

santhea



Rapport annuel
2018

santhea 

Rapport annuel
2018



Sommaire

- 7 Le mot de la présidente
- 11 Faits et chiffres
- 31 Regards sur l'actualité
- 59 Nos projets en cours
- 73 Quelques thèmes abordés
- 103 Notre Conseil d'Administration
- 107 Nos membres
- 117 Notre équipe
- 121 Nos valeurs





Le mot de la **présidente**



INTRODUCTION - LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Les défis pour nos soins de santé dans les prochaines années

Le Gouvernement fédéral aura fait réaliser plus de 2,1 milliards € d'économies dans les soins de santé au cours de cette législature dont 130 millions € d'économies directes sur le dos des patients. Seule gagnante dans cette politique : l'industrie pharmaceutique dont on ne compte plus les cadeaux reçus, alors même qu'aujourd'hui, plus de 400 médicaments sont indisponibles dans les pharmacies¹ (4,5 % du total). La politique dans le secteur du médicament **aura coûté au total à la sécurité sociale 582 millions € de plus qu'annoncé dans le Pacte avec l'industrie Pharma !** Pour terminer la législature en beauté, la Ministre fédérale de la Santé publique a augmenté le budget des médicaments de 8% : soit un « cadeau d'adieu » de quelques 335 millions € chaque année, alors que le financement n'en est prévu que pour 2019 !

Dans le même temps, la Ministre fédérale de la Santé publique aura lancé une multitude de chantiers dans toutes les directions, avec la volonté d'imposer sa vision des choses, sans volonté de réelle concertation (au-delà des simulacres de façade) avec comme résultat un échec total dans ces chantiers qui restent au mieux inachevés, au pire, sans début de concrétisation. Citons, notamment, la réforme du paysage hospitalier, la réforme du financement hospitalier, la réforme de la loi sur les professions de santé (ex. A.R. n°78), le remboursement des soins psychologiques, ...

Ces deux aspects combinés (économies et volonté de réformes aveugles) auront créé dans le secteur un sentiment d'incompréhension totale et de non-adhésion à un projet politique et démocratique opaque et non explicite.

Si aujourd'hui la loi sur les réseaux hospitaliers a été votée par le Parlement, il manque des dizaines d'arrêtés d'exécution pour rendre ceux-ci effectifs. A tel point qu'on se demande de quoi vont bien pouvoir discuter les conseils d'administration des coupoles de réseaux qui devront obligatoirement exister et se réunir au 1er janvier 2020 !

Ces réseaux hospitaliers auront dû entretemps être agréés par les Communautés et Régions, alors même que celles-ci ne disposent pas aujourd'hui des bases juridiques pour ce faire. Tout reste à

construire en matière de réseaux et l'on mesure encore peu les implications et changements fondamentaux que cette réforme va induire sur notre paysage de soins.

Attardons-nous un instant sur ces entités fédérées qui ont bien du mal à digérer les effets de la sixième réforme de l'État et à gérer les nouvelles compétences ainsi acquises. Comme le faisait remarquer le Professeur De Wever, on ne peut que marquer « *une incompréhension des raisons qui ont poussé les pouvoirs politiques à choisir quatre solutions différentes bien souvent opposées aux options politiques supposées des entités régionales ou communautaires. En effet, comment comprendre que la Wallonie ait choisi la solution la moins étatique et la moins proche de la pensée socialiste et travailliste alors que la communauté germanophone a concentré le pouvoir sur la puissance publique loin des solutions prônées par Bismarck dans les différentes régions allemandes? La Flandre a choisi une solution proche de la philosophie de Beveridge loin du pouvoir mutuelliste pourtant si puissant dans cette région, alors que la Région bruxelloise n'a pu choisir et a partagé les responsabilités de Santé publique en émiettant encore plus d'une manière incohérente les responsabilités entre le gouvernement régional et un organisme semblable à un petit Inami excluant les prestataires délibératifs (Iriscare).* »²

¹ Source : rtbf info, 13 mars 2019

² Prof. A. De Wever, le journal du médecin, 28 février 2019

Enfin, comment passer sous silence la politique aveugle (et sans fondement scientifique) de contingentement des professions de santé menée par le Gouvernement fédéral qui menace durement la qualité future des soins et leur accessibilité en Wallonie et à Bruxelles ?

De l'avenir de nos soins de santé et des défis à rencontrer pour les futures années, il a finalement été peu question ces quatre dernières années.

Les défis sont connus (mais souvent minimisés) et nécessiteront un reformatage complet de nos politiques actuelles mais aussi un investissement important pour faire de la santé de nos concitoyens un enjeu aussi fondamental que le climat :

- Sortir des murs de l'hôpital, casser les lignes de soins et les faire coopérer, orienter les soins de santé vers un véritable service au patient, centré sur ses besoins ;
- Intégrer la culture et les modes de fonctionnement des générations Y et Z dans nos structures de soins, aussi bien en tant que patient, qu'en tant que travailleur ;
- Faire face aux défis de l'intelligence artificielle, des objets connectés, de la digitalisation des données médicales ;
- ...

Enfin, nous devons nécessairement avoir une réflexion sur l'accessibilité financière de nos soins de santé pour nos concitoyens : en effet, même si notre système de santé est considéré comme l'un des meilleurs au monde, d'importants coûts (et pas seulement les suppléments) restent à charge du patient. Cette réflexion devra notamment porter sur les coûts des biens et services, sur le taux de TVA appliqué sur toute une série de produits de soins, sur les prix maximums pratiqués, ...

Devant ces nombreux défis, notre fédération se doit de rester un interlocuteur incontournable. Son professionnalisme et sa force de proposition sont des garants pour affronter l'avenir et assurer des soins de santé de qualité pour tous.



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTHEA





santhea 

Faits et **chiffres**



FAITS ET CHIFFRES

Secteur des hôpitaux

- **37** hôpitaux

- **7** psychiatriques
- **2** universitaires
- **1** spécialisé
- **27** aigus

- **15.661** lits agréés

- **3.419** à Bruxelles
- **12.242** en Wallonie

- Environ **53.000** travailleurs salariés

- **40.000** ETP
- Dont **50%** de personnel soignant

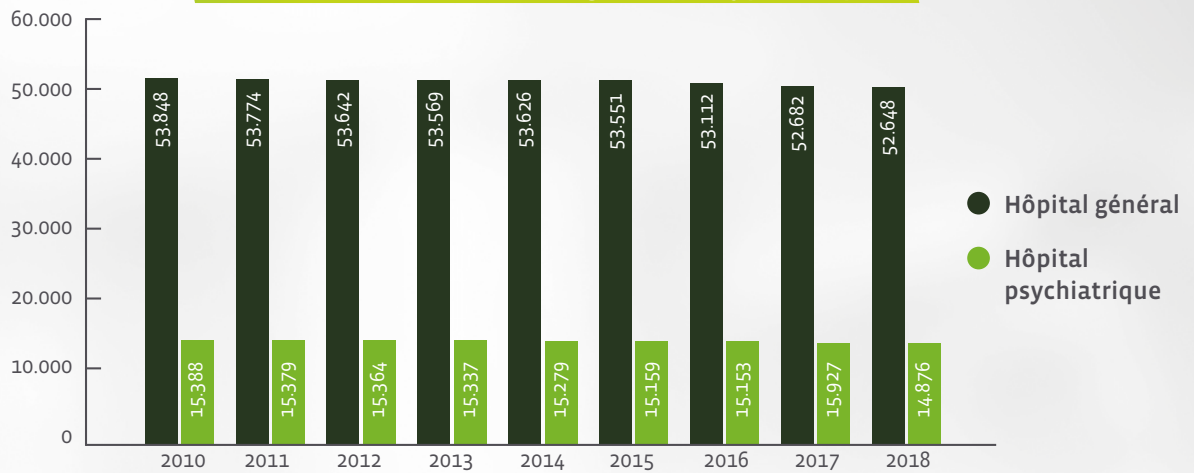
- Plus de **900.000** admissions en hôpital général

- Environ **430.000** en hospitalisation classique
- **+ de 500.000** hospitalisations de jour

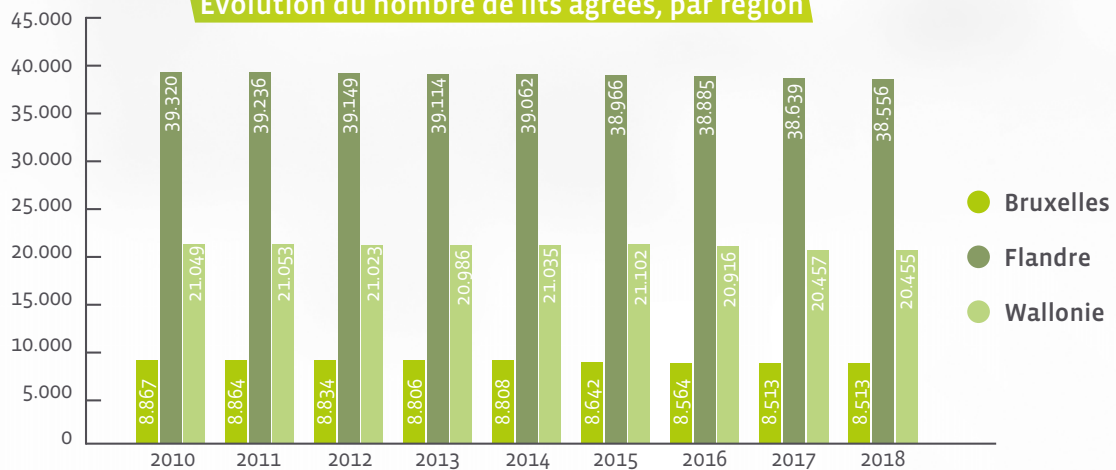
- Plus de **8.000** admissions en hôpital psychiatrique



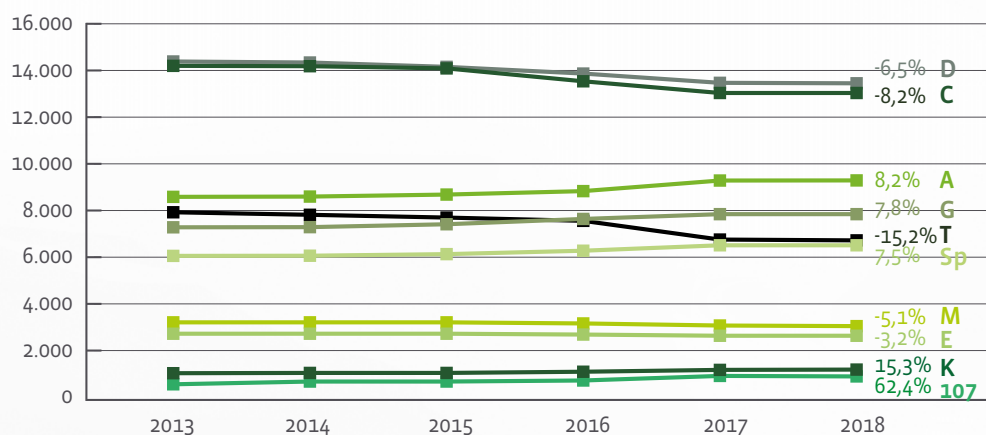
Evolution du nombre de lits agréés, par type d'hôpital



Evolution du nombre de lits agréés, par région

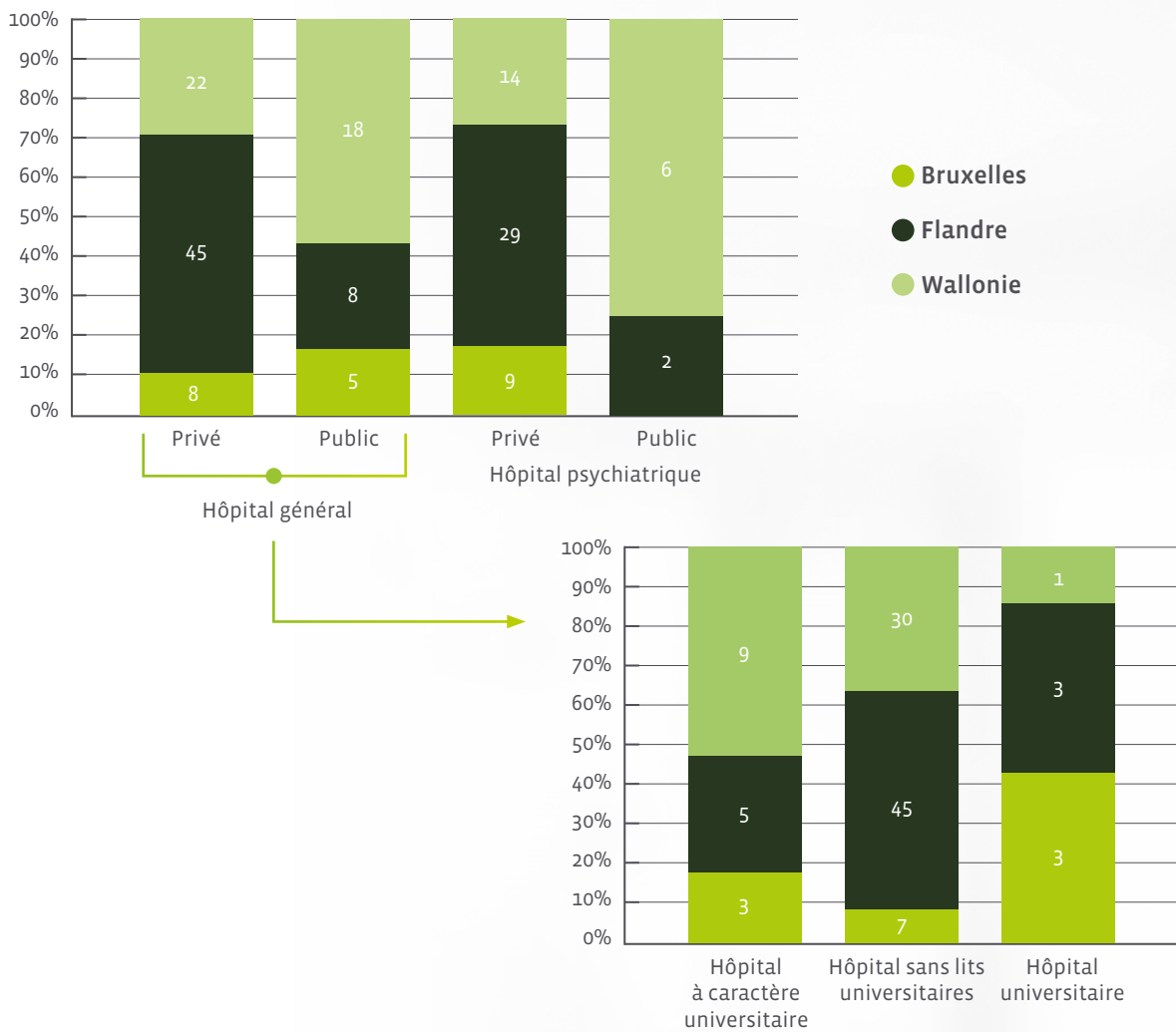


Evolution du nombre de lits agréés, par indice de lits*

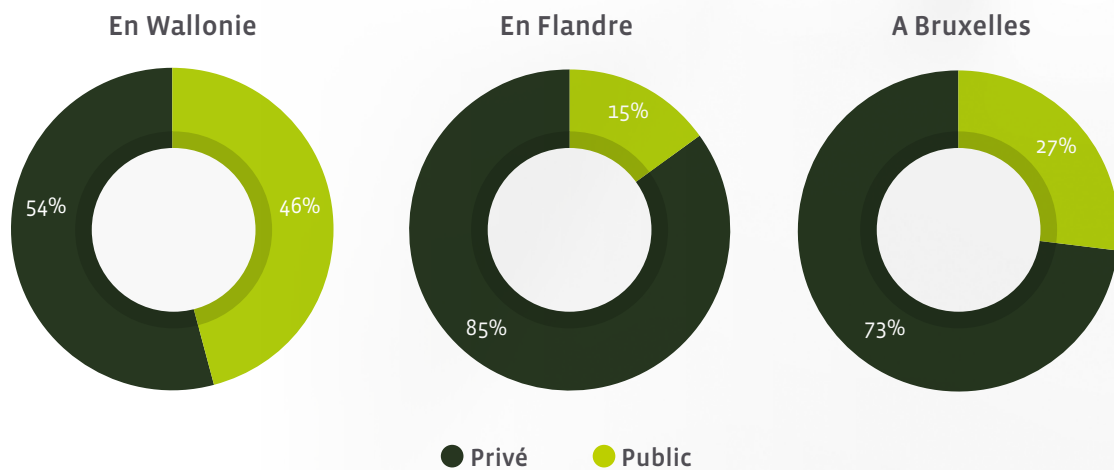


* Les lettres reprises dans ce graphique représentent des regroupements d'indices (A pour A1, A2 et A, K pour K1, K2 et K, T pour T1, T2, T, TG, TFB, TFP)

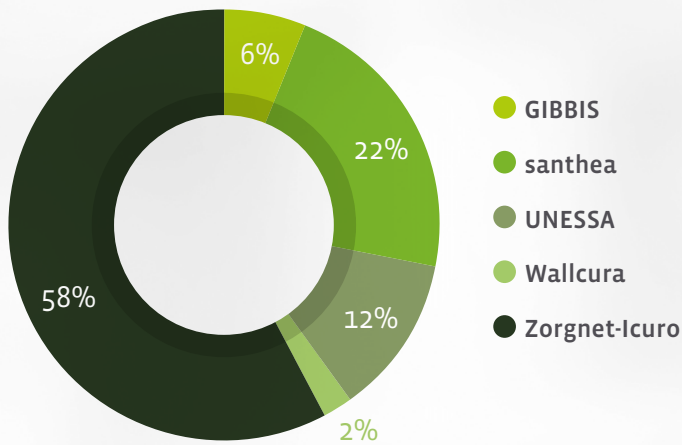
Ventilation régionale du nombre d'hôpitaux par type et par statut en 2018



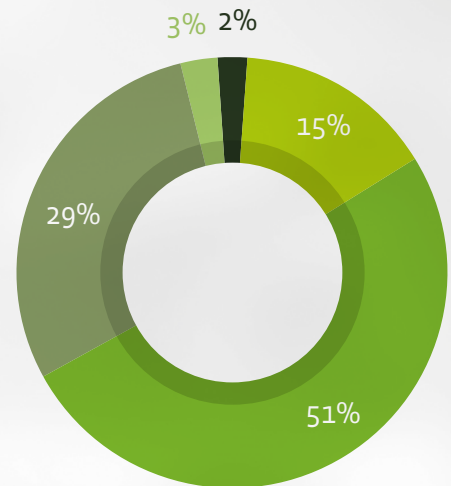
Répartition du nombre de lits agréés 2018 par statut, pour chacune des régions



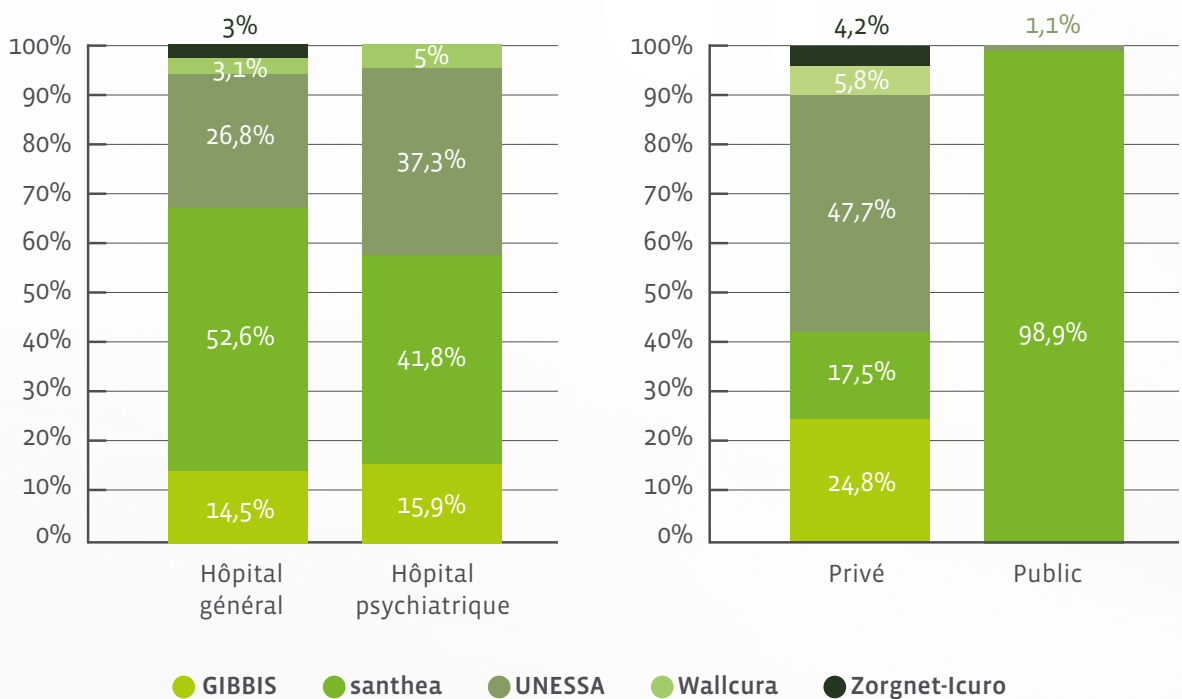
Répartition du nombre de lits agréés 2018 par fédération*



Répartition du nombre de lits agréés 2018 en Wallonie et à Bruxelles par fédération

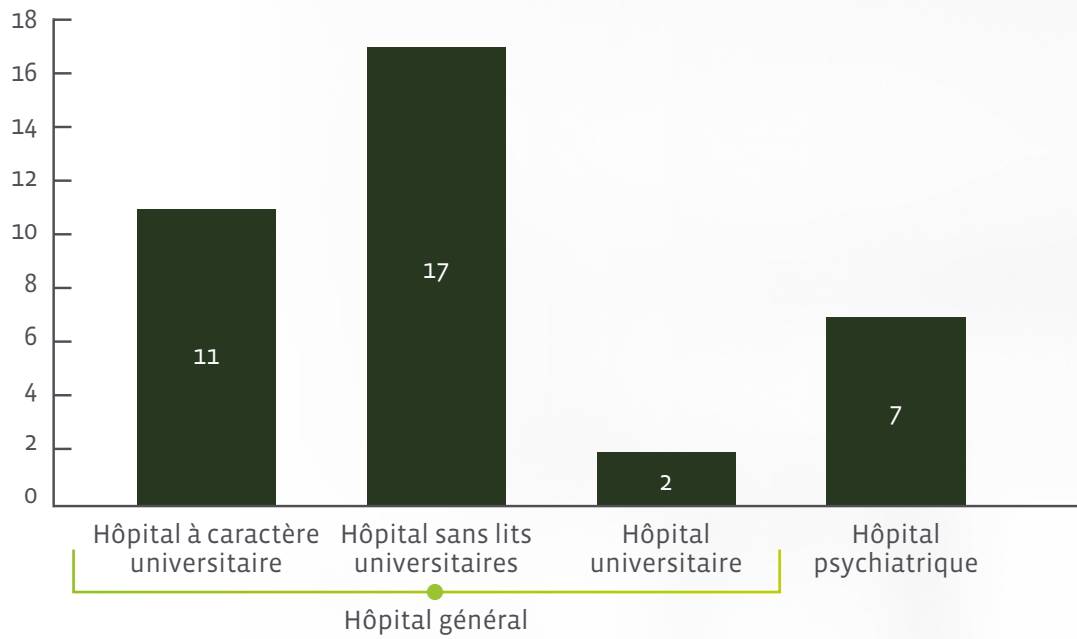


Répartition du nombre de lits agréés 2018 par fédération et par type d'hôpital (Wallonie + Bruxelles)

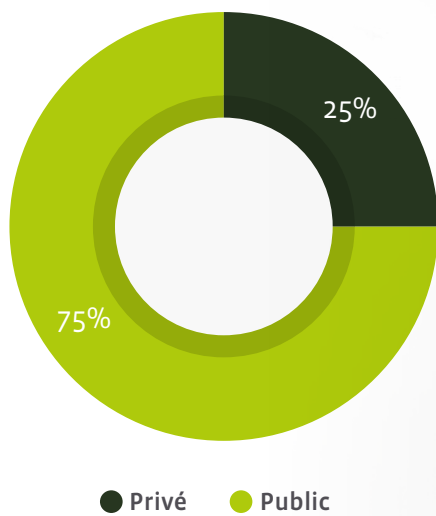


* Lorsqu'il y a référence à la ventilation « fédération », les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux

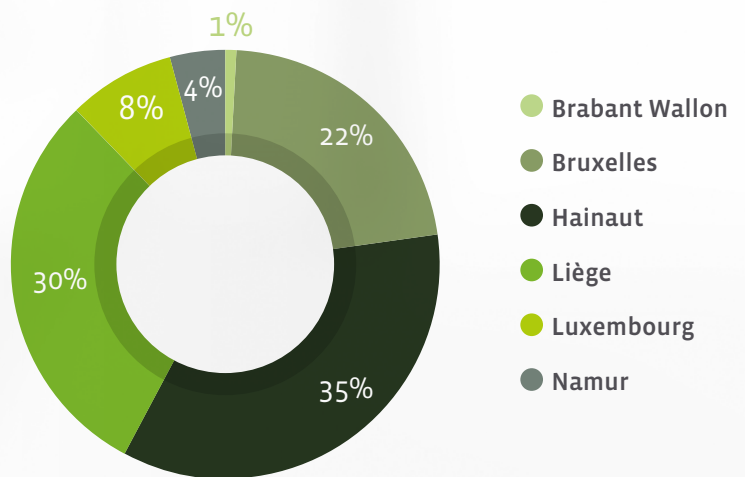
Ventilation du nombre d'hôpitaux santhea par type d'institution



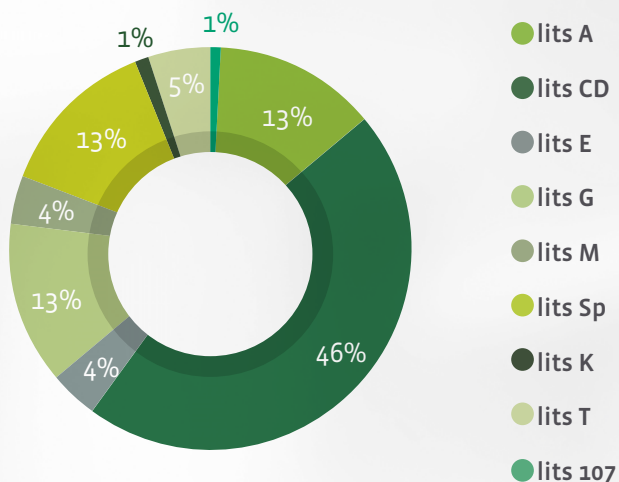
Ventilation du nombre de lits agréés santhea 2018 par statut



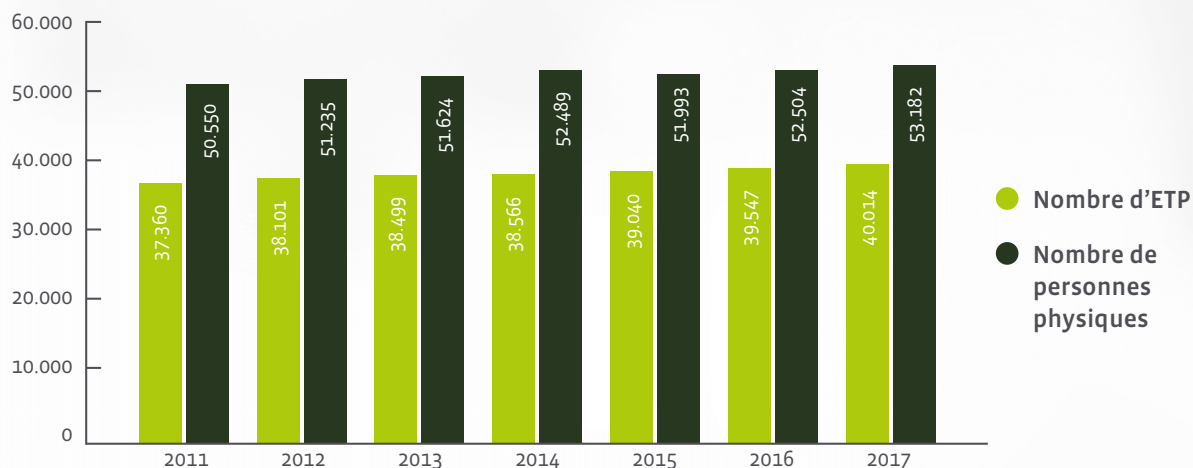
Ventilation du nombre de lits agréés santhea 2018 par province



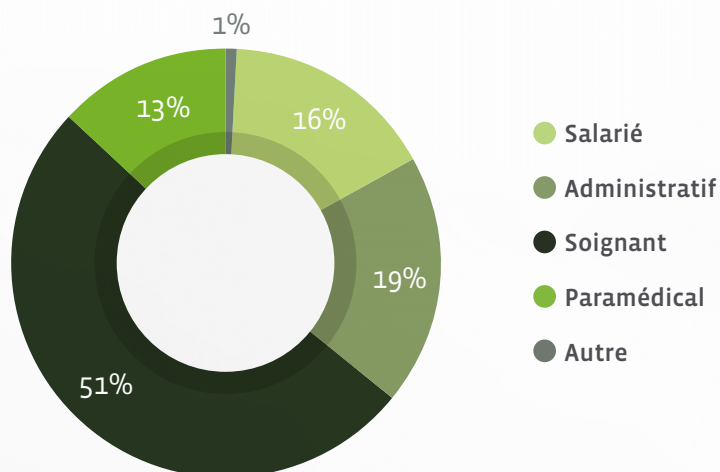
Ventilation du nombre de lits agréés santhea 2018 par indice de lits



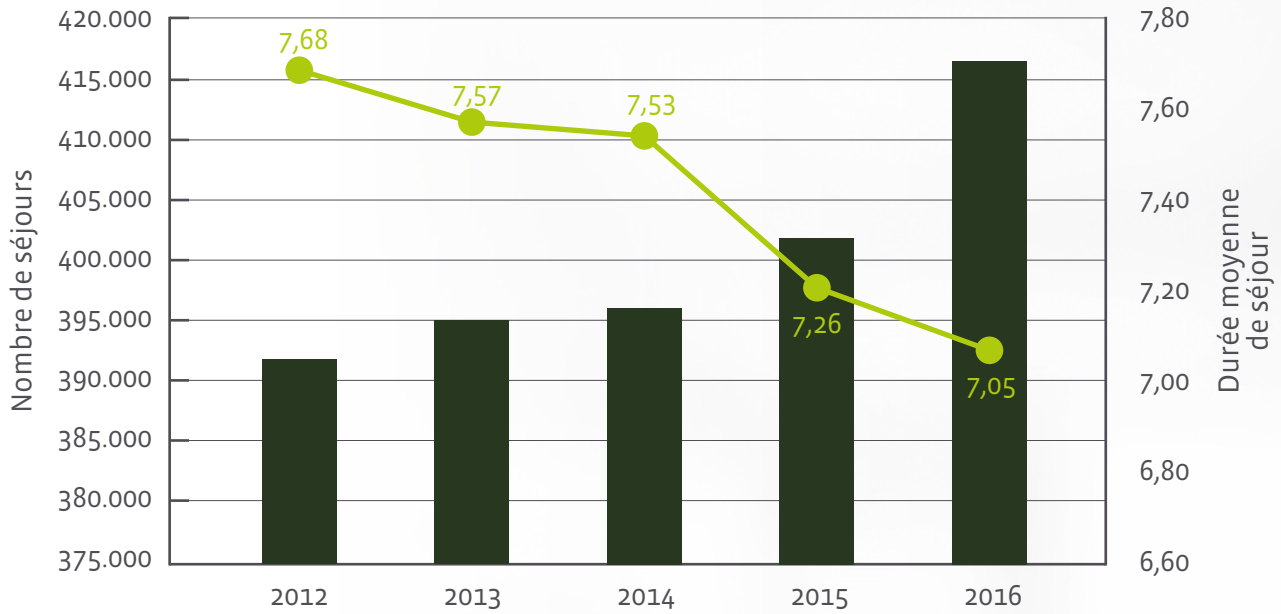
Evolution du nombre d'ETP et de personnes physiques dans les hôpitaux santhea (personnel salarié uniquement)



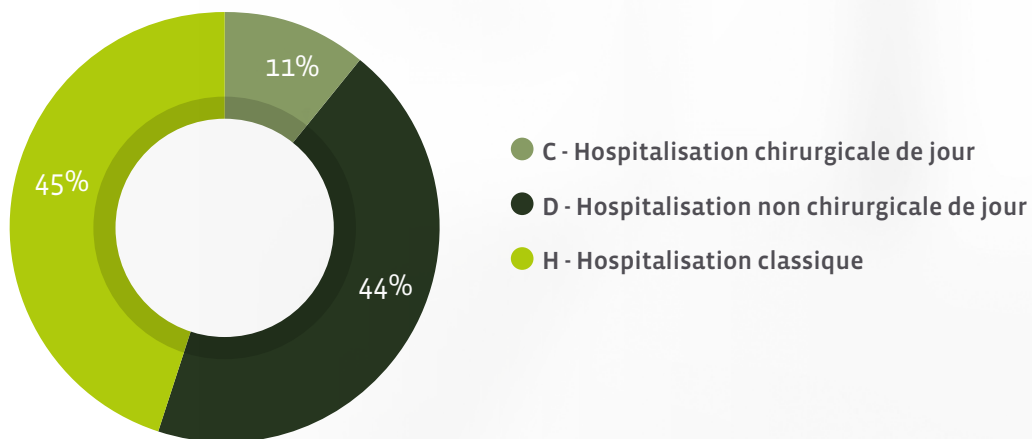
Ventilation du nombre d'ETP salariés en 2017 par catégorie de personnel



Evolution du nombre de séjours en hospitalisation classique* et de leur durée moyenne dans les hôpitaux santhea



Ventilation des séjours RHM 2016 d'après leur type de facturation (H, C ou D)



* Il s'agit des séjours financés via l'activité justifiée donc uniquement dans les hôpitaux aigus.

FAITS ET CHIFFRES

Secteur des établissements pour aînés

- **71** Maisons de repos
- **25** Centres d'accueil de jour/ de soins de jour
- **20** Résidences services

● **+ de 8 000** places

└ Dont +/- **3 000** places en MR

└ Dont **4 200** places en MRS

● Presque **3 000** ETP soignants

Avec **50%** d'aides-soignants

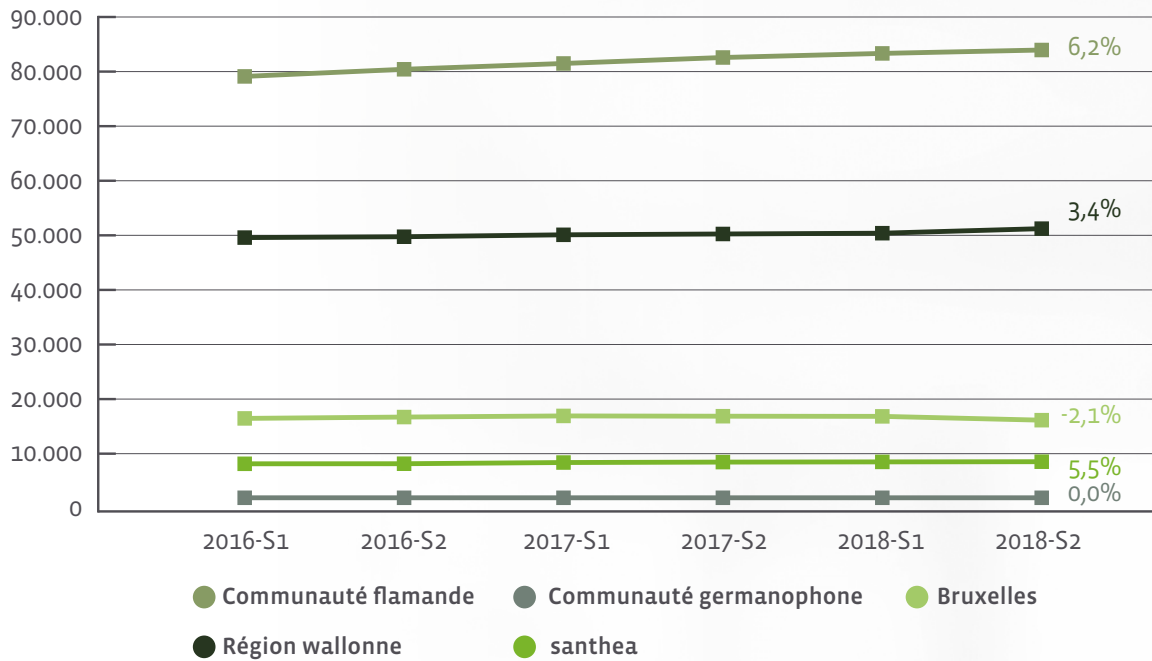
● **+ de 2,2 millions** de journées facturées

└ **650 000** pour les profils O et A

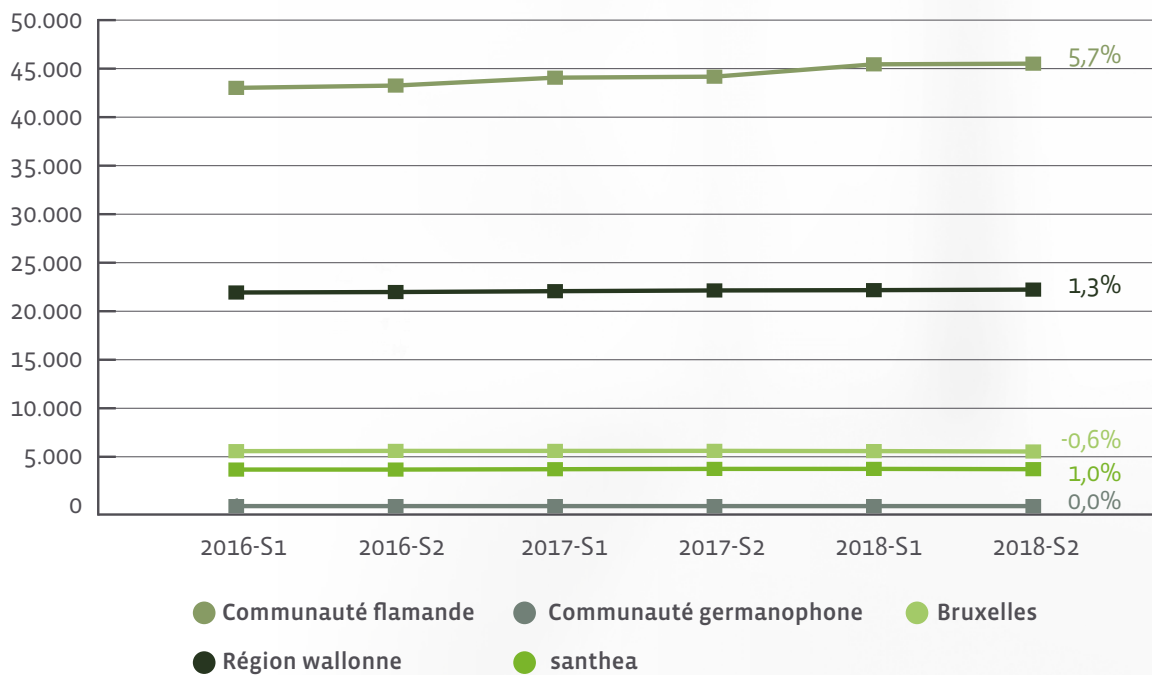
└ **1,5 millions** pour les profils B, C et Cd



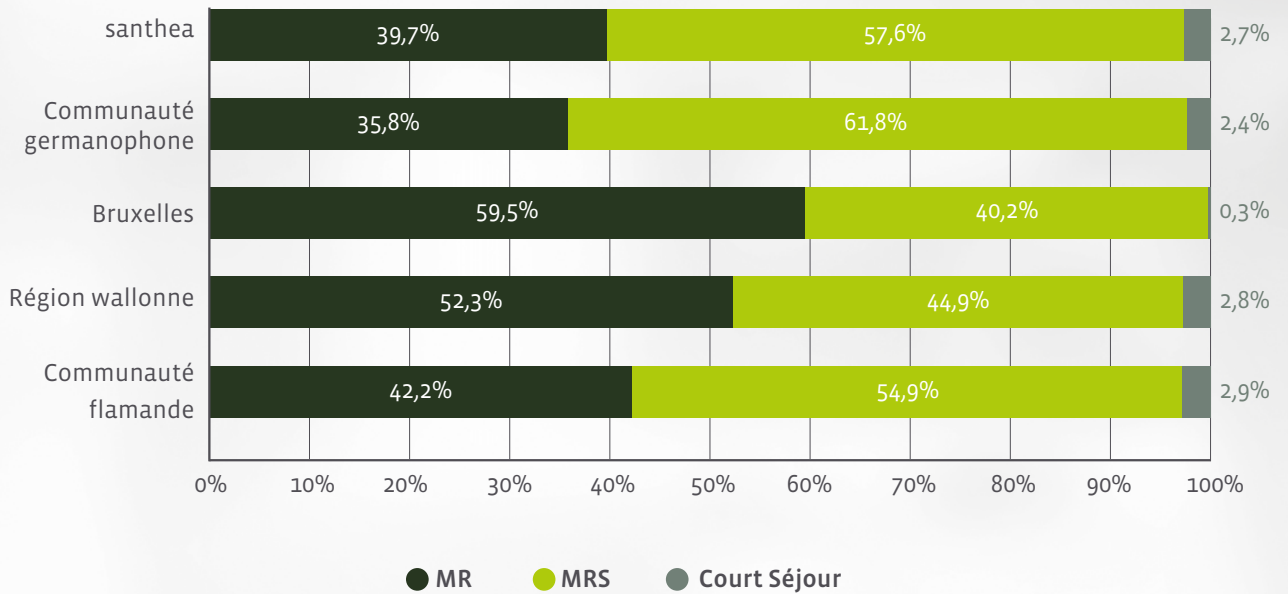
Evolution entre 2016 et 2018 du nombre total de lits agréés en maison de repos, par entité



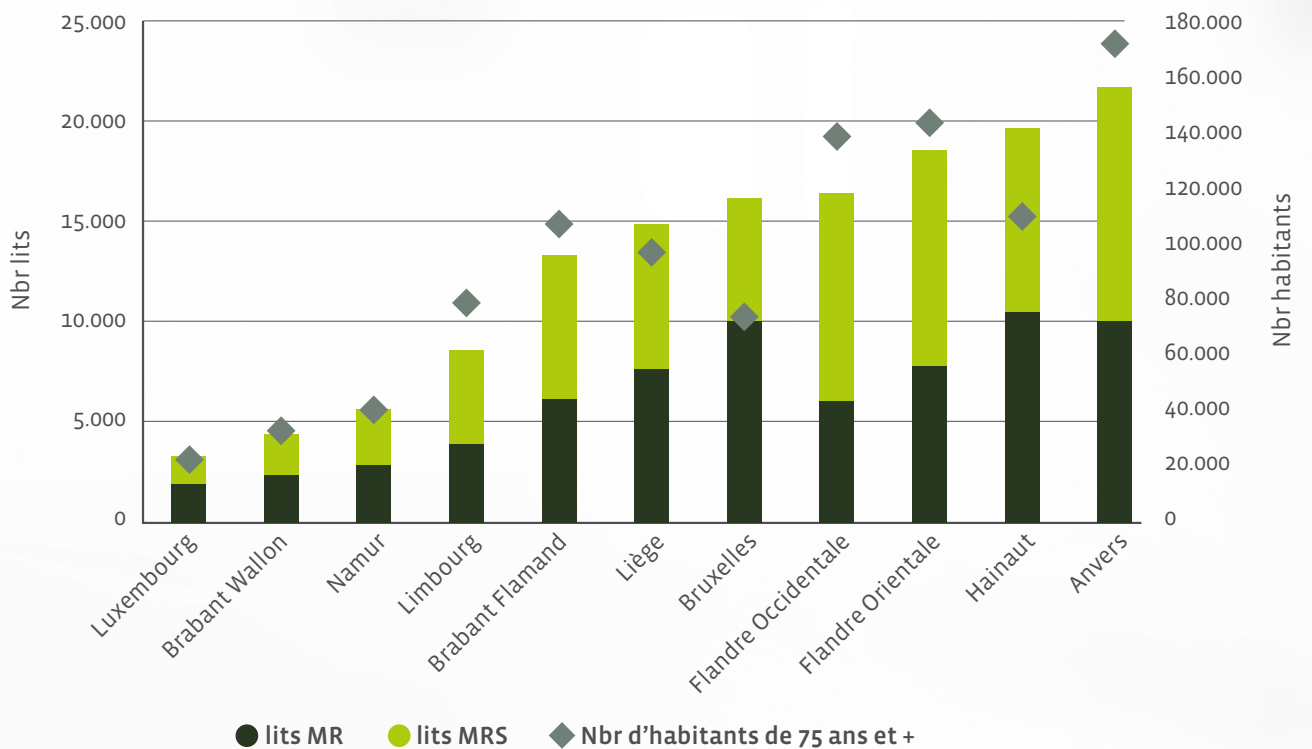
Evolution entre 2016 et 2018 du nombre de lits agréés MRS, par entité



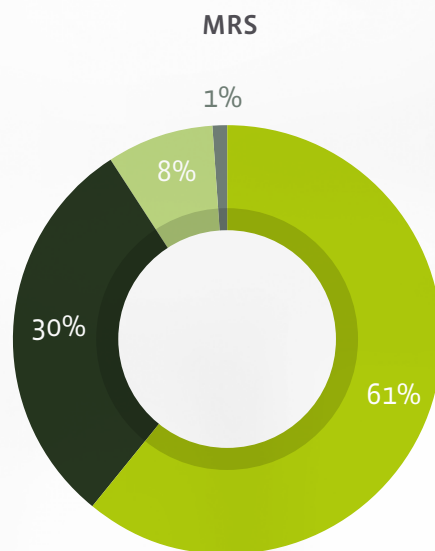
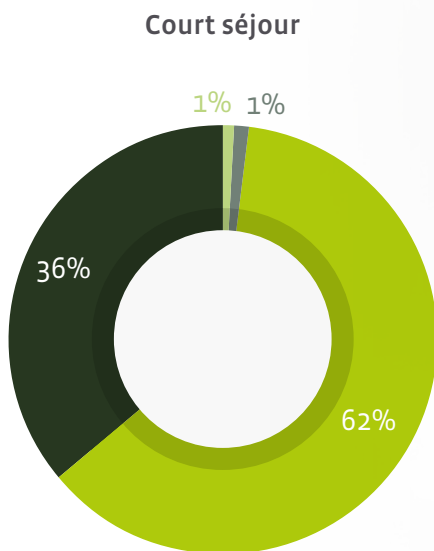
Ventilation du nombre de lits agréés 2018 par type de lits pour chaque entité



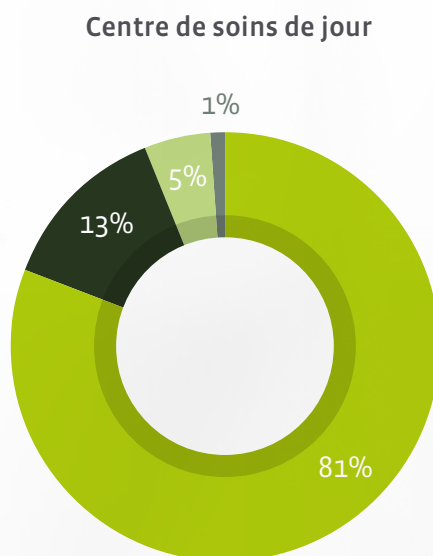
Proportion de lits MR-MRS 2018 par province, en comparaison au nombre de personnes âgées de 75 ans et + (au 1^{er} janvier 2018)



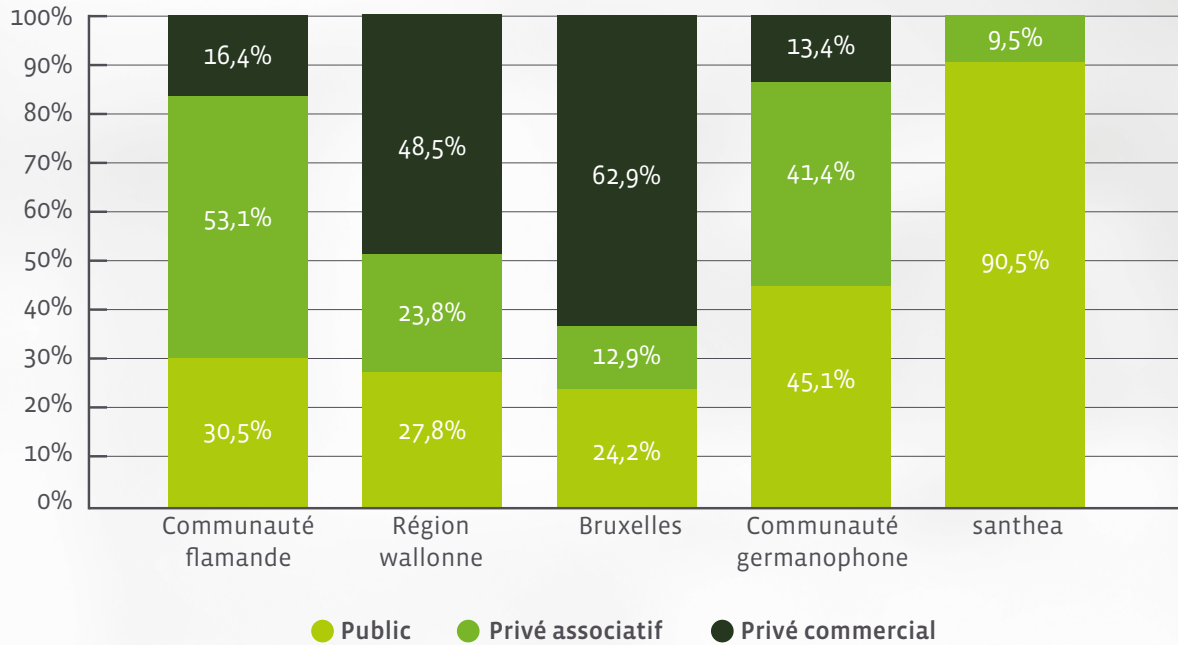
Ventilation du nombre de lits agréés 2018 par entité, pour différents types de lits



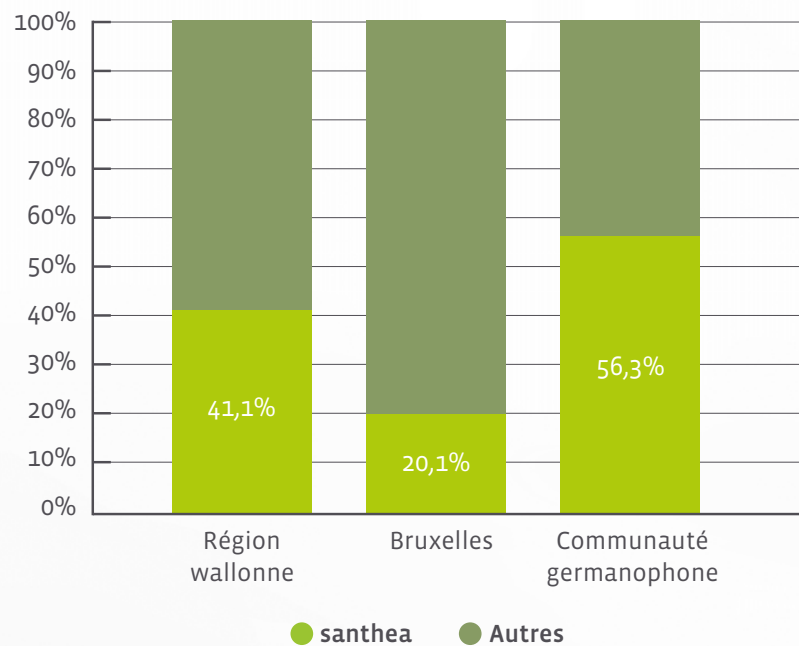
● Communauté flamande ● Région wallonne ● Bruxelles ● Communauté germanophone



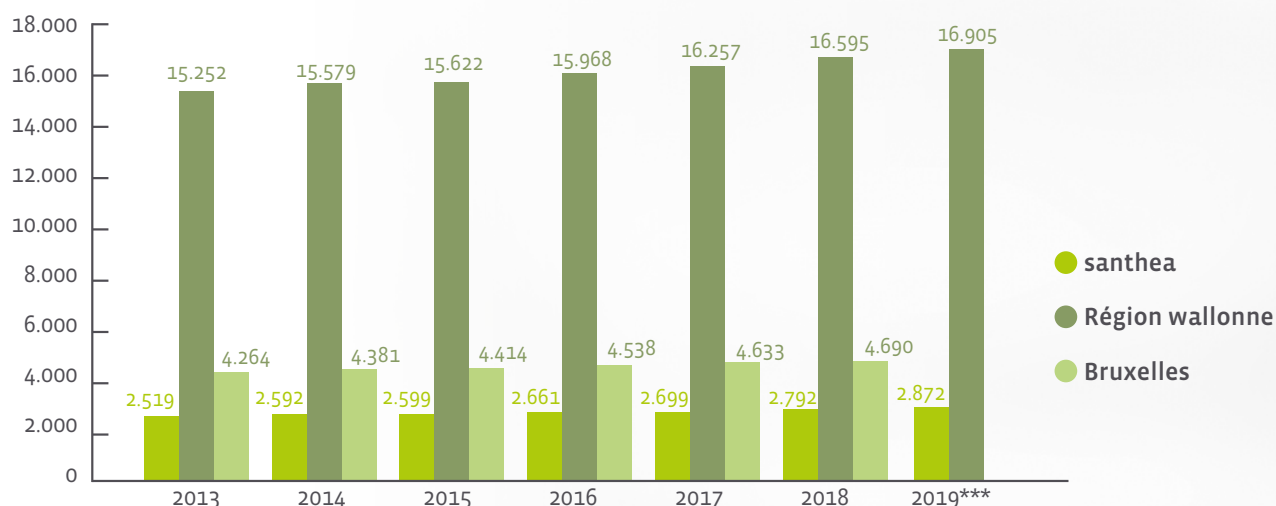
Ventilation du nombre total de lits agréés 2018 par statut, pour chaque entité



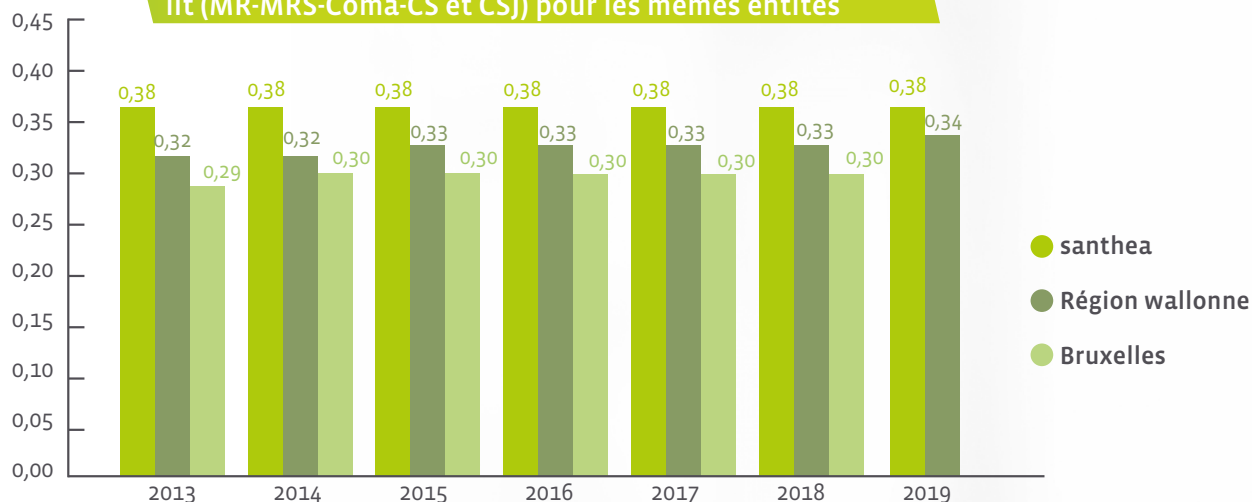
Part de santhea dans le nombre total de lits 2018 des MR-MRS publiques, par entité



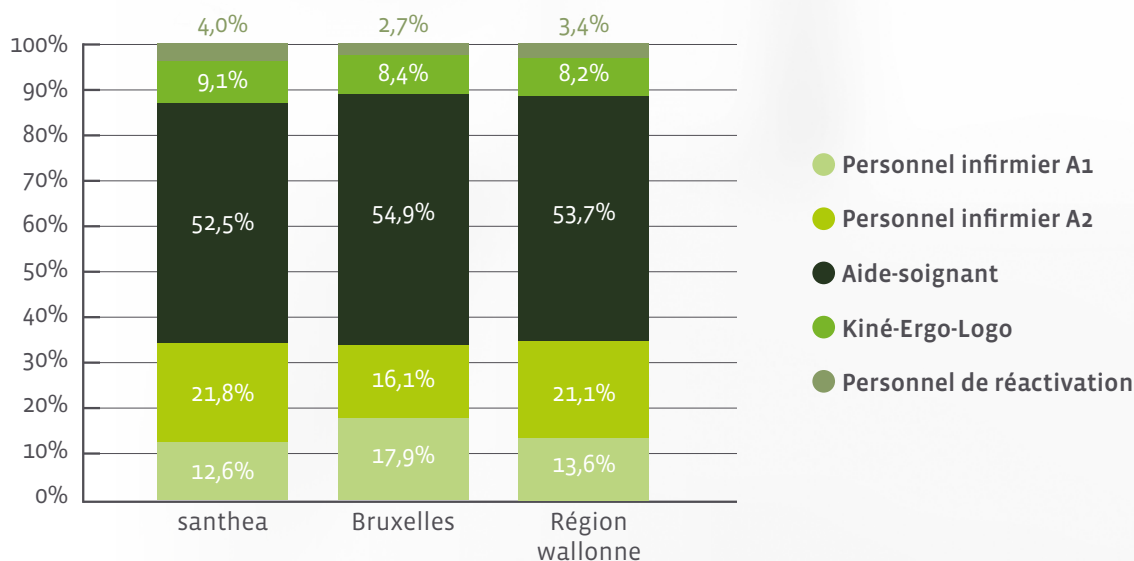
Evolution du nombre d'ETP soignants présents* en MR-MRS en région wallonne, à Bruxelles** et pour santhea



Evolution du nombre moyen d'ETP soignants présents par lit (MR-MRS-Coma-CS et CSJ) pour les mêmes entités



Comparaison de la ventilation des ETP soignants par qualification



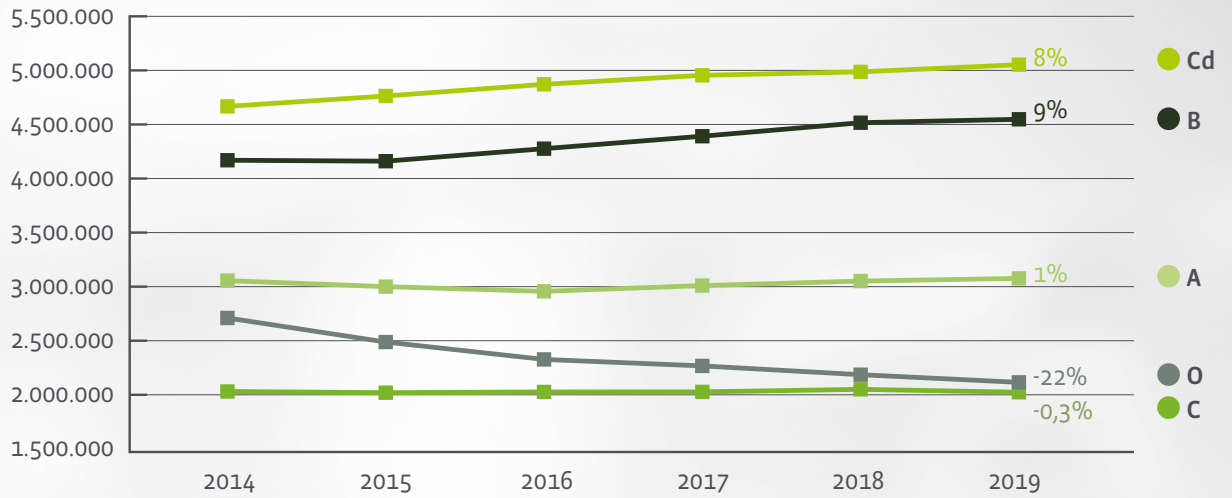
* ETP présents dans le 3^{ème} volet

** Pour Bruxelles, nous ne disposons pas des chiffres globaux liés au calcul du forfait 2019 (chiffres maintenant régionalisés)

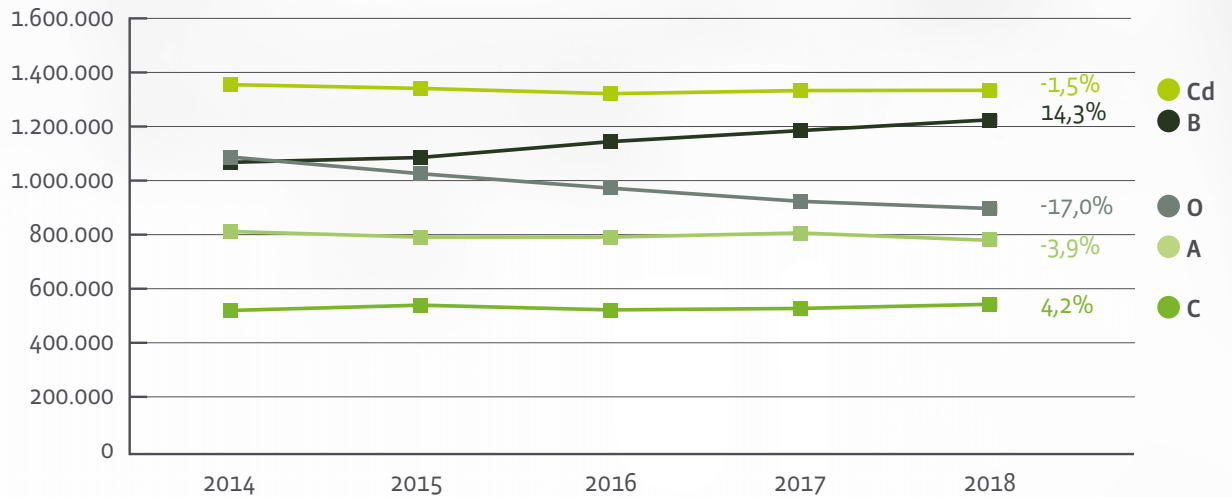
*** L'année indiquée fait référence à l'année du forfait pour ce graphique et les suivants. Lorsqu'il est fait référence au forfait 2019, il s'agit en fait de statistiques valables sur la période juillet 2017-juin 2018

Evolution du nombre de journées facturées en fonction du profil de dépendance, par entité

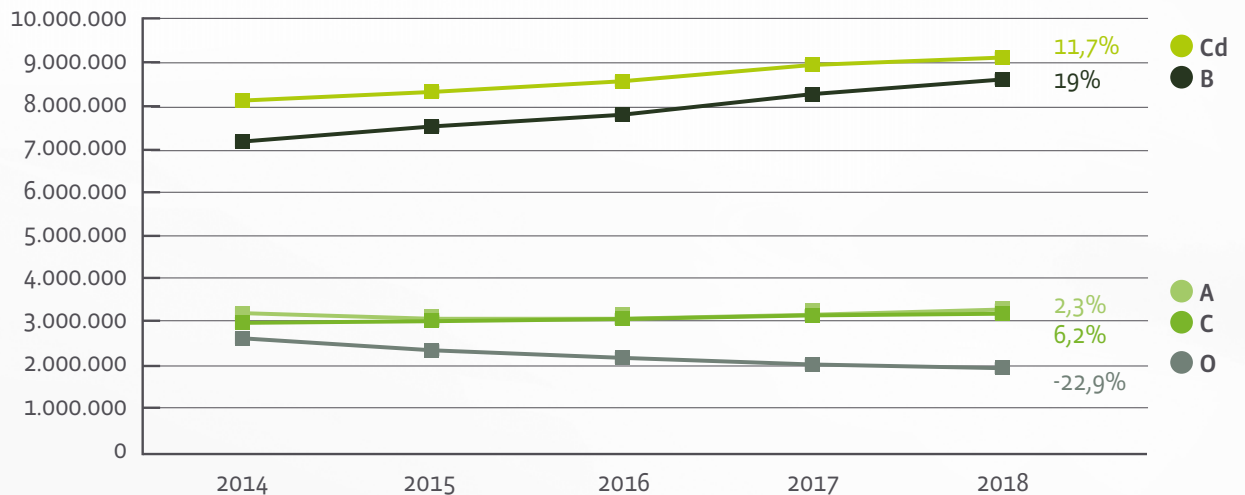
En région wallonne



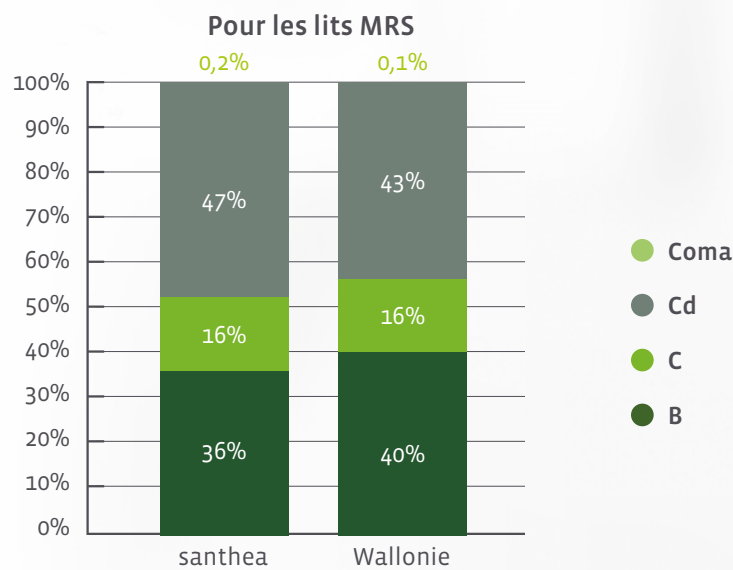
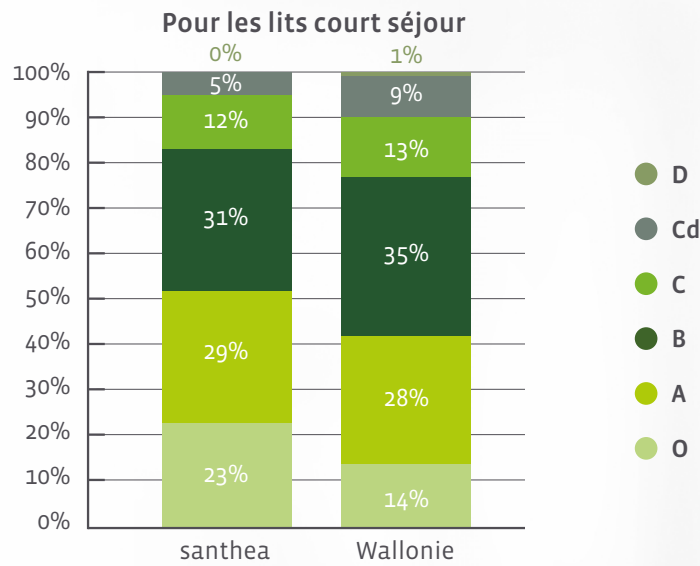
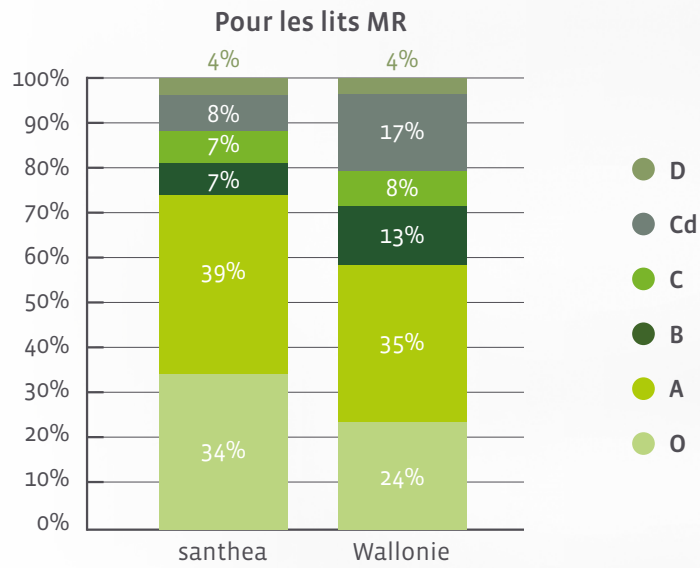
A Bruxelles



En communauté flamande



Ventilation des journées facturées (forfait 2019) par profil de dépendance



FAITS ET CHIFFRES

Secteur de la santé mentale

● **7** MSP et **5** IHP

— **387** places agréées en MSP

— **222** places agréées en IHP

— **+ de 250** ETP

● **9** services de santé mentale

● **32** centres de rééducation fonctionnelle

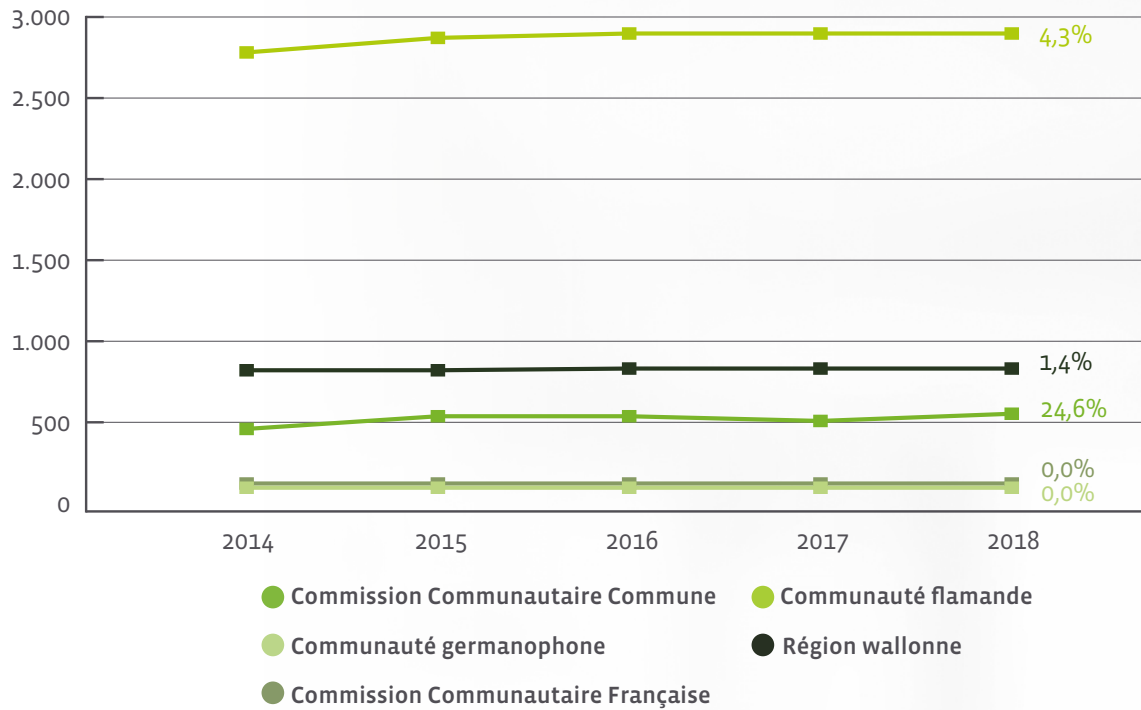
— dont **11** centres de rééducation pour toxicomanes

— dont **8** centres de rééducation psycho-sociale de patients adultes

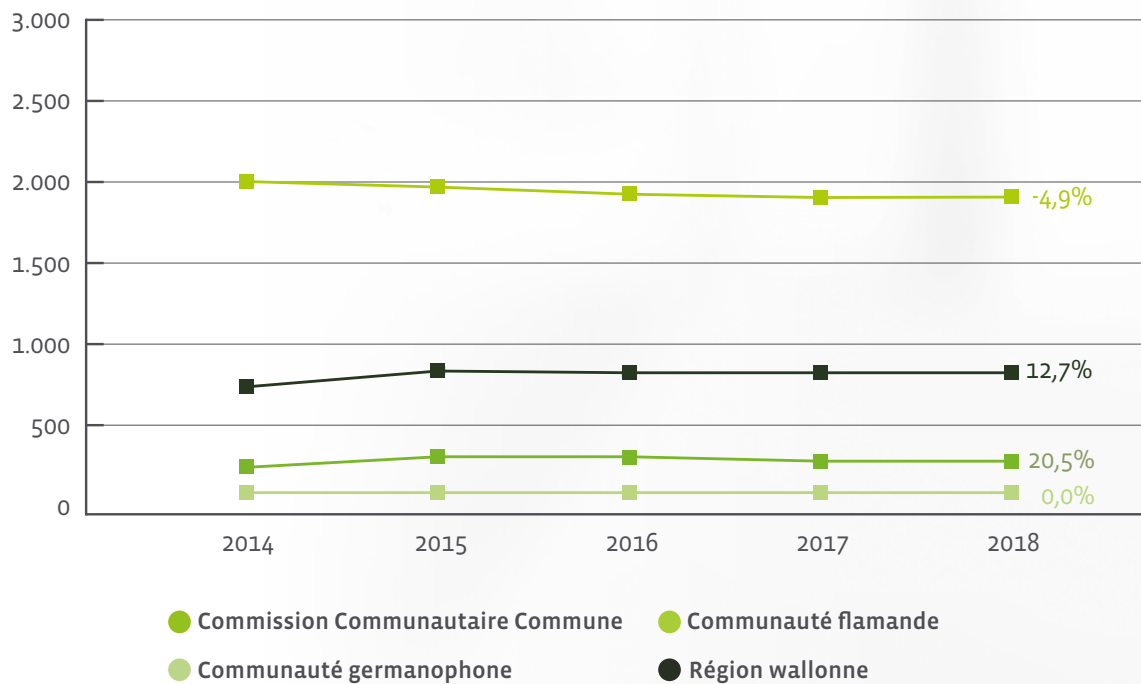
— dont **7** centres de rééducation ambulatoire (CRA)



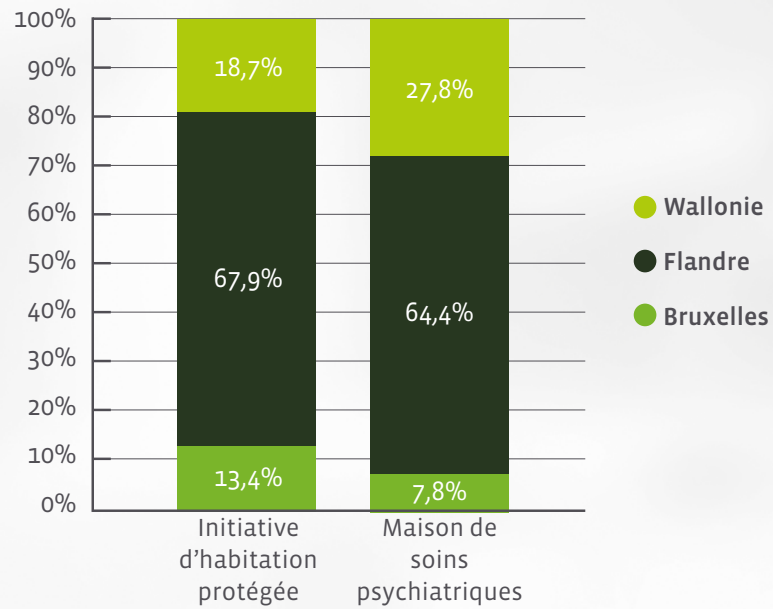
Evolution entre 2014 et 2018 du nombre de places agréées en IHP, par autorité compétente



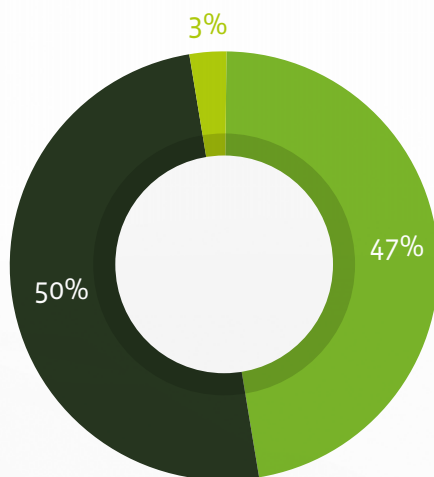
Evolution entre 2014 et 2018 du nombre de places agréées en MSP, par autorité compétente



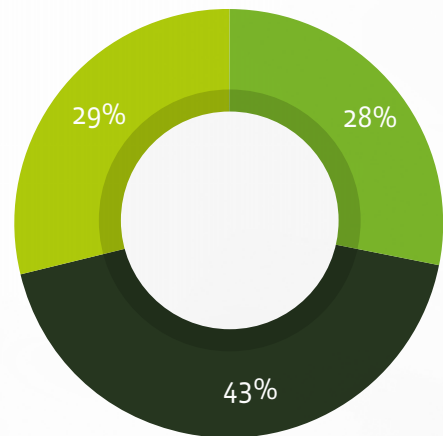
Ventilation régionale des places IHP et MSP (chiffres 2018)



Ventilation des places MSP par fédération en Wallonie (chiffres 2018)

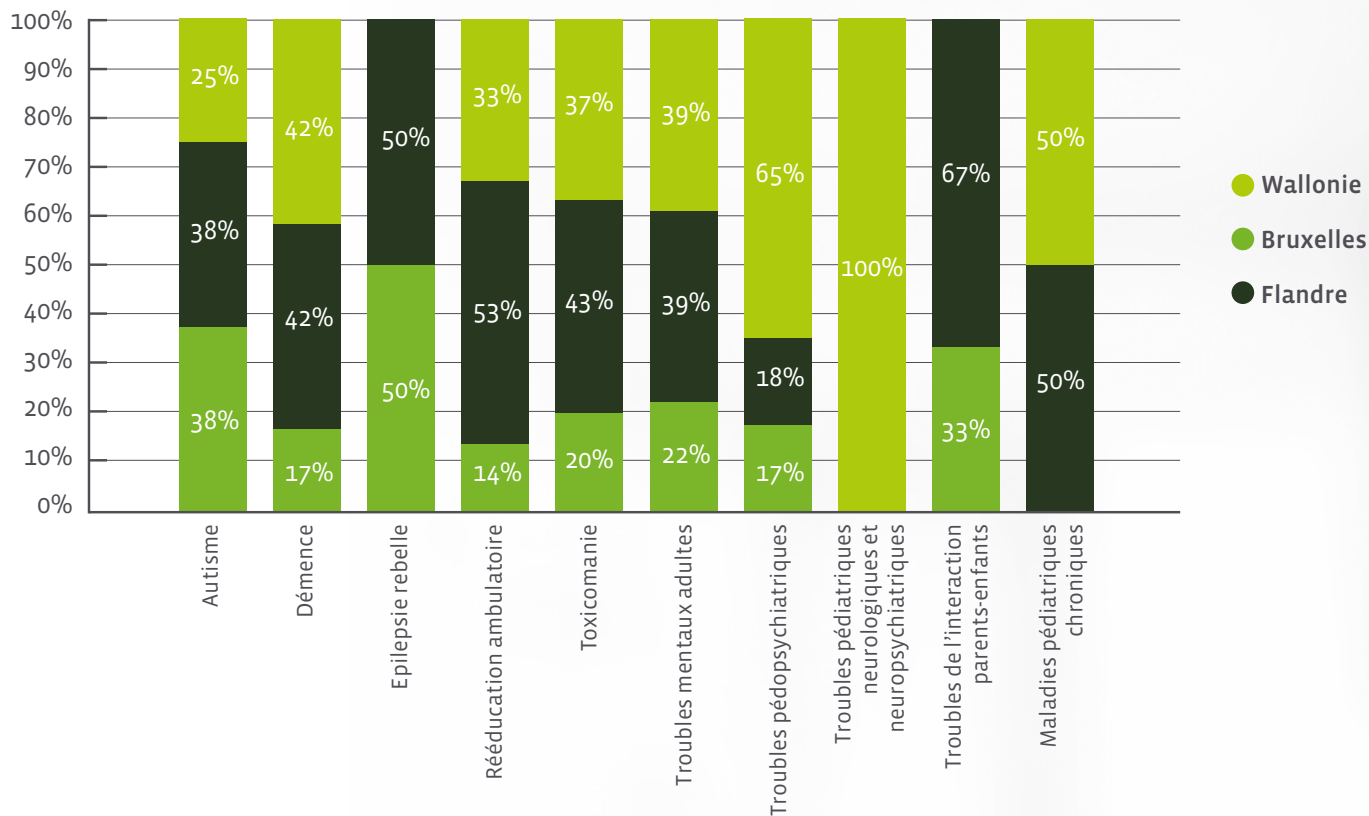


Ventilation des places IHP par fédération en Wallonie (chiffres 2018)

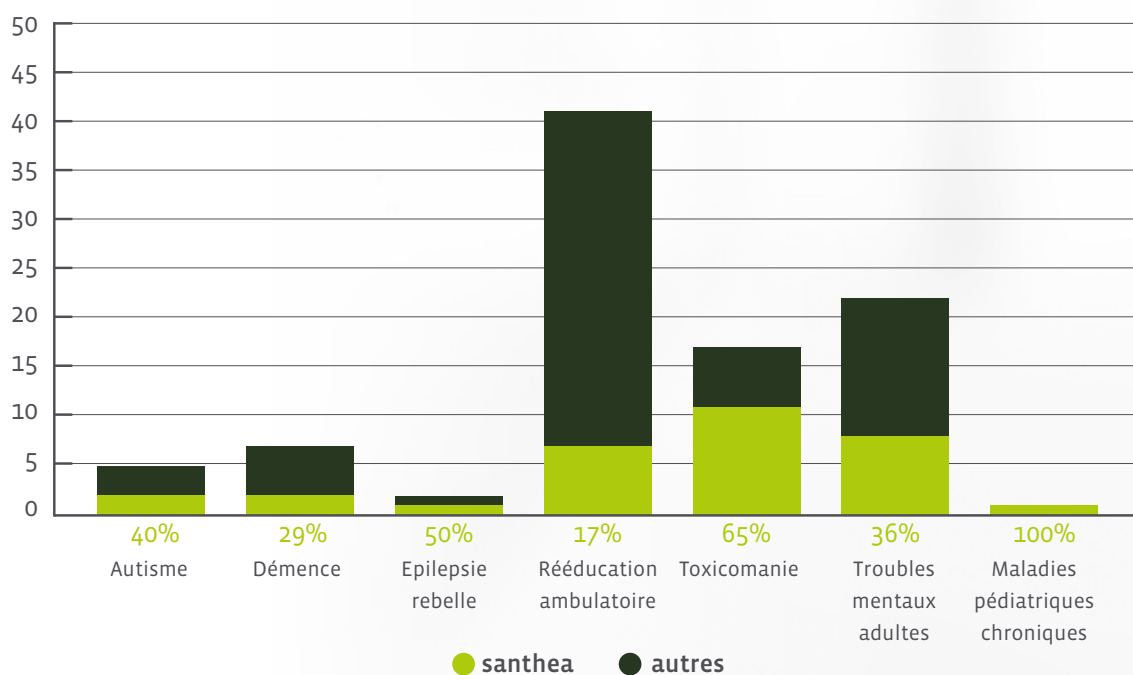


● santhea ● UNESSA ● autre affiliation

Ventilation régionale du nombre de centres de rééducation fonctionnelle liés aux troubles mentaux et neurologiques



Part de santhea dans le nombre de centres de rééducation fonctionnelle, par type de convention* (Wallonie + Bruxelles)



* Seuls les secteurs qui concernent santhea sont repris dans ce graphique



santhea



Regards sur l'actualité

La lutte contre les médicaments falsifiés prend de l'ampleur

Les médicaments falsifiés constituent un véritable fléau touchant non seulement les pays en développement, mais également les pays développés. On y observe depuis quelques années une forte recrudescence des cas de falsification de médicaments, notamment en Europe. Cette falsification concerne les médicaments « de confort » mais aussi des produits vitaux tels que les anticancéreux. La présence de tels produits illégaux sur le marché constitue un véritable danger pour la santé publique et peut avoir des conséquences dramatiques.

Pour faire face à cette menace, le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont adopté en mai 2011 une nouvelle directive visant à mettre en place des mesures destinées à lutter contre l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement légal de nombreux pays. Cette directive 2011/62 dite « FMD » (False Medicines Directive) s'accompagne d'un règlement délégué reprenant les spécifications techniques nécessaires à son application.

L'AUTHENTICITÉ DES MÉDICAMENTS AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS

Le cœur de la directive prévoit la mise en place de dispositifs de sécurité et d'inviolabilité permettant de vérifier l'authenticité et l'identification des boîtes individuelles de médicaments et de vérifier si l'emballage extérieur a fait l'objet d'une effraction. Ces dispositifs sont effectifs depuis l'entrée des boîtes dans la chaîne d'approvisionnement, via la firme pharmaceutique, jusqu'à leur délivrance en officine publique ou hospitalière. L'obligation d'apposer les dispositifs de sécurité sur l'emballage s'applique à tous les médicaments délivrés sur ordonnance, sauf exceptions, plus certains médicaments non soumis à prescription. Les médicaments en vente libre sont donc, par principe, dispensés de ces mesures d'authenticité, et ce, en raison de leur faible risque de falsification.

Le règlement délégué précité, publié le 9 février

2016 entrera en vigueur le 9 février 2019 dans les pays de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et en Suisse. Suivant les spécifications du règlement, le système de sécurité est conçu afin que seuls les médicaments dont l'authenticité doit être garantie et dont l'emballage porte les dispositifs qui y sont décrits puissent être vendus au sein de l'UE. Les dispositifs consistent en :

- Un identifiant unique (IU) encodé dans un code à barres bidimensionnel¹ apposé sur la boîte de médicaments ;
- Un dispositif anti-effraction permettant de vérifier que la boîte n'a pas été ouverte avant d'être délivrée au patient.

Le processus de vérification fonctionne via une base de données (système de répertoires) contenant les IU de chaque boîte de médicaments sortie des usines de production. En bout de chaîne, les boîtes sont scannées afin de vérifier que leur IU correspond bien à un IU enregistré dans le système de répertoires. De plus, après vérification et avant la délivrance au patient, l'IU de chaque boîte de médicaments doit être désactivé dans la base de données (décommissionnement) pour éviter qu'une autre boîte portant le même IU puisse passer avec succès l'étape de la vérification. Ceci suppose qu'une connexion automatique au système de répertoires soit mise en place à partir de l'officine de délivrance. En l'absence de vérification, la délivrance du médicament n'est pas autorisée.

¹ Le code à barres 2D contient en fait 4 éléments : le n° de série unique (IU), le n° GTIN spécifique du médicament, son n° de lot et sa date de péremption.

TOUT UN ÉCOSYSTÈME

Conformément aux prescriptions du règlement délégué, l'ensemble du système de vérification (EMVS pour European Medicines Verification System) a été mis sur pied par les parties concernées, c'est-à-dire les fabricants de médicaments, les titulaires d'une autorisation de mise sur le marché, les grossistes et les personnes autorisées ou habilitées à délivrer des médicaments au public. Les coûts du système de répertoires sont supportés par les producteurs de médicaments.

Afin de les assister dans cette tâche, les parties concernées se sont associées et ont fondé la EMVO (European Medicines Verification Organisation) dans le but commun d'empêcher de bout en bout l'entrée de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement légale.

Aussi bien l'EMVO que l'EMVS ont leur contrepartie nationale (NMVO & NMVS) dans chacun des pays concernés par la directive. Chaque NMVO s'est chargé de mettre sur pied et de gérer le NMVS et chaque NMVS est connecté au « hub » européen dans lequel les firmes pharmaceutiques sont tenues de charger les IU des boîtes de médicaments.

Le but principal du NMVS est de servir, dans son pays, de plate-forme de vérification de l'authenticité des médicaments qui y sont distribués notamment pour les pharmacies (publiques et hospitalières).

En Belgique, ce rôle est joué par la BeMVO (Belgian Medicines Verification Organisation) qui constitue le contact privilégié des acteurs de terrain dans notre pays, en charge de mettre la FMD et le règlement délégué en œuvre.

Ces contraintes sont d'autant plus mal ressenties que les officines hospitalières reçoivent essentiellement les médicaments directement en provenance du producteur sans l'intervention d'un intermédiaire, rendant les possibilités de falsification pour ainsi dire nulles.

QUEL IMPACT POUR LES HÔPITAUX ?

S'il n'est pas question de remettre en cause l'utilité d'un tel système d'authentification des médicaments, force est de constater que son impact sur le fonctionnement des officines hospitalières en particulier est loin d'être négligeable.

Il faut en effet s'équiper de scanners et se procurer ou adapter un logiciel permettant la connexion au NMVS, la vérification et le décommissionnement de l'IU de chaque boîte de médicaments ensuite délivrés aux patients. Étant donné les spécificités d'une officine hospitalière et spécialement les quantités de médicaments à traiter, on réalise que cela risque de se traduire assez vite par la nécessité d'engager un voire plusieurs équivalents temps plein supplémentaires dédiés à ces nouvelles tâches.

Ces contraintes sont d'autant plus mal ressenties que les officines hospitalières reçoivent essentiellement les médicaments directement en provenance du producteur sans l'intervention d'un intermédiaire, rendant les possibilités de falsification pour ainsi dire nulles.

Notons que, contrairement aux pharmacies publiques qui doivent procéder au décommissionnement de l'IU juste avant de délivrer la boîte de médicaments au patient, les pharmacies d'hôpital peuvent procéder à ce décommissionnement à n'importe quel moment entre l'arrivée de la boîte à l'officine et sa délivrance effective. Si cela peut potentiellement rendre la tâche un peu moins contraignante, cela exige cependant de soigneusement penser l'enchaînement des diverses étapes permettant d'assurer

S'il n'est pas question de remettre en cause l'utilité d'un tel système, force est de constater que son impact sur le fonctionnement des officines hospitalières en particulier est loin d'être négligeable.

l'authenticité, enchaînement pouvant varier selon la nature, la quantité, ou encore le mode de stockage (au froid ou non) de chacun des médicaments concernés. L'espace de stockage par exemple, n'étant pas extensible à volonté, peut être l'un des paramètres critiques dans cette perspective.

Bien avant l'entrée en vigueur effective de la FMD, les inquiétudes des pharmacies d'hôpital ont été relayées au niveau européen par HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), dont santhea est membre, et par la EAHP (European Association of Hospital Pharmacists). Ces deux organisations, toutes deux membres de la EMVO, désiraient explorer des solutions possibles permettant de minimiser les effets des dispositions anti-falsification sur les officines hospitalières. Elles furent discutées au sein du Working Group IV de la Commission européenne en charge de la mise en place de la FMD. Parmi les pistes possibles proposées, l'agrégation de code à barres 2D en un « méta-code » 2D permettant de vérifier et de décommissionner plusieurs dizaines de boîtes en un seul scan semblait à privilégier.

Pour des raisons de sécurité essentiellement, on a conclu que de tels codes agrégés devaient cependant être intégrés directement de manière digitale dans l'EMVS, exigeant, selon

ses concepteurs, une adaptation inenvisageable à court terme dont la mise en œuvre a en conséquence été repoussée à 3 voire 5 ans. Il n'a pas été jugé acceptable de simplement apposer les codes agrégés sur l'emballage tertiaire (ou plus) contenant plusieurs boîtes de médicaments, tandis que leur communication via des échanges de fichiers digitaux n'est à considérer qu'avec une extrême prudence et dans des conditions drastiques de sécurité informatique.

Au niveau belge, santhea a alerté la Ministre fédérale de la Santé publique sur les effets qu'allait avoir la FMD sur les activités des pharmacies hospitalières et les finances des hôpitaux. Sa réponse s'est cantonnée à des généralités (bien-être du patient, chacun doit assumer sa partie des coûts, importance de la collaboration de tous les acteurs, etc.). Une seconde lettre à la Ministre, signée cette fois par toutes les fédérations hospitalières, a été envoyée début décembre 2018 remettant l'accent sur les problèmes qu'allait occasionner l'application de la FMD et proposant quelques pistes de solution à même de les résoudre en partie. Parmi celles-ci on retrouvait notamment l'agrégation des codes à barres 2D et l'augmentation du financement des pharmacies via la partie B5 du BMF. Cette missive est restée sans réponse.



PRÊTS POUR LA MISE EN PLACE DU SYSTÈME ?

Suivant le BeMVO, il était initialement prévu qu'en Belgique la période de janvier à avril 2018 soit celle de la mise en place du système dans une première série de pharmacies. La mise en place devait se poursuivre dans le reste des pharmacies entre avril et août 2018. Cette période et les mois suivants seraient utilisés comme période de validation avec comme objectif un fonctionnement optimal dès le 9 février 2019.

Il s'agit d'éviter une rupture de la chaîne d'approvisionnement des médicaments consécutive à des alertes inopportunes générées par le système.

En vue de cette échéance, santhea a adressé aux responsables de pharmacie quelques questions destinées à estimer le degré de préparation de leur officine à l'application de la FMD. Force fut de constater que les réponses reçues témoignaient d'une situation assez contrastée.

Les résultats de ce sondage ont été discutés lors d'une réunion des fédérations hospitalières avec des représentants du BeMVO, de Medaxes (association belge d'entreprises pharmaceutiques) et de l'AFMPS, avec pour objectif de s'accorder sur des solutions pouvant faciliter l'application de la FMD au niveau belge.

La discussion, certes constructive, n'a pourtant pas permis de dégager des alternatives à l'application pure et simple des mesures de sécurité préconisées, à partir du 9 février 2019. L'AFMPS a confirmé que des inspections incluant la vérification de la mise en place de la FMD seraient bien d'application à partir de cette date. Dans un premier temps, l'attention se porterait sur la présence de l'équipement nécessaire et la volonté d'appliquer les vérifications (scanning, utilisation de la plate-forme, etc.). Les non-conformités éventuelles seraient pointées et par la suite, c'est l'évolution dans l'application et la mise en conformité qui seraient vérifiées. L'extension des non-conformités et le danger éventuel qui en résulterait seraient pris en compte dans la détermination de sanctions éventuelles.

DES AMÉNAGEMENTS RAISONNABLES

Les choses n'en sont pourtant pas restées là. En effet, peu après cette réunion et peu avant la date d'entrée en application de la FMD, l'EMVO a produit un document incluant des recommandations pour une période de « stabilisation » couvrant les premiers mois suivant l'entrée en phase opérationnelle de l'EMVS et des NMVS.

Il s'agit au travers de ces recommandations d'éviter une rupture de la chaîne d'approvisionnement des médicaments consécutive à des alertes inopportunes générées par le système. L'origine des alertes est variable - données incomplètes ou incorrectement entrées, scan de produits non visés par la directive, erreur de procédure au niveau des grossistes ou des pharmacies, dates d'expiration au mauvais format, etc. En outre, un problème de configuration (identifié) du système pourrait au début mener à l'absence du message de confirmation envoyé après que des données aient été chargées correctement dans l'EMVS, occasionnant un surcroît de travail pour l'intervenant responsable de ce chargement.

A noter que l'on s'attend de toute façon à ce que, pendant plusieurs années encore, il y ait sur le marché des boîtes de médicaments sérialisées et d'autres qui ne le sont pas alors qu'elles devraient l'être. A l'heure actuelle cette absence de sérialisation concerne de 10 à 20% des boîtes.

Ces divers éléments plaident donc pour la mise en place d'une période dite de stabilisation, durant laquelle la priorité devra être donnée à l'approvisionnement adéquat en médicaments sur une mise en quarantaine résultant d'une alerte malvenue. On s'attend aussi à ce que durant cette phase opérationnelle initiale, les autorités compétentes nationales fassent montre de flexibilité dans leurs exigences d'application de la FMD et de son règlement délégué.

Tous les acteurs sont cependant invités à utiliser le système dès le début au mieux de leurs possibilités, afin de pouvoir mettre pleinement à profit la période de stabilisation. Durant celle-ci, les défaillances constatées, à quelque niveau



que ce soit, seront traitées et résolues dans le but ultime d'obtenir un système stable générant des alertes uniquement en cas de réels soupçons de falsification.

En septembre 2019, l'EMVO, les NMVS, la Commission européenne et les autorités compétentes nationales comptent entreprendre une évaluation approfondie du fonctionnement de l'ensemble du processus et de la mise en application des prescrits du règlement délégué européen par les diverses parties concernées. A l'issue de cette évaluation, la période de stabilisation du système devrait prendre fin et commencera alors celle de pleine activité.

Enfin, en Belgique, l'AFMPS, s'inscrivant dans cette démarche, a produit une circulaire décrivant la procédure à suivre en cas de problème lors de la phase de lancement de la FMD. Elle contient des instructions aux diverses parties concernées, notamment les pharmaciens. En cas d'alerte mais en présence de suspicions insuffisantes de falsification des médicaments, le pharmacien peut choisir de quand même les délivrer aux patients. Cette période de transition prévue par l'AFMPS s'étendra jusqu'au 30 avril 2019 avec, au besoin, une possibilité de prolongation. La circulaire insiste aussi sur l'utilité du document de questions-réponses produit par la Commission européenne².

² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/falsified_medicines/qa_safetyfeature_en.pdf

RGPD: un processus de mise en conformité compliqué

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en application le 25 mai 2018 avec pour objectif l'harmonisation de la législation sur la protection des données à caractère personnel dans les différents États membres de l'Union européenne mais aussi un renforcement des droits des personnes sur l'utilisation des informations les concernant par rapport à la directive 95/46/CE du 24 octobre 1995.

Ce règlement impose aux responsables de traitements de données à caractère personnel une série d'obligations plus contraignantes mais nécessaires en vue notamment de mieux protéger les données à caractère personnel des résidents européens à l'heure du big data, de la cybercriminalité et de la marchandisation des données des personnes physiques. Ces nouvelles règles sont supportées par toute une batterie de sanctions financières et administratives qui peuvent désormais être infligées par la nouvelle Autorité de Protection des Données.

Les institutions de soins ne bénéficient d'aucune exemption en la matière alors même qu'elles doivent organiser leurs activités avec un budget limité et des réglementations diverses et variées. Contrairement à des géants comme Google, Microsoft ou Facebook, elles n'exploitent pas les données à caractère personnel des patients à des fins lucratives et ne disposent que de moyens limités pour financer une mise en conformité.

L'implémentation du RGPD n'a en effet rien d'un projet anodin pour ces institutions. Non seulement, elles sont dans l'obligation, compte tenu de la nature de leurs activités, de traiter un grand nombre de données sensibles mais elles recourent en outre pour ce faire à des processus complexes et variés. La mise en conformité implique donc une appropriation forte du projet par la direction, étant donné sa durée, mais également une participation active de l'ensemble des membres du personnel en raison de sa transversalité. Ce projet ne peut, de plus, pas être opérationnalisé dans de bonnes conditions s'il n'est pas coordonné par un collaborateur disposant du temps, de l'autorité

et des compétences nécessaires pour le mener à bien, ceci avec l'appui du délégué à la protection des données de l'institution (Data Protection Officer ou DPO).

Début 2018, un grand nombre d'institutions de soins n'avaient encore rien entrepris pour la mise en conformité, soit qu'elles n'avaient pas pris conscience de l'ampleur de la tâche, soit qu'elles n'avaient pas eu les ressources financières et humaines suffisantes pour lancer le projet.

Le conseiller en sécurité de l'information a souvent été nommé responsable du projet de mise en conformité au RGPD pour pallier ce retard, ce profil se rapprochant beaucoup de celui du DPO. Une telle nomination n'est pas dénuée de risque quand ces fonctions sont exercées concomitamment par une seule et même personne car il existe un potentiel conflit d'intérêts dans l'exécution des tâches confiées initialement à ce collaborateur. Dans certaines institutions cependant, cette tâche d'implémenter le RGPD sera confiée à un cadre du personnel ne disposant pas de la formation et, surtout, du temps nécessaire pour remplir complètement ce rôle.

Les institutions ayant confié la tâche d'implémenter le RGPD à un conseiller en sécurité de l'information, auparavant actif à temps plein dans l'analyse des procédures de son établissement, l'évaluation des risques et la rédaction d'un plan de sécurité de l'information, ou encore à un DPO spécifiquement formé, sont aujourd'hui parmi les plus avancées en la matière.

Aucun financement, même partiel, n'est venu faciliter le recrutement d'un DPO par les institutions de soins.

De façon globale, rares sont les institutions à avoir réussi à dégager un temps plein pour coordonner la mise en conformité au RGPD.

Cette situation n'est évidemment pas facilitée par la rareté des profils de DPO disponibles sur le marché du travail. Rares et recherchés, leur engagement est bien souvent très onéreux en raison de l'éventail important des connaissances demandées en sécurité de l'information, en droit, mais également dans le secteur des soins de santé.

Ce manque de disponibilité d'un profil adéquat pour mettre en place le projet de mise en conformité au RGPD se combine hélas également à la complexité de celui-ci.

Or, de la même manière que lors de la création et de l'imposition de la fonction de conseiller en sécurité de l'information, aucun financement, même partiel, n'est venu faciliter le recrutement d'un DPO par les institutions de soins. Le fait de disposer d'un tel expert est pourtant une obligation à ce niveau compte tenu du traitement à grande échelle

de catégories particulières de données à caractère personnel (dites « sensibles »), parmi lesquelles figurent évidemment des données de santé. Face à cette situation, les institutions sont nombreuses à avoir fait appel aux services d'organismes proposant une fonction de DPO externalisé, bien que ceci ne permette pas de garantir un soutien à plein temps au responsable du projet de mise en conformité.

Ce manque de disponibilité d'un profil adéquat pour mettre en place le projet de mise en conformité au RGPD se combine hélas également à la complexité de celui-ci. Quelle que soit la taille de l'institution, les mesures et actions à entreprendre sont nombreuses et variées.

La consignation dans le détail de l'ensemble des traitements de données à caractère personnel (catégories de données, destinataires internes et externes, sous-traitants, mesures de sécurité, transferts en dehors de l'Union européenne, etc.) dans un registre du même nom représente un premier défi de taille à relever par le responsable

du projet RGPD et le DPO, tant les activités des institutions de soins peuvent s'avérer riches et étendues par rapport à d'autres secteurs.

Les soins aux patients nécessitent ainsi des dizaines de traitements interconnectés de données de santé mais également administratives, sociales, financières, liées aux assurances ainsi que des données plus sensibles de type génétique ou propres au numéro d'identification unique à la sécurité sociale (NISS). À côté de ces principaux traitements, nombres d'institutions sont également actives dans des domaines tels que l'enseignement ou encore la recherche scientifique, secteur très particulier qui amène son lot de questions et de situations complexes à administrer du point de vue du consentement des volontaires et du statut de l'institution par rapport à celui des promoteurs des projets de recherche. Comme les entreprises, les institutions de soins traitent également des données dans le cadre du management par les directions, de la gestion des procédures d'accréditation et de la qualité, des ressources humaines, des assurances, des finances ainsi que pour la logistique des achats, de l'archivage et de tout ce qui a trait aux technologies de l'information et de la communication. Autant de traitements qui doivent faire l'objet d'un enregistrement chronophage et minutieux à mettre à jour dès que nécessaire. Réaliser l'inventaire de leurs processus permettra néanmoins aux institutions d'en faire un mapping, de les simplifier et de les formaliser.

Parmi les traitements de données à caractère personnel à consigner dans le registre, ceux jugés sensibles sur base de critères larges définis à l'origine par le RGPD doivent faire l'objet d'une investigation plus poussée nommée Analyse d'Impact sur la Protection des Données (Data Protection Impact Assessment – DPIA). L'objectif de ces démarches consiste principalement à évaluer le risque potentiel de ces traitements de données à caractère personnel sensibles pour les personnes concernées au regard des mesures de sécurité mises en place. Cela justifie dès lors une implication forte, mais pas toujours évidente, du service informatique et des services concernés



par ces traitements. Chaque analyse requiert en effet plusieurs jours de travail pour déterminer les risques encourus, identifier les mesures mises en place pour les réduire et évaluer les risques résiduels pour déterminer la nécessité ou non d'établir un plan d'action pour agir sur ces risques. Les résultats de cet exercice doivent également être soumis à l'Autorité de Protection des Données qui pourra, en fonction de sa propre analyse, préconiser des mesures complémentaires ou dans le pire des cas, interdire le traitement des données.

Outre la rédaction fastidieuse du registre des activités de traitement et la réalisation des DPIA, les institutions de soins doivent également recenser tous les contrats à l'occasion desquels sont sous-traités des traitements de données à caractère personnel afin d'en analyser le contenu et établir au besoin des dispositions contractuelles réglementant le traitement de ces données par des sous-traitants. Le RGPD impose en effet la rédaction d'un acte juridique contraignant pour tout contrat de ce type, y compris pour ceux en cours à la date du 25 mai 2018.

Ici, encore, la difficulté sera dans un premier temps de recenser ces conventions dans des institutions dans lesquelles il n'existe pas de gestion centralisée des contrats mais où ceux-ci sont souvent gérés de manière autonome

par chaque service. Bien entendu, le nombre de relations de sous-traitance à mettre en conformité varie selon la taille de l'institution. Si celui-ci ne dépasse que rarement la vingtaine dans le secteur extrahospitalier, il peut s'étendre à plusieurs centaines dans le cas des hôpitaux et autres structures de taille conséquente. Cette situation s'explique notamment par la diversité des logiciels et appareillages médicaux exploités. Chaque contrat doit donc être revu et faire l'objet d'une correspondance suivie entre la firme et le service juridique de l'institution, cette tâche ne pouvant revenir aux seuls chefs de projet et DPO.

À noter également que de nombreux sous-traitants au sens du RGPD sont aujourd'hui localisés aux États-Unis. Ce pays étant actuellement considéré comme non-adéquat pour le traitement de données à caractère personnel, la mise en conformité nécessite le recours à des instruments juridiques particuliers. Le fait que certaines données soient relocalisées sur des serveurs situés en territoire européen est par ailleurs également impacté par l'adoption en 2018 de la loi fédérale américaine du *Clarifying Lawful Overseas Use of Data Act (CLOUD Act)*, celle-ci permettant aux autorités des États-Unis de contraindre les hébergeurs américains de données, y compris de données à caractère personnel, à leur fournir celles-ci. Les institutions n'ont donc d'autre choix

que d'entamer des discussions avec leurs sous-traitants américains en espérant les voir accepter leurs conditions, chose loin d'être acquise lorsqu'il s'agit de négocier avec des multinationales dont les services sont indispensables aux institutions dans leur gestion quotidienne.

Le danger est donc grand dans ce contexte que le projet coûteux et complexe de mise en conformité au RGPD soit mis de côté ou même ignoré dès le départ par les institutions du secteur, celles-ci ayant pour la plupart de nombreux autres dossiers majeurs à traiter avec leurs propres délais et priorités. Les risques sont pourtant loin d'être négligeables en cas de traitement hasardeux de données à caractère personnel et de non-respect du règlement européen. Tout responsable de traitements peut ainsi faire l'objet d'une enquête de l'Autorité de Protection des Données, que celle-ci soit spontanée ou survienne à la suite d'une violation de données ou d'une ou plusieurs plaintes. Les sanctions en cas de manquement vont, pour rappel, de la simple demande de mise en ordre à l'amende chiffrée à plusieurs millions d'euros, potentiellement accompagnée de la demande d'arrêt pur et simple d'un ou plusieurs traitements. Cette dernière mesure, bien que

théorique, pourrait dans des cas extrêmes entraîner la fermeture provisoire ou définitive d'un service de l'hôpital ou de l'hôpital lui-même.

Face à la situation complexe rencontrée par la plupart des institutions concernées par le RGPD et en prenant en compte la sévérité des sanctions prévues par le RGPD, il aurait été légitime d'attendre un soutien de la part de l'Autorité de Protection des Données dans le cadre du processus de mise en conformité. Rien n'a pourtant été proposé dans les premiers mois.

Créée bien trop tardivement par la loi du 3 décembre 2017 qui en organise la structure et le fonctionnement en succédant à la Commission de la Protection de la Vie Privée (CPVP), le démarrage de l'Autorité de Protection des Données s'est révélé particulièrement chaotique. En cause : la difficulté liée au recrutement de candidats répondant aux critères de sélection définis, notamment linguistiques. Ainsi, alors que l'organisme devrait compter, à terme, une cinquantaine

Les risques sont loin d'être négligeables en cas de traitement hasardeux de données à caractère personnel et de non-respect du règlement européen.





de collaborateurs, les membres du Comité de direction eux-mêmes n'avaient pas encore été nommés par la Chambre à la fin de l'année 2018. Son fonctionnement en est donc fortement impacté.

Pendant la période transitoire, les missions et compétences de l'Autorité de Protection des Données sont exercées en affaires courantes, et donc au mieux selon les moyens à leur disposition, par les membres de la CPVP. La charge de travail est, dans ce contexte, énorme lorsque l'on sait que 317 violations de données à caractère personnel ont été notifiées pour analyse entre le 25 mai et la fin du mois de novembre 2018 et que 7.000 dossiers de fond ont été traités au cours de l'année. En comparaison, seules 13 violations ont fait l'objet d'une notification en 2017 avec un peu moins de 5.000 dossiers traités. Cette différence s'explique aisément par le fait que, avec le RGPD, l'obligation de notification des violations, autrefois réservée uniquement au secteur des télécommunications, s'est étendue à tous les secteurs.

Cette situation n'a malheureusement, et surtout, pas permis à l'organisme de remplir une autre de ses missions essentielles : celle de mettre

à la disposition des institutions amenées à se mettre en conformité avec le RGPD, les lignes directrices, avis et jurisprudences susceptibles de les aider dans ce projet d'envergure. Chaque secteur a donc été amené à produire sa propre coordination du RGPD et du reste de la législation existante en matière de protection des données et de la vie privée afin de développer ses propres outils et procédures, un exercice souvent facilité néanmoins par la consultation des outils diffusés librement par les autorités de contrôle étrangères telle que la Commission Nationale française de l'Information et des Libertés (CNIL).

Il reste donc à espérer que le fonctionnement de l'Autorité de Protection des Données ne tardera pas à se mettre définitivement sur les rails et qu'elle prendra en considération la situation compliquée dans laquelle les institutions ont été laissées lorsque celles-ci feront l'objet d'une enquête, sachant que de telles actions ont d'ores et déjà été menées à l'heure d'écrire ces lignes.

L'environnement, un sujet d'actualité pour les institutions de soins

Notre planète est en danger. Il ne se passe pas un jour sans que nous ne soyons alertés des dangers climatiques. La presse nous relate périodiquement l'intensité des catastrophes météorologiques à travers le monde. Ces dérèglements climatiques impactent directement notre santé et, partant, les institutions de soins. On constate une augmentation des maladies provoquées par la chaleur ainsi que des maladies infectieuses, cardiovasculaires et respiratoires. Selon une évaluation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le changement climatique devrait, entre 2030 et 2050, entraîner environ 250.000 décès supplémentaires par an à l'échelle mondiale, des suites de malnutrition, du paludisme ou encore du stress thermique.

L'ancienne directrice de l'OMS, le Dr. Margaret Chan, avait déclaré en 2017 que le changement climatique était la question déterminante du XXI^e siècle pour la santé publique. Ce commentaire, fait dans le contexte des défis des services de santé dans un monde en mutation, sert aussi de rappel de l'enjeu des émissions de gaz à effet de serre.

Le secteur des soins de santé a une responsabilité morale et une obligation sociétale d'être parmi les pionniers dans la lutte environnementale.

Rappelons-nous le serment d'Hippocrate « Primum non nocere, deinde curare », d'abord ne pas nuire, ensuite soigner. D'après une étude réalisée par le Groupe de la Banque mondiale, le secteur des soins de santé contribue pour environ 5% aux émissions mondiales de carbone. Les quelques 15.000 hôpitaux que compte l'Union Européenne produisent ensemble 250 millions de tonnes de carbone par an. Les institutions de soins de santé ont manifestement un rôle à jouer dans la réalisation des objectifs en matière de climat et d'énergie. Le secteur des soins de santé a une responsabilité morale et une obligation sociétale d'être parmi les pionniers dans la lutte environnementale.

DES POLITIQUES ENVIRONNEMENTALES AMBITIEUSES

L'accord de Paris COP21¹ a permis de mettre sur papier des objectifs ambitieux pour l'ensemble de la planète. Au lendemain de cet accord, l'Union européenne a défini un cadre pour le climat et l'énergie constitué de plusieurs objectifs pour l'horizon 2030, dont :

- Une diminution des gaz à effet de serre de 40% ;
- Une production d'au moins 27% d'énergie durable ;
- Une amélioration de l'efficacité énergétique de 27 à 30%.

Il existe également une directive européenne (2012/27/UE) relative à l'efficacité énergétique qui impose aux Etats membres le calcul d'un objectif indicatif national en matière d'efficacité énergétique ainsi qu'une série de mesures contraignantes en ce qui concerne les économies d'énergie.

Sur cette base, la Belgique a établi un Plan d'Actions d'Efficacité Énergétique (ou PAEE) en vue de réaliser l'objectif indicatif national. Les principales actions et mesures fédérales basées sur la directive 2012/27/UE sont les suivantes :

1 La COP est une conférence internationale sur le climat qui réunit chaque année les pays signataires de la Convention Cadre des Nations Unies sur le Changement Climatique (CCNUCC). L'édition 2015 (COP21) a été organisée par la France. L'Accord de Paris qui y a été adopté marque un tournant dans la lutte contre le réchauffement climatique puisqu'il engage tous les pays du monde à réduire leurs émissions de gaz à effet de serre et à maintenir le réchauffement sous la barre des 2°C d'ici à 2100.

- Economie de 18% de la consommation énergétique;
- Rénovation des bâtiments du gouvernement fédéral;
- Achats durables par les organismes publics fédéraux;
- Mise en place de mesures fiscales pour les particuliers et les entreprises;
- Augmentation de l'efficacité énergétique des infrastructures du gaz et de l'électricité;
- Mise en place de services énergétiques ESCO (Energy Service Companies).

Depuis que les compétences en matière énergétique ont été étendues aux Régions et Communautés, chaque Région a élaboré son propre Plan d'Actions d'Efficacité Energétique (PAEE), d'où la difficulté de pouvoir pratiquer les mêmes actions dans les trois Régions. Les objectifs et les moyens d'y parvenir ne sont pas toujours les mêmes. Il reste à espérer que très prochainement nous puissions enfin avoir une « loi climat » fédérale qui permettra d'avancer tous ensemble d'un même pas.

QUELS ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX POUR LES INSTITUTIONS DE SOINS DE SANTÉ ?

Les enjeux environnementaux liés à l'activité du secteur des soins de santé sont complexes et variés.

Nous évoquerons ici les 5 thématiques liées aux défis que rencontrent les institutions de soins, en nous basant sur un guide édité par l'organisation internationale Global Green Healthy Hospitals (GGHH)² et sur une étude belge réalisée en 2008 par l'UZ Leuven auprès de 70 hôpitaux des 3 Régions. Celle-ci avait été commandée par le SPF Santé publique afin de mettre en avant les activités environnementales des hôpitaux belges et les points d'amélioration à apporter.

-> Fournir de l'énergie propre et renouvelable

En comparaison avec d'autres activités du non-marchand, le secteur des soins de santé se caractérise par une consommation énergétique élevée.

L'étude précitée de l'UZ Leuven montre clairement la part importante que prend le poste HVAC = Heat + Ventilation + Air Conditioning (chauffage, refroidissement, production d'eau chaude, ventilation,



² Cette association internationale a comme priorité de diminuer l'empreinte carbone des institutions de soins de santé. Elle a établi une liste de 10 objectifs environnementaux liés à l'activité des institutions de soins de santé.

Les services de soins ne sont pas les seuls postes énergivores. Il faut y ajouter les activités liées au service hôtelier comme la restauration, l'entretien du bâtiment, la laverie, l'hébergement.

humidification) qui représente 65% du total de la facture énergétique.

En effet, la prise en charge des patients nécessite une atmosphère intérieure adéquate et implique le respect d'exigences strictes en matière de température, d'humidité et de ventilation. Le service technique doit assurer l'approvisionnement énergétique dans les unités

vitales, comme les blocs opératoires, les unités de soins intensifs ou les services d'urgence, tous ces services de soins devant être obligatoirement disponibles, 24h sur 24h et 365 jours par an.

La part que représente l'utilisation d'appareils médicaux de pointe est tout aussi importante. Les institutions de soins utilisent des technologies avancées dans le cadre de la chirurgie robotisée, de la neuro-navigation, de la tomothérapie, la radiochirurgie stéréotaxique ou encore de l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Tous ces équipements produisent de la chaleur qui doit être compensée par une climatisation supplémentaire qui entraîne de facto une augmentation de la consommation d'énergie.

L'étude de l'UZ Leuven évoque un pourcentage de 20% de la consommation liée à l'éclairage. Beaucoup d'institutions envisagent en priorité de faire du « relighting » (remplacement des lampes classiques par de l'éclairage LED) en raison du retour sur investissement très rapide. C'est donc un poste qui est en forte diminution depuis quelques années.

Les services de soins ne sont pas les seuls postes énergivores. Il faut y ajouter les activités liées au service hôtelier comme la restauration, l'entretien

du bâtiment, la laverie, l'hébergement.

Les dépenses énergétiques démontrent la nécessité accrue de choisir une énergie durable qui aura une influence non négligeable sur la charge environnementale totale d'un établissement de soins. C'est pourquoi une grande majorité d'hôpitaux a choisi d'installer un système de cogénération qui est une source d'énergie plus respectueuse pour l'environnement³.

D'autre part, il faut considérer plusieurs autres paramètres qui impactent la gestion énergétique comme le nombre de lits, la superficie totale des bâtiments, l'étendue du parc immobilier (immeuble ou pavillonnaire), l'âge des bâtiments et le besoin de rénovation, la situation géographique, le nombre de travailleurs mais aussi la législation environnementale et/ou énergétique de chaque Région.

Il est nécessaire que chaque établissement puisse gérer sa consommation d'énergie d'une façon rationnelle. Certains établissements utilisent une comptabilité énergétique, d'autres, des outils plus sommaires. Santhea mettra en place une action commune qui permettra à toutes ses institutions membres d'utiliser des outils d'analyse de leur consommation énergétique. Nous construirons en parallèle un système de benchmarking inter-hospitalier en vue d'analyser le résultat d'actions concrètes sur le long terme.

À titre d'exemples d'actions énergétiques prises par des hôpitaux membres de santhea, nous pouvons citer :

- La rénovation par un hôpital de 11 de ses bâtiments en remplaçant les châssis, en isolant les façades et toitures et en modifiant l'éclairage. Cette mesure a engendré une économie de 35% sur le chauffage et de 13% sur l'électricité. En matière d'émissions de gaz à effet de serre, les économies sont estimées à 2,718 tonnes équivalent CO₂ par an ;
- Le projet qu'a une institution de se chauffer, d'ici

³ La cogénération est le principe qui repose sur la production simultanée de chaleur et d'électricité. Leur combustion libère une chaleur élevée (1.200°C) qui est mise à profit pour produire de l'électricité. La chaleur plus faible résultante peut être utilisée pour chauffer les bâtiments et l'eau sanitaire.

2023, en utilisant les nappes d'eau chaude qui se situent à plus de 2.500 mètres sous la surface. Cela lui permettra d'épargner près de 3.500 tonnes de CO₂;

- La mise en place d'un programme d'utilisation rationnelle de l'énergie URE⁴ au sein d'un hôpital, qui a permis de diminuer sa consommation de près de 2.500 tonnes de CO₂ (équivalent à la consommation de 600 foyers bruxellois).

-> **Mettre la priorité sur la bonne gestion environnementale**

Le système de management environnemental (SME) est un outil qui a pour objectif d'améliorer la gestion et les performances environnementales. Le thème de la protection de l'environnement doit non seulement être soutenu par quelques personnes s'impliquant sur le lieu de travail, mais doit être également fortement ancré au sein de la direction de l'institution. Ainsi, une déclaration de politique environnementale qui précise les priorités environnementales et les objectifs à atteindre afin d'améliorer les performances environnementales d'une institution, constitue un très bon signal auprès du personnel.

Il est évident que plus grandes sont les connaissances en matière d'environnement et d'énergie, plus grandes seront les chances d'aborder ces questions de manière efficace.

Une enquête que nous avons menée a démontré que la majorité de nos membres a commencé une approche de gestion environnementale en intégrant certains points y relatifs dans leur



4 Le programme d'Utilisation Rationnelle de l'Énergie (URE) au sein d'un hôpital porte sur différents points: isolation, ventilation, éclairage, panneaux solaires, régulation HVAC, comptabilité énergétique, GMAO (gestion de maintenance assistée par ordinateur), mesure énergétique, audit, achat groupé d'énergie, nouvelle cogénération, transversalité interservices, suivi financier et administratif.

plan stratégique. Un des objectifs de santhea est de mettre en place les outils nécessaires pour intégrer une vraie politique environnementale au sein des institutions membres de la fédération.

L'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) est un excellent exemple de mise en place d'une gestion environnementale. Regroupant 39 hôpitaux, elle implémente une politique environnementale durable pour l'ensemble de ses activités afin de développer des stratégies pour réduire les émissions de gaz à effet de serre. L'institution a déjà mis en place une politique de tri des déchets ainsi qu'une éco-team composée de professionnels de la santé dans le but de les sensibiliser à l'empreinte carbone lors des achats de médicaments.

-> **Sensibiliser le personnel et les patients**

Il ne suffit pas d'introduire des mesures de gestion environnementale, encore faut-il que les travailleurs les appliquent. À défaut, la protection de l'environnement sera limitée, voire nulle. Les performances environnementales d'une institution dépendent donc en grande partie de son personnel.

Les comportements automatiques réduisent également les chances de réussite: par habitude, nous reproduisons des gestes non-écologiques. La sensibilisation et la communication peuvent servir d'une part, à rompre les habitudes non-écologiques en faisant prendre conscience à chacun de la portée environnementale de leurs actes, et d'autre part, à lutter contre la résistance au changement.

La communication sur les résultats obtenus, tant en interne qu'en externe, permet d'encourager les travailleurs qui contribuent à la protection de

Les connaissances, la formation, la sensibilisation et la communication sont donc incontournables pour améliorer les performances environnementales d'une institution.

l'environnement. Cela peut même représenter une motivation supplémentaire pour améliorer les performances environnementales. D'après l'étude de l'UZ Leuven, les thèmes environnementaux sur lesquels les communications portent le plus souvent sont la gestion des déchets (72%) et l'énergie (67%).

D'après notre enquête, plus de 70% des répondants ont déjà pris des dispositions pour sensibiliser le personnel. Les supports utilisés sont principalement des campagnes d'affichage, des séances d'information ou encore des publications dans le journal interne de l'institution. L'impact, bien que difficilement quantifiable, est estimé à +/- 10% d'économies sur la facture énergétique.

Les connaissances, la formation, la sensibilisation et la communication sont donc incontournables pour améliorer les performances environnementales d'une institution. C'est pourquoi santhea aidera ses institutions à mettre sur pied une vaste action de sensibilisation auprès du personnel.

-> Réduire, traiter et éliminer en toute sécurité les déchets

Les établissements de soins de santé créent d'énormes quantités de déchets allant des matières recyclables comme le papier, les plastiques et les métaux, aux matériaux de compost, à l'électronique, aux produits chimiques, aux produits pharmaceutiques et aux autres déchets considérés comme dangereux. Beaucoup de ces déchets doivent subir des méthodes spéciales de traitement et d'élimination afin de réduire les impacts nocifs sur l'homme et l'environnement.

En effet, l'incinération des déchets de soins de santé produit du dioxyde de carbone, des oxydes d'azote, une gamme de substances volatiles ainsi que des résidus sous forme de cendres.

Tous ces gaz nocifs contribuent à la pollution atmosphérique. Cela se complexifie avec le traitement des déchets médicaux à risques et sans risque⁵. L'élimination des déchets à risques coûte environ 10 fois plus cher que la destruction de déchets sans risque (1.000 €/tonne). Il existe pour le moment 2 façons d'éliminer les déchets: l'incinération, qui est coûteuse et très polluante, et l'autoclave, qui stérilise à la vapeur mais qui est vorace en eau et produit des eaux contaminées.

Récemment, une société belge spécialisée dans le traitement « propre » des déchets hospitaliers a mis au point un procédé technologique permettant de traiter et recycler les déchets hospitaliers non-nucléaires et non-chimiques. Ce procédé plus écologique consiste à broyer les déchets potentiellement contaminés (seringues, compresses, tissus, bacs, déchets anatomiques) à 80% et ensuite à les chauffer à 100°C. Ainsi transformés, ils deviennent inoffensifs et assimilables aux déchets ménagers.

Dans la mesure du possible, il est nécessaire de trier les déchets biologiques à leur source, c'est-à-dire au chevet du patient, dans le laboratoire, au cours d'une opération, etc. La répartition des déchets dans des classes de danger appropriées permet une destruction environnementale optimale, sans risque et avantageuse économiquement.

Une autre problématique est celle du traitement des eaux usées. Selon l'UZ Leuven, les produits concernés sont le mercure, les produits de laboratoire, les agents cytostatiques, l'amalgame utilisé en dentisterie, les huiles et graisses provenant des cuisines. Seulement 7 établissements ayant participé à l'étude disposent de leur propre installation d'assainissement biologique. Les autres rejettent leurs eaux usées dans les égouts.

⁵ Il existe 3 catégories de déchets:

A: les déchets issus de l'hôtellerie, déchets administratifs ;

B1: déchets issus des soins des malades, des labo (non A et non B2) ;

B2: déchets contaminés par du sang ou restes anatomiques sont des déchets à risques.

Une des recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène (SPF Santé) est de désigner un responsable déchets au sein de l'établissement qui est chargé d'étudier la problématique des déchets dans son contexte élargi et de transmettre des avis à la direction.

À titre d'exemple d'épuration biologique, citons la mise en phase de test d'un épurateur biologique près d'un hôpital. Le procédé vise à éliminer efficacement, par voie biologique (dégradation des éléments organiques par des bactéries), les résidus de produits pharmaceutiques dont on redoute les effets à long terme sur l'environnement et la chaîne alimentaire.

Il est donc primordial de mettre en place une politique des déchets au sein des établissements de soins. Certains hôpitaux ont, à cette fin, nommé des responsables déchets au sein de leur organisation.

-> Réduire la consommation d'eau

La détection active des fuites d'eau est une mesure essentielle pour lutter contre le gaspillage. Un robinet qui fuit peut paraître un problème insignifiant, mais lorsqu'il produit une dizaine de gouttes à la minute, le gaspillage d'eau peut monter à 1.000 litres par an. Une toilette qui fuit consomme plus de 250.000 litres par an.

Quelques institutions étudient la possibilité d'installer des indicateurs spécifiques qui permettraient de gérer les consommations anormales d'eau courante. Le retour sur investissement de ce type d'action est assez rapide. D'après l'étude de l'UZ Leuven, la présence d'une comptabilité de l'eau permet de réduire sa consommation de 7%. Nous pouvons par

ailleurs citer, à titre exemplatif, le cas d'une maison de repos et de soins qui, grâce au relevé journalier des compteurs d'eau, a pu identifier une augmentation anormale de sa consommation qui venait des chasses. Elle perdait jusqu'à 518.000 litres par an (2.300 €). Depuis lors, une installation de compteurs a été mise en place et a permis de baisser la consommation de 63 à 24 m³ par jour.

En guise de conclusion, nous pouvons constater une prise de conscience du secteur des soins de santé de l'importance de l'enjeu environnemental. Pour faire face à tous ces enjeux environnementaux, la cellule environnement de santhea lancera différentes actions. Nous établirons tout d'abord un cadastre énergétique inter-hospitalier. Il permettra de réaliser un monitoring des consommations énergétiques et d'analyser les conséquences d'actions qui seraient prises par une institution par rapport à une autre. Nous lancerons également une campagne de communication sur les actions et les enjeux climatiques de nos institutions. Elle sera modulable en fonction des besoins et des exigences de chacun de nos membres. Enfin, nous nous intéresserons à la mise en place d'un Système de Management Environnemental (SME). Le but est d'aider les institutions membres de notre fédération à inscrire des actions environnementales dans la politique générale de l'établissement.



Financement de l'implémentation de l'IF-IC Phase 1 des hôpitaux privés dans le BMF : 6 avis successifs rendus par le CFEH en 2018

Tout au long de l'année 2018, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) a émis successivement 6 avis techniques concernant de près ou de loin le financement de la première phase d'implémentation de la nouvelle classification de fonctions IF-IC dans les hôpitaux privés. Dans l'histoire du CFEH, et avant lui, celle du CNEH (Conseil National des Etablissements Hospitaliers), la démarche est suffisamment rare pour que nous nous y arrêtions quelques instants.

Suppression des primes pour TPP/QPP

Dès décembre 2017, la Ministre fédérale de la Santé publique adressait une demande d'avis au CFEH concernant la suppression du financement des primes pour Titre Professionnel Particulier (TPP) et Qualification Professionnelle Particulière (QPP) dans le Budget des Moyens Financiers (BMF) des hôpitaux privés. Dans sa réponse, fin janvier 2018, le CFEH a demandé un parallélisme complet entre d'une part, l'arrêté définissant les conditions d'octroi - ou, en l'occurrence, d'arrêt d'octroi - de ces primes et d'autre part, l'arrêté royal BMF : aucune abrogation n'est envisageable sans la mise en place d'un système opérationnel, réglant dans les arrêtés, pour le personnel, pour l'employeur et pour le financement, la situation pour l'avenir et pour la transition - en ce compris les « droits acquis » -, ainsi que les transferts convenus des budgets complets.

La Ministre a décidé de supprimer les primes pour TPP/QPP pour les nouveaux agréments considérant que les futurs barèmes IF-IC intègrent les primes pour les TPP/QPP. Or plusieurs catégories d'infirmiers porteurs le cas échéant de TPP et/ou QPP sont transférées en catégorie 14 IF-IC, qui ne valorise plus les formations requises pour exercer ces fonctions. Seule une partie d'entre elles se voient valorisées en catégorie 15 IF-IC, plus rémunératrice : il importe dès lors de susciter des attentes correctes auprès du personnel. Le CFEH a également insisté sur l'impact de la suppression de la rétribution des primes TPP/QPP sur les normes d'agrément, importants changements à pointer auprès des divers Ministres compétents,

en pensant plus particulièrement à l'information des écoles qui proposent les formations.

Contexte de l'implémentation de l'IF-IC - phase 1

La réponse à cette demande d'avis fut aussi l'occasion pour le CFEH d'aborder les premiers aspects du financement de la phase 1 de l'IF-IC dans les hôpitaux. L'introduction par phases des nouveaux barèmes de l'IF-IC, par le biais de la technique du « Delta », complexifie tant sa mise en œuvre sur le terrain que son financement au sein du BMF : la libération au plus vite des budgets nécessaires à une mise en œuvre complète des barèmes cibles IF-IC à 100% est une priorité. En outre, le contexte des négociations sociales auxquelles est soumise l'implémentation de la nouvelle classification de fonctions IF-IC, aboutit nécessairement à des compromis qui complexifient encore tant le paiement au travailleur que le financement de l'employeur : le financement doit nécessairement tenir compte des incidences de cette complexité et de la garantie de budget promise que le financement octroyé dans le BMF soit raisonnablement conforme au surcoût réel. Les budgets destinés à couvrir tous les surcoûts doivent impérativement être prévus au niveau national, ainsi que la prise en considération de l'augmentation du nombre de travailleurs dans le secteur qui impacte directement le budget nécessaire.

Il importe également de commencer le plus vite possible l'introduction de la classification de fonctions IF-IC dans le secteur public, selon les mêmes principes. Une discrimination entre secteurs public et privé par exemple au niveau de

l'attraction de nouveaux infirmiers spécialisés (qui entrent en considération pour une prime TPP/QPP) est aussi à éviter.

Afin de faciliter la mise en place de la mesure et la conservation des droits acquis, le CFEH a proposé que les infirmiers ayant droit à la prime TPP/QPP à la date charnière de la suppression, conservent cette prime sans plus devoir répondre à la condition d'occupation dans un service particulier

travailleurs nouveaux recrutés sont par ailleurs immédiatement rétribués aux barèmes IF-IC « phase 1 », y compris les infirmiers porteurs de TPP ou QPP.

Pendant la première phase, le travailleur bénéficiant d'une prime TPP/QPP ne peut pas opter pour un barème IF-IC. Il conserve ce droit et ses conditions salariales existantes y compris cette prime tant qu'il ne fait pas le choix de l'IF-IC, choix qui ne lui est pas possible en phase 1. Dans une phase ultérieure, un travailleur ne pourra jamais cumuler le droit à une prime avec le droit à un nouveau barème. Les

Afin de faciliter la mise en place de la mesure et la conservation des droits acquis, le CFEH a proposé que les infirmiers ayant droit à la prime TPP/ QPP à la date charnière de la suppression, conservent cette prime sans plus devoir répondre à la condition d'occupation dans un service particulier : exercer en tant qu'infirmier serait une condition suffisante. La liste de ces travailleurs doit être établie et permettra d'éviter tout risque de double financement et d'estimer le budget total TPP/QPP nécessaire pour les hôpitaux privés.

Transfert du budget TPP/QPP vers l'IF-IC

Le CFEH a également insisté sur la garantie de transfert du budget TPP/QPP à l'IF-IC : les provisions dans le BMF concernant les primes TPP/QPP sont basées sur la révision 2010 et l'estimation du sous-financement est de l'ordre des 15 millions € pour les hôpitaux privés (et de 6,5 millions € pour les hôpitaux publics), le budget acquis n'est donc pas complètement liquidé et une dette importante subsiste envers les hôpitaux. La Ministre s'est engagée dans l'accord social à maintenir le budget de financement des primes TPP/QPP acquis complet, en ce compris les montants des rattrapages.



Le budget liquidé nécessaire au financement des primes va d'abord encore augmenter pour atteindre un niveau de trésorerie maximal : ce n'est qu'au moment où ce budget atteindra son niveau maximal (probablement après la révision 2017-2018) et commencera à diminuer que ce budget pourra, au fur et à mesure, être transféré vers le budget prévu pour l'IF-IC. Il serait plus clair et plus logique de calculer la charge réelle à 100% plus vite et d'intégrer le budget nécessaire pour les provisions plus rapidement, sans attendre une révision par trop éloignée.

Financement de l'IF-IC phase 1 : un financement provisionnel révisable

Dès le début du mois de mars 2018, le CFEH a transmis à la Ministre un premier avis concernant le financement de l'IF-IC à proprement parler dans les hôpitaux, en abordant les principes généraux et proposant un financement provisionnel très concret dans le BMF au 1^{er} juillet 2018.

Principes généraux du modèle salarial IF-IC

La rémunération se base sur la fonction exercée, vers une politique salariale plus cohérente et plus moderne qui part de la lourdeur de la fonction notamment en termes de responsabilités et de degré de difficulté, et qui lui associe une rémunération appropriée. Le modèle salarial est évolutif avec son époque tant au niveau des fonctions que de la rémunération. Les salaires de départ de carrière sont plus élevés avec une augmentation dégressive, une harmonisation de la durée des divers barèmes et l'intégration des primes et suppléments au barème brut. L'attribution des fonctions est préparée par l'employeur et évaluée au niveau paritaire.

Par ailleurs, l'accord social secteur public de 2017 prévoit également l'introduction de l'IF-IC dans les hôpitaux publics (avec un décalage d'une année dans le timing prévu d'implémentation par rapport au secteur privé), ce qui permettra à terme une harmonisation souhaitée de la rémunération pour l'ensemble du secteur hospitalier à savoir un même modèle salarial IF-IC dans les établissements privés et publics.

Calendrier

Le financement envisageable dans le BMF au 1^{er} juillet 2018, avec application à dater du 1^{er} janvier 2018, ne peut être que provisionnel sous la forme d'une avance au calcul le plus simple possible, à corriger ensuite en un financement définitif 2018 aux modalités elles-mêmes encore à définir. Le financement provisionnel et le financement définitif nécessitent cependant tous deux un fondement juridique dans l'arrêté royal BMF. Il y a donc une certaine urgence à connaître également les principes du financement définitif. Le CFEH s'est fixé la mi-mars 2018 pour remettre un avis sur les modalités de financement provisionnel afin que le budget puisse être repris à temps dans le BMF du 1^{er} juillet 2018, et la fin avril 2018 pour remettre un avis sur le système de financement définitif, de sorte que le fondement juridique des modalités de révision de la provision dans le BMF du 1^{er} juillet 2018, puisse être connu et publié avant sa notification.

Sous-partie B9

Par similitude avec les accords sociaux antérieurs, le financement de l'IF-IC phase 1, venant s'ajouter au salaire de base, pourrait être repris en ligne distincte de la sous-partie B9 du BMF. Par ailleurs, cette approche est corroborée par le fait que l'IF-IC ne se limite pas au personnel dont le financement de base est assuré via le BMF : tout le personnel travaillant dans les secteurs fédéraux privés relevant de la Commission paritaire 330, figurant sur le payroll de l'hôpital, et ne relevant pas d'une activité défédéralisée, est concerné.

Comme l'autorité ne met pas immédiatement à disposition l'entièreté du budget nécessaire, l'introduction doit se faire par phases, la rendant beaucoup plus complexe, y compris dans la méthode de financement qui doit par ailleurs être durable et tenable en pratique au moment de son déploiement complet. Compte tenu de cette introduction par phases, le CFEH a également préconisé de financer le surcoût IF-IC de la phase 1 dans la sous-partie B9.

Le budget disponible pour l'introduction de la

phase 1 de l'IF-IC (pour un Delta de 18,25%) dans les secteurs fédéraux privés se monte à 65 millions € en 2018, dont un peu plus de 58 millions € pour les seuls hôpitaux privés. Le CFEH a à nouveau plaidé pour l'implémentation complète de l'IF-IC à 100% avec octroi de la totalité du budget le plus vite possible.

Proposition de financement provisionnel

Le rapportage opéré par l'IF-IC sur les données 2016 communiquées par une partie des hôpitaux privés est l'unique source de données pour des simulations à l'échelle du secteur et l'élaboration d'un premier système de financement. Il n'est pas exploitable pour établir un financement et un surcoût fiable au niveau de chaque hôpital individuel. L'attribution définitive des fonctions débouchera par ailleurs sur une répartition salariale différente.

Le CFEH a dès lors proposé de répartir le budget à titre provisionnel au prorata du nombre d'ETP par hôpital, en se basant sur les données du nombre d'ETP que le fonds Maribel utilisera dans le cadre du paiement du solde de la prime de fin d'année unique en 2017. Ce financement provisionnel fera néanmoins l'objet d'une révision.

Garanties de budget, « Buffer » et budget TPP/QPP

Le calcul du « Delta » possible en phase 1 (18,25%) compte tenu du budget disponible, a été effectué par l'IF-IC, dans une logique paritaire, en tenant compte des travailleurs qui allaient basculer dans le système sur la base d'une série d'hypothèses vraisemblables. Le nombre de collaborateurs, le niveau de qualification et l'attribution des fonctions évolueront, ce qui laisse encore inconnu le surcoût réel futur pour les hôpitaux. Un budget « buffer » « one-shot » de 15 millions € est prévu (dont une partie dédiée aux hôpitaux) pour compenser un éventuel déficit de la phase 1. Dans cette hypothèse, il sera par ailleurs possible d'agir sur les tranches IF-IC suivantes pour financer structurellement d'éventuels déficits. Les phases suivantes de l'IF-IC ne peuvent en effet débiter

que s'il a été démontré que les phases antérieures ont été financées de manière à couvrir les coûts pour le secteur. Lors de chaque nouvelle phase, la phase précédente doit être évaluée et une partie du nouveau budget peut être utilisée pour couvrir d'éventuels déficits structurels justifiés d'une/ de phase(s) antérieure(s). Il s'agit de trouver un équilibre entre la garantie du financement du surcoût avant d'entamer une nouvelle phase et un arrêt éventuel de plusieurs années qui entraînerait un retard excessif dans le déploiement d'une phase suivante de l'IF-IC.

La première évaluation se basant sur le rapport portant sur les données 2018, ne pourra avoir lieu avant 2019 : des dispositions doivent dès lors être prises pour que le « Buffer » puisse être liquidé de façon provisionnelle en 2018, ou rester disponible au-delà de 2018, de préférence à l'INAMI.

Enfin, le budget TPP/QPP doit être transféré progressivement vers l'IF-IC, comme déjà pointé par le CFEH lors de son avis de janvier.

Le budget nécessaire complet pour l'implémentation de l'IF-IC à 100% doit être réévalué sur la base de la phase 1 d'implémentation et être rapidement mis à disposition par le gouvernement. La mise en œuvre par phases doit déboucher sur une introduction totale dans un délai raisonnable, en un nombre minimal de phases : chaque phase supplémentaire introduit une complexité administrative supplémentaire, avec une multiplication du nombre de barèmes. En outre, aucun financement structurel n'est prévu pour l'instant pour cette complexité supplémentaire, ce qui serait cependant souhaitable.

Un financement correct et tenable

Le surcoût de l'IF-IC doit être financé correctement en évitant tout sous-financement de l'hôpital par rapport à cette mesure et en limitant le préfinancement : les budgets nécessaires sur la base des chiffres les plus récents doivent être

Le surcoût de l'IF-IC doit être financé correctement en évitant tout sous-financement de l'hôpital et en limitant le préfinancement

immédiatement pourvus au niveau national dans le BMF, en adaptant directement les provisions, sans attendre la révision au sens classique actuel. Certainement en phase initiale, le financement doit rester un élément révisable. Le mécanisme de financement doit aussi être tenable pour l'administration et ne peut entraîner une charge administrative supplémentaire pour l'hôpital.

Un financement respectant le champ d'application

Le financement des hôpitaux doit couvrir tout le personnel qui a droit aux barèmes IF-IC. Sur base de la CCT, le CFEH estime que le champ d'application résulte du cumul de plusieurs conditions :

- Relever de la Commission paritaire 330 (secteur fédéral) ;
- Figurer sur le payroll de l'hôpital ;
- À l'exclusion du personnel dirigeant, des médecins et (en phase 1) du personnel infirmier ayant droit actuellement à une prime pour TPP/QPP ;
- Sur le plan comptable, être imputé dans un centre de frais autre que 910 MRS, 920 HOME, 930 école infirmière, 940 IHP et 950 MSP.

Un financement du surcoût annuel total

Le financement dans le BMF doit couvrir le surcoût annuel complet : tous les éléments influencés directement par la valeur du salaire mensuel brut doivent être financés, même s'ils ne sont pas inclus dans le barème IF-IC brut mensuel (comme le sont l'allocation de foyer/résidence ou le complément et suppléments de fonction). Doivent ainsi être financés au-delà de l'augmentation du salaire mensuel brut à proprement parler : le surcoût lié aux parties de la prime de fin d'année, de la prime d'attractivité, de la rétribution des prestations irrégulières, de la prime de fin de carrière, du double pécule de vacances, qui sont exprimées en pourcentage du salaire brut.

Une grande inquiétude règne au sein du secteur quant au financement total ou non du surcoût : les marges dans les hôpitaux sont actuellement extrêmement faibles, voire inexistantes, la couverture du surcoût par hôpital doit être aussi complète que possible.

Des modalités de financement définitives en révision

La partie 2 de l'avis du CFEH, rendue fin avril 2018, clarifie les modalités définitives souhaitées par ce dernier pour le financement de la phase 1 de l'introduction de l'IF-IC, à utiliser pour les révisions à partir de 2018 et pour les attributions provisionnelles et révisions à partir du 1^{er} juillet 2019.

Modalités de financement définitives de la phase 1 de l'IF-IC dans le BMF proposées par le CFEH : 3 étapes

Etape 1 : détermination de la base de départ pour le financement

Par fonction IF-IC, un barème mensuel brut doit être fixé, correspondant autant que possible à la situation de départ de chaque membre du personnel, base sur laquelle le delta est calculé en regard du barème cible.

- Pour les fonctions du département de soins et infirmier, il s'agirait du barème sectoriel fixé par CCT pour la fonction (exemple 1.35 pour l'aide-soignant). Certaines fonctions IF-IC regroupent des travailleurs qui partent actuellement de différents barèmes CCT. Pour les principales fonctions d'infirmier, 4 deltas différents seraient ainsi calculés, s'appuyant sur le diplôme pour le barème de départ :
 - Infirmier breveté (1.43-1.55) qui occupe une fonction « catégorie 15 » ;
 - Infirmier bachelier (1.55-1.61-1.77) qui occupe une fonction « catégorie 15 » ;
 - Infirmier breveté (1.43-1.55) qui occupe une fonction « catégorie 14B » ;
 - Infirmier bachelier (1.55-1.61-1.77) qui occupe une fonction « catégorie 14 » .
- Pour les autres fonctions, le barème sectoriel réel de l'individu serait pris en considération (traduit en cas de « barème maison », vers le barème sectoriel qui lui correspond le plus, en conformité avec la méthode suivie lors du rapportage salarial de l'IF-IC). Ce barème de départ nécessite une collecte de l'information par individu ;



- Le choix (théorique) retenu serait basé sur la carrière restante : si l'individu est « gagnant », eu égard à sa carrière, à entrer dans l'IF-IC, on lui calcule un financement; s'il ne l'est pas, on ne lui associe aucun financement;
- Sur la base du barème « actuel » et du choix théorique, le delta est déterminé par rapport au barème cible IF-IC. Ce delta est calculé pour chaque membre du personnel et 18,25% de ce delta serait ainsi financé en phase 1 (tout delta négatif étant neutralisé, c'est-à-dire ramené à 0€).

Etape 2 : traduction du delta mensuel en financement annuel au moyen de multiplicateurs

Pour traduire ce delta de financement mensuel en un financement annuel prenant en compte tous les éléments influencés par une augmentation du salaire mensuel brut, le CFEH propose de faire appel aux multiplicateurs suivants :

- Multiplication par 13,284 pour tenir compte de la traduction de mois en année et de la partie variable des primes octroyées à tous les collaborateurs, à savoir :
 - Le double pécule de vacances : 92% de la

rémunération mensuelle ;

- La prime de fin d'année : 2,5% de la rémunération annuelle ;
- Et la prime d'attractivité : 0,53% de la rémunération annuelle .

- Multiplication par 1,3467 pour tenir compte de la cotisation ONSS patronale (multiplicateur déjà utilisé dans d'autres financements de la sous-partie B9). Ce multiplicateur pourrait éventuellement être encore adapté pour tenir compte de l'effet du tax-shift ;
- Pour les fonctions pour lesquelles des « prestations irrégulières » sont habituelles, il y aura également lieu d'appliquer un multiplicateur supplémentaire. Vu le laps de temps limité, le CFEH a proposé d'élaborer, dans un 3ème avis, un tableau indiquant le pourcentage de prestations irrégulières à prendre en considération pour chaque fonction IF-IC, basé sur un pourcentage moyen réel d'indemnité pour prestations irrégulières provenant de FINHOSTA 2015, octroyé par code fonction IF-IC sur la base d'une combinaison de la catégorie de personnel, du grade FINHOSTA et du centre de frais, validé

par des experts. Pour toutes les fonctions comportant une part limitée de prestations irrégulières dans la rémunération brute, un même multiplicateur serait fixé. Le tableau pourrait être vérifié et actualisé une seule fois, sur base de données collectées lorsque la fonction IF-IC sera directement disponible dans FINHOSTA. Le CFEH a proposé, dès la fin avril 2018, d'inscrire ce principe dans l'arrêté BMF et de préciser le contenu de ce tableau ultérieurement par voie de circulaire adressée par le SPF aux hôpitaux ;

- Enfin, les forfaits utilisés en sous-partie B9 pour le financement de la « prime de fin de carrière » (dépendant directement du salaire) doivent être augmentés en fonction des nouveaux barèmes. La phase 1 de l'IF-IC signifiant, en moyenne, une augmentation de 1% des salaires, le CFEH a proposé provisoirement de majorer de 1% les forfaits (A, B, C et D) pour la partie « prime » dans la sous-partie B9 des fins de carrières, et tentera une estimation plus précise de ce pourcentage dans le 3ème avis évoqué.

Etape 3 : détermination du budget pour un hôpital

Le budget de chaque hôpital résulte de l'addition

du financement annuel par collaborateur.

Révision

Au cours de la phase de lancement, il est important que le financement puisse être revu. Le financement est recalculé sur la base des données de l'année concernée, le budget provisionnel étant ainsi corrigé. Le caractère révisable resterait temporaire, le temps de fournir aux hôpitaux les garanties budgétaires indispensables jusqu'à ce que le système atteigne sa vitesse de croisière. Pour ce faire, le budget doit pouvoir être calculé sur des données suffisamment actuelles intégrées dans FINHOSTA.

Calendrier des financements

Le budget provisionnel est ajouté au BMF le 1^{er} juillet 2018 sur la base du nombre d'ETP rapporté par les hôpitaux concernés pour la prime unique 2017, fourni par le Fonds Maribel de la Commission paritaire 330.

Le 1^{er} juillet 2019, ce budget provisionnel 2018 serait corrigé pour le financement relatif à l'année 2018, sur la base des règles de financement définitives et des données du rapportage salarial



2018, traité par le SPF et liquidé dans la partie C2. En cas de nécessité, il serait fait appel au « buffer » disponible pour combler un éventuel déficit. Lors de la révision du financement 2018, le budget provisionnel 2018 serait actualisé sur la base des règles définitives de financement et des données du rapportage salarial 2018, et traité par le SPF. A partir du BMF 1^{er} juillet 2019, le budget provisionnel serait actualisé chaque année en fonction des modalités de financement proposées, sur la base des dernières données disponibles.

L'administration adaptera les instructions de FINHOSTA aussi rapidement que possible (en particulier l'intégration des codes de fonctions IF-IC), dans le cadre du tableau 13 renouvelé, et disposera ainsi automatiquement et annuellement des informations nécessaires à la fois pour le calcul du budget provisionnel et la révision.

Étapes suivantes et points d'attention

Le CFEH continuera à suivre la mise en place ultérieure et souhaite être associé aux prochaines étapes. Lors de chaque nouvelle phase, la phase précédente doit être évaluée, de façon à déterminer si une partie du nouveau budget doit être utilisée pour couvrir d'éventuels déficits structurels justifiés d'une/de phase(s) antérieure(s). Si les partenaires sociaux procèdent à l'introduction d'une phase 2 de l'IF-IC, le CFEH souhaite y être rapidement associé, afin de pouvoir rendre un avis concernant le financement avant que cette 2^{ème} phase ne soit lancée.

Le CFEH a proposé que les hôpitaux qui rencontreraient éventuellement des problèmes dans l'application du système de financement lui en fassent part afin que ceux-ci puissent être intégrés dans les futures discussions sur l'évolution du système de financement.

« Phase de lancement » versus « phase de routine »

Le surcoût réel de la mise en œuvre de l'IF-IC n'est pas aisément identifiable a priori : au cours de la phase initiale de lancement, le CFEH a ainsi proposé de travailler davantage avec un financement basé sur le surcoût réel pour chaque

collaborateur individuel, ce qui est cependant administrativement plus lourd, pour les hôpitaux et pour le SPF.

En « phase de routine », le CFEH a souhaité passer à un financement davantage forfaitaire déterminé par fonction IF-IC/niveau d'ancienneté pour chaque collaborateur, octroyant un financement supplémentaire pour chaque hôpital permettant de prévoir le barème IF-IC pour tous les membres du personnel : la surcharge administrative s'en trouverait réduite et, à plus long terme, le financement ne devrait dès lors plus se référer à des barèmes historiques.

Si le prochain rapportage devait montrer, pour certaines fonctions ne relevant pas du département infirmier et soignant qu'en pratique, le « barème maison » est déjà traduit, dans la grande majorité des hôpitaux, vers un même barème sectoriel, le CFEH a proposé, après analyse, de travailler également en barème sectoriel dans le cadre du financement futur pour les fonctions en question. Le rapportage salarial 2016 montre, par exemple, que pour certaines fonctions paramédicales telles que l'ergothérapeute et le logopède, une homogénéité supérieure à 95% existerait actuellement dans les barèmes appliqués.

Demande de fixation des modalités de financement : un courrier du CFEH à la Ministre

En même temps que son 3^{ème} avis d'ordre purement technique et annexe à ses 2 premiers avis décrivant le modèle de financement souhaité pour l'implémentation de la phase 1 de l'IF-IC dans les hôpitaux privés, le CFEH a adressé dès le mois de juin 2018, un courrier à la Ministre insistant sur l'importance d'une décision rapide de sa part quant aux modalités de financement définitives de l'IF-IC. En effet, les premiers salaires calculés en modalités phase 1 IF-IC seront payés pour la première fois en juillet 2018 à tous les collaborateurs ayant fait le choix de la transition aux barèmes IF-IC, en ce comprise la régularisation de salaire à partir du 1^{er} janvier 2018, date officielle d'entrée en vigueur de la mesure. A deux semaines

de cette échéance, les hôpitaux ne disposaient d'aucune information certaine de la Ministre quant à la manière dont ils seront financés pour le surcoût engendré par l'introduction des barèmes IF-IC, une somme non négligeable pour chaque établissement.

Le CFEH a demandé à la Ministre de prendre rapidement une décision sur le mode de financement proposé, certainement avant fin juin 2018.

Le cabinet de la Ministre a envoyé en juillet 2018, aux fédérations hospitalières, un message se voulant a priori rassurant, confirmant l'intention de la Ministre de suivre les propositions du CFEH en matière de financement BMF pour la phase 1 de l'IF-IC. Ce message ne sera cependant pas suivi des actes nécessaires dans les faits et les textes.

Prime de fin de carrière et prestations irrégulières

Le 3^{ème} avis émis par le CFEH datant de juin 2018 n'a fait que traduire dans le financement deux points techniques évoqués dans l'avis précédent : le financement de l'impact de l'introduction de la phase 1 de l'IF-IC au niveau d'une part, de la prime de fin de carrière et d'autre part, des prestations irrégulières.

La prime de fin de carrière des travailleurs concernés dépend directement du salaire de ces derniers (dès 45 ans : 5,26%, dès 50 ans : 10,52%, dès 55 ans : 15,78%, calculés sur le salaire).

Les forfaits A, B, C, D à la base du financement de la prime de fin de carrière dans la sous-partie B9, doivent dès lors être majorés pour tenir compte de l'impact de l'introduction des nouveaux barèmes IF-IC. Le surcoût moyen de l'IF-IC en phase 1 pour la catégorie « personnel infirmier et soignant » a été estimée par l'IF-IC à 1,06%. Le CFEH a proposé d'ajouter un complément IF-IC au budget « fins de carrière » de chaque hôpital individuel privé, dans une ligne distincte de la sous-partie B9, s'élevant à 1,06% du budget des primes de fin de carrière.

Le complément IF-IC B9 pour la prime de fin de carrière serait calculé une première fois dans le cadre du BMF au 1^{er} juillet 2019, tant pour

le financement 2019 que pour le recalcul du financement 2018 selon les modalités définitives (avec un C2), sur base des chiffres FINHOSTA les plus récents. L'administration peut effectuer ce calcul de façon unique sur la base du nombre d'ETP concernés (probablement 2017), multipliés par les forfaits de financement A, B, C, D et pourcentages prévus à l'article 79 de l'arrêté royal BMF, et 1,06% de ce budget serait repris dans une ligne distincte de la sous-partie B9.

Il ne s'agirait pas d'un élément révisable, mais juste indexable. Sur la base du rapport sur les salaires 2018, le facteur 1,06 pourrait, au besoin, être validé/recalculé une seule fois en fonction du surcoût moyen réel en 2018 pour le secteur. Lors de l'introduction d'une nouvelle phase IF-IC, le facteur serait également recalculé sur la base du surcoût de cette phase.

En ce qui concerne les prestations irrégulières, le CFEH a confirmé dans son 3^{ème} avis puis dans son 5^{ème} avis, son idée d'un tableau (à communiquer par voie de circulaire) reprenant pour chaque fonction IF-IC, en ce compris les fonctions manquantes, un pourcentage moyen de prestations irrégulières à prendre en considération lors de la transposition du delta mensuel en financement annuel.

Le 5^{ème} avis rendu par le CFEH en novembre 2018 a précisément défini ce tableau, établi sur base de pourcentages nationaux moyens, indépendamment d'éventuelles différences de suppléments appliqués entre hôpitaux individuels pour rémunérer les prestations irrégulières effectuées les samedi, dimanche, jours fériés, en soirée, pendant la nuit ou lors d'un service interrompu.

Le tableau classe chaque fonction IF-IC dans une catégorie correspondant à un pourcentage moyen national de prestations irrégulières, représentant le pourcentage moyen réel national d'indemnisation pour prestations irrégulières provenant des données FINHOSTA 2015, attribué le plus adéquatement possible à chaque fonction IF-IC sur la base d'une combinaison de la catégorie de personnel, du grade-fonction FINHOSTA et du centre de frais, validé par des experts. Au sein de

chacune des 10 catégories ainsi déterminées, le pourcentage de prestations irrégulières de chaque fonction IF-IC a été pondéré en fonction de son nombre d'ETP issu du rapportage 2016. Les 10 pourcentages de prestations irrégulières s'échelonnent ainsi de zéro à maximum 16,8%. La moyenne de 7,04% de prestations irrégulières serait octroyée aux fonctions manquantes. Les fonctions administratives IF-IC se voient attribuer 0%, à quelques exceptions près (notamment ICT), de même que les autres fonctions IF-IC dont le pourcentage de prestations irrégulières basé sur les données FINHOSTA 2015, s'est révélé inférieur ou égal à 0,2%.

Suppression effective des primes pour TPP/QPP au 1^{er} septembre 2018

En réponse à une demande d'avis de la Ministre en juillet 2018 portant sur la suppression effective des primes pour TPP/QPP dès septembre 2018 dans le cadre du déploiement de l'IF-IC dans les hôpitaux privés, le CFEH a rappelé ses avis antérieurs et insisté pour que les adaptations apportées à l'arrêté royal exécutant le plan d'attractivité pour la profession infirmière soient toujours suivies par l'adaptation adéquate des modalités de financement. Le CFEH a souhaité être étroitement associé au suivi des impacts budgétaires potentiels lors de modifications apportées à cet arrêté royal : les éventuels budgets libérés dans le cadre de l'extinction du droit de primes pour TPP/QPP doivent ainsi être réintégrés dans le budget de l'IF-IC. Le CFEH a rappelé la charge administrative importante liée à l'implémentation par phases de la mesure IF-IC pour les hôpitaux et souligné par ailleurs les effets potentiels des propositions sur la mobilité du personnel, en constatant par exemple qu'à partir du 1^{er} septembre 2018, la situation sera différente entre les secteurs public et privé pour ce qui est du droit de prime TPP/QPP.

Circulaire FINHOSTA – Données de personnel

En marge des discussions au CFEH, un groupe de travail technique intégrant des experts issus des hôpitaux, s'est réuni à l'automne 2018 en vue de proposer des adaptations et simplifications

concrètes dans les enregistrements FINHOSTA, et en particulier en ce qui concerne les données de personnel par individu à collecter par le SPF. Une circulaire détaillant les nouvelles données collectées individuellement dans FINHOSTA, et indispensables dans le cadre de la mise en place de l'IF-IC, a ainsi été adressée par le SPF aux hôpitaux fin décembre 2018.

Absence de fixation de modalités définitives de financement IF-IC phase 1

Malgré les importants travaux menés par le CFEH au cours du premier semestre 2018, complétés de modalités techniques complémentaires au second semestre 2018, pour concrétiser au plus vite un financement correct de la mesure IF-IC phase 1 dans le BMF des hôpitaux privés, à l'heure où nous écrivons ces lignes et malgré l'engagement pris par son cabinet en juillet 2018 de suivre les propositions du CFEH, la Ministre n'a hélas toujours pas défini, arrêté ou communiqué les règles qu'elle retiendra en définitive pour le financement de cette mesure, laissant par là-même les hôpitaux dans une complète incertitude en ce qui concerne leur financement.

la Ministre n'a hélas toujours pas défini, arrêté ou communiqué les règles qu'elle retiendra en définitive pour le financement de cette mesure

Premier voyage d'étude pour le secteur des aînés en Communauté germanophone et en Allemagne

En octobre 2018, santhea a organisé son premier voyage d'étude pour les gestionnaires d'établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés. D'une durée de deux jours, celui-ci avait pour objectif de présenter la politique des aînés en Communauté germanophone et en Allemagne.

La première journée en Communauté germanophone a débuté par un mot d'accueil de Monsieur Antonios Antoniadis, Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales.

Ensuite, les participants ont assisté à une présentation de Madame Isabelle Maystadt, référente seniors au Ministère de la Communauté germanophone, du nouveau décret seniors et du nouveau modèle de financement des maisons de repos de cette entité fédérée.

Ces nouvelles dispositions législatives réorganisent complètement le secteur et définissent de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement comme par exemple, les initiatives d'habitations communautaires ou encore les habitations communautaires encadrées.

Quant au nouveau système de financement, celui-ci supprime la différenciation entre un lit maison de repos et un lit maison de repos et de soins et arrête, entre autres, pour chaque établissement, le pourcentage de résidents demandant un besoin d'aide élevé (82%) et le nombre de places réservées pour le court séjour (5%).

Durant le déjeuner au sein de la maison de repos du CPAS d'Eupen, le directeur de l'établissement, Monsieur Michael Murges, a présenté le projet de « maison senior » au centre d'Eupen financé par la Ville d'Eupen, la Communauté germanophone et la Région wallonne.

L'après-midi, les membres de santhea ont pu découvrir l'histoire de la Communauté germanophone en visitant l'exposition permanente au Parlement et ensuite ils ont pu échanger avec les Parlementaires de la

Commission de la Santé et des Affaires Sociales.

Après l'escapade parlementaire, Madame Claire Guffens, de l'Office de la Communauté germanophone pour une vie autodéterminée, a présenté cette nouvelle administration et ses compétences suite à la 6^{ème} réforme de l'Etat.

La deuxième journée fut consacrée à l'assurance de soins allemande et l'avenir des aînés en Allemagne. Dans ce cadre, les membres du secteur aînés ont assisté à un exposé du directeur d'Haus Hörn, institution de long séjour en soins spécialisés, Monsieur Manfred Vieweg, et de Monsieur Jürgen Spicher, conseiller d'une fédération pour le secteur des aînés en Allemagne.

Une visite de l'institution a clôturé les deux journées riches en échanges, informations et convivialité.

Commentaire d'une participante – Madame Catherine Vandemoortele – Directrice de la Résidence Les Jardins d'Elisabeth (Waimes) :

“Ce premier voyage d'étude fut vraiment très enrichissant ! Il ne faut pas spécialement aller loin pour découvrir et se nourrir d'idées innovantes ! Le programme préparé et mis sur pied par Pierre-Yves Lambotte et Jean-Marie Kohnen a été un alliage parfait entre étude, échanges, visites culturelles, accueil hôtelier top qualité et bonne humeur. Merci à nos collègues belges et allemands de nous avoir accueillis au sein de leurs établissements. J'ai hâte de renouveler cette expérience !”.

santhea 

Nos projets en cours



NOS PROJETS EN COURS

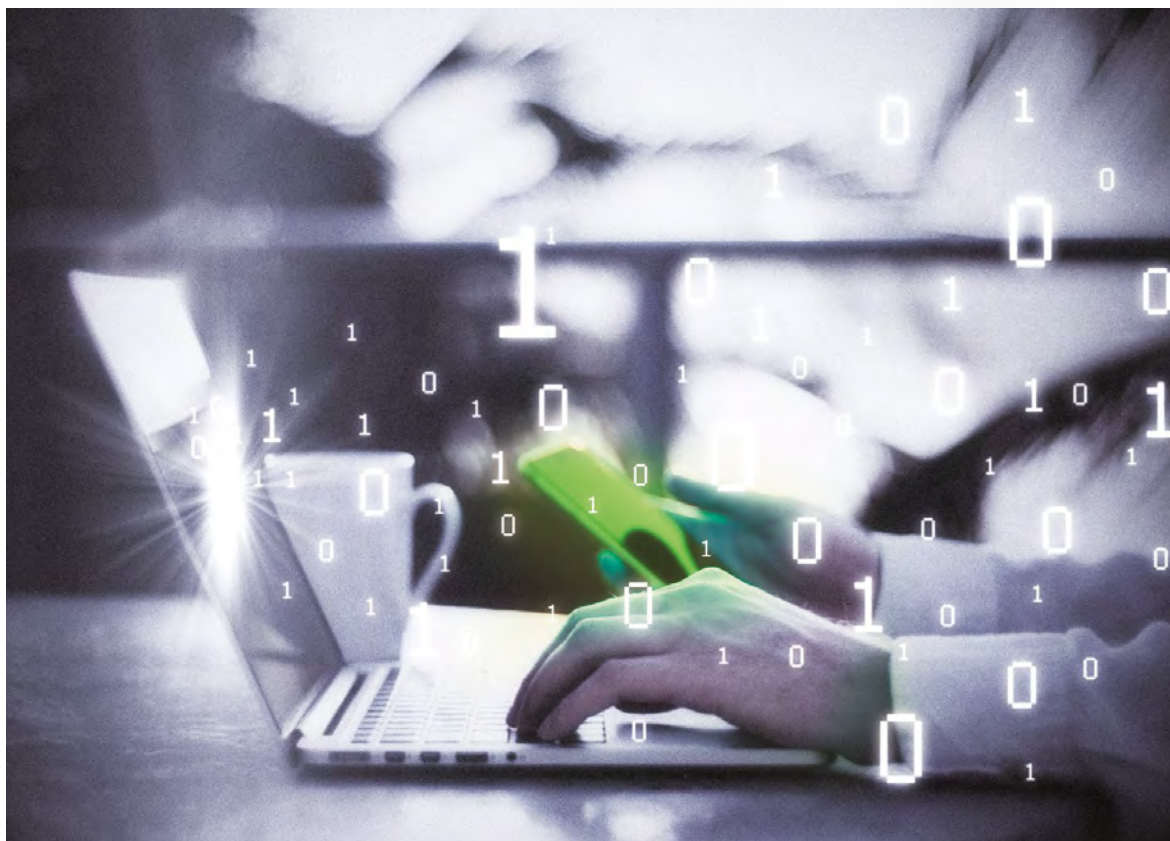
La Cellule RGPD de santhea : une offre de DPO externalisé pour les institutions membres

CONTEXTE

Le règlement européen n°2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), est entré en application le 25 mai 2018. Visant à renforcer et harmoniser la protection de la confidentialité et de l'intégrité des données à caractère personnel (DCP) des résidents européens, il impose aux organismes qui traitent de telles données une série d'obligations et un nouveau cadre de pensée.

Les institutions de soins, quelle que soit l'étendue de leurs activités n'échappent pas à la règle puisqu'elles traitent à grande échelle les DCP de leurs patients, résidents, bénéficiaires et membres du personnel ou assimilés. Celles-ci

doivent, de façon générale, veiller à documenter et sécuriser leurs procédures de traitement de DCP et consigner l'ensemble des informations utiles à ce propos dans un registre des activités de traitement comprenant des analyses d'impact sur la protection des DCP. En cas de violation avérée de ce type de données (vol, destruction ou modification non-autorisée), il leur revient également de notifier ce fait, en fonction du contexte, à l'Autorité de Protection des Données (APD), anciennement connue sous le nom de Commission de la protection de la vie privée (CPVP). Le RGPD permet également aux personnes concernées par un traitement de DCP d'exercer une série de droits par l'intermédiaire de documents informatifs et de procédures à mettre



en place par l'institution. Il s'agit également de mettre en conformité les relations de l'institution avec ses sous-traitants et prestataires de services. Puisque le traitement de DCP à grande échelle des institutions de soins comprend tout naturellement des données de santé, il leur revient enfin de disposer des services d'un délégué à la protection des données (Data Protection Officer – DPO). Les compétences et connaissances étendues en sécurité de l'information et en droit de ce professionnel, telles que décrites dans le RGPD, doivent lui permettre de conseiller et informer le représentant de l'institution sur ses obligations tout en veillant à ce que celles-ci soient respectées.

Tout manquement aux obligations citées précédemment est susceptible d'entraîner des sanctions de la part de l'APD, celles-ci pouvant aller de la simple injonction de remise en conformité à une amende de plusieurs millions d'euros pour les faits jugés les plus graves.

Vu l'étendue et la complexité des actions propres au RGPD à mettre en place et étant donné l'absence de financement par l'administration pour l'embauche d'un DPO, profil par ailleurs très rare, très demandé et très coûteux, de nombreuses institutions de soins se sont retrouvées en difficulté à quelques mois de l'entrée en application du règlement.

OBJECTIFS DU PROJET

Pour soutenir ses membres dans le contexte difficile propre au RGPD, santhea a étendu ses activités par la création d'une Cellule RGPD proposant aux membres intéressés de bénéficier d'une fonction de soutien à la mise en conformité au règlement mais également d'une fonction de DPO externalisé.

La fonction de soutien à la mise en conformité au RGPD a été définie comme :

- La mise en place d'un Comité de suivi commun à tous les membres ;
- La participation aux Comités de pilotage individuels ;
- La définition d'un plan d'action pour chaque institution ;

- La mise à disposition d'outils, modèles et procédures utiles dans le cadre de la mise en conformité ;
- La mise en place d'un suivi sur le terrain dans le cadre de l'inventaire des activités de traitement ;
- L'analyse et la validation de l'ensemble des documents à mettre en conformité ;
- La mutualisation des réponses aux questions traitées.

La fonction de DPO externalisé comprend quant à elle notamment :

- La participation aux Comités de direction lorsque l'ordre du jour le justifie ;
- L'information et le conseil des directions concernant leurs obligations à l'aune du RGPD ;
- Le contrôle du respect du RGPD par l'institution de façon indépendante ;
- L'information des directions concernant les éventuels manquements constatés ;
- La production et la mise en œuvre de politiques et procédures visant à protéger les DCP ;
- L'assistance dans le cadre de la rédaction et la mise à jour du registre des activités de traitement ;
- L'assistance dans le cadre de la réalisation des études d'impact sur la protection des données ;
- La surveillance permettant de garantir la bonne gestion des demandes d'exercice de droits RGPD ;
- La gestion et le suivi des violations de DCP, en ce compris leur notification éventuelle à l'APD ;
- La rédaction d'un rapport annuel.

Ces services ont été pris en charge par une équipe de 4 conseillers aux profils complémentaires (coordinateur, expert en cybersécurité, juriste, médecin gestionnaire hospitalier). Bien que ces derniers se soient répartis officiellement auprès de l'APD les institutions ayant adhéré au projet, l'essentiel du travail se veut collaboratif pour profiter des compétences de chacun.

LISTE DES INSTITUTIONS PARTICIPANTES

L'offre d'une Cellule RGPD s'adressait au départ essentiellement au secteur extrahospitalier et aux hôpitaux de moyenne et petite taille. Le nombre et la taille des membres intéressés ont cependant largement dépassé ce que santhea envisageait au départ, lors de la conception du projet.

Entre le mois de décembre 2017 et le mois de juillet 2018, ce sont ainsi 30 institutions membres de la fédération qui ont adhéré à la Cellule RGPD.

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

La liste des participants laisse entrevoir la diversité des institutions avec lesquelles les collaborateurs de la Cellule RGPD sont amenés à travailler. À côté des hôpitaux généraux et psychiatriques, toutes tailles confondues, on répertorie ainsi également des maisons de repos (et de soins), des structures d'accueil, un laboratoire et un service de transfusion du sang, chacun présentant des besoins et des ressources, tant humaines que financières, différents.



ACTIONS & RÉSULTATS

Les activités de la Cellule RGPD ont débuté le 2 janvier 2018. Celle-ci a rapidement mis à disposition des membres les premiers modèles et outils indispensables au processus de mise en conformité au RGPD, pour en totaliser une

vingtaine, tous développés en interne, à l'issue de sa première année d'activité. Parmi les plus riches d'entre eux figurent notamment des listes originales d'activités de traitement permettant de faciliter grandement la rédaction du registre du même nom en proposant une véritable

cartographie de ce qui se fait en matière de traitement de données dans le secteur des soins de santé. Fruits de la collaboration entre les conseillers de la Cellule RGPD et des professionnels de terrains, ces listes couvrent à présent les secteurs des hôpitaux, de l'accueil des aînés, de l'encadrement de la jeunesse et de l'accueil de jour et de nuit des patients et personnes en détresse en dehors du milieu hospitalier.

Dès les premiers jours, la Cellule RGPD s'est également consacrée à la prise en charge des nombreuses questions et requêtes formulées par les membres. Accaparant la majeure partie du temps de travail de la Cellule, celles-ci concernent l'adaptation des modèles, l'utilisation des outils, le traitement des demandes d'exercice de droits des patients/résidents/bénéficiaires et des membres du personnel ainsi que l'analyse et la validation de dizaines de contrats de sous-traitance, règlements de travail et documents internes spécifiques, notamment propres à la recherche scientifique, à mettre en conformité.

Le contact direct avec les membres a également été primordial. Suivant la convention propre à la Cellule RGPD, chaque membre a dû désigner un chef de projet RGPD pour piloter la mise en conformité en interne avec le soutien externe du DPO de l'équipe désigné pour l'institution. Outre les visites réalisées sur le terrain dans le but de sensibiliser les directions et de participer aux Comités de pilotage ou à des réunions spécifiques, sept Comités de suivi rassemblant les différents chefs de projet RGPD ont été organisés en 2018. Ces réunions ont pour vocation de former ces derniers sur les outils développés par la Cellule RGPD, revenir sur certains points théoriques et répondre aux questions du groupe concernant le processus de mise en conformité et les pratiques impactées par le RGPD.

Après une première année de sensibilisation et d'actions, les membres ont pour la quasi majorité mis en place les procédures essentielles d'information des patients et des membres du personnel, celles permettant l'exercice de leurs droits, selon les modalités décrites par le RGPD, ainsi que les procédures de gestion et de

documentation des incidents de sécurité et des violations de DCP.

La rédaction du registre d'activités de traitement et la mise en conformité des documents internes et des relations de sous-traitance avancent à des degrés divers en fonction des ressources à disposition et de l'implication des directions et du chef de projet RGPD, la mise en conformité au règlement n'étant pour ainsi dire jamais la seule mission à l'actif de ce dernier.

La réalisation des analyses d'impact sur la protection des données n'ont de leur côté pas encore été entamées et feront l'objet de toute l'attention et d'initiatives accélératrices de la Cellule RGPD au cours de l'année 2019, sachant que celles-ci ne peuvent pas être entreprises correctement avant que le registre des activités de traitement ne soit finalisé.

PERSPECTIVES

La première année d'activité de la Cellule RGPD s'est essentiellement concentrée sur la création et la mise à disposition des outils essentiels au processus de mise en conformité. L'objectif de la Cellule RGPD pour 2019 et les années suivantes est de se concentrer davantage sur le suivi personnalisé des membres en renforçant la présence des DPO sur le terrain. En effet, bien que les mesures essentielles aient été appliquées, le travail à fournir pour garantir que chaque institution membre se conforme entièrement au RGPD reste conséquent.

À côté de la mise en conformité, la Cellule RGPD envisage également de publier, à titre de DPO à part entière, davantage de recommandations et d'analyses juridiques en lien avec la protection des DCP. De nouveaux outils en développement permettront également de renforcer le contrôle du respect de la réglementation européenne par chacun des membres.

Il est enfin prévu de prendre contact avec les autres fédérations du secteur dans le but de travailler en commun sur un code de conduite concernant le traitement des DCP, tel que prévu par le RGPD.

NOS PROJETS EN COURS

Together 4 Green Healthcare

CONTEXTE

Les établissements de soins de santé sont les plus gros consommateurs d'énergie du secteur tertiaire.

Ils doivent pouvoir gérer au quotidien des enjeux énergétiques aussi complexes que variés :

- Le bâtiment doit garantir une température constante en amenant du froid et du chaud au bon endroit et au bon moment et ceci 24h sur 24h et 365j par an ;
- L'utilisation d'équipements technologiques de pointe représente une part importante de la consommation électrique d'un hôpital ;
- En matière de déchets infectieux, il est nécessaire, pour éviter des conséquences nocives pour l'homme et l'environnement, de recourir à des méthodes spéciales de traitement et d'élimination ;
- Il est également essentiel de pouvoir vérifier la consommation d'eau d'une institution vu la grande quantité utilisée dans l'activité journalière ;
- D'autres politiques respectueuses de l'environnement comme les achats durables, l'alimentation durable ou la mobilité douce doivent faire partie intégrante des priorités de la politique environnementale de l'institution.

Tous ces éléments devront être pris en compte au regard d'autres paramètres comme le nombre de lits, le type de bâtiment, la situation géographique, le nombre de travailleurs ou encore les réglementations régionales et fédérales.

L'ensemble de ces enjeux met en évidence l'immense défi à relever par les institutions de soins souhaitant réduire leur impact environnemental.

OBJECTIFS DU PROJET

En 2017, santhea avait remporté l'appel à projet lancé par Bruxelles Environnement. Ce projet de 4 ans, appelé Pack Energie, est destiné au secteur

non-marchand et a pour but de sensibiliser et d'apporter des solutions concrètes pour diminuer la consommation d'énergie. Début 2018, santhea a créé en son sein une cellule environnement afin de mettre en œuvre son projet Together For Green Healthcare (T4GH). Il s'agit principalement d'un programme de soutien vers les institutions des soins de santé sous forme de coaching collaboratif. Le projet s'articule en 4 étapes :

- Informer et sensibiliser l'ensemble des acteurs (direction générale, direction des infrastructures/responsables énergie/etc.);
- Prendre des actions concrètes dans le cadre d'échanges collaboratifs ;
- Identifier les bonnes pratiques entre participants ;
- Enclencher une dynamique positive sur le long terme en vue d'obtenir des résultats tangibles et durables chez tous ses membres.

PUBLIC CIBLE

Toutes les institutions de soins sont concernées par la problématique environnementale et peuvent bénéficier, directement ou indirectement, des travaux menés dans le cadre du projet. La méthodologie proposée peut s'appliquer à des structures de toute taille et de tout type. La possibilité de pouvoir également échanger les expériences est toujours enrichissante pour chacun des membres.

Notre ambition est de mettre en œuvre des actions concrètes avec plusieurs institutions de soins, d'enregistrer des résultats significatifs, et au final, de pouvoir faire bénéficier l'ensemble du secteur des leçons tirées et des bonnes pratiques identifiées.

ACTIONS MISES EN PLACE

En 2018, nous avons déployé le projet à travers différents axes.



Le premier est orienté sur la communication au sens large :

- Présentation du projet T4GH durant une réunion du Conseil Général des Hôpitaux de santhea;
- Publication de deux « Focus », rapports d'analyse synthétiques produits en fonction des demandes de nos membres et/ou de l'actualité. Le premier avait pour thème « Enjeux environnementaux : le défi des institutions de soins de santé ». Nous y reprenons les différents aspects liés aux problématiques environnementales dans le secteur des soins de santé. Le deuxième traitait de l'analyse des résultats de l'enquête menée auprès des hôpitaux : « Pré-bilan énergétique des hôpitaux de santhea »;
- Diffusion à nos membres d'informations sur le Green Deal, le label écodynamique à Bruxelles, le projet URE (utilisation rationnelle de l'énergie) en Région wallonne, l'appel à projet sur l'amélioration de l'efficacité énergétique

dans les bâtiments publics de la cellule FEDER (Fonds Européen de Développement Régional), le soutien à l'investissement du Pack Energie de Bruxelles Environnement et le nouveau Plan Local d'Actions pour la Gestion Energétique à Bruxelles (PLAGE 2019);

- Participation au séminaire européen CLEANMED organisé par l'association internationale Health Care Without Harm (HCWH). Il réunissait les principaux acteurs environnementaux et les professionnels des soins de santé de toute l'Europe. Les 3 jours étaient animés par des débats, exposés, workshops, tables de discussions. Nous avons eu l'occasion d'aborder des thématiques comme le système de santé durable, la réduction de l'empreinte environnementale des gaz anesthésiques, la réutilisation du matériel médical, la prévention et la réduction des déchets infectieux, les achats durables ou encore l'économie circulaire. Ce congrès nous a permis de partager les expériences et d'établir des contacts internationaux;

- Lancement d'une enquête auprès des institutions hospitalières et des MR/MRS membres de santhea avec pour objectif d'obtenir un état des lieux de leurs actions énergétiques et environnementales.

Un autre axe est celui du partage et de l'échange collaboratif :

- Réunions de groupes de travail avec le secteur hospitalier. Nous avons eu l'occasion de réunir autour de la table les responsables énergétiques de différents hôpitaux membres de santhea. Nous avons pu mettre en place les premières pistes de collaborations futures: analyse des indicateurs énergétiques, utilisation de la comptabilité énergétique, certification ISO50001, plan de communication environnementale, sensibilisation auprès des directions, traitement des déchets, éclairage ;
- Réunion de lancement du projet avec le secteur MR/MRS ;
- Organisation d'une « matinée environnement » dans le cadre de nos journées d'études de juin 2018. Le thème était « Le développement durable dans le secteur des soins de santé ». Nous avons invité plusieurs intervenants externes afin de partager leurs expériences sur ce sujet. Ont notamment été présentés, les thèmes de l'alimentation durable au Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye, la gestion énergétique au CHU Brugmann, l'expérience de la gestion énergétique du CPAS de Bruxelles et un modèle de contrat de performance énergétique (CPE) avec une Energy Service Company (ESCO) ;
- Journée de réflexion sur la responsabilité environnementale de nos institutions de santé avec des intervenants étrangers venant du NHS England et l'AP-HP de France ;
- Mise en réseau (networking) des responsables énergies de toutes nos institutions.



Pour répondre aux demandes de support de nos membres, la cellule environnement a mis en place un réseau de collaborations:

- Santhea est membre de l'organisation HCWH précitée, qui regroupe plus de 32.000 institutions de soins de santé à travers le monde. Leur objectif est de soutenir les institutions de soins de santé dans leurs actions de réduction de leurs émissions de gaz à effet de serre. Ils portent la voix des professionnels de la santé dans les débats européens pour mettre en avant les problèmes environnementaux liés aux produits chimiques, au changement du climat, à la consommation de l'énergie, aux achats durables, à l'alimentation durable ou encore à la gestion des déchets. Ils soutiennent également l'éducation et la conscientisation du secteur;
- Nous sommes aussi membre de l'Association Francophone des responsables Techniques, énergie et de Sécurité des institutions Hospitalières et maisons de repos (AFTSH). Cette association a pour but de mettre en commun les expériences et projets en favorisant les échanges d'informations;
- Nous avons le support de Bruxelles Environnement et de la DGO4 du SPW;
- Nous travaillons également avec des experts du terrain : organisations régionales, facilitateurs URE, éco-conseillers, bureau d'architectes, responsables en communication, spécialistes en système de management environnemental;
- Nous sommes également en contact avec des sociétés spécialisées dans le soutien énergétique, la comptabilité énergétique et le protocole IPMVP.

PERSPECTIVES

L'année prochaine nous mettrons en place trois grandes actions.

La première porte sur la réalisation d'un cadastre énergétique. En d'autres termes : qui consomme quoi et comment ? Cette première étape sera décisive pour engager une action plus spécifique sur les possibilités de réduction de consommation d'énergie. Nous pouvons, pour ce faire, nous baser sur la comptabilité énergétique déjà utilisée dans la plupart de nos institutions. L'idée est d'avoir un outil santhea de benchmarking énergétique qui permettrait de pouvoir comparer toutes les institutions entre elles malgré les différences de taille et d'activités. Cet outil serait utilisé sur le long terme afin d'analyser les conséquences d'actions entreprises dans chacun des établissements.

La deuxième est axée sur la communication et la sensibilisation du personnel des institutions membres. En effet, il est impossible de mettre en place une initiative sans communiquer sur le sujet. C'est pourquoi nous utiliserons tous les moyens à notre disposition pour conscientiser et sensibiliser le personnel à l'environnement. Nous déploierons une campagne environnementale modulable dans toutes nos institutions selon leurs besoins et leurs exigences.

La troisième mesure s'intéressera à la mise en place d'une politique environnementale au sein de chaque institution. Le but est de créer une charte environnementale dans laquelle seraient inscrites les ambitions de la direction pour diminuer l'empreinte carbone. Cette charte serait reprise dans la politique générale de l'institution.

Outre la mise en place d'une évaluation régulière sur la base d'indicateurs propres à chaque action, nous analyserons en parallèle la culture environnementale de chaque institution. Cette approche transversale (ou cross-fonctionnelle) sera réalisée via une enquête et tentera d'analyser l'impact des actions auprès du personnel.

La cellule environnement reste donc au cœur de l'actualité « climat » et mettra tout en œuvre pour supporter les institutions membres de santhea dans leurs démarches environnementales.

NOS PROJETS EN COURS

Une banque de donnée interhospitalière unique en son genre

CONTEXTE

La gestion hospitalière 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.

C'est sur ce constat que naissait, il y a plus de dix ans aujourd'hui, le projet de banque de données interhospitalière de santhea. Gérer une institution sans connaître sa situation, tant en termes d'évolution historique que de positionnement sectoriel, revient en quelque sorte à devoir naviguer à vue. Les gestionnaires attendent donc non seulement les tendances historiques habituelles, mais également des notions de performance de leur institution dans un échantillon représentatif.

OBJECTIF

Dès son lancement en 2007, le projet de banque de données interhospitalière de santhea a eu comme objectif principal de fournir aux membres de santhea divers outils d'aide à la gestion. Initialement, il se limitait à la collecte de données structurées (financières) et à la réalisation de rapports d'analyse. Depuis, de multiples évolutions ont eu lieu. Tout d'abord en termes de données : nous récoltons en effet aujourd'hui des chiffres nous permettant de couvrir un nombre bien plus important d'aspects de la gestion hospitalière (Ressources humaines, Satisfaction des patients, Activités, etc.) et donc de soutenir nos membres plus efficacement. Ensuite, en termes de supports avec l'ajout de rapports dynamiques au sein desquels l'utilisateur peut naviguer en fonction de ses besoins et de Focus qui consistent en des analyses courtes produites en fonction des demandes de nos membres et/ou de l'actualité. En termes de métiers enfin, puisque nous assistons

progressivement à une augmentation des demandes d'extractions ou de simulations de la part de nos membres. Il s'agit là d'un indice clair de la reconnaissance par ceux-ci de notre expertise et de notre capacité à les soutenir dans leur gestion.

INSTITUTIONS PARTICIPANTES

Tous les hôpitaux membres de santhea sont concernés par ce projet. Progressivement, nous élargissons les données récoltées ainsi que les rapports produits afin de pouvoir fournir aux autres institutions un service similaire.

RÉSULTATS/ACTIONS

À l'instar des années précédentes, 2018 aura été riche en activités et en développements.

Plusieurs grandes thématiques ont été abordées. Il s'agit notamment du projet « Satisfaction Patients » qui rassemble aujourd'hui 18 institutions membres de santhea. Plus de 33.500 questionnaires complétés et validés nous ont été transmis en 2018 en vue d'être scannés et injectés dans notre base de données pour nourrir les 7 rapports en ligne proposés aux membres. Ces rapports ont par ailleurs continué d'évoluer cette année, l'équipe portant en effet une attention particulière à l'adéquation de notre production aux besoins du terrain. En outre, une réflexion a été menée sur l'évolution possible du "Questionnaire général" et sur les interactions de notre projet avec la mesure de l'expérience des patients du Programme P4P 2018. En effet, santhea a été contacté par l'administration pour l'utilisation des données récoltées pour le calcul des indicateurs propres à la mesure de l'expérience des patients et a été impliqué dans les discussions relatives à cette thématique.

Nous nous sommes évidemment intéressés à la mise en place du nouveau financement pour les soins à basse variabilité. Dans ce cadre, diverses



analyses ont été réalisées sur base des données récoltées auprès de nos hôpitaux concernés par le nouveau système. Fin 2017, un premier rapport donnait une vision agrégée des résultats au niveau de santhea. En 2018, un Focus mettait à jour les constats tirés précédemment sur base des derniers chiffres disponibles. Tout comme pour les montants de référence précédemment, les données récoltées nous permettent de procéder à des comparaisons de pratiques entre hôpitaux : par code INAMI, on peut notamment analyser les dépenses moyennes par séjour ou la proportion de séjours concernés (nombre de séjours durant lesquels le code a été attesté). Il s'agit-là d'un outil puissant permettant à une institution de pouvoir se positionner dans une distribution et d'adapter le cas échéant ses pratiques.

La question de la rétrocession d'honoraires en dialyse a également été abordée à travers un questionnaire diffusé aux institutions membres de santhea disposant d'un service de dialyse. Sur base des données récoltées, nous avons produit un

rapport dressant une image globale de la dialyse dans les hôpitaux santhea ainsi qu'une analyse des taux de rétrocession pratiqués. A la demande de plusieurs membres, nous avons comme projet de reconduire une étude similaire pour les autres services médico-techniques comme l'imagerie médicale et la biologie clinique.

Au niveau de la production, 4 rapports en ligne ont été mis à jour. Il s'agit des rapports sur les montants de référence, le forfait imagerie médicale, Finhosta RH et le projet « Absentéisme ». Par ailleurs, 3 nouveaux rapports sont en préparation : l'un relatif aux aînés, qui nous permettra de proposer un premier outil à disposition de ce secteur, un deuxième consacré aux comparaisons de pratiques réalisables à partir des données concernant les soins à basse variabilité et un dernier destiné à répondre à une demande soutenue de nos membres de pouvoir disposer d'informations relatives à l'activité justifiée. En outre, deux Focus ont été publiés : « Mise en place du nouveau financement des soins

à basse variabilité : que disent les chiffres ? » et « Programme Pay for Performance (P4P) 2018 : analyse des résultats ».

Notre base de données continue de s'enrichir, au fil des années, des thématiques abordées et des demandes exprimées par nos membres. Aujourd'hui, les modules en production sont : Absentéisme, Activité justifiée, Aînés, BMF, Cluster BV (financement des soins à basse variabilité), Consommation de médicaments (codes CNK et ATC), DI-RHM / NRG, Finhosta compta, Finhosta RH, Forfait imagerie médicale, Forfait spécialités pharmaceutiques, Lits agréés, Montants de référence, Nomenclature INAMI, RHM, Satisfaction Patients, Simulation de forfaits MR/MRS.

Suite à la consultation d'experts, la migration de notre base de données dans le cloud aura aussi été décidée et planifiée en 2018. Après un hébergement physique au sein des bureaux de la fédération durant sept années, suivi par cinq années durant lesquelles la majorité de nos infrastructures physiques étaient localisées au Wallonie Data Center (ce qui avait permis d'améliorer la sécurité des données ainsi que l'accessibilité pour l'équipe et pour les utilisateurs finaux), nous avons en effet opté pour une migration de notre infrastructure physique vers Azure, le service cloud de Microsoft. Parmi les avantages de ce type de solution, citons notamment la facilité de gestion, la rapidité de mise en œuvre et le coût avantageux. La migration aura lieu durant le premier semestre 2019 pour être opérationnelle dès septembre 2019.



PERSPECTIVES

Depuis dix ans, l'équipe de développement s'est beaucoup investie pour développer ainsi un outil utile et utilisé par nos membres. L'élargissement à de nouvelles matières, la mise en place de groupes de travail, la mise en ligne de la plateforme SharePoint, la diffusion de nos micro-études réactives Focus, l'ouverture à de nouveaux secteurs et le développement de nouvelles expertises techniques sont autant d'éléments qui s'inscrivent dans une réelle volonté de répondre aux besoins de nos membres et de s'assurer qu'ils s'approprient notre travail.

L'année 2019 sera notamment consacrée à la poursuite du développement et de la production des modules Activité justifiée, Aînés, Budget des Moyens Financiers, Finhosta et Financement des soins à basse variabilité. Le projet Satisfaction Patients continuera d'évoluer, avec le développement de deux nouveaux questionnaires centrés sur l'hospitalisation de jour et la procréation médicalement assistée/clinique de la fertilité. Par ailleurs, nous souhaitons également investiguer plus avant les thématiques de l'hospitalisation de jour et de l'environnement via l'identification, la récolte et le traitement de données pertinentes. Nous poursuivrons bien entendu la mise en ligne sur SharePoint de nouveaux rapports, la mise à jour des rapports existants, la réalisation d'études prospectives et la publication de Focus. Enfin, nous finaliserons notre politique de sécurité de l'information sur base de la norme ISO 2700.

Les retours obtenus du terrain sont globalement très positifs. Néanmoins, nous poursuivrons et étendrons les évaluations des besoins de nos membres sur une base plus fréquente, afin d'y répondre au mieux. Evaluer l'utilisation de notre production par nos membres sera un outil précieux pour nous assurer que notre offre correspond toujours à leurs besoins et, le cas échéant, nous permettra d'identifier les ajustements à effectuer.

NOS PROJETS EN COURS

L'innovation au centre de l'attention

CONTEXTE

Depuis quelques années, le secteur des soins fait face à de nombreux enjeux. Notre société vieillissante, l'augmentation des maladies chroniques, les pénuries de certains professionnels de santé représentent des défis de plus en plus difficiles à gérer pour les institutions de santé. Couplés à la numérisation de notre société, ces enjeux majeurs poussent notre système de santé à repenser la manière dont fournir les soins. Les institutions ont donc plus que jamais besoin d'innover afin de concilier qualité des soins et travail efficient. Les nouvelles technologies ont un rôle tout particulier à jouer dans cette mutation du système, tant au niveau de la prise en charge des patients que de l'organisation des soins.

Plusieurs projets, comme le Dossier Patient Informatisé, le Réseau Santé Wallon et AbruMET, ont vu le jour en Belgique afin de moderniser les soins et de garantir un meilleur suivi au patient. Cependant, les autorités ne sont pas les seules à s'investir dans le domaine de l'e-santé, de nombreux acteurs privés offrent des services et produits essayant de répondre aux besoins changeants du secteur. HealthTech.Belgium, une initiative coupole lancée début 2018 par Agoria, beMedTech et l'Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux, représente l'exemple parfait de la volonté d'échanges entre le secteur des soins et l'industrie afin d'accélérer la dynamique de l'innovation. Cette initiative soutenue par les autorités vise à fédérer les actions existantes dans le domaine HealthTech des trois Régions et à faire de la Belgique LE pays test pour l'innovation HealthTech.

OBJECTIFS DU PROJET

Dans ce contexte, santhea a décidé de s'investir davantage dans le domaine de l'innovation et de, petit à petit, mettre en place diverses actions de sensibilisation et de facilitation pour permettre à ses membres d'être actifs et proactifs dans ce domaine. Cela va indubitablement passer par la

propagation d'une culture de l'innovation au sein du management mais également au niveau du personnel des institutions, chacun devant devenir acteur de cette dynamique.

ACTIONS MISES EN PLACE

Le projet en est encore à son stade d'élaboration mais plusieurs contacts ont d'ores et déjà été pris avec des acteurs importants dans le domaine de l'innovation dans les soins de santé :

- Agoria, la fédération des entreprises de l'industrie technologique, dispose de pôles spécialisés dans différents marchés dont la santé. Le Healthcare Technology Club d'Agoria, dont santhea fait partie, travaille aux côtés d'entreprises belges actives dans le domaine de l'e-santé, des appareils électro-médicaux et des solutions médicales innovantes ;
- Lifetech.brussels est une des communautés de hub.brussels, l'Agence bruxelloise pour l'Accompagnement de l'Entreprise. Ce cluster facilite la stimulation et le développement de projets en lien avec le secteur des soins de santé en Région de Bruxelles-Capitale mais travaille également avec la Commission européenne notamment concernant les subsides européens pour la recherche et l'innovation. Santhea a établi des contacts privilégiés avec eux ;
- MedTech Wallonia, homologue wallon de Lifetech.brussels, est un consortium des acteurs wallons actifs dans les dispositifs médicaux et l'e-santé ;
- BeMedTech, la fédération belge de l'industrie des technologies médicales.

Santhea participe également aux réunions du Comité e-santé.brussels, tout comme Agoria et Lifetech, organisées dans le cadre du plan e-santé bruxellois et qui visent à accélérer la mise à disposition de solutions technologiques pour le monde de la santé.



PERSPECTIVES

L'année 2019 sera consacrée à la mise en œuvre du projet Innovation.

Afin d'être innovantes, les institutions de soins se doivent de créer un environnement interne propice à l'émergence de nouvelles idées, à leur développement et à leur implémentation. Mais ce n'est pas tout : l'ouverture des institutions vers l'extérieur a aussi un rôle important à jouer dans le domaine des nouvelles technologies. L'innovation est une matière mouvante par définition et il est primordial de rester informé de l'évolution du secteur et d'étoffer son réseau d'entreprises et de start-up de façon continue. Pour ce faire, santhea continuera de travailler en partenariat avec les fédérations et autres clusters technologiques précités et jouera un rôle de facilitateur auprès de ses membres.

Le principal axe de développement sera la sensibilisation de nos membres pour surmonter les freins culturels et éthiques que les nouvelles technologies peuvent faire apparaître. Santhea mettra sur la communication d'événements, de produits, services et projets novateurs en vue d'alimenter leur culture de l'innovation. Des groupes d'échanges seront également organisés pour permettre à nos membres de discuter

ensemble de thématiques de l'innovation mais également de rencontrer des experts en la matière.

L'innovation représente une des meilleures opportunités de répondre aux enjeux actuels du système de soins. Santhea travaillera activement pour renforcer les collaborations entre les hôpitaux et les autres parties prenantes ainsi que pour aider ses membres à devenir acteurs de l'écosystème de la santé numérique.



santhea 

Quelques **thèmes** abordés

THÉMATIQUES

Quelques thèmes abordés

Un protocole d'**accord non marchand** bruxellois 2018-2019 a été signé le 18 juillet 2018, pour le secteur privé. Les mesures majeures de cet accord pour le secteur de la santé sont l'augmentation de la prime de fin d'année et l'octroi de deux jours de congés avec embauche compensatoire dans le secteur des maisons de repos. Un comité d'accompagnement a été mis en place pour préciser le cadastre des travailleurs concernés ainsi que les modalités de calcul du montant de cette prime. Au niveau wallon, après des mois de discussion, les partenaires sociaux se sont accordés mi-décembre sur un protocole d'accord non marchand 2018-2020 qui prévoit une prime par travailleur.

Le 21 juin 2018, le Gouvernement wallon a approuvé en première lecture un avant-projet de décret relatif à l'**aide aux aînés** et un projet d'arrêté modifiant les dispositions législatives concernant l'accueil et l'hébergement des personnes âgées en Wallonie. La qualité de l'accueil, le contrôle des prix avec l'interdiction de certains suppléments, la création de nouvelles places et le nouveau mécanisme de soutien au financement des infrastructures en sont les pierres angulaires.

Les premières pierres de la réforme de l'**aide médicale urgente** ont été posées fin de l'année 2018 avec le dépôt d'un projet de loi. La réforme de la Ministre Maggie De Block avait été annoncée dans le courant de l'année et les grandes lignes directrices en avaient été esquissées à l'occasion de deux questions parlementaires fin de cette même année. Il faudra attendre 2019 pour une concrétisation complète de cette réforme au travers de l'adoption de plusieurs arrêtés royaux et ministériels redessinant le cadre réglementaire de cette matière.

Les textes concrétisant les deux premières étapes

de la réforme des sociétés et **associations** initiée par le Ministre de la Justice, Koen Geens, sont entrés en vigueur. Il s'agit de nouvelles règles en matière d'insolvabilité et d'un nouveau droit des entreprises, respectivement applicables en date du 1^{er} mai 2018 et du 1^{er} novembre 2018. La troisième étape sera celle de la codification des règles relatives aux sociétés et associations.

Le 26 octobre 2017, la Ministre de la Santé et de l'Action sociale a déposé une nouvelle note d'orientation au Gouvernement wallon visant la mise en place d'une **assurance autonomie**. La future assurance autonomie organiserait solidairement une protection sociale contre la perte d'autonomie pour tous les wallons. Après avoir été annoncé pour 2017, puis 2018, il est précisé que ce nouveau dispositif serait opérationnel pour 2020. La future assurance autonomie serait composée de deux branches, cumulables :

- Une intervention à domicile qui donnerait droit aux personnes en perte d'autonomie, sous certaines conditions, à un nombre d'heures de prestations d'aide au domicile. En fonction du niveau de dépendance, il serait défini par personne un « compte assurance autonomie » ouvert auprès de son organisme assureur. Aucun montant en espèces ne serait versé directement aux bénéficiaires, leurs « comptes assurance autonomie » étant alimentés par des forfaits mensuels pouvant être utilisés pour accéder à un certain nombre d'heures de prestations en nature ;
- Une Allocation Forfaitaire Autonomie (AFA), conditionnée par des critères d'âge (65 ans et plus) et de revenus, permettrait de soulager les personnes âgées en perte d'autonomie qui bénéficient de revenus limités. Un montant financier serait libéré afin de les aider à prendre en charge les frais en maison de repos ou de maintien au domicile. Cette allocation forfaitaire autonomie correspondrait à l'actuelle allocation

pour personnes âgées (APA). L'AFA serait octroyée aux personnes résidant tant à domicile qu'en institution (MRPA/MRS, institution pour personnes handicapées). Les montants accordés seraient versés aux bénéficiaires mensuellement par les organismes assureurs.

La Commission de conventions hôpitaux – organismes assureurs de l'**AviQ** a été rendue opérationnelle en 2018 et plusieurs réunions se sont tenues dans le courant de l'année. Santhea dispose de deux mandats au sein de cette commission. Ont été ainsi, notamment, abordées, les questions relatives à la facturation du prix d'hébergement, aux conventions de revalidation transférées, au budget de l'Agence ou encore celle des non-assurés.

Certains de nos hôpitaux se sont vu refuser par un organisme assureur la possibilité de facturer au patient le coût de **ballons intragastriques** implantés. La mutualité arguait du fait que ce type de dispositif n'est pas un implant mais simplement un dispositif médical invasif à long terme et qu'à ce titre il ne tombe pas sous le point 4° de l'article 102

de la loi sur les hôpitaux stipulant que le coût des implants n'est pas couvert par le BMF. Il ne tombe pas non plus sous le point 5° de ce même article puisqu'il ne couvre que les dispositifs invasifs pour lesquels il y a une intervention de l'Assurance Maladie Invalidité, ce qui n'est pas le cas des ballons intragastriques. Santhea a alors approché pour avis la Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs (CRIDMI) en faisant la remarque que la distinction entre implant et dispositif invasif n'existe plus dans le nouveau règlement européen 2017/745/EU sur les dispositifs médicaux, ce qui ferait bien remonter les ballons intragastriques au niveau du point 4° de l'article 102 précité. La CRIDMI a cependant répondu que le règlement n'entrant en vigueur qu'au 26 mai 2020, c'est toujours la définition de la directive 93/42/CEE sur les dispositifs médicaux qui entre pour l'heure en considération avec pour résultat que ce type de dispositif non remboursé n'est pas un implant et est bien couvert par le BMF. Santhea reposera donc la question dès le 26 mai 2020 dans le but de confirmer que son interprétation est la bonne, en espérant cette fois obtenir une réponse positive et lui donner par après les suites adéquates.



Suite à la 6^{ème} réforme de l'Etat, de nombreux textes sont venus réglementer le financement de la (re) construction de nouveaux **bâtiments hospitaliers** situés sur le territoire de la Région wallonne durant l'année 2018. Ainsi, un premier appel à projets a été lancé fin 2018 par le Gouvernement wallon. Une FAQ a été également publiée en juillet 2018 concernant les dispositions de ce nouveau mécanisme de financement. La revue des demandes de financement des différents projets ainsi introduits nécessite toujours une analyse et une prise de décision de la part du Gouvernement wallon.

En février 2018, santhea a mis à disposition de ses membres, sa coordination officieuse de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (AR BMF) intégrant les dispositions d'application dans le calcul du **Budget des Moyens Financiers** (BMF) au 1^{er} janvier 2018. Santhea a explicité à cette occasion les adaptations concrètes apportées au budget des hôpitaux : correction des erreurs constatées dans le calcul des BMF au 1^{er} juillet 2017, interdiction de facturation des pansements actifs, fixation définitive du taux d'intérêts à court terme financé à hauteur de 2,68%, ajout à partir du 1^{er} janvier 2018 de la moitié du budget résultant de l'addition des 10,5 millions € injectés en 2016 et des 4,8 millions € supplémentaires injectés en 2018 (soit 15,51 millions €, à l'index 1^{er} juin 2017), à savoir de 7,755 millions €, aux budgets cumulés octroyés successivement en 2012, 2013 et 2014 destinés à compenser dans la sous-partie B4, une partie des charges de la réforme du financement des pensions des agents nommés opérée par la loi du 24 octobre 2011, et répartis au prorata de la cotisation totale des hôpitaux (cotisation de base + cotisation de responsabilisation), répartition de l'autre moitié (7,755 millions €) uniquement au prorata de la cotisation de responsabilisation, avec une interdiction d'augmentation du nombre d'ETP statutaires pour le maintien de cette moitié.

De juin à novembre 2018, santhea a mis à disposition de ses membres, au fur et à mesure de la parution

au Moniteur belge des divers arrêtés modificatifs, sa coordination officieuse de l'arrêté royal BMF, intégrant les dispositions d'application dans le calcul du **BMF** au 1^{er} juillet 2018. Santhea a explicité et commenté les adaptations concrètes apportées au budget des hôpitaux : nouvelles règles de financement du Dossier Patient Informatisé (DPI), abrogation de la sous-partie C4, suppression de la garantie de financement de l'activité de base en sous-partie B2, arrêt de la dégressivité des points B2 attribués aux lits partiels de psychiatrie en hôpital général telle qu'elle avait pourtant été initiée au 1^{er} juillet 2017 par la Ministre (cette dernière n'a cependant pas injecté le budget supplémentaire nécessaire tel que relayé par santhea et rappelé à plusieurs reprises par le CFEH), transfert du financement de base des emplois subventionnés par le Fonds Budgétaire Interdépartemental (FBI) vers le BMF, venant rejoindre les financements complémentaires qui y figuraient déjà, fixation définitive du financement de la gestion de l'antibiothérapie dans la sous-partie B5 à sa valeur au 30 juin 2018, traduction à partir du 1^{er} septembre 2018 dans le financement B4 des primes pour Titre Professionnel Particulier (TPP) et Qualification Professionnelle Particulière (QPP) en hôpital privé, des adaptations intervenues à cette même date dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière – notamment l'arrêt de l'attribution de la prime pour les nouveaux agréments, adaptations de l'arrêté royal BMF pour tenir compte du passage à l'ICD-10 depuis 2016 et à l'APR-DRG version 31.0 (dans le calcul des lits justifiés et d'autres éléments se basant sur la pathologie dans le calcul du BMF), suppression d'affinements des groupes de diagnostics, modification du calcul du nombre de systèmes atteints, traitement distinct des séjours participant au projet pilote « accouchement avec séjour hospitalier écourté », suppression du calcul des séjours classiques inappropriés, introduction des contrats P4Q en sous-partie B4, financement octroyé en sous-partie B4 pour les 7 hôpitaux académiques pour la fonction agréée « maladies rares », répartition au titre de provision 2018 entre les hôpitaux privés du budget de 58,4 millions € destiné au financement du surcoût 2018 de la phase

1 de l'implémentation de l'IF-IC, au prorata des ETP ayant servi à la répartition de la prime unique 2017.

Au plus tard, le 1^{er} lundi d'octobre de chaque année, une proposition concernant le **budget des soins de santé** de l'année à venir doit être transmise au Conseil général de l'INAMI qui a, alors, jusqu'au 3^{ème} lundi d'octobre pour l'approuver. C'est ainsi qu'un budget d'environ 26,5 milliards € a été estimé pour l'année 2019. Dans la fixation de celui-ci, il est prévu des mesures d'économies d'une valeur d'environ 226 millions € concentrées dans le secteur des médicaments. En parallèle, de nouveaux moyens sont alloués aux diététiciens dans le cadre de la lutte contre l'obésité infantile et au financement de plusieurs projets en matière d'e-santé. La masse d'indexation des honoraires avait été fixée, lors de l'adoption du budget, à 1,45% de la masse d'honoraires (soit 131,9 millions €). Il a été décidé que la répartition de celle-ci ne serait pas linéaire et privilégierait les actes intellectuels.

Au vu de l'absence de financement des maîtres de stage en médecine au sein des hôpitaux qui ne bénéficient pas de la sous-partie B7 (BMF) et de l'arrivée de la double cohorte des **candidats spécialistes** (2018-2024), un arrêté royal a été publié en juin 2018, fixant le montant et les modalités de paiement pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes, via un financement de l'INAMI. Ce financement, certes insuffisant, entraîne un financement différencié selon le type d'hôpital (universitaire ou non), ne constitue pas en soi un gage de « qualité » des services de stage et ne règle évidemment pas le financement du coût salarial des stagiaires. Santhea a insisté, tant au niveau du GT de la Commission médico-mutualiste qu'au CFEH, pour un financement adéquat de l'accompagnement des candidats spécialistes, pour une meilleure prise en charge de leur rémunération et pour la mise en place d'un cahier des charges « qualité » des services de stage par les autorités compétentes.

En application de l'Accord national médico-

mutualiste 2018-2019 (point 1.1.3.2 « Soins complexes aux cancéreux »), suite au Rapport 289 du KCE et sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission Hôpitaux-OA, le Comité de l'assurance a approuvé, le 17 décembre 2018, deux conventions relatives à la **chirurgie complexe** dans les tumeurs de l'œsophage, les tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne et les affections œsophagiennes non oncologiques ainsi que la chirurgie du pancréas pour des affections bénignes, pré-malignes et malignes et/ou de la région péri-ampullaire. Ces conventions réservent le remboursement des prestations correspondantes à des centres de chirurgie complexe choisis selon des critères d'activités passées, des critères de croissance d'activités futures ainsi que des normes quantitatives et qualitatives en matière d'équipe soignante. Ces centres devront également répondre à un suivi strict en termes de critères de performance et de qualité. Santhea s'est opposé, tout au long de l'année 2018, à cette volonté de concentrer, de façon exagérée, ce type de chirurgie qui risque de réduire l'accessibilité aux soins complexes d'une partie de la population et de mettre en danger l'existence même de certains services de chirurgie digestive. Santhea a également fait remarquer que ces conventions contrecarraient les efforts de mise en œuvre des réseaux hospitaliers locorégionaux et, à cause des nombreux critères normatifs qu'elles contiennent, présentaient un risque d'instabilité juridique.

Pour assurer au 1^{er} janvier 2019 la reprise effective des **compétences transférées** dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat, les administrations wallonne et bruxelloise AViQ et Iriscare ont repris à leur compte les conventions IHP, MSP et les conventions de revalidation dont l'INAMI avait assuré la gestion pour compte jusqu'à cette échéance. Ce fût chose faite in extremis, en toute fin d'année 2018. Le contenu de ces conventions est resté identique, les textes ont simplement été adaptés pour y remplacer l'INAMI par l'AViQ ou Iriscare.



Au travers de sa participation active au **Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers** (CFEH) et à ses divers groupes de travail, santhea a veillé à ce que les avis rendus par cet organe à la Ministre de la Santé publique intègrent au mieux les préoccupations de ses membres. Voici, par thème, les principaux avis rendus par cette instance en 2018.

• **Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire (AFCN) : 2 avis**

Le CFEH a été sollicité à deux reprises par l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire (AFCN) dans le courant de l'année 2018, pour l'examen de divers projets d'arrêtés royaux, visant à transposer en droit belge les directives EURATOM. En amont du CFEH, les fédérations hospitalières, parmi lesquelles santhea, se sont réunies pour rédiger l'ensemble de leurs réserves à l'encontre des projets de l'AFCN, et pointer en particulier les principaux éléments de coûts, organisationnels et financiers, qu'ils impliquent, alors même qu'aucun budget supplémentaire n'est prévu dans le BMF pour couvrir les frais liés à ces nouvelles obligations légales. Par une lettre du 24 octobre 2018 à Madame la Ministre De Block, les fédérations hospitalières parmi lesquelles santhea, ont fait part de leurs inquiétudes quant aux implications

financières de l'exécution de ces projets, mais aussi au degré d'exigence des dispositions envisagées, voire sous certains aspects, aux dépassements de compétences de l'AFCN. Cette dernière va en effet bien au-delà des normes européennes : citons l'exigence d'un service de radio-physique médicale ou l'obligation de la présence d'un radio-physicien. Le surcoût pour l'ensemble des hôpitaux est estimé au minimum, en base récurrente annuelle, à 15,5 millions €.

Ces divers textes devraient également être examinés dans le contexte de l'implémentation des réseaux hospitaliers et des collaborations possibles entre hôpitaux d'un même réseau. Le CFEH a insisté sur une clarification indispensable des responsabilités respectives du praticien et du physicien pour ne pas générer des situations de conflits de compétences, et souligné une interférence des dispositions voulues par l'AFCN, avec la politique médicale menée dans les hôpitaux. Le CFEH est parfaitement conscient de la nécessité d'optimiser les procédures de protection contre les rayonnements, mais il n'est pas en faveur de la création d'un service de radio-physique médicale tel que décrit par l'AFCN. En outre, le nombre réduit de radio-physiciens actuellement disponibles rend impossible toute conformité aux normes d'encadrement préconisées.

▪ **Sous-partie B7 du BMF et financement de la formation des médecins candidats spécialistes : 3 avis**

Dès le début de l'année 2018, le CFEH s'est attelé, au travers d'un groupe de travail ad hoc, à répondre aux questions très spécifiques de la Ministre fédérale de la Santé publique dans sa demande d'avis datée du 4 décembre 2017 relative à la réforme structurelle concernant la formation des médecins spécialistes et son financement partiel. En effet, même si la Ministre transmettait en annexe de sa demande d'avis, le texte du « Livre vert » que ses équipes avaient rédigé détaillant cette réforme, sa demande au CFEH visait surtout à déterminer le budget disponible dans la sous-partie B7, et moins l'examen par le menu des propositions contenues dans le « Livre Vert ». Cependant, dans son avis CFEH/D/469-2 très détaillé du 8 mars 2018, le CFEH est allé beaucoup plus loin que la simple réponse à cette demande : problématique de la double cohorte connue de longue date et non résolue par les propositions, diminution de la qualité de la formation sous-jacente aux propositions du Livre Vert, insuffisance des financements sur la table... Santhea a été attentif à la défense d'un financement correct de la formation des médecins candidats spécialistes dans l'ensemble de ses hôpitaux membres. Tout en identifiant d'un point de vue technique au sein des sous-parties B7A et B7B, les montants destinés au financement de la formation des médecins spécialistes, le CFEH a dressé un tableau complet des besoins et chiffré une valeur de voucher acceptable. Le CFEH a également décrit les diverses tâches des maîtres de stage et des maîtres de stage coordinateurs, et listé les préoccupations et questions concrètes liées aux modalités de liquidation envisagées pour le voucher.

La Ministre n'a pas suivi l'avis rendu par le CFEH en mars 2018 et lui a demandé un second avis technique quant aux modalités de suppression dans le BMF et de transfert vers l'INAMI dès le 1^{er} janvier 2019, du financement de la formation des médecins candidats spécialistes, sans informer au préalable le secteur des nouvelles modalités de financement envisagées. Les questions concrètes

posées par le CFEH dans son premier avis (modalités de liquidation du voucher, fixation de sa valeur, définition et mesure de la qualité de la formation...) sont restées sans réponse.

Le CFEH a désapprouvé la suppression du financement BMF de la formation des médecins spécialistes des sous-parties B7A et B7B, alors que les nouvelles modalités de financement via l'INAMI ne sont pas encore arrêtées : il craint une économie induite à la charge des hôpitaux concernés, si les moyens libérés au 1^{er} janvier 2019 ne sont pas entièrement dédiés à la formation des médecins candidats spécialistes et au financement des maîtres de stage.

Le budget de 24 millions € transféré à l'INAMI au 1^{er} janvier 2019 incorpore l'ensemble des sous-budgets du B7A et B7B précédemment attachés au nombre de candidats spécialistes et au nombre de maîtres de stage : 18,85 millions € en provenance de la sous-partie B7A des 7 hôpitaux académiques et 5,12 millions € en provenance des hôpitaux bénéficiant d'une sous-partie B7B. Par ailleurs, le montant transféré depuis la sous-partie B7A s'avère supérieur au financement BMF historique dévolu initialement à la formation lors de sa création dans le prix de la journée d'hospitalisation de l'époque, et correspond au budget tel que défini en pourcentage à partir de 2003, réparti annuellement entre les 7 hôpitaux académiques en fonction du nombre de candidats spécialistes et du nombre de maîtres de stages. Après transfert de ces 18,85 millions € vers l'INAMI au 1^{er} janvier 2019, les sous-budgets résiduels au sein de la sous-partie B7A devraient suivre leurs modalités de répartition propres antérieures inchangées.

▪ **BMF 1^{er} juillet 2018 : B2 et simplification administrative**

Sollicité par la Ministre fédérale de la Santé publique en février par rapport aux modifications à prévoir dans les règles de calcul du BMF au 1^{er} juillet 2018, le CFEH a considéré que les données de trois années devaient continuer d'être utilisées dans le calcul des durées de séjours nationales, ce qui impose nécessairement l'utilisation de l'APR-DRG version 31.0 seul compatible avec l'ICD-9

(pour les données 2013 et 2014) et l'ICD-10 (pour les données 2016). Il a aussi rappelé son souhait d'un groupe de travail permanent chargé d'examiner en temps utile l'ensemble des problèmes relatifs aux différentes données, en particulier DM-RHM et DI-RHM : collectes, qualité, feedbacks, utilisations dans le calcul du BMF, suivis, audits, etc.

La Ministre a suivi la demande du CFEH d'arrêter la dégressivité qu'elle avait programmée pour le nombre de points par lit attribué aux lits A partiels et K partiels pour la fixation de la sous-partie B2 des hôpitaux généraux, mais le CFEH a réaffirmé sa demande concomitante de moyens supplémentaires indispensables, qui n'ont pas été injectés.

Parmi les mesures proposées par la Ministre au titre de simplifications administratives, le CFEH s'est opposé à la suppression du calcul de la garantie du budget de base, garde-fou de l'octroi d'un financement minimum *minimorum* d'une norme d'encadrement de base appliquée aux lits justifiés. Par contre le CFEH a accepté le non recalcul du financement de l'antibiothérapie en sous-partie B5 et la suppression de la sous-partie C4.

Le CFEH a rappelé ses avis antérieurs non suivis par la Ministre : la restitution du financement des pansements actifs, la réintégration du caractère révisable de la sous-partie A2, l'utilisation des données du DI-RHM au plus vite à 100% et la demande de validation clinique et d'amélioration de l'outil NRG, le passage au plus vite à 100% au nouveau financement du service des urgences.

Le CFEH a rappelé l'actualisation nécessaire en temps utile des listes de codes de la nomenclature, et demandé de compenser financièrement au niveau fédéral le nombre accru de RMN en lien avec le protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale du 24 février 2014. Il a pointé que l'adaptation de certains financements forfaitaires de la sous-partie B4 sur base des lits justifiés en lieu et place des lits agréés induit chaque année une nouvelle économie structurelle de ces financements, alors même que ces financements forfaitaires ne correspondent pas aux charges réelles des obligations légales ou fonctions spécifiques sous-jacentes, et demandé d'au moins veiller à

ce que les enveloppes globales par sous-élément concerné du B4 et par secteur ne diminuent plus du simple effet d'une diminution du nombre de lits justifiés au niveau national.

Le CFEH a également souligné ses besoins prioritaires pour le Budget 2019, repris dans un avis distinct.

■ **BMF enveloppe nationale : 3 avis**

■ **Economie de 2,5 millions € - Budget 2018**

Afin de ne pas impacter les hôpitaux pour réaliser l'économie de 2,5 millions € imposée au secteur en 2018, le CFEH a proposé d'utiliser les réserves prévues au budget 2018 relatives aux projets pilotes et non encore affectées.

■ **Mise à disposition d'un budget de soutien aux hôpitaux dans le cadre de l'implémentation du nouveau financement des soins à basse variabilité**

Le CFEH a salué l'initiative de la Ministre fédérale de la Santé publique d'injecter 7 millions € « one shot » en 2018 pour soutenir les hôpitaux dans le cadre de la mise en place du nouveau financement des soins à basse variabilité. Comme *santhea* le pointait depuis les prémices de la mesure, l'implémentation entraîne effectivement des efforts et coûts importants dans le chef des hôpitaux, en « one shot » mais également en « structurel », qui restent non financés. Le CFEH a renvoyé à une fiche budgétaire établie par les fédérations hospitalières, parmi lesquelles *santhea*, fixant le besoin à hauteur de 17,6 millions € en « one shot » et 5,74 millions € par an en « structurel » – a fortiori dans un contexte où le grouper est actuellement financé par les hôpitaux eux-mêmes (6 à 7 millions €).

Sur l'insistance de *santhea*, le CFEH a aussi rappelé que le nouveau forfait « soins à basse variabilité » complexifie inutilement tant le financement que l'organisation même de l'ensemble des hôpitaux, et demandé par ailleurs que des indicateurs soient mis en place pour monitorer de façon continue l'évolution de la qualité entre la situation de départ et le déploiement du système d'année en année.



▪ **Financement à hauteur d'1 million € de la cellule de coordination du réseau de la fonction agréée « maladies rares »**

Interpellé en mars 2018 par la Ministre fédérale de la Santé publique à propos d'un nouveau financement à concurrence d'1 million € pour le soutien des réseaux et fonctions « maladies rares », le CFEH soutenu par santhea, tout en donnant son accord sur cette demande légitime, a également pointé que d'autres fonctions de coordination - telles que la fonction du médecin chef dans le cadre des futurs réseaux - ne sont actuellement pas financées.

▪ **Besoins prioritaires 2019**

L'ensemble des fédérations, parmi lesquelles santhea, ont rédigé de commun accord un texte de positionnement quant aux priorités budgétaires du secteur hospitalier, assorti de diverses fiches budgétaires détaillées, qui serviront de base à la rédaction de l'avis sur les besoins prioritaires 2019 émis par le CFEH.

Les dépenses en soins de santé sont relativement basses en Belgique, par comparaison à ses pays limitrophes et la partie prise en charge par les pouvoirs publics s'avère plus faible. Le secteur BMF est l'un des seuls secteurs du budget de

l'INAMI pour lequel les dépenses restent sous contrôle (enveloppe fermée qui suit l'indice santé). La croissance nominale du BMF donne l'impression que ce budget suit l'évolution des dépenses de santé, or cette supposée croissance est principalement imputable à l'ajout tardif de budgets de rattrapages, relatifs aux périodes passées, promérités par les hôpitaux, et qui ont dû de facto être préfinancés par les hôpitaux eux-mêmes jusqu'à leur liquidation effective. Lors de la détermination de la croissance réelle du BMF, des corrections devraient aussi être apportées afin d'exclure l'effet des divers transferts budgétaires entre enveloppes BMF et INAMI par exemple. En outre, aucun trend n'est réalisé sur l'enveloppe B2 pour une activité pourtant en augmentation croissante : davantage d'admissions pour une durée d'hospitalisation plus courte, entraînant une intensification des soins, dans un contexte où la Belgique accuse un retard au niveau de l'encadrement (personnel à proximité du lit) par rapport à ses voisins. La littérature internationale montre d'ailleurs un lien direct entre l'encadrement et la mortalité.

Une norme de croissance réelle légale de 1,5% sur un budget de 8 milliards € implique que 120 millions € devraient être ajoutés chaque année en augmentation réelle du BMF or, au

contraire, des économies ont même été imposées ces dernières années. Le CFEH a dès lors proposé d'ajouter effectivement chaque année la norme de croissance réelle (1,5%) au budget de base du BMF.

Le CFEH a prioritairement pointé les besoins budgétaires 2019 suivants : soutien au déploiement du DPI (une deuxième tranche de 40 millions €), refinancement indispensable de la sous-partie B1, soutien à l'implémentation du nouveau financement des soins à basse variabilité, RGPD, santé mentale (For-K, réseaux 107, lits K partiels), quartier opératoire, pansements actifs, directives AFCN, réseaux hospitaliers loco-régionaux, etc.

La réforme du paysage hospitalier et de son financement lancée par la Ministre fédérale de la Santé publique et le Gouvernement fédéral impliquent des risques : les hôpitaux ont besoin de la garantie d'un financement suffisant, stable et prévisible (sur une base pluriannuelle), avec maintien pour les hôpitaux des gains d'efficacité que la réforme dégagerait, la suppression des mesures d'économies imposées ces dernières années et la réinjection de moyens (par exemple ceux issus des économies réalisées via le forfait médicaments). Sur le plan réglementaire, de nombreuses adaptations sont également requises pour faciliter les accords de coopération entre hôpitaux.

■ Dossier Patient Informatisé (DPI) - financement via le BMF : 2 avis

Concernant le financement du DPI et la répartition annuelle des moyens dédiés par la Ministre fédérale de la Santé publique depuis 2016 (56 millions € indexés), le CFEH a rendu en 2018 deux avis très argumentés, à la rédaction desquels santhea a largement contribué, relayant dans la mesure du possible les préoccupations de ses membres en la matière.

Le CFEH est favorable aux principes sous-jacents des BMUC, mais les règles du jeu en la matière ne sont pas univoquement connues et stables pour les hôpitaux : absence de définitions des fonctionnalités, de modalités claires de mesure

de leur atteinte, de validation des paramètres, et par la force des choses, de règles claires de financement. Le CFEH a plaidé pour un contenu clair et l'établissement préalable d'un calendrier réaliste, y compris la fixation a priori d'une période de référence future de mesure concrète d'atteinte d'objectifs univoquement définis. Le CFEH a demandé et obtenu la création d'un comité d'accompagnement BMUC sous l'égide du CFEH, regroupant des experts sur lesquels il peut s'appuyer techniquement.

Dans les principes de financement, le CFEH a insisté pour assurer un socle fixe par hôpital indépendant de la taille de ce dernier, en lien avec les coûts fixes, y compris pour la partie « accélérateur » du financement. Comme critère 2018, le CFEH a préconisé un engagement formel de chaque hôpital au travers d'un document co-signé par le Conseil médical et le Conseil d'administration, en respectant un timing compatible avec les calendriers de ces instances. Le CFEH a par contre mis en garde contre un critère trop simpliste tel que celui proposé par la Ministre, à savoir le nombre de lettres de sortie sur le Hub, qui ne peut être mesuré objectivement à ce stade, outre les spécificités du secteur santé mentale : le financement ne peut en aucun cas être lié à un instrument dont la validité n'est pas étayée. Au niveau technique, les annexes communiquées par la Ministre méritent l'examen expert du Comité BMUC.

Les autorités ont largement atteint leur objectif à court terme, à savoir la création d'une dynamique sectorielle en vue de la création de DPI intégrés performants : tous les hôpitaux font désormais une priorité du DPI, mais ils doivent aussi composer avec la réalité du terrain et notamment leurs fournisseurs dont ils sont totalement dépendants, et le cas échéant, leurs partenaires de réseau.

Le CFEH a souligné le sous-financement significatif de l'ICT au sein des hôpitaux : le financement BMF dévolu à la mise en place du DPI représente moins de 10% de la totalité des coûts informatiques des hôpitaux. A cet égard, le CFEH a rappelé une grande priorité pour le budget 2019 : l'octroi d'une 2^{ème} tranche de financement du DPI à hauteur de 40 millions € supplémentaires.

Pour les critères envisageables en 2019, outre la priorité à donner aux définitions et paramètres de mesures, le CFEH a préconisé la communication par les hôpitaux de l'état d'avancement de leur feuille de route, sur base d'un modèle à fournir par le SPF Santé publique, sur avis du comité d'accompagnement BMUC. Le CFEH a proposé d'accorder les 70% du financement accélérateur dépendants du nombre de lits justifiés /agrés dès lors que l'hôpital utilise au moins 5 fonctionnalités chacune pour minimum 30% de la patientèle de l'hôpital, et envisage un prorata selon le nombre de fonctionnalités éventuellement à partir de 2020, avec par exemple un minimum de 5, en s'appuyant sur l'expertise du Comité BMUC.

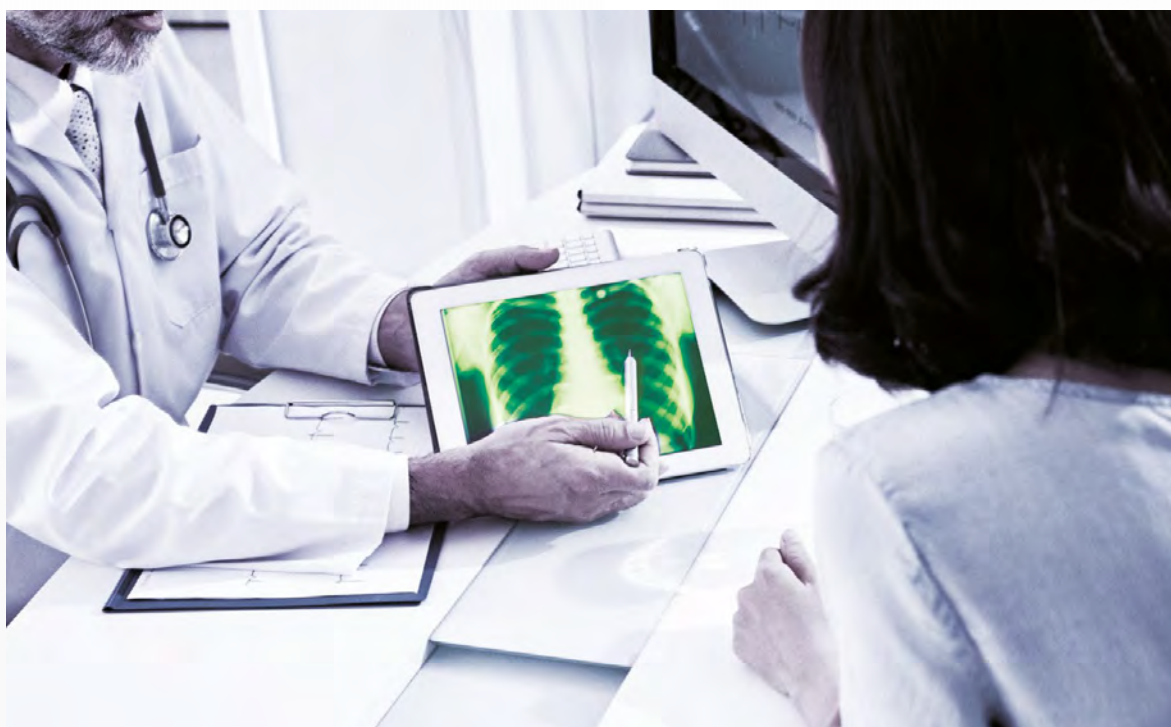
Le CFEH a soutenu le principe d'un partage de données judicieux et actif via les hubs, y compris avec le patient lui-même pour certaines parties de l'information disponible. Il importe toutefois à ce sujet de faire preuve au préalable de la prudence nécessaire et de tenir compte de la faisabilité avant de lier des éléments financiers à ce partage : le CFEH a rappelé la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, en ce qui concerne plus spécifiquement le consentement au partage d'informations.

■ IF-IC : financement via le BMF : 6 avis

Tout au long de l'année 2018, le CFEH a été amené à émettre des avis techniques concernant le financement de la première phase d'implémentation de la nouvelle classification de fonctions IF-IC dans les hôpitaux privés. Ainsi, ce ne sont pas moins de 6 avis successifs que le CFEH a émis en 2018, s'appuyant sur un groupe de travail technique auquel, outre des membres du CFEH, participent également les experts de la concertation sociale des fédérations hospitalières d'employeurs, parmi lesquelles santhea.

■ Programme Pay for Quality (P4Q) pour 2018

Un groupe de travail d'experts P4Q institué au sein du SPF a émis en 2017 à l'intention de la Ministre fédérale de la Santé publique un rapport détaillant des propositions très concrètes en matière d'indicateurs de qualité et d'incitants à mettre en place dans les hôpitaux, en proposant une répartition des moyens financiers entre les divers indicateurs et scores. La Ministre a proposé au CFEH l'implémentation dans le BMF 2018 de ce modèle P4Q. Santhea a relayé au CFEH un certain nombre de réserves qui seront reprises dans l'avis émis par cet organe.





▪ Pensions du personnel statutaire : 3 avis

Le CFEH a été sollicité à deux reprises en 2018 concernant le financement partiel des charges de cotisations de pension du personnel statutaire. Un premier avis concernait l'arrêté en réparation de l'arrêt prononcé par le Conseil d'Etat, annulant les dispositions introduites en 2016 pour répartir les 10,5 millions € supplémentaires annuels injectés. Le CFEH a marqué son accord pour que les montants 2016 et 2017 restent acquis aux hôpitaux, avec retrait de la disposition relative à la non - augmentation des ETP statutaires pour ces années.

La Ministre fédérale de la Santé publique a ensuite proposé de regrouper et de redistribuer, dès le 1^{er} janvier 2019, l'ensemble des lignes budgétaires de la sous-partie B4 relatives au financement des cotisations de pensions des agents statutaires (pour un total de 138,8 millions € au 1^{er} janvier 2019). Une telle redistribution appelait une réflexion générale plus profonde sur l'ensemble de la problématique des pensions, que le CFEH n'a pu mener dans le délai imparti : il a préféré à ce stade ne pas inclure les lignes budgétaires historiques dans la redistribution des moyens et demandé à très court terme d'adapter uniquement 2 éléments

dans les 2 lignes budgétaires faisant actuellement l'objet d'une redistribution annuelle :

- D'une part l'actualisation annuelle de la proportion hospitalière de statutaires actifs (appliquée aux cotisations de base), sur base des ETP du trimestre disponible le plus récent relevant des codes NACE d'activité hospitalière ;
- D'autre part l'application à la cotisation de responsabilisation de la proportion représentant les pensionnés du personnel statutaire de l'hôpital intervenant dans cette cotisation de responsabilisation.

Le CFEH a proposé d'intégrer dans sa réflexion générale future plus profonde sur les pensions, la problématique spécifique des hausses de cotisations de pension des agents statutaires subies par les hôpitaux non affiliés au Fonds de pension solidarisé pour les administrations provinciales et locales. Les nouveaux affiliés à ce Fonds de pension solidarisé devraient pour leur part recevoir les financements respectifs dès leur année d'affiliation.

Le CFEH entend mener une réflexion générale approfondie sur le financement de la problématique des pensions des agents statutaires, et notamment sur les modalités de

répartition de l'ensemble du budget. Différentes idées et opinions divergentes ont été exposées et doivent faire l'objet de discussions, entre autres exemples : la part de la cotisation de base à prendre en considération, ou la condition imposée en 2018 de non-augmentation du nombre d'ETP statutaires pour pouvoir continuer de participer à la répartition d'une partie du budget.

▪ **Plan Comptable Minimum Normalisé (PCMN)**

Le CFEH a émis un long avis technique visant à adapter les arrêtés relatifs au plan comptable minimum normalisé (PCMN) des hôpitaux et aux comptes annuels des hôpitaux : création d'une nature comptable spécifique au sein du chiffre d'affaires pour le « Montant Global Prospectif » (dénomination retenue pour le forfait destiné à financer les soins à basse variabilité) et d'une nature pendante pour identifier les suppléments d'honoraires spécifiquement associés à ces forfaits, ainsi qu'un plus grand détail dans les natures d'honoraires médicaux visant à distinguer les honoraires de base et les suppléments sur honoraires. Le CFEH a toutefois mis en garde par rapport aux interprétations difficiles et nécessairement biaisées d'une telle scission comptable. D'autres natures sont également créées à la demande expresse d'hôpitaux (disparités entre les comptes annuels des entreprises et les comptes annuels des ASBL). Le CFEH a demandé de revoir à moyen terme en profondeur le PCMN des hôpitaux afin d'une part de consacrer une base de référence unique pour tous les hôpitaux quelle que soit leur forme juridique, et d'autre part d'uniformiser au maximum les imputations comptables.

Cet avis a été préparé par un groupe de travail dans lequel tant santhea que des experts de ses hôpitaux se sont beaucoup investis.

Le CFEH a également proposé des adaptations nécessaires en ce qui concerne les codes de natures de travaux et agencements et rappelé la mise à jour des grades fonctions. Il a également demandé au SPF Santé publique de rallonger les durées légales d'amortissement pour

certaines équipements médicaux et certaines immobilisations incorporelles, dont la durée de vie économique est supérieure à la durée légale d'amortissement.

Enfin, suite à la 6ème réforme de l'Etat, il revient à l'ensemble des entités fédérées d'établir leur cadre juridique pour le financement des infrastructures et des équipements médicaux lourds. Le CFEH a proposé 2 types de comptes, qui ne s'excluent pas l'un l'autre, à utiliser selon la nature respective des différents financements élaborés par les entités fédérées : un compte 706 « Financement de l'entité fédérée — Prix d'hébergement » et un compte 741 « Financement forfaitaire de l'infrastructure de l'entité fédérée », et adressé un courrier à la Commission des Normes Comptables et à l'Institut des Réviseurs d'Entreprises pour les informer de la proposition formulée. Des modifications au niveau des centres de frais sont également proposées, visant des simplifications ou à mieux en expliciter l'usage.

Le CFEH a préconisé l'envoi sans tarder d'une circulaire explicative de l'ensemble des mesures aux hôpitaux, et insisté pour que d'une part, un délai de minimum six mois soit à l'avenir respecté entre la publication au Moniteur belge de modifications du PCMN et leur entrée en vigueur, et que d'autre part, celle-ci ne puisse intervenir qu'au plus tôt à partir du 1^{er} janvier qui suit leur publication. Cependant, certaines des propositions, par la force des choses, sont envisagées dès 2019 dans les enregistrements FINHOSTA.

▪ **Programmation**

Maîtrise de l'offre et programmation des programmes de soins spécialisés « soins de l'AVC impliquant des procédures invasives »

Le CFEH a répondu en juin à une demande d'avis de la Ministre concernant la maîtrise de l'offre et la programmation des programmes de soins spécialisés « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) impliquant des procédures invasives ». Cette demande se focalisait sur la programmation des interventions invasives à réaliser en cas d'AVC, mais

il ne s'agit là que d'une petite partie du trajet global qui entoure la problématique des soins de l'AVC de qualité (continuité des soins, de la prévention à la révalidation, en particulier dans le cadre de la réforme du paysage des soins) : rapidité de diagnostic, prise des bonnes décisions, trajet, suivi, révalidation... Par ailleurs, seul un pourcentage restreint de patients entre actuellement en ligne de compte pour une procédure invasive en tant qu'intervention la plus adaptée. Les patients frappés d'un AVC seront transportés vers l'hôpital le plus proche disposant d'un service d'urgences agréé où les moyens diagnostiques requis doivent être disponibles, puis transférés vers un centre où les procédures invasives sont réalisées. Ce transport secondaire ne doit pas constituer un obstacle financier, tant pour le patient que pour les institutions concernées.

Entre autres choses, le CFEH a recommandé de programmer une quinzaine de centres pour les programmes de soins spécialisés « soins de l'AVC impliquant des procédures invasives ». En fonction des enregistrements réalisés, il est envisagé par la suite d'autoriser un accroissement limité du nombre de centres à programmer. La programmation doit garantir une répartition géographique optimale, accompagnée d'une accessibilité suffisante et rapide. Un retour d'information transparent vers le CFEH quant aux indicateurs enregistrés doit être organisé pour permettre le suivi efficace du dossier.

La formation des réseaux hospitaliers dans un proche avenir offre un cadre adapté pour satisfaire aux critères d'accessibilité : il serait peu judicieux d'introduire une autre nouvelle structure supplémentaire de réseautage en sus des réseaux proposés aux niveaux loco- et suprarégional. Le regroupement de l'expertise, de l'infrastructure, de l'équipe multidisciplinaire et des fonctions de soutien (support technique, ICT, etc.) est indispensable.

Le suivi de paramètres doit aider à orienter la programmation vers l'avenir afin de créer d'une part une capacité suffisante, et d'autre part un système qualitatif solide, en faisant preuve de suffisamment d'ouverture pour adapter la programmation en cas de modification de l'offre, de l'indication ou des données scientifiques.

Demande d'extension de la programmation des appareils RMN en Belgique

Début juillet 2018, le CFEH, avec le soutien de santhea, a rappelé à la Ministre fédérale de la Santé publique l'extension indispensable de la programmation du nombre d'appareillages RMN en conformité avec sa demande datant de janvier 2016 : 15 hôpitaux ne disposent pas encore de RMN et sont toujours dans l'impossibilité de pratiquer une substitution adéquate CT-RMN, pourtant largement recommandée du point de vue de la santé publique.



Lors du conclave du 22 avril 2016, le Gouvernement fédéral a décidé que la Ministre fédérale de la Santé publique investirait davantage dans une approche intégrée de l'assurance obligatoire soins de santé afin de réduire les facturations frauduleuses, la surconsommation et les gaspillages médicaux. Afin de réaliser ces objectifs, un plan d'action en matière de **contrôle** (« suivi ») des soins de santé pour 2016-2017 avait été élaboré. Le plan d'action prévoyait toute une série de mesures dont la coordination et l'exécution devaient être assurées par une plateforme intégrée, créée au sein de l'INAMI. Une évaluation finale du plan d'action 2016-2017 a été présentée au Conseil général des soins de santé de l'INAMI du 4 juin 2018. Dans la foulée, a été présenté le plan d'action 2018-2020. Reprenant largement les thématiques du plan précédent, il inclut en outre un chapitre dédié à la collaboration entre les divers partenaires impliqués dans les soins de santé et un chapitre concernant l'échange et la gestion des données des soins de santé. Il va sans dire que plusieurs points d'attention concernent les hôpitaux. Citons entre autres l'organisation d'audits, plusieurs mesures concernant les médicaments ou encore les contrôles de la physiothérapie en hôpital.

Un 7^{ème} avenant à la **convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs** a été publié en octobre 2018. Celui-ci ajoute une disposition d'après laquelle l'hôpital ne peut plus facturer au patient certaines spécialités administrées par voie inhalée-gazeux couvertes par le forfait médicaments. La problématique soulevée concerne, à la base, les gaz anesthésiants liés en particulier au code ATC N01AB08 qui existent en version remboursable et non remboursable (Sévorane et Sevoflurane Baxter). L'objectif de cette disposition est d'éviter que l'hôpital choisisse systématiquement d'utiliser le produit non remboursable et le facture au patient, en plus de recevoir le forfait « Pharmacie » qui couvre cette même spécialité. Santhea s'est opposé à cette proposition. Nos arguments n'ont cependant pas été suivis et une majorité des membres de la Commission de conventions entre

les établissements hospitaliers et les organismes assureurs ont voté en faveur de l'ajout de cette disposition.

Santhea a organisé, pour le secteur des aînés, deux conférences sur la **démence** de type « Alzheimer », en tant que point d'orgue du programme de formation organisé en 2016 et 2017 pour les aides-soignants qui soignent les résidents souffrant de problèmes cognitifs. Ce programme de formation a vu le jour grâce au projet pilote du Ministère des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine de la Région wallonne. Il a donné la possibilité à santhea d'inclure la catégorie professionnelle des aides-soignants dans son programme de formation permanente. Les conférences ont été données par Monsieur Gregory Lebout, neuropsychologue clinicien, en présence du formateur, Monsieur Paul Prudhomme, qui avait conduit le processus d'intervision en 2016/2017. Les exposés ont porté sur la pathologie en tant que telle, ainsi que les modes de prise en charge spécifiques des patients, de leur entourage, par les aides-soignants qui prestent leurs activités en équipe pluridisciplinaire.

Deux groupes de travail santhea se réunissent en Commissions, respectivement pour les hôpitaux généraux et le secteur de la santé mentale. L'organisation des **Départements infirmiers** a été interrogée sur divers aspects tels : la réforme des études infirmières, la fonction d'aide-soignante, la fonction d'infirmier en chef adjointe, le nouveau mode de financement hospitalier et NRG, les valeurs au centre des équipes de soins, les fonctions du département infirmier au travers du prisme de la Direction générale, le caractère pluridisciplinaire des équipes de soins, le comité « patients », la vision médicale des soins, les valeurs du leadership au sein de équipes de soins et le Dossier Patient Informatisé (DPI). En 2018, un travail spécifique a été conduit au sujet des fonctions « aides-soignantes » et de la légitimité des fonctions « infirmiers spécialisés » dans les unités de soins, services et autres fonctions hospitalières.

Des activités infirmières complémentaires ont pu être déléguées aux aides-soignants et ce, dans la droite ligne du prescrit légal promulgué et publié par le SPF Santé publique. L'utilité et la légitimité du port d'un titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé, pour la dispensation des soins infirmiers, ont été interrogées à l'aune de la réforme des métiers du secteur hospitalier (IF-IC), et des conséquences qui en ont résulté en termes de valorisation de ces spécialisations complémentaires aux titres de Bachelier en soins infirmiers et infirmiers hospitaliers. Le débat n'est pas clos, la réforme impactant la reconnaissance, l'équité, la valorisation du personnel, et le respect des normes d'agrément en vigueur au sein du secteur des soins de santé.

À la suite de la réforme du financement de la **dialyse** en août 2016, un benchmarking interhospitalier sur les taux de rétrocession en vigueur pour le service de dialyse dans les hôpitaux affiliés à santhea a été élaboré. La nouvelle convention a instauré un honoraire en plus du forfait pour toutes les formes de dialyse, y compris les formes extrahospitalières. Un rapport a été réalisé afin de dresser une image globale de la dialyse dans nos hôpitaux et de mesurer l'impact du nouveau système sur la répartition des revenus entre l'hôpital et les néphrologues.

La Région de Bruxelles-Capitale s'est vue dotée d'une législation permettant aux inspecteurs régionaux de l'emploi de réaliser des tests de **discrimination** qui peuvent prendre la forme soit de tests de situation soit d'appels mystères. En parallèle, l'Etat fédéral a inséré des dispositions particulières en matière de contrôle de la discrimination dans le Code pénal social.

Dans le cadre d'un groupe de travail santhea « **Dossier Patient Informatisé** », une cartographie des différents logiciels développés ou paramétrés au sein de chacun des hôpitaux généraux, psychiatriques et académiques membres de la fédération, ainsi que leurs degrés respectifs

d'avancement, a été constituée afin de donner une vue globale et concrète de la situation. Les difficultés rencontrées, tant dans le développement du DPI que lors de l'application des critères BMUC, sont ainsi partagées afin de permettre une réflexion commune et un échange productif entre les hôpitaux au sein de ce groupe de travail. Ces réflexions ont ensuite été relayées aux autorités compétentes au travers du CFEH et du Comité de pilotage BMUC afin que soient pris en compte, autant que faire se peut, les avis éclairés des experts du terrain confrontés à la mise en pratique très concrète de la politique du SPF.

Le Comité **e-santé.brussels** est une proposition conjointe de plusieurs acteurs économiques visant à accélérer la mise à disposition de solutions technologiques pour les patients et le monde de la santé en Région de Bruxelles-Capitale via le soutien à l'innovation et à l'entrepreneuriat dans l'e-santé. Santhea participe activement aux réunions de ce comité et relaie vers les hôpitaux les points d'attention discutés à l'occasion de ces échanges.

La conférence interministérielle Santé de novembre 2017 avait décidé de l'extension des **équipes mobiles** au sein de chaque réseau santé mentale adulte (réseaux 107) en leur fixant des objectifs chiffrés précis d'équivalents temps plein à engager. Les réseaux ont travaillé une partie de l'année 2018 à l'élaboration des projets qu'ils devaient soumettre au SPF Santé publique. Le secteur a réagi au fait que les autorités fédérales mettent une pression disproportionnée sur le développement des équipes mobiles (fonction 2), sans porter une attention suffisante à l'intensification des hospitalisations (fonction 4) ni au développement des fonctions (1, 3 et 5) telles que le logement et l'insertion sociale qui relèvent des compétences des entités fédérées. Pour réussir cette réforme globale, la psychiatrie adulte nécessite le développement concomitant d'une offre de services diversifiée dans chacune de ces 5 fonctions, en vue d'apporter un soutien adéquat



aux patients et de favoriser leur insertion dans la communauté. C'est aussi une condition pour éviter la saturation des équipes mobiles qui engendre des délais d'attente incompatibles avec leurs missions. Pour le secteur, le renforcement de l'offre de services doit se faire dans un cadre de référence clair et commun à l'ensemble des réseaux, sur base des besoins réels et des spécificités de chaque région qui dépend de l'offre de service existante et pas sur l'approche linéaire actuelle des autorités.

Avec l'instauration du nouveau système de financement pour les soins à basse variabilité, le modèle de la **facture patient** pour les hôpitaux a dû être adapté. Il a été décidé de modifier la rubrique 4 « Honoraires » en ajoutant une ligne supplémentaire pour indiquer le montant global prospectif et l'intervention correspondante. Sous celle-ci, il est prévu d'indiquer la liste des prestations effectivement réalisées, leur valeur de base (dans la première colonne) et les suppléments appliqués à chacun de ces codes.

En novembre 2018, une séance d'information a été organisée en collaboration avec l'AViQ. Cette

matinée a été consacrée à la reprise par l'AViQ de la gestion fonctionnelle du **financement des établissements d'accueil et d'hébergement** au 1^{er} janvier 2019. Lors de cette rencontre, nos membres ont pu échanger avec les responsables de la direction des aînés de l'AViQ.

Des rencontres ont été organisées avec les directions d'établissements de soins aux aînés afin d'analyser leur **forfait journalier** en vue de son optimisation. Santhea a en effet développé un outil interactif de gestion permettant aux membres de calculer leurs futurs forfaits ainsi que les incidences financières d'une modification de capacité ou du rapport MRPA/MRS, de réaliser des projections en fonction du profil de dépendance des résidents accueillis et de l'évolution de l'ancienneté du personnel, de déterminer le nombre de journées à facturer par année civile ou encore d'évaluer le forfait d'un nouvel établissement. Ces rencontres ont également été l'occasion d'échanger sur les différents points d'actualité du secteur, permettant ainsi à notre fédération de mesurer objectivement les réalités de chacun de ses membres et de défendre ainsi au mieux leurs intérêts.

La spécificité de la consommation de médicaments dans les établissements psychiatriques (en comparaison avec les hôpitaux généraux), notamment concernant la catégorie D des médicaments, et l'absence de revalorisation du **forfait médicament** ont donné lieu à la réactivation d'un groupe de travail préexistant au sein de l'INAMI. La problématique touchant l'ensemble des hôpitaux psychiatriques du pays, les différentes fédérations se sont alliées afin de porter ce dossier ensemble vers les autorités compétentes. Un travail est donc réalisé en amont de ce groupe de travail de l'INAMI afin de l'alimenter d'une position commune, chiffrée et argumentée.

Le programme de **formation** santhea-Unipso est organisé depuis le second semestre 2010. Trois axes de formation ont été définis, en regard des prescrits légaux de 2006 qui définissent l'obligation de formation pour les cadres infirmiers (quota d'heures et matières), des accords sociaux « 2005-2010 » et sur base de la demande des Directions des Départements infirmiers des structures de soins affiliées à santhea. Les trois axes interrogent respectivement la législation sociale et la gestion des horaires, le bien-être au travail et la gestion d'équipes. Le programme de formation est décentralisé par province, dans les hôpitaux affiliés. Il est avalisé et reconnu par le SPF Santé publique. En 2018, santhea a formé 487 Cadres des Départements infirmier et des Ressources Humaines, ce qui correspond à un taux moyen de participation de 14 personnes par session de formation. Pour ce qui concerne l'axe « A », dédié à la législation sociale et à la gestion des horaires, 201 personnes ont suivi le temps de travail, le temps de travail à temps partiel, les suspensions, la rupture du contrat et la responsabilité des acteurs, ainsi que des séances d'exercices pratiques « le temps de travail mis en pratique », sur base des planning horaires des institutions et des situations concrètes qui y sont liées.

La thématique des outils de **gestion de projets** utilisés par les gestionnaires de projets de différents hôpitaux a été abordée dans le cadre d'un groupe de travail santhea. Cette réflexion a fourni quelques enseignements intéressants. Il s'avère en effet qu'à l'heure actuelle la gamme des outils utilisés est fort variée, allant de logiciels généralistes adaptés aux besoins spécifiques (Excel, SharePoint) à des outils plus spécialement dédiés à la gestion de projets (Sciforma, Visio, BPMN, etc.). Il est clair que le besoin et les caractéristiques souhaitées de ces outils dépendent de la gamme et de la taille des projets gérés au sein de chaque institution. Nous avons d'ailleurs pu constater lors d'une seconde réunion du GT consacrée au « Project Management Office » au sein des institutions hospitalières qu'au-delà de la variabilité des projets et outils de gestion, le stade de développement et d'organisation de cette unité est lui-même fort différent d'un établissement à l'autre. Cela va d'une mise en place et d'un développement datant de plusieurs années déjà à des services encore en phase d'installation. Ce paysage disparate conduit à poser la question de la place et de l'importance du rôle accordés au PMO par les directions hospitalières dans le fonctionnement de leurs institutions. Décision a donc été prise d'aborder cette problématique avec les directions au travers d'un questionnaire qui leur serait soumis. Les réponses apportées permettront de dégager des nouvelles pistes de réflexion.

Santhea a approché l'INAMI en attirant l'attention sur une anomalie concernant les **honoraires** de surveillance en unité IB (soins intensifs de patients psychiatriques). Pour ce type d'unité hospitalière, aucun honoraire n'est prévu pour l'élaboration du rapport d'entrée, de sortie et multidisciplinaire. De tels honoraires existent pourtant en services A, K (neuropsychiatrie) et T (psychiatrie). Cette anomalie avait déjà été pointée en 2014 et il avait été suggéré au Conseil Technique Médical (CTM) d'élargir au service IB le libellé des codes nomenclature pour les honoraires de surveillance en services A, K et

T. Le problème de base provenait du fait que ces codes nomenclature avaient été créés alors que la surveillance en service IB n'existait pas encore. Pourtant, depuis cette proposition au CTM, rien n'a évolué. A la suite de notre interpellation, l'INAMI a rediscuté une première fois du problème lors de la dernière réunion de son « groupe médecine interne » et compte réaborder la question lors de la prochaine réunion de ce même groupe. La proposition de modification de la nomenclature devrait ensuite être transférée au CTM en espérant cette fois-ci obtenir un résultat concret. L'INAMI a par ailleurs souligné que la proposition nécessite un budget supplémentaire qu'on essaiera de trouver lors des négociations du prochain accord médico-mutualiste.

La Fédération européenne des hôpitaux - **HOPE** - organise chaque année un programme d'échange destiné aux professionnels de santé : quatre semaines durant lesquelles les participants seront amenés à découvrir un autre système de santé et d'autres pratiques. L'objectif de ce programme est d'apporter une réelle plus-value à leur carrière professionnelle en s'ouvrant aux différents systèmes de santé européens, grâce à une immersion unique au cœur d'une équipe de professionnels hospitaliers européens. Médecins, pharmacien(ne)s, directeurs/trices, ingénieur(e)s et autres cadres de santé sont invités à participer à ce programme afin d'enrichir leurs pratiques quotidiennes, en profitant d'un partage mutuel de connaissances et d'innovations. Santhea s'est associé à ce programme et a ainsi rencontré différentes directions hospitalières ayant marqué un intérêt pour cet échange. Deux hôpitaux participeront ainsi à l'édition 2019.

A la suite de discussions entamées en Commission de conventions Hôpitaux-OA à propos d'une réforme des modalités de fonctionnement et de financement de l'**hôpital de jour**, qui se baserait notamment sur les conclusions du rapport n°282 du KCE intitulé « Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique », un groupe de

travail de la Commission de conventions a été mis sur pied avec l'objectif de rédiger une note conceptuelle pour fin 2018. Ces travaux sont également motivés par le résultat de contrôles sur le terrain opérés par le Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI (SECM) portant, notamment, sur les lieux autorisés ou non pour la facturation des forfaits « hôpital de jour ». Au terme des cinq réunions du GT et des amendements continus de la part des différentes fédérations hospitalières, des mutuelles et du SECM, nous sommes parvenus à nous accorder sur une version « définitive » équilibrée de la note. Celle-ci propose une nouvelle définition de l'hospitalisation de jour, un financement supplémentaire pour augmenter les incitants à l'hospitalisation de jour et des modifications dans le système mixte de financement actuel (BMF et INAMI).

Un groupe de travail santhea « hospitalisation de l'enfant suspecté de maltraitance » a réuni différents experts en la matière afin de discuter de la problématique et de développer un projet concret de réponse à y apporter. Une enquête inter-fédérations a ainsi été réalisée pour circonscrire l'étendue du problème. L'objet du groupe de travail a, au fil des réunions, évolué vers la notion d'**hospitalisation médico-psycho-sociale** (« hospitalisation MPS ») laquelle est plus large et inclut la question de la maltraitance. Le groupe de travail a ensuite entamé le travail de rédaction d'un « position paper », en vue d'une démarche auprès des politiciens. La consultation des nombreux hôpitaux confrontés à cette même problématique a également été planifiée.

Au niveau de l'**IF-IC**, en 2018, les institutions du secteur privé de la santé ont été mises sous forte pression au premier semestre pour communiquer à l'ensemble de leurs travailleurs leurs attributions de fonctions et leur fournir les simulations de barèmes. Elles ont ensuite dû traiter les choix de leurs travailleurs en faveur de l'IF-IC et enfin les recours internes éventuels.



L'accord social public 2017-2020 prévoit la mise en œuvre de l'**IF-IC public** sur base d'un budget de 43 millions € structurels à l'horizon 2020. Un comité de pilotage spécifique au secteur public a été créé au sein de l'IF-IC et santhea en occupe la présidence. L'IF-IC a procédé à une analyse de quelques fonctions, ce qui a donné des résultats peu significatifs. Il a alors été décidé de lancer une étude barémique «test» dans un échantillon de 14 hôpitaux en Wallonie, à Bruxelles et en Flandre afin d'obtenir une image détaillée de l'impact potentiel de l'application des barèmes IF-IC aux différentes fonctions au sein de ces hôpitaux.

Santhea a organisé une matinée d'information relative à la gestion des **incapacités de travail** dans le secteur public en collaboration avec le Cabinet d'avocats Sotra. Après un exposé relatif aux notions et conséquences de l'incapacité de travail temporaire, ont été évoquées les incidences des obligations en matière de bien-être au travail.

Le SPF Economie a informé fin mars 2018 les hôpitaux wallons qu'il comptait lancer une campagne de vérification des **instruments de pesage** localisés dans leurs établissements.

Santhea et les autres fédérations ont rencontré les responsables du SPF en charge de cette campagne de contrôle et santhea a pu ensuite relayer vers ses institutions plus de détails sur son déroulement. Le contrôle porterait sur les balances de classe III et IIII utilisées respectivement pour le pesage des patients et la détermination de la masse lors de la préparation de médicaments ou pour des besoins d'analyses médicales ou pharmaceutiques. Il s'agissait dans un premier temps pour chaque hôpital de déclarer au SPF chacune des balances concernées au plus tard pour le 31 juillet 2018. Sur base de ces déclarations, le SPF comptait évaluer la situation de chaque hôpital (nombre de balances conformes et non-conformes) et un plan de mise en conformité serait proposé. Celle-ci devrait être assurée par un organisme agréé dont une liste a été fournie aux hôpitaux. Dans sa communication, le SPF avait aussi mis l'accent sur les amendes encourues en cas d'infraction à cette législation.

La création d'**Iriscare**, l'organisme d'intérêt public (OIP) chargé de la gestion des compétences transférées de l'Etat fédéral vers la Cocom lors de la 6^{ème} réforme de l'Etat, date, juridiquement parlant, de 2017. Il fallait cependant encore définir sa structure et son fonctionnement. Cela a été chose faite en 2018 et l'inauguration a pris place le 14 mai

de cette même année. Depuis, une fois les mandats octroyés, les différents organes fonctionnent à plein régime et les réunions se succèdent. Ont ainsi été, notamment, abordés les thèmes du Plan Santé Bruxellois ainsi que la reprise des conventions de rééducation fonctionnelle bicommunautaires par Iriscare au 1^{er} janvier 2019.

La présentation du **Jobsdeal** a été faite durant le mois de juillet de l'année 2018. De nombreuses mesures concernent la matière du droit social (régime de chômage avec complément d'entreprise, crédit-temps, outplacement, emplois jeunes, etc.), d'autres ont trait à la matière fiscale. Beaucoup de ces mesures nécessitent le concours des partenaires sociaux pour être mises effectivement en œuvre. Fin de l'année 2018, plusieurs de ces mesures avaient déjà été concrétisées.

Depuis de nombreuses années, des structures d'hébergement non-agrées (SHNA) hébergent en Wallonie quelques 3000 personnes. Les résidents accueillis sont souvent des personnes précarisées présentant des troubles psychiques, sociaux ou encore des problèmes d'assuétudes. Ces structures, appelées également « **maisons pirates** », existent en dehors de tout cadre légal. Dans ce contexte, le Parlement wallon a adopté le 28 mars 2018 une proposition de décret insérant dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé des dispositions relatives à l'hébergement collectif de personnes en difficultés prolongées. Cette nouvelle disposition décrétable vise deux objectifs : interdire tous les établissements d'hébergement non reconnus ou non agréés et permettre aux établissements existants d'obtenir une reconnaissance officielle à condition d'offrir aux personnes accueillies une qualité minimale d'hébergement.

Le 26 février 2018 ont été publiés au Moniteur belge trois arrêtés royaux révisant les conditions d'application et de remboursement de la **mammographie** dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Appelés à entrer en vigueur au

1^{er} avril de la même année, ils ont immédiatement suscité une levée de boucliers aussi bien de la part des patientes que des praticiens concernés par la réforme. Plusieurs de ses effets – notamment la fin du remboursement du dépistage pour les femmes entre 40 et 45 ans ou de plus de 75 ans en l'absence de risque élevé, et le remboursement d'une mammographie de dépistage individuelle seulement tous les deux ans - ont en effet été jugés inacceptables. Devant ces protestations, la Ministre fédérale de la Santé publique a d'abord annoncé par voie de presse que l'entrée en vigueur de ces arrêtés était suspendue avant d'officialiser cette suspension via un arrêté publié au Moniteur belge du 28 mars 2018.

La Région wallonne a adopté des mesures visant à renforcer la transparence dans l'exécution des **mandats publics**. Ces nouvelles mesures sont inscrites dans le Code wallon de la démocratie locale et de la décentralisation ainsi que dans la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976. Ces dispositions sont problématiques eu égard à la situation des médecins hospitaliers indépendants et à la composition du Conseil d'administration. Un recours a dès lors été introduit devant la Cour constitutionnelle à leur encontre.

Le groupe de travail organisé et animé par le **médiateur hospitalier** se réunit mensuellement depuis février 2004. L'analyse des cas pratiques en vue de l'élaboration d'un catalogue à caractère « jurisprudentiel » se poursuit selon les modalités définies en janvier 2005 et de façon bimestrielle. En alternance, les autres séances sont consacrées à l'étude de thèmes spécifiques, choisis par le groupe, comme par exemple la médiation en santé mentale, la rédaction du rapport annuel, le respect du secret professionnel et de la vie privée, le rôle des compagnies d'assurance en cas de litiges, etc. Depuis 2012, le groupe est élargi aux praticiens médicaux, infirmiers et hospitaliers lors de deux séances à thème. En 2018, ont été abordés : la chirurgie esthétique et réparatrice, la

problématique de la douleur, l'éthique narrative et la médiation, la communication d'informations au patient, la médiation dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat, la maltraitance.

Le budget des soins de santé 2019 approuvé le 15 octobre 2018 par le Conseil Général de l'INAMI contenait une série de mesures d'économies visant spécifiquement le secteur des **médicaments**. Plusieurs auront un effet sur les hôpitaux, soit direct, soit indirect. Citons notamment l'extension aux médicaments dont la délivrance est limitée à l'hôpital du non-remboursement de ceux qui, deux ans après la fin du brevet, ne répondent pas à la définition de prescription la moins chère. Il y a aussi une diminution supplémentaire de 90% à 85% de la facturation par les hôpitaux de médicaments pour lesquels il existe des alternatives (au niveau ATC 5 – principe actif). Concernant les effets indirects, on trouve la diminution supplémentaire du prix des médicaments remboursés hors brevet depuis plus de 15 ans (mesure « vieux médicaments ») plus leur volume de vente est important, avec suppression concomitante de l'exception existante à l'application de cette mesure « vieux médicaments » pour ceux en catégorie F (spécialités d'importance vitale ou

importante au plan thérapeutique). Notons enfin, sans être exhaustif, l'adaptation de la définition de prescription bon marché : dans un groupe de médicaments, les « bon marché » sont compris dans la fourchette de prix entre le moins cher et ceux ayant un prix plus élevé de 5% maximum. Cette fourchette doit inclure au moins trois médicaments. Si ce n'est pas le cas, un médicament sera considéré comme bon marché si son prix n'excède pas de 20% celui du moins cher. Il a été décidé de diminuer cette fourchette à 10%. Ces diverses mesures d'économie s'ajoutent à, ou remplacent, celles existant déjà mais ne sont pas encore d'application. Nous n'avons pas d'indication sur la date de leur entrée en vigueur et ne savons si celle-ci se fera avec effet rétroactif.

Suite à l'arrêt d'annulation de la Cour constitutionnelle du 18 janvier 2018 concernant un des mécanismes du système des **montants de référence**, à savoir la comparaison des dépenses moyennes de l'hôpital à des médianes nulles pour les séjours 2006, 2007 et 2008, nous avons invité les hôpitaux concernés à réagir vis-à-vis de l'INAMI afin de demander un remboursement auprès de celui-ci. La suite réservée par l'INAMI à ces demandes ne donnant cependant pas entière



satisfaction, certains hôpitaux ont introduit un recours par voie judiciaire.

Dans les premières années de suivi après une intervention **oncologique** majeure pour tumeur invasive (essentiellement résection de tumeurs colorectales, pancréatiques, gastriques, œsophagiques, mammaires, ovariennes, (du col) de l'utérus, vésicales et rénales), les chirurgiens ont souvent une consultation de longue durée (au moins 30 minutes) avec le patient qui a été opéré. Il s'agit de discuter, en présence du conjoint ou des parents proches, du pronostic et du traitement ultérieur après un examen clinique de contrôle. Cette consultation est souvent lourde en émotions pour le patient et sa famille et requiert le temps et l'attention nécessaires du chirurgien, du gynécologue ou de l'urologue traitant. Les prestataires ont donc insisté pour que soient introduites dans la nomenclature des prestations de santé, deux nouvelles prestations couvrant ces consultations de longue durée. Cette demande a été suivie d'effet et les deux nouvelles prestations sont d'application depuis le 1^{er} décembre 2018 (attestables une fois par an au cours d'une période de suivi postopératoire de maximum trois ans après la date d'intervention). Elles sont d'autant plus bienvenues qu'elles s'inscrivent parfaitement dans la vision générale de la revalorisation de certaines prestations intellectuelles, a fortiori lorsqu'elles ne sont pas cumulées avec des prestations techniques.

L'Accord social pour le secteur privé fédéral de la santé prévoit quatre mesures en vue d'une **organisation plus flexible du travail**. Celles-ci portent sur la période de référence, les prestations des travailleurs à temps partiel, l'intervalle de repos entre deux prestations et l'élaboration des horaires. Pour être appliquées, ces mesures doivent être coulées dans une convention collective de travail. Malgré plusieurs réunions entre partenaires sociaux, les conventions collectives de travail relatives à ces mesures n'ont pu être signées en 2018.

Le médiateur a traité, en 2018, une soixantaine de dossiers de **plaintes** de patients. 70% des plaintes se sont révélées non fondées. Le médiateur est informé des plaintes des patients soit par la Direction médicale des hôpitaux, soit par les plaignants eux-mêmes. Il voit les plaignants soit en leur domicile, soit lors de ses permanences dans les hôpitaux, soit en ses bureaux de Bruxelles ou de Loyers. Le médiateur organise ensuite des réunions avec les praticiens professionnels concernés et peut recevoir des avis complémentaires d'autres praticiens extérieurs aux hôpitaux concernés, sous le couvert de l'anonymat. Il sollicite des avis juridiques et médicaux de santhea et rédige une note d'analyse de chaque dossier, qui sera envoyée à la Direction de l'hôpital et au plaignant. Des réunions de médiation peuvent être organisées avec les praticiens concernés, à la demande des parties. Les dossiers sont clôturés, en accord avec les parties, avec ou sans réunion de concertation/médiation.

En 2018, les données de l'« Enquête Satisfaction Patients » de santhea ont été utilisées dans le cadre du **programme P4P** pour le calcul d'indicateurs propres à la mesure de l'expérience des patients. La fédération a participé dans ce cadre au groupe de travail « Expérience Patients » mis en place par le SPF Santé publique autour du programme P4P. Les discussions ont porté sur la méthodologie 2018 et les perspectives d'évolution pour 2019 et 2020. Santhea n'a, dans ce contexte, pas manqué de revenir vers les membres de son groupe de travail interne « Satisfaction Patients » pour les tenir informés des choix opérés avec l'administration et recueillir leurs remarques. Concernant la transmission des données selon les délais fixés par le programme, santhea s'est attelé à la création d'un fichier se voulant le plus complet possible dans le but de permettre aux institutions d'envoyer leurs données dans les meilleures conditions à l'administration.

Les mesures d'économies dans les soins de santé décidées par le Gouvernement fédéral comprenaient notamment une diminution de 8 millions € dans le remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs. Afin de contribuer à cet objectif, il a été décidé par la Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs de l'INAMI de diminuer de 0,95% le remboursement de toutes les prestations relevant de ce type de matériel mais aussi de complètement revoir le remboursement des **prothèses de hanche**. L'idée était de largement le forfaitariser. Seules quelques nouvelles prestations avec liste nominative de prothèses de hanche remboursées subsistent. Toute autre prothèse implantée non reprise sur une de ces listes voit son remboursement tomber sous une prestation forfaitaire avec un niveau de prise en charge par l'Assurance Maladie Invalidité potentiellement inférieur à son prix effectif. Cette mesure d'économie est entrée en application à partir du 1^{er} juin 2018 et exerce donc depuis lors ses effets, conjointement à ceux de la diminution linéaire de 0,95%, sur le budget des hôpitaux.

Le Comité de l'assurance de l'INAMI a adopté une convention pour le financement d'une offre de soins de **psychologues** de première ligne au sein de chaque réseau de santé mentale pour les adultes (réseaux 107). Il s'agit d'un premier pas vers un remboursement des prestations des psychologues par l'INAMI tant attendu par le secteur. Cependant, le mécanisme proposé pour mettre cette mesure en œuvre est inutilement complexe et peu adapté à la réalité des réseaux et des hôpitaux qui en sont les promoteurs. Le budget fédéral limité à 23 millions € permet simplement d'initier une première étape. Lors des multiples débats sur ce texte de convention, l'INAMI a souligné la nécessité d'octroyer aux psychologues un numéro de nomenclature pour qu'ils vérifient eux-mêmes l'assurabilité de leurs patients via MyCareNet. Cela permettra à terme d'organiser un remboursement directement vers les psychologues prestataires, ce qui simplifiera fortement le mécanisme mis en place.

La Plateforme pour l'Amélioration continue de la **Qualité des soins et de la Sécurité des patients** (PAQS) a lancé en 2018 un projet collaboratif pour les établissements d'accueil et d'hébergement pour âgés. Il s'agit d'un système d'apprentissage partagé et dynamique où plusieurs équipes de sites différents travaillent ensemble sur une même problématique en vue de réaliser rapidement des améliorations au niveau des processus. Dans ce premier projet collaboratif pour le secteur des âgés, l'objectif était que les acteurs de terrain définissent un objectif, testent et mettent en œuvre simultanément les changements et partagent ensuite leurs expériences (réussites, défis, échecs, etc.). Une telle démarche permet d'obtenir des résultats rapidement en mettant en évidence les meilleures pratiques.

Un projet de loi a créé un cadre législatif permettant d'assurer la **qualité et la sécurité des prestations** des praticiens des soins de santé. Santhea a participé à la seule réunion de concertation organisée en amont de l'adoption de ce texte par la cellule stratégique du SPF Santé publique, en janvier 2018. Le projet initial était particulièrement confus. Il a évolué pour réapparaître, déposé à la Chambre le 21 décembre 2018, dans une version, plus courte certes, mais induisant des changements importants. Ce projet s'adresse à tous les prestataires de soins quel que soit le lieu de leur pratique et présente de nombreux liens avec les législations relatives aux droits des patients, à la protection des données à caractère personnel, aux institutions de soins ou à l'exercice des professions de soins de santé. Le projet vise de nombreuses matières telles la liberté diagnostique et thérapeutique, la délivrance des visa de compétences, l'encadrement du prestataire, les modalités de certaines pratiques en matière d'anesthésie, le type de soins réservés à la pratique hospitalière, la continuité des soins, la permanence médicale, la prescription médicamenteuse, la communication publique d'informations professionnelles, l'organisation de la pratique professionnelle, le contenu minimal du

dossier du patient, l'accès aux données de santé, le contrôle de qualité en matière de prestations à risque, le registre des pratiques et la création d'une Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé.

En application de la directive Euratom 2013/59, l'Agence Fédérale du Contrôle Nucléaire (AFCN) a préparé plusieurs arrêtés royaux visant à réglementer l'exposition des personnes aux **radiations ionisantes**. Plusieurs de ces textes seront d'application en milieu hospitalier avec parfois un impact non négligeable, tant du point de vue organisationnel que financier. Les préoccupations exprimées par le terrain avaient été peu prises en compte lors de l'élaboration de ces projets d'arrêtés. Les fédérations hospitalières ont dès lors demandé et obtenu de pouvoir en discuter directement avec l'AFCN. Force a été de constater qu'en bout de course, les projets d'arrêtés tels qu'ils ont ensuite été soumis au Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH), n'avaient été que fort peu modifiés et ne prenaient pas en compte les inquiétudes exprimées par les fédérations. C'est donc au niveau du CFEH que celles-ci ont décidé de

continuer les discussions via leurs relais au sein de cet organe de concertation. En parallèle, une lettre a été envoyée à la Ministre fédérale de la Santé publique qui, dans sa réponse, a fait à son tour part de ses préoccupations concernant la façon dont l'AFCN envisageait la mise en œuvre de la directive Euratom. Le CFEH a de son côté émis des avis reprenant largement la position et les critiques des hôpitaux vis-à-vis des projets d'arrêtés. Il reste à espérer que cette invitation implicite à « revoir sa copie » sera entendue par l'AFCN.

Dans le cadre de la future **réforme du paysage hospitalier** (création de réseaux hospitaliers locorégionaux), le SPF Santé publique a mis sur pied trois groupes de travail avec l'objectif de préciser les missions de soins de base dans le cadre des thématiques suivantes : les personnes âgées, les urgences et le secteur mère-enfant. Santhea a suivi de près les travaux de ces trois groupes de travail qui ont abouti à des recommandations générales.

- Le groupe de travail « mère-enfant » a exprimé son inquiétude sur la tendance à la surspécialisation des prestataires, préconisé une approche plus adaptée en matière de normes de personnel (ratio infirmier/patient),



soutenu la subdivision d'un programme de soins en pédiatrie en plusieurs niveaux, et estimé que les compétences des médecins concernés par les interventions chirurgicales chez les enfants doivent être précisées. Il a également constaté l'absence d'arguments rationnels pour mettre en avant un nombre minimal d'accouchements en-deçà duquel on rencontrerait des problèmes de qualité, préconisé une révision du système de financement du secteur et mis en avant l'importance d'un réseau télématique performant, d'une structure de transport inter-hospitalier efficace et de collaborations avec des hôpitaux disposant d'expertises spécifiques.

- Le groupe de travail « personnes âgées » a estimé qu'il faut un pôle gériatrique dans tous les hôpitaux, mis en exergue l'importance cruciale de la réadaptation fonctionnelle et de la fonction soins palliatifs chez les patients âgés, insisté sur les liens essentiels à tisser avec la première ligne et le service des urgences, préconisé une plus grande flexibilité transversale du personnel au sein du programme de soins pour le patient gériatrique (PSPG) afin d'en optimiser le fonctionnement et insisté sur la spécificité de l'approche multidisciplinaire du patient âgé ainsi que sur la nécessité d'une extension significative du financement des PSPG.
- Le groupe de travail « urgences » a préconisé la création d'un système de régulation pour les soins non planifiés de la population, rappelé l'importance de la collaboration avec la première ligne, préconisé une organisation transversale de la fonction « urgences » au sein des réseaux (en plusieurs niveaux), insisté sur la spécificité des urgences psychiatriques, attiré l'attention sur les soins spécialisés requis dans un délai court pour certaines pathologies (AVC, polytraumatismes, infarctus du myocarde, etc.) et souligné l'importance de modalités de transport interhospitalier, d'outils télématiques performants et d'un financement adéquat du secteur.

Dans le cadre de la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme, les a(i)sbl, fondations et sociétés doivent disposer d'informations à jour concernant leurs bénéficiaires effectifs. Ces derniers sont, par exemple pour les a(i)sbl, les administrateurs, les personnes qui sont habilitées à représenter l'association et les personnes chargées de la gestion journalière. Les informations sont relayées vers un service spécifique, créé à cette fin, au sein de l'Administration générale de la Trésorerie du Service public fédéral des Finances. Celui-ci sera chargé de la tenue du **Registre des bénéficiaires effectifs** (UBO).

Santhea est directement concerné par le **Règlement Général sur la Protection des Données** (RGPD) étant donné qu'y sont traitées à grande échelle des données à caractère personnel « pseudonymisées » propres aux patients et aux employés des institutions membres de la fédération. Pour se mettre en conformité avec cette réglementation, un registre des activités de traitement a été rédigé et une analyse d'impact sur la protection des données a été entamée en parallèle à la documentation de l'ensemble des procédures appliquées par l'équipe et à la mise à jour de la convention liant santhea à ses membres. Un délégué à la protection des données a également été nommé pour santhea. Avec le soutien des collaborateurs de la Cellule RGPD de santhea, celui-ci est en charge de la surveillance de la bonne utilisation des données, du contrôle du respect par santhea de ses obligations découlant du RGPD ainsi que de l'émission d'avis lors la mise en place de tout nouveau traitement.

La politique de la Ministre fédérale de la Santé publique, Maggie De Block, concernant les **réseaux hospitaliers** a fait couler beaucoup d'encre en 2018. Plusieurs réunions ont été organisées dans le courant de l'année afin de discuter d'une part, du projet de loi relatif aux réseaux en tant que tel et d'autre part, de l'avant-projet de décret de la Ministre wallonne des Pouvoirs locaux, Valérie

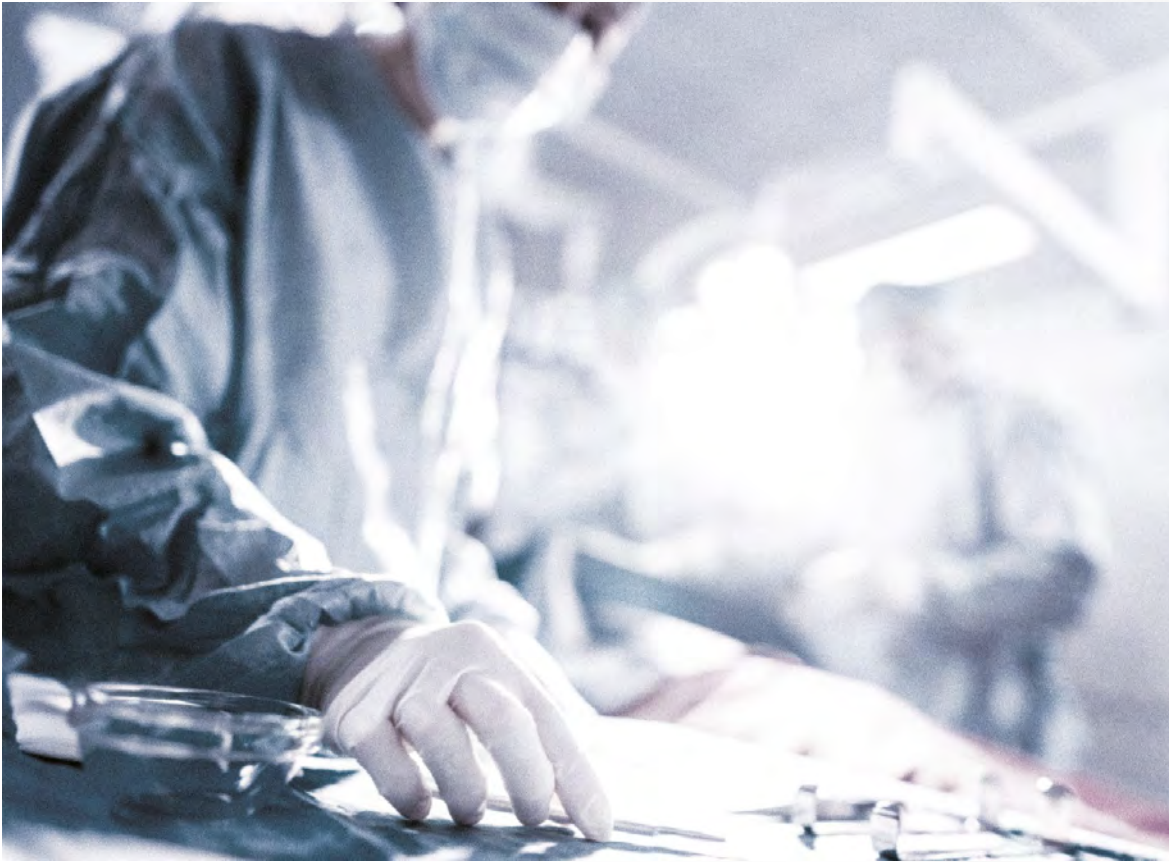
De Bue, relatif à la participation de pouvoirs publics de soins à une collaboration hospitalière. Cet avant-projet de décret s'inscrit dans l'optique de la politique des réseaux hospitaliers portée par le gouvernement fédéral et entend notamment imposer la forme de l'association sans but lucratif à toute collaboration hospitalière à laquelle participeront des établissements publics de soins. Ce texte pose des problèmes à de nombreux égards et santhea a fait part de ses remarques et suggestions de modifications aux différentes instances compétentes.

Le projet « **Satisfaction Patients** » s'est principalement concentré en 2018 sur l'évolution de son questionnaire général, en vue de satisfaire les exigences du programme Pay for Performance (P4P) 2018, et sur la révision complète de son protocole en introduisant des éléments méthodologiques visant à améliorer le taux de retour. La participation des membres au projet a également évolué cette année. Dix-huit hôpitaux ont ainsi distribué les questionnaires de santhea, soit trois de plus qu'en 2017. Au total, ce sont plus de 33.500 questionnaires complétés et validés qui ont été transmis en vue d'être injectés dans le Datawarehouse de santhea pour nourrir les sept rapports en ligne proposés aux membres dans le cadre de cette matière. Ces rapports ont par ailleurs continué d'évoluer, l'équipe portant une attention toute particulière au fait que ces outils répondent de la meilleure manière possible aux attentes du terrain.

En 2018, le secteur s'est préparé à l'entrée en vigueur du nouveau système de financement des **soins à basse variabilité** prévue pour le 1^{er} janvier 2019. Celui-ci instaure des forfaits pour une série de pathologies dites à basse variabilité, variabilité qui a été mesurée entre hôpitaux et au sein même d'un hôpital sur base du coût moyen d'un séjour. Ce forfait ne couvre que la partie « honoraires » du séjour, avec quelques exceptions qui peuvent toujours être facturées à l'acte. A l'avenir, il est envisagé d'inclure aussi dans ces « montants

globaux prospectifs », les médicaments, les frais de séjour, ainsi que la totalité des différentes sources de financement. Cinquante-sept groupes de patients sont ainsi définis sur base d'un DRG, un niveau de sévérité, le type d'hospitalisation (classique ou de jour), des codes de nomenclature et de diagnostic principal nécessaires et des codes de nomenclature et de diagnostic (principal et secondaire) d'exclusion. Parmi ceux-ci, on retrouve les accouchements, les prothèses de hanche et de genou, la libération du canal carpien, les gastroplasties et bien d'autres pathologies. Pour certains groupes de patients, comme par exemple celui concernant les amygdalotomies, un même forfait sera octroyé que le patient soit traité en hospitalisation classique ou en hospitalisation de jour. Pour préparer la mise en place de ce nouveau financement, les différents hôpitaux du pays ont reçu, à trois reprises, des simulations individuelles de l'INAMI dans lesquelles la facturation à l'acte passée était comparée à la valeur des forfaits. Nous avons récolté l'ensemble de ces données auprès des hôpitaux membres de santhea concernés par le nouveau système (échantillon de 27 institutions) et injecté l'ensemble dans notre Datawarehouse afin de réaliser diverses analyses.

Suite aux différents rapports de l'Agence inter-mutualiste relatifs aux **suppléments d'honoraires** facturés lors de séjours hospitaliers et dans la foulée de l'accord médico-mutualiste 2018-2019, santhea a participé à de nombreux groupes de travail mis sur pied par l'INAMI et le SPF Santé publique avec l'objectif d'établir un cadre d'accords entre les médecins, les hôpitaux et les OA inspiré du point 4.3 de cet accord relatif à la transparence pour le patient du coût de son hospitalisation, à l'optimisation de la transmission des données relatives aux suppléments d'honoraires, à l'instauration de mesures limitant les suppléments d'honoraires dans des situations particulières et à la maîtrise de la croissance des suppléments d'honoraires dans et hors des hôpitaux. Aucun accord n'a pu être trouvé au 31 décembre 2018 et les principales propositions émises par l'INAMI et le SPF Santé publique sont



les suivantes : plafonnement des suppléments d'honoraires par hospitalisation (5.000 €) et par prestation (100%) ; pourcentage dégressif des suppléments d'honoraires en fonction du montant de l'intervention INAMI ; suppression de certains suppléments d'honoraires (dialyse chronique) ; fourniture obligatoire d'un devis estimatif des coûts ; indication sur la facture du pourcentage des rétrocessions versées à l'hôpital ; publication des tarifs maximums appliqués aux suppléments d'honoraires sur le web ; ajustement du plan comptable des hôpitaux (distinction entre honoraires, suppléments d'honoraires et rétrocessions) ; établissement d'un cadre budgétaire stable pour le secteur hospitalier ; création d'une task force (INAMI, SPF, OA, médecins, hôpitaux) pour le suivi de ces mesures. Dans ces groupes de travail, santhea n'a eu de cesse de soulever les problématiques liées au financement du BMF (correction du sous-financement), aux risques juridiques liés à la contractualisation financière des soins via un devis, à la maîtrise concomitante des suppléments d'honoraires

dans le secteur ambulatoire afin d'éviter un shift des activités de l'hôpital vers l'extrahospitalier, au lobbying des assureurs privés du secteur, au caractère confidentiel des conventions entre les médecins et les hôpitaux, aux risques liés à un impact des mesures de limitation des suppléments d'honoraires concentré sur certains hôpitaux, à l'harmonisation des suppléments d'honoraires au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux, à l'attractivité des hôpitaux pour les prestataires de soins et à une réforme concomitante du financement des soins (réforme de la nomenclature, modalités de forfaitarisation).

Vingt projets-pilote concernant la **thérapie par pression négative** pour les soins de plaies complexes à domicile ont été sélectionnés en octobre 2018 (11 projets en Flandre et 9 projets en Wallonie). Ceux-ci sont mis en place par le biais d'un projet « article 56, § 1^{er} » qui permet d'initier des projets expérimentaux dans le domaine des soins de santé. Chaque projet-pilote devait pouvoir

inclure au minimum 50 patients sur une période de 15 mois. Le financement prévu est d'environ 1000 € par patient.

Dans le cadre de l'application du **tiers payant électronique**, l'obligation de la vérification de l'identité des patients va être élargie au secteur hospitalier. Santhea a participé aux multiples réunions du groupe de travail « eID hôpitaux » de l'INAMI qui s'est attaché à fixer les modalités de cette vérification en envisageant les multiples cas de figure rencontrés dans le secteur hospitalier. A l'issue de ces discussions, un document a été produit reprenant la marche à suivre en général et les nombreuses exceptions possibles. L'INAMI a ensuite lancé une campagne de communication, avec le soutien des fédérations, et via les hôpitaux et les organismes assureurs, visant à promouvoir auprès du public la lecture de l'eID lors d'une prise en charge par l'hôpital. L'efficacité de cette campagne, commencée fin 2018, a été évaluée quelques semaines après sa mise en place. Il s'agira ensuite d'identifier les actions encore à prendre et le moment propice pour commencer la phase de vérification facultative de l'identité en hôpital. Cette phase devrait durer au moins un an et permettre de pointer les problèmes de mise en œuvre et les solutions possibles avant que cette vérification ne devienne une obligation.

Le 1^{er} septembre 2018, la Ministre fédérale de la Santé a mis fin au financement des nouvelles primes pour **titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières** suite à la mise en place de l'IF-IC dans le secteur privé. Les travailleurs qui percevaient une prime à cette date continueront à en bénéficier tant qu'ils seront occupés dans une fonction de soins. Dans le secteur public, les conditions d'octroi de ces primes restent inchangées tant que l'IF-IC ne sera pas mis en œuvre.

Il avait été décidé lors de l'élaboration de la convention dialyse valable pour la période 2018-2020 que la plateforme fédérale relative à

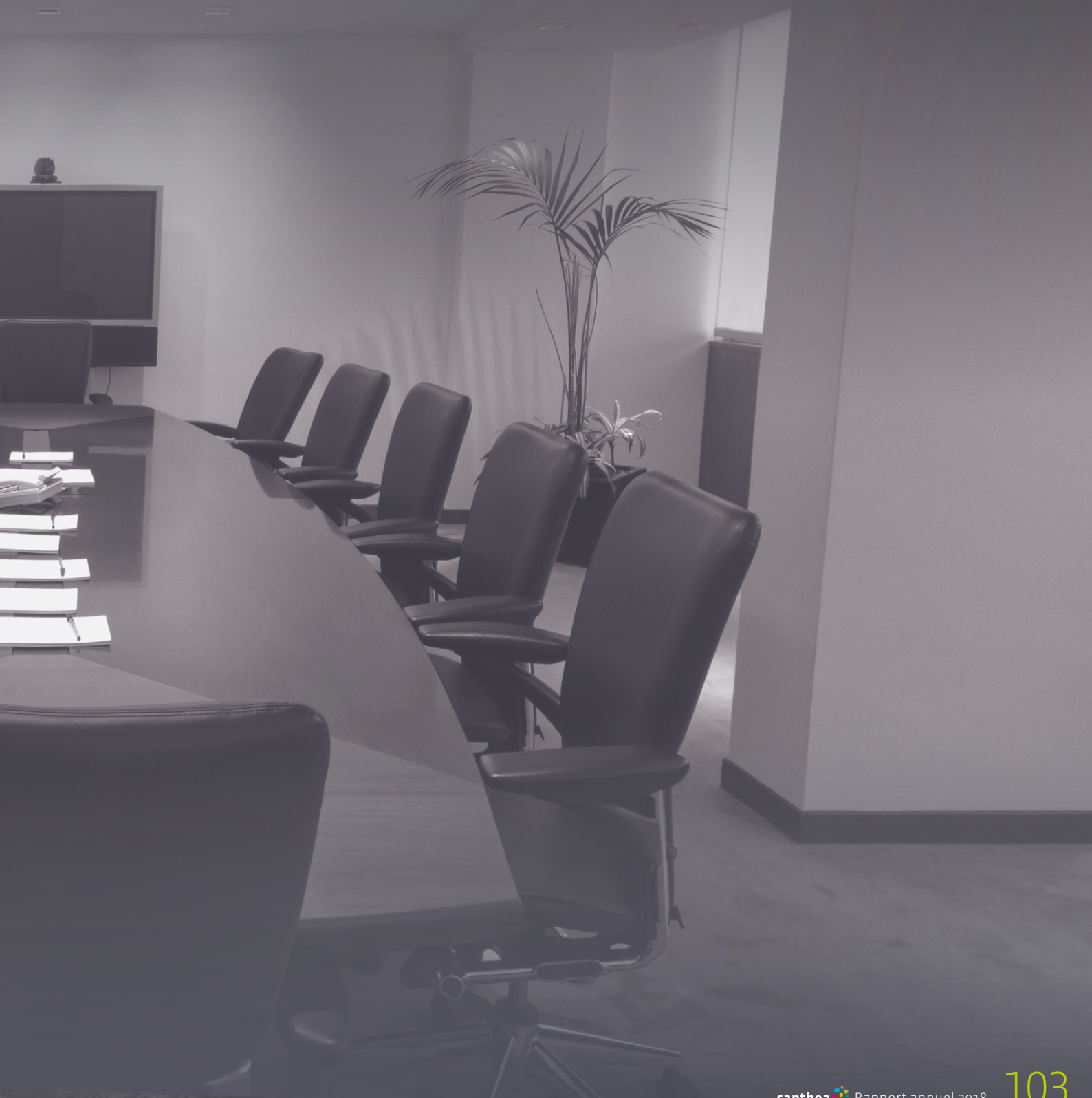
l'insuffisance rénale chronique étudierait en 2018 la possibilité de mettre en œuvre des mesures qualitatives spécifiques, comme par exemple le **trajet de soins pré-dialyse** et les soins en phase palliative. Santhea a donc rencontré des experts du terrain pour discuter de ces problématiques et en particulier de la phase pré-dialytique en essayant de dégager des mesures concrètes qui pourraient ensuite être proposées à tous les autres acteurs de ce dossier. Cependant, aucune réunion de la plateforme fédérale n'a finalement eu lieu en 2018. L'objectif de santhea est de faire évoluer ce dossier en 2019 pour obtenir un nouveau financement étant donné qu'en parallèle, des économies continuent d'être réalisées grâce à l'utilisation croissante des formes alternatives, moins coûteuses, de dialyse (autodialyse, dialyse péritonéale ou hémodialyse à domicile).





santhea

Notre **Conseil d'Administration**



NOTRE CA

Liste des membres du Conseil d'Administration

BUREAU

- Présidente :** C.H.R. La Citadelle représenté par **Lambert Marie-Claire**
- Vice-Présidents :** C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré représenté par **Bouchez Chantal**
C.H.U. Tivoli représenté par **Dormont Jean-Claude**
- Secrétaire :** C.H. Le Domaine représenté par **Praet Jean-Claude**
- Trésorier :** C.H.U. du Bois de l'Abbaye représenté par **De Simone Stéphanie**

En 2018, le Conseil d'Administration de santhea a traité nombre de dossiers et problématiques impactant la vie des institutions de soins ou plus généralement, le secteur des soins de santé.

Ainsi il y fut notamment question de l'Accord médico-mutualiste 2016-2017, de l'IF-IC, du Tax Shift, des suppléments d'honoraires, du financement de la PAQS, de la concertation sociale sectorielle, de la réforme du droit du travail, de l'avant-projet de loi portant sur des dispositions diverses en matière de santé, du financement pérenne des pensions du personnel statutaire des administrations provinciales et locales, des Commissions de convention de l'AViQ, des mesures d'économies imposées au secteur des soins de santé, du financement du traitement de l'apnée obstructive du sommeil par nCPAP, des barèmes du secteur résiduaire, du financement de l'hôpital oncologique de jour, de l'Accord social pour les secteurs fédéraux

des soins de santé, des obstacles et incitants à la collaboration et à la simplification du BMF, de la réforme du paysage hospitalier et des réseaux hospitaliers loco-régionaux, du financement du DPI, du RGPD, des soins à basse variabilité, de l'appel à projets bruxellois « Pack Energie », du système P4Q, de la lecture e-ID en hôpital, de la création d'IRISCARE, de l'adhésion à « Health Care Without Harm », de l'ajustement budgétaire 2018 et de la préfiguration du budget 2019, de la recomposition du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers, des décrets wallons sur la transparence et la gouvernance, de la réforme du financement de l'hospitalisation de jour ou encore du financement des infrastructures hospitalières.

MEMBRES

ALISES asbl, représentée par **Luisetto Stefan**

APP Sambre & Meuse, représentée par **Notte Dominique**

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

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

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

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

C.H.U. Liège, représenté par **Compère Julien**

C.H.U. Saint-Pierre, représenté par **Dusart Michelle**

C.U.B. Erasme représenté par **Kips Johan**

INAGO, représentée par **Kohnen Jean-Marie**

Institut Jules Bordet, représenté par **Rillaerts Stéphane**

Interseniors, représenté par **Crapanzano Laura**

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

I.S.P.P.C.

La Traversière, représentée par **Klein Patricia**

VIVALIA, représenté par **Bernard Yves**

Thielens Dirk

Wéry Etienne

Assistent avec voix consultative

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

Van de Sype Dominique





santhea 

Nos **membres**

NOS MEMBRES

Liste des membres

HOPITAUX

- | | | |
|----|--|------------------------|
| 1 | Centre de Santé des Fagnes | CHIMAY |
| 2 | C.H. de Mouscron | MOUSCRON |
| 3 | C.H. du Bois de l'Abbaye | SERAING |
| 4 | C.H. EpiCURA - Ath | ATH |
| 5 | C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu | HORNU |
| 6 | C.H. Le Domaine | BRAINE-L'ALLEUD |
| 7 | C.H.R. de Huy | HUY |
| 8 | C.H.R. de La Citadelle | LIEGE |
| 9 | C.H.R. du Val de Sambre | SAMBREVILLE (AUVELAIS) |
| 10 | C.H.R. Haute Senne | SOIGNIES |
| 11 | C.H.R. Namur | NAMUR |
| 12 | C.H.R. Verviers East Belgium | VERVIERS |
| 13 | C.H.U. Brugmann | BRUXELLES |
| 14 | C.H.U. de Liège | LIEGE |
| 15 | C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré | MONS |
| 16 | C.H.U.P.M.B. Le Chêne aux Haies | MONS |
| 17 | C.H.U. Saint-Pierre | BRUXELLES |
| 18 | C.H.U. Tivoli | LA LOUVIERE |
| 19 | CHwapi | TOURNAI |
| 20 | Clinique André Renard | HERSTAL |
| 21 | Clinique Reine Astrid | MALMEDY |
| 22 | C.R.P. Les Marronniers | TOURNAI |
| 23 | Foyer Horizon (INAGO) | MORESNET |
| 24 | Hôpital Erasme | BRUXELLES |
| 25 | Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola | BRUXELLES |
| 26 | Hôpitaux IRIS Sud | BRUXELLES |
| 27 | I.S.o.S.L. - C.H.P. Petit-Bourgogne | LIEGE |
| 28 | I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé L'Accueil | LIERNEUX |
| 29 | I.S.o.S.L. - Valdor-Pèrî | LIEGE |

- 30 I.S.P.P.C. - Hôpital André Vésale
- 31 I.S.P.P.C. - Hôpital Civil Marie Curie
- 32 Institut Jules Bordet
- 33 L'Equipe
- 34 VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne
- 35 VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg
- 36 VIVALIA - IFAC
- 37 VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique La Clairière

MONTIGNY-LE-TILLEUL
LODELINSART
BRUXELLES
BRUXELLES
LIBRAMONT
ARLON
BASTOGNE
BERTRIX



MR/MRS

- 1 Centre de Réadaptation Heysel-Brugmann (CPAS)
 - 2 Centre de soins Saint-Joseph (INAGO)
 - 3 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
 - 4 Domaine des Riezes et Sarts (ASBL - UNMS)
 - 5 Heureux Séjour (ISPPC)
 - 6 Home de Seny (ASBL)
 - 7 La Bouvière (VIVALIA)
 - 8 La Closière (CPAS)
 - 9 La Maison de Mariemont (ASBL)
 - 10 Le Doux repos (CPAS)
 - 11 Le Grand Pré (CPAS)
 - 12 Le Mont Falise (CHRH)
 - 13 Le Vignoble (CPAS)
 - 14 Les Chardonnerets (CPAS)
 - 15 Les Crépalles (CHRH)
 - 16 Les Heures Claires (CAHC)
 - 17 Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)
 - 18 Les Jolis Bois (CPAS)
 - 19 Les Jours Paisibles (Solidaris)
 - 20 Les Tournesols (ISOSL)
 - 21 Maison d'Harschamp (CPAS)
 - 22 Maison Vésale (CPAS)
 - 23 Nouvelle Quiétude (ISPPC)
 - 24 Pierre Paulus (ISPPC)
 - 25 Résidence Ange-Raymond Gilles (INTERSENIORS)
 - 26 Résidence Chantraine (INTERSENIORS)
 - 27 Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont (ASBL)
 - 28 Résidence Dejaifve (AISBS)
 - 29 Résidence Do Grand Fa (CPAS)
 - 30 Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)
 - 31 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
 - 32 Résidence Eglantine (INTERSENIORS)
 - 33 Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS)
 - 34 Résidence Grandgagnage (CHRH)
 - 35 Résidence Isabelle (CHRH)
 - 36 Résidence La Barcarolle (CPAS)
 - 37 Résidence Laetare (CPAS)
 - 38 Résidence La Kan (INAGO)
 - 39 Résidence La Lainière (CPAS)
 - 40 Résidence La Plaine (ISOSL)
 - 41 Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)
 - 42 Résidence Le Chalon (AISHSN)
 - 43 Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)
 - 44 Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
- BRUXELLES
MORESNET
VILLERS L'EVEQUE
CUL DES SARTS
COURCELLES
SENY-TINLOT
VIELSAM
SAINT-SERVAIS
MORLANWELZ
MANAGE
WEPION
HUY
BRAINE L'ALLEUD
JAMBES
VINALMONT
SPA
WAREMME
SAINT-GEORGES
BAUDOUR
LIEGE
NAMUR
BRUXELLES
MONTIGNY-LE-TILLEUL
CHATELET
JEMEPPE
SAINT-NICOLAS
GHLIN
FOSSES-LA-VILLE
MALMEDY
FLEMALLE
ANS
SERAING
STAVELOT
VILLERS-LE-BOUILLET
AMAY
STEMBERT
LA LOUVIERE
AUBEL
VERVIERS
LIEGE
OUGREE
CHIMAY
HERSTAL
WELKENRAEDT



45	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	LIMBOURG
46	Résidence Le Temps des Cerises (AISBS)	BIESME
47	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	GRIVEGNEE
48	Résidence Le Touvent (AISHSN)	SIVRY
49	Résidence Les Aubépines (CPAS)	HOUDENG GOEGNIES
50	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
51	Résidence Les Eglantines (CPAS)	BRUXELLES
52	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	OUGREE
53	Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)	WAIMES
54	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	GRIVEGNEE
55	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	HUY
56	Résidence Les Saules (ISOSL)	BASSENGE
57	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	WISE
58	Résidence Les Ursulines (CPAS)	BRUXELLES
59	Résidence Louis Demeuse (ISOSL)	HERSTAL
60	Résidence Philippe Wathelet (CAHC)	LA GLEIZE
61	Résidence Régina (INAGO)	MORESNET
62	Résidence Sainte-Gertrude (CPAS)	BRUXELLES
63	Résidence Saint-Joseph (CPAS)	VERVIERS
64	Résidence Springuel-Hellin (CPAS)	MONTEGNEE
65	Résidence Val des Séniors (VIVALIA)	CHANLY
66	Saint-Antoine (VIVALIA)	SAINT-MARD
67	Sainte-Elisabeth (CPAS)	HERVE
68	Saint-Joseph (CPAS)	TEMPLOUX
69	Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS)	BUTGENBACH
70	Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS)	SAINT-VITH
71	Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA)	SAINTE-ODE

CAJ/CSJ

- 1 Centre de soins Saint-Joseph (INAGO)
 - 2 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
 - 3 Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)
 - 4 Heureux Séjour (ISPPC)
 - 5 La Bouvière (VIVALIA)
 - 6 La Cigale (INTERSENIORS)
 - 7 La Maison de Mariemont (ASBL)
 - 8 Le Grand Pré (CPAS)
 - 9 Les Heures Claires (CAHC)
 - 10 Les Tournesols (ISOSL)
 - 11 Le Vignoble (CPAS)
 - 12 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
 - 13 Résidence Laetare (CPAS)
 - 14 Résidence La Kan (INAGO)
 - 15 Résidence La Plaine (ISOSL)
 - 16 Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)
 - 17 Résidence Les Aubépines (CPAS)
 - 18 Résidence Les Avelines (CHRH)
 - 19 Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)
 - 20 Résidence Les Trois Rois (ISOSL)
 - 21 Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
 - 22 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
 - 23 Résidence Régina (INAGO)
 - 24 Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS)
 - 25 Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS)
- MORESNET
VILLERS L'EVEQUE
FLEMALLE
COURCELLES
VIELSAM
WAREMME
MORLANWELZ
WEPION
SPA
LIEGE
BRAINE L'ALLEUD
ANS
LA LOUVIERE
AUBEL
LIEGE
HERSTAL
HOUDENG GOEGNIES
WANZE
WAIMES
VISE
WELKENRAEDT
LIMBOURG
MORESNET
BUTGENBACH
SAINT-VITH

RÉSIDENCES-SERVICES

- 1 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
 - 2 Doux repos (CPAS)
 - 3 Entour'Age (CPAS)
 - 4 La Cité (ISOSL)
 - 5 La Maison de Mariemont (ASBL)
 - 6 L'Azalée (CPAS)
 - 7 Les Alouettes (ISOSL)
 - 8 Les Heures Claires (CAHC)
 - 9 Les Jolis Bois (CPAS)
 - 10 Résidence Bouvière (VIVALIA)
 - 11 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
 - 12 Résidence Laetare (CPAS)
 - 13 Résidence Le Chalon (AISHSN)
 - 14 Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
 - 15 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
- VILLERS L'EVEQUE
MANAGE
JAMBES
HERSTAL
MORLANWELZ
SAINT-NICOLAS
VISE
SPA
SAINT-GEORGES
VIELSAM
ANS
LA LOUVIERE
CHIMAY
WELKENRAEDT
LIMBOURG

16	Résidence Les Avelines (CHRH)	WANZE
17	Résidence Les Eglantines (CPAS)	BRUXELLES
18	Résidence des Hauteurs (ISOSL)	LIEGE
19	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	HUY
20	Résidence Les Ursulines (CPAS)	BRUXELLES

CONVENTIONS DE REVALIDATION

1	Alba (ALISES asbl)	LA LOUVIERE
2	Centre de Rééducation Psycho-sociale «Laurent Marechal» (C.H. de Mouscron)	MOUSCRON
3	Centre de Réadaptation Ambulatoire pour enfants (Clinique André Renard)	HERSTAL
4	Centre de Réadaptation Fonctionnelle Neurologique Infantile (Hôpital Erasme)	ANDERLECHT
5	Centre de référence autisme de Liège (C.H.U. de Liège)	LIÈGE
6	Centre de référence «Autrement» pour la prise en charge des troubles autistiques (HUDERF)	LAEKEN
7	Centre de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie rebelle (Hôpital Erasme)	ANDERLECHT
8	Centre Ouïe et Parole - Espace Santé (I.S.P.P.C)	CHARLEROI
9	Centre Ouïe et Parole (CHwapi)	TOURNAI
10	Centre Psychothérapeutique de Jour (WOPS)	BRUXELLES
11	Centre Psychothérapeutique de Nuit (WOPS)	BRUXELLES
12	Clairs Vallons	OTTIGNIES
13	C.L.E.A.N. (ISOSL)	LIEGE
14	Clinique d'audiophonologie (C.H.U. de Liège)	LIEGE
15	Clinique de la mémoire de la polyclinique Lucien Brull (C.H.U. de Liège)	LIÈGE
16	Clinique de la mémoire du centre Hospitalier de l'Ardenne (VIVALIA)	LIBRAMONT
17	C.R.F. Ouïe et Parole (C.H. de Mouscron)	MOUSCRON
18	C.R.F. «Ouïe et Parole» (C.H.U. Tivoli)	LA LOUVIERE
19	Diapason (Diapason - Transition asbl)	CHARLEROI
20	Ellipse (ALISES asbl)	CARNIERE
21	Enaden	BRUXELLES
22	La Fabrique du Pré	NIVELLES
23	La Pièce (L'Equipe)	BRUXELLES
24	La Traversière	NIVELLES
25	Le Foyer (L'Equipe)	BRUXELLES
26	Les Hautes Fagnes	MALMEDY
27	M.A.S.S. de BRUXELLES	BRUXELLES
28	M.A.S.S. de Mons (Parenthèse asbl)	Mons
29	Poliade (CHUPMB)	GHLIN
30	Section externat de l'Equipe	BRUXELLES
31	START-MASS (ISOSL)	LIEGE
32	Transition (Diapason - Transition asbl)	CHARLEROI

MUTUALITÉS

- | | | |
|---|---|---------------|
| 1 | Mutualité socialiste Solidaris du Brabant Wallon | TUBIZE |
| 2 | Mutualité socialiste Solidaris du Luxembourg | SAINT-HUBERT |
| 3 | Mutualité socialiste Solidaris de Liège | LIEGE |
| 4 | Mutualité socialiste Solidaris de Mons - Wallonie picarde | ATH |
| 5 | Mutualité socialiste Solidaris du Centre, Charleroi et Soignies | CHARLEROI |
| 6 | Mutualité socialiste Solidaris de Namur | SAINT-SERVAIS |
| 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 | ASBL Centres spécialisés du Hainaut | LA LOUVIERE |
|---|-------------------------------------|-------------|

LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

- | | | |
|---|-------|-----------|
| 1 | CARAD | HUY |
| 2 | IBC | BRUXELLES |
| 3 | IPG | GOSSELIES |

MÉDECINE DU TRAVAIL

- | | | |
|---|-------------|-----------|
| 1 | SPMT-ARISTA | BRUXELLES |
|---|-------------|-----------|

PETITE ENFANCE

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

PLANNING FAMILIAL

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

TRANSFUSION SANGUINE

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

INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES

- | | | |
|---|--|-----------------|
| 1 | HP Famenne - Ardenne (VIVALIA) | BETRIX |
| 2 | L'Ancrage (ALISES asbl) | LA LOUVIERE |
| 3 | Le Relais | TOURNAI |
| 4 | Les Habitations Protégées Liégeoises (ISOSL) | LIEGE |
| 5 | Notre Domaine (C.H. Le Domaine) | BRAINE-L'ALLEUD |

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

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

SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Province de Namur :

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

Province de Liège :

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





santhea 

Notre **équipe**



Notre équipe



Yves SMEETS
Directeur Général



Denis HERBAUX
Directeur du Département
Etudes et Qualité



Valérie VICTOOR
Conseiller Général



Edouard AERTS-BANCKEN
Conseiller
RGPD (aspects juridiques)



Sandra BERBION
Responsable secrétariat
et communication



Nicolas BÖTTCHER
Conseiller
RGPD, Analyses et études



Emmanuelle CEYSENS
Conseiller
Hôpitaux, 1^{ère} ligne



Jean-François COLET
Coordinateur IT



Philippe COSTARD
Conseiller
RGPD (aspects IT)



Bertrand DAURIAC
Conseiller
RGPD (aspects juridiques)



Martine DUFRASNE
Secrétaire



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



Hélène GOOSSENS
Conseiller
Matières juridiques



Patrick HERINCKX
Conseiller
Environnement



Colette JACOB
Conseiller
*Médiation, Matières infirmières,
Normes et agrément*



Cécile KESTENS
Conseiller
Datawarehouse



Pierre-Yves LAMBOTTE
Conseiller
Aînés



Philippe LEJUNE
Conseiller
Matières médicales, RGPD, Médiation



Corentin LETERME
Assistant
Datawarehouse



Marina LIETAR
Conseiller
Financement hôpitaux



Michel PRAET
Conseiller
*Nomenclature et tarification, Technologies
médicales*



Lauriane TRIBEL
Attachée
*Innovations, Environnement, Analyses
et études*



Marc XHROUET
Conseiller
*Santé mentale,
Revalidation, Concertation sociale*



santhea 

Nos **valeurs**



Nos valeurs



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.

Toutes nos valeurs sur www.santhea.be



santhea 

**SIÈGE DE BRUXELLES
& SIÈGE SOCIAL**

Rue du Pinson 36
1170 Bruxelles
T +32 2 210 42 70
F +32 2 511 04 54

SANTHEA ASBL

SIÈGE DE WALLONIE

Namur Office Park
Avenue de Dessus-de-Lives 12
5101 Loyers

T +32 81 22 38 22