à des FAQ ou à des circulaires de la part de l'administration (exemples : FAQ sur les MSF/MGF ou la circulaire sur le taux de prélèvement publiés en mars 2021). Il a aussi été question de contacter directement le ministre Vandenberghe pour demander une prolongation de toutes les mesures de compensation en 2021 et d'éclaircir le calcul du poste 4.

Mesures de soutien en droit social adoptées dans le cadre de la pandémie

Pour soutenir, en matière de personnel, les employeurs face aux conséquences de cette crise de Covid-19 (principalement la pénurie), différentes mesures ont été mises en place durant l'année 2021. Nous songeons notamment à la mesure permettant aux travailleurs de prêter des heures supplémentaires volontaires additionnelles (sans sursalaire), à la possibilité de placer son personnel contractuel en chômage temporaire « force majeure corona », à la simplification de la procédure de mise à disposition du personnel, à la facilité de recourir à des contrats à durée déterminée successifs, à la suspension des interruptions de carrière, des crédits-temps et des congés thématiques et à la possibilité de rappeler des personnes en régime de chômage avec complément d'entreprise et des pensionnés.

Mesures sanitaires

Le fait que la pandémie de Covid-19 ne se soit pas arrêtée en 2021 a évidemment eu pour conséquence que les règles sanitaires en vue de lutter contre la propagation du virus ont été maintenues, bien que maintes fois modifiées, durant toute l'année écoulée. Santhea a chaque fois prévenu ses membres des dernières règles en vigueur. Ces règles tant fédérales que régionales concernaient notamment la recommandation/obligation de télétravail, le port du masque, le respect de la distanciation, l'organisation du travail et les mesures de prévention à l'égard des travailleurs...

Toutes ces mesures d'abord justifiées par une loi relative à la sécurité civile ont, vers la fin de l'année, été confirmées par le biais de la loi « Pandémie » (loi dédiée spécifiquement à la gestion de la crise Covid par le gouvernement fédéral) et ses arrêtés d'exécution.

Afin de compléter cet arsenal législatif, les différentes entités du Royaume se sont mises d'accord afin de recourir au *Covid Safe Ticket* via un accord de coopération.

Enfin, vu la prolifération de textes relatifs à ces mesures et leurs modifications tout aussi nombreuses, santhea a décidé de coordonner ceux-ci. La coordination reprend donc tous les textes pertinents à jour en matière de mesures visant à lutter contre la propagation de la Covid-19 et susceptibles d'avoir un impact sur le travail au sein des institutions de soins.

Obligation vaccinale du personnel soignant

Pendant toute l'année 2021, les fédérations patronales du secteur de la santé n'ont eu de cesse de prôner l'obligation vaccinale de tous les travailleurs des institutions de soins sans trouver écho auprès de nos politiciens, et ce, jusqu'en novembre 2021.

À partir de cette date, santhea a pu prendre connaissance d'un avant-projet de loi ayant pour objet la vaccination obligatoire des professionnels des soins de santé. Après analyse, il est apparu qu'en plus de restreindre le champ d'application de l'obligation à certaines catégories de personnel (n'étaient ainsi pas visés les statutaires ni les travailleurs « non professionnels de la santé »), l'avant-projet de loi ne prévoyait pas toute une série de conséquences pratiques tant pour les travailleurs que pour les employeurs lors de la mise en œuvre de cette obligation. Santhea a évidemment remonté ces observations afin que le texte soit amendé, et bien que nous n'ayons pas eu de retour sur nos observations, le Conseil d'État, dans son avis de fin décembre, partageait au moins partiellement le point de vue de santhea et a demandé au gouvernement d'adapter le texte de loi afin de rendre celui-ci valide.

Reconnaissance maladie professionnelle et Fedris

Pour rappel, en 2020, la Covid-19 était reconnue comme maladie professionnelle pour certaines catégories de personnel travaillant dans des institutions de soins. En 2021, dans ce même cadre, des travailleurs d'institutions membres de santhea ont introduit un dossier pour une demande de reconnaissance afin d'obtenir des indemnités en vue de couvrir les frais médicaux engendrés par la maladie et/ou l'incapacité de travail en résultant, laquelle s'est vu opposer un refus. Après avoir pris contact avec le cabinet du ministre de la Santé publique, nous avons pu obtenir des explications sur la logique du système des maladies professionnelles et constater que le refus des dossiers était légal et légitime.

À la fin de l'année 2021, certains de nos membres nous ont informés que Fedris – administration en charge de la reconnaissance des maladies professionnelles – demandait pour certains travailleurs une attestation visant à établir le lien entre l'infection à la Covid-19 et le lieu de travail, afin de déterminer si la maladie en question était à considérer ou non comme une maladie professionnelle.

Cette situation susceptible d'entraîner des différenciations de traitements entre des cas similaires est le résultat, d'une part, d'un changement de base légale pour la reconnaissance de la Covid-19 en tant que maladie professionnelle. En effet, pendant la première vague, une loi prévoyait ce cadre spécifique pour la reconnaissance de la Covid-19 en tant que maladie professionnelle alors qu'au-delà de cette période, la reconnaissance se fit sur base du droit commun. D'autre part, le conseil scientifique de Fedris a, sur base de sa compétence légale, émis des conditions supplémentaires à la reconnaissance de la Covid-19 comme maladie professionnelle sur base de ce droit commun.

Estimant que ces deux éléments de justification étaient discutables, santhea a interpellé le ministre de la Santé publique. Ce dernier nous a cependant répondu, tout d'abord, que si une différence de traitement existait entre les travailleurs contaminés lors de la première vague et ceux contaminés après celle-ci, c'était parce que les mesures sanitaires n'étaient pas les mêmes entre ces deux périodes. Des mesures spécifiques pouvaient donc raisonnablement exister pour la première vague. Le ministre a ensuite précisé que les conditions émises par Fedris n'étaient pas à strictement parler des conditions, mais des précisions sur base de données scientifiques valides. De même, il a spécifié que seuls certains services étaient visés par la reconnaissance de droit commun afin que l'ensemble des demandeurs puissent être traités de manière non discriminatoire, transparente et conformément au prescrit de la loi. Dès lors, le ministre n'est pas revenu sur cette différence de traitement, justifiée selon lui.

CYBERSÉCURITÉ

L'année 2021 a vu une recrudescence des attaques et tentatives d'attaques informatiques dans le secteur des soins de santé et en Belgique et dans d'autres pays. À de nombreuses reprises, santhea a attiré l'attention de ses membres, notamment sur l'augmentation des tentatives d'hameçonnage (*phishing*) dans

les hôpitaux belges, sur la cyberattaque du Centre Hospitalier d'Arles avec les détails de la vulnérabilité exploitée, sur les outils et ressources à utiliser en réponse à une cyberattaque mis à disposition par l'ECSO (*European Cyber Security Organisation*), sur les bonnes pratiques de cybersécurité lors de l'utilisation du Cloud publiées par l'Agence européenne chargée de la sécurité et de l'information (ENISA), ou encore sur l'état de la menace rançongiciel publié par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes informatiques (ANSSI), en France.

HOSPITALISATION À DOMICILE

Depuis la fin des projets pilotes d'hospitalisation à domicile (HAD ci-après) en décembre 2020, un groupe de travail organisé conjointement par l'INAMI, le SPF Santé publique et l'AFMPS a été mis en place pour établir un cadre réglementaire et financier permettant la structuration de l'HAD dans tout le pays. Celui-ci rassemble les diverses parties prenantes à ce dossier (fédérations hospitalières, syndicats de médecins, pharmaciens hospitaliers, infirmiers à domicile, organismes assureurs, etc.) et s'est déjà réuni un grand nombre de fois depuis la première réunion à la fin du mois d'avril 2021. Les administrations ont travaillé, en collaboration avec ce groupe de travail, à l'élaboration d'un texte régissant l'HAD qui serait totalement intégré dans la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. Bien que nous arrivions presque à un consensus sur le texte de la convention, des désaccords persistent au niveau des aspects financiers (financement de l'HAD et montants des forfaits proposés dans la convention), en particulier au niveau de l'antibiothérapie. Les différents chiffres avancés par l'administration mettent en avant que ce traitement en particulier, réalisé en HAD avec les forfaits proposés dans la convention jusque-là, représente un surcoût par rapport à la situation « en hôpital ». Ceci est donc en inadéquation avec la neutralité budgétaire défendue par les organismes assureurs. En 2022, nous sommes toujours à la recherche d'un accord entre les parties qui permettrait de se lancer définitivement dans ce nouveau type de prise en charge.

HOSPITALISATION DE JOUR

Le dernier avenant à la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, conclu en juin 2021, prolonge celle-ci d'un an et demi (jusqu'en décembre 2022) en incluant quatre nouvelles prestations aux



listes de l'hôpital de jour « médical ». Ceci pour compenser la suppression d'une première prestation au 1^{er} janvier 2021 (« cure chirurgicale de phlegmon profond ») qui avait permis de libérer un certain budget. Étant donné le décalage dans le temps des deux prises de décision et le montant libéré, une incitation supplémentaire temporaire est donnée à ces quatre prestations pour stimuler le passage à l'hospitalisation de jour avec la création d'un « groupe 6 bis » dont le montant du forfait est plus élevé que celui du « groupe 6 ».

Dans le même objectif d'accroître le recours à l'hospitalisation de jour, la proposition de budget 2022 comporte un montant de 9 millions d'euros destiné à réduire les obstacles financiers au développement de l'hôpital de jour. Ce montant devrait servir à revoir à la hausse la durée de séjour justifiée (le multiplicateur) dans le financement de base B2 pour l'hôpital de jour chirurgical.

HOSPITALISATION MPS

Diverses réunions se sont encore tenues en 2021 concernant ce projet visant à reconnaître les besoins MPS (médico-psycho-sociaux) des enfants et adolescents, et surtout à permettre une prise en charge effective de ces patients, soutenue par un financement adéquat. À la mi-juin 2021 a ainsi été organisé un webinaire à l'attention des services de pédiatrie afin de faire le point sur l'avancée du groupe de travail. La note rédigée par celui-ci a été présentée et débattue.

Cette réunion fut l'occasion de confirmer ce constat et la nécessité d'avancer dans cette direction.

Le groupe de travail a donc continué à se réunir afin de concrétiser les étapes suivantes et, notamment, de sensibiliser les médecins pédiatres, les associations professionnelles du secteur et les acteurs néerlandophones.

VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PATIENT

L'obligation de la vérification de l'identité du patient afin d'appliquer le tiers payant est un projet toujours en cours pour les hôpitaux auquel s'est ajoutée, en avril, la possibilité de procéder à cette vérification en utilisant l'application *Itsme* ou une autre application du même type utilisée par un hôpital. Le calendrier de l'entrée en vigueur effective de l'obligation pour les hôpitaux a été revu à plusieurs reprises. Selon la dernière version, une période de test s'est déroulée de septembre à novembre 2021 entre certains hôpitaux candidats et les organismes assureurs. Les résultats de ces tests seront ensuite évalués en janvier 2022, et en cas d'évaluation positive (suivant les critères définis et acceptés par les participants), une période de vérification facultative de l'identité du patient pour tous les hôpitaux commencera en mai 2022. Cette période se poursuivra jusqu'en 2023 pour être évaluée en septembre de cette même année. Si cette évaluation s'avère positive, l'obligation de vérification de l'identité sera d'application à partir de janvier 2024.

MODIFICATION DE LA CONVENTION ENTRE LES IHP ET LES ORGANISMES ASSUREURS

La modification de la convention entre les IHP et les organismes assureurs, proposée et avalisée en commission Santé mentale de l'AViQ, avait pour objectif de considérer dans la convention la pluralité de l'offre de soins apportée par les initiatives d'habitations protégées. Pour santhea, cette diversité des missions devait être reconnue, car elle favorise une prise en charge globale des bénéficiaires ainsi que la continuité des soins.

PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS DES ARRÊTÉS ROYAUX RELATIFS AUX ASSOCIATIONS POUR LA CRÉATION ET LA GESTION DES INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES

Depuis leur création dans les années 90, les initiatives d'habitations protégées ont fait évoluer leur pratique de terrain au fil de la sixième réforme de l'État, des différentes réformes impliquant la santé mentale (adultes, enfants, internés, plan « *Get Up Wallonia !* » et, dans l'avenir, personnes âgées) et de nouvelles missions supplémentaires. Les actualisations et adaptations nécessaires au bon fonctionnement des initiatives ont été très limitées, voire non réalisées. L'objectif de ces propositions est d'actualiser la législation au regard des pratiques actuelles accomplies par les initiatives d'habitations protégées. En outre, les modifications permettront également de répondre, entre autres, à la « fonction 5 » de la réforme de soins de santé mentale adulte. Les fédérations représentatives du secteur des IHP se sont accordées afin de transmettre au cabinet de la ministre Morreale ces propositions de modification du cadre légal.

INAH

Le gouvernement wallon a lancé en 2018 un projet visant à développer une plateforme technologique innovante, l'*INAH (Institute of Analytics for Health)*, permettant un accès éthique et sécurisé aux données médicales pour pouvoir mener des analyses multicentriques dans le cadre, notamment, de recherches médicales et statistiques. Cette plateforme vise ainsi à compléter l'écosystème wallon de santé numérique avec un outil technologique. Après une phase expérimentale qui s'est déroulée entre 2018 et 2021 et dont l'évaluation fut positive,

des discussions entre différentes parties prenantes se sont déroulées au cours du second semestre, pour lancer la deuxième phase du projet qui aura pour objet de consolider le développement de la plateforme en intégrant plus d'hôpitaux et en considérant davantage de projets pilotes. Cette seconde phase comprendra un effort significatif pour une évolution technique rapide, et elle soutiendra ensuite la diffusion maximale de son usage. La durée prévue de cette phase est de 36 mois : la première année concentre l'effort de développement et les deux années suivantes se focalisent sur l'usage et la pérennisation. Les fédérations wallonnes devraient jouer un rôle important dans cette seconde phase, afin de garantir la bonne utilisation et la sécurité des données de santé utilisées dans ce cadre.

INCAPACITÉ DE TRAVAIL : MODIFICATIONS LÉGISLATIVES

Plusieurs modifications législatives, soit déjà officielles, soit seulement déposées à la Chambre des représentants, soit annoncées par le gouvernement, concernent les travailleurs qui sont en incapacité de travail.

Premièrement, afin de faciliter la reprise rapide du travail pour les travailleurs malades, un projet de loi veut instaurer le **certificat d'aptitude** qui, selon les auteurs, poursuivrait deux objectifs différents : celui d'informer – le dialogue avec le médecin généraliste permettant de renseigner le travailleur sur les manières de concilier sa maladie avec son emploi – et celui de motiver – le certificat d'aptitude au travail invitant l'employeur comme le travailleur à réfléchir aux possibilités d'emploi subsistantes.

Dans une déclaration gouvernementale, l'annonce a été faite de ne plus imposer aux travailleurs l'obligation de fournir un **certificat de maladie** à l'employeur pour les absences d'un jour ou moins (avec un maximum de trois absences d'un jour par travailleur par an).

Enfin, comme troisième mesure en lien avec l'incapacité de travail, il y a l'adoption de la loi instaurant le nouveau « **Trajet Retour Au Travail** » avec l'aide du « Coordinateur Retour Au Travail ». Ce trajet a pour but de soutenir le plus rapidement possible le travailleur reconnu incapable de travailler en mettant en place un accompagnement adapté en vue de l'exercice d'un emploi correspondant à ses possibilités et ses besoins sous la coordination du « Coordinateur Retour Au Travail ».

INDEXATION : DEUX FOIS EN UN AN, EN AOÛT ET EN DÉCEMBRE

L'inflation est telle que l'indice pivot, qui sert de référence pour l'indexation des salaires, a été dépassé deux fois par l'indice santé lissé. Ces dépassements engendrent donc à chaque fois une indexation des salaires qui est effective le premier jour du mois qui suit dans le secteur privé et le premier jour du deuxième mois qui suit dans le secteur public. Depuis l'été 2021, nous avons regroupé à un seul endroit les barèmes applicables pour les hôpitaux de la CP 330, le secteur résiduaire, les SEPPT, mais aussi les échelles barémiques IFIC (secteurs public et privé) et les barèmes nouvellement valables pour les médecins spécialistes en formation. L'ensemble de ces barèmes est disponible sur notre extranet et mis à jour à chaque dépassement de l'indice pivot.

ENCADREMENT DES MARCHÉS PUBLICS

Dans le contexte de la problématique de l'utilisation des biosimilaires en Belgique, toujours trop limitée selon les autorités, deux articles ont été inclus dans un avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé et présenté à la Chambre à l'automne 2021 ; celui-ci n'étant pas encore publié au moment de la rédaction du présent texte.

Ces articles visent à garantir, d'une part, la bonne application dans le secteur hospitalier de la législation sur les marchés publics et, d'autre part, des économies potentielles pour les hôpitaux via la promotion, notamment, des médicaments biosimilaires. Nous avons consulté le terrain (des pharmaciens-chefs et des centrales d'achat) à propos de ces textes légaux et il semble bien qu'ils ne soient pas dénués de problèmes potentiels. Citons notamment la possibilité de priver l'adjudicateur de quasiment toute latitude de fixer les critères d'attribution du marché, avec pour résultat de favoriser au-delà du nécessaire, et peut-être au-delà de ce qui est légal, le choix des biosimilaires. De même, des dispositions prévoient la limitation dans le temps des marchés publics, alors qu'il s'agit là d'une procédure impliquant d'importants coûts administratifs, qui ne devrait pas être renouvelée en deçà d'une période de trois, voire idéalement quatre ans. La multiplication de ces coûts est en effet susceptible d'annuler les économies possibles dégagées via l'attribution du marché à l'alternative la moins onéreuse.

L'introduction de critères spécifiques à la Belgique pourrait aussi limiter la possibilité pour nos centrales d'achat de participer à des offres communes européennes visant à augmenter les volumes et ainsi à obtenir des prix plus avantageux. Les fédérations hospitalières n'ont malheureusement pu s'accorder sur un message commun aux autorités concernant ces divers problèmes. Nous avons toutefois encouragé les centrales d'achat à directement s'adresser au ministre de la Santé publique afin de souligner les failles potentielles de ces nouvelles mesures sur les marchés publics.

MÉDECINS COORDINATEURS DANS LES MAISONS DE REPOS PURES

Dans le cadre du plan wallon de suivi et d'actions en cas de rebond ou de nouvelle épidémie, il était prévu de renforcer le rôle du médecin coordinateur au sein des maisons de repos et de soins et de prévoir leur présence également dans les maisons de repos pures. Plusieurs réunions ont eu lieu avec les fédérations du secteur, l'administration, l'Aframeco et le cabinet de la ministre Christie Morreale afin de construire le nouveau mode de financement et de désignation de cette fonction essentielle dans nos maisons de repos. Dans ce cadre, il était également nécessaire de revaloriser le montant horaire brut payé au médecin coordinateur (équivalence à la pratique de la médecine générale en cabinet).

MOBILITÉ EN 2021 : ENQUÊTE DU SPF MOBILITÉ ET TRANSPORTS ET VERDISSEMENT DE LA MOBILITÉ

La mobilité est une thématique qui, depuis quelques années, fait l'objet de différentes réglementations qui poursuivent généralement le même objectif : diminuer le nombre de véhicules en circulation. En 2021, nous avons noté ces deux éléments :

- **L'enquête fédérale (du SPF Mobilité et Transports) sur les déplacements domicile-travail de toutes les entreprises et services publics en Belgique :**

Cette enquête, organisée légalement tous les trois ans, est obligatoire pour certains employeurs et poursuit deux objectifs :

- dresser un diagnostic sur la mobilité des travailleurs en Belgique et créer un outil pour les acteurs sociétaux de la mobilité (tels que les décideurs politiques, les syndicats, les experts, etc.) ;
- amorcer des discussions et des actions afin d'améliorer l'accessibilité des entreprises et encourager une mobilité plus durable.

En outre, en raison de la crise sanitaire, l'enquête a concerné non seulement les travailleurs qui se rendent régulièrement sur le lieu de travail, mais aussi ceux qui travaillent à domicile en raison des mesures gouvernementales prises afin de lutter contre la propagation de la Covid-19.

Enfin, à la suite de l'enquête, un rapport personnalisé, contenant à la fois l'historique des données encodées depuis 2005 ainsi que des exemples de mesures de mobilité durable selon l'unité et ses résultats, devient accessible sur le site web de l'enquête, et pour chaque employeur et pour chacune des unités d'établissements répertoriées.

- **L'adoption d'une loi organisant le verdissement fiscal et social de la mobilité :**

La loi instaurant le budget mobilité a été modifiée afin de simplifier la législation et de rendre plus attrayant ce budget. Citons par exemple la suppression de la période d'attente, afin de pouvoir bénéficier du budget, ou encore l'élargissement de la notion de transports durables (abonnements de transport public de la famille du travailleur ou déplacements à pied).

En complément aux mesures concernant le budget mobilité, des dispositions ont été prises afin de supprimer la déductibilité fiscale des voitures personnelles émettant du carbone et d'améliorer la déductibilité des voitures de société sans émission carbone jusqu'à une certaine date.

RÉFORME DE LA NOMENCLATURE

La réforme de la nomenclature des soins de santé est en cours depuis 2019. Rappelons qu'elle est subdivisée en trois phases :

1. la restructuration des libellés ;
2. la détermination de la valeur financière de la partie professionnelle de la prestation ;
3. l'évaluation des frais de fonctionnement en lien avec chaque prestation.

La nomenclature a été divisée en trois types de prestations auxquelles s'appliqueront ces trois phases : les actes techniques médico-chirurgicaux (réforme pilotée par l'ULB), les actes médico-techniques automatisés (réforme pilotée par Möbius) et le secteur des consultations et actes associés (réforme pilotée par UGent). Afin de pouvoir ensuite distinguer la part professionnelle de la part relative aux frais de fonctionnement, la nouvelle nomenclature sera testée et comparée du point de vue de la tarification avec celle existant à l'heure actuelle. L'avancement du projet a été présenté pour la première fois aux fédérations hospitalières en juin 2021. Notons

qu'en dehors des grands principes évoqués ci-dessus, la réforme devra aussi veiller à résoudre de nombreuses questions pratiques relatives à la facturation des actes médicaux, telles que le format des codes de nomenclature correspondant à chaque prestation, la réorganisation de l'ensemble de la nouvelle nomenclature en différentes subdivisions, la modification des logiciels de tarification, etc. Il sera important, pour les différents acteurs concernés (et notamment les fédérations hospitalières), de pouvoir suivre l'avancement du processus et de veiller à ce que son aboutissement, prévu aux dernières nouvelles pour 2026, ne se traduise pas en difficultés importantes pour les acteurs de terrain.

NORMES PICS

Le 24 décembre 2020 était publié au Moniteur belge un arrêté royal portant sur la préparation et la délivrance des médicaments ainsi que l'utilisation et la distribution des dispositifs médicaux dans les établissements de soins. Son entrée en vigueur était morcelée en fonction des dispositions concernées. Toutefois, la date du 1^{er} janvier 2022 était celle retenue pour nombre d'entre elles, ce qui n'était pas sans poser problème compte tenu de certaines mesures nécessitant un travail d'envergure pour les mettre en œuvre. Santhea a donc mis en place un groupe de travail permettant aux pharmaciens hospitaliers d'échanger par rapport à cet arrêté royal, d'identifier les difficultés et d'ainsi définir une ligne de conduite pour la fédération. Ces conclusions ont ensuite été partagées et étayées avec le retour des autres fédérations, pour donner lieu à un document global sur base duquel nous nous sommes adressés au ministre de la Santé publique. L'entrée en vigueur de certaines de ces dispositions a finalement pu être reportée, mais le travail à accomplir par nos pharmacies hospitalières dans les délais impartis reste de taille.

PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES (FWB)

La Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) a décidé de mettre sur pied une commission consultative de planification de l'offre médicale en Communauté française qui aura pour mission de conseiller le gouvernement sur l'évaluation des besoins en matière d'offre médicale dans les différentes spécialisations en sciences médicales et dentaires. Les analyses de cette commission devront aussi nourrir les travaux de l'autorité fédérale et en particulier la Cellule fédérale de Planification du SPF Santé publique, notamment dans la délicate problématique de la fixation du nombre de

numéros INAMI. La commission de planification de l'offre médicale en FWB, où siège un représentant de santhea, aura ainsi pour objectif d'affiner le modèle fédéral afin d'améliorer l'adéquation entre l'offre de professionnels de santé et les besoins réels en FWB, en tenant compte de la répartition territoriale, des besoins spécifiques, de l'évolution des technologies médicales, d'une analyse comparée des modèles étrangers ainsi que de la mentalité des nouvelles générations qui aspirent à un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle. La commission se chargera ainsi d'obtenir des données plus affinées en matière de cadastre médical et étudiera les liens entre les différents métiers de soignants susceptibles d'influencer les quotas de médecins et de dentistes. Deux groupes de travail (médecins et dentistes) seront instaurés afin de faciliter les travaux de la commission, et les spécialités identifiées comme en pénurie seront traitées en priorité.

PRIX D'HÉBERGEMENT DES HÔPITAUX WALLONS

Au premier semestre 2021, les fédérations hospitalières collaborent avec l'AViQ à la rédaction d'un projet d'arrêté modifiant, à partir du 1^{er} juillet 2021, l'arrêté du gouvernement wallon relatif au calcul du prix d'hébergement hospitalier (infrastructure) : neutralisation des lits gelés et mise en concordance des taux d'occupation normatifs en santé mentale avec ceux du BMF fédéral, calcul des taux d'intérêts annuels, adaptations dans les documents requis par l'AViQ et leur mise à disposition, possibilité de visites sur place, activation des mètres carrés, ratios de contrôle du niveau d'investissement sanctions, budget appareillage RMN...

NOUVELLE CONVENTION PSYCHOLOGUES DE PREMIÈRE LIGNE

À la fin de l'année 2020, sur base d'un protocole d'accord entre le gouvernement et les entités fédérées, une nouvelle étape dans les réformes des soins de santé mentale était franchie, à savoir la poursuite du développement de l'offre de ces soins à proximité du milieu de vie du citoyen et en coopération avec les acteurs de la première ligne.

Durant l'année 2021, les aspects pratiques ont pu être discutés et négociés au sein de la commission de convention transversale soins de santé mentale et d'un comité d'accompagnement de cette nouvelle convention, organes dans lesquels santhea est représenté.

L'opérationnalisation de cette nouvelle offre de soins psychologiques est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, mais le comité d'accompagnement continue à se réunir régulièrement afin de piloter la mise en place de l'offre au sein des réseaux de santé mentale.

TRAJECTOIRE BUDGÉTAIRE PLURIANNUELLE/QUINTUPLE AIM

L'INAMI a entrepris, en mars 2021, des travaux destinés à établir un budget pluriannuel prévisible basé sur un plan pluriannuel avec une vision pour notre système de santé. Cette « trajectoire budgétaire pluriannuelle de l'assurance maladie » devait être établie pour l'été en vue de déjà servir à l'établissement du budget 2022. L'ensemble des parties prenantes a été mobilisée pendant trois mois et soumise à un rythme de travail intense. Malheureusement, le *timing* trop court n'a pas permis de finaliser les travaux. Il a donc été décidé de se limiter à « rapport intermédiaire » qui servirait de « source d'inspiration » pour le budget 2022, et qu'un groupe de travail serait mis en place pour finaliser ce chantier ambitieux. C'est en octobre que ce groupe de travail intitulé « *Quintuple Aim* » fut établi. À nouveau, malgré un travail important réalisé par l'administration et les parties prenantes, les réflexions n'ont pu aboutir à produire un rapport final avant la fin de l'année. Il a donc été convenu de poursuivre les travaux en 2022 et de faire en sorte de les clôturer pour la fin du mois de janvier.

ARRÊT DE LA COUR CONSTITUTIONNELLE : MODIFICATIONS DES RÈGLES DE SUCCESSION DES CONTRATS DE REMPLACEMENTS ET DES CONTRATS À DURÉE DÉTERMINÉE ENTRE EUX

En droit belge, il est permis de recourir tant à des contrats à durée déterminée (CDD) successifs pour une durée totale de maximum deux ans, qu'à des contrats de remplacement (CR) successifs pour une durée totale maximum de deux ans également. Toutefois, jusqu'en juin 2021, le droit belge permettait que les limitations de durée de chacun de ces types de contrats ne s'appliquent pas lorsque les CDD et les CR se succédaient l'un et l'autre, et ce, pour autant que cela n'ait pas pour objectif de contourner les dispositions impératives de la loi relative aux contrats de travail.

Dès lors, il a été demandé à la Cour constitutionnelle, via une question préjudicielle, si l'absence de limitation de durée en cas de succession de CR et CDD était légale. La Cour constitutionnelle a jugé la permissivité de droit belge contraire à l'objectif de stabilité de l'emploi que visent ces deux types de contrats et, partant, a déclaré ce mécanisme illégal. La Cour a donc imposé au législateur de revoir les règles en matière de succession de CDD et de CR entre eux afin que celles-ci soient conformes à l'objectif de stabilité de l'emploi.



À l'heure actuelle, en l'absence d'initiative de la part du législateur, les conséquences pour l'employeur peuvent être importantes. En effet, soit l'employeur régularise la situation des travailleurs dans une succession de CDD et de CR en leur proposant un contrat à durée indéterminée (CDI) ou en rompant la relation contractuelle qui l'unit à ces travailleurs, soit, en cas de conflit, le juge pourra requalifier la relation contractuelle des travailleurs en CDI avec toutes les conséquences que cela implique pour l'employeur (préavis, indemnité de préavis, indemnité pour licenciement abusif...).

PROJET « SATISFACTION RÉSIDENTS »

En septembre 2021, un projet semblable à celui de l'enquête « Satisfaction Patients » a été lancé dans les maisons de repos de santhea, en collaboration avec les membres du groupe de travail « Aînés ». Un protocole d'enquête et un premier questionnaire ont été créés en fin d'année. Ces outils permettront de mettre en place une phase de test, avec quelques institutions volontaires, au printemps 2022, avec une première période officielle de distribution du questionnaire en fin d'année. L'analyse des résultats par santhea permettra d'alimenter de nouveaux rapports en ligne *Power BI*. À l'avenir, d'autres questionnaires, destinés aux proches des résidents ou centrés sur les occupants de résidences-services ou de maisons de repos et de soins, pourront être développés.

TÉLÉTRAVAIL : UN MODE D'ORGANISATION DU TRAVAIL RÉGI PAR PLUSIEURS TEXTES

La pandémie de Covid-19 a apporté un regard nouveau sur le télétravail. En effet, à la suite des fortes recommandations ou des obligations de recourir à ce mode particulier d'organisation du travail, le législateur, les administrations et les partenaires sociaux ont à la fois modifié, précisé ou adapté le cadre légal du télétravail, que ce soit de façon permanente ou temporaire, en vue de le rendre plus flexible pour la durée de la crise sanitaire.

Pour rappel, le télétravail instauré de manière structurelle est régi, pour le secteur privé, par la convention collective de travail n° 85 du 9 novembre 2005 et, pour la fonction publique fédérale, wallonne et bruxelloise, par divers arrêtés. Les institutions de soins du secteur public n'avaient pas d'instrument spécifique qui leur était applicable.

Toutefois, l'année 2021 a enfin vu apparaître une circulaire wallonne ayant pour objectif de guider les institutions wallonnes (intercommunales, associations Chapitre XII et CPAS) dans leur mise en place du télétravail structurel ou occasionnel.

De leur côté, les administrations fiscale et sociale ont harmonisé, via une circulaire, leurs règles au niveau de l'exonération sociale ou fiscale des indemnités en lien avec le télétravail.

Les partenaires sociaux, quant à eux, ont adopté une convention collective de travail permettant la mise en place d'un régime de télétravail spécifique à la pandémie de Covid-19 lorsque celui-ci était recommandé ou imposé par les autorités.

Lors du second trimestre 2021, l'obligation de télétravail a été accompagnée d'une obligation, pour toutes les entreprises ou associations, de tenir un registre « télétravail », c'est-à-dire un registre reprenant toutes les fonctions « non télétravaillables », et ce, à des fins de contrôle par l'administration du respect des règles en la matière. Cette obligation représentant une charge de travail conséquente et inutile en période de crise pour les institutions de soins, santhea a interpellé à plusieurs reprises les ministres compétents afin que le secteur de santé en soit exonéré. La fédération a obtenu gain de cause avant que cette obligation ne soit supprimée pour tous au début des vacances d'été. Cependant, lorsque l'obligation de tenir un tel registre a été réinstaurée courant novembre 2021, le secteur de la santé en a directement été dispensé.

TIERS PAYANT

Dans la foulée du dossier relatif à la vérification de l'identité du patient, on notera qu'en octobre 2021, confirmation a été reçue que le ministre de la Santé publique préparait une loi visant à lever l'interdiction de procéder au tiers payant pour les consultations, visites et avis. Cette interdiction, moyennant une série d'exceptions, est d'application depuis plusieurs années, et sa levée est une demande récurrente des hôpitaux, susceptible de lui faciliter le processus de facturation, mais également de diminuer les contentieux résultant de factures impayées. La mesure est par ailleurs reprise dans l'accord national médico-mutualiste 2022-2023, signé à la fin de l'année 2021. Bien qu'elle fût censée être applicable dès le 1^{er} janvier 2022, on notera que les textes légaux instaurant la levée d'interdiction n'avaient pas encore été publiés au 31 décembre 2021.

TRANSPORT DES PATIENTS DIALYSÉS ET CANCÉREUX

Une initiative de la Commission de conventions hôpitaux-organismes assureurs vise à réformer la façon de documenter les frais de transport des patients dialysés et cancéreux pour se rendre à l'hôpital afin d'y être traités. L'ancien système prévoit que le patient doit remplir un formulaire papier et introduire ce formulaire auprès de sa mutuelle afin de percevoir un remboursement. Selon le nouveau système proposé, c'est l'hôpital qui enregistrerait et enverrait toutes les dates auxquelles le patient se rend à l'hôpital pour son traitement, et ce, via le fichier de facturation électronique. Il s'agirait juste d'un enregistrement et non d'une facturation, donc toutes les « zones montants » devraient être égales à zéro. L'organisme assureur pourra ainsi savoir le nombre de remboursements auxquels le patient a droit pour son transport à l'hôpital et il procédera au remboursement automatique sans que le patient ait à faire quoi que ce soit. Cette proposition a été débattue par les différents acteurs de terrain en commission informatique. La remarque a d'abord été faite que passer par la facturation introduirait des délais de remboursement. Il s'est ensuite avéré que cette « automatisation » pourrait fonctionner pour les patients sous dialyse, mais qu'elle serait beaucoup plus compliquée pour les patients cancéreux. Vu la diversité des pathologies et des traitements, ceux-ci se rendent en effet à l'hôpital dans de multiples services, voire parfois dans des implantations différentes d'une même institution, et il ne serait pas toujours évident de détecter chaque déplacement à rembourser. À l'aube de 2022, une solution fonctionnelle permettant le remboursement automatique des déplacements de ces patients n'avait pas encore été dégagée.

MEILLEUR ÉQUILIBRE VIE PRIVÉE ET PROFESSIONNELLE

Dans le courant de l'année 2021, plusieurs mesures ont vu le jour et permettent d'octroyer/d'allonger des congés à la suite d'événements familiaux importants. Il y a d'abord eu l'allongement du **congé de naissance** qui est augmenté à 15 jours depuis le 1^{er} janvier 2021. Il sera encore relevé à 20 jours à partir du 1^{er} janvier 2023. Ensuite, et ce, depuis le 25 juillet 2021, le **congé de deuil** a été étendu dans certaines circonstances, et davantage de flexibilité est octroyée dans la prise de ce congé. Enfin, depuis le 1^{er} septembre, le **congé pour aidant proche** a été allongé : d'un à trois mois pour une interruption à temps plein et de deux à six mois en cas d'interruption à mi-temps ou à 1/5 temps.



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. du Val de Sambre
- 9 C.H. Reine Astrid Malmedy
- 10 C.H.R. Haute Senne
- 11 C.H.R. Namur
- 12 C.H.R. Verviers East Belgium
- 13 C.H.U. Brugmann
- 14 C.H.U. de Liège
- 15 C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré
- 16 C.H.U.P.M.B. Le Chêne aux Haies
- 17 C.H.U. Saint-Pierre
- 18 C.H.U. Tivoli
- 19 CHwapi
- 20 Clinique André Renard
- 21 C.R.P. Les Marronniers
- 22 Foyer Horizon (INAGO)
- 23 Hôpital de La Citadelle
- 24 Hôpital Erasme

- CHIMAY
 MOUSCRON
 SERAING
 ATH
 HORNU
 BRAINE-L'ALLEUD
 HUY
 SAMBREVILLE (AUVELAIS)
 MALMEDY
 SOIGNIES
 NAMUR
 VERVIERS
 BRUXELLES
 LIEGE
 MONS
 MONS
 BRUXELLES
 LA LOUVIERE
 TOURNAI
 HERSTAL
 TOURNAI
 MORESNET
 LIEGE
 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	29	Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont	GHLIN
2	Centre de soins Saint-Joseph (INAGO)	MORESNET	30	Résidence Dejaifve (AISBS)	FOSES-LA-VILLE
3	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	VILLERS L'VEVQUE	31	Résidence des Oliviers (VIVALIA)	VIRTON
4	Domaine des Riezes et Sarts (SOLIDARIS)	CUL DES SARTS	32	Résidence Do Grand Fa (CPAS)	MALMEDY
5	Heureux Séjour (ISPPC)	COURCELLES	33	Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)	FLEMALLE
6	Home de Seny (CHU LIÈGE)	SENY-TINLOT	34	Résidence du Bois d'Havré (CHUPMB)	HAVRE
7	La Bonne Maison de Bouzanton (CHUPMB)	MONS	35	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	ANS
8	La Bouvière (VIVALIA)	VIELSAM	36	Résidence Eglantine (INTERSENIORS)	SERAING
9	La Closière (CPAS)	SAINT-SERVAIS	37	Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS)	STAVELOT
10	La Maison de Mariemont	MORLANWELZ	38	Résidence La Barcarolle (CPAS)	STEMBERT
11	Le Doux repos (CPAS)	MANAGE	39	Résidence Laetare (CPAS)	LA LOUVIERE
12	Le Grand Pré (CPAS)	WEPION	40	Résidence La Kan (INAGO)	AUBEL
13	Le Mont Falise (CHRH)	HUY	41	Résidence La Lainière (CPAS)	VERVIERS
14	Le Vignoble (CPAS)	BRAINE L'ALLEUD	42	Résidence La Plaine (ISOSL)	LIEGE
15	Les Chardonnerets (CPAS)	JAMBES	43	Résidence Le Chalon (AIGT)	CHIMAY
16	Les Heures Claires (CAHC)	SPA	44	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	HERSTAL
17	Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)	WAREMME	45	Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)	WELKENRAEDT
18	Les Jolis Bois (CPAS)	SAINT-GEORGES	46	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG
19	Les Jours Paisibles (SOLIDARIS)	BAUDOUR	47	Résidence Le Temps des Cerises (AISBS)	BIESME
20	Les Tournesols (ISOSL)	LIEGE	48	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	GRIVEGNEE
21	Maison d'Harschamp (CPAS)	NAMUR	49	Résidence Le Touvent (AIGT)	SIVRY
22	Maison Heysel (CPAS)	BRUXELLES	50	Résidence Les Aubépines (CPAS)	HOUDENG GOEGNIES
23	Maison Vésale (CPAS)	BRUXELLES	51	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
24	Nouvelle Quiétude (ISPPC)	MONTIGNY-LE-TILLEUL	52	Résidence Les Eglantines (CPAS)	BRUXELLES
25	Pierre Paulus (ISPPC)	CHATELET	53	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	OUGREE
26	Résidence Ange-Raymond Gilles (INTERSENIORS)	JEMEPPE	54	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	WAIMES
27	Résidence Chantraine (INTERSENIORS)	SAINT-NICOLAS	55	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	GRIVEGNEE
28	Résidence Chassart (CPAS)	WAGNELEE	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 | Sainte-Elisabeth (CPAS) | HERVE |
| 69 | Saint-Joseph (CPAS) | TEMPLOUX |
| 70 | Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS) | BUTGENBACH |
| 71 | Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS) | SAINT-VITH |
| 72 | Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA) | SAINTE-ODE |

CAJ/CSJ

- | | | |
|----|--|---------------------|
| 1 | Domaine des Blés Dorés (ISOSL) | VILLERS L'VEVEQUE |
| 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 des Oliviers (VIVALIA) | VIRTON |
| 14 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL) | ANS |
| 15 | Résidence Laetare (CPAS) | LA LOUVIERE |
| 16 | Résidence La Kan (INAGO) | AUBEL |
| 17 | Résidence La Plaine (ISOSL) | LIEGE |
| 18 | Résidence Le Doux Séjour (ISOSL) | HERSTAL |
| 19 | Résidence Les Aubépines (CPAS) | HOUDENG GOEGNIES |
| 20 | Résidence Les Avelines (CHRH) | WANZE |
| 21 | Résidence Les Trois Rois (ISOSL) | WISE |
| 22 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL) | WELKENRAEDT |
| 23 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC) | LIMBOURG |
| 24 | Résidence Régina (INAGO) | MORESNET |
| 25 | Sainte-Elisabeth (CPAS) | HERVE |



RÉSIDENCES-SERVICES

1	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	VILLERS L'ÉVEQUE
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)	VISe
9	Les Heures Claires (CAHC)	SPA
10	Les Jolis Bois (CPAS)	SAINT-GEORGES
11	Le Vignoble (CPAS)	BRAINE-L'ALLEUD
12	Résidence Bouvière (VIVALIA)	VIELSAM
13	Résidence Champagnat (AIGT)	COUVIN
14	Résidence des Hauteurs (ISOSL)	LIEGE
15	Résidence Do Grand Fa (CPAS)	MALMEDY
16	Résidence du Bois d'Havré (CHUPMB)	HAVRE
17	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	ANS
18	Résidence Laetare (CPAS)	LA LOUVIERE
19	Résidence Le Chalon (AIGT)	CHIMAY
20	Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)	WELKENRAEDT
21	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG
22	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
23	Résidence Les Eglantines (CPAS)	BRUXELLES
24	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	WAIMES
25	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	HUY
26	Résidence Régina (INAGO)	PLOMBIERES
27	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 | GOSELIES |

MÉDECINE DU TRAVAIL

- | | | |
|---|---------|-----------|
| 1 | Cohezio | BRUXELLES |
|---|---------|-----------|



PETITE ENFANCE

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

PETITE ENFANCE

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

PLANNING FAMILIAL

- | | | |
|---|---|-----------|
| 1 | Croix-Rouge de Belgique - Service du Sang | BRUXELLES |
| 2 | La transfusion du sang | CHARLEROI |

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'Ancre (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) |

AUTRE INSTITUTION DE SOINS

- | | |
|---|-------------|
| Plan d'accompagnement concerté transversal (PACT) | LA LOUVIERE |
|---|-------------|

NOTRE CONSEIL D'ADMINISTRATION

— PARTIE 7 —

MEMBRES*

Présidente : Lambert Marie-Claire

Vice-Présidents : C.H.U. Tivoli, représenté par **Dormont Jean-Claude**
I.S.o.S.L., représentée par **Fievez Eric**

LES RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration de santhea se réunit tous les mois, à l'exception de la période estivale. De nombreux points y sont abordés, relevant tant du fonctionnement et de l'organisation de la fédération que des dossiers d'actualité et du secteur des soins de santé de manière générale.

Des élections se sont tenues et ont mené à une recomposition du Conseil d'Administration de santhea en 2021, avec également la désignation de la Présidente, de deux Vice-Présidentes, d'une Secrétaire et d'une Trésorière, ainsi que des membres du Bureau du Conseil d'Administration et du Comité de Rémunérations et de Nominations. Le Règlement d'Ordre Intérieur du Conseil d'Administration a été adopté, et un projet de modifications statutaires a été discuté.

Le Conseil a également procédé à une réorganisation interne du fonctionnement de santhea, avec notamment un nouvel organigramme et la désignation d'un Directeur Général-Adjoint, et à la mise en place de la possibilité de télétravail structurel pour l'équipe de santhea.

Comme chaque année, le Conseil a clôturé les comptes de l'année précédente, et entériné le projet de budget et de cotisations pour l'année suivante.

Parmi les grands dossiers traités en 2021, citons la mise en œuvre de l'IFIC public, le Fonds Blouses Blanches, la Concertation sociale, la convention sur les conditions de rémunération et de travail des M.S.F., l'hospitalisation à domicile, la nouvelle procédure budgétaire de l'INAMI, ainsi que des questions liées à la crise sanitaire, telles que par exemple la vaccination du personnel de soins, la publication du taux de vaccination par institution de soins ou encore l'utilisation du Covid Safe Ticket dans les établissements de soins.

Un point sur les différents mandats occupés par santhea a été fait. Et quelques projets spécifiques ont été discutés : Together for Green Healthcare, Institute of Analytics for Health, ou encore le Centre Interdisciplinaire Benchmarking Economie et Santé.

Enfin, le départ des hôpitaux bruxellois de notre fédération a, bien évidemment, fait l'objet de nombreuses discussions.





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

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

C.H. du Bois de l'Abbaye, représenté par **De Simone Stéphanie**

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

C.H. Le Domaine, représenté par **Praet Jean-Claude**

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

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

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

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

C.H.U. de Liège, représenté par **De Paoli Marc**

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

Hôpital de la Citadelle, représenté par **Portugaels Sylvianne**

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**

Assistent avec voix consultative

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

Van de Sype Dominique

NOTRE ÉQUIPE

— PARTIE 8 —





Yves SMEETS
Directeur Général



Denis HERBAUX
Directeur Général Adjoint



Emmanuelle CEYSENS
Conseiller Général a.i.



Edouard AERTS-BANCKEN
Conseiller
RGPD (aspects juridiques)



Sandra BERBION
Responsable secrétariat
et communication



Nicolas BÖTTCHER
Conseiller
RGPD, Analyses et études



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



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*



Louise VANDERKELEN
Chargée de
communication



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

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