

santhea 

2024

RAPPORT
ANNUEL

SOMMAIRE

| | |
|-----|--|
| 5 | Le mot de la Présidente |
| 9 | Faits et chiffres |
| 31 | Les grands dossiers |
| 51 | Représentation et défense de nos membres |
| 55 | Une expertise démontrée au travers de nos dossiers |
| 87 | Une fédération dynamique |
| 107 | Nos membres |
| 115 | Notre Conseil d'Administration |
| 119 | Notre équipe |

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

PARTIE 1

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

L'année qui s'achève ne fut pas tout à fait comme les autres, les exécutifs des différents niveaux de pouvoir étant appelés à être renouvelés. Dans ce contexte, chaque parti politique a formulé ses propositions, ses promesses, et ses priorités. La santé en fait, parfois, partie. Pas toujours, malheureusement...

Au mois de juin, puis en octobre pour le niveau local, l'électeur a parlé. C'est la démocratie, même si on peut regretter la manière dont certains ont choisi de faire campagne, rendant le débat de fond impossible et forçant chacun à se retrancher derrière des postures idéologiques. Le résultat est quant à lui sans appel. La Wallonie et la Fédération Wallonie-Bruxelles seront dorénavant dirigées par des gouvernements de centre droit. Le Fédéral aussi. Un écho à une tendance que l'on retrouve dans de nombreux pays.

Le menu annoncé pour les cinq prochaines années n'est pas réjouissant : rigueur budgétaire et austérité. L'état dépenserait trop, et aurait une place trop importante dans l'économie de notre société. Il faut donc couper dans les dépenses publiques, pour responsabiliser et de là gagner en efficacité. Il faut aussi flexibiliser pour améliorer la situation de notre pays. C'est en tout cas ce qu'on nous dit depuis les nouveaux gouvernements. Place également à la méritocratie. Les choses ne sont plus

acquises. Est-ce aussi le cas en santé ? Officiellement, non. Certains se targuent d'ailleurs de l'avoir défendue bec et ongles. Ce serait leur victoire. Vraiment ?

Fondamentalement, ces élections ont mis en lumière une confrontation entre deux visions de la société. Une confrontation que l'on avait, peut-être, un peu perdue de vue en Belgique – en tout cas au sud et au centre du pays. L'une qui place la société et les relations interpersonnelles au centre du jeu, comme force, ciment et moteur de notre économie au bénéfice de tous. L'autre qui prône l'individu avant tout, ce qui se traduit par une économie plus dynamique et réactive, et donc plus à même de créer de la richesse bénéficiant à la société. Il n'y a pas de vérité absolue, les modèles économiques étant très sensibles au contexte et aux conditions. On peut évidemment regarder comment les choses se passent ailleurs pour évaluer la pertinence de certaines politiques. Aux États-Unis, par exemple...

Quoi qu'on en pense, c'est donc dans un nouveau paradigme, au moins d'idées, qu'il nous faudra fonctionner durant les prochaines années.

Les élections n'ont, bien sûr, pas fait disparaître les défis auxquels notre système de santé est confronté comme le vieillissement de la population, les enjeux

environnementaux, la cybersécurité ou la pénurie de main-d'œuvre. Les problèmes structurels ne manquent pas non plus, entre le sous-financement des institutions de soins, la répartition complexe des compétences entre les différents niveaux de pouvoirs, ou encore le risque systémique lié aux charges croissantes que représentent les pensions des agents statutaires. Oui, il faut repenser notre système et son fonctionnement pour assurer sa soutenabilité dans le futur et garantir ainsi une prise en charge de qualité à tous les citoyens. Ce n'est pas nouveau, et de nombreuses réformes ont déjà été mises en œuvre ou sont en cours de discussion. Santhea y participe d'ailleurs activement. Citons, notamment, la réforme du paysage hospitalier, la réforme de la nomenclature ou encore la question des suppléments d'honoraires.

Ces réformes sont indispensables. C'est une évidence. Mais ce constat n'autorise pas à faire tout et n'importe quoi, sans tenir compte des contextes et des spécificités. Pour que demain, notre système de santé puisse remplir son rôle, il faudra construire un consensus solide entre tous les acteurs. Il faudra, aussi, du temps. Il faudra, surtout, des investissements. Car couper dans les dépenses de santé aujourd'hui, revient à aggraver encore un peu plus le sous-financement dont nous

souffrons, et que santhea – comme d'autres – dénonce depuis de nombreuses années.

Toute politique publique se doit d'être basée sur les connaissances et les données. Derrière cette évidence, assénée par tous les partis confondus, la réalité est parfois toute autre. Quand on apprend que la norme de croissance, pourtant calculée par un organisme officiel que l'on ne peut taxer d'une quelconque orientation politique, ne sera pas respectée durant les prochaines années, cela questionne le positionnement de certains qui affirmaient faire de la santé LA priorité. Car ne pas respecter la norme de croissance revient à ne pas donner les moyens au secteur de fonctionner au regard de la population qu'il dessert. On le répète, il n'y aura pas de réforme possible sans investissement.

Comme toujours, santhea participera activement aux travaux qui auront lieu dans les prochains mois et années pour transformer notre système de santé et garantir son futur.

Mais nous refuserons catégoriquement de renoncer à nos valeurs – accessibilité, liberté de choix et universalité – qui sont le fondement de la société telle que nous la voyons. Une société où la solidarité entre les personnes est au cœur des décisions et des actions. Une société qui

protège les minorités et les individus les plus faibles. Une société qui défend les droits de chacun et le respect des opinions et des choix des individus.

Une société doit être en mesure d'assurer un accès équitable à des soins efficaces, sûrs et adaptés aux besoins et aux souhaits de tous. Ce qui ne peut se faire que grâce à un système de santé conçu sur base des caractéristiques de sa population et de la diversité des contextes existants, et disposant des ressources nécessaires, humaines et financières.

C'est ce pour quoi santhea s'est toujours battu. C'est ce pour quoi santhea se battra toujours.



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 2024 | Nombre de lits 2024 |
| Hôpitaux généraux | 40** | 16 494 |
| <i>Dont hôpitaux universitaires</i> | 1 | 1 038 |
| <i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i> | 3** | 812 |
| Hôpitaux psychiatriques | 20 | 4 065 |
| Total | 60 | 20 559 |

| | Bruxelles | |
|---|----------------------------|---------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de lits 2024 |
| Hôpitaux généraux | 14** | 7 521 |
| <i>Dont hôpitaux universitaires</i> | 3 | 2 680 |
| <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).

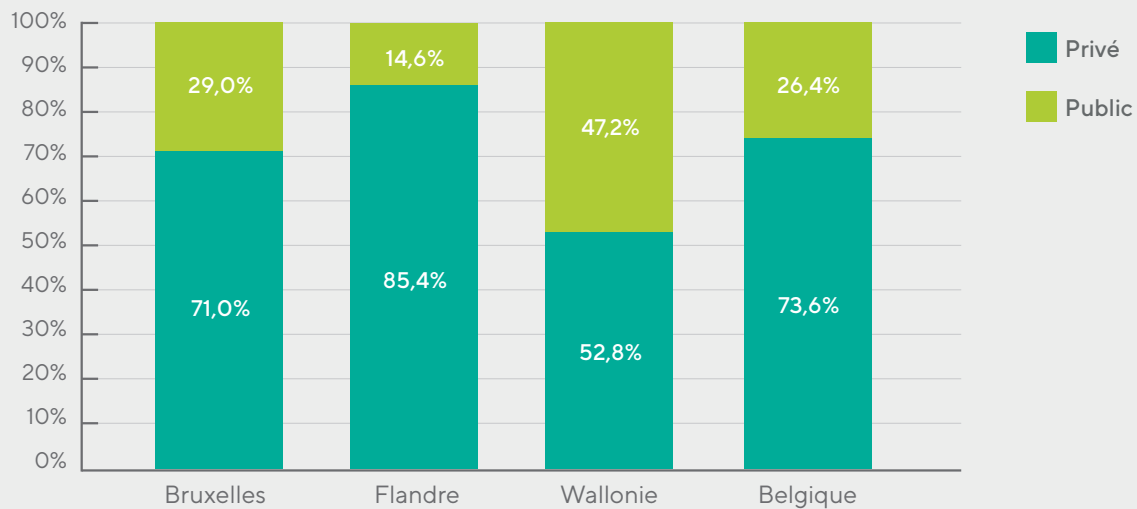


| | Flandre | |
|---|----------------------------|---------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de lits 2024 |
| Hôpitaux généraux | 52 | 28 322 |
| <i>Dont hôpitaux universitaires</i> | 3 | 3 380 |
| <i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i> | - | - |
| Hôpitaux psychiatriques | 30 | 9 915 |
| Total | 82 | 38 237 |

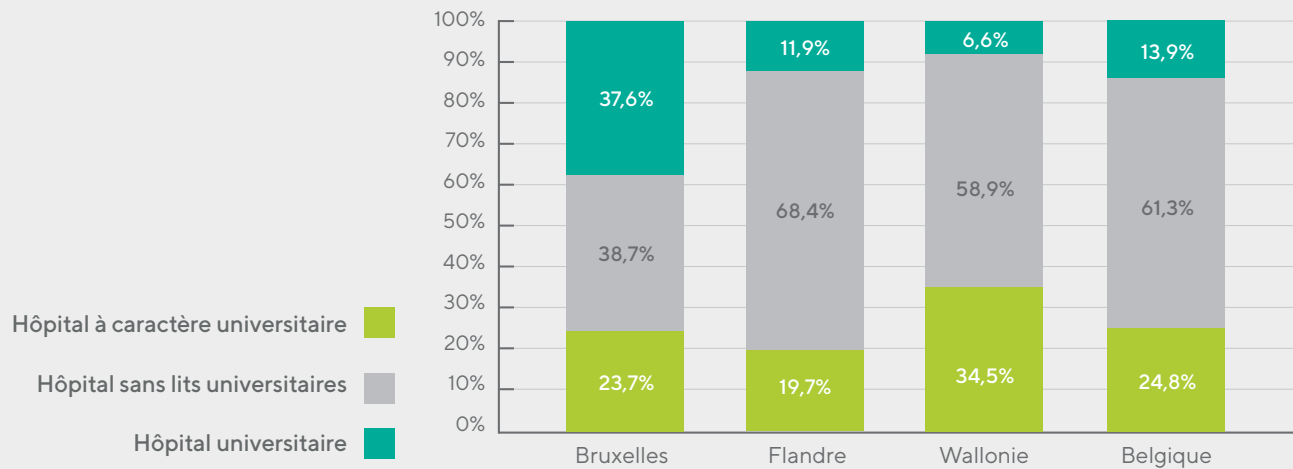
| | Belgique | |
|---|----------------------------|---------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de lits 2024 |
| Hôpitaux généraux | 104 | 52 337 |
| <i>Dont hôpitaux universitaires</i> | 7 | 7 098 |
| <i>Dont hôpitaux généraux spécialisés</i> | 4 | 1 207 |
| Hôpitaux psychiatriques | 59 | 14 810 |
| Total | 163 | 67 147 |

2. Analyse de quelques caractéristiques

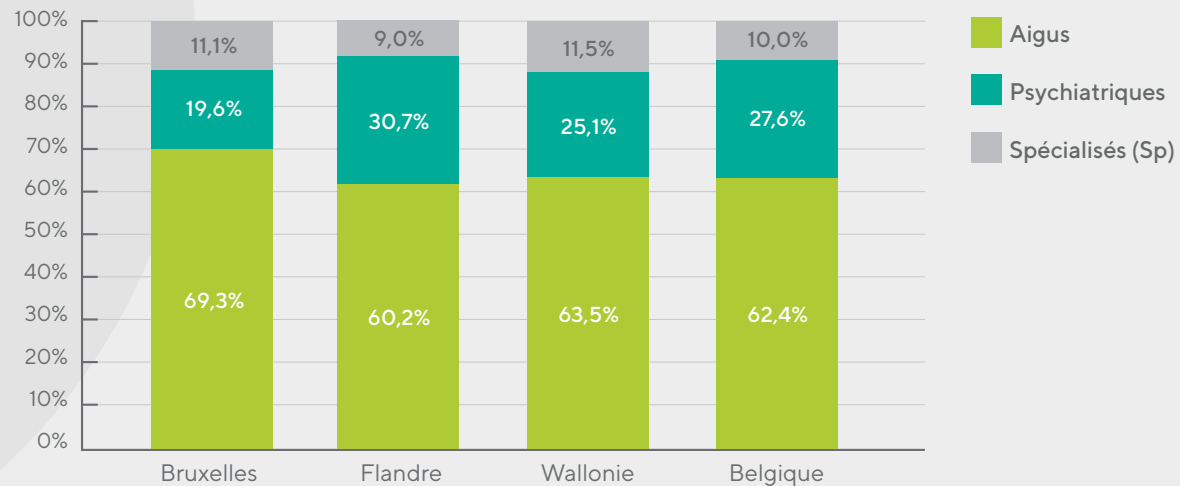
Répartition du nombre de lits agréés 2024 par statut pour chaque région et au niveau national



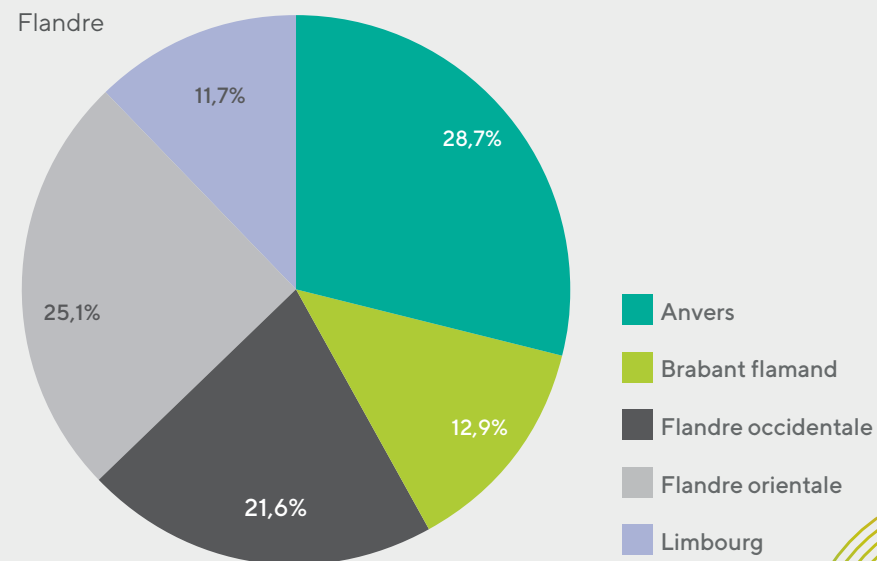
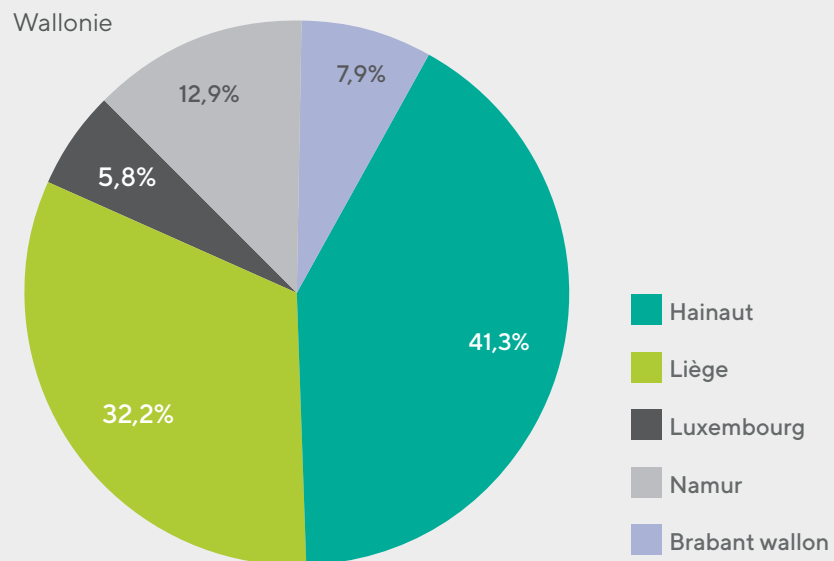
Répartition du nombre de lits agréés 2024 des hôpitaux généraux en fonction du caractère universitaire pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2024 par type de lits pour chaque région et au niveau national



Répartition du nombre de lits agréés 2024 par province pour la Wallonie et la Flandre



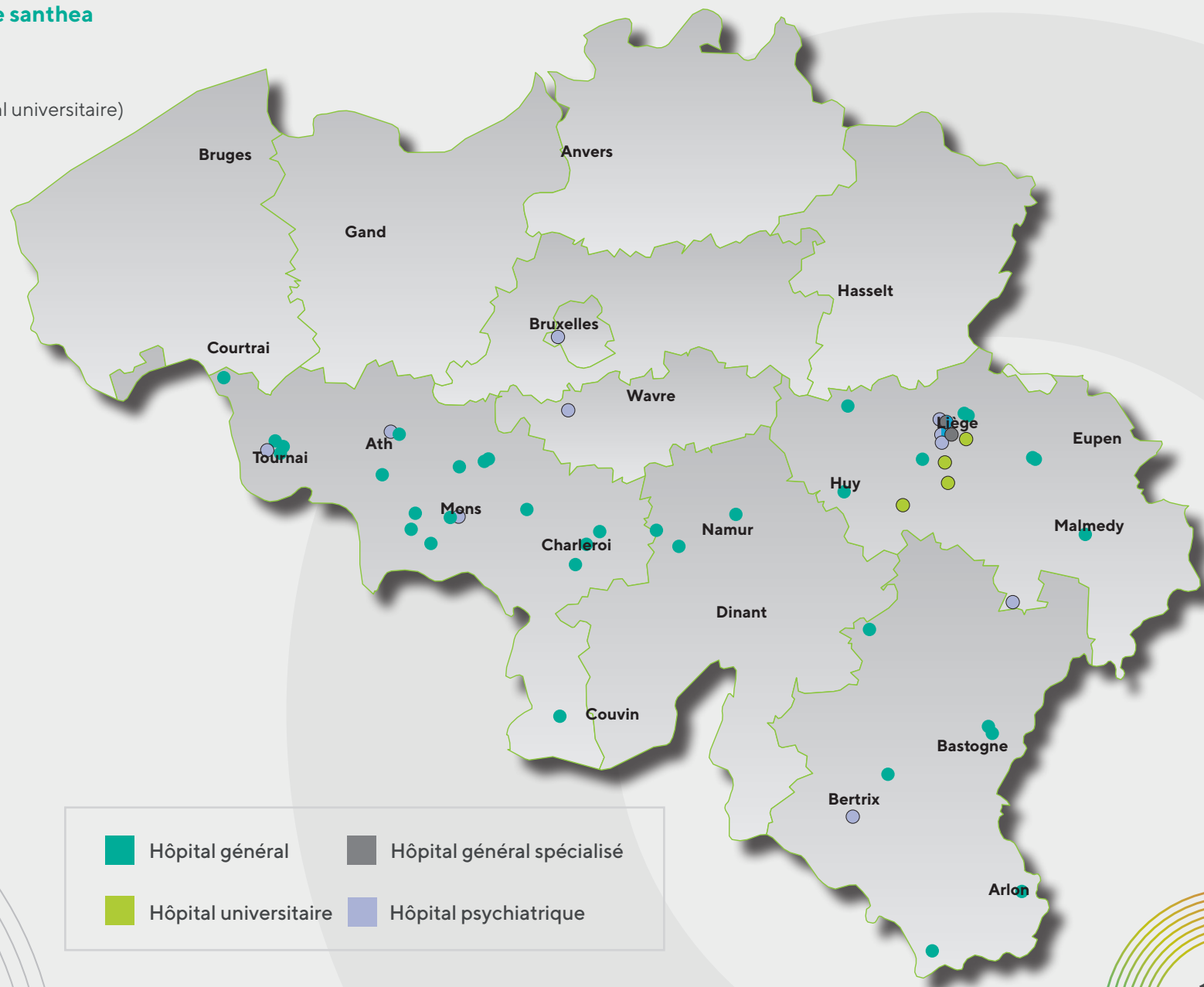
Répartition du nombre de lits agréés 2024 par région, province et réseau hospitalier au niveau national (pour les hôpitaux généraux)

| 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) | 2 900 | 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 | 3 915 | 7,6% |
| | | MOVE | 1 363 | 2,6% |
| | Luxembourg | Vivalia | 991 | 1,9% |
| Namur | Réseau Hospitalier Namurois (R.H.N.) | 1 938 | 3,8% | |

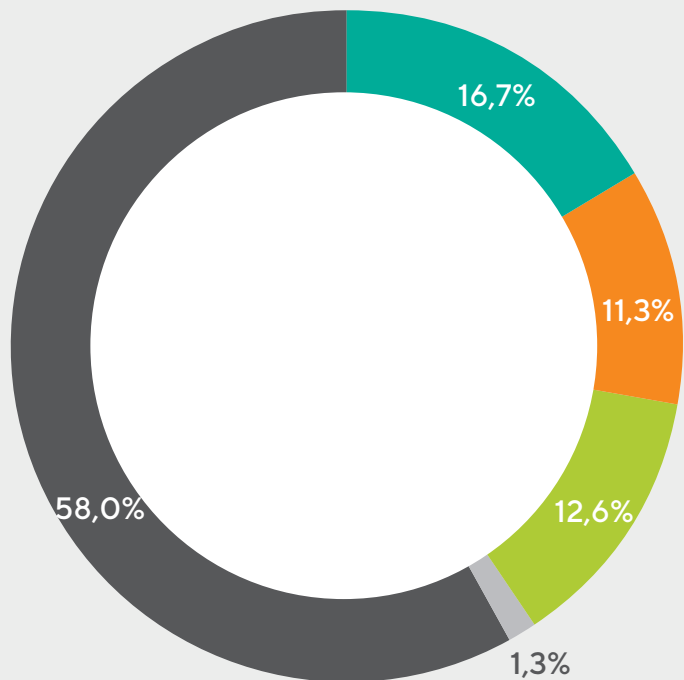
3. (Re)Présentation des membres de santhea

Santhea, c'est

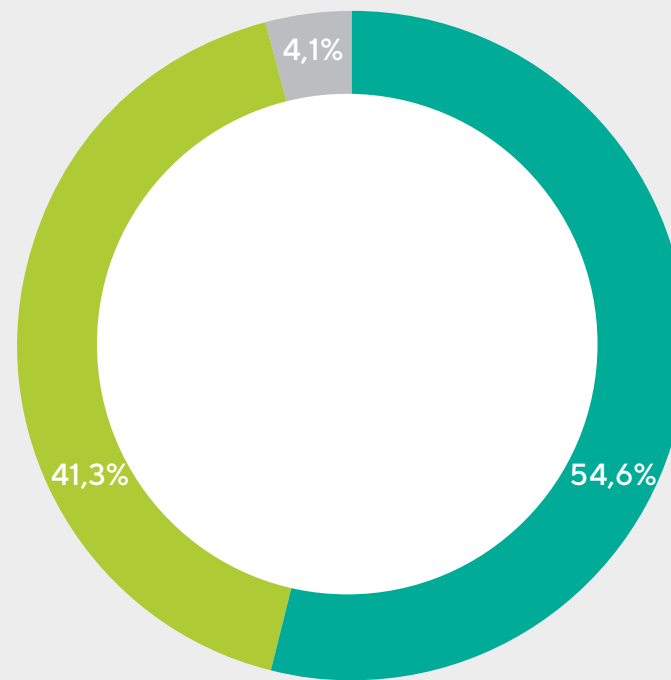
- 30 hôpitaux / 53 sites hospitaliers
 - 22 hôpitaux généraux (dont 1 hôpital universitaire)
 - 1 hôpital général spécialisé
 - 7 hôpitaux psychiatriques
- 6 réseaux hospitaliers
- 12 325 lits agréés



Répartition du nombre de lits agréés 2024 par fédération*



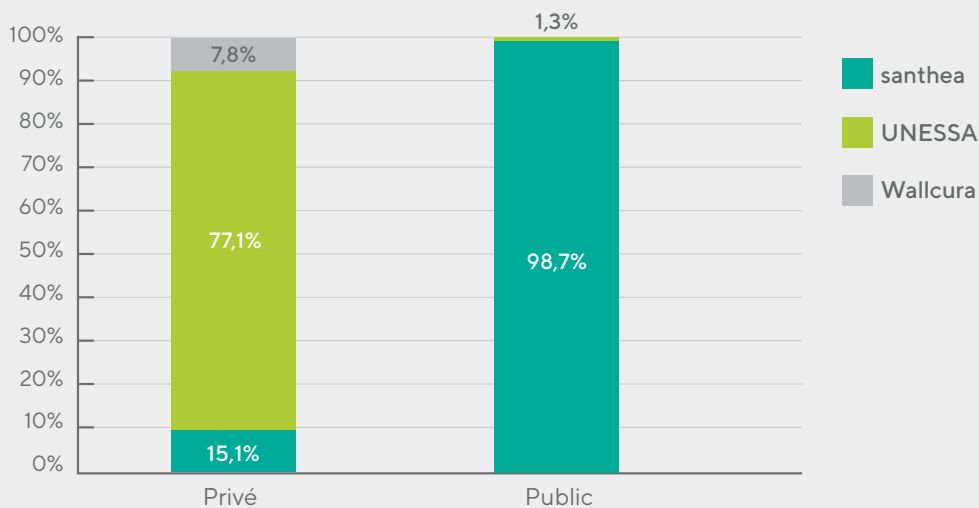
Répartition du nombre de lits agréés 2024 par fédération en Wallonie



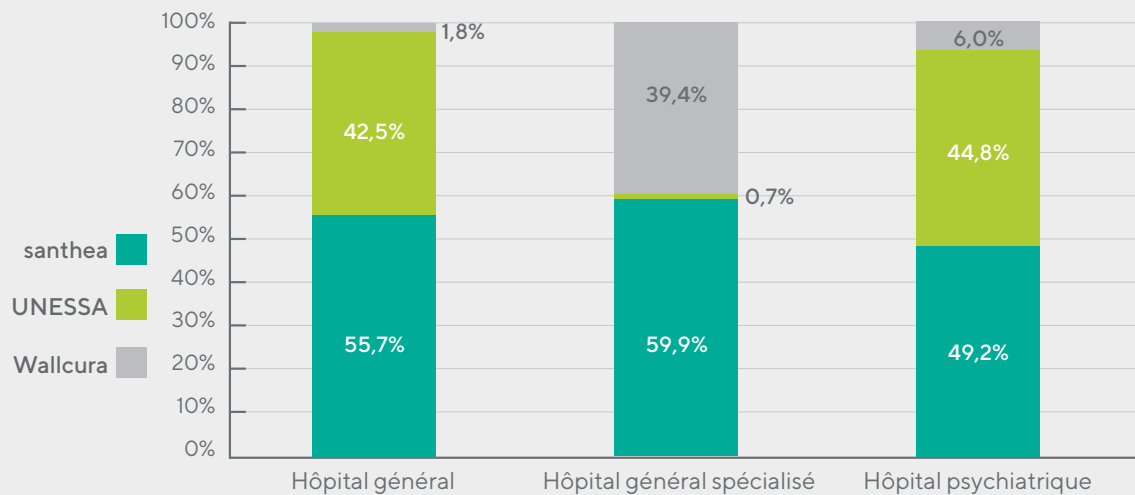
santhea GIBBIS UNESSA Wallcura Zorgnet-Icuro

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

Répartition du nombre de lits agréés 2024 par fédération en Wallonie, par statut



Répartition du nombre de lits agréés 2024 par fédération en Wallonie, par type d'hôpital



SECTEUR DES ÂÎNÉS

1. Présentation du secteur en quelques chiffres*

| | Wallonie (hors Communauté Germanophone)** | | |
|----------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de lits/places 2024 | Nombre d'ETP soignants 2024 |
| Maisons de repos | 531 | 50 096 | 18 045 |
| <i>dont MRS</i> | 463 | 26 763 | |
| Centres d'accueil de jour | 80 | 966 | |
| <i>dont CSJ</i> | 56 | 578 | |
| Résidences-services | 198 | 4 647 | |

| | Communauté Germanophone*** | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de lits/places 2024 |
| Maisons de repos | 8 | 841 |
| Résidences-services | 3 | 40 |

| | Bruxelles**** | | |
|--------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de lits / places 2024 | Nombre d'ETP soignants 2024 |
| Maisons de repos | 116 | 13 156 | 4 535 |
| <i>dont MRS</i> | 104 | 6 389 | |
| Centre de soins de jour | 8 | 135 | |

* Limité aux régions et communautés dans lesquelles sont implantés les membres santhea du secteur Aînés à la date du 31/12/2024.

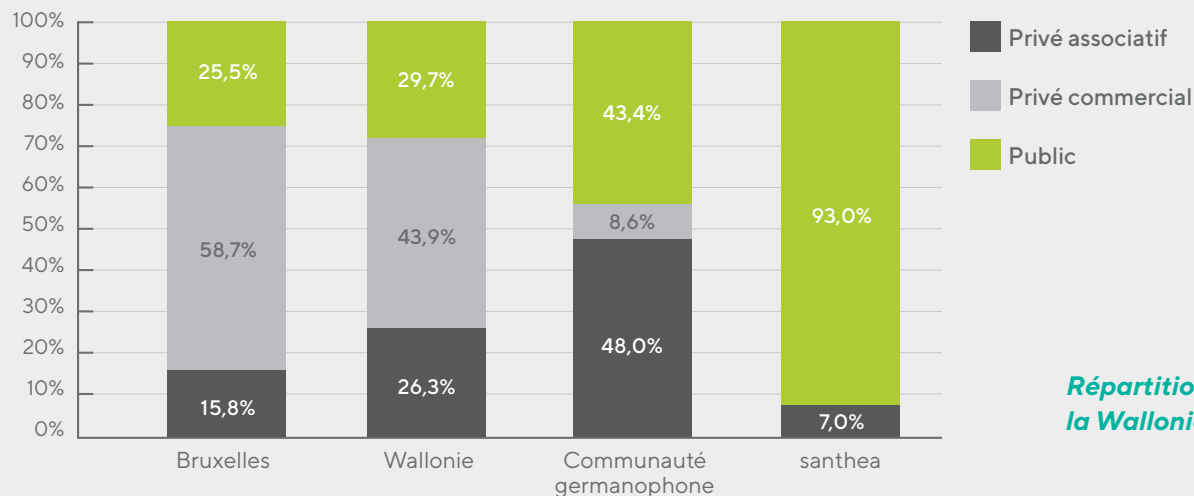
** Liste des établissements pour Aînés issue du Portail Santé de l'AViQ (Décembre 2024) & Liste des forfaits 2025 de l'AViQ (données pour la période 1/7/2023-1/7/2024) pour le nombre d'ETP soignants (présents dans le 3^{ème} volet).

*** Informations communiquées par Ostbelgien.

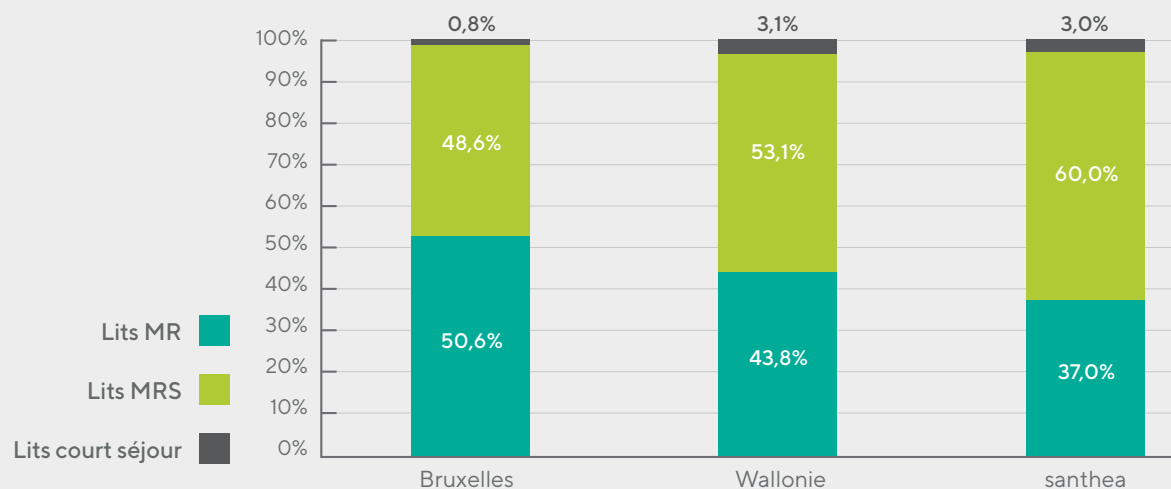
**** Liste des forfaits 2025 d'IrisCare (données pour la période 1/7/2023-1/7/2024).

2. Analyse de quelques caractéristiques

Répartition du nombre de lits* agréés 2024 par statut pour Bruxelles, la Wallonie, la Communauté germanophone et santhea



Répartition du nombre de lits agréés 2024 par type de lits pour Bruxelles, la Wallonie** et santhea***



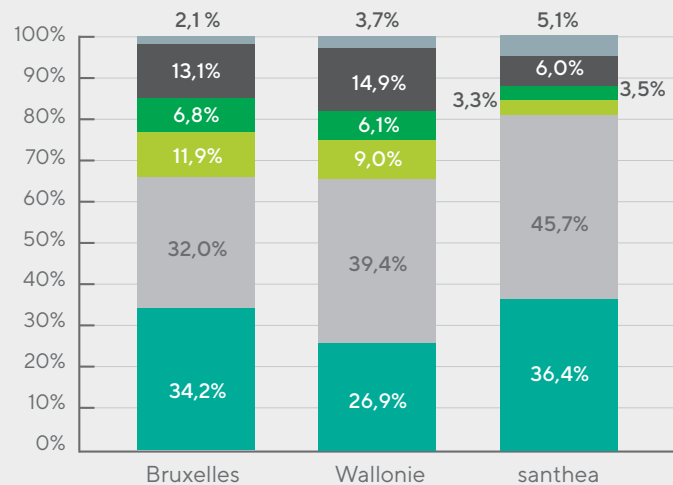
* Lits MR, MRS, coma et court séjour.

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

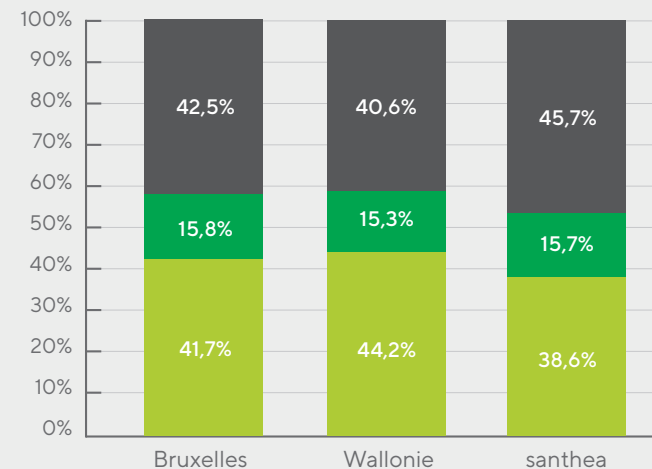
*** Santhea se limite à des données wallonnes et bruxelloises. Les données que nous recevons de la Communauté germanophone ne permettent pas les mêmes ventilations.

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

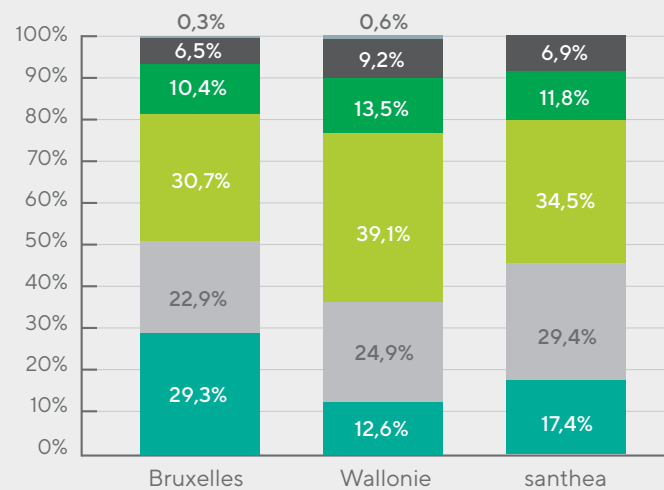
Pour les lits MR



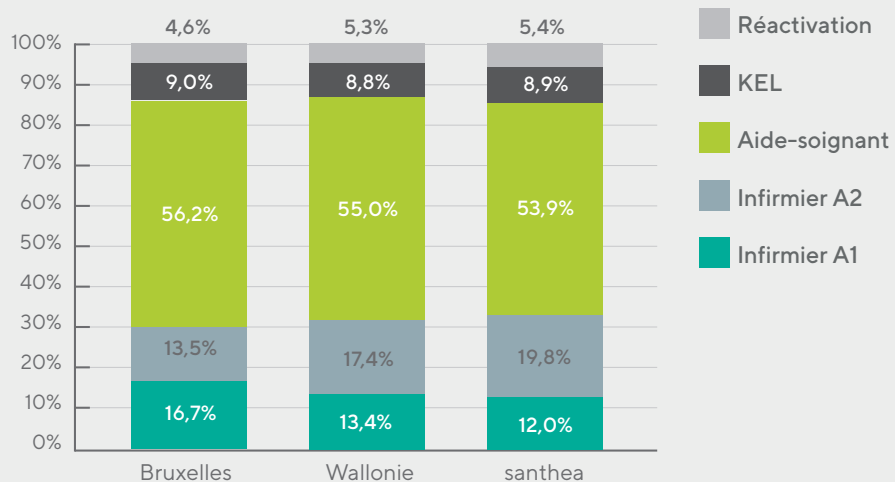
Pour les lits MRS



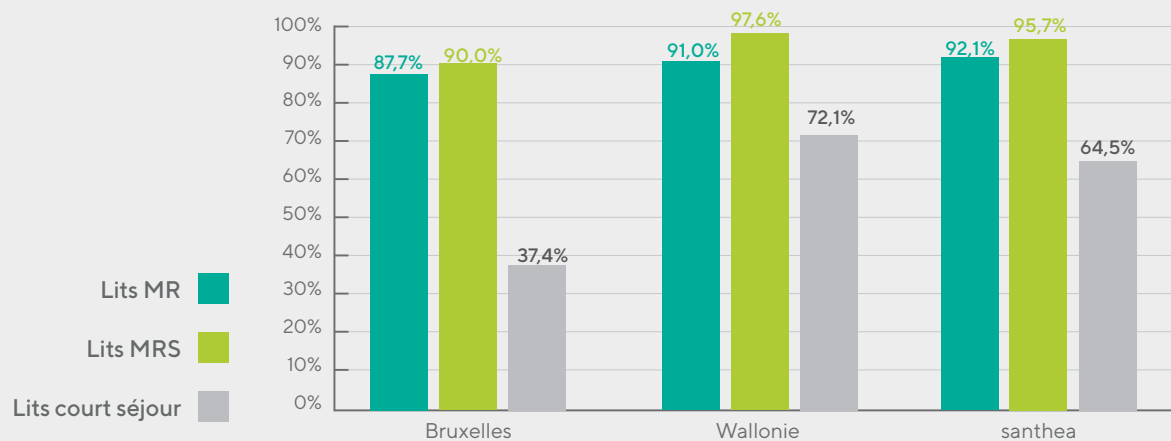
Pour les lits court séjour



Répartition des ETP soignants présents* en MR-MRS en 2024 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 soignants présents dans le 3^{ème} volet.

** Calculé sur la base des journées facturées entre le 1/7/2023 et le 30/6/2024.

3. (Re)Présentation des membres de santhea

Santhea, c'est

- 74 MR-MRS

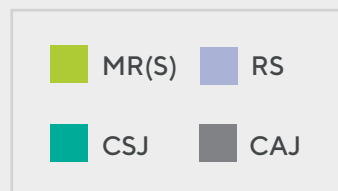
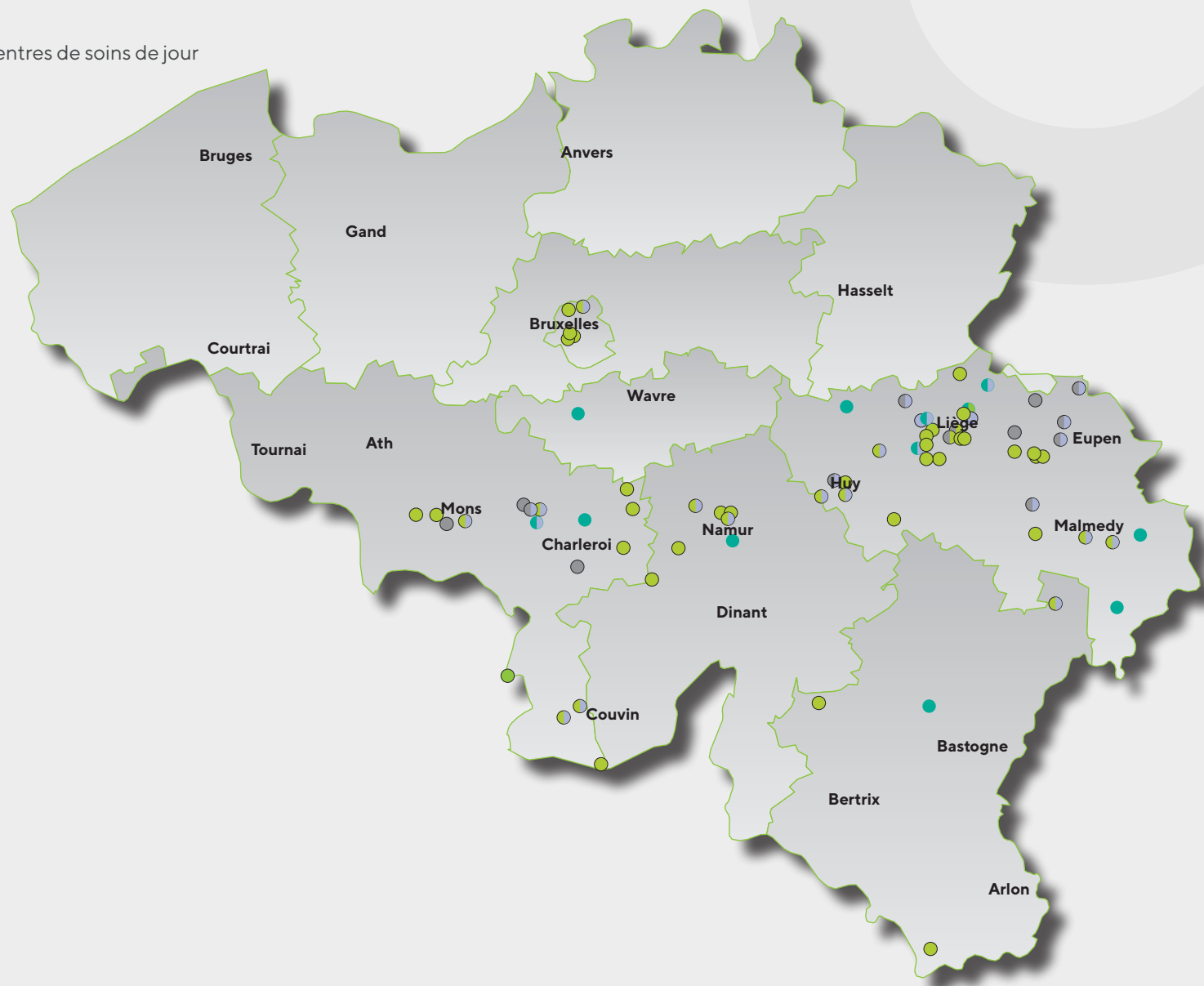
Avec 25 Centres d'accueil de jour et Centres de soins de jour

Et 28 Résidences-services

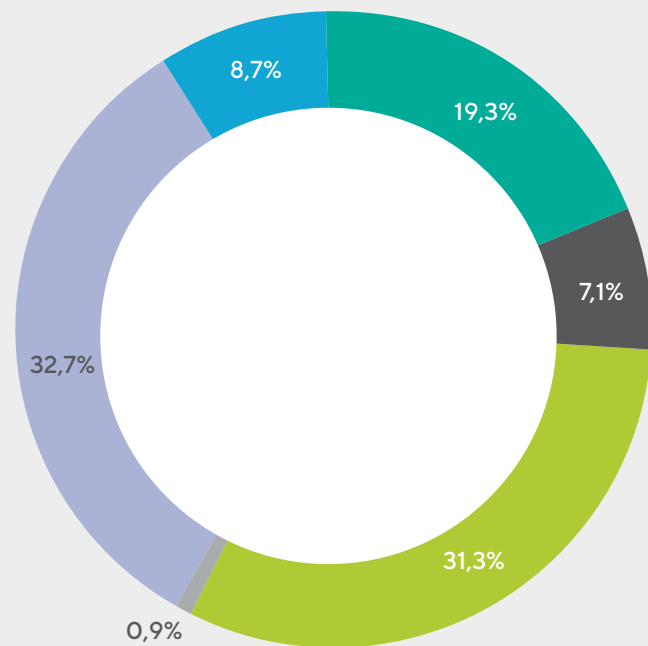
- 8 178 lits agréés en MR-MRS

- 253 places en CAJ/CSJ

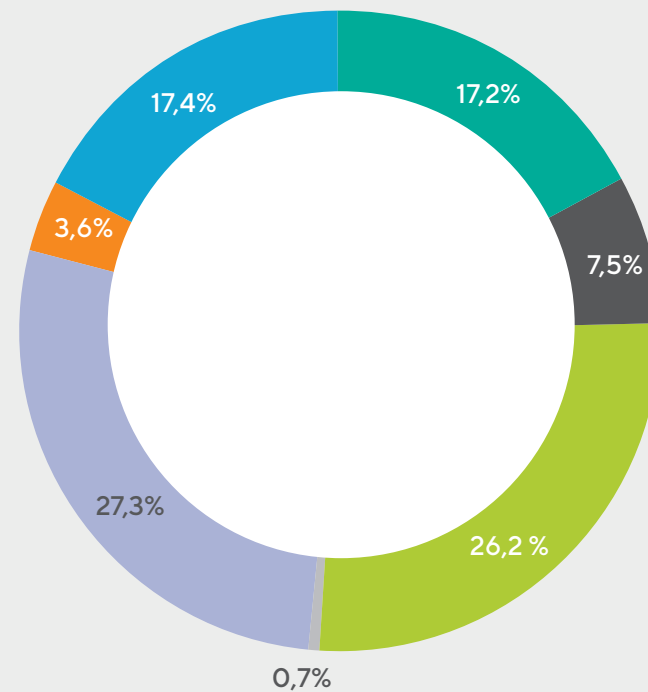
- 622 places en RS



Répartition du nombre de lits agréés* 2024 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie



Répartition du nombre de lits agréés 2024 des MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération en Wallonie et à Bruxelles



■ santhea
 ■ FEMARBEL
 ■ UNESSA
 ■ Wallcura
 ■ UVCW
 ■ GIBBIS
 ■ Autre

* Les lits agréés des institutions ayant une double, triple ou quadruple affiliation sont divisés respectivement par deux, trois et quatre.

SANTÉ MENTALE

1. Présentation du secteur en quelques chiffres*

| | Wallonie** | |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de places 2024 |
| <i>IHP</i> | 30 | 871 |
| <i>MSP</i> | 14 | 818 |
| Total IHP-MSP | 44 | 1 689 |
| <i>CRF Ambulatoire</i> | 41 | - |
| <i>CRF Résidentiel</i> | 15 | 403 |
| Total CRF*** | 56 | 403 |

| | Bruxelles | |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|
| | Nombre d'institutions 2024 | Nombre de places 2024 |
| <i>IHP</i> | 18 | 685 |
| <i>MSP</i> | 5 | 321 |
| Total IHP-MSP | 23 | 1 006 |
| <i>CRF Ambulatoire</i> | 15 | - |
| <i>CRF Résidentiel</i> | 6 | 112 |
| Total CRF*** | 21 | 112 |



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

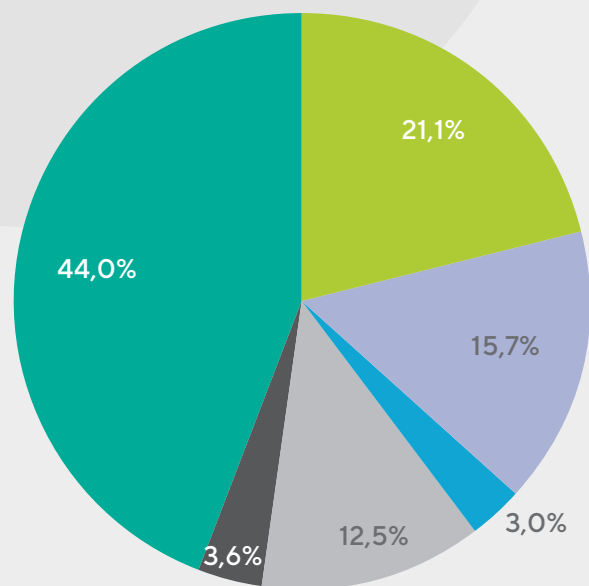
** Y compris la Communauté germanophone.

*** Uniquement les CRF associés à la santé mentale

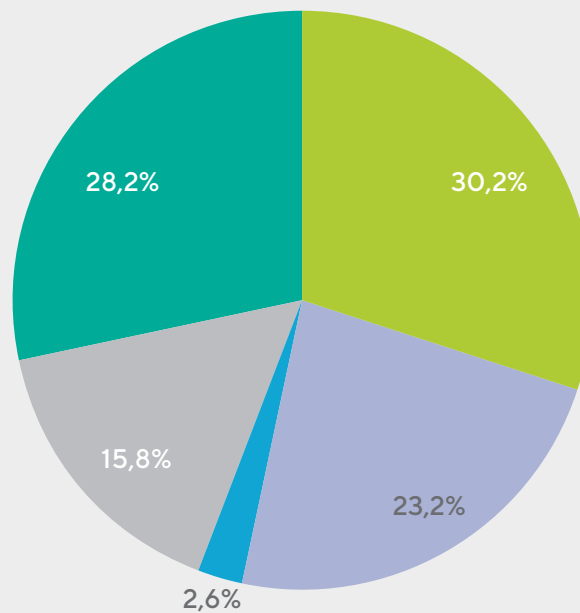
2. Analyse de quelques caractéristiques

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

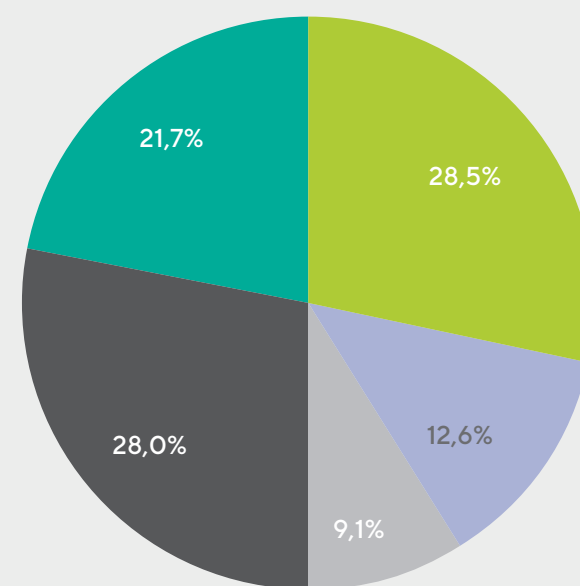
En IHP



En MSP

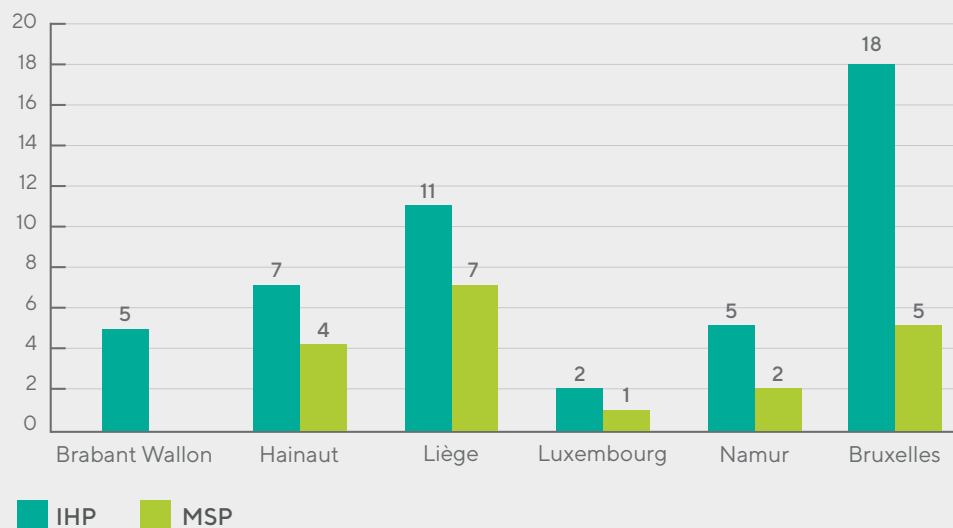


En CRF (résidentiels)

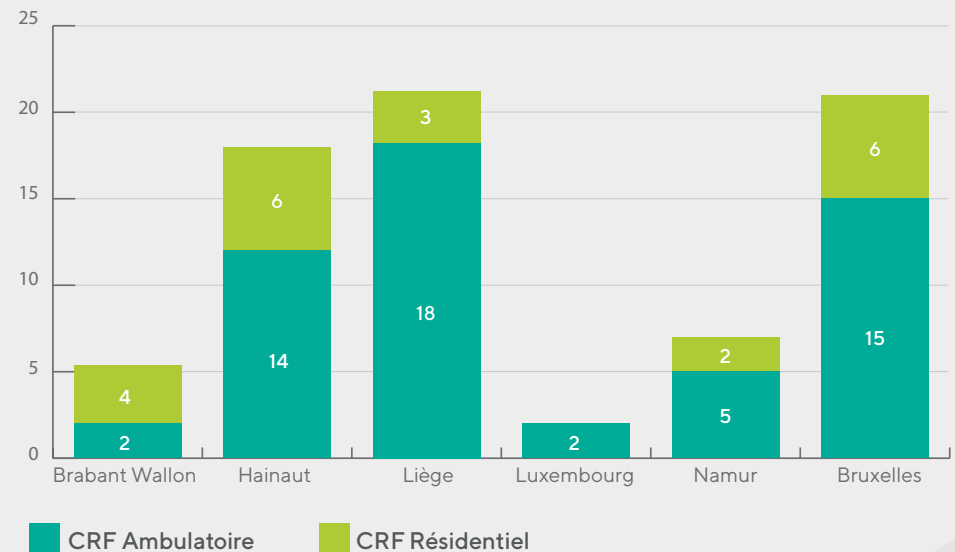


■ Hainaut
 ■ Liège
 ■ Luxembourg
 ■ Namur
 ■ Brabant Wallon
 ■ Bruxelles

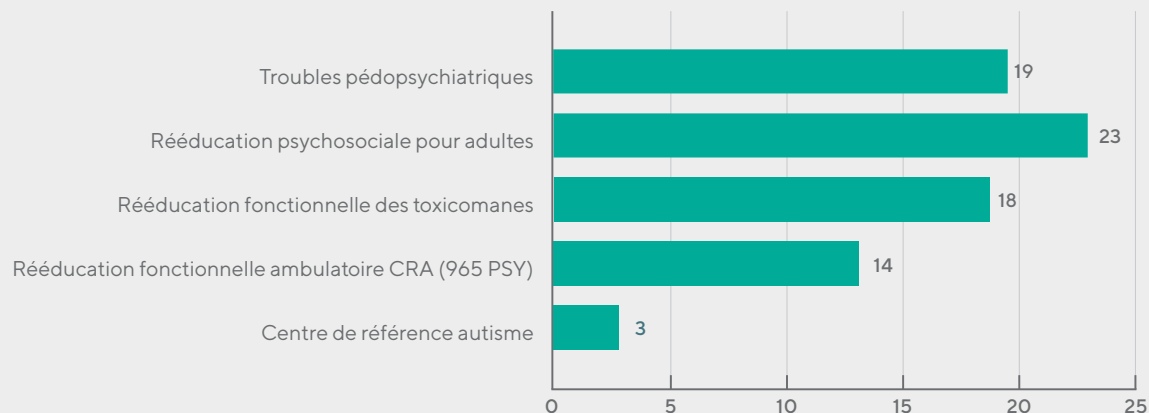
Répartition du nombre d'institutions IHP-MSP par province en Wallonie et à Bruxelles



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



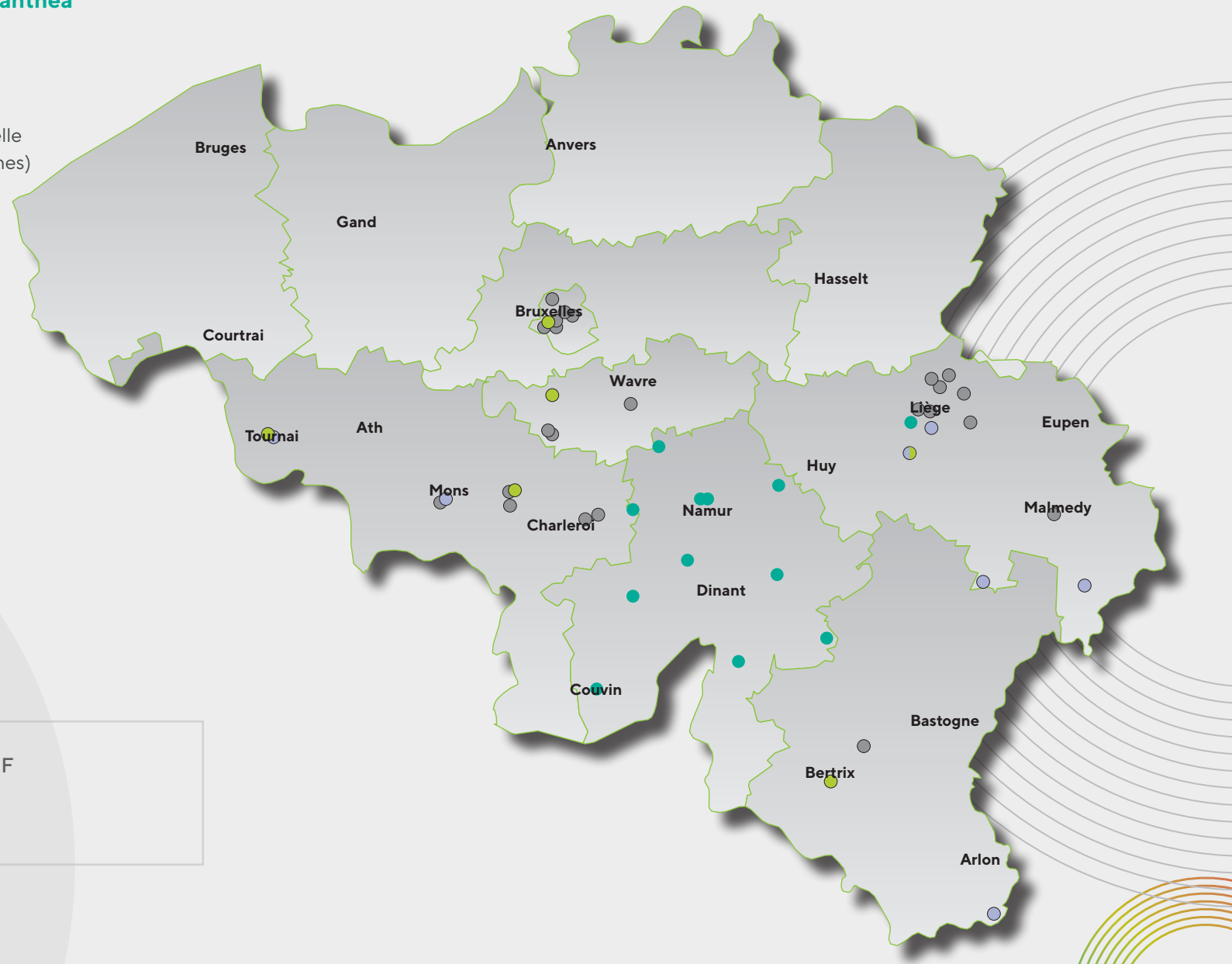
Répartition du nombre de centres de rééducation fonctionnelle par type de centre en Wallonie et à Bruxelles



3. (Re)Présentation des membres de santhea

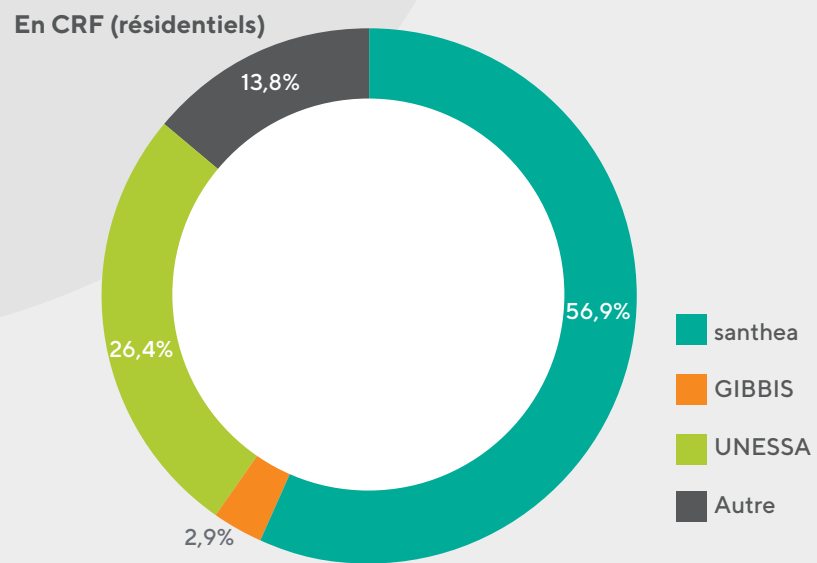
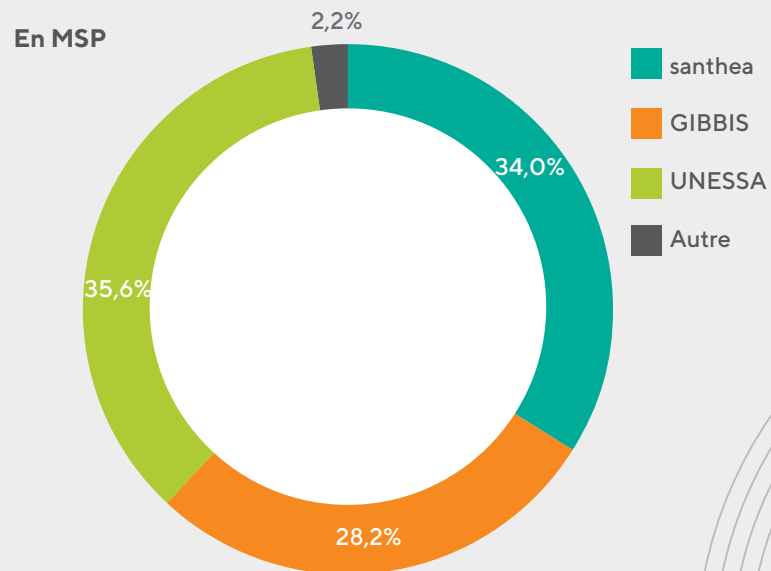
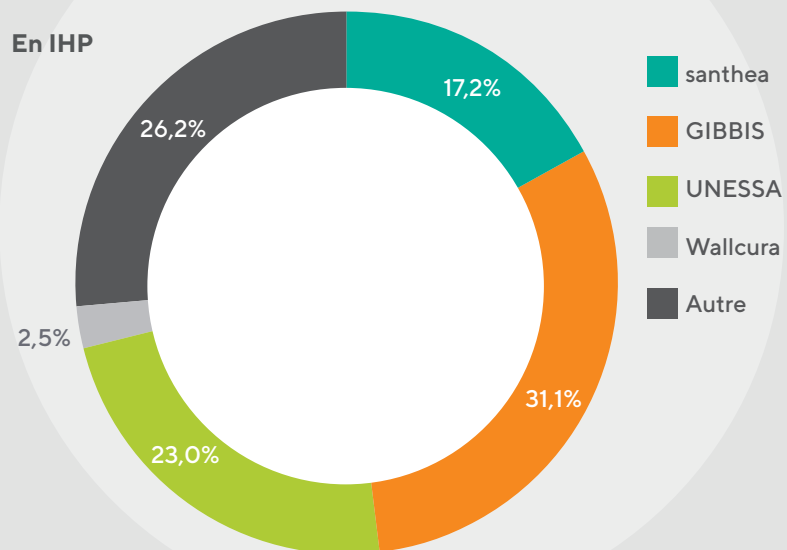
Santhea, c'est

- 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
 - 267 en IHP
 - 387 en MSP
 - 313 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

LA RÉFORME DE LA NOMENCLATURE MÉDICALE

Introduction

Une nomenclature est une classification médicale au sens de la norme ISO 17115 : « Un ensemble exhaustif de catégories mutuellement exclusives pour agréger des données du domaine de la santé à un niveau de spécialisation préétabli dans un but précis ».

La nomenclature belge actuelle des soins de santé est vieille d'un demi-siècle et constitue un ensemble de chapitres sans véritable ordonnancement. Les principales difficultés rencontrées sont des libellés imprécis, ambigus, parfois redondants et peu adaptés aux nouvelles techniques médicales conduisant à des interprétations contestables, ce qui nécessite fréquemment le recours à des règles interprétatives pour la facturation de ces techniques nouvelles. On y relève aussi un manque de transparence dans l'élaboration des tarifs et des inégalités en matière de remboursement à l'intérieur des disciplines médicales et entre celles-ci.

La nomenclature belge actuelle comporte environ 4.000 actes médicaux remboursables regroupés en 36 articles et 10 chapitres. Chaque prestation est identifiée par un code à 6 chiffres auquel est adjoint une lettre-clé et un coefficient de multiplication. Le tarif de remboursement de la prestation est le résultat de la multiplication de la valeur attribuée à la lettre-clé par le coefficient attribué à la prestation.

La nomenclature est une des approches quantitatives de la production médicale en général. Dans les hôpitaux, elle est une composante de la production hospitalière à côté du case mix des pathologies, des consommations pharmaceutiques et des durées de séjour à l'hôpital.

La révision (modernisation) de la nomenclature des soins de santé apparaît depuis 2018 dans les différents accords médico-mutualistes et est intégrée dans les accords du Gouvernement fédéral de 2020 et 2025. Elle constitue un des éléments du projet de réforme de l'organisation et du financement des soins de santé porté par le ministre Vandenberghe.

Objectifs de la réforme

La réforme de la nomenclature des actes médicaux vise plusieurs objectifs :

- améliorer la logique intrinsèque de la nomenclature et obtenir un libellé précis et structuré des actes par le biais d'une standardisation éprouvée ;
- permettre un couplage avec les référentiels internationaux ;
- mettre à jour et adapter la nomenclature aux évolutions de l'activité médicale et aux nouveaux modèles de soins (télémédecine, soins multidisciplinaires, robotique) ;
- permettre d'enregistrer finement l'activité, de participer à l'évaluation de la pratique médicale, d'effectuer des relevés statistiques de production, d'établir des comparaisons internationales et de procéder à des études économiques (planification et contrôle budgétaire, études coût-efficacité) ;
- introduire des incitants pour promouvoir la collaboration et la qualité ;
- distinguer de façon transparente et standardisée, au sein des honoraires de tous les médecins, la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution

de prestations médicales et non couverts par d'autres sources » (frais de fonctionnement) de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin » (honaire professionnel) ;

- disposer d'un outil de tarification des honoraires professionnels et des frais de fonctionnement permettant la rémunération des médecins et le financement des hôpitaux en combinaison avec d'autres systèmes (budget des moyens financiers, médicaments, prix d'hébergement) ;
- harmoniser les honoraires entre médecins généralistes et spécialistes et entre médecins spécialistes de différentes spécialités (équité tarifaire intra et interdisciplinaire) ;
- coordonner cette réforme avec la réforme de l'organisation des soins de santé et du financement des hôpitaux mettant en jeu les éléments suivants : reconfiguration du paysage hospitalier, shift ambulatoire, budget des moyens financiers, suppléments d'honoraires, forfaits all-in par DRG, financement des soins à basse variabilité, forfaits et conventions INAMI, financement à la performance (P4P), financement direct des réseaux, normes d'agrément, accréditation, ticket modérateur ;
- afficher une complétude et un niveau de granularité de la nomenclature en lien avec les finalités souhaitées.

Les facteurs clés de succès d'une telle réforme résident dans la participation et l'adhésion des parties prenantes à chaque étape, la validation finale par les instances de l'INAMI, l'aptitude à élaborer des critères de charge de travail objectifs, la nécessité d'affecter des enveloppes financières suffisantes et la capacité d'actualiser la

nomenclature en fonction des avancées médicales. Les fédérations hospitalières ont été invitées à participer aux travaux des comités d'accompagnement instaurés dans le cadre de cette réforme.

Organisation des travaux

La réforme de la nomenclature a été divisée en trois phases successives :

La phase 1 est une phase descriptive

Elle consiste à restructurer et adapter la description des prestations selon une logique triaxiale [topographie/ organe, action, moyen/voie d'abord] pour les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC) ou une logique adaptée pour les autres catégories de nomenclature à savoir les actes médico-techniques automatisés et assimilés (AMTAA) et les actes de consultation et assimilés (ACA). Cette étape nécessite des réunions de groupes de travail réunissant des experts dans chaque spécialité. La nomenclature actuelle est ainsi complétée et standardisée en assurant un appariement des prestations avec la classification ICHI (International Classification of Health Interventions) ou avec une classification internationale adaptée telle la classification LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes). Cette phase initiale nécessite aussi la rédaction d'un nouveau guide d'utilisation renfermant les attributs et les règles d'application de chaque prestation.

La phase 2.1 est une phase de tarification de la partie professionnelle

Dans un premier temps, elle consiste à développer des échelles de valeurs relatives (EVR) par spécialité en fonction de l'intensité de la charge de travail médical entre les prestations en s'inspirant des travaux de Hsiao

WC et coll., de Leclercq P et coll. ainsi que de la classification commune des actes médicaux française (CCAM). Trois critères sont pris en compte : la durée (en minutes), la complexité (de 1 à 5) liée à la formation et l'expérience nécessaire et le risque (de 1 à 5). Une première étape vise à une hiérarchisation intraspécialité via un panel d'experts de la spécialité, en fonction des trois critères précités. Pour chacun d'entre eux, le score attribué est une valeur relative fixée par rapport à un acte de référence. Des arbitrages sont nécessaires en cas de dispersion des réponses entre les experts. Ensuite un algorithme mathématique permet de transformer les trois cotations en un score unique par prestation. On obtient ainsi une EVR par spécialité (EVR intradisciplinaire). Pour les AMTAA, les critères de charge de travail sont différents : fréquence d'intervention du médecin, type d'intervention, durée de l'intervention.

Dans un deuxième temps, il s'agit de procéder à une hiérarchisation entre les spécialités via la recherche d'actes passerelles (ou actes liens) entre les différentes spécialités qui sont des actes jugés équivalents en termes de charge de travail médical par les experts de spécialités différentes. Ensuite une méthode d'optimisation sous contrainte est appliquée qui vise à minimiser la somme des carrés des écarts entre les actes liés. Le but de cette méthode est de garder le même rapport de proportionnalité entre les actes dans la nouvelle échelle que dans leur échelle de départ. L'aboutissement du processus d'appariement entre les différentes spécialités consiste en une échelle unique de scores (EVR interdisciplinaire) intégrant les actes issus des différentes échelles intradisciplinaires.

La phase 2.2 est une phase de tarification des frais de fonctionnement

A partir des données réelles de facturation et de coût obtenues après une «normalisation» des centres de frais



issus d'hôpitaux pilotes, il s'agit de déterminer les coûts directs à partir de trois inducteurs de coût (personnel, équipements médicaux, produits médicaux courants hors médicaments et implants) par groupes d'activités homogènes (ensemble d'actes). Ces données une fois validées, permettent d'attribuer des coûts moyens et médians par prestation, et conduisent de facto à une EVR interdisciplinaire en transformant les frais de fonctionnement en euros par prestation en une échelle de poids relatifs à des frais de fonctionnement. Pour les AMTAA, des groupes d'experts spécifiques se sont penchés sur l'estimation des frais de fonctionnement et l'élaboration des EVR.

Quant aux frais indirects, ils ont été évalués par le KCE, après concertation avec les équipes en charge de la phase 2.2, de façon forfaitaire en % de majoration des frais directs par groupes d'activités homogènes. Ils devront être ajustés au cours du temps en concertation avec des hôpitaux vigies.

La nomenclature actuelle qui contenait 3.913 libellés en 2018 a été divisée en 3 compartiments pour mener cette réforme :

- les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC, 2.673 actes) sont analysés par les équipes de l'ULB pour les phases 1 et 2.1 et de l'ULB/KUL pour la phase 2.2 ;
- les actes médico-techniques automatisés et assimilés (AMTAA, 895 actes : anatomie pathologique, génétique, radiothérapie, médecine nucléaire, biologie clinique) sont analysés par l'équipe Möbius pour les phases 1 et 2 ainsi que par un groupe de travail de la Commission nationale médico-mutualiste (phase 2.1 de la biologie clinique) ;
- les actes de consultation et assimilés (ACA, 345 actes) sont analysés par les équipes de l'UGent (phase 1) ainsi que par un groupe de travail de la Commission

nationale médico-mutualiste pour certains aspects particuliers (consultations complexes, multidisciplinarité, télémédecine, soins transmuraux, visites au domicile, honoraires de surveillances).

Points d'attention et difficultés potentielles

Au stade actuel des travaux, il apparaît essentiel de dresser une liste des éléments qu'il conviendra de garder à l'œil pour assurer que la réforme, une fois implémentée, réponde bien aux besoins et aux attentes des acteurs.

- Il s'agit de prévoir une actualisation régulière de la nomenclature et des EVR en fonction de l'évolution de la médecine et des technologies associées.
- Il faut reconnaître une grande complexité et peut-être même un manque de transparence dans l'établissement des EVR et pouvoir évoquer les échecs partiels rencontrés en France et en Suisse. La réforme nécessite de s'accorder entre parties prenantes sur les EVR intradisciplinaires et sur une EVR interdisciplinaire globale. On peut s'attendre à des réactions corporatistes au niveau de certaines spécialités médicales, compte tenu des disparités actuelles en matière de remboursement des actes de la nomenclature. Dans le cadre de la neutralité-budgétaire voulue par les autorités, ce processus suppose idéalement que l'augmentation attribuée aux actes gagnants soit compensée par l'économie budgétaire réalisée au niveau des actes perdants.
- Une difficulté majeure est de séparer les enveloppes « partie professionnelle » et « frais de fonctionnement » et de tenir compte de la contrainte de neutralité budgétaire alors qu'elles ont été estimées de façon indépendante et que jusqu'à présent les deux composantes sont à ce point intriquées que

la fixation de la part des honoraires rétrocédée à l'hôpital est négociée par spécialité au niveau de chaque hôpital. On pourrait dès lors craindre que le ticket modérateur ne devienne le facteur d'ajustement budgétaire. Par ailleurs, la détermination des coûts moyens réels issus des EVR « frais de fonctionnement » ne garantit pas que le financement des frais de fonctionnement correspondra aux coûts réels exposés par les hôpitaux. Tout dépendra des moyens disponibles pour assurer le financement des frais de fonctionnement liés à l'activité médicale. Si l'enveloppe budgétaire destinée à financer les frais de fonctionnement est insuffisante, l'EVR interdisciplinaire « frais de fonctionnement » devrait toutefois permettre de répartir de manière équitable et rationnelle les moyens disponibles.

- Soyons aussi conscients des difficultés liées aux potentielles erreurs d'allocation des coûts dans les centres de frais hospitaliers, à l'inhomogénéité des groupes d'activités, à la représentativité des hôpitaux pilotes, à la variabilité interhospitalière des coûts, aux difficultés futures d'extrapoler à la nouvelle nomenclature les données financières de la nomenclature actuelle et à l'influence du volume des prestations en tant que facteur de distorsion des coûts entre institutions.
- Certains éléments rendent la collecte des frais de fonctionnement difficile : le caractère direct ou indirect des coûts variables d'un hôpital à l'autre, l'existence de ristournes commerciales, le calcul des amortissements, les différences de pratiques médicales.
- Il s'agira de décider en fin de compte si les catégories ATMC, ACA, AMTAA feront partie d'une même enveloppe financière ou d'enveloppes séparées que ce soit pour la partie « honoraires professionnels » ou par la partie « frais de fonctionnement ».

- Les frais d'infrastructure dépendent aujourd'hui des autorités fédérées et sont donc traités à part.
- La gouvernance médicale pour la partie des frais de fonctionnement pose la question de la propriété des honoraires. Par ailleurs, l'individualisation des frais professionnels semble signifier la fin des négociations relatives à la rétrocession d'honoraires au niveau de chaque hôpital.
- La tarification de la pratique extrahospitalière reste floue en matière de frais de fonctionnement. Doit-elle être identique à celle de la pratique hospitalière ? Doit-on imaginer une récolte de données spécifiques à un environnement extrahospitalier ?
- La présente réforme n'aborde pas, dans sa forme actuelle, la totalité du financement INAMI comme les forfaits et conventions INAMI, les honoraires de disponibilité ou les suppléments d'honoraires.
- Il nous semble impératif de pouvoir disposer de simulations par hôpital afin d'évaluer à temps l'impact financier de la réforme et de s'assurer que son application n'induit pas un financement discriminatoire entre les hôpitaux.
- La facilité d'utilisation de la nomenclature implique un bon agencement des chapitres permettant une approche matricielle (par spécialité ou par appareil).



RÉFORME DE L'ART INFIRMIER : UNE ÉVOLUTION MAJEURE DANS L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

La réforme de l'art infirmier initiée en 2023 et poursuivie tout au long de l'année 2024 marque une étape significative dans la réorganisation et la modernisation des pratiques infirmières.

Cette réforme trouve son origine dans l'accord du Gouvernement Michel qui prévoyait le déploiement et la modernisation de la législation sur les professions des soins de santé afin de mettre la Belgique en adéquation avec la directive européenne 2013/55/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Cette réforme, qui répond à la nécessité de faire face aux défis actuels du secteur de la santé, et notamment la pénurie de personnel et un absentéisme croissant, vise en réalité à renforcer la reconnaissance et les compétences des infirmiers tout en améliorant la qualité des soins prodigués aux patients.

Contexte et objectif de la réforme

L'objectif principal poursuivi est donc de répondre aux évolutions du système de santé, tant en termes de besoins des patients que d'évolution nécessaire des compétences des professionnels de la santé. Elle consiste à confier des tâches de soins aux dispensateurs de soins qui sont capables de les accomplir de manière efficace et qualitative, tout en garantissant une complémentarité des différentes fonctions. Cette réorganisation devrait, in fine, accroître l'attrait du secteur en offrant une meilleure mobilité au sein des structures de soins et des opportunités de carrière grâce à l'échelle de soins et d'apprentissage de l'art infirmier.

Les grandes lignes de la réforme

La modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10 mai 2015 introduit plusieurs innovations majeures concernant l'exercice de la profession infirmière. Celles-ci sont brièvement explicitées ci-dessous.

Nouvelle définition de l'art infirmier

La loi du 18 mai 2024 a redéfini l'exercice de l'art infirmier pour refléter l'évolution de la profession et améliorer la qualité des soins. Voici les principaux aspects de cette nouvelle définition.

Nature des soins infirmiers :

- les soins infirmiers englobent des activités préventives, curatives et palliative ;
- ils sont réalisés de manière autonome ou interprofessionnelle, en concertation avec le patient et son entourage ;
- ces soins sont techniques, relationnels et éducatifs, visant les individus, leur entourage, les groupes et les collectivités ;
- ils adoptent une approche personnalisée et intégrée, tenant compte des aspects psychologiques, sociaux, économiques, culturels et spirituels, tout en respectant les acquis scientifiques, technologiques, les normes de qualité et la déontologie professionnelle.

Les soins infirmiers comprennent :

- l'observation et l'évaluation de l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;

- le diagnostic, la planification et la coordination des soins infirmiers ainsi que la supervision de l'exécution des prestations techniques déléguées ;
- la collaboration interdisciplinaire ;
- l'information et l'éducation du patient et de son entourage ;
- l'assistance continue en accomplissant des actes qui visent le maintien, l'amélioration et le rétablissement de la santé, que ce soit pour des personnes saines ou malades ;
- la collaboration à la planification précoce des soins, la dispensation de soins palliatifs, soulager la douleur, accompagner en fin de vie et soutenir le processus de deuil ;
- la prise, de façon indépendante, de mesures urgentes vitales, et agir lors de situations de crise ou de catastrophe ;
- l'analyse de la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant que praticien de l'art infirmier.

La nouvelle définition permet un renforcement du champ d'exercice et de l'autonomie des infirmiers responsables des soins généraux leur donnant la possibilité d'assumer des tâches supplémentaires, telles que les consultations infirmières pour les patients présentant des problèmes de santé complexes, la prescription de certains médicaments et d'analyse de laboratoire. Cette évolution vise à mieux correspondre aux qualifications des professionnels et aux besoins des patients.

Pour ce faire deux arrêtés royaux ont été publiés au moniteur belge modifiant l'arrêté royal du 18 juin 1990 fixant les prestations techniques de l'art infirmier :

1. **Arrêté royal du 29 février 2024** qui vise à permettre que certaines activités, précédemment réservées aux professionnels de santé, puissent être exercées par des non-professionnels dans des conditions spécifiques. Il s'agit notamment d'activités liées à la vie quotidienne, dont l'exercice n'est plus exclusivement réservé aux praticiens de l'art infirmier. Cependant, ces activités restent listées dans l'arrêté royal du 18 juin 1990, car il peut y avoir des situations où leur réalisation doit être effectuée par un professionnel de santé compétent.
2. **Arrêté royal du 14 avril 2024** qui modernise la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier. Ces modifications visent à adapter les prestations techniques de l'art infirmier aux évolutions des pratiques et des besoins actuels.

Plusieurs prestations requérant une prescription médicale peuvent à présent être accomplies sans prescription médicale. Voici quelques exemples :

- prélèvements de sang veineux, de sécrétions et d'excrétions et la prescription de leur analyse en laboratoire;
- vaccination, initiation, mise en œuvre et suivi des dépistages pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire dans le cadre des campagnes des autorités publiques.

Amélioration de la formation initiale et continue

La réforme met l'accent sur la formation continue des infirmiers, leur permettant de se perfectionner dans leurs spécialités et d'acquérir des compétences avancées.

À cet effet, l'ARES (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur) a publié en mai 2024 le nouveau référentiel du bachelier infirmier responsable des soins généraux. Ce référentiel a été conçu pour répondre aux exigences du système de santé en constante évolution, notamment en matière de complexité des soins, de collaboration interdisciplinaire, et de leadership. Il vise à inscrire le bachelier infirmier responsable de soins généraux (BIRSG) dans un continuum de formation en sciences infirmières : bachelier, spécialisé, master, doctorat.

Développement des compétences

Un autre aspect clé de cette réforme est la redéfinition des compétences des infirmiers, notamment en ce qui concerne leur capacité à prendre des décisions autonomes. Par exemple, les infirmiers pourront, dans certains cas, adapter et ajuster les traitements médicaux en fonction de l'évolution des patients, dans le cadre d'une approche interdisciplinaire.

Une meilleure reconnaissance de la profession

La réforme vise également à revaloriser la profession infirmière en reconnaissant la valeur du travail infirmier dans l'ensemble du processus de soin. Les infirmiers disposeront ainsi de plus d'autonomie et d'une plus grande reconnaissance de leur expertise. À cet effet la loi du 8 mai 2024 modifiant la loi relative à l'exercice des soins de santé coordonnée le 1^{er} mai 2015 afin d'y insérer la réforme de l'art infirmier introduit la possibilité de délégation à d'autres professions de soins de santé par l'infirmier responsable des soins généraux au sein d'une équipe de soins structurée. L'équipe de soins structurée est composée de

professionnels de soins de santé qui, ensemble de façon coordonnée, prennent soin d'un groupe déterminé de patients. Les membres de l'équipe de soins structurée travaillent sur base d'un dossier patient partagé et d'un plan de soins sous la coordination de l'infirmier responsable des soins généraux. Les prestations techniques infirmières sont accomplies sous la supervision de l'infirmier coordinateur (infirmier responsable des soins généraux).

Les impacts sur l'organisation des soins de santé

Avec cette réforme, les infirmiers vont jouer un rôle de plus en plus central dans la prise en charge des patients, en particulier dans les structures où les besoins en soins sont importants. En augmentant l'autonomie des infirmiers, la réforme entend alléger la charge des médecins, tout en optimisant la gestion des soins. Cette évolution permet ainsi une meilleure répartition des responsabilités et une prise en charge plus rapide et plus efficace des patients.

De plus, l'extension de certaines compétences aux infirmiers ouvre la voie à une réorganisation des soins, notamment dans les maisons de santé et dans les structures de soins de proximité. Les infirmiers pourront ainsi répondre à un plus grand nombre de demandes de soins, tout en garantissant une prise en charge complète et adaptée aux besoins des patients.

Les nouvelles fonctions infirmières

| Soins généraux | | | Soins spécialisés | Soins de pratique avancée | |
|----------------|-------------------------------|---|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Aide-soignant | Assistant en soins infirmiers | Infirmier responsable de soins généraux | Infirmier spécialisé | Infirmier de pratique avancée | Infirmier chercheur clinicien |
| Niveau 4 | Niveau 5 | Niveau 6 | | Niveau 7 | Niveau 8 |

L'échelle de soins et d'apprentissage contient cinq fonctions : l'aide-soignant (niveau secondaire), l'assistant en soins infirmiers (niveau secondaire complémentaire), l'infirmier responsable des soins généraux et l'infirmier spécialisé (niveau bachelier), l'infirmier de pratique avancée (niveau master) et l'infirmier chercheur clinicien (niveau doctorat). Trois nouvelles fonctions ont donc fait leur apparition dans l'échelle de soins et d'apprentissage, et sont détaillées ci-dessous.

L'infirmier(ère) de pratique avancée (IPA)

L'infirmier de pratique avancée (IPA) est un expert en soins infirmiers, ayant suivi une formation académique spécialisée (master en sciences infirmières). Il exerce de manière autonome des activités cliniques médicales ou des actes médicaux dans des domaines de soins spécifiques ou complexes, en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé et assume des responsabilités cliniques, éducatives, organisationnelles et de recherche. Son rôle est d'améliorer la qualité des soins, promouvoir l'autogestion des patients et initier des innovations pour répondre aux besoins de santé complexes.

Dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine de spécialisation, l'infirmier de pratique avancée peut réaliser les activités suivantes :

- prendre des décisions concernant le diagnostic médical, le traitement médical et le suivi de la prise en charge globale du patient ;
- prescrire des médicaments et des produits de santé ;
- rédiger des certificats médicaux ;
- prendre des décisions sur une planification/admission/sortie.

Ces activités sont conditionnées par une convention de collaboration interprofessionnelle claire et formalisée élaborée entre l'infirmier de pratique avancée et le médecin.

L'assistant en soins infirmiers (AESI)

L'assistant en soins infirmiers effectue les soins comme indiqué dans le plan de soins infirmiers établi par l'infirmier responsable des soins généraux qui pose le diagnostic infirmier. Ce plan de soins infirmiers précise également les limites dans lesquelles l'assistant en soins infirmiers peut adapter lui-même des éléments du plan de soins infirmiers.

Dans des situations moins complexes, l'AESI peut exercer l'art infirmier de manière autonome dans les limites de ses compétences et ce pour une période de moins de 24 heures.

Les prestations techniques de l'art infirmier que l'assistant en soins infirmiers peut réaliser sont listées dans l'arrêté royal du 20 septembre 2023.

L'assistant en soins infirmiers n'a pas d'autonomie dans les services spécialisés et a un accès restreint à la liste de prestations de l'art infirmier (pas d'accès aux actes confiés par le médecin et le dentiste).

L'infirmier chercheur clinicien

L'infirmier chercheur clinicien est un infirmier responsable des soins généraux disposant d'une formation doctorale et qui, quel que soit le secteur d'activité dans lequel il exerce, travaille en collaboration structurelle avec l'université et/ou des organisations avec un contexte scientifique.

En plus de l'exercice de l'art infirmier, l'infirmier chercheur clinicien a un rôle d'expertise clinique et des compétences académiques avancées.

En vertu de son rôle d'expertise clinique, l'infirmier chercheur clinicien accomplit principalement des activités de recherche et d'enseignement dont l'objectif essentiel est le développement de connaissances nouvelles et la mise en œuvre de pratiques « Evidence-Based » dans les soins et l'art infirmier.

Les enjeux de cette réforme

Bien que cette réforme soit une avancée majeure pour la profession infirmière, il reste des questions importantes à régler.

La formation des infirmiers

Si la réforme prévoit une augmentation des compétences, elle s'accompagne naturellement d'une exigence de formation de qualité et continue. Cela nécessitera des ressources et des investissements importants dans la formation des infirmiers responsables des soins généraux et une mise à jour régulière des programmes éducatifs pour répondre aux nouvelles exigences professionnelles. Il sera également nécessaire d'organiser la formation d'assistant en soins infirmiers, qui n'existe pas encore en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La délégation des tâches à d'autres professionnels de la santé ainsi que le transfert de tâches non-infirmières à d'autres profils tel que les aides logistiques, les aides administratives

L'élargissement des compétences des infirmiers doit être accompagné d'un soutien approprié, notamment en matière d'encadrement. Il est essentiel de garantir une répartition équitable des tâches entre les différents professionnels de santé pour éviter toute surcharge de travail pour les infirmiers et garantir ainsi la qualité des soins.

L'acceptation de la profession et du rôle élargi des infirmiers

Un autre défi majeur réside dans l'acceptation par les autres professionnels de santé, notamment les médecins, du rôle accru des infirmiers dans la gestion des soins. Une collaboration interprofessionnelle efficace sera cruciale pour le succès de cette réforme.

Conclusion

La réforme de l'art infirmier constitue un tournant majeur dans l'évolution des pratiques professionnelles. En élargissant les compétences des infirmiers et en les intégrant davantage dans le processus décisionnel des soins, cette réforme vise à améliorer la qualité des soins de santé, à renforcer la cohérence du système de santé et à valoriser une profession indispensable.

Cependant, la mise en œuvre réussie de cette réforme dépendra d'un cadre de formation solide, d'une gestion adéquate des ressources et d'une bonne coordination entre les différents acteurs du système de santé. Les bénéfices de cette réforme seront pleinement réalisés si les infirmiers bénéficient des ressources nécessaires pour exercer leurs nouvelles responsabilités.

Les réformes récentes ont permis une meilleure reconnaissance de la profession d'infirmier(ère) en Belgique, avec une évolution vers une autonomie accrue, particulièrement dans les domaines de la gestion des soins complexes, de la coordination des équipes et de l'innovation technologique. Ces nouvelles fonctions visent à améliorer l'accès aux soins, leur qualité, et à répondre aux défis posés par les évolutions démographiques et sociales.



APNÉE DU SOMMEIL : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

L'apnée du sommeil est un trouble du sommeil qui se caractérise par des pauses respiratoires répétées pendant la nuit. Ces pauses peuvent durer de quelques secondes à plusieurs minutes et se produisent lorsque les voies respiratoires supérieures sont partiellement ou totalement obstruées. Cela empêche l'air de circuler normalement dans les poumons. Il existe deux principaux types d'apnée du sommeil :

- l'apnée obstructive du sommeil (AOS) : c'est la forme la plus courante. Elle se produit lorsque les muscles de la gorge se détendent trop pendant le sommeil, bloquant ainsi les voies respiratoires ;
- l'apnée centrale du sommeil : dans ce cas, le cerveau ne signale pas correctement aux muscles responsables de la respiration de fonctionner, ce qui entraîne une interruption de la respiration.

Les symptômes les plus courants sont des ronflements bruyants, des pauses respiratoires observées par un partenaire de sommeil, une fatigue excessive et une difficulté à se concentrer pendant la journée. L'apnée du sommeil peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé, telles que l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, le diabète de type 2, et peut nuire à la qualité de vie en général. Le traitement varie en fonction de la gravité du trouble, mais il peut inclure des modifications du mode de vie (comme perdre du poids ou éviter l'alcool avant de dormir), des appareils respiratoires comme le CPAP (appareil de pression positive continue), ou dans certains cas, une intervention chirurgicale.

L'apnée du sommeil est un trouble relativement fréquent. Globalement, on estime que la prévalence de cette pathologie tournerait autour de 20 % de la population, mais elle est souvent sous-diagnostiquée, notamment en raison de l'absence de symptômes clairs chez certaines personnes. Un diagnostic médical est essentiel pour éviter des complications à long terme.

En Belgique, une convention entre l'INAMI et les centres spécialisés dans le diagnostic et le traitement du syndrome des apnées du sommeil règle la façon dont l'assurance soins de santé finance la prise en charge de ce trouble. En février 2023, une note relative à une proposition de réforme de cette convention a été déposée par le Collège des médecins directeurs de l'INAMI. Cette réforme se veut être l'exécution du rapport KCE 330 intitulé l'« Organisation du diagnostic et du traitement des apnées obstructives du sommeil : une comparaison internationale ».

À l'heure actuelle, pour que le droit à une intervention de l'assurance dans le traitement des apnées du sommeil au moyen d'un appareil CPAP ou d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) puisse être obtenu, le diagnostic d'apnées du sommeil doit être posé au moyen d'un examen polysomnographique (ou polysomnographie – PSG) réalisé à l'hôpital. Si la PSG (chez les adultes) montre un indice d'apnée-hypopnée obstructive (IAHO) de minimum 15,00, le patient peut entrer en ligne de compte pour la prise en charge par l'assurance d'un appareil CPAP ou d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), si la préférence est accordée à l'un de ces traitements plutôt qu'à d'autres traitements possibles.

La réforme telle que proposée par le Collège des médecins-directeurs est, dans les grandes lignes, la suivante et ne s'applique qu'aux adultes à partir de l'âge de 16 ans :

- compte tenu de la prévalence de la pathologie, afin de diagnostiquer les patients le plus rapidement possible, le médecin généraliste sera dorénavant en mesure, sur base d'une anamnèse et d'un examen clinique, de prescrire au patient un test diagnostique à domicile ;
- endéans les 6 ans à dater de l'application de la nouvelle réglementation, 80 % des nouveaux patients devront être diagnostiqués par un test à

domicile. A contrario, seuls 20 % des patients pourront être diagnostiqués par une PSG à l'hôpital. Ces pourcentages sont évolutifs et démarrent à 15 % la première année pour les tests à domicile, 28 % la 2^e année, 41 % la 3^e année, 54 % la 4^e année, 67 % la 5^e année et 80 % donc la 6^e année ;

- le test à domicile peut être réalisé par le laboratoire de sommeil d'un hôpital ou nouveauté de la réforme, par une société de services ;
- le seul test à domicile auquel il peut être recouru est réalisé par un appareil de type II ;
- le patient, en concertation avec le médecin généraliste, choisit l'hôpital ou la société de service qui réalisera le test à domicile, ainsi que le spécialiste qui recevra les données de l'enregistrement pour analyse et interprétation ;
- la société de services sera autorisée à facturer directement l'INAMI pour sa prestation de services ;
- si un test réalisé à domicile est négatif, une PSG sera pratiquée à l'hôpital ;
- à moyen terme, la réforme ouvre la porte à l'interprétation des signaux et à la pose du diagnostic aux médecins généralistes pouvant attester de leurs compétences en la matière ;
- seuls les patients avec un IAHO de minimum 15,00 peuvent entrer en ligne de compte pour la prise en charge de leur traitement par CPAP ou OAM ;
- le choix du traitement est effectué par un médecin spécialiste du sommeil en concertation avec le patient à l'occasion d'une consultation ;
- la réforme impose également de passer à une prise en charge, endéans les 6 ans et de manière évolutive, de 25 % des patients par OAM (contre 2 % actuellement) ;
- pas de concertation multidisciplinaire pour décider du mode de traitement du patient (CPAP ou OAM) ;
- l'assurance interviendra dans un traitement soit par CPAP, soit par OAM ; il est cependant possible de changer le traitement au cours du temps ;



- les nouveaux patients seront suivis pendant une période de 9 mois par un spécialiste (contre 24 mois actuellement), puis par leur médecin généraliste (renvoi chez le spécialiste en cas de problème);
- le matériel CPAP nécessaire au patient pour son traitement sera mis à disposition par une société de service qui facturera directement l'INAMI pour ce faire;
- l'hôpital est autorisé à faire de même, mais sans autorisation de sous-traiter une quelconque tâche liée à la mise à disposition de cet appareil;
- la titration de l'appareil CPAP sera effectuée à domicile pour 80 % des patients (et donc seulement 20 % seront autorisés à l'hôpital);
- la polygraphie réalisée environ 5 mois après le début du traitement par OAM pour démontrer l'efficacité de ce traitement devra quant à elle toujours être réalisée au domicile du patient. La possibilité d'une polygraphie à l'hôpital sera donc abandonnée;
- pendant les 9 mois de suivi du patient, dans le cadre de la convention, il sera suivi par un spécialiste et son équipe multidisciplinaire (kinésithérapeute, diététicien) qui mettront l'accent sur le mode de vie du patient et les adaptations nécessaires de celui-ci.

À noter également que la réforme prévoit des sanctions conséquentes à l'égard des hôpitaux qui ne rencon-

treraient pas les exigences en termes de pourcentage de prise en charge ambulatoire des patients ou de traitement par OAM.

Cette première note, rédigée sans aucune consultation quelconque du terrain, suscitera de nombreuses réactions de celui-ci, lesquelles seront relayées, en ce qui concerne les hôpitaux, lors d'une réunion le 19 avril 2023. Malgré une levée de boucliers générale du secteur, le Collège des médecins directeurs décidera cependant de persévérer dans cette voie sans altération majeure de la proposition de réforme. Les quatre fédérations hospitalières prendront alors l'initiative de réagir vivement, au travers d'un courrier co-signé, à l'adresse du ministre de la Santé publique, de l'INAMI et du Collège des médecins directeurs, dans lequel les nombreux problèmes que posent la réforme seront détaillés et argumentés. En réponse à ce courrier, une lettre de l'INAMI nous est adressée le 17 juillet 2023, écartant les diverses préoccupations sans autre explication ou justification. Parallèlement, un projet de loi visant à poser les premiers jalons de cette réforme sera adopté, bien que théoriquement toujours en cours de discussions.

La note présentée par le Collège des médecins directeurs évoluera ensuite vers une note de concept avant d'être débattue à nouveau avec l'ensemble des intervenants. Cette note de concept, communiquée en juillet 2024, n'est pas différente de la note initiale, à

quelques exceptions mineures près. Les parties seront invitées à émettre leurs commentaires pour début septembre, dans l'optique d'une réunion avec l'ensemble des stakeholders à la mi-octobre 2024. Les fédérations rencontrent alors leurs membres et travaillent ensuite de concert afin d'aligner et consolider leur position.

La réunion du 16 octobre durera 4 heures. Le Collège présentera tout d'abord les feedbacks reçus de l'ensemble des stakeholders, lesquels se rejoignent et rejettent largement la note conceptuelle. Nous défendrons et argumenterons chacune de nos objections, mais sans écoute du président du Collège, totalement fermé à la discussion. Seule sera évoquée la possibilité de rouvrir le débat aux appareils de type III. Un groupe de travail est invité à se pencher sur la prescription du médecin généraliste dans le cadre du nouveau trajet de soins proposé.

Le 2 décembre 2024, un accord visant à prolonger la convention actuelle jusqu'au 31 décembre 2025 sera adopté. La période pendant laquelle les hôpitaux pourront dispenser les activités de la convention sur différents sites est également prolongée jusqu'au 31 décembre 2025. Cette prolongation vise bien entendu à permettre à la réforme de se poursuivre et s'achever endéans ce délai. Les échanges se poursuivront dans le courant de l'année 2025.

UN RÈGLEMENT EUROPÉEN POUR ENCADRER L'UTILISATION DES DONNÉES EN SANTÉ

Espace européen des données de santé : une évolution majeure en vue pour les soins et la recherche

Le printemps 2024 aura vu naître les prémices du futur espace européen des données de santé (EHDS - *European Health Data Space*), présenté par la Commission européenne comme « un pilier de l'union européenne de la santé et le premier espace de données européen commun dans un domaine spécifique à découler de la stratégie européenne pour les données ».¹

En pratique, ce nouveau règlement, qui entrera progressivement en application à partir de mars 2027, prévoit des règles, des normes, des infrastructures communes et un cadre de gouvernance, en vue de faciliter l'accès aux données de santé électroniques. Il vise spécifiquement trois objectifs :

- renforcer l'utilisation primaire des données², en donnant aux citoyens les moyens de prendre le contrôle de leurs données de santé et en facilitant l'échange de données pour la prestation de soins de santé dans l'ensemble de l'Union Européenne ;
- renforcer l'utilisation secondaire des données³, en mettant en place un système cohérent, fiable et efficace pour la réutilisation des données de santé à des fins de recherche, d'innovation, d'élaboration de politiques et de réglementation ;
- promouvoir un véritable marché unique des systèmes de dossiers médicaux électroniques.

Contextuellement, le règlement EHDS s'appliquera en parallèle et en complément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), au Règlement sur la gouvernance des données, au Règlement sur les données et à la Directive sur la sécurité des réseaux et des systèmes d'information (NIS2). Le règlement EHDS n'a, par ailleurs, pas d'incidence sur l'accès aux

données de santé électroniques à des fins d'utilisation secondaire convenu dans le cadre d'accords contractuels ou administratifs entre entités publiques ou privées.

L'EHDS et l'utilisation primaire des données de santé

Le règlement EHDS complète et renforce en premier lieu les droits des personnes physiques en ce qui concerne l'utilisation primaire de leurs données de santé électroniques à caractère personnel fixés par le RGPD. Parmi les droits concernés figurent notamment ceux relatifs à l'information, à l'accès et à la rectification en ce qui concerne lesdites données. Le règlement prévoit également un droit pour les personnes physiques d'insérer des informations dans leur propre Dossier Médical Électronique (DME)⁴ et un droit de refus, ou « *opt-out* », dans le contexte d'une utilisation primaire.

En outre, le règlement EHDS prévoit l'instauration par les États membres d'un ou plusieurs services gratuits d'accès aux données de santé électroniques au niveau national, régional ou local, permettant aux personnes physiques d'accéder à leurs données de santé électroniques à caractère personnel et d'exercer les droits précités, ainsi que des services de procuration qui permettent aux personnes physiques de gérer les droits de leurs représentants.

En parallèle, les professionnels de la santé doivent enregistrer les données de santé électroniques de leurs patients dans un DME. En contrepartie, cela leur permet de bénéficier d'un meilleur accès, gratuit, aux données de santé électroniques de leurs patients par l'intermédiaire des services d'accès précités. Il s'agit ici notamment d'un accès transfrontalier à des catégories minimums de données.

En matière d'utilisation primaire des données de santé, le règlement EHDS fixe également :

- des catégories prioritaires de données de santé électroniques à des fins d'utilisation primaire et prévoit leurs caractéristiques principales ;
- un format européen standardisé d'échange des DME, notamment pour lesdites catégories prioritaires de données ;
- une gestion des moyens d'identification électroniques reconnus des personnes physiques, tant patients que professionnels des soins de santé, pour l'utilisation des services d'accès.

La législation européenne impose également aux États membres la désignation d'une ou plusieurs autorités de santé numérique responsables de la mise en œuvre et de l'exécution, à l'échelon national, des dispositions relatives à l'utilisation primaire des données de santé électroniques. Les tâches exactes dévolues à cette (ces) autorité(s) sont fixées dans le règlement. Celles-ci seront, entre autres, compétentes pour recevoir des réclamations des personnes physiques lésées et imposer des amendes administratives, en collaboration éventuelle avec les Autorités de contrôle du RGPD.

Enfin, le règlement charge la Commission européenne de mettre en place une plateforme centrale d'interopérabilité pour la santé numérique. Dénommée « *MaSanté@UE* » (*MyHealth@EU*), celle-ci fournira des services visant à soutenir et à faciliter l'échange transfrontalier de données de santé électroniques à caractère personnel entre des points de contact nationaux pour la santé numérique interconnectés entre États membres. Les prestataires de soins de santé de chaque pays seront connectés au point de contact national pour la santé numérique et seront en mesure de procéder à des échanges bidirectionnels de données de santé avec ledit point de contact.

1. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_fr

2. L'utilisation primaire est définie dans le règlement EHDS comme « le traitement de données de santé électroniques pour la fourniture de soins de santé en vue d'évaluer, de maintenir ou de rétablir l'état de santé de la personne physique à laquelle ces données se rapportent, y compris la prescription, la dispensation et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que pour les services sociaux, administratifs ou de remboursement pertinents. »

3. L'utilisation secondaire est définie dans le règlement EHDS comme « le traitement de données de santé électroniques aux fins énoncées au chapitre IV du présent règlement, autres que les finalités initiales pour lesquelles ces données ont été collectées ou produites. »

4. Au sens du règlement EHDS, il s'agit « d'ensemble de données de santé électroniques relatives à une personne physique collectées dans le système de santé et traitées aux fins de la prestation de soins de santé. »

Via MaSanté@UE, les États membres pourront également fournir des services supplémentaires permettant de faciliter la télémédecine, la santé mobile ou encore la surveillance épidémiologique.

L'EHDS et l'utilisation secondaire des données de santé

L'utilisation secondaire des données de santé électroniques est révolutionnée sur le plan européen en impliquant trois acteurs : les détenteurs de données⁵, dont font partie les institutions de soins, les utilisateurs de données⁶, qui comprennent les entreprises de recherches, et les organismes responsables de l'accès aux données de santé (ORADS), représentés à minima par l'Agence des Données de Santé pour cette dernière catégorie en ce qui concerne la Belgique.

Le règlement prévoit en substance que les détenteurs de données doivent mettre à la disposition des ORADS, à des fins d'utilisation secondaire, un certain nombre minimal de catégories de données de santé électroniques.

L'accès aux données de santé électroniques ne peut être octroyé à un utilisateur de données, par les ORADS, que si le traitement des données sous-jacent rencontre une des finalités listées limitativement dans le règlement EHDS, comme la recherche scientifique, l'éducation et l'enseignement ou l'amélioration des soins. À contrario, certaines utilisations secondaires sont totalement interdites par le règlement comme la prise de décisions à l'égard d'une personne physique, le marketing ou la publicité.

Outre l'octroi des autorisations pour l'utilisation secondaire des données de santé électroniques et

la collecte de celles-ci, les ORADS sont chargés de nombreuses autres tâches, telles que :

- surveiller et contrôler le respect du règlement par les utilisateurs et détenteurs de données et sanctionner les contrevenants (révocation des autorisations, exclusion de l'utilisateur pendant 5 ans du système, astreinte, imposition d'amendes administratives, ...);
- traiter les données de santé électroniques en assurant la réception, la combinaison, la préparation et la compilation de ces données lorsqu'elles sont demandées aux détenteurs de données de santé, ainsi que la pseudonymisation ou l'anonymisation de ces données;
- rendre public un catalogue national des ensembles de données normalisé reprenant une description, sous la forme de métadonnées, des ensembles disponibles et de leurs caractéristiques;
- maintenir un système d'information du public sur les conditions dans lesquelles les données de santé électroniques sont mises à disposition à des fins d'utilisation secondaire;
- traiter les réclamations des personnes physiques et morales, pour autant que leurs droits ou intérêts soient lésés;
- collaborer avec les Autorités nationales de protection des données le cas échéant.

Concernant les détenteurs de données, ceux-ci doivent respecter diverses obligations, telles que :

- mettre les données de santé électroniques pertinentes, sur demande, à la disposition de l'ORADS dans un environnement sécurisé auditable et dans un délai raisonnable, soit au plus tard 3 mois à compter de la réception de la demande;
- communiquer à l'ORADS une description de l'ensemble des données qu'ils détiennent et vérifier, au minimum une fois par an, que la description est exacte et à jour.

Les utilisateurs de données sont également soumis à certaines obligations :


- traiter les données de santé électroniques uniquement à des fins d'utilisation secondaire et conformément aux autorisations, demandes ou approbations reçues;
- ne pas donner accès aux données de santé électroniques à des tiers qui ne figurent pas dans l'autorisation de traitement de données;
- ne pas réidentifier les personnes physiques auxquelles se rapportent les données de santé électroniques qu'ils ont obtenues;
- rendre public de façon anonymisée les résultats de l'utilisation secondaire des données, y compris les informations pertinentes pour la prestation de soins de santé, dans un délai défini à compter de l'achèvement du traitement des données de santé dans un environnement sécurisé ou à compter de la réception de la réponse à la demande de données de santé;
- informer l'ORADS de toute constatation significative relative à l'état de santé de la personne physique dont les données sont incluses dans l'ensemble de données;
- coopérer avec les ORADS dans l'accomplissement de leurs tâches.

La mise à disposition de données de santé électroniques à des fins d'utilisation secondaire peut en pratique faire l'objet de redevances⁷ par les ORADS. Ces redevances peuvent inclure une compensation pour les coûts exposés par le détenteur de données de santé pour la préparation des données de santé électroniques à mettre à disposition à des fins d'utilisation secondaire. Le règlement prévoit par ailleurs un mécanisme de résolution des litiges en cas de désaccord entre les détenteurs de données et les utilisateurs de données sur le prix des redevances.

5. Le détenteur de données est définie dans le règlement EHDS comme « toute personne physique ou morale, autorité publique, agence ou autre organisme dans les secteurs des soins de santé ou des soins, y compris les services de remboursement si nécessaire, ainsi que toute personne physique ou morale qui développe des produits ou des services destinés aux secteurs de la santé, des soins de santé ou des soins, qui développe ou produit des applications de bien-être, qui effectue des travaux de recherche ayant trait aux secteurs des soins de santé ou des soins, ou qui agit en tant que registre de mortalité, ainsi que toute institution ou tout organe ou organisme de l'Union jouissant de dispositions particulières. »

6. L'utilisateur de données est défini dans le règlement EHDS comme « une personne physique ou morale, y compris les institutions, organes ou organismes de l'Union, qui s'est vu octroyer un accès licite aux données de santé électroniques à des fins d'utilisation secondaire en vertu d'une autorisation de traitement de données, d'une approbation d'une demande de données de santé ou d'une approbation d'accès émanant d'un participant autorisé à DonnéesDeSanté@UE (HealthData@EU). »

7. Les redevances sont proportionnelles au coût de la mise à disposition des données et ne restreignent pas la concurrence. Elles couvrent tout ou partie des coûts liés à la procédure d'évaluation d'une demande d'accès aux données de santé ou d'une demande de données de santé, de délivrance, de refus ou de modification d'une autorisation de traitement de données, ou de réponse à une demande de données de santé, y compris les coûts liés à la consolidation, à la préparation, à la pseudonymisation, à l'anonymisation et à la fourniture de données de santé électroniques.



En parallèle aux détenteurs de données, le règlement EHDS reprend également la possibilité pour les ORADS de reconnaître des détenteurs de données de santé dits « de confiance ». Ceux-ci peuvent directement donner accès aux données de santé, au moyen d'un environnement de traitement sécurisé, et demander des redevances. En contrepartie, ceux-ci doivent disposer de l'expertise nécessaire pour évaluer les demandes de données de santé, avec décision finale de l'ORADS, et fournir les garanties nécessaires quant au respect du règlement EHDS.

De plus, le règlement impose également à chaque État membre de désigner un point de contact national pour l'utilisation secondaire. Celui-ci se présente sous la forme d'un portail organisationnel et technique, qui permet la mise à disposition des données de santé électroniques à des fins d'utilisation secondaire dans un contexte transfrontalier, et qui est responsable de cette mise à disposition. Le point de contact national peut tout à fait être l'ORADS.

Les points de contact nationaux devront se connecter à une seconde plateforme centrale dénommée « DonnéesDeSanté@UE » (*HealthData@EU*) pour l'accès transfrontalier aux données de santé électroniques à des fins d'utilisation secondaire. Le règlement prévoit que des infrastructures de recherche dans le domaine de la santé ou assimilées puissent se connecter directement, après autorisation, à DonnéesDeSanté@UE.

Précisons enfin que les personnes physiques disposent du droit de refuser que leurs données de santé soient traitées à des fins d'utilisation secondaire dans le cadre du règlement EHDS. Ce droit n'est cependant pas rétroactif et ne porte donc pas sur les traitements de réutilisation secondaire achevés ou entamés. Il est néanmoins réversible à tout moment.

Autres dispositions du règlement EHDS

Le règlement EHDS contient également des dispositions ne visant pas directement les institutions de soins de santé mais méritant d'être mentionnées, celles-ci ayant trait :

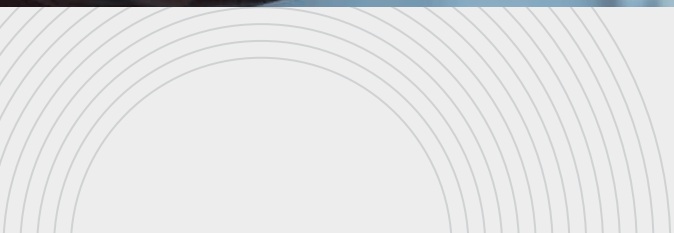
- aux systèmes de DME et aux applications de bien-être ;
- aux autres actions que l'U.E. et/ou les États membres peuvent ou doivent mettre en œuvre ;
- à la gouvernance et à la coordination européennes ;
- à la délégation de pouvoirs à la Commission européenne et au comité d'accompagnement de la Commission.

Perspectives pour le secteur

Le règlement EDHS, même s'il n'est pas encore pour demain, changera à moyen terme notre façon de traiter les données de santé sur le sol européen. Les institutions de soins, non-limitées aux hôpitaux, devront faire face à une série de nouvelles mesures à appliquer et à de nouveaux processus à intégrer. Les bénéficiaires seront néanmoins conséquents une fois l'ensemble de ces dispositions en application.

Pour les patients en premier lieu, c'est la promesse de pouvoir bénéficier de soins de meilleure qualité, innovants, intégrés, sur mesure, et d'une meilleure prise en charge à l'étranger. Pour les professionnels des soins de santé, le règlement EDHS permettra d'accéder plus facilement aux informations utiles, d'échanger plus aisément entre soignants, mais aussi de mieux valoriser les données, notamment par l'intermédiaire d'initiatives menées par santhea et les autres fédérations, comme le projet INAH.





LE DÉFI DE LA RÉUTILISATION DES DONNÉES

La réutilisation des données en santé : Initiatives proposées aux membres de santhea en la matière

Les données en santé font l'objet d'une attention croissante. Les initiatives en la matière se sont multipliées au cours du temps, de manière exponentielle ces dernières années. Dossier Patient Informatisé, Sumehr, SNOMED CT, e-santé, internet des objets, (IoT), Big data, ou encore IA. Autant de termes devenus, sinon connus, au moins entendus presque quotidiennement par les acteurs du monde de la santé.

Dans notre secteur, qui évolue et se numérise donc à grande vitesse, la question de la réutilisation des données à des fins d'amélioration de la performance occupe une place importante. La gestion d'institutions de soins est complexe, et ne cesse de se complexifier. Les besoins d'accompagnement et de soutien sont dès lors nombreux, et y répondre est indispensable si nous souhaitons permettre à nos institutions de soins de fonctionner optimalement. Conduire son institution sans connaître sa situation, tant en termes d'évolution historique que de positionnement sectoriel, revient en effet à « naviguer à vue ». Les gestionnaires attendent donc non seulement les tendances historiques habituelles, mais également des indicateurs de performance de leur institution dans un échantillon représentatif. Les données en santé constituent évidemment une source très riche d'information, mais leur récolte, leur traitement et leur analyse nécessitent du temps et des ressources.

C'est sur ce constat que naissait, il y a presque vingt ans aujourd'hui, le projet de banque de données interhospitalière de santhea. Il se voulait être une réponse à cette tension entre les besoins d'information et d'indicateurs et les ressources disponibles limitées, en centralisant les choses au niveau de santhea.

Depuis lors, notre fédération a toujours eu à cœur d'innover et de proposer de nouveaux outils et services pour soutenir au mieux ses membres dans ce domaine. Forte de son expérience et de l'expertise développée au sein de son staff sur la thématique des données en santé, santhea s'est positionnée depuis quelques années comme un acteur clé dans plusieurs initiatives qui, combinées, pourront se révéler être de précieux outils à disposition des gestionnaires. Ceci constitue, à nos yeux, une orientation stratégique essentielle pour les prochaines années.

Le projet AWAGES devenu DWH santhea

C'est en 2005 que le Conseil d'Administration de l'AFIS décidait la création d'une base de données interhospitalière. Le projet démarra officiellement en 2007 sous le nom AWAGES pour « Agence Wallonne pour l'Aide à la Gestion des Etablissements de Soins ». Le projet a depuis considérablement évolué. Initialement, il se limitait à la collecte de données structurées financières et à la réalisation de rapports d'analyses sur ces dernières. Nous récoltons aujourd'hui beaucoup d'autres données issues de différentes sources, d'extraction ad hoc ou encore d'enquêtes menées auprès de nos institutions et des patients. Cet élargissement nous a permis de couvrir un nombre bien plus important d'aspects de la gestion hospitalière (Ressources humaines, Satisfaction des Patients, Activités, etc.). Nous avons aussi continuellement modernisé les supports proposés, avec les rapports dynamiques en format PDF dans un premier temps, suivi par la mise en ligne d'une plateforme SharePoint permettant la consultation par internet des rapports, puis par le passage à Power BI de Microsoft. L'équipe

a par ailleurs considérablement grandi en vingt ans d'existence, avec l'ajout de différents profils et différentes expertises nécessaires au développement de notre projet.

Celui-ci a été soutenu par la Région wallonne dès son lancement, avec une volonté des autorités de soutenir les hôpitaux dans l'amélioration continue de leur gestion tout en garantissant les soins les plus efficaces possibles. Cet appui nous a permis de faire de cette banque de données interhospitalière un projet unique et innovant, qui a pour ambition de continuer à pouvoir formuler des propositions concrètes pour améliorer non seulement la gestion des institutions de soins, mais également le fonctionnement du secteur dans son ensemble.

Aujourd'hui, les principales productions portent sur la *Satisfaction patients et la Satisfaction résidents, le P4P, l'Absentéisme, l'Hôpital de jour et le Cadastre énergétique*. En interne, le Datawarehouse nous permet d'exploiter les données relatives au BMF ainsi que les données issues des collectes FINHOSTA (données de personnel, d'activité et de comptabilité). Nous organisons en parallèle de plus en plus d'enquêtes afin de disposer des éléments nécessaires à la défense des intérêts de nos membres. Celles-ci demandent un travail conséquent pour leur développement, ainsi que pour la collecte et le traitement des données. Il faut néanmoins poser le constat que les contraintes continuent d'augmenter, et qu'il n'est plus possible de compter uniquement sur le projet interne à la fédération pour répondre aux besoins et aux demandes exprimées par nos membres, ni aux multiples dossiers à suivre et dont le traitement nécessite l'accès à des données structurées. Ceci nous a donc amenés à envisager une articulation avec d'autres acteurs et initiatives.

Une collaboration renforcée avec UNESSA

Les deux fédérations wallonnes santhea et UNESSA bénéficient depuis de nombreuses années de subsides facultatifs destinés à financer, partiellement, le développement et l'opérationnalisation d'un Datawarehouse « inter-institutions ».

Depuis plusieurs années, la Région wallonne souhaite passer à une nouvelle étape en encourageant la convergence (au moins partielle) des deux projets afin de disposer d'une vision sectorielle régionale, qui pourra nourrir les réflexions sur l'évolution du secteur de la santé en Wallonie. Au cours de l'année 2021, les premiers pas de cette convergence entre les deux projets ont été réalisés. La maturité de ceux-ci, l'évolution du secteur (notamment avec la création des réseaux hospitaliers), mais aussi les collaborations croissantes entre les deux fédérations sont quelques éléments qui ont permis d'avancer. À l'heure actuelle, nous travaillons ensemble sur les sujets suivants : P4P, Absentéisme et Hôpital de jour.

Il faut garder à l'esprit que les deux projets ont été développés indépendamment, en fonction des besoins et des priorités respectives des membres des fédérations. D'un point de vue technique, les choix opérés varient également d'une fédération à l'autre, que ce soit pour la structuration des bases de données ou pour les solutions choisies pour mettre les indicateurs et les benchmarking à disposition des membres. Ceci implique que la convergence des projets ne peut se faire par un simple « copier-coller ». Des adaptations techniques sont systématiquement nécessaires. De plus, les spécificités et les priorités restent, en partie, différentes.

Il n'est donc pas à l'ordre du jour de supprimer les projets existants en les remplaçant par un projet unique,

mais plutôt de capitaliser sur ceux-ci pour favoriser la mise en commun d'un certain nombre de thématiques pour lesquelles il existe un intérêt partagé par les acteurs wallons et une volonté d'arriver à une image sectorielle régionale.

Data for Healthcare Improvement : le benchmarking par le secteur pour le secteur


Une nouvelle ASBL, dénommée *Data for Healthcare Improvement—d4hi*, a été officiellement constituée en février 2024 par les trois fédérations hospitalières bruxelloises et wallonnes : santhea, UNESSA et GIBBIS.

Cette création visait la reprise et la pérennisation des activités de l'ASBL CIBES constituée en janvier 2014 et qui avait pour objet de « mettre à disposition des données statistiques relatives à l'économie et la santé, et un service de benchmarking ». Concrètement, CIBES proposait à ses clients, constitués uniquement d'hôpitaux, un ensemble de modules pour lesquels un benchmarking était développé sur base des données RHM et de facturation. Les modules portaient notamment sur la pharmacie, le financement global par pathologie, le case-mix et l'activité justifiée, les indicateurs qualité, de réadmission et de passage aux urgences, et les NRG.

Depuis le mois de juillet 2024, la reprise des activités par la nouvelle ASBL est effective. Les fédérations poursuivent aujourd'hui deux objectifs complémentaires et qui se renforcent mutuellement. Le premier consiste à convaincre de nouveaux hôpitaux d'adhérer à ce projet et à recourir à certains modules payants proposés, ce qui permettra à l'initiative d'être financièrement viable et, à terme, de diminuer le coût des modules par hôpital grâce aux économies d'échelle.

Le second porte sur l'exploitation de la base de données par les fédérations pour la défense des intérêts des hôpitaux wallons et bruxellois, ce qui nécessitera d'élargir le nombre d'hôpitaux fournisseurs de données pour garantir la représentativité de l'échantillon et, dès lors, la qualité des simulations effectuées.

Le contexte économique général, et budgétaire du secteur de la santé en particulier, constitue à la fois une menace et une opportunité. Certes, le recours aux modules de *d4hi* a un coût, mais ils peuvent aider à améliorer la performance de l'institution. Les nombreuses réformes en cours et à venir constituent une autre opportunité, sachant que mesurer l'impact potentiel de ces réformes est un enjeu de taille pour les hôpitaux, et que cet outil pourrait précisément fournir le soutien nécessaire dans ce cadre, moyennant le fait que le nombre d'institutions participantes augmente afin d'améliorer la représentativité des simulations. Enfin, il va de soi que de nombreux autres acteurs (privés) sont présents sur le marché du benchmarking et du « soutien » via la simulation sur base de données, ce qui représente une menace réelle. L'opportunité ici consiste à proposer un outil selon une approche associative menée par les institutions pour les institutions.



Institute of Analytics for Health : un outil innovant pour l'exploitation des données médicales

Le gouvernement wallon a lancé en 2018 un projet visant à développer une plateforme technologique innovante (*INAH - Institute of Analytics for Health*) permettant un accès éthique et sécurisé aux données médicales pour pouvoir mener des analyses multicentriques dans le cadre, notamment, de recherches médicales et statistiques. Cette plateforme visait ainsi à compléter l'écosystème wallon de santé numérique avec un outil technologique. Pour les hôpitaux, l'idée était notamment de centraliser les relations avec les sociétés souhaitant avoir accès à des données pour gagner en représentativité et ainsi mieux réutiliser les données traitées initialement pour la prestation de soins de santé.

À l'issue d'une première phase « expérimentale » menée de 2018 à 2021, les acteurs de l'écosystème wallon de santé numérique (tels que le pôle Biowin, les hôpitaux, les professionnels de santé, les acteurs académiques et les entreprises Life-Science) ont montré un grand intérêt pour cette plateforme. Une deuxième phase a donc été menée tout au long de l'année 2023 en vue de faire évoluer la plateforme INAH1 en INAH2 MVP (« Minimum Viable Product »). Pour ce faire, l'architecture a été clarifiée, et le choix du modèle OMOP (*Observational Medical Outcomes Partnership*) a été opéré pour la structuration de la base de données. Ce modèle offre l'avantage d'être un standard international pour la recherche clinique, et donc de permettre plus facilement l'intégration des hôpitaux candidats à des projets d'études de grande ampleur. Le modèle reste décentralisé, dans le sens où il n'est pas question de récupérer toutes les données disponibles et de les centraliser en un seul point.

En mars 2024, le projet a pris son envol en devenant une ASBL à part entière dont les membres fondateurs sont les fédérations santhea et UNESSA, ainsi que le Collège de Médecine Générale.

Le modèle *INAH* repose sur un *win-win* entre plusieurs acteurs. Pour les hôpitaux, la plateforme INAH2 permet notamment d'accéder aux études cliniques internationales, de bénéficier d'un cube cli nique hospitalier, de participer à des benchmarking, de croiser les données avec les acteurs de la première ligne, ou encore d'améliorer la pratique médicale sur base de tableaux de bords/analyses spécialisés et d'attirer de nouveaux médecins. Pour l'industrie, et en particulier les entreprises (Bio)Pharma et *Medtech*, il y a un intérêt évident à pouvoir accéder à une plateforme donnant accès à des données riches et structurées issues du monde réel (*RWD - Real World Data*), en opposition aux données obtenues lors d'essais cliniques. Les brevets sur nombre de molécules les plus lucratifs expirant et la pression pour mettre au point et commercialiser des *blockbusters* étant de plus en plus forte, l'industrie réfléchit à de nouveaux modèles économiques innovants, en prenant en compte deux tendances lourdes : l'émergence de la médecine personnalisée avec des médicaments sur mesure en fonction de la structure génétique du patient; et le passage d'une logique de traitement à une logique de prévention pour améliorer la qualité et l'espérance de vie tout en réduisant les coûts. Ces évolutions amènent toute l'industrie à réfléchir sur le type de relation nouvelle à établir avec les patients, les professionnels de santé, les canaux de distribution et les ressources et activités à développer. D'un point de vue épidémiologique et de (politique de) santé publique, disposer de RWD structurées représente une opportunité pour le futur. Les enjeux sont multiples et bien connus. Les systèmes de santé doivent évoluer

significativement pour y faire face. Il faut, notamment, déplacer le curseur du curatif vers plus de préventif, et prendre en compte l'intégralité de la chaîne de soins en renforçant les liens entre les lignes et en réimaginant l'organisation et la dispensation des soins.

Si, jusqu'à présent, le développement de cette initiative a été possible grâce à un financement octroyé par les autorités régionales wallonnes, celui-ci diminuera progressivement et sera remplacé par les recettes des études menées avec l'industrie. En facilitant le regroupement de plusieurs hôpitaux en vue d'intégrer conjointement des projets de recherche, la taille des échantillons sera plus importante. Il sera donc à la fois plus facile d'intégrer des études (internationales) tout en réduisant la charge administrative des hôpitaux. Les revenus générés retourneront évidemment vers les hôpitaux fournisseurs de données, une petite partie de ces revenus étant néanmoins conservé au niveau de l'**INAH** pour couvrir les frais de fonctionnement et l'équipe technique en charge de la plateforme. Un financement par les autorités reste évidemment possible, notamment dans le cadre de politiques de santé publique.

INAH a comme objectif de centrer prioritairement le choix des études à mener sur la valeur ajoutée pour le secteur et le système de santé : projets dédiés à certaines spécialités médicales pour améliorer la pratique clinique, projet médico-financiers portant sur le croisement de données financières et cliniques en préparation du financement all in, projets mixtes première et deuxième lignes, projets sociétaux en collaboration avec les autorités publiques, etc.

Enfin, avec la future entrée en application du règlement européen sur l'espace européen des données de santé (*EHDS - European Health Data Space*), **INAH** pourrait également être amené à devenir un partenaire

reconnu de l'Agence des données de santé dans le cadre de la réutilisation des données hospitalières et de première ligne en Wallonie. Sa philosophie et sa structure technologique représentent à ce niveau de sérieux atouts.

Des initiatives articulées afin de servir au mieux le secteur

Le projet **DWH santhea** représente la colonne vertébrale de l'exploitation des données à santhea et continuera donc à perdurer en parallèle à **INAH** et **d4hi** en se concentrant sur certains éléments spécifiques :

- la récolte et la structuration de données nécessaires pour soutenir le travail des conseillers, sur base des connaissances et de l'expertise existantes chez santhea, ainsi que des développements techniques déjà réalisés (éventuellement de manière partielle): Données relatives aux lits (agrées et justifiées), données issues de la notification du BMF, données FINHOSTA, etc.;
- la mise en œuvre de projets spécifiques développés à partir de demandes clairement identifiées : Satisfaction Patients et Résidents, Absentéisme, Cadastre énergétique, Hôpital de jour, etc.;
- la réalisation et le traitement d'enquêtes spécifiques: sur base de demandes formulées par nos membres et/ou nécessaires dans le cadre de dossiers traités par le staff de santhea;

La **collaboration avec UNESSA** se construit sur cette base, en identifiant les thématiques communes dont les données peuvent être combinées pour créer une image sectorielle régionale.

L'ASBL **d4hi** servira de plateforme pour l'utilisation des données RHM et de facturation, données qui ne sont

pas traitées dans les Datawarehouses respectifs des fédérations. Outre la possibilité pour les membres d'avoir accès à des modules payants (Pharmacie, Urgences, Financement global, etc.), avec des modalités encore à préciser, les fédérations utiliseront **d4hi** pour réaliser des simulations et des études dans le cadre de la défense des intérêts de leurs membres, en particulier concernant la réforme du financement. L'équipe actuelle de **d4hi** étant indépendante des fédérations, le traitement des données se fera dans le respect de la confidentialité. Un lien étroit sera par ailleurs établi avec les fédérations pour encadrer les travaux.

Le projet **INAH** est différent, dans le sens où il se concentre actuellement sur les données médicales, mais avec une portée bien plus étendue dans le cadre de l'évolution du cadre européen en matière d'échange et d'utilisation secondaire des données.

Ces deux initiatives doivent en définitive être abordées comme des alternatives, portées par le secteur pour le secteur, face à ce qui est actuellement proposé par des firmes à but lucratif. Dans un contexte où de plus en plus d'acteurs privés tentent de se positionner comme des tiers pour valoriser les données en santé afin de les réutiliser, et singulièrement celles issues des hôpitaux, il est en effet capital que celles-ci conservent entièrement la main sur les données en santé qu'elles génèrent, ces dernières étant amenées à devenir de plus en plus précieuses à l'avenir.

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
- Groupe de travail ACA (réforme nomenclature - consultations et prestations assimilées)
- Comités de pilotage :
 - Convention chirurgie complexe oesophage-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
 - Réforme de la nomenclature
 - Thrombectomie

- 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
- UNISOC
 - Conseil d'administration
 - Assemblée générale
 - Groupe consultatif de droit social
- Comité de gestion de la plateforme e-Health
- Conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE)
- Comité des utilisateurs de l'Agence des données de santé (HDA - Health Data Agency)
- 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»
- Conseil économique, social et environnemental de Wallonie
- Commission de l'Action et de l'Intégration sociale, des services collectifs et de la santé
- 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
- BRUXEO

Autres instances

- PAQS ASBL
- Data for Healthcare Improvement ASBL
- INAH ASBL
- Fédération internationale des Hôpitaux
- HOPE
- ISQua
- HIMSS
- FARES ASBL
- Ciriec
- Respect Seniors

UNE EXPERTISE DÉMONTRÉE AU TRAVERS DE NOS DOSSIERS

PARTIE 5

Les conseillers de santhea ont traité, comme d'habitude, de nombreux dossiers tout au long de l'année. Qu'il s'agisse de nouvelles réglementations, de projets de loi, de demandes d'avis ou encore de sujets d'actualité, toute thématique susceptible d'avoir un impact sur nos membres est analysée en détail afin de pouvoir les informer rapidement et clairement, les soutenir efficacement, et de défendre au mieux leurs intérêts.

Vous découvrirez dans les pages qui suivent les principaux dossiers traités en 2024. Chacun est brièvement expliqué et, le cas échéant, les actions spécifiques menées par santhea sont précisées.

FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Intervention financière fédérale exceptionnelle (IFFE)

En prévision de la mise à disposition des hôpitaux de leurs décomptes définitifs «IFFE» par l'Administration, de l'intégration de ceux-ci dans le budget des moyens financiers (BMF) au 1^{er} juillet 2024 ainsi que des remarques officielles à formuler, le cas échéant, aux autorités par les hôpitaux concernés, nous avons établi à l'attention de nos membres un fichier de contrôle sous format «EXCEL» devant permettre, d'une part, de vérifier les divers décomptes reçus et, d'autre part, de préparer les éventuels griefs à émettre concernant ceux-ci.

En outre, afin d'analyser l'ensemble des remarques officielles émises par les hôpitaux concernant ces décomptes définitifs «IFFE» ainsi que de formuler des recommandations aux autorités en la matière, nous avons été invités à participer à un Groupe de travail sur le sujet constitué des membres du CFEH et des membres de la Commission de conventions Hôpitaux-Organismes Assureurs.

Pensions des statutaires

Différents travaux sont liés à cette thématique durant l'année 2024. D'abord, il a fallu prendre en compte l'arrêt du Conseil d'État sur l'article 73 §§4 et 5 de l'arrêté royal BMF concernant le financement des pensions statutaires. Cet arrêt annule l'application d'un facteur qui tenait compte du pourcentage de personnel statutaire hospitalier *actif* dans le calcul du financement lié aux cotisations de responsabilisation. Cela modifie les documents à collecter par le SPF ainsi que les modalités de financement. Plusieurs échanges ont eu lieu entre fédérations et avec l'administration afin de définir au mieux les nouvelles modalités. Celles-ci ne sont toujours pas fixées fin 2024.

Ensuite, sur base des nouveaux documents récoltés dont la facture de cotisation de responsabilisation 2022, le «besoin» (hôpitaux) santhea a été réévalué, c'est-à-dire que le financement actuel (BMF) a été comparé aux coûts supportés par nos hôpitaux. Des échanges avec les autres fédérations ont ensuite eu lieu pour mettre à jour le «besoin» national, sur base de la même méthodologie, afin d'introduire celui-ci dans l'avis «besoins 2025» du CFEH.

Dans le même esprit, santhea a décidé de véhiculer un message fort et de mettre l'État en demeure de respecter ses obligations légales en matière de financement des (cotisations de) pensions des agents statutaires dans les hôpitaux. En l'absence de réaction de l'État, un rappel a été adressé à celui-ci en septembre 2024. Santhea se réserve le droit de donner une suite judiciaire à cette mise en demeure qui est restée sans suite.

Dernièrement, une réflexion globale a été initiée concernant le système de pensions des agents statutaires dépendant des administrations provinciales et locales, suite à la notification du Service des Pensions en août 2024 au sujet du mécanisme de bonus/malus. Ce dernier n'est plus financièrement viable et conduit à une diminution progressive du «bonus».

Évolution du programme de paiement à la performance - P4P

En 2024, le programme P4P a connu une évolution majeure. D'une part, au 1^{er} juillet 2024, un montant de 32,5 millions d'euros a été transféré de la sous-

partie B2 du BMF vers la sous-partie B4 afin de porter le budget P4P, fixé à 7,2 millions d'euros en 2023, à 40 millions d'euros en 2024. Cette mesure, non sans conséquences pour le financement de base des hôpitaux généraux, s'est accompagnée de l'introduction d'un nouvel indicateur, «l'Hospital Standardized Mortality Ratio», dont la méthode de calcul et l'usage dans le programme génèrent de nombreuses questions au sein du secteur. Dans ce contexte, santhea a rédigé un courrier à l'Administration avec les autres fédérations afin de dénoncer l'impact de ces changements sur les finances des hôpitaux. Un groupe de travail dédié au programme P4P dans son ensemble a également été organisé afin de discuter des attentes de nos membres concernant le futur de ce système de financement et d'alimenter par la suite d'autres actions.

Budget des moyens financiers des hôpitaux

L'arrêté modifiant l'AR BMF pour 2022 et 2023 est publié au Moniteur belge du 10 juin 2024, déclenchant ainsi les délais de 30 jours pour les remarques relatives à ces BMF notifiés de longue date. Cependant, l'arrêté supposé modifier l'AR BMF pour 2024 n'est toujours pas disponible ou a fortiori publié au sortir de l'année écoulée 2024, et les délais pour les remarques relatives à ces BMF notifiés n'ont dès lors pas encore démarré.

Dans le BMF notifié au 1^{er} janvier 2024, signalons l'indexation désormais systématique de certains contrats de projets pilotes B4, l'insertion du P4P 2023 également désormais indexé, l'octroi définitif des budgets «Data Capabilities» aux hôpitaux concernés, ainsi que le transfert du financement du statut des médecins spécialistes en formation (MSF) de

la sous-partie B4 vers la sous-partie B9 et le transfert vers l'INAMI des financements B8 et B9 de la médiation interculturelle.

Dans le BMF notifié au 1^{er} juillet 2024, pour la première fois depuis trois ans, les sous-parties B1 et B2 des lits aigus ne s'appuient plus sur les données 2019, mais sur les premières données supposées utilisables post-covid, à savoir 2022, dont il apparaît pourtant que le premier trimestre était encore affecté par une activité en berne pour la majorité des hôpitaux. Les lits justifiés sont calculés en version 40 du grouper APR-DRG, associé aux durées de séjour standardisées calculées à partir des séjours du RHM 2018, 2019 et 2022.

Une ligne spécifique B1-610 est créée pour accueillir le financement forfaitaire du Transport interhospitalier dès 2024 (13,5 millions d'euros avec effet au 1^{er} janvier 2024) compte tenu de la mise à charge des hôpitaux du coût du transport non urgent de patients admis dans un hôpital vers un autre hôpital pour y être hospitalisés.

Dans le cadre de l'exercice «*Appropriate care*», un effort budgétaire de 2,7 millions d'euros est mis à la charge des hôpitaux par une réduction linéaire des sous-parties B1 et B2 via la création de deux lignes distinctes négatives structurelles «*Economie 2024*», assorties de C2 respectifs pour la récupération du premier semestre 2024. Le ministre a décidé de maintenir la modalité d'économie qu'il avait lui-même proposée au CFEH et ce, en dépit de l'opposition de principe du CFEH à toute diminution du BMF ou des alternatives qu'il proposait (sous-utilisation du budget global ou diminution de la marge subsistante des contrats B4).

En sous-partie B2, un nombre limité de codes de nomenclature demandés par le CFEH ont été ajoutés dans la liste des temps standards pour le calcul du

financement du quartier opératoire. Les salles disponibles en permanence pour la neurochirurgie ont été maintenues comme dans le BMF 1^{er} juillet 2023, à défaut d'adaptation possible immédiate des règles d'attribution à la nouvelle nomenclature de chirurgie de la colonne vertébrale. Les prestations «soins à basse variabilité» INAMI utilisées dans le calcul de la sous-partie B2 ont vu leur valeur de zéro euro remplacée par leur valeur INAMI théorique, pour les données 2022 (points complémentaires CDEI) et pour les données nationales 2019 (financement des produits médicaux et du personnel de la stérilisation). Cependant, les données couplées 2019 en grouper 36 ainsi corrigées pour la basse variabilité et associées au casemix 2019 en grouper 36 des hôpitaux individuels ont été divisées par des journées 2022, générant une certaine incohérence dans les classements en déciles, outre l'oubli des journées de certains séjours dont une partie seulement s'est déroulée en lit aigu.

Concernant la sous-partie B3, le ministre a accédé à la demande répétée du CFEH : les nouveaux codes de nomenclature de radiothérapie créés en 2020 sont pris en compte dans le calcul du BMF au 1^{er} juillet 2024. Ils le seront également lors des révisions du BMF pour les années 2022 et 2023, bien que le CFEH ait demandé une prise en considération dès la révision 2020.

Contrairement à l'avis du CFEH, le ministre a décidé de transférer 32,5 millions d'euros du budget B2 du secteur budgétaire aigu pour augmenter le budget B4 du P4P, ainsi porté à 40 millions d'euros au 1^{er} juillet 2024. Les indicateurs utilisés dans la répartition de ce budget sont l'accréditation-ISQua, les enregistrements cliniques, activités d'amélioration de la qualité et labels de qualité, l'expérience des patients et le «*Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)*».



La mesure de soutien aux Ressources Humaines dans le cadre des accords sociaux, déjà mise en place dans les hôpitaux privés, voit son financement actualisé sur base des données 2022

Le financement B4 des «*Belgian Meaningful Use Criteria*» (BMUC) pour le dossier patient informatisé comporte plusieurs lignes : structure de gouvernance – socle fixe, échange actif de données (HUB) – socle variable, participation aux Peer Reviews, accélérateur – fonctionnalités de base et accélérateur – fonctionnalités Menu.

Pour l'année 2024, le budget récurrent B4 Cybersécurité de 15 millions d'euros est réparti selon trois mécanismes : un financement de 12 millions d'euros consacrés au financement individuel des hôpitaux, un financement d'initiatives collectives au bénéfice de l'ensemble du secteur pour 2,25 millions d'euros et un financement aux hôpitaux «contributeurs» partageant leurs ressources documentaires pour 750 000 euros. En outre, un budget Cybersecurity – One-shot 2024 de 39,5 millions d'euros est libéré et sera en définitif octroyé dans le BMF du 1^{er} janvier 2025 sous forme de rattrapage.

Signalons également que dans le cadre du plan de relance européen, un financement one-shot de 20 millions d'euros est consacré à des projets relatifs à l'innovation, via des contrats B4.

La ligne B5-420 relative à la formation des pharmaciens est dorénavant indexée.

Concernant la sous-partie B8, le ministre n'a pas mis en œuvre les propositions d'initiative du CFEH. Tout au plus a-t-il mis à jour les données utilisées pour calculer les

trois ratios utilisés dans la répartition de la ligne B8-201 : année de référence 2022, admissions de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) pour le premier ratio et prise en considération des deux tranches de revenus les plus bas pour lesquelles le maximum à facturer (MAF) s'applique en 2022 pour le deuxième ratio.

En sous-partie B9, la mesure de soutien aux Ressources Humaines dans le cadre des accords sociaux, déjà mise en place dans les hôpitaux privés, voit son financement actualisé sur base des données 2022. Suite à la signature du protocole d'accord du 13 mars 2024 pour le secteur public, la mesure est intégrée pour les hôpitaux publics dans le BMF au 1^{er} juillet 2024 avec rattrapages, et selon des modalités semblables au secteur privé.

En sous-partie B9 également (ligne 1550, concernant les conventions de médecins spécialistes en formation – MSF), un budget structurel supplémentaire de 6,7 millions d'euros est ajouté en 2024 au budget existant (initialement de 30 millions d'euros, auxquels sont venus s'ajouter les diverses indexations). La répartition de l'ensemble du budget est ainsi actualisée sur base des ETP MSF issus des données ONSS du quatrième trimestre 2022 au troisième trimestre 2023 inclus, et compte tenu du respect des conditions minimales obligatoires figurant dans les conventions de formation conclues entre les hôpitaux et les médecins spécialistes.

En sous-partie C2, les rattrapages relatifs aux révisions 2016 et 2017 font l'objet d'une liquidation dans le BMF au 1^{er} juillet 2024 pour de nombreux hôpitaux.

Cependant, le SPF opère des rattrapages négatifs de lignes C2 pourtant dues au titre de provisions pour l'implémentation de l'IFIC à 100 % dans les hôpitaux au 1^{er} juillet 2021, et considère que le problème se règlera au moment de la révision de l'année 2021 de cette mesure.

Un arrêté publié le 15 mai 2024 a modifié l'AR BMF pour y insérer spécifiquement le financement des hôpitaux hub et de la campagne de vaccination dans les hôpitaux : dans le BMF 1^{er} juillet 2024, le SPF concrétise cette mesure en deux lignes distinctes de rattrapage : C2-9754 Octroi hôpital hub, intervention forfaitaire destinée aux hôpitaux désignés comme hub pour le stockage et la distribution des vaccins contre la Covid-19, et C2-9755 Octroi pour la vaccination de base Covid-19 à savoir le financement de la vaccination de base administrée dans les hôpitaux à leur personnel, pendant la période du 28 décembre 2020 au 30 novembre 2021 inclus.

Enfin, dans leur BMF notifié au 1^{er} juillet 2024, les hôpitaux ont reçu via les lignes C2-9756 Octroi – Décomptes définitifs – IFFE et C2-9757 Récupération – Décomptes définitifs – IFFE, le montant de la régularisation des avances relatif au décompte définitif IFFE, calculé en application de l'AR IFFE du 30 octobre 2020, accompagné des annexes détaillées relatives à cette mesure. Un délai spécifique de 30 jours pour les remarques relatives à ce dossier s'est achevé le 2 octobre 2024, établi distinctement du délai de 30 jours relatif au BMF notifié au 1^{er} juillet 2024 à proprement parler, non encore démarré fin 2024.

CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Contrôle préalable de l'Autorité Belge de la Concurrence

L'Autorité Belge de la Concurrence (ABC) a exprimé son désaccord à l'égard de l'avant-projet de loi visant à exempter les fusions, associations et regroupements hospitaliers d'un contrôle préalable de l'ABC. Pour cette raison et à la demande des cabinets concernés, une réunion a eu lieu entre les représentants du groupe de travail du CFEH, les représentants de l'ABC et du cabinet de la Santé publique, dans le but de parvenir à un compromis sur le rôle de l'ABC dans le secteur hospitalier. Au terme de cette réunion, le CFEH a rédigé un avis complémentaire – appuyant son avis initial – validé en réunion plénière en janvier 2024.

Agréments en cascade

Un avis du CFEH – divisé en 3 parties – a été remis en avril et juin 2024. Cet avis reprenait, dans sa première partie, les principes généraux identifiés par le CFEH comme devant guider la réflexion sur la révision des normes; dans sa seconde partie, les normes à réviser, commentées une par une; et dans sa troisième partie, un focus sur les normes applicables à la structure infirmière. Ce premier travail a nécessité de nombreuses réunions au sein du groupe de travail santhea pour alimenter ensuite la réflexion au sein du groupe de travail du CFEH.

Contrats B4

Un groupe de travail CFEH «structuralisation des contrats B4» a également été mis sur pied en 2024 afin d'établir la liste des projets à structuraliser et définir les modalités de structuralisation. Ces projets pilotes concernent majoritairement le secteur de la santé mentale, mais aussi, de manière plus marginale, les hôpitaux généraux. La question n'est pas sans difficulté puisqu'il s'agit de définir un même schéma d'implémentation pour tous les contrats B4. Une première réunion s'est tenue en octobre 2024. Au terme de celle-ci, il a été proposé de définir trois catégories de priorité, allant décroissant, dans lesquelles seraient classés tous les contrats B4 existants, dans l'optique de les traiter par étapes. Le travail se poursuivra en 2025.

BMF 2024

Le CFEH a répondu par son avis CFEH/D/599-3 du 14 février 2024 à une demande d'avis du ministre datée du 5 décembre 2023 et relative au BMF au 1^{er} juillet 2024. De nombreux points y sont abordés.

En ce qui concerne les financements B4-1904 et B4-1906 relatifs aux pensions du personnel statutaire, le CFEH fait des propositions concrètes d'adaptation du calcul, afin d'intégrer les éléments pointés par le Conseil d'État dans son arrêt d'annulation de 2023 concernant la cotisation de responsabilisation.

En sous-partie B9, l'année n-1 sera désormais prise en considération tant pour les lits agréés que pour les lits justifiés dans le calcul du financement Fonds Blouses

Blanches de l'année n, mais l'intégration dans le BMF continuera de se faire au 1^{er} juillet de l'année n avec un rattrapage pour le 1^{er} semestre, et non au 1^{er} janvier comme le souhaitait le CFEH. Par ailleurs, l'intégration directe dans le calcul de la sous-partie B2 telle que souhaitée également par le CFEH n'est pas non plus retenue par le ministre, qui considère le calcul distinct en sous-partie B9 nécessaire à la transparence pour la concertation sociale.

En ce qui concerne le financement de la mesure IFIC en sous-partie B9, le ministre fait plusieurs propositions d'extension du personnel à prendre en considération, qu'il s'agisse de personnel détaché par un CPAS ou une autre autorité publique, ou du personnel d'associations hospitalières, d'étudiants ou de personnel intérimaire infirmier et aide-soignant, sous certaines conditions.

Sur proposition du ministre, le CFEH valide le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet comme seules dates désormais possibles de prise en compte des fusions et défusions dans le BMF. Concernant les fusions entre hôpitaux intervenues après le 1^{er} juillet 2002, le ministre considère que certains financements historiques doivent être uniques par numéro d'agrément, tels que l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux soignants ou la formation permanente, et que les lignes multiples octroyées bien avant l'entrée en vigueur de l'AR BMF ne doivent pas être maintenues en tant que financements historiques, comme le CFEH l'avait pourtant très clairement argumenté.

Contrairement à l'avis rendu par le CFEH qui considère que les mécanismes prévus aux articles 91quater et 97bis de l'AR BMF demeurent des incitants intéressants à

renforcer la collaboration entre hôpitaux, y compris au sein de réseaux locorégionaux, le ministre confirme son souhait de les supprimer et invite le CFEH à réfléchir à de nouveaux mécanismes, intégrant les évolutions à venir dans le cadre de la réforme du financement.

Sans lui proposer un texte concret, le ministre annonce au CFEH que les dispositions concernant les rattrapages seront clarifiées dans l'AR BMF, en particulier en ce qui concerne certaines corrections opérées via la sous-partie C2 et non mentionnées à l'heure actuelle dans le texte de l'article 92.

Concernant la nouvelle nomenclature de la colonne vertébrale, le ministre accepte l'introduction dans le BMF 1^{er} juillet 2024 des codes hospitalisés avec les temps standards associés proposés par le CFEH, mais en définitive, il ne les intégrera pas avant le calcul du BMF 1^{er} juillet 2025. Concernant le nombre de salles d'opération de neurochirurgie disponibles en permanence financées, le ministre accède à la demande du CFEH de le maintenir inchangé au 1^{er} juillet 2024 par rapport au BMF 1^{er} juillet 2023, en attendant un travail plus poussé sur les codes de nomenclature et les interventions à viser.

Le CFEH a rappelé les 9 codes hospitalisés et leurs temps standards associés concernant la chirurgie du pancréas et de l'œsophage, à insérer dans l'annexe 9 (liste des temps standards du quartier opératoire) pour le BMF 1^{er} juillet 2024. De même, en conséquence de l'examen de la bonne concordance de l'annexe 9 avec la liste A de l'hospitalisation chirurgicale de jour au 1^{er} janvier 2023, 2 codes ambulatoires et 5 codes hospitalisés oubliés jusqu'ici, et leurs temps standards, doivent être ajoutés dans l'annexe 9 dès le BMF

1^{er} juillet 2024, alors que les 315 codes ambulatoires nouveaux dans la liste A ne devront l'être qu'à partir du calcul du BMF 1^{er} juillet 2025 (utilisation des données d'activité 2023). Enfin, un groupe de travail permanent «BMF & Nomenclature» devrait être mis en place pour anticiper les impacts de tout changement de nomenclature INAMI sur le BMF.

Suite aux conclusions d'un sous-groupe de travail technique, le ministre a décidé d'appliquer aux données couplées RHM-SHA, la même correction qui a été appliquée aux documents P INAMI lors du calcul des points complémentaires B2 CDEI pour le BMF de juillet 2023. Concrètement, les montants des prestations facturées à zéro euro doivent être remplacés par leur valeur théorique existante hors du cadre des soins à basse variabilité.

En ce qui concerne les données de référence nationales dans le calcul des points B2 Produits médicaux, le ministre a décidé d'utiliser les données couplées 2019, à savoir les plus récentes disponibles pour le BMF 1^{er} juillet 2024, pour calculer les valeurs normalisées nationales par lit occupé des prestations médicales par APR-DRG avec la version 36 du grouper, associées au casemix 2019 des hôpitaux également en version 36 du grouper, pour déterminer les dépenses normalisées par hôpital.

Ces adaptations ne seront cependant pas appliquées rétroactivement, alors même que le CFEH demande de longue date d'effectuer les corrections positives nécessaires pour les hôpitaux lésés au fil des BMF successifs (points complémentaires B2, points produits médicaux et stérilisation B2).



Besoins 2025

Chaque année, dans le cadre de l'élaboration du budget, le CFEH émet un avis pour identifier les besoins prioritaires des hôpitaux. Pour 2025, onze besoins ont été pointés et chiffrés parmi une liste plus large des besoins hospitaliers recensés par les différents membres du CFEH. Un top 5 a été établi :

- soutien au personnel soignant ;
- financement de la réforme entamée de l'hôpital de jour chirurgical ;
- financement de la législation sur les mises en observation en santé mentale ;
- coût de l'implémentation des normes NIS-2 en cybersécurité ;
- financement des charges liées aux pensions des statutaires.

Le dernier besoin est une mise à jour du besoin 2024 basée sur les nouvelles factures de responsabilisation et nouvelles simulations futures de l'ensemble des hôpitaux publics.

Cybersécurité

Le CFEH s'est penché sur deux demandes d'avis du ministre de la Santé publique concernant les contours du Programme Cybersécurité des hôpitaux et le financement de celui-ci. Les modalités de ce dernier imposent une répartition pour partie individuelle, pour partie collective et pour partie «accélérateur». Nous avons ensuite accompagné nos hôpitaux dans la mise en œuvre des diverses requêtes du SPF au travers de leurs circulaires, visant à exécuter ce Programme Cybersécurité.

DPI-BMUC

Le CFEH a été une nouvelle fois saisi d'une demande d'avis du ministre Vandembroucke concernant le programme accélérateur BMUC. Une concertation avec nos membres nous a permis de relayer leurs inquiétudes et difficultés auprès du groupe de travail du CFEH dédié à cette matière. Celui-ci a ainsi pu rendre un avis concerté à ce sujet. Nous avons également sollicité une réunion avec le SPF Santé publique afin de clarifier nombre d'éléments repris dans ce programme accélérateur. Fin 2024, l'arrêté royal relatif à ces critères BMUC n'avait pas encore été publié et de nombreuses questions visant à faciliter le travail des hôpitaux en termes d'implémentation n'avaient pas encore trouvé réponse.

Hôpital militaire

Le Conseil a rendu un avis positif sur un projet d'arrêté royal visant à rendre la section 13 de la loi relative aux réseaux hospitaliers cliniques locaux et régionaux, applicable à l'hôpital militaire Reine Astrid et permettant la création de points de référence au regard de la loi sur les hôpitaux au sein dudit hôpital militaire.

MACCS

Le CFEH a été saisi en avril 2024 d'une demande d'avis relative à une proposition de loi modifiant la loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, médecins vétérinaires, médecins

stagiaires, dentistes stagiaires et étudiants stagiaires se préparant à l'exercice de ces professions et modifiant le code pénal afin d'interdire les accords dit d'«opting-out». Le CFEH a rendu un avis unanime, y inclus les représentants des médecins spécialistes en formation, à l'encontre de cette proposition qui méconnaît de nombreux aspects du fonctionnement de la loi et de son enchevêtrement avec d'autres arrêtés, lois et règlements.

Mémorandum

Elections et nouveau gouvernement oblige, le CFEH s'est penché sur la rédaction d'un mémorandum en cette année 2024. Quelques échanges au sein d'un groupe de travail constitué pour l'occasion nous ont permis de rédiger les priorités et points d'attention du CFEH à l'encontre de notre futur gouvernement.

Programmation des lits Sp palliatif

Le CFEH avait remis un premier avis, en 2023, concernant la programmation et le financement des lits Sp. Dans sa demande d'avis, le ministre Vandembroucke l'avait aussi interrogé concernant les lits Sp4 (soins palliatifs). Le CFEH a traité cette demande de manière distincte et a rendu un avis le 18 janvier 2024 à ce propos, après diverses réunions du groupe de travail et validation en séance plénière. Le ministre, par retour de courrier, a fait savoir au CFEH sa désapprobation par rapport à l'avis remis. Nous nous sommes donc à nouveau concertés au sein du Conseil pour répondre à ce courrier et appuyer notre position.

Patients à profil social : un second avis

Le 11 janvier, le CFEH remet un second avis très détaillé concernant le financement des surcoûts hospitaliers relatifs aux patients à profil social défavorable (sous-partie B8), en complément de son avis du 9 mars 2023.

Le CFEH souhaite que l'ensemble des financements liés au caractère social des hôpitaux de type aigu soit intégré dans la sous-partie B8, à recalculer annuellement, sur la base de départ du système de recalcul annuel du financement actuel de la ligne B8-201, en attendant une réforme plus fondamentale lors de la réforme du financement des hôpitaux généraux et psychiatriques.

Une partie du budget total serait concentrée sur les hôpitaux aux besoins les plus élevés, tandis que l'autre partie serait répartie entre tous les hôpitaux. Les nouvelles modalités seraient introduites progressivement sur une période transitoire de trois ans.

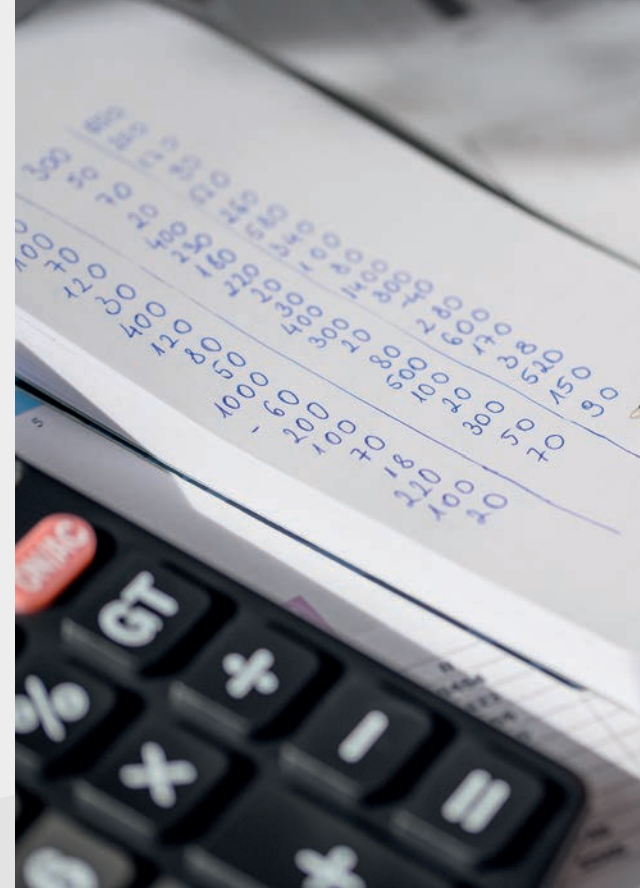
Les patients à profil social visés seraient les patients bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), les patients isolés bénéficiaires du maximum à facturer (MAF) bas revenus (en retenant les deux tranches de revenus les plus bas), et les patients Mediprima (sans domicile de secours ou demandeurs de protection internationale). Les patients Mediprima seraient complétés des patients dont la facture est payée par Fedasil et ses partenaires tels que la Croix rouge. Cependant, ces nouveaux éléments n'étant pas disponibles immédiatement, ce critère n'est pas modifié au 1^{er} juillet 2024.

Le CFEH n'a pas réussi à s'accorder sur un scénario concret de redistribution des moyens entre hôpitaux (paramètres, pondérations, modalités de concentration).

Le ministre a chargé l'administration d'actualiser la collecte des diverses données pour le BMF 1^{er} juillet 2024 (données 2022). En ce qui concerne le système de financement, aucune modification n'interviendra à court terme ni dans les pondérations ni vers une intégration de tous les financements actuels au sein de la sous-partie B8 : le ministre envisage de calculer la médiane utilisée pour définir les hôpitaux à profil social lourd, sur la base de trois années de données (parallèlement aux modalités de financement APR-DRG en B2) afin de construire une certaine stabilité. Cependant, comme les données de 2020 et 2021 ne sont pas utilisées en raison de la Covid-19, une telle piste ne peut être envisagée que dans un calcul futur.

Placement familial

En réponse à une demande d'avis du 25 mars du ministre, le CFEH rend un avis le 25 avril concernant le placement familial. Le ministre propose de supprimer complètement le montant plafond versé aux familles d'accueil en moyenne par jour, pour donner aux hôpitaux une plus grande flexibilité dans la fixation de l'octroi des remboursements et rendre la prise en charge financièrement attrayante pour les familles d'accueil. Le CFEH souhaite cependant qu'un plafond soit maintenu, mais considérablement augmenté, jusqu'à 75 % du montant perçu par l'hôpital, ce qui correspondrait à 45 euros par jour à l'index du 1^{er} novembre 2023.



Le CFEH n'a pas réussi à s'accorder sur un scénario concret de redistribution des moyens entre hôpitaux.

MATIÈRES INAMI

Equipes de référence pour la prise en charge des cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (AJA)

Depuis le 1^{er} décembre 2023, une convention finance six centres de référence qui ont pour objectif de partager leurs connaissances et leur expertise en matière de soins médicaux et psychosociaux spécifiques chez les adolescents et les jeunes adultes (AJA - de 16 à 35 ans) atteints d'un cancer, avec les équipes de soins et de traitement de leur hôpital, mais aussi celles d'autres hôpitaux et la première ligne de soins. Face au cancer, les AJA constituent en effet un groupe tout à fait spécifique de patients, dont les besoins diffèrent de ceux des enfants et des adultes plus âgés. Les AJA sont souvent confrontés à des besoins et des défis médicaux et psychosociaux uniques : difficultés liées à l'interruption des études ou du travail pendant le traitement, préoccupations liées à la fertilité et à leur désir d'avoir des enfants. De plus, les équipes de référence AJA formeront un groupe de projet avec d'autres parties prenantes afin de construire ensemble une politique belge harmonisée pour ces patients afin d'optimiser leur traitement et leur bien-être. Un comité d'accompagnement est adjoint à cette convention et en évalue les résultats.

Réforme de la convention relative aux apnées du sommeil

2024 a vu avancer la réforme de la convention relative aux apnées du sommeil. Ainsi, une note de concept portant sur la réforme nous a été officielle-

ment communiquée en juillet, accompagnée d'une invitation à une réunion rassemblant, pour partie, les stakeholders concernés par la réforme. Cette réunion a été tenue à la mi-octobre. Bien que les contestations à l'égard du projet manifestées à l'occasion de celle-ci aient été légion, le Collège des médecins directeurs a manifesté son intention de poursuivre dans la même direction. Une proposition alternative à l'initiative des stakeholders est à présent en cours de développement. Fin d'année 2024, une prolongation jusque fin 2025 de la convention actuelle, a cependant été votée par le Comité de l'Assurance de l'INAMI.

Biologie clinique

Lors de la notification des forfaits 2024 de biologie clinique valables par journée d'hospitalisation (différent dans chaque hôpital), nous nous sommes rendu compte que ceux-ci avaient fortement diminué par rapport à l'année 2023, essentiellement à cause de la chute du budget global dédié à ces forfaits. Beaucoup d'échanges ont eu lieu avec nos hôpitaux, entre fédérations et avec l'INAMI à ce propos. Les fichiers d'explications du calcul du budget transmis par l'administration ne permettent toujours pas, fin 2024, de comprendre ce qu'implique un tel trend, hormis la mesure d'économie de 15%.

Budget des soins de santé 2025

En octobre 2024, le Comité de l'Assurance de l'INAMI a formulé une proposition de budget. Bien que de nombreux secteurs aient exprimé des besoins impor-

tants, le contexte budgétaire et politique n'a pas permis d'allouer des ressources à de nouvelles initiatives. Des mesures d'économies sont prévues pour 2025 concernant les médicaments, les honoraires médicaux (essentiellement la suppression de la téléconsultation), les implants et les soins dentaires. La norme de croissance dans ce projet de budget pour 2025 est fixée à 2,5 %. Deux semaines plus tard, le Conseil Général de l'INAMI a rejeté cette proposition de budget par l'intermédiaire d'un des représentants du gouvernement. Il a fallu attendre une décision du Comité général de gestion de l'INAMI pour sortir de l'impasse. Celui-ci a approuvé, lors de l'élaboration du budget global de l'INAMI, le budget 2025 des soins de santé tel que proposé par le Comité de l'Assurance, comportant une marge de croissance de 2,5 % et une masse d'indexation de 3,34 %. Des douzièmes provisoires ont alors été calculés en fonction de ces paramètres, en attendant une décision du Conseil des Ministres à propos du budget 2025.

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). Les évaluations réalisées à ce jour ont montré que pour la convention «œsophage», trois centres sur dix ne répondent pas aux critères de volume et qu'un centre sur dix présente des résultats déviants en termes de mortalité postopératoire. Pour la convention «pancréas», trois centres sur quinze montrent des résultats déviants en matière de mortalité postopératoire. D'une manière globale, on observe que la mortalité postopératoire diminue en comparaison avec la période 2015-2018 suggérant le bien-fondé du principe de concentration de ces patients dans des centres spécialisés, qu'un nombre important de patients ne sont malheureusement pas discutés dans les consultations multidisciplinaires des centres de référence et que certains indicateurs de qualité ne sont pas correctement collectés. Par ailleurs, le groupe de pilotage est bien conscient que l'évaluation vise des critères de qualité liés au temps chirurgical et non pas la survie globale effective. Il a été décidé de mettre sur pied des audits indépendants afin d'affiner les évaluations et proposer des recommandations. Ceux-ci sont en cours de réalisation.

Centres de prise en charge des violences sexuelles

Au travers de notre mandat à la Commission «Convention hôpitaux-organismes assureurs», un avant-projet de loi relatif aux centres de prise en charge des violences sexuelles nous a été communiqué pour

avis. Après concertation avec nos affiliés concernés, nous avons pu relayer les différentes remarques émises par ceux-ci. La loi a finalement été adoptée en avril 2024. Fin de cette même année, nous avons à nouveau été sollicités afin de remettre notre avis sur un projet d'arrêté royal visant à exécuter trois dispositions particulières de la loi de 2024. Une première réunion au sein de la Commission précitée s'est tenue fin d'année 2024. Le travail se poursuivra en 2025.

Dialyse

Le 1^{er} janvier 2024, une nouvelle convention relative au financement de la dialyse a été mise en place pour une période de trois ans. Celle-ci conservait le taux d'alternative exigé à 40 % et insérait deux nouveaux honoraires afin de stimuler la dialyse à domicile. Dans le courant de l'année 2024, des discussions ont repris au sein de la plateforme fédérale pour l'insuffisance rénale chronique au sujet de cette convention et plus particulièrement sur l'inclusion ou non des «solutions verrous» dans celle-ci. En effet, un budget de 1,3 million a été prévu pour ce type de solutions lors de la fixation du budget 2025.

Facturation

Nous évoquons déjà l'année passée les activités de la Commission informatique de l'INAMI où s'élaborent les règles de facturation électronique des prestations effectuées par les différents acteurs des soins de santé, notamment les hôpitaux. Y sont évoqués les problèmes que ceux-ci rencontrent lors du processus de facturation au nombre desquels on trouve des rejets de factures justifiés de façon discordante d'un

organisme assureur (OA) à l'autre ou des demandes de documents annexes également changeantes selon les OAs et/ou les prestations concernées, parfois en contradiction avec les exigences de la nomenclature. Cette situation, constatée et en manque de solution depuis des années, a poussé les fédérations hospitalières à mettre sur pied avec la Commission Intermutualiste Nationale (CIN) un lieu d'échange à même de toucher l'ensemble des OAs plutôt que de traiter les problèmes en suspens avec chacun d'eux tour à tour. Une première réunion entre les fédérations et la CIN s'est tenue en octobre 2023. Elle a posé les premiers jalons visant à explorer des solutions possibles pour rendre plus fluide le processus de facturation là où il continue à rencontrer des obstacles. L'initiative s'est poursuivie en 2024 au travers de réunions trimestrielles qui, de proche en proche, conduisent à l'élaboration d'un calendrier de résolution des problèmes tenant compte à la fois des demandes des hôpitaux et des nombreuses contraintes auxquelles la CIN doit faire face dans le processus long de digitalisation des soins de santé, allant bien au-delà de la simple facturation. Si des solutions satisfaisantes commencent à se mettre en place, d'autres devront encore attendre avant d'être effectives. Au moins, il existe des perspectives encourageantes permettant d'espérer qu'à terme les problèmes encore présents ne seront plus qu'un souvenir.



Hospitalisation à domicile (HAD)

Depuis la structuration de l'hospitalisation à domicile en juillet 2023, de nombreuses questions ont émergé. En 2024, la Commission de convention Hôpitaux-Organismes Assureurs, et en particulier les fédérations, a consacré beaucoup de temps à créer une FAQ pour répondre à une première série de questions. Aussi, des premiers chiffres issus des données de facturation INAMI (provenant des hôpitaux, des médecins et des infirmiers du domicile) ont fait l'objet d'analyses au sein de la même Commission. La question de l'évaluation a été soulevée et le KCE a été sollicité, mais ce dernier a interrompu son travail fin 2024, faute de données suffisantes. Enfin, nous avons lancé une enquête au niveau de santhea en novembre pour avoir une vue sur le recours à l'HAD parmi nos membres et sur les pratiques de ceux qui l'ont déjà adoptée.



Réforme de la nomenclature

Un projet de réforme de la nomenclature des médecins concernant les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC), les actes médico-techniques et assimilés (AMTAA) et les actes de consultation et assimilés (ACA) est en cours depuis 2019 conformément aux différents accords médico-mutualistes depuis 2018 et à l'accord de gouvernement du 30 septembre 2020. Il poursuit trois objectifs principaux déclinés en trois phases distinctes : revoir et adapter le libellé des actes afin de permettre des comparaisons internationales (phase 1) et distinguer au sein des honoraires la partie destinée à couvrir la prestation du médecin tout en harmonisant cet honoraire professionnel entre les prestataires (phase 2.1) de la partie destinée à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales (phase 2.2). La phase 1 est en voie de finalisation. La phase 2.1, qui n'est pas terminée, consiste, avec l'aide d'experts de chaque discipline, à développer des échelles de valeurs relatives intradisciplinaires puis interdisciplinaires à partir de trois paramètres d'intensité (durée, complexité et risque) via des algorithmes mathématiques permettant l'attribution d'un score à chaque prestation. La phase 2.2, toujours en cours, consiste, à partir des données réelles de facturation et de coût issus d'hôpitaux pilotes, à déterminer les frais directs (personnel, équipement et produits médicaux) en calculant des moyennes par unité fonctionnelle et en attribuant des unités d'œuvre par prestation, ce qui conduit à des montants par acte et donc, de facto, à une échelle de valeur relative interdisciplinaire. Les frais indirects ont été évalués par le KCE de façon forfaitaire en pourcentage de majoration des frais directs par unité fonctionnelle. Parmi les difficultés qui attendent encore cette réforme, on peut déjà en citer

quelques-unes : comment séparer et déterminer les enveloppes «partie professionnelle» et «frais de fonctionnement» alors que les calculs ont été faits de façon indépendante avec de surcroît une contrainte de neutralité budgétaire? Comment simuler au préalable l'impact financier de la réforme pour chaque hôpital? Comment déterminer les frais de fonctionnement en pratique extrahospitalière? Est-ce la fin des négociations relatives à la rétrocession d'honoraires au niveau de chaque hôpital?

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*». 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 projets impliquant plus directement les hôpitaux : (1) trajet de soins pour l'obésité infantile, (2) trajet de soins périnatal pour les femmes fragilisées, (3) trajet de soins avant et après une transplantation abdominale, (4) réduction des réadmissions chez les patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive via le recours à d'autres formes de rééducation pulmonaire, (5) investir dans la santé mentale des jeunes et dans les soins somatiques des patients psychiatriques. Depuis le 1^{er} décembre 2023, le trajet de soins pour les enfants et les adolescents (de 2 à 17 ans) souffrant d'obésité de stade EOSS-P 2 ou 3 est opérationnel et met en jeu une approche multidisciplinaire ambulatoire au sein de Centres Pédiatriques Multidisciplinaires de prise en charge de l'Obésité (CPMO). Depuis le 1^{er} juin 2024 et dans le cadre du pro-

gramme de soins intégrés « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1000 jours », le trajet de soins multidisciplinaire périnatal (pré et postnatal) pour les femmes fragilisées a débuté, mais il doit encore être affiné car il implique des accords préalables avec les autorités fédérées. Depuis le 1^{er} février 2024, deux conventions organisent des trajets de soins pour la préhabilitation et la réhabilitation en cas de transplantation abdominale (avec les hôpitaux disposant d'un centre de transplantation) ou rénale (avec les hôpitaux disposant d'un centre de dialyse). Les autres projets sont toujours en discussion.

Tumeurs malignes de la tête et cou

Les cancers de la tête et du cou (hors tumeurs intracrâniennes, thyroïdiennes et de la peau) sont des cancers rares qui nécessitent une approche thérapeutique complexe. Généralement, cette approche repose sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie ou une association de ces différentes options. 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 l'insertion sociale. Les analyses volume-résultat menées par la Fondation Registre du Cancer, sur base des données actuellement disponibles pour la période comprise entre 2016 et juin 2019, indiquent qu'en moyenne, la probabilité de

survie sur une période de cinq ans après le diagnostic s'améliore avec l'augmentation du nombre de cas traités par 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. Les conventions établissant les critères auxquels ces centres devront répondre sont en voie de finalisation : disposer d'un agrément pour le programme de soins en oncologie, d'un centre de radiothérapie et d'un encadrement médical intégrant les spécialités impliquées dans ce type de tumeurs ; attester d'un volume d'activités suffisant ; organiser les consultations multidisciplinaires ; établir un plan de croissance du nombre d'interventions au cours des trois prochaines années ; se conformer à des standards de qualité.

WalCareNet et facturation des « forfaits infrastructure »

En raison de la sixième réforme de l'État, chaque entité fédérée a été requise de mettre sur pied sa propre plateforme d'échange électronique de données entre les organismes assureurs et les prestataires et institutions de soins. À partir du 1^{er} janvier 2025, la plateforme régionale WalCareNet est ainsi appelée à remplacer la plateforme fédérale MyCareNet pour les échanges de données correspondant à des prestations de soins relevant de la compétence de la Région wallonne (AViQ) et du ministère de la Communauté française. WalCareNet permet de vérifier l'assurabilité des patients et d'échanger avec les organismes assureurs (OAs) les données nécessaires à la facturation électronique des prestations. C'est dans ce cadre que les fédérations hospitalières ont souhaité et obtenu de participer

aux échanges qui se sont tenus durant l'année 2024 concernant la facturation électronique via WalCareNet des forfaits wallons destinés à financer les infrastructures hospitalières. Les contraintes techniques séparant entièrement les facturations fédérales et les facturations régionales ont rendu obligatoire une révision du mécanisme de cette facturation. Sans entrer dans les détails, les différents acteurs se sont accordés sur un mécanisme en deux temps principaux. Dans une première phase, après vérification de l'assurabilité des patients via MyCareNet pour les prestations fédérales et WalCareNet pour les prestations régionales, les hôpitaux procéderont à la facturation des prestations fédérales via MyCareNet, et à la facturation des prestations régionales via WalCareNet. Après avoir effectué des contrôles de base, les OAs wallons paieront les forfaits infrastructures. Dans un second temps, comme ces forfaits dépendent néanmoins de prestations facturées aux OAs fédéraux, les OAs wallons effectueront des contrôles a posteriori visant à vérifier que les forfaits infrastructures payés découlent bien de prestations fédérales validées. La comparaison entre les données fédérales et régionales permettra de déterminer les forfaits qui auraient été indûment payés. Cette vérification sera faite deux fois par an et six mois seront ensuite accordés pour corriger les erreurs de facturation constatées. L'année 2025 servira de test à cette façon de procéder, qui ne sera pas forcément aisée, mais qui a été jugée comme la « moins mauvaise » parmi les différentes options qui avaient été mises sur la table.

COMITÉ DE PILOTAGE DE LA RÉFORME DU MINISTRE VANDENBROUCKE

Biologie clinique

Dans la réforme voulue par le ministre Vandembroucke, figurait également un point relatif à la biologie clinique. Le Gouvernement a décidé d'une mesure d'économie de 15 % sur une majorité des honoraires de biologie clinique, appliquée au 1^{er} janvier 2024, avec, en parallèle, la mise en place d'une mesure compensatoire pour les hôpitaux.

Au niveau de la mesure de compensation, nous avons participé, avec l'aide d'hôpitaux tests, à la phase de validation des données utilisées pour établir les différentes clés de répartition des montants entre hôpitaux. En juin 2024, le montant total du financement complémentaire a été ventilé entre hôpitaux, inscrit dans les conventions individuelles « article 56 » et liquidé financièrement.

Depuis la mise en place de cette mesure, de nouvelles préoccupations sont apparues au niveau des hôpitaux qui agissent en tant que sous-traitants. En effet, les nouveaux tarifs (réduits) leur sont appliqués alors qu'ils ne bénéficient pas de la compensation pour ces actes sous-traités. La solution qui consistait à leur permettre une tarification à l'ancien tarif n'a pu être maintenue. Nous travaillons à la recherche d'une solution alternative pour l'année 2025.

Co-gouvernance

Dans le cadre de la réforme du financement et de l'organisation des hôpitaux entamée par le ministre Vandembroucke, la gouvernance hospitalière a fait

l'objet de nombreuses discussions entre les parties autour de la table lors des concertations mensuelles du groupe de pilotage de la réforme. Bien que les fédérations hospitalières aient signalé à plusieurs reprises que cette thématique allait de pair avec la question de la réforme du financement et de la nomenclature et que le timing était par conséquent inadéquat, nous avons cependant formulé nos considérations à cet égard. Après le positionnement de chacune des parties, un document récapitulatif a été partagé. A ce stade, nous ne pouvons que constater des positions inconciliables. Les travaux devront être poursuivis.

Double standstill

Le groupe de pilotage de la réforme, qui se réunit de manière mensuelle au cabinet du ministre Vandembroucke, a été sollicité en 2024 encore pour prolonger le double standstill une année supplémentaire. Les parties autour de la table ont manifesté leur mécontentement à ce sujet, la réforme y relative n'ayant aucunement progressé en parallèle. Moyennant l'attribution d'un budget supplémentaire pour les hôpitaux, alloué au développement de leur cybersécurité, les diverses parties concernées ont finalement acquiescé à ce prolongement du double standstill.

IRM

La réforme relative à la forfaitarisation des RMN et CT-scan, initiée par le ministre Vandembroucke, a fait l'objet de très longues discussions, tant au niveau du groupe de pilotage de la réforme qu'au sein du CFEH, sollicité pour émettre un avis à ce sujet. Après maintes palabres, le CFEH a rendu un avis divisé fin 2023. Sans tenir compte de celui-ci, un arrêté royal a finalement été adopté en mai 2024, en se rangeant à l'avis – minoritaire – du CFEH (défendu par le nord du pays). Cette décision unilatérale du ministre Vandembroucke qui vise à accorder un nombre restreint de 20 IRM a fait l'objet de recours en annulation. Nous avons dûment suivi ce dossier et informé nos membres en conséquence.

COMMISSION PARITAIRE NATIONALE MÉDECINS — HÔPITAUX (CPNMH)

MACCS

Suite à l'adoption en Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (CPNMH) en décembre 2023, nous avons entamé l'année 2024 avec la nécessité d'implanter ces nouvelles obligations dans les hôpitaux, au travers d'une modification des contrats, mais aussi des logiciels utilisés par les ressources humaines. Nous avons tenté de répondre aux nombreuses questions soulevées avec ces nouvelles dispositions et de solutionner les difficultés générées par celles-ci également. Avec l'aide d'un bureau d'avocats, nous avons également rédigé un modèle de règlement de travail applicable aux médecins spécialistes en formation, en conformité avec la législation et les deux conventions collectives adoptées en Commission, au bénéfice de nos membres. Une attention particulière a également été portée sur la question du traitement fiscal de l'indemnité forfaitaire payée aux médecins spécialistes en formation.

Réforme du ministre Vandebroucke — double standstill

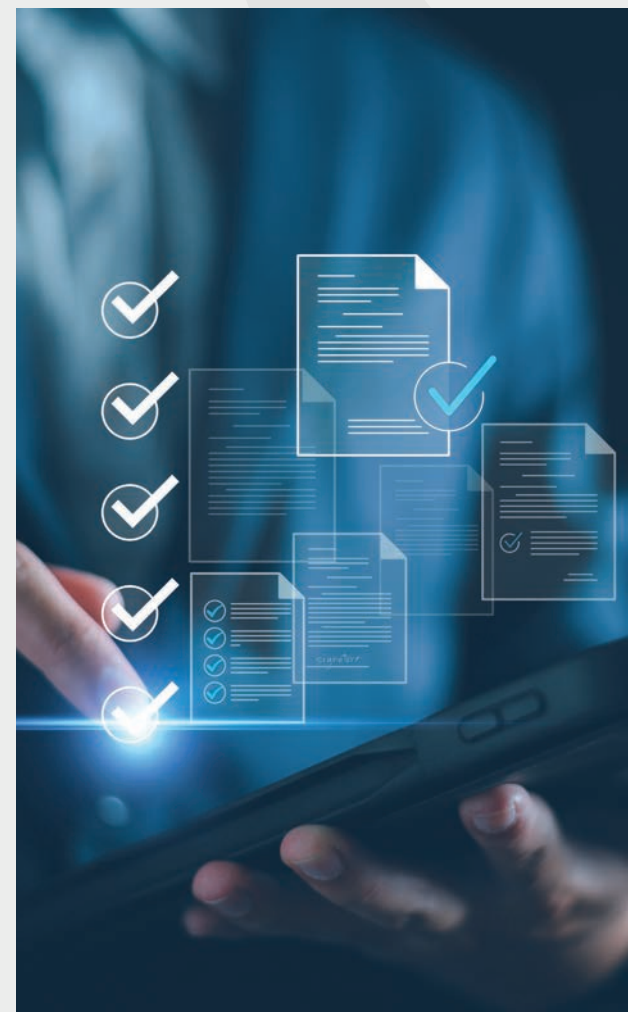
Le 12 mai 2022, la CPNMH a approuvé une convention collective sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions. Cette stabilisation était applicable du 28 janvier 2022 au 30 avril 2023. Le 28 avril 2023, la convention collective concernée a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2023. Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a ensuite proposé de prolonger une nouvelle fois le standstill concerné pour l'année 2024. Moyennement l'allocation

d'un budget supplémentaire aux hôpitaux dans le cadre du développement de leur cybersécurité, ainsi que diverses autres modalités d'application, la prolongation du standstill a été acceptée pour l'année 2024.

Enquête sur les suppléments d'honoraires et les rétrocessions connexes

Un groupe de travail, auquel nous avons participé, a été institué au sein de la CPNMH en vue de préparer un questionnaire d'enquête relatif aux suppléments d'honoraires et aux rétrocessions. Ce questionnaire a été envoyé aux hôpitaux généraux, en ce compris les hôpitaux académiques en octobre 2024. Cette enquête s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention collective du 22 février 2024 qui prolonge le standstill des suppléments d'honoraires et des rétrocessions (cf. supra).

L'objectif poursuivi par la CPNMH en l'occurrence est de « connaître l'ordre de grandeur des suppléments d'honoraires (et des prélèvements qui en découlent) qui sont facturés pour les admissions dans les hôpitaux généraux, y compris les hôpitaux universitaires », ainsi que de disposer de l'affectation desdits suppléments au sein des hôpitaux concernés, cela s'inscrivant dans le cadre d'une éventuelle future réforme du financement des hôpitaux. Les résultats de cette enquête seront analysés dans le courant de 2025.



RESSOURCES HUMAINES

Cotisation de responsabilisation – deux conventions collectives de travail signées en CP 330 pour décider de l’utilisation des recettes issues de la cotisation

En 2022, de nombreuses modifications législatives sont intervenues et celles-ci poursuivaient le même objectif : encourager le travailleur à reprendre le travail après une incapacité tout en incitant aussi l’employeur à ne pas avoir trop de personnes en incapacité. Parmi ces mesures, il y avait notamment la cotisation de responsabilisation en cas d’invalidité pour les employeurs privés. Cette mesure implique qu’une cotisation de responsabilisation (trimestrielle) est due par les employeurs privés en cas de flux excessif de travailleurs entrés en invalidité (après douze mois d’incapacité). La législation prévoit une utilisation des recettes issues des cotisations payées 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. Pour pouvoir utiliser lesdites recettes, une convention collective conclue par les partenaires sociaux était nécessaire. En juin 2024, les partenaires sociaux de la Commission Paritaire des établissements et services de santé ont conclu deux conventions collectives de travail : l’une pour les hôpitaux (et les maisons de soins psychiatriques), et l’autre pour le secteur des personnes âgées.

Droit à la formation dans le secteur privé : deux nouveautés en 2024

Federal Learning Account : disponible en juin 2024 et déjà un report pour l’enregistrement des données

Dans le «Deal pour l’emploi» de la fin d’année 2022 figurait déjà une disposition selon laquelle une application digitale serait mise en place afin de permettre aux travailleurs d’exercer leur droit à la formation. La loi instaurant le «Federal Learning Account (FLA)» a été publiée au Moniteur belge en décembre 2023. Celle-ci prévoyait une mise à disposition du FLA à partir du 1^{er} avril 2024. Cette date n’a pas pu être respectée en raison de problèmes techniques et a été reportée au 1^{er} juin 2024 avec en conséquence, une obligation d’enregistrer les données relatives aux formations suivies au plus tard pour le 1^{er} avril 2025.

Plan de formation : à transmettre au SPF Emploi

Même si l’obligation d’avoir un plan de formation figurait déjà dans une loi publiée au Moniteur belge en 2022 (obligation entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2022), il aura fallu attendre le mois de septembre 2024 pour connaître le destinataire à qui l’employeur concerné doit envoyer une copie du plan de formation. Ainsi, la copie du plan de formation est à transmettre, dans un délai d’un mois après son entrée en vigueur, au Directeur général (de la Direction générale Contrôle des lois sociales du Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale).

Droit Pénal Social – Réforme

Début juillet 2024 est entrée en vigueur une loi visant à réformer le Droit Pénal Social.

Les modifications apportées par la loi au Code Pénal Social visent : une révision générale des niveaux de sanction; une révision du niveau de certaines sanctions et l’introduction de nouvelles infractions (violation de la CCT sur les conditions minimales pour la formation des médecins spécialistes en formation – MSF ou MACCS – notamment); la modification ou l’élargissement de certaines peines; etc.

Égalité entre les femmes et les hommes – Transparence des rémunérations – Directive européenne

En 2024, nous informions nos membres que l’Union européenne constatant que l’égalité des rémunérations entre les femmes et les hommes n’étant pas encore atteinte, a instauré la Directive 2023/970 du 10 mai 2023 visant à renforcer l’application du principe de l’égalité des rémunérations entre les femmes et les hommes pour un même travail ou un travail de même valeur par la transparence des rémunérations et les mécanismes d’application du droit.

La Directive impose des obligations à l’employeur au niveau de la transparence des rémunérations tant avant l’embauche du travailleur que pendant la relation de travail.



En outre, l'employeur est désormais obligé de transmettre à l'administration certaines informations relatives à la rémunération des différents sexes et cette information est soumise à consultation des représentants des travailleurs. Une partie de ces informations doit être rendue publique.

Enfin, dans certains cas, l'employeur devra, avec la coopération des représentants des travailleurs, procéder à une évaluation des rémunérations.

La Directive doit encore être transposée par les États membres pour le 7 juin 2026.

Elections sociales en mai 2024

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). Au printemps 2024, les employeurs privés concernés ont organisé des élections sociales.

Secteur public – Motivation du licenciement des travailleurs contractuels

Désormais, les institutions du secteur public ont l'obligation légale de motiver les licenciements des travailleurs contractuels. Ce régime juridique n'est pas une nouveauté en soi puisqu'il est similaire à celui prévu par la Convention Collective de Travail n° 109 du 12 février 2014 concernant la motivation du licenciement dans le secteur privé qui est appliquée dans le secteur public par analogie depuis un arrêt de 2016 de la Cour Constitutionnelle.

Ce régime juridique prévoit, en premier lieu, une audition préalable au licenciement dans le cadre de laquelle l'employeur doit entendre les explications du travailleur sur les faits et les motifs de la décision envisagée. En outre, les motifs de la décision envisagée doivent être communiqués préalablement et dans un délai suffisant pour que le travailleur puisse préparer l'audition ou formuler des observations écrites.

En second lieu, si l'employeur licencie le travailleur, il doit notifier le congé par écrit et mentionner les motifs concrets du licenciement. La notification

écrite doit contenir les éléments qui permettent au travailleur de connaître les motifs concrets qui ont conduit à son licenciement.

En cas de non-respect de ces obligations ou en cas de licenciement manifestement déraisonnable, l'employeur sera redevable d'une indemnité de 17 semaines de rémunération.

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

Les mesures de soutien à destination des institutions de soins, prises dans un premier temps pour faire face à la crise de la Covid-19 et à la crise énergétique, ont à nouveau été prolongées afin de faire face à la pénurie de personnel qui est croissante dans notre secteur. Les mesures prolongées en 2023, ensuite en 2024 et 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.



Remboursement des frais de déplacement effectués pour le compte de l'employeur

Depuis le 1^{er} octobre 2022, pour la fonction publique fédérale (dont les règles inspirent souvent nos membres publics), une modification réglementaire est intervenue pour prévoir désormais une adaptation trimestrielle (au lieu d'annuelle auparavant) de l'indemnité pour frais de déplacement professionnels lorsque le travailleur utilise son propre véhicule. Durant l'année 2024, le montant a diminué légèrement entre le premier et le deuxième trimestre 2024 pour augmenter ensuite pour le troisième trimestre. Il a diminué ensuite entre le troisième et le quatrième trimestre 2024. Pour le secteur privé (notamment pour les établissements dépendant de la Commission paritaire des établissements et services de santé – CP 330), la règle est restée celle de l'adaptation annuelle de l'indemnité pour frais de déplacement professionnels avec véhicule privé. Durant l'année 2024, le montant a augmenté entre le 1^{er} semestre (0,4280 euros/km) et le 2^{ème} semestre (0,4415 euros/km).

Service citoyen

En 2024, un service citoyen a été instauré en Belgique. Ce service, encadré par l'Agence du Service citoyen, permet aux citoyens âgés de 18 à 25 ans d'effectuer des prestations auprès d'établissements du secteur public, d'asbl ou d'associations de fait (agrées par l'Agence) qui sont tournés vers l'intérêt général (action sociale, cohésion sociale et solidarité; services de santé et de soins aux personnes et la promotion de la santé). Le service citoyen a une durée de 6 mois à 1 an et n'est pas renouvelable. L'avantage du service citoyen est que l'indemnité perçue par le citoyen est à la charge de l'Agence, et non de l'organisme qui reçoit le citoyen.

Vacances annuelles et incapacité : 1^{re} application des règles de report

Depuis l'année de vacances 2024, le droit belge s'est doté de nouvelles règles en vue de se conformer au droit européen. Pour ce faire, il est dorénavant possible de reporter des jours de congés légaux dans certaines circonstances.

Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2024, 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). Et lorsque certaines causes de suspension surviennent pendant une période de congés légaux, il y a une possibilité de reporter les jours de congés légaux ayant coïncidé avec cette cause de suspension (maladie, accident, congé prophylactique, etc.).

Il faut garder à l'esprit que le report au-delà de l'année de vacances doit rester exceptionnel, que la fixation des jours de congés se fait de commun accord, et que l'employeur doit communiquer spontanément sur le solde de jours de congés légaux restant pour permettre la prise des congés.

MATIÈRES SOINS INFIRMIERS

Poursuite des travaux du 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.

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.

Participation à une étude sur les activités, la carrière et le développement professionnel des infirmières

Sur demande du SPF Santé publique, IDEA Consult, en collaboration avec l'ULB, effectue une étude sur les activités, la carrière et le développement professionnel du personnel infirmier selon leur statut (salarié, indépendant, mixte) et leur secteur d'activités (hôpital/service, MRS, soins à domicile, autre). Cette étude, à laquelle nous avons participé, comprend une analyse qualitative basée sur des entretiens exploratoires avec les intermédiaires du secteur et des entretiens approfondis avec du personnel infirmier.

L'étude se concentre sur la nature, la description et la répartition de l'activité, la charge de travail en ce compris la charge administrative, les temps de concertation et de formation, et l'encadrement de stagiaires. Elle aborde également le bien-être au travail, la collaboration, la délégation de tâches, l'offre de service à la patientèle ainsi que l'attrait de la profession et les évolutions de carrière souhaitées.

Les résultats seront publiés dans le courant de l'année 2025.

Participation au focus group du LENTIC-HEC Liège dans le cadre de l'étude relative au Plan Tandem

En tant que fédération d'employeurs, nous avons été conviés à ce focus group avec les représentants des syndicats de la CP 330.

Les objectifs généraux de ce focus group sont de soutenir les partenaires sociaux de la CP 330 afin de formuler des recommandations pour améliorer l'attractivité et les conditions de travail du personnel du secteur, de réfléchir au maintien d'un travail viable et réalisable jusqu'à la fin de carrière afin d'accueillir et retenir les travailleurs âgés, et de définir des pistes de solution pour lutter contre la pénurie actuelle de personnel.

Participation au sous-groupe de travail « Agréments de la structure infirmière » du GT agréments en cascade au sein du CFEH

Ce sous-groupe a analysé les points sur lesquels une flexibilité pourrait être apportée dans le cadre des normes liées au département infirmier, avec notamment l'actualisation d'un certain nombre de descriptions obsolètes des responsabilités; une formulation plus claire des responsabilités en matière de qualité, d'innovation, de concertation syndicale, de gestion des compétences, de recherche, d'environnement de travail sain, de sécurité des patients, d'innovation du skill-mix et de modèles de soins; et enfin la réflexion quant à la mise en œuvre d'une politique moderne tenant compte du contexte évolutif des hôpitaux tout en tenant compte de la réalité sur le terrain.

SECTEUR DES ÂÎNÉS

Durabilité

Santhea propose à présent un suivi à l'ensemble des établissements pour aînés sur les questions de durabilité. En 2024, la cellule durabilité a entrepris plusieurs actions dans le secteur des aînés. En commençant par la mise à jour du cadastre énergie qui regroupe, centralise les données de consommation de gaz, d'électricité et d'eau. Cet outil a pour objectif de suivre l'évolution des consommations, définir des indicateurs clés et identifier les actions prioritaires permettant de réduire les consommations d'énergie et les coûts associés. Un état des lieux de la gestion des déchets en MR/S a également été réalisé. La cellule durabilité a, pour ce faire, effectué plusieurs visites de terrain dans le but d'identifier les difficultés et prioriser les pistes de solutions relatives à la gestion des déchets pour le secteur.

Enquête satisfaction résidents

Initiée en 2022, cette enquête regroupe désormais une trentaine de maisons de repos. Après l'analyse des résultats en groupe de travail aînés et les retours de terrain des gestionnaires, l'enquête satisfaction a été reconduite en 2024. Les résultats, accessibles dans un rapport Power BI en ligne, permettent aux utilisateurs de consulter leurs résultats sous forme de moyennes et de proportions de scores positifs, mais aussi de se comparer à l'ensemble des participants sous la forme d'une moyenne santhea. Les participants à l'enquête disposent automatiquement d'un accès au rapport en ligne et les résultats sont aussi envoyés dans un fichier personnalisé à chaque participant.

Modification des règles de financement des maisons de repos wallonnes

Plusieurs modifications ont été apportées au cadre qui régit le forfait journalier en maison de repos en Wallonie, dont nous avons informés nos membres :

- autorisation de recourir à du personnel infirmier indépendant, ainsi qu'à du personnel infirmier mis à disposition par une autre structure de soins;
- autorisation de dépasser le régime du temps plein dans le cadre des « heures de relance » autorisées par le fédéral;
- modification des règles de calcul de la partie F du forfait relative au médecin coordinateur;
- introduction d'une partie A4 « financement du personnel d'appui supplémentaire » dans le forfait journalier : afin de soulager le personnel soignant, les établissements pourront valoriser la présence de « personnel d'appui supplémentaire » dans une nouvelle partie A4 du forfait. Ce personnel, de qualification « éducateur A2 » ou « aide logistique dans une unité de soins ou de résidence » est à présent financé selon un coût salarial unique par catégorie de qualification. L'ETP financé est de 0,1 par tranche de 30 résidents.

Financement des infrastructures de divers types d'institutions relevant de la politique de l'aide aux personnes et de la santé à Bruxelles

La Cocom a modifié le cadre réglementaire concernant le financement de l'infrastructure de divers types d'institutions relevant de la politique de l'aide aux personnes et de la santé à Bruxelles. L'ordonnance du 22 février 2024 qui vise à encadrer le financement de la construction, de la rénovation et de l'acquisition de bâtiments pour les institutions d'aide aux personnes et de santé dans la région de Bruxelles-Capitale inclut des structures telles que les établissements pour aînés, les services pour personnes handicapées, les centres d'aide sociale, les centres de rééducation fonctionnelle, et autres. Le montant de la subvention est calculé sur la base d'un coût maximum défini par type d'institution et dépendant de la surface ou de la capacité d'accueil des bâtiments. Les subventions sont limitées à 60 % des coûts d'infrastructure pour certaines institutions (par exemple, les établissements pour aînés, les services pour personnes handicapées). Pour d'autres, comme les centres pour sans-abri, le montant de la subvention est basé sur les coûts réels ou encore un coût maximum. Les institutions doivent participer à des appels à projets pour être intégrées au calendrier d'investissement et obtenir un financement.

Groupe de travail – Optimisation du forfait journalier – Échange des bonnes pratiques

Un groupe de travail relatif à l'optimisation du forfait journalier a été mis en place au sein de santhea afin, notamment, de permettre aux participants d'échanger sur leurs pratiques, leurs difficultés et les solutions possibles sur différentes situations rencontrées lors de l'encodage dans l'application RVT. L'institution « Les Heures Claires » a proposé à l'ensemble des participants leur tableur Excel permettant de calculer le forfait journalier, les accords sociaux, et financement IFIC.

IFIC – Financement des aides-soignants en MR/S

Faisant suite au travail assidu et déterminé de santhea dans le cadre de la concertation sociale, le solde du budget IFIC wallon a été consacré à l'activation partielle du barème IFIC 12 en créant un barème 11 + 25 % pour un coût de 12,8 millions d'euros. Nous espérons que cela rendra inéluctable l'activation du barème « 12 aides-soignants » pour tous les niveaux de pouvoir à moyen terme. La Wallonie prend ainsi l'initiative et ne subira pas une décision d'un autre niveau de pouvoir. Cette mesure est effective depuis juillet 2024.

Normes minimales en matière de personnel dans les centres de repos et de soins en Communauté germanophone.

En octobre 2024, les modifications en matière de normes de personnel dans les centres de repos et de soins en Communauté germanophone sont entrées en vigueur. À présent, chaque centre est divisé en zones de logement : unités de vie de 30 résidents permettant une organisation optimale et personnalisée. Des exceptions permettent de moduler cette capacité de +10 ou -10 résidents pour répondre à des contraintes architecturales spécifiques. Chaque zone de logement doit disposer de 6 équivalents temps plein (ETP) de soignants, composés d'infirmiers et d'aides-soignants. Les aides-soignants doivent être présents en continu entre 7 h et 21 h pour répondre aux besoins quotidiens des résidents. Le personnel de réactivation et d'activation est assigné à une zone spécifique, mais peut travailler sur plusieurs zones en cas de pénurie de main-d'œuvre. Un délai jusqu'au 1^{er} janvier 2029 est accordé pour permettre aux établissements de se conformer aux nouvelles normes, particulièrement pour les zones de logement, la formation et les qualifications du personnel. Les exigences de diplômes pour les nouveaux directeurs et autres postes spécifiques sont applicables immédiatement après l'entrée en vigueur de l'arrêté, le 1^{er} janvier 2024.

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

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.

Subventionnement des projets d'infrastructure des établissements pour aînés en Communauté germanophone

En Communauté germanophone, les projets d'infrastructure relatifs à des chambres de centres de repos et de soins pour personnes âgées et de centres de repos et de soins pour personnes dépendantes peuvent être subsidiés aux conditions suivantes : la superficie nette subsidiable pour les chambres individuelles est de 18 m² au moins; la superficie nette subsidiable pour les chambres doubles est de 26 m² au moins; une salle de bains accessible aux personnes handicapées comprenant douche, lavabo et WC est en outre prévue par chambre; le nombre de places en chambre double est limité à 20 % maximum de la totalité des places de la structure d'hébergement.

Le coût maximum subsidiable des équipements se chiffre forfaitairement à 4.000 euros par place. Il s'entend TVA comprise, suivant le taux applicable. Ce forfait peut être utilisé pendant 20 années.

SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE

Groupe de travail conventions « Troubles de l'alimentation »

Le groupe de travail relatif à deux conventions « Troubles de l'alimentation » s'est réuni à plusieurs reprises cette année, notamment pour discuter et modifier diverses dispositions des deux conventions existantes.

Par ailleurs, santhea et UNESSA ont collaboré afin d'obtenir une modification de la question de la responsabilité, problématique dans son libellé dans les deux conventions précitées.

Mesures Urgentes en Santé Mentale

Dans le cadre des subsides européens octroyés grâce au plan de relance, la Wallonie a pu renforcer différents secteurs d'aides et de soins (MUSM : Mesures Urgentes en Santé Mentale). Cette mesure a permis d'anticiper l'augmentation des demandes de suivis auprès des structures d'aides et de soins (SSM, SPAD, MSP et Plateformes en soins palliatifs). En collaboration avec les autres représentants des structures de santé mentale wallonnes, nous avons interpellé le ministre de la Santé Coppieters, afin de solliciter une décision permettant de pérenniser ces mesures et ainsi de réaliser de manière posée et concertée une évaluation de cette mesure. Nous avons également demandé la mise en place d'un comité de pilotage du plan stratégique wallon pour la santé mentale.

ATTRACTIVITÉ, PÉNURIE ET CONCERTATION SOCIALE

Finalisation de l'accord social 2020-2024 secteur public fédéral

Un dernier protocole a été conclu au Comité A, portant sur le volet social des réseaux hospitaliers. À l'instar de la convention collective de travail signée dans le secteur privé, ce protocole prévoit l'organisation de la concertation sociale spécifique aux réseaux hospitaliers. Cette concertation sociale propre aux réseaux s'ajoute à celle existante dans chaque institution. Elle est composée de représentants patronaux désignés par chaque hôpital du réseau et d'un délégué par organisation syndicale représentée au sein des hôpitaux du réseau. Les réunions de cette concertation sociale doivent se tenir trimestriellement afin d'informer sur l'évolution des réseaux en constitution, les mouvements collectifs de personnel entre hôpitaux ou vers le réseau, ainsi que sur les décisions ayant un impact sur l'emploi et les conditions de travail ou salariales. Ce protocole prévoit aussi que les dispositions seront prises pour maintenir au maximum l'emploi en cas de réorganisation au sein d'un réseau. Il recommande d'affecter les moyens éventuels qui seraient dégagés par des gains d'efficacité à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, au renforcement des services en sous-effectif, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Étude universitaire « Plan Tandem »

Dans le cadre de l'accord social 2020-2024, les partenaires sociaux ont convenu de lancer une étude universitaire avec l'ULg et la KU Leuven. Cette étude porte sur l'attractivité des professions de soins et la fidélisation du personnel. L'objectif est de rechercher des pistes intéressantes pour relancer l'attractivité des métiers dans nos secteurs et d'évaluer l'impact éventuel d'un Plan Tandem ainsi que d'une meilleure reconnaissance de l'ancienneté sur l'attractivité des professions de soins.

Lancée fin 2023, cette étude s'est déroulée tout au long de l'année 2024. Santhea, avec d'autres fédérations, a participé au comité de pilotage. Notre objectif principal était de permettre aux chercheurs universitaires de recenser le plus grand nombre possible de bonnes initiatives et pratiques qui pourront inspirer des actions politiques d'envergure bien nécessaires pour relancer l'attrait des métiers du soin, de former davantage de jeunes et de mieux fidéliser le personnel en poste.

La pénurie de personnel dans nos institutions de soins est un enjeu majeur. Il s'agit d'un enjeu de santé publique puisqu'elle a des impacts de plus en plus marquants sur le personnel en place ainsi que sur la bonne organisation des soins, le nombre de lits, voire le nombre de services fermés. Elle nécessite des actions politiques à la hauteur des enjeux qu'elle représente.

Activation des barèmes IFIC aides-soignants dans les institutions publiques régionales

Début 2024, les institutions publiques régionales wallonnes ont pu activer les fonctions aides-soignants. Cette fonction concerne près de 10.600 ETP, soit le

plus grand nombre de travailleurs en maison de repos. Grâce à cette activation, les institutions ont pu proposer le barème IFIC à leurs nouvelles recrues, qui désertaient le secteur public pour bénéficier du barème IFIC 11 dans le secteur privé, bien plus attirant pour elles que la RGB jusqu'à 12 ans d'ancienneté. Leurs collègues avec plus d'ancienneté se sont vu garantir de conserver le « salaire RGB » lorsque celui-ci était plus intéressant.

Aides-soignants et secrétaires médicales : barème IFIC revu à la hausse

L'entretien des fonctions est un processus continu prévu par la méthodologie IFIC. Il garantit la mise à jour des descriptions de fonction afin de suivre l'évolution des métiers.

Début 2024, à la suite de son entretien par IFIC, la fonction d'aide-soignante a évolué. Les cinq descriptions de fonctions existantes ont été regroupées en une seule description de fonction repondérée au barème 12. Cette révision s'explique principalement par l'augmentation des prestations autonomes confiées aux aides-soignants, à la suite de l'évolution des soins et de leur organisation. Santhea a participé activement aux discussions qui ont mené à ces décisions. Parallèlement, la fonction de secrétaire médicale a également été repondérée en catégorie IFIC 13 (au lieu de 12 auparavant).

Bien que les employeurs soutiennent ces nouvelles pondérations au barème 12, il est nécessaire d'en garantir le financement avant de pouvoir appliquer ce nouveau barème 12 aux travailleurs. Tout au long de l'année 2024, santhea a œuvré avec l'ensemble des fédérations pour tenter de convaincre le ministre fédéral et la ministre wallonne de financer ces augmentations barémiques.

Seule la ministre Morreale s'est montrée sensible à nos arguments. Elle a valorisé le solde non consommé du budget IFIC pour réaliser un premier pas vers cette revalorisation, en créant un barème «11+ RW» qui augmente le barème 11 des aides-soignants de 25 % de la différence avec le barème 12.

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 Fédération Wallonie Bruxelles (FWB) 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. 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 afin de les traiter en priorité. La Commission



analyse les données les plus récentes en matière de cadastre médical, étudie les liens entre les différents métiers de soignants susceptibles d'influencer les quotas de médecins/dentistes et auditionne les représentants des différentes spécialités afin de mieux appréhender les difficultés en rapport avec l'objet de la Commission. La Commission édite un rapport annuel relatif à ses travaux et recommandations.

Projets de formation

Pour lutter contre la pénurie de personnel, les partenaires sociaux ont décidé d'amplifier les projets de formation dépassant largement le cadre du projet «formation 600» en place depuis des années. Ce projet permet aux travailleurs du secteur de suivre une formation d'aide-soignant ou d'infirmier tout en bénéficiant d'un salaire. Le fonds Maribel public a rejoint l'initiative du fonds privé en finançant les formations #choisilesoins, permettant ainsi aux travailleurs d'autres secteurs de se former en tant qu'infirmier ou d'aide-soignant tout en bénéficiant d'un salaire. Ces formations se déclinent en deux volets, le projet «accès A» pour les travailleurs du secteur public et le projet «accès B» pour ceux venant du secteur privé. Le fonds finance le salaire selon l'échelle IFIC 10 la première année et IFIC 11 dès la deuxième année d'infirmière.

Support RH pour le secteur public fédéral

Parallèlement à la mesure décidée en 2022 pour les institutions privées, santhea a pu obtenir le financement dans les institutions publiques fédérales d'un support RH «soft». Ce financement complémentaire vise à accompagner la mise en œuvre de mesures qualitatives pour l'amélioration des conditions de travail. Il s'agit d'une subvention limitée couvrant le salaire d'un 0,5, 0,66 ou 1 ETP, selon que le nombre d'ETP de l'institution soit inférieur à 300, situé entre 300 et 900, ou supérieur à 900.

De plus, les institutions ont été invitées à rentrer des projets «one shot» pour utiliser le solde non consommé des années 2022 et 2023, puisque la mesure n'était pas encore d'application dans le secteur public durant ces deux années. Ces derniers projets «one shot» devaient viser des formations ou des initiatives visant à améliorer les conditions de travail.

Leasing vélo

Après de nombreux mois de négociations, les partenaires sociaux ont fini par s'accorder afin de permettre aux travailleurs de convertir tout ou partie de leur prime de fin d'année pour financer un leasing vélo. Le coût de ce leasing est plafonné à 12.000 euros sur trois

ans. Le montant consacré à ce leasing est exonéré de cotisations sociales tant pour le travailleur que pour l'employeur qui peut consacrer une partie de cette économie pour couvrir les frais éventuels de mise en œuvre de ce leasing vélo et le solde au financement d'une partie du leasing vélo lui-même, de sorte qu'il n'y ait ni coût complémentaire ni économie pour l'employeur.

Une CCT d'entreprise est requise pour définir une politique de leasing vélo au niveau de l'institution. Il s'agit de lister les informations minimales indispensables à fournir au travailleur concerné telles que les conditions d'utilisation, les travailleurs concernés, les conséquences sur le contrat de travail, les règles d'utilisation en cas d'absence, les possibilités d'acquisition en fin de leasing, etc.

Un avenant au contrat de travail sera également nécessaire pour permettre la conversion salariale de la prime de fin d'année.

Dans la mesure où ce leasing est payé principalement par la prime de fin d'année du travailleur, il garde le bénéfice de l'indemnité kilométrique vélo s'il remplit les conditions pour y avoir accès.

DONNÉES EN SANTÉ



Participation de santhea au développement de l'Agence des données de santé

Active depuis la fin de l'année 2023, l'Agence des données de santé a pour mission principale de faciliter la réutilisation desdites données pour la recherche, l'innovation et la décision politique. Dans le cadre du futur règlement européen sur l'espace européen des données de santé (EHDS - *European Health Data Space*), cet organe jouera le rôle de coordinateur national et de point de contact pour la Belgique avec le reste de l'Europe. Il sera donc au premier plan des développements numériques en santé dans les prochaines années, d'où l'intérêt de s'y investir.

Depuis 2023, santhea participe au développement de l'Agence en représentant le secteur hospitalier au sein de son Comité des utilisateurs. Sa fonction première consiste à assister le comité de gestion de l'Agence des données de santé dans l'accomplissement de ses missions. À cet effet, le Comité des utilisateurs est chargé de formuler des propositions ou des conseils, en mettant notamment en place des groupes de travail spécifiques suivis par santhea. Ceux-ci concernent entre autres la création d'un catalogue de base de données géré par l'Agence, les modalités de demandes de données auprès de celle-ci, la communication avec le public, la place de l'Agence au sein de l'EHDS et la collaboration de cette dernière avec les hôpitaux, l'industrie pharmaceutique et les professionnels soignants.

Problèmes d'encodage des données dans les registres Qermid gérés par HealthData

Nous évoquions déjà l'année passée les difficultés d'encodage de données dans les registres Qermid dont la gestion était confiée à HealthData. Comme le remboursement de certaines prestations dépend de cet enregistrement de données, il s'est avéré nécessaire de découpler l'obligation d'enregistrement dans les bases de données de la possibilité de facturer des interventions et des implants/dispositifs médicaux. De report en report, l'obligation d'entrée de données dans les registres, initialement prévue au printemps 2023 a été repoussée au 1^{er} septembre 2024. A cette date, une période de transition a commencé durant laquelle il a été demandé aux organismes assureurs (OAs) de vérifier que les hôpitaux enregistrent et facturent correctement leurs prestations relatives aux implants. Il s'agissait, le cas échéant, d'informer les hôpitaux, au moyen d'erreurs de type E (ces erreurs ne donnent pas lieu à un rejet de facturation), qu'ils n'avaient pas (encore) reçu de leur part d'enregistrement correct. Il était aussi prévu qu'au 31 décembre 2024 au plus tard, toutes les données relatives aux implants/prestations réalisés depuis la mise en production des registres, mais non encodées suite aux problèmes techniques, devaient y être enregistrées (enregistrement du backlog). Force étant de constater que ce délai était intenable, les hôpitaux ont été informés vers la mi-décembre 2024 qu'il était à nouveau prolongé jusqu'au 31 mars 2025. Jusqu'à cette date, les OAs informeront les hôpitaux au moyen d'erreurs E qu'ils n'ont pas (encore) reçu d'enregistrement correct, tandis que l'enregistrement pourra, si nécessaire, être poursuivi jusqu'à son terme.

AUTRES DOSSIERS

Taskforce « Lutte contre la résistance aux antimicrobiens » (AMR)

Santhea, au travers d'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 est donc bien l'amélioration de la politique AMR existante, dans l'optique d'une politique orientée résultats, au travers de mesures concrètes. Les réunions se sont succédées, afin de travailler sur un plan national AMR 2025-2029.

Comité Hospital and Transport Surge Capacity (HTSC)

En 2024, 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 quatre 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, etc.), à l'arrivée de cas infectés par le virus Mpox en Belgique, à l'état des lieux en matière de préparation des hôpitaux aux risques CBRNe et au niveau des stocks stratégiques des hôpitaux en matière d'équipements de protection individuelle.

PCMN et comptes annuels hospitaliers

Deux arrêtés royaux sont publiés au Moniteur belge durant le mois d'août 2024, modifiant profondément à partir du 1^{er} janvier 2026, d'une part les comptes annuels des hôpitaux et d'autre part le plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (PCMN), pour lequel santhea actualise sa coordination. Ces modifications importantes sont supposées conformer la comptabilité hospitalière aux dispositions du droit comptable général et l'y rendre équivalente.

Une mesure en particulier a conduit santhea à introduire un recours au Conseil d'État contre ces deux arrêtés. En effet, à partir du 1^{er} janvier 2026, les investissements devront être amortis à partir du mois qui suit leur mise en exploitation, et non plus comme précédemment dans les hôpitaux, à partir de l'année suivante (sauf mise en exploitation en janvier). Cette anticipation de l'enregistrement comptable de la première dotation aux amortissements, impactera négativement pendant un certain nombre d'années le compte de résultats des hôpitaux.

Par ailleurs, le compte de résultats présentera une nouvelle structure, divisant les charges et produits en «charges et produits d'exploitation et financiers récurrents» et «charges et produits d'exploitation et financiers non récurrents», avec l'abandon de la notion «d'exceptionnel». Les intérêts intercalaires s'amortiront au rythme du bien auquel ils se rapportent, et non plus en dix ans comme précédemment. Enfin, la grande majorité des natures comptables du PCMN hospitalier sont modifiées pour les mettre en conformité avec le PCMN des Associations et Fondations.

20^e anniversaire de la loi relative aux droits du patient – Loi portant modernisation de la loi Droits du patient

En 2023, nous vous avons fait part de la volonté du ministre de la Santé publique de moderniser la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la participation de santhea à un groupe de travail de la Commission fédérale Droits du Patient afin de rendre un avis sur l'avant-projet de loi présenté par le ministre. Fin de l'année passée, le projet de loi a été déposé à la Chambre des représentants.

La modernisation de la loi Droits du patient est entrée en vigueur durant la première partie de l'année 2024. Parmi les changements, nous pouvons citer : l'instauration d'un devoir de collaboration du patient (vu la reconnaissance de son rôle plus actif dans la relation de soins); l'exception thérapeutique est devenue graduelle plutôt que binaire; une révision des dispositions relatives au consentement libre et éclairé; la suppression de la notion «d'annotations personnelles»; une mise en conformité de la loi au RGPD; des modifications concernant la fonction de médiateur.

Fiche technique « Les suppléments de chambre et d'honoraires »

En octobre 2024, nous avons établi une fiche détaillée reprenant les éléments théoriques et techniques en lien avec les suppléments de chambre et d'honoraires. Après une brève introduction contextuelle, cette fiche technique aborde successivement :

- la définition des principaux concepts concernés (l'accord national médico-mutualiste et le conventionnement, les suppléments de chambre, les suppléments d'honoraires, etc.);
- les masses financières en jeu (montant des suppléments d'honoraires et des suppléments de chambre, taux effectifs de suppléments d'honoraires au global et par région, etc.);
- les mesures limitatives déjà adoptées (comme l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les patients « BIM »);
- les enjeux liés à la problématique des suppléments, dont la qualité des soins, l'accessibilité aux soins médicaux, les délais de consultation et d'hospitalisation, la transparence des tarifs, etc.

HOPE – Programme d'échange 2024

Hope (European Hospital and Healthcare Federation) propose chaque année un programme d'échange pour les professionnels hospitaliers, qui 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.

Réforme de l'hôpital de jour

Pour évaluer le virage ambulatoire de nos hôpitaux, santhea et UNESSA ont organisé en mars 2023 une enquête commune qui a permis de rassembler des données sur la répartition de l'activité selon le type de prise en charge (hospitalisation classique, hôpital de jour, polyclinique) en 2019 et 2022 pour une série de prestations. Les données récoltées ont fait l'objet d'un important travail de validation, de structuration et d'analyse pour fournir un rapport Power BI en 2024 comportant quelques indicateurs clés. Cet outil permet aux utilisateurs de se comparer de façon anonyme avec l'ensemble des hôpitaux participants et avec un échantillon moyen « santhea ». Il offre la possibilité aussi de visualiser les potentiels impacts de la réforme mise en place en 2023 sur leurs chiffres 2022. L'idéal, afin de monitorer réellement l'impact du changement opéré au 1^{er} janvier 2023 serait de pouvoir comparer les données déjà reçues aux mêmes données en 2023. Une récolte de ces dernières est prévue durant l'année 2025.

Hospitalisation MPS

Les travaux relatifs à ce projet visant à reconnaître les besoins MPS (médico-psycho-sociaux) des enfants et adolescents, et surtout à permettre une prise en charge effective de ces patients, se sont prolongés dans le courant de l'année 2024. Le groupe de travail s'est agrandi et des contacts avec les responsables politiques

ont été pris. D'autres initiatives attendent la constitution d'un gouvernement.

Infrastructures critiques

Le 4 avril 2024 était publié au Moniteur belge un arrêté royal relatif à la sécurité et à la protection des infrastructures classiques, pour le secteur de la santé publique. Cet arrêté royal définit ainsi une série d'obligations nouvelles à charge de l'exploitant de l'hôpital, avec entrée en vigueur (et donc respect de ces nouvelles obligations) au 14 avril 2024. Cet arrêté royal ne fut pas sans générer des réactions compte tenu des obligations – conséquentes – qu'il imposait, sans par ailleurs le moindre budget. Santhea a estimé utile d'intenter un recours au Conseil d'État à l'égard de cet arrêté royal adopté sans une quelconque concertation auprès du secteur alors même qu'il lui impose des obligations extrêmement lourdes.

Interdiction de fumer aux abords des institutions de soins – Publication de la loi

Dans le cadre de la Stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac du 14 décembre 2022, en ce début d'année 2024, une loi a instauré une interdiction de fumer dans un rayon de 10 mètres aux entrées et sorties des institutions de soins. Les zones où l'interdiction s'applique doivent être clairement indiquées. L'interdiction entre en vigueur au 31 décembre 2024. Toutefois, pour les institutions qui disposent d'une zone fumeur extérieure dans le périmètre de l'interdiction avant l'entrée en vigueur de la loi, alors cette zone peut continuer d'exister jusqu'au 31 décembre 2028.

Livre 6 du nouveau Code Civil – Responsabilité extracontractuelle – Nouvelles règles

Au second semestre 2024, la loi portant le Livre 6 relatif à la responsabilité extracontractuelle du nouveau Code Civil a été publiée au Moniteur belge. Les dispositions du Livre 6 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Pour ce qui intéresse principalement les institutions de soins, le Livre 6 chamboule le droit de la responsabilité extracontractuelle des agents d'exécution puisqu'il met fin à la doctrine de la quasi-immunité des agents d'exécution et à l'interdiction de cumul des responsabilités. En somme, si les conditions légales sont respectées, le partenaire d'une société pourra, en cas de dommage résultant d'inexécution ou de mauvaise exécution du contrat, également poursuivre l'agent d'exécution ou l'auxiliaire au niveau de sa responsabilité civile (extracontractuelle).

Toutefois, il convient tout de suite de tempérer ce changement. En effet, le nouveau droit de la responsabilité extracontractuelle est supplétif, il est donc possible d'y déroger par contrat. Si les institutions de soins veulent donc recourir aux principes de responsabilité extracontractuelle qui existaient avant la réforme, il conviendra qu'elles concluent des contrats entre elles et leurs agents d'exécution et entre elles et la société partenaire.

Précisons tout de même qu'il n'est pas possible de déroger aux nouveaux principes en cas de dommages dus à une atteinte à l'intégrité physique ou psychologique du partenaire (ou de ses représentants) ou en cas de faute intentionnelle de l'agent d'exécution.



NOS GROUPES DE TRAVAIL

La réalisation par santhea de ses missions implique un dialogue constant avec nos membres. Outre la publication de notes d'information et les contacts bilatéraux, les nombreux groupes de travail organisés par santhea constituent un moyen d'informer nos membres et d'échanger avec eux sur les sujets d'actualité et les travaux en cours au sein des organes officiels.

Groupe de travail « Financement »

Le groupe de travail « Financement » réunit les profils financiers de nos membres hospitaliers une à deux fois par an afin d'aborder diverses thématiques liées au financement hospitalier. Une partie importante des réunions est consacrée au calcul annuel du BMF qui suscite toujours beaucoup de questions parmi nos membres et fait l'objet de nombreuses discussions au sein du CFEH et des groupes de travail associés. Les enquêtes chiffrées menées par santhea (par exemple, concernant l'hôpital de jour) ainsi que les résultats potentiels qui en découlent sont également présentés lors de ce groupe de travail.

Groupes de travail santhea relatifs aux différentes thématiques CFEH

Le Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers (CFEH) a pour mission d'émettre, soit d'initiative ou soit à l'invitation du ministre de la Santé publique, un avis sur toute question hospitalière restée de la compétence fédérale.

Un groupe de travail est systématiquement organisé à l'occasion de chaque demande d'avis dont est saisi le CFEH. Nous informons ainsi nos hôpitaux membres de la demande d'avis introduite par le ministre de la Santé publique concernant le projet de loi ou d'arrêté royal qu'il entend faire adopter, dans le cadre de sa politique « hospitalière ». Ces groupes de travail sont l'occasion de discuter de la proposition sur la table, de partager les expériences et réflexions de chacun et ainsi de relayer, au travers de nos mandats au sein du CFEH, l'expertise du terrain sur les différents sujets abordés.

Groupe de travail « Atelier de droit social »

Le groupe de travail « Atelier de droit social » réunit principalement des personnes travaillant au sein des ressources humaines de nos membres (directeurs ou collaborateurs RH). Il se réunit trois fois par année et il est divisé en deux parties : la première partie lors de laquelle sont évoquées les actualités sectorielles ainsi qu'un état des lieux des discussions en concertation sociale avec les syndicats. La deuxième partie est animée par le cabinet d'avocats Sotra pour présenter les actualités législatives et les décisions récentes de jurisprudence pertinentes en matière de droit social et de droit du travail. En 2024, nous avons pu compter sur la présence de Maître Noël Lambert pour le secteur privé et Maître Maureen Degueldre pour le secteur public.

Groupe de travail « Ressources Humaines »

Le groupe de travail « Ressources Humaines » réunit, quatre fois par an, des personnes travaillant au sein des ressources humaines (directeurs ou collaborateurs RH). C'est l'occasion de présenter aux membres les mesures RH pertinentes pour eux (de celles contenues dans les projets/propositions de loi à celles contenues dans les lois publiées au Moniteur belge). Nous leur donnons également un état des lieux des discussions au sein des organes de concertations dans lesquels santhea siège (principalement la Commission Paritaire des établissements et services de santé pour le secteur privé – CP 330 – et les Comités A et C pour le secteur public). C'est aussi l'occasion pour les membres d'échanger sur leurs pratiques par rapport à certaines situations.

Groupe de travail « Cellule Tarification »

La cellule tarification réunit périodiquement les responsables de la facturation de nos hôpitaux. Y sont notamment abordées les modifications de nomenclature, les nouvelles réglementations, les nouvelles procédures, etc., ayant un effet sur la manière dont les hôpitaux doivent facturer leurs prestations aux patients et aux organismes assureurs (OAs). Ce groupe de travail est essentiel pour identifier via un retour du terrain ce qui ne se passe pas toujours de façon idéale et ensuite le faire remonter vers l'INAMI et les OAs.

Groupe de travail « Soins Infirmiers et DI-RHM »

Le groupe de travail réunit quatre fois par an les directions infirmières et les cadres intermédiaires de nos hôpitaux membres. Lors de ces groupes de travail, nous informons nos membres des actualités législatives relatives à l'art infirmier. Le groupe de travail est un lieu d'échange où nous abordons des sujets d'actualité ainsi que certaines thématiques souhaitées par les membres, ce qui permet un échange de bonnes pratiques et la création de divers outils de travail utiles.



Groupe de travail « Satisfaction Patients »

Le groupe de travail « Satisfaction patients » réunit les représentants des hôpitaux qui participent à l'enquête du même nom. Il permet de discuter périodiquement de la méthodologie du projet et des développements à envisager, tels que la conception ou la mise à jour de questionnaires, ou l'extension des services proposés à nos membres dans le cadre de cette initiative.

Groupe de travail « Aînés »

Le groupe de travail « Aînés » est un lieu d'échange entre les gestionnaires d'établissement pour aînés. Lors de ces rencontres, nous abordons des sujets d'actualité du secteur et les thématiques souhaitées par les membres. Ces réunions sont aussi l'occasion d'informer les directeurs d'établissements sur les différents travaux de la Commission accueil et hébergement de l'AViQ.

Groupe de travail « Absentéisme »

Le groupe de travail « Absentéisme » a permis initialement de créer le cahier des charges qui est à l'origine de la récolte annuelle des données d'absentéisme auprès de nos membres hospitaliers. C'est également dans ce groupe que nous avons ajusté les définitions des indicateurs inclus dans le datawarehouse (absentéisme pour maladie de courte durée, indice de Bradford, fréquence des absences, etc.). Cela permet de rassembler les membres participants au projet lorsque des questions spécifiques se posent et d'intégrer plus facilement les membres souhaitant rejoindre le projet.

Groupe de travail « RGPD »

Le groupe de travail « RGPD » permet d'interagir directement avec l'ensemble des représentants des membres de santhea ayant adhéré aux services de la Cellule RGPD. Celui-ci permet de présenter les nouveaux outils développés, de discuter de l'organisation des services proposés et de présenter des points théoriques propres à la législation belge et européenne en matière de protection des données à caractère personnel et de la vie privée.

Comité Durabilité

Le Comité Durabilité, anciennement appelé Comité Référent RSE réunit des membres du secteur hospitalier engagés à intégrer la durabilité dans leur culture d'entreprise. Ce groupe adopte une approche transversale en abordant les enjeux du développement durable (DD) et de la responsabilité sociale des entreprises (RSE), en tenant compte des dimensions sociales et environnementales et en explorant des solutions concrètes. C'est également lors de ces groupes de travail que les membres effectuent des partages d'expériences.

Groupe de travail « Gestion des déchets hospitaliers »

L'objectif principal de ce groupe de travail est de répondre aux besoins du terrain en offrant une plateforme d'échange et de dialogue entre les membres. Au sein de ce groupe, les informations essentielles sont partagées, et les orientations ainsi que les perspectives de travail sont définies. La participation au groupe de travail se fait sur base volontaire.

Groupe de travail « Hospitalisation médico-psycho-social »

Ce groupe de travail se réunit afin de réfléchir et débattre sur un projet visant à reconnaître les besoins MPS (médico-psycho-sociaux) des enfants et adolescents, et surtout à permettre une prise en charge effective de ces patients dans le cadre d'un trajet de soins adéquat.

Les nombreux groupes de travail organisés par santhea constituent un moyen d'informer nos membres et d'échanger avec eux.



UNE FÉDÉRATION DYNAMIQUE

PARTIE 6

VERS DES SOINS DE SANTÉ DURABLES : LE SOUTIEN PROPOSÉ AUX MEMBRES DE SANTHEA SE STRUCTURE ET S'INTENSIFIE

Santhea, en tant que fédération professionnelle et patronale d'institutions de soins de santé, est engagée dans la transition de ses affiliés vers la durabilité. Pour ce faire, elle développe depuis 2018 son expertise en la matière et met en œuvre divers projets pour répondre aux demandes de ses membres, en les conseillant et en les accompagnant dans leurs démarches vers une société plus durable.

Grâce à 2 subsides octroyés par la région wallonne en 2023, santhea a pu renforcer ses actions en matière de durabilité et, notamment, de gestion des déchets. Ces financements ont permis de renforcer l'équipe en charge de ces thématiques, en permettant le recrutement d'une nouvelle collaboratrice.

Ce renforcement a marqué une refonte du projet « **Together For Green Healthcare** » (T4GH), qui a été repensé et élargi pour donner naissance à la « **cellule durabilité** ». Cette réorganisation stratégique vise à intégrer la durabilité de manière transversale, tout en privilégiant, dans un premier temps, les priorités environnementales identifiées par nos membres.

Dans cette dynamique, le comité référent RSE a également évolué pour devenir le « **comité durabilité** ». Ce comité regroupe 13 institutions hospitalières engagées dans l'adoption de pratiques durables. Il se réunit chaque trimestre, afin d'aborder les enjeux de développement durable (DD) et de responsabilité sociétale (RSE) sous un angle global, incluant à la fois les dimensions sociales et environnementales. Il constitue un espace de collaboration essentiel, facilitant le partage d'expériences et l'identification des actions prioritaires à mettre en œuvre.

Quelques projets menés

Cadastre énergie

Dans le cadre des travaux du comité durabilité, il a été décidé de poursuivre en 2024 la mise à jour des cadastres énergies. Deux cadastres distincts ont été mis sur pied, un pour le secteur hospitalier et un autre pour le secteur des aînés. Ces cadastres centralisent les données de consommation de gaz, d'électricité et d'eau. Cet outil a pour objectif de suivre l'évolution des consommations, définir des indicateurs clés et identifier les actions prioritaires permettant de réduire les consommations d'énergie et les coûts associés.

En 2024, les cadastres ont été enrichis pour intégrer, lorsque ces informations sont disponibles, les données relatives à l'électricité produite par les panneaux photovoltaïques des membres équipés de ces infrastructures. Cette évolution permet une analyse plus complète et précise des sources d'énergie utilisées.

Basés sur les données collectées en 2023, les cadastres ont été finalisés et diffusés au cours de l'été 2024. Ce travail sera poursuivi en 2025, avec pour ambition de continuer à améliorer l'outil et d'accompagner les membres dans l'optimisation de leur gestion énergétique.

Relevé des actions de durabilité et de RSE

En 2024, de nouveaux projets ont vu le jour, portés par la collaboration entre les membres du comité durabilité et la cellule durabilité de santhea. Parmi eux, l'élaboration d'un **relevé des actions en matière de durabilité et de responsabilité sociétale des entreprises**. Ce document anonymisé a pour objectif principal de recenser et mettre en lumière les initiatives durables

des hôpitaux participants. Le relevé a été élaboré à partir de plusieurs sources : les feuilles de route des objectifs de développement durable (ODD) établies dans le cadre de l'accompagnement réalisé par le Service public de Wallonie, les rapports d'activité des institutions, les plans d'actions spécifiques et les entretiens individuels avec les participants. Organisé autour des 4 piliers principaux de la RSE (économique, social, sociétal et environnemental), ce relevé constitue une véritable feuille de route pour l'ensemble du secteur hospitalier. En fournissant une base commune, il offre une source d'inspiration et un guide pour les initiatives futures en matière de durabilité et de RSE.

Gestion des déchets dans les secteurs hospitaliers et aînés

A la demande du comité durabilité, un groupe de travail dédié spécifiquement à la **gestion des déchets hospitaliers** a été créé en janvier 2024. Réunissant sur base volontaire 14 institutions hospitalières (représentant 21 numéros d'agrément), ce GT a pour vocation de répondre aux besoins spécifiques du terrain. Il offre une plateforme d'échange et de collaboration où les membres partagent des informations clés, définissent des orientations stratégiques et explorent des pistes de travail communes.

Pour orienter efficacement les actions de ce groupe, une étape préalable a consisté à réaliser un **état des lieux approfondi de la gestion des déchets au sein des institutions participantes**. Cet état des lieux s'est déroulé en plusieurs étapes : échanges dans le cadre du GT, questionnaire auprès des membres et visites de terrain. Ces efforts ont conduit à la production de 2 livrables : un focus présentant les résultats préliminaires

et un rapport anonymisé détaillé. Ce rapport, qui dresse un panorama de la gestion des déchets en milieu hospitalier, a permis de dégager des besoins, des pistes de travail et des recommandations à destination des autorités. Les documents ont été diffusés aux membres et au pouvoir subsidiant, la région wallonne. Une synthèse destinée aux postes hiérarchiques sera publiée en 2025.

À la suite de cet état des lieux, plusieurs actions concrètes ont été mises en œuvre :

- **collecte de données chiffrées** : Une initiative a été lancée pour recueillir des données précises sur les quantités de déchets produits par les membres du GT. Ces informations permettront de compléter l'analyse qualitative de l'état des lieux et d'établir des indicateurs communs à l'échelle de la fédération ;
- **comparatif des législations régionales** : Une analyse comparative des réglementations sur les déchets de soins de santé dans les 3 régions a été réalisée. Cette démarche, initiée à la demande des membres et de la région wallonne, a pour objectif de consulter les membres du GT afin d'élaborer une proposition de révision de l'arrêté du gouvernement wallon du 30 juin 1994, qui régit les déchets d'activités hospitalières et de soins de santé.

Un diagnostic similaire a été réalisé dans le secteur des maisons de repos, aboutissant à la création d'un modèle de canevas détaillant les principales étapes du processus de gestion des déchets. Cet outil vise à accompagner les MR/S dans la formalisation de leur politique de gestion des déchets.

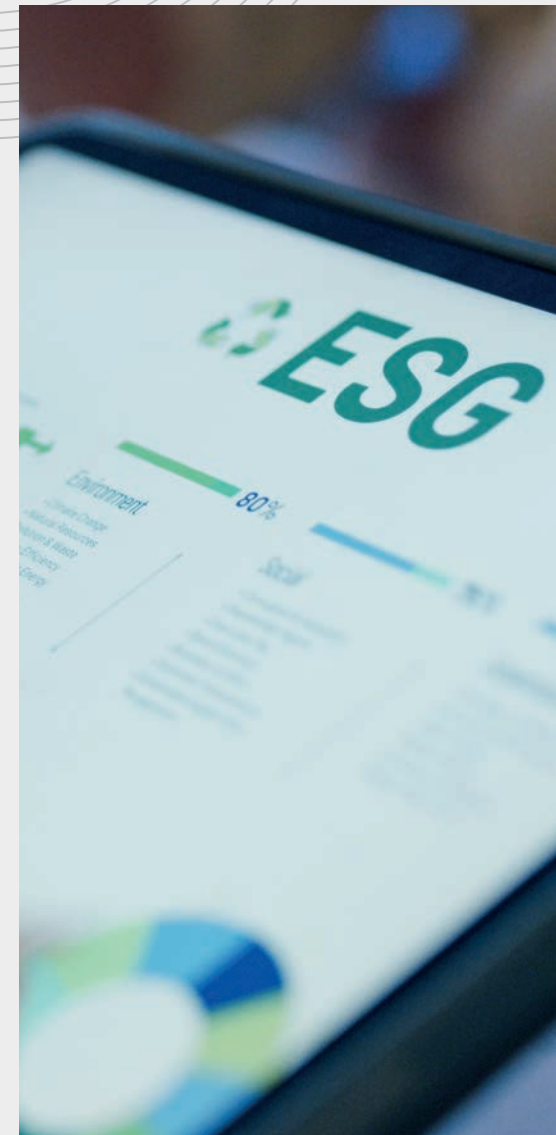
CSR D

La **Corporate Sustainability Reporting Directive (CSR D)** a constitué l'un des principaux projets de notre cellule durabilité. Dès 2023, nous avons commencé à travailler sur ce dossier en produisant une série de notes d'information destinées à fournir des éclairages pratiques pour nos membres.

Bien que la transposition en droit belge, initialement prévue pour le 6 juillet 2024, ait été reportée à fin décembre, nous avons anticipé son impact sur notre secteur. Nous avons ainsi commencé à réfléchir aux moyens de fournir un soutien sectoriel afin d'aider nos membres à relever les défis posés par la CSR D.

En vue de développer notre expertise, un collaborateur de notre cellule durabilité a suivi une formation spécialisée intitulée « **CSR D – Compliance & Strategy** ». Cette formation de 4 jours a permis de comprendre, appliquer et tirer parti des directives EU comme leviers de développement au sein d'une organisation. En fin d'année 2024, nous avons organisé une première session d'information allant au-delà du cadre juridique de la directive, afin d'approfondir les principes sous-jacents de la CSR D.

La planification et l'application de la stratégie CSR D imposent une charge administrative conséquente aux institutions concernées, dont la mission première reste, rappelons-le, de soigner la population. Nos membres, conscients de l'importance de cette directive, ont exprimé leur besoin d'être accompagnés dans sa mise en œuvre. C'est pourquoi une partie des efforts de 2025 seront donc consacrés au développement d'une expertise interne pour accompagner nos membres, tout en explorant la possibilité de les soutenir par le biais d'un prestataire externe ou d'envisager une collaboration inter-fédération. Par ailleurs, d'autres initiatives, telles que l'élaboration de fiches techniques pour nos membres, contribueront à soutenir nos membres vis-à-vis de cette thématique.



Information des membres

En parallèle aux divers projets menés, nous continuons d'informer nos membres sur l'actualité législative et juridique en matière de durabilité. Les appels à projets des différents acteurs nationaux et régionaux sont également relayés au travers de mysanthea.be.

Collaborations

La collaboration est essentielle pour relever les défis environnementaux, sociaux et économiques auxquels notre secteur fait face.

Dans cette optique, santhea et UNESSA unissent leurs efforts pour soutenir notre secteur dans l'adoption de solutions durables. A la demande de certains de nos membres, et en partenariat avec UNESSA, nous avons mis en place un accompagnement pour la réalisation du bilan des gaz à effet de serre de scope 3 (BEGES 3) pour 7 institutions volontaires. Dans le cadre de ce projet, les 2 fédérations ont consulté plusieurs entreprises et lancé un appel d'offres, aboutissant à la sélection d'une société de consultance pour accompagner ces institutions dans la réalisation de leur bilan.

En travaillant ensemble, les fédérations ont mutualisé leurs ressources afin de garantir la faisabilité du projet. Elles ont également pris en charge l'organisation des journées de formation et ont assuré un suivi du projet tout au long de l'année 2024.

Santhea collabore étroitement avec plusieurs cellules du Service Public de Wallonie, l'un de nos pouvoirs subsidiant, dans le cadre de différents projets. Cette collaboration permet de représenter efficacement les intérêts de nos membres et de relayer leurs préoccupations liées à la durabilité.

Dans ce cadre, nous participons activement au groupe de travail « déchets de soins hospitaliers », organisé par le Département du Sol et des Déchets du SPW. Ce groupe nous permet de relayer les questions de nos membres et de contribuer à des projets concrets, comme la révision du cadre législatif relatif aux déchets de soins de santé.

Par ailleurs, nous prenons également part au suivi du projet « organisations durables », porté par le département Développement Durable du SPW. Dans ce cadre, plusieurs de nos membres hospitaliers ont bénéficié d'un accompagnement externe pour l'élaboration de feuilles de route basées sur les 17 objectifs de développement durable. Pour assurer le bon suivi de ce projet, le SPW a confié à santhea la mise à jour des feuilles de route et la collecte des retours d'expérience des organisations ayant participé à la première vague de l'appel à projets.

En plus de ces projets, nous collaborons également avec le SPF dans le cadre du NEHAP 3 sur des initiatives comme « DAPHNE » en vue de décarboner le système de santé au sein de certains pays et certaines régions de l'Union européenne. Nous sommes également partenaires du Circular Healthcare Challenge.

Représentations externes et participation aux événements

La cellule durabilité de santhea a activement pris part à une série d'événements externes, en tant qu'orateur, organisateur ou simple participant.

En collaboration avec UNESSA et la société « Cluster Tweed », nous avons organisé une journée d'information sur la décarbonation des besoins énergétiques dans le secteur de la santé. Cet événement a réuni 94 acteurs

du secteur de l'énergie et de la santé pour échanger sur cette thématique.

Nous avons également participé au congrès « Santé 2050 », organisé par le comité scientifique de l'association The Shift Project et l'association bénévole The Shifter. Ce congrès, qui s'est tenu en juin 2024, a réuni 320 participants et 40 intervenants, pour traiter des risques sanitaires liés au changement climatique ainsi que de l'adaptation nécessaire du système de santé dans un monde post-carbone.

Enfin, nous avons contribué en tant qu'intervenants au Symposium « La durabilité dans les soins de santé », organisé par le réseau Phare. Lors de cet événement, nous avons présenté les conclusions des visites de terrain réalisées dans le cadre de notre projet sur la gestion des déchets au sein des établissements de soins.

Nous participons également à différents groupes de travail organisés par Bruxeo, une confédération représentative des entreprises à profit social bruxelloises, sur des thématiques telles que la gestion des déchets et la mobilisation du personnel comme levier dans la durabilité. Notre participation à ces GT favorise les échanges de bonnes pratiques entre acteurs bruxellois et wallons.



Conclusion et perspectives globales

En 2025, santhea poursuivra son engagement en faveur de la durabilité. Nos actions s'appuieront sur des collaborations étroites avec de multiples partenaires afin de relayer les préoccupations des membres et de mener à bien des projets communs.

Les différents groupes de travail continueront à se mobiliser sur des thématiques prioritaires : la durabilité, la CSRD et la gestion des déchets.

La mise à jour du cadastre énergétique se poursuivra, avec pour objectif de suivre l'évolution des consommations de gaz, d'électricité et d'eau, de définir des indicateurs clés et d'identifier des actions prioritaires permettant de réduire les consommations et les coûts associés. Parallèlement, nous réfléchirons à la meilleure manière d'exploiter le relevé d'actions en matière de durabilité et de RSE, qui constitue une véritable feuille de route pour le secteur.

En matière de gestion des déchets hospitaliers, l'état des lieux réalisé en 2024 a permis d'identifier plusieurs axes de travail pour 2025. Parmi eux figure l'élaboration d'un cadastre anonymisé des quantités et volumes de

déchets produits par les membres, la révision du cadre législatif relatif aux déchets issus des soins de santé en partenariat avec l'administration, ainsi que le développement de campagnes de communication pour sensibiliser les acteurs à la gestion des déchets. À la demande du groupe de travail « déchets interne », une réflexion sur les achats durables sera également menée, en collaboration avec UNESSA, MercuHosp et l'ACAH.

Concernant la CSRD, santhea continuera de renforcer son expertise interne et de développer des collaborations pour offrir un accompagnement adapté aux membres. Des efforts seront entrepris pour identifier des sources de financement permettant de soutenir les projets liés à cette directive. Par ailleurs, des échanges réguliers avec l'administration contribueront à faire remonter les besoins spécifiques du secteur. Une attention particulière sera également portée à la poursuite des accompagnements liés au bilan des gaz à effet de serre (BEGES), une exigence essentielle du reporting prévu par la CSRD. Nous organiserons également un événement d'information à destination du secteur, en collaboration avec UNESSA, Gibbis et Belfius.

Santhea continuera par ailleurs à diffuser des notes informatives et à maintenir une veille documentaire sur les thématiques de durabilité, afin de tenir ses membres informés des évolutions et des enjeux.

La cellule durabilité renforcera également ses partenariats stratégiques, notamment avec l'Agence nationale française d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), afin de partager des pratiques exemplaires et de développer des initiatives communes.

Enfin, une de nos journées d'études sera consacrée à la durabilité. Cet événement offrira aux membres l'opportunité d'approfondir leurs connaissances sur les enjeux environnementaux, sociaux et économiques liés au secteur des soins de santé. Il inclura des sessions interactives, des ateliers pratiques et des interventions d'experts issus de différents domaines tels que la gestion des déchets, la responsabilité sociétale des entreprises, et la CSRD. Ces rencontres seront une occasion privilégiée pour renforcer les échanges entre les membres et élaborer des stratégies communes pour faire face aux défis de la durabilité dans le secteur des soins de santé.



Concernant la CSRD, santhea continuera de renforcer son expertise interne et de développer des collaborations pour offrir un accompagnement adapté aux membres.

DWH SANTHEA : UNE BASE DE DONNÉES EN SANTÉ EN SUPPORT AU QUOTIDIEN POUR NOS MEMBRES

Contexte

Les données jouent aujourd'hui un rôle crucial dans le fonctionnement de nos sociétés, tant au niveau privé que professionnel. Dans ce contexte, il est essentiel pour les gestionnaires de disposer des informations nécessaires au bon moment et des moyens adéquats pour les exploiter efficacement. Cette réalité s'applique également au secteur des soins de santé, des hôpitaux universitaires aux maisons de repos. Compte tenu de la conjoncture économique difficile, bénéficier d'un soutien externe pour des analyses, ou du benchmarking à moindre coût peut s'avérer particulièrement précieux.

Objectifs

Pour soutenir ses membres, santhea s'appuie sur une base de données (Datawarehouse - DWH) dédiée au secteur des soins de santé. Constituée d'informations collectées et structurées depuis plus de 15 ans, celle-ci permet de réaliser diverses études, analyses, enquêtes et rapports en ligne. Elle est essentielle pour des projets spécifiques comme notre enquête « Satisfaction patients » ou notre « Cadastre énergétique ». Elle aide aussi notre équipe de conseillers à représenter et défendre le terrain, à interagir avec les administrations ou les cabinets et répondre aux sollicitations de nos membres. Ceci dans un contexte où leurs demandes comprennent toujours plus de requêtes d'analyses spécifiques, d'extractions de données, de simulations ou de sondages.

Lancée en 2007, notre base de données interne était initialement alimentée par des données structurées,

principalement financières, provenant d'extractions communiquées par les hôpitaux à des institutions publiques (INAMI, SPF Santé publique, BNB, ONSS, etc.). Au fil des années, cet outil a évolué de manière significative.


En premier lieu, nous collectons désormais une grande variété de données non-structurées, provenant d'extractions ad hoc ou d'enquêtes menées auprès de nos institutions et de leurs patients. Cette expansion nous a permis de couvrir un nombre bien plus important d'aspects de la gestion hospitalière, tels que les ressources humaines, la qualité des soins, les activités médicales, et bien d'autres encore. Grâce à cette diversification, nous sommes en mesure de soutenir nos membres de manière plus efficace et plus ciblée.

Ensuite, en termes de supports, nous avons progressivement évolué pour répondre aux besoins changeants de nos membres. Nous avons d'abord introduit des rapports dynamiques au format PDF, qui ont ensuite été complétés par la mise en ligne d'une plateforme SharePoint. Celle-ci permettait la consultation en ligne de rapports Excel, offrant une plus grande flexibilité et accessibilité. Plus récemment, nous avons déployé l'outil Power BI de Microsoft, qui permet de créer des visualisations interactives et des tableaux de bord, facilitant ainsi l'analyse des données et la prise de décision.

Enfin, notre structuration interne a aussi connu des évolutions significatives. L'équipe allouée au projet a considérablement grandi au cours des 15 dernières années, avec l'ajout de différents profils et de diverses expertises. Ces nouvelles ressources nous ont permis de diversifier notre production en proposant notamment

des micro-études, appelées « Focus », et des fiches techniques détaillant des sujets de manière plus théorique. Ces documents offrent à nos membres des analyses approfondies et des informations précieuses pour améliorer leur gestion et leurs pratiques.

En parallèle, quel que soit le service proposé autour de notre base de données, nous veillons à respecter scrupuleusement la législation et les normes en matière de confidentialité et de sécurité. Notre équipe suit un code de conduite strict en la matière et dispose d'un délégué à la protection des données. Ce dernier veille à la bonne application de notre politique de sécurité de l'information et du Règlement général sur la protection des données (RGPD). De plus, une convention conforme à ce règlement encadre l'ensemble des traitements de données réalisés par santhea pour le compte de ses membres en tant que sous-traitant. Ceci garantit que toutes les données soient traitées de manière sécurisée et conforme aux exigences légales.



Nous veillons à respecter scrupuleusement la législation et les normes en matière de confidentialité et de sécurité



Les institutions participantes

La base de données de santhea bénéficie à la majorité de ses membres. Les informations collectées dans celle-ci permettent à nos conseillers de défendre efficacement les intérêts du secteur, qu'il s'agisse de données sur le financement, la qualité ou l'organisation des soins et du travail.

Les retombées sont particulièrement significatives pour les institutions qui participent directement à nos projets spécifiques, tels que nos enquêtes de satisfaction, notre étude de l'absentéisme, et nos actions relatives à la durabilité, raison pour laquelle nous encourageons continuellement nos membres à les rejoindre. Ces projets permettent de recueillir des données précieuses qui sont ensuite analysées pour identifier les tendances, les points forts et les domaines nécessitant des améliorations. Les résultats de ces analyses sont partagés avec les participants, leur fournissant des informations pour optimiser leurs opérations et améliorer la qualité des soins.

En outre, nous menons en continu des enquêtes et des analyses en réponse aux demandes du terrain ou en fonction de l'actualité. Ces initiatives nous permettent de rester à jour et de répondre aux besoins émergents de nos membres. Dans ce cadre, chaque institution est encouragée à nous contacter pour toute demande pouvant être soutenue par notre base de données. Nous sommes toujours prêts à collaborer avec elles afin de développer des solutions adaptées à leurs besoins.



Actions & résultats

Le projet « **Satisfaction** » a évolué en 2024 en incluant de nouveaux questionnaires pour son volet hospitalier et en mettant à jour 2 outils existants. Une enquête destinée aux maisons de repos (et de soins) a par ailleurs à nouveau été organisée, suite au succès des éditions précédentes. Les rapports en ligne et la base de données du projet ont été mis à jour tout au long de l'année.

Notre cadastre énergétique, développé dans le cadre de la cellule **durabilité** de santhea, s'est enrichi en 2024 en incorporant des données relatives à la production d'électricité photovoltaïque et à la quantité de celle-ci réinjectée sur le réseau. Cet outil, destiné tant aux hôpitaux qu'au secteur des aînés, permettait déjà aux utilisateurs d'étudier leur consommation de gaz, d'électricité et d'eau, mais aussi de se situer par rapport aux valeurs moyennes de santhea et de disposer d'un benchmarking inter-institutions.

Le **programme « Pay for Performance (P4P) »** a continué à faire l'objet de développements en 2024, en collaboration avec la fédération UNESSA. Le rapport *Power BI* propre à cette matière a été mis à jour afin d'incorporer les données 2024, en incluant des analyses spécifiques relatives au nouvel indicateur *Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)*. Cet outil propose une vue sur l'ensemble des hôpitaux de la région wallonne. À terme, il sera partagé par les deux fédérations et mis à jour avec l'ensemble des données P4P depuis le lancement du programme.

Le projet « **Absentéisme** » a évolué progressivement en 2024. Des modifications et des précisions ont ainsi

été apportées aux documents de référence utilisés par santhea et UNESSA dans le cadre de ce travail commun afin d'entamer un processus de convergence qui aboutira en 2025.

Le projet « **Hôpital de jour** », tout comme « Satisfaction » et « Absentéisme », représente un autre exemple concret de développement original mis en place par santhea grâce à sa base de données. En mars 2023, santhea et UNESSA ont organisé une collecte commune de données afin de soutenir les hôpitaux dans la mise en œuvre de la réforme de l'hôpital de jour. Ce projet a permis de rassembler des données sur la répartition de l'activité en 2019 et 2022 selon le lieu de prestation (hospitalisation classique, hôpital de jour, polyclinique). Les données récoltées ont fait l'objet d'un important travail de validation, de structuration et d'analyse dans Power BI en 2023 et 2024 afin de concevoir quelques indicateurs clés (taux de prise en charge en ambulatoire, en hospitalisation de jour et en hospitalisation classique). Ceux-ci permettent de quantifier la part des différentes prises en charge précitées pour chaque prestation étudiée en 2019 et 2022. Ces indicateurs sont repris dans un nouveau rapport Power BI en ligne depuis septembre 2024 et auquel ont accès les membres de santhea ayant participé activement à la récolte des données. Cet outil permet aux utilisateurs de se comparer, à l'aide des taux listés ci-avant, avec l'ensemble des hôpitaux participants et avec un échantillon moyen « santhea ». Cet outil de benchmarking permet in fine aux hôpitaux de comparer leurs pratiques, de se positionner et de visualiser les potentiels impacts d'une réforme de l'hôpital de jour, mise en place en 2023, sur leurs chiffres 2022.

Parmi les autres matières traitées par l'intermédiaire de notre base de données en 2024, 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. Une mise à jour des données relatives aux **barèmes**, et notamment ceux liés à la CP330 et à l'IF-IC public et privé, a également été réalisée. Ces informations sont disponibles sur l'extranet de santhea. Enfin, de nouvelles données actualisées relatives aux **lits agréés** ont fait l'objet d'une injection dans notre base de données en vue de créer prochainement un rapport *Power BI* destiné aux conseillers de santhea.

En 2024, de nombreuses **enquêtes** ont été menées auprès de nos membres. Celles-ci ont permis aux collaborateurs de santhea de défendre efficacement le secteur, de participer activement à des groupes de travail, d'élaborer des études et de répondre aux demandes du terrain. Les enquêtes ont été diffusées via *Microsoft Forms* ou à l'aide de fichiers Excel standardisés pour les investigations plus complexes. Parmi les thèmes traités, citons, entre autres; les mesures de simplification administratives, les pauses repas, les normes infirmières, l'hospitalisation à domicile ou encore les horaires du personnel salarié.

Dans un autre registre, 2 micro-études «**Focus**» ont été diffusées en 2024. La première s'est penchée sur la gestion des déchets par nos membres hospitaliers, en abordant des concepts tels que les politiques de tri menées, l'organisation du tri ou le stockage et l'évacuation des déchets. Le second focus s'est intéressé au programme P4P 2024 et en particulier au nouvel

indicateur HSMR. Il liste une série de constats fournissant notamment des informations sur l'impact financier évalué pour nos membres à la suite des changements apportés dernièrement à la méthodologie du programme par l'Administration. En parallèle, une **fiche technique** a été publiée en traitant la thématique des suppléments de chambre et d'honoraires, cette matière présentant des enjeux importants, notamment concernant l'accessibilité à des soins de qualité.

Perspectives

L'année 2025 sera consacrée à la finalisation de la révision de notre stratégie technologique, en misant largement sur les nombreuses possibilités offertes par l'outil *Microsoft Power BI* et l'environnement *Microsoft Fabric* pour continuer à prester nos services de datawarehouse, d'analyses et de reporting.

Au niveau des développements, l'équipe souhaiterait mettre en ligne dans les prochains mois, de nouveaux rapport *Power BI* consacrés au BMF et à la gestion des déchets, un travail réalisé pour ce dernier en collaboration avec la cellule durabilité. L'équipe souhaiterait en parallèle développer plusieurs rapports destinés aux conseillers de santhea, ceux-ci porteraient sur les lits agréés mais également sur FINHOSTA RH. En fonction de notre charge de travail, 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 (enquête satisfaction, P4P, absentéisme, hôpital de jour, cadastre énergie).

En parallèle à la mise à jour mensuelle de ses rapports, le projet «Satisfaction», déployé dans les hôpitaux et les MR/S évoluera sur le plan technique, celui-ci étant amené à servir de projet pilote pour la migration dans l'environnement *Microsoft Fabric*.

En ce qui concerne les autres matières traitées, les modules «Lits agréés», «Prix de journée», «FINHOSTA RH» et «Institutions» (module central dans notre datawarehouse) feront l'objet d'une mise à jour en 2025. Des analyses complémentaires sur les suppléments d'honoraires, ainsi que sur les données propres à l'application «PERONE», sont aussi toujours au programme.

En matière de publication, de nouvelles micro-études «Focus» et de nouvelles fiches techniques, portant sur des thématiques comme l'hôpital de jour, seront proposées à nos membres.

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

Contexte

Créée en 2013, la PAQS est née d'une collaboration inédite entre les fédérations d'institutions de soins, les organismes assureurs, des associations professionnelles et de patients, des universités et les autorités régionales. Son objectif initial était d'accompagner les institutions hospitalières face aux défis de l'accréditation, en clarifiant ses enjeux et sa valeur ajoutée. Aujourd'hui, si l'accréditation est une réalité pour de nombreux hôpitaux (et quelques maisons de repos), des questions subsistent quant à son avenir et son éventuelle extension à d'autres secteurs, notamment celui des aînés. Plus largement, la véritable question demeure : comment assurer la pérennité des démarches d'amélioration continue ? Conscient de cet enjeu, **la PAQS s'engage à renforcer durablement la culture qualité dans le secteur des soins de santé** à Bruxelles et en Wallonie.

Objectifs

La PAQS poursuit sa mission première : **accompagner les institutions de soins wallonnes et bruxelloises dans le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité.**

L'année 2024 a marqué un tournant avec le déploiement d'un nouveau programme d'activités, aligné sur la stratégie 2025, qui repose sur 3 piliers fondamentaux : Former, Améliorer et Mesurer.

Former : Ancrer une culture qualité passe avant tout par la formation. Il est essentiel de doter les professionnels de compétences solides pour mener des projets d'amélioration efficaces.

Améliorer : L'accompagnement des institutions dans la mise en place de projets concrets est au cœur de l'action de la PAQS, afin d'assurer des impacts durables sur la qualité et la sécurité des soins.

Mesurer : « On ne peut améliorer que ce que l'on mesure ». Le suivi et l'analyse d'indicateurs qualité sont essentiels pour orienter les efforts et garantir des améliorations tangibles.

Actions mises en place et résultats obtenus

Dans le domaine de la formation, la PAQS a proposé une offre variée. La formation *Improvement Basics* a permis d'initier de nombreux professionnels aux fondamentaux de l'amélioration continue, tandis que la formation *Patient Safety Officer* a contribué au développement des compétences en management de la qualité et de la sécurité. Une nouvelle formation, les Essentiels, a été spécialement conçue pour les réseaux hospitaliers et déployée avec succès. Par ailleurs, les sessions de *TeamSTEPPS* ont répondu à une demande croissante.

Sur le terrain, plusieurs institutions ont été accompagnées dans des projets d'amélioration concrets, notamment en matière de gestion des médicaments, de communication aux points de transition et d'identitovigilance. Des ressources spécifiques ont été mises à disposition et les échanges en présentiel ont été particulièrement appréciés par les participants. La campagne de sensibilisation « *Ce qui est important pour vous* » a, quant à elle, gagné en visibilité et semble progressivement s'ancrer dans les pratiques, certaines institutions choisissant de la relayer spontanément, sans inscription officielle.

En parallèle, la PAQS a également intensifié ses efforts pour structurer la collecte et l'exploitation des indicateurs qualité en Wallonie et à Bruxelles avec une phase d'information et de recrutement des hôpitaux. Les définitions des indicateurs ont été mises à jour et intégrées dans un module e-learning afin d'en faciliter l'appropriation. Dans le cadre du programme « *Pay for Performance* » (*P4P*), les hôpitaux ont été accompagnés dans la transmission des indicateurs liés à l'expérience patient.

L'implication de la PAQS dans le projet PRIM de l'OCDE a permis d'évaluer la sécurité des soins à partir du retour des patients, avec des résultats présentés au 40^e congrès de l'ISQua à Istanbul, renforçant ainsi la visibilité internationale du projet.

Enfin, l'enquête SCORE, destinée à évaluer la culture de sécurité au sein des établissements de soins, a été renouvelée pour la période 2024-2026, élargissant son accès à de nombreux établissements.

Ces actions témoignent d'une volonté de la PAQS de vouloir ancrer durablement une culture qualité dans les soins de santé, en s'appuyant sur des approches complémentaires alliant formation, soutien aux initiatives d'amélioration et exploitation des données pour guider les décisions.

Perspectives pour 2025

Des objectifs ambitieux ont été fixés par la PAQS pour 2025. En ce qui concerne les formations, l'année sera consacrée à améliorer le taux de pénétration des formations proposées, en attirant de nouvelles institutions et réseaux hospitaliers, via notamment une accessibilité renforcée grâce à des tarifs réduits.

Sur le terrain, la PAQS renforcera les actions déjà engagées en poursuivant les coachings individualisés, en réalisant des audits trimestriels et enquêtes régulières auprès du personnel, en apportant un soutien méthodologique et des partages d'expériences.

2025 marquera également la mise en œuvre complète d'un ensemble d'indicateurs qualité dans les hôpitaux, avec un accompagnement pour garantir la conformité et la fiabilité des données. Un tableau de bord commun sera développé afin d'optimiser le suivi et l'analyse des résultats.

Dans le cadre du programme P4P, la PAQS intégrera progressivement le transfert et l'analyse des données à la plateforme « d4hi », permettant ainsi d'accroître l'efficacité du processus. De nouvelles sessions d'échanges seront également organisées afin d'encourager la diffusion des bonnes pratiques.

Une nouvelle vague de collecte des données PRIM sera lancée pour enrichir les analyses sur la sécurité des soins, permettant d'identifier les tendances émergentes. L'élargissement du projet SCORE à un plus grand nombre d'établissements constituera un autre axe stratégique majeur.

Enfin, la PAQS prévoit d'explorer de nouvelles pistes, notamment l'intégration d'indicateurs issus d'initiatives externes et l'extension de certaines démarches au secteur des aînés et des hôpitaux psychiatriques. Ces évolutions contribueront à renforcer la qualité et la sécurité des soins dans une approche toujours plus intégrée et collaborative.



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

Contexte

En application depuis 2018, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a pour but de protéger les droits et les libertés des résidents européens dont les données personnelles sont traitées à des fins tant publiques que privées, soit l'entièreté de la population dans un contexte de numérisation croissante de notre société. Le RGPD met en place diverses mesures pour lutter contre les abus et atteintes à la vie privée, malheureusement de plus en plus fréquents. Certaines de ces mesures peuvent être difficiles à mettre en œuvre, notamment :

- l'entretien d'un registre de l'ensemble des traitements de données à caractère personnel ;
- la sécurisation, tant physique que logique, de l'ensemble de ces traitements ;
- la signature de contrats de sous-traitance spécifiques conformes au RGPD ;
- la mise en place d'une information détaillée aux personnes concernées par un traitement 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, en ce compris celles liées à des cyberattaques ;
- la mise en place d'une culture d'amélioration continue de la sécurité de l'information.

Pour les institutions dont l'activité inclut le traitement à grande échelle de données à caractère personnel sensibles, le RGPD impose la désignation d'un délégué à la protection des données (*Data Protection Officer - DPO*). Combinant des compétences juridiques et une expertise en sécurité de l'information, le DPO

conseille la direction sur toutes les questions relatives au traitement des données à caractère personnel. Il se doit de rester indépendant et ne peut dès lors pas participer à la définition des finalités des traitements ou des moyens utilisés pour les mettre en œuvre, garantissant ainsi une objectivité totale dans ses recommandations.

Aucune exemption aux obligations du RGPD n'a jamais été prévue pour les institutions de soins. En raison de la nature de leurs activités, celles-ci traitent quotidiennement un grand nombre de données de santé, considérées comme particulièrement sensibles. Elles sont donc tenues de s'adjoindre les services d'un DPO. Cependant, la rareté de ce profil et son coût élevé peuvent poser des difficultés, notamment pour les petites structures. La mise en conformité avec le RGPD est en effet un processus complexe, impliquant de nombreux traitements, divers types de données et de multiples destinataires externes. De plus, les évolutions technologiques rapides, comme l'utilisation de l'intelligence artificielle et des dispositifs connectés, ajoutent une couche supplémentaire de complexité à la mise en conformité. Sans un support adéquat, cette mise en conformité peut s'avérer extrêmement difficile.

Les risques encourus par les organismes en cas de non-respect du RGPD sont hélas significatifs. Toute violation peut entraîner des sanctions variées, 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 donc essentielle, d'autant plus que l'Autorité de Protection des Données, compétente en

matière de RGPD, est désormais capable de mener des enquêtes minutieuses, soit d'initiative, soit sur la 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'incidents graves et de contrôles pour les institutions concernées. Ces différents points soulignent l'importance d'une vigilance constante et d'une protection rigoureuse des données.

Objectifs

Dès 2017, de nombreux membres de santhea ont exprimé leurs préoccupations concernant la charge de travail et les ressources nécessaires pour se conformer au RGPD. Pour les soutenir, une proposition de mutualisation des coûts a été formulée sous la forme d'une cellule RGPD, celle-ci incluant la mise à disposition d'un DPO. Le projet a rapidement rencontré un grand succès, y compris auprès de grands hôpitaux et d'intercommunales, bien que la proposition s'adressait initialement au secteur extrahospitalier.

Pour soutenir les membres de santhea ayant adhéré aux services de la cellule RGPD, celle-ci a conçu un éventail d'outils, de modèles et de procédures adaptables selon le secteur et le 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 pour 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 collabore en continu avec nos DPO, apportant notamment un soutien dans l'inventaire des activités de traitement des données personnelles, 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 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 personnelles, informe en cas de manquement constaté et formule des recommandations le cas échéant. Son rôle inclut également la supervision du registre des activités de traitement et la gestion appropriée des demandes d'exercice de droits des patients, résidents, bénéficiaires et membres du personnel des institutions. Le DPO assiste aussi 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, abordant des sujets tels que le droit à l'image ou l'utilisation de caméras. Nous collaborons aussi avec l'ensemble des conseillers de santhea, bénéficiant ainsi d'une expertise étendue, et faisons profiter nos membres de plus de 6 ans d'expérience en matière de RGPD en tant que DPO.

Liste des institutions participantes

En 2024, la cellule RGPD a travaillé avec 33 institutions de soins, celles-ci présentant 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 des entités très spécifiques telles qu'un laboratoire d'analyses médicales, un service de transfusion du sang et une association prenant en charge des consommateurs de stupéfiants.

| | |
|-------------------------------------|---|
| A.I.G.T. | Helora - Hôpital de Mons - 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 |
| ASBL L'Équipe | C.M.P. Clairs Vallons |
| ASBL La Maison de Mariemont | C.R.P. Les Marronniers |
| ASBL Le Don de sang | HUmani - Charleroi |
| ASBL La Traversière | HUmani - Chimay |
| ASBL PACT | M.A.S.S. de Bruxelles |
| ASBL Transit | IBC - ULB |
| Centre d'accueil Les Heures Claires | Inago |
| C.H.B.A. | Interseniors |
| C.H. Le Domaine | ISoSL |
| C.H.R. de Huy | Vivalia |
| C.H.R. Haute Senne | Vivias |
| C.H.R. Verviers East Belgium | |

La diversité des activités de soins, d'accueil et de services biomédicaux rencontrés chez nos membres nécessite un encadrement personnalisé. Les hôpitaux ont besoin d'un soutien afin de gérer leurs nombreux traitements complexes de données, ainsi que leurs contrats de sous-traitance et de recherche. Une assistance leur est également fournie pour l'inventaire et l'analyse de leurs documents. Les institutions extrahospitalières, quant à elles, rencontrent davantage de difficultés en raison de ressources limitées pour mener à bien le projet. Elles ne disposent pas toujours d'un informaticien ou d'un juriste en interne. Un accompagnement rapproché sur l'ensemble du processus de mise en conformité, notamment au niveau de sa gestion, est donc proposé dans ce contexte.

Actions & résultats

En 2024, les DPO de la cellule RGPD ont entretenu des échanges réguliers avec leurs relais sur le terrain. En plus des réunions individuelles pour faire le point sur l'avancement de chaque projet, ceux-ci ont été invités, avec un maximum de leurs collègues respectifs, à participer à 4 séances de sensibilisation ciblant chacune une catégorie de personnel (juristes, ressources humaines, médecins et paramédicaux, accueil et call-center). Ces rencontres ont permis de revenir en détail sur les points clés du RGPD, en adaptant le contenu présenté au public ciblé, mais également d'échanger sur les bonnes pratiques de chacun.

Au cours de l'année écoulée, de nouvelles violations de données à caractère personnel ont été constatées. Notre équipe a pris en charge chacune d'elles de manière rapprochée, depuis l'identification des premiers éléments jusqu'à l'envoi des rapports définitifs à l'Autorité de Protection des Données. En dehors de ces incidents spécifiques, nos DPO ont traité de nombreuses questions relatives au RGPD et à la vie privée. Le nombre de contrats à analyser est également resté élevé en 2024, entraînant une charge de travail importante pour l'équipe.

L'an passé, de nouveaux outils ont été mis à la disposition des relais RGPD. En premier lieu, 15 nouveaux modèles d'analyses d'impact sur la protection des données (*Data Protection Impact Assessment - DPIA*) sont venus compléter les précédents outils propres à cette thématique diffusés en 2023. Ces livrables comprennent pour rappel 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 des modèles de DPIA préencodées. Dans un autre registre, une procédure permettant d'encadrer les appels téléphoniques a été mise en ligne dans la boîte à outils de la cellule RGPD. Celle-ci fournit un ensemble de recommandations aux personnels de nos institutions membres afin de protéger la confidentialité des données à caractère personnel dans leur pratique quotidienne, lorsqu'ils sont en contact avec des correspondants se présentant comme des patients ou leurs proches.

En termes d'analyses, cette année encore, l'équipe a traité divers sujets par le biais de notes. Au niveau de l'actualité européenne, la cellule RGPD a, en premier lieu, abordé une décision de la Cour de Justice de l'Union Européenne (C.J.U.E.) relative à l'application du RGPD à la communication orale de données à caractère personnel. Sans revenir sur les faits de l'affaire portée devant la Cour, la C.J.U.E. a conclu que la communication orale de données à caractère personnel qui figurent ou sont appelées à figurer dans un fichier (papier ou électronique) relève du champ d'application du RGPD. Cette interprétation de la C.J.U.E. bien qu'ayant certaines conséquences (une communication orale de données ne peut se faire que dans un cadre bien défini et peut être qualifiée de violation de données le cas échéant) ne doit pas faire oublier qu'en droit belge, le secret professionnel (et plus particulièrement le secret médical) protège déjà les informations des personnes contre la communication orale de celles-ci.

Ensuite, l'équipe est revenue sur l'importance de la fonction de Délégué à la Protection des Données (DPO),

15 nouveaux modèles d'analyses d'impact sur la protection des données (*Data Protection Impact Assessment - DPIA*) sont venus compléter les



précédents outils propres à cette thématique diffusés en 2023.



de ses missions et des moyens qui lui sont alloués via une décision de justice luxembourgeoise. La décision a mis en avant le fait : premièrement, que le DPO doit être associé, et non uniquement informé, à toute question relative à la protection des données et ceci au plus tôt, afin que toute recommandation puisse être prise en compte et éventuellement mise en œuvre de manière anticipative, et deuxièmement, que le DPO doit disposer de moyens suffisants pour effectuer ses missions, en terme notamment de temps de travail. Ces deux aspects devant être documentés par le responsable du traitement.

Enfin, au niveau du droit belge, l'équipe a rédigé une note sur une loi concernant les possibilités de recours des tiers intéressés contre les décisions de l'APD et qui faisait suite à un arrêt de la Cour Constitutionnelle en la matière abordé l'année avant.

Outre ces notes ponctuelles, la cellule RGPD a, pour la troisième année consécutive, proposé la revue mensuelle des décisions de la Chambre contentieuse de l'APD. 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 en leur offrant une actualité régulière propre à la thématique des données à caractère personnel.

Perspectives

Pour réduire les écarts de conformité entre nos membres, la cellule RGPD prévoit de toujours renforcer le suivi personnalisé et d'augmenter les visites sur le terrain en 2025, comme ce fût déjà le cas en 2024. Cet accompagnement aidera les institutions à réaliser

leurs DPIA dans de bonnes conditions. L'équipe prévoit également de mettre en place de nouvelles réunions de sensibilisation au RGPD et à la sécurité de l'information par département, afin de maximiser le public touché mais aussi de remettre à niveau les relais RGPD.

En termes d'outils, de nouveaux modèles de DPIA seront diffusés en 2025 afin de compléter la vingtaine d'outils de ce type déjà proposés aux membres. Ils couvriront au final un maximum de traitements de données à caractère personnel identifiés chez nos membres.

Enfin, l'équipe vise à mettre en place une procédure d'audit de ses adhérents afin de contrôler leur niveau de conformité au RGPD et de fournir des rapports formels aux directions sur une base trimestrielle. Ce travail d'analyse suivra les étapes-clés détaillées dans l'outil de suivi du projet développé et utilisé par la cellule RGPD, et sera entrepris en toute transparence avec les différents relais RGPD de nos membres.

PROJET « SATISFACTION » : 13 ANS DE COLLABORATION EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Contexte

Autrefois considérés comme des cibles passives des soins, les patients jouent désormais un rôle de partenaires potentiels pour les soignants. Reconnus comme des acteurs actifs dans leur propre prise en charge, leur implication contribue à améliorer la qualité des soins. Chaque institution de soins doit néanmoins prouver son engagement envers ses patients en valorisant leur expérience et en tenant compte de leur perception des services fournis. Dans ce contexte, les initiatives pour évaluer la satisfaction des patients se sont multipliées. Toutefois, choisir un outil efficace, valide et économique reste un défi pour les directions souhaitant instaurer ou pérenniser une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Objectifs

Depuis 2011, santhea dispose de sa propre enquête pour mesurer la satisfaction et l'expérience des patients en milieu hospitalier. Basée à l'origine sur un seul questionnaire, l'enquête « Satisfaction Patients » comprend désormais plus de 20 formulaires couvrant une large gamme de prises en charge et de services hospitaliers. Ces outils, élaborés en collaboration avec des experts de terrain issus des institutions membres de santhea, sont régulièrement mis à jour en fonction des retours des participants. De nouveaux outils sont également introduits chaque année pour répondre aux besoins spécifiques du terrain.

| | |
|-----------------------------|--|
| 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 |
| Dialyse | + Questionnaires à thématiques spécifiques |

La réalisation d'une enquête visant à mesurer la satisfaction des patients peut être extrêmement exigeante en termes de ressources pour les professionnels de terrain, surtout dans le contexte financier actuel des institutions de soins. C'est pourquoi santhea met tout en œuvre pour simplifier au maximum la tâche de ses membres dans le cadre de son projet « Satisfaction ». Si l'impression, la distribution et l'envoi des questionnaires à santhea restent sous la responsabilité des gestionnaires de la qualité et des équipes soignantes, nous prenons en charge la numérisation des documents reçus et veillons à intégrer les résultats dans notre base de données et notre plateforme de reporting dynamique *Microsoft Power BI*.

Cet outil en perpétuelle évolution offre aux utilisateurs la possibilité d'examiner en détail l'ensemble de leurs données, que ce soit par unité de soins ou en comparaison anonyme avec d'autres établissements. Une moyenne santhea, générée chaque mois par type de questionnaire et d'élément mesuré, est également exploitable en ligne. Sur demande, les institutions peuvent recevoir périodiquement une copie brute de leurs données, afin de les intégrer directement dans les solutions d'analyses statistiques utilisées en interne.

Depuis 7 ans, le volet hospitalier du projet « Satisfaction » fait l'objet d'une reconnaissance par le SPF Santé publique à travers le volet « Expérience patients » du programme de financement à la performance *Pay for Performance (P4P)*. Ainsi, en 2024, la participation à notre enquête garantissait aux hôpitaux l'obtention de la totalité des points liés à cette partie du programme. Le contenu de ce volet est par ailleurs discuté au sein d'un groupe de travail spécifique auquel santhea participe activement.

Depuis 2022, le projet « Satisfaction » a été transposé 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 et 2024. Celui-ci fonctionne sur base de la distribution d'un questionnaire conçu avec les membres du groupe de travail « Aînés » de santhea et est destiné aux seniors pendant une période d'un mois par an. L'outil de mesure utilisé est composé d'une cinquantaine de questions présentées par thématique (admission, chambre, lieux de vie communs, activités, soins, repas, etc.).

Liste des institutions participantes

En 2024, 13 institutions hospitalières ont participé ou adhéré à l'enquête « **Satisfaction Patients** ». Ceci représente dans l'ensemble 22 numéros d'agrément, parmi lesquels 2 nous ont rejoints au cours de l'année.

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

De son côté, l'enquête « Satisfaction Résidents » a été utilisée par 15 membres de la fédération issus du secteur des Aînés en 2024.

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Home de Seny | Résidence Régina | Résidence Le Chalon |
| Résidence Heureux séjour | Résidence Les Templiers | Résidence Saint-Joseph |
| Résidence Quiétude | MRS Les Aubépines | Home Franchimontois |
| Résidence Pierre Paulus | Résidence Les Jardins d'Elisabeth | Résidence Chantraine |
| MR Les Jolis Bois | Résidence Le Domaine du Château | Résidence Les Heures Paisibles |



DIGITALIZAT

Actions & résultats

En 2024, l'enquête « **Satisfaction Patients** » a permis de recueillir et d'analyser plus de 43.000 questionnaires, soit environ 5.000 de plus que l'année précédente. Le projet gagne désormais chaque année en force, après un ralentissement significatif dû à la pandémie de COVID-19 entre 2020 et 2022, grâce à l'aide précieuse et à l'investissement des coordinateurs Qualité des institutions participantes. Le contact avec nos membres demeure d'ailleurs le principal atout des services que nous offrons. Nous nous efforçons de répondre à un maximum de demandes personnalisées dans la mesure du possible. Ces demandes, toujours plus nombreuses, concernent souvent des modifications du contenu de notre base de données ou des extractions spécifiques. Cette tendance accompagne le développement progressif des datawarehouses propres à chaque hôpital et l'amélioration de leurs capacités d'analyse.

En ce qui concerne les nouveaux outils mis à

disposition du terrain, 2 questionnaires propres à la thématique de l'identitovigilance ont été développés avec nos membres et à leur demande. Le premier est destiné aux patients hospitalisés, tandis que le second a été conçu pour les consultations. Tous deux seront distribués pendant un mois en 2025, afin d'interroger les patients sur la qualité des actions mises en place pour vérifier leur identité lors de leur arrivée à l'hôpital et tout au long de leur séjour ou de leur consultation (confirmation orale de l'identité, bracelet, vignettes "mutuelle", etc.). Une partie libre permet par ailleurs aux patients de signaler directement d'éventuels événements indésirables.

En parallèle, les questionnaires « Néonatalogie » et « Obstétrique » ont fait l'objet d'une mise à jour en 2024. Le premier a été développé afin d'investiguer davantage de dimensions (communication, qualité des soins, sortie de l'hôpital, etc.) tandis que le second a été élagué afin d'en faciliter la distribution. Ils permettent dorénavant tous deux de recueillir des commentaires.

Le projet « **Satisfaction Patients** » repose sur les échanges réguliers avec les membres de son groupe de travail dédié. Celui-ci, composé de professionnels de la Qualité des institutions participantes, s'est réuni à deux reprises en 2024. En février, une analyse des résultats propres à un questionnaire spécifique aux repas et distribué au cours de l'année 2023 a été proposée aux représentants des hôpitaux. Divers points organisationnels relatifs à la mise à jour des questionnaires et à d'autres développements envisagés en 2024 ont été mis à l'ordre du jour. Un état des lieux du programme P4P a également été proposé en séance, étant donné ses liens étroits avec l'enquête « Satisfaction Patients ». Le groupe de travail propre au projet s'est réuni à une seconde reprise en décembre. Cette réunion a entre autres permis de planifier la distribution des questionnaires en 2025 et les adaptations à réaliser sur nos outils. Un nouveau retour sur le programme P4P a été organisé en séance, cette matière ayant connu une évolution majeure en 2024.

TION

En mars, un groupe de travail purement technique ciblant le développement de nos questionnaires diffusés en ligne a été organisé afin d'étendre cette modalité auprès de nos membres. La numérisation de la société incite en effet de plus en plus les institutions de soins à adopter des méthodes plus modernes pour permettre aux patients de compléter notre enquête. En réponse à cette tendance, santhea a proposé de fournir des QR-Codes aux institutions volontaires. Ces codes, que la patientèle peut scanner pour accéder aux questionnaires, sont diffusés par affichage, sur des documents remis aux patients ou directement sur des questionnaires papier. Les questionnaires en ligne les plus populaires concernent actuellement les urgences, les consultations et les services d'imagerie médicale.

En parallèle à notre enquête proposée en milieu hospitalier, le projet « **Satisfaction Résidents** » a été une nouvelle fois reproduit au cours du mois de septembre 2024. L'an passé, 15 maisons de repos (et de soins) ont participé à l'enquête et ont récolté ensemble un peu

plus de 400 questionnaires sur une période d'un mois. En suivant notre protocole, la plupart des institutions participantes ont présenté à nouveau l'enquête et son intérêt aux membres du personnel, à leurs résidents, ainsi qu'aux proches de ces derniers, ceci pour augmenter le taux de participation. Comme lors des années précédentes, 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 2024 au cours du mois de novembre.

Perspectives

De nouveaux développements sont prévus pour l'enquête « Satisfaction Patients » en 2025, ceux-ci comprendront une révision de notre questionnaire Pédiatrie et un passage en revue de l'ensemble de nos outils de mesure afin d'ajouter systématiquement un espace dédié aux commentaires et au rapportage d'éventuelles expériences positives ou négatives.

Concernant l'enquête « Satisfaction Résidents », celle-ci sera reproduite l'an prochain en suivant la même méthodologie qu'auparavant. En début d'année 2025, l'équipe en charge du projet évaluera à nouveau l'opportunité de développer un questionnaire destiné aux proches des résidents, en complément de l'outil utilisé pour interroger ces derniers.

NOS MEMBRES

PARTIE 7

HÔPITAUX

- 1 C.H. de Mouscron
- 2 C.H. du Bois de l'Abbaye
- 3 C.H. EpiCURA - Ath
- 4 C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu
- 5 C.H. Le Domaine
- 6 C.H.R. de Huy
- 7 C.H.R. du Val de Sambre
- 8 C.H. Reine Astrid Malmedy
- 9 C.H.R. Haute Senne
- 10 C.H.R. Namur
- 11 C.H.R. Verviers East Belgium
- 12 C.H.U. de Liège
- 13 C.H.U. Helora - site Kennedy
- 14 C.H.U. Tivoli
- 15 CHwapi
- 16 Clinique André Renard
- 17 C.R.P. Les Marronniers

- MOUSCRON
SERAING
ATH
HORNU
BRAINE-L'ALLEUD
HUY
SAMBREVILLE (AUVELAIS)
MALMEDY
SOIGNIES
NAMUR
VERVIERS
LIÈGE
MONS
LA LOUVIÈRE
TOURNAI
HERSTAL
TOURNAI

- 18 Hôpital de La Citadelle
- 19 HUmani - CHU Charleroi-Chimay
- 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



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

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

WAIMES
GRIVEGNÉE
HUY
BASSENGE
FLEURUS
VISÉ
HERSTAL
CHÂTELET
MORESNET
BRUXELLES

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

VERVIERS
MONTEGNEE
CHANLY
HUY
HERVE
TEMPLoux
BUTGENBACH
SAINT-VITH

CAJ/CSJ

- 1 Bonne Maison de Bouzanton (Intercommunale G. Passelecq)
- 2 Domaine des Blés Dorés (ISoSL)
- 3 Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)
- 4 Heureux Séjour (HUMANI)
- 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)

MONS
VILLERS-L'ÉVÊQUE
FLÉMALLE
COURCELLES
VIELSAM
WAREMME
MORLANWELZ
WÉPION
SPA
BRAINE-L'ALLEUD
MONTIGNY-LE-TILLEUL
VIRTON
ANS
LIÈGE

- 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)

AUBEL
LIÈGE
HERSTAL
LA LOUVIÈRE
HOUDENG-GOEGNIES
WANZE
VISÉ
WELKENRAEDT
LIMBOURG
MORESNET
HERVE

RÉSIDENCES-SERVICES

| | | |
|----|---|------------------|
| 1 | Domaine des Blés Dorés (ISoSL) | VILLERS-L'ÉVÊQUE |
| 2 | Doux repos (CPAS) | MANAGE |
| 3 | Entour'Age (CPAS) | JAMBES |
| 4 | Isabelle Brunelle (CPAS) | NAMUR |
| 5 | L'Azalée (CPAS) | SAINT-NICOLAS |
| 6 | La Cité (ISoSL) | HERSTAL |
| 7 | Le jardin des Couleurs du Temps (CPAS) | TEMPLoux |
| 8 | Les Alouettes (ISoSL) | VISÉ |
| 9 | Les Heures Claires (CAHC) | SPA |
| 10 | Les Jolis Bois (CPAS) | SAINT-GEORGES |
| 11 | Le Vignoble (CPAS) | BRAINE-L'ALLEUD |
| 12 | Mariemont Mieux-être (LA MAISON DE MARIEMONT) | MORLANWELZ |
| 13 | Mariemont Village (LA MAISON DE MARIEMONT) | MORLANWELZ |
| 14 | Résidence Bouvière (VIVALIA) | VIELSAM |
| 15 | Résidence Champagnat (AIGT) | COUVIN |
| 16 | Résidence des Hauteurs (ISoSL) | LIÈGE |
| 17 | Résidence Do Grand Fa (CPAS) | MALMEDY |
| 18 | Résidence du Bois d'Havré (Intercommunale G. Passelecq) | HAVRÉ |
| 19 | Résidence du Chemin de Loncin (ISoSL) | ANS |
| 20 | Résidence Le Chalon (AIGT) | CHIMAY |
| 21 | Résidence Le Laetare (CPAS) | LA LOUVIÈRE |
| 22 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISoSL) | WELKENRAEDT |
| 23 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC) | LIMBOURG |
| 24 | Résidence Les Avelines (CHRH) | WANZE |
| 25 | Résidence Les Eglantines (CPAS) | BRUXELLES |
| 26 | Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS) | WAIMES |
| 27 | Résidence Les Prés Brion (CHRH) | HUY |
| 28 | Résidence Régina (INAGO) | PLOMBIÈRES |
| 29 | Résidence Vallée du Hoyoux (CHRH) | HUY |

CONVENTIONS DE REVALIDATION

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

MUTUALITÉS

- | | | |
|---|---|---------------|
| 1 | Mutualité socialiste du Luxembourg | SAINT-HUBERT |
| 2 | Solidaris Wallonie - Territoire Brabant Wallon | TUBIZE |
| 3 | Solidaris Wallonie - Territoire Centre, Charleroi et Soignies | CHARLEROI |
| 4 | Solidaris Wallonie - Territoire Namur | SAINT-SERVAIS |
| 5 | Solidaris Wallonie - Territoire Liège | LIÈGE |
| 6 | Solidaris Wallonie - Territoire Mons Wallonie picarde | ATH |
| 7 | Union Nationale des Mutualités Socialistes - Solidaris | BRUXELLES |

SOINS À DOMICILE

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

POLYCLINIQUE

- | | | |
|---|--------------------------------|-------------|
| 1 | Centres spécialisés du Hainaut | LA LOUVIÈRE |
|---|--------------------------------|-------------|

LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

- | | | |
|---|-----|-----------|
| 1 | IBC | BRUXELLES |
| 2 | IPG | GOSSELIES |

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'Ancre (ALISES) | LA LOUVIÈRE |
| 3 | Le Relais | TOURNAI |
| 4 | Les Habitations Protégées Liégeoises (ISoSL) | LIÈGE |
| 5 | Notre Domaine (C.H. Le Domaine) | BRAINE-L'ALLEUD |
| 6 | Prélude (l'Équipe) | BRUXELLES |

AUTRES INSTITUTIONS DE SOINS

- | | | |
|---|---|-----------|
| 1 | Asbl Fédération Régionale des Associations de Télématic Médicale (FRATEM) | LIÈGE |
| 2 | Association Laïque de Communautés Educatives (ANCE) | BRUXELLES |
| 2 | La Porte bleue - Centre d'Action pour Autisme en Province du Luxembourg (CAPAL) | LIBRAMONT |

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) |

NOTRE CONSEIL D'ADMINISTRATION

PARTIE 8

MEMBRES*

Présidente : **Lambert Marie-Claire**

Vice-Présidents : C.H.U. Tivoli, représenté par **Scillia Pietro**

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

LES RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration de santhea se réunit mensuellement, sauf durant l'été. Il arrête le positionnement de santhea sur les sujets d'actualité, et définit les orientations stratégiques de notre fédération. Il s'assure, par ailleurs, que nous remplissons bien nos missions et que les services proposés correspondent aux besoins du terrain.

En 2024, le Conseil a notamment traité les sujets suivants : l'établissement du budget des soins de santé 2025, le standstill sur les suppléments d'honoraires et la problématique des rattrapages; la réforme hospitalière, l'évolution du paysage hospitalier et les agréments en cascade; la sécurité et la protection des infrastructures classiques pour le secteur de la santé publique; la conclusion d'une nouvelle CCT relative aux MACCS; la réforme de la convention relative à l'apnée du sommeil; ou encore le conseil médical de réseau.

Les administrateurs ont également suivi la gestion journalière de l'association, avec la clôture et l'approbation des comptes 2023, ainsi que l'établissement du budget pour 2025. Des questions relatives aux membres ont été abordées, avec la création d'une nouvelle catégorie de membre, l'admission de nouveaux membres, et la problématique des membres bruxellois. La décision d'affiliation de santhea à différentes organisations et associations est aussi du ressort du Conseil d'Administration.

Les Ressources Humaines de notre fédération sont un point d'attention constant. S'assurer que nous disposons des ressources nécessaires, tant en termes de cadre que de profil, est indispensable pour remplir les missions qui nous sont confiées et ainsi pouvoir défendre au mieux nos membres. L'évolution du staff a ainsi fait l'objet de plusieurs discussions.

La réutilisation des données en santé est un sujet d'actualité sur lequel santhea a toujours été actif. Le Conseil a abordé, au cours de l'année 2024, la collaboration entre santhea et UNESSA dans le cadre de nos Datawarehouse respectifs, la création des ASBL Data for Healthcare Improvement et INAH, et la participation à l'initiative RWD4be. Qui dit données dit sécurité de l'information. C'est pourquoi une nouvelle proposition de services dans le cadre de la Directive NIS 2 a été soumise au Conseil.

Enfin, les administrateurs ont défini les thématiques qui seront abordées lors de nos traditionnelles journées d'études, rendez-vous privilégié de notre fédération pour son caractère à la fois instructif et convivial, qui reflète les valeurs de santhea et de ses membres.



APP Sambre & Meuse, représentée par **Druart Quentin**
 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) - Solidaris représentée par **Laasman Jean-Marc**
Van de Sype Dominique

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 DUFRASNE
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



François LECLERCQ
Conseiller
Santé mentale



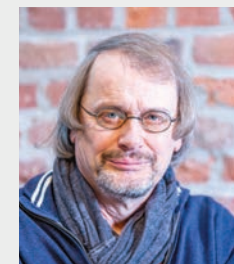
Philippe LEJEUNE
Conseiller
Matières médicales, RGPD



Corentin LETERME
Assistant
Datawarehouse
Conseiller en Prévention



Marina LIETAR
Conseiller
Financement hôpitaux



Michel PRAET
Conseiller
Nomenclature et tarification,
Technologies médicales



Nathalie THOMAS
Conseiller
Soins infirmiers



Marc XHROUET
Conseiller
Santé mentale,
Revalidation, Concertation sociale

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, with a decorative background of concentric light gray arcs.



santhea



**SIÈGE DE BRUXELLES
& SIÈGE SOCIAL**

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

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