



RAPPORT ANNUEL

2023

SOMMAIRE

5	Le mot de la Présidente
9	Faits et chiffres
31	Les grands dossiers
53	Représentation et défense de nos membres
59	Une expertise démontrée au travers de nos dossiers
87	Une fédération dynamique
105	Nos membres
115	Notre Conseil d'administration
119	Notre équipe



LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

PARTIE 1



LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Tiens, et si on remettait la confiance au cœur de notre système ?

Nous avons un excellent système de santé.

Cette croyance populaire, assénée comme une vérité absolue par bon nombre d'acteurs, repose avant tout sur un mirage. Héritage d'un temps où les moyens financiers et humains permettaient de répondre à tous les besoins et où nous pouvions nous enorgueillir de fournir aux patients et aux résidents des soins et un accompagnement dignes de ce nom.

La réalité d'aujourd'hui est tout autre. Notre système de santé est en faillite.

D'abord financière. Le sous-financement structurel des institutions de soins les a rendues vulnérables aux crises qui, malheureusement, se sont succédé ces dernières années. Nous sommes au bord du gouffre, forcés de faire l'impossible balance entre un équilibre financier précaire et une accessibilité optimale, une des valeurs clés de l'action de santhea. Et pourtant, des économies continuent à nous être imposées. Aux yeux de certains, les gestionnaires sont manifestement incapables ou profiteurs.

Humaine, ensuite. La pénurie de personnel s'intensifie. Nous sommes passés d'un phénomène localisé et ponctuel à une situation critique généralisée. Des unités de soins doivent fermer, faute de personnel en suffisance. L'attractivité du secteur, depuis la crise COVID, est au plus bas. Et les perspectives pour le futur ne sont guère encourageantes. Il est urgent de créer les conditions indispensables à refaire du monde de la santé un secteur que l'on choisit par envie et où l'on reste pour le sens qu'on y trouve. Les autorités ont une responsabilité claire en la matière. De premières actions, timides, ont été entreprises. Nous attendons un vrai plan ambitieux et concret.

Et de résultats, car notre système est loin d'être parfait. Certes, il se distingue sur un certain nombre de points, tels que les taux de survie à plusieurs cancers, la continuité des soins grâce à une relation avec un médecin généraliste, ou encore en termes de soins centrés sur la personne. Nous pouvons (et devons) en être fiers. Mais de nombreux points noirs obscurcissent le tableau : les hospitalisations évitables, les infections nosocomiales, un sous-encadrement impactant la sécurité des soins, la surconsommation et la non-adéquation des soins, les listes d'attentes ou encore les problèmes d'équité – notamment financière.

Oui, notre système est en faillite. Mais ce n'est pas inéluctable. Les femmes et les hommes actifs dans le monde de la santé le sont, d'abord, par passion et par altruisme. Nous faisons, tous, le plus beau métier du monde en

consacrant notre vie à prendre soin des autres. C'est indiscutable. Mais un système de santé est complexe. Et ce n'est pas parce que chacun, individuellement, donne le meilleur de lui-même que le tout fonctionne optimalement. Il faut plus que ça. Et, en particulier, il faut de la confiance entre les acteurs. Au plus fort de la crise COVID, quand rien n'était organisé, on a vu qu'en laissant agir les acteurs, ceux-ci étaient capables de miracles. Mais très vite, le contrôle *top-down* caractéristique de la Belgique a repris ses droits. Personne ne souhaite une nouvelle crise sanitaire. Mais nous devons tirer des enseignements de la dernière en date.

Plus que jamais, santhea plaide pour remettre la confiance et le respect au cœur de notre système de santé et de son modèle de concertation. Trop souvent, au cours des dernières années, cette concertation a été négligée et la suspicion vis-à-vis des acteurs de terrain a dicté des décisions absurdes et contre-productives. Notre système de santé mérite mieux que cela. Nos concitoyens aussi. Car, au final, ce sont eux les victimes des choix malheureux et des défaillances qui en découlent.

Notre système de soins de santé n'est pas une variable d'ajustement budgétaire. Un réel réinvestissement financier est indispensable pour permettre de financer les multiples obligations qui pèsent sur les différents acteurs (hôpitaux, professionnels, réseaux multiples, etc.).

Oui, notre système est en faillite. Mais ce n'est pas inéluctable. En rétablissant la confiance et le respect, nous pourrons travailler ensemble à le rétablir, que ce soit d'un point de vue financier, humain et de résultats. Ensemble, avec nos expertises respectives, nous pourrons aussi nous préparer à affronter les prochains défis qui s'annoncent : les évolutions démographiques et épidémiologiques, les données en santé et leur sécurité, les questions de durabilité et de responsabilité sociétale.

Ensemble, confiance, respect, réinvestissement, expertise : les ingrédients du renouveau ?

Chez santhea, nous en sommes convaincus. Et nous nous battons pour que cette recette soit mise en œuvre afin de construire le futur système de santé dont nous rêvons tous pour nous, nos enfants, nos proches, et tous nos concitoyens.



MARIE-CLAIRE LAMBERT
Présidente de santhea



FAITS ET CHIFFRES

PARTIE 2

SECTEUR DES HÔPITAUX

1. Présentation du secteur en quelques chiffres*

	Wallonie	
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de lits 2023
Hôpitaux généraux	40**	16 496
<i>Dont hôpitaux universitaires</i>	1	1 038
<i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	3**	812
Hôpitaux psychiatriques	20	4 085
Total	60	20 581

	Bruxelles	
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de lits 2023
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

* Données provenant du SPF Santé Publique.

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



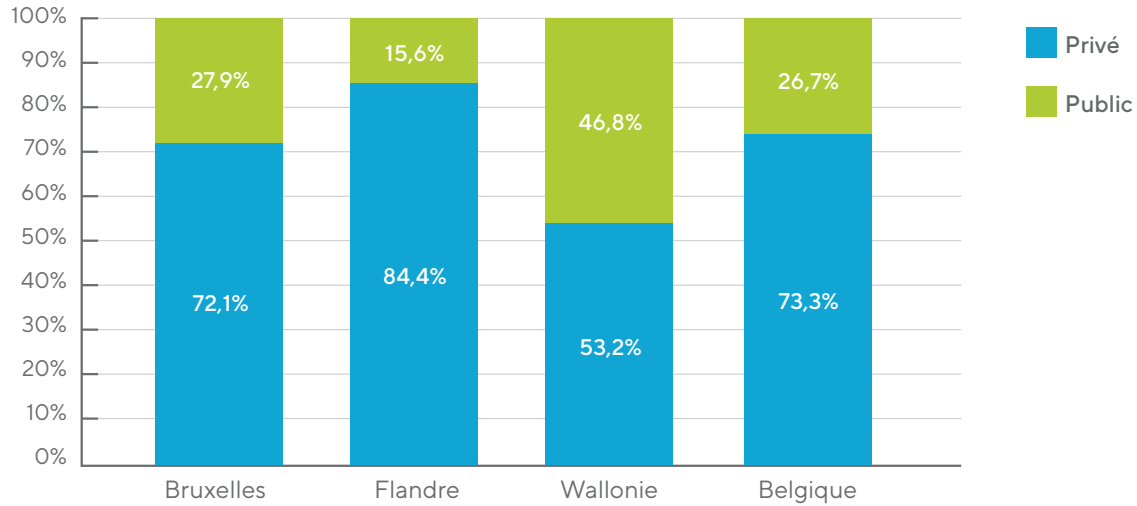
	Flandre	
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de lits 2023
Hôpitaux généraux	51	28 323
<i>Dont hôpitaux universitaires</i>	3	3 380
<i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	-	-
Hôpitaux psychiatriques	30	9 990
Total	81	38 313

	Belgique	
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de lits 2023
Hôpitaux généraux	103	52 340
<i>Dont hôpitaux universitaires</i>	7	7 188
<i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i>	4	1 207
Hôpitaux psychiatriques	59	14 905
Total	162	67 245

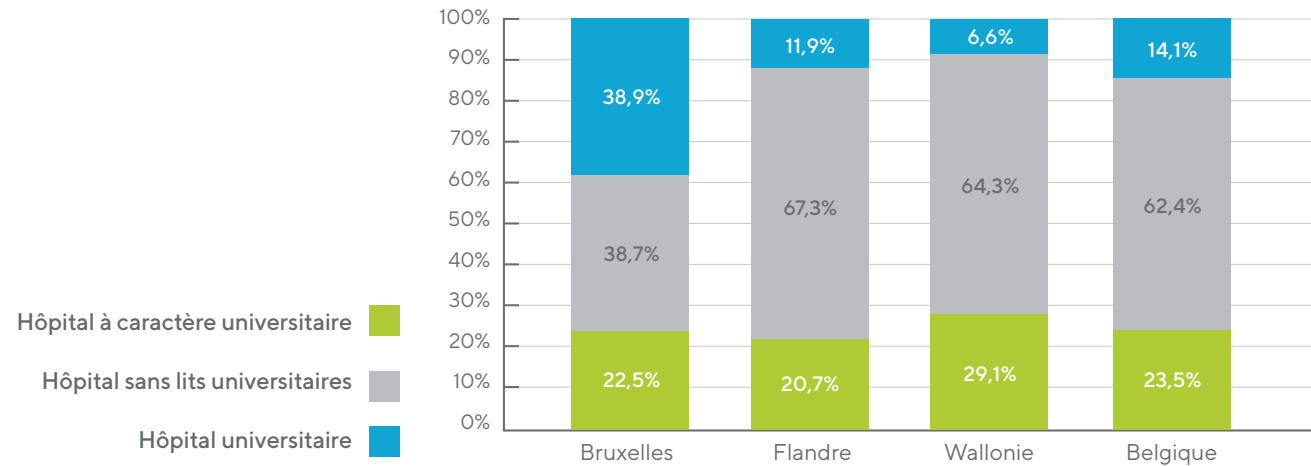


2. Analyse de quelques caractéristiques

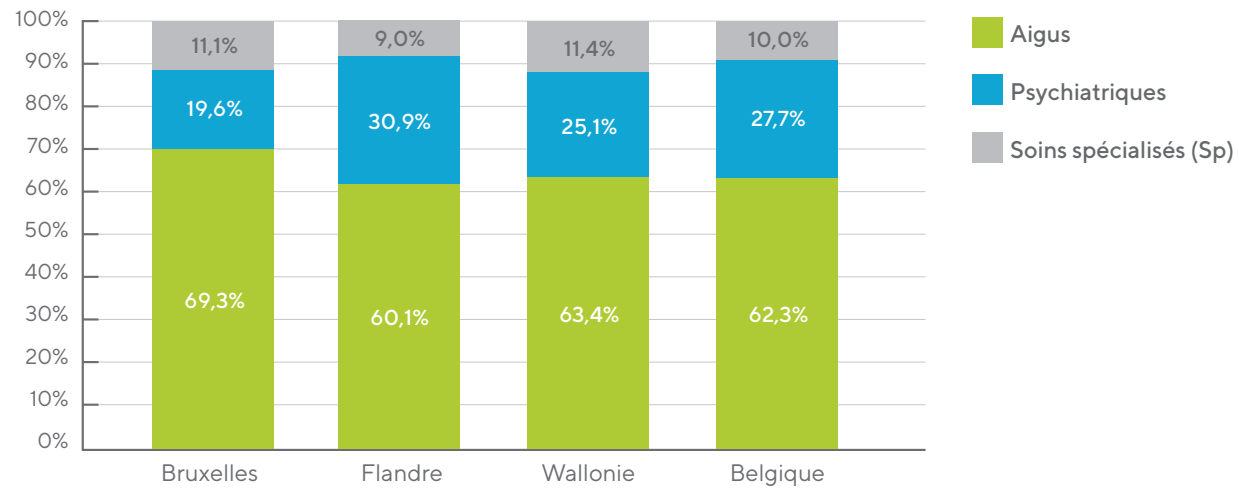
Répartition du nombre de lits agréés 2023 par statut pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2023 des hôpitaux généraux en fonction du caractère universitaire pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2023 par type de lits pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2023 par région, province et réseau hospitalier au niveau national

Région	Province	Réseau	Nombre de lits	En proportion du total
Bruxelles / Flandre	Bruxelles / Brabant flamand / Flandre orientale	CUROZ	2 466	4,8%
Bruxelles / Wallonie	Bruxelles / Brabant wallon	CHORUS	4 462	8,6%
		H.Uni	2 655	5,1%
Flandre	Anvers	HELIX	2 327	4,5%
		KEMPEN	1 367	2,6%
		ZAS (Ziekenhuis aan de Stroom)	2 901	5,6%
	Anvers / Brabant flamand	BRIANT	2 002	3,9%
	Brabant flamand	PLEXUS	2 537	4,9%
	Flandre occidentale	TRlaz	2 177	4,2%
	Flandre occidentale / Flandre orientale	E17	2 961	5,7%
		KOM Netwerk	3 106	6,0%
	Flandre orientale	GENT	2 582	5,0%
		MIRA	1 382	2,7%
	Limbourg	Noord-Oost Limburg	1 351	2,6%
		Ziekenhuisnetwerk Andreez	1 885	3,7%
Wallonie	Brabant wallon / Hainaut	HELORA	2 240	4,3%
	Hainaut	HUmani Santé	1 506	2,9%
		PHARE	2 167	4,2%
		Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole (R.H.C.M.)	1 342	2,6%
	Liège	ELIPSE	3 917	7,6%
		MOVE	1 363	2,6%
	Luxembourg	Vivalia	991	1,9%
Namur	Réseau Hospitalier Namurois (R.H.N.)	1 938	3,8%	

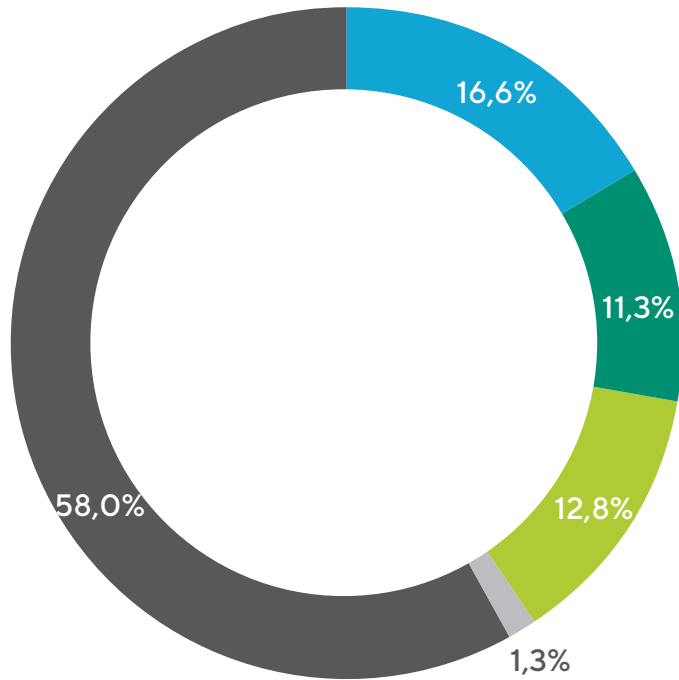
3. (Re)Présentation des membres de santhea

Santhea, c'est

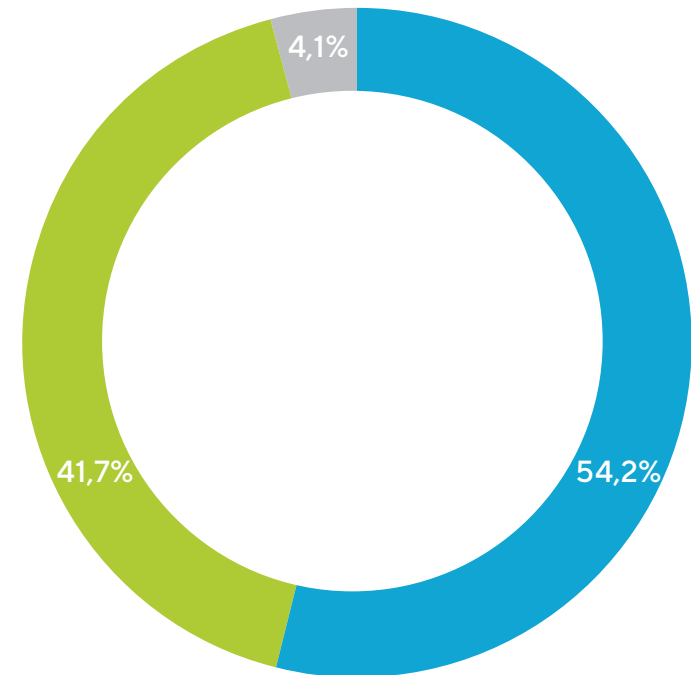
- 30 hôpitaux / 53 sites hospitaliers
 - 22 hôpitaux généraux (dont 1 hôpital universitaire)
 - 1 hôpital général spécialisé
 - 7 hôpitaux psychiatriques
- 6 réseaux hospitaliers
- 12 254 lits agréés
- Environ 31 700 ETP salariés



Répartition du nombre de lits agréés 2023 par fédération*



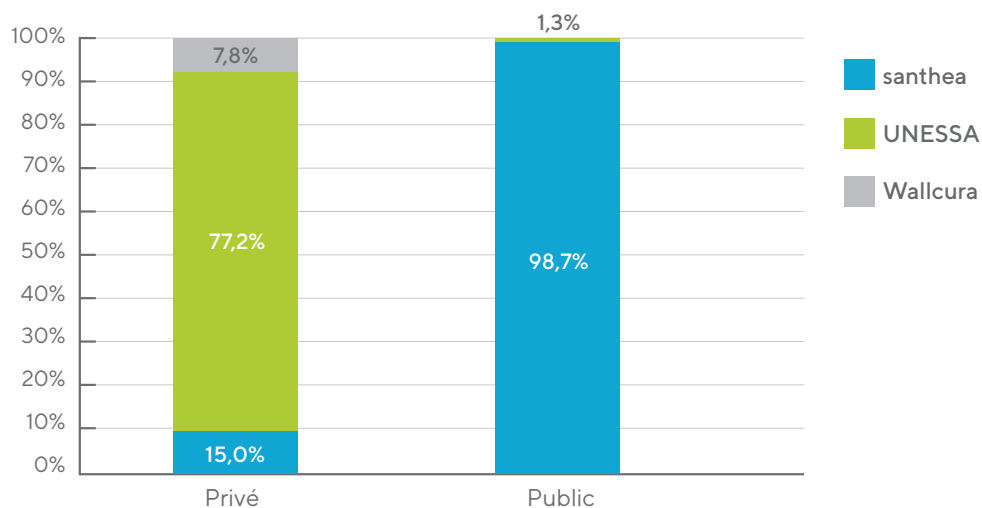
Répartition du nombre de lits agréés 2023 par fédération en Wallonie



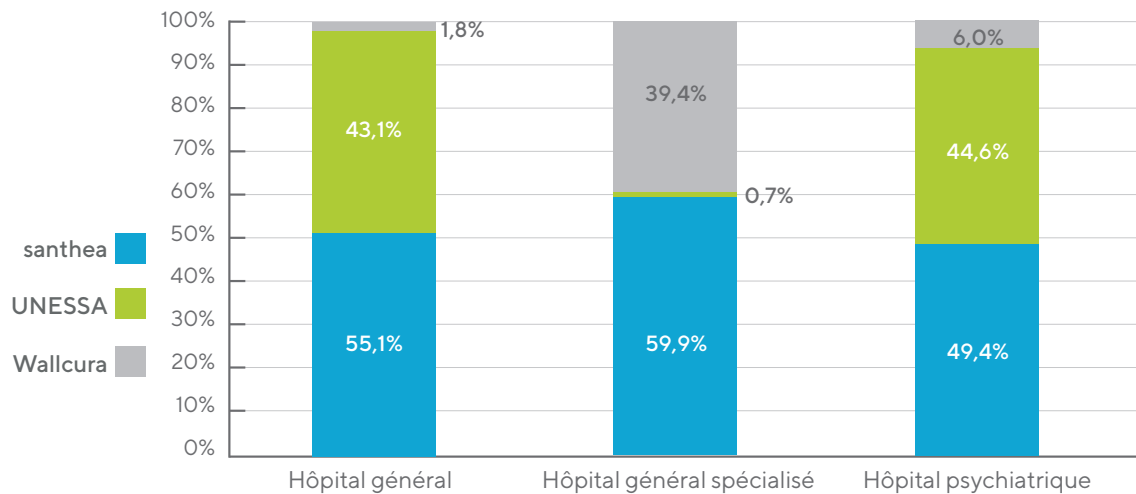
santhea GIBBIS UNESSA Wallcura Zorgnet-Icuro

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

Répartition du nombre de lits agréés 2023 par fédération en Wallonie, par statut



Répartition du nombre de lits agréés 2023 par fédération en Wallonie, par type d'hôpital



SECTEUR DES AÎNÉS

1. Présentation du secteur en quelques chiffres*

	Wallonie (hors Communauté Germanophone)**		
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de lits 2023	Nombre d'ETP soignants 2023
Maisons de repos	538	49 932	17 787
<i>dont MRS</i>	458	26 088	
Centres d'accueil de jour	78	942	
<i>dont CSJ</i>	52	538	
Résidences-services	197	4 567	

	Communauté Germanophone***	
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de lits 2023
Maisons de repos	8	821
Résidences-services	3	40

	Bruxelles****		
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de lits 2023	Nombre d'ETP soignants 2023
Maisons de repos	128	14 138	4 523
<i>dont MRS</i>	107	6 511	
Centre de soins de jour	8	135	

* Limité aux régions et communautés dans lesquelles sont implantés les membres de santhea du secteur aînés.

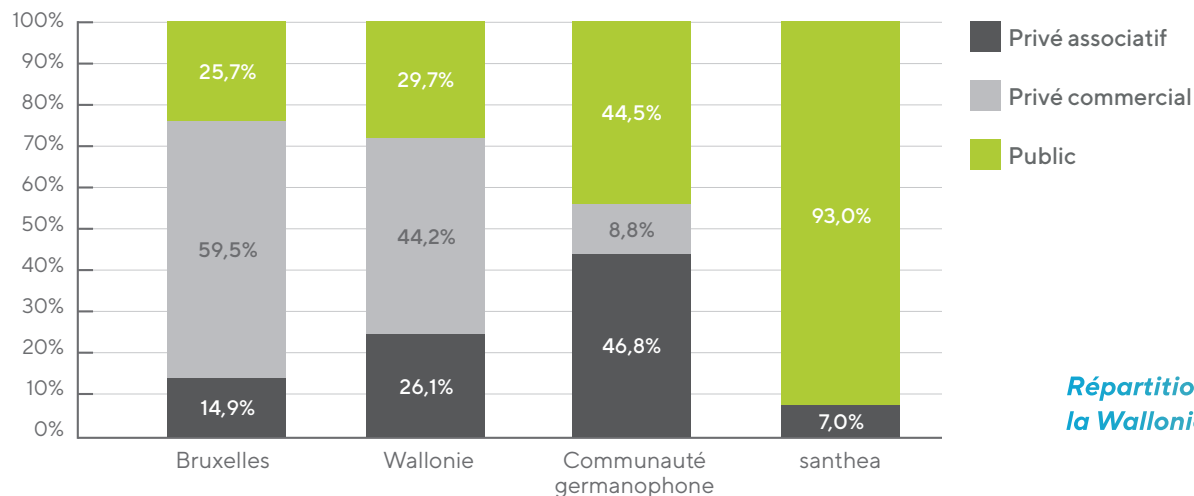
** Liste des établissements pour Aînés issue du Portail Santé de l'AVIQ (Décembre 2023) & Liste des forfaits 2024 de l'AVIQ (données pour la période 1/7/2022-1/7/2023) pour le nombre d'ETP (présents dans le 3^{ème} volet).

*** Informations communiquées par Ostbelgien.

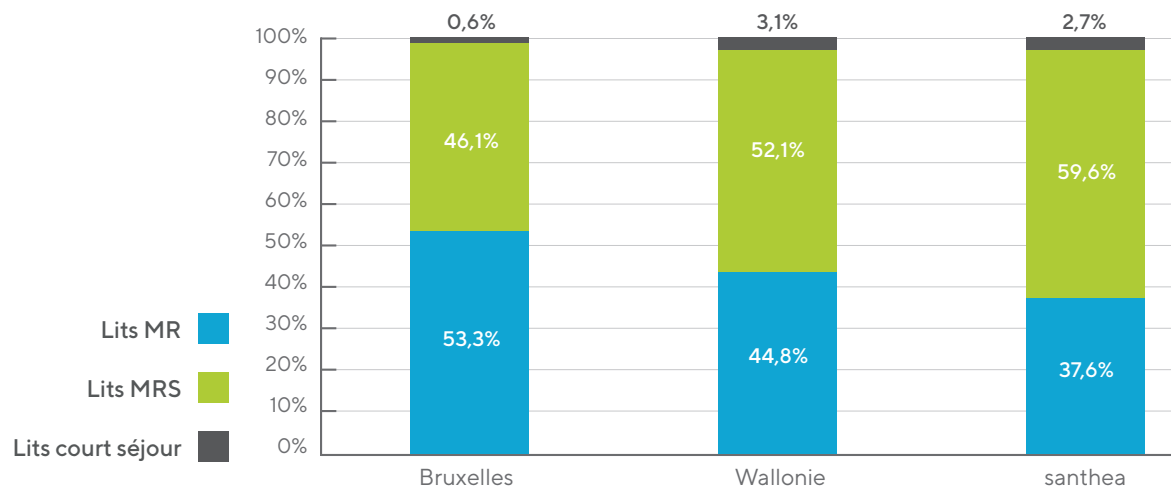
**** Liste des forfaits 2024 d'IrisCare (données pour la période 1/7/2022-1/7/2023).

2. Analyse de quelques caractéristiques

Répartition du nombre de lits* agréés 2023 par statut pour Bruxelles, la Wallonie, la Communauté germanophone et santhea



Répartition du nombre de lits agréés 2023 par type de lits pour Bruxelles, la Wallonie** et santhea***



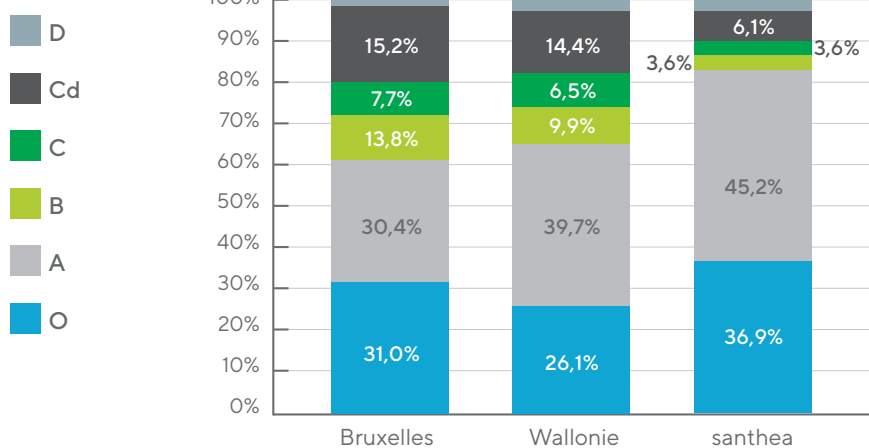
* Lits MR, MRS, coma et court séjour.

** L'intitulé « Wallonie » se limite aux institutions dépendantes de l'AVIQ (donc hors Communauté germanophone).

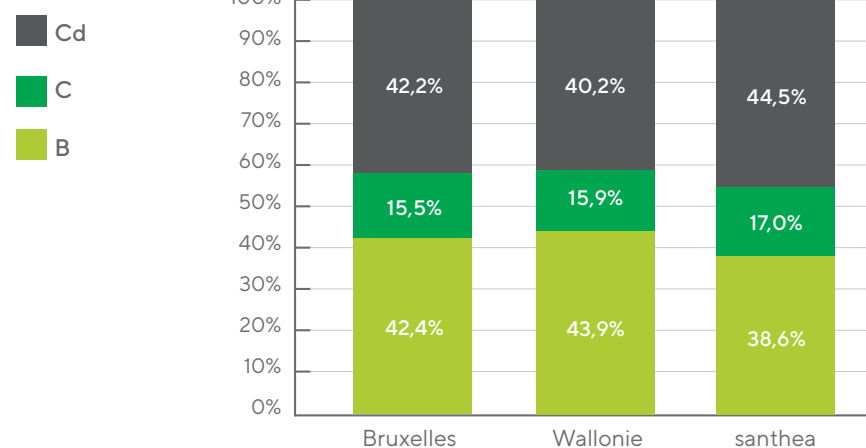
*** Santhea se limite à des données wallonnes et bruxelloises. Les données que nous recevons de la communauté germanophone ne permettent pas les mêmes ventilations.

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

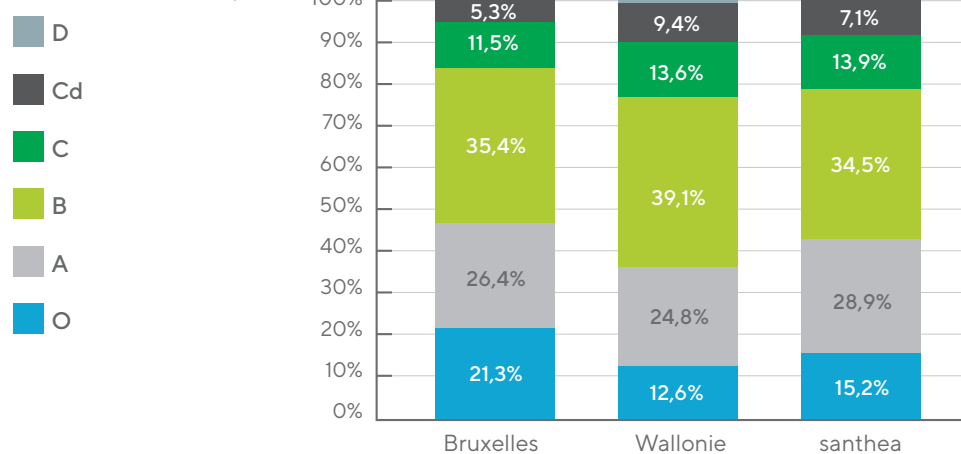
Pour les lits MR



Pour les lits MRS



Pour les lits court séjour

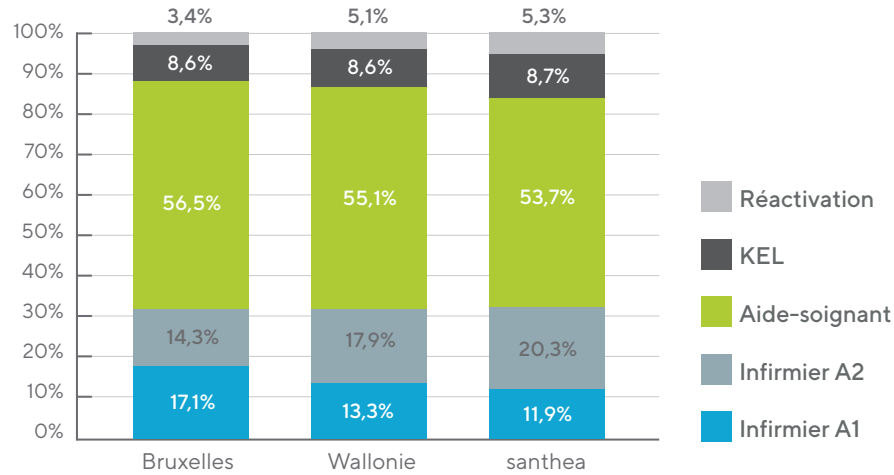


* Du 01-07-22 au 30-06-23.

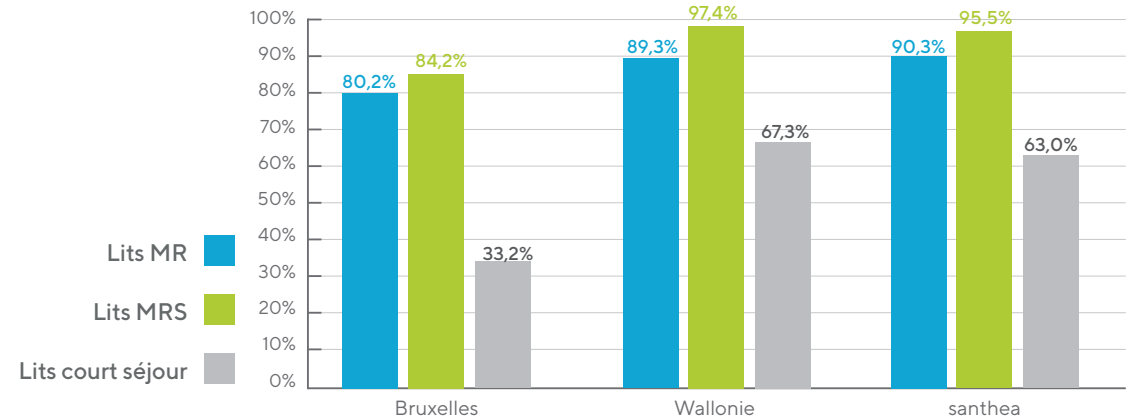
** L'intitulé « Wallonie » se limite aux institutions dépendantes de l'AVIQ (donc hors Communauté germanophone).

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

**Répartition des ETP soignants présents* en MR-MRS en 2023
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 3ème volet.

** L'intitulé « Wallonie » se limite aux institutions dépendantes de l'AVIQ (donc hors Communauté germanophone).

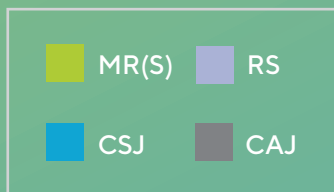
*** Santhea se limite à des données wallonnes et bruxelloises. Les données que nous recevons de la communauté germanophone ne permettent pas les mêmes ventilations.

**** Calculé sur base des journées facturées entre le 01-07-22 et le 30-06-23.

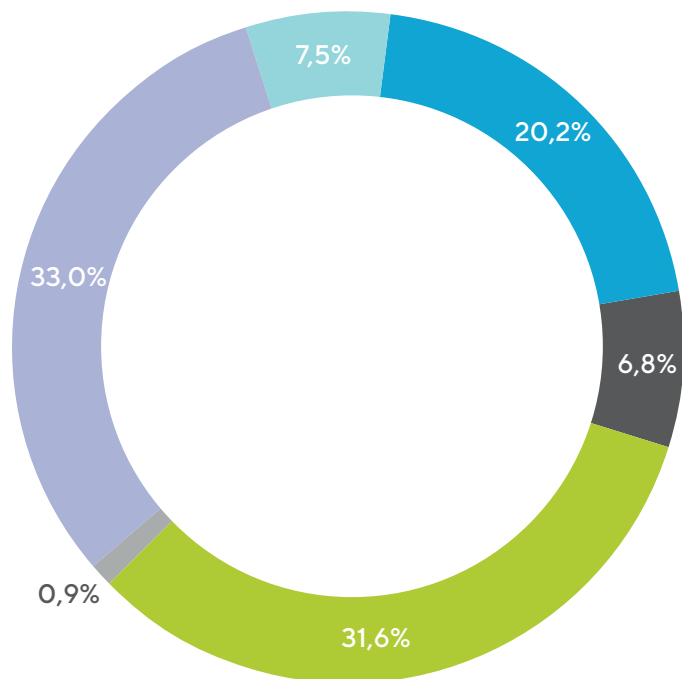
3. (Re)Présentation des membres de santhea

Santhea, c'est

- 73 MR-MRS
 - Avec 25 Centres d'accueil de jour et Centres de soins de jour
 - Et 27 Résidences-services
- 8 190 lits agréés en MR-MRS
- 253 places en CAJ/CSJ
- 622 places en RS
- Environ 3 077 ETP soignants

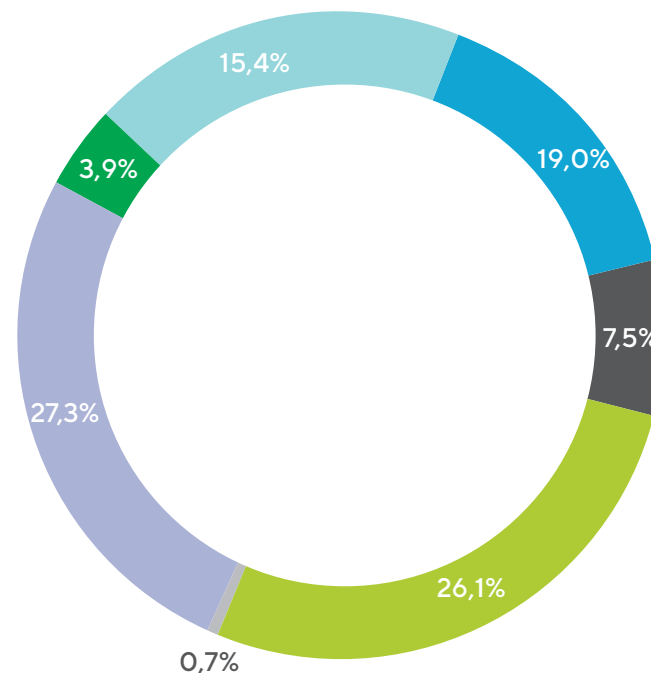


Répartition du nombre de lits agréés* 2023 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie



■ santhea
 ■ FEMARBEL
 ■ UNESSA
 ■ Wallcura
 ■ UVCW
 ■ GIBBIS
 ■ Inconnu

Répartition du nombre de lits agréés 2023 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.



SANTÉ MENTALE

1. Présentation du secteur en quelques chiffres*

	Wallonie**	
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de places 2020/2023
IHP	30	959
MSP	14	818
Total IHP-MSP	44	1776
CRF Ambulatoire	39	-
CRF Résidentiel	15	417
Total CRF***	54	417

	Bruxelles	
	Nombre d'institutions 2023	Nombre de places 2023
IHP	18	685
MSP	5	321
Total IHP-MSP	23	1006
CRF Ambulatoire	15	-
CRF Résidentiel	6	108
Total CRF***	21	108

* Limité aux régions et communautés dans lesquelles sont implantés les membres de santhea du secteur de la santé mentale.

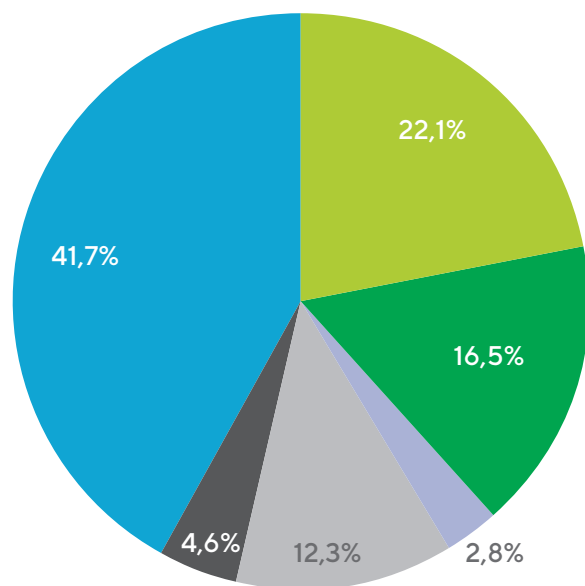
** Y compris la Communauté germanophone.

*** Tous les tableaux et graphiques de cette sous-partie se rapportent uniquement aux CRF associés à la santé mentale.

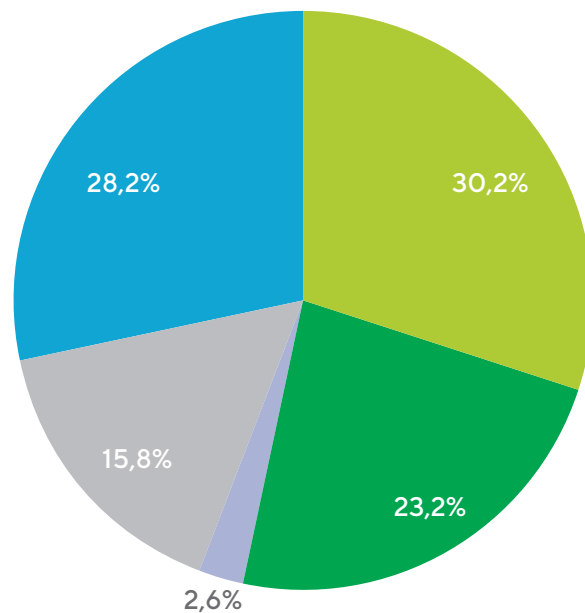
2. Analyse de quelques caractéristiques

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

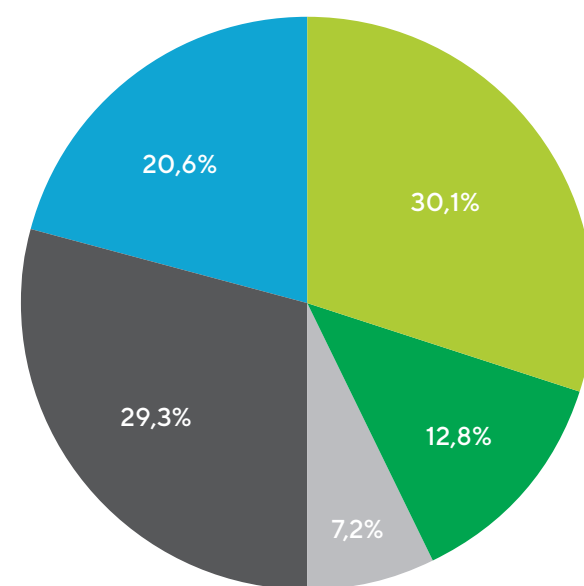
En IHP



En MSP

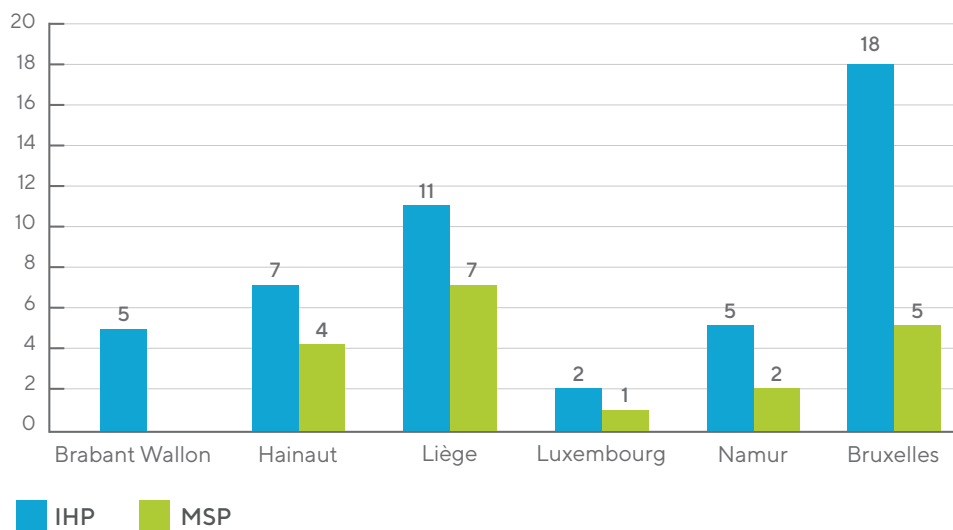


En CRF (résidentiels)

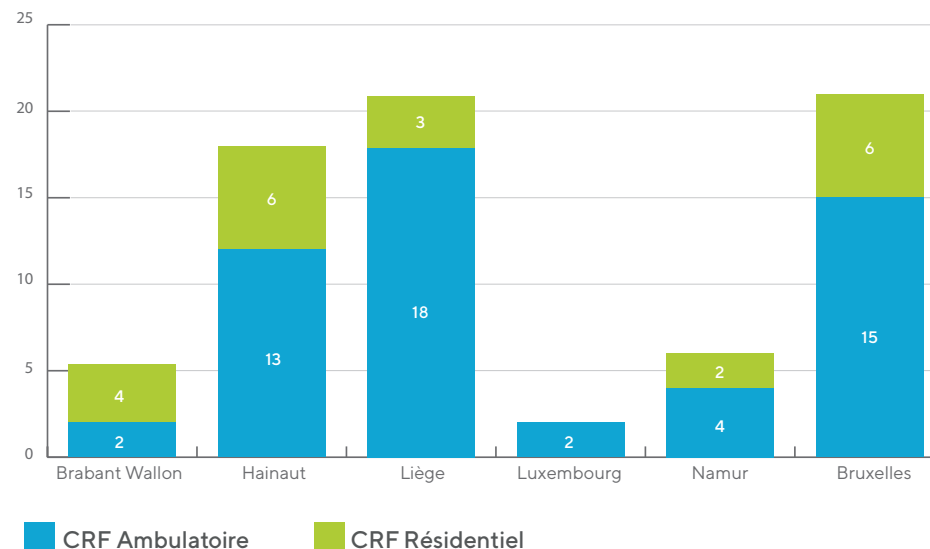


■ Hainaut ■ Liège ■ Luxembourg ■ Namur ■ Brabant Wallon ■ Bruxelles

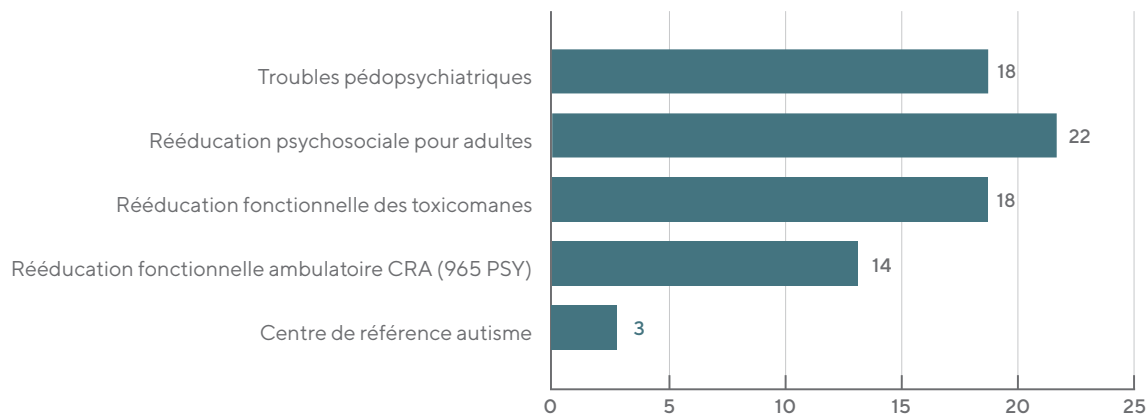
Répartition du nombre d'institutions IHP-MSP par province en Wallonie et à Bruxelles



Répartition du nombre de centres de rééducation fonctionnelle (liés à la santé mentale) par province en Wallonie et à Bruxelles



Répartition du nombre de centres de rééducation fonctionnelle par type de centre en Wallonie et à Bruxelles



3. (Re)Présentation des membres de santhea

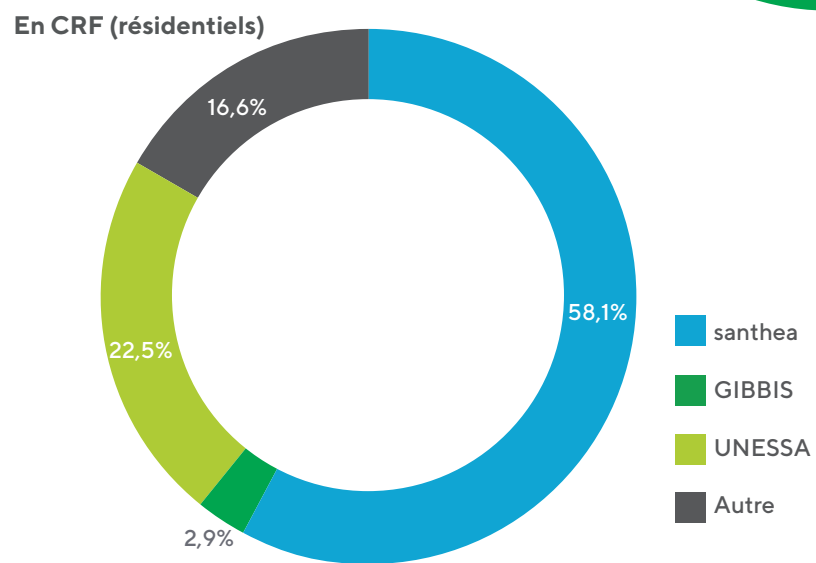
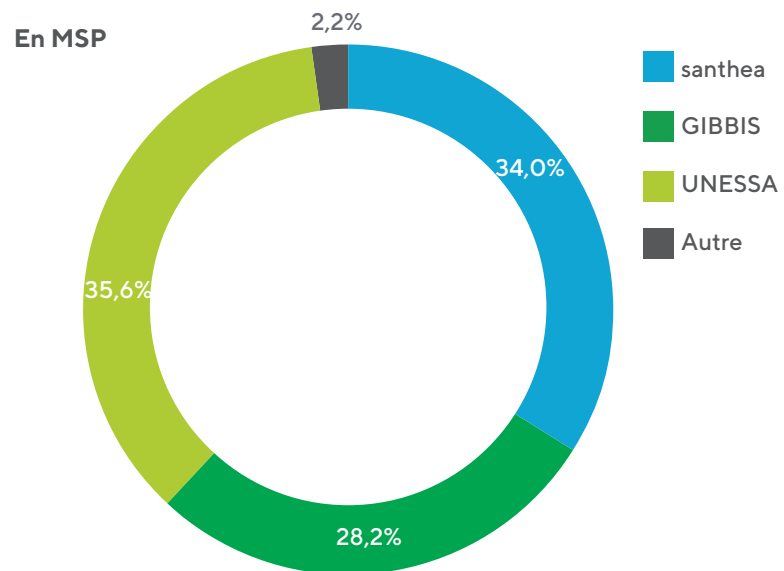
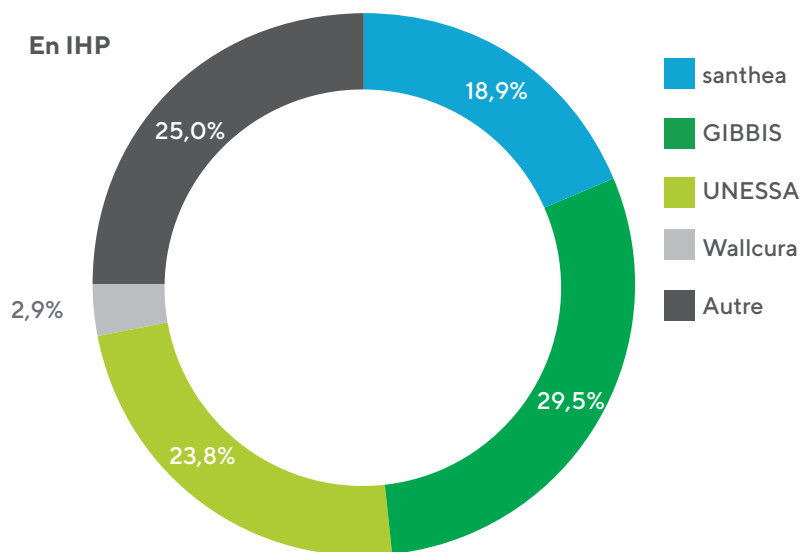
Santhea, c'est

- 42 Institutions de santé mentale
 - 6 Initiatives d'habitation protégée
 - 7 Maisons de soins psychiatriques
 - 27 Centres de rééducation fonctionnelle
 - 2 Services de santé mentale (12 antennes)
- 1 022 places
 - 310 en IHP
 - 387 en MSP
 - 305 en CRF (en centres résidentiels)



- Service de santé mentale
- CRF
- IHP
- MSP

Répartition du nombre de places par fédération en Wallonie et à Bruxelles







LES GRANDS DOSSIERS

PARTIE 3

RELANCER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DU SOIN, UN ENJEU MAJEUR

La pénurie de personnel met le secteur des soins de santé sous très grande tension. Le manque de main d'œuvre s'est encore aggravé, au point de mettre le personnel présent en difficulté face à une charge de travail qui augmente. Il y a deux raisons à cela : les équipes sont incomplètes et il n'y a pas assez de nouveaux candidats à recruter. Cela peut conduire à devoir reporter certaines interventions, voire à fermer temporairement des unités, faute de personnel soignant en suffisance pour assurer une prise en charge adéquate des patients.

Cette situation préoccupe et concerne l'ensemble des acteurs du secteur. Des moyens considérables ont été investis ces dernières années, notamment en faveur du personnel soignant. Le secteur a en effet bénéficié d'un milliard d'euros supplémentaire au cours de la dernière législature. Le budget se répartit comme suit :

- 402 millions d'euros pour augmenter le personnel au chevet des patients via le Fonds Blouses blanches ;
- 500 millions d'euros pour activer l'ensemble des barèmes IFIC à 100% ;
- 100 millions d'euros de mesures qualitatives.

Malgré ces montants considérables, on ne voit pas encore émerger de solutions structurelles qui permettraient de rencontrer les besoins en personnel à moyen et long termes. Les institutions n'arrivent simplement pas à recruter du personnel soignant en nombre suffisant.

Cette pénurie de personnel dépasse largement nos frontières et touche également d'autres professions dans le secteur social. Les causes sont multiples. Citons par exemple une charge de travail qui s'est fortement alourdie à la suite de l'évolution de l'organisation des soins et surtout au manque criant de collègues (ce qui reporte la charge de travail sur le personnel présent), le vieillissement de la population qui engendre une augmentation des besoins de soins de santé, le rythme de travail contraignant avec de nombreuses prestations en soirée et le week-end, auquel les nouvelles générations semblent plus réfractaires.

On constate également qu'un nombre significatif de membres du personnel soignant quitte la profession de façon précoce, sans que le nombre de nouveaux entrants ne compense ces départs. Le nombre d'étudiants qui s'inscrivent dans les filières de formations en soins de santé est en baisse et est, par ailleurs, largement insuffisant pour répondre aux besoins de personnel complémentaire.

Alors que les soignants étaient applaudis chaque jour pendant le confinement, ces professions sont aujourd'hui clairement en manque de reconnaissance et de valorisation de leur travail, alors qu'elles sont pourtant indispensables au bon fonctionnement de notre système de santé.



Plus de 20 ans d'accords sociaux et un plan d'attractivité de la profession

Depuis l'an 2000, six accords sociaux ont été conclus. Ils ont contribué à améliorer les conditions de travail dans le secteur grâce à l'instauration de plusieurs mesures bien nécessaires dont notamment l'allègement des fins de carrières, l'octroi de primes d'attractivité, la création d'équipes mobiles via des emplois Maribel, la confirmation du droit à trois semaines de congés consécutifs, une communication plus rapide des horaires, etc. Un plan d'attractivité de la profession infirmière a également été mis en œuvre en 2011.

Il est intéressant de noter qu'en 2000 déjà, le texte de l'accord social 2000-2004 évoquait le manque d'attractivité de la profession en ces termes : « *L'attractivité de la profession ne tient pas seulement à l'augmentation des salaires, à la réduction du temps de travail ou à d'autres mesures relatives à la problématique de la fin de carrière. Des mesures spécifiques complémentaires seront nécessaires pour augmenter l'attractivité : une organisation du travail plus humaine, des horaires de travail mieux adaptés, une meilleure description des tâches de toutes les catégories de personnel, la clarification de l'application de prescriptions légales et réglementaires, etc.* ».

Force est de constater que ces thématiques identifiées il y a plus de 20 ans comme éléments clés pour renforcer l'attractivité des professions de soins n'ont pas pu être rencontrées de façon suffisante pour enrayer la pénurie de personnel qui s'est aggravée très sérieusement au cours du temps.

Par ailleurs, dans son panorama de la santé de 2021, l'OCDE classe la Belgique et le Luxembourg comme les deux pays européens dont le salaire infirmier est le plus haut proportionnellement au salaire moyen du pays (1,5 fois le salaire moyen national). Bien entendu, le processus IFIC, qui tend vers une plus grande cohérence salariale, doit se poursuivre afin de maintenir ses descriptions de fonctions et ses barèmes à jour. Cependant, les questions salariales ne ressortent pas comme les premières causes du manque d'attractivité, les plus à même d'attirer de nouvelles recrues, ou de fidéliser les travailleurs en place. Il s'agit avant tout d'agir sur l'amélioration concrète des conditions de travail et de rencontrer les besoins légitimes d'une meilleure reconnaissance de la part des soignants, deux éléments indispensables pour réenchanter ces professions de soins. Cela passe entre autres par l'augmentation du nombre de bras au chevet des patients, afin de permettre au personnel soignant de retrouver du temps pour prendre

soin des patients et ainsi maintenir le haut niveau de qualité de notre système de soins. Le KCE préconise d'atteindre la norme européenne d'un soignant pour 8 patients, ce dont nous sommes encore éloignés à l'heure actuelle.

Le défi est de taille en situation de crise du personnel : comment augmenter le nombre de soignants au chevet des patients dans un contexte de pénurie de personnel et d'étudiants dans les métiers de soins ? Face à la complexité et à l'ampleur de cette crise de l'attractivité des métiers de soins, plusieurs initiatives ont vu le jour au niveau fédéral pour analyser les problèmes et tenter d'identifier des pistes d'action potentielles et des pratiques innovantes, en vue de les valoriser et de les diffuser.

1. La réforme de l'art infirmier

Le ministre Vandenberghe a entamé la réforme de l'art infirmier prévue par l'accord de gouvernement pour moderniser la législation sur les soins de santé et mettre la Belgique en adéquation avec la directive européenne 2013/55/CE¹ relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Cette réforme s'inscrit dans le cadre des recommandations de la *taskforce* « Soins de santé » instituée par le même accord de gouvernement. Il s'agit de maintenir une formation de praticiens de l'art infirmier dans l'enseignement supérieur professionnel avec un profil distinct d'assistant en soins infirmiers.

La *taskforce* a aussi revu les différentes formations existantes et a émis des propositions concrètes pour le développement d'une échelle de fonctions et d'apprentissage pour les praticiens de l'art infirmier. La classification est issue du cadre européen de certifications pour l'éducation et la formation tout au long d'une vie. Le principal objectif de la révision de l'échelle de fonctions est d'accroître l'attrait du secteur en permettant une meilleure mobilité au sein des structures de soins et en rendant possible une ascension sociale par le biais de passerelles. Ces questions relatives à l'enseignement relèvent de la compétence des communautés.

Pour rappel, l'échelle de fonctions/soins et d'apprentissage contient 5 fonctions :

- aide-soignant (niveau 4) ;
- assistant en soins infirmiers (niveau 5, breveté) ;
- infirmier responsable en soins généraux et infirmier spécialisé (niveau 6, bachelier) ;
- infirmier de pratique avancée (niveau 7, porteur d'un master) ;
- infirmier chercheur clinicien (niveau 8, porteur d'un master et un doctorat).

1. Directive 2013/55/UE du parlement européen et du conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur.

La loi relative à l'exercice des professions de soins de santé coordonnée du 10 mai 2015 a été modifiée dans ce sens par la loi du 28 juin 2023 en y insérant deux nouvelles fonctions infirmières : l'assistant en soins infirmiers et l'infirmier chercheur clinicien.

Le nouveau titre d'assistant en soins infirmiers va permettre aux titulaires d'un diplôme ne répondant pas aux critères minimums de formation fixés au niveau européen, de pouvoir accéder à l'art infirmier. Il s'agit principalement des infirmiers brevetés de la communauté néerlandophone appelés les «HBO5» car, en Fédération Wallonie-Bruxelles, la formation d'infirmier breveté a été rallongée de six mois pour répondre aux critères européens. Elle est donc «euro-compatible».

L'assistant en soins infirmiers ne pourra agir de façon autonome que dans des situations non-complexes ou dans une équipe de soins structurée coordonnée par un infirmier responsable de soins généraux. Les situations non-complexes ne sont pas définies clairement dans la loi du 28 juin 2023. Il n'existe pas d'échelle permettant d'évaluer objectivement la complexité d'une situation de soins.

Le Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI) et la Commission technique de l'art infirmier (CTAI) recommandent de s'appuyer sur le jugement clinique de l'infirmier responsable de soins généraux. C'est donc celui-ci qui évaluera la complexité d'un soin et qui décidera s'il délègue ou non des prestations techniques à une autre profession de soins au sein de l'équipe de soins structurée.

L'idée fondamentale de l'équipe de soins structurée est de permettre à d'autres professionnels de soins d'acquérir des compétences pour poser certains actes infirmiers qui ne font pas partie de leur compétence autonome, à condition d'être formé et de travailler au sein d'une équipe structurée coordonnée par un infirmier responsable de soins généraux.

La liste d'actes pouvant être délégués sera déterminée par arrêté royal. Pour faciliter la mise en œuvre de l'équipe de soins structurée sur le terrain, le CFAI, dans un avis rendu le 23 janvier 2023, préconise de travailler avec des plans de soins standards individualisés et préétablis.

Trois listes d'actes seront établies : une première pour les actes non déléguables, une seconde pour les actes déléguables à d'autres professions de santé, et une troisième liste d'actes déléguables à un aidant qualifié. Cette dernière liste permet d'apporter une sécurité juridique aux aidants qualifiés.

Pour pouvoir bénéficier de cette dérogation, l'aidant qualifié devrait agir selon une procédure ou un plan de soins établi par un médecin, un infirmier responsable de soins généraux ou un assistant en soins infirmiers qui l'autorise à poser cet acte dans le cadre de l'aide à la vie quotidienne.





2. Le groupe de travail « différenciation, délégation et transfert de tâches »

Un groupe de travail « différenciation, délégation et transfert de tâches » a été mis sur pieds durant le dernier trimestre de 2022. Il avait pour mission de mener une réflexion plus large sur le transfert, la différenciation et la délégation fonctionnelle des tâches qui peuvent être effectuées par d'autres personnes au sein d'une équipe de soins structurée, moyennant une formation, dans le cadre d'une vision de soins de qualité accessibles. Le groupe a publié son rapport le 25 avril 2023. La mise en œuvre des recommandations de celui-ci nécessite entre autres :

La révision de la fonction d'assistant logistique en créant l'assistant logistique-soutien aux soins

À cet effet, l'arrêté ministériel du 29 juin 2023 adapte l'arrêté ministériel du 17 juin 1997 définissant la fonction de l'assistant logistique.

Dans le contexte actuel de pénurie dans les soins, assurer la présence d'une aide logistique-soutien aux soins ainsi que l'adaptation des horaires afin d'assurer une permanence tout au long de la journée doit permettre au personnel soignant de se recentrer sur les soins au chevet du patient.

La formation de ces futurs aides logistique-soutien aux soins relève de la compétence des communautés. Elle doit prendre en compte l'ergonomie, la manutention, l'orientation client, les connaissances de base en hygiène hospitalière et une connaissance de base de la législation (secret professionnel, droit du patient).

La modernisation de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste d'actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier doit se faire en deux étapes

Dans une première phase, il s'agit d'élaguer la liste d'actes en définissant les actes relevant de la vie quotidienne et en ajoutant des actes techniques infirmiers supplémentaires.

Dans une deuxième phase, il s'agira de reformuler certains actes, et d'en faire passer certains de la catégorie B2 (prestations requérant une prescription médicale) vers la catégorie B1 (prestations ne requérant pas de prescription médicale) et de distinguer les actes déléguables des actes non déléguables.

3. L'agenda pour l'avenir du travail dans les soins

Le ministre Vandenbroucke a pris l'initiative d'organiser un processus participatif afin de réfléchir aux pistes pertinentes pour attirer, accompagner et fidéliser le personnel de soins. Les partenaires sociaux des secteurs public et privé ont participé à ces rencontres qui se sont déroulées de mi 2022 à fin 2023. Le même travail a été organisé en parallèle avec les organisations professionnelles infirmières, sans moments d'échange directs entre les deux groupes. Ces rencontres ont débouché sur un rapport conçu en trois parties. La première donne un aperçu large des éléments qui affectent l'attractivité du travail dans le secteur des soins, la seconde évoque des mesures déjà prises, et la troisième traite des pistes de solutions possibles.

Ce rapport donne un inventaire de constats et de solutions possibles. Il reprend et juxtapose des points de vue parfois fort éloignés les uns des autres entre employeurs, organisations syndicales et organisations professionnelles. Cela peut engendrer un manque de cohérence apparent au sein du document qui consigne l'ensemble des éléments discutés, sans volonté d'en faire une synthèse avec, pour conséquence, le fait qu'aucune des parties ne peut réellement adhérer à l'ensemble des éléments repris dans le texte.

Le rapport pointe les défis majeurs auxquels nos soins de santé sont confrontés en termes d'organisation, de *leadership*, d'innovation et de digitalisation... Il pointe la nécessité de poursuivre les investissements importants qui ont été faits et la nécessité de réformes structurelles pour conserver des soins de haute qualité pour les patients et viables pour le personnel soignant. Il souligne que les défis en matière de soins sont multiples et complexes comme les réponses qu'ils appellent. Le rapport insiste également sur la nécessité de bien penser et concerter les réformes à entreprendre, car elles ont des impacts sur l'ensemble du système, alors que le temps presse compte tenu l'ampleur de la crise.

4. Échanges de bonnes pratiques « Sandbox »

Le cabinet a aussi pris l'initiative d'un projet d'échange de bonnes pratiques autour de quatre thématiques : l'organisation des soins, le *leadership* dans le secteur des soins, la digitalisation et l'administration et la formation et le bien-être du personnel. Ces réflexions ont été menées en petits groupes « Sandbox » avec et autour des professionnels d'hôpitaux directement impliqués dans ces projets. L'objectif était de présenter les projets menés dans les institutions en vue d'améliorer les conditions de travail et le bien-être du personnel, afin de les faire connaître et d'inspirer d'autres hôpitaux pour qu'ils lancent à leur tour des initiatives innovantes, eux aussi, au sein de leurs institutions.

5. Étude universitaire relative à l'attractivité

Dans le cadre des négociations pour la mise en œuvre du dernier accord social, les partenaires sociaux de la CP 330 ont décidé de lancer une étude universitaire sur l'attractivité du secteur des soins de santé et sur la fidélisation du personnel.

Cette étude universitaire est conduite par le Lentic (ULiège) et le CESO (KULeuven). Elle vise à comprendre les nouvelles dynamiques du marché du travail et investiguer

des mesures potentielles pour accroître l'attractivité du secteur des soins de santé et assurer la fidélisation du personnel en place. Elle devrait livrer ses conclusions pour la fin d'année 2024.

Chacun à leur façon, ces différents travaux pointent les causes complexes et multifactorielles du désenchantement du personnel. Elles impliquent de repenser en profondeur l'organisation des soins tout en assurant la continuité et la grande qualité des soins existants malgré la pénurie de personnel, pour redonner aux soignants le temps nécessaire pour prendre soin des patients.

Il est crucial de redonner une image positive des métiers de la santé pour susciter de nouvelles vocations chez les jeunes, donner à ces métiers la reconnaissance qu'ils méritent et fidéliser les travailleurs en place. Cela passera par de grandes campagnes de promotion des métiers de la santé. Il s'agit d'un travail en profondeur qui nécessite des collaborations actives et harmonieuses avec les secteurs de l'enseignement. Pour amener plus d'étudiants dans ces études et les encourager dans leur cursus, mais, également vis-à-vis d'un public bien plus jeune qu'il faut inspirer au moment où il choisit sa voie.

Face à l'ampleur de cette pénurie de personnel qui pose un réel problème de santé publique, l'ensemble des autorités concernées de la santé et de l'enseignement doivent impérativement collaborer. Bien que les contextes soient très différents, on ne peut s'empêcher de citer l'exemple de l'armée qui organise de grandes campagnes de promotion médiatiques ponctuées de journées d'animation à l'attention des plus jeunes lors desquelles ils peuvent découvrir concrètement les multiples possibilités de carrières au sein de l'armée.

Une collaboration renforcée avec le secteur de l'enseignement est également nécessaire pour faire évoluer beaucoup plus rapidement les programmes de formation des différents métiers afin qu'ils restent en phase avec les évolutions des métiers du soin.

Un autre point d'attention majeur est l'amélioration de l'accueil des stagiaires au sein des institutions de soins, pour limiter au maximum le nombre beaucoup trop important d'étudiants démotivés par un accueil et un encadrement insuffisants durant leurs stages. Le personnel soignant mis sous pression dans le contexte actuel n'est pas en mesure d'assurer de façon adéquate l'encadrement pédagogique bien nécessaire des stagiaires.

Un élément souvent cité comme facteur susceptible d'améliorer significativement le bien-être, et donc la motivation au travail, est le soutien et la formation au *leadership* des cadres intermédiaires. Ce sont des fonctions très difficiles, qui portent la responsabilité du bon fonctionnement des services ou unités dans ce contexte de pénurie.

Si l'on peut se réjouir du fait que les diverses initiatives montrent que les autorités prennent cette crise d'attractivité au sérieux, se pose la question de l'articulation entre elles. Formulons l'espoir que l'ensemble de ces travaux et de ces études puissent donner lieu à des mesures concrètes à la hauteur des enjeux dès l'entame de la prochaine législature.



LA RÉFORME DU STATUT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN FORMATION, VOLET 2

Le 19 mai 2021, la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (CPNMH) – composée d’une part, d’un banc représentant les médecins et les médecins spécialistes en formation et d’autre part, d’un banc représentant les hôpitaux et les hôpitaux universitaires – adoptait une convention collective sur les conditions minimales qui doivent figurer dans les conventions de formation conclues avec les médecins spécialistes en formation (MSF). Celle-ci contenait, notamment, en son article 18, une clause de paix sociale pour deux ans.

Il était donc convenu de procéder à une évaluation de la convention en 2023.

De nombreuses réunions au sein de la CPNMH se sont dès lors tenues dans le courant de l’année 2023 afin d’échanger sur les retours de chaque banc concernant la mise en application de la convention. Si les fédérations hospitalières ont mis l’accent sur les points positifs et les questionnements à clarifier au plus vite, puisque ceux-ci ne permettaient pas une application homogène de la convention, force fut de constater que le banc des représentants des MSF ne se focalisa que sur de nouvelles exigences.

Vu les divergences d’opinions, les discussions devinrent, malheureusement, fort compliquées, voire impossibles, au sein de la Commission. De nombreuses communications fort agressives de la DEMEFF (représentants francophones des médecins spécialistes en formation) dans la presse alourdirent encore un peu plus le débat. Le président de la Commission décida alors de mener les négociations au travers de réunions bilatérales, en séparant le banc des représentants des médecins et des MSF, du banc des représentants des hôpitaux (en ce compris les représentants des hôpitaux universitaires).

Un texte rédigé par le président, donnant principalement suite aux multiples revendications des MSF, fut ainsi mis sur la table.

En parallèle à ces entrevues bilatérales, plusieurs réunions furent organisées afin de permettre à chaque banc d’être entendu par les cabinets des ministres Vandembroucke et Dermagne, notamment concernant la comptabilisation des heures d’*opting out* des MSF, la valorisation d’un jour d’absence, la qualification et la rémunération des prestations réalisées pendant les gardes appelables, etc.

Le banc des représentants des gestionnaires hospitaliers répéta à maintes occasions que la priorité était à la clarification des éléments de la première convention, indispensable à une application correcte de celle-ci.

Le 21 décembre, une dernière réunion fut organisée par le président, avec la ferme intention, de la part de celui-ci et des représentants du banc des médecins, d’aboutir à l’adoption de nouvelles dispositions qui viendraient compléter la convention existante de 2021.



En effet, un budget de 6,7 millions d'euros ayant été dégagé par le Gouvernement fédéral, il s'imposait de veiller à le concrétiser au travers de nouvelles mesures en faveur des MSF, bien que les premières estimations avancées pour la mise en œuvre des dispositions sur la table dépassaient d'ores et déjà largement le budget octroyé.

Une réunion préparatoire se tint le matin même avec les autres fédérations hospitalières compte tenu de l'enjeu de celle programmée en fin d'après-midi, découlant sur un accord quant au positionnement du banc des représentants des gestionnaires des hôpitaux, francophones pour le moins.

Au terme d'une réunion houleuse et extrêmement tendue de cinq heures, les propositions avancées par le président furent adoptées, avec l'accord unanime des représentants des médecins et l'accord des fédérations hospitalières, à l'exception de *Santhea* et l'abstention de *Gibbis*.

Les nouvelles dispositions adoptées le 21 décembre 2023 viennent donc s'ajouter à celles préexistantes de 2021. Les clarifications demandées début 2023 par les fédérations hospitalières n'ont, à ce jour, que peu ou pas été abordées. À celles-ci s'ajoutent à présent les demandes de clarifications relatives aux nouvelles dispositions, nécessaires à la bonne compréhension de celles-ci.

En effet, dans la hâte et à la suite de la pression exercée pour faire adopter ces dispositions, les erreurs du passé ont été réitérées et les formulations utilisées requièrent des précisions.

Les dispositions nouvellement adoptées visent ainsi :

- l'indexation des indemnités de garde et de l'indemnité forfaitaire (couvrant entre autres les frais de téléphonie et de transport) ;
- la possibilité de payer les heures prestées entre 48 heures et 60 heures non récupérées, en fin de période de référence, toujours dans le respect des limites légales ;
- l'interdiction de planifier plus de 260 heures de prestation de travail sur une période d'un mois consécutif ;
- l'obligation de mettre à disposition des MSF les canaux de signalement mis en place en vertu de la loi sur les lanceurs d'alerte du 28 novembre 2022 ;
- le cumul des indemnités liées aux sursalaires pour heures inconfortables et celles liées aux heures d'*opting out* ;
- l'obligation d'enregistrer et de payer les prestations effectuées pendant la garde rappelable dans certaines conditions ;

- la prise en considération des années de trajet scientifique d'un MSF dans le calcul de sa rémunération de base ;
- l'augmentation des sursalaires liée aux heures inconfortables ;
- le paiement des jours de vacances non pris au terme de la période de stage ;
- la définition de la valeur horaire d'une absence, du concept de semaine, du temps de travail maximum pour une MSF enceinte et du congé palliatif ;
- l'augmentation de 50% de l'indemnité forfaitaire (couvrant les frais de téléphonie et de transport) ;
- l'augmentation du nombre de jours de congé à 22 jours (en lieu et place des 20 jours initiaux) ;
- une paix sociale de 4 ans.

À noter que ces dispositions s'accompagnent également d'un nouveau préambule. Parmi les divers paragraphes qui composent celui-ci, nous notons la demande de la CPNMH au gouvernement d'investiguer à nouveau la question du chômage et de la pension des MSF, bien qu'elle ne relève pas de la compétence de la CPNMH. Les cabinets des ministres Dermagne et Vandenbroucke s'étaient, par ailleurs, déjà prononcés négativement à ce sujet. Rappelons en effet que les MSF, d'une part, ne cotisent pas pour ces allocations et, d'autre part, bénéficient du statut social de l'INAMI, donnant lieu à un montant versé annuellement (7.465,04 euros pour 2024).

Le préambule anticipe également une analyse transparente du surcoût réel de l'exécution de la convention collective du 19 mai 2021 et exige que les hôpitaux fournissent les données permettant cette analyse. L'éventuel solde positif sera utilisé pour de nouvelles adaptations en vue de l'amélioration du statut social du MSF, le solde négatif sera compensé, en vertu de l'article 16 de la convention collective du 19 mai 2021. Cette disposition vise en réalité la situation des hôpitaux travaillant avec des médecins indépendants, lesquels se sont engagés à prendre en charge ces éventuels surcoûts. Rien n'est prévu pour les hôpitaux travaillant avec des médecins salariés, lesquels représentent les employeurs de plus de la moitié des MSF en stage. En d'autres mots, tout surcoût lié à l'implémentation des nouvelles dispositions est supporté par l'hôpital.

Enfin, le préambule prévoit une dispense de prestations pour les représentants des MSF siégeant au sein de la CPNMH ou du Conseil supérieur des médecins spécialistes. La question du traitement de la dispense de prestation n'ayant pas été tranchée malgré une demande répétée en ce sens depuis de nombreux mois, la portée de ce paragraphe reste incertaine.



Une fois ces dispositions adoptées fin décembre 2023, s'est posée la question de l'entrée en vigueur de celles-ci. Les représentants des MSF exigèrent une application dès le 1^{er} janvier 2024.

Nous avons soutenu une entrée en vigueur pour la rentrée académique du 1^{er} octobre 2024, les logiciels nécessitant des adaptations, de nouvelles conventions devant être signées (nous parlons de plus de 5.000 MSF), les horaires étant déjà planifiés pour le trimestre à venir, le personnel des services ressources humaines ayant besoin de temps pour implémenter ces nouveautés, mais aussi et encore, en raison des nombreux problèmes d'interprétations se posant suite à l'adoption expéditive de ces dispositions.

Il nous fut communiqué que les cabinets des ministres Dermagne et Vandenbroucke s'étaient entendus pour une entrée en vigueur des dispositions au 1^{er} janvier 2024 pour les articles 1 (indexation des barèmes, des forfaits de garde et de l'indemnité couvrant entre autres les frais de transport et de téléphonie), 4 (mise à disposition des canaux de signalement mis en place dans le cadre de la loi sur les lanceurs d'alerte) et 7 (prise en compte intégrale des trajets scientifiques dans la définition du barème applicable) et au 1^{er} avril 2024 pour le reste des dispositions.

À l'avenir, la difficulté résidera à nouveau dans le débat imposé au sein de la CPNMH de toute demande de clarification de nos institutions, avant de pouvoir être tranchée de commun accord et figurer dans la FAQ relative à ces nouvelles dispositions. La liste de ces clarifications est longue et les échanges à leurs propos, complexes.

En parallèle à ces discussions, les fédérations hospitalières ont également assisté aux nombreuses réunions organisées par le SPF Santé publique et visant à élaborer l'outil d'enregistrement du temps de travail en vue de le mettre à disposition des MSF. Cependant, les remarques que nous avons pu formuler au fur et à mesure de l'élaboration de cet outil n'ont pas toujours été prises en compte, les hôpitaux étant invités à ces réunions, mais à titre informatif uniquement. En résultent des principes de comptabilisation des heures prestées par les MSF différentes entre l'outil d'enregistrement et le logiciel des hôpitaux.

Ce constat nous amène à craindre des difficultés conséquentes entre les MSF et les hôpitaux, la méthode de comptabilisation des prestations n'étant pas la même.

La prochaine étape est l'adoption de l'arrêté royal qui rendra obligatoires les nouvelles dispositions adoptées le 21 décembre 2023 et fixera officiellement la date d'entrée en vigueur de celles-ci.

LES DIRECTIVES NIS & NIS2 : RÉPONSES EUROPÉENNES À L'AUGMENTATION DE LA CYBERMENACE

La numérisation des soins de santé est aujourd'hui en plein essor, apportant son lot de promesses en termes de qualité et d'efficacité, tant pour les patients que pour les professionnels du secteur. Cet engouement est néanmoins assombri par l'accroissement exponentiel, ces dernières années, de la cybermenace. Ce phénomène inquiétant transparaît clairement dans un rapport publié en juillet 2023 par l'Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité (*European Union Agency for Cybersecurity - ENISA*)¹.

Dans les faits, l'ENISA a recensé 91 incidents de cybersécurité dans le secteur des soins de santé européen en 2021, 84 en 2022 et 40 pour le seul premier trimestre 2023. En extrapolant ce dernier chiffre, on peut facilement prendre conscience de l'ampleur de la menace planant sur les institutions de soins. Plus de la moitié des événements en question implique l'usage d'un *ransomware*, un logiciel malveillant qui permet aux attaquants de prendre le contrôle des actifs d'une cible, en verrouillant généralement ceux-ci, afin d'exiger une rançon. En ce qui concerne la source des cybermenaces, on identifie dans 60% des cas des cybercriminels et, dans 26% des cas, une source inconnue. Les actifs visés sont majoritairement des dossiers et des données de patients (30% des cas), des systèmes et réseaux médicaux (23%) et non-médicaux (28%), mais aussi des données relatives à l'entreprise et au personnel (15%). Les conséquences sont souvent critiques pour les institutions visées. Il s'agit principalement de perturbations de services médicaux (22% des cas) et non-médicaux (25%), mais, surtout, de violations de données (43% des cas), ce qui englobe toute atteinte à la confidentialité, l'intégrité ou la disponibilité de celles-ci.

La Belgique ne fait pas exception à la règle, plusieurs hôpitaux, de tailles variées, ayant été ciblés par des hackers ces dernières années. En Wallonie, les cyberattaques ont eu comme conséquences, tous hôpitaux victimes confondus, la perte de plusieurs années de données médicales de patients, le détournement des urgences ou encore la fermeture des consultations et un blocage du dossier patient informatisé pour certains services pendant plusieurs semaines. Sur le plan financier, ces attaques génèrent des dépenses de plusieurs centaines de milliers d'euros, voire millions, pour rétablir l'informatique des institutions ciblées et renforcer leur niveau de cybersécurité. Sur le plan humain, ces événements exercent une pression sur le personnel durant plusieurs mois. Cette situation est particulièrement critique en ce qui concerne les équipes informatiques, dont le temps de travail est accaparé par la restauration des systèmes sur le long terme, au détriment d'autres projets.

Même si leur nombre a gagné en importance ces dernières années, les cyberattaques ne datent cependant pas d'hier et sont loin de concerner exclusivement le secteur de la santé. Cette situation a poussé l'Union européenne à promulguer une première directive spécifique en matière de sécurité des réseaux et des systèmes d'information², ci-après dénommée « Directive NIS ».

1. ENISA Threat landscape : Health sector - ENISA - Juillet 2023.

2. Directive (UE) 2016/1148 du Parlement européen et du Conseil du 6 juillet 2016 concernant des mesures destinées à assurer un niveau élevé commun de sécurité des réseaux et des systèmes d'information dans l'Union.



MALWARE

Transposée en droit belge par l'intermédiaire d'une loi spécifique entrée en application le 3 mai 2019³, celle-ci oblige les États membres à se doter d'une autorité nationale, d'autorités sectorielles et d'instruments de coopération internationale en matière de cybersécurité. Elle impose également aux Opérateurs de Services Essentiels (OSE) une série de mesures. Il s'agit ici spécifiquement de :

- l'établissement d'un descriptif de l'infrastructure TIC⁴ et la communication de celle-ci à l'autorité sectorielle ;
- la mise en place d'une politique de sécurité des systèmes et réseaux d'information et d'une politique de gestion des risques ;
- la mise en place de mesures permettant de prévenir et de détecter les incidents de sécurité et d'en limiter l'impact afin d'assurer la continuité des services ;
- l'organisation d'un audit de sécurité interne annuel et d'un audit externe tous les 3 ans par un organisme accrédité ;
- la désignation d'un point de contact pour la sécurité de l'information ;
- la notification à l'autorité de contrôle des incidents de sécurité significatifs.

Le texte prévoit des sanctions pénales et administratives jusqu'à 200.000 euros en cas d'infraction de la part des OSE, ceux-ci relevant des secteurs de l'énergie, de l'eau, des transports, des banques, des infrastructures de systèmes financiers, des infrastructures numériques et de la santé. La directive prévoit en pratique que chaque autorité sectorielle désigne ses OSE respectifs.

En Belgique, le SPF Santé publique a fait le choix, en novembre 2019, de ne pas désigner d'OSE dans le secteur des soins de santé. Cette décision a privé les hôpitaux, et potentiellement d'autres institutions de soins, de mécanismes de protection conséquents, tels qu'un système d'alerte par l'intermédiaire duquel une cyberattaque sur un OSE dans un pays européen est signalée à tous les OSE nationaux et internationaux du même secteur. Cette décision a aussi privé les institutions de soins de tout financement complémentaire en matière de cybersécurité justifié par un tel statut.

À l'époque, le SPF Santé publique a justifié sa position en soulignant que l'ASBL Smals, fournisseur de services TIC au secteur de la santé et du social, jugeait les risques mineurs pour les patients en cas de cyberattaque. Ceci dans un contexte où les hôpitaux étaient, prétendument, bien armés face à la cybermenace et se devaient d'être conformes à la norme ISO27001 relative à la gestion de la sécurité de l'information. L'ASBL Smals avançait aussi comme argument que le Plan d'Urgence Hospitalier (PUH) des hôpitaux limiterait l'impact sur le fonctionnement normal en cas de cyberattaque.

Ces observations étaient loin de coller à la réalité, comme en témoignent les conséquences des multiples piratages de masse survenus au cours des dernières années. En octobre 2020, la Commission européenne a confirmé cet acte manqué en pointant la non-désignation d'OSE dans le secteur de la santé parmi plusieurs infractions dans la mise en conformité de la Belgique à la Directive NIS⁵.

Deux mois plus tard, en décembre 2020, la Commission européenne a publié une proposition visant à abroger la Directive NIS et à la remplacer par une nouvelle, dite « Directive NIS2 ». Cette initiative est née, à l'époque, des constats de l'augmentation flagrante du nombre de cyberattaques et de la dépendance croissante de notre société au numérique. La Commission a également pointé un manque de clarté de la Directive NIS, une application et une portée limitées, une trop grande divergence au niveau des approches et des degrés de maturités nationales, ainsi qu'un manque généralisé de partage des informations.

En pratique, la Directive NIS2 a été rédigée avec comme concepts-clés d'inclure davantage de secteurs et d'entités, d'harmoniser les règles d'identification de celles-ci, d'étendre les exigences en matière de sécurité, d'impliquer et de responsabiliser davantage les dirigeants des entités visées, d'harmoniser et de renforcer les sanctions et le pouvoir de surveillance des autorités compétentes et de clarifier les obligations en matière de notification des incidents, et d'améliorer la sécurité de la chaîne d'approvisionnement au sein de chaque entité et au niveau européen. Un renforcement de la coopération au niveau européen est également au cœur de cette nouvelle directive.

Après de longs mois de travaux teintés d'incertitudes, la Directive NIS2 a finalement vu le jour⁶. Promulguée le 14 décembre 2022 et entrée en vigueur le 16 janvier 2023, les États membres ont jusqu'au 17 octobre 2024 pour la transposer en droit national via une loi spécifique.

Le premier changement observé par rapport à la Directive NIS concerne le champ d'application. Comme souhaité par la Commission européenne, la Directive NIS2 s'applique désormais automatiquement à certaines entités en fonction de leur secteur d'activités et du dépassement de seuils spécifiques propres au nombre d'employés et aux résultats financiers. Parmi les secteurs concernés, on retrouve, sans surprise, les entités publiques et privées du secteur de la santé, en ce compris les hôpitaux et les institutions de soins des secteurs des aînés et de la santé mentale.

Autre nouveauté, la Directive NIS2 établit une distinction entre entités « essentielles » et « importantes », concepts remplaçant celui d'OSE. Les différences observées entre

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

4. TIC : Technologies de l'Information et de la Communication.

5. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/inf_20_1687.

6. Directive (UE) 2022/2555 du Parlement européen et du Conseil du 14 décembre 2022 concernant des mesures destinées à assurer un niveau élevé commun de cybersécurité dans l'ensemble de l'Union, modifiant le règlement (UE) no 910/2014 et la directive (UE) 2018/1972, et abrogeant la directive (UE) 2016/1148.

celles-ci résident surtout au niveau de la rigueur du contrôle et des sanctions, les obligations étant les mêmes pour les deux types d'entités.

Dans les faits, les grandes et moyennes institutions de soins (hôpitaux, maison de repos, intercommunales, etc.) sont automatiquement visées par les obligations de la Directive NIS2. Pour les plus petites d'entre elles, il convient d'attendre la loi de transposition belge afin de déterminer si celles-ci entreront ou non dans le champ d'application de la Directive NIS2.

En ce qui concerne les obligations de la Directive NIS2, celles-ci dépassent largement celles de la Directive NIS et peuvent être catégorisées en trois groupes.

Premièrement, les organes de direction des entités essentielles et importantes doivent être capables d'approuver des mesures de gestion des risques en matière de cybersécurité et de superviser leur mise en œuvre. Pour ce faire, les directions doivent suivre une formation afin d'acquérir des connaissances et des compétences suffisantes pour déterminer les cyber-risques et évaluer les pratiques de gestion de ces derniers. Ils sont encouragés à offrir régulièrement une formation similaire aux membres de leur personnel.

Deuxièmement, les entités essentielles et importantes doivent prendre des mesures techniques, opérationnelles et organisationnelles appropriées et proportionnelles à l'ensemble des risques qui menacent leurs réseaux et systèmes d'information.

Ces mesures comprennent :

- des politiques relatives à l'analyse des risques et à la sécurité des systèmes d'information ;
- la gestion des incidents ;
- la continuité des activités, par exemple la gestion des sauvegardes et la reprise des activités, et la gestion des crises ;
- la sécurité de la chaîne d'approvisionnement, y compris les aspects liés à la sécurité concernant les relations entre chaque entité et ses fournisseurs ou prestataires de services directs ;
- la sécurité de l'acquisition, du développement et de la maintenance des réseaux et des systèmes d'information, y compris le traitement et la divulgation des vulnérabilités ;
- des politiques et des procédures pour évaluer l'efficacité des mesures de gestion des risques en matière de cybersécurité ;



- des pratiques de base en matière de cyberhygiène et la formation à la cybersécurité ;
- des politiques et des procédures relatives à l'utilisation de la cryptographie et, le cas échéant, du chiffrement ;
- la sécurité des ressources humaines, des politiques de contrôle d'accès et la gestion des actifs ;
- l'utilisation de solutions d'authentification à plusieurs facteurs ou d'authentification continue, de communications vocales, vidéo et textuelles sécurisées et de systèmes sécurisés de communication d'urgence au sein de l'entité, selon les besoins.

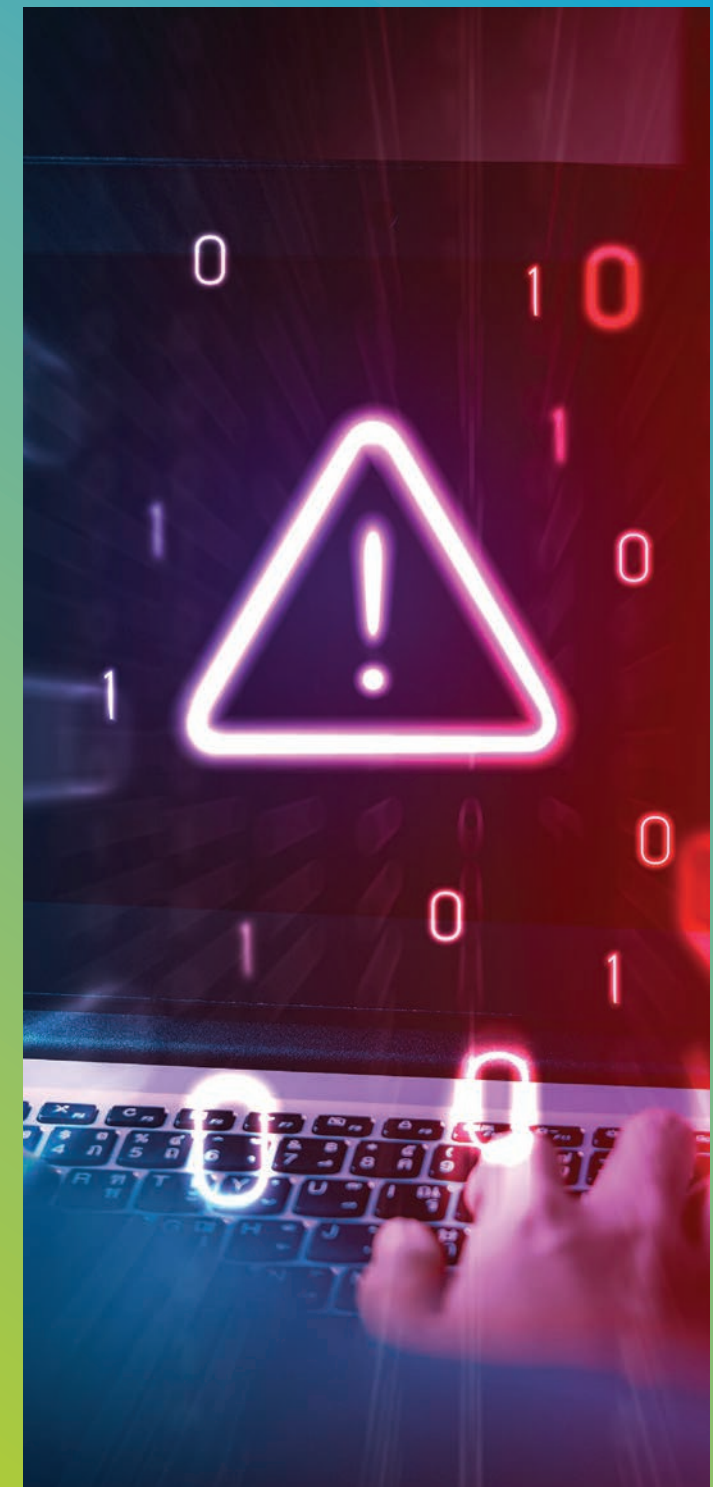
Troisièmement, les entités essentielles et importantes doivent notifier, sans retard injustifié, à leur Computer Security Incident Response Team (CSIRT) ou au Centre pour la Cybersécurité Belgique (CCB), autorités nationales belges compétentes, tout incident ayant un impact significatif sur la fourniture de leurs services. Dans les faits, ils devront soumettre une alerte précoce dans les 24 heures si un acte illicite ou malveillant est suspecté, une évaluation initiale de l'incident dans les 72 heures et un rapport final au plus tard 1 mois après l'évaluation initiale. Les entités concernées doivent également notifier, sans retard injustifié, aux destinataires de leurs services les incidents significatifs susceptibles de nuire à la fourniture desdits services.

Signalons également, en parallèle aux obligations précitées, que les entités essentielles et importantes pourront toujours être soumises à des audits de la part des autorités belges compétentes.

En cas de manquement à l'une ou l'autre des obligations, des amendes administratives pourront être imposées aux entités essentielles et importantes. Celles-ci devront être effectives, proportionnées et dissuasives, compte tenu des circonstances de chaque

cas. Elles seront fixées respectivement, pour les entités importantes et essentielles et à un montant maximal s'élevant à au moins 7 millions d'euros et 10 millions d'euros ou à au moins 1,4% et 2,0% du chiffre d'affaires annuel mondial total de l'exercice précédent de l'entreprise à laquelle l'entité appartient, le montant le plus élevé étant retenu. Remarquons que ces amendes seront imposées en compléments à d'autres mesures administratives (avertissement, instructions contraignantes, etc.). La loi de transposition belge peut prévoir une exonération d'amendes administratives pour les autorités publiques. Cependant, les autres sanctions administratives doivent s'appliquer. Cette future loi peut aussi prévoir des astreintes pour contraindre une entité essentielle ou importante à mettre un terme à une violation de la directive conformément à une décision préalable de l'autorité compétente. Enfin, les personnes physiques du *top management* qui représentent des entités essentielles et importantes pourront être tenues responsables du non-respect des obligations de la Directive NIS2, sauf en cas d'exonération par la loi belge de transposition.

En conclusion, les grandes et moyennes institutions de soins ont tout intérêt à déjà se mettre en conformité avec la Directive NIS2. Cette recommandation se fonde sur l'accroissement continu des cybermenaces, mais aussi sur la lourdeur des obligations issues de la Directive NIS2, sachant qu'à défaut d'une transposition dans les temps, ses dispositions présentant un effet direct peuvent s'appliquer le cas échéant.





QUE DEVIENT LA DIALYSE (EXTRA) HOSPITALIÈRE DEPUIS SA RÉFORME EN 2016 ?

Qu'est-ce que la dialyse ?

Parmi leurs différentes fonctions vitales pour l'organisme, les reins permettent notamment l'élimination par les urines des déchets présents dans la circulation sanguine. Lorsqu'ils ne peuvent plus assurer cette fonction, on parle d'insuffisance rénale. L'insuffisance rénale est dite chronique lorsque cette perte de fonction est progressive et que les lésions présentes dans les reins sont définitives et irréversibles. Au dernier stade (stade 4) de l'insuffisance rénale chronique, un traitement de suppléance est nécessaire. Le patient est alors obligé de se diriger vers la dialyse ou la greffe de rein.

Certaines personnes sont greffées préemptivement sans recours à la dialyse ; d'autres sont greffées après plusieurs années de dialyse ; d'autres encore reprennent la dialyse en cas de rejet d'une greffe ou dans l'attente d'une nouvelle greffe. D'autres personnes n'étant pas dans les critères pour être greffées sont dialysées toute leur vie.

Il existe deux types de dialyse : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. Dans le premier cas, le sang est purifié via un moniteur et un circuit sanguin extra-corporel alors que dans le deuxième, le sang est filtré à l'intérieur du corps via le péritoine qui agit comme filtre, ceci grâce à l'injection d'un dialysat. Les deux méthodes peuvent se faire à domicile, mais la deuxième y est beaucoup plus courante.

Comment est rétribuée la dialyse ?

Depuis août 2016¹, le financement de la dialyse est fixé dans une convention, cosignée par chaque hôpital individuellement (disposant d'un centre de dialyse agréé) et l'INAMI.

Les différentes formes de dialyses qui font l'objet d'une rétribution dans la convention sont initialement les suivantes :

- l'hémodialyse chronique effectuée en milieu hospitalier (jour ou nuit) ;
- l'hémodialyse chronique à domicile ;
- l'hémodialyse chronique dans un service collectif d'autodialyse ;
- la dialyse péritonéale chronique à domicile² ;
- la dialyse pédiatrique - hémodialyse ou dialyse péritonéale.

Avec la mise en place de la convention, on voit apparaître une distinction jour/nuit pour l'hémodialyse en hôpital et une classification spécifique pour la dialyse réalisée sur les enfants (moins de 19 ans). L'hémodialyse de nuit est définie comme l'hémodialyse où le médecin est joignable pour les dialyses effectuées entre 18 heures le soir et 6 heures le lendemain.

1. Avant cette date, la rétribution de la dialyse était fixée via l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1 et 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2. La dialyse péritonéale ne se fait en hôpital que si elle a lieu durant une hospitalisation (pour un autre motif).

Par la suite, l'hémodialyse *self-care* a été ajoutée à la liste (au 1^{er} janvier 2018). Il s'agit des situations dans lesquelles le patient exécute une hémodialyse de manière autonome (sans aucune forme de surveillance ou de soutien) en faisant usage des équipements d'hémodialyse du centre/service d'autodialyse.

La convention règle à la fois les interventions forfaitaires et les honoraires prévus pour les différents types de dialyse. Au moment de sa mise en application, des honoraires sont d'ailleurs introduits pour chaque type de dialyse, ce qui n'était pas le cas auparavant (limités aux dialyses réalisées en milieu hospitalier – hors centre d'autodialyse). Étant donné le caractère hybride du financement prévu dans cette convention, celle-ci est régie à la fois par la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs d'une part, et par la Commission nationale médico-mutualiste d'autre part, qui forment ensemble la plateforme fédérale relative à l'hémodialyse.

Quel recours aux formes alternatives ?

La convention établie en 2016 modifie le calcul et l'application du pourcentage de traitements alternatifs. Par traitements alternatifs, on entend tout ce qui n'est pas de l'hémodialyse classique en hôpital. Cela comprend l'hémodialyse en centre collectif d'autodialyse, l'hémodialyse à domicile, la dialyse péritonéale et, depuis 2016, l'hémodialyse de nuit et les transplantations des trois années civiles précédentes. Dans une version ultérieure de la convention, l'hémodialyse *self-care* est ajoutée aux alternatives. Le pourcentage de traitements alternatifs est défini comme le rapport entre le nombre de patients traités via une forme alternative telle que définie ci-devant et, au dénominateur, la somme entre ce même nombre et le nombre de patients traités en hémodialyse classique à l'hôpital. Celui-ci est calculé annuellement par l'INAMI à partir des données transmises par chaque centre agréé dans un rapport annuel.

Auparavant, le pourcentage calculé pour chaque hôpital individuellement déterminait le montant de majoration appliqué à l'honoraire pour l'hémodialyse classique en hôpital. Il s'agissait donc d'un système incitatif « positif » à développer les traitements alternatifs. Aujourd'hui le pourcentage calculé est assorti de sanctions si un seuil minimal n'est pas atteint (40% depuis le 1^{er} janvier 2018). Il est regrettable de constater que nous sommes passés d'un système incitatif à un système pénalisant si une institution est considérée comme « ne faisant pas assez d'effort pour favoriser les traitements alternatifs » alors que c'est souvent indépendant de sa volonté (voir ci-après). Il s'agit d'un nouvel exemple du manque de confiance des autorités envers les acteurs du système.

Malgré la mise en place de sanctions financières depuis août 2018, lorsque l'hôpital n'atteint pas 40%³ et la crainte perpétuelle que ce seuil soit augmenté par les autorités, on ne constate pas forcément d'augmentations significatives dans les taux calculés au fil du temps. Pour exemple, le pourcentage d'alternatives au niveau national était estimé

à 48,7% en 2018 et s'établit à 48,5% sur base des chiffres de 2022. Ceci s'explique en partie par le fait que la dialyse à domicile n'est pas extensible à souhait. Cette dernière ne représente pas une solution adéquate pour de nombreux patients du fait du vieillissement de la population (les patients de plus de 75 ans, considérés comme « gériatriques », ne sont pas capables de se gérer à domicile ou en autodialyse sans encadrement adéquat), mais aussi pour des raisons médicales, socio-économiques ou de volonté personnelle (certains patients préfèrent se faire soigner en hôpital).

Par ailleurs, le nombre de transplantations constitue un élément qui peut fortement faire varier le taux d'alternatives d'une année à l'autre sans que l'hôpital exerce forcément une influence sur celui-ci. Certains hôpitaux se retrouvent aujourd'hui proches du seuil de 40% ou sous celui-ci alors qu'ils ne l'étaient pas il y a un an ou deux, et ce, suite à l'évolution négative du nombre de greffes.

Nouvelle convention 2024-2025-2026

La précédente convention prenant fin au 31 décembre 2023, des discussions ont eu lieu durant l'année 2023 pour décider des modalités de prolongation de la convention au-delà de 2024.

Taux d'alternative

Initialement, les mutuelles avaient proposé d'augmenter le taux d'alternative à 50%. Étant donné les chiffres de nos hôpitaux, il s'agissait clairement d'une proposition non acceptable. Les fédérations ont dès lors insisté sur le fait que le taux de 40% n'était déjà pas facile à atteindre pour tous les hôpitaux, du fait des caractéristiques des patients traités et/ou du manque de moyens en termes de ressources humaines. Face à la pénurie actuelle, il est en effet compliqué de dédier une équipe de l'hôpital spécifiquement au développement de la dialyse à domicile. Par le passé, nous avons eu le sentiment que les augmentations de taux souhaitées se sont traduites majoritairement par une augmentation (artificielle ?) de l'autodialyse en centre collectif. L'objectif de développer plus de soins directement au domicile du patient n'est donc pas atteint⁴ et les coûts de transport restent très importants.

Finalement, nous avons obtenu que le seuil de 40% ne soit pas augmenté durant les deux premières années de la convention (2024 et 2025). En contrepartie, nous avons convenu de la réalisation d'une évaluation approfondie du dispositif existant de prise en charge de patients souffrant d'insuffisance rénale, d'un *benchmarking* plus détaillé et d'échanges de bonnes pratiques. À l'aide de nouveaux indicateurs, il est proposé d'objectiver les causes des évolutions constatées au niveau de l'utilisation des alternatives à l'hémodialyse classique en hôpital. Dans le même temps, tous les efforts possibles doivent être consentis pour encourager davantage la dialyse à domicile, notamment grâce aux deux nouveaux honoraires créés (voir ci-après).

3. Lorsque l'hôpital a traité de façon alternative moins de 40% de bénéficiaires, l'honoraire (pseudocode 470293) et le forfait (pseudocode 767594) de l'hémodialyse chronique en hôpital en journée sont diminués d'un certain pourcentage (cf. article 6 de la convention).

4. Pour preuve, le pourcentage de patients traités à domicile (en hémodialyse ou en dialyse péritonéale) au niveau national n'a pas augmenté de plus d'1% en 4 ans : celui-ci est de 9,3% au 31/12/2018 et de 10,2% au 31/12/2022.



Au bout des deux premières années, les efforts seront sans doute évalués pour décider alors d'augmenter ou non le seuil de 40%.

Création de nouveaux honoraires

Afin de stimuler davantage la dialyse à domicile, deux nouveaux honoraires sont créés :

- Un honoraire de 420 euros sera prévu pour chaque nouveau patient commençant la dialyse à partir de 2024 afin d'informer le patient sur les différents types de dialyse et de le former au type de dialyse de son choix. Cette disposition peut être facturée une fois par nouveau patient dialysé ;
- Un honoraire forfaitaire de 1.435 euros est prévu pour tous les patients en dialyse à domicile (péritonéale et hémodialyse) afin de les informer, de les former et de les motiver à poursuivre la dialyse à domicile. Cette disposition peut être facturée une fois par année de dialyse. La première année, cet honoraire est divisé en 2 (= 717,5 euros) et est octroyé à deux moments différents : au temps T0 et au temps T+4 mois. Ainsi l'honoraire complet n'est payé que si le patient/l'hôpital n'abandonne pas la dialyse à domicile durant les quatre premiers mois.

Cela représente un montant de 2,28 millions d'euros sur base annuelle.

Trajet pré-dialyse

Pour diminuer les coûts que représente la dialyse, il est évidemment primordial de soutenir toutes les initiatives qui permettent d'éviter l'afflux de nouveaux patients en dialyse. Ainsi, la plateforme fédérale développera en 2024 le concept de trajet de « pré-dialyse » et le mettra en œuvre avec les moyens déjà disponibles.

Aussi, en vue du dépistage précoce de la microalbuminurie chez les patients présentant un risque d'insuffisance rénale, un montant de 2,8 millions d'euros est prévu dans le dernier accord médico-mutualiste pour élargir les tests d'albuminurie aux patients à haut risque (hypertension artérielle, événements cardiovasculaires, ascendants au premier degré des patients devant subir une thérapie de substitution rénale) et ne plus le limiter aux patients diabétiques. Aujourd'hui, à peine 4% des patients qui présentent des facteurs de risque sont dépistés. Il s'en suit qu'un nombre important de patients ne sont pas suivis à temps, avec toutes les conséquences que cela peut avoir.

Aborder les choses de manière globale

Il est important de noter qu'il existe déjà un « trajet de soins » remboursé pour l'insuffisance rénale chronique, permettant de prendre en charge le patient souffrant d'un problème aux reins le plus rapidement possible et d'ainsi ralentir l'évolution de la maladie et peut-être éviter la dialyse. Il faudrait donc repenser ce trajet de soins dans un continuum de soins plus global qui tiendrait compte des différentes étapes de la maladie à partir de la prévention (cf. les tests évoqués ci-avant) afin d'en augmenter l'efficacité. Aussi, même si l'évolution de notre système de santé mène à plus de traitements en dehors des murs de l'hôpital, avec des initiatives comme le développement récent de l'« hospitalisation à domicile », le recours « modéré » à la dialyse à domicile devrait être jugé au regard d'un ensemble de critères objectifs permettant de juger de l'efficacité de telle ou telle prise en charge (comme le public concerné, l'existence d'une offre de soins et d'accompagnement en première ligne, etc.) et pas uniquement dans le cadre de sanctions financières appliquées sur base d'un simple taux.

LA DÉMARCHE PROXISANTÉ : UNE PIÈCE (IMPORTANTE) DU PUZZLE DE L'INTÉGRATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

La thématique des soins intégrés, et plus largement celle de l'intégration des systèmes de santé, est plus que jamais un sujet d'actualité. Partout dans le monde, les systèmes de santé se questionnent sur leur organisation et entament une transition vers une plus grande intégration. Si les constats qui amènent ce questionnement sont souvent similaires, les réponses apportées en termes de méthodologie et de rythme des réformes varient fortement. L'année dernière, santhea consacrait une de ses traditionnelles journées d'études à ce sujet. Depuis, les choses ont significativement évolué.

Le 8 novembre 2023, un protocole d'accord était conclu entre l'autorité fédérale et les entités fédérées pour le développement et l'opérationnalisation d'un Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés (PIF). Celui-ci se repose sur les différentes réformes initiées par les régions, les projets menés par le niveau fédéral depuis plus de quinze ans ainsi que sur diverses recommandations, notamment celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Centre fédéral d'expertise (KCE). Il ambitionne d'apporter une réponse aux défis multiples de notre système de santé : évolution de la demande de soins et de l'accompagnement (de plus en plus chroniques et complexes, entre autres), la digitalisation, l'autonomisation et l'*empowerment* de la personne, les nouvelles options thérapeutiques, la pénurie de professionnels, la nécessité de pouvoir gérer le budget des soins, la fragmentation des soins, ou encore la socialisation des soins. Il y a lieu de préciser que les terminologies « intégration des soins » et « intégration du système de santé » évoluent progressivement pour y intégrer les dimensions du social, de l'aide et de l'accompagnement, et ce, sur base des évidences et du constat, indiscutable, des interactions entre ces différents éléments.

Des services de santé intégrés

L'OMS définit l'intégration du système de santé de la manière suivante : « Des services de santé intégrés sont des services de santé gérés et fournis de manière à ce que les personnes reçoivent des soins selon un continuum qui va de la promotion de la santé, la prévention des maladies, au diagnostic, au traitement, à la gestion des maladies, à la réadaptation et aux soins palliatifs, avec une coordination entre les différents niveaux et lieux de soins, au sein et au-delà du secteur de la santé, et en fonction de leurs besoins tout au long de la vie. »

D'un point de vue théorique, on peut énoncer quelques grandes caractéristiques d'un système social-santé intégré, basé sur un changement de paradigme qui met l'accent sur la responsabilité populationnelle, qui consiste à organiser la collaboration entre les acteurs du social-santé sur un territoire pour répondre collectivement aux besoins de l'ensemble des habitants vivant sur ce territoire.



Citons :

- une approche territoriale qui permet le développement de cette responsabilité populationnelle, avec des territoires locaux/bassin de vie qui accompagnent la population pour la majorité de ses besoins social-santé, et des territoires « loco régionaux » qui permettent de prendre en charge des situations spécifiques et des situations complexes qui demandent des intervenants plus spécialisés qui ont donc un territoire d'achalandage plus grand, avec une mise en réseau des différentes lignes de soins;
- l'existence d'espaces de dialogue/de concertation sur le territoire pour réfléchir comment apporter une réponse collective à l'ensemble des besoins social-santé de la population;
- la mise en place de trajets de soins et de prises en charge complexes; et la valorisation du travail multidisciplinaire;
- un financement par réseau, par population et par pathologie, plutôt que par institution et à l'acte;
- une emphase sur la prévention et la promotion de la santé, et sur l'empowerment de l'utilisateur et du citoyen;
- le rôle clé des données et des technologies de l'information.

L'intégration du système social-santé doit permettre une plus grande efficacité, notamment via une meilleure utilisation des services grâce à la coordination de la prise en charge et à l'amélioration du recours à la médecine préventive et à la promotion de la santé. Mais la mise en œuvre d'une telle transformation est complexe. Elle nécessite une stratégie d'implémentation forte, ainsi que la collaboration et une volonté de changement de l'ensemble des acteurs politiques et du système de soins de santé.

Face aux défis de leur système de santé, qui rejoignent les constats tirés dans le plan interfédéral cité ci-dessus, la majorité des pays de l'OCDE ont entamé une réorganisation de l'offre de services de santé, en vue de gagner en efficacité et donc de maintenir ou d'améliorer la prise en charge de la population malgré les diverses contraintes existantes. Certains pays et certaines régions ont d'ailleurs déjà bien avancé sur le sujet. Citons, notamment, la Catalogne et le Pays basque en Espagne, le Danemark, certaines provinces du Canada, ou encore le système de la santé publique du Royaume-Uni (NHS England).

En Belgique

Comme indiqué en début d'article, la Belgique a récemment adopté un protocole d'accord relatif à l'intégration du système de santé. Le paysage institutionnel belge nécessite en effet une coopération effective entre les différents niveaux de pouvoirs pour mettre en œuvre les réformes nécessaires dans le cadre de leurs compétences qui y contribuent.

La question des soins intégrés en Belgique n'est cependant pas neuve. Dès 2008, les autorités fédérales lançaient un plan national pour les maladies chroniques. Dans la foulée, des premiers trajets de soins étaient définis, pour la prise en charge du diabète notamment, et les projets Protocoles 3, axés sur les personnes âgées, étaient déployés. Le premier plan e-santé en 2013 et ses différentes actualisations sont évidemment à lire dans une volonté de faire évoluer notre système de soins vers une plus grande intégration. C'est également le cas de la réforme en santé mentale initiée en 2010, des différentes réformes dans le secteur hospitalier avec en particulier la mise en place des réseaux en 2018, ou encore du « New Deal » en 2023. Enfin, et c'est sans doute le plus évident, douze projets-pilotes « Soins intégrés » – Integreo – furent lancés en 2018 pour une période de cinq ans. Certains de ceux-ci sont appelés à constituer une base pour la transformation, dans les prochaines années, de notre système de santé.

Le nouveau Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés entend construire le futur sur base des initiatives passées et des différents projets développés au niveau régional, en vue d'accélérer le processus d'intégration. La question adressée par le Plan interfédéral est de savoir comment organiser l'aide et les soins de manière à ce qu'ils soient davantage axés sur les objectifs du bénéficiaire d'aide et de soins et le contexte dans lequel il vit (soins centrés sur la personne et sur la communauté), et ceci dans le cadre de soins ciblés et holistiques et d'une approche axée sur la population. L'option retenue est qu'une meilleure intégration des soins et de l'aide au niveau individuel et local semble être une réponse à cette question. Pour ce faire, le Plan interfédéral envisage à la fois l'intégration horizontale entre différents services et disciplines au sein des secteurs de soins et de l'aide, ainsi que l'intégration verticale avec les soins spécialisés, selon une approche holistique et adaptée à tous les niveaux du large éventail de soins et de bien-être (de la promotion de la santé aux soins palliatifs), dans le but d'améliorer la continuité et l'expérience des soins pour la personne.

Dans ce cadre, treize thèmes de fond ont été identifiés dans la première phase du programme du plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés comme étant cruciaux pour le mouvement vers l'aide et les soins intégrés :

- l'organisation des soins et de l'aide au niveau locorégional;
- intégration horizontale et verticale de l'aide et des soins (cf. continuité des soins);
- organisation, renforcement et maintien de capacités de soins (multidisciplinaires) adaptées aux besoins, y compris le développement des compétences;
- concrétisation du processus de soins/du trajet de soins/de la trajectoire de soins/ de la planification des soins, y compris la coordination d'aide et des soins et le case management;
- culture de l'aide et des soins intégrés;
- financement de l'aide et des soins intégrés à différents niveaux répondant au quintuple AIM;
- performance du système de l'aide et des soins intégrés;
- concrétisation des aspects «patient au centre» et autonomisation (*empowerment*) : offre de soutien individuel et collectif à une personne dans son contexte;
- promotion de la santé et prévention des maladies dans le cadre de l'aide et des soins intégrés;
- outils numériques à l'appui du processus de soins : partage électronique de données et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire;
- soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte au niveau individuel comme au niveau du groupe;
- promotion de l'aide et des soins dans un contexte plus large;
- gestion de l'intégration.

Proxisanté : une démarche ambitieuse en Région wallonne

La Flandre a, il y a déjà quelques années, entamé un travail de structuration de la première ligne de soins. Celui-ci s'est fait dans un contexte propre à la Flandre, et avec une certaine vision de la manière dont la première ligne devait répondre aux besoins de la population. La région bruxelloise a, quant à elle, produit au cours de la législature un «Plan Social Santé Intégré», qui vise aussi, dans le cadre de ses compétences, à améliorer l'accompagnement et les soins de sa population.

La Région wallonne n'est pas en reste. En effet, la Déclaration de Politique régionale de 2019 identifiait comme priorité la réorganisation de la première ligne d'accompagnement et de soins, avec la volonté de créer des conditions et un environnement propice à l'amélioration de la santé, dans la droite ligne de la vision mise en place par l'OMS à propos des soins de santé primaires. Si la crise de la COVID-19 a impacté le déroulement des travaux, ceux-ci furent intégrés au Plan de Relance de la Wallonie afin d'atteindre les objectifs que le gouvernement wallon s'était fixés.

La Wallonie a, dès le début, choisi de privilégier une méthodologie participative : partir des besoins pour définir l'organisation future. Une grande enquête à laquelle ont pris part près de 2.000 personnes, des ateliers participatifs rassemblant plus de 150 participants, et enfin une journée de cocréation avec 65 représentants des différentes professions ont dessiné les grandes lignes de ce à quoi ressemblera la première ligne de soins, à savoir une organisation territoriale intégrant l'accompagnement et les soins selon trois niveaux. Un décret, approuvé en première lecture par le Gouvernement wallon le 1^{er} décembre 2023, définit ces trois niveaux :

- le niveau «micro», qui est celui du bassin de vie, que l'on peut définir comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus courants que sont les services aux particuliers, les commerces, l'enseignement, la santé, les transports, ainsi que les sports, les loisirs et la culture ;
- le niveau «méso», qui correspondra à «l'organisation locorégionale de santé – OLS». Chaque OLS correspondra à un territoire couvrant entre 200.000 et 550.000 habitants (à la création). Elles auront comme objectifs principaux de soutenir le développement du management populationnel, coordonner les interdépendances et garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et entre les services. Parmi leurs missions, on retrouvera des éléments relatifs au partage des données et des informations, à l'adaptation de l'offre aux besoins spécifiques du territoire, à la concertation entre services et prestataires, au soutien à la prévention et à la promotion, à la lisibilité de l'offre de services ;
- le niveau «macro», à savoir l'échelon régional qui définira le cadre global et fera évoluer le dispositif pour s'assurer que les objectifs fixés soient atteints. L'AViQ et les autorités régionales en seront les premiers acteurs. À leur côté, le décret prévoit d'une part, la création d'un Institut wallon pour la Première Ligne (IWPL), dont les missions principales seront de soutenir les OLS de manière pluridisciplinaire et transdisciplinaire, de collaborer avec l'AViQ et de participer à des recherches. Et d'autre part, le Forum, qui sera un lieu d'échange et de dialogue entre les parties, en vue de lever les freins ou les entraves à la transformation du système.

La suite du processus se veut également collaborative. Dès le mois de janvier 2024, différents groupes de travail seront mis en place afin de définir les territoires « méso », de préciser la structure, la gouvernance et les missions des Organisations locorégionales de Santé, et de mettre sur pied l'IWPL et le Forum. Ensuite, la mise en œuvre concrète commencera, a priori avec des premiers territoires pilotes.

Et le reste du système ?

En Wallonie, un autre groupe de travail se penchera, quant à lui, sur l'articulation entre la première et la deuxième ligne. Comme cela apparaît dans les paragraphes ci-dessus, la démarche actuelle en Région wallonne se concentre sur la première ligne. Il est en effet clairement démontré dans la littérature qu'un système de soins intégrés ne peut exister sans une première ligne bien structurée et forte. Mais bien entendu, de nombreux autres acteurs coexistent dans un système de santé. Clarifier les relations entre ceux-ci, et les éventuelles réformes nécessaires sera indispensable si on souhaite, à terme, implémenter une réelle intégration des services social-santé. Mais cette clarification ne sera pas aisée. La complexité du paysage institutionnel et de la répartition des compétences, le non-alignement des territoires définit dans le cadre de Proxisanté avec les réseaux hospitaliers et les réseaux « santé mentale », le financement actuel encore essentiellement basé sur l'acte et le travail « individuel » ne sont que quelques exemples des thématiques qu'il faudra aborder dans les prochains mois et les prochaines années. Le Plan inter-fédéral vise à bâtir un cadre commun à l'ensemble du territoire, et à mettre en place les conditions permettant d'aborder les différentes thématiques. Mais nous n'en sommes qu'au début de ce plan. L'avenir nous dira si celui-ci a réussi à atteindre ses objectifs.

Une vision pour le futur

Un système social-santé a comme objectif d'optimiser l'état de santé de la population. Il doit donc être conçu de manière à répondre au mieux aux besoins de celle-ci. Et quand ces besoins évoluent, le système doit évoluer pour y répondre. C'est une évidence, mais dont la mise en pratique est loin d'être facile.

La Belgique, comme bon nombre d'autres pays, a entamé une transformation de son système de santé afin de le rendre plus efficient et capable de répondre aux multiples défis auxquels il devra faire face dans les prochaines années. Après quelques années de réformes « timides », les choses semblent s'accélérer. C'est en tout cas le signal envoyé par les autorités, fédérales et fédérées. La vision *top-down* est donc donnée. Reste à savoir si elle rejoindra la vision *bottom-up* de ce à quoi devra ressembler notre futur système social-santé. Loin d'être rhétorique, cette question est cruciale si l'on veut concrétiser cette transformation en profondeur de la manière dont la santé des Belges est prise en charge.

En réalité, la question fondamentale qu'il faudra aborder est « qui fait quoi avec quel financement ? ». Et si, d'un point de vue théorique, cette question est évidemment pertinente, en pratique, y apporter une réponse qui fait consensus sera complexe. Dans un contexte de contraintes budgétaires, de sous-financement structurel et de pénurie de main-d'œuvre, seule une confiance renforcée entre les acteurs et l'autorité, mais également entre les acteurs eux-mêmes, pourrait permettre de construire une solution efficiente et adaptée aux besoins et aux souhaits de l'ensemble des parties. Mais, comme santhea l'a souligné dans son Mémoire 2024, une telle confiance n'existe pas à l'heure actuelle. La construire est donc indispensable. Le processus participatif utilisé en Wallonie, s'il s'étend aux acteurs du système, est de nature à faciliter cela. Pour les autres niveaux de pouvoir, la question reste, à l'heure actuelle, ouverte...





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
- 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
- Section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques - Service des soins de santé

- Chambre de 1^{ère} 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

- Commission paritaire nationale médecins/hôpitaux (CPNMH)
- Conseil fédéral des Établissements hospitaliers
 - Réunions plénières
 - GT permanents
 - Groupes de travail
- 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"
- Comité Hospital and Transport Surge Capacity
- Groupe consultatif DI-RHM

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)

Autres

- IFIC ASBL
 - Conseil d'administration
 - Assemblée générale
 - Comité de classification (CP330-Secteur public)
 - Groupe de travail technique (CP330/Secteur public)
 - Comité de pondération IFIC
 - Commissions de recours externe secteur fédéral public de la santé
- UNISOC
- Comité de gestion de la plateforme e-Health
- Conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE)
- AFMPS
- AFCN
- Fonds des accidents médicaux

Entités fédérées

Région wallonne

- Commission wallonne de la Santé (CWS)
- AViQ
 - Comité de Branche Santé
 - Commission "Hôpitaux"
 - Commission "Accueil et hébergement des personnes âgées"
 - Commission "Santé mentale"
 - Commission technique "Revalidation"
 - Collège central de la stratégie et de la prospective
 - Groupe de travail experts hospitaliers
 - Commission informatique
 - Comité d'analyse multidisciplinaire de la Commission "technique revalidation"
- Commission wallonne 3^{ème} 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
- 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
- Pôle politique scientifique du Conseil Économique, social et environnemental de Wallonie (CESE)
- UNIPSO

Fédération Wallonie-Bruxelles

- Commission de planification de l'offre médicale de la CFWB
- 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
- BRUXEO

Autres instances

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





UNE EXPERTISE DÉMONTRÉE AU TRAVERS DE NOS DOSSIERS

PARTIE 5



Amélie GOOSSENS

Conseiller

Analyses et études, Financement (hors BMF)



Marina LIETAR

Conseiller

Financement hôpitaux



FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux (BMF)

Les arrêtés supposés modifiés L'arrêté royal du BMF pour 2022 et 2023 ne sont toujours pas disponibles ou a fortiori publiés au sortir de l'année écoulée 2023, n'ayant ainsi pas encore enclenché les délais de 30 jours pour les remarques relatives à ces BMF notifiés.

Dans le BMF notifié au 1^{er} janvier 2023, signalons qu'un budget *one-shot* de 21 millions d'euros a été réparti entre les hôpitaux au titre de « cofinancement pour soulager le personnel soignant » : il s'agit d'un cofinancement 50/50 entre les autorités (21 millions d'euros) et les hôpitaux eux-mêmes (apportant 21 millions d'euros également) destiné à améliorer les conditions de travail du personnel infirmier en vue d'accroître l'attractivité du secteur en couvrant des dépenses visant à soulager le personnel de soins, et ce, afin d'aider à remédier à court terme à la pénurie de personnel dans le secteur des soins.

Dans le BMF notifié au 1^{er} juillet 2023 a notamment lieu le transfert de l'INAMI vers le BMF des hôpitaux (sous-partie B2) d'un budget de 10,5 millions d'euros des maxi-forfaits associés aux prestations effectuées en hôpital de jour qui ont été insérées dans la liste A de l'arrêté royal du BMF au 1^{er} janvier 2023. Un rattrapage a été octroyé pour couvrir le premier semestre. En contrepartie, le nombre d'admissions et journées constituant les diviseurs pour la liquidation de la partie variable du BMF, ont été augmentés à concurrence du nombre de maxi-forfaits 2019 transférés.

Notons également un budget structurel "Cybersécurité" de 15 millions d'euros dont 14 millions d'euros ont été répartis entre les hôpitaux et 1 million d'euros affecté centralement au SPF Santé publique.

Enfin, les provisions dans les lignes de la sous-partie B9 relatives à l'amélioration des conditions de travail dans le cadre de l'accord social 2021-2022, ont été recalculées sur base des ETP FINHOSTA 2019 en tenant compte, pour le secteur privé, des deux conventions collectives de travail conclues, visant respectivement une augmentation de 400 euros de la partie forfaitaire de la prime de fin d'année et un renforcement du service Ressources Humaines par l'introduction d'un nouveau collaborateur ou de temps de travail supplémentaire pour accompagner la mise en œuvre et la réalisation de mesures qualitatives convenues pour l'amélioration des conditions de travail dans le secteur des soins et, pour le secteur public, du protocole d'accord concernant l'augmentation de 400 euros de la partie forfaitaire de la prime d'attractivité.

Évaluation de la charge des pensions statutaires

Les pensions des statutaires représentent un poids énorme dans les charges supportées par les hôpitaux publics d'une part, et les hôpitaux privés avec du personnel statutaire mis à disposition d'autre part. Nous avons tenté, début 2023, d'évaluer la charge que cela représentait aujourd'hui et dans cinq ans pour l'ensemble de l'échantillon santhea, sur base d'une comparaison avec un employé contractuel et en déduisant les financements perçus dans le BMF en faveur des pensions statutaires. Un courrier, cosigné par les hôpitaux santhea, a été envoyé aux différents ministres concernés. En juin, nous avons procédé au même exercice avec les autres fédérations afin d'estimer le besoin « pensions » au niveau du pays et de l'insérer dans les besoins du secteur à fournir au moment de la constitution du budget.



Compensation de la hausse des coûts de l'énergie pour le premier semestre 2023

En 2022, le ministre a annoncé qu'il débloquait un budget de 80 millions d'euros pour couvrir les surcoûts énergétiques du secteur hospitalier constatés au premier semestre 2023. Le CFEH a rendu un avis sur les modalités de répartition de ce budget en janvier 2023 dans lequel il suggérait d'évaluer, en révision, le surcoût de l'hôpital sur base d'un extrait de sa comptabilité et de répartir une partie de l'enveloppe en fonction des surcoûts réels. Aussi, nous proposons que le budget provisionnel soit réparti en fonction des dépenses comptabilisées passées. L'arrêté royal comportant les modalités de financement est finalement publié en août 2023 : la clé de répartition en provision restera basée sur les lits agréés et le montant de la provision sera récupéré totalement si les charges 2021 sont supérieures aux charges 2023 et récupéré partiellement si la différence 2023/2021 est inférieure à la provision. Le surcoût réel n'est pas pris en compte dans le cas où il est supérieur au montant provisionnel (l'argent récupéré n'est pas redistribué). En fin d'année, les fédérations ont mené une enquête commune auprès de leurs membres respectifs pour mettre en évidence l'ampleur des surcoûts (367 millions d'euros au niveau du pays) et insister sur la nécessité de bénéficier d'un nouveau budget structurel pour couvrir la hausse persistante des coûts de l'énergie et d'un deuxième budget *one-shot* rapidement.

Réforme de l'hôpital de jour

Au 1^{er} janvier 2023, la liste A a été fortement élargie, c'est-à-dire que plus de prestations qu'auparavant donneront lieu à un financement dans le BMF si elles sont réalisées en hôpital de jour chirurgical (avec utilisation du quartier opératoire). Parallèlement à ceci, la liste B a été réintroduite, ce qui signifie que certains séjours classiques seront qualifiés de « séjours inappropriés » dans le calcul de l'activité justifiée et seront financés comme un séjour en hôpital de jour chirurgical (à partir du moment où l'exercice 2023 servira d'année de référence). Pour évaluer le virage ambulatoire dans nos hôpitaux, nous avons élaboré, en concertation avec Unessa, une enquête dans laquelle nous avons essayé d'évaluer le lieu de prestation pour une série de codes issus de la liste A et des listes d'hôpital de jour médical (INAMI). Les chiffres à fournir alors concernaient les années 2019 et 2022. Ceux-ci sont toujours en cours d'analyse. Pour évaluer les impacts

des modifications au 1^{er} janvier 2023, il est prévu de réitérer l'enquête sur l'année 2023. En 2023, des discussions ont aussi été entamées au sein du SPF Santé publique pour fournir un *benchmarking* hospitalier au niveau national.

Premiers décomptes définitifs IFFE

Les premiers décomptes définitifs relatifs à l'Intervention Financière Fédérale Exceptionnelle (IFFE) ont enfin été transmis aux hôpitaux durant l'été 2023. Ceux-ci concernent le 1^{er} semestre 2020 et tiennent compte, en théorie, de toutes les dernières données envoyées par les hôpitaux (diverses enquêtes et contrôles ont eu lieu en 2022) et des dernières règles établies dans l'arrêté royal «fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19» et les arrêtés ministériels fixant les forfaits du Poste 1. Les hôpitaux avaient un mois pour transmettre leurs remarques sur le contenu du décompte à l'administration. Santhea a récolté l'ensemble des décomptes définitifs et a aidé ses membres dans l'élaboration de remarques constructives. Aucun autre décompte, provisoire ou définitif, n'a été fourni durant l'année 2023. Ils sont tous attendus pour 2024 avec, a priori, une régularisation complète (issue de la somme des différents décomptes) dans le BMF du 1^{er} juillet 2024.

Facturation, frais de rappel et recouvrement

Depuis quelques années, un projet de loi relatif aux dettes du consommateur était sur la table des ministres. Après de (très) nombreuses discussions, le projet a enfin abouti puisqu'il a été déposé en février 2023 à la Chambre des représentants pour être adopté par celle-ci le 27 avril de la même année. Il s'agit d'insérer un nouveau livre (XIX) du Code de droit économique, entièrement consacré aux « dettes du consommateur ».

Santhea, en collaboration avec les autres fédérations, a longuement plaidé pour que la particularité propre au secteur des soins soit prise en compte, au travers de diverses interpellations et sollicitations de nos représentants parlementaires et ministres.



Emmanuelle CEYSENS

Conseiller Général a.i.



Amélie GOOSSENS

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



Philippe LEJEUNE

Conseiller, *Matières médicales, RGPD*



Marina LIETAR

Conseiller, *Financement hôpitaux*

CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS (CFEH)

Accords sociaux

En exécution de l'accord social 2021-2022, un budget de 100 millions d'euros pour les secteurs fédéraux a été affecté à l'amélioration des conditions de travail. Une convention collective de travail (CCT) de juin 2022 et un protocole d'accord du Comité A d'octobre 2022 se sont accordés pour octroyer, à partir de 2022, respectivement aux secteurs privé et public, une augmentation forfaitaire de 400 euros de la prime de fin d'année (dans le privé) /d'attractivité (dans le public). Avec le solde du budget précité, une mesure de soutien aux services Ressources Humaines de nos hôpitaux fut prévue, dès 2022, pour le secteur privé qui a très vite conclu une CCT. Le ministre a demandé l'avis du CFEH sur les modalités de financement de ces deux mesures. Dans son avis du 9 février 2023, le CFEH a proposé de calquer le financement, en révision, de cette augmentation de 400 euros sur celui qui existait déjà pour la prime d'attractivité. Pour la mesure de soutien Ressources Humaines, il fut proposé de financer l'ETP supplémentaire au prorata de la taille de l'hôpital exprimée en nombre d'ETP. Le CFEH a rappelé alors la nécessité de mettre une mesure similaire en place dans les hôpitaux publics.

Agence fédérale de Contrôle nucléaire – AFCN

En janvier 2023, l'AFCN a souhaité obtenir l'avis du CFEH concernant :

- une proposition de modification de l'arrêté royal relatif aux expositions médicales et aux expositions à des fins d'imagerie non médicale avec des équipements radiologiques médicaux;
- la possibilité que, via une augmentation du BMF, les hôpitaux disposant d'un service de radiothérapie agréé soient en mesure de couvrir eux-mêmes les coûts associés à un audit clinique de ce service, audit auparavant assuré par le Conseil d'oncologie et de radiothérapie dont le financement a été supprimé par le SPF Santé publique.

Concernant les modifications de l'arrêté royal, le CFEH a notamment estimé qu'il y avait une augmentation substantielle des exigences de formation qui pourrait impacter la disponibilité des prestataires concernés au sein de l'hôpital et, dans certains cas, accentuer des pénuries de personnel. Le cas des infirmiers/ières destiné(e)s à travailler dans les services utilisant des rayonnements ionisants est souligné : leur présence dans ces services est certes une valeur ajoutée, mais les exigences de formation font courir le risque de ne plus en trouver suffisamment.

Il faut par ailleurs appuyer la possibilité d'organiser un service de radiophysique médical commun à plusieurs hôpitaux, par exemple dans un réseau hospitalier, voire dans un ensemble encore plus grand. La nécessité d'obtenir des moyens supplémentaires non seulement pour organiser ce type de service, mais aussi pour les formations/recyclages, actuellement financés sur fonds propres des hôpitaux, est réitérée.

Concernant les conséquences de l'arrêt du financement par le SPF du Collège d'Oncologie et de radiothérapie, le CFEH ne peut que souligner l'absolue nécessité que les audits cliniques externes puissent se poursuivre. Le Conseil insiste donc pour que ces audits soient maintenus, mais aussi financés et organisés – avec les groupements de professionnels concernés – de la manière la plus adéquate possible.

Autorité belge de la concurrence

Le CFEH s'est réuni autour d'un projet de loi du ministre Dermagne visant à exclure les concentrations entre hôpitaux du contrôle préalable des concentrations par l'Autorité belge de la concurrence. Le CFEH était en faveur de cette mesure, les démarches relatives à ce contrôle représentant une charge administrative colossale pour les hôpitaux et dès lors extrêmement chronophage. S'en sont suivies des discussions avec l'Autorité belge de la concurrence, celle-ci étant en désaccord avec cette proposition. Le dossier se clôturera par un accord du gouvernement sur l'exclusion du secteur, à l'exception des fusions qui devraient aboutir à la mise en place de très grandes structures hospitalières (avec un chiffre d'affaires supérieur à 900 millions d'euros), lesquelles resteront soumises aux règles sur le contrôle préalable des concentrations. À noter qu'il ne s'agit que d'une exclusion du contrôle préalable.

Besoins 2024

Comme chaque année, dans le cadre de l'exercice d'élaboration du budget, le CFEH a rendu un avis « besoins » en juin/juillet pour exprimer les besoins prioritaires du secteur hospitalier de l'année suivante. Pour 2024, toutes les mesures pouvant servir à accroître l'attractivité des professions de santé sont perçues comme la priorité première du CFEH. L'avis reprend, en outre, les besoins en matière d'informatique, notamment pour se protéger de la cybercriminalité, les besoins pour couvrir la charge des pensions statutaires, les besoins en matière de santé mentale (en particulier relatifs à la nouvelle législation relative aux mises en observation), les besoins nécessaires pour couvrir la hausse des taux d'intérêt, etc. L'avis rappelle également qu'il est urgent de trouver une solution à la problématique de l'indexation (décalée) des honoraires, aux surcoûts énergétiques persistants et à la liquidation des révisions qui prend de plus en plus de temps.

BMF 2022 et 2023

Le 9 octobre 2023, le CFEH a reçu une demande d'avis extrêmement tardive de la part du ministre concernant le BMF pour les années 2022 et 2023, portant notamment sur une indexation prévue de certains projets pilotes et sur les modalités de contrôle du financement B4 lié aux conventions de formation des médecins candidats spécialistes. Le CFEH en a profité pour rappeler certaines de ses demandes restées sans suite : la prise en compte en sous-partie B3 des nouveaux codes de nomenclature de radiothérapie, la correction rétroactive de la mise à 0 euro des prestations basse variabilité dans les points complémentaires CDE de la sous-partie B2 (2021, 2022) et les points produits médicaux (2023), la correction rétroactive de la mise en concordance des versions successives du grouper APR-DRG appliquées aux données de l'hôpital et aux données nationales concernant les points produits médicaux (2018 à 2022), en effectuant ces corrections rétroactives uniquement pour les hôpitaux pour lesquels elles s'avèrent positives. Le CFEH a insisté également pour que les financements 2023 cybersécurité et DPI restent acquis sans condition, étant donné l'année 2023 par trop avancée pour imposer aux hôpitaux certaines réalisations concrètes. Enfin, le CFEH a énuméré certaines modifications de la nomenclature susceptibles d'impacter le calcul de la sous-partie B2 du BMF au 1^{er} juillet 2024, qu'il importe d'intégrer dans l'arrêté royal du BMF, plus particulièrement dans la liste des temps standards servant au calcul du financement du quartier opératoire.

BMUC et cybersécurité

Début d'année 2023, le ministre Vandenbroucke a déposé une demande d'avis au CFEH relative au financement du programme BMUC pour la même année. Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises afin de discuter de la proposition du ministre et rédiger un avis visant à soutenir le développement du DPI dans les hôpitaux, tout en soulignant le contexte financier difficile du secteur, la particularité de certaines situations compte tenu de l'abandon, par les fournisseurs, de certains logiciels pourtant utilisés par les hôpitaux, la nécessité absolue de donner suffisamment le temps aux hôpitaux de s'organiser à cet effet, et enfin, l'importance de donner une vision à plus long terme quant aux développements attendus. L'avis final a été rédigé et rendu le 9 mars 2023.

Réponse en cas d'incident CBRN(e)

En octobre, le CFEH a émis un avis en réponse à une demande du ministre Vandenberghe concernant l'amélioration de la préparation et de la capacité d'accueil du secteur des soins de santé en cas d'incident CBRN(e). Un projet de réorganisation fut présenté à propos duquel six questions furent posées. Les réponses du CFEH peuvent se résumer de la façon suivante :

- le CFEH est favorable à l'organisation de la capacité d'accueil en deux niveaux constitués d'une part de 13 hôpitaux de niveau 1 concentrant au mieux l'expertise et les ressources et épaulés en temps de crise par d'autres hôpitaux de niveau 2, disposant d'une fonction d'urgence spécialisée;
- bien que le CFEH soit d'accord, au vu de la situation actuelle, sur la répartition territoriale des hôpitaux qui est proposée, il est demandé que l'on prête attention à l'évolution du paysage hospitalier et qu'à l'avenir, un hôpital de niveau 1 puisse être désigné par exemple dans le sud de la Belgique, actuellement mal desservi. Dans ce contexte, la possibilité d'une collaboration transfrontalière devrait être étudiée;
- bien que les critères utilisés pour sélectionner les 13 hôpitaux de niveau 1 sont adéquats, une étude plus approfondie les concernant est nécessaire et il est indiqué qu'au stade actuel, il n'est pas non plus possible, sans investigations supplémentaires, de donner un avis sur les modalités de financement du dispositif;
- le CFEH est d'accord pour prévoir la possibilité, dans le cadre légal, de planifier les urgences hospitalières au niveau du réseau;
- le CFEH approuve également que soit poursuivie l'analyse du financement des coordinateurs des plans d'urgence, dont les missions sont nombreuses en vue d'assurer que les plans d'urgence des hôpitaux disposent d'une capacité suffisante pour faire face aux tâches actuelles et futures;
- les critères proposés pour allouer de manière adéquate ce financement constituent un bon préalable, mais devraient être affinés. Il faudrait veiller à dégager un financement pour les

tâches de coordination assurées par le Directeur du poste de commandement des opérations et le Directeur médical en cas d'incident CBRN(e).

Le CFEH a souhaité être informé du suivi pratique qui sera donné à ces réponses afin de pouvoir émettre un avis supplémentaire à son sujet, notamment sur la faisabilité financière pour les hôpitaux. Il est noté également qu'à ce moment, l'étude KCE 2019-16 portant sur la réponse du secteur des soins de santé en Belgique aux incidents CBRN(e) devrait être achevée.

Centres « trauma »

Le ministre a introduit une demande d'avis au CFEH dans le cadre de sa volonté de mettre en œuvre le concept de centres de traumatologie majeur (MTC). Sur la base du rapport KCE 281 «Vers un système intégré de traumatologie grave», le ministre a avancé une proposition pour structurer les soins aux patients traumatisés de manière intégrée et hiérarchiquement organisée dans des réseaux géographiques construits autour de centres de référence suprarégionaux. Après diverses réunions, le groupe de travail s'est accordé sur un avis qui, tout en accueillant positivement la proposition du ministre, a suggéré quelques modifications afin de prendre en compte, au mieux, les réalités du terrain. Nous n'avons cependant pas été entendus puisqu'aucune de nos suggestions n'a été retenue.

Cliniques du sein

Souhaitant mettre en œuvre une réforme des cliniques du sein basée sur le rapport 365 du KCE «Soins du cancer du sein dans les centres avec et sans agrément du cancer du sein – Y a-t-il une différence?», le ministre a soumis au CFEH une demande d'avis basée sur diverses propositions de texte. Ainsi, la proposition visait notamment à concentrer toutes les interventions chirurgicales uniquement dans une clinique du sein coordinatrice tandis que les cliniques du sein «affiliées» seraient axées sur des procédures diagnostiques, la radiothérapie, les traitements systémiques néo-adjuvants et adjuvants et le suivi d'affections malignes du





sein. Le rapport du KCE sur lequel se basait cette proposition de réforme a été totalement décrié par de nombreux experts. L'avis du CFEH s'est donc construit autour de cette remise en question, en soulignant les risques, conséquents, d'une telle réforme, basée sur les conclusions erronées du rapport du KCE.

Contrats B4

En réponse à une demande d'avis du ministre, le CFEH a remis un avis concernant les contrats B4 et sur la nécessité de conserver ceux-ci, dans la mesure où ils permettent de tester et de financer de nouvelles idées liées aux évolutions et aux développements dans le domaine des soins de santé par le biais de projets pilotes innovants. Après avoir identifié les problèmes liés au fonctionnement de ces contrats B4, le CFEH a listé dans son avis quelques pistes de solutions. A également été proposé un cadre général pour ces projets, de même qu'une structuration des projets pilotes en cours et à venir.

CT/RMN : adaptation de la programmation

Le ministre Vandenberghe a formulé une demande d'avis le 9 octobre 2023 concernant une adaptation de la programmation de la RMN et la réforme du financement. Si le groupe a d'emblée rejeté la proposition de réforme du financement forfaitaire proposée par le ministre pour l'imagerie médicale lourde, les réunions se sont succédé pour tenter de concilier les avis divergents au sein du CFEH. Celui-ci a finalement émis diverses conclusions, avec pour unique point divergent le délai pour l'augmentation du nombre d'appareils RMN dans la programmation, certains (dont santhea) plaidant pour une augmentation immédiate de la programmation de 38 appareils, d'autres souhaitant une approche progressive avec un contingent initial de 20 appareils RMN et le reste dans une 2^{ème} phase, sur base des données obtenues pour évaluer le besoin. Le CFEH a également insisté pour qu'en tout état de cause, l'extension de la programmation des appareils de RMN soit accompagnée d'un financement adéquat au niveau fédéral et des entités fédérées.

Data Capabilities

Le CFEH a été invité à donner son avis sur le modèle de financement proposé pour les projets de «Data Capabilities» pour le secteur hospitalier, les critères de sélection proposés pour sélectionner les projets utiles à l'ensemble du secteur et les critères d'évaluation proposés pour évaluer les projets à la fin de la période.

Pour rappel, il s'agit de sélectionner et financer les meilleures pratiques en matière de mise à disposition de données de qualité à usage primaire et secondaire qui peuvent être réutilisées pour optimiser la qualité des soins. Le groupe s'est aussi accordé pour solliciter une extension des délais proposés, mais sans succès.

L'appel à projets a finalement été communiqué aux hôpitaux le 16 mars 2023, avec une date butoir au 17 avril 2023.

Centres hémato-onco pédiatriques

Le CFEH s'est prononcé sur une demande d'avis du 12 septembre 2023 concernant les normes auxquelles le programme de soins spécialisé en hémato-oncologie pédiatrique et le programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique satellite doivent satisfaire pour être agréés. La demande d'avis proposait divers avis d'arrêts royaux, afin de concrétiser la réforme. Un certain nombre de propositions d'adaptation étaient formulées dans la demande d'avis en fonction des évolutions survenues dans cette spécialisation depuis 2014. Le CFEH s'est prononcé article par article sur ces différentes propositions.

Innovation

Le 11 octobre 2023, le CFEH a reçu une demande d'avis relative à des projets innovants en matière de santé numérique.

Le CFEH fut invité à émettre un avis sur le modèle de financement des projets innovants de santé numérique, les critères de sélection des projets utiles à l'ensemble du secteur et à toutes les lignes de soins et l'utilisation d'une partie du budget pour suivre et soutenir les projets pilotes. Cette proposition du ministre se rapprochait fortement des projets Data Capabilities. Le CFEH a émis ses

commentaires et a validé le calendrier proposé, avec mention d'une certaine réserve concernant la première date butoir. L'appel à candidatures fut lancé dans la deuxième quinzaine de novembre 2023.

Programmation des lits SP

Le CFEH a été amené à se prononcer sur une demande d'avis du ministre relative au critère de programmation des lits Sp1 à Sp5. Le CFEH a d'abord rappelé les différents avis rendus précédemment sur la question (2013, 2015, 2021) avant de se pencher de manière plus détaillée sur l'approche globale de la programmation de l'offre de soins de réadaptation et les diverses sous-questions qui s'y rapportent. Les différents thèmes ont ainsi été abordés dans l'avis du CFEH rendu en 2023 : la description du profil des patients nécessitant des soins résidentiels dans des lits de réadaptation ; la question du maintien de la répartition actuelle en lits Sp1-2-3-5 ; l'encadrement nécessaire du personnel soignant ; le financement nécessaire dans le BFM et enfin la question de l'outil pour évaluer la vérification du profil des patients admis dans les lits Sp.

Programmation des lits SP-palliatifs

La question de la programmation des lits SP-palliatifs, du fait de sa particularité, a été traitée de manière distincte par le CFEH de la programmation des autres lits Sp (Sp1 à Sp5). Il a tout d'abord été fait référence à un avis rendu en 2016 sur la question, les préoccupations de l'époque étant malheureusement toujours d'actualité. Le CFEH a ensuite pointé la nécessité d'augmenter le nombre de lits Sp4, de développer l'offre *middle care* et de renforcer l'équipe de soutien palliatif dans les hôpitaux. Un financement BMF adapté a également été proposé. L'avis sera finalisé en 2024.

Patients à profil social : un premier avis

Sollicité par le ministre le 22 novembre 2022, le CFEH a remis un avis le 9 mars 2023 relatif aux surcoûts hospitaliers liés aux patients à profil social, visant en particulier une refonte du financement de ces surcoûts au sein du BMF (sous-partie B8 et certaines lignes du B2), à hauteur d'un budget globalisé de 55,5 millions d'euros.

Le CFEH a identifié trois principaux postes de surcoûts hospitaliers liés à la prise en charge des patients sociaux : une prise en charge plus compliquée et plus lourde pour les services sociaux, une prise en charge plus compliquée et plus longue pour les professionnels de santé, et les impayés et leur gestion administrative. Ces surcoûts sont insuffisamment pris en compte dans les autres règles de financement et demandent un financement spécifique qui aujourd'hui reste par trop restreint et devra, dans le futur, être complété, aussi bien pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques.

Dans ce premier avis, le CFEH a développé des principes-cadres pour un nouveau modèle de répartition du budget dédié au financement des patients à profil social :

- Isoler ce financement dans une sous-partie spécifique au sein du BMF ;
- simplifier et rendre plus transparent le système de répartition du financement, en mettant également à jour certains concepts dépassés ;
- recalculer annuellement la répartition ;
- suivre les grandes catégories de patients à profil social ;
- introduire les nouvelles modalités sur une période transitoire de 3 ans ;
- tenir compte d'une distribution non linéaire de certains surcoûts liés aux patients à profil social.

Le CFEH a identifié deux grandes classes de patients à profil social qui engendrent des surcoûts :

- les patients OA, affiliés à une mutuelle belge, à bas revenu et/ou avec des profils sociaux spécifiques ;
- les patients non OA, à profil social, avec une prise en charge par le CPAS, par Fedasil ou sans aucune prise en charge financière.

Le CFEH a examiné les indicateurs susceptibles d'identifier de façon plus précise les patients à profil social au sein de ces deux classes : les indicateurs utilisés actuellement dans le financement d'une partie de la sous-partie B8, dont les définitions méritent une actualisation, ainsi que de nouveaux indicateurs potentiels, plus difficiles à capter.

Dans ce premier avis, le CFEH n'est cependant pas parvenu à définir les indicateurs les plus pertinents pour cerner les patients sociaux, OA et non OA, ni a fortiori à aboutir à un nouveau modèle de répartition et poursuivra ses travaux avec, pour horizon, l'introduction d'un nouveau modèle dans le BMF au 1^{er} juillet 2024.

Réforme de l'aide médicale urgente, dont le PIT

L'avis rendu par le CFEH sur les Paramedical Intervention Team - Équipe d'Intervention paramédicale (« PIT ») a ceci de particulier qu'il s'agit d'un avis d'initiative du CFEH, à la suite de l'annonce du ministre Vandembroucke d'une réforme en profondeur de l'aide médicale urgente pour la période 2023-2025, concernant tant l'aspect financier que la programmation des ressources, dont le PIT. Le groupe de travail s'est donc entouré d'experts et s'est réuni à plusieurs reprises afin de rédiger son avis sur ces deux aspects, avis finalisé en 2023.



P4P – Évolution du programme

En février 2023, le CFEH a rendu un avis relatif à l'évolution du programme « Pay for Performance » (P4P), à la demande du ministre Vandembroucke. Celui-ci a porté sur deux ensembles de potentiels futurs indicateurs (dont un issu des travaux de la KULeuven), sur le mécanisme de financement à prévoir et sur un plan d'action. Dans le cadre de cet avis, le CFEH a insisté sur la nécessité de faire évoluer le P4P à un rythme réalisable et raisonnable pour les hôpitaux concernés et sur l'importance de travailler selon une approche basée sur les preuves scientifiques et transparentes. Les membres ont également mis en avant le fait que l'objectif prioritaire de la démarche doit rester, prioritairement, l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients, en particulier dans les domaines où il existe un potentiel d'amélioration en Belgique.

Transports interhospitaliers non urgents

La première demande d'avis relative au transport interhospitalier est parvenue au CFEH fin 2022, avec la définition de transports visés et le budget disponible. L'objectif du ministre était de diminuer le montant à charge du patient, qui payait jusque-là l'entièreté de la facture lorsqu'il restait plus de 24 heures dans l'hôpital où il était transféré (pour des raisons médicales). Dans le premier avis rendu par le CFEH le 9 février 2023, nous exprimons notre crainte d'un budget insuffisant étant donné qu'il était estimé sur base de données peu fiables provenant de seulement deux projets pilotes. Pour éviter de faire porter le risque sur les hôpitaux, le CFEH a donc refusé que le budget soit transféré dans le BMF et a proposé alternativement de mettre en place des nouveaux codes de prestation INAMI pour ce type de transports et donc une intervention dans les frais supportés par les patients. Le ministre a répondu par une deuxième demande d'avis, en juillet 2023, dans laquelle il a affirmé que le budget de 13,5 millions d'euros serait bien transféré dans le BMF. Il a alors proposé de moduler le financement en fonction de la taille de l'hôpital, exprimée en lits agréés et a demandé l'avis du CFEH sur une éventuelle intervention du patient similaire à celle qui existe pour les transports urgents. Dans l'avis rendu en septembre 2023, le CFEH a insisté sur ses craintes exprimées dans le premier avis et a demandé une intervention minimale du patient. L'enregistrement des données est pointé comme indispensable pour pouvoir éventuellement revoir les modalités de financement dans deux ans. Finalement, une circulaire parvenue aux hôpitaux en décembre 2023 a confirmé que ce type de transports serait à leur charge à partir du 1^{er} janvier 2024, qu'il n'y aurait aucune intervention du patient et que les modalités de financement proposées initialement seraient légèrement adaptées en fonction des propositions du CFEH.

USI-SMUR-SUS

Le CFEH a été invité à traiter une proposition d'avis en réponse à une proposition du ministre relative à trois projets d'arrêtés royaux relatifs à l'emploi du temps des médecins-chefs de service dans les fonctions SMUR, soins intensifs et soins urgents spécialisés.

Ces propositions visaient à autoriser le cumul des médecins-chefs de service intensif/SMUR/SUS au sein d'un même hôpital et ainsi rencontrer un problème récurrent du terrain. Après vérification et relecture, sous réserve de modifications mineures, mais nécessaires, les documents proposés ont pu être validés par le CFEH.



Emmanuelle CEYSENS
Conseiller Général a.i.



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



Denis HERBAUX
Directeur Général Adjoint



Philippe LEJEUNE
Conseiller
Matières médicales, RGPD



Michel PRAET
Conseiller
*Nomenclature et tarification,
Technologies médicales*

Matières INAMI

Accord Médico Mutualiste 2024 -2025

Les médecins et les mutuelles ont signé un accord pour deux ans en décembre 2023. Celui-ci portait sur l'indexation des honoraires au 1^{er} janvier 2024 (de 6,05 % principalement), l'affectation de nouveaux budgets (exemple : 9 millions d'euros pour les médecins en formation), la revalorisation de certaines prestations (exemple : honoraires de disponibilité), les soins efficaces, l'accessibilité (limitation des suppléments entre autres) et la réforme de la nomenclature.

Budget des soins de santé 2024

Le budget des soins de santé 2024 a été élaboré durant les huit premiers mois de 2023 et approuvé en octobre. La marge prévue pour les nouvelles initiatives s'élevait alors à 169 millions d'euros. Alors que nous avons introduit divers besoins pour le secteur hospitalier, tels que les pensions, la cybersécurité, les coûts énergétiques et bien d'autres, peu d'entre eux ont été retenus pour l'octroi d'un budget. Il a tout de même été décidé de prolonger diverses mesures en faveur du personnel soignant, telles que le soutien administratif et logistique et les mesures de formation (ex-projet 600). Un nouveau budget de 7 millions d'euros fut dédié aux projets-pilotes «(De) nouveau à bord» pour l'intégration des nouveaux travailleurs et la réintégration des travailleurs absents de longue durée.

Mise en place de l'hospitalisation à domicile – quatrième avenant à la convention nationale

Après des mois de discussions, un accord sur l'hospitalisation à domicile (HAD) a enfin été obtenu en Commission de convention Hôpitaux-OA ainsi que dans le groupe élargi qui réunissait cette même commission, les médecins, les pharmaciens et les infirmiers du domicile. L'entrée en vigueur de la nouvelle convention fut fixée au 1^{er} juillet 2023. Une dizaine de nouveaux forfaits ont donc vu le jour, censés couvrir les frais de démarrage, la coordination journalière, la surveillance du patient, le matériel nécessaire à l'administration et la délivrance des médicaments. Dans un premier temps, l'HAD n'était prévue que pour l'antibiothérapie (par voie intraveineuse) et les traitements anticancéreux (par voie parentérale).

Réforme du financement : biologie clinique

Dans le cadre de sa réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux, le ministre Vandenbroucke avait annoncé qu'il porterait une attention particulière au secteur de la biologie clinique pour lequel il considère que la marge bénéficiaire est trop importante. Il a donc décidé, durant l'année 2023, d'introduire une mesure d'économie sous forme

d'une réduction de 15 % d'une majorité des honoraires de biologie clinique. Celle-ci ne sera finalement effective qu'au 1^{er} janvier 2024. En contrepartie, nous avons obtenu qu'une compensation financière soit prévue pour les hôpitaux : le montant économisé au niveau hospitalier sera redistribué aux hôpitaux, via une convention « article 56 § 1 », d'après une clé basée sur les dépenses 2022 de biologie clinique. Parallèlement à ces deux mesures, le ministre a voulu limiter les frais supplémentaires facturés par les laboratoires (en plus des suppléments d'honoraires autorisés par la loi) et a imposé le consentement écrit du patient quant aux frais qui allaient lui être facturés.

Réforme de la convention Apnées du sommeil

Face à la réforme de la réglementation actuelle sur le diagnostic et le traitement des apnées du sommeil, santhea s'est mobilisée afin de faire entendre la voix du terrain et plus précisément les nombreuses contestations par rapport aux incohérences et diverses problématiques soulevées par cette réforme. Nous avons organisé et participé à de nombreuses réunions afin de relayer les inquiétudes légitimes du terrain. Une nouvelle concertation nous fut promise afin de travailler ensemble sur cette réforme, mais sans concrétisation à ce jour.

Apnées du sommeil – Guide STHA (Services & Technologies Home Assistance)

Dans le cadre de l'adaptation de la convention pour le traitement des apnées du sommeil, le rôle d'entreprises externes est appelé, suivant le souhait du SPF, à fortement augmenter, et à remplacer les hôpitaux, spécifiquement dans l'installation, la maintenance et/ou le retrait à domicile des dispositifs médicaux utilisés pour le diagnostic et le traitement de cette affection. Ces entreprises sont dénommées « acteurs STHA (Services & Technologies Home Assistance) » et sont tenues de suivre les instructions d'un guide de bonnes pratiques décrivant les étapes nécessaires à la mise en place d'un système d'autocontrôle de leurs activités. Un tel guide a été élaboré par beMedTech, la fédération belge de l'industrie des technologies médicales à l'intention des acteurs STHA pour le traitement des apnées du sommeil. Il a été soumis à l'AFMPS et les remarques et commentaires des acteurs hospitaliers ont également été collectés. Il a néanmoins été relevé par l'AFMPS que plusieurs remarques sortaient du cadre purement technique des prestations d'un acteur STHA et n'avaient pas à être incluses dans le guide. On notera aussi que ce guide, désormais finalisé, l'a été en l'absence de la version finale de la nouvelle convention sur les apnées du sommeil, laissant entendre qu'il ne s'agit pas, au cours des discussions toujours en cours à son sujet, d'encore remettre en cause le rôle futur des acteurs STHA.

Facturation

La Commission informatique de l'INAMI est le lieu où les organismes assureurs (OA), les dispensateurs et les établissements de soins discutent et fixent les règles de facturation électronique des prestations effectuées. Il est donc normal que soient abordés, durant les travaux de cette Commission, les problèmes rencontrés par les différentes parties prenantes dans leurs échanges d'information au cœur du processus de facturation. Certains d'entre eux affectent en particulier les hôpitaux. Citons notamment des rejets de factures justifiés de façon variable d'un OA à l'autre ou des demandes de documents annexes également changeantes selon les OA et/ou les prestations concernées. Ceci induit des retards de facturation dont le rattrapage, étant donné la masse de données traitées mensuellement par les hôpitaux, demande une charge de travail parfois considérable, s'accompagnant d'un manque à gagner conséquent, voire irrécupérable. Devant ce constat récurrent et en manque de solution depuis des années, les fédérations hospitalières se sont accordées pour contacter la Commission Intermutualiste nationale (CIN) plutôt que de traiter les problèmes en suspens avec chaque OA tour à tour. Une première réunion entre les fédérations et la CIN s'est tenue en octobre. Elle a permis de commencer à explorer des solutions possibles permettant de rendre plus fluide le processus de facturation là où il continue à rencontrer des obstacles. De nouvelles réunions, avec des perspectives encourageantes, sont désormais prévues tous les trimestres.

Groupe de pilotage « Chirurgie complexe de l'œsophage et du pancréas »

À la suite du 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 3 ans d'activité (du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2022) plutôt que sur une base annuelle. Un rapport final d'évaluation a été présenté en septembre 2023 et montre une réduction de la mortalité postopératoire (à 30 et à 90 jours) au cours de la période de conventionnement (2019-2022) par rapport à la période antérieure (2015-2018), suggérant le bien-fondé du principe de concentration de ces patients dans des centres spécialisés. Le rapport a pointé plusieurs



centres qui n'ont pas atteint les normes d'activité minimales prévues dans les conventions ou qui seraient déviants par rapport aux indicateurs de qualité retenus. Des difficultés ont également été observées en ce qui concerne la complétude du *reporting* (données manquantes). Par ailleurs, le groupe de pilotage est conscient que le rapport vise des critères de qualité liés au temps chirurgical et non pas la survie globale effective.

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 :

- trajet de soins pour l'obésité infantile ;
- trajet de soins multidisciplinaire périnatal (pré et postnatal) pour les femmes vulnérables ;
- itinéraire de soins autour du patient avant et après une transplantation abdominale, 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 fonctionnelle ;
- investir 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. Le trajet de soins pour l'obésité infantile a débuté le 1er décembre 2023 via une convention

spécifique établie avec les centres hospitaliers signataires. Les enfants de 2 à 17 ans inclus souffrant d'obésité pourront bénéficier d'une prise en charge personnalisée dès lors que leur indice de masse corporelle (IMC) atteint un certain seuil. Ce seuil à atteindre variera en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant.

Tumeurs malignes de la tête et du cou

Les cancers de la tête et du cou (hors tumeurs intracérébrales et thyroïdiennes) sont des cancers rares qui nécessitent une approche thérapeutique complexe. Généralement, cette approche repose sur la chirurgie, la radiothérapie, la thérapie systémique ou une association de ces différentes thérapies. Le processus diagnostique, la stratégie et les traitements restent des défis, étant donné l'hétérogénéité et la complexité de ces types de cancer.

À la suite de la maladie et du traitement de celle-ci, les patients développent souvent de graves complications, aiguës et chroniques, telles que la perte de la parole, des troubles de la déglutition, des difficultés d'alimentation et des problèmes respiratoires. Ces complications affectent gravement la qualité de vie et la capacité à fonctionner au quotidien, ainsi que le fonctionnement social. Les analyses volume-résultat menées par la Fondation Registre du Cancer, sur base des données actuellement disponibles pour la période d'incidence comprise entre 2016 et juin 2019, indiquent qu'en moyenne, la probabilité de survie sur une période de 5 ans après le diagnostic s'améliore avec l'augmentation du volume de cas traités par l'hôpital.

En conséquence, l'INAMI a décidé, à l'instar de la chirurgie complexe de l'œsophage et du pancréas, d'agréer des centres de référence habilités à traiter les tumeurs malignes de la tête et du cou ainsi que des centres spécialisés en radiothérapie pour ce type de tumeurs. Les conventions établissant les critères auxquels ces centres doivent répondre sont encore en cours de discussion, mais elles procèdent de la volonté de concentrer le traitement des affections rares dans des centres spécialisés.



Emmanuelle CEYSENS
Conseiller Général a.i.



Hélène GOOSSENS
Conseiller, *Matières juridiques*

Commission paritaire nationale médecins – hôpitaux (CPNMH)

Réforme du ministre Vandembroucke – Double *standstill*

En 2023, les conditions de prolongation du double *standstill* mis en place pour une période courant initialement jusqu'au 30 avril 2023, ont été longuement négociées au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux. Bien que cette prolongation fût conditionnée par une évaluation positive de certaines mesures prises par le ministre, et que cette condition ne fût pas totalement rencontrée, les différents partenaires au sein de la Commission ont accédé à la demande du ministre de prolonger le *standstill* et de poursuivre les travaux relatifs à la maîtrise des suppléments d'honoraires. Le *standstill* fut ainsi prolongé jusqu'au 31 décembre 2023.

Médecins spécialistes en formation – Maccs

Les réunions de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux se sont enchaînées tout au long de l'année afin de dégager les contours de nouvelles dispositions à insérer dans la convention collective du 19 mai 2021 relative au statut des médecins spécialistes en formation, pour aboutir à l'adoption de celles-ci le 21 décembre 2023. Les clarifications nécessaires à une application harmonisée de la convention de 2019 n'ont malheureusement que très peu été abordées dans le cadre de ce travail et restent donc un travail à réaliser urgemment.



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



Hélène GOOSSENS
Conseiller, *Matières juridiques*

Ressources humaines

Bien-être des travailleurs et droit à la déconnexion

Une loi d'octobre 2022 imposait aux employeurs privés de préciser les modalités du droit à la déconnexion et la mise en place de dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, en vue d'assurer le respect des temps de repos ainsi que l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle.

Ces modalités pouvaient être précisées notamment par convention collective de travail. Une telle convention a été conclue au niveau de la Commission paritaire des établissements et services de santé (CP 330) en avril 2023.

Contrats de remplacement et contrats à durée déterminée successifs : nouveau régime juridique

En juin 2021, la Cour constitutionnelle, via une question préjudicielle, a jugé que l'absence de règle juridique limitant la succession de Contrats à Durée Déterminée (CDD) et de Contrats de Remplacements (CR) alors qu'il existe des règles juridiques limitant la succession des CDD et des CR pris séparément était inconstitutionnelle. En outre, la Cour a imposé au législateur de revoir les règles de succession des CDD et des CR entre eux.

Début 2023, le législateur s'est mis en conformité avec l'arrêt de la Cour constitutionnelle. Désormais, sauf exception précisée dans la loi, la durée totale de la succession d'un ou plusieurs CDD ou pour un travail nettement défini, et d'un ou plusieurs CR ne peut excéder deux ans, sauf interruption attribuable au travailleur. En cas de dépassement, ce contrat se voit appliquer les règles du contrat à durée indéterminée.

Plusieurs modifications en matière de discrimination

Le travail amorcé par le législateur en 2022 concernant la modification de la législation relative aux discriminations a suivi son cours en 2023. Ainsi, deux lois et un arrêté royal modificatifs sont entrés en vigueur cette année.

La première loi a pour objectif de protéger le travailleur de représailles lorsqu'il dénonce la discrimination infligée par son employeur. Cette adaptation fait suite aux demandes de la Cour de justice de l'Union européenne et de la Commission européenne qui avaient jugé le système belge insuffisant. La protection a également été étendue aux personnes qui, de diverses manières, soutiennent le travailleur.

L'arrêté royal a renforcé la loi et le Code du bien-être au travail en ce qui concerne la lutte contre le harcèlement moral, le harcèlement sexuel et la violence au travail, notamment en modifiant la définition de ces termes et en renforçant la protection contre les mesures préjudiciables prises à l'encontre des travailleurs dénonçant de tels faits.

La seconde loi a modifié les lois genre, antiracisme et antidiscrimination afin de tenir compte des diverses évolutions sociétales de ces dernières années et de la jurisprudence des cours et tribunaux (actualisation des critères protégés, adaptation des formes de discrimination, etc.).

Élections sociales 2024 : adaptation de la législation

Tous les quatre ans, les employeurs privés occupant un certain nombre de travailleurs doivent organiser des élections sociales afin d'élire les nouveaux représentants des travailleurs au niveau du Conseil d'entreprise (CE) et/ou au niveau du Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT). Pour les élections sociales de 2024, la loi a été adaptée concernant entre autres la suspension des opérations électorales, les conditions d'électorat (notamment pour les intérimaires), la liste des candidats (notamment l'indication de H, F ou X) et le vote électronique.

Les employeurs qui le souhaitent peuvent se faire aider par un logiciel d'assistance. S'ils désirent recourir au vote électronique, un logiciel sera aussi nécessaire. En avril 2023, les membres intéressés ont pu participer à une démonstration de chaque type de logiciel.

Incapacité : le droit belge poursuit son adaptation pour encourager le travailleur à reprendre le travail après une incapacité

Déjà en 2022, le paysage législatif belge avait vu naître plusieurs modifications concernant les incapacités de travail, notamment la refonte du trajet de réintégration (TRI.2.0), la modification de la procédure de rupture du contrat pour force majeure médicale, le nouveau « Trajet Retour au travail », la cotisation de responsabilisation et l'absence de délivrance de certificat médical (à concurrence de trois fois par année pour un jour d'absence). Les modifications se sont poursuivies toujours avec le même objectif : favoriser la reprise du travail après une incapacité.

À propos de la cotisation de responsabilisation due par les employeurs privés qui ont trop de travailleurs en invalidité

D'une part, les premières cotisations de responsabilisation ont été réclamées aux employeurs privés concernés en 2023. D'autre part, depuis le 2 novembre 2023, un texte juridique a précisé la façon dont seront utilisées les recettes issues de cette cotisation de responsabilisation. Les commissions paritaires seront amenées à conclure des conventions collectives de travail sur le sujet, l'objectif étant que les recettes soient utilisées pour des mesures préventives en matière de santé et sécurité au travail et/ou des mesures en matière de réintégration durable des malades de longue durée.

La prime de reprise en faveur des employeurs auprès desquels les travailleurs en invalidité reprennent le travail

Déjà prévue dans un texte juridique publié fin décembre 2022 au Moniteur belge, il aura fallu attendre le mois de juillet 2023 pour qu'un autre texte juridique précise les conditions à respecter pour qu'un employeur puisse prétendre à la prime de reprise. Ainsi, la prime de reprise pourrait être octroyée à l'employeur chez qui un travailleur en invalidité a repris un travail autorisé pendant une période minimale de trois mois. Le montant de la prime, fixé initialement à 1.000 euros, sera augmenté à partir de 2024 à 1.750 euros.

Un séminaire organisé pour nos membres

Au vu des nouvelles règles qui ont vu le jour concernant les incapacités de travail, les membres ont demandé que soit organisé, comme en 2018, un séminaire dédié à la gestion des incapacités. Nous avons pu confier cette mission au cabinet d'avocats SOTRA avec lequel nous travaillions déjà dans le cadre des groupes de travail – Atelier de Droit Social. Lors du séminaire, toutes les nouveautés ont été abordées en plus d'un rappel des règles existantes concernant les incapacités. Les différences entre les travailleurs contractuels et statutaires ont été mises en avant, ce qui n'est pas sans intérêt au vu des membres de santhea qui appartiennent au secteur privé et au secteur public.

Révision de l'indemnité kilométrique légale pour déplacements professionnels avec véhicule personnel

En ce qui concerne les frais pour déplacements professionnels effectués avec son propre véhicule, il existe deux façons qui permettent de déterminer l'indemnité kilométrique due au travailleur concerné. Pour la fonction publique fédérale (dont les règles inspirent souvent les pouvoirs locaux), depuis le 1er octobre 2022, cette indemnité kilométrique est révisée trimestriellement. Ainsi, tous les trois mois, nous avons calculé le montant de l'indemnité pour le communiquer à nos membres. Celui-ci est acté dans une circulaire, généralement publiée bien après le début de la période pour laquelle l'indemnité vaut.

Pour le secteur privé (notamment pour les établissements dépendant de la Commission paritaire des établissements et services de santé - CP 330), la règle reste, en principe, celle de l'adaptation annuelle de l'indemnité pour frais de déplacement professionnels avec véhicule privé. Elle est valable du 1^{er} juillet au 30 juin.

Intérim et non-débauchage

Les agences d'intérim peuvent inclure dans les contrats qui les lient aux entreprises utilisatrices des clauses de non-débauchage qui empêchent lesdites entreprises de recruter, en dehors de la relation d'intérim, les travailleurs intérimaires. En cas de non-respect, des pénalités financières assez conséquentes attendent les entreprises utilisatrices contrevenantes. Depuis un certain nombre d'années, les clauses de non-débauchage font l'objet d'abus de la part des agences d'intérim. C'est la raison pour laquelle le ministre de l'Emploi a déclaré vouloir réglementer ces clauses à défaut pour les partenaires sociaux de s'entendre sur cette problématique.

Dès lors, à plusieurs reprises durant le premier trimestre 2023, santhea a été sollicité par l'Unisoc (Union des entreprises à profit social) – dont elle est membre – afin de rendre un avis sur les clauses de non-débauchage dans le secteur de l'intérim.

Les revendications de l'Unisoc (et de santhea) n'ont pas abouti puisque les partenaires sociaux n'ont pas trouvé de terrain d'entente. Le ministre a donc décidé de reprendre le dossier en main... Aucun texte n'a encore été proposé par le ministre, il faudra donc attendre 2024 pour savoir comment seront limitées les clauses de non-débauchage.

État des lieux du droit à la formation grâce au Federal Learning Account

Dans le «Deal pour l'emploi» de la fin d'année 2022, figuraient déjà de nouvelles règles en ce qui concerne le droit à la formation pour les employeurs privés. De manière très synthétique, il s'agit d'octroyer un droit individuel à la formation de quatre jours par année à partir de janvier 2023 et de porter ce droit à cinq jours par année à partir de janvier 2024. À côté du droit à la formation, les mêmes employeurs privés devaient aussi mettre en place un plan de formation à adapter chaque année.

À l'occasion de la publication de la loi prévoyant les deux mesures ci-dessus, il était déjà question que soit mise en place une application digitale «Federal Learning Account». Celle-ci a pour but que «les travailleurs soient dans une meilleure capacité d'exercer leur droit individuel et sectoriel à la formation». Déposée en septembre 2023 à la Chambre des représentants, la loi a été publiée au Moniteur belge en décembre 2023. Elle précise donc le contenu du Federal Learning Account (FLA en abrégé) et confie à Sigedis la mise en place de cette application qui devrait voir le jour dans le courant du printemps 2024.



La protection des lanceurs d’alerte : la transposition en droit belge se poursuit (secteur public)

Déjà en fin d’année 2022, plusieurs textes juridiques avaient été adoptés pour assurer la transposition d’une directive européenne sur la protection des personnes qui signalent des violations du droit de l’Union européenne (dans les domaines énumérés exhaustivement). Dans le courant de l’année 2023, les textes juridiques valant pour les pouvoirs locaux ont été publiés au Moniteur belge. Le contenu était logiquement similaire à celui des textes publiés en 2022. Ainsi, la réglementation impose la mise en place de canaux de signalements internes et protège les auteurs de signalements. À côté des signalements internes, il existe aussi le signalement externe et la divulgation publique comme voies possibles pour dénoncer de telles violations.

Lois en matière de travail et en matière sociale

Dans la seconde moitié de l’année 2023, deux lois ont modifié des dispositions relatives au travail et en matière sociale.

Parmi les mesures phares, nous pouvons citer :

- Premièrement, la fixation de la date d’entrée en vigueur du « Fonds Retour au travail » pour le 1er avril 2024 au plus tard. Pour rappel, ce Fonds est alimenté par une cotisation de 1.800 euros versée par les employeurs qui rompent des contrats de travail pour cause de force majeure médicale et est destiné à l’achat de services spécialisés adaptés auprès de prestataires de services agréés en vue de la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires reconnus en incapacité de travail.
- Deuxièmement, l’obligation de désigner une personne de confiance pour la quasi-totalité des entreprises. Concernant cette dernière obligation, il est à constater que celle-ci ne sera pas si facile à respecter : la fonction de personne de confiance n’est pas reconnue au niveau de l’IFIC et ne fait donc pas l’objet d’une valorisation salariale, ce qui rend le recrutement peu aisé.

Vacances annuelles et incapacité : des nouvelles règles conformes au droit européen

Depuis de nombreuses années, le droit belge, non conforme au droit européen, ne permettait pas de reporter les congés légaux en cas d’impossibilité de les prendre durant l’année de vacances. Pour rappel, pour ceux qui appliquent le régime privé des congés légaux, ceux-ci sont calculés sur base de l’exercice de vacances (année N-1) et sont à prendre en principe pour le 31 décembre de l’année de vacances (année N). Aux travailleurs confrontés à la situation, l’employeur payait le pécule de vacances afférent aux jours de congés légaux non pris. Durant l’année 2023, le droit belge a été adapté pour prévoir désormais que plusieurs causes de suspension du contrat de travail permettent de reporter les congés légaux non pris (jusqu’à l’année N+2 au plus tard). Il a aussi été prévu que certaines causes de suspension survenant pendant une période de congés légaux permettent de reporter les jours de congés légaux ayant coïncidé avec une cause de suspension (maladie, accident, congé prophylactique, etc.). Ces nouvelles règles sont applicables depuis l’année de vacances 2024.

Équilibre vie privée – vie professionnelle

En 2022, la directive européenne «Équilibre vie professionnelle-vie privée» a été intégrée dans le droit belge. Pour rappel, la loi belge permet que :

- Premièrement, le travailleur contractuel ayant droit à des congés en raison de sa situation familiale puisse bénéficier d’une meilleure protection au moment de demander l’octroi de tels congés ;
- Deuxièmement, le travailleur contractuel puisse bénéficier tant d’un droit à demander des formules souples de travail afin de s’occuper d’un proche – 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 » -, que d’une protection en cas d’exercice de ce droit.

En 2023, la législation relative à l’équilibre vie privée – vie professionnelle a été étendue au secteur public fédéral (et donc aux travailleurs statutaires) en ce qui concerne les divers congés (parental, de naissance, d’aidant, pour motifs impérieux d’ordre familial et pour raisons impérieuses) et en ce qui concerne les formules souples de travail.

Cette extension au secteur public fédéral peut également viser les pouvoirs locaux soit directement, car ceux-ci font une référence explicite, dans leurs statuts, aux arrêtés fédéraux modifiés soit indirectement via une modification de leurs statuts pour intégrer cette extension.



Edouard AERTS-BANCKEN

Conseiller, *RGPD (aspects juridiques)*



Nicolas BÖTTCHER

Conseiller, *RGPD, Analyses et études*



Nathalie THOMAS

Conseiller, *Soins infirmiers*



Matières Soins infirmiers

Participation à l'étude du KCE sur l'implémentation de consultations infirmières pour les patients avec des problèmes de santé complexes

Le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a mené une étude exploratoire sur l'implémentation des consultations infirmières en Belgique. En plus d'une enquête auprès des infirmiers, d'une revue de littérature et d'une comparaison internationale, le KCE a souhaité entendre les perspectives d'autres acteurs du système de santé belge dont fait partie santhea et ce, afin de contribuer aux recommandations à destination des autorités compétentes. Le rapport de l'étude a été publié en novembre 2023.

Groupe consultatif DI-RHM au sein du SPF Santé publique

L'enregistrement des données infirmières du résumé hospitalier minimum ou DI-RHM a pour objectif de fournir une description des interventions effectuées par les prestataires de soins de santé qui sont autorisés à effectuer des actes infirmiers. Cet enregistrement vise également à recueillir des informations pour diverses applications, notamment la constitution d'une base de données minimale sur les soins infirmiers, les systèmes d'affectation du personnel, le financement des soins infirmiers, les processus de qualité, la mesure de la charge des soins infirmiers.

En 2017, les directives d'enregistrement avaient déjà été revues en profondeur et modifiées pour la première fois.

Étant donné que l'amélioration des directives de codage est un processus continu et que la pratique infirmière évolue considérablement sur la base de nouvelles connaissances scientifiques, il a été décidé de créer un groupe consultatif au sein duquel les directives de codage sont évaluées en permanence afin qu'elles puissent toujours suivre au plus près la pratique infirmière dans les hôpitaux belges.

Santhea représente ses membres au sein du groupe consultatif. Le groupe se concentre sur la révision des directives d'enregistrement par rapport à la pratique clinique actuelle et aux dernières preuves cliniques, à l'élimination des « zones grises » et des « lacunes » dans les directives d'enregistrement fondées sur la pratique clinique, afin de faciliter un enregistrement sans ambiguïté et l'alignement des versions néerlandophones et francophones des directives d'enregistrement pour une interprétation uniforme. Le groupe consultatif s'est réuni la première fois en avril 2023 et est composé de 12 membres, visant à représenter correctement le paysage hospitalier belge en se concentrant sur les sites où les DI-RHM sont enregistrées.





Réforme de la profession d’infirmier : concertation avec les partenaires sociaux

La réforme de la profession infirmière entamée par le ministre de la Santé publique s’inscrit dans le cadre des recommandations de la *taskforce* « Soins de santé » instituée en marge de l’accord de gouvernement fédéral du 30 septembre 2020.

Cet accord prévoit de maintenir une formation de praticien de l’art infirmier dans l’enseignement supérieur professionnel, mais en leur créant un profil distinct d’assistant en soins infirmiers ceci pour être en adéquation avec la directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

La *taskforce* a également revu les différentes formations existantes afin de faire des propositions concrètes pour le développement d’une échelle de fonctions/soins et d’apprentissage pour les praticiens de l’art infirmier.

Le principal objectif de l’échelle de fonctions/soins est d’accroître l’attrait du secteur en permettant une meilleure mobilité au sein des structures de soins et en permettant une ascension sociale moyennant des passerelles qui relèvent de la compétence des communautés.

Le deuxième axe de cette réforme concerne la différenciation, la délégation et le transfert des tâches.

Santhea a participé aux différentes réunions de concertation avec les partenaires sociaux concernant cette réforme.

Équivalences des diplômes du personnel de soins

Une réunion fut tenue au cabinet de la ministre Glatigny pour discuter de la difficulté pour des soignants non belges d’obtenir une équivalence de diplôme en Fédération Wallonie-Bruxelles, sachant que la fédération est uniquement compétente pour les diplômes de bachelier (infirmier responsable des soins généraux).

Parmi les différents éléments contraignants figuraient l’éventuelle non-conformité au programme de formation, le manque d’heures de stages, la difficulté de constituer un dossier suite à l’impossibilité d’obtenir les documents nécessaires du pays d’origine, et le délai prolongé par la vérification des documents.

En tant que fédération, nous avons interpellé le cabinet Glatigny sur la durée de la procédure d’octroi d’équivalence dans un contexte de pénurie de personnel soignant sachant que chaque équivalence de diplôme octroyée nécessite en plus l’avis du Conseil fédéral de l’art infirmier (CFAI) qui délivre le visa.



Pierre-Yves LAMBOTTE
Conseiller, Aînés

Secteur des aînés

Modification de la réglementation wallonne concernant le contrôle et les informations rendues accessibles sur les établissements pour aînés

Ces modifications parues au Moniteur belge le 12 septembre 2023 concernent les rapports d'inspection dans les maisons de repos. Les conclusions standardisées, issues du rapport d'inspection et qui ne contiennent aucune donnée à caractère personnel, seront rendues publiques. L'AViQ élaborera un modèle de rapport, déterminera le contenu minimal et les modalités de publication des conclusions.

Santhea et les autres fédérations MR/S ont été associés aux travaux sur ces modifications réglementaires en participant, entre autres, à une audition devant le Parlement de Wallonie.

Le projet « Changement de paradigme » dans les établissements pour aînés

Le projet « Changement de paradigme », mené en coordination entre la PAQS et l'AViQ, a été mis en place à la suite des constats de la crise sanitaire. Ce projet a pour but de mettre en œuvre des projets-pilotes dans six maisons de repos afin d'expérimenter une nouvelle approche d'accompagnement des aînés en Wallonie. Ce programme vise également à évaluer dans quelle mesure un changement de paradigme organisationnel peut amener une amélioration de la qualité de vie des résidents qui soit significative et durable.

Les établissements sélectionnés, dont certains membres de santhea, ont défini avec les membres du personnel et les résidents les améliorations à mettre en place. Chaque maison de repos a ainsi défini un plan d'action, propre à son contexte, qui répond aux besoins, ressources et manquements au sein de sa structure. Il s'agit à la fois d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes qui y séjournent tout en veillant au bien-être psychosocial des membres du personnel, le tout dans un environnement adéquat et adapté. Depuis septembre 2023, les actions d'amélioration sont mises en œuvre. Les plans d'action sont donc en cours d'exécution. Les résultats seront présentés en juin 2025.

Modification du financement du référent pour la démence dans les maisons de repos

À la suite d'un groupe de travail composé des fédérations MRS, de l'administration et du cabinet, il a été proposé de revoir le cadre réglementaire du référent pour la démence. Cette modification des règles de financement vise à augmenter le temps de prestation financé du référent pour la démence en tenant compte du nombre de résidents présentant des troubles cognitifs modérés à sévères, d'une part et en soutenant les efforts entrepris par l'établissement visant à renforcer l'autonomie de ce public cible, d'autre part. Ainsi, il est proposé de faciliter l'accès au financement du référent pour la démence en tenant désormais compte des profils de dépendance D en plus des profils de dépendance Cd, profils fixés sur base de l'échelle de Katz. La possibilité d'accès au financement d'un mi-temps se situera désormais à 20 patients Cd ou D et non plus à 25 patients Cd. En outre, l'établissement pourra prétendre au financement d'un temps plein si celui-ci compte plus de 36 patients Cd ou D.

Révisions des normes wallonnes concernant la nutrition et la gestion de l'incontinence en maison de repos et de soins

Un groupe de travail sur cette thématique rassemblant l'ensemble des parties prenantes, dont santhea, a travaillé à l'actualisation des normes sur la nutrition et la gestion de l'incontinence. Sur base de ces travaux, l'administration a rédigé une proposition de texte au cabinet. Il est à souligner que ces propositions ne rencontrent pas pleinement la vision défendue par santhea qui préconisait une simplification administrative et une plus grande autonomie des gestionnaires dans la gestion de ces thématiques basées sur le principe de confiance.

Les nouvelles dispositions relatives à la nutrition peuvent se résumer comme suit :

- l'obligation que la formation continue soit notamment consacrée à la nutrition des aînés pour le personnel d'hôtellerie, de soins et de réactivation ;
- le respect des portions minimales pour tous les résidents suivant les recommandations du Plan wallon Nutrition Santé et Bien-être des Aînés ;
- la mise en place de procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel ;
- la mise en place de procédures pour le suivi de l'état bucco-dentaire du résident.

Les nouvelles dispositions relatives à la gestion de l'incontinence concernent, quant à elles, les éléments suivants :

- l'obligation que la formation continue soit notamment consacrée à l'hygiène et la gestion de l'incontinence pour le personnel de soins et de réactivation ;
- l'obligation d'utiliser une échelle d'évaluation de la continence. Elle sera réévaluée à intervalles réguliers et lors de toute modification de l'état de santé du résident.

Toutes les maisons de repos devront disposer de procédures écrites concernant l'évaluation, la gestion de la continence et les moyens mis en œuvre pour la maintenir. Elles devront mettre à disposition du personnel le matériel d'incontinence nécessaire en quantité et qualité suffisantes pour satisfaire au besoin personnalisé du résident repris dans le dossier individualisé de soins du patient.

Secteur de la santé mentale

Psychologues de première ligne : besoins et modalités d'inscription

Depuis 2019, une approche de santé mentale publique a conduit à la mise en place d'une offre de soins psychologiques de première ligne. Il s'agit d'un dispositif ancré dans la première ligne d'accompagnement et de soins locale, en collaboration avec les entités fédérées, et qui entre dans le cadre du projet des « soins intégrés ». Ce projet a pour objectif de déployer une offre de soins psychologiques de 1^{ère} ligne, au plus proche de la population et vise à rendre le plus accessible possible la pratique du soin psychologique pour les publics vulnérables. Des interventions de courte durée et/ou de faible intensité permettent à ces publics de maintenir ou de retrouver un bien-être psychologique satisfaisant, de réaliser une mise au point, une orientation ou de débiter une prise en charge.

Bien que les données disponibles démontrent une utilisation croissante de cette nouvelle offre de soins, les autorités observent que les jeunes enfants et jeunes adolescents ainsi que les seniors bénéficient trop peu de cette offre. Les réseaux de soins en santé mentale manquent en effet de prestataires pour atteindre ces groupes cibles ou être présents dans certaines régions alors que l'urgence des demandes se fait ressentir sur le terrain.

Les fédérations ont bien sûr relayé cet appel des autorités à participer à ce dispositif.

Réforme des soins psychologiques de première ligne : évaluation scientifique

À la demande du ministre Vandenbroucke, les professeurs Bruffaerts (KULeuven) et Glowacz (ULiège) ont étudié l'impact de la réforme des soins psychologiques de première ligne, appliquée depuis le 1^{er} janvier 2022, et, par conséquent, de la nouvelle convention qui en découle.

Le ministre Vandenbroucke a demandé aux deux professeurs si cette réforme répondait à l'objectif visé de changement systémique.

Il ressort de ce rapport que la première base d'un changement systémique fondamental a bel et bien été posée. La nouvelle convention touche un groupe très hétérogène pour lequel les freins pour accéder aux soins psychologiques sont réduits même s'ils sont toujours présents. Les intéressés attendent également moins longtemps avant de formuler une demande de soins. De plus, le fonctionnement sur la base des lieux d'accroche augmente l'accessibilité aux soins, en particulier pour les groupes cibles parfois difficiles à atteindre et vulnérables. Enfin, la convention est un « atténuateur d'attente » pour 1 patient sur 4, qui a en réalité besoin d'autres soins, ambulatoires ou résidentiels plus spécialisés.

Dans leur rapport, les deux professeurs formulent également une série de recommandations au niveau de l'aide, au niveau des réseaux et, enfin, au niveau de la politique.



Antoine PECHER

Conseiller, Santé mentale



Cette première étude est soumise à réflexions et propositions d'adaptation au sein du comité d'accompagnement de la réforme, auquel participe santhea.

Région wallonne : Décret santé mentale

Le 26 octobre 2023, le gouvernement wallon a approuvé en 3^{ème} et dernière lecture un projet de décret modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé concernant la santé mentale et ses services actifs en Wallonie.

Ce décret vise notamment à organiser les soins en santé mentale par la Wallonie et sur son territoire en tenant compte des plans interfédéraux en cours et de l'intégration dans le Code wallon de l'action sociale (CWASS) du transfert des compétences héritées de la 6^{ème} réforme de l'État.

Ce décret prévoit :

- le développement d'un plan stratégique quinquennal de santé mentale ;
- le renforcement des compétences des Centres de référence en santé mentale et de prévention au suicide ;

- l'adaptation des modalités et du financement des services de santé mentale ;
- l'intégration des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitations protégées et des plateformes de concertation en santé mentale dans le Code wallon de l'Action sociale.

Par ailleurs, ce décret prévoit de revaloriser, dès 2024, les médecins psychiatres des services de santé mentale, ainsi que les frais de fonctionnement de ces mêmes services. La subvention octroyée au Centre de référence en santé mentale (CRESAM) est, elle aussi, augmentée.

Ces nouvelles mesures viennent compléter celles déjà adoptées par le gouvernement wallon en matière de santé mentale, tel que l'engagement de 180 professionnels dans les soins de santé mentale depuis 2020.

L'objectif de cette mesure est de renforcer l'écoute et le soutien psychologique à la population, aux professionnels et professionnelles de soins, aux indépendants et indépendantes, aux personnes en institution, soit à toute personne qui en éprouve le besoin.



Hélène GOOSSENS

Conseiller, *Matières juridiques*



Marc XHROUET

Conseiller *Santé mentale,*
Revalidation, Concertation sociale

Attractivité, Pénurie et Concertation sociale

Agenda pour l'avenir des soins

Le cabinet du ministre Vandembroucke a pris l'initiative en fin d'année 2022 de lancer une réflexion transversale sur l'attractivité des métiers du soin. Ces travaux se sont poursuivis toute l'année 2023 et ont débouché, en fin d'année, sur un document en trois parties. Un descriptif des problèmes et des constats sur le terrain, un aperçu des mesures et initiatives qui sont déjà en cours et enfin, un recueil de solutions possibles à mettre en œuvre pour sortir à moyen et à long terme de la crise de pénurie de personnel. Ce travail est le résultat d'un travail participatif avec d'une part les partenaires sociaux, et d'autre part les organisations professionnelles que le cabinet a réuni de manière consécutive, étape par étape.

Santhea a participé activement à ces nombreuses réunions au côté des autres fédérations hospitalières, pour développer le point de vue des employeurs. L'ambition du cabinet est de reprendre les résultats des échanges et des discussions dans ce rapport, afin d'ouvrir de nouvelles discussions.

Le rapport conclut que les soins au sens large sont confrontés à des changements majeurs en termes d'organisation, de *leadership*, d'innovation et de digitalisation, et que des investissements et des réformes sont nécessaires pour que les soins restent acces-

sibles, abordables, et de haute qualité pour les patients tout en restant viables pour le personnel soignant. Si nous reconnaissons l'intérêt de la démarche de cet agenda pour l'avenir, nous regrettons que ce rapport de synthèse ne reprenne pas l'ensemble des points que nous avons relayés comme importants pour nos membres. Ce rapport final fait l'inventaire des thématiques cruciales pour l'avenir du secteur, auxquelles il est urgent de travailler pour apporter des solutions structurelles, sans pour autant qu'il puisse être considéré comme un document de consensus en vue de la négociation du prochain accord social à venir.

IFIC fédéral

Après de très nombreuses négociations, nous avons pu trouver un accord avec les organisations syndicales pour signer un nouveau protocole en Comité A qui permet l'activation des fonctions non vertes dans les institutions fédérales avec une garantie de financement de l'effet rétroactif au 1^{er} juillet 2023. Parallèlement, le SPF Santé publique s'est enfin engagé à appliquer les mêmes forfaits de financement pour des hôpitaux publics que ceux établis pour le secteur privé, ce qui garantit un financement équitable.

IFIC régional

2023 a été l'année de la mise en œuvre effective du tapis de fonctions IFIC dans les maisons de repos, maisons de soins psychiatriques et initiatives d'habitations protégées. Les institutions ont procédé aux attributions de fonctions et les barèmes IFIC correspondants ont été attribués. Santhea a largement contribué à ce que le secteur public soit traité sur pied d'égalité avec le secteur privé.

Fin 2022, l'AViQ avait publié des circulaires fixant des limites à la mise en œuvre de l'IFIC. Ces circulaires fixent les balises relatives aux fonctions manquantes éligibles au financement et les conditions requises pour le financement des fonctions d'encadrement. En début d'année, nous avons pu obtenir que l'AViQ adapte une partie de ces balises afin de mieux aligner les fonctions à attribuer avec les financements octroyés. L'AViQ limite son financement aux travailleurs qui ont effectivement opté pour ce nouveau barème IFIC avec des forfaits adaptés par années d'ancienneté.

Mesures de soutien en raison de la pénurie de personnel dans les institutions de soins

Après avoir soutenu les institutions face à la crise de la COVID-19 et à la crise énergétique de 2020 à 2022, le gouvernement a décidé de prolonger, en 2023, les mesures de

soutien déjà mises en place afin de lutter, dans les institutions de soins, contre la pénurie de personnel (soignant).

Ces mesures n'ont pas toutes fait l'objet de la même prolongation. Certaines des mesures ont cessé leurs effets à la mi-2023 tandis que d'autres ont été prolongées jusqu'en 2024 voire 2025. Les mesures toujours en vigueur sont : les heures de relance (anciennement appelées heures supplémentaires volontaires additionnelles), l'augmentation du quota d'heures pour le travail étudiant (de 475 heures à 600 heures), l'exonération de cotisations sociales et un régime fiscal avantageux pour les rémunérations des travailleurs pensionnés.

Flexi-jobs

Fin 2022, une loi-programme, produisant ses effets au 1^{er} janvier 2023, a étendu le régime des flexi-jobs aux établissements et services de santé tant privés (Commission paritaire des établissements et des services de santé - CP 330) que public, à l'exclusion des fonctions qui comprennent des tâches entrant dans le champ d'application matériel de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, etc.).

Le but de cette extension est de lutter contre la pénurie de personnel dans le secteur des soins.

Pour rappel, le flexi-job s'adresse aux travailleurs soit pensionnés soit qui disposent déjà d'un 4/5^{ème} temps chez un autre employeur. Le flexi-job bénéficie d'un régime social et fiscal avantageux.

Durant l'été 2023, des parlementaires ont introduit une proposition de loi afin d'étendre le régime des flexi-jobs aux professionnels des soins de santé et ont demandé l'avis de santhea concernant ladite proposition de loi. Santhea a répondu favorablement à cette initiative parlementaire (avec quelques points d'attention généraux sur les flexi-jobs). La proposition de loi est toujours débattue à la Chambre des représentants.

En parallèle, le gouvernement a émis un projet de loi afin de modifier le régime des flexi-jobs à partir du 1^{er} janvier 2024, mais celui-ci est sans conséquence majeure pour les institutions de soins.





Nicolas BÖTTCHER

Conseiller, RGPD, Analyses et études



Données de santé

Implication de santhea dans l'Agence des données de santé

La nouvelle Agence des données (de soins) de santé a été instituée via une loi spécifique en avril 2023. Attachée au SPF Santé publique, celle-ci a comme objectifs de faciliter la disponibilité des données de santé, d'élaborer et d'implémenter une stratégie politique sur ces données, mais également de stimuler l'innovation, la recherche scientifique et la recherche en matière de soutien aux politiques (de santé). L'Agence dispose de deux organes de gouvernance : un comité de gestion et un comité des utilisateurs.

Étant donné les liens étroits entre ce nouvel acteur et les institutions de soins, santhea s'est porté volontaire pour siéger dans le second comité, dans le cadre d'un équilibre défini avec les autres fédérations. Une première réunion, organisée en décembre 2023, a permis de jeter les bases des travaux à entamer et de discuter de la mise en place de futurs groupes de travail ad hoc visant à soutenir les travaux de l'agence. L'un de ces groupes ciblera exclusivement les modalités de collaboration avec les hôpitaux, l'industrie pharmaceutique et les soignants.

Problèmes d'entrée des données dans les registres HealthData

Durant le mois d'avril, des informations ont commencé à remonter des hôpitaux concernant des difficultés d'encodage de données dans plusieurs registres dont la gestion était confiée à HealthData. Le point était critique puisque le remboursement d'une série de prestations dépend de l'entrée dans les registres des données des interventions effectuées. Sont notamment concernés : les pacemakers, la chirurgie de la colonne vertébrale (article 14n de la nomenclature), le placement de prothèses de la hanche ou du genou (registre orthopride), les valves et défibrillateurs cardiaques. Il est rapidement apparu qu'à l'origine des difficultés d'encodage se trouvait une migration vers une nouvelle version des registres, problème dont la résolution demanderait un certain temps.

En réponse aux alertes remontant des fédérations hospitalières et afin d'identifier des pistes de solutions possibles, l'INAMI a organisé des réunions auxquelles ont été invitées toutes les parties prenantes.

Un accord initial a consisté à mettre en place des mesures transitoires permettant de facturer les prestations tout en suspendant l'obligation d'enregistrement des données les concernant. La suspension, initialement prévue jusqu'au 31 août 2023, a ensuite été prolongée une première fois jusqu'au 30 septembre 2023.

Ensuite, devant le constat fait par les fédérations hospitalières et rapporté à l'INAMI, que depuis le 1^{er} octobre, l'ensemble des problèmes rencontrés avec les nouvelles versions des registres étaient loin d'être résolus, rendant l'encodage toujours aussi malaisé, la décision a été prise de découpler jusqu'à nouvel ordre la facturation des interventions et des implants/dispositifs de l'obligation d'enregistrement dans les bases de données Healthdata. Cette situation était toujours d'actualité à la fin de l'année 2023.





Corentin LETERME

Assistant

Datawarehouse

Conseiller en Prévention



Michel PRAET

Conseiller

Nomenclature et tarification,

Technologies médicales



Durabilité

BEGES scope 3

Comme nous l'avons signalé dans le rapport annuel 2022, plusieurs institutions affiliées à santhea étaient demandeuses de développer une démarche RSE en leur sein. Une des premières décisions qui en a résulté a été d'identifier un(e) référent(e) RSE pour chacune d'entre elles et d'organiser dans la foulée les réunions d'un comité constitué de ces référents. Dès la réunion initiale de ce comité, santhea s'est vu confier le soin de se renseigner sur la possibilité pour les hôpitaux d'établir un bilan carbone incluant le scope 3.

Il existe un grand nombre d'entreprises de consultance qui proposent leurs services en la matière et santhea a eu, au cours de l'année 2023, des contacts avec sept d'entre elles. D'emblée, les offres reçues étaient assez différentes, tant au niveau du prix que du service proposé. Plusieurs rencontres ont été programmées avec ces sociétés. Des synthèses ont été présentées au comité. De fil en aiguille, l'offre a été affinée pour aboutir en décembre à un accord de principe de cinq institutions pour participer, au cours de l'année 2024, à un accompagnement collectif fourni par une société de consultance.

Santhea sera présent lors de cet accompagnement. Ce dossier a demandé un peu plus de six mois de travail pour pouvoir, à chaque étape, réunir les informations nécessaires afin de répondre aux besoins du terrain.

Analyse des déchets B1 dans le secteur hospitalier

Santhea a participé en 2022 à la *taskforce* Plastique qui pilotait la mesure n° 52 de « Circular Wallonia » consistant à « connaître et faire connaître les écosystèmes et les zones de chalandise de l'amont à l'aval de la chaîne de valeur » en portant son attention sur les plastiques dans les soins de santé. À l'issue des travaux, une série de recommandations ont été émises et classées suivant leur impact environnemental positif et leur coût, visant à améliorer la circularité des plastiques dans le secteur de la santé et au moins pour le secteur hospitalier, dans le contexte socio-économique wallon.

La *taskforce* a poursuivi ses travaux en 2023 par une étude visant à caractériser les déchets B1 en plastique dans les hôpitaux wallons. Le but principal de l'étude était d'objectiver le potentiel de tri et de collecte en vue du recyclage des produits plastiques de type B1 dans le secteur des soins de santé, offrant potentiellement une alternative à leur incinération. L'étude a été menée en 4 phases :

1. Tout d'abord, une inspection approfondie des déchets a été menée dans un hôpital de référence pour recueillir des données quantitatives essentielles ;
2. Ensuite, des entretiens détaillés et des visites sur le terrain ont été réalisés avec chaque représentant de service, fournissant des données qualitatives cruciales pour comprendre les pratiques actuelles de gestion des déchets plastiques B1 ;
3. Par la suite, des entretiens ont été menés avec deux autres hôpitaux afin de saisir leur politique de tri et de comparer les constats relevés ;
4. Enfin, la méthodologie de calcul et d'extrapolation des déchets plastiques B1 produits par les hôpitaux wallons a été élaborée, offrant ainsi une approche complète et méthodique pour évaluer et optimiser la gestion des déchets plastiques dans le secteur de la santé en Wallonie.



Reporting d'informations en matière de durabilité – Directive européenne et normes ESRS

Début 2023, une directive européenne relative à la publication d'informations en matière de durabilité par les entreprises, aussi dénommée CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive), est entrée en vigueur.

L'objectif de la directive est de renforcer les exigences de reporting de durabilité des entreprises en harmonisant celui-ci et en améliorant la disponibilité et la qualité des données ESG (environnementales, sociales et de gouvernance) publiées.

Pour faire bref, la CSRD impose principalement aux entreprises dépassant certains seuils et ayant opté pour certaines formes juridiques de publier – dans une partie distincte de leur rapport de gestion – des informations en matière de durabilité, c'est-à-dire des informations qui concernent « les droits environnementaux, les droits sociaux et les droits de l'homme, et les facteurs de gouvernance, y compris les facteurs de durabilité qui sont des questions environnementales, sociales et de personnel, le respect des droits de l'homme et la lutte contre la corruption et les actes de corruption ».

En outre, la directive prévoit également que la Commission européenne, via l'EFRAG (groupe consultatif européen sur l'information financière), rédige des normes de reporting de durabilité appelées normes ESRS (European Sustainability Reporting Standards) ayant pour but d'encadrer et d'harmoniser les publications des entreprises relatives aux informations de durabilité. Trois types de normes sont prévues :

- des normes « universelles », applicables à l'ensemble des entreprises quel que soit leur secteur d'activité ;
- des normes sectorielles ;
- des normes spécifiques pour les PME cotées sur les marchés réglementés.

Fin 2023, le Parlement européen a approuvé les 12 normes ESRS « universelles » proposées par la Commission européenne et l'EFRAG. Ces normes visent entre autres des exigences générales, les informations générales à publier, les informations relatives au climat, à la pollution, aux travailleurs, etc.

La directive doit encore être transposée par une loi en droit belge et sera d'application au plus tôt à la date du 1er janvier 2026 (en ce qui concerne l'exercice 2025) pour les grandes entreprises.

Cadastre énergie – hôpitaux et maisons de repos

L'établissement d'un cadastre énergie pour le secteur des hôpitaux a été relancé et réactualisé en 2022 à l'aide de données manquantes des années précédentes jusqu'à 2021. Ce cadastre porte sur la consommation de gaz, d'électricité, et d'eau des établissements hospitaliers participants. Il a pour objectif de suivre l'évolution dans le temps de leur consommation d'énergie et d'eau et d'ainsi pouvoir identifier les axes de réflexions prioritaires à mener pour diminuer ces consommations et donc le coût qu'elles représentent. L'exercice a été poursuivi en 2023 par la récolte des données de l'année 2022. En complément, il a également été demandé aux institutions qui en disposent, de nous fournir la quantité d'électricité produite par leurs panneaux photovoltaïques, ainsi que d'électricité réinjectée sur le réseau.

Le format du cadastre a également évolué en fonction des différentes remarques ou améliorations demandées par les membres. En 2022, il avait été fourni uniquement au format PDF. En 2023, un cadastre dynamique en ligne au format Power BI a été réalisé.

L'ensemble de ces éléments, une fois traités, permettent de savoir si certaines institutions ont déjà franchi le pas d'investir dans l'énergie renouvelable et aussi de situer chacune d'entre elles par rapport aux valeurs moyennes du secteur, d'obtenir des tendances, mais également d'établir un *benchmarking* inter-institutions.

Une autre évolution a été de proposer aux maisons de repos d'élaborer un cadastre spécifique à leur secteur. Il découle de notre réflexion et de l'outil appliqués au secteur hospitalier et s'attache à collecter le même type de données que pour celui-ci. Un cadastre dynamique, disponible sur notre extranet sous Power BI, a été présenté lors du groupe de travail « Aînés » de juin 2023. Cet outil permet d'obtenir le même type d'information que dans le cas des établissements hospitaliers (investissement dans l'énergie renouvelable, *benchmarking* par rapport à l'ensemble du secteur et entre chaque institution).



Edouard AERTS-BANCKEN

Conseiller, *RGPD (aspects juridiques)*



Emmanuelle CEYSENS

Conseiller Général a.i.



Philippe LEJEUNE

Conseiller, *Matières médicales, RGPD*



Autres dossiers

20^{ème} anniversaire de la loi relative aux droits du patient – Projet de loi modificatif et groupe de travail de la Commission fédérale Droits du Patient

À l’occasion du 20^{ème} anniversaire de la loi relative aux droits du patient, le ministre de la Santé publique a présenté un avant-projet de loi visant à moderniser celle-ci. Avant de présenter l’avant-projet de loi au gouvernement et de le soumettre à la Chambre des représentants, le ministre a notamment demandé à la Commission fédérale Droits du Patient (CFDP) de se prononcer sur son texte. Afin de rendre un avis rapidement, la CFDP – dans laquelle siège santhea – a constitué un groupe de travail auquel santhea a participé afin de s’assurer que les intérêts de ses membres soient pris en compte. Suite aux divers avis, le ministre a revu son avant-projet, et a pu déposer à la Chambre des représentants son projet de loi en date du 16 novembre 2023. La loi devrait donc être adoptée et entrer en vigueur dans le courant de l’année 2024.

Lissage de la TVA

Une proposition d’adaptation de l’arrêté du gouvernement wallon du 20 juillet 2017, portant exécution du décret du 9 mars 2017 relatif au prix d’hébergement et au financement de certains appareillages de services médico-techniques lourds en hôpital, a été longuement discutée au sein du groupe de travail Experts à l’AVIQ, dans lequel siège santhea. Cette proposition, supportée par santhea, visait assez simplement à permettre l’étalement de la TVA sur une durée de 15 ou 25 ans dans le cadre des projets immobiliers des hôpitaux, à l’instar de ce qui existait déjà en Région flamande et pour les hôpitaux universitaires, et ainsi réduire l’assiette du financement de 21 %. Il faudra attendre 2024 pour voir ce projet aboutir.

Taskforce “Résistance aux antimicrobiens” – AMR

Santhea, au travers de l’un de ses experts, a participé activement à la *taskforce* AMR, ayant pour objectif d’améliorer la lutte contre la résistance des antibiotiques et de discuter les propositions des mesures à prendre à cet effet. La mission visait l’amélioration de la politique AMR existante, dans l’optique d’une politique orientée résultats, au travers de mesures concrètes. Les réunions se sont succédé, afin de travailler sur un plan national AMR 2025-2029. Santhea a insisté sur le financement, impératif, de l’activité des médecins infectiologues de manière structurelle.

Comité Hospital and Transport Surge Capacity – HTSC

En 2023, on ne parle plus d’épidémie due au SRAS-CoV-2 même si le virus et ses mutants successifs circulent encore abondamment dans la population, en particulier durant les mois d’hiver. La moindre gravité des malades atteints est à mettre en relation avec le bon taux de vaccination de la population belge et l’immunité naturelle que celle-ci a acquise au cours des deux dernières années. Le Comité HTSC, où siègent les différentes fédérations hospitalières et qui a joué un rôle important durant la pandémie, est aujourd’hui moins actif, mais continue, en tant qu’organe officiel de crise, à s’intéresser à d’autres affections respiratoires épidémiques (grippe, bronchiolite) ainsi qu’à la prise en charge des blessés issus du théâtre de guerre ukrainien.



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

À la suite de la sixième réforme de l'État, la compétence relative à la planification des professions des soins de santé a été transférée aux communautés. Depuis 2014, les communautés sont compétentes pour fixer les quotas par titre professionnel particulier, aussi appelés sous-quotas, et ainsi planifier l'accès aux différentes spécialités à l'intérieur des quotas fédéraux établis pour la médecine et la dentisterie par la Commission fédérale de planification de l'offre médicale. La Commission consultative de planification de l'offre médicale en Communauté française a ainsi 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. 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 et se réunissent régulièrement afin de faciliter les travaux de la Commission et identifier les spécialités en pénurie pour les traiter en priorité. La Commission édite un rapport annuel relatif à ses travaux et recommandations.

HOPE – Programme d'échange 2023

Hope (European Hospital and Healthcare Federation) propose chaque année un programme d'échange pour les professionnels hospitaliers, lequel s'adresse à tout type de praticiens et professionnels directement ou indirectement impliqués dans la gestion des hôpitaux européens. Il offre aux participants une chance de recevoir une formation et une expérience inestimables de la part de professionnels de l'hôpital et de la santé à travers l'Europe, durant un mois. Santhea, en tant que membre d'Hope, participe activement à la concrétisation de ce programme pour le personnel de nos hôpitaux membres ou pour ces derniers, en tant qu'institution d'accueil dans le cadre de ce programme.

Hospitalisations Médico-psycho-sociales

Dans le cadre du groupe de travail «Hospitalisation médico-psycho-sociale», actif depuis plusieurs années et auquel participent les fédérations hospitalières francophones du pays, nous avons poursuivi les travaux relatifs à ce projet visant à clarifier et reconnaître le rôle indispensable de l'hôpital dans la prise en charge des enfants en détresse médico-psycho-sociale. Divers échanges et réunions ont permis d'avancer et d'identifier quelques pistes qui permettront peut-être de voir aboutir ce long travail.

santhea 

UNE FÉDÉRATION DYNAMIQUE

PARTIE 6



DWH SANTHEA : UNE BASE DE DONNÉES PROPRE AU SECTEUR EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Contexte

Les données sont aujourd’hui intimement liées au fonctionnement de nos sociétés, tant sur le plan privé que professionnel. Dans ce contexte, il n’est plus envisageable pour le gestionnaire de naviguer à vue sans disposer des informations nécessaires au bon moment et des moyens de les exploiter correctement. Cette idée vaut également pour le secteur des soins de santé, de l’hôpital universitaire à la maison de repos. Étant donné la conjoncture économique actuelle, disposer d’un soutien externe à ce niveau peut s’avérer particulièrement utile, qu’ils s’agissent d’analyses, d’enquêtes ou de *benchmarking*.

Objectifs

Pour soutenir ses membres, santhea peut compter sur sa propre base de données (*Datawarehouse – DWH*) spécifique au secteur des soins de santé. Conçue à l’aide d’informations récoltées et structurées depuis plus de 15 ans, celle-ci permet la conception de multiples études, analyses, enquêtes et rapports en ligne. Pierre angulaire de projets spécifiques comme notre enquête « Satisfaction patients », elle soutient aussi notre équipe de conseillers lorsqu’il s’agit de représenter et de défendre le terrain, d’interagir avec les administrations ou les cabinets, ou de traiter quotidiennement les demandes de nos membres. Au fil du temps, celles-ci comprennent de plus en plus d’analyses spécifiques, d’extractions de données, de simulations ou de sondages.

Lorsque le projet d’une base de données interne a été lancé en 2007, celle-ci était exclusivement alimentée par des données déjà structurées, principalement financières, issues d’extractions communiquées par les hôpitaux à des institutions publiques (INAMI, SPF Santé publique, BNB, ONSS, etc.). Au fil des années, notre base de données a connu de multiples évolutions.

En termes de données d’abord, nous récoltons aujourd’hui de nombreuses informations non-structurées, issues d’extractions ad hoc ou encore d’enquêtes menées auprès de nos institutions et de leurs patients. Cet élargissement nous a permis de couvrir un nombre bien plus important d’aspects de la gestion hospitalière (ressources humaines, qualité, activités, etc.) et donc de soutenir nos membres plus efficacement. En termes de supports, nous avons progressivement évolué vers des rapports dynamiques au format PDF, suivis par la mise en ligne d’une plateforme SharePoint, permettant la consultation en ligne de rapports Excel, et, plus récemment, vers le déploiement de l’outil Power BI de Microsoft.

L’évolution s’est aussi manifestée à travers notre structuration. L’équipe allouée au projet a en effet considérablement grandi en quinze ans d’existence, avec l’ajout de différents profils et de différentes expertises. Ces nouvelles ressources ont permis de diversifier notre production en proposant notamment des micro-études, dites « Focus », et des fiches techniques détaillant des matières de façon plus théorique.



Quels que soient les services proposés autour de notre base de données, nous veillons à ce que ceux-ci respectent scrupuleusement la législation et les normes en matière de confidentialité et de cybersécurité. Pour ce faire, notre équipe respecte un code de conduite en la matière et dispose d'un délégué à la protection des données. Celui-ci veille à la bonne application de notre politique de sécurité de l'information et 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

Le projet de base de données de santhea profite à une majorité de ses membres. Les informations réunies dans la base de données permettent en effet à nos conseillers de défendre au mieux les intérêts du secteur, qu'il s'agisse de données liées au financement, à l'activité, à la qualité ou à l'organisation des soins et du travail.

Les retombées sont bien entendu plus importantes pour les institutions qui participent directement à nos projets spécifiques (Satisfaction, Absentéisme, *Together 4 Green HealthCare*) ou aux enquêtes et analyses que nous organisons en continu à la demande du terrain ou en fonction de l'actualité. Dans ce contexte, chaque membre est invité à prendre contact avec nous pour toute demande susceptible d'être soutenue par notre base de données.

Actions & résultats

Le projet « Satisfaction » a évolué en 2023 en incluant de nouveaux questionnaires pour le secteur hospitalier et en actualisant des outils déjà en circulation. Une nouvelle enquête a été organisée en parallèle dans le secteur des aînés, étant donné le succès rencontré en 2022. Les rapports en ligne correspondants et la base de données ont été mis à jour tout au long de l'année pour ce faire.

Le projet « *Together for Green Healthcare (T4GH)* » propose un cadastre énergétique pour les hôpitaux depuis 2022. Cet outil permet aux membres concernés d'étudier leur consommation de gaz, d'électricité et d'eau, de se situer par rapport aux valeurs moyennes de santhea et de disposer d'un benchmarking inter-institutions. Les données 2022 ont été collectées et injectées en 2023, tout en proposant un nouveau rapport en ligne Power BI, en lieu et place de reportings au format PDF. En parallèle, un second cadastre spécifique a été mis en ligne à la disposition du secteur des aînés.

Le programme « Pay for Performance (P4P) » a lui aussi fait l'objet de développements l'an passé, en collaboration avec la fédération UNESSA. Un premier rapport Power BI a été mis en ligne en janvier 2023 en proposant une vue sur l'ensemble des hôpitaux de la Région wallonne. À terme, cet outil sera partagé par les deux fédérations et mis à jour avec l'ensemble des données P4P depuis le lancement du programme.

La plus-value du projet « Absentéisme » a été confirmée en 2023 par le terrain via l'organisation d'un nouveau groupe de travail. Cette réunion a permis de relancer ce dossier en précisant la méthodologie et en proposant un nouveau planning pour 2024. Ce projet, tout comme « Satisfaction », représente un exemple concret de développement original mis en place par santhea grâce à sa base de données.

L'évolution de l'hôpital de jour représente un autre dossier supporté par nos capacités d'analyses de grands volumes de données. En mars 2023, santhea et UNESSA ont organisé une collecte de données afin de soutenir les hôpitaux au cours de la transition annoncée à ce niveau. Un travail important de validation, de structuration et d'analyse des informations récoltées a été accompli au cours du dernier trimestre 2023. L'objectif final étant de proposer, en 2024, un outil de benchmarking permettant aux hôpitaux de comparer leurs pratiques et de monitorer l'impact de la réforme de l'hôpital de jour.

Parmi les autres matières traitées par l'intermédiaire de notre base de données en 2023, citons la récolte et le traitement des informations relatives au Budget des Moyens Financiers (BMF). La préparation à l'injection de ces données demande un temps conséquent, mais celles-ci se révèlent particulièrement utiles pour les conseillers de santhea actifs dans le domaine du financement des hôpitaux. Une mise à jour des données relatives aux barèmes, et notamment ceux liés à la CP330, a également été réalisée. Ces informations sont disponibles sur l'extranet de santhea.

Parmi les autres analyses mises en place, citons la continuité du reporting de la situation journalière liée à la COVID-19, au cours du 1er quadrimestre 2023. Réservé au staff de santhea et composé de multiples dimensions, celui-ci a été clôturé avec la fin de la pandémie.

Au cours de l'année 2023, de nombreuses enquêtes ont aussi été lancées auprès de nos membres. Celles-ci ont permis aux collaborateurs de santhea de défendre au mieux le terrain, de répondre à des questions en groupes de travail mais aussi d'élaborer des études ou de répondre à des questions émanant d'autres membres. Ces enquêtes sont diffusées via Microsoft Forms ou par l'intermédiaire d'un fichier Excel standardisé pour les investigations plus complexes. Parmi les thèmes traités,



citons, entre autres ; le budget prévisionnel des hôpitaux, les pensions dans le secteur public, les suppléments d'honoraires et de chambres, la problématique énergétique, les primes RH ou encore les déplacements domicile/travail.

Enfin, une micro-études « Focus » a été diffusée en 2023 sur base d'une enquête et de données traitées dans le cadre du projet T4GH. Celle-ci s'est centrée sur la situation des hôpitaux face à la crise énergétique et en particulier sur une estimation des coûts supportés en 2022. Les analyses présentées portent sur le type de contrat (fixe ou variable), sur l'évolution de la consommation, du prix moyen, du poids des différentes énergies dans la facture et sur l'évaluation du surcoût énergétique. Ce dernier élément étant comparé individuellement au montant *one-shot* reçu du fédéral.

Perspectives

L'année 2024 sera consacrée à la finalisation de la révision de notre stratégie technologique visant à aligner nos solutions d'analyses et de reporting sur les dernières évolutions en la matière, en misant largement sur les nombreuses possibilités offertes par l'outil Microsoft Power BI.

Au niveau des développements, l'équipe souhaiterait mettre en ligne dans les prochains mois de nouveaux rapports Power BI consacrés au Budget des Moyens Financiers (BMF) et à l'hôpital de jour. Si la charge de travail le permet, d'anciens rapports en ligne au format Excel pourraient aussi faire l'objet d'une transposition vers notre nouvelle plate-forme, sachant que les rapports existants devraient aussi être mis à jour.

Le projet « Satisfaction », déployé dans les hôpitaux et les MR/S continuera d'évoluer, avec une potentielle incorporation des institutions du secteur de la santé mentale dans le projet. Un travail est aussi programmé pour faire basculer les données concernées entièrement dans Power BI.

Le projet T4GH fera lui aussi l'objet de nouveaux développements dans notre datawarehouse, soit l'actualisation de notre cadastre énergétique dédié aux MR/S.

En ce qui concerne les autres matières traitées, les modules « Lits agréés », « FINHOSTA RH » et « Institutions » (module central dans notre datawarehouse) feront l'objet d'une mise à jour en 2024. Des analyses complémentaires sur les suppléments d'honoraires, ainsi que sur les données propres au dossier de l'IFIC et à l'application « PERONE », sont aussi au programme. De plus, les données comptables présentes dans la collecte FINHOSTA seront à nouveau intégrées dans notre datawarehouse, sans doute dans une version simplifiée de ce qui existait auparavant.

Enfin, de nouvelles micro-études « Focus » et de nouvelles fiches techniques, portant sur des thématiques comme la facturation des suppléments d'honoraires, seront proposées à nos membres.



LA PAQS : UN SOUTIEN AUX INSTITUTIONS DE SOINS DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

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 et une année 2022 consacrée en partie à une réflexion stratégique sur le futur de la PAQS, l'année 2023 aura vu, à côté de la finalisation des projets en cours, le développement d'un nouveau programme d'activités construit sur la stratégie 2025 de la PAQS.

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 et résultats

Tout au long de l'année, la PAQS a donc continué à proposer aux institutions de soins bruxelloises et wallonnes des programmes, des ressources et des formations pour les soutenir dans le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue. Citons notamment des activités autour d'indicateurs qualité, la mesure de l'expérience patients, de la culture et de l'engagement du personnel, des campagnes de sensibilisation, mais également des formations aux fondamentaux de l'amélioration continue, à TeamSTEPPS, à la gestion des risques et la formation exclusive « Patient Safety Officer ». La satisfaction des participants est au rendez-vous et les résultats sont visibles sur le terrain.

Nous avons également, au fil de l'année, consolidé nos relations avec les autorités bruxelloises et wallonnes de la santé. L'objectif est d'améliorer, encore, notre articulation et de faire en sorte que la PAQS apporte une réelle plus-value aux institutions de soins en les accompagnant efficacement dans leurs démarches d'amélioration de la qualité, et notamment dans le cadre des dispositifs réglementaires, existants ou à venir.

Nous avons par ailleurs poursuivi l'opérationnalisation des deux projets spécifiques pour lesquels nous avons été mandatés par la Région wallonne. Il s'agit des projets « Changement de paradigme » et « Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes ». Ces deux projets sont ambitieux, et ont le potentiel pour améliorer significativement la qualité du système de santé wallon.

Et bien entendu, il est important de souligner que l'année 2023 a marqué le 10^{ème} anniversaire de la PAQS. C'est en effet le 11 décembre 2013 qu'était officiellement lancée la PAQS, devant une salle comble à Namur. Le chemin parcouru est important, mais il reste encore beaucoup de travail à accomplir.

Perspectives

Dès janvier 2024, la PAQS affrontera ce qui est sans doute son plus grand défi à ce jour : proposer aux institutions de soins bruxelloises et wallonnes une offre de services revue, plus lisible et plus efficace, en vue de produire des résultats significatifs et ainsi démontrer sa plus-value pour le secteur. Une stratégie claire a été construite, et un nouveau programme d'activités a été développé.

Demain, la PAQS sera plus que jamais aux côtés des institutions de soins et des professionnels de la santé pour les soutenir dans leurs démarches d'amélioration de la qualité. Car l'objectif de rendre notre système de soins plus fiable est ambitieux, et la route sera longue et pavée d'embûches.

Ce soutien sera proposé à travers trois axes de travail.

Les indicateurs sont des outils indispensables pour identifier les priorités et monitorer les progrès réalisés. Ils se déclineront en indicateurs qualité, mais aussi en mesure d'expériences usagers et d'engagement du personnel. Car sans ce dernier, rien ne peut être accompli. La PAQS accompagnera les institutions dans le suivi des résultats, mais aussi dans la mise en place d'actions d'amélioration.

Les formations resteront un élément primordial de l'offre. Non seulement, car la PAQS a démontré une véritable expertise en la matière et que la qualité de son offre est largement reconnue. Mais surtout, car la nécessité du renforcement des connaissances

et des compétences en amélioration de la qualité est largement documentée. C'est d'ailleurs pourquoi le Livre Mauve, la stratégie régionale pour l'amélioration de la sécurité des patients de la PAQS, mettait déjà ce point en exergue lors de sa publication en 2020.

Enfin, le travail collaboratif avec les institutions de soins sera poursuivi, essentiellement autour de thématiques prioritaires. Au nombre de trois, elles seront travaillées pendant 18 à 24 mois au travers de formations, de ressources, d'échanges, de mesures, et de suivi. Avec, au final, l'ambition d'améliorer significativement les résultats.

Ces trois axes seront soutenus par une politique de communication et de marketing repensée. Celle-ci doit permettre un meilleur suivi des utilisateurs des services de la PAQS, afin de pouvoir identifier leurs besoins et de les accompagner efficacement.



LA CELLULE RGPD : UN SOUTIEN RAPPROCHÉ EN MATIÈRE DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Contexte

Entré en application en 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a pour objectif de défendre les droits et libertés des résidents européens dont les données à caractère personnel font l'objet d'un traitement, ce qui apparaît comme inévitable de nos jours avec la numérisation croissante de la société. Dans ce cadre, le RGPD établit un ensemble de mesures visant à lutter contre les dérives et les atteintes à la vie privée, de plus en plus nombreuses. Certaines d'entre elles peuvent s'avérer compliquées à mettre en place. Il s'agit notamment 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 un ou plusieurs traitements de leurs données, ainsi que de moyens leur permettant d'exercer leurs 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.

Dans le cas particulier des institutions dont l'activité englobe le traitement à grande échelle de données à caractère personnel sensibles, le RGPD impose également de recourir aux services permanents d'un délégué à la protection des données (Data Protection Officer ou DPO). Cette fonction, combinant à la fois les compétences de juriste et d'expert en sécurité de l'information, conseille le plus haut niveau de la hiérarchie de son institution sur toutes les questions liées au traitement des données à caractère personnel. Pour ce faire, le DPO doit être indépendant et ne peut en aucun cas intervenir dans la définition des finalités des traitements ou des moyens utilisés pour les mettre en œuvre.

Aucune exemption aux obligations du RGPD n'existe pour les institutions de soins. En raison de leurs activités de base impliquant inévitablement le traitement quotidien de quantités colossales de données de santé considérées comme sensibles, celles-ci sont tenues de s'adjoindre les services d'un DPO. Toutefois, la rareté et le coût élevé de ce profil peuvent s'avérer problématiques, en particulier pour les petites institutions de soins. Le processus de mise en conformité est lui-même particulièrement compliqué dans notre secteur, étant donné le nombre élevé de traitements, de types de données et de destinataires externes impliqués. En clair, sans un support adéquat, la mise en conformité au règlement européen peut s'avérer très difficile, voire impossible à mettre en place.

Les risques encourus par les organismes qui traitent des données à caractère personnel en cas de non-respect du RGPD ne sont pas à négliger. Toute violation peut entraîner des sanctions, allant de simples rappels à l'ordre avec une injonction de mise





en conformité pour les écarts mineurs, à des amendes substantielles pour les infractions graves, voire à l'arrêt pur et simple des traitements litigieux. La vigilance est de mise, d'autant plus que l'Autorité de Protection des Données, compétente en la matière, est désormais capable de mener des enquêtes minutieuses soit d'initiative soit sur base de plaintes ou d'informations circulant dans les médias. En outre, la menace croissante des cyberattaques dans le secteur des soins de santé accroît le risque d'incident grave et de contrôle pour les institutions concernées. Ces différents points soulignent l'importance d'une vigilance constante dans la protection des données à caractère personnel.

Objectifs

Dès 2017, de nombreux membres de santhea ont commencé à manifester leurs craintes concernant la charge de travail et les ressources nécessaires pour se mettre en conformité au RGPD. Pour soutenir nos membres, une proposition de mutualisation des coûts a été formulée sous la forme d'une Cellule RGPD qui inclurait notamment la mise à disposition d'un DPO. Le projet a rapidement rencontré beaucoup de succès, y compris de la part d'hôpitaux et d'intercommunales, alors que la proposition s'adressait initialement au secteur extrahospitalier.

En pratique, une équipe multidisciplinaire, composée de cinq collaborateurs travaillant en étroite collaboration, a été mise en place pour répondre efficacement aux besoins de nos membres. Chacun d'entre eux est responsable d'un certain nombre d'institutions de soins en tant que DPO attitré. Ensemble, ils cumulent toute l'expertise requise dans les domaines du droit, de la cybersécurité, des données, et de la gestion des institutions de soins.

Afin de soutenir les membres de santhea ayant adhéré aux services de la Cellule RGPD, celle-ci s'est attelée à la conception d'un éventail d'outils, de modèles, et de procédures adaptables en fonction du secteur et du statut de chaque institution. Actuellement, une cinquantaine de ressources de ce type sont accessibles en ligne via notre extranet. Sur le terrain, chaque membre a été encouragé à mettre en place un comité de pilotage afin d'ajuster le modèle de plan d'action pour la mise en conformité au RGPD conçu par notre équipe. Simultanément, chaque adhérent s'est engagé à nommer un chef

de projet RGPD pour mettre en œuvre le plan adapté en interne. Chacun d'entre eux collabore en continu avec nos DPO en apportant notamment un soutien dans l'inventaire des activités de traitement des données à caractère personnel, l'adaptation des contrats de sous-traitance et la validation de tous les documents à mettre en conformité.

La fonction de DPO externe proposée par la Cellule RGPD ne se limite pas uniquement au soutien apporté dans le cadre du processus de mise en conformité. À long terme, le DPO conseille la direction sur toute question relative à la protection des données à caractère personnel, l'informe en cas de manquement constaté, et formule des recommandations le cas échéant. Son rôle englobe également la supervision du registre des activités de traitement, ainsi que la gestion appropriée des demandes d'exercice de droits des patients, des résidents, des bénéficiaires et des membres du personnel des institutions. Le DPO apporte aussi une assistance dans l'analyse des risques liés aux traitements de données et communique directement avec l'Autorité de Protection des Données si nécessaire.

En complément, notre équipe propose un accompagnement plus large en matière de protection de la vie privée et des droits des patients, en abordant des sujets tels que le droit à l'image ou l'utilisation de caméras. Nous collaborons également avec l'ensemble des conseillers de santhea, à l'expertise étendue, et faisons profiter nos membres d'une expérience de plus de 6 ans en matière de RGPD.

Liste des institutions participantes

En 2023, la Cellule RGPD a travaillé avec 34 institutions de soins, soit deux de plus que l'année précédente. Les institutions participantes présentent des profils très variés. La première moitié d'entre elles est constituée d'hôpitaux généraux et psychiatriques, parmi lesquels on recense trois intercommunales. La seconde moitié des adhérents au projet est majoritairement composée d'institutions issues du secteur des aînés et de la santé mentale. La Cellule RGPD travaille également avec un laboratoire d'analyses médicales, un service de transfusion du sang et un projet-pilote de soins intégrés.



A.I.G.T.	C.H.U. Helora - Site Kennedy
C.H.R. Sambre et Meuse	C.H.U. Tivoli
ASBL Alises	Clinique André Renard
ASBL Diapason-Transition	C. H. Reine Astrid Malmedy
ASBL Enaden	Intercommunale G. Passelecq - Chênes aux Haies
ASBL L'Équipe	C.M.P Clairs Vallons
ASBL La Maison de Mariemont	C.R.P. Les Marronniers
ASBL Don de sang	Domaine des Rièzes et Sarts
ASBL La Traversière	HUmani - Charleroi
ASBL PACT	HUmani - Chimay
ASBL Transit	M.A.S.S. de Bruxelles
Centre d'accueil Les Heures Claires	IBC - ULB
C.H.B.A.	Inago
C.H. Le Domaine	Interseniors
C.H.R. de Huy	ISoSL
C.H.R. Haute Senne	Vivalia
C.H.R. Verviers East Belgium	Vivias

La multiplicité des activités de soins, d'accueil et d'analyses médicales rencontrées auprès de nos membres nécessite que l'encadrement proposé soit adapté individuellement. Les hôpitaux sont ainsi confrontés à de nombreux traitements complexes de données, et contrats de sous-traitance et de recherche. Une aide leur est aussi apportée pour les inventaires et les analyses de documents. Les institutions extrahospitalières, quant à elle, souffrent davantage d'un problème de ressources pour faire vivre le projet. Celles-ci ne disposant pas systématiquement d'un informaticien ou d'un juriste en interne. Un accompagnement rapproché sur l'ensemble du processus de mise en conformité, et en particulier au niveau de sa gestion, est donc proposé dans ce cadre.

Actions & résultats

En 2023, les DPO de la Cellule RGPD ont maintenu des contacts réguliers avec les responsables de cette matière sur le terrain. En complément aux réunions individuelles visant à faire régulièrement le point sur l'avancée de chaque projet, les chefs de projet RGPD ont été conviés en mars à un Comité de suivi consacré à des sujets d'actualité et aux nouveaux outils développés par notre équipe.

Avec l'organisation progressive des hôpitaux en réseaux, notre méthode de travail a commencé à évoluer. Début 2023, la Cellule RGPD a ainsi participé à une première réunion d'un groupe de travail rassemblant les DPO du Réseau Éclipse. Celui-ci a permis de jeter les bases d'un nouveau type de collaboration et de s'organiser avec les experts du RGPD extérieurs à notre Cellule. Plus tard dans l'année, un premier avis a été émis par les participants concernant une application commune du RGPD au sein du réseau (responsabilités, mise en commun de données, accords, etc.).

De nouvelles violations de données à caractère personnel sont survenues au cours de l'année écoulée. Celles-ci ont toutes fait l'objet d'une prise en charge rapprochée par notre équipe : de l'identification des premiers éléments jusqu'à l'envoi des rapports définitifs à l'Autorité de Protection des Données. En dehors de ces événements spécifiques, de nombreuses questions liées au RGPD et à la vie privée ont fait l'objet d'un traitement par nos DPO. Le nombre de contrats à analyser est aussi resté important en 2023, générant une charge de travail conséquente pour l'équipe.

De nouveaux outils ont été conçus et proposés aux membres en 2023. Il s'agit, en premier lieu, d'une série de cinq nouvelles affiches visant à sensibiliser à la sécurité de l'information le personnel des institutions membres de la Cellule RGPD. Ces affiches proposent systématiquement une mise en situation adaptée au domaine des soins de santé et accompagnée d'un message court et fort en rapport avec la thématique traitée. Un outil d'évaluation de l'impact pour les personnes concernées d'une violation de leurs données a également été mis à la disposition de nos membres. Celui-ci se fonde sur la méthodologie de l'Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité et permet d'orienter la prise de décisions lors de la survenue d'un tel évènement, y compris en cas de cyberattaque. En ce qui concerne nos politiques de confidentialité, deux nouveaux modèles propres aux secteurs de la santé mentale et de la jeunesse ont été mis en ligne sur le site de la Cellule RGPD.

Concernant les délivrables toujours, l'équipe a distribué de premiers outils pour permettre aux membres de la Cellule RGPD de réaliser leurs analyses d'impact sur la protection des données (Data Protection Impact Assessment - DPIA). Ces délivrables comprennent une méthodologie complète qui aborde en détails l'usage de chacun des outils, des fiches techniques de soutien pour la réalisation des DPIA les plus sensibles, une matrice d'affectation des différentes DPIA aux traitements types identifiés par notre équipe et, surtout, un premier ensemble de cinq modèles de DPIA préencodés.

En termes d'analyses, l'équipe a traité divers sujets par le biais de notes. Les membres ont tout d'abord été tenus informés des actualités du Comité Européen de la Protection des Données (CEPD) et de l'Autorité de Protection des Données en matière de cookies sur les sites web. Ensuite, deux arrêts de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) ont été abordés : le premier ayant trait à l'interprétation extensive, de la part de la CJUE, de la notion de "données sensibles" (dont les données de santé font partie), et le second instaurant notamment l'obligation de fournir une première copie gratuite du dossier patient à la demande de celui-ci. Au niveau de l'actualité européenne, les membres ont également été informés qu'une nouvelle décision d'adéquation de la Commission européenne à l'égard des transferts de données vers les USA avait été rendue mais que celle-ci était précaire étant donné la volonté de certains d'introduire un recours à son égard. Enfin, au niveau du droit belge, l'équipe a rédigé une note concernant un arrêt de la Cour Constitutionnelle et une proposition de loi lui faisant suite concernant les possibilités de recours des tiers intéressés contre les décisions de l'APD.

Outre ces notes ponctuelles, la Cellule RGPD a continué de proposer la revue mensuelle des décisions de la Chambre contentieuse de l'APD commencée en 2022. Celle-ci traite des décisions propres au secteur des soins de santé ou à la gestion des

ressources humaines et visent donc directement nos membres.

Enfin, une Foire aux questions (FAQ) a été mise en place en 2023. Celle-ci traite de questions récurrentes des membres et a pour but de fournir une information précise et concise en tout temps. Actuellement, les questions abordées sont : la conservation du dossier patient, la conformité des marchés publics, la communication de données à la délégation syndicale, le traitement d'une demande de copie/consultation du dossier et le traitement de données biométriques des travailleurs. Cette FAQ a pour objectif tant d'être enrichie de nouveaux sujets dans les mois et années à venir que d'être mise à jour au niveau des sujets déjà traités.

Perspectives

Pour réduire les différences observées entre nos membres au niveau de la mise en conformité, la Cellule RGPD compte encore renforcer le suivi personnalisé et augmenter le nombre de visites sur le terrain en 2024. Cet accompagnement permettra aux institutions de finaliser leur registre des activités de traitement afin de réaliser leurs DPIA dans de bonnes conditions. L'équipe prévoit aussi l'organisation de réunions de formation théorique sur le RGPD afin de remettre à niveau les chefs de projets RGPD demandeurs.

En termes d'outils, les premiers modèles de DPIA diffusés en 2023 seront complétés par une trentaine d'autres l'an prochain, ceci afin de balayer au maximum l'ensemble des traitements de données identifiés chez nos membres.

Enfin, l'équipe a toujours pour objectif de mettre en place une procédure d'audit de ses adhérents en vue de contrôler leur niveau de conformité au RGPD et de rendre des rapports formels aux directions sur une base trimestrielle. Ce travail d'analyse s'organiserait selon les différentes étapes-clés détaillées dans l'outil de suivi du projet développé et utilisé par la Cellule RGPD et serait entrepris en toute transparence avec les différents chefs de projet de nos membres.

ENQUÊTE «SATISFACTION» : UN EXEMPLE DE SERVICE SUR MESURE POUR LE TERRAIN

Contexte

Alors que par le passé, les patients étaient perçus comme des bénéficiaires passifs de soins, leur rôle a évolué pour devenir celui de partenaires potentiels pour les soignants. Désormais reconnus comme des acteurs actifs dans leur propre prise en charge, leur investissement permet d'améliorer la qualité des soins. Cependant, chaque établissement de santé doit démontrer son engagement envers ses patients en valorisant leur expérience et en prenant en compte leur perception des services fournis. Dans ce contexte, les initiatives visant à évaluer la satisfaction des patients se sont généralisées. Cependant, le choix d'un instrument efficace, valide et économique reste un défi pour les directions cherchant à instaurer ou à pérenniser une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Objectifs

Depuis plus de dix ans, santhea propose à ses membres sa propre enquête visant à mesurer la satisfaction et l'expérience des patients en milieu hospitalier. Initialement basée sur un seul questionnaire, l'enquête «Satisfaction Patients» compte désormais 20 formulaires, ceux-ci couvrant une gamme étendue de prises en charge et de services hospitaliers. Ces outils sont élaborés en collaboration avec des experts de terrain issus des institutions membres de santhea et font l'objet de mises à jour en fonction des retours des participants à l'enquête. De nouveaux outils sont régulièrement introduits pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Général (lits C et D)	Obstétrique
Hôpital de jour Chirurgical	Hôpital de jour Chirurgical pédiatrique
Hôpital de jour Médical	Bloc opératoire
Soins intensifs	Soins palliatifs
Gériatrie	Revalidation
Pédiatrie	Néonatalogie non-intensive
Psychiatrie	Pédopsychiatrie
Urgences	Consultations
Imagerie médicale	Procréation Médicalement Assistée
Centres de prélèvements	Défense sociale
+ Questionnaires ponctuels (informations à la sortie, repas)	

La mise en place d’une enquête de ce type peut s’avérer extrêmement demandeuse en ressources pour les professionnels de terrain, dans un contexte global complexe pour les soins de santé. Tout est dès lors mis en place pour simplifier au maximum la tâche de nos membres. Si l’impression, la distribution et l’envoi des questionnaires à santhea relèvent de la responsabilité des gestionnaires de la qualité et des équipes soignantes, nous prenons en charge le processus de numérisation des documents reçus. Nous les intégrons ensuite dans notre base de données et mettons à jour régulièrement les résultats sur notre plate-forme de reporting dynamique Microsoft Power BI.

Cet outil offre aux utilisateurs la possibilité de consulter de manière détaillée l’ensemble de leurs données, que ce soit par unité de soins ou en comparaison anonyme avec d’autres institutions. Une moyenne santhea, générée mensuellement et classée par type de questionnaire et d’item mesuré, est également mise à disposition. Sur demande, les institutions peuvent également recevoir périodiquement une copie brute de leurs données. Ceci leur permet d’intégrer directement les résultats dans les solutions d’analyses statistiques déployées sur le terrain par nos membres.

Depuis six ans, une partie des résultats issus des questionnaires «Général», «Obstétrique» et «Hôpital de jour Chirurgical et Médical» de notre enquête en milieu hospitalier est intégrée dans le volet «Expérience Patients» du programme *Pay for Performance (P4P)*. Pour soulager nos membres, les données concernées sont transmises directement à la Cellule Qualité du SPF Santé publique. Celle-ci organise un groupe de travail spécifique à cette thématique auquel santhea participe activement, s’agissant d’une reconnaissance par l’Administration de la qualité de notre enquête.

Depuis 2022, l’enquête “Satisfaction Patients” a été transposée aux maisons de repos (et de soins) (MR/S) avec l’aide du groupe de travail “Aînés” de santhea. Baptisé “Satisfaction Résidents”, le projet a rencontré un réel succès à son lancement et a, en conséquence, été pérennisé en 2023. Celui-ci fonctionne sur base de la distribution annuelle d’un questionnaire destiné aux seniors pendant une période d’un mois. Dans ce cadre, une cinquantaine de questions sont présentées par thématique.

Liste des institutions participantes

En 2023, 14 institutions hospitalières ont participé ou adhéré à l’Enquête “Satisfaction Patients”. Ceci représente dans l’ensemble 23 numéros d’agrément, parmi lesquels 4 nous ont rejoints au cours de l’année.

C.H. Le Domaine	C.H.U. Tivoli	C.H.U. Helora – Site Kennedy
C.H. Reine Astrid Malmedy	Clinique André Renard	ISoSL (3 AGR)
C.H.R. de Huy	C.R.P. Les Marronniers	CHU Charleroi – Chimay (3 AGR)
C.H.R. Sambre & Meuse (2 AGR)	EpiCURA (2 AGR)	Vivalia (4 AGR)
C.H.R. Verviers East Belgium	Hôpital de la Citadelle	

De son côté, l'Enquête "Satisfaction Résidents" a été utilisée par 25 membres de la fédération issus du secteur des Aînés en 2023.

Home de Seny	Résidence des Oliviers	Résidence Les Jardins d'Elisabeth
Le Domaine de l'Ambra	Résidence Do Grand Fa	Résidence Les Templiers
Le Grand Pré	Résidence Domaine du Château	Résidence Pierre Paulus
Les Aubépines	Résidence Eglantine	Résidence Quiétude
Les Jolis Bois	Résidence Ferdinand Nicolay	Résidence Régina
Les Jours Paisibles	Résidence Heureux Séjour	Résidence Saint-Joseph
Maison Heysel	Résidence Le Chalon	Résidence Val des seniors
Résidence Chantraine	Résidence Le Tilleul d'Edouard	
Résidence Ctesse Madeleine d'Oultremont	Résidence Les Heures Paisibles	

Actions & résultats

En 2023, l'enquête "Satisfaction Patients" a permis de récolter et d'analyser plus de 37.000 questionnaires, soit environ 7.000 de plus que l'an passé. Avec l'aide précieuse et l'investissement des coordinateurs Qualité des institutions participantes, le projet a bel et bien regagné en force après un sérieux coup de frein durant la pandémie de COVID-19. Le contact avec nos membres reste ici le principal point fort des services que nous proposons. Nous veillons ainsi à satisfaire un maximum de demandes personnalisées dans la limite du possible. Celles-ci sont dans les faits de plus en plus nombreuses, qu'ils s'agissent de demandes de modifications du contenu de notre base de données ou d'extractions spécifiques. Une tendance qui suit le développement progressif des Datawarehouses propres à chaque hôpital.

Par rapport aux nouveaux outils développés, deux questionnaires consacrés aux soins intensifs et au bloc opératoire ont été conçus avec nos membres et à leur demande. Le premier reprend des éléments spécifiques à la place des proches et à l'empathie lors de la prise en charge du patient. Le second est organisé pour évaluer la satisfaction du patient avant, pendant et après sa sortie du bloc opératoire.

En complément, un nouveau questionnaire ponctuel consacré à la confidentialité des informations personnelles a été conçu en vue d'être distribué en 2024. Lié à une thématique dont l'intérêt est grandissant tant pour les gestionnaires hospitaliers que pour les patients, il investigate la confidentialité du personnel durant toute la prise en charge à l'hôpital ainsi que les moyens mis en place par l'institution pour permettre aux patients de faire valoir leurs droits sur leurs informations personnelles. Comme une majorité de nos nouveaux ques-

tionnaires, une partie réservée aux commentaires a été prévue afin de saisir un maximum d'informations utiles et d'éventuels événements indésirables.

Par rapport à la mise à jour des outils existants, le questionnaire "Revalidation" a fait l'objet d'une refonte en profondeur en 2023. Celui-ci se distingue désormais davantage du questionnaire "Gériatrie" en se concentrant sur des éléments tels que la prise en charge multidisciplinaire des patients et la gestion de la douleur.

En parallèle aux questionnaires, l'équipe a finalisé en 2023 un module d'e-learning permettant de 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. Il permet d'augmenter l'adhésion du personnel à notre projet et, dans un même temps, le taux de retour des questionnaires. Dans le même ordre d'idées, une première séance de sensibilisation à l'enquête a été organisée par notre équipe avec les responsables de départements de l'un des participants au projet. Cet événement s'inscrit dans une volonté de diversifier les services proposés en fournissant un retour direct au terrain. Il a permis de revenir sur la méthodologie mise en place, sur les points forts du projet et sur les résultats propres à l'institution concernée.

Au dernier trimestre 2023, un nouveau projet pilote portant sur des questionnaires en ligne a été proposé aux membres. La numérisation de la société pousse en effet de plus en plus les institutions de soins à développer une méthode de complétion des enquêtes plus moderne. Une proposition a donc été formulée en ce sens par santhea en fournissant des QR-Codes aux institutions volontaires. Ceux-ci peuvent être scannés par les patients afin d'accéder aux questionnaires et ont été diffusés via un affichage, sur un document propre remis aux patients ou directement sur un questionnaire papier. Cinq institutions membres ont décidé de se lancer dans la démarche. Les questionnaires en ligne les plus plébiscités sont ceux liés à la maternité et aux urgences.

Le projet "Satisfaction Patients" n'existerait pas en l'état sans les échanges réguliers entretenus avec les membres de son groupe de travail attiré. Composé de professionnels de la Qualité issus des institutions qui participent au projet, celui-ci s'est réuni trois fois en 2023. En juin, l'équipe en charge du projet est revenue sur le programme P4P, étant donné les liens étroits entre celui-ci et notre enquête. Un retour d'expérience a été proposé par la suite concernant le questionnaire "Hôpital de jour chirurgical pédiatrique", le questionnaire ponctuel "Repas" et notre projet de questionnaires en ligne. Outre diverses questions méthodologiques, cette réunion fut également l'occasion de présenter notre module d'e-learning aux membres participants. En octobre, deux groupes de travail techniques ont été organisés avec comme objectif de travailler exclusivement sur de nouveaux questionnaires et d'en mettre d'autres à jour.

L'enquête "Satisfaction Résidents" a de son côté été reproduite en automne, sur base du protocole d'enquête et du questionnaire utilisé une première fois en 2022. Celui-ci permet d'interroger les aînés sur une large série de thématiques pensées avec le GT Aînés de santhea (accueil, relation avec le personnel, qualité de l'accompagnement, activités proposées, chambre, espaces communs et repas).

Les 25 MR/S participantes ont récolté ensemble près de 900 questionnaires sur une période d'un mois. Sur base de la méthodologie, certaines ont présenté à nouveau l'enquête et son intérêt aux résidents, à leurs proches et aux membres du personnel, ceci pour augmenter le taux de participation. Après analyse et injection des données en novembre, chaque institution participante a reçu une extraction de ses propres résultats accompagnée de tableaux et de diagrammes récapitulatifs par unité de vie pour chacune des thématiques composant l'enquête. Le rapport en ligne Microsoft Power BI de l'enquête a de son côté été mis à jour avec les résultats de septembre 2023.

Perspectives

En 2024, notre enquête en milieu hospitalier continuera d'évoluer avec la mise à jour de nos questionnaires et la conception de nouveaux outils de mesure adaptés aux attentes du terrain. Un nouveau questionnaire ponctuel devrait ainsi être développé en ciblant une thématique encore à définir. De nouveaux projets de questionnaires en ligne devraient être proposés aux membres en parallèle, ainsi qu'un nouveau concept de questionnaires diffusés plusieurs jours après la sortie du patient, mais dont les modalités techniques doivent encore être discutées avec nos membres.

En ce qui concerne le secteur des Aînés, l'enquête sera reproduite en septembre 2024 en suivant la même méthodologie qu'en 2023, sauf demandes contraires du groupe de travail "Aînés" de santhea.

Enfin, il est prévu d'interpeller les membres de notre groupe de travail "Santé mentale" concernant l'utilité et la faisabilité d'une extension de notre enquête dans ce secteur, sachant que nous serions confrontés à un public très spécifique de patients pris en charge par des institutions aux profils variés.



ENVIRONNEMENT : LE PROJET *TOGETHER FOR GREEN HEALTHCARE*

Contexte

Le dérèglement climatique et ses conséquences sont au cœur de l'actualité depuis plusieurs années déjà. En plus des directives européennes (telle que la taxonomie verte), des accords récents de la COP28, ou encore des plans régionaux (comme le Plan Air Climat Énergie), devoir réduire son impact sur le climat reste un défi de taille pour toute entreprise, y compris celles du secteur des soins de santé. La démarche est d'autant plus importante pour ce secteur qu'au-delà de l'impact environnemental, les institutions de soins sont de grandes consommatrices d'énergie et que toute politique en la matière a une incidence sur l'ensemble de son personnel. Les soins de santé en Belgique seraient, selon l'organisation Healthcare Without Harm (HCWH), responsables de 5,5 % des émissions de gaz à effet de serre (GES) alors que la moyenne mondiale tendrait vers les 4,4 %¹. Si de nombreuses initiatives visant à réduire l'émission de GES ont été prises par les établissements de soins en Belgique, elles restent trop souvent isolées et prises sans vision globale sur l'ensemble du secteur.

Par ailleurs, en 2022, les hôpitaux ont dû faire face à une crise énergétique qui les a poussés à rationaliser leurs consommations d'énergie. Ces efforts pour baisser la dépendance aux énergies fossiles ont été poursuivis en 2023.

Santhea s'est efforcé d'appuyer les démarches en matière de diminution de consommation d'énergie et d'émission de GES entreprises par ses membres. Un choix majeur a été d'inscrire ces efforts au sein d'une démarche de RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises) plus globale. Cette démarche implique la mise en place de politiques à moyen et long terme. Il importe d'abord, pour chaque institution, d'établir un bilan de sa maturité RSE, de passer en revue les initiatives déjà présentes et d'identifier celles à élargir ou à initier. Les discussions de ces points et les partages d'expérience sont alors effectués au sein d'un groupe de travail, ce qui constitue une plus-value pour les institutions qui y participent.

Actions de l'année

L'année 2023 a été consacrée à poursuivre le soutien à nos institutions dans leurs efforts visant à diminuer leur charge environnementale. L'axe principal de ces efforts a été de mettre en place, pour plusieurs institutions candidates, les conditions nécessaires à l'établissement d'un bilan d'émission de gaz à effet de serre (BEGES) (aussi appelé "bilan carbone").

Comité de référents RSE

À côté du groupe de travail dédié aux matières environnementales, un groupe de travail spécifiquement consacré à la RSE a été mis sur pied. Dénommé "comité de référents RSE", 21 institutions affiliées à santhea y ont délégué un représentant. Il s'est réuni à cinq reprises en 2023, initialement pour identifier les premières thématiques RSE à traiter et, suite aux premières discussions, pour accompagner les institutions candidates désireuses d'établir un BEGES incluant les émissions indirectes de GES résultant de l'ensemble de leurs activités ("scope 3").

¹. Health Care Without Harm, "L'empreinte climatique du secteur de la santé - Comment le secteur de la santé participe à la crise climatique mondiale et les possibilités d'action" pp. 4, 24., <https://noharm-europe.org/documents/!%E2%80%99empreinte-climatique-du-secteur-de-la-sant%C3%A9>

Responsabilité sociétale des entreprises (RSE)

En matière de RSE, il a donc été décidé, à la demande du comité de référents RSE, de donner la priorité à l'établissement d'un BEGES complet. Cette démarche a été considérée comme un préalable essentiel étant donné qu'à l'issue du bilan et en fonction de ses résultats, une institution de soins doit pouvoir identifier les actions à privilégier en son sein afin, non seulement, d'alléger sa charge environnementale, mais aussi d'améliorer sa maturité RSE. Plusieurs sociétés de consultance spécialisées en la matière ont donc été contactées par santhea et leurs offres ont été analysées par le comité. Le choix de celui-ci s'est arrêté, fin 2023, sur la société NEPSSEN dont l'offre, aussi bien du point de vue méthodologique que financier, était la plus en adéquation avec les desiderata exprimés par les institutions hospitalières candidates à l'établissement d'un BEGES scope 3.

Cadastre énergie

Le travail mené en 2022 consistant à développer un cadastre énergétique portant sur la consommation de gaz, d'électricité, et d'eau des hôpitaux affiliés à santhea a été poursuivi en ajoutant les données de 2022 à celles récoltées pour les années 2016 à 2021. En complément des consommations, il a également été demandé aux hôpitaux qui en disposent, de fournir la quantité d'électricité produite par leurs panneaux photovoltaïques, et l'électricité réinjectée sur le réseau. Nous nous sommes également intéressés à la consommation d'eau chaude sanitaire. Ces éléments ont permis de savoir si certaines institutions avaient déjà franchi le pas d'investir dans l'énergie renouvelable. Le suivi de l'évolution de leur consommation d'énergie permet aussi d'identifier les actions prioritaires à mener pour la réduire et ainsi alléger le coût qu'elle représente.

Partant de notre réflexion et de l'outil appliqué au secteur hospitalier, nous avons proposé aux maisons de repos, lors du premier groupe de travail « Aînés » organisé en 2023, d'établir un cadastre spécifique à leur secteur. Les données nécessaires ont été obtenues des maisons de repos volontaires au cours du premier trimestre 2023. Le cas échéant, comme pour les hôpitaux, celles relatives aux panneaux photovoltaïques ont aussi été récoltées. Ces données de consommation permettent, en regard du nombre de résidents ou de la superficie du bâtiment, d'obtenir des indicateurs aidant à la décision dans le but de diminuer la consommation d'énergie et les coûts correspondants.

Notons enfin que les cadastres, établis en 2022 uniquement fournis au format PDF, sont désormais en ligne, dynamiques et au format Power BI. Leur présentation initiale a évolué en fonction des différentes remarques ou améliorations demandées par les membres, afin que l'outil leur soit le plus utile et le plus pratique possible.

Journées d'étude et colloques

Nous avons participé à la journée de l'AFTSH (Association Francophone des responsables Techniques et de Sécurité des institutions Hospitalières) du 9 mars 2023 qui s'est déroulée au St. Nikolaus Hospital d'Eupen. Cette journée, consacrée à l'humidification adiabatique en lieu et place de l'humidification à la vapeur, nous a permis d'avoir une vision plus claire des enjeux et des risques en la matière. À l'issue des exposés, une visite des installations a été organisée.

Nous avons aussi participé, au colloque organisé par la Région wallonne le 29 septembre 2023 intitulé "À mi-chemin vers les Objectifs de développement durable (ODD) : comment accélérer la transition des acteurs publics et privés?". Le colloque visait à faire le point sur la mise en œuvre des 17 ODD dans les divers secteurs d'activité, dont celui des soins de santé. Il a été l'occasion pour santhea de faire une présentation lors d'un atelier consacré aux ODD dans les soins de santé portant sur la démarche RSE proposée par la fédération à ses membres.

Santhea a par ailleurs participé à la "Journée d'étude nationale pour l'économie circulaire dans les soins de santé", qui s'est tenue le 24 octobre 2023, à l'initiative du SPF Santé Publique. Différentes études relatives à l'usage et au recyclage des équipements médicaux ont été présentées lors de la session du matin. Les résultats permettent d'envisager de nouvelles perspectives pour limiter l'utilisation de produits à usage unique dans le secteur des soins de santé et/ou réduire les quantités de déchets générés. L'après-midi, les participants, répartis en trois groupes, ont été invités à contribuer par leur réflexion à trois ateliers respectivement intitulés "Freins et opportunités pour des achats durables", "Recyclage et gestion des déchets" et "Pratiques cliniques". Chaque groupe a eu l'opportunité de présenter les résultats de ses réflexions sur les trois sujets proposés, dans un but d'identification de pistes possibles d'amélioration de la circularité dans les soins de santé.

Perspectives

L'idée de travailler sur l'environnement dans le secteur des soins de santé n'est pas nouvelle et cela fait quelques années que santhea s'intéresse à la question au travers notamment de la publication de notes et de la mise en lumière, via des groupes de travail, d'outils et de pratiques innovantes en la matière susceptibles d'intéresser ses membres.

Selon nous, 2023 a pourtant été marquée par une prise de conscience accrue du secteur de la santé de la nécessité d'entreprendre et de structurer une démarche menant à progressivement alléger la charge qu'il fait peser sur l'environnement. C'est dans cette perspective que santhea s'est efforcé, à leur demande, d'appuyer et

d'accompagner ses institutions hospitalières dans une approche RSE de leurs activités. La RSE englobe et va au-delà de l'unique aspect environnemental et a le mérite de subdiviser les activités de l'entreprise en plusieurs axes offrant autant d'opportunités d'actions, permettant de structurer et de coordonner celles-ci dans un but d'amélioration globale.

Pour un hôpital, un outil essentiel de cette structuration consiste à établir un BEGES complet de ses activités et, à la lumière de ce bilan, établir un programme d'actions à court, moyen et long terme destinées à améliorer sa maturité RSE. C'est à l'établissement de ce bilan pour plusieurs hôpitaux candidats que sera consacrée l'année 2024. Il s'agit d'un travail de longue haleine que chaque hôpital devra répéter à l'avenir afin de pouvoir suivre au cours du temps les progrès effectués. Les hôpitaux santhea ne faisant pas partie, pour diverses raisons, du premier groupe mesurant le BEGES complet seront approchés à nouveau en 2024 et invités à constituer un nouveau groupe consacré à cette tâche.

Nous comptons également améliorer notre connaissance, jusqu'ici incomplète, des actions RSE existantes d'ores et déjà au sein des hôpitaux santhea. Un relevé de celles-ci sera donc fait, également dans un but de structuration et aussi d'échanges de bonnes pratiques et, idéalement, de mise en commun entre différentes institutions, d'efforts portant sur des thématiques identiques.

L'établissement du cadastre énergétique dans les hôpitaux et le secteur des aînés sera poursuivi et concernant celui-ci, il serait bienvenu d'explorer dans quelle mesure la démarche RSE pourrait y être initiée et/ou soutenue.





NOS MEMBRES

PARTIE 7



HÔPITAUX

- 1 C.H. de Mouscron MOUSCRON
- 2 C.H. du Bois de l'Abbaye SERAING
- 3 C.H. EpiCURA - Ath ATH
- 4 C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu HORNU
- 5 C.H. Le Domaine BRAINE-L'ALLEUD
- 6 C.H.R. de Huy HUY
- 7 C.H.R. du Val de Sambre SAMBREVILLE (AUVELAIS)
- 8 C.H. Reine Astrid Malmedy MALMEDY
- 9 C.H.R. Haute Senne SOIGNIES
- 10 C.H.R. Namur NAMUR
- 11 C.H.R. Verviers East Belgium VERVIERS
- 12 C.H.U. de Liège LIÈGE
- 13 C.H.U. Helora - site Kennedy MONS
- 14 C.H.U. Tivoli LA LOUVIÈRE
- 15 CHwapi TOURNAI
- 16 Clinique André Renard HERSTAL
- 17 C.R.P. Les Marronniers TOURNAI



- 18 Hôpital de La Citadelle
- 19 HUmani - Centre de Santé des Fagnes
- 20 HUmani - Hôpital André Vésale
- 21 HUmani - Hôpital Civil Marie Curie
- 22 Intercommunale G. Passelecq - Chêne aux Haies
- 23 I.S.o.S.L. - C.H.P. Petit-Bourgogne
- 24 I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé L'Accueil
- 25 I.S.o.S.L. - Valdor-Pèri
- 26 L'Équipe
- 27 VIVALIA - Centre Hospitalier Centre Ardenne
- 28 VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg
- 29 VIVALIA - Hôpital de Marche
- 30 VIVALIA - Hôpital psychiatrique de Bertrix

- LIÈGE
- CHIMAY
- MONTIGNY-LE-TILLEUL
- LODELINSART
- MONS
- LIÈGE
- LIERNEUX
- LIÈGE
- BRUXELLES
- LIBRAMONT
- ARLON
- MARCHE-EN-FAMENNE
- BERTRIX



MR/MRS

- | | | | | | |
|----|--|---------------------|----|---|------------------|
| 1 | Aux Ursulines (CPAS) | BRUXELLES | 29 | Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont | GHLIN |
| 2 | Centre de soins Saint-Joseph (INAGO) | MORESNET | 30 | Résidence Dejaifve (AISBS) | FOSES-LA-VILLE |
| 3 | Domaine de L'Ambra (VIVALIA) | SAINTE-ODE | 31 | Résidence des Oliviers (VIVALIA) | VIRTON |
| 4 | Domaine des Blés Dorés (ISoSL) | VILLERS-L'ÉVÊQUE | 32 | Résidence Du Thier (ISoSL) | LIÈGE |
| 5 | Domaine des Riezes et Sarts (SOLIDARIS) | CUL-DES-SARTS | 33 | Résidence Do Grand Fa (CPAS) | MALMEDY |
| 6 | Heureux Séjour (HUmani) | COURCELLES | 34 | Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS) | FLÉMALLE |
| 7 | Home de Seny (CHU DE LIÈGE) | SENY-TINLOT | 35 | Résidence du Bois d'Havré (Intercommunale G. Passelecq) | HAVRÉ |
| 8 | Home Franchimontois (CPAS) | THEUX | 36 | Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL) | ANS |
| 9 | La Bonne Maison de Bouzanton (Intercommunale G. Passelecq) | MONS | 37 | Résidence Églantine (INTERSENIORS) | SERAING |
| 10 | La Bouvière (VIVALIA) | VIELSAM | 38 | Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS) | STAVELOT |
| 11 | La Closière (CPAS) | ERPENT | 39 | Résidence La Barcarolle (CPAS) | STEMBERT |
| 12 | La Maison de Mariemont | MORLANWELZ | 40 | Résidence La Kan (INAGO) | AUBEL |
| 13 | Le Couquemont (CPAS) | DISON | 41 | Résidence Le Laetare (CPAS) | LA LOUVIÈRE |
| 14 | Le Doux repos (CPAS) | MANAGE | 42 | Résidence La Lainière (CPAS) | VERVIERS |
| 15 | Le Grand Pré (CPAS) | WÉPION | 43 | Résidence La Plaine (ISoSL) | LIÈGE |
| 16 | Le Mont Falise (CHRH) | HUY | 44 | Résidence Le Chalon (AIGT) | CHIMAY |
| 17 | Le Vignoble (CPAS) | BRAINE-L'ALLEUD | 45 | Résidence Le Doux Séjour (ISoSL) | HERSTAL |
| 18 | Les Chardonnerets (CPAS) | JAMBES | 46 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL) | WELKENRAEDT |
| 19 | Les Heures Claires (CAHC) | SPA | 47 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC) | LIMBOURG |
| 20 | Les Jolis Bois (CPAS) | SAINT-GEORGES | 48 | Résidence Le Temps des Cerises (AISBS) | BIESME |
| 21 | Les Jours Paisibles (SOLIDARIS) | BAUDOUR | 49 | Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISoSL) | GRIVEGNÉE |
| 22 | Maison d'Harschamp (CPAS) | NAMUR | 50 | Résidence Le Touvent (AIGT) | SIVRY |
| 23 | Maison Heysel (CPAS) | BRUXELLES | 51 | Résidence Les Aubépines (CPAS) | HOUDENG-GOEGNIES |
| 24 | Maison Vésale (CPAS) | BRUXELLES | 52 | Résidence Les Avelines (CHRH) | WANZE |
| 25 | Nouvelle Quiétude (HUmani) | MONTIGNY-LE-TILLEUL | 53 | Résidence Les Eglantines (CPAS) | BRUXELLES |
| 26 | Résidence Ange-Raymond Gilles (INTERSENIORS) | JEMEPPE | 54 | Résidence Les Genêts (INTERSENIORS) | OUGRÉE |
| 27 | Résidence Chantraine (INTERSENIORS) | SAINT-NICOLAS | 55 | Résidence Les Heures Paisibles (INTERSENIORS) | WAREMME |
| 28 | Résidence Chassart (CPAS) | WAGNELÉE | 56 | Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS) | WAIMES |



- 57 Résidence Les Orchidées (ISoSL)
- 58 Résidence Les Prés Brion (CHRH)
- 59 Résidence Les Saules (ISoSL)
- 60 Résidence Les Templiers (CPAS)
- 61 Résidence Les Trois Rois (ISoSL)
- 62 Résidence Louis Demeuse (ISoSL)
- 63 Résidence Pierre Paulus (HUmani)
- 64 Résidence Régina (INAGO)
- 65 Résidence Sainte-Gertrude (CPAS)

GRIVEGNÉE
 HUY
 BASSENGE
 FLEURUS
 VISÉ
 HERSTAL
 CHÂTELET
 MORESNET
 BRUXELLES

- 66 Résidence Saint-Joseph (CPAS)
- 67 Résidence Springuel-Hellin (CPAS)
- 68 Résidence Val des Séniors (VIVALIA)
- 69 Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)
- 70 Sainte-Elisabeth (CPAS)
- 71 Saint-Joseph (CPAS)
- 72 Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS)
- 73 Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS)

VERVIERS
 MONTEGNEE
 CHANLY
 HUY
 HERVE
 TEMPLoux
 BUTGENBACH
 SAINT-VITH



CAJ/CSJ

- 1 Domaine des Blés Dorés (ISoSL)
 - 2 Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)
 - 3 Heureux Séjour (HUMANI)
 - 4 La Bonne Maison de Bouzanton (Intercommunale G. Passelecq)
 - 5 La Bouvière (VIVALIA)
 - 6 La Cigale (INTERSENIORS)
 - 7 La Maison de Mariemont
 - 8 Le Grand Pré (CPAS)
 - 9 Les Heures Claires (CAHC)
 - 10 Le Vignoble (CPAS)
 - 11 Nouvelle Quiétude (HUMANI)
 - 12 Résidence des Oliviers (VIVALIA)
 - 13 Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL)
 - 14 Résidence DuThier (ISoSL)
 - 15 Résidence La Kan (INAGO)
 - 16 Résidence La Plaine (ISoSL)
 - 17 Résidence Le Doux Séjour (ISoSL)
 - 18 Résidence Le Laetare (CPAS)
 - 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
BRAINE-L'ALLEUD
MONTIGNY-LE-TILLEUL
VIRTON
ANS
LIÈGE
AUBEL
LIÈGE
HERSTAL
LA LOUVIÈRE
HOUDENG-GOEGNIES
WANZE
VISÉ
WELKENRAEDT
LIMBOURG
MORESNET
HERVE

RÉSIDENCES-SERVICES

- 1 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
- 2 Doux repos (CPAS)
- 3 Entour'Age (CPAS)
- 4 Isabelle Brunelle (CPAS)
- 5 L'Azalée (CPAS)
- 6 La Cité (ISOSL)
- 7 La Maison de Mariemont
- 8 Le jardin des Couleurs du Temps (CPAS)
- 9 Les Alouettes (ISOSL)
- 10 Les Heures Claires (CAHC)
- 11 Les Jolis Bois (CPAS)
- 12 Le Vignoble (CPAS)
- 13 Résidence Bouvière (VIVALIA)
- 14 Résidence Champagnat (AIGT)
- 15 Résidence des Hauteurs (ISOSL)
- 16 Résidence Do Grand Fa (CPAS)
- 17 Résidence du Bois d'Havré (Intercommunale G. Passelecq)
- 18 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
- 19 Résidence Le Chalon (AIGT)
- 20 Résidence Le Laetare (CPAS)
- 21 Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
- 22 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
- 23 Résidence Les Avelines (CHRH)
- 24 Résidence Les Eglantines (CPAS)
- 25 Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)
- 26 Résidence Les Prés Brion (CHRH)
- 27 Résidence Régina (INAGO)
- 28 Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH)

- VILLERS-L'ÉVÊQUE
 MANAGE
 JAMBES
 NAMUR
 SAINT-NICOLAS
 HERSTAL
 MORLANWELZ
 TEMPLoux
 VISÉ
 SPA
 SAINT-GEORGES
 BRAINE-L'ALLEUD
 VIELSAM
 COUVIN
 LIÈGE
 MALMEDY
 HAVRÉ
 ANS
 CHIMAY
 LA LOUVIÈRE
 WELKENRAEDT
 LIMBOURG
 WANZE
 BRUXELLES
 WAIMES
 HUY
 PLOMBIÈRES
 HUY

CONVENTIONS DE REVALIDATION

- 1 Alba (ALISES)
 - 2 Asbl L'Interval (AIGS)
 - 3 Asbl L'Ancre (AIGS)
 - 4 Asbl Le Maillet (AIGS)
 - 5 Asbl Le Sablier (AIGS)
 - 6 Asbl Transit
 - 7 Centre de Réadaptation de l'Enfant
 - 8 Centre Psychothérapeutique de Jour (WOPS)
 - 9 Centre Psychothérapeutique de Nuit (WOPS)
 - 10 Clairs Vallons
 - 11 C.L.E.A.N. (ISoSL)
 - 12 Centre de Réadaptation fonctionnelle La Cordée
 - 13 Diapason (Diapason - Transition)
 - 14 Ellipse (ALISES)
 - 15 Enaden
 - 16 La Fabrique du Pré
 - 17 La Pièce (L'Équipe)
 - 18 La Traversière
 - 19 Le Foyer (L'Équipe)
 - 20 Le Mènolou (CHU Tivoli)
 - 21 Les Hautes Fagnes
 - 22 M.A.S.S. de BRUXELLES
 - 23 M.A.S.S. de Mons (Parenthèse asbl - Intercommunale G. Passelecq)
 - 24 Poliade (INTERCOMMUNALE G. PASSELECQ)
 - 25 Section externat de l'Équipe
 - 26 START-MASS (ISoSL)
 - 27 Transition (Diapason - Transition)
- LA LOUVIÈRE
 VOTTEM
 OUPEYE
 BEYNE-HEUSAY
 EBEN-EM AEL
 BRUXELLES
 LIÈGE
 BRUXELLES
 BRUXELLES
 OTTIGNIES
 LIÈGE
 LIBRAMONT
 CHARLEROI
 CARNIÈRE
 BRUXELLES
 NIVELLES
 BRUXELLES
 NIVELLES
 BRUXELLES
 LA LOUVIÈRE
 MALMEDY
 BRUXELLES
 MONS
 GHLIN
 BRUXELLES
 LIÈGE
 CHARLEROI

MUTUALITÉS

- 1 Mutualité socialiste du Luxembourg
- 2 Solidaris Wallonie - Territoire Brabant Wallon
- 3 Solidaris Wallonie - Territoire Centre, Charleroi et Soignies
- 4 Solidaris Wallonie - Territoire Namur
- 5 Solidaris Wallonie - Territoire Liège
- 6 Solidaris Wallonie - Territoire Mons Wallonie picarde
- 7 Union Nationale des Mutualités Socialistes - Solidaris

SAINT-HUBERT
TUBIZE
CHARLEROI
SAINT-SERVAIS
LIÈGE
ATH
BRUXELLES

SOINS À DOMICILE

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

BRUXELLES
BRUXELLES

POLYCLINIQUE

- 1 Centres spécialisés du Hainaut

LA LOUVIÈRE

LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

- 1 IBC
- 2 IPG

BRUXELLES
GOSSELIES

MÉDECINE DU TRAVAIL

- 1 Cohezio

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 | Don de sang ASBL | CHARLEROI |

INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES

- | | | |
|---|--|-----------------|
| 1 | HP Famenne - Ardenne (VIVALIA) | BETRIX |
| 2 | L'Ancrage (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'Équipe) | 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 (Intercommunale G. Passelecq) | MONS |
| 6 | M.S.P. Belle-Vue (VIVALIA) | ATHUS |
| 7 | PPH Haus Vitus (VIVIAS) | ST VITH |

SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Province de Namur :

- 1 SSM d'Andenne
- 2 SSM de Beauraing
- 3 SSM de Ciney
- 4 SSM de Couvin
- 5 SSM de Dinant
- 6 SSM de Namur (Astrid)
- 7 SSM de Namur (Balances)
- 8 SSM de Tamines

Province de Liège :

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

AUTRES INSTITUTIONS DE SOINS

- | | | |
|---|---|-------------|
| 1 | Asbl Fédération Régionale
des Associations de Télémédecine Médicale (FRATEM) | LIÈGE |
| 2 | Plan d'accompagnement concerté transversal (PACT) | LA LOUVIÈRE |

santhea 

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

Comme chaque année, le Conseil d'administration de santhea se réunit quasi mensuellement pour aborder les grands dossiers en cours, définir la ligne de santhea sur ceux-ci, et établir la stratégie et les priorités pour le futur.

Au niveau de la gestion des Ressources Humaines au sens large, le Conseil d'administration de santhea a, notamment, abordé la problématique des MACCS dans le cadre de la convention de la CPMNH avec les candidats-spécialistes, la question des pensions des agents statutaires, l'évolution de la profession infirmière, l'IFIC et l'impact sur la trésorerie des hôpitaux de l'activation des fonctions, la prime au conventionnement.

Le budget des soins de santé 2024 a été discuté, de même que les questions de financement des institutions de soins, avec l'étude du KCE portant sur la réforme du financement des hôpitaux et celle portant sur les coûts indirects dans le financement des hôpitaux, les suppléments d'honoraires et les suppléments de chambres, le Budget des moyens financiers (BMF), la mesure d'économie en Biologie Clinique et la mesure compensatoire pour les hôpitaux, et la problématique des patients sociaux (sous-partie B8 du BMF).

Le Conseil a analysé la proposition d'évolution du statut et des missions du médecin-chef émanant de l'Association francophone des Médecins-Chef et de son homologue néerlandophone, la VVH, et s'est penché sur la réforme de la gouvernance de l'AViQ et la réforme de la fonction consultative.

Il a également été décidé de rédiger un Mémoire en vue des élections de juin 2024, dont les administrateurs ont défini les principaux éléments.

Plusieurs projets de santhea ou au sein desquels santhea est impliqué ont été évoqués : les Journées d'études, la reprise du CIBES par les fédérations hospitalières bruxelloises et wallonnes, le projet INAH, les actions de durabilité/RSE soutenues par notre fédération, la cellule RGPD de santhea dans le cadre de l'établissement d'une Politique de Sécurité de l'Information pour les membres de santhea, ou encore l'organisation d'une Masterclass pour les cadres hospitaliers.

Enfin, le Conseil d'administration a également traité les questions relatives à notre fédération et à sa gestion : les mandats de santhea au sein de diverses instances, l'adhésion de nouveaux membres, la clôture des comptes annuels et leur révision, l'établissement du budget de la fédération.

* Juin 2024



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 **Genbauffe Jean-Pierre**
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 **Bonhomme Jérôme**
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**
Intercommunale Gabrielle Passelecq, représentée par **Olivier Stéphane**
HUmani, représentée par **Dorigatti Michel**

L'Équipe, représentée par **Wesel Pascale**
Les Heures Claires, représentée par **Ribourdouille Bernard**
VIVALIA, représentée par **Bernard Yves**

Assistent avec voix consultative

CHU Helora – site Kennedy, représenté par **Bouchez Chantal**
Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) – Solidarité représentée par
Laasman Jean-Marc
Van de Sype Dominique

santhea 

NOTRE ÉQUIPE

PARTIE 9

NOTRE ÉQUIPE



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



Patrick CAMMARATA
Conseiller
Analyses et études, Financement (Hors BMF)



Jean-François COLET
Coordinateur IT



Philippe COSTARD
Conseiller
RGPD (aspects IT)



Bertrand DAURIAC
Conseiller
RGPD (aspects juridiques)



Martine DUFASNE
Secrétaire



Marie FURLAN
Chargée de projets
RSE



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.be

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

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