



RAPPORT
ANNUEL

2022





RAPPORT
ANNUEL

2022



santhea 

RAPPORT ANNUEL 2022

SOMMAIRE

Le mot de la Présidente	<u>7</u>
Faits et chiffres	<u>11</u>
Les grands dossiers	<u>33</u>
Représentation et défense de nos membres	<u>47</u>
Une expertise démontrée au travers de nos dossiers	<u>51</u>
Une fédération dynamique en constante évolution	<u>79</u>
Nos membres	<u>97</u>
Notre Conseil d'administration	<u>107</u>
Notre équipe	<u>111</u>



Daily Theatre
G.I.T. Habits
G.I.T. Habits
Colostrum
Dietary
V. B.D. T.
G.I.T. Habits
Pain. M.

CB MEDICAL CENTRE





LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

PARTIE

1

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE



Marie-Claire LAMBERT
Présidente de santhea

À l'heure de dresser le bilan de l'année écoulée, un constat s'impose : la vie n'est pas un long fleuve tranquille, que du contraire. Les crises s'enchaînent et notre secteur, dans un équilibre précaire depuis longtemps, est aujourd'hui au bord du précipice.

La guerre en Ukraine, au-delà du drame humain et des enjeux géopolitiques qu'elle représente, a produit une onde de choc sur les marchés, ce qui s'est traduit par une augmentation sans précédent du prix de l'énergie. Or, notre secteur est un grand consommateur en la matière. Peut-être trop, diront certains. C'est en partie vrai, ce qui explique que de nombreuses institutions s'investissent dans la recherche de solutions innovantes pour réduire leur consommation énergétique et développer des approches de type "Responsabilité Sociétale des Entreprises". Il n'en reste pas moins qu'à court terme, l'augmentation de la facture énergétique met l'équilibre financier du secteur en grand danger.

Et ce alors que les conséquences de la COVID-19 se font encore sentir. D'un point de vue financier et d'activités bien sûr. Mais aussi, et surtout, d'un point de vue humain. Le personnel des institutions de soins est sorti de la crise sanitaire épuisé. Le nombre de burnouts a explosé, et on ne compte plus les travailleurs qui, à bout et découragés, quittent le secteur.

Cette situation s'ajoute à un encadrement "pré-crise" déjà insuffisant. La pénurie de personnel soignant est une réalité indiscutable, triste et dangereuse, qui alourdit encore la charge de ceux qui restent. Nous sommes entrés dans un cercle vicieux, un effet boule de neige dont on ne sait où il va nous emmener, et l'impact qu'il aura à long terme sur notre système de santé.

Dans ce cadre, améliorer l'attractivité de notre secteur est une priorité absolue.

L'aspect financier est évidemment important pour ce faire. Et les autorités doivent en être conscientes. Le système de santé n'est pas un coût, mais un investissement. Certains actes ont été posés, et nous nous en réjouissons. Mais nous sommes encore loin du compte. Les ministres actuels et les suivants devront le réaliser pour éviter la faillite d'un système que beaucoup considèrent encore comme performant.

Il faut, aussi, redonner du sens au travail dans notre secteur. L'humain doit être remis au centre. Le patient, sa famille et ses proches, bien sûr. Mais aussi les soignants, et plus largement l'ensemble du personnel. L'approche du fonctionnement de nos institutions doit être revue. Des exemples innovants existent à l'étranger, mais aussi en Belgique. Nous devons nous en inspirer. Construire une culture organisationnelle forte favorisant l'engagement du personnel grâce à une autonomie accrue dans un cadre responsabilisant est indispensable. Ce qui nécessite de la confiance entre les acteurs.

Cette confiance, il faut en réalité la rétablir dans l'ensemble de notre système. Au fil du temps et des réformes, elle a disparu. Chacun regarde l'autre comme une menace potentielle. Les autorités ont la responsabilité d'impulser un changement en la matière, en quittant un mode de fonctionnement exclusivement basé sur le contrôle pour favoriser l'autonomie et la responsabilisation. Car nous poursuivons tous le même objectif : fournir des soins de qualité au sein d'un système performant qui garantit à la population le meilleur état de santé possible.

Une vision et des valeurs communes doivent être réaffirmées si nous souhaitons résister aux crises actuelles et aux nombreux défis à venir comme le vieillissement de la population, le financement des pensions, les enjeux climatiques et sociétaux, ou encore la sécurité des informations.

Notre système de santé va devoir changer, évoluer, se réinventer. Il n'y a pas de doute sur ce point. Le statu quo n'est plus une option. Cela ne pourra se faire qu'avec l'implication de tous, dans le respect mutuel et la reconnaissance de l'expertise de chacun. Construire, ensemble, notre futur système de santé, telle est notre ambition.





A hand is shown holding a transparent tablet. On the tablet, there is a white medical icon of a person wearing a cap with a cross. The background of the tablet shows faint, light blue data visualizations, including a circular network diagram and a bar chart. The overall background of the page is light blue with abstract geometric shapes in green and grey.

FAITS ET CHIFFRES

PARTIE

2

SECTEUR DES HÔPITAUX

1. PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES*

	Wallonie	
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de lits 2022
Hôpitaux généraux	40**	16 467
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	1	1 038
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	3**	812
Hôpitaux psychiatriques	20	4 085
TOTAL	60	20 552

	Bruxelles	
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de lits 2022
Hôpitaux généraux	14	7 521
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	3	2 770
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	2	395
Hôpitaux psychiatriques	9	830
TOTAL	23	8 351

	Flandre	
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de lits 2022
Hôpitaux généraux	51	28 352
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	3	3 373
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	-	-
Hôpitaux psychiatriques	30	9 990
TOTAL	81	38 342

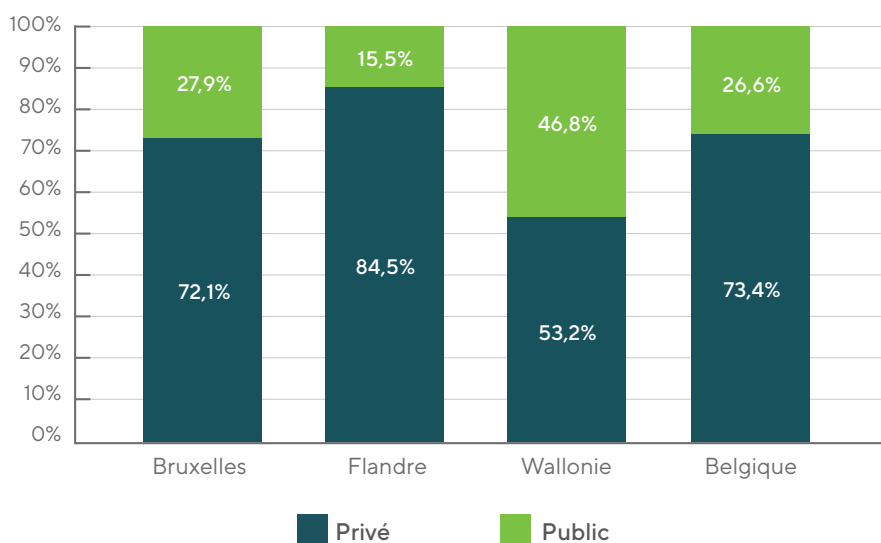
	Belgique	
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de lits 2022
Hôpitaux généraux	103	52 340
<i>dont hôpitaux universitaires</i>	7	7 181
<i>dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	4	1 207
Hôpitaux psychiatriques	59	14 905
TOTAL	162	67 245

* Données provenant du SPF Santé publique.

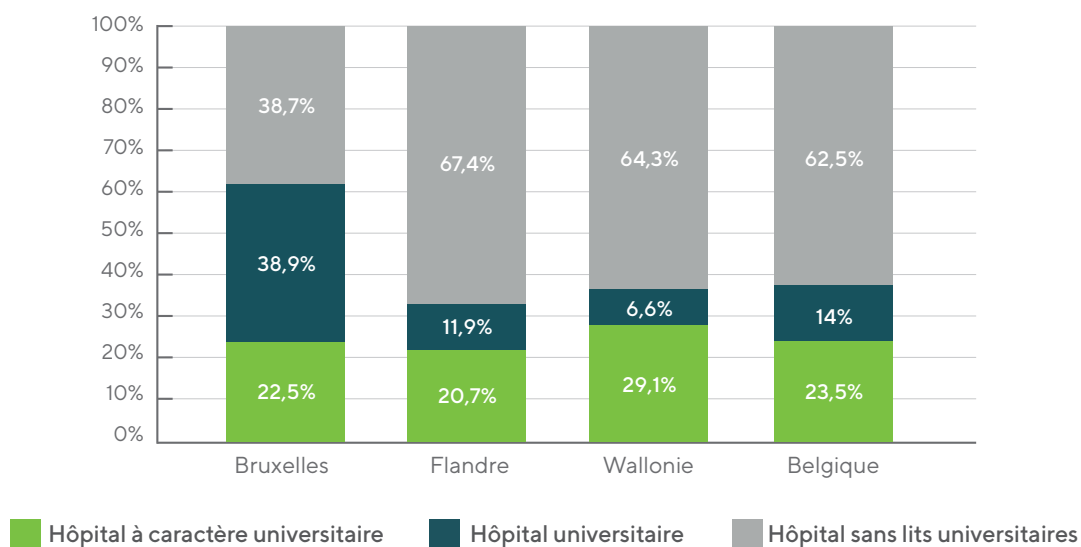
** En tenant compte des sites hospitaliers des hôpitaux ayant une double implémentation (Wallonie et Bruxelles).

2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

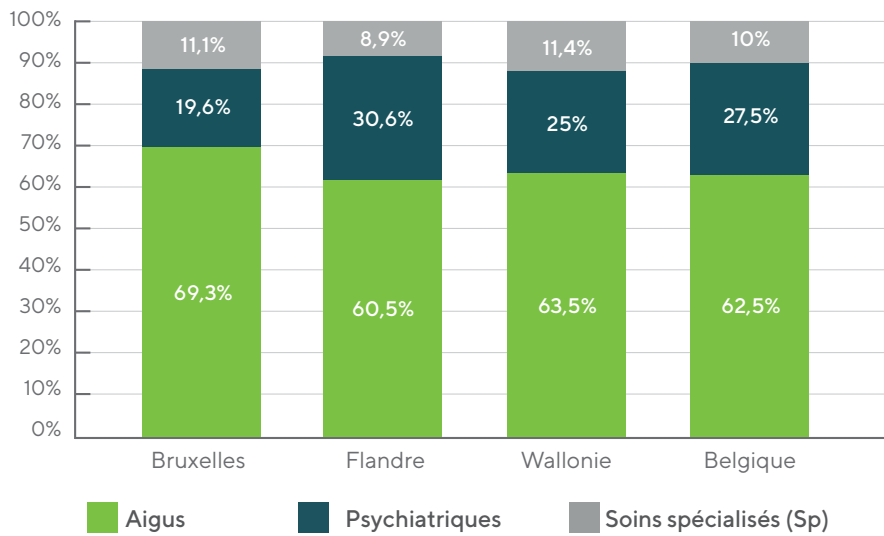
Répartition du nombre de lits agréés 2022 par statut pour chaque région et au niveau national



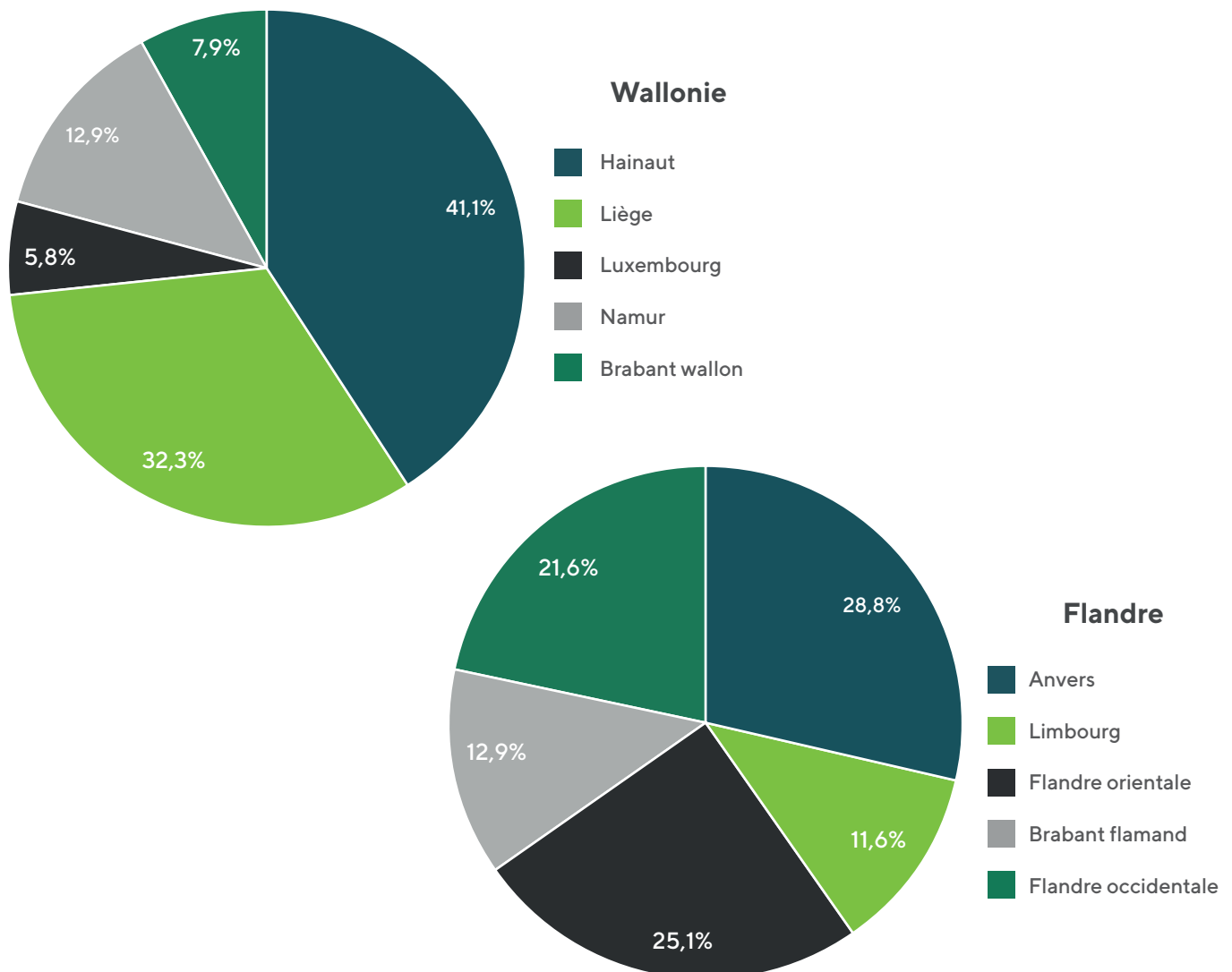
Répartition du nombre de lits agréés 2022 des hôpitaux généraux en fonction du caractère universitaire pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2022 par type de lits pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2022 par province pour la Wallonie et la Flandre



Répartition du nombre de lits agréés 2022 par réseau hospitalier au niveau national

Région	Province	Réseau hospitalier*	Nombre de lits 2022	Proportion
Bruxelles Flandre	Bruxelles Brabant flamand Flandre Orientale	CUROZ	2 464	4,8%
		CHORUS	4 462	8,6%
Bruxelles Wallonie	Bruxelles Brabant wallon	H.Uni	2 655	5,1%
		Netwerk GZA - ZNA	2 901	5,6%
Flandre	Anvers	HELIX	2 318	4,5%
		BRIANT	2 002	3,9%
		KEMPEN	1 367	2,6%
		PLEXUS	2 550	4,9%
	Brabant flamand	E17	2 961	5,7%
	Flandre Occidentale Flandre Orientale	KOM Netwerk	3 106	6,0%
		GENT	2 582	5,0%
		MIRA	1 409	2,7%
	Flandre Occidentale	TRlaz	2 177	4,2%
	Limbourg	ZuidWest-Limbourg	1 885	3,7%
		Noord-Oost Limbourg	1 351	2,6%
Wallonie	Brabant wallon Hainaut	HELORA	2 226	4,3%
	Hainaut	PHARE	2 167	4,2%
		HUmani Santé	1 491	2,9%
		Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole (R.H.C.M.)	1 342	2,6%
	Liège	ELIPSE	3 917	7,6%
		MOVE	1 357	2,6%
	Luxembourg	VIVALIA	991	1,9%
	Namur	Réseau Hospitalier Namurois (R.H.N.)	1 938	3,8%

* Les noms des réseaux présentés sont ceux utilisés par le SPF Santé publique.

3. (RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA*

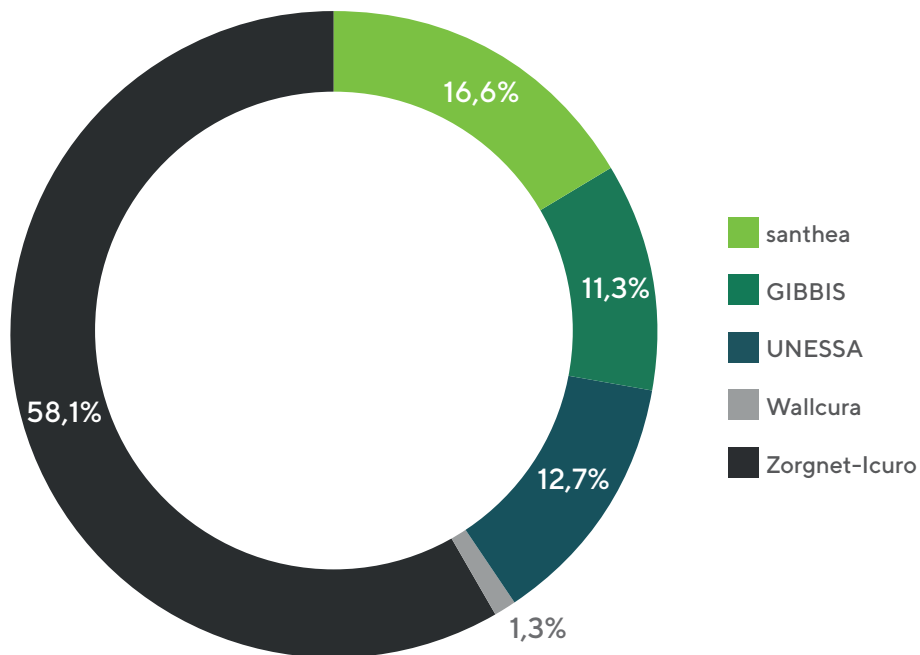
Santhea, c'est

- 31 hôpitaux / 54 sites hospitaliers
- 22 hôpitaux généraux (dont 1 hôpital universitaire et 8 hôpitaux à caractère universitaire)
- 2 hôpitaux généraux spécialisés
- 7 hôpitaux psychiatriques
- 6 réseaux hospitaliers
- 12 245 lits agréés
- Environ 31 600 ETP salariés

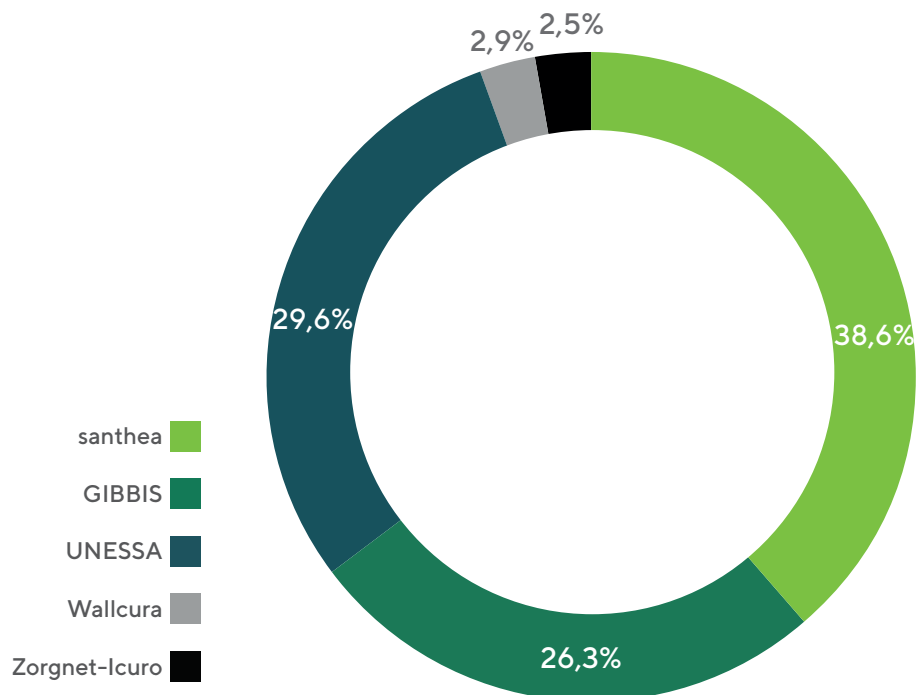


* Situation au 31 décembre 2022.

Répartition du nombre de lits agréés 2022 par fédération *

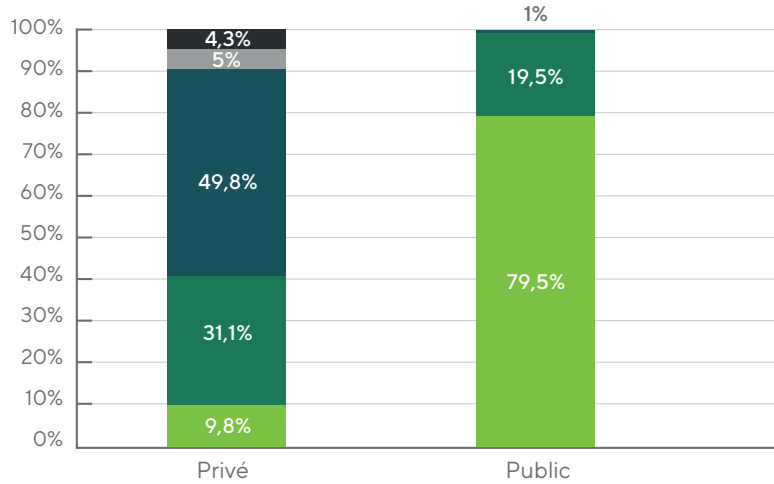


Répartition du nombre de lits agréés 2022 par fédération en Wallonie et à Bruxelles



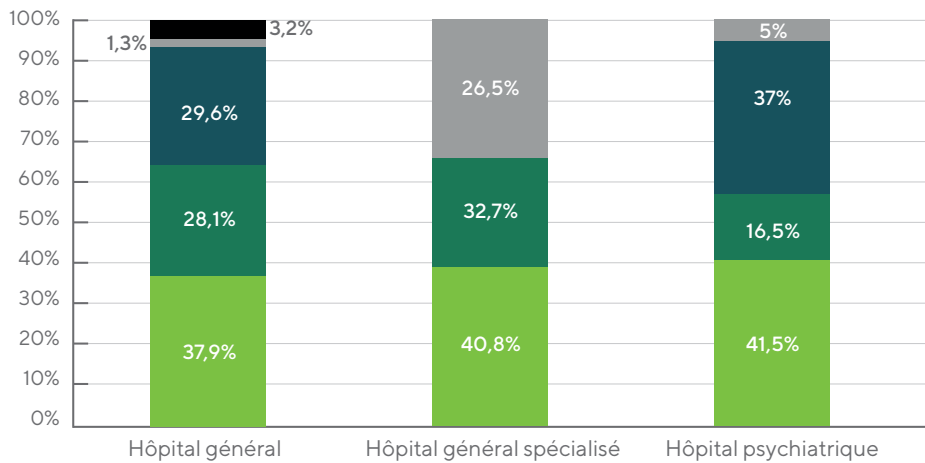
* Les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

Répartition du nombre de lits agréés 2022 par fédération en Wallonie et à Bruxelles, par statut



■ santhea
 ■ GIBBIS
 ■ UNESSA
 ■ Wallcura
 ■ Zorgnet-Icuro

Répartition du nombre de lits agréés 2022 par fédération en Wallonie et à Bruxelles, par type d'hôpital



■ santhea
 ■ GIBBIS
 ■ UNESSA
 ■ Wallcura
 ■ Zorgnet-Icuro



SECTEUR DES AÎNÉS

1. PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES

Wallonie (hors Communauté germanophone)*			
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de lits 2022	Nombre d'ETP soignants 2022
Maisons de repos	542	50 000	17 425
<i>dont MRS</i>	459	25 583	
Centres d'accueil de jour	79	947	
<i>dont CSJ</i>	51	525	
Résidences-services	191	4 334	

Communauté germanophone**		
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de lits 2022
Maisons de repos	8	810
Résidences-services	3	40

Bruxelles***			
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de lits 2022	Nombre d'ETP soignants 2022
Maisons de repos	131	15 312	4 579
<i>dont MRS</i>	131	6 421	
Centres de soins de jour	8	135	

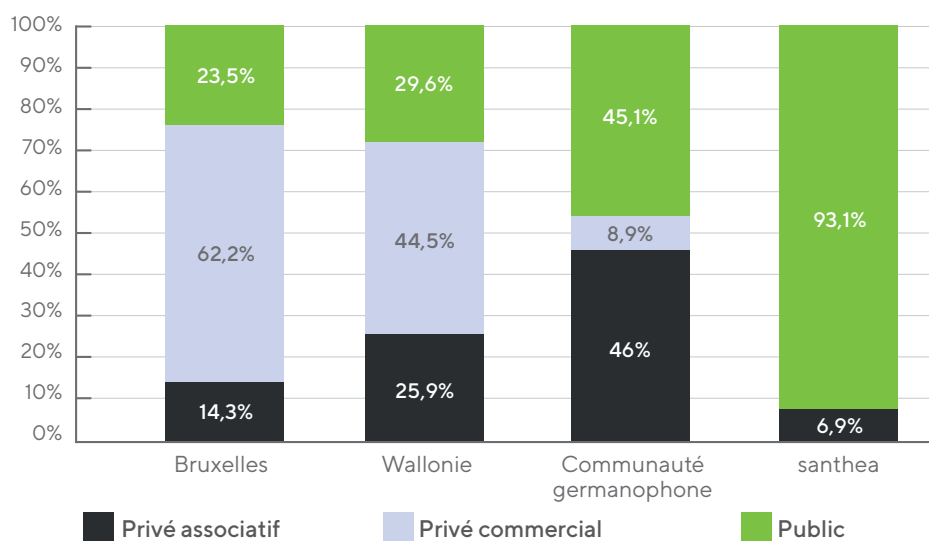
* Liste des établissements pour Aînés issue du Portail Santé de l'AViQ (Décembre 2022) & Liste des forfaits 2022 de l'AViQ (données pour la période 1/7/2021-1/7/2022) pour le nombre d'ETP (présents dans le 3^{ème} volet).

** Informations communiquées par Ostbelgien.

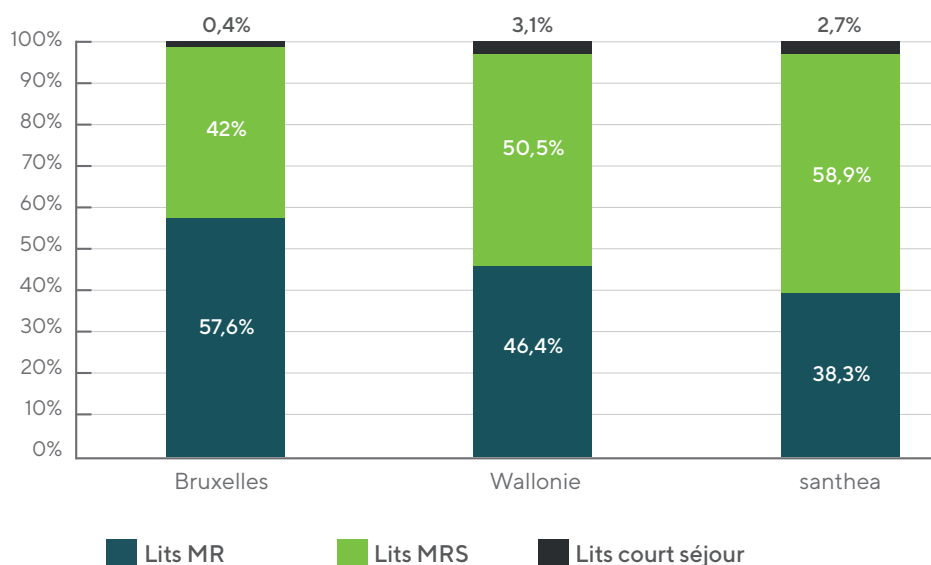
*** Liste des forfaits 2022 d'IrisCare (données pour la période 1/7/2021-1/7/2022).

2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Répartition du nombre de lits* agréés 2022 par statut pour Bruxelles, la Wallonie, la Communauté germanophone et santhea



Répartition du nombre de lits agréés 2022 par type de lits pour Bruxelles, la Wallonie** et santhea***



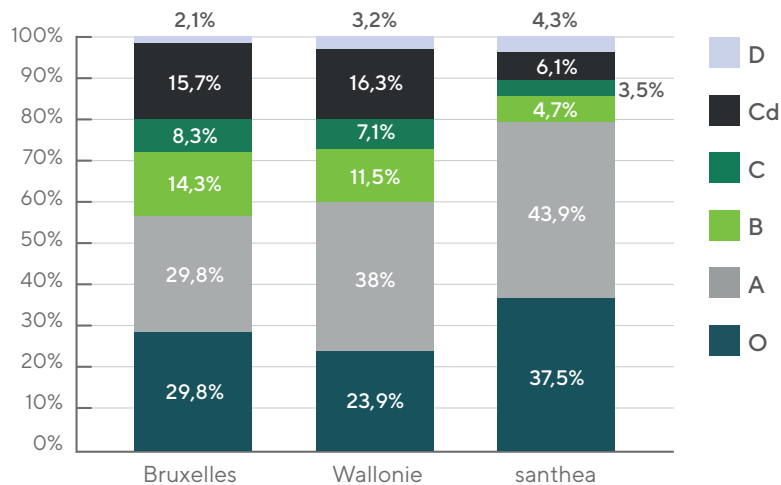
* Lits MR, MRS et court séjour.

** À partir de ce graphique, l'intitulé "Wallonie" se limite aux institutions dépendantes de l'AViQ (donc hors Communauté germanophone).

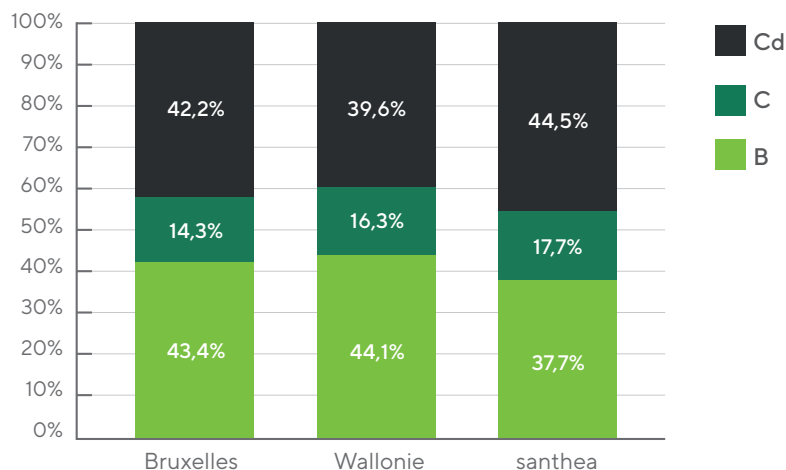
*** Santhea se limite à des données wallonnes et bruxelloises. Les données que nous recevons de la Communauté germanophone ne permettent pas les mêmes ventilations.

Ventilation des journées facturées* par type de lits et par profil de dépendance pour Bruxelles, la Wallonie et santhea

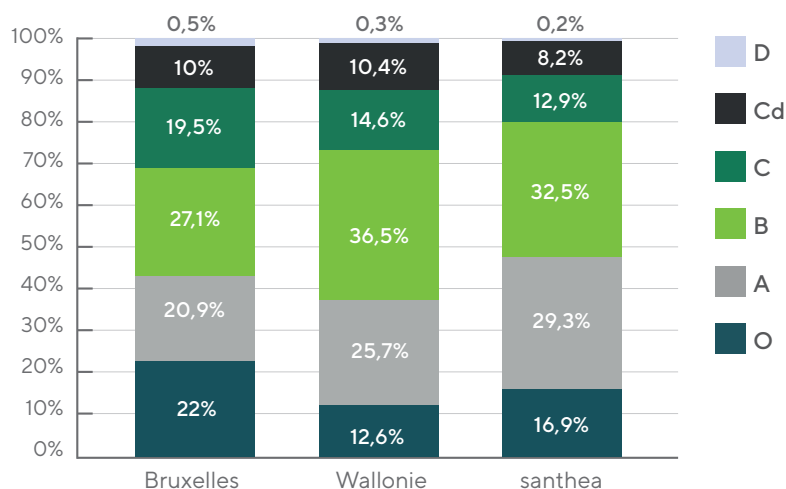
Pour les lits MR



Pour les lits MRS

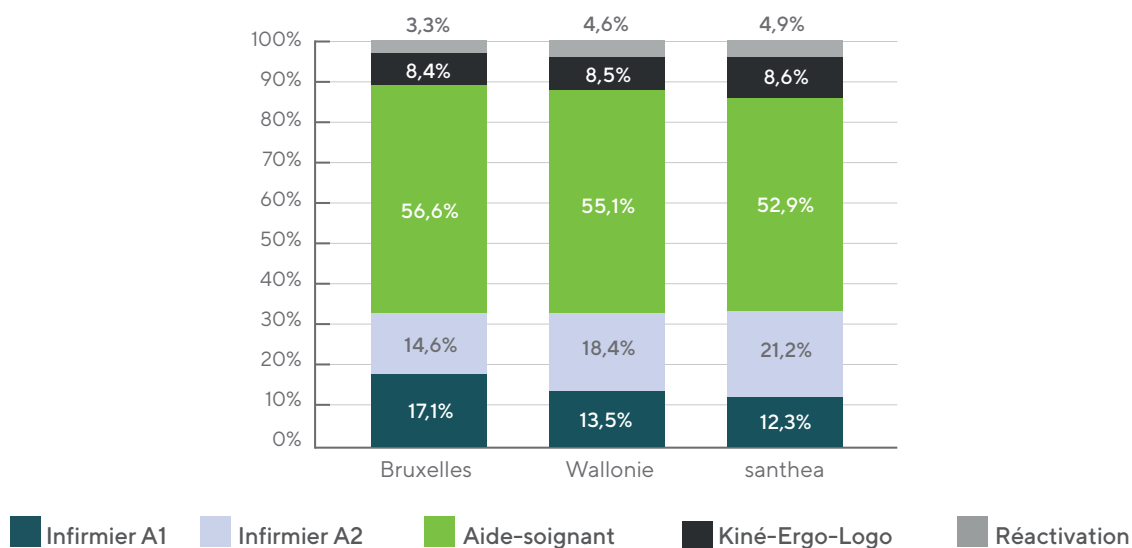


Pour les lits court séjour

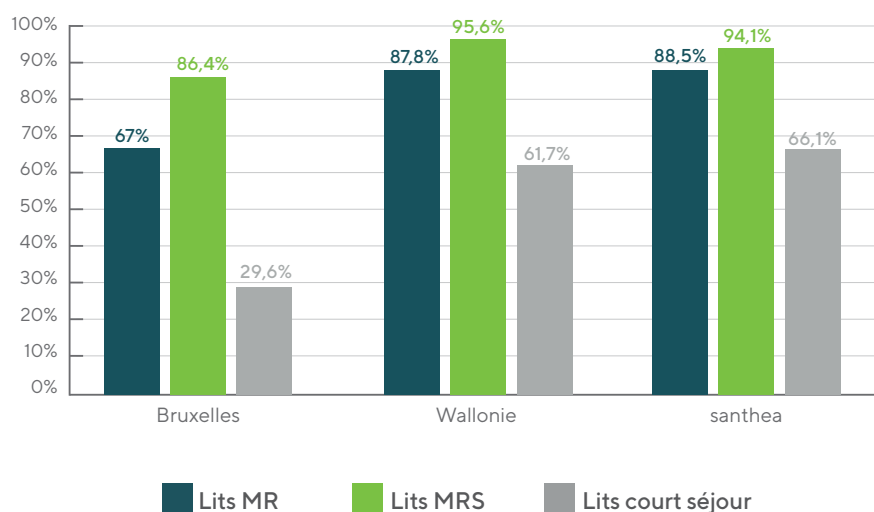


* Du 01/07/21 au 30/06/22.

Répartition des ETP soignants présents* en MR-MRS en 2022 par qualification pour Bruxelles, la Wallonie et santhea



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



* ETP présents dans le 3^{ème} volet.

** Calculé sur base des journées facturées entre le 01/07/21 et le 30/06/22.

3. (RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA*

Santhea, c'est

▪ 73 MR-MRS

Avec 16 Centres d'accueil de jour et 13 Centres de soins de jour

Et 26 Résidences-services

▪ 8 117 lits agréés en MR-MRS

▪ 255 places en CAJ/CSJ

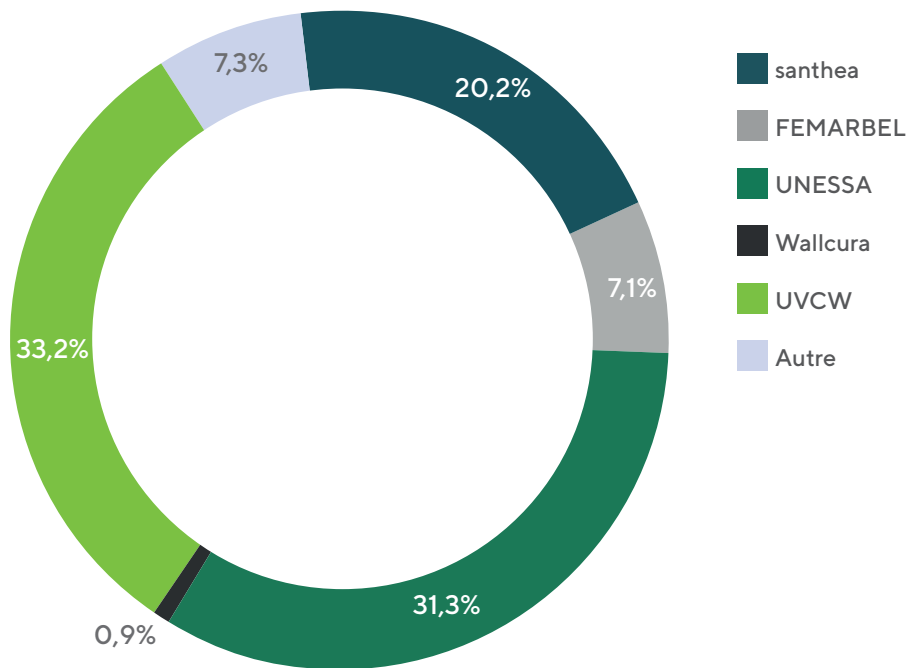
▪ 519 places en RS

▪ Environ 6000 ETP

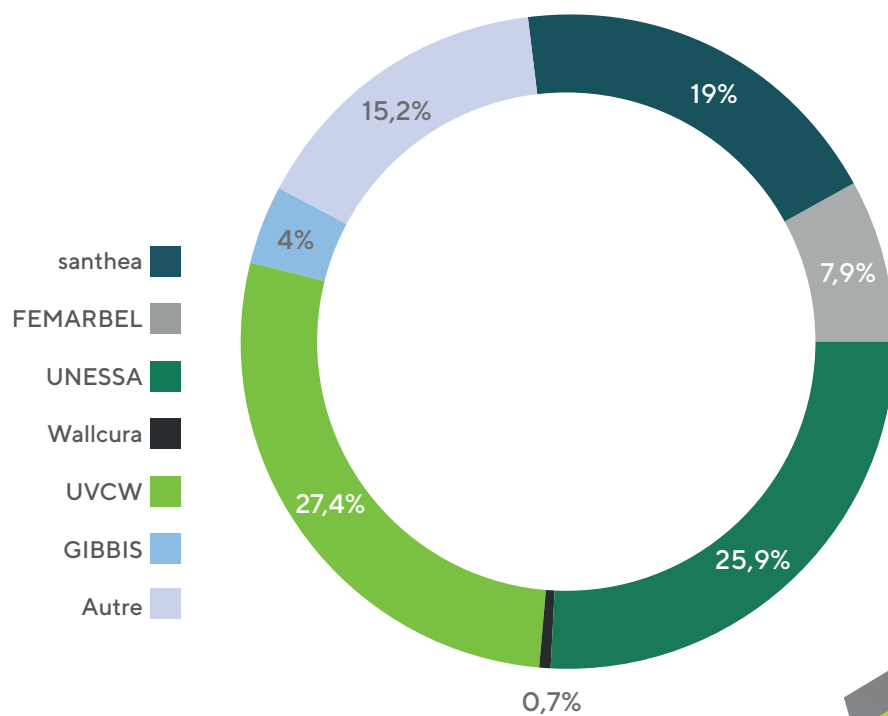


* Situation au 31 décembre 2022.

Répartition du nombre de lits agréés* 2022 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie



Répartition du nombre de lits agréés* 2022 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie et à Bruxelles



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

SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE

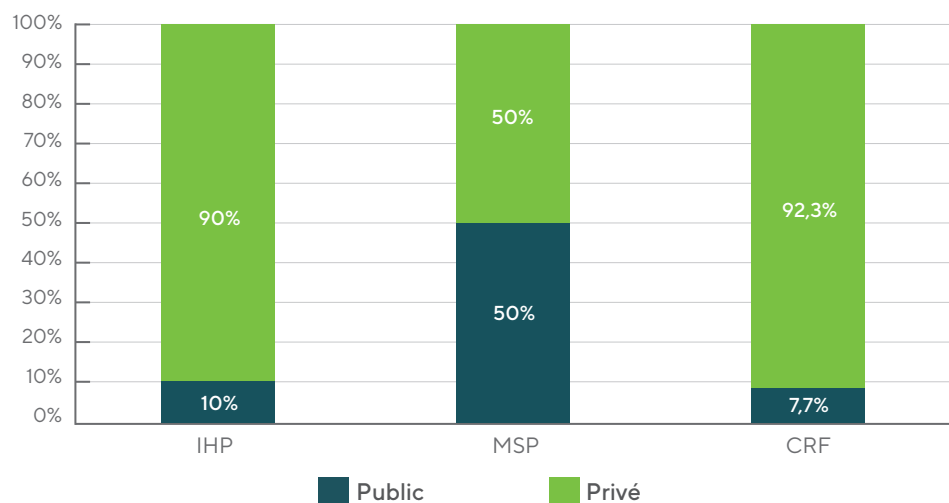
1. PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES

Wallonie		
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de places 2020/2022
IHP	30*	958
MSP	14*	818
Total IHP-MSP	44	1 776
CRF Ambulatoire	38	-
CRF Résidentiel	14	361
Total CRF**	52	361

Bruxelles***		
	Nombre d'institutions 2022	Nombre de places 2022
IHP	18	594
MSP	5	321
Total IHP-MSP	23	915

2. ANALYSE DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Répartition du nombre d'institutions IHP/MSP/CRF par statut en Wallonie

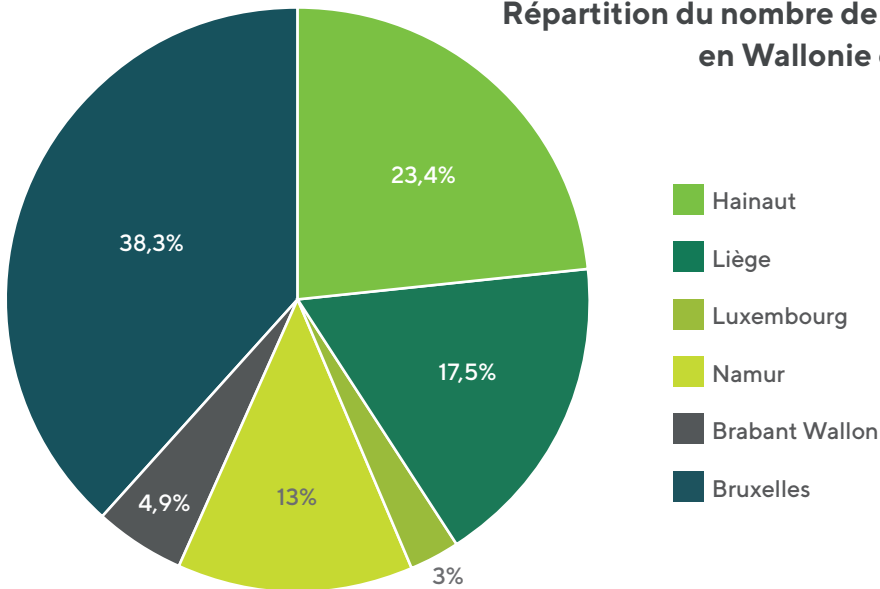


* Y compris la Communauté germanophone.

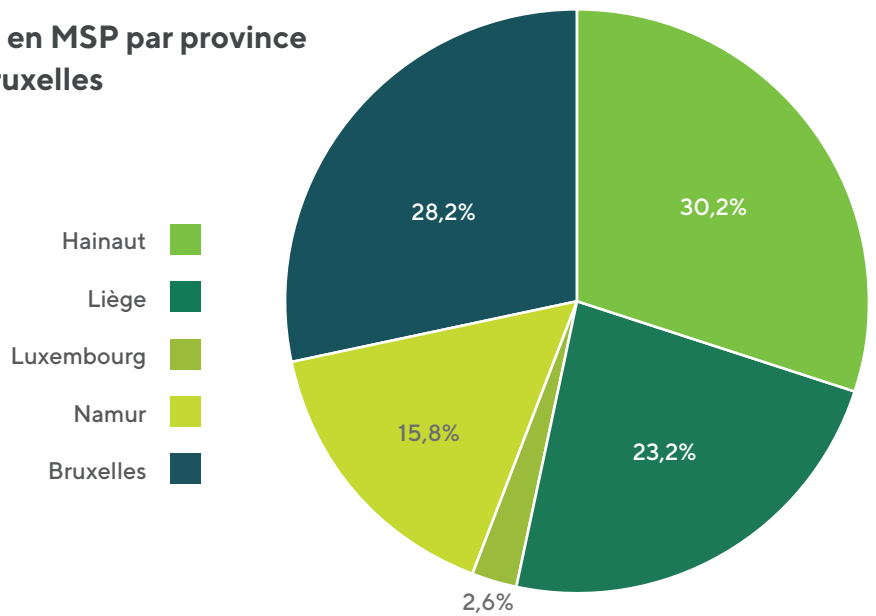
** Le libellé "CRF" s'apparente, dans cette section, uniquement aux centres de révalidation fonctionnelle associés à la santé mentale.

*** Informations concernant les institutions de la COCOM, de la COCOF et de la Communauté flamande.

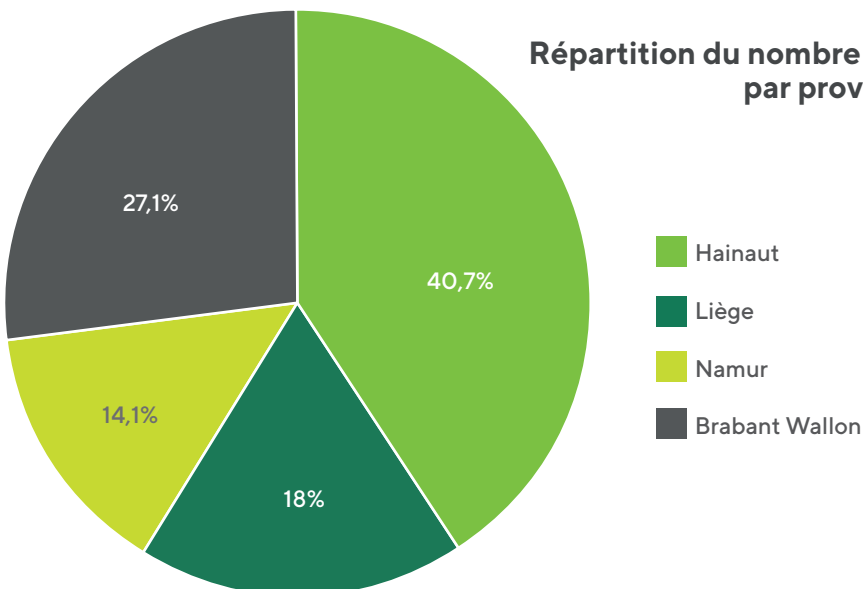
Répartition du nombre de places en IHP par province en Wallonie et à Bruxelles



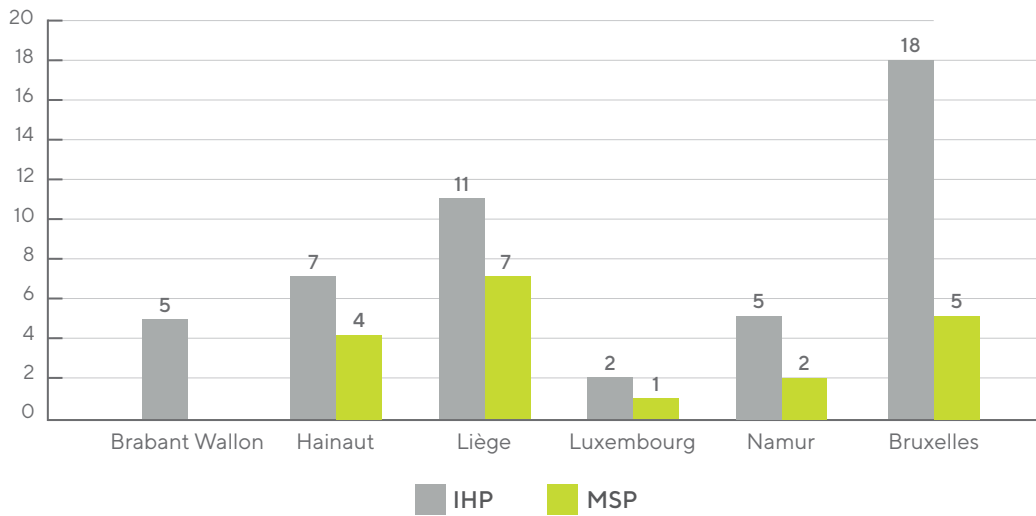
Répartition du nombre de places en MSP par province en Wallonie et à Bruxelles



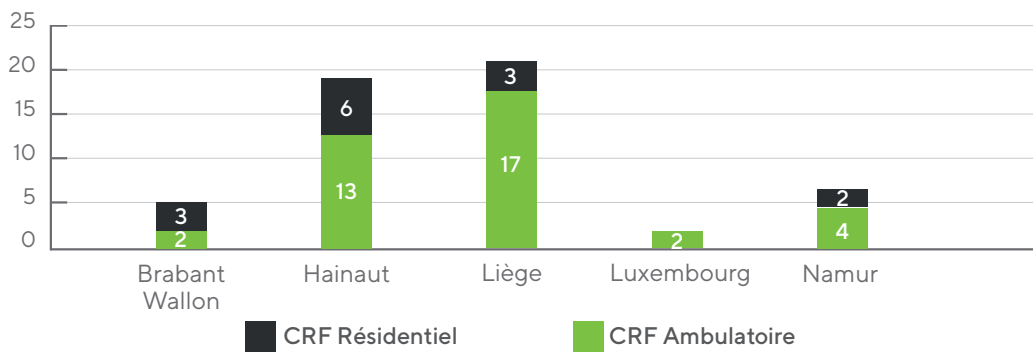
Répartition du nombre de places en CRF (résidentiels) par province en Wallonie



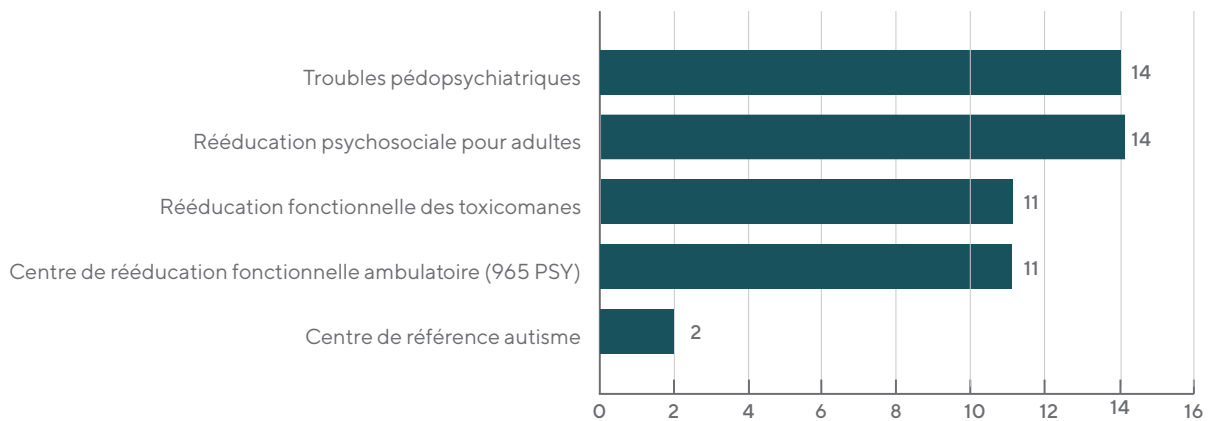
Répartition du nombre d'institutions IHP-MSP par province en Wallonie et à Bruxelles



Répartition du nombre de centres de revalidation fonctionnelle par province en Wallonie



Répartition du nombre de centres de revalidation fonctionnelle par type de centre en Wallonie



3. (RE)PRÉSENTATION DES MEMBRES DE SANTHEA*

Santhea, c'est

▪ 37 Institutions de santé mentale

6 Initiatives d'habitation protégée

7 Maisons de soins psychiatriques

22 Centres de réhabilitation fonctionnelle

2 Services de santé mentale (12 antennes)

▪ 1 014 places

310 en IHP

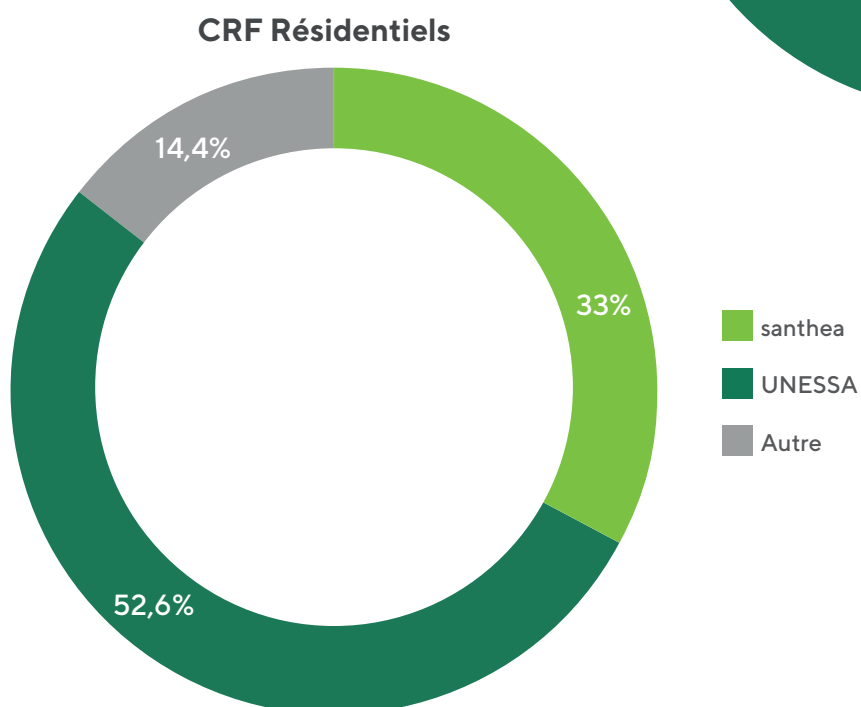
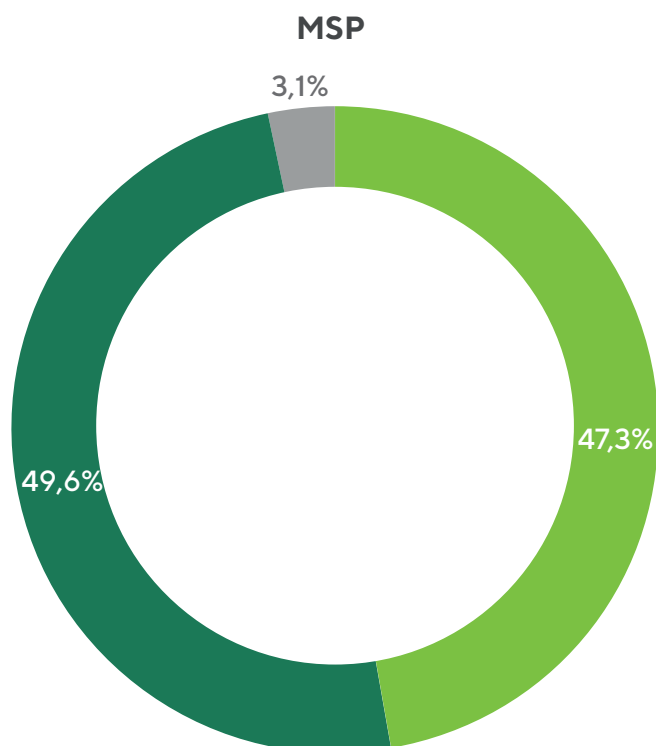
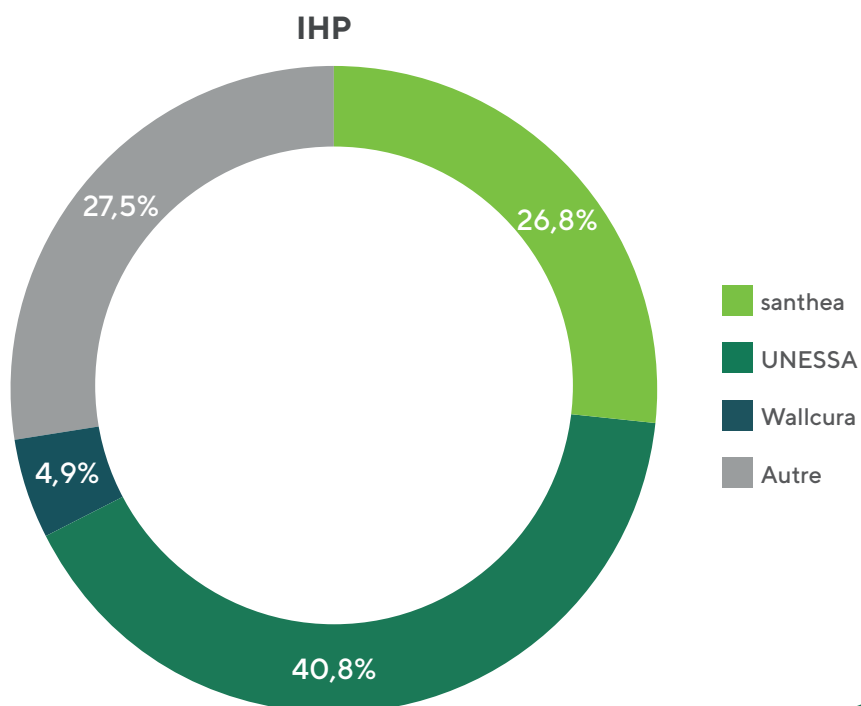
387 en MSP

317 en CRF (en centres résidentiels)



* Situation au 31 décembre 2022.

Répartition du nombre de places par fédération en Wallonie









**LES
GRANDS
DOSSIERS**

PARTIE

3

LE VIRAGE AMBULATOIRE S'INTENSIFIE

Contexte

En 2017, le KCE publiait son rapport " Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique ?" avec plusieurs recommandations en guise de conclusion. Sur base de celles-ci, de premières discussions ont été entamées en Commission des conventions Hôpitaux-Organismes Assureurs (OA) pour déboucher sur la constitution d'un groupe de travail. Les travaux de la Commission étaient également motivés par le résultat de contrôles sur le terrain opérés par le Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI portant sur les lieux autorisés ou non pour la facturation des forfaits liés à l'hospitalisation de jour, contrôles préconisés dans l'étude précitée du KCE et mis en place via le " Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018 - 2020" de l'INAMI.

Après un an de discussions, une note conceptuelle concernant la révision de l'organisation, du fonctionnement et du financement de l'hospitalisation de jour a été approuvée lors d'une réunion mixte entre la Commission des conventions Hôpitaux-OA et le Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers en septembre 2019. Les deux instances étaient réunies du fait que l'hospitalisation de jour relève d'un financement mixte (BMF et forfaits INAMI) et recouvre des activités chirurgicales et médicales, diagnostiques ou thérapeutiques.

Dans cette note conceptuelle, il est notamment question :

- d'établir une nouvelle définition de l'hôpital de jour ;
- de mettre en place une procédure de mise à jour des différentes listes existantes (liste A - hospitalisation de jour chirurgicale et listes de forfaits groupes 1 à 7 - hospitalisation de jour non chirurgicale) ;
- de revoir le calcul du maxi-forfait anesthésie (toujours différent par hôpital à l'heure actuelle) et d'élargir éventuellement le type d'anesthésie couverte ;
- d'augmenter le coefficient de 0,81 (= coefficient utilisé dans le calcul des lits d'hospitalisation chirurgicale de jour financés) ;
- de réaliser à l'avenir un benchmarking hospitalier sur la proportion d'hospitalisation de jour, afin que chaque hôpital puisse se situer.



Premières concrétisations

Besoins prioritaires pour l'année 2020

Parmi les besoins prioritaires du secteur hospitalier identifiés pour l'année 2020, deux fiches ont été introduites en lien avec le contenu de la note conceptuelle précitée.

La première concerne l'hôpital de jour non chirurgical et se base sur un travail déjà réalisé en 2012 au sein de la Commission des conventions Hôpitaux-OA. Une liste de prestations exécutées en hôpital de jour, mais non rétribuées via un des forfaits groupes 1 à 7 avait été établie. Si on élargissait les listes à l'ensemble de ces prestations, le budget nécessaire estimé à l'époque était de 110 millions d'euros. La fiche "besoins de 2020" se limite à un budget supplémentaire de 10 millions d'euros pour ajouter une première partie de ces prestations, jugées comme les plus pertinentes par le groupe d'experts qui sera mis en place.

La deuxième traduit la volonté d'augmenter le coefficient de 0,81 utilisé actuellement dans le calcul du financement de l'hôpital de jour dans la sous-partie B2 du BMF. L'objectif étant de neutraliser l'incitant négatif qui résultait d'une mesure d'économie prise en 2002 lors du transfert de l'hôpital de jour chirurgical de la convention INAMI vers le BMF. Pour passer de 0,81 à 1,08, le budget nécessaire estimé sur base du nombre de points et de la valeur du point en juillet 2018 est d'environ 15 millions d'euros.

Mise en place d'un planning de travail

En février 2020, un "plan par étapes" de la réforme de l'hôpital de jour a été défini avec un calendrier relativement précis, en particulier concernant les missions confiées aux groupes de "médecins experts" et au groupe de travail "financement".

Les médecins experts, regroupés par spécialité, ont pour mission d'établir les listes suivantes, dans différents timings :

- les prestations qui se font majoritairement en ambulatoire "pure", qui pourraient être supprimées des listes d'hôpital de jour. En particulier, le SECM (= Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI) a pointé six prestations

qu'il faudrait, d'après eux, supprimer des groupes 1 à 7 du fait qu'elles sont majoritairement réalisées en ambulatoire (constatation issue de leurs contrôles sur le terrain, cf. supra). Celles-ci ont été soumises en premier lieu aux groupes des médecins experts concernés ;

- les prestations qui doivent absolument demeurer en hospitalisation classique ;
- les prestations qui, dans une situation "favorable", peuvent glisser de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour.

Le groupe de travail "financement" dispose de l'année 2020 pour examiner les impacts sur le BMF d'ajouts/suppressions de prestations à la liste A ainsi que les divers impacts liés au financement INAMI de la réforme proposée pour l'hôpital de jour "méдика".

Premières modifications des listes

Sur base de l'avis des médecins experts, le groupe de travail permanent sur l'hospitalisation de jour créé au sein du Conseil Technique Médical (CTM) a rendu un premier avis à la Commission de conventions Hôpitaux-OA sur les six prestations pointées par le SECM en novembre 2020. Celui-ci conseille de ne supprimer alors que la prestation 220253-220264 ("cure chirurgicale de phlegmon profond") de la liste des forfaits hôpital de jour du groupe 6.

La Commission de conventions Hôpitaux-OA a suivi cet avis **en supprimant la prestation** en question via un avenant à la convention nationale qui prenait effet à partir du 1^{er} janvier 2021. Six mois plus tard, **quatre prestations sont ajoutées** aux listes d'hôpital de jour dans un groupe

"6 bis", en contrepartie de la prestation supprimée, par souci d'équilibre budgétaire. Pour compenser les six mois de décalage, un incitant financier supplémentaire est octroyé durant une période limitée. L'avenant à la convention nationale approuvé à ce moment-là vaut pour un an et demi (jusque fin 2022).

Avancées de 2022

Il faudra attendre l'élaboration du budget 2022 pour voir apparaître un montant dédié au développement de l'hospitalisation de jour dans la marge budgétaire des soins de santé. Malgré qu'il s'agisse bien d'une réponse au besoin exprimé par notre secteur (cf. fiche des besoins mentionnée supra), le montant accordé est nettement inférieur aux estimations réalisées par le CFEH dans son avis datant de juillet 2020¹. En effet, pour passer d'un coefficient de 0,81 à 1 (y compris le financement pour les produits médicaux et la stérilisation), le besoin était chiffré, en 2020, à **18,051 millions** d'euros. En 2022, un budget de **9 millions** d'euros est octroyé aux hôpitaux, via une injection dans la sous-partie B2 du BMF. Le coefficient utilisé dans le calcul des lits d'hospitalisation chirurgicale de jour financés n'a donc été augmenté que de 0,81 à 0,95. Notons que ce budget n'a été inséré dans le budget global BMF qu'en juillet 2022 (sans montant équivalent en C2), ce qui signifie que les hôpitaux n'ont bénéficié que de la moitié du montant dû en 2022. En outre, les trois indexations successives du premier semestre 2022 n'ont pas été appliquées au budget ajouté. Le CFEH demande la correction de ces éléments dans son dernier avis relatif au BMF 2023.



1. Avis CFEH n° 515-1: "Avis du groupe de travail mixte INAMI-CFEH concernant le financement de l'hospitalisation de jour".



Durant l'année 2022, deux demandes d'avis relatives à l'hôpital de jour sont parvenues au CFEH. Dans la deuxième, datant de juin, le ministre avance plusieurs propositions concrètes concernant l'élargissement de la liste A, l'adaptation de l'annexe 9 (temps standards quartier opératoire) et la réintroduction des séjours classiques inappropriés. Au bout de quatre mois d'analyses et de discussions, deux avis sont rendus, respectivement en septembre et novembre 2022 :

1) Le premier avis se concentre majoritairement sur l'élargissement de la liste A. Le CFEH choisit de limiter la liste des prestations proposées par le ministre sur base de critères tels qu'un pourcentage élevé d'hospitalisations classiques, un nombre minimum de prestations réalisées annuellement et la non-existence d'un financement actuel via l'INAMI. L'objectif premier étant de ne pas diluer le BMF sans ajout d'un budget supplémentaire. Concernant l'annexe 9, le CFEH rappelle qu'il plaide depuis longtemps pour une réforme du financement du

quartier opératoire qui est largement sous-financé. À court terme, il faudra tout de même veiller à ce que pour chaque code de la liste A, tant le code hospitalisé que le code ambulatoire soient présents dans l'annexe 9 ;

2) Le deuxième avis concerne plus particulièrement la liste B et les séjours classiques inappropriés. Le CFEH s'oppose à la réintroduction de ce modèle de pénalisation, mais suggère certains aménagements si le ministre restait sur sa position. Le CFEH propose de réduire la liste B soumise par le ministre en excluant les coronarographies et les cystoscopies et en supprimant les prestations qui ne sont pas réalisées à raison d'au moins 84,5 % en hôpital de jour et/ou en polyclinique. La liste des APR-DRG déduite de la liste B est, de facto, réduite dans la proposition du CFEH (25 au lieu de 39). Parmi les critères de base, il est proposé de revoir la durée de séjour maximale (2 jours et pas 3) et d'imposer un âge minimum d'un an pour qualifier un séjour d'inapproprié. Par ailleurs, le CFEH recommande d'appliquer la même méthode de sélection pour les séjours inappropriés médicaux et chirurgicaux, basée sur l'attestation d'un code de la liste B (plus de lien avec les codes ICD et le taux de substitution de 33%).

La réponse du cabinet nous est parvenue en décembre 2022. La nouvelle liste A reste presque entièrement celle proposée initialement, à savoir 551 prestations (sur 583 proposées par le ministre), dont 236 faisaient déjà partie de l'ancienne liste A de l'AR BMF. Les seules prestations supprimées de la liste B proposée par le ministre sont les coronarographies et les cystoscopies. Il reste donc encore 189 prestations dans cette liste et 33 APR-DRG qui y sont liés. Il est aussi accordé que les enfants de moins d'un an soient exclus du système des séjours inappropriés et que le système de sélection des séjours inappropriés chirurgicaux soit calqué sur celui des médicaux (avec attestation d'un code de la liste B).

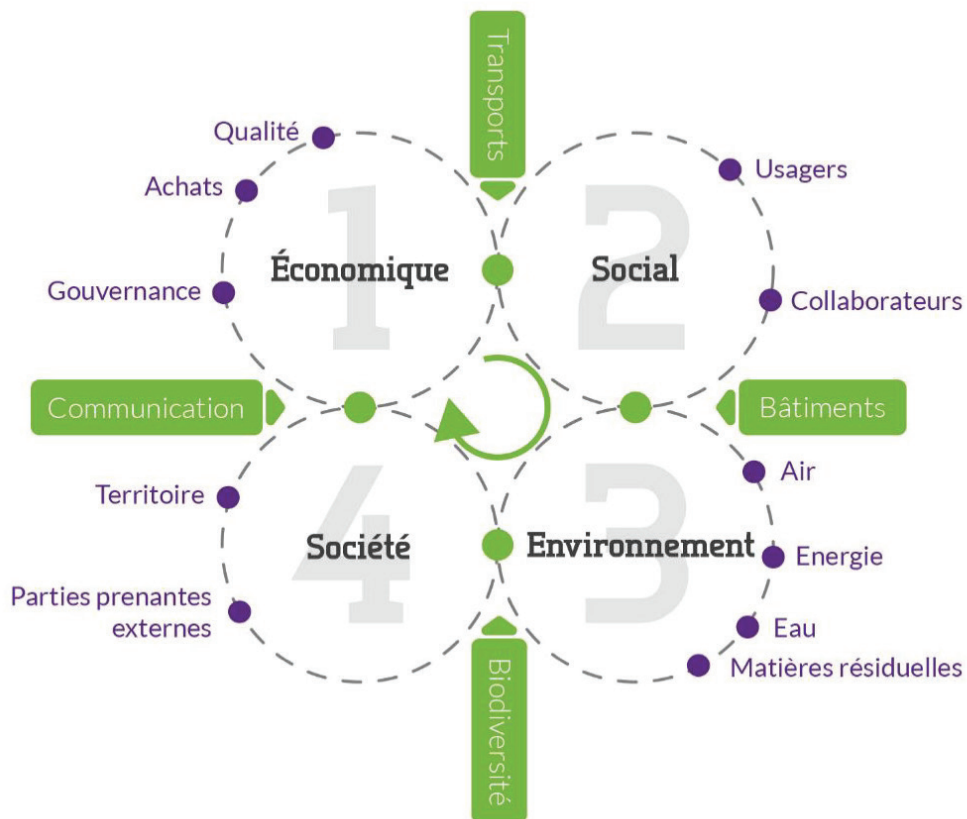
Dès le 1^{er} janvier 2023, les nouvelles prestations présentes dans la liste A occasionneront la facturation des montants par jour et par admission notifiés dans les BMF. Par contre, l'élargissement de la liste n'aura un effet dans le calcul de l'activité justifiée dans les sous-parties B1 et B2 qu'à partir du moment où l'exercice 2023 s'appliquera comme année de référence pour le financement des hôpitaux. À partir du même moment, les séjours classiques identifiés comme "séjour classique inapproprié" (chirurgical ou médical) seront financés comme un séjour en hôpital de jour chirurgical.

LES INSTITUTIONS DE SOINS ET LA RSE

Qu'est-ce que la RSE ?

La RSE est un acronyme correspondant à "Responsabilité Sociale des Entreprises". L'expression "Responsabilité Sociétale des Entreprises" est aussi fréquemment utilisée et correspond peut-être mieux à ce que couvre le concept de RSE à savoir qu'une entreprise, au-delà du bien-être des travailleurs qu'elle emploie, reconnaît sa responsabilité "vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l'environnement", ce qui se traduit "par un comportement éthique et transparent qui contribue au développement durable, y compris à la santé et au bien-être de la société".

On réalise d'emblée que le champ concerné est vaste et multidimensionnel. Il peut être illustré par le schéma suivant :



La RSE s'articule donc autour de quatre piliers - l'économique, le social, l'environnement et le sociétal - chacun étant lui-même divisé en plusieurs rubriques dont quatre se trouvent à l'intersection de deux piliers. Chaque pilier de la RSE fonctionne en adéquation avec les autres et les rubriques qui les constituent offrent autant de possibilités d'actions concrètes permettant à une entreprise d'améliorer sa "maturité RSE". C'est par le biais de la problématique environnementale que la fédération santhea a été amenée à s'intéresser à la RSE.

T4GH et RSE

À l'origine, plusieurs constats ont amené santhea à se pencher sur l'aspect environnemental des activités des établissements de soins. On estime notamment que ces activités sont responsables de 5,5 % des émissions de dioxyde de carbone du pays. Or, il est de moins en moins contesté que l'accumulation de ce gaz à effet de serre dans l'atmosphère est une des raisons principales du réchauffement climatique. L'impact environnemental du secteur des soins ne se limite pas à cela puisqu'il participe aussi, entre autres, à la pollution des eaux ou à la mise en contact du public avec des substances chimiques toxiques, notamment des perturbateurs endocriniens issus de divers dispositifs médicaux utilisés lors des soins aux patients.

La prise de conscience du rôle des institutions de soins dans la dégradation de l'environnement, encore limitée il y a quelques années, est désormais bien présente et suscite une quantité croissante de démarches visant à en atténuer l'impact.

C'est dans ce contexte qu'est né le projet Together for Green Healthcare (T4GH) de santhea que nous évoquions déjà dans notre précédent rapport annuel. Ce projet vise à sensibiliser et informer les membres de la fédération sur les initiatives et les solutions susceptibles de réduire l'effet négatif de leurs activités sur l'environnement. Il s'agit aussi d'offrir une plateforme d'échange où les institutions sont invitées à partager leurs expériences en matière de développement écoresponsable de leurs activités dans le but d'essayer celles qui se sont avérées positives.

T4GH s'intéressait initialement à la seule problématique de la réduction de la consommation énergétique des institutions bruxelloises de santhea. Il s'est ensuite ouvert à l'ensemble de ses membres et s'est progressivement penché sur 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, les produits chimiques toxiques pour les individus et l'environnement, sans que ce soit limitatif.

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 tous les membres du personnel impliqués dans une ou plusieurs des différentes thématiques abordées.

Après un ralentissement d'activité au cours des années 2020-2021 en raison de la crise sanitaire, T4GH a connu de nouveaux développements en 2022. Parmi ceux-ci, il y a eu la mise en place d'une collaboration avec l'agence de coaching "Primum Non Nocere" (PNN), experte dans les domaines du développement durable, de la santé environnementale et de la sécurité sanitaire.

Cinq webinaires ont ainsi été organisés et présentés par PNN aux institutions de soins ayant manifesté leur intérêt. L'un des webinaires, traitant de la RSE, offrait une première opportunité d'aborder ce concept dans le cadre du projet T4GH.

Maturité RSE des institutions de soins

En une suite logique, dans la foulée des webinaires, PNN a proposé de procéder à une évaluation de la "maturité RSE" de plusieurs hôpitaux wallons. Cette évaluation a été effectuée sur base volontaire et 17 établissements se sont portés candidats. L'outil utilisé était un questionnaire en ligne, disponible sur la plateforme de PNN, portant sur les quatre piliers de la RSE et les rubriques qui en font partie.

Deux séances en visioconférence ont été planifiées, au cours desquelles les participants prenaient connaissance de chaque rubrique du questionnaire et des questions à compléter, ceci sous la supervision d'un coach de PNN qui répondait à toute interrogation sur la façon de traiter les différentes questions. Trois à quatre mois ont ensuite été donnés aux participants afin de compléter toutes les rubriques et de soumettre leurs réponses à PNN.

Début novembre 2022, PNN a présenté les résultats de l'évaluation RSE sous forme anonymisée et agrégée, permettant de voir pour chaque rubrique comment les établissements participants se positionnaient sur une échelle allant de 0 à 100 avec, en outre, l'identification du minimum, du maximum et de la moyenne. Chaque établissement a par ailleurs reçu son évaluation individuelle afin de lui permettre de se situer pour chaque thématique traitée par rapport à l'ensemble du groupe. En complément de ce diagnostic, une mise en lumière des points forts de l'échantillon a été faite et des premières pistes d'actions possibles et de changements visant à améliorer la maturité RSE des institutions ont été proposées.



Quelles suites donner à l'évaluation RSE ?

À l'issue de l'évaluation RSE, les fédérations ont reconnu qu'une réflexion devait être entamée sur la suite concrète qui devait lui être donnée. De multiples pistes d'actions pouvaient en effet être dégagées de cette évaluation, mais il n'est évidemment pas possible de travailler sur toutes celles-ci en même temps, sous peine de dispersion et d'inefficacité. Chaque fédération est donc retournée auprès de ses affiliés afin d'obtenir leur avis sur les axes d'action qu'ils désiraient privilégier.

Lors de la tenue d'un Groupe de travail Environnement, le 13 décembre 2022, plusieurs éléments ont été soulignés par les participants :

- Il importe de noter que de nombreuses institutions membres de santhea s'engagent dans un processus RSE. Pour le moment, leurs stades de maturité en la matière sont néanmoins fort différents ;
- La collaboration avec PNN a été très appréciée. Leur expertise et les outils proposés ont été une valeur ajoutée en la matière. Cependant, à ce stade, les pistes proposées lors de la remise des résultats sont considérées comme trop techniques et trop poussées. Il semble préférable de mettre en place, dans un premier temps, une planification de politique globale RSE ou d'effectuer un bilan carbone pour avoir une idée précise de la situation des institutions. Ce bilan carbone constitue certainement une bonne base pour entamer ou raffermir une politique RSE, puisqu'il s'appuie sur bon nombre des aspects qui la constituent. Plusieurs institutions ont d'ores et déjà approché des sociétés pouvant les assister à effectuer ce bilan, mais il apparaît que cela représente un certain coût ;
- La poursuite de la collaboration avec UNESSA dans le développement d'une démarche RSE a été débattue. Il est clair que la collaboration permet de réunir un plus grand nombre d'institutions travaillant ensemble vers une transition RSE. Cet effort commun est susceptible de constituer un avantage du point de vue

des ressources partagées et des échanges de bonnes pratiques. Travailler avec UNESSA permettrait en outre de diminuer les coûts relatifs aux prestataires/experts externes ;

- Au regard de l'expertise et de la collaboration positive avec PNN, il a également été proposé de vérifier dans quelle mesure ils pourraient continuer à accompagner les institutions dans une démarche d'intégration de la RSE à leurs activités ;
- Pour les institutions demandeuses de participer au projet de développement de la RSE, la nécessité de nommer un référent pour chacune d'entre elles a été mise en avant. Le rôle de ce référent serait d'être le point central du recensement des démarches entreprises dans l'institution, mais aussi d'être un relais avec la fédération. Dans ce cadre, il serait proposé aux référents RSE de participer à un comité qui déciderait d'une politique RSE commune à la fédération et d'un plan d'action pluriannuel.

En plus des arguments avancés ci-dessus, d'autres éléments doivent être pris en considération pour un éventuel déploiement d'actions dans le cadre de la RSE :

- Le paysage général de la gestion des entreprises inclut une composante RSE de plus en plus importante qui semble définitivement aller au-delà de l'effet de mode. En outre, les grandes entreprises, dont les hôpitaux, vont se voir à l'avenir imposer un certain nombre d'obligations en la matière ;
- On peut souligner à cet égard que lors de la présentation MAHA 2022, la nécessité d'une prise de conscience de la RSE par les institutions de soins, avec l'instauration d'une démarche en ce sens, a été évoquée.

L'année 2023 sera donc consacrée à la poursuite et à l'organisation au sein des institutions affiliées à santhea d'initiatives s'inscrivant dans la RSE. Un premier comité RSE se tiendra en début d'année afin de dégager les premiers axes d'action et les moyens de les mettre en œuvre.



L'INTENSIFICATION DES SOINS VIA LA CRÉATION D'UNITÉS HIC

Deux modèles d'intensification des soins

Fin 2018, une décision de l'organe de concertation sur la réforme "107" invitait les autorités à poursuivre le développement de propositions d'intensification.

Conformément aux recommandations sur l'intensification de la fonction 4 de la réforme des soins en santé mentale pour adultes (réforme 107), deux modèles ont été élaborés :

- Modèle 1 : Unité de soins psychiatriques intensifiés (intensification par un relèvement de la norme personnel/lit)
- Modèle 2 : Fonctionnement High Intensive Care (intensification en tant que forme de soins innovante)

Fin 2019, un 2^e appel à candidatures aboutissait à la création de 9 unités HIC en Flandre, mais encore aucune au sud du pays étant donné le conditionnement à l'existence d'équipes mobiles complètes dans les réseaux de santé mentale.

HIC

Le 13 mai 2022, le ministre fédéral de la Santé publique, Frank Vandenbroucke, lançait un troisième appel à projets vers les réseaux de soins en santé mentale adultes, afin de réaliser au moins un service de soins intensifs High Intensive Care (HIC) dans chaque réseau.

Cet appel met en application la décision de l'accord du gouvernement du 30 septembre 2020 de déployer un plus grand nombre d'équivalents temps plein dans certains programmes de soins psychiatriques que ce qui est prévu dans les normes de personnel.

Un investissement de 15 millions d'euros est prévu pour le déploiement supplémentaire de 150 équivalents temps plein et le renforcement de 193 heures de la fonction médicale.

Contrairement aux précédents appels à projets dans le cadre desquels la neutralité budgétaire en termes d'effort de l'hôpital était exigée, ce 3^e appel voit ce budget supplémentaire réparti entre les 20 réseaux, en tenant compte des éléments suivants :

- Les réseaux se trouvant dans l'incapacité de gérer suffisamment de lits supplémentaires pour créer un HIC (= zones "désertiques" telles que définies par la décision de la CIM du 20 novembre 2017) : 12 ETP supplémentaires /réseau sont financés ;
- Les réseaux qui n'ont pas encore développé un service HIC: 6 ETP supplémentaires/réseau en plus du gel de lits sont financés ;
- Les réseaux où un service HIC est déjà opérationnel : 6 ETP supplémentaires/réseau pour le renforcement de l'équipe mobile de crise sont financés.

Suite à ce 3^e appel, le territoire national sera couvert avec la création d'unités HIC dans les 20 réseaux "107" via 28 projets HIC portés par des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux généraux.

HIC... quelques éléments pratiques

Une unité High Intensive Care s'adresse au groupe-cible des personnes avec une problématique psychiatrique sévère et des troubles du comportement.

Ces unités ont pour finalités :

- De meilleurs soins pour les patients en situation de crise au sein des réseaux ;
- Des soins plus humains : restauration de l'auto-détermination, diminution des mesures restrictives, intensification des soins, alignement des soins, ...
- Garantir un environnement de soins et de guérison favorable au rétablissement.



Elles proposent un focus sur le traitement avec pour objectifs :

- Des soins orientés vers le rétablissement et combinés à un modèle médical : rendre le contrôle au patient (et au système-patient) en crise ;
- L'utilisateur prend le contrôle de son processus de soins dans les plus brefs délais ;
- Une collaboration avec l'offre de soins ambulatoires mobiles et les proches (les soins ambulatoires mobiles ont une position prépondérante)

Éléments essentiels : accueil convivial (cinq premières minutes), coordination rapide des soins, contact et proximité/présence, détection précoce, traitement médical combiné avec des soins transdisciplinaires, renforcement et réduction progressive des soins, rooming-in, pair-aidants, ...

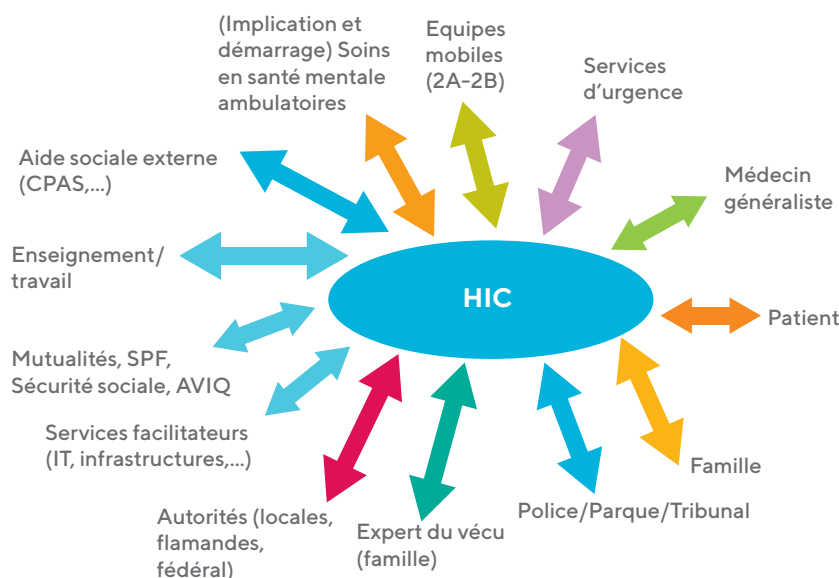
Bien entendu, une unité HIC s'inscrit également dans une

vision globale de l'organisation des soins. Elle fait ainsi partie intégrante d'un trajet de soins de crise.

Par ailleurs, elle invite à un renforcement de la prise en charge par les professionnels de l'ambulatoire (équipe de crise, services d'urgence, ...). Plus généralement, les unités HIC comptent un nombre important et diversifié de partenaires ayant des attentes différentes. Impliquer ces partenaires dans le développement, le démarrage et la construction du projet constitue un facteur de réussite essentiel.

Au-delà des partenaires "professionnels", le bon fonctionnement d'une telle unité nécessite encore la bonne collaboration avec les familles et représentants des familles.

Enfin, une unité HIC induit également une collaboration constructive avec la police et/ou le parquet.



Aménagements architecturaux

La création d'unités HIC nécessite des adaptations architecturales afin, notamment, de porter une attention accrue à l'admission du patient ou en vue d'aménager des espaces qui permettent de limiter le recours aux privations de liberté (isolement, contentions).

À cet égard, il peut être intéressant de se poser quelques questions comme repères et de se placer dans la peau d'un patient : comment se sent-on dans l'infrastructure lors de l'admission dans l'unité ? Quelles sont les adaptations nécessaires pour améliorer la proximité/la présence ? Comment aménager les espaces pour plus de convivialité ? Comment laisser le plus d'autonomie au patient en matière de sécurité ? Etc.

Pour conclure

Au-delà de la concrétisation de l'intensification des soins qui concrétise la fonction 4 de la réforme des soins en santé mentale, la création d'unités HIC bouscule les habitudes et cultures de soins.

Si nous pouvons considérer que, par une série d'aspects, l'hospitalisation en psychiatrie retrouve son caractère premier en termes d'hospitalité et d'humanisme, l'accent porté sur le rétablissement, la limitation de mesures restrictives, l'implication des patients et des pair-aidants, les adaptations architecturales, sont autant d'éléments qui demandent le soutien et l'accompagnement des institutions et des équipes concernées.

Dans les mois qui viennent, santhea sera partie prenante dans les processus d'échanges de bonnes pratiques afin de soutenir nos affiliés dans ce nouveau volet de la réforme "107".

CHANGEMENT DE PARADIGME DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR AÎNÉS EN WALLONIE

Au cours de la crise sanitaire, de nombreuses études et recommandations visant à améliorer la qualité de vie des aînés en institution ont été réalisées, dont notamment l'analyse intitulée *"L'impact de la crise sanitaire sur les résidents, directeurs et professionnels en MR/MRS et dans les centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap"*.

Cette recherche comprenait "un axe épidémiologique" porté par l'ULB, "un axe organisationnel et d'analyse des normes de financement et de qualité" mené par l'UCL et la PAQS et un "axe psychosocial" réalisé par l'Université de Liège.

À partir des recommandations de cette étude, la Wallonie a souhaité implémenter de nouvelles actions en faveur de l'amélioration continue de la qualité des soins en maisons de repos par la mise en place de six projets pilotes visant à promouvoir et à expérimenter une nouvelle approche managériale et organisationnelle, l'objectif général de la démarche étant d'améliorer le bien-être des résidents d'une part, et des membres du personnel d'autre part.

Dans ce cadre, la PAQS a été désignée pour assurer la coordination scientifique de ce projet et le suivi de ce dernier en collaboration avec l'AViQ.

Cette approche vise donc à promouvoir un management participatif, à développer une approche individualisée, à initier une démarche d'amélioration continue de la qualité et à inscrire les maisons de repos dans une logique d'intégration des soins.

La finalité de la mise en place des six projets pilotes sera de mettre en évidence les changements structurels nécessaires au développement de cette dynamique dans le secteur ainsi que des modifications réglementaires.

Ce travail est actuellement réalisé en étroite collaboration avec le groupe de travail "Révision des normes" de l'AViQ dont il est force de proposition.



Mettre en évidence les changements structurels nécessaires au développement de cette dynamique dans le secteur.

Un comité scientifique et un comité d'accompagnement ont été constitués afin d'évaluer et de mesurer scientifiquement les six projets-pilotes dans les établissements sélectionnés suivants :

- Le centre de soins Saint-Joseph à Moresnet ;
- La maison de repos Louis Theys à Gosselies ;
- La résidence du Prince Léopold Le Cèdre bleu à Jodoigne ;
- La résidence Le Châlon à Chimay ;
- La résidence Notre-Dame à Huy ;
- La résidence René Magritte à Lessines.

En 2023, l'accompagnement des structures se focalise notamment sur l'utilisation de la méthodologie de l'amélioration pour mettre en place des projets dans six domaines :

- Culture qualité ;
- Co-construction résidents et familles ;
- Personnel engagé et motivé ;
- Leadership partagé ;
- Communication et organisation revisitée.

Les institutions sont soutenues individuellement par un accompagnement des membres du comité scientifique et d'autres partenaires externes identifiés en fonction des actions spécifiques que les établissements se fixeront.

Par ailleurs, afin de soutenir le partage d'expériences et fournir des pistes et outils aux institutions sur les points d'amélioration collectifs, le tronc commun abordera ces thématiques. Ce tronc commun se traduira par des formations, des workshops et autres activités pédagogiques à définir.

Les fédérations de MR/MRS et les représentants des travailleurs sont tenus informés des avancées du projet après chaque rencontre du comité d'accompagnement.



LA RÉFORME HOSPITALIÈRE DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Le 28 janvier 2022, le ministre Vandembroucke présentait au secteur son plan de réforme hospitalière.

Cette réforme embrasse divers aspects :

- La mise en réseaux des hôpitaux, avec pour mantra "soins de proximité lorsque c'est possible, soins spécialisés lorsque c'est nécessaire". Celui-ci constitue le fil conducteur des propositions du ministre en matière de modifications législatives relatives aux missions de soins des hôpitaux (définition du programme de soins "soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)"; définition des normes organiques pour les maternités ; qualification des missions de soins supra- et loco-régionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, etc.) ;
- L'évolution vers un financement par forfait all-in par admission sur base de la pathologie ;
- Un travail de décomposition des honoraires des médecins entre les frais de fonctionnement et la rémunération professionnelle en tant que telle, l'idée étant d'inclure les coûts de fonctionnement dans le forfait par pathologie ;
- La réforme de la gouvernance des hôpitaux, visant à mettre l'accent sur les besoins du patient, l'organisation et la qualité des soins, plutôt que sur les discussions financières, partant du postulat que le travail mentionné au tiret précédent ait abouti ;
- La réforme de la nomenclature ;
- Le déploiement des soins intégrés ;
- La modification du financement de la biologie clinique et de l'imagerie médicale ;
- La stimulation et l'harmonisation de l'hospitalisation de jour ;
- Un focus sur la qualité, notamment concernant la résistance aux antibiotiques ou la prévention des infections hospitalières, au travers d'un incitant financier ;
- Un standstill des suppléments d'honoraires et des rétrocessions visant à protéger le patient contre les factures excessives, avant de les réduire.

Cette réforme, certes nécessaire, mais fort ambitieuse, eut pour premier effet de susciter de nombreuses réactions, que l'on peut résumer ainsi :

- La proposition de réforme vise à renforcer un système de financement à l'acte, allant ainsi à l'encontre des recommandations visant à implémenter un système plus transversal de fonctions de base de l'hôpital ;

- Il s'agit de nombreux chantiers, de taille, à suivre en parallèle, malgré des ressources humaines allant décroissant pour chacun des intervenants ;
- La réforme n'aborde pas la question cruciale du sous-financement, et semble même proposer des mesures d'économie ;
- La réforme de la nomenclature doit être aboutie avant de pouvoir réformer le financement ;
- La volonté de conserver de prime abord les forfaits d'honoraires à basse variabilité dans le cadre de la réforme est difficilement compréhensible, compte tenu de l'absence de plus-value de ce mécanisme et de la démultiplication de systèmes parallèles que cela créerait, puisqu'ils viendraient s'ajouter à celui du forfait all-in par pathologie ;
- La scission des frais de fonctionnement de l'hôpital et de la rémunération professionnelle des médecins engendre diverses conséquences dont, notamment, la suppression de la marge de négociations entre gestionnaires et corps médical, la responsabilisation unique du gestionnaire en ce qui concerne l'équilibre financier final, etc. ;
- Qu'en est-il de l'intégration, dans un système de financement par DRG, de nouvelles enveloppes visant à couvrir des coûts spécifiques (alloués pour les accords sociaux, une nouvelle fonction administrative dans le BMF, un "Fonds Blouse Blanche", etc.) ? ;
- Qu'en est-il de l'intégration dans le système proposé des financements via le Maribel social ?
- Quid des différents éléments pris en compte aujourd'hui dans le financement (liés aux particularités des patients) qui ne le seront plus dans un système all-in par DRG demain ?
- La proposition parle d'enveloppe fermée alors que certaines parties du BMF sont calculées sur base de paramètres totalement obsolètes ;
- Etc.

Dans la foulée de la présentation de cette réforme, un groupe de pilotage a été créé à l'initiative du cabinet du ministre Vandembroucke. Ce groupe de pilotage - constitué de représentants des organismes assureurs, des syndicats médicaux, des fédérations hospitalières, de l'INAMI, du SPF Santé publique et du cabinet du ministre Vandembroucke - se réunit depuis début 2022 sur une base mensuelle, afin de permettre un suivi régulier, avec le secteur, de l'évolution de la réforme.

La première mesure à ainsi voir le jour dans le cadre de cette réforme est celle d'un double standstill sur les suppléments d'honoraires et les taux de rétrocession.

Celle-ci ayant fait l'objet d'un accord de la coalition gouvernementale et ayant été reprise dans l'accord médico-mutualiste depuis trois ans, elle constituait, pour le ministre, une priorité dans le cadre de la réforme.

Concrètement, il s'agit d'interdire toute augmentation des tarifs maximums des suppléments d'honoraires tels qu'inscrits dans la réglementation générale de l'hôpital au moment de la conclusion de la convention collective, et ce, jusqu'au 30 avril 2023, sous réserve des augmentations résultantes de négociations entamées par le conseil médical et le gestionnaire de l'hôpital avant le 28 janvier 2022.

Parallèlement, les conventions relatives aux retenues (rétrocessions) qui ont trait à des prestations pour lesquelles des honoraires ont été fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ne peuvent être modifiées jusqu'au 30 avril 2023 dans la mesure où ces modifications découlent de l'application du premier alinéa.

Ce premier accord entériné, le ministre a posé un autre débat sur la table. Bien que chronologiquement incohérent - la question étant bien entendu liée de manière indissociable à la mise en œuvre des mécanismes de financements tels que modifiés par la réforme - le ministre a demandé aux syndicats médicaux de coucher sur papier leur vision de la gouvernance hospitalière. Malgré le fait que les fédérations hospitalières n'y aient pas été invitées, celles-ci ont cependant souhaité se positionner sur la question.

Sur base d'une enquête réalisée auprès de ses institutions membres, santhea a rédigé un document reprenant le positionnement de la fédération sur cette question. Ce document rappelle tout d'abord les règles de bonne gouvernance, les règles de droit public, du droit des ASBL et du droit des associations applicables à la matière. Au-delà de ces éléments purement juridiques, si les hôpitaux santhea ne remettent pas en cause le principe de l'implication des médecins hospitaliers dans le développement de la stratégie médicale, ils y posent toutefois certaines limites. Quelques pistes alternatives à la vision du banc des médecins sont aussi abordées, parmi



lesquelles une composition des organes d'administration plus professionnelle et diversifiée, une intensification des consultations opérationnelles permanentes, un renforcement et une professionnalisation de la fonction de directeur médical et des chefs de service, une composition conjointe des comités consultatifs internes, une clarification de la position des médecins dans l'organe d'administration et une plus grande implication des autres employés dans la politique et la gestion de l'hôpital.

Les discussions à ce sujet en sont restées à ce stade, pour l'instant, mais seront fort certainement remises sur la table à l'avenir.

Parallèlement à ces pourparlers, diverses modifications législatives relatives aux missions de soins des réseaux, après avoir fait l'objet d'un avis du CFEH, ont été adoptées dans le courant de l'année 2022. Ainsi, ont été revus, notamment, le programme de soins "soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)", la définition des normes organiques pour les maternités, la qualification des missions de soins supra- et loco-régionales des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Ces mesures sont abordées plus en détail dans les thématiques développées dans le présent rapport annuel. Nous ne n'y attarderons pas davantage ici.

Fût également abordée dans le cadre des réunions du groupe de pilotage, une modification du financement des services de biologie clinique. L'intention est ici de libérer 15% des dépenses totales consacrées à la biologie clinique dont une partie (majeure) serait réinjectée dans le secteur hospitalier. Le reste de ce montant serait consacré à la réforme de la nomenclature.

La méthode pour y parvenir consiste à réduire la lettre-clé. Cependant, un groupe de travail doit en principe se pencher tant sur le pourcentage dont il conviendrait de réduire la lettre clé et les sous-parties des prestations de biologie clinique visées, afin d'atteindre l'objectif de réduction de 15%, que sur la question de la répartition de l'indemnisation à accorder à chaque hôpital. Celui-ci n'a pas encore été réuni.

Enfin, au terme de l'année 2022, à la demande insistante des représentants des médecins, un projet d'arrêté royal exécutant l'article 155 §3 de la loi du 10 juillet 2008 sur les établissements hospitaliers a été discuté. Pour rappel, l'article 155 prévoit l'affectation des honoraires perçus de façon centrale par l'hôpital. L'article 155 §3, quant à lui, permet au Roi de fixer des critères d'évaluation et

d'imputation de ces frais c'est-à-dire, en d'autres mots, de fixer les règles en matière de communication d'information par le gestionnaire de l'hôpital au conseil médical lorsque la retenue sur les suppléments d'honoraires est exprimée en pourcentage. Ce projet d'arrêté royal a été longuement débattu entre les représentants des médecins et des gestionnaires hospitaliers, avant de déboucher sur un accord. Il poursuit à présent son parcours législatif et devrait être finalisé dans le courant de l'année 2023.

Le groupe de pilotage poursuit ses réunions et l'accompagnement des mesures adoptées dans le cadre de cette réforme. 2023 devrait voir son lot de modifications en ce sens.



Il s'agit d'interdire toute augmentation des tarifs maximums des suppléments d'honoraires.





**REPRÉSENTATION
ET DÉFENSE
DE NOS
MEMBRES**

PARTIE

4

Représentation et défense de nos membres

Afin de remplir les missions qui nous sont dévolues, santhea siège au sein de multiples instances, et ce tant au niveau fédéral que régional. La liste ci-dessous reprend les principaux mandats dont nous disposons.

Fédéral

INAMI

- Conseil général de l'assurance soins de santé
- Comité de l'assurance soins de santé
- Commissions de convention (Hôpitaux généraux-OA, Hôpitaux psychiatriques-OA)
- Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs
- Commission informatique
- Commission de profils pour les prestations effectuées au sein des EH et les journées d'entretien
- Comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux
- Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux
- Conseil technique de l'Hospitalisation
- Conseil technique des radio-isotopes
- Groupe de travail Hadronthérapie
- Comités de pilotage :
 - Convention chirurgie complexe œsophage-pancréas
 - Convention rééducation des patients avant et après une arthroplastie primaire du genou et de la hanche soutenue par une application mobile
- Comités d'accompagnement :
 - Healthdata
 - Concertation médico-pharmaceutique dans les MR-MRS
 - Plan interfédéral pour des soins intégrés
 - Formation et suivi des bénéficiaires sous alimentation parentérale à domicile
- Section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques - Service des soins de santé
- Chambre de 1^{re} instance d'expression francophone du Service d'évaluation et de contrôle médicaux
- Chambre de recours d'expression francophone du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

SPF SANTÉ PUBLIQUE

- Conseil fédéral des Établissements hospitaliers
- Commission paritaire nationale médecins/hôpitaux (CPNMH)
- Structure de concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les OA
- Organe de concertation relatif à la réforme des soins de santé mentale pour adultes (Projet 107)
- Conseil national des secours médicaux d'urgence
- Commission fédérale "Droits du patient"
- Plateforme d'accompagnement Soins intégrés
- Groupe de travail P4P "Expérience Patients"

SPF EMPLOI

- Commission paritaire 330
- Commission paritaire 332
- Fonds sociaux - groupes à risque : secteur Hôpitaux privés, secteur Personnes âgées, Établissements et Services de santé
- Comité de gestion Fonds Maribel social secteur privé
- Comité de gestion Fonds Maribel social secteur public
- Comité de gestion Fonds Maribel social CP 332
- Comité de gestion du fonds de pension des secteurs de la santé
- Comité d'entente des employeurs
- Fonds intersectoriel des Services de santé (FINSS) lié à la CP 330
- Association des fonds sociaux du secteur non-marchand (AFOSOC)
- Association des fonds sociaux et bicommunautaires (FE-BI)
- Association paritaire pour l'emploi et la formation (APEF)
- IFIC ASBL Conseil d'administration
 - Comité de pilotage secteur public
 - Commissions de recours externe secteur fédéral public de la santé
 - Comité de pilotage secteur privé

Autres

- Comité de gestion de la plateforme e-Health
- Conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE)

Entités fédérées

Région wallonne

- Commission wallonne de la Santé (CWS)
- AViQ
 - Comité "Bien-être et Santé"
 - Commission "Hôpitaux"
 - Commission "Accueil et hébergement des personnes âgées"
 - Commission technique "Revalidation"
 - Commission "Santé mentale"
 - Collège central de la stratégie et de la prospective
 - Groupe de travail experts hospitaliers
- Commission de l'action et de l'intégration sociale, des services collectifs et de la santé
- Commission wallonne 3^e âge
- Comité C
- Conseil régional de formation (CRF)
- ASBL CRéSaM "Centre de référence en santé mentale"
- Groupe de travail décret Santé mentale (IHP-MSP)
- Conseil économique, social et environnemental de Wallonie, Commission de l'Action et de l'Intégration sociale, des services collectifs et de la santé
- Comité d'accompagnement - INAH
- IFIC Comité de pilotage régional
 - Groupe de travail technique public
 - Groupe de travail technique privé
 - Commission d'accompagnement sectorielle des attributions de fonctions
 - Commissions de recours interne sectorielle
 - Commission de recours externe

Fédération Wallonie-Bruxelles

- Conseil des Hôpitaux universitaires
- ARES Conseil d'orientation

Bruxelles

- Commission de convention informelle MRPA-MRS
- Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale - IRISCARE :

- Comité général de gestion de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales
- Conseil de gestion de la Santé et de l'Aide aux personnes de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales
- Commission technique Revalidation et Santé mentale
- Commission communautaire française : Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la santé - section hébergement
- IFIC Comité de pilotage régional
 - Commission d'accompagnement sectorielle des attributions de fonctions
 - Commissions de recours interne sectorielle
 - Commission de recours externe

Autres instances

- UNIPSO
- UNISOC
- BRUXEO
- PAQS ASBL
- FARES ASBL
- Fédération internationale des Hôpitaux
- HOPE
- ISQua
- Himss
- Ciriec
- Respect Seniors







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

PARTIE

5

UNE EXPERTISE DÉMONTRÉE AU TRAVERS DE NOS DOSSIERS



Accord médico-mutualiste 2022-2023 **Cadre financier 2023**

Les médecins et les mutuelles se sont mis d'accord, fin 2022, sur le cadre financier dans lequel évolueront les honoraires en 2023. Le taux d'indexation moyen au 1^{er} janvier 2023 s'élève à 7,11% (à appliquer aux montants valables au 1^{er} janvier 2022). Certaines prestations, comme la consultation chez le médecin généraliste, sont davantage valorisées (aux alentours de 10%) tandis que les forfaits d'hôpital de jour, établis par la convention nationale, ont d'office été indexés du coefficient résultant du rapport entre l'indice santé de juin 2022 et l'indice santé lissé de juin 2021 (= 8,14%).

Accord non marchand wallon pour les secteurs régionalisés, publics et privés

L'accord non marchand signé le 26 mai 2021 pour les secteurs public et privé non marchand wallon est doté d'un budget global de 260 millions d'euros à l'horizon 2024. Dans ce budget, 34 millions sont destinés à améliorer les conditions de travail et 110 millions au financement de la

revalorisation des fonctions via la mise en œuvre des nouvelles classifications de fonctions IFIC dans les institutions wallonnes de santé dont la compétence a été transférée à la suite de la 6^{ème} réforme de l'État aux entités fédérées, afin d'aligner les barèmes des soins de santé régionaux sur les barèmes fédéraux des soins de santé.

IFIC régional wallon public et privé

Des rapportages ont été organisés courant de l'année 2022, tant pour le secteur public que pour le secteur privé, sur base d'un protocole du Comité C pour le secteur public régional wallon et d'une Convention collective de travail pour le secteur privé régional wallon. L'objectif de ces rapportages était d'évaluer le coût global de la mise en œuvre des nouveaux barèmes IFIC pour garantir le financement complet de ces barèmes aux institutions.

Les résultats de ces rapportages ont permis de valider le lancement de l'IFIC régional à 100% avec effet rétroactif pour les travailleurs au 1^{er} juillet 2022. L'AViQ financera les compléments IFIC aux barèmes uniquement pour les travailleurs qui font le choix de passer à l'IFIC, sous forme d'un forfait par fonction et par année d'ancienneté. En fin d'année, l'AViQ a versé une avance à chaque institution pour financer ces compléments IFIC du premier semestre 2022, ce qui couvre la période de l'effet rétroactif.

Mesures qualitatives dans le secteur privé

Sur l'enveloppe globale de 34 millions d'euros pour les mesures qualitatives, 20,7 sont dédiés au secteur privé pour l'engagement de personnel complémentaire dans le secteur des Maisons de repos et de soins, des Maisons de soins psychiatriques et les Initiatives d'habitation protégées. Ces augmentations de personnel sont conditionnées à la conclusion de CCT qui mettent en œuvre les mesures prévues par l'accord non marchand.

Les organisations syndicales demandaient la signature des mêmes CCT qualitatives que celles conclues pour les secteurs fédéraux. Au fil des négociations, un accord a été conclu sur les thématiques suivantes :

- Le droit à trois semaines de vacances consécutives comprenant trois week-ends ;
- Deux méthodes possibles pour l'élaboration et la communication des horaires. Soit, il est affiché et communiqué 20 jours avant le début du mois de prestation ; soit il s'agit d'appliquer les trois mêmes étapes que pour les hôpitaux du secteur privé fédéral à savoir un horaire planifié au plus tard trois mois avant le début du mois de prestation, affichage de l'horaire un mois avant le début du mois de prestation et cet horaire devient définitif sept jours avant le début de la semaine de prestation ;
- La possibilité d'élargir la période de référence actuelle d'un trimestre pour la comptabilisation des heures supplémentaires à une période de six mois maximum consécutifs. Et la possibilité de s'écarter du semestre civil pour déterminer la période de référence ;
- La possibilité de réduire l'intervalle de repos de onze heures entre deux prestations à neuf heures lorsqu'une prestation du matin suit une prestation du soir, moyennant une demande écrite. Cette dérogation ne peut pas constituer un horaire de base ;
- Pour les travailleurs à temps partiel avec horaire variable, seules les prestations effectuées en dehors de l'horaire définitif donnent droit au versement de sursalaires. Les prestations effectuées au-delà de la durée moyenne hebdomadaire, mais conformes à l'horaire définitif ne justifient plus de sursalaires ;
- L'élargissement du temps de libération syndicale à 20 jours par mandat syndical à partir des élections sociales de 2024. Ce nombre de jours est déjà porté à 15 dès la signature de la CCT. Cette mesure reste plafonnée au temps de travail dédicacé que l'institution recevra effectivement du fonds Maribel.

Mesures qualitatives pour le secteur public wallon

Les partenaires sociaux du secteur public ont reconduit les engagements de personnel complémentaire dans les institutions qu'ils avaient octroyés depuis le second semestre 2021, 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 ne sont pas possibles.

Accord non marchand bruxellois pour les secteurs régionalisés privés

IFIC régional privé bruxellois

Les partenaires sociaux se sont accordés en date du 14 mars 2022 sur une CCT déterminant les procédures de mise en œuvre de la classification de fonction IFIC. La CCT relative à l'introduction du nouveau modèle salarial a été signée le 11 juillet 2022. Elle fixe la date d'envoi des attributions de fonctions aux travailleurs entre le 17 octobre 2022 et le 16 janvier 2023. À ce stade, les autorités bruxelloises ont décidé de ne pas activer l'IFIC dans les institutions publiques.

Mesures qualitatives dans le secteur privé

En date du 13 juin, les partenaires sociaux ont signé 4 CCT similaires aux 4 CCT wallonnes évoquées précédemment. Ces CCT portent sur les mêmes thématiques que celles signées en application de l'accord social wallon. Elles définissent le droit à trois semaines de vacances annuelles; la stabilité des contrats de travail ; l'organisation du travail et la communication des horaires ainsi que le passage à 20 jours de disponibilité par mandat syndical dès les élections sociales de 2024.

Mise en œuvre des accords sociaux fédéraux 2020-2024 des secteurs public et privé

Prime de 400 euros brut pour les travailleurs des secteurs public et privé

Un budget de 100 millions a été réservé pour soutenir des mesures visant à l'amélioration qualitative des conditions de travail. Faute d'accord sur d'autres mesures, les partenaires sociaux des secteurs public et privé sont arrivés à un accord commun pour octroyer une prime de 400 euros brut à l'ensemble des travailleurs sous forme de complément à la prime d'attractivité pour le personnel du secteur public fédéral et d'un complément à la prime de fin d'année pour les travailleurs du secteur privé fédéral.

Mesures qualitatives dans le secteur public

Le ministre Vandembroucke a pris l'initiative de relancer les négociations entre partenaires sociaux dès 2021, pour concrétiser les mesures qualitatives de l'accord social fédéral public. Dans le secteur privé, ces mesures avaient fait l'objet de conventions collectives de travail dès 2021.

Après des mois de discussion, un protocole d'accord a pu être signé le 13 octobre 2022 en Comité A. Ce protocole prévoit les mesures qualitatives suivantes :

- Pour le travail de nuit, il offre la possibilité aux travailleurs qui justifient d'au moins 20 ans de travail de nuit de solliciter une fonction sans prestations de nuit à partir de 50 ans s'ils justifient des raisons médicales sérieuses ou à partir de 55 ans sans justification médicale. Il s'agit là de la transposition de la CCT n°46 du Conseil national du travail (*relative aux mesures d'encadrement du travail en équipe comportant des prestations de nuit ainsi que d'autres formes de travail comportant des prestations de nuit*) applicable à l'ensemble des secteurs privés ;
- Il permet plus de stabilité des contrats de travail à temps partiel et des contrats à durée déterminée. Il s'agit d'octroyer la priorité à ces travailleurs s'ils en sont demandeurs, pour des compléments d'heures ou pour un emploi à temps plein dans l'institution ;
- Le droit à trois semaines consécutives de vacances, trois week-ends inclus, moyennant une planification des congés et des règles de priorités à définir. Ce droit peut être limité en raison d'impératifs sérieux de service ;
- La limitation des sursalaires pour les travailleurs à temps partiel avec horaire variable aux heures prestées en dehors de l'horaire définitif. Les prestations effectuées au-delà de la durée moyenne hebdomadaire, mais conformes à l'horaire définitif ne justifient plus de sursalaire ;
- La possibilité de réduire de façon exceptionnelle à neuf heures l'intervalle de repos de onze heures consécutives entre deux prestations de travail, lorsqu'une prestation du soir est immédiatement suivie d'une prestation du matin.

Groupe de travail "aînés"

Le groupe de travail "aînés" est un lieu d'échange entre les gestionnaires d'établissements pour aînés. Lors de ces rencontres, nous abordons des sujets d'actualité du secteur et les thématiques souhaitées par les membres. Après les différentes crises successives, ces réunions ont pu reprendre leur rythme de croisière en présentiel en 2022.

AVC/centres S2 (CFEH)

Après de multiples réunions du groupe de travail constitué pour l'occasion, le Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers (CFEH) a rendu un avis le 12 mai 2022 sur un projet d'arrêté royal relatif au programme de soins AVC.

Au-delà des critères avancés par le ministre (plus de 50 thrombectomies en moyenne par an sur une période de

trois ans par centre et un critère de distance visant à une répartition géographique plus homogène sur le territoire), le CFEH a proposé la prise en compte d'un 3^{ème} critère afin d'effectivement rencontrer la nécessité d'une répartition équitable des 15 centres S2 sur le pays.

La proposition fut partiellement entendue puisqu'un nombre maximum de centres S2 par autorité compétente pour l'agrément fut défini dans l'arrêté royal finalement adopté.

De même, une période transitoire fut proposée, et retenue, pour permettre aux hôpitaux concernés de s'adapter aux nouvelles exigences.

Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux

Qu'il s'agisse du BMF notifié au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet 2022, aucun arrêté modificatif de l'AR BMF n'a été communiqué au Moniteur belge pour publication en 2022. La dernière coordination officieuse de l'AR BMF que santhea a pu diffuser auprès de ses membres concerne l'exercice 2021. Toutefois, compte tenu des informations successives reçues du ministre ou de son administration, santhea a informé ses membres des diverses modifications apportées au BMF en 2022.

Suite au recours introduit par santhea, le Conseil d'État avait annulé par son arrêt fin 2021, plusieurs mesures d'économie prises par la ministre De Block dans le BMF en 2017. Citons plus particulièrement l'importante réduction linéaire annuelle de 18,7 millions d'euros, qui sera remboursée intégralement aux hôpitaux, et ceci pour les cinq années et demie écoulées depuis le 1^{er} janvier 2017. Il en sera de même de l'économie imposée aux hôpitaux non académiques disposant de lits universitaires. Cependant, l'annulation de la prise en considération des lits justifiés au lieu des lits agréés dans le calcul de toute une série de mesures en sous-partie B4, n'entre en vigueur que le 24 décembre 2021.

La coordination de l'AR BMF au 1^{er} janvier 2021 tient compte de l'annulation par le Conseil d'État de ces mesures d'économie, ainsi que de l'annulation de la réécriture à partir de juillet 2019 des modalités de calcul de la sous-partie B7A spécifique aux hôpitaux académiques.

Entre autres mesures spécifiées dans l'AR BMF coordonné au 1^{er} janvier 2021, la correction moyenne salariale opérée dans la sous-partie B2 est progressivement supprimée en trois ans, des tranches de financement supplémentaires sont insérées en sous-partie B3 pour financer les frais de fonctionnement de la radiothérapie, le financement de l'enregistrement du TDI "Treatment Demand Indicator" en sous-partie B4 s'appuie désormais sur les données fournies par Sciensano, les modalités de financement du DPI restent celles retenues en 2020, les enveloppes budgétaires globales dévolues au financement des projets pilotes sont augmentées pour tenir compte des diverses initiatives prévues, les dispositions relatives au Fonds Blouses Blanches sont intégrées dans l'AR BMF, ainsi que ses modalités de rapportages.



L'AR BMF reprend également le principe d'un financement des accords récents du secteur non marchand (IFIC, amélioration qualitative des conditions de travail) en sous-partie B9, mais sans en expliciter encore les modalités concrètes définitives, qui doivent encore faire l'objet d'un arrêté spécifique. La liste des forfaits de financement IFIC dans les hôpitaux privés est cependant complétée de 42 codes supplémentaires.

Une disposition nouvelle est insérée dans l'AR BMF précisant que tous les calculs pour lesquels des données relatives aux années 2020 et 2021 auraient dû être utilisées sont, par dérogation, effectués sur base des données relatives à l'année 2019, à l'exception des calculs relatifs aux révisions des ETP définitifs pour le financement de la prime COVID-19 de 985 euros, des mesures de fin de carrière et autres mesures relatives à l'augmentation du personnel, du complément de la prime d'attractivité, de l'IFIC, du complément fonctionnel et des primes TPP/QPP.

Dans le BMF notifié au 1^{er} janvier 2022, signalons que le ministre a ordonné la suspension de l'octroi au secteur du budget de 7 millions d'euros précédemment attribué en tant que forfait réseaux hospitaliers locorégionaux.

Un arrêté paru fin décembre 2021 incorpore dans le budget global destiné au Budget des Moyens Financiers des hôpitaux pour l'année 2022, les budgets complémentaires pour le passage à l'IFIC dans les hôpitaux tant publics que privés et un budget pour le statut des médecins spécialistes en formation. Cependant, ce budget n'intègre pas les moyens suffisants pour couvrir les multiples indexations des salaires intervenues en 2022, les prévisions du Bureau fédéral du Plan utilisées lors de la procédure budgétaire INAMI 2022 à l'automne 2021, n'anticipant pas une telle accélération de l'inflation.

Une adaptation du budget global BMF 2022 sera cependant bien opérée en cours d'exercice 2022 pour intégrer notamment les diverses indexations intervenues au premier semestre 2022 et une hypothèse de deux indexations (au lieu de trois finalement avérées) au second semestre 2022, dès le BMF au 1^{er} juillet 2022.

La correction est effectivement apportée dans le BMF notifié au 1^{er} juillet 2022 avec rattrapage, pour tenir compte des trois indexations intervenues au premier semestre 2022, qui n'avaient pas pu être anticipées dans le BMF notifié au 1^{er} janvier 2022.

Dans le BMF notifié au 1^{er} juillet 2022, le DPI est resté attribué selon les modalités simples utilisées en 2020 et 2021. Un budget one-shot de 20 millions d'euros pour financer la cybersécurité est réparti entre les hôpitaux. Une nouvelle ligne est créée en sous-partie B4 pour financer un nouveau complément de spécialisation aux infirmiers agréés pour un titre professionnel particulier ou une qualification professionnelle particulière sous certaines conditions s'ils ont fait le choix d'être rémunérés selon le nouveau modèle salarial IFIC. Il s'agit d'une provision (budget de 23 millions inséré dans le budget global BMF 2022) qui fera l'objet d'une révision sur base des ETP réels concernés.

Dans le BMF notifié au 1^{er} juillet 2022, le Fonds Blouses Blanches 2022 (plus de 300 millions d'euros) fait l'objet d'un nouveau mode de répartition distinct, s'inspirant des propositions du CFEH en la matière, basé sur une majoration de 10% d'une partie des points B2 pour le secteur aigu. Pour les autres secteurs, il est octroyé l'équivalent d'un ETP par unité de soins théorique. Un coefficient multiplicateur est appliqué à l'ensemble des hôpitaux afin de liquider l'entièreté du budget Fonds Blouses Blanches BMF 2022.

Enfin, un budget de 9 millions d'euros en base annuelle (également inséré dans le budget global BMF 2022) est ajouté dans le calcul de la sous-partie B2 des hôpitaux aigus au 1^{er} juillet 2022, afin d'augmenter de 0,81 à 0,95 le coefficient utilisé dans le calcul des lits d'hospitalisation chirurgicale de jour financés.



Budget des soins de santé 2023

La proposition de budget des soins de santé 2023 de la délégation gouvernementale au Conseil général de l'INAMI a été approuvée à l'unanimité par ce dernier lors de sa séance du 17 octobre 2022. Celle-ci reprend une majorité des initiatives proposées par le Comité de l'Assurance au niveau de l'allocation de la marge budgétaire de 195 millions d'euros ainsi que plusieurs mesures "de crise", hors marge budgétaire. Parmi les mesures financées grâce à la marge budgétaire, on notera le budget de 15 millions d'euros pour le soutien aux hôpitaux contre les cyberattaques, le budget de 6,4 millions d'euros pour les soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques et le budget de 6,5 millions d'euros pour le transport interhospitalier. Il existe aussi un budget de 100 millions d'euros destiné uniquement aux prestataires complètement conventionnés et devant couvrir, initialement, la hausse des coûts de fonctionnement. Malgré l'objectif initial de cette mesure, il ressortait des dernières discussions au Comité de l'Assurance que les hôpitaux ne bénéficieraient pas directement de cette mesure. La concrétisation de celle-ci n'était toujours pas claire fin 2022. En dehors du budget de l'assurance maladie, on notera la libération d'un budget de 80 millions d'euros pour la compensation des surcoûts dus à la crise énergétique dans les hôpitaux durant le premier semestre 2023. La proposition gouvernementale officialise également le fait que la mise en place de l'HAD sera en partie financée par un montant prélevé sur le BMF, au titre d' "appropriate care".

Groupe de travail INAMI Lecture Carte eID

La vérification systématique de l'identité des patients par l'intermédiaire de la carte d'identité électronique (eID) deviendra obligatoire dans les hôpitaux à partir du 1^{er} janvier 2024. Afin de sensibiliser les patients, les soignants et les travailleurs sociaux, l'INAMI a mis en place un groupe de travail pour préparer une nouvelle campagne d'information. Celle-ci informera les personnes concernées sur l'obligation, pour les patients, de disposer de leur eID lorsqu'ils se rendent à l'hôpital, et sur les conséquences en cas de non-présentation de celle-ci.

Avis rendus par le CFEH en 2022

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.

Accord social et IFIC

Le CFEH a remis trois avis relatifs à ces thématiques en 2022.

Le premier avis, émis en janvier 2022, souligne plus particulièrement les budgets B9 incomplets liquidés aux hôpitaux relatifs au passage à 100% aux barèmes IFIC au 1^{er} juillet 2021, et les rattrapages nécessaires en C2 à l'horizon du BMF au 1^{er} juillet 2022, qui ont, en définitive, effectivement été octroyés.

Dans son deuxième avis, émis en mai 2022, le CFEH confirme sa demande d'un financement le plus identique possible entre hôpitaux publics et privés et demande d'intégrer dans le système de financement IFIC les mesures d'accords sociaux antérieurs devenues extinctives.

Le CFEH demande de majorer de 5,81% les forfaits de financement des primes de fin de carrière, pour tenir compte du passage à 100% vers les barèmes IFIC dans les hôpitaux. Le CFEH demande également d'intégrer les droits acquis TPP/QPP dans le système de financement IFIC, voie qui ne sera pas suivie en définitive par le ministre.

En juin 2022, le CFEH émet un troisième avis quant aux modalités de financement du nouveau complément de spécialisation pour les infirmiers agréés TPP/QPP rémunérés selon le nouveau modèle salarial IFIC, au travers d'un budget de 23 millions d'euros en budget provisionnel 2022 et une estimation de surcoût potentiel de 45 millions d'euros en vitesse de croisière, que le CFEH estime d'emblée sous-évalués. En révisions, le CFEH préconise d'intégrer les trois financements IFIC, TPP/QPP et compléments de spécialisation dans le cadre d'un budget ouvert, qui tiennent compte des ETP réels dans les hôpitaux.

Programmation et financement des lits SP

Le CFEH a émis deux avis relatifs à la programmation des lits SP, abordant également certains aspects budgétaires et financiers.

Dans son avis de février 2022, le CFEH préconise une augmentation de la programmation des lits SP de 1.371 lits supplémentaires, ainsi qu'une approche globale de l'offre de soins de réadaptation (services SP dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux catégoriels et spécialisés, soins ambulatoires, conventions de réadaptation, formes d'accueil en dehors de l'hôpital, ...). Il souhaite examiner l'opportunité de remplacer à moyen terme les sous-indices distincts au sein des services SP par un concept de programmes de soins de réadaptation (indice R) et de réadaptation spécialisée (indice R+).

Un second avis, émis en mai 2022, aborde davantage les aspects budgétaires et financiers liés à la création de lits SP supplémentaires. En effet, si ce nouveau critère de programmation augmentée devait être appliqué avec les règles actuelles de reconversion et de financement, des moyens importants devraient être transférés du BMF des lits aigus vers les lits SP, ce qui accroîtrait une nouvelle fois le sous-financement des lits aigus, sans l'ajout de moyens exogènes supplémentaires dans le système. L'adaptation de la programmation et la création de lits SP supplémentaires ne peuvent donc se faire que moyennant des mesures d'accompagnement nécessitant l'injection d'un budget phasé. Les Communautés devraient également avoir le temps d'élaborer leur propre vision de la meilleure répartition et reconnaissance de ces lits. La politique de réhabilitation est une politique conjointe : il est conseillé à la CIM Santé publique de travailler en profondeur sur le parcours global de soins de réadaptation.

Interrogé par le ministre quant à l'opportunité de financer les lits SP selon le principe des lits justifiés, le CFEH ne s'est montré favorable ni à une refonte profonde du financement des lits SP à l'aube d'une importante réforme du financement hospitalier du secteur aigu, ni à un financement des lits SP sur base de lits justifiés (au sens d'une durée standard par pathologie). Les DM-RHM / ICD-10 / APR-DRG ne sont des outils adaptés ni pour caractériser les patients et séjours dans ces lits, ni a fortiori pour délimiter des groupes "homogènes" qui mériteraient un financement basé sur une durée moyenne de séjour, en raison de la trop grande variabilité de la durée de séjour. Par ailleurs, les structures d'aval et/ou de domicile pour accueillir ces patients au sortir du lit SP sont actuellement insuffisamment développées et inadéquatement réparties pour envisager d'ajouter une pression supplémentaire sur ces lits et patients, via le financement d'une durée limitée.

COVID-19 : interventions financières

En février 2022, le CFEH émet un avis sur la prolongation des compensations prévues en vertu de l'intervention financière fédérale exceptionnelle^[1]. Dans cet avis, le CFEH appuie la proposition du ministre de prolonger les postes 1 (forfaits surcoûts) et 4 (forfait de disponibilité à destination des prestataires de soins) pour une durée de six mois supplémentaires (période allant d'octobre 2021 à mars 2022). Par ailleurs, le CFEH insiste pour que la garantie des parties variables du BMF soit assurée en 2021, comme elle l'était en 2020, avec pour motivation première le fait que l'activité en 2021 n'est toujours pas revenue à son niveau de 2019. Le CFEH propose d'utiliser notamment les soldes liés aux autres postes du budget INAMI pour financer cette compensation BMF. Le CFEH réitère également sa demande d'éviter d'appliquer des déductions finales au montant global compensatoire destiné aux hôpitaux, liées au chômage temporaire d'une part et aux produits pharmaceutiques reçus durant la crise d'autre part : si une telle application devait être effectuée, elle devrait être strictement limitée et il faudrait s'assurer au préalable du caractère suffisant de l'intervention financière COVID-19 que cette déduction serait supposée corriger. Il est aussi demandé de ne rien déduire en lien avec les équipements de protection individuelle reçus qui ne représentent pas un (sur)coût recensé par les hôpitaux et donc ne font pas partie du calcul de la compensation due à chaque hôpital.

[1] Arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de la COVID-19.



Financement des hôpitaux HUB et campagne de vaccination dans les hôpitaux

Le 21 juin 2022, le CFEH a reçu la réponse du ministre au sujet des modalités de financement des hôpitaux HUB en matière de vaccin et de la campagne de vaccination dans les hôpitaux. Compte tenu des évolutions depuis le printemps 2021 et du protocole d'accord intervenu entre le fédéral et les autorités régionales le 9 février 2022, le ministre revient sur les propositions concrètes émises en 2021 par le CFEH.

En ce qui concerne la compensation financière pour les hôpitaux HUB dans le cadre des vaccins contre la COVID-19, le CFEH préconise de vérifier au préalable l'exactitude des chiffres auprès des hôpitaux. Le CFEH considère que le financement des coûts administratifs des vaccins à traiter doit être accordé dès le premier type de vaccin traité par le HUB, et non à partir du deuxième. Le CFEH fait également valoir que le financement proposé par envoi ne peut être limité à un maximum d'un envoi par jour et par point de vaccination. En effet, il peut y avoir plusieurs raisons pour lesquelles plusieurs envois par jour sont nécessaires (logistique, disponibilité des vaccins, plusieurs types de vaccins, etc.), chacune d'entre elles entraînant des coûts correspondants.

Concernant la compensation financière aux hôpitaux pour les coûts de la vaccination du personnel hospitalier et des tiers, le CFEH estime que les bases de données Vaccinet ont été créées dans un but différent de celui du financement et doivent être traitées avec la plus grande prudence : en principe, tous les hôpitaux (tant généraux que psychiatriques) devraient se voir garantir le droit au financement au moins de leur propre personnel et de leurs patients (ambulatoires ou hospitalisés) au sein de leur propre hôpital.

Les hôpitaux qui ont, en outre, assumé le rôle de centre de vaccination devraient également recevoir un financement équivalent pour la vaccination de leur personnel et de leurs patients dans la mesure où celui-ci n'a pas été accordé par les entités fédérées. Le CFEH estime que ce principe doit primer sur les problèmes administratifs causés par l'impossibilité de distinguer l'administration du vaccin au personnel et aux patients de l'hôpital, d'une part, et l'administration par le centre de vaccination, d'autre part.

Le CFEH suggère donc de procéder à des contrôles ciblés entre les bases de données disponibles dans les hôpitaux qui n'ont fourni des données qu'en tant que centres de vaccination et la liste des hôpitaux qui sont effectivement reconnus par les autorités comme centres de vaccination et de contacter les hôpitaux pour lesquels les données ne permettraient pas de distinguer clairement le personnel et les patients concernés par ce financement.

Le CFEH est surpris d'apprendre que la proposition pour le financement de la vaccination dans les collectivités a été profondément réduite à 9,66 euros par personne entièrement vaccinée plutôt que par injection, comme proposé par le ministre lui-même dans sa lettre du 30 juin 2021 au CFEH. La nouvelle proposition implique de facto une quasi-division de moitié de celle-ci alors que le protocole d'accord chiffre à 9,66 euros le coût par injection.

En outre, le CFEH note que cette valeur unitaire s'écarte sensiblement de l'indemnisation proposée de 26,38 euros, voire 31,38 euros y compris des frais liés, par vaccination dans son avis de 2021. Elle diffère également de manière significative du remboursement de 15,50 euros par piqûre, fixé par l'INAMI pour les infirmières à domicile. Le CFEH demande donc une clarification supplémentaire et détaillée de la méthode de calcul appliquée : il faut accorder minimum 9,66 euros par injection (et non par personne vaccinée).

La date limite du 30 novembre 2021 proposée dans le protocole d'accord implique la possibilité qu'un nouveau protocole d'accord soit conclu et devienne applicable par la suite. Le CFEH souhaite attirer l'attention du ministre sur le financement nécessaire des coûts de la piqûre booster supplémentaire qui a débuté à partir de septembre 2021 et demande l'extension du financement de la vaccination, notamment pour le financement de la piqûre de rappel qui sera organisée dans les hôpitaux à partir de septembre 2022.

Besoins prioritaires 2023

En avril 2022, le CFEH définit les besoins qu'il juge prioritaires pour le financement du secteur hospitalier en 2023. La priorité numéro un absolue, au vu de la flambée des prix et plus particulièrement du gaz et de l'électricité, est un financement supplémentaire structurel pour l'augmentation des **dépenses en énergie** dans les hôpitaux.

L'accroissement de **l'attractivité des professions** dans le secteur hospitalier est également une priorité. Le CFEH plaide aussi pour adapter au plus vite les financements liés aux mesures d'accords sociaux (IFIC, mesures qualitatives d'amélioration des conditions de travail, nouvelles primes de spécialisation, ...) à l'évolution réelle des ETP sur le terrain, et de les indexer. Le CFEH demande des moyens pour financer des lieux de stage supplémentaires pour les pharmaciens hospitaliers en formation.

Le CFEH plaide pour **investir à court terme et structurellement dans des besoins ciblés** ayant un fort retour sur investissement tels que la poursuite de l'investissement dans l'hôpital de jour ou dans le secteur de la santé mentale chez les enfants et adolescents, mais également l'innovation et la numérisation, la cybersécurité, le DPI, une structuration des projets pilotes B4 et leur indexation.

Le développement des soins de **santé mentale** reste aussi l'un des principaux objectifs en matière de soins de santé, à nouveau mis en exergue par la pandémie de la COVID-19.

Enfin, les hôpitaux relevant de législations connexes sont régulièrement soumis à de nouvelles **normes** dont le financement est souvent insuffisant, voire inexistant : gouvernance des réseaux locorégionaux, RGPD et protection des données, radioprotection et mesures AFCN, normes PIC/S...

Le déploiement progressif de diverses réformes ayant un impact structurel sur le fonctionnement des hôpitaux (rééchelonnement de la nomenclature, impact du plan de réforme des hôpitaux lancé par le ministre, programmation SP, ...) n'est pas réalisable dans le cadre d'une neutralité budgétaire, principalement parce qu'il n'y a pas de marge financière dans le budget des moyens financiers.

Le CFEH plaide pour un plan pluriannuel qui prévoit des moyens financiers supplémentaires indispensables échelonnés (compensation des restrictions de suppléments d'honoraires, HAD, élargissement de la programmation SP, refinancement du quartier opératoire, concentration des soins dans les réseaux, transport interhospitalier ...). Le CFEH demande également d'accorder suffisamment d'attention à la diminution des charges administratives dans le cadre de ces réformes.

Anomalies constatées dans le calcul de la sous-partie B2

En juin 2022, le CFEH émet un avis concernant deux anomalies constatées dans le calcul de la sous-partie B2.

La première anomalie concerne la prise en considération à la valeur de zéro euro des prestations couvertes par les forfaits à basse variabilité (créés au 1^{er} janvier 2019), qui a influencé indûment le classement des hôpitaux dans les déciles nomenclature utilisés pour l'attribution des points complémentaires B2 CD, E et intensifs.

La seconde anomalie concerne la version du grouper APR-DRG dans le calcul du financement des produits médicaux et du personnel de stérilisation dans la sous-partie B2 : en effet, le fichier national de référence est resté bloqué à la version 28 du grouper APR-DRG, alors que le casemix des hôpitaux individuels auxquels il est appliqué, a évolué au fil du temps vers la version 31 au 1^{er} juillet 2018 et 2019, puis vers la version 34 au 1^{er} juillet 2020 et la version 36 au 1^{er} juillet 2021 et 2022. Ceci a eu pour conséquence d'associer des valeurs erronées au casemix des hôpitaux, et surtout de ne pas prendre en considération un grand nombre de leurs séjours et journées pour les numéros d'APR-DRG qui n'apparaissaient plus, en particulier dans les versions 34 et 36. La conséquence en a été un classement faussé des hôpitaux dans les déciles produits médicaux de la sous-partie B2.

Le CFEH demande la correction de ces erreurs avec l'octroi des impacts compensatoires rétroactifs pour les hôpitaux lésés, ainsi que l'adaptation des textes de l'AR BMF pour éviter toute ambiguïté à l'avenir. L'administration ne s'est cependant pas montrée favorable jusqu'à présent à ces demandes du CFEH.

P4P

Avant même d'être interrogé officiellement par le ministre en janvier 2023, le CFEH émet un avis d'initiative en décembre 2022 à l'intention de ce dernier, reprenant des propositions d'indicateurs qualité possibles dans le cadre du P4P.

Le CFEH soutient le principe d'une démarche visant la qualité, mais rappelle que, même si des initiatives P4P sont de plus en plus souvent développées dans le monde entier dans le but d'améliorer la qualité des soins, il n'existe à ce stade aucune preuve convaincante de l'impact de ces mesures sur les résultats des soins. Il convient aussi d'éviter à tout prix les effets secondaires indésirables du P4P, comme le gaming ou la sélection de patients.

En réponse au souhait du ministre de poursuivre néanmoins dans la voie du P4P comme l'indique son plan de réforme hospitalier, le CFEH tient à émettre un avis graduel proposant d'une part un set de thèmes jugés pertinents, utiles et réalisables, et d'autre part insistant sur l'importance de soumettre le P4P en permanence à un cycle PDCA et de définir un trajet à moyen terme vers une politique de qualité cohérente et lisible pour les soins hospitaliers en Belgique, dont le P4P peut être l'un des éléments.



La réflexion P4P ne doit pas se limiter aux hôpitaux généraux aigus, mais inclure à terme également les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux spécialisés.

- Les sept thèmes retenus pour un set intermédiaire d'indicateurs P4P en hôpital aigu sont :
 - au niveau de la structure : un modèle de qualité à l'échelle de l'hôpital avec évaluation externe (du type accréditation ou autre) ;
 - au niveau du processus : l'hygiène des mains, l'usage adéquat des antibiotiques, les CLABSI (Central Line Associated Bloodstream Infections) ;
 - au niveau du résultat : les réadmissions non planifiées, l'expérience des patients (PREM : Patient-reported experience measures), la mortalité.

Le CFEH propose de définir et maintenir un set P4P intermédiaire stable pendant au moins deux ans.

Vu l'importance croissante de la réflexion sur la qualité dans le secteur hospitalier, le CFEH propose la création d'un groupe de travail permanent sous l'égide du CFEH, auquel seraient invités en permanence des représentants de la VIKZ, de la PAQS et de l'équipe P4P du SPF Santé publique. Les indicateurs concrets pourraient alors être élaborés au sein de groupes de travail techniques faisant rapport à ce groupe de travail permanent.

Parmi les sept thèmes que le CFEH recommande, plusieurs sont déjà appliqués aujourd'hui à l'échelle du pays (p. ex. les CLABSI, l'hygiène des mains, les réadmissions non planifiées, les PREM, ...) avec ou sans recours à des définitions, une application et un contrôle harmonisés (à l'échelle nationale). Deux des sept thèmes retenus ont déjà fait partie par le passé du programme P4P pour les hôpitaux généraux, à savoir les PREM et l'accréditation à l'échelle de l'hôpital. Le CFEH estime toutefois souhaitable que les méthodologies sous-jacentes de ces indicateurs dans le cadre du P4P soient améliorées, actualisées et harmonisées davantage. Dans l'éventualité où le ministre validerait la liste de thèmes proposée, une étape suivante serait de constituer par thème un groupe de développement chargé de la finalisation technique/méthodologique.

Le CFEH est d'avis qu'une réflexion approfondie est indispensable avant toute augmentation substantielle du budget P4P, qui ne pourrait s'envisager que dans le cadre de la réforme plus globale du financement. En effet, le financement global doit d'abord être suffisant pour financer tous les frais légitimes, dans le modèle organisationnel et de financement actuel. En outre, le dispositif complet (soutien, mesure, amélioration, apprentissage, cohérence avec d'autres initiatives de qualité, ...) doit être (re)pensé et clair, s'appuyant sur un débat fondamental en la matière alimenté aussi par les données scientifiques probantes quant à l'efficacité des programmes P4P sur la qualité des soins, les résultats pour le patient et les coûts, devant déboucher sur une vision à long terme. Un trajet (PDCA) pour le suivi, l'évaluation et l'amélioration ultérieure du P4P est également crucial.

Groupe de pilotage "Chirurgie complexe de l'œsophage et du pancréas"

Suite au Comité de l'assurance de l'INAMI du 17 décembre 2018, dix centres de référence ont été conventionnés pour la chirurgie complexe de l'œsophage et quinze centres pour la chirurgie complexe du pancréas. L'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre de ces conventions ont été confiés à un groupe de pilotage "Chirurgie complexe" qui se réunit régulièrement afin de préparer les rapports d'évaluation des centres conventionnés avant transmission au Comité de l'assurance. L'évaluation prend en compte le nombre de patients présentés en consultation multidisciplinaire, le nombre de patients opérés et des indicateurs de qualité (mortalité à 30 et 90 jours). À la suite de la pandémie de la COVID-19 et afin de disposer de statistiques plus robustes, les chiffres ont été agrégés au terme de trois ans d'activité (du 1/7/2019 au 30/6/2022) plutôt que sur une base annuelle. Des décisions devraient être prises en 2023 pour les centres qui n'auraient pas atteint les normes d'activité minimales prévues dans les conventions ou qui seraient déviants par rapport aux indicateurs de qualité retenus.

Circular Wallonia – mesure 52

La stratégie wallonne de déploiement de l'économie circulaire "Circular Wallonia" s'articule autour de cinq axes et plus de 60 mesures. La mesure n°52 "Connaître et faire connaître les écosystèmes et les zones de chalandise de l'amont à l'aval de la chaîne de valeur" est liée à la chaîne de valeur prioritaire "plastique" dont GreenWin est le coordinateur mandaté par la Région wallonne. La "Task Force Plastique", dont GreenWin fait partie, est en charge du pilotage de la mesure 52 et a décidé de se concentrer sur les plastiques dans les soins de santé. En tant que

fédération hospitalière, santhea a été invitée à faire partie de la Task Force Plastique. Des équipes de Möbius et Sphère (cabinet d'avocats) ont été engagées afin d'analyser le contexte de la gestion des déchets plastiques dans le secteur des soins de santé en Wallonie ainsi que pour présenter à la Task Force leurs conclusions et recommandations.

À l'issue de plusieurs réunions de la Task Force au cours desquelles Möbius et Sphère ont présenté le progrès de leurs investigations, une série de recommandations ont été émises et classées suivant leur impact environnemental positif et leur coût. Ainsi, certaines étaient à impact important et coût faible (rappel de l'obligation de trier les déchets, collecte des emballages médicaux dans le flux PMC), d'autres à impact important, mais à coût assez élevé (étude de la possibilité d'utiliser des alternatives réutilisables à des produits à usage unique [drap de stérilisation, godet à médicament...]), ou encore à impact moyen et coût faible (lutter contre la surutilisation de seringues et gants jetables, adaptation des achats et pression sur les fournisseurs). L'ensemble des travaux sur la mesure 52 ont fait l'objet d'un rapport à la Région wallonne.

Dans ce dossier, santhea a été sollicité en tant qu'expert du terrain. Lors de nos échanges, notre objectif était de faire correspondre au mieux les attentes de la Task Force avec la réalité du terrain, mais aussi d'aiguiller la réflexion pour que la circularité des déchets soit faisable. Nous sommes également retournés vers nos institutions pour leur poser des questions nécessaires à l'avancée du dossier.

Révision du Code pénal

Dans le cadre du CFEH, nous avons participé à un groupe de travail sur les projets de loi "Code pénal" et "dispositions modificatives".

Si les effets des deux projets pouvaient être perçus comme limités pour les hôpitaux psychiatriques, ils offraient cependant la possibilité à ceux-ci de montrer leur intérêt à ce sujet et de s'en saisir comme une opportunité.

La note issue de ce groupe de travail mettait l'accent sur les points suivants :

- Les causes de non-imputabilité

Les causes de non-imputabilité sont le trouble mental et la minorité. Aussi, dans ces cas, il reste question d'une infraction.

L'avant-projet quitte la division bipartite entre l'imputabilité et la non-imputabilité et fait une distinction tripartite en intégrant l'imputabilité amoindrie, ce qui est une demande de longue date de la psychiatrie légale.

- Les traitements sous privation de liberté

Étant donné la durée limitée de ces traitements, une évaluation pendant le traitement est nécessaire (suivi prolongé ou mise à disposition).

Le juge doit demander un avis motivé à un expert ou à un établissement spécialisé, reconnu par le Roi. Il est important de s'assurer que l'expertise en vue d'un traitement sous privation de liberté s'organise dans un lieu dédié, à savoir un établissement qui a une expertise médico-légale.

Il est important de maintenir la liberté d'admission et de traitement des hôpitaux psychiatriques, en tenant compte de la capacité et des possibilités de traitement (groupe cible, nature de l'affection psychiatrique).

Enfin, il est nécessaire de rendre structurels les projets pilotes des unités pour moyenne et haute sécurité dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques.



- Le suivi prolongé

Il faut améliorer le suivi de l'évaluation tout au long de la détention et non après et réaliser l'évaluation dans le processus de la préparation de la fin de la détention.

De plus, la capacité nécessaire d'accueil dans un trajet de soins doit être prévue en suffisance et elle doit être financée de manière adéquate pour appliquer avec qualité la mesure de suivi prolongé.

- Modification de la loi sur l'internement du 5 mai 2014

Cette modification permet d'étendre le champ d'application de la loi, mais nous avons souligné la nécessité de réaliser une étude d'impact pour déterminer la capacité d'accueil future des personnes internées.

Pour conclure, il était particulièrement important pour santhea de participer à ce groupe de travail, car il s'agit d'un enjeu de qualité des soins pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques et de préoccupations de longue date pour les acteurs de la psychiatrie légale.

L'instauration du complément de spécialisation

L'implémentation du modèle salarial IFIC emporte la suppression des primes pour titre professionnel particulier (TPP) et qualification professionnelle particulière (QPP) tout en maintenant un système de droits acquis pour ceux qui en bénéficient à la fin de la période de référence pour le calcul de cette prime (septembre 2018 dans le secteur privé et septembre 2022 dans le secteur public). Cette suppression a été particulièrement mal accueillie par les infirmiers spécialisés pouvant en bénéficier et des mouvements de grèves en ont découlé. Après plusieurs mois de discussions, l'octroi d'un complément de spécialisation a été accordé aux porteurs d'un TPP/QPP et officialisé dans un arrêté royal en juillet 2022. Pour avoir droit au complément pour TPP/QPP, il faut avoir opté pour le barème IFIC qu'il complète. Ce complément s'élève à

2500 euros (index 1^{er} janvier 2022) pour les titres professionnels particuliers et à 833 euros (index 1^{er} janvier 2022) pour les qualifications professionnelles particulières. Ce nouvel élément a rendu obligatoire le fait de donner un nouveau choix d'opter pour le barème IFIC à tous les travailleurs porteurs du titre TPP/QPP qui étaient restés à leur ancien barème.

Troisième avenant à la convention nationale Hôpitaux/OA

Le 7 décembre 2022, les fédérations hospitalières et les organismes assureurs ont conclu un avenant à la convention nationale de 2019 qui prolonge sa durée de deux ans. Les deux modifications essentielles apportées par cet avenant ont trait à la création de nouveaux forfaits pour le refroidissement du cuir chevelu, des mains et des pieds en cas de chimiothérapie et à l'interdiction de facturer des suppléments de chambre lorsque seul un des forfaits suivants est porté en compte : le forfait "soins oncologiques de base", le forfait "salle de plâtre" et le forfait "manipulation d'un cathéter à chambre".

L'introduction de l'avenant contient par ailleurs un certain nombre d'engagements de la commission de convention, notamment concernant la mise en place de l'HAD (avant fin mars 2023), la réforme en 2023 du maxiforfait anesthésie ou encore la révision du montant de 0,62 euro/jour pour l'intervention personnelle des bénéficiaires hospitalisés dans les frais de spécialités pharmaceutiques remboursables.

Mesures de soutien en raison de la crise de la COVID-19

Afin de continuer à supporter les employeurs face à la crise de la COVID-19 et les conséquences qui en découlent en termes de personnel (surtout la pénurie de personnel soignant), le Gouvernement a prolongé les mesures de



soutien mises en place en 2021 pendant l'année 2022 (soit totalement soit partiellement). Parmi les mesures phares prolongées par le Gouvernement, nous pouvons citer : les heures de relance (anciennement appelées Heures Supplémentaires Volontaires Additionnelles – HSVA), la possibilité de placer son personnel contractuel en chômage temporaire force majeure corona, la simplification de la procédure de mise à disposition du personnel, la facilité de recourir à des contrats à durée déterminée successifs, la suspension des interruptions de carrière, les crédits-temps et les congés thématiques, la possibilité de rappeler des personnes en régime de chômage avec complément d'entreprise et des pensionnés, l'incitation à recourir aux travailleurs étudiants et pensionnés.

Parmi les mesures de soutien directement applicables aux institutions de soins, il convient encore de mentionner la possibilité pour celles-ci d'obtenir des reports et délais de paiement pour leurs cotisations sociales, à charge pour elles de justifier de "*graves difficultés économiques*" soit en raison de la crise de la COVID-19, soit en raison de la crise des énergies (selon la période pour laquelle le bénéfice de la mesure a été demandé).

Enfin, le droit au petit chômage pour vaccination pour les travailleurs contractuels, c'est-à-dire le droit de s'absenter du travail, avec maintien de sa rémunération normale, le temps nécessaire pour recevoir un vaccin contre le coronavirus COVID-19, a été prolongé à plusieurs reprises pendant l'année 2022 et étendu au travailleur devant accompagner un enfant ou une personne handicapée dont il est le tuteur. Ce droit a d'ores et déjà été prolongé jusqu'au 1^{er} trimestre 2023. Concernant les travailleurs statutaires, une circulaire de 2021 incite les institutions de soins à mettre cette catégorie de travailleurs en dispense de services avec maintien de leur traitement.

Mesures de soutien en raison de la crise énergétique

En parallèle de l'épidémie de la COVID-19, la crise énergétique – résultat de la guerre en Ukraine – a également fortement impacté les institutions de soins. Afin de limiter les effets de cette nouvelle crise, le gouvernement a décidé, bien que tardivement, de promulguer des mesures de soutien en faveur tant des particuliers que des entreprises.

Parmi ces mesures, nous pouvons citer la possibilité de reporter les délais de paiement en matière d'impôts sur le revenu et de précompte professionnel ; la possibilité de mettre ses travailleurs contractuels en chômage temporaire économique en raison de la crise énergétique ; le maintien de la constitution de la retraite et des couvertures de risques liées à l'activité professionnelle, des travailleurs salariés en situation de chômage temporaire dans le cadre de la crise énergétique ; le moratoire temporaire en faveur des entreprises concernant les dettes de celles-ci, les biens saisis ou les situations de faillite.

Loi dispositifs médicaux in vitro

Une première loi sur les dispositifs médicaux avait été publiée en 2021 et était entrée en vigueur le 26 mai de la même année. Elle transposait en droit belge le règlement européen 2017/745 relatif à ces dispositifs. Une seconde loi a été publiée en 2022, cette fois sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, qui avaient fait l'objet du règlement européen 2017/746. Si cette loi concerne au premier chef les fabricants, importateurs et vendeurs de dispositifs in vitro, elle n'est cependant pas exempte de mesures applicables aux établissements de santé. Il en va ainsi des obligations relatives à la mise à disposition et à la mise en service des dispositifs in vitro fabriqués et utilisés exclusivement au sein des établissements de santé (dits "in house"). Il en va de même pour ce qui est des études de performance de dispositifs in house. Notons enfin que des amendes sont prévues en cas de non-respect de toute une série d'obligations à respecter (documentation à fournir, déclaration de mise à disposition et de mise en service, déclaration d'incidents graves) par tous les acteurs impliqués et donc aussi les institutions de soins. La loi est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2022, mais il existe des dérogations pour plusieurs dispositions reportant cette date parfois de plusieurs années.

Droits des patients (intervention à la Chambre)

À l'occasion des 20 ans de la loi "Droits du patient", santhea a été invité (avec d'autres représentants du secteur de la santé) par la Commission Santé et Égalité des chances de la Chambre des représentants à se présenter devant ladite Commission afin de proposer ses pistes d'amélioration de la loi "Droits du patient".

Les recommandations de santhea s'appuyaient notamment sur le retour de terrain des médiateurs hospitaliers membres de santhea.

Les recommandations concernaient : la modification de certaines définitions trop vagues/imprécises ; l'ajout de certaines définitions (notamment celle de médiateur) ; la précision de certains des droits du patient ; la mise en conformité de la loi "Droits du patient" avec d'autres textes légaux (RGPD, loi qualité des soins) ; la précision des rôles de la personne de confiance, du représentant légal, ... ; l'extension du principe de confidentialité à la médiation ; des améliorations à apporter au service de médiation et à la fonction de médiateur.

Réforme du droit du travail

L'année 2022 a été marquée par de nombreuses initiatives législatives qui impliquent des adaptations sur le terrain : de nouveaux droits sont octroyés aux travailleurs et avec ceux-ci, naissent des nouvelles obligations dans le chef des employeurs. Nous vous les détaillons ci-après :



Jobsdeal : plusieurs mesures dans une seule loi

Déjà annoncée depuis début 2022, c'est finalement en octobre 2022 qu'a été promulguée la loi portant des dispositions diverses relatives au travail, appelée aussi loi Jobsdeal (ou Deal pour l'emploi). De nombreuses dispositions s'y trouvent : certaines permettant aux travailleurs d'adapter la répartition de leur travail (prestations normales sur quatre jours et régime hebdomadaire alterné), d'être occupés chez un autre employeur pendant une période de préavis (trajets de transition), de bénéficier de mesures d'employabilité après un licenciement ou encore d'avoir droit à se déconnecter du travail ; d'autres imposant aux employeurs de communiquer plus longtemps à l'avance les horaires des travailleurs à temps partiel occupés selon un horaire variable et d'investir davantage dans la formation de leurs travailleurs ; enfin d'autres dispositions concernent davantage les discussions à mener en Commission paritaire notamment concernant les causes de pénurie de main-d'œuvre et la diversité dans les secteurs d'activité et les entreprises.

Équilibre vie professionnelle - vie privée

La directive européenne "équilibre vie professionnelle - vie privée" a été intégrée dans le droit belge. La loi belge prévoit d'une part que le travailleur contractuel ayant droit à des congés en raison de sa situation familiale (grossesse, naissance, aide à un proche, ...) bénéficie d'une meilleure protection tant au moment de demander l'octroi de tels congés (élargissement du champ d'application de certains

congés, motivation obligatoire de l'employeur lors du refus d'octroyer le congé, ...) qu'après avoir pris ces congés (interdiction de prendre des mesures négatives ou de licencier le travailleur et paiement en cas de non-respect de l'interdiction) ; et d'autre part, que le travailleur contractuel puisse bénéficier d'un droit à demander des formules souples de travail, c'est-à-dire "un aménagement des modalités de travail existantes du travailleur qui, entre autres, peut être réalisé au moyen d'une adaptation du régime de travail ou de l'horaire de travail, ou d'un télétravail structurel", afin de s'occuper d'un proche. Ce nouveau droit à des formules souples de travail est assorti de diverses protections (notamment garantie de rémunération, protection contre le licenciement, ...) afin de rendre son exercice réellement effectif.

Discrimination

Le législateur belge a également modifié les lois anti-discrimination. Premièrement, il est désormais interdit de discriminer un travailleur sur base de son état de santé passé (précédemment, seule la discrimination en raison de l'état de santé actuel ou futur était interdite). Deuxièmement, des critères protégés ont été ajoutés dans la loi tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes et une meilleure protection des travailleurs bénéficiant des congés de maternité, de naissance, d'adoption dans le cadre des responsabilités familiales a été mise en place.

Conditions transparentes et prévisibles du droit du travail

La Belgique a également intégré dans son appareil législatif une autre directive européenne relative à des conditions de travail transparentes et prévisibles. La loi belge prévoit une meilleure information du (futur) travailleur par l'employeur

quant à ses conditions de travail. La loi belge prévoit en outre des exigences minimales concernant les conditions de travail, notamment des formations obligatoires, la fin de l'interdiction d'avoir des emplois parallèles ou encore la transition vers une autre forme d'emploi, c'est-à-dire le fait pour le travailleur de pouvoir demander une forme d'emploi comportant des conditions plus prévisibles et plus sûres.

Journée "énergie"

La crise énergétique a touché de plein fouet les institutions de soins au cours du premier trimestre 2022. Les prévisions budgétaires tirées par les directions ne sont pas des plus optimistes. Les coûts énergétiques liés au bon fonctionnement des services et au respect des normes exigées (température des pièces en maison de repos par exemple) ont presque doublé. Pour faire face à cette situation, les institutions ont, pour la plupart, exploité des pistes multiples. Afin d'aider ses membres sur ce volet, santhea a organisé, en collaboration avec UNESSA, une journée "énergie". Au cours de cette journée, des orateurs ont proposé des pistes de solution pour diminuer ou optimiser la consommation d'énergie. Belfius a souligné l'importance d'agir dès maintenant étant donné les prévisions d'augmentation du prix de l'énergie des prochaines années. Un représentant du cabinet Henry est venu pour sa part expliquer le programme UREBA de la Région wallonne visant à soutenir financièrement la rénovation des bâtiments et auquel les hôpitaux sont éligibles. Dans la foulée, Wallonie Santé a présenté quelques outils à disposition des établissements de santé (prêt green Health et tiers investissement). Au-delà des présentations riches en intérêt, cette journée a permis aux participants d'échanger et de partager leurs pratiques et les solutions envisagées chez chacun d'entre eux.

Allocation d'un montant de 21 millions d'euros - Équipements du personnel de soins (CFEH)

À l'initiative du ministre de la Santé publique, un budget unique de 21 millions d'euros a été dégagé pour couvrir des dépenses visant à soulager le personnel de soins. Afin de stimuler cette dépense et l'appliquer beaucoup plus largement, le ministre propose un co-financement 50/50 entre les autorités et les hôpitaux.

Le CFEH s'est accordé sur une répartition entre les hôpitaux généraux et psychiatriques du budget ainsi alloué à concurrence de 85,5% pour les premiers et de 14,5% pour les seconds. Chaque sous-enveloppe est ensuite répartie au prorata du nombre de lits justifiés.

Plusieurs exemples d'applications de la mesure ont été proposés, tout en étant balisés par quelques principes plus généraux, tels que le financement unique (pas d'application de la mesure si la dépense est déjà financée par ailleurs), le lien direct entre la dépense envisagée et le soulagement du personnel de soins, la non-éligibilité de toute dépense pouvant être qualifiée d'investissement, etc.

Un système de contrôle par le SPF Santé publique est également proposé.

La difficulté de l'application de cette mesure réside bien entendu dans le fait qu'il s'agisse d'une mesure fédérale alors que la compétence relative à l'achat de ce type de matériel appartient majoritairement aux entités fédérées, ce qui réduit (malheureusement) considérablement le champ d'application de cette mesure.

Équipements de Protection Individuelle (CFEH)

En juin 2022, le ministre Vandembroucke a saisi le CFEH d'une demande d'avis concernant une norme organique visant à prévoir un stock stratégique d'équipements de protection individuelle dans les hôpitaux.

Après consultation de nos pharmaciens, nous avons participé à diverses réunions du groupe de travail du CFEH à ce sujet, lequel a finalement remis un avis soulignant d'une part le rôle et la responsabilité de l'autorité fédérale dans la création d'un stock stratégique fédérale d'EPI pour les hôpitaux, et d'autre part, la non-pertinence d'une norme organique imposée aux hôpitaux.

À ce jour, le ministre ne semble pas avoir pris une quelconque décision dans ce dossier.

Fonds Blouses Blanches (audition)

Le 23 mars 2022 était organisée une audition, par la Commission de la Santé et de l'Égalité des chances, relative à l'évaluation de l'utilisation des moyens du Fonds Blouses Blanches pour les années 2019 et 2020.

En collaboration avec UNESSA, santhea a proposé un rapport soulignant le bon usage fait des moyens affectés, l'utilité d'une telle mesure, la grande difficulté liée au recrutement de personnel infirmier de par la pénurie sur le marché d'un tel profil, le ressenti malheureusement moindre de par le taux élevé d'absentéisme, et l'objectif non-encore atteint d'une augmentation d'un ETP dans toutes les équipes de soins.

D'autres éléments ont été mis en exergue, tels que l'effet collatéral négatif sur le recrutement en MR/MRS, la nécessité de pouvoir augmenter, certes l'encadrement infirmier, mais aussi le personnel de soutien aux soins, le besoin impératif d'investir dans l'attractivité, la formation et la fidélisation de la profession d'infirmier dans le secteur hospitalier.

En guise de conclusion, tout en saluant la mesure, santhea insiste sur l'effort à poursuivre et sur l'utilité d'adopter des mesures convergentes permettant une réelle modification de la situation actuelle qui reste problématique.

Remboursement des frais de déplacement

Face à l'inflation que nous avons connue en 2022, des discussions ont été menées à différents niveaux pour modifier l'intervention de l'employeur dans les **frais de déplacements professionnels** lorsque le travailleur utilise son propre véhicule. Pour la fonction publique fédérale (dont les règles inspirent souvent nos membres publics), une modification réglementaire est intervenue pour prévoir désormais une adaptation trimestrielle de cette indemnité (au lieu d'annuelle auparavant) et une augmentation rétroactive pour la période allant du 1^{er} mars 2022 au 30 juin 2022. Pour le secteur privé (notamment pour les établissements dépendant de la Commission paritaire des établissements et services de santé - CP 330), des discussions sont intervenues entre les organisations syndicales et les fédérations patronales, mais n'ont pas abouti à un accord. La règle reste donc celle de l'adaptation annuelle de l'indemnité pour frais de déplacement professionnels avec véhicule privé. Les **frais de déplacement domicile-lieu de travail** et l'indemnité liée ont aussi fait l'objet de discussions, mais sont restés sans suite favorable pour le travailleur. Du côté des fédérations patronales siégeant en CP 330, nous ne pouvions accepter une augmentation de cette indemnité sans octroi de fonds supplémentaires.

Modifications diverses de l'arrêté de financement fixant le forfait journalier en MR/MRS wallonnes : augmentation de la norme de financement du personnel de réactivation en court séjour

À partir du 1^{er} juillet 2022, la norme de financement pour le personnel de réactivation a été augmentée dans les MR/MRS wallonnes.

Il est prévu un mécanisme de financement transitoire entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2023, afin de revaloriser immédiatement le financement des établissements rencontrant déjà la nouvelle norme, tout en ne sanctionnant pas les établissements qui ne rencontreraient pas celle-ci. Une comparaison des calculs de financement sera effectuée durant cette période transitoire, et c'est la norme la plus avantageuse qui sera appliquée pour le calcul de l'allocation forfaitaire de l'établissement.

Hospitalisation à domicile

Les discussions à propos de la structuration de l'HAD ont été entamées en avril 2021. Il y a d'abord eu de longs débats sur le contenu de la convention régissant l'HAD et sur la constitution des différents forfaits. S'en suivirent les

discussions sur le financement de ce projet qui ont constitué la pierre d'achoppement principale entre les deux bancs de la Commission de conventions Hôpitaux-OA. En 2022, les débats ont donc été interrompus jusqu'à l'intervention du cabinet du ministre de la Santé qui exigeait la neutralité budgétaire au niveau de chaque type de traitement (oncologie et antibiothérapie). Lors de la constitution du budget des soins de santé 2023 en septembre 2022, il est apparu clairement que l'HAD serait presque exclusivement financée par un prélèvement sur l'enveloppe globale du BMF.

En 2022, de nouveaux forfaits pour le médecin généraliste et les services de soins à domicile ainsi qu'un nouveau code permettant la facturation d'une administration de chimiothérapie par voie sous-cutanée (code et montant encore à déterminer) ont été proposés par le banc mutualiste. Une liste des médicaments autorisés en HAD, rédigée par l'AFMPS, a également vu le jour. Les éléments sur lesquels doit porter l'évaluation du dispositif ont aussi été précisés. Fin 2022, des discussions étaient toujours en cours à propos de la tarification des médicaments (tarif ambulatoire versus hospitalisé).

Diminution de la présence minimale en hospitalisation de jour en psychiatrie

Depuis le 1^{er} septembre 2022, les hôpitaux et services psychiatriques ont la possibilité de réduire la présence minimale de jour des patients dans le service de soins hospitaliers d'un minimum de 7 heures à un minimum de 3 heures.

L'objectif est d'augmenter l'intensité du traitement du patient en utilisant plus d'encadrement avec un temps de présence plus court.

Cette mesure s'inscrit dans la tendance à la socialisation des soins, le patient pouvant continuer à assumer des rôles plus sociaux pendant le traitement. La présence du patient sera également adaptée aux besoins individuels.

Cela donne aux hôpitaux la possibilité de traiter un nombre de cas actifs plus important par rapport au nombre de places agréées, ce qui implique que le personnel doit établir et maintenir des contacts avec un plus grand nombre de parents, de référents, d'employeurs, etc.

Il s'agit d'un bel aboutissement tant cette disposition était souhaitée depuis longtemps par les institutions hospitalières et les patients.

Comité Hospital and Transport Surge Capacity (HTSC)

En 2022, l'épidémie due au SARS-COV-2 est mieux contrôlée même si cinq vagues de contaminations ont encore été observées. La moindre gravité des malades atteints est à mettre en relation avec le bon taux de vaccination de la population belge et a permis de



restaurer progressivement le fonctionnement normal de notre système de santé. Le Comité HTSC, où siègent 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 et les hôpitaux dans le cadre de l'application des mesures sanitaires et organisationnelles à observer, de l'actualisation des plans d'urgence hospitaliers et de la poursuite du reporting statistique (Sciensano et ICMS). Le Comité, en tant qu'organe de crise, s'est également intéressé à d'autres affections respiratoires épidémiques (grippe, bronchiolite) ainsi qu'à la prise en charge de blessés issus de théâtre de guerre ukrainien. Comme préconisé par le KCE, dans son rapport 335 (2020), il s'est ouvert, à plusieurs reprises, aux représentants du terrain (médecins, infirmiers).

IFIC dans le secteur public fédéral de la santé

Protocoles partie 3 et 4

Le 24 février 2022, le protocole IFIC fédéral public a été complété par une partie 3 qui a permis de finaliser les procédures de mise en œuvre d'IFIC dans les hôpitaux publics et de lancer les attributions de fonctions. Ainsi, les premiers barèmes IFIC ont été payés en avril 2022 et des compléments de salaire ont été octroyés avec effet rétroactif depuis le 1^{er} juillet 2021.

Le 2 juin 2022, un protocole partie 4 a été conclu en Comité A. Cette 4^{ème} partie finalise le processus en permettant l'activation des fonctions dites "non vertes"¹ dans chaque institution, en fonction des réalités locales qui leur sont propres. Il fixe des principes généraux ainsi que des directives sectorielles à respecter lors des discussions au sein de chaque hôpital, pour l'activation de ces fonctions.

1. Les fonctions non vertes sont les fonctions pour lesquelles les barèmes actuellement en vigueur dans l'institution sont plus ou moins supérieurs sur la globalité de la carrière aux barèmes IFIC. Mais des différences significatives en faveur des barèmes IFIC peuvent exister en début ou en cours de carrière.

Financement

Le protocole partie 4 confirme l'accord du ministre de prolonger jusqu'en décembre 2022 la garantie de financement de l'effet rétroactif à accorder aux travailleurs à partir du 1^{er} juillet 2021, pour toute institution qui aura fixé une ou des dates E avant le 1^{er} septembre 2022. Au second semestre de l'année, nous obtiendrons un nouveau, mais ultime, report de cette échéance qui sera fixée à trois mois après la publication par l'ASBL IFIC de l'outil 4bis. Cette nouvelle version de l'outil de simulations salariales doit permettre la prise en compte de compléments éventuels aux barèmes IFIC ciblés sur les années où le barème IFIC est inférieur au barème actuel (compléments variant selon les années d'ancienneté).

Au second semestre 2022, nous avons obtenu l'engagement officiel du ministre d'assurer un financement équitable entre hôpitaux publics et privés. Concrètement, le ministre s'est engagé à financer les barèmes IFIC octroyés dans les hôpitaux publics sur base des mêmes forfaits que ceux définis dans l'arrêté royal BMF pour le secteur privé. Ces forfaits sont attribués pour l'ensemble des travailleurs de chaque catégorie de fonction, indépendamment qu'ils fassent ou non le choix de passer aux nouveaux barèmes IFIC. Le ministre évoque cependant la possibilité de revoir cet engagement s'il s'avérait que le nombre de fonctions non activées dans les hôpitaux publics était trop conséquent.

Vers une **imposition** plus importante des travailleurs français résidant en France et occupés par un employeur belge ?

À la suite de la signature, entre la France et la Belgique, d'une **nouvelle convention préventive de double imposition** (CPDI), plusieurs membres du secteur public, ont manifesté leur crainte par rapport à des difficultés de recrutement et une fuite du personnel français en place qui pourraient découler de l'application de cette CPDI, une fois celle-ci en vigueur (ce qui sera le cas lorsque les États contractants auront fait le nécessaire). La conséquence principale réside en effet dans le fait que les travailleurs français résidant en France, occupés par un employeur public belge, seraient alors imposés en Belgique et non en France. Ce qui engendre une imposition plus lourde et donc moins avantageuse. Santhea a interpellé à deux niveaux pour tenter de modifier les conséquences de cette nouvelle CPDI avant son entrée en vigueur, mais ces interpellations n'ont pas porté leurs fruits en raison de l'influence des règles établies dans le modèle de convention fiscale de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE).

Plusieurs initiatives prises en matière d'**incapacité de travail** avec un objectif commun : celui de faire reprendre le travail plus rapidement

De nombreuses modifications législatives sont intervenues en 2022 et celles-ci poursuivent le même objectif : encourager le travailleur à reprendre le travail après une incapacité tout en incitant aussi l'employeur à ne pas avoir trop de personnes en incapacité.

La *première mesure* que nous évoquons est évidemment celle de la refonte du **trajet de réintégration**. On parle du nouveau TRI.2.0 qui instaure un contact avec le travailleur en incapacité déjà après quatre semaines d'incapacité de travail. Les décisions possibles à prendre par le conseiller en prévention-médecin du travail (trois au lieu de cinq auparavant) sont simplifiées et les délais à respecter sont adaptés. Ce nouveau trajet insiste aussi sur la politique collective de réintégration. Enfin, il n'y a désormais plus de lien entre la rupture pour force majeure médicale et le trajet de réintégration.

Comme *deuxième mesure*, nous pointons la modification de la procédure de rupture du contrat pour **force majeure médicale** qui peut désormais être entamée lorsque le travailleur a été en incapacité de travail ininterrompue durant une période d'au moins neuf mois. Aucun trajet de réintégration ne doit être en cours pour ce travailleur.

La *troisième mesure* concerne le nouveau "**Trajet Retour Au Travail**" avec l'aide du "Coordinateur Retour Au Travail" qui est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

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". Pour **responsabiliser davantage le travailleur** dans le cadre de ce nouveau trajet, il est prévu de diminuer le montant journalier de son indemnité versée par la mutuelle (s'il s'absente, sans justification valable, soit à l'examen médical par le médecin-conseil, soit au premier moment de contact avec le Coordinateur Retour au Travail). En 2022, nous apprenions en outre qu'un **Fonds Retour au Travail** (Fonds ReAT) allait être mis en place. Celui-ci sera alimenté par les contributions que les employeurs sont tenus de verser à la suite de la résiliation, de par leur initiative, du contrat de travail pour cause de force majeure médicale.



La **cotisation de responsabilisation**, à destination des employeurs privés chez qui un nombre excessif de travailleurs entre en invalidité (après douze mois d'incapacité), est la *quatrième mesure* adoptée en 2022 qui fait peser sur les employeurs le risque de devoir payer davantage de cotisations. Les employeurs seront notifiés, par l'ONSS, une fois qu'ils approchent du seuil fixé pour être redevable de la cotisation.

Enfin, toujours en lien avec l'incapacité de travail, nous soulignons aussi que la réglementation a été modifiée pour permettre au travailleur de s'absenter un jour, sans remise d'un **certificat médical**, et ce, à concurrence de trois fois par année.

Une **inflation** impressionnante avec des **conséquences** pour les **finances** de nos **institutions**

En 2021, nous avons déjà fait face à deux indexations salariales en raison du dépassement de l'indice pivot par l'indice santé lissé. En 2022, l'inflation a été telle que nous avons comptabilisé cinq dépassements. Ces dépassements engendrent à chaque fois une indexation des salaires qui est effective le 1^{er} jour du mois qui suit dans le secteur privé et le 1^{er} jour du deuxième mois qui suit dans le secteur public. À chaque indexation, nous avons mis à jour, sur la page "Thématique Ressources Humaines" de MySanthea, les barèmes applicables pour la CP 330, le secteur résiduaire, les SEPPT, mais aussi les échelles barémiques IFIC (secteurs public et privé).

À cause de cette inflation galopante, nos institutions se retrouvent face à une inadéquation entre leurs coûts, notamment salariaux, qui augmentent fortement tout au long de l'année et leurs recettes qui, pour la majeure partie, ne sont indexées qu'une ou deux fois par an. Le plus gros problème s'est posé au niveau des honoraires qui ne sont indexés qu'une fois par an (au 1^{er} janvier), sur base de l'évolution de l'indice santé lissé entre juin de l'année T-2 et juin de l'année T-1. Ce système provoque donc un double décalage du fait que l'indexation n'est calculée qu'une fois par an et qu'elle ne prend pas en compte l'inflation complète de l'année écoulée, sans qu'un mécanisme de rattrapage ne soit prévu. C'est pourquoi, en juin 2022, les autorités ont octroyé une indemnité exceptionnelle de 207 millions d'euros aux prestataires de soins, qui s'est traduite par une indexation d'environ 2%. Tous les prestataires de soins, y compris les fédérations hospitalières, ont demandé que le mécanisme d'indexation des honoraires soit revu à l'avenir. Une proposition de l'INAMI est promise pour 2023.

IVG (audition)

Suite à l'invitation du Comité interuniversitaire multidisciplinaire indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la pratique et de la législation sur l'interruption volontaire de grossesse, santhea a participé à l'audition, organisée par ledit Comité, des différentes parties prenantes à cette matière.

La consultation de nos membres nous a permis de relayer leur expérience de terrain et de communiquer leurs points d'attention, leurs difficultés et leurs suggestions par rapport à la réglementation existante.

Un point d'attention a été apporté sur l'absence de financement du temps de travail du personnel sollicité dans le cadre des consultations pluridisciplinaires mises en place par l'hôpital, pour l'accompagnement des patientes.

Suppression du quota de **journées financières** via l'**allocation journalière** en Wallonie

Précédemment, les règles de financement prévoyaient un quota de journées financières dans le cadre de l'octroi de l'allocation journalière que les maisons de repos et de soins pouvaient facturer aux organismes assureurs.

Ce quota, qui visait à protéger les moyens budgétaires des soins de santé, en empêchant de trop grandes variations de taux d'occupation et donc de taux de facturation des établissements, était un objectif louable en soi, mais totalement inique dans son application.

En effet, le taux d'occupation moyen étant de 95% dans les établissements, et étant relativement stable, il était peu probable que des variations trop importantes de charge budgétaire surviennent au niveau macro. Or, cette mesure provoquait des effets pervers au niveau micro. En effet, certains établissements ayant connu par le passé une baisse de fréquentation se retrouvaient condamnés à ne pas pouvoir améliorer significativement leur situation l'année suivante. Il s'agissait donc d'une mesure qui bridait l'amélioration du taux d'occupation dans certains cas très ponctuels, et qui était totalement à contre-courant de la volonté de permettre à un maximum de personnes âgées de pouvoir trouver une place en maison de repos.

Une **directive européenne transposée (tardive-ment)** en droit belge pour protéger les **lanceurs d'alerte**

Plusieurs sources juridiques ont été adoptées en fin d'année 2022 en vue d'assurer la transposition d'une directive européenne sur la **protection des personnes qui signalent des violations du droit de l'Union européenne**. Même si tardive (car après le 17 décembre 2021 – date butoir), la transposition a été faite et impose la mise en place de canaux de signalement internes au niveau des entreprises,

Financement des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS)

Les MASS ont pour vocation de venir en aide aux personnes souffrant de problèmes d'assuétudes et n'ayant pas recours au système classique de soins. L'accueil inconditionnel de toute personne présentant un problème d'addiction est un dénominateur commun à l'ensemble de ces structures disposant d'une équipe pluridisciplinaire. Certains publics accueillis sont à ce point marginalisés qu'il n'est pas possible de facturer des prestations pourtant réalisées, ce qui engendre des difficultés importantes de trésorerie pour ces structures de soins. En collaboration avec l'administration, nous œuvrons à trouver des mécanismes de financement qui soient plus adaptés et qui permettent aux MASS de maintenir leur mission d'accessibilité de manière sereine.

Création de nouvelles places "maison de repos" et requalification de places "maison de repos" en places "maison de repos et de soins" en Wallonie

Les dispositions réglementaires pour le secteur des aînés en Wallonie prévoient, à partir du 1^{er} janvier 2019 et pour une période de dix ans, que le nombre de places soit augmenté de 1.130 unités au 1^{er} janvier de chaque année. Une unité correspondant à une place en maison de repos.

en ce compris les institutions de soins. Afin d'encourager les signalements des violations du droit de l'Union/du droit belge (dans les domaines énumérés exhaustivement), les auteurs de signalement bénéficient d'un régime de protection contre les représailles. En parallèle au signalement interne, le signalement externe et la divulgation publique sont énoncés comme voies possibles pour dénoncer de telles violations.

MACCS

L'année 2022 a vu les hôpitaux poursuivre leurs efforts de mise en conformité avec la convention collective de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (CPNMH), relative au statut des MACCS, laquelle ne cesse de générer quantité de questions encore à résoudre.

Nous avons tâché de répondre au mieux à celles-ci et d'accompagner nos hôpitaux dans les adaptations nécessaires à l'adéquation à ces nouvelles obligations.

L'année 2023 verra ladite convention faire l'objet de nouvelles discussions au sein de la Commission.



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

Ces dernières années, on a pu constater que les personnes accueillies en maison de repos et de soins étaient de plus en plus fragilisées (profil de dépendance lourd).

Les fédérations représentant les établissements pour aînés ont donc plaidé pour affecter une partie des moyens budgétaires disponibles (22 millions d’euros par opération) à des requalifications de lits MRS.

Depuis 2019, 1.413 nouvelles places “maison de repos” ont été créées et 4.491 places “maison de repos” ont été reconverties en places “maison de repos et de soins”. Vous trouverez le détail des différentes opérations ci-dessous :

- Opération 2019 : requalification de 2.200 places ;
- Opération 2020 : 1.130 nouvelles places “maison de repos”
- Opération 2021 : ouverture de 283 nouvelles places et la requalification de 1.900 places ;
- Pour 2022, un budget de 1 million d’euros récurrents pour la requalification de 391 places.

Adaptation des normes organiques relatives aux maternités (CFEH)

Suite à la demande d’avis du ministre en mai 2022, le groupe de travail du CFEH s’est à nouveau réuni plusieurs fois afin de rendre un avis sur l’adaptation des normes organiques relatives à la maternité.

Sont ainsi proposés par le ministre et soutenus par le CFEH, d’une part, l’augmentation du nombre d’accouchements par site jusqu’à un minimum de 550 sur une moyenne s’étalant à trois ans et d’autre part, l’utilisation d’un critère de distance, à savoir le nombre de kilomètres jusqu’à la maternité la plus proche. Certaines modalités sont toutefois proposées à ce dernier critère afin de permettre à chaque patiente d’être traitée dans sa propre langue.

Enfin, le Conseil met l’accent sur l’impact de cette réorganisation des services de maternité et demande que celui-ci soit pris en compte, notamment au travers de mesures transitoires et d’exceptions. L’attention est également attirée sur l’impact pour le personnel soignant et les médecins de ces services, pour la fonction P* et les lits NIC, ainsi que sur le transport interhospitalier.

Le Conseil plaide également pour une information en temps et en heure de la population.

Le ministre n’a cependant pas pris de décision à ce jour dans ce dossier.

Extension des missions des **médecins coordonnateurs et conseillers (MCC) et revalorisation de leurs prestations dans les MR/MRS wallonnes**

La crise sanitaire a mis en évidence la nécessité de la présence d’une coordination médicale, déjà prévue en maison de repos et de soins (MRS), dans les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Une modification de l’arrêté de financement a été réalisée en ce sens et permet l’extension des missions des médecins coordonnateurs et conseillers (MCC) et la revalorisation de leurs prestations dans les MR/MRS wallonnes.

Le financement a été adapté en fonction du nombre de places MRPA et MRS des établissements pour aînés.

En effet, bon nombre d’établissements rencontrent des difficultés à recruter des MCC. Afin d’augmenter l’attractivité de cette fonction, il était nécessaire de revoir le financement pour atteindre un taux horaire équivalent à la pratique de la médecine générale en cabinet (médecin conventionné).

Le financement prévoit à présent une intervention de base fixe pour tous les établissements, tant maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) que maisons de repos et de soins (MRS), et une intervention complémentaire qui sera fixée en fonction du nombre de résidents en catégorie MRS.

Prolongation et fin des **mesures sanitaires**

La persistance et l’ampleur de la crise de la COVID-19 au début de l’année 2022 ont nécessité le maintien des règles sanitaires en vue de lutter contre la propagation du virus (recommandation/obligation de télétravail, port du masque, respect de la distanciation, organisation du travail et mesures de prévention à l’égard des travailleurs, COVID Safe Ticket, ...).

Cependant, la gravité de la pandémie ayant fortement diminué après le 1^{er} trimestre de 2022, l’ensemble des mesures sanitaires ont été abrogées, à l’exception du port obligatoire du masque dans les institutions de soins qui a été prolongé pendant toute l’année.

Concernant ces mesures, santhea a continué d’informer ses membres des dernières règles en vigueur et a proposé une coordination des différents textes légaux pertinents à jour ayant un impact sur l’organisation du travail au sein des institutions de soins.

Réforme de la **nomenclature**

Nous évoquons déjà la réforme de la nomenclature des prestations de santé dans le rapport annuel 2021. La réforme se poursuit et l’INAMI nous a donné, en novembre 2022, un aperçu de son avancement. Rappelons que sont concernés les actes techniques médico-chirurg-

giques, les actes médico-techniques automatisés (biologie clinique, anatomopathologie, radiothérapie, médecine nucléaire, génétique) et les consultations et actes associés (seulement les médecins). La phase 1 consistant à revoir les libellés des prestations devait être bouclée fin 2022. Cette même année a vu le démarrage de la phase 2 consistant pour chaque prestation résultant de la phase 1, à placer la valorisation de sa part professionnelle dans une échelle rassemblant l'ensemble des prestations (phase 2.1). Il s'agit également d'évaluer pour chacune la valeur des frais de fonctionnement à ajouter à la part professionnelle pour obtenir les honoraires globaux de l'acte médical (phase 2.2). On s'attend à ce que cette partie du travail se déroule jusque fin 2024.

Pour ce qui est des numéros d'ordre attachés à chaque prestation, il a été décidé qu'ils seraient composés de sept chiffres et non plus six comme dans la nomenclature actuelle. Il n'y aura plus non plus de "séries" de codes (les trois premiers chiffres allant par exemple de 555 à 556) réservées à une discipline spécifique comme c'est largement le cas à l'heure actuelle. Par ailleurs, chacune des prestations sera caractérisée par une série d'attributs reprenant tous les détails qui la caractérisent (code nomenclature, organe, type d'intervention, prestataire, règles de [non-] cumul, ambulatoire/hospitalisé, etc.) et qui seront utilisés pour bâtir les applications lors de la digitalisation de la nouvelle nomenclature.

Révision des normes relatives à l'alimentation et à la gestion de l'incontinence dans les maisons de repos /soins wallonnes

Conformément à la demande de la ministre de la Santé wallonne, l'AViQ a collaboré avec les différentes parties prenantes en Commission Accueil Hébergement Personnes âgées (AHPA), à la Commission wallonne des aînés, avec les fédérations du secteur, les organisations syndicales et la PAQS en vue de proposer une révision des normes relatives à l'alimentation et à la gestion de l'incontinence en MR/MRS.

Les nouvelles dispositions pour l'alimentation concerneront :

- La formation nutritionnelle de tout le personnel de la MR/MRS ;
- La conversion en normes de certains points de la Charte Qualité Alimentation-Nutrition ;
- La mise en place de directives paramédicales en diététique ;
- Des procédures pour le suivi de l'état bucco-dentaire du résident ;
- La validation des menus et des repas par un diététicien ;
- La mise en place de procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel ;

- Le renforcement des qualifications et formation du personnel de cuisine ;
- La publicité et l'information du grand public via le site de l'opérateur.

Les nouvelles dispositions pour la gestion de l'incontinence peuvent se résumer comme suit :

- Une échelle d'évaluation de la continence ;
- Les formations permanentes devront aborder au minimum les thèmes liés à l'hygiène, la nutrition et la continence ;
- L'enregistrement des données de continence dans le dossier de soin ;
- Toutes les MR/MRS devront disposer de procédures écrites concernant l'évaluation, la gestion de la continence et les moyens mis en œuvre pour la maintenir.

Normes PIC/S

Nous avons déjà évoqué dans le rapport annuel 2021, l'arrêté royal du 30 septembre 2020 portant sur la préparation et la délivrance de médicaments ainsi que l'utilisation et la distribution des dispositifs médicaux dans les établissements de soins. Un arrêté royal ultérieur avait eu pour effet de reporter l'entrée en vigueur de certaines dispositions de l'arrêté initial. Parmi ces reports figurait l'article 22 réglant la possibilité de sous-traiter plusieurs des tâches dévolues à une officine hospitalière à une autre de ces officines. La possibilité de sous-traitance avait en fait été repoussée au 1^{er} janvier 2026. Le constat a ensuite été fait qu'il s'agissait d'une mesure trop radicale. C'est pourquoi un nouvel arrêté visant à corriger cela a été publié en 2022, réinstaurant la possibilité de sous-traitance et ne retardant au 1^{er} janvier 2026 que la seule exigence pour la pharmacie à laquelle est sous-traitée la tâche de préparer la forme pharmaceutique des préparations magistrales de devoir répondre aux normes PIC/S.



Un délai de quelques années supplémentaires est ainsi octroyé aux officines hospitalières en charge de préparations magistrales pour remplir pleinement les conditions fixées par les normes PIC/S, ce qui n'est en rien aisé. Dans le même ordre d'idée, l'obligation de se conformer aux normes PIC/S pour les opérations effectuées par une pharmacie hospitalière partagée entre établissements de soins, en vertu d'un accord de collaboration, est repoussée au 1^{er} janvier 2026.

Planification de l'offre médicale en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB)

La Commission consultative de planification de l'offre médicale en Communauté française a pour mission de conseiller le gouvernement sur l'évaluation et l'évolution des besoins en matière d'offre médicale dans les différentes spécialisations en sciences médicales et dentaires. Les analyses de cette Commission se font en bonne intelligence avec les travaux 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, a donc 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 dans les différentes spécialités et de l'évolution des technologies médicales. La Commission analyse les données les plus récentes en matière de cadastre médical et étudie 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) ont été instaurés afin de faciliter les travaux de la Commission et les spécialités identifiées comme en pénurie sont traitées en priorité.

Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux (audition)

Dans le cadre de la Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux, entamée par le ministre de la Santé publique en ce début d'année 2022, une audition des parties prenantes a été souhaitée par la Commission de la Santé et de l'Égalité des chances à la mi-juin déjà.

Santhea a donc émis un avis préliminaire, en soulignant dans un premier temps le contexte de départ de cette réforme, à savoir une enveloppe financière inchangée, en contradiction totale avec la situation de sous-financement conséquent et structurel du BMF. L'ampleur de la réforme est également soulignée, avec les points d'attention que suscite une telle ambition.

Les enjeux de la réforme de la nomenclature et du financement ainsi que certaines incohérences du système proposé sont développés.

Enfin, santhea aborde également, dans le cadre de son audition devant la Commission, la réforme de l'organisation des hôpitaux, dont notamment la question de la gouvernance, pour le moins sensible : celle des réseaux et celle de l'évolution des missions de l'hôpital.

À titre de conclusion, santhea insiste sur la nécessité d'une phase de transition, d'un calendrier raisonnable et de la préservation d'un équilibre tant financier qu'en termes de gouvernance.

Continuer à investir dans le secteur de la pédopsychiatrie

Dernièrement, nous avons vu les différents niveaux de pouvoir investir au bénéfice des enfants et adolescents par l'ouverture de structures dans le secteur de l'autisme et de la psychiatrie ou encore, par des moyens permettant l'engagement de professionnels dans des initiatives ambulatoires. Lors des différents contacts avec les autorités, nous insistons pour un maintien de l'investissement dans l'hospitalisation et l'accueil de la crise en pédopsychiatrie. En effet, les professionnels du secteur sont toujours confrontés à un manque de places en hospitalisation et les situations qui nécessitent un encadrement suffisamment sécurisé ne cessent d'alimenter les listes d'attente.

Nomenclature – Réorganisation des prestations chirurgicales pour les pathologies de la colonne vertébrale

Nonobstant les travaux visant à instaurer une nomenclature réformée, santhea continue à suivre les changements permanents apportés à celle qui est actuellement applicable. Certaines adaptations sont loin d'être anodines, telle la création d'un nouvel article portant le numéro 14 (n), consacré aux interventions chirurgicales pour le traitement de pathologies de la colonne vertébrale. Cet article reprend toute une série de prestations auparavant présentes dans les articles 14 (b) (neurochirurgie) et 14 (k) (orthopédie), mais avec des descriptions plus détaillées et mieux différenciées afin d'assurer un meilleur suivi des interventions effectivement réalisées. L'une des règles d'application de l'article 14 (n) a eu un impact important sur les pratiques hospitalières. Elle stipule en effet que les prestations de cet article ne sont remboursables que si elles sont effectuées dans un hôpital disposant d'une équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge des pathologies de la colonne vertébrale. Il s'est avéré que plusieurs hôpitaux qui pratiquaient ce type d'intervention ne sont désormais plus en mesure de le faire puisque la mise en place d'une telle équipe n'a pas été possible dans leur établissement. À l'heure actuelle, les interventions de l'article 14 (n) sont donc bel et bien recen-
trées sur les institutions.

Prix d'hébergement des hôpitaux wallons

Indexation du prix d'hébergement

Plusieurs hôpitaux ont interpellé santhea pour faire remarquer que la formule d'indexation du prix d'hébergement ne permet pas de suivre correctement l'évolution des prix, notamment des matériaux, en particulier lors d'une crise inflationniste comme celle de 2022. Aujourd'hui, le prix à la construction est indexé chaque année au 30 juin (sur base des indices au premier trimestre de l'année considérée par rapport à l'année 2016) pour moitié sur la base de l'évolution du coût de la main-d'œuvre (indice S calculé par le SPF Économie) et pour moitié sur la base de l'évolution de l'indice des prix à la production dans la construction (indice M calculé par le SPF Économie).

Santhea a alors entamé les discussions à propos de la formule d'indexation au sein du groupe de travail experts hospitaliers de l'AViQ. Les fédérations ont fait des propositions de mécanisme correctif incluant l'indice I (=indice des prix des matériaux). Celles-ci ont été examinées et chiffrées (pour certaines) par l'administration. Ensuite, il a été répondu que le mécanisme d'indexation ne serait pas revu avant une évaluation globale du système de financement et du dispositif dans son ensemble. Pour cette évaluation, un marché public a été lancé en fin d'année 2022. Le gouvernement wallon désignera un consultant en 2023 qui rencontrera les différentes fédérations.

Taux d'intérêt

Les taux d'intérêt utilisés dans le calcul du prix d'hébergement sont discutés chaque année au sein du groupe de travail experts hospitaliers. L'AViQ a fait une première proposition en février 2022, dans laquelle les taux d'intérêt finaux (aux horizons 10 ans/20 ans/25 ans) étaient bien inférieurs à ceux utilisés en 2021, du fait d'une marge moindre.

En mars, les fédérations ont proposé au groupe de travail experts hospitaliers de l'AViQ de :

- Partir des taux IRS du premier trimestre 2022 et non de l'année 2021, mais l'AViQ a pointé que la référence à (t-1) a été inscrite par modification du texte de l'arrêté du gouvernement wallon dans les formules mêmes de calcul des différentes parties du prix d'hébergement ;
- Garder les marges bancaires de 2020 à défaut d'informations actualisées concrètes ;
- Garder les marges de sécurité accordées l'année passée. Sur ce point, il semble clair que l'AViQ et le cabinet considèrent qu'elles avaient été accordées à titre exceptionnel en 2021.

Les taux finalement utilisés pour le calcul du prix d'hébergement 2022 sont le résultat d'une solution

intermédiaire, avec une "marge de variabilité des taux" de 0,35% (identique pour les trois horizons). On peut espérer qu'une méthode stable de fixation des taux soit mise en place après l'évaluation globale du dispositif lié au prix d'hébergement.

INAMI : nouveaux projets transversaux

Dans le cadre de la trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024, l'INAMI a défini une ligne budgétaire "Objectifs de soins de santé et appropriate care" s'inscrivant dans le cadre du "Quintuple aim" et du principe des soins intégrés. Quinze projets ont été définis et parmi ceux-ci, les fédérations hospitalières ont été invitées à participer à cinq d'entre eux, considérés comme des trajets de soins impliquant plus directement les hôpitaux :

- 1) Parcours de soins pour l'obésité infantile;
- 2) Parcours multidisciplinaire de soins périnataux (pré et postnatal) pour les femmes vulnérables;
- 3) Parcours de soins autour du patient avant et après la transplantation d'organes abdominaux;
- 4) Réduction des réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) en déployant une meilleure rééducation pulmonaire et en augmentant la qualité de vie des patients concernés par l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles;
- 5) Plus d'investissement dans les soins psychiatriques, avec une attention particulière pour les soins somatiques et pour les jeunes ayant des problèmes psychiatriques. Les travaux à ce jour sont toujours en cours afin de définir les rôles respectifs de la 1^{ère} ligne et des hôpitaux ainsi que la répartition des ressources financières.

Entrée en vigueur de la loi qualité des soins

En avril 2019, la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé a été promulguée. Son entrée en vigueur prévue, à la base, pour le 1^{er} juillet 2021 a été reportée soit au 1^{er} janvier 2022 soit au 1^{er} juillet 2022 selon les dispositions visées.

Bien que cette loi n'ait pas vocation à s'appliquer aux institutions de soin, mais uniquement aux professionnels des soins de santé, santhea s'en est assurée auprès du SPF Santé publique et a rappelé à ses membres qu'il convient de s'intéresser de près à celle-ci.

En effet, d'une part, les professionnels de soins travaillant dans les institutions de soins peuvent être tenus responsables et sanctionnés sur base de cette loi ; d'autre part, certaines dispositions de la loi qualité peuvent impacter les institutions de soins, au niveau :

- De l'organisation et de la continuité des soins (obligation de permettre aux médecins d'assurer des permanences, indisponibilité en cas de sanctions imposées aux professionnels de soins contrevenants, etc.);

- De la gestion des accès au dossier patient informatisé (DPI) particulièrement dans le cadre d'équipe multidisciplinaire ;
- Du risque d'augmentation des primes d'assurances sur base du portfolio des médecins à présenter en cas de poursuites en justice ;
- De la durée de conservation des dossiers patients ;
- Etc.

Concernant l'accès aux données de santé dans le cadre d'équipe multidisciplinaire, conscient des difficultés que la loi qualité peut poser, le ministre a proposé une loi réparatrice ayant pour objectif de permettre un accès plus facile aux données médicales du patient. À ce jour, ce projet de loi faisant l'objet d'un blocage politique de certains partis, aucune solution n'a été dégagée.

Opérationnalisation du projet REACT-EU

Dans le cadre du programme européen REACT-EU, qui prévoit que des ressources complémentaires soient dégagées en faveur de projets qui favorisent la capacité de réparation des dommages à la suite de la crise engendrée par la pandémie de la COVID-19, l'AViQ a été mandatée pour soutenir les secteurs relevant de sa compétence. Les montants disponibles s'élèvent à 10 millions d'euros pour le secteur hospitalier wallon (y compris les hôpitaux universitaires et à l'exclusion des hôpitaux germanophones) et à 25,4 millions d'euros pour le secteur des maisons de repos wallon.

En mars 2021, les fédérations avaient été contactées pour identifier les besoins potentiels du secteur. De ce travail, une liste des dépenses éligibles avait été mise sur pied. En 2022, il s'agissait de concrétiser le projet auprès des opérateurs (hôpitaux et maisons de repos) qui avaient manifesté leur intérêt pour ce projet. Fin 2022, on compte 32 hôpitaux et 303 maisons de repos bénéficiaires de ce

subside. Les montants (calculés par lit) promérites par chaque institution devaient encore être définis dans un arrêté du gouvernement wallon. Les investissements financés, notamment en termes d'infrastructure (exemple : aménagement d'espaces de détente pour le personnel), doivent être clôturés pour le 31 décembre 2023.

Réseaux cliniques (CFEH)

Le 16 décembre 2021, le Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers (CFEH) rendait un avis sur le projet d'arrêté royal relatif au financement des missions de soins au niveau du réseau et à la subdivision des missions de soins en missions de soins loco- et suprarégionales.

Différents éléments constituant l'avis susmentionné du CFEH ne furent cependant pas pris en compte par le ministre de la Santé publique, dont, notamment, l'aspect locorégional de la mission de soins PET Scan et d'autre part, la subdivision du programme de soins "pathologie cardiaque E" en une partie supra- et une partie locorégionale.

Une nouvelle demande d'avis fut adressée au CFEH en mars 2022, concernant une disposition relative à l'accessibilité de l'offre de soins des réseaux hospitaliers, au travers de l'imposition d'un temps de parcours maximal de 30 minutes pour 90% des citoyens au sein de la zone géographique couverte par le réseau hospitalier visé.

Le CFEH émit un avis soulignant qu'il n'était pas pertinent de prévoir un tel critère géographique pour toutes les missions de soins de santé. Des propositions de modifications de la disposition ont toutefois été formulées si la décision était finalement prise de conserver malgré tout ce critère. C'est cette dernière option qui a été retenue par le ministre de la Santé publique.





Des soins de **santé mentale** toujours plus accessibles

La crise COVID a rappelé la nécessité d'investir dans les soins de santé mentale et de maintenir les efforts d'accessibilité et de flexibilité dans les soins. Aujourd'hui, le trajet de soins des patients axé sur la réhabilitation nécessite des réponses rapides quand la crise intervient et des modalités flexibles de soins pour favoriser le maintien d'une vie sociale, familiale et/ou professionnelle. Que ce soit dans les débats autour du décret santé mentale, de l'hospitalisation de jour en psychiatrie, de la posture de rééducation fonctionnelle ou des soins psychologiques de première ligne, nous plaçons pour des soins de santé mentale toujours plus flexibles et accessibles aux bénéficiaires.

Sécurité de l'information

Dans sa circulaire du 17 août 2022, le SPF Santé publique demandait à l'ensemble des hôpitaux de réaliser, sur base d'un document fourni par l'administration, une autoévaluation de la maturité de l'institution en termes de sécurité de l'information, d'identifier les éventuels points d'amélioration et de mettre en place un plan d'action. En octobre 2022, santhea a rappelé à ses membres concernés l'importance de réaliser cet exercice afin de conserver le financement octroyé dans le cadre du BMF des hôpitaux au 1^{er} juillet 2022. Santhea a interpellé avec succès le SPF à propos de l'absence de modalités d'envoi de ce document sensible, et a obtenu un report de cinq jours pour l'envoi de celui-ci pour cause de la communication tardive des modalités d'envoi. Santhea s'est également fait le relais des difficultés rencontrées par ses membres quant à la procédure d'envoi assez compliquée et les a assistés quand c'était nécessaire.

CCCA Soins intégrés

En décembre, la Commission Commune des Conventions et Accords (CCCA) Soins intégrés s'est réunie afin d'approuver le contenu des conventions des douze projets pilotes soins intégrés et des 19 projets Protocole 3 pour une période de transition de deux ans. Ces conventions permettront aux projets de continuer à fonctionner en attendant l'élaboration d'un Projet de Plan Interfédéral Soins intégrés (PI SI), prévu pour fin 2023, et l'implémentation des soins intégrés en Belgique, prévue à partir de 2024. Le Consortium *WeCare* a été sélectionné pour soutenir la rédaction du projet de PI SI.

Séminaires organisés avec **Sotra**

Depuis quelques années déjà, santhea peut compter sur la présence du cabinet Sotra lors de ses groupes de travail "*Ateliers de droit social*" qui sont organisés trois fois par année. Lors de ceux-ci, deux avocats du cabinet présentent les actualités législatives et les décisions récentes de jurisprudence pertinentes en matière de droit social et de droit du travail. En 2022, nous avons pu avoir la participation de Maître Noël Lambert pour le secteur privé et de Maître Maureen Degueuldre pour le secteur public.

À côté de ces groupes de travail récurrents, à l'initiative du cabinet Sotra, deux séminaires ont également été proposés aux membres durant le dernier quadrimestre de l'année 2022 : le premier à propos du Conseil médical (son institution, son fonctionnement et ses compétences en ressources humaines) et le second visant à informer les participants des enseignements pratiques de la jurisprudence récente en droit social de la santé.

Revalorisation du **subventionnement journalier** accordé aux centres d'accueil de jour en Wallonie

Depuis le 24 février 2010, date de l'entrée en vigueur du subventionnement des centres d'accueil de jour en Wallonie, le montant de l'intervention journalière n'avait jamais été indexé, n'encourageant pas les opérateurs à ouvrir des places en centre d'accueil de jour en Wallonie.

Dans ce cadre, il était nécessaire de revaloriser (indexer) le subventionnement de 5 euros par jour accordé aux centres d'accueil de jour dont la gestion est principalement assurée par les opérateurs publics (445 places) et associatifs (442 places).

L'administration a donc procédé au calcul de l'intervention, telle qu'elle aurait dû être si l'indexation avait été effective depuis l'entrée en vigueur de ce subventionnement. Sur cette base, le montant a été revu pour atteindre 6 euros et 73 cents par jour.

Groupe de travail **T4GH**

Le groupe de travail Together for Green Healthcare (T4GH) a été relancé. Par le passé, la crise de la COVID-19 avait mis en suspens l'activité de ce groupe de travail. Au cours de l'année écoulée, le groupe de travail s'est réuni à deux reprises. La première réunion a eu lieu au mois de juin. Lors de ce groupe de travail, santhea a discuté de la mise en place du groupe de travail avec les thématiques qui pourraient être abordées. La collaboration avec UNESSA a été discutée et les priorités ont été définies. La constitution du cadastre "énergie" a été retravaillée et il a été décidé de renouveler l'exercice avec des données actualisées. Ce cadastre a été planifié pour publication en septembre 2022. Lors d'une deuxième réunion qui s'est tenue en décembre, la question du cadastre "énergie" a été abordée ainsi que celle de la RSE afin de commencer à dégager de premières pistes d'action possibles.

Verdissement automobile

Le 3 décembre 2021 était publiée au Moniteur belge la loi organisant le verdissement fiscal et social de la mobilité. Pour rappel, cette loi vise à terme à rendre le parc de voitures de société exempt d'émissions de carbone.

Les implications de cette loi étant importantes (et novatrices) pour les institutions soumises à l'impôt des personnes morales, santhea a réalisé une analyse détaillée des changements engendrés par ces nouvelles mesures.

Santhea a également interpellé les ministres des Finances et de la Santé publique quant au cas particulier des véhicules utilisés dans le cadre de la dispensation des soins et pour le transport des patients.

Un retour des cabinets est toujours attendu.







**UNE
FÉDÉRATION
DYNAMIQUE
EN CONSTANTE
ÉVOLUTION**

PARTIE

6

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

Contexte

À une époque où la donnée a redéfini complètement notre mode de vie privé et professionnel, la bonne gestion d'une entreprise ne peut plus se concevoir sans l'apport de bonnes informations analytiques et de moyens pour les exploiter correctement. Cette observation est aussi valable pour le secteur des soins de santé, dont la situation économique difficile, aggravée par la pandémie de la COVID-19, ne permet pas toujours de disposer d'analyses correctes au moment voulu. Dans ce contexte, l'offre d'un soutien externe en matière d'analyse et de reporting de données peut représenter une excellente plus-value pour les directions et cadres des institutions de soins.

Objectifs

Santhea dispose de sa propre banque de données interhospitalière. Ce projet, entretenu par la récolte et la structuration d'informations depuis plus de quinze ans, permet de soutenir les membres de la fédération en servant de base à la conception de rapports, d'études, d'indicateurs de performance et de benchmarkings. Il nous permet aussi

de nous positionner sur des sujets d'actualité en défendant le secteur, de soutenir le travail de nos conseillers, d'interagir avec les administrations ou les cabinets et de traiter quotidiennement les requêtes qui nous parviennent du terrain, celles-ci comprenant désormais des demandes d'analyses, d'extractions, de simulations ou d'organisation d'enquêtes.

Au lancement du projet en 2007, seules des informations structurées, principalement financières, étaient traitées par nos analystes. La portée et la méthode ont largement évolué depuis, notre équipe étant à présent capable de traiter et de combiner des informations obtenues à partir d'enquêtes, des fichiers transmis initialement par nos membres à l'administration ou des données organisées dans un format défini par santhea avec ses membres pour des projets spécifiques. Le nombre de matières prises en compte a lui aussi bien progressé, notre équipe travaillant sur les matières financières, mais également sur des données liées aux ressources humaines, à la mesure de la satisfaction, à la qualité, à l'activité, à l'innovation et au fonctionnement durable des institutions de soins.

Les outils utilisés spécifiquement pour le reporting de nos analyses ont aussi évolué au fil du temps. Au commencement, l'équipe proposait uniquement des rapports statiques en PDF, ceux-ci ayant par la suite été remplacés par des fichiers Microsoft Excel hébergés sur Microsoft SharePoint. Désormais, santhea travaille avec l'outil Microsoft Power BI. Bien plus moderne et ergonomique que les solutions utilisées auparavant, il permet de produire des reportings très détaillés et évolutifs pour les principaux projets soutenus par notre banque de données.

Les développements techniques et la méthodologie appliqués respectent par ailleurs scrupuleusement la législation et les normes en matière de protection de la confidentialité, de l'intégrité et de la disponibilité des données, y compris celles à caractère personnel. Notre équipe est ainsi soumise à un code de bonne conduite



en matière de sécurité de l'information et dispose d'un délégué à la protection des données qui surveille la bonne application du Règlement général sur la protection des données (RGPD). Une convention conforme à celui-ci encadre également l'ensemble des traitements de données réalisés par santhea pour le compte de ses membres en tant que sous-traitant.

Les institutions participantes

La banque de données interhospitalière de santhea profite à l'ensemble de ses institutions membres. La participation de chaque institution aux projets spécifiques développés par santhea et soutenus par les données joue bien entendu un rôle majeur à ce niveau. C'est notamment le cas des projets "Absentéisme" et "Satisfaction" pour lesquels il est nécessaire de dégager des ressources en interne en vue de s'y investir. Certaines thématiques, comme le traitement des données liées au financement et à l'activité, touchent au contraire directement l'ensemble de nos hôpitaux.

Les secteurs des Aînés et de la Santé mentale bénéficient aussi de retombées positives dans le cadre de ce projet grâce au support qu'il apporte à l'ensemble du personnel de santhea. Concernant le secteur des Aînés spécifiquement, notre équipe a proposé cette année un tout nouveau service de mesure de la satisfaction des résidents en maisons de repos (et de soins). Cette initiative pourrait techniquement être étendue aux autres institutions extrahospitalières de santhea dans le futur.

Actions & résultats

Le projet "Satisfaction Patients" a continué à progresser en 2022 en proposant de nouveaux questionnaires et en mettant à jour d'autres outils existants. Comme mentionné ci-avant, celui-ci est dès à présent appliqué dans le secteur des Aînés et a de fait été rebaptisé **projet "Satisfaction"**. Une nouvelle base de données a pour ce faire été mise en place et développée par notre équipe en vue de proposer un nouveau rapport Power BI à ce sujet en 2023.

Le **projet "Together for Green Healthcare (T4GH)"** a permis de mettre à la disposition des membres hospitaliers, au cours du mois de septembre 2022, une première version d'un cadastre énergétique. Celui-ci permet actuellement aux utilisateurs d'étudier leur consommation de gaz, d'électricité et d'eau entre 2016 et 2020, de se situer par rapport aux valeurs moyennes du secteur et de disposer d'un benchmarking inter-institutions.

En collaboration avec la fédération UNESSA, un travail de structuration des données 2021 et 2022 du **programme P4P** a été entrepris avec pour objectif de pouvoir proposer un rapport commun aux membres de nos deux fédérations au cours du 1^{er} trimestre 2023. Ce rapport comprendra, par indicateur, les scores bruts et corrigés repris dans les fichiers

feedback fournis par le SPF Santé publique aux hôpitaux participants, ainsi qu'une nouvelle mesure permettant d'estimer la performance atteinte pour chaque indicateur par année. L'outil de reporting intégrera dans les prochains mois les résultats du programme P4P 2023 et s'adaptera à son évolution au cours des prochaines années, son contenu faisant actuellement l'objet d'une grande réforme.

Le **projet "Absentéisme"** a lui aussi évolué en collaboration avec UNESSA au cours de l'année 2022, ceci en vue de faire converger les méthodologies appliquées par chacune de nos fédérations, de pouvoir reproduire l'enquête en 2023, et de partager les résultats de façon agrégée et anonyme dès 2024. Un travail d'analyse sur le niveau de granularité des données à appliquer doit cependant être réalisé avant d'opérationnaliser cet échange d'informations.

Au niveau de l'**Hôpital de jour**, santhea a aussi travaillé avec UNESSA au cours de l'année 2022 afin de mettre en place un outil de benchmarking permettant aux hôpitaux de comparer leurs pratiques et de monitorer l'impact de la réforme de l'hôpital de jour, tant sur le plan financier que sur celui des pratiques. Soutenu par une enquête vouée à être reproduite dans le futur afin de mesurer l'évolution du système, ce projet soutient aussi directement nos membres dans la mise en œuvre de la réforme. L'utilité potentielle de ce projet dépasse par ailleurs le "simple" soutien aux hôpitaux, une telle réforme étant destinée à présenter des effets bien au-delà de notre secteur, et en particulier au niveau de l'interaction avec la première ligne. Ceci, à l'heure où la Wallonie en redéfinit l'organisation de "son" système social-santé et où l'intégration des soins fait l'objet de nombreux débats, tant au niveau fédéral que régional.

Au niveau des autres matières traitées, les fichiers relatifs à la notification du **Budget des Moyens Financiers (BMF)** ont été récoltés en 2022 en vue de mettre notre base de données à jour. Vu la complexité de ces données et leur évolution dans le temps, le travail de préparation à l'injection se révèle toujours particulièrement chronophage. Le travail en vaut cependant la peine étant donné l'utilité qui en ressort au niveau du travail des conseillers de santhea sur le financement des hôpitaux. En début d'année, santhea a aussi aidé à concevoir un outil de simulation dans le cadre de l'implémentation de l'**IFIC** dans les institutions publiques. Son contenu a évolué sur base d'échanges entretenus avec nos membres et un nouvel outil, visant d'autres objectifs, a déjà fait l'objet de réflexions. Un travail a également été réalisé sur les **barèmes**, et notamment ceux liés à la CP 330. Dans ce cadre, une nouvelle page a été mise en ligne sur My santhea, l'extranet de la fédération, dans le but de mettre des données propres à cette matière à la disposition de nos membres. Cette page a été mise à jour en 2022 à chaque saut d'index, et le sera encore dans le futur.

Dans un autre registre, les moyens techniques à notre disposition en matière de données ont permis de continuer à proposer un reporting journalier propre à l'évolution de la pandémie de la **COVID-19**, sur base de chiffres fournis par le comité HTSC (Hospital & Transport Surge Capacity). Réservé à l'équipe de santhea, ce rapport a permis d'informer nos conseillers sur la situation en matière d'hospitalisations, de nombre de cas dans les structures d'hébergement, de testing et de vaccination.

Perspectives

Grâce au renforcement des compétences et des connaissances de notre équipe, nous prévoyons d'améliorer encore davantage la qualité et la diversité des services rendus par notre banque de données dans le futur. Celle-ci permet au quotidien à santhea de se positionner en tant que fédération moderne capable de produire ses propres analyses sans l'aide de tiers.

En 2023, l'équipe souhaiterait en premier lieu mettre à jour d'anciens rapports Microsoft Excel sur Microsoft Power BI, tout en développant de nouveaux outils pour l'Enquête Satisfaction Résidents, le programme de financement à la performance P4P, le cadastre énergétique et le BMF.

Le projet "Satisfaction", à présent déployé dans les hôpitaux et dans les MR/MRS, continuera à soutenir l'amélioration de la qualité. Une nouvelle enquête est ainsi déjà planifiée pour l'an prochain dans le secteur des aînés, ceci en parallèle aux nombreux questionnaires distribués en continu ou durant des périodes déterminées en milieu hospitalier. Concernant les MR/MRS, une analyse de la consommation énergétique sera également proposée aux membres.

Concernant les autres matières traitées, l'équipe prévoit toujours de fournir des statistiques sur l'hôpital de jour, ainsi que des analyses sur les données fournies par l'ASBL IFIC. Une récolte et une analyse des données de personnel issues de la nouvelle application "PERONE" du SPF Santé publique sont également à l'ordre du jour pour l'an prochain.



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

Contexte

La PAQS fut créée fin 2013. 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, à savoir l'amélioration de la qualité et de la sécurité. 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. Si l'accréditation des hôpitaux est aujourd'hui une réalité, des questions demeurent sur la poursuite ou non de cette démarche dans le futur, mais aussi quant à l'opportunité d'une éventuelle extension de celle-ci à d'autres types d'institutions, en particulier dans le secteur des aînés. Plus fondamentalement, cela pose surtout la question de la pérennité des démarches d'amélioration continue dans le temps, indépendamment de l'outil ou de la méthodologie choisie. La PAQS en est consciente et souhaite s'engager dans le soutien au développement d'une culture qualité pérenne dans le secteur des soins de santé en Belgique.

Objectifs

La PAQS poursuit sa mission première, à savoir celle de soutenir les institutions de soins wallonnes et bruxelloises dans le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité. Après deux programmes pluriannuels de trois années chacun, suivis de deux années fortement perturbées par la crise de la COVID-19, l'année 2022 aura permis de reprendre un rythme d'activités presque normal, mais également de mener à bien une réflexion sur les orientations stratégiques de l'association pour le futur.

Liste des institutions participantes

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

Actions & Résultats

Tout au long de l'année, la PAQS a donc proposé aux institutions de soins bruxelloises et wallonnes des programmes et des ressources pour les soutenir dans le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue. Les formations proposées au secteur connaissent, quant à elles, un succès grandissant. La satisfaction des participants est au rendez-vous et les résultats sont visibles sur le terrain. La demande pour ces services se consolide, et est aujourd'hui complétée par un souhait du terrain de se voir proposer du coaching. Après une série de premières expériences pilotes, la PAQS travaille donc à développer un tel service.

Cette année, la PAQS a également opérationnalisé deux projets spécifiques, pour lesquels l'ASBL a été mandatée par la Région wallonne. Il s'agit du projet "Changement de paradigme" et du projet "Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes". Le premier vise à implémenter une série de changements dans six maisons de repos pilotes, et d'évaluer l'impact sur la qualité de vie des résidents. La PAQS coordonne ce projet avec l'AViQ, et prend en charge le coaching des structures impliquées, avec l'appui scientifique de plusieurs universités. Le second vise à soutenir le développement des futurs réseaux loco-régionaux, fruits des assises de la première ligne. En consortium avec l'UCLouvain et l'ULiège, c'est un soutien scientifique et méthodologique qui est fourni, avec des formations, des échanges de pratiques, des analyses, et du coaching. Ces deux projets sont ambitieux, et ont le potentiel pour améliorer significativement la qualité du système de santé wallon.



L'arrivée du coronavirus aura mis tous les systèmes de santé à rude épreuve, le nôtre ne faisant, évidemment, pas exception. La crise aura mis en exergue les difficultés auxquelles le personnel fait face, ce qui se traduit par une perte de sens, le découragement et le burnout. Or, une main-d'œuvre qualifiée et engagée est indispensable pour délivrer des soins de qualité. C'est pourquoi l'équipe de la PAQS a commencé à intégrer cet aspect à certaines des activités proposées au secteur.

Enfin, l'année écoulée a permis de finaliser les réflexions stratégiques initiées en 2021 et de mettre sur pied la Stratégie 2025. Celle-ci est construite autour d'un objectif stratégique, qui consiste à augmenter l'impact de la PAQS. Pour ce faire, quatre leviers ont été identifiés : la lisibilité des services proposés, leur visibilité, l'adéquation de l'offre avec les besoins du terrain, et l'efficacité de celle-ci.

Perspectives

L'année 2023 sera largement consacrée au déploiement de la Stratégie 2025, afin que celle-ci soit pleinement opérationnelle au 1^{er} janvier 2024.

Tout en rappelant les fondamentaux de l'association, à savoir son rôle de soutien aux institutions de soins, son financement multipartite et son indépendance vis-à-vis de ses membres, la nouvelle stratégie entend clarifier le positionnement de la PAQS et préciser son action en vue de maximiser son impact.

Ainsi, la PAQS travaillera durant les prochaines années à développer et renforcer la culture qualité au sein des institutions de santé, seul moyen de généraliser et pérenniser dans le temps les démarches d'amélioration de la qualité. Pour ce faire, davantage de suivis individuels seront proposés, sur base d'un nombre limité de programmes communs et d'une offre de formations renforcée et diversifiée. La sécurité reste une priorité, à laquelle vient s'ajouter le "centré sur les personnes", que ce soient les usagers, les familles ou les proches, mais également – et peut-être surtout – le personnel.

Les activités seront structurées sur base d'un cadre qualité evidence-based, et mises en œuvre à travers les valeurs de l'organisation : Ensemble – Respect – Agilité – Expertise. La capacité de la PAQS à répondre aux demandes qui lui sont formulées sera augmentée, via notamment un recours accru à des professionnels de terrain et à la poursuite du développement et de la reconnaissance de l'expertise de l'équipe.

Enfin, l'alignement des services sur les besoins du terrain sera travaillé via une plus grande mobilisation des membres et l'instauration, à côté de l'International Advisory Committee, d'un comité scientifique chargé de proposer au conseil d'administration les priorités à travailler et d'évaluer les actions menées.

ÉTUDES ET PUBLICATIONS



Contexte

La transmission d'informations est au cœur du fonctionnement de notre société, tous secteurs confondus. De nos jours, la bonne gestion d'une institution n'est ainsi pas envisageable si l'on ne dispose pas des bonnes informations au bon moment, y compris dans le secteur des soins de santé. En pratique, chaque jour brasse son lot d'actualités relatives à l'innovation médico-technique, aux politiques du secteur ou à la santé publique. On dénombre en parallèle de nombreuses publications en ligne concernant des procédures, des guidelines ou des analyses variées portant sur des thématiques comme le financement, la gestion des ressources humaines ou la qualité des soins. Le temps étant rare et précieux, il peut s'avérer compliqué de trier la masse d'informations accessibles. Dans ce contexte, pouvoir disposer d'un soutien scientifique peut s'avérer fort salutaire.

Objectifs

Depuis de nombreuses années, santhea soutient ses membres en publiant ses propres **études** et **rapports** en lien avec le secteur de l'accueil et des soins. Abordant des thématiques variées, ces publications sont généralement soutenues par notre banque de données et/ou des

enquêtes réalisées entièrement en interne auprès de nos membres. Nos publications se sont aussi diversifiées au fil du temps, celles-ci pouvant se présenter sous la forme d'analyses détaillées ou de micro-études, dites "**FOCUS**".

Les FOCUS visent à dégager une liste de constats propres à une thématique d'actualité et sont présentées dans un format court et abordable permettant de communiquer avec un maximum de membres. Si elles reposent souvent sur des analyses réalisées à partir de notre base de données, celles-ci peuvent aussi se baser sur une revue de la littérature.

En complément à nos propres publications, santhea propose depuis deux ans un service de **veille scientifique**. Une fois par mois, une sélection d'études, de guidelines et d'actualités liées au secteur est publiée sur notre extranet My santhea dans une partie dédiée. Les sources se composent de sites de presse spécialisée et d'organismes belges (INAMI, KCE, Sciensano, eHealth, etc.) et internationaux (OMS, ECDC, HOPE, HIMSS, etc.). Chaque mise en ligne de nouveaux articles est notifiée dans la revue hebdomadaire des notes publiées par santhea.

Nos publications abordent des thèmes dont l'intérêt pour le lecteur variera en fonction de son secteur et de la fonction occupée. Bien que la plupart de nos productions concernent le secteur hospitalier, nous veillons à développer

des thèmes utiles au plus grand nombre. Nous restons pour ce faire à l'écoute de nos membres, tous secteurs confondus, en vue de répondre au mieux à leurs besoins.

Notre veille scientifique s'adresse de son côté à l'ensemble des membres de la fédération, en abordant un panel varié de sujets. Pour faciliter la lecture et gagner du temps, les articles publiés peuvent être triés en fonction du secteur (hôpitaux, MR/MRS, santé mentale, etc.), de la thématique abordée (santé publique, innovation, sécurité sociale, COVID-19, politiques de santé, etc.) et du type de publication (actualité, étude, guideline, etc.).

Actions & Résultats

Au cours de l'année 2022, nous avons systématisé la manière de procéder à des **enquêtes** auprès de nos membres. Celles-ci sont généralement diffusées à l'aide de l'outil Microsoft Forms qui permet aux membres de répondre rapidement aux questions posées. Lorsqu'il s'agit d'enquêtes chiffrées, un fichier Microsoft Excel standard est transmis aux responsables concernés par la thématique investiguée. Les résultats de ces enquêtes permettent notamment aux collaborateurs de santhea de se positionner lors des nombreuses réunions externes et ainsi de défendre au mieux les intérêts des membres. Nos enquêtes ont également permis l'élaboration de FOCUS, de sonder la satisfaction/la participation de nos institutions ou encore de répondre à des questions émanant d'autres membres. De nombreux questionnaires ont été soumis aux membres de santhea en 2022 : évaluation de la consommation et des dépenses d'énergie (gaz et électricité essentiellement), évaluation de la participation aux webinaires PNN, enquête relative aux prestations des travailleurs en soins intensifs et aux urgences, enquête relative au taux de conventionnement, etc.

Par rapport aux **FOCUS**, l'impact de la crise COVID-19 sur l'activité et les recettes des hôpitaux de santhea, entre les premiers semestres 2019 et 2021, a fait l'objet d'une première publication. Les analyses présentées se basent sur des données récoltées via une enquête réalisée auprès de nos membres en 2021. En intégrant l'année précédant le début de la pandémie, cette étude permet de prendre conscience de la chute du nombre d'hospitalisations, de consultations, de passages aux urgences et d'interventions au quartier opératoire dès le 1^{er} semestre 2020. La micro-étude révèle que le phénomène est semblable en ce qui concerne les recettes avec, comme les éléments précités, un rattrapage progressif au fil du temps. Au 1^{er} semestre 2021, il persiste néanmoins toujours une différence négative par rapport au premier semestre 2019, tant pour l'activité que pour les recettes.

En novembre, les données de la première enquête "Satisfaction Résidents", organisée par santhea, avec l'aide de ses institutions issues du secteur des aînés, ont été exploitées pour rédiger un second FOCUS. Celui-ci présente, de façon

anonyme, une série de cinq constats balayant les principaux thèmes abordés dans l'enquête. Pour cette analyse, les résultats de 1.148 questionnaires ont été utilisés. Cette micro-étude a révélé, entre autres, que les résidents se montrent majoritairement satisfaits de leur prise en charge, qu'ils apprécient largement la qualité de leurs relations avec le personnel des MR/MRS, mais que les repas font bien moins l'unanimité. En parallèle, l'écoute et la transmission des demandes particulières des résidents, ainsi que la communication des changements dans leur quotidien mériteraient d'être améliorées.

La veille scientifique a rassemblé une quinzaine d'articles par mois en moyenne, tout au long de l'année. Avec l'amélioration de la situation sanitaire, le nombre de publications traitant de la COVID-19 a largement diminué au fil du temps, laissant la place à une actualité plus variée.

Perspectives

L'an prochain, de nouvelles micro-études FOCUS seront mises à la disposition des membres. Parmi les futures thématiques développées devraient figurer la consommation énergétique de nos membres, ainsi que l'étude de leurs perspectives budgétaires au cours des trois dernières années. De nouvelles enquêtes seront aussi organisées en fonction de l'actualité du secteur et à la demande du terrain.

La **veille scientifique** continuera de son côté à être mise à jour mensuellement. Nous restons à l'écoute d'éventuels retours de ses lecteurs en vue d'en améliorer son contenu.



Les résidents se montrent majoritairement satisfaits de leur prise en charge.

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

Contexte

Le Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) vise à défendre les droits et libertés des résidents européens concernés par un traitement de données à caractère personnel, dans un contexte de numérisation croissante de la société et de dérives toujours plus nombreuses. Pour ce faire, le RGPD impose une série de mesures à mettre en place dont certaines peuvent s'avérer très complexes en fonction du secteur d'application et du type d'entreprise concernée. Il s'agit ici, entre autres, de :

- L'entretien d'un registre des traitements de données à caractère personnel ;
- La sécurisation physique et logique de l'ensemble de ces traitements ;
- La signature de contrats de sous-traitance 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 ;
- La mise en place d'une culture d'amélioration continue de la sécurité de l'information.

Parmi les autres mesures à mettre en place, les institutions dont l'activité comprend le traitement à grande échelle de données à caractère personnel sensibles doivent recourir aux services permanents d'un délégué à la protection des données (Data Protection Officer ou DPO). À mi-chemin entre un juriste et un expert en sécurité de l'information, le DPO se doit de conseiller le plus haut niveau de hiérarchie de son institution sur toutes les questions en lien avec le traitement des données à caractère personnel. Pour remplir cette mission, il doit impérativement être indépendant et ne peut en aucun cas intervenir dans la définition des

finalités des traitements en question ou de celle des moyens utilisés pour les mettre en œuvre.

Dans les faits, aucune exemption en matière de RGPD ne s'applique aux institutions de soins. Leurs activités de base incluant obligatoirement le traitement au quotidien de grandes quantités de données de santé considérées comme sensibles, celles-ci doivent même s'octroyer les services d'un DPO. Ce profil est malheureusement plutôt rare et très coûteux, ce qui en restreint souvent l'accès, en particulier en ce qui concerne les plus petites institutions de soins. Le processus de mise en conformité s'avère lui-même très complexe dans notre secteur, en raison d'un nombre de traitements, de types de données et de destinataires externes très élevé. Sans un support adéquat, difficile donc de se mettre en conformité.

Les risques encourus par les organismes qui traitent des données à caractère personnel en cas de non-respect du RGPD ne sont cependant pas négligeables, tout manquement pouvant faire l'objet de sanctions parfois sévères de la part de l'Autorité de Protection des Données. En pratique, si les écarts les plus faibles peuvent mener à de simples rappels à l'ordre avec une injonction de mise en conformité, les fautes les plus graves peuvent, elles, donner lieu à des amendes conséquentes. La rigueur est de mise car, si le gendarme des données personnelles a mis plusieurs années à lancer ses activités, il est désormais capable de mener des enquêtes minutieuses sur base de plaintes ou à partir d'informations circulant dans la presse. L'augmentation des cas de cyberattaques dans le secteur des soins de santé renforce dans ce contexte le risque pour les institutions liées de se mettre en défaut.

Objectifs

Quelques mois avant l'entrée en vigueur du RGPD, fixée au 25 mai 2018, de nombreuses institutions de soins ont manifesté de sérieuses craintes concernant les obligations imposées par le règlement européen et le manque de ressources à disposition pour faire en sorte de les respecter. Pour pallier cette situation, santhea a proposé de mutualiser les coûts propres au processus de mise en conformité et à l'embauche d'un DPO en mettant en place une Cellule RGPD au sein de santhea. Le projet a rapidement rencontré beaucoup de succès auprès des membres, y compris de la part d'hôpitaux et d'intercommunales,



Une équipe multidisciplinaire a été mise en place pour répondre efficacement aux besoins des membres.

alors que la proposition s'adressait initialement au secteur extrahospitalier. Une équipe multidisciplinaire a été mise en place pour répondre efficacement aux besoins des membres et cumuler une expertise dans les domaines du droit, de la cybersécurité, des données et de la gestion des institutions de soins. Celle-ci se compose aujourd'hui de cinq collaborateurs travaillant en commun et chacun responsable d'un certain nombre d'institutions de soins en tant que DPO attribué.

Pour soutenir les membres de santhea ayant adhéré aux services de la Cellule RGPD, celle-ci s'est employée à développer un maximum d'outils, de modèles et de procédures adaptables en fonction du secteur et du statut de chaque institution. Une cinquantaine de ressources de ce type sont aujourd'hui disponibles en ligne sur l'extranet de santhea. Sur le terrain, chaque membre a été invité à mettre en place un comité de pilotage en vue d'adapter le modèle de plan d'action pour la mise en conformité proposé par notre équipe. En parallèle, chaque adhérent s'est engagé à désigner un chef de projet RGPD pour appliquer le plan adapté en interne. Nos DPO travaillent en étroite collaboration avec ces derniers et contrôlent la bonne mise en œuvre du processus de conformité dans leurs institutions respectives. Ils apportent leur soutien, entre autres, dans le cadre de l'inventaire des activités de traitement de données à caractère personnel, l'adaptation des contrats de sous-traitance et la validation de l'ensemble des documents à modifier.

La fonction de DPO externe proposée par la Cellule RGPD ne s'arrête pas à la mise en conformité. Sur le long terme, celle-ci conseille la direction pour toute question relative à la protection des données à caractère personnel, l'informe en cas de manquement constaté et formule des recommandations. Son rôle consiste aussi à veiller à l'exhaustivité et à la mise à jour du registre des activités de traitement et à la bonne gestion des demandes d'exercice de droits des patients, résidents, bénéficiaires et membres du personnel des institutions. Elle apporte également une assistance dans l'analyse des risques propres aux traitements de données et échange directement avec l'Autorité de Protection des Données en cas de violation de données ou d'enquête. Notre équipe propose en complément une expertise plus globale en matière de protection de la vie privée et de droits des patients. Celle-ci permet de traiter des thèmes tels que le droit à l'image, les caméras ou l'accès au dossier patient.



Liste des institutions participantes

En 2022, la Cellule RGPD a travaillé avec 32 institutions de soins, soit deux de plus que l’an dernier. La première moitié des adhérents est constituée d’hôpitaux généraux et psychiatriques, dont trois intercommunales. Au sein de la seconde, on recense des institutions issues du secteur des aînés et de la santé mentale, mais aussi un laboratoire d’analyses médicales, un service de transfusion du sang et un projet-pilote de soins intégrés.

A.I.G.T.	C.H.R. Verviers East Belgium
A.P.P. C.H.R. Sambre et Meuse	CHUPMB
ASBL Alises	C.H.U. Tivoli
ASBL Diapason-Transition	Clinique André Renard
ASBL Enaden	C. H. Reine Astrid Malmedy
ASBL L'Équipe	C.M.P Clairs Vallons
ASBL La Maison de Mariemont	C.R.P. Les Marronniers
ASBL La Transfusion du sang	Domaine des Rièzes et Sarts
ASBL La Traversière	M.A.S.S. de Bruxelles
ASBL PACT	IBC - ULB
Centre d'accueil Les Heures Claires	Inago
Centre de Santé des Fagnes	Interseniors
C.H.B.A.	ISoSL
C.H. Le Domaine	ISPPC
C.H.R. de Huy	Vivalia
C.H.R. Haute Senne	Vivias

Compte tenu de la diversité évidente des profils des adhérents de la Cellule RGPD, celle-ci a rapidement adapté le type d’encadrement proposé à chacun d’entre eux. Les plus grosses institutions sont ainsi davantage intéressées par une assistance pour faire face à un nombre important de traitements complexes de données à caractère personnel, parfois réparties sur plusieurs sites et numéros d’agrément. Un soutien particulier est apporté dans ce type de situation pour la réalisation de l’inventaire des données traitées et des contrats de sous-traitance. Les institutions de petite taille, en grande partie issues du secteur extrahospitalier, sont majoritairement confrontées de leur côté à un problème de ressources humaines. Un soutien rapproché sur l’ensemble du processus de mise en conformité est dès lors proposé, dans un contexte où le nombre de traitements à étudier est plus faible.

Actions & Résultats

Au cours de l’année écoulée, l’équipe de la Cellule RGPD a maintenu des contacts réguliers avec les chefs de projets capables de dégager du temps pour se consacrer à la mise en conformité. Avec l’accalmie de la crise sanitaire, les visites sur le terrain ont pu reprendre, qu’il s’agisse de réunions de suivi du projet ou portant sur une thématique particulière.

De nombreuses questions relatives au traitement des données à caractère personnel et à la protection des données ont été traitées à distance, idem en ce qui concerne les contrats de sous-traitance et de recherche dont le nombre ne désemplit pas au fil du temps. Dans un contexte où le RGPD est désormais entré dans les mœurs d’une part plus importante de la population, le nombre de demandes d’exercices de droit a augmenté. Nos DPO fournissent un soutien pour formuler une réponse à chacune d’entre elles. Plusieurs violations de données à caractère personnel ont aussi été prises en charge par l’équipe, dans un contexte où celles-ci augmentent malheureusement avec l’intérêt des hackers pour les institutions de soins.

Nos DPO sont aussi intervenus cette année auprès de la société 3M. L’an passé, la firme avait cessé sa collaboration avec une société russe qui traitait des données pour son compte, et souhaitait à présent signer un contrat avec de nouveaux sous-traitants situés en dehors de l’Union européenne. Lors de la notification par santhea de cette décision de 3M aux hôpitaux concernés, certains se sont opposés à la nomination sous réserve de la communication des documents permettant d’établir que les éventuels transferts prévus étaient conformes au RGPD. Après réception desdits documents et notre intervention comme intermédiaire, l’opposition a été levée, permettant le recours futur à ces sous-traitants.

Concernant notre production, cinq premières affiches conçues pour sensibiliser le personnel des institutions membres ont été mises à disposition en mai. Ces affiches proposent une mise en situation et un message clé sur des thématiques telles que le phishing, le bon usage des mots de passe ou l'usage des réseaux sociaux. Cette première série sera complétée par d'autres supports du même genre au fil du temps en vue de balayer un maximum de thématiques pertinentes. Un modèle de sensibilisation du personnel aux violations de données, et en particulier aux bons réflexes à adopter en cas de suspicion d'un tel événement, a également été proposé à nos membres. En parallèle, notre modèle de contrat-cadre visant à encadrer les relations de sous-traitance a été mis à jour en profondeur. Dans la foulée, les nouvelles clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne pour encadrer les traitements incluant un transfert de données vers un pays non adéquat ont fait l'objet de quatre nouveaux outils distincts. Notre outil de check-list des contrats de sous-traitance a lui aussi fait l'objet d'une mise à jour, sachant que celui-ci est principalement utilisé par notre équipe, les membres ne disposant généralement pas de ressources suffisantes pour passer en revue ces contrats.

En termes d'analyses, l'équipe a publié une note relative à un arrêt du Conseil d'État qui confirme le rôle des institutions de soins dans la vérification de la conformité au RGPD des offres soumises dans le cadre d'un marché public. Une seconde note a été publiée concernant un accord obtenu entre santhea et la société Abbott par rapport à l'intégration des clauses contractuelles types

mentionnées ci-avant dans leur contrat de sous-traitance relatif à leur service Libreview. En parallèle, la Cellule RGPD a mis en place en 2022 une revue mensuelle des avis de la Chambre contentieuse de l'APD. Pour ce faire, nos juristes sélectionnent les décisions propres au secteur des soins de santé ou à la gestion des ressources humaines.

Perspectives

En 2023, la Cellule RGPD continuera d'assurer ses fonctions routinières de soutien à la mise en conformité et de DPO externalisé. L'équipe souhaite diminuer les écarts de niveaux creusés entre institutions durant la pandémie et renforcer le soutien apporté, en particulier en ce qui concerne le registre des activités de traitement. Des mesures visant à rappeler à chaque membre ses obligations et à mieux suivre les progrès de chacun seront aussi mises en place dans les prochains mois, avant le développement d'une véritable procédure d'audit.

Au niveau des outils, le début de l'année 2023 sera consacré au parachèvement de premiers outils conçus pour faciliter la réalisation des analyses d'impact sur la protection des données. De nouvelles affiches consacrées à l'amélioration de la sécurité de l'information seront diffusées en parallèle. Une Foire Aux Questions (FAQ), reprenant les réponses aux principales questions posées par les membres, sera également proposée.



ENQUÊTE "SATISFACTION PATIENTS" : PLUS DE DIX ANS DE COLLABORATION AVEC NOS MEMBRES

Contexte

Alors qu'ils étaient autrefois considérés comme des cibles passives de soins, les patients sont désormais reconnus comme de potentiels alliés pour les soignants, capables de s'engager activement dans leur prise en charge et, ce faisant, d'en améliorer la qualité. Il revient néanmoins à chaque institution de soins de démontrer à sa patientèle l'intérêt qu'elle porte à son vécu et à sa perception des services rendus. Dans ce contexte, les initiatives visant à mesurer la satisfaction des patients se sont largement répandues. Le choix d'un outil efficace, valide et à moindre coût n'est cependant pas toujours aisé pour les directions souhaitant se lancer ou pérenniser une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Objectifs

Santhea propose à ses membres sa propre enquête de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients en **milieu hospitalier** depuis plus de dix ans. Exploitant au départ un seul questionnaire, l'enquête "Satisfaction Patients" compte aujourd'hui 17 formulaires, balayant largement les nombreux types de prises en charge et services rencontrés à l'hôpital. Ces outils sont tous développés en collaboration avec des experts de terrain issus des institutions membres de santhea, et font l'objet de mises à jour à la demande des participants au projet. En fonction des besoins, de nouveaux outils sont régulièrement proposés.

Conscients de la charge de travail que représente la mise en place de l'enquête "Satisfaction Patients" pour les professionnels de terrain et dans un climat globalement très compliqué pour les soins de santé, nous mettons généralement tout en œuvre pour leur simplifier la tâche. Si l'impression, la distribution et l'envoi des questionnaires à santhea reviennent aux responsables de la qualité et aux équipes soignantes, nous nous chargeons en retour de scanner les documents envoyés, de les injecter dans notre Datawarehouse et de mettre mensuellement les résultats à jour sur notre plateforme de reporting dynamique Microsoft Power BI. Cet outil permet aux utilisateurs de consulter l'ensemble de leurs données en détail par unité de soins, mais aussi de se comparer entre institutions de façon anonyme et avec une moyenne santhea générée par mois, type de questionnaire et item mesuré. Les institutions qui en font la demande peuvent aussi obtenir périodiquement une copie brute de leurs données, celle-ci permettant d'injecter directement les résultats dans les solutions d'analyses statistiques mises en place sur le terrain par nos membres.

Depuis cinq ans, une partie des résultats des questionnaires "Général", "Obstétrique" et "Hôpital de jour chirurgical et médical" de notre enquête en milieu hospitalier est utilisée dans le cadre du volet "Expérience Patients" du programme Pay for Performance (P4P). Pour la première fois cette année, les données de notre projet, reconnu pour sa qualité par l'administration, ont fait l'objet d'un envoi direct par santhea à la Cellule qualité du SPF Santé publique. Ce système permet de décharger les responsables qualité de nos membres de tout le travail de préparation, d'encodage et de validation des données à transmettre, une copie de leurs résultats leur étant transmise en parallèle.

En 2021, les membres du groupe de travail "Aînés" ont collaboré avec santhea en vue de transposer l'enquête "Satisfaction Patients" dans les maisons de repos (et de soins - MR/MRS). Baptisé "**Satisfaction Résidents**", le projet a directement rencontré un intérêt marqué du côté des membres, en raison notamment du peu d'initiatives de ce type mises en place. Au cours du dernier trimestre 2021, un premier questionnaire destiné aux résidents, une méthodologie d'enquête et un planning ont été élaborés avec les représentants du terrain. Le questionnaire lui-même reprend une cinquantaine de questions présentées par thématique.

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 prélèvements	Soins palliatifs
Procréation Médicalement Assistée	Défense sociale
Imagerie médicale	+ Questionnaires ponctuels

Liste des institutions participantes

En 2022, vingt institutions ont participé à l'enquête "Satisfaction Patients", ce qui représente dans l'ensemble 26 numéros d'agrément. Au 1^{er} juillet, cinq institutions bruxelloises ont quitté le projet en même temps que la fédération, portant ainsi le total à quinze participants. Outre les hôpitaux, le projet compte également un centre médical conventionné avec l'INAMI.

Centre de Santé des Fagnes	C.H.U. Tivoli	Hôpitaux Iris Sud
C.H. Le Domaine	C.M.P. Clairs Vallons	HUDERF
C.H. Reine Astrid Malmedy	C.R.P. Les Marronniers	Institut Jules Bordet
C.H.R. de Huy	C.U.B. Hôpital Erasme	ISoSL
Hôpital de la Citadelle	CHUPMB (2 AGR)	ISPPC (2 AGR)
C.H.R. Verviers East Belgium	Clinique André Renard	Vivalia (4 AGR)
C.H.U. Brugmann	EpiCURA (2 AGR)	

Lancée officiellement en 2022, la première enquête "Satisfaction Résidents" a, de son côté, été suivie par 27 membres de la fédération issus du secteur des aînés.

Centre d'Accueil Les Heures Claires	Résidence Domaine du Château	Résidence Les Genêts
Home de Seny	Résidence Églantine	Résidence Les Heures Paisibles
La Maison de Mariemont	Résidence Ferdinand Nicolay	Résidence Les Jardins d'Elisabeth
Les Jolis Bois	Résidence Grandgagnage	Résidence Les Prés Brion
Les Jours Paisibles	Résidence La Kan	Résidence Les Templiers
Maison Heysel	Résidence La Vallée du Hoyoux	Résidence Les Trois Rois
Résidence Ange-Raymond Gilles	Résidence Le Chalon	Résidence Philippe Wathélet
Résidence Chantraine	Résidence Les Avelines	Résidence Régina
Résidence Chassart	Résidence Les Églantines	Résidence Saint-Joseph

Actions & Résultats

Malgré l'impact de la pandémie de la COVID-19, toujours bien réel au début de l'année 2022, l'enquête en milieu hospitalier a permis de récolter plus de 30.000 questionnaires depuis le mois de janvier. Il est important de relever que cette performance n'aurait pu être possible sans l'investissement des responsables de la qualité dans le projet et la collaboration mise en place au fil du temps avec l'équipe de santhea. Si nous sommes sans doute plus limités sur le plan technique par rapport à des firmes spécialisées dans le benchmarking et la mesure de la satisfaction, nous mettons en contrepartie tout en place pour satisfaire toutes les demandes formulées par les membres. Ceci n'est cependant pas sans difficulté, dans un contexte où l'équipe doit faire face à un nombre de requêtes concernant des demandes d'extractions ou de modifications de notre base de données toujours plus élevé.

En ce qui concerne les développements réalisés en 2022, citons en premier lieu la création de deux nouveaux questionnaires. Le premier concerne la prise en charge dans les services d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, scanner, IRM, etc.) et vient compléter notre questionnaire propre aux consultations. Le second est lié à l'hôpital de jour chirurgical pédiatrique et a été



conçu à l'attention des parents d'enfants hospitalisés en ambulatoire.

En parallèle, un nouveau questionnaire ponctuel consacré aux repas a été développé en vue d'être distribué au printemps et à l'automne 2023, ceci pour tenir compte des menus saisonniers. Celui-ci permettra d'étudier en profondeur la qualité des déjeuners, dîners et soupers servis par nos membres à leurs patients en ciblant des éléments tels que la qualité gustative des aliments, la température, les quantités ou le respect des régimes et des allergies.

Au niveau du suivi des outils existants, le questionnaire "Gériatrie" a été mis à jour avec nos experts de terrains. Certains freins au remplissage de cet outil ayant été constatés au fil du temps, celui-ci a été adapté en vue de mieux correspondre à la population particulière de patients ciblés, notamment au niveau du format et du nombre de questions.

En 2022, l'équipe a également travaillé sur un module d'e-learning visant à sensibiliser les professionnels de terrain au protocole de l'enquête et à l'importance de celle-ci dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Ce module devra encore être achevé en 2023, en intégrant entre autres des échanges avec nos membres. Son déploiement devrait permettre d'augmenter l'adhésion du personnel à notre projet et, dans un même temps, le taux de retour des questionnaires.

Le projet "Satisfaction Patients" dispose de son propre groupe de travail. Celui-ci s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année 2022. Avec l'aide des professionnels de la Qualité qui le composent, l'équipe a pu travailler sur les questionnaires, ceci à l'occasion de réunions dites "techniques". En juin, un état des lieux du programme P4P a été présenté aux membres. Lors de cette même réunion, l'équipe a abordé le projet de digitalisation des questionnaires et le développement de notre module d'e-learning consacré à l'enquête. Un bilan de la période de distribution de notre premier questionnaire ponctuel, consacré à la prise en charge et à l'information délivrée au patient lors de sa sortie de l'hôpital, a aussi été proposé. La possibilité de faire évoluer le contenu du groupe de travail en vue de discuter des résultats de l'enquête et de s'échanger des bonnes pratiques a été évoquée en complément.

Concernant l'enquête "**Satisfaction Résidents**", une phase de test de quinze jours du questionnaire et du protocole d'enquête a été organisée au préalable dans quatre institutions volontaires en mars 2022. Celles-ci ont bénéficié d'une extraction de leurs résultats pour cette période particulière d'essai et ont délivré en retour une série de suggestions en vue d'améliorer le questionnaire et la méthode d'enquête. Ces commentaires ont été soumis aux membres du groupe de travail "Aînés" avant intégration pour correspondre au mieux aux attentes du terrain.

Au cours de l'été, un appel à participation a été lancé à l'ensemble des MR/MRS de santhea, celui-ci reprenant les modalités pratiques du projet et les différents outils utilisés, en ce compris un canevas Microsoft Excel permettant de renseigner les informations relatives aux unités de vie

de chaque institution amenée à participer. La période de distribution a été fixée en octobre durant quinze jours. Des adaptations ont été proposées aux participants en fonction du planning propre à chacun. Enfin, pour augmenter le taux de retour, il a été recommandé de présenter en amont l'enquête et son intérêt aux résidents, à leurs proches et aux membres du personnel.

En novembre, les questionnaires renvoyés à santhea ont été scannés pour concevoir une nouvelle base de données. Chaque direction des institutions participantes s'est vue remettre une extraction de ses propres résultats accompagnée de tableaux et de diagrammes récapitulatifs par unité de vie pour chacune des thématiques composant l'enquête. À la suite de cela, l'équipe a pris en charge une série de demandes d'adaptation des résultats, en vue de rendre la présentation de ceux-ci plus esthétique ou de corriger l'attribution par le terrain de certains questionnaires à de mauvaises unités de vie. Une présentation globale des résultats a été proposée aux membres du groupe de travail "Aînés" en fin d'année.

Perspectives

Au niveau des perspectives en milieu hospitalier, l'année 2023 permettra de continuer à actualiser d'anciens questionnaires, et d'en proposer de nouveaux en fonction des besoins des membres. Un nouveau questionnaire ponctuel devrait ainsi être développé, le thème étant encore à déterminer avec le terrain. Nous espérons également pouvoir proposer une première version de notre module d'e-learning l'an prochain.

Concernant l'enquête dans le secteur des aînés, un rapport en ligne Microsoft Power BI sera mis à disposition en début d'année 2023, en complément aux résultats sous forme de fichiers Microsoft Excel transmis aux membres en novembre 2022. Celui-ci permettra aux participants de consulter leurs résultats de façon dynamique et de se comparer avec une moyenne santhea détaillée, tout comme pour ceux issus des hôpitaux. Ce rapport sera mis à jour chaque année pour prendre en compte chaque reproduction de l'enquête, celle-ci ayant déjà été reprogrammée en septembre 2023 par le groupe de travail "Aînés".

ENVIRONNEMENT : LE PROJET TOGETHER FOR GREEN HEALTHCARE*



Contexte

Le réchauffement climatique et ses conséquences sont au cœur de l'actualité depuis plusieurs années déjà. La réduction de l'impact environnemental des entreprises reste un défi de taille auquel des directives européennes, les accords de la COP26, ou encore des plans régionaux tentent de répondre. Au même titre que les autres secteurs, celui des soins de santé est concerné. Et cela d'autant plus qu'au-delà de l'enjeu environnemental, il y a l'enjeu financier. Les institutions de soins étant de grandes consommatrices d'énergie, la crise actuelle les a frappés de plein fouet, les poussant à repenser leur manière de fonctionner. Plusieurs d'entre elles ont ainsi décidé ou sont en cours de réflexion pour diminuer la part d'énergies fossiles dans leur consommation globale. Cette démarche vise à s'inscrire dans le long terme puisque les prévisions pour les années futures ne vont pas dans le sens d'une diminution des prix de ces énergies. Ceci prend néanmoins du temps, demande des fonds et a une incidence sur l'ensemble des activités du secteur.

Par ailleurs, de nombreuses autres initiatives voient le jour dans chaque institution, bien au-delà du seul aspect environnemental, en s'inscrivant dans une approche de développement durable dite "RSE". Cet acronyme correspond à la "Responsabilité Sociétale des Entreprises" (ou encore ESG, pour "Environnement Social Gouvernance"), visant à mettre en place une politique de développement durable à moyen et long terme. Santhea estime que cette démarche est pertinente et a décidé de l'appuyer et de la promouvoir auprès de ses différentes institutions.

Actions de l'année

Au cours de l'année 2022, nous avons fourni à nos membres un soutien en matière environnementale, en tentant de cerner au mieux leurs besoins.

Groupe de travail

Un groupe de travail spécifique à cette matière a été mis sur pied. L'objectif de celui-ci est de rassembler des experts de terrain pour discuter de différents sujets "verts" et de prioriser le travail de santhea. Ce groupe s'est réuni à plusieurs reprises et a, notamment, travaillé sur le cadastre énergétique.

Cadastre énergétique

Nous avons développé un cadastre énergétique portant sur la consommation de gaz, d'électricité, et d'eau des membres de santhea. Ce cadastre a pour objectif de suivre l'évolution de la consommation des institutions et ainsi de pouvoir identifier les actions prioritaires à mener pour la réduire et ainsi alléger le coût qu'elle représente. Ce cadastre porte sur des données allant de 2016 à 2021. Il permet de situer les institutions par rapport aux valeurs moyennes du secteur, d'obtenir des tendances dans le temps, mais également d'établir un benchmarking inter-institutions.

* Avec le soutien de l'AViQ.

Journée “énergie”

Fin septembre, santhea et UNESSA ont organisé conjointement une journée “énergie”. Le but de cette journée était de fournir aux institutions de soins des pistes pour faire face à la crise. Nous avons réuni ce jour-là des directeurs généraux, des directeurs financiers, des experts du terrain et des responsables techniques. La journée a été un succès puisqu’une septantaine de personnes ont fait le déplacement pour suivre les présentations. À l’issue de celles-ci, un moment plus informel a permis aux participants de partager leurs expériences et leurs réflexions.

Responsabilité sociétale des entreprises (RSE)

Au cours de l’année 2022, nous avons collaboré avec Primum Non Nocere (expert dans le domaine du développement durable) pour fournir à nos institutions un soutien et des informations en matière de RSE. Nous avons ainsi organisé une série de webinaires (disponibles sur notre extranet) et réalisé une évaluation de la “maturité RSE” de plusieurs hôpitaux volontaires afin de guider nos actions futures en la matière.

Perspectives

L’idée de travailler sur l’environnement dans le secteur des soins de santé n’est pas nouvelle. Cela fait des années que des projets voient le jour dans les institutions de soins et dans différentes sociétés travaillant avec ces institutions. Chez santhea aussi, nous nous intéressons à ce sujet depuis quelque temps, au travers notamment de la publication de notes et à la mise à disposition d’outils et de pratiques innovantes. Les actions menées par notre fédération en 2022, de l’identification de nouveaux contacts et de personnes-ressources au sein de chaque institution membre à l’élargissement des matières traitées (RSE, circularité, etc.), en passant par la refonte du groupe de travail et la production du cadastre, s’inscrivent dans une volonté de toujours mieux répondre aux besoins croissants du terrain.

L’année 2022 a été une année particulière compte tenu de la crise énergétique qui a touché de plein fouet tous les secteurs. La question de l’énergie est maintenant au centre de l’attention, alors que nous sortons à peine de la crise de la COVID-19, dont l’impact a été majeur. En 2023, nous avons l’intention de poursuivre nos efforts pour soutenir nos membres dans ce domaine, avec notamment le développement d’un cadastre énergétique pour le secteur des aînés, mais également d’élargir nos actions à la Responsabilité Sociétale des Entreprises, en créant un comité RSE qui travaillera à la mise en place d’actions concrètes sur base de l’évaluation réalisée en 2022.







NOS MEMBRES

PARTIE
7

HOPITAUX

- | | | |
|----|---------------------------------|------------------------|
| 1 | Centre de Santé des Fagnes | CHIMAY |
| 2 | C.H. de Mouscron | MOUSCRON |
| 3 | C.H. du Bois de l'Abbaye | SERAING |
| 4 | C.H. EpiCURA - Ath | ATH |
| 5 | C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu | HORNU |
| 6 | C.H. Le Domaine | BRAINE-L'ALLEUD |
| 7 | C.H.R. de Huy | HUY |
| 8 | C.H.R. du Val de Sambre | SAMBREVILLE (AUVELAIS) |
| 9 | C.H. Reine Astrid Malmédy | MALMEDY |
| 10 | C.H.R. Haute Senne | SOIGNIES |
| 11 | C.H.R. Namur | NAMUR |
| 12 | C.H.R. Verviers East Belgium | VERVIERS |
| 13 | C.H.U. de Liège | LIÈGE |
| 14 | C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré | MONS |
| 15 | C.H.U.P.M.B. Le Chêne aux Haies | MONS |
| 16 | C.H.U. Tivoli | LA LOUVIERE |
| 17 | CHwapi | TOURNAI |



- 18 Clinique André Renard
- 19 C.R.P. Les Marronniers
- 20 Hôpital de La Citadelle
- 21 I.S.o.S.L. - C.H.P. Petit-Bourgogne
- 22 I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé L'Accueil
- 23 I.S.o.S.L. - Valdor-Pèrî
- 24 I.S.P.P.C. - Hôpital André Vésale
- 25 I.S.P.P.C. - Hôpital Civil Marie Curie
- 26 L'Equipe
- 27 VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne
- 28 VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg
- 29 VIVALIA - IFAC
- 30 VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique La Clairière

HERSTAL
TOURNAI
LIÈGE
LIÈGE
LIERNEUX
LIÈGE
MONTIGNY-LE-TILLEUL
LODELINSART
BRUXELLES
LIBRAMONT
ARLON
BASTOGNE
BERTRIX





MR/MRS

- | | | |
|----|--|---------------------|
| 1 | Aux Ursulines (CPAS) | BRUXELLES |
| 2 | Centre de soins Saint-Joseph (INAGO) | MORESNET |
| 3 | Domaine des Blés Dorés (ISoSL) | VILLERS-L'ÉVÊQUE |
| 4 | Domaine des Riezes et Sarts (SOLIDARIS) | CUL-DES-SARTS |
| 5 | Heureux Séjour (ISPPC) | COURCELLES |
| 6 | Home de Seny (CHU LIÈGE) | SENY-TINLOT |
| 7 | Home Franchimontois (CPAS) | THEUX |
| 8 | La Bonne Maison de Bouzanton (CHUPMB) | MONS |
| 9 | La Bouvière (VIVALIA) | VIELSAM |
| 10 | La Closière (CPAS) | SAINT-SERVAIS |
| 11 | La Maison de Mariemont | MORLANWELZ |
| 12 | Le Doux repos (CPAS) | MANAGE |
| 13 | Le Grand Pré (CPAS) | WÉPION |
| 14 | Le Mont Falise (CHRH) | HUY |
| 15 | Le Vignoble (CPAS) | BRAINE-L'ALLEUD |
| 16 | Les Chardonnerets (CPAS) | JAMBES |
| 17 | Les Heures Claires (CAHC) | SPA |
| 18 | Les Heures Paisibles (INTERSENIORS) | WAREMME |
| 19 | Les Jolis Bois (CPAS) | SAINT-GEORGES |
| 20 | Les Jours Paisibles (SOLIDARIS) | BAUDOUR |
| 21 | Les Tournesols (ISoSL) | LIÈGE |
| 22 | Maison d'Harschamp (CPAS) | NAMUR |
| 23 | Maison Heysel (CPAS) | BRUXELLES |
| 24 | Maison Vésale (CPAS) | BRUXELLES |
| 25 | Nouvelle Quiétude (ISPPC) | MONTIGNY-LE-TILLEUL |
| 26 | Pierre Paulus (ISPPC) | CHÂTELET |
| 27 | Résidence Ange-Raymond Gilles (INTERSENIORS) | JEMEPPE |
| 28 | Résidence Chantraine (INTERSENIORS) | SAINT-NICOLAS |
| 29 | Résidence Chassart (CPAS) | WAGNELÉE |
| 30 | Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont | GHLIN |
| 31 | Résidence Dejaifve (AISBS) | FOSES-LA-VILLE |
| 32 | Résidence des Oliviers (VIVALIA) | VIRTON |
| 33 | Résidence Do Grand Fa (CPAS) | MALMEDY |
| 34 | Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS) | FLÉMALLE |
| 35 | Résidence du Bois d'Havré (CHUPMB) | HAVRÉ |
| 36 | Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL) | ANS |
| 37 | Résidence Eglantine (INTERSENIORS) | SERAING |



- | | | |
|----|--|------------------|
| 38 | Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS) | STAVELLOT |
| 39 | Résidence La Barcarolle (CPAS) | STEMBERT |
| 40 | Résidence Laetare (CPAS) | LA LOUVIÈRE |
| 41 | Résidence La Kan (INAGO) | AUBEL |
| 42 | Résidence La Lainière (CPAS) | VERVIERS |
| 43 | Résidence La Plaine (ISoSL) | LIÈGE |
| 44 | Résidence Le Chalon (AIGT) | CHIMAY |
| 45 | Résidence Le Doux Séjour (ISoSL) | HERSTAL |
| 46 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISoSL) | WELKENRAEDT |
| 47 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC) | LIMBOURG |
| 48 | Résidence Le Temps des Cerises (AISBS) | BIESME |
| 49 | Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISoSL) | GRIVEGNÉE |
| 50 | Résidence Le Touvent (AIGT) | SIVRY |
| 51 | Résidence Les Aubépines (CPAS) | HOUDENG-GOEGNIES |
| 52 | Résidence Les Avelines (CHRH) | WANZE |
| 53 | Résidence Les Eglantines (CPAS) | BRUXELLES |
| 54 | Résidence Les Genêts (INTERSENIORS) | OUGRÉE |
| 55 | Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS) | WAIMES |
| 56 | Résidence Les Orchidées (ISoSL) | GRIVEGNÉE |
| 57 | Résidence Les Prés Brion (CHRH) | HUY |
| 58 | Résidence Les Saules (ISoSL) | BASSENGE |
| 59 | Résidence les Templiers (CPAS) | FLEURUS |
| 60 | Résidence Les Trois Rois (ISoSL) | VISÉ |
| 61 | Résidence Louis Demeuse (ISoSL) | HERSTAL |
| 62 | Résidence Philippe Wathelet (CAHC) | LA GLEIZE |
| 63 | Résidence Régina (INAGO) | MORESNET |
| 64 | Résidence Sainte-Gertrude (CPAS) | BRUXELLES |
| 65 | Résidence Saint-Joseph (CPAS) | VERVIERS |
| 66 | Résidence Springuel-Hellin (CPAS) | MONTEGNEE |
| 67 | Résidence Val des Séniors (VIVALIA) | CHANLY |
| 68 | Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH) | HUY |
| 69 | Sainte-Elisabeth (CPAS) | HERVE |
| 70 | Saint-Joseph (CPAS) | TEMPLoux |
| 71 | Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS) | BUTGENBACH |
| 72 | Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS) | SAINT-VITH |
| 73 | Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA) | SAINTE-ODE |



CAJ/CSJ

- 1 Domaine des Blés Dorés (ISoSL)
- 2 Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)
- 3 Heureux Séjour (ISPPC)
- 4 La Bonne Maison de Bouzanton (CHUPMB)
- 5 La Bouvière (VIVALIA)
- 6 La Cigale (INTERSENIORS)
- 7 La Maison de Mariemont
- 8 Le Grand Pré (CPAS)
- 9 Les Heures Claires (CAHC)
- 10 Les Tournesols (ISoSL)
- 11 Le Vignoble (CPAS)
- 12 Nouvelle Quiétude (ISPPC)
- 13 Résidence des Oliviers (VIVALIA)
- 14 Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL)
- 15 Résidence Laetare (CPAS)
- 16 Résidence La Kan (INAGO)
- 17 Résidence La Plaine (ISoSL)
- 18 Résidence Le Doux Séjour (ISoSL)
- 19 Résidence Les Aubépines (CPAS)
- 20 Résidence Les Avelines (CHRH)
- 21 Résidence Les Trois Rois (ISoSL)
- 22 Résidence Leonardo Da Vinci (ISoSL)
- 23 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
- 24 Résidence Régina (INAGO)
- 25 Sainte-Elisabeth (CPAS)

VILLERS-L'ÉVÊQUE
FLÉMALLE
COURCELLES
MONS
VIELSAM
WAREMME
MORLANWELZ
WÉPION
SPA
LIÈGE
BRAINE-L'ALLEUD
MONTIGNY-LE-TILLEUL
VIRTON
ANS
LA LOUVIÈRE
AUBEL
LIÈGE
HERSTAL
HOUDENG-GOEGNIES
WANZE
VISÉ
WELKENRAEDT
LIMBOURG
MORESNET
HERVE

RÉSIDENCES-SERVICES

1	Domaine des Blés Dorés (ISoSL)	VILLERS-L'ÉVÊQUE
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)	VISÉ
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)	LIÈGE
15	Résidence Do Grand Fa (CPAS)	MALMEDY
16	Résidence du Bois d'Havré (CHUPMB)	HAVRÉ
17	Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL)	ANS
18	Résidence Laetare (CPAS)	LA LOUVIÈRE
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)	PLOMBIÈRES
27	Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)	HUY

CONVENTIONS DE REVALIDATION

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

MUTUALITÉS

1	Mutualité socialiste du Luxembourg	SAINT-HUBERT
2	Solidaris Wallonie - Territoire Liège	LIÈGE
3	Solidaris Wallonie - Territoire Mons Wallonie picarde	ATH
4	Solidaris Wallonie - Territoire Namur	SAINT-SERVAIS
5	Solidaris Wallonie - Territoire Brabant Wallon	TUBIZE
6	Solidaris Wallonie - Territoire Centre, Charleroi et Soignies	CHARLEROI
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 LOUVIÈRE
---	--------------------------------	-------------

LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

1	IBC	BRUXELLES
2	IPG	GOSSELIES

MÉDECIN DU TRAVAIL

1	Cohézio	BRUXELLES
---	---------	-----------

PETITE ENFANCE

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

PLANNING FAMILIAL

1	Sofélia	BRUXELLES
---	---------	-----------

TRANSFUSION SANGUINE

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



INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES

- | | | |
|---|--|-----------------|
| 1 | HP Famenne - Ardenne (VIVALIA) | BETRIX |
| 2 | L'Ancre (ALISES) | LA LOUVIÈRE |
| 3 | Le Relais | TOURNAI |
| 4 | Les Habitations Protégées Liégeoises (ISoSL) | LIÈGE |
| 5 | Notre Domaine (C.H. Le Domaine) | BRAINE-L'ALLEUD |
| 6 | Prélude (l'Equipe) | BRUXELLES |

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

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



A background image showing three business professionals in a meeting. Two men in light blue shirts and ties are looking at a tablet, while a woman in a red shirt is seen from behind in the foreground. The image is overlaid with a semi-transparent white filter. The top right corner features a large green and grey geometric shape.

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

PARTIE

8

MEMBRES

Présidente : **Lambert Marie-Claire**

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

LES RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration de santhea se réunit mensuellement. Il établit les orientations stratégiques de santhea et définit le positionnement de la fédération sur les dossiers en cours et à venir.

En 2022, une attention particulière a été apportée à la réforme hospitalière voulue par le ministre Vandenberghe, ainsi qu'au budget des soins de santé INAMI 2023.

De nombreux points relatifs au financement des hôpitaux ont été traités : la réforme du financement des hôpitaux, la révision de la nomenclature, le double standstill sur les suppléments d'honoraires et les taux de rétrocession, le budget de 100 millions d'euros réservé aux prestataires conventionnés, les suppléments de chambre dans certains cas d'hospitalisation non-chirurgicale de jour, la proposition de convention hôpitaux/OA en matière d'Hospitalisation à domicile (HAD).

La mise en place de l'IFIC - secteur public a été abordée plusieurs fois. Le protocole d'accord social fédéral secteur public 2017-2020 et 2020-2024, les mesures de soutien aux hôpitaux à la suite de la pénurie infirmière et le respect du volume de l'emploi dans le cadre du Maribel social ont fait l'objet d'un état des lieux au cours des réunions du Conseil.

Le CFEH occupe une place importante dans le fonctionnement de notre secteur. La représentation de santhea dans cet organe, via plusieurs mandats, a été discutée, et l'organisation de réunions préparatoires aux réunions des organes d'avis, le CFEH en tête, a été remise en place.

Les perspectives de l'enregistrement RPM ont été discutées, et la réforme en cours du décret de l'AViQ fut à l'ordre du jour à deux reprises.

Santhea est active dans différents projets et collabore avec plusieurs organisations, ce qui fait l'objet d'un reporting et de discussions au sein du Conseil d'administration de la fédération. Citons le transfert par santhea au SPF Santé publique de données issues de l'enquête "Satisfaction Patients" dans le cadre du programme Pay for Performance (P4P), l'INAH, l'échange de données entre santhea et UNESSA dans le cadre d'une collaboration entre les projets de Datawarehouse des deux fédérations, l'implication dans les ASBL CIBES, CRESAM, Respect Seniors et la PAQS.

Une enquête de satisfaction menée auprès des membres de santhea a été décidée par son Conseil d'administration, et les résultats de celle-ci ont été présentés fin 2022.



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**
 C.R.P. Les Marronniers, représenté par **Hecq Vincent**
 Fédération des CSD, représentée par **Dewulf Déborah**
 Hôpital de la Citadelle, représenté par **Portugaels Sylvianne**
 I.S.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

9



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



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*



Nathalie THOMAS

Conseiller

Soins infirmiers



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