



santhea

MÉMORANDUM ÉLECTIONS 2024

Éditeur responsable :

YVES SMEETS

Directeur général

santhea ASBL

Siège social : Rue du Pinson 36,

B-1170 Watermael-Boitsfort

N° BCE : 0807 643 081

www.santhea.be

Table des MATIÈRES

I	Qui sommes-nous ?	1
II	Préambule	2
III	Priorités communes à l'ensemble du secteur des soins	3
	1. Attractivité du personnel des institutions de soins	3
	2. Accessibilité	8
	3. Pensions	8
	4. Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) / Objectifs de Développement Durable (ODD)	9
	5. Soins intégrés	10
	6. Conséquences de la 6e réforme de l'Etat	11
	7. Organisation de la fonction consultative liée la réforme AVIQ	12
IV	Priorités du secteur hospitalier	13
	1. Financement	13
	2. Cybersécurité / Directive NIS2	16

3. Régulation des suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire	17
4. Données de santé	18
5. Nouveau Plan Cancer	19
6. Hospitalisation médico-psycho-sociale	20

V

Priorités du secteur des aînés

1. Diversification et augmentation de l'offre d'accueil et d'hébergement pour aînés	21
2. Soutien des projets innovants d'accompagnement des aînés	21
3. Assouplissement des normes d'encadrement et plus grande autonomie des gestionnaires	22
4. Révision intégrale du contrôle des prix afin de garantir l'accessibilité financière	22
5. Pérennisation et renforcement de la démarche qualité	22
6. Inscription des établissements pour aînés dans un système intégré de santé	23
7. Révision et simplification du financement des maisons de repos et de soins	23
8. Consolidation de la programmation actuelle en Wallonie	23
9. Association entre opérateurs publics et autres acteurs du secteur non-commercial	23
10. Investissement dans les infrastructures pour les MR/MRS	24
11. Réactualisation de certaines conventions	24

VI

Priorités du secteur de la santé mentale

.....	25
1. Continuer à investir dans le résidentiel	25
2. Pédopsychiatrie	26
3. Investir dans la digitalisation	26
4. Réseaux de soins	26
5. Services de santé mentale	27

VII

Priorités du secteur de la revalidation

.....	28
1. Maintenir une autonomie de gestion	28
2. Une offre de services à consolider	28

VIII

Notes

.....	29
-------	----



I. QUI SOMMES-NOUS ?

Santhea est une fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises, du secteur public ainsi que du secteur privé non confessionnel et non commercial.

Santhea représente, en Région wallonne et Région bruxelloise, des hôpitaux (plus de 50% des lits hospitaliers wallons) ainsi que d'autres établissements de soins tels que les maisons de repos (et de soins), les centres de soins de jour, les résidences - services, les maisons de soins psychiatriques, les services de santé mentale, les centres de revalidation, les initiatives d'habitation protégée, les laboratoires de biologie clinique et d'anatomopathologie et les polycliniques. Santhea représente également des organisations comme les fédérations de soins à domicile, les mutualités, les fédérations d'institutions liées à la petite enfance, les plannings familiaux, les centres de transfusion sanguine ou encore les services externes de prévention et de protection au travail.

Les valeurs de santhea



La liberté de choix pour tous

Santhea défend le droit de chacun à choisir librement l'institution dans laquelle il souhaite recevoir des soins de santé ainsi que le praticien qui les lui prodiguera.



L'accessibilité des soins pour tous

Chaque patient doit pouvoir bénéficier des soins de santé de la meilleure qualité possible et dans les meilleurs délais, sans condition de revenus ni aucune autre contrainte quelle qu'elle soit.



L'universalité Neutralité philosophique et éthique

Les institutions affiliées à santhea agissent dans le respect des valeurs laïques et de la liberté de chacun.

Notre fédération prône la liberté de choix d'institution ou de praticien pour tous, l'accessibilité des soins pour chacun ainsi que la neutralité philosophique et éthique de nos institutions affiliées, dans le respect des valeurs laïques.

De par sa représentativité, santhea est un interlocuteur incontournable pour les autorités, le monde politique et les autres acteurs du secteur de la santé.

II. PRÉAMBULE

En Belgique, le secteur de la santé est sous pression. Mais nous ne sommes pas les seuls. Au sein des pays membres de l'OCDE, **les contraintes budgétaires, la pénurie de personnel, ou encore l'évolution de la démographie sont autant de défis auxquels tous les systèmes de santé sont confrontés**. De ce constat découle une volonté de plus en plus forte de réformer les systèmes des soins de santé afin d'en améliorer la qualité et l'efficacité. Or, toute réforme, comme tout changement, engendre de l'incertitude pour les acteurs concernés et donc une certaine résistance de la part de ces derniers.

Afin de réduire cette incertitude, il est vital de réinstaurer un principe de confiance entre les acteurs. Il est en effet clairement établi dans la littérature que les interactions répétées assorties d'une confiance renforcée entre différentes parties vont être de nature à faciliter la mise en œuvre de changements. A contrario, une méfiance respective va lourdement complexifier les réformes nécessaires.

Santhea appelle donc à la restauration d'un véritable dialogue entre les autorités publiques et les fédérations représentant les institutions de soins, basé sur la confiance et la reconnaissance des expertises respectives. Les fédérations sont la voix du terrain. Travailler de concert est vecteur de succès.

Fonctionner dans un climat de confiance est également essentiel pour les institutions de soins. Plutôt que de travailler sous le joug de contrôles sanctionneurs, les institutions de soins ont besoin qu'on leur témoigne de la confiance eu égard à leur volonté d'assurer une gestion optimale des moyens dont elles disposent. **Il est indispensable d'avancer dans un climat de respect mutuel afin de poursuivre, ensemble, des objectifs communs de santé publique.** Sur base d'un principe général de confiance, il faut recréer et entretenir un dialogue constructif entre les opérateurs de soins et les autorités : le contrôle est nécessaire, mais son corollaire doit être l'accompagnement, avec un focus mis sur la dispensation de soins de qualité.

Enfin, faire face aux défis majeurs des soins de santé dans les prochaines années (maladies chroniques, pénuries de personnels qualifiés, digitalisation croissante, investissement dans les technologies et dans les soins primaires, etc.) nécessite que la **norme de croissance du budget des soins de santé soit fixée à un niveau de 3 %** permettant ces investissements nécessaires.

III. PRIORITÉS COMMUNES À L'ENSEMBLE DU SECTEUR DES SOINS



1. Attractivité du personnel des institutions de soins

La pénurie de personnel soignant met en très grande tension l'ensemble des institutions de soins, hôpitaux, maisons de repos et de soins ainsi que la 1ère ligne de soins au point de provoquer la fermeture temporaire de certaines unités ou services et le report d'interventions faute de personnel soignant en suffisance. Elle s'est encore largement aggravée depuis la crise de la Covid-19 et elle traverse l'ensemble des pays européens.

Face à l'ampleur du problème, il s'impose de **mener des actions coordonnées à court, moyen et long terme qui permettront de soulager les soignants souvent débordés en diversifiant et en augmentant le personnel au chevet des patients**, afin que les soignants retrouvent plus de temps pour s'occuper des patients et un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Bien plus que l'octroi de nouvelles primes ou compléments de salaires, le secteur a un besoin prépondérant d'**améliorations structurelles dans les conditions de travail** pour permettre d'attirer plus de nouveaux travailleurs et de fidéliser les travailleurs actuels. Une étude de l'OCDE réalisée en 2019 classe la Belgique et le Luxembourg comme les deux pays européens dont le salaire infirmier est le plus haut (1,5 fois) par rapport au salaire moyen dans le pays. Depuis, l'introduction des barèmes IFIC a permis une harmonisation ainsi qu'une revalorisation d'un grand nombre de barèmes. Ces améliorations salariales n'ont pas eu d'impact notable sur l'attractivité du secteur qui continue à se dégrader.

“Le secteur a un besoin prépondérant d'améliorations structurelles dans les conditions de travail pour permettre d'attirer plus de nouveaux travailleurs et de fidéliser les travailleurs actuels.”

Un nouvel accord social sera nécessaire. Il devra privilégier les mesures qui permettront l'amélioration effective des conditions de travail afin de soulager significativement les travailleurs et les équipes dans leur quotidien, pour qu'ils retrouvent des conditions de travail moins stressantes et puissent mieux consacrer leur temps aux patients. **La qualité des soins en dépend également.** Il est indispensable que les mesures à prendre soient coordonnées entre l'ensemble des différents niveaux de pouvoirs compétents en matière de santé pour éviter de recréer des distorsions entre les conditions de travail du personnel soignant selon que l'institution relève de tel ou tel niveau. Sans quoi cela serait en totale contradiction avec l'esprit de la réforme IFIC et cela engendrerait de nouveaux transferts du personnel entre secteurs.

Parallèlement à ces mesures urgentes, **il est impératif de coordonner des actions efficaces entre ces mêmes niveaux de pouvoirs**, pour redonner l'envie aux jeunes générations de réinvestir ces métiers des soins en suscitant des vocations. Cela implique notamment une coordination effective et forte avec les autorités de l'enseignement pour retrouver beaucoup plus de cohérence entre l'enseignement et les secteurs des soins ainsi que de mener à grande échelle des campagnes de promotion des métiers des soins.

A. Renforcer l'encadrement et moderniser les normes

- Aligner la norme financée et légale à la moyenne européenne d'une infirmière pour 8 patients.
- Moderniser les normes d'encadrement et les rendre plus flexibles en fonction de l'évolution des soins, des professions de soignants, et de l'intégration de personnel de support (logistiques, administratives, etc.). Il faut permettre d'allouer au mieux les ressources disponibles.

B. Enrayer la pénurie de personnel

Actions à très court terme :

- Augmenter significativement le personnel de soutien, notamment logistique et administratif, dans les équipes de soins pour soulager les soignants de tâches qui peuvent être très correctement assumées par d'autres professions et leur permettre ainsi de mieux se consacrer aux patients.

Actions structurelles :

- Clarifier les rôles de chacun dans une équipe de soins structurée, favoriser une meilleure délégation des tâches.

- Définir et renforcer le rôle de l’infirmier responsable de soins généraux dans la coordination des soins (AS, assistant de soins, logistiques, IRSG, infirmiers spécialisés, IPA, etc.) et adapter sa formation en regard de son rôle de coordinateur de l’équipe de soins structurée.
- Financer à 100% les emplois Maribel, octroyés en remplacement de travailleurs qui bénéficient de diverses mesures afin que ce remplacement soit effectif et complet. Le système Maribel actuel ne finance les emplois qu’à concurrence de 70%. Ce n’est plus tenable pour les institutions, car les remplacements effectifs sont limités par ce sous-financement et cela reporte la charge de travail sur les équipes présentes. Il est impératif de financer les emplois à 100% et d’indexer les enveloppes dédicacées totalement à des dépenses de salaires.
- Simplifier et accélérer les procédures d’équivalence de diplômes prioritairement pour les personnes résidant déjà en Belgique.
- Financer une revalorisation des prestations irrégulières (soirs, nuits, week-end).
- Créer des équipes mobiles logistiques pour soulager les soignants.

C. Formation permanente

- Favoriser l’apprentissage tout au long de la vie avec des programmes qui suivent l’évolution professionnelle sur le terrain.
- Encourager la formation par une revalorisation salariale et par la reconnaissance du développement professionnel.
- Prévoir le financement des formations.

D. Équilibre vie professionnelle et vie privée

- Encourager une gestion d’horaire plus participative et plus flexible, qui permette de mieux prendre en compte les desiderata des travailleurs dans le cadre de règles précises. Nous faisons le pari que lorsque les travailleurs s’impliquent dans la constitution de leurs horaires, ils les respectent beaucoup plus.

E. Amélioration de la santé et du bien-être au travail

- Prendre des mesures pour réduire la violence et les agressions verbales et physiques, notamment par des mesures légales pour lutter contre ce phénomène en croissance.
- Soutenir psychologiquement le personnel soignant victime de violence et d’agressions verbales et physiques.

F. Promouvoir un management participatif et intergénérationnel (former les leaders)

- Renforcer les compétences en leadership des cadres de santé dès la formation initiale ainsi que par la formation continue.

- Promouvoir l'excellence opérationnelle.
- Impliquer les anciens dans le tutorat des nouveaux (management intergénérationnel).

G. Collaboration médico-infirmière

- Implémenter des procédures de collaboration entre médecins, infirmiers et paramédicaux pour mieux organiser les soins au sein d'une unité de soins (par exemple : structuration de tours médicaux et des rapports inter-pauses ...).

H. Organisation du travail

- Objectiver les besoins en soins (DI-RHM), investir dans des outils d'évaluation de la charge de travail et dans la professionnalisation de la gestion des ressources (en nombre et compétences) au regard des besoins des patients.
- Améliorer significativement la performance des systèmes d'enregistrement en application effective du principe *only once*. Ces améliorations doivent permettre d'apporter un soutien réel au travail des soignants dans la prise en charge des patients en collectant les informations pertinentes qui auront une utilité effective. Ils pèsent encore trop sur les travailleurs comme une charge administrative complémentaire et dont l'utilité des données n'apparaît pas clairement au personnel qui les enregistre.
- Favoriser le développement et la mise en œuvre d'outils technologiques innovants qui soulagent le personnel dans l'exécution de leur travail et améliorent la qualité des soins (télémonitoring par exemple).

I. Révision de la politique d'Intérim

- Limiter les clauses de non-débauchage dans le secteur de l'intérim à un cadre raisonnable de 3 mois maximum afin de rendre les coûts soutenables pour les employeurs.
- Éviter les surcharges de travail pour les travailleurs qui prestent beaucoup en intérim, en plus de leur emploi contractuel, en ce compris pour les travailleurs en dispense de prestations en fin de carrière.

“Santhea demande de limiter les clauses de non-débauchage dans le secteur de l'intérim à un cadre raisonnable de 3 mois maximum afin de rendre les coûts soutenables pour les employeurs.”

J. IFIC

- Assurer une mise à jour rapide des descriptions de fonctions, en phase avec l'évolution permanente des métiers, sous forme de descriptions de fonctions génériques qui servent de références sectorielles.
- Finaliser l'implémentation des fonctions IFIC dans le secteur public, de façon similaire au secteur privé.
- Maintenir à jour la comparaison des barèmes IFIC avec ceux d'autres secteurs, ce qui est la démarche à l'origine de l'IFIC.

K. Formation

- Développer un cursus de formation cohérent et modulaire qui garantit une transition aisée entre les modules et favorise la formation permanente.
- Relancer une coopération active et concrète entre les autorités compétentes en matière de soins et d'enseignement en vue :
 - d'assurer une mise à jour régulière des programmes de formation en adéquation avec l'évolution des métiers du soin en évolution permanente ;
 - (re)mettre en place un accompagnement pédagogique conséquent et pratique des stagiaires dans les institutions de soins de la part des enseignants, afin que les étudiants ne soient plus livrés à eux-mêmes dans des équipes de soignants débordés. Malgré la pénurie, le stagiaire ne peut être considéré comme un travailleur complémentaire. Cela nécessite la présence d'enseignants pour accompagner les étudiants sur le terrain en collaboration avec une personne-ressource du service (relais, IC ...), des horaires de stages en phase avec la réalité de terrain ;
 - promouvoir un binôme infirmier-stagiaire.
- Organiser des campagnes de promotion des métiers de soins de grande ampleur, pour susciter de nouvelles vocations chez les jeunes, car le nombre d'étudiants dans les professions de soins est en diminution constante. Cela nécessite une coordination forte entre les acteurs et autorités de la santé et de l'enseignement.
- Rendre cohérente et équitable la valorisation des différentes spécialisations imposées par normes via la création de fonctions IFIC de référence pour l'ensemble des fonctions pour lesquelles les normes exigent la présence d'infirmiers spécialisés.

L. Suppression du numéris clausus et rectification des sous-quotas de spécialités

Les hôpitaux souffrent d'une pénurie de médecins spécialistes dans certains domaines de la médecine, tantôt parce que les avantages financiers rendent la prati-

-que ambulatoire plus attractive, tantôt parce qu'il y en a trop peu sur le marché médical. On constate aussi un souhait légitime des jeunes professionnels de mieux équilibrer leur vie privée et leur vie professionnelle, ce qui diminue in fine la force de travail disponible et accentue les pénuries.

Pour répondre à la pénurie, **il est indispensable de supprimer le numerus clausus et de procéder à une réévaluation des besoins de la population et des institutions de soins.** De cette façon, les hôpitaux ne seront plus obligés de pallier cette pénurie de médecins par l'engagement de médecins formés à l'étranger, avec toutes les difficultés que cela pose en termes notamment de maîtrise de la langue, d'équivalence des diplômes ou encore de standards de qualité. Un cadastre dynamique des médecins spécialistes, par spécialité, s'impose par ailleurs.

Enfin, un nombre suffisant de médecins généralistes, au plus proche du patient, a par ailleurs pour effet de renforcer l'accessibilité à la première ligne et donc aux soins et de ralentir le recours aux spécialistes et aux hôpitaux.

2. Accessibilité

L'accessibilité des soins de santé, tant géographique que financière, est une clef de voûte de notre vision du système de santé belge et figure tout naturellement parmi les missions sociales de l'hôpital. La garantir requiert notamment la prise en considération de réalités diverses : le territoire du royaume n'est en effet pas homogène en termes géographiques, sociaux et de besoins en soins. La dimension territoriale des politiques de santé, tout comme la prise en compte des différences socio-économiques régionales, sont donc essentielles à l'efficacité de ces politiques et à l'accessibilité des soins.

Aussi, le développement du secteur commercial - singulièrement dans l'accueil et l'hébergement des aînés, mais aussi via la création de cliniques privées à but lucratif - amène également son lot de difficultés et de menaces non négligeables pour l'accessibilité des soins.

3. Pensions

Les obligations imposées aux administrations publiques en termes de pensions pour les membres statutaires mettent leur continuité financière en péril. **Il faut cesser l'impact de l'augmentation exponentielle de ces charges et honorer la couverture des cotisations de pension de base et de responsabilisation, imposées par la législation.**

Outre une solution à court terme afin d'éviter la faillite de certaines de ces administrations publiques, dont notamment les hôpitaux publics, il est également impératif de revoir le système tel qu'il existe. Nous appelons vivement les autorités à œuvrer pour une politique relative aux pensions des statutaires :

- commune à l'ensemble des autorités locales concernées, tant au nord qu'au sud du pays ;
- visant à corriger les défaillances du système actuel, si celui-ci est conservé, afin de permettre notamment une vision à long terme, de la prévisibilité et de la transparence ;
- financièrement viable ;
- équitable, en termes de coût salarial, pour les employeurs locaux (en comparaison au coût salarial des contractuels).

4. Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) / Objectifs de Développement Durable (ODD)

La prise de conscience du rôle du secteur des soins de santé dans la dégradation de l'environnement a été progressive mais est désormais bien installée. Cet impact sur l'environnement est multidimensionnel et inclut notamment des émissions de CO2 d'origines diverses, la pollution des eaux suite au relargage de divers médicaments, l'exposition des patients à des perturbateurs endocriniens, etc.

Ce constat amène de plus en plus d'établissements de santé à **prendre des initiatives visant à réduire leur charge environnementale et cela en s'inscrivant dans une stratégie plus large de type RSE** (Responsabilité Sociale des Entreprises) consistant à progresser dans la réalisation des objectifs de développement durable. Une telle démarche s'avère d'autant plus nécessaire que des obligations légales se profilent à l'horizon (CSRD européen, PACE wallon...). Elle s'additionne toutefois aux innombrables tâches incombant déjà au secteur des soins et intervient dans un contexte financier peu favorable.

C'est pourquoi, la mise en place d'une politique de développement durable au sein des hôpitaux/MR-MRS et plus largement d'une gouvernance RSE, est et sera tributaire du soutien qu'on pourra y apporter en vue :

- d'une mise en place de services spécifiques dédiés au développement durable / à la RSE dans les établissements de soins ;
- d'une aide à l'établissement de bilans carbone exhaustifs, conditionnant les actions prioritaires à mener en vue d'améliorer les performances environnementales / RSE ;
- de la mise en œuvre des actions nécessaires découlant (entre autres) du bilan carbone (voir à ce sujet les 17 objectifs de développement durable et les différents piliers de la RSE) ;

- d'une aide au traitement et recyclage des déchets.

5. Soins intégrés

À travers le monde, les systèmes de santé se transforment pour faire face à de nombreux défis (population croissante et vieillissante, maladies chroniques, contraintes budgétaires, etc.). Il n'y a, malheureusement, pas de modèle idéal à mettre en place. L'historique, le contexte local, ou encore les caractéristiques actuelles des systèmes sont autant de facteurs à prendre en compte. Les travaux en la matière, que ce soit au niveau fédéral ou régional, s'accroissent ces dernières années. C'est une bonne chose. Nous soulignons d'ailleurs positivement le travail réalisé en vue d'une nouvelle organisation et structuration de la première ligne d'accompagnement et de soins. Néanmoins, nous insistons pour une intégration rapide des différents acteurs du système dans les travaux menés, car l'implication de toutes les parties prenantes est indispensable pour réussir une transition vers un modèle intégré et résilient. **Travailler à l'intégration du système de santé nécessite en particulier de réfléchir l'articulation entre les soins à domicile et le secteur hospitalier, mais également avec le secteur des MR/MRS.** Pour ce dernier, il y a lieu de souligner que les liaisons avec les établissements pour aînés deviennent incontournables, et que les autorités souhaitent favoriser la désinstitutionnalisation. Mais ceci ne peut se faire sans prendre en compte un certain nombre de problématiques, notamment financières et organisationnelles.

Santhea demande donc que l'ensemble des institutions de soins soient parties prenantes dans les réflexions sur l'évolution de notre système de santé, sur la définition de la vision à porter et sur le rôle de chaque ligne de soins et l'articulation entre elles.

Face à ces grandes modifications du système de santé, il est nécessaire d'avoir des lignes directrices communes tout en respectant les spécificités de chaque région. C'est pourquoi il faut croiser les approches des différents niveaux de pouvoir et travailler à une réelle cohérence entre les décisions prises par l'entité fédérale et les entités fédérées.

“Il faut croiser les approches des différents niveaux de pouvoir et travailler à une réelle cohérence entre les décisions prises par l'entité fédérale et les entités fédérées.”

Nous demandons également que **les prochaines réformes mises en œuvre le soient dans ce contexte de transformation en cours, et qu'elles soient planifiées dans le temps de manière globale et cohérente**. Par exemple, imposer une réduction des séjours hospitaliers n'a de sens que si, lorsque c'est nécessaire, d'autres structures prennent le relais, tant en amont qu'en aval de la prise en charge hospitalière, pour assurer au patient une prise en charge adéquate.

Pénaliser les hôpitaux sous couvert de durées d'hospitalisation jugées trop longues sans avoir préalablement renforcé la première ligne d'accompagnement et de soins afin qu'elle soit en mesure de prendre en charge les patients n'est pas une solution. Il faut un continuum de soins, sans goulot d'étranglement.

Pour que ce continuum de l'aide et des soins soit possible, il est également impératif de promouvoir et financer un outil d'évaluation interdisciplinaire où chaque intervenant compléterait la partie qui lui est propre. Différents outils existent. Il est nécessaire d'en choisir un, le plus efficient, et de le déployer. Un tel outil d'évaluation est indispensable pour permettre un décloisonnement entre la 1^{ère} et la 2^e ligne de soins.

De plus, la concertation interdisciplinaire est au centre des soins intégrés. C'est pourquoi, afin de la favoriser, il est impératif de prévoir un financement adéquat pour chaque secteur/métier et du temps de travail dédié afin d'échanger en interdisciplinarité.

Nous demandons enfin qu'une **analyse des réformes précédentes soit réalisée**, et ce, sans tabou. Il faut en effet s'assurer que les réformes passées soient bien alignées avec la volonté d'intégrer notre système de santé. Nous pensons notamment à la mise en place des réseaux hospitaliers, dont l'articulation avec une première ligne structurée et renforcée sur un territoire donné pourrait être complexe, voire impossible. Mais également à un certain nombre de réformes du financement hospitalier, qui voit encore l'hôpital isolément par rapport à une prise en charge plus transversale. Il faut pouvoir remettre en question les réformes passées pour avancer vers un système plus efficient.

6. Conséquences de la 6^e réforme de l'État

Les compétences transférées suite à la sixième réforme de l'État commencent à peine à être intégrées par les entités fédérées. Ces dernières doivent **développer maintenant leurs propres politiques** à ce niveau-là, tout en anticipant les évolutions de la dotation fédérale. Toute nouvelle évolution de notre système de santé devra se faire en ayant un objectif de cohérence des politiques de santé publique.

7. Organisation de la fonction consultative liée la réforme AVIQ

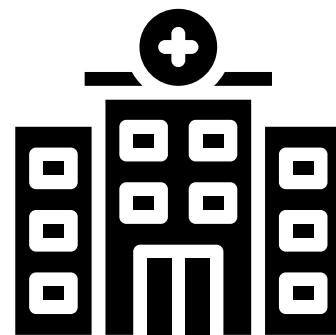
Nous revendiquons **une fonction consultative forte et efficace au sein de l'AViQ** qui mette en pratique de façon efficiente les principes de cogestion repris dans le contrat de gestion de l'agence.

L'expérience a largement démontré la plus-value d'une réelle concertation avec les secteurs dans la qualité des décrets. Or, l'organisation mise en place ne permet pas la réactivité nécessaire pour répondre aux demandes d'avis du gouvernement dans le délai imparti de 35 jours. Cela fait craindre aux acteurs du secteur qu'elle ne soit pas à la hauteur des ambitions annoncées.

Les Comités de branche devront systématiquement constituer et réunir des groupes de travail ad hoc pour chaque question et un collaborateur de l'agence devra préparer le travail de ce groupe. Une telle organisation ne laisse pas la place pour un travail de fond dans l'élaboration des avis dans le délai imparti. **Nous répétons notre exigence de mise en place d'organes de concertation et d'expertise par matière, d'autant plus que ces organes d'avis sont parfois imposés par la législation (cf. loi sur les hôpitaux).**

Nous demandons avec insistance que tout soit mis en place pour que la première évaluation prévue par le décret fin juin 2024 permette de tirer les enseignements des premiers mois de fonctionnement pour y apporter les améliorations nécessaires.

IV. PRIORITÉS DU SECTEUR HOSPITALIER



1. Financement

A. Remédiation au sous-financement structurel

La situation financière des hôpitaux belges se dégrade d'année en année. L'étude MAHA, qui analyse la situation financière des hôpitaux, met en évidence une **fragilité financière croissante du secteur**. La dernière année étudiée par Belfius, à savoir 2022, est catastrophique du point de vue des résultats : le résultat courant valable pour l'ensemble des hôpitaux du pays se détériore de 328 millions d'euros (par rapport à 2021) pour atteindre -1% du chiffre d'affaires. En 2022, 70 % des hôpitaux se retrouvent dans une situation financière délicate.

Avant toute nouvelle initiative, il est indispensable de repartir sur des bases financières saines : **il faut assurer le financement intégral des mesures passées dont la mise en œuvre a créé un sous-financement structurel objectivé, tout en garantissant en outre que ce financement couvre l'évolution des activités et du personnel à l'avenir.**

Il est indispensable d'estimer au mieux le coût d'une mesure que l'on veut implémenter et d'assurer le financement en conséquence.

Il en est de même pour une série de normes supplémentaires qui ont été introduites ces dernières années ou qui sont imminentes, mais pour lesquelles aucun financement n'a été obtenu pour l'instant (exemples : AFCN, PIC/S, RGPD, Directive NIS2, DPI, etc.)

La crise énergétique de 2022 et les surcoûts qui en découlent pour nos hôpitaux, avec des prix qui restent plus élevés aujourd'hui que dans le passé, pèsent énormément sur les finances du monde hospitalier.

En 2022, le gouvernement fédéral a décidé d'octroyer une compensation de 80 millions d'euros aux hôpitaux généraux et psychiatriques pour les surcoûts énergétiques exceptionnels du premier semestre 2023. Ce n'est clairement pas suffisant. En effet, une enquête réalisée auprès de 75% des hôpitaux du pays permet d'estimer le surcoût en termes de dépenses énergétiques, au niveau national, à 367 millions d'euros pour 2023 (par rapport à 2021). Les prix estimés par le secteur pour 2024 restent élevés et confirment qu'un budget structurel supplémentaire est nécessaire.

“Une enquête réalisée auprès de 75% des hôpitaux du pays permet d'estimer le surcoût en termes de dépenses énergétiques, au niveau national, à 367 millions d'euros pour 2023 (par rapport à 2021).”

B. Rattrapages et problème de trésorerie

La liquidation des révisions prend de plus en plus de retard. La dernière révision liquidée est celle de 2015. Il s'agit de moyens préfinancés par le secteur. À titre de référence, les révisions de 2015 représentaient un montant de 144.901.548,71 € pour les hôpitaux au moment de leur liquidation. Or, les taux d'intérêt augmentent, ce préfinancement coûte donc aux hôpitaux. Santhea plaide pour une **injection one shot de trésorerie** pour soulager les hôpitaux et éviter des frais bancaires grandissants. Les hôpitaux ne sont plus en mesure de fonctionner correctement sans cela et l'on ne peut exclure de nouvelles faillites hospitalières.

C. Amélioration du dispositif de financement des infrastructures hospitalières en Région wallonne

Le rapport d'évaluation d'Antares pointe plusieurs problèmes inhérents au dispositif mis en place il y a maintenant 5 ans en Région wallonne. Certains d'entre eux ont déjà été soulevés à plusieurs reprises par les fédérations. Parmi les plus importants, qui nécessitent une adaptation à court ou moyen terme, nous citerons :

- le système d'indexation du prix d'hébergement qui n'est pas du tout adapté en cas de crise inflationniste. Le mécanisme devrait permettre l'utilisation d'une formule alternative (basée sur d'autres indices) pour corriger ponctuellement la formule d'indexation, par exemple lorsque celle-ci dépasse un certain seuil ;
- la non-prise en compte dans les prix au m² du coût des nouvelles obligations imposées au fur et à mesure à nos hôpitaux telles que le décret Walterre, le guide PMR, les normes environnementales, les normes PICS, etc. ;

- la variabilité annuelle dans la définition des taux d'intérêt retenus ;
- le nombre de lits retenus qui ne peut pas être supérieur au nombre de lits agréés par index de lits pris séparément. Cette condition ne devrait se vérifier qu'au niveau du total ;
- le manque de vision régionale globale pour l'ensemble de l'offre hospitalière ;
- etc.

D. Indexation correcte des honoraires

Il est impératif de **trouver une solution au système d'indexation actuel** qui est tardif, peu flexible et qui ne compense pas les pertes de revenus pour la période "non indexée".

Une réponse (très) partielle a été apportée lors de la confection du budget 2024 : pour compenser (en partie) le décalage actuel dans la prise en compte de l'inflation, le gouvernement a décidé de modifier le mécanisme d'indexation des honoraires, en se basant dorénavant sur l'évolution de l'indice santé lissé entre août T-2 et août T-1 plutôt que sur l'évolution entre juin T-2 et juin T-1. Cela faisait partie des revendications exprimées par beaucoup d'acteurs au sujet de l'indexation, mais ce n'est pas encore suffisant. Nous sommes aussi demandeurs d'une **indexation supplémentaire en cours d'année lorsque l'inflation dépasse un certain seuil** et que celle-ci soit appliquée linéairement.

E. Réforme de la nomenclature

Nous espérons que **la réforme de la nomenclature actuelle aboutira réellement en 2026**, qu'elle reflète au mieux la réalité de terrain ainsi que les coûts sous-jacents, et qu'elle tienne compte d'une scission correcte entre les frais "intellectuels" et les frais de fonctionnement.

Au niveau hospitalier, cette réforme de la nomenclature aura des implications pratiques tant au niveau de la facturation de ces prestations aux patients et aux organismes assureurs que de la rétribution des prestataires et des prélèvements effectués sur ces honoraires (réécriture des logiciels de facturation et de tous les logiciels satellites, adaptation des flux internes et de la comptabilité des hôpitaux, révision des accords entre médecins et gestionnaires, etc.). Outre la nécessité de prévoir un temps d'implémentation raisonnable, nous sommes demandeurs d'une injection *one-shot* afin d'aider les hôpitaux dans la mise en place de ce chantier d'envergure.

F. Réforme du financement

Le financement hospitalier est à ce point complexe que tout le monde s'accorde pour **en souhaiter la simplification**. C'est au stade suivant, celui de la définition de ce en quoi il devrait consister, que les points de vue divergent.

Il n'est pas évident que la réforme du financement proposée par le cabinet Vandebroucke, avec la mise en place des forfaits *all-in* par DRG et le maintien de certaines sous-parties du BMF, aille dans le sens d'une simplification. Cette réforme, à propos de laquelle nous nous posons encore beaucoup de questions, ne verra pas le jour, dans sa globalité du moins, avant la fin de cette législature puisque les études en cours sur les coûts directs et indirects n'aboutiront pas avant la fin 2024.

En dehors des forfaits par pathologie, la réforme annoncée par le cabinet Vandebroucke avance au niveau de la biologie clinique, de l'imagerie médicale et des médicaments. Malheureusement, sur ces points-là, nous ne pouvons que constater qu'il s'agit souvent de mesures d'économies. Nous regrettons par ailleurs d'être souvent concertés après que les décisions ont été prises.

Il est urgent d'aboutir à une réforme en profondeur concertée avec le secteur, pour plus de lisibilité, de stabilité et d'anticipation.

“Il n'est pas évident que la réforme du financement proposée par le cabinet Vandebroucke, avec la mise en place des forfaits all-in par DRG et le maintien de certaines sous-parties du BMF, aille dans le sens d'une simplification.”

2. Cybersécurité / Directive NIS2

Selon l'ENISA, l'Agence européenne pour la cybersécurité, les cyberattaques des établissements de soins ont augmenté de 50% depuis 2021. En Belgique, plusieurs hôpitaux ont été durement touchés depuis 2020. Ces attaques se font principalement au moyen de rançongiciels que les pirates utilisent pour essayer d'extorquer de l'argent aux institutions de soins. Bien qu'aucune rançon n'ait été payée en Belgique jusqu'à présent, ces attaques auront occasionné des coûts de plusieurs centaines de milliers d'euros à chaque fois.

La directive européenne NIS2 concernant les mesures destinées à assurer un niveau élevé de cybersécurité dans l'ensemble de l'Union est entrée en vigueur le 16 janvier 2023 et devra être transposée en législation nationale avant le 17 octobre 2024. Cette directive s'applique à toutes les institutions de soins employant plus de 50 personnes et impose des obligations telles que la continuité des activités en cas d'attaque, le durcissement des mesures techniques et organisationnelles de sécurité, la gestion des incidents, la formation à la cybersécurité et la sécurité de la chaîne d'approvisionnement. Les organisations soumises à cette directive devront pouvoir démontrer leur conformité aux obligations. Des amendes administratives sont prévues en cas de non-respect des obligations.

Il est urgent que des moyens financiers permettant de se conformer à la directive NIS2 et d'ainsi se prémunir des cyberattaques soient accordés aux institutions de soins. Un financement pour la cybersécurité est demandé par le CFEH depuis plusieurs années. 20 millions d'euros ont été accordés, en *one-shot*, pour l'ensemble des hôpitaux belges en 2022 et un financement structurel de 15 millions d'euros a été décidé en 2023. Ce montant est très largement insuffisant pour se protéger efficacement des cyberattaques et pour assurer une continuité efficace et une reprise rapide des activités.

3. Régulation des suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire

La tendance est à la régulation – voire à la suppression – des suppléments d'honoraires en hôpital. Nous ne pouvons cependant que nous y opposer dans le contexte actuel. En effet, il y a deux préalables incontournables à une telle mesure.

D'une part, il est indispensable de **revoir fondamentalement le financement hospitalier**. En effet, actuellement, faute d'autres sources suffisantes de financement, les hôpitaux sont littéralement dépendants de la part de financement importante que représentent les rétrocessions d'honoraires médicaux.

D'autre part, la priorité doit être donnée à la **régulation des suppléments d'honoraires des médecins spécialistes en ambulatoire** : tant que ce n'est pas le cas, rien ne peut changer au niveau hospitalier. En effet, l'exode des médecins spécialistes vers l'ambulatoire serait encore plus grand si, comme c'est souvent le cas, seul le secteur hospitalier était en ligne de mire.

4. Données de santé

La numérisation des soins de santé est un processus désormais bien ancré, en témoigne la mise en œuvre du quatrième plan e-santé. Ciblant la période 2022-2024, il donne suite à une démarche fédérale triennale lancée dès 2013 et repose désormais sur un nombre plus restreint de projets, en tenant compte des enseignements tirés des précédents plans d'action.

Dans un monde en pleine évolution, où les données sont désormais au cœur du fonctionnement de notre société, cette initiative apparaît comme essentielle, à condition de présenter des objectifs atteignables par les acteurs du secteur. Dans un contexte où le manque de ressources fait notoirement défaut, **il est attendu des autorités compétentes qu'elles fassent en sorte de dégager tous les moyens possibles pour faciliter la mise en œuvre du plan.**

Avec la croissance du numérique, des structures spécifiques ont été mises en place pour encadrer le traitement des données de santé. L'Agence des données de santé (Health Data Agency – HDA) est la dernière en date, celle-ci ayant comme objectif de faciliter l'utilisation secondaire des données pour l'innovation, la recherche et le développement, ainsi que la gestion de la population et le soutien à la décision sur la base de données agrégées. Étroitement liée à la plate-forme eHealth, dont la fonction est de faciliter l'utilisation primaire des données, l'HDA suscite cependant l'inquiétude dans le sens où ses futurs travaux et décisions pourraient potentiellement échapper au contrôle du Parlement et affaiblir en parallèle les pouvoirs de l'Autorité de Protection des Données (APD). Le cas n'est pas sans rappeler celui du Comité de Sécurité de l'Information (CSI), mis en place en 2018 contre l'avis de l'APD, du Conseil d'État et de la Commission européenne. Si ses missions officielles comprennent, entre autres, de délibérer concernant la communication de données sociales et de santé, il autorise en pratique des transferts de telles données, comme ce fût le cas pendant la crise sanitaire en vue d'organiser le traçage.

Dans ce contexte, **il apparaît crucial que les politiques mettent en œuvre les moyens nécessaires pour cadrer clairement les activités des organes précités, en adaptant au besoin la législation.** Ceci afin d'éviter toute dérive et risquer de perdre la confiance du public dans les prestataires de soins et les autres acteurs de notre système de soins de santé. On pense ici spécifiquement aux réseaux de partage de données (RSW, RSB, Cozo, Vznkul) dont la mission de facilitation des échanges entre soignants, et avec les patients, est amenée à jouer un rôle de premier plan dans l'intégration des soins de santé.

5. Nouveau Plan Cancer

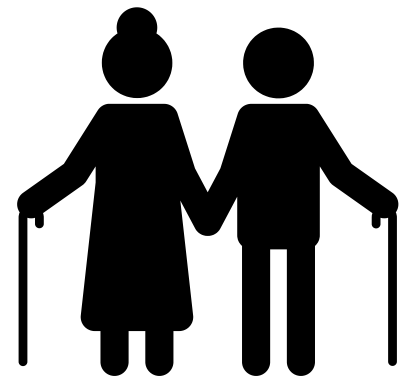
Le Plan Cancer initial lancé en 2008 a, certes, porté ses fruits, mais, faute d'ajustement, n'est désormais plus adapté à une situation en évolution permanente et bénéficierait certainement d'une mise à jour. Il faudrait, par exemple, mieux prendre en compte le fait que la population belge vieillit, avec comme corollaire une augmentation de l'incidence des cancers. Si, selon le dernier baromètre belge publié par la Fondation contre le cancer, on diagnostique chaque année environ 70.000 nouveaux cas de cancer, ce chiffre augmente annuellement et il n'est pas exclu que dès 2030, le cancer devienne la première cause de décès dans notre pays, dépassant en cela les maladies cardio-vasculaires. C'est notamment pourquoi la Fondation contre le cancer plaide auprès des autorités en faveur de la mise sur pied d'un nouveau Plan National Cancer. **Santhea s'inscrit totalement dans cette démarche de réactualisation d'un Plan Cancer pouvant s'appuyer sur les constats posés par le baromètre et les recommandations qu'il contient**, notamment :

- favoriser la prévention primaire (lutte contre le tabagisme, promotion de l'activité physique avant et après la maladie, prévention de l'obésité, limitation de la consommation d'alcool, etc.), celle-ci devant tenir compte des groupes ayant de faibles connaissances en matière de santé (Health Literacy), veiller à simplifier les politiques relatives à la prévention (freinées par une dispersion des compétences entre différents niveaux de pouvoir) et à améliorer la sensibilisation des groupes cibles (la jeunesse par exemple) ;
- promouvoir le dépistage et le diagnostic précoces en encourageant notamment la participation de l'ensemble de la population, en créant une nomenclature spécifique et en introduisant de nouveaux dépistages (poumon, prostate, peau, etc.) ;
- améliorer davantage le diagnostic et le traitement par une plus grande implication des patients et une reconnaissance de centres de référence/d'expertise travaillant en réseau avec des centres périphériques ;
- l'organisation et la coordination de services de suivi tels que la revalidation physique, les soins (onco)psychologiques, le soutien social, la réintégration professionnelle, la prévention tertiaire, etc. ;
- un accroissement du financement et de la capacité d'accueil en matière de soins palliatifs (suite au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'incidence des cancers, etc.) et un investissement dans la recherche spécifique en soins palliatifs ;
- un refinancement urgent de la recherche académique fondamentale, translationnelle et clinique ;
- la nécessité d'assurer la formation d'un nombre suffisant de soignants supplémentaires compte tenu de l'évolution attendue de l'incidence des cancers.

6. Hospitalisation médico-psycho-sociale

Une attention spécifique doit être apportée aux **enfants en détresse médico-psycho-sociale**. Compte tenu de la situation inquiétante actuelle, qui s'est dégradée suite à la crise de la Covid-19, **il devient indispensable et urgent d'améliorer le trajet de soins de ces enfants pour leur offrir une solution qui répond à leurs besoins**. À cet égard, la place de l'hôpital dans ce trajet de soins doit être clarifiée. L'hôpital joue un rôle indispensable pour effectuer le bilan médico-psycho-social lors d'une hospitalisation limitée dans le temps et garantir ensuite l'orientation adéquate de l'enfant. Il faut pour cela **donner aux hôpitaux les moyens d'assurer correctement cette mission**. Un hôpital bien outillé aidera à améliorer l'efficacité du trajet de soins de ces patients. En clarifiant le rôle de l'hôpital, il faut également rappeler que l'hôpital n'est pas un lieu de placement de longue durée et qu'il est dès lors urgent d'augmenter le nombre de places en aval de l'hospitalisation.

V. PRIORITÉS DU SECTEUR DES AÎNÉS



1. Diversification et augmentation de l'offre d'accueil et d'hébergement pour aînés

L'offre d'accueil et d'hébergement ne suit pas l'évolution démographique, pourtant conséquente.

Par ailleurs, la demande évolue en termes de types de besoins et les attentes se diversifient : on parle tantôt de dépendance, de démence et de psycho-gériatrie, tantôt d'autonomie sécurisée, d'encadrement médicalisé ou encore d'accompagnement en fin de vie.

Il ne faut donc pas simplement augmenter le nombre de places en maisons de repos : il faut aussi diversifier les possibilités d'accompagnement.

Il est également nécessaire de **donner un cadre légal aux lits d'hébergement pour patients à pathologie neurologique**, dont le financement est resté fédéral (coma, Huntington et sclérose latérale amyotrophique).

2. Soutien des projets innovants d'accompagnement des aînés

La crise de la Covid-19 a eu un impact majeur sur le bien-être des résidents, des équipes et des directions. Elle a eu notamment pour effet de révéler, voire exacerber, des dysfonctionnements préexistants dans les établissements pour aînés mais aussi d'accentuer l'image négative des établissements pour aînés.

Dans ce cadre, il semble essentiel de **soutenir les gestionnaires qui développent des projets innovants dans les structures résidentielles** et de poursuivre les projets-pilotes initiés en 2021 en Wallonie en collaboration avec la PAQS et les trois universités francophones.

3. Assouplissement des normes d'encadrement et plus grande autonomie des gestionnaires

Les normes d'encadrement des institutions de soins pour aînés doivent par ailleurs **pouvoir évoluer en fonction des besoins**, des projets d'accompagnement développés dans chaque institution : autrement dit, latitude serait laissée aux gestionnaires d'y apporter des modifications lorsque cela se justifie au regard de l'évolution des besoins réels de l'institution, dans le respect de la continuité des soins.

4. Révision intégrale du contrôle des prix afin de garantir l'accessibilité financière

Santhea tient à rappeler que le poids de l'accessibilité financière à l'hébergement et à l'accueil des aînés ne peut reposer sur les épaules des seuls gestionnaires. Ceux-ci doivent bien sûr assurer une gestion saine des moyens alloués, permettant une offre à des tarifs accessibles. Néanmoins, cela ne peut se faire que moyennant un financement adéquat des coûts salariaux et des mesures imposées au secteur. Par ailleurs, **il revient également aux autorités de garantir aux aînés des conditions de vie décentes et des revenus minimaux leur permettant d'accéder à un hébergement en institution.** Cela suppose notamment une augmentation progressive des pensions les plus basses.

“Il revient aux autorités de garantir aux aînés des conditions de vie décentes et des revenus minimaux leur permettant d'accéder à un hébergement en institution.”

5. Pérennisation et renforcement de la démarche qualité

La démarche qualité se structure et se systématisé dans le secteur des aînés. Cela demande cependant du temps et des moyens. Actuellement, la plupart des établissements pour aînés ne sont que peu outillés pour s'investir plus avant dans le développement de la qualité et de la sécurité des soins. **Santhea demande que les autorités soutiennent activement, financièrement et positivement, cette démarche essentielle pour le bien-être des aînés.**

6. Inscription des établissements pour aînés dans un système intégré de santé

Pour santhea, il est clair que **les établissements pour aînés doivent s'inscrire dans un système intégré de santé (trajet de soins) en lien étroit avec les acteurs du domicile, l'ambulatoire et les réseaux hospitaliers**. Les maisons de repos et de soins sont avant tout des lieux de vie, mais qui doivent pouvoir bénéficier d'expertises externes médicales-paramédicales et d'un soutien rapide en cas de crise, sanitaire ou autre.

7. Révision et simplification du financement des maisons de repos et de soins

Le financement des maisons de repos (et de soins) a plusieurs composantes, dont un forfait journalier. Celui-ci est fondé sur une échelle d'évaluation de la dépendance qui a montré ses limites et n'est plus pertinente eu égard aux personnes hébergées.

Santhea souhaite un système de financement intégré basé sur une nouvelle échelle d'évaluation de la dépendance, garantissant un accompagnement adéquat des aînés et favorisant le gain d'autonomie de la personne.

8. Consolidation de la programmation actuelle en Wallonie

En Wallonie, les places en établissements pour aînés sont soumises à une programmation : un nombre limité de places est réservé au secteur privé commercial d'une part et au secteur public et associatif d'autre part (50%-50%). Cette programmation garantit le maintien d'une offre homogène, diversifiée et contrôlée. **Santhea plaide pour que cet équilibre soit maintenu afin de garantir une accessibilité à l'hébergement pour tous.**

9. Association entre opérateurs publics et autres acteurs du secteur non-commercial

Plusieurs opérateurs publics souhaitent pouvoir s'associer avec des opérateurs du secteur associatif (non-commercial) pour pouvoir gérer des places en fonctionnement ou en accord de principe. Il devient en effet de plus en plus difficile pour des CPAS de petites communes de pouvoir gérer des établissements pour aînés.

Santhea souhaite que les dispositions réglementaires soient modifiées en ce sens en garantissant la programmation actuelle et l'accessibilité financière pour les résidents dans le cadre d'une telle collaboration.

10. Investissement dans les infrastructures pour les MR/MRS

Actuellement, les dispositions réglementaires dans le cadre du soutien à l'investissement pour un nouveau projet ou un reconditionnement d'une maison de repos ou de soins ne sont pas applicables. Santhea a participé à plusieurs groupes de travail, mais le dossier n'a toujours pas abouti. **Santhea souhaite que la réglementation soit revue dès le début de la prochaine législature et qu'un plan d'investissement ambitieux soit lancé pour soutenir les opérateurs publics.** L'évolution des exigences en matière de normes architecturales rend indispensable l'évolution du financement des infrastructures.

11. Réactualisation de certaines conventions

Un besoin de réactualisation se fait ressentir notamment pour la convention de prise en charge de patients souffrant de la maladie de Huntington (MH) en phase avancée et pour celle du circuit de soins pour les patients comateux. Dans le premier cas, l'augmentation majeure du nombre de patients fait que le nombre de forfaits disponibles ne répond plus aux besoins, tant pour la prise en charge dans les lits hospitaliers spécialisés que dans les maisons de repos reconnues ou au domicile. **Il conviendrait d'augmenter le nombre de forfaits facturables par les hôpitaux et maisons de repos reconnus et de majorer du domicile en fonction du nombre de patients pris en charge.** Des "centres de soins neurologiques" dédiés, notamment, à l'hébergement de longue durée de patients atteints de MH devraient aussi être créés, avec du personnel adéquatement formé. Enfin, ce programme devrait être **pérennisé** (notamment en intégrant le financement hospitalier au BMF) et la MH reconnue comme "maladie grave" avec un régime de remboursement préférentiel.

Dans le second cas, la fonction de liaison externe entre les lits hospitaliers pour patients comateux et les soins de longue durée à ces patients en MRS ou à domicile n'est pas assurée suite à un financement insuffisant. **Un meilleur financement de cette fonction de liaison ainsi qu'un financement pour ces lits patients à l'hôpital ou en MRS au moins à la hauteur de ce qui existe pour les patients MH s'avère souhaitable.**

VI. PRIORITÉS DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE



1. Continuer à investir dans le résidentiel

A. Hospitalisation

- **Normes d'encadrement** : les normes en personnel ne sont plus cohérentes avec l'évolution des soins, orientés vers le réseau et le rétablissement. De nouvelles normes devraient laisser une souplesse d'adaptation aux gestionnaires en fonction des projets thérapeutiques et du réseau de soins disponible.
- **Infrastructures** : il faut arrêter la tendance du "tout à l'ambulatoire" et apporter une vision claire sur la capacité souhaitée des unités d'hospitalisation complète en psychiatrie (30 lits ?, 24 lits ?, 20 lits ?) afin d'aider les gestionnaires dans les choix à poser quand des possibilités de renouvellement des infrastructures se présentent.
- **Intensification des soins** : bien entamé durant cette législature, le développement des unités HIC (High Intensive Care) doit être poursuivi en assurant le financement des équipes de soins et des modifications architecturales nécessaires à cette nouvelle offre de soins.
- **Structuralisation des différents projets-pilotes** : le nombre de projets-pilotes, concrétisés dans des contrats B4 portés par les hôpitaux psychiatriques, est élevé depuis de nombreuses années. Ces contrats engendrent une insécurité juridique tant en matières budgétaires que de ressources humaines pour les employeurs. Il devient donc urgent et indispensable de structuraliser ces projets et les budgets qui y sont alloués, ainsi que de prévoir une indexation automatique de ceux-ci.

B. Maisons de soins psychiatriques (MSP) et initiatives d'habitations protégées (IHP).

Ces structures doivent bénéficier d'un **financement suffisant de son infrastructure** pour continuer à développer et moderniser la capacité d'accueil pour des bénéficiaires pour qui il s'agit parfois du niveau d'autonomisation maximum.

Les IHP sont confrontées à des difficultés croissantes d'ouverture de nouvelles places face à l'augmentation des coûts dans le secteur de la construction.

Plus particulièrement concernant les MSP, il faut rappeler que les frais de fonctionnement (sous-partie B1) de ces structures ne sont pas suffisamment financés et sont à revoir afin de couvrir l'évolution des coûts.

Il est, en outre, primordial de **revoir la revalorisation des frais de fonctionnement à la hauteur des exigences croissantes**, bien qu'utiles, que ce soit en termes de digitalisation, d'intendance ou même de protection contre les incendies.

2. Pédopsychiatrie

Les listes d'attente pour les consultations spécialisées et les hospitalisations ne désemplissent pas, des investissements ont été réalisés dans l'accompagnement au domicile, mais le besoin d'hospitalisation pour les jeunes en crise reste important. Il est nécessaire de **revoir à la hausse la programmation en lits K** en regard des besoins exprimés dans la population.

3. Investir dans la digitalisation

La poursuite d'une politique de santé mentale cohérente nécessite que les données récoltées auprès des institutions le soient via un **processus efficient et transversal de récolte des données les plus pertinentes**. Cela implique d'y affecter des moyens suffisants pour ne pas alourdir la charge administrative, toujours croissante, du personnel soignant.

4. Réseaux de soins

Les réseaux de soins de santé mentale continuent de fonctionner sur les bonnes volontés de structures de soins qui y allouent des ressources. Nous demandons de **faire évoluer le cadre juridique des réseaux de santé mentale** afin de faciliter la gouvernance et la gestion financière de ceux-ci.

De même, il persiste une confusion, sur le terrain, entre les plateformes de concertation en santé mentale et les réseaux de santé mentale. Bien que les territoires couverts soient différents, ce sont souvent les mêmes acteurs qui se retrouvent autour de la table.

Il sera donc utile de **viser à une simplification des structures** afin de préserver leurs dynamiques et leurs représentations respectives.

Après plus de 10 années de réformes des soins de santé mentale, il est urgent de **pérenniser le financement des équipes de soins psychiatriques à domicile** pour les publics jeunes et adultes. De même, il sera important de finaliser le volet “aînés” de la réforme 107.

Enfin, nous demandons que la **concertation soit toujours plus renforcée entre le niveau de pouvoir fédéral et les entités fédérées** concernant l’allocation des moyens et les projets proposés en matière de santé mentale.

5. Services de santé mentale

Les services de santé mentale sont des structures ambulatoires proches des citoyens et qui, par une approche pluridisciplinaire, répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de ceux qui s’adressent à eux. Il est nécessaire de **continuer à développer l’accessibilité en investissant dans le cadre du personnel et en revalorisant la fonction psychiatrique de ces structures** qui voient, elles aussi, les listes d’attente s’allonger.

VII. PRIORITÉS DU SECTEUR DE LA REVALIDATION



1. Maintenir une autonomie de gestion

Le secteur de la revalidation se modernise et évolue. Il est important de **lui laisser la latitude de gestion nécessaire** en préservant une gestion paritaire du secteur afin qu'il puisse continuer à investir dans les infrastructures et l'offre de soins proposée aux bénéficiaires.

Comme dans les autres secteurs régionalisés, il est à souligner la **nécessité de financer les besoins relatifs à la digitalisation et à la sécurité contre les incendies.**

“Il est nécessaire de financer les besoins relatifs à la digitalisation et à la sécurité contre les incendies.”

2. Une offre de services à consolider

Le secteur de la revalidation doit être considéré comme un secteur des soins de santé à part entière, avec une approche thérapeutique spécifique et donc des besoins corrélatifs. L'évolution et l'ouverture de ce secteur à d'autres publics ne pourront se réaliser qu'en préservant les critères inhérents au processus de revalidation.

Dans le cadre des conventions qui les lient aux administrations compétentes (INAMI, AViQ ou IRISCARE), **ces établissements doivent recevoir des garanties suffisantes d'octroi d'un financement en adéquation avec leurs réalités** (frais généraux, frais de fonctionnement, besoins en termes d'infrastructures, etc.) **et pérennes.**

Le statut pécuniaire des médecins spécialistes reste, comme dans d'autres institutions régionalisées, un frein au recrutement et maintient le secteur en position de concurrence défavorable. Un statu quo de la situation engendrera inévitablement une dévaluation de l'offre en revalidation fonctionnelle.



santhea

