



santhea

Rapport Annuel 2011

santhea 
Rapport Annuel 2011



Présentation de santhea	7
Introduction	8
Faits et chiffres	9
Liste des lieux de concertation et autres au sein desquels santhea représente les intérêts de ses membres	14
Les dossiers de 2011	19
La Formation continue. Deux nouveaux services de santhea pour ses affiliés : le programme « 2011-2014 santhea – Unipso » & un programme de Formation à la Communication dans le cadre de la Médiation en 2012	20
Les fonctions infirmières, aides et auxiliaires	29
Si on parlait de la démence	38
La cellule de tarification	43
La réforme de la santé mentale. Et maintenant, l'action !	47
Statut ou pas statut pour le personnel des institutions publiques de soins	50
Les dossiers en bref	52
Informations pratiques	59
Liste des membres	60
Liste des membres du conseil d'administration de santhea	66
Liste des collaborateurs	68



Introduction	8
Faits et chiffres	9
Liste des lieux de concertation et autres au sein desquels santhea représente les intérêts de ses membres	14

Introduction



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

Le secteur des soins de santé : un acteur économique de premier plan !

On ne le dit pas assez, le secteur des soins de santé est un des principaux acteurs économiques de notre pays .

Le recensement périodique des plus grandes entreprises du pays réalisé par la presse spécialisée désigne un hôpital comme premier ou second employeur dans chacune de nos provinces.

Un hôpital moyen emploie entre 1000 et 2000 personnes dont il fait vivre les familles.

Il s'agit le plus souvent d'emplois locaux et de qualité. Les postes à pourvoir au sein des institutions de soins sont variés et s'adressent à des compétences diverses dans le secteur des soins, bien entendu, mais aussi les secteurs de l'entretien, de la restauration ou administratif.

On ne le sait pas toujours, 75% du chiffre d'affaires de l'hôpital sont consacrés au salaire du personnel. Il contribue donc de manière significative à l'économie locale par la consommation des ménages et est à l'origine de recettes fiscales non négligeables pour l'Etat fédéral et pour les Régions.

Selon les perspectives économiques publiées par le bureau du Plan en juin 2011, le secteur des soins de santé et de l'action sociale contribuera majoritairement à la croissance de l'emploi à moyen terme.

Par ailleurs, les services rendus par le secteur des soins de santé contribuent de manière essentielle à la santé économique de notre pays. Ils sont créateurs de richesse. L'accès à des soins de qualité semble si naturel à chacun de nos concitoyens qu'ils ne sont plus conscients de tout le savoir-faire et tous les efforts déployés pour le garantir.

Le fait que cet acteur économique de premier plan s'inscrit dans sa grande majorité hors des circuits marchands, c'est-à-dire dans un contexte qui continue à privilégier le rendement social au rendement financier pour quelques investisseurs privés, me réjouit.

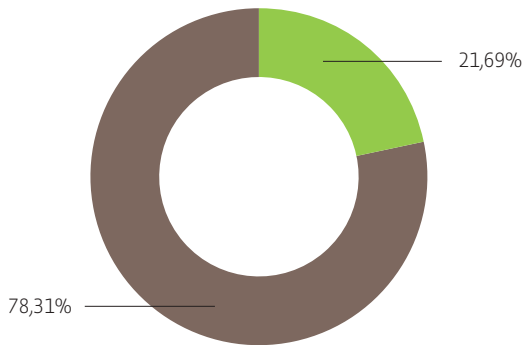
Je suis déterminée à agir sans relâche pour que le secteur des soins de santé reste essentiellement producteur de profit social, pour qu'il soit reconnu comme acteur incontournable de la vie économique du pays et de ses Régions et pour qu'il soit géré avec rigueur et professionnalisme.

Je suis heureuse de pouvoir compter sur l'engagement et la compétence des collaborateurs de santhea pour atteindre ces objectifs.

Faits et chiffres : hôpitaux

Part de santhea dans le nombre de lits au niveau national

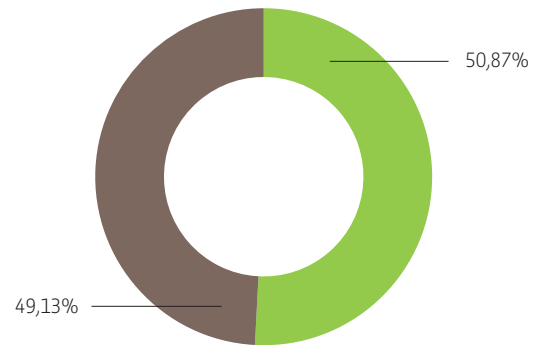
Répartition en %



■ Santhea: 15221
■ Autres: 54946
Total: 70167

Part de santhea dans le nombre de lits en Wallonie et à Bruxelles

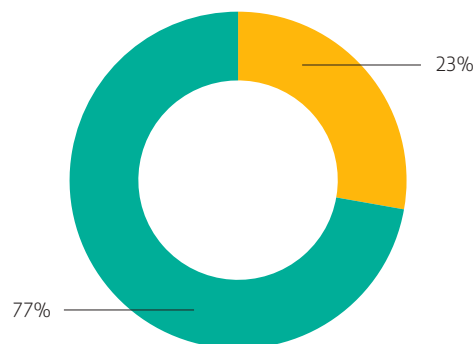
Répartition en %



■ Santhea: 15221
■ Autres: 14698
Total: 29919

Répartition des lits des hôpitaux santhea par statut

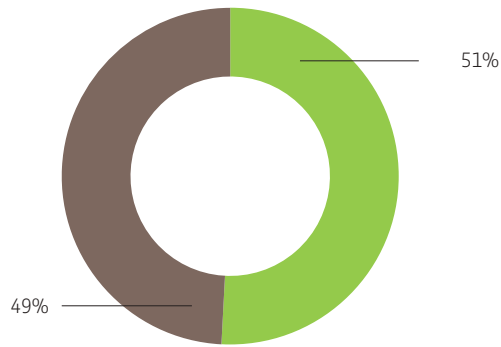
Répartition en %



■ Privé: 3493
■ Public: 11728

Part de santhea dans le nombre de lits « Publics » au niveau national

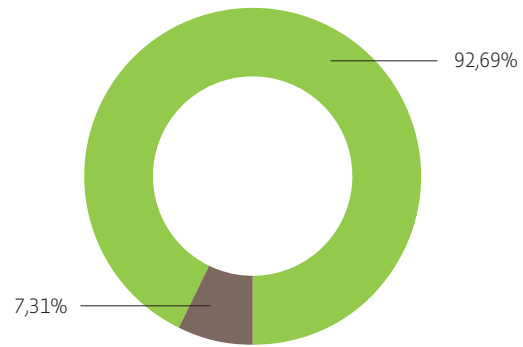
Répartition en %



■ Santhea: 11728
 ■ Autres: 11268

Part de santhea dans le nombre de lits « Publics » en Wallonie et à Bruxelles

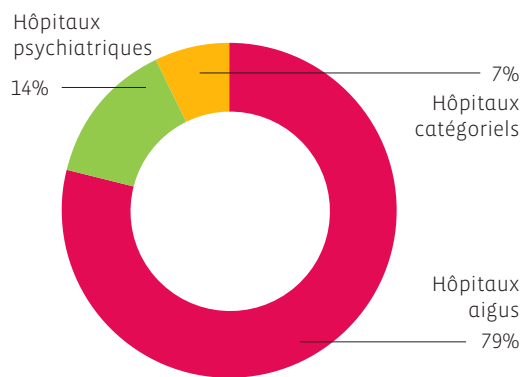
Répartition en %



■ Santhea: 11728
 ■ Autres: 925

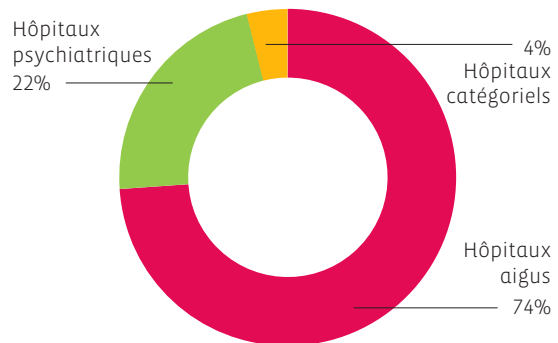
Hôpitaux santhea

Répartition des lits par type d'hôpitaux



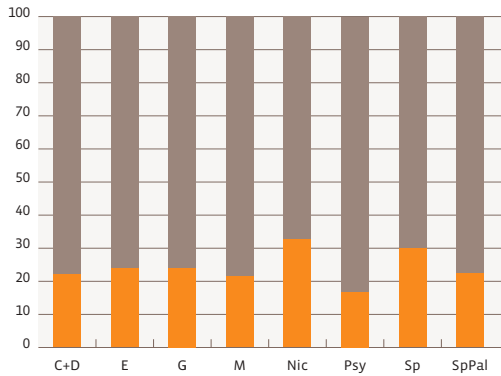
Hôpitaux du royaume

Répartition des lits par type d'hôpitaux



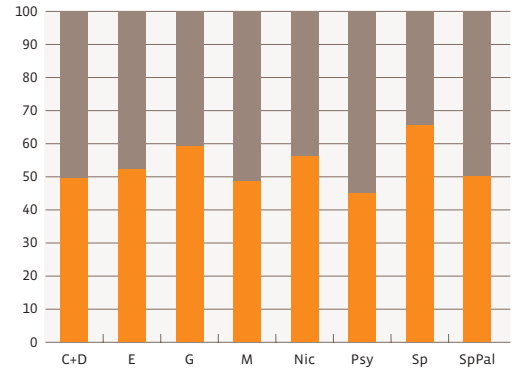
	Autres	santhea	National
■ Hôpitaux aigus	40066	11953	52019
■ Hôpitaux catégoriels	1685	1084	2769
■ Hôpitaux psychiatriques	13195	2184	15379

Royaume : Part de santhea selon l'index de lit
% en 2011



- Santhea
 - Autres
- C+D**: Chirurgie et Médecine
 - E**: Pédiatrie
 - G**: Gériatrie
 - M**: Maternité
 - NIC**: Soins néonataux intensifs
 - Psy**: Psychiatrie
 - Sp**: Soins spécialisés
 - SpPal**: Soins palliatifs

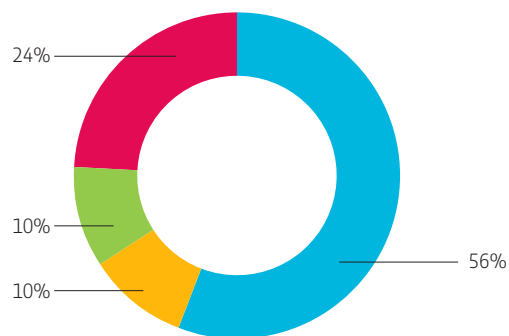
Wallonie+Bruxelles : Part de santhea selon l'index de lit
% en 2011



Faits et chiffres : Santé Mentale

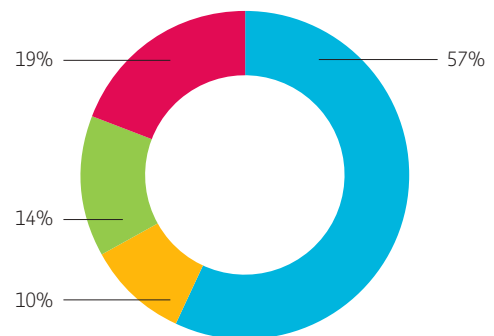
santhea

Répartition des lits par type d'institutions



Wallonie + Bruxelles

Répartition des lits par type d'institutions

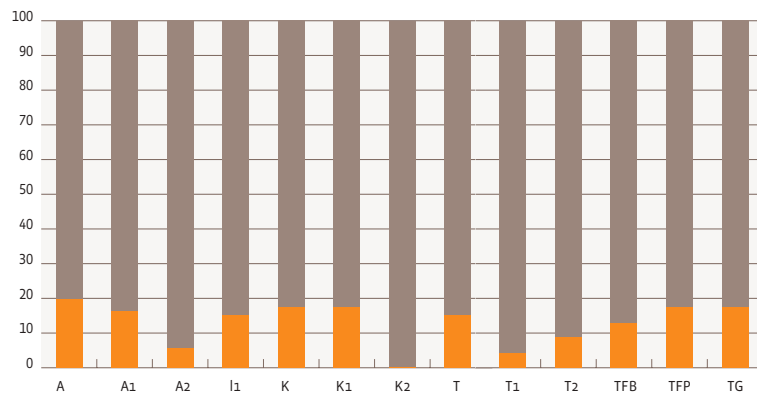


	Autres	santhea	Wallonie + Bruxelles
■ Hôpital général	752	916	1668
■ Hôpital psychiatrique	2941	2124	5065
■ Initiative d'habitation protégée	884	366	1250
■ Maison de soins psychiatriques	578	357	935

Royaume : Part de santhea selon l'index de lit en hôpitaux généraux et psychiatriques

% en 2011

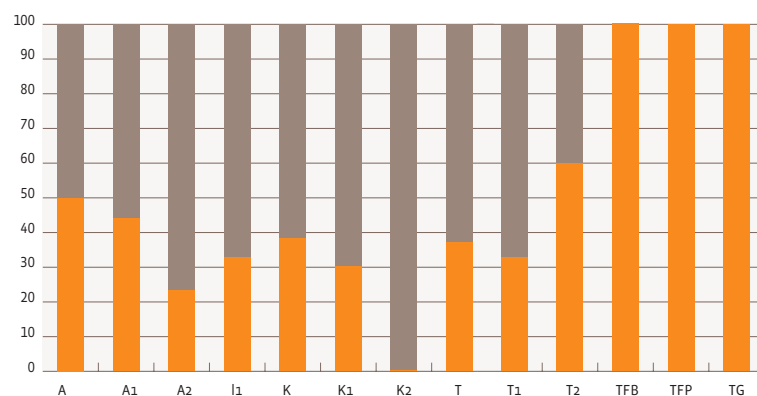
	santhea	Autres
A	1509	5741
A1	181	876
A2	11	171
I1	8	48
K	132	587
K1	42	187
K2		63
T	825	4769
T1	49	1130
T2	25	251
TFB	18	120
TFP	120	538
TG	120	549



Wallonie + Bruxelles : Part de santhea selon l'index de lit en hôpitaux généraux et psychiatriques

% en 2011

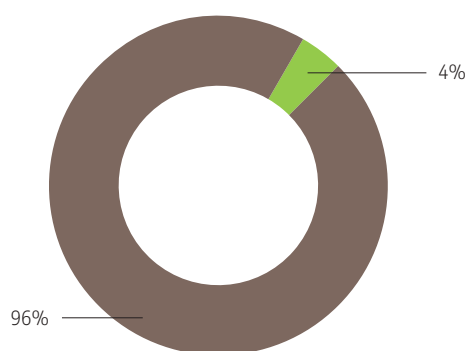
	santhea	Autres
A	1509	1527
A1	181	237
A2	11	37
I1	8	16
K	132	216
K1	42	98
K2		21
T	825	1423
T1	49	101
T2	25	17
TFB	18	
TFP	120	
TG	120	



Faits et chiffres : MR/MRS - CSJ - Résidences Services

Part de santhea dans les lits au niveau national

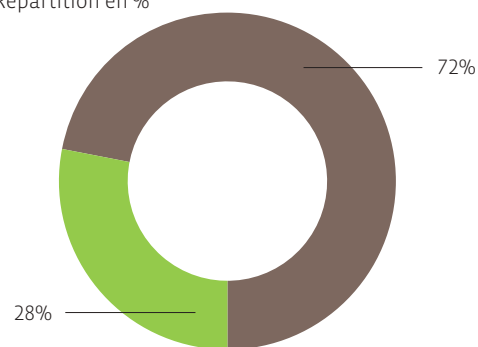
Répartition en %



	santhea	Autres	Total	%
Royaume	5184	128773	133957	3,87%

Part de santhea dans les lits Publics en Région Wallonne/Bruxelles-Capitale et Communauté Germanophone

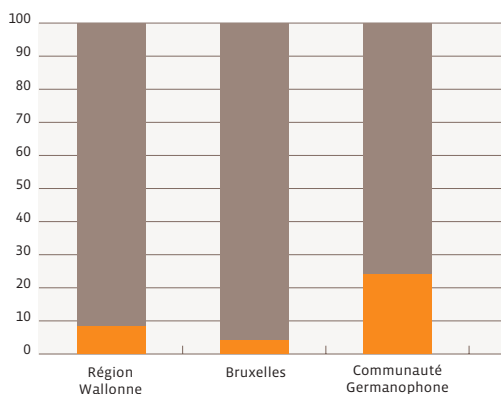
Répartition en %



	Publics	ASBL	Privés commerciaux
santhea	4742	442	
Autres	12484	12581	33236
RW + Bruxelles + Com. Germ.	17226	13023	33236
%	27,53%	3,39%	0,00%

Part de santhea dans les lits par région

Répartition en %



	santhea	Autres	Total	%
Région Wallonne	4184	43363	47547	8,79%
Bruxelles	809	14387	15196	5,32%
Communauté Germanophone	191	551	742	25,74%
Total	5184	58301	63485	

Liste des lieux de concertation et autres au sein desquels santhea représente les intérêts de ses membres

Le modèle belge d'organisation de la société réserve une place importante à la concertation avec les acteurs économiques et sociaux qui la composent.

Cette concertation est particulièrement développée dans le secteur des soins de santé au sein duquel les prestataires sont tantôt consultés sur toute une série de mesures ou de projets, tantôt responsabilisés sur leurs pratiques et les résultats de celles-ci, tantôt invités à participer à l'élaboration d'initiatives et à la mise en œuvre de celles-ci.

Si tout le monde a entendu parler des « accords médico-mutualistes » par lesquels médecins et mutuelles s'entendent sur les tarifs des prestations médicales au sein de la commission des conventions entre les mutuelles et les médecins, plus rares sont ceux qui pourraient citer un des nombreux autres lieux au sein desquels des représentants des prestataires participent à l'élaboration des politiques de santé.

La concertation trouve aussi toute son expression dans le cadre des relations sociales entre les employeurs et les travailleurs : accord interprofessionnel, accords sociaux sectoriels, conventions collectives du travail en sont autant de témoignages.

Comme vous le lirez dans la liste succincte qui suit, des collaborateurs de santhea sont amenés à donner des avis et à prendre position dans nombre de ces lieux.

Les positions que prennent et les avis que relaient les collaborateurs de santhea partout où ils sont présents sont évidemment le fruit d'une concertation permanente avec les membres mais sont aussi impérativement en conformité avec les valeurs qui font l'identité de santhea.



Nous en rappellerons quelques-unes parmi les principales :

- La santé, au sens le plus large, doit constituer une des priorités de la société qui doit garantir un service universel à sa population ;
- L'ensemble de la population doit pouvoir être soigné par les meilleures équipes de soins dans les meilleures conditions d'hébergement et avec le meilleur matériel ;
- La neutralité philosophique et en matière d'éthique doit être respectée comme la transposition des valeurs de l'état laïc.

Les lieux d'échange et de concertation sont nombreux et variés. La liste ci-dessous reprend les principaux organes où siègent les collaborateurs de santhea. Elle permettra à ceux qui le souhaitent de mieux identifier les matières dont ceux-ci sont chargés.

A l'INAMI

Le Conseil général détermine les orientations de politique générale en matière de soins de santé et veille à l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie.

Yves Smeets et Michel Mahaux en sont membres effectifs.

Le Comité de l'assurance des soins de santé est l'organe chargé de la mise en œuvre et du suivi de toutes les mesures exécutant la politique des soins de santé. Ce sont environ 500 dossiers qui lui sont soumis chaque année. Le Comité de l'assurance peut créer des groupes de travail, permanents ou ponctuels, chargés de suivre certaines problématiques particulières et de lui faire rapport.

Yves Smeets et Michel Mahaux sont membres effectifs du Comité de l'assurance.

Marina Lietar est membre des groupes de travail permanents « forfaits biologie clinique », « forfaits spécialités pharmaceutiques » et « montants de référence ».

La Commission de contrôle budgétaire est essentiellement chargée d'examiner la compatibilité budgétaire des politiques mises en œuvre par les différents secteurs de l'assurance maladie. Elle dispose des pouvoirs d'investigation les plus larges dans l'exécution de sa mission, sans avoir toutefois accès aux données individuelles.

Yves Smeets en est membre effectif.

Les Commissions de conventions ou d'accords sont chargées de conclure des conventions ou des accords portant sur les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires, les organismes assureurs et les prestataires. Santhea est présent dans plusieurs de ces commissions de conventions dont les noms varient selon les prestataires concernés :

Marina Lietar et Michel Mahaux siègent à la Commission des conventions entre les hôpitaux généraux et les organismes assureurs.

Stéphane Hoyoux siège à la Commission entre les hôpitaux psychiatriques-Maisons de soins psychiatriques-Initiatives d'habitations protégées et les organismes assureurs.

Jean Loiseau siège à la Commission des conventions entre les Maisons de repos et les organismes assureurs.

Jean Bury siège à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Les conseils techniques sont institués auprès des commissions de conventions ou d'accords correspondantes pour leur proposer (ou pour proposer directement au Comité de l'assurance) des règles et modalités spécifiques à l'exécution des conventions ou des accords qu'elles ont conclus.

Yves Smeets est Président du conseil technique de l'hospitalisation et Marina Lietar et Michel Mahaux en sont membres.

Les Commissions des profils ont pour mission de procéder à l'évaluation des profils de prestataires à partir des éléments statistiques disponibles à l'Inami.

Denis Herbaux et Jean Bury sont membres de la Commission des profils hospitaliers.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a pour mission de formuler les remarques et avertissements nécessaires à l'égard des personnes et établissements autorisés à dispenser des prestations de santé.

Au SPF Santé publique

Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) est composé d'une section agrément et programmation et d'une section financement. Le CNEH est instauré par la loi coordonnée relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins qui lui confère la mission d'émettre un avis sur tout problème relatif aux hôpitaux et qui est resté de la compétence fédérale.

Yves Smeets préside la section Financement du CNEH.

Sont membres du CNEH ou de ses groupes de travail permanents Stéphane Hoyoux, Marina Lietar, Jean bury.

La Commission nationale paritaire médecins hôpitaux est principalement chargée de remettre un avis sur toute matière relative au statut des médecins hospitaliers tel que fixé au titre IV de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

Michel Mahaux en est membre.

La structure multipartite a été créée par la loi du 22 août 2002. Elle est un organe de concertation qui fournit au ministre ayant la santé publique et les affaires sociales dans ses attributions des avis sur des aspects cruciaux de la politique hospitalière. Plusieurs groupes de travail sont chargés d'étudier des problématiques spécifiques.

Yves Smeets et Marina Lietar en sont membres. Colette Jacob participe au Groupe de travail « Enregistrements ».

eHealth a été créé pour organiser la mise en œuvre d'un réseau électronique d'échange d'informations dans le secteur des soins de santé.

Yves Smeets est membre effectif du Comité de Gestion.

La Commission fédérale droit des patients est en particulier chargée de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels; une de ses autres missions consiste également à évaluer la fonction de médiation dans les institutions de soins.

Michel Collard (membre effectif) et Alban Antoine (membre suppléant) y représentent santhea.

Au niveau régional

Le Conseil wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS) est chargé du suivi et de l'évaluation des politiques de l'action sociale et de la santé en région wallonne. Plusieurs commissions traitent des problématiques particulières. La Commission wallonne de la santé et la commission wallonne des aînés concernent plus spécialement santhea.

Colette Jacob et Jean Loiseau suivent respectivement les problématiques traitées par ces 2 commissions.

Le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la santé exerce les compétences communautaires en matière de santé pour les institutions de la CoCof.

Colette Jacob (membre effectif) et Yves Smeets (membre suppléant) y siègent.

Au niveau de la Concertation sociale

Valérie Victoor (suppléant Alban Antoine) représente santhea dans les instances suivantes :

- Commission paritaire 330 des établissements et services de santé (fédéraux);
- Fonds Maribel Social 330 des établissements et services de santé (fédéraux);
- Fonds Social 330 des établissements et services de santé (fédéraux);
- Fonds intersectoriel des services de santé;
- Institut de classification de fonctions (IF.IC);
- Comité paritaire d'apprentissage 330 des établissements et services de santé (fédéraux).

Alban Antoine participe à la gestion de plusieurs fonds sociaux et siège au conseil d'administration de l'APEF, de FE.BI et d'AFOSOC.

Michel Mahaux représente santhea dans la concertation sociale du secteur public (Comité C) et Comité de gestion du fonds Maribel du secteur public.

Yves Smeets préside le Fonds d'Épargne sectoriel des secteurs Fédéraux de la Santé ainsi que le Fonds de Pension du secteur Non-marchand Fédéral.

Colette Jacob est membre du Comité de gestion du Fonds Social des Hôpitaux Privés.





La Formation continue Deux nouveaux services de santhea pour ses affiliés : le programme « 2011-2014 santhea – Unipso » & un programme de Formation à la Communication dans le cadre de la Médiation en 2012	20
Les fonctions infirmières, aides et auxiliaires	29
Si on parlait de la démence	38
La cellule de tarification	43
La réforme de la santé mentale. Et maintenant, l'action !	47
Statut ou pas statut pour le personnel des institutions publiques de soins	50
Les dossiers en bref	52

La Formation continue – Deux nouveaux services de santhea pour ses affiliés : le programme « 2011-2014 santhea – Unipso » & un programme de Formation à la Communication dans le cadre de la Médiation en 2012

Un programme de formation a été mis sur pied par santhea, en collaboration avec Unipso, pour garantir le financement du complément fonctionnel dans le cadre des Accords sociaux « 2005-2010 ». Ce programme de formation correspond en outre au cadre légal qui régit la formation des Cadres infirmiers des secteurs hospitaliers et de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées (Arrêtés royaux des 13 juillet 2006 et 4 mai 2010). Enfin, il s'inscrit dans une demande de formation des chefs des services infirmiers de ses hôpitaux affiliés.



Le programme « 2011-2014 santhea – Unipso »

La formation permanente est obligatoire pour les Cadres infirmiers, depuis la parution des arrêtés des 13 juillet et 14 décembre 2006, et pour les Cadres des autres départements hospitaliers, des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), des maisons de repos et de soins (MRS), des maisons de soins psychiatriques (MSP) et des Initiatives d'habitations protégées (IHP), dans le cadre des Accords sociaux « 2005-2010 ».

Santhea a poursuivi l'aventure avec UNIPSO, en développant un programme de formation, pour une première période de 4 années, soit de 2011 à 2014. La formation est décentralisée en 5 endroits :

- Bertrix, au Centre Universitaire Provincial « La Clairière », pour les hôpitaux de la province du Luxembourg

- Liège, dans les locaux d'ISOsL, et Huy au Centre Hospitalier, pour les personnels de la Principauté de Liège

- Charleroi à l'Espace Santé, pour les personnels du Hainaut

- Bruxelles, dans les locaux de santhea.

Nos hôpitaux affiliés de Bertrix, Charleroi, Huy et Liège, de même que santhea, ont mis gracieusement une salle à disposition, ce qui a permis de réduire les coûts et, par conséquent le coût de la formation.

Les programmes de 24 et de 8 heures sont garantis respectivement pour les secteurs hospitaliers général et psychiatrique, et pour le secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées. Les programmes s'articulent autour de 3 modules. Deux thèmes ont été proposés dans

le module « Législation sociale » : hiérarchie des sources de droit et temps de travail, ainsi que les différents types de congé. Le module « Bien-être » a traité de la prévention de l'épuisement professionnel et le module « Gestion d'équipe » a investigué plus particulièrement le positionnement du responsable d'équipe, les outils du manager et la motivation.

Chaque participant dispose d'une période de 4 années pour suivre les matières prévues dans les prescrits légaux précités.

Mesdames Cécile de Préval (UNIPSO) et Colette Jacob (santhea) sont présentes, à tour de rôle, lors de chaque première séance de formation. C'est l'occasion de rappeler aux participants le contexte du programme, de distribuer les listes de présence et les questionnaires d'évaluation. C'est une opportunité de rencontre des participants, une garantie pour le suivi des aspects logistiques de la formation, mais aussi une possibilité d'écouter les formateurs durant quelques heures.





Un programme de formations reconnu par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Le programme de formation «santhea – UNIPSO» est homologué par le SPF Santé publique, car :

- les formations se déroulent en Belgique,
- elles attestent d'une dimension pédagogique permettant une interaction « formateur-participants »,
- les formateurs disposent d'une formation de niveau supérieur ou universitaire, ainsi que de connaissances suffisantes de par leur formation ou l'exercice habituel de leur fonction,
- les formations s'adressent au personnel des services de santé ayant une fonction d'encadrement infirmier, non infirmier, intra ou extra-muros,
- le contenu des formations porte, pour un volume de 8 heures au moins, sur la « Gestion des horaires » (heures supplémentaires, prestations irrégulières, travail de nuit, travail à temps partiel, ...), « le Bien-être au travail » (prévention et protection du travail, surveillance de la santé des travailleurs, ergonomie, ...) et la « Gestion d'équipes » (dynamique de groupe, gestion des connaissances, gestion du temps, communication efficace, ...). 8 heures de formation reconnues par le SPF correspondent à 1,5 jour de formation.

Un programme de formation effectif depuis septembre 2010, garantissant chaque année la formation requise de 8 et 24 heures, doté de modalités d'inscription souples et rigoureuses

Les Cadres infirmiers hospitaliers (Infirmiers chefs des départements infirmiers, Infirmiers chefs de services et Infirmiers en chef des unités de soins/services) sont tenus de suivre 60 heures de formation permanente par période de 4 ans. Ces 60 heures de formation comprennent notamment l'organisation et la gestion des ressources humaines, y compris le coaching. Ils répondent en outre aux conditions donnant droit au complément fonctionnel, le programme de formation, pour ce qui les concerne, ne requérant pas l'aval du SPF Santé publique.

Les Cadres non infirmiers ayant droit au complément fonctionnel et qui disposaient d'une formation de cadre de santé ou d'une formation universitaire (en gestion et politique des soins de santé, en art infirmier et obstétrique, en promotion et éducation pour la santé ou d'une formation de gestionnaire de maison de repos et de soins), ont suivi un programme de formation de 8 heures avant le 1er janvier 2011, et suivent chaque année 8 heures de formation, pour conserver ce droit.

• **Les Cadres non infirmiers** ayant droit au complément fonctionnel et qui ne disposaient pas d'une formation de cadre de santé ou d'une formation universitaire, ont suivi un programme de formation de base de 24 heures avant le 1er janvier 2011. Afin de conserver ce droit, ils suivent chaque année un programme de formation continue de 8 heures.

• L'offre de formation est envoyée par « santhea-Unipso », au mois de janvier, sous la forme d'un programme de formation et d'un planning horaire.

• Chaque participant complète un document d'inscription individuel, en notant son choix prioritaire, (dates et lieux de formation sur base du document « planning ») et deux choix complémentaires par ordre de préférence. Le choix prioritaire est respecté dans la mesure des places disponibles, la date d'enregistrement des formulaires d'inscription faisant foi.

Ces formulaires sont remis par les participants à la Direction du Département Infirmier ou des Ressources Humaines, qui les transmet à la personne de référence de l'institution, contact privilégié des organisateurs « santhea-Unipso ».

Chaque groupe est composé de maximum 18 personnes. Dix groupes sont prévus pour chacun des trois axes de formation, ce qui représente une capacité de formation pour 540 personnes.

« Santhea-Unipso » ont à cœur de pratiquer des tarifs parmi les plus bas du marché. Un module de 1.5 jour revient à 88 €, pauses santé, repas et syllabus compris. Les inscriptions sont effectives dès réception du paiement. Aucun remboursement ne peut être accordé en cas de non-participation. Un courrier de confirmation des inscriptions est envoyé à chaque personne de référence.

Les attestations de suivi des formations ont été envoyées aux participants en décembre 2011.



Un programme de formation de qualité pour tous : 451 personnes du secteur hospitalier (général et psychiatrique) et 30 participants du secteur MR/MRS, soit un total de 481 personnes formées en 2011.

Formation de 8 – 24 heures – Cadres infirmiers (CI) – Cadres non infirmiers (CNI)

INSTITUTIONS	CADRES NON INFIRMIERS	CADRES INFIRMIERS	TOTAL
ISPPC, Charleroi	13	0	13
Valida, Bruxelles	1	0	1
ISoSL – Petit Bourgogne, Liège	3	17	20
ISoSL – Valdor/Pèri, Liège	0	22	22
Centre Hospitalier Régional, Huy	3	24	27
CHP « Les Marronniers », Tournai	6	21	27
CNRF, Fraiture	7	4	11
CHS « L'Accueil », Lierneux	0	11	11
Clinique Reine Astrid, Malmédy	0	8	8
CHUPMB, site Ambroise Paré, Mons	9	8	17
CHUPMB, site Chêne aux Haies, Mons	4	1	5
Centre de Santé des Fagnes, Chimay	6	10	16
RHMS, Baudour	0	31	31
CHU Tivoli, La Louvière	0	16	16
Chwapi, Tournai	0	62	62
Hôpital Erasme, Bruxelles	0	16	16
Vivalia, Bastogne	4	82	86
CHR de la Haute Senne, Soignies	0	28	28
IRIS, CHU Brugmann, Bruxelles	1	0	1
Clinique André Renard, Herstal	0	5	5
CHRVS, Auvelais	1	22	23
CTR, Bruxelles	1	0	1
CHPLT, Verviers	2	0	2
Centre Hospitalier Régional, Namur	1	0	1
CHR La Citadelle, Liège	1	0	1
MR/MRS/MSP	0	30	30
Sous-total	63	418	
TOTAL		481	

EVALUATION	2011	2010
Taux de présence	93 %	91 %
Taux de satisfaction	87,42 %	82.8 %
Conformité des objectifs	94%	83%
Qualité du contenu	87,3 %	76 %
Qualité pédagogique	84,6 %	86 %
Qualité des formateurs	99 %	94 %
Apprentissage des participants	72,2%	75 %
- nouveaux concepts	77 %	
- expérimentation en séance	67,5 %	

QU'EN PENSENT LES PARTICIPANTS ?

POINTS FORTS

- Différents types d'horaires,
- Différences entre le cadre légal et la pratique,
- Apport théorique de la première journée = bon rappel de l'école des cadres,
- Dynamisme de l'horaire, structuration, organisation,
- Formation horaire de travail, législation sociale, heures supplémentaires,
- Bon équilibre entre théorie et pratique,
- Exposés et diapositives claires et précis,
- Explications claires et pertinentes, en dépit de la difficulté du contenu,
- Convivialité, dynamisme et simplicité des formateurs,
- Bons exercices de révision,
- Participation active de tous les membres du groupe,
- Formateurs très dynamiques et agréables à écouter,
- Bonne remise à niveau de la connaissance des différents types de congés,
- Réflexions, échanges intéressants et rassurants (les mêmes difficultés sont également rencontrées dans toutes les autres institutions !),
- Analyse du stress,
- Possibilité d'exprimer ses points de vue et expérience,
- Respect des participants et du formateur,
- Schémas clairs, bien étayés.

POINTS À AMÉLIORER

- Interactions, jeux de rôles, documentation,
- Plus d'exercices pratiques : élaboration de l'horaire,
- Expérimenter les nouveaux concepts et outils,
- Adapter le contenu aux différents secteurs,
- Poursuivre ce type de formation, durant 2 jours à la place de 1,5 jour,
- Locaux plus appropriés.

MATIÈRES À DÉVELOPPER

- Management, motivation, gestion des conflits,
- Evaluation et suivi du personnel,
- Mises en situation et jeux de rôles,
- Échanges au sujet de cas concrets,
- Gestion du stress avec les patients/familles et proches,
- Gestion de la violence : droits et devoirs du personnel,
- Construction d'un horaire,
- Approfondir la législation,
- Comment créer les conditions pour améliorer l'esprit d'équipe,
- Comment gérer le stress au travail,
- Gestion des conflits, motivation des équipes,
- Gestion des réunions, outils de management,
- Les congés, les horaires, le burn-out,
- La gestion du temps, le bien-être au travail.

Conclusion et perspectives

L'offre de formation santhea-Unipso, prévue pour 540 personnes, a couvert la demande de 481 personnes, dont 30 personnes issues du secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées (MRPA, MRS).

Pour ce qui concerne le secteur hospitalier, nous observons que tous les hôpitaux affiliés, généraux et psychiatriques de la province du Hainaut ont suivi le programme, ce qui correspond pour l'année 2011 à 215 personnes, soit 45 % des participants.

En Principauté de Liège, nous avons enregistré 107 personnes, soit 22 % des participants.

En région de Namur, nous avons noté la participation de 24 personnes, soit 5% des participants.

En région de Bruxelles, 19 personnes ont suivi le programme de formation, ce qui représente 3,8% des participants.

En province du Luxembourg, 86 personnes ont suivi la formation, ce qui équivaut à 18% des participants.

L'analyse des présences et des questionnaires d'évaluation complétés par les participants met en évidence une légère progression des taux de présence et de satisfaction entre 2010 et 2011. Le taux de satisfaction a été ventilé en plusieurs items dont la conformité aux objectifs, la qualité du contenu, la qualité pédagogique et le degré d'apprentissage des participants. La plupart des résultats de ces items sont en progression, si ce n'est le degré d'apprentissage des participants qui est passé de 75 à 72% entre 2010 et 2011.

Nous analysons cet item de façon spécifique et reverrons vraisemblablement et son contenu et l'intérêt de le mesurer. En effet, nous ne perdons pas de vue de ce que la pertinence d'un item ne se mesure pas uniquement à ce qu'il représente pour les participants et à leurs attentes, mais également à son apport dans la poursuite des objectifs du programme de formation. A cette occasion, les avis des directions des départements infirmiers et des ressources humaines nous seront très utiles et nous permettront d'ajuster au mieux le programme des prochaines années,



dans le souci constant d'offrir le meilleur service à nos affiliés.

En 2012, la formation est décentralisée à Bertrix, Liège, Huy, Charleroi et Bruxelles, en garantissant les programmes de 24 et de 8 heures pour les secteurs hospitalier général, psychiatrique, de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées.

En 2012, le programme est adapté en fonction des demandes des participants : 2 jours de formation, à la place de 1.5 jour et 2 modules pour chacun des trois axes. Le module n° 1 correspond à la matière enseignée depuis 2010, et le second module se veut être un approfondissement, destiné aux personnes inscrites depuis 2010.

Une réflexion est actuellement en cours quant aux éventuelles interventions dans le programme de formation des Cadres des institutions affiliées.

LA COMMUNICATION, dans le contexte de la MEDIATION HOSPITALIERE

Un nouveau Programme de formation à l'attention des Praticiens professionnels MEDICAUX et INFIRMIERS

Santhea, en partenariat avec sa cellule de Médiation « Le Médiateur Hospitalier » et BA-Consultants (BAC) – Société de Consultance et de Formation spécialisée dans le secteur public et non marchand, a conçu un programme de formation à la communication dans le cadre de la Médiation, afin de développer les compétences des praticiens hospitaliers en matière de gestion des conflits. Le développement de ce programme fait suite au Symposium du 18 novembre 2010 consacré à la médiation hospitalière, et au vif intérêt suscité par l'exposé sur la méthodologie suivie à l'hôpital de Huy pour la formation du personnel médical et infirmier des unités de soins de chirurgie, médecine, gériatrie et des fonctions de soins intensifs et d'urgence.

Santhea, en partenariat avec sa cellule de médiation « Le Médiateur Hospitalier » et BAConsultant - Société de Consultance et de Formation spécialisée dans le secteur public et non marchand, proposera en 2012 un programme de formation à la communication dans le contexte de la médiation, afin de développer les compétences des praticiens hospitaliers en matière de gestion des conflits.

Le cadre légal (loi du 22 août 2002) renforçant les droits des patients, il devient indispensable d'augmenter les compétences des praticiens du secteur hospitalier en matière de gestion des conflits. L'option de la médiation semble être une bonne voie pour y arriver.





Le programme

SANTHEA propose deux versions, **au libre choix** de l'Institution

Version 1 : Programme de formation **avec** Comité de Pilotage,

Version 2 : Programme de formation **sans** Comité de Pilotage

VERSION AVEC COMITÉ DE PILOTAGE

La réussite d'un programme de formation de ce type est fortement conditionnée au soutien que les participants obtiennent au sein de leur Institution, et à la capacité de l'Institution d'apprendre de ces situations conflictuelles pour s'améliorer. Pour ces motifs, il est essentiel d'associer les dirigeants à la conception et à la conduite du programme.

Le Comité de Pilotage sera, par exemple, composé de personnes représentatives du pouvoir, tels les directeurs, général, médical, du département infirmier, le médiateur hospitalier et 1 représentant de chaque service en formation, soit une dizaine de personnes.

Dans ce contexte, **4 réunions** d'accompagnement seront animées par Bernard Authuys (BA-Consultants) et Colette Jacob (santhea). La première réunion sera consacrée à l'introduction du processus. Les 2ème et 3ème correspondront au suivi et à l'évaluation du programme. Le bilan sera envisagé à la dernière réunion.

LA FORMATION

Public cible : les praticiens médicaux et infirmiers des unités de soins médicale, chirurgicale, gériatrique et des services de soins intensifs et des urgences, soit **un binôme médico-infirmier** par unité/service. Les personnes formées deviennent les personnes ressources de leur service et pourront diffuser la culture et l'esprit de la démarche de communication à leurs collègues.

MODALITÉS PRATIQUES

Choix des services hospitaliers : 5 unités de soins/services : médecine, chirurgie, gériatrie, unité des soins intensifs et service des urgences,

Choix des praticiens professionnels : 2 praticiens médical et infirmier par unité/service, soit 1 binôme médico-infirmier,

Programme : 6 jours à raison de 1 journée de 9 à 16 heures, tous les 10 jours, soit environ 1 trimestre,

Coûts :

- Avec comité de pilotage : 9776 €

- Sans comité de pilotage : 8294 €

Les informations relatives à ce nouveau programme de formation ont tout d'abord été présentées au Conseil d'Administration de santhea. Elles figurent par ailleurs dans une brochure dont plusieurs exemplaires ont été envoyés aux directions générales des hôpitaux affiliés.

Les fonctions infirmières, aides et auxiliaires - La différenciation des fonctions, la redistribution des rôles, un atout pour la dispensation de soins de qualité dans un climat sécuritaire de travail, et une collaboration optimale avec la profession médicale.

Un groupe de travail mixte du CNEH « différenciation et classification de fonction dans la profession infirmière » s'est réuni de mai 2011 à janvier 2012.



La différenciation des fonctions infirmières, en tant que méthode de spécialisation du personnel infirmier, et de recherche et développement dans le domaine du contenu des soins.

Pour rappel, un avis du CNEH ratifié au Bureau du 11 juin 2009, avait traité la problématique infirmière des secteurs hospitaliers général et psychiatrique, de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées (MR – MRS) ainsi que des soins à domicile.

Il s'agissait notamment de la pénurie constante de praticiens infirmiers, du vieillissement de la population, et de l'augmentation des besoins voire de la consommation de soins qui pourraient en résulter, ainsi que de la diminution significative, à partir de 2015, du nombre de jeunes de 18 ans. L'augmentation constante de l'intensité et de la complexité des soins, de la charge administrative, avec des normes d'encadrement qui n'ont pas connu une croissance de même ordre, ont également été mis en évidence, sans parler de l'intérêt croissant des instances européennes pour la qualité et la sécurité du patient.

Lire à ce propos : Notes santhea ref. « YS/CJ/ML/md 2011.711 » - « YS/CJ/ML/sb 2011.851 ». Directive du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, modifiée par la Directive 2006/100 du Conseil du 20 novembre 2006 – Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités de limites. Health Service Research (HSR), Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 86 A (D/2008/10.273/52.

Il y était également question d'un manque d'autonomie dans l'exercice de la profession infirmière, du développement insuffisant de la collaboration multidisciplinaire au sein des services des hôpitaux généraux, d'un frein au développement de la professionnalisation de l'activité infirmière par l'impossibilité de déployer une différenciation des fonctions, et enfin des difficultés de recrutement de bons « infirmiers dirigeants ».

L'avis attirait également l'attention sur la relation entre « attractivité de la profession infirmière » et « progression sur une échelle hiérarchique ». Par leur expérience et les formations supplémentaires qu'ils ont suivies, plusieurs infirmiers ont acquis une expertise qui n'est pas suffisamment valorisée actuellement. Dans ce contexte, un certain nombre de « nouvelles » fonctions infirmières pourraient constituer une plus-value pour l'aspect clinique de la profession et partant pour la qualité des soins, comme par exemple les fonctions ***infirmier spécialisé, infirmier de référence et infirmier consultant***. Pour le groupe de travail, ces nouvelles fonctions seraient également de nature à aider les infirmiers en chef à appliquer les rôles et responsabilités qui leur sont assignés depuis la parution de l'arrêté royal du 13 juillet 2006.

La qualité des soins, la sécurité du patient sont de plus en plus cités, en tant qu'éléments incontournables d'une politique de dispensation des soins. Plusieurs études, réalisées aux Etats-Unis mais également en Belgique, tentent à montrer que la sécurité du patient serait meilleure dans les services où les infirmiers prennent en charge moins de patients¹. Une récente étude publiée dans le New England Journal of Medicine² établit un lien entre la mortalité des patients et le nombre d'infirmiers présents dans le service.

Le niveau de formation du personnel infirmier et la qualité de l'environnement de travail sont repris dans plusieurs études pour avoir un impact non négligeable sur la sécurité du patient³. En Europe, la tendance semble être à l'augmentation du niveau de qualification du personnel infirmier via les systèmes du baccalauréat et de la maîtrise, mais également par l'augmentation d'une diversité des formations infirmières complémentaires aux formations de base. En Belgique, un financement adéquat de ces formations complémentaires et des formations continues est demandé depuis plusieurs années.

La notion de « différenciation de fonctions » a été abordée en référence à une étude du KCE de 2008⁴. Il s'agit du transfert ou de la reprise de certaines tâches par d'autres collaborateurs au sein d'un même groupe professionnel.

Plusieurs raisons sous-tendent la réflexion actuelle : l'accroissement de la complexité et de la spécialisation des soins, la multidisciplinarité et la complémentarité avec le corps médical, ainsi que l'attractivité de la profession. **La complexité et la spécialisation des soins** requièrent une réponse qualitative aux besoins en soins des patients, par le biais d'une spécialisation plus poussée du personnel, mais également d'une démarche scientifique de réflexion sur la dispensation des soins (intégration de données scientifiques probantes dans la pratique). **L'attractivité de la profession** pourra-t-elle être garantie par l'introduction d'une possibilité de développement professionnel dans le domaine du contenu des soins, et la valorisation de l'expertise clinique acquise ?

Enfin, cette réflexion autour de la différenciation des fonctions infirmières a conduit au développement d'une taxonomie des fonctions infirmières, et à la mise en évidence d'une nouvelle fonction : la fonction **d'infirmier clinicien**.

¹ Van den Heede K. et al. : The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level – in International Journal of Nursing Studies, février 2009.

² Needleman J., Buerhaus P., et al. : Nurse Staffing and inpatient hospital mortality, in N Engl J Med 2011 ; 364 : 1037-45

³ Aiken L. et al. : Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, in Journal of Nursing Administration, mai 2008.

⁴ Berckmans G., Alvarez Irusta L., Bouzegta N., Defloor T., Peeters G., Strodeur S., et al. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Health Service Research (HSR), Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 86 A (D/2008/10.273/52).

Une taxonomie intégrée et logique des fonctions infirmières

Le besoin d'une « **taxonomie intégrée et logique** » des fonctions infirmières est partagé par les représentants des départements infirmiers des hôpitaux affiliés chez santhea⁵, en référence aux fonctions existantes au sein des institutions : infirmier référent, infirmier relais, infirmier expert, infirmier spécialisé (TPP) et infirmier clinicien.

Le métier d'infirmier requiert des compétences techniques et se caractérise également par un ensemble de spécificités liées aux unités de soins et services (chirurgie, médecine, pédiatrie, urgences, ...), que tout praticien devra acquérir et développer dans des conditions de qualité et de sécurité.

santhea pense qu'il est utile d'identifier deux niveaux de compétence (« infirmier débutant » et « infirmier confirmé »), en termes d'actes posés et de prise de responsabilités, en leur attribuant un statut et ce, dans l'état actuel des barèmes en vigueur.

L'infirmier qui débute sa carrière, en dépit de son bagage académique, doit pouvoir bénéficier d'un programme d'accueil et d'accompagnement, au minimum durant la période d'essai. Cette démarche est le point de départ de la valorisation du personnel. Dans la plupart des institutions hospitalières, le « tutorat » d'un infirmier **débutant** par un infirmier **confirmé** est organisé précisément dans le cadre d'un programme d'accueil, dont la durée correspond en général à la période d'essai. Ce rôle de tutorat revêt, en outre, pour l'infirmier confirmé un caractère de formation permanente informelle.



⁵ Avis écrits des départements infirmiers des hôpitaux affiliés – Commission des Soins Infirmiers des 15 septembre et 11 octobre 2011.

1. FONCTIONS D'EXPERTISE EN ART INFIRMIER

1.1. Infirmier référent

L'arrêté royal du 13 juillet 2006⁶, dispose que « le travail infirmier dans les unités sera organisé de telle manière à pouvoir déterminer à chaque instant l'infirmier responsable d'un malade déterminé. ». Cette dénomination souligne l'importance de la fonction d'infirmier en soins généraux, et constitue dès lors un facteur de reconnaissance et de motivation du personnel infirmier.

Il s'agit de l'infirmier désigné pour un groupe de patients, dans le cadre de la dispensation des soins en équipe. Il est l'interlocuteur des patients et du médecin qui en a la responsabilité. L'infirmier référent est un infirmier confirmé et/ou débutant, reconnu pour la maîtrise des concepts infirmiers et leur pratique professionnelle.

Il preste ses activités à temps plein au sein de l'unité de soins, sous la responsabilité de l'infirmier en chef d'unité. Il se spécialise et acquiert un titre professionnel particulier (TPP) ou une qualification professionnelle particulière (QPP), dans le cadre d'un programme de formation continuée sur une période de 2 à 3 ans ou dans le cadre d'un programme d'enseignement à temps plein (4ème année).

1.2. Infirmier de référence ou infirmier relais

Infirmier prestant ses activités au sein de l'unité de soins, sous la responsabilité de l'infirmier en chef. Il est spécialisé dans un domaine spécifique et met ses compétences au service de ses collègues. Les domaines concernés sont les suivants : escarres, soins de plaies, douleur, DI-RHM, hygiène hospitalière, informatique, incontinence, ...

1.3. Infirmier consultant ou infirmier expert

Infirmier prestant ses activités au sein **et** en-dehors d'une unité de soins, et dans ce cas au profit de plusieurs autres services de l'hôpital. Ce praticien peut être spécialisé dans les mêmes matières que « l'infirmier de référence ». Dans ce cas, il fait partie de l'équipe hospitalière multidisciplinaire qui gère le domaine spécialisé avec le ou les médecins concernés. Le temps de travail « spécialisé » est fonction de l'ampleur de sa mission, de la taille de l'hôpital, et/ou des objectifs définis par la direction du département infirmier



en collaboration avec les directions médicale et générale, mais également du budget disponible.

L'infirmier consultant preste ses activités sous la responsabilité de l'infirmier chef de service (cadre intermédiaire), ou du directeur du département infirmier, suivant la taille de l'hôpital. Il doit se prévaloir d'une formation complémentaire correspondant à son domaine d'expertise.

A titre d'exemple, l'infirmier « ICAN » est doté d'une expertise pédagogique. Il a une vision transversale de l'hôpital et aide notamment les débutants à comprendre le fonctionnement des unités de soins. Dans le cadre de ses missions, il peut également être une source d'informations pertinentes au sujet de la charge de travail des différentes unités de soins.

1.4. Infirmier clinicien

Ce point est développé à la page 35.

⁶ AR du 13 juillet 2006 (MB du 28 août 2006) modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, article 2.

2. FONCTIONS DE MANAGEMENT EN ART INFIRMIER

2.1. Infirmier en chef (IC)

La monographie de la fonction est reprise dans l'arrêté royal du 13 juillet 2006⁷.

La fonction de management n'est pas une fonction bureaucratique. Elle comporte divers rôles dont la motivation, l'accompagnement, l'écoute et l'administration des collaborateurs. Elle requiert également du charisme. Elle implique une capacité de juger la qualité du travail d'autrui, en sachant que l'on ne peut faire soi-même ces diverses tâches, et même vraisemblablement pas aussi bien que les personnes évaluées. En revanche, l'infirmier en chef doit savoir comment son équipe doit faire son travail le mieux possible.

L'infirmier en chef exerce le rôle de direction d'équipe. Son barème doit être attractif en regard de ses missions et responsabilités, mais également en regard des niveaux de salaire des membres de son équipe, qui bénéficient de compléments liés à la prestation d'horaires inconfortables. Il dispose, pour sa mission d'évaluation de ses collaborateurs, de plusieurs outils, tels le dossier infirmier, les procédures de soins, une grille d'évaluation commune. Il peut également se rendre au chevet d'un patient, assister aux transmissions de services et être à l'écoute de son personnel.

L'infirmier en chef doit garder une expertise clinique, conserver un contact avec le patient et rester à son écoute. La prestation de soins au chevet du patient doit être ponctuelle et correspondre par exemple à la supervision d'un infirmier débutant, à une charge de travail particulièrement importante en cas d'absentéisme.

Un important problème réside dans la possibilité et/ou sa capacité à quitter le modèle « d'assistant médical », qui s'avère être un important consommateur de temps.

Chaque infirmier en chef doit être secondé par un ou plusieurs infirmiers de son équipe ou par un infirmier en chef adjoint.

2.2. Infirmier en chef adjoint (ICA)

Cette fonction doit être définie en veillant au bon fonctionnement du tandem « IC-ICA ». Il s'agit d'assurer une permanence de gestion et de responsabilité au sein de l'équipe de soins. L'existence de cette fonction est une opportunité pour l'infirmier en chef de faire partie de l'équipe de soins de façon ponctuelle. A cette occasion, il peut avoir une vision plus objective de l'organisation du travail et des mises en pratique des procédures de travail.

Les échanges et réflexions entre l'infirmier en chef et son adjoint peuvent aider notamment à la rectification de procédures, à l'amélioration de la planification du travail, à l'évaluation du personnel.

C'est un facteur d'attractivité et de motivation puisque l'existence de ce niveau de responsabilité peut correspondre à un plan de carrière. L'infirmier en chef adjoint preste au chevet du patient avec l'équipe lorsque l'infirmier en chef est présent.

Cette fonction requiert une formation en management, et devrait être assortie d'une échelle barémique spécifique. Cette fonction est opérationnelle à l'heure actuelle dans quelques institutions hospitalières francophones et est assortie d'un barème spécifique.

Une position intermédiaire entre les « favorables » et les « détracteurs » de ce type de fonction, pourrait correspondre à la nomination d'un infirmier en chef adjoint dans certaines circonstances particulières : lorsque l'infirmier en chef bénéficie des mesures de fin de carrière, pour les unités de soins à effectif important, pour des unités de soins où le personnel est amené à dispenser des soins extrahospitaliers, et enfin pour des unités de soins d'hôpitaux fusionnés avec répartition de l'activité sur plusieurs sites.

⁷ Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef (MB du 28 août 2006).



2.3. Infirmier chef de service (Cadre intermédiaire)- (ICS)

La monographie de la fonction est clairement explicitée dans l'arrêté royal du 14 décembre 2006⁸. La fonction d'infirmier en hygiène hospitalière relève de cette fonction de management.

Dans la majorité des hôpitaux, les infirmiers chefs de service ont une **fonction hiérarchique** et une fonction « interservices », à caractère **transversal**. Celle-ci est jugée extrêmement valorisante par la plupart des protagonistes, même si certaines personnes craignent que le cumul des fonctions verticales (missions de proximité) et transversales (formation permanente, éducation patient, hygiène hospitalière, processus qualité des soins, RPM, ...), soient un frein à un travail de qualité et accroissent la difficulté de gestion de l'ensemble des activités.

Les nouvelles fonctions d'expertise précitées sont complémentaires et viennent en soutien des fonctions exercées par les infirmiers chefs de service. De façon pratique et à titre d'exemple, les infirmiers chefs de service (ICS) développent, en raison de leur proximité avec les unités de soins dont ils ont la charge, les notions de bonnes pratiques et les infirmiers en chef (IC) veillent à leur mise en pratique, notamment par le suivi de notes de services, de formations, et d'accompagnement des infirmiers « relais » et « experts ».

Pour les représentants du secteur de la santé mentale, ces nouvelles fonctions sont compatibles avec l'équipe multidisciplinaire et devraient pouvoir être élargies aux paramédicaux, kinésithérapeutes, médecins, ...

Pour mener à bien les tâches hiérarchiques et transversales, d'autres éléments sont à prendre en considération telle, l'augmentation de l'encadrement des praticiens du chevet, avec suffisamment d'assistants en logistique et d'aides administratives.

La plupart des représentants des départements infirmiers des hôpitaux santhea ne se prononcent pas en faveur de l'absolue nécessité d'acquérir une expérience de terrain préalablement à l'exercice d'une fonction d'infirmier chef de service. Une telle expérience est souhaitée en parallèle de la formation universitaire. Pour les personnes qui y sont favorables, l'exercice de la fonction d'infirmier en chef d'unité durant une période de 3, voire 5 ans est un atout.

2.4. Chef du Département infirmier

La monographie de fonction est clairement explicitée dans l'arrêté royal du 14 décembre 2006⁹.

L'expérience est un atout, en sus du bagage académique tel que requis et défini dans l'arrêté royal de décembre 2006.

⁸ Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, pour ce qui concerne la fonction d'infirmier chef de service (MB du 24 janvier 2007).

⁹ Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, pour ce qui concerne la fonction de chef du département infirmier (MB du 24 janvier 2007).

La fonction d'infirmier clinicien

La démarche « qualité » initiée par le SPF se développe d'année en année. Les programmes de soins et les normes d'agrément qui s'y rapportent sont associés à l'émergence d'une part, de l'élargissement des fonctions infirmières existantes et d'autre part, de nouvelles fonctions infirmières. Ces dernières doivent pouvoir trouver leur place au sein de l'organigramme du département infirmier, en complémentarité avec les fonctions existantes.

On dénombre, à l'heure actuelle pas moins d'une quinzaine de **nouvelles fonctions (fonctions émergentes)**¹⁰ avec ou sans financement et référence légale. Ces fonctions infirmières émergentes, doivent répondre à l'évolution des besoins en soins, aux critères de qualité et favoriser un climat sécuritaire de travail. Leur place dans l'organigramme doit être définie, en lien avec les fonctions hiérarchiques, telles que définies par l'arrêté royal du 23 octobre 1964, en tenant compte des tâches spécifiques qui peuvent être confiées aux infirmiers chefs de service (Cadre intermédiaire): accueil et formation du personnel, hygiène hospitalière, évaluation de la qualité des soins infirmiers, éducation du patient, introduction de nouvelles procédures et méthodes de travail, gestion du matériel.

¹⁰ **Programme de soins pour le patient gériatrique** (AR du 29 janvier 2007 - MB du 7 mars 2007) fixant d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers : infirmier en chef – liaison gériatrique interne – infirmier relais – liaison gériatrique externe.

Programme de soins d'Oncologie (AR du 21 mars 2003 – MB du 25 avril 2003) fixant les normes auxquelles le programme de base en Oncologie et le programme de soins d'Oncologie doivent répondre pour être agréés : data manager – commission pluridisciplinaire d'Oncologie – infirmier de la clinique du sein.

Infirmiers : algologue – algologue pédiatrique – tabacologue – formateur RCP – formateur en manutention – centre de l'insuffisance cardiaque (fonction d'éducation) – spécialisé en soins de plaies – rôle d'éducation à la prévention de la mort subite du nouveau-né (consultation d'anesthésiologie pédiatrique) – stomathérapeute – diabétologue – centre de polysomnographie pédiatrique.

La fonction **d'infirmier clinicien** semble être effective dans la plupart des hôpitaux du nord du pays, à l'inverse des institutions des régions wallonne et de Bruxelles.

Il ressort cependant du Congrès consacré à l'infirmier clinicien qui s'est tenu à l'hôpital Erasme, fin décembre 2011, qu'il n'existe pas encore de réelle homogénéité concernant cette fonction au sein des structures hospitalières belges, de même que dans les pays limitrophes c'est-à-dire la France, le Grand-Duché du Luxembourg et la Suisse.

La fonction **d'infirmier clinicien** devra être définie en termes de place dans l'organigramme, de bagage académique requis, de rôles et de missions, EN RELATION AVEC :

- les fonctions infirmières émergentes qui ne sont pas toutes exercées par les infirmiers chefs de service, infirmiers de référence et/ou infirmiers consultants,
- les dénominations européennes et internationales,
- la réforme des études d'infirmière.



Différenciation, distribution des rôles, qualité, sécurité des soins et partenariat médical

Au vu de ce qui précède, santhea souhaite poursuivre la réflexion au sujet de l'opportunité de créer la fonction d'infirmier clinicien, **aux conditions suivantes** :

1. le contenu et l'organisation de la fonction, sa place au sein de l'organigramme du département infirmier, et les type et niveau de collaboration avec le corps médical devront être précisés,
2. la visibilité des fonctions « émergentes » ira de pair avec une définition précise de leur profil de fonctions, en tenant compte des fonctions existantes, une définition claire de leur place au sein de l'organigramme du département infirmier, et une évaluation du budget requis à l'échelle du royaume,
3. l'organisation des soins sera basée sur un mode de prise en charge globale des patients, en équipe, avec infirmiers de référence, et non plus sur un schéma de dispensation des soins dit « à la tâche »,
4. la garantie d'une formation en management pour les cadres infirmiers,
5. l'organisation d'une procédure d'encadrement des étudiants infirmiers,
6. le développement de moyens pour la valorisation des infirmiers en soins généraux, comme par exemple la procédure d'accueil en période d'essai, l'application des principes de gestion des ressources humaines, le respect de la législation relative au travail à temps partiel, l'analyse, l'organisation et la valorisation du système de garde dans les services concernés,
7. la création, l'organisation et le financement de la fonction d'infirmier en chef adjoint.

santhea estime dès lors que la mise en pratique d'une telle fonction requiert une analyse de tous les éléments abordés. Cela ne pourra se faire que par le biais de projets pilotes, permettant ainsi d'en évaluer le concept.

Conclusion et perspectives

Santhea met l'accent sur :

- les efforts à poursuivre concernant le caractère pluridisciplinaire de l'équipe de soins, et plus spécifiquement le respect du rôle de chaque membre de cette équipe, en regard des prescrits légaux qui régissent leurs fonctions,
- les efforts à poursuivre pour tendre vers une organisation de dispensation des soins selon un modèle en équipe et non plus à la tâche et ce, 7 jours sur 7,
- la gestion des imprévus, la gestion prévisionnelle des effectifs, en tant que mesures nécessaires pour tendre vers un optimum « effectif/charge de travail »,
- la valorisation et la réévaluation de la fonction d'infirmier en chef, par le renforcement de la fonction managériale, (suivi d'une véritable formation en la matière), la direction de l'équipe 5 jours/7, et une tension barémique correcte aux différents échelons de la profession,
- une définition claire des fonctions d'expertise, et plus spécifiquement de la fonction d'infirmier clinicien au sein de la profession infirmière.

Santhea préconise de poursuivre la réflexion au sujet de la fonction d'infirmier clinicien, par le biais de *projets pilotes* plutôt que par l'octroi d'un forfait de 0.5 ETP infirmier clinicien par 30 ETP personnel infirmier pour les hôpitaux qui ont ou ont eu recours à cette fonction d'expertise .

La réflexion devra tenir compte des fonctions infirmières « émergentes », existantes, de la réforme des études et des schémas organisationnels des structures hospitalières de petite, moyenne et grande taille, ainsi que des hôpitaux généraux, et universitaires.

Sachant que la visibilité de ces fonctions d'expertise n'est pas uniquement liée au défaut de financement actuel et qu'il ne suffit pas de financer le différentiel de barèmes, mais qu'il faut également tenir compte du temps de détachement des soins.



Si on parlait de la démence

La problématique de la démence retient depuis quelques années l'attention des pouvoirs publics qu'ils soient fédéraux, régionaux ou communautaires.

En 2011, des avancées importantes ont été enregistrées.

Différents organes d'avis, de concertation ou de simples groupes de travail ont élaboré un certain nombre de propositions qui ont été traduites en textes légaux, ou qui sont en voie de l'être, permettant une évolution significative de la prise en charge de la démence dans les établissements d'accueil et d'hébergement des personnes âgées.



Les initiatives fédérales

C'est en juillet 2011 que le Comité de l'Assurance de l'INAMI a pris connaissance du rapport de la Commission de conventions entre les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les organismes assureur. Ce rapport contenait un certain nombre de réflexions et de recommandations sur la problématique de la démence. Certaines ont déjà été concrétisées.

a) Le référent démence

La notion de Référent démence a été introduite le 1er juillet 2010 par l'arrêté ministériel du 4 mai 2010 (modifiant l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées).

- Un ½ Equivalent Temps Plein Référent démente
- est mis à la disposition des institutions qui
- justifient au minimum une moyenne de
- 25 cas Cd pendant la période de référence
- (rappelons que celle-ci s'établit sur la période du
- 1er juillet de l'année - 2 au 30 juin de l'année - 1
- pour l'établissement du forfait journalier au
- 1er janvier de l'année 0).

0,5 ETP Référent démente apparaît insuffisant aux yeux de santhea, notamment dans les institutions qui ont beaucoup plus de 25 cas Cd. Santhea regrette que les attentes des patients et de leurs familles seront difficilement rencontrées compte-tenu du temps insuffisant dont disposera le Référent démente.

Santhea se réjouit donc d'avoir obtenu que l'accord social de 2011 pour les secteurs fédéraux publics des soins de santé ait prévu l'engagement de 60 ETP destinés à remplir les fonction de Référent démente, ce qui devrait avoir pour conséquence de permettre aux institutions qui hébergent une moyenne de 15 patients « Cd » pour obtenir le financement de ce Référent.

- Pour pouvoir être reconnu comme Référent
- démente, un travailleur doit avoir suivi
- une formation dont le contenu est fixé par
- la Commission des conventions entre les
- représentants des MR/MRS et des Organismes
- assureurs. Le programme de formation doit
- ensuite faire l'objet d'une reconnaissance par le
- SPF Santé publique (DG1) selon une procédure
- prévue à cet effet.
- Le programme de formation qui a été défini
- porte sur un contenu de 60 heures réparties sur
- les matières suivantes :
- - les aspects médicaux de la démente,
- - les aspects psycho-sociaux de la démente,
- - les aspects éthico-déontologiques liés à la
- démente,
- - les aspects juridiques de la démente,
- - l'organisation des soins pour les patients
- déments,
- - la communication interdisciplinaire et la
- gestion des plans de soins,
- - l'élaboration des plans de formation pour le
- personnel.

Si l'apport des compétences du Référent démente est un élément plus que positif, il n'en reste pas moins vrai qu'un certain nombre de questions restent posées aux institutions.

L'effet seuil

Si, durant la période de référence, la moyenne de 25 patients Cd n'est plus atteinte par l'institution, le financement spécifique du Référent démente est retiré (perte de la partie E3). Le membre de personnel concerné est alors financé soit par la partie A1 soit la partie A2 du financement.

Santhea regrette que suite à l'introduction de cet effet seuil, trop d'institutions, n'ont pas osé s'engager dans la désignation d'un Référent démente, alors qu'elles sont dans les conditions pour le faire.

Santhea espère qu'une évolution de la législation interviendra rapidement pour permettre aux institutions de conserver à long terme le financement spécifique du Référent démente en dépit des fluctuations de leur activité !

La continuité du service

Dans les cas où la présence du référent démente n'atteindrait pas les 0,5 ETP pendant la période de référence, il y a aura automatiquement une perte de financement. La fonction ne pouvant être exercée que par une seule et unique personne. En cas d'absence de longue durée de celle-ci, il faut impérativement, si l'on ne veut pas perdre le financement, désigner un autre référent qui doit lui aussi être titulaire de la formation.

Cet élément peut aussi être de nature à freiner certaines structures quant à leur volonté de désigner ce référent.

b) Le diagnostic spécialisé de la démence

Depuis le 1er avril 2011, le diagnostic de la démence et l'examen neuropsychologique avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient suspecté d'un début de démence sont remboursés au travers d'une nouvelle prestation de la nomenclature des prestations de santé accessible au médecin spécialiste en gériatrie, en neurologie ou en neuropsychiatrie.

c) La création de la catégorie spécifique pour les patients atteints de démence

Depuis le 1er janvier 2012 les résidents qui ont été diagnostiqués déments sont admissibles en centre de soins de jour.

Le diagnostic doit être demandé par le médecin traitant et être préalable à l'entrée en institution. L'objectif de cette mesure est de prendre en charge le plus tôt possible les démences débutantes afin de leur faire bénéficier de compétences en terme d'attention et de réactivation psycho-relationnelle.

Pour santhea il s'agit d'une mesure qui cadre parfaitement avec la volonté d'envisager le maintien au domicile le plus longtemps possible et d'éviter ainsi des institutionnalisations précoces.

L'introduction de l'indice spécifique « D » pour l'évaluation de la charge de travail liée à la prise en charge des patients déments dans les MR/MRS n'a malheureusement pas fait l'objet d'un accord dans le courant de l'année 2011. Cependant, les derniers travaux de la Commission de convention réunissant les représentants du secteur des maisons de repos, maisons de repos et de soins et des OA, sur cette problématique devraient aboutir dans le courant de l'année 2012.

d) Les formes alternatives de soins

Encouragées par les Pouvoirs publics, certaines institutions se sont lancées dans la mise en œuvre de formes alternatives de soins. Isocl, a saisi l'occasion et nous livre 2 témoignages dans ce rapport annuel.

Les initiatives régionales

Un groupe de travail a été mis sur pied à l'instigation de Madame E. Tillieux Ministre des Affaires sociale et de la Santé de la Région wallonne.

La réflexion porte sur la création d'un centre d'expertise régional, son organisation, ses compétences et son fonctionnement.

Ce groupe de travail, a mis sur pied un colloque international, lors de la journée mondiale Alzheimer de septembre 2011.

Santhea ne peut que regretter, à ce sujet, une certaine lenteur dans la mise sur pied de ce centre d'expertises réclamé, depuis un certain temps, par bon nombre d'intervenants du secteur. Santhea demande instamment qu'à la veille du transfert de compétences prévu par l'accord de Gouvernement, la Région wallonne mette tous les moyens en œuvre pour faire avancer rapidement le projet.



Le projet liaison démence expérimenté par ISoSL développe un travail en réseau ayant pour cible les troubles comportementaux et psychologiques liés à la démence

L'hôpital se déplace pour mieux se mettre au service du patient

Les dernières études réalisées dans le cadre du traitement de la maladie d'Alzheimer plaident pour une prise en charge du patient dans son lieu de vie habituel, et, dans la mesure du possible, en collaboration étroite avec les intervenants, familiaux ou non, qui partagent le quotidien du malade. C'est sur base de ce paradigme qu'une équipe interdisciplinaire de l'hôpital du Pèrî (Cliniques de soins spécialisés Valdor – Pèrî de l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège, ISoSL) a décidé de « déplacer l'hôpital » vers le lieu de vie du patient.

Forte d'une longue expérience dans l'approche du patient dément, cette équipe interdisciplinaire reste convaincue du manque d'efficacité de la prise en charge ambulatoire des troubles psychologiques et comportementaux liés à la démence. En consultation de polyclinique comme en hôpital de jour psychogériatrique, le malade est extrait de son milieu de vie habituel, et présente donc des comportements différents de ceux qu'il adopte dans son environnement familial. L'image obtenue de ce patient étant donc partiellement biaisée, il est virtuellement impossible d'adopter des stratégies thérapeutiques adaptées, autres que la majoration du traitement pharmacologique.

La conclusion est donc univoque : il ne faut pas déplacer le patient à l'hôpital, mais bien déplacer l'hôpital « chez » le patient. Le projet « liaison – démence » est né de cette conclusion.

Un projet qui s'articule autour de deux grands axes

- Le développement de consultations spécialisées au sein des maisons de repos du secteur C de l'Intercommunale (secteur reprenant les MRPA, MRS, accueil de jour, accueil de nuit, centre de soins de jour, et résidence-service). Ces consultations sont mises en place avec la collaboration de la famille du patient et/ou du médecin traitant.
- La création d'une équipe mobile pluridisciplinaire spécialisée dans la gestion non médicamenteuse des troubles psychologiques et comportementaux liés à la démence. Cette équipe effectuera des « missions » au sein des structures extérieures concernées, pour cheminer, en partenariat avec l'équipe en place, vers une résolution de situation problématique et conflictuelle. L'aboutissement de ce second volet serait le recrutement de personnes-relais au sein des structures extérieures afin d'optimiser la communication et la définition des problèmes à résoudre.

PARTENARIAT est le maître-mot !

En phase pilote au sein des différents secteurs de l'Intercommunale, le projet a pour vocation de pouvoir s'exporter également chez d'autres partenaires, afin d'élargir le réseau, et d'enrichir encore les compétences et les potentialités de chacun.



Etude scientifique en psychogériatrie : « la lumière source de bien-être »

Les effets de la lumière sur la qualité de vie des malades atteints de démence, et sur le personnel qui les encadre

Le vieillissement de la population ne représente pas en soi qu'un défi d'avenir, il implique en fait une multitude de défis : travail des séniors, pérennisation des pensions, place des anciens dans la société active... et aussi prise en soins des séniors, moins chanceux, dont la santé défaille. Dans cette dernière catégorie, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont, et seront de plus en plus, extrêmement nombreux. De nombreuses études ont démontré tout l'intérêt de développer des stratégies de prise en soins qui ne se basent pas essentiellement, voire pas du tout sur les médicaments : relaxation, musicothérapie, exercice physique, hygiène alimentaire... Et dans ces stratégies, celles qui visent à améliorer l'environnement de vie des malades sont sans conteste prometteuses.

C'est dans ce cadre que le Comité Scientifique du Pèrî, en collaboration avec l'Université de Liège a entamé une réflexion au long cours sur les effets de la lumière sur la qualité de vie des malades atteints de démence, et sur le personnel qui les encadre. Cette réflexion pluridisciplinaire implique aussi bien le soignants en unités que le département médical ou encore les architectes.



Un cadre particulièrement propice

Ce projet d'envergure nécessite de modifier l'ensemble des luminaires de deux unités d'hospitalisation. Le site du Pèrî offre par essence le terrain idéal pour expérimenter ce type d'approche auprès des malades. Les leviers sont nombreux :

- la population ciblée est présente sur un seul site, et plus particulièrement sur le plateau du 1er étage. Cet élément primordial permet d'envisager un échantillon de patients de taille importante, et donc une bonne puissance statistique pour l'étude scientifique,
- les soignants sont expérimentés, et ouverts aux initiatives novatrices,
- les collaborations avec l'université permettent de bénéficier d'un encadrement scientifique, mais également de stagiaires qui permettront d'éviter une augmentation trop importante de la charge de travail pour les équipes en place,
- le soutien de la direction de l'hôpital, grâce à laquelle des partenariats « win-win » ont pu être développés avec des sociétés commerciales « soutenantes ».

L'étude « lumière contrôlée et modulée » bénéficie, en plus de ce cadre particulièrement propice, de plusieurs originalités qui la démarquent de la littérature existante. Dans une grosse majorité des études, l'application de la lumière s'exerce par le recours à des dispositifs tout à fait spécifiques à la luminothérapie : lightboxes, ou luminettes. Sur le site du Pèrî, le comité scientifique a fait le pari d'exposer les patients à la lumière de manière plus globale et écologique par un aménagement général des différents locaux des unités. Ce dispositif « à l'échelle du service » comporte plusieurs avantages. Tout d'abord, il permettra d'étudier l'impact de l'intensité lumineuse sur différents centres d'intérêt (comportement des malades, humeur, orientation dans le service...), mais également les effets de la modulation de la lumière en cours de journée.

Les premiers résultats seront publiés dans la première moitié de l'année 2013.

La cellule de tarification



Quand santhea s'y intéresse, la tarification des prestations de santé devient un peu plus facile !

Depuis déjà pas mal d'années santhea a décidé d'organiser le débat autour des problèmes complexes liés à la tarification des prestations de soins dispensées à l'hôpital. Une dizaine de responsables de la tarification se réunissent chaque mois pour évoquer les évolutions en matière de nomenclature, les difficultés auxquelles ils sont confrontés ou encore les relations avec les organismes assureurs.

Des échanges profitables à tous

Les échanges très riches et souvent très animés au sein de la cellule de tarification sur tous les sujets d'actualité mettent en évidence les difficultés rencontrées au sein des institutions pour tout ce qui concerne la tarification des prestations de soins et permettent à santhea de jouer un rôle actif dans tous les lieux concernés par la tarification.

Des circulaires aux membres reprennent les points importants traités lors des réunions de la cellule de tarification et constituent une information précieuse pour tous les tarificateurs au sein des hôpitaux.

Chaque année, une ou deux journées d'informations sont organisées au bénéfice de tous les membres de santhea, sur des thèmes choisis par les membres de la cellule de tarification.

Le désir d'aller plus loin !

On ne peut nier que la complexité de la nomenclature des prestations de santé et celle des règles qui régissent le financement des institutions de soins réclament, de la part de ceux qui y sont confrontés, une réelle compétence. Aujourd'hui, seule la pratique permet d'acquérir cette compétence essentielle au bon fonctionnement de nos institutions.

Les membres de la cellule de tarification de santhea s'inquiètent régulièrement de l'inexistence d'une formation organisée pour ceux qui exercent le métier difficile et complexe de tarificateur.

Le manque de formation, conjugué à l'inexpérience de jeunes collaborateurs chargés de la tarification, tant au sein des institutions de soins qu'au sein des organismes assureurs, posent d'évidents problèmes dont souffrent nos institutions.

Organiser le partage d'expérience tel que santhea le pratique constitue une initiative appréciée mais nombreux sont ceux qui appellent de leurs vœux une véritable formation en tarification.



Quelques-unes parmi les nombreuses réalisations de 2011.

- L'organisation, le 30 juin 2011, d'une information par un représentant du SPP Intégration sociale du projet ECarMed visant à mettre en place une procédure simplifiée pour le traitement des factures de soins de santé à charge de l'Etat ou d'un CPAS.

santhea obtient pour les hôpitaux l'accès direct au fichier prestataires constitué par l'Inami.

- La cellule « tarification » regrettait régulièrement le manque de clarté dans la transmission des mises à jour des informations relatives aux prestataires de soins ; ce manque de clarté était à l'origine d'innombrables erreurs dans les factures ; à la demande de la cellule, santhea a réclamé et obtenu un accès direct à la base de données de l'Inami.
- Interpelé par santhea, l'Inami a pris l'initiative de publier plusieurs règles interprétatives relatives à la facturation de la concertation oncologique multidisciplinaire.
- Suite à l'intervention de santhea, les mutualités chrétiennes ont dû revenir sur leur point de vue selon lequel un patient pris en charge par un SMUR devait être assimilé à un patient hospitalisé pour l'application des règles de cumul.



Luc Deprez est unanimement reconnu pour son expertise. Il observe le présent et il s'interroge sur l'avenir. Le rôle du tarifificateur aujourd'hui. Et demain ?

Le tarifificateur d'une mutuelle ne sait contrôler que ce qui figure sur la facture. Celui de l'hôpital ne sait facturer que sur base des informations qu'il reçoit des dispensateurs de soins !

Durant 10 ans, j'ai contrôlé les factures des hôpitaux au sein d'une mutuelle et je pensais que l'élaboration d'une facture était facile vu que les 2 parties se fondaient sur la même réglementation.

Depuis 32 ans, au sein d'un hôpital, je tente d'établir des factures les plus exhaustives possibles et je constate qu'être tarifificateur d'un hôpital est un métier tout à fait différent de celui exercé par le tarifificateur de la mutuelle.

Mais dans les 2 cas, une vision trop restrictive du rôle du tarifificateur handicape son efficacité :

- Le tarifificateur d'une mutuelle ne sait contrôler que ce qui figure sur la facture.
- Celui de l'hôpital ne sait facturer que sur base des informations qu'il reçoit des dispensateurs de soins.

Pour être efficace, il faut élargir la vision !

Facturer rapidement, tout facturer, bien facturer !

Dans les hôpitaux, l'objectif du tarifificateur est de permettre :

- a) De facturer le plus vite possible (le 20, le 15 voire le 5 du mois suivant la date de prestation);
- b) De tout facturer ;
- c) De réduire le plus possible les rejets des mutuelles.

Pour atteindre cet objectif, le tarifificateur est confronté au problème suivant :

Les dispensateurs de soins n'ont reçu aucune formation pour la facturation de leurs actes et ils se fient le plus souvent à des bons d'encodage de prestations pré-imprimés et insuffisamment précis. Le plus fréquemment, c'est même l'auxiliaire du prestataire (infirmière, secrétaire) qui « coche » la prestation à honorer avant que le prestataire signe pour « attester sur l'honneur » qu'il a dispensé la prestation portée en compte **conformément** à la réglementation.

Ceci est régulièrement à l'origine de facturations inadéquates ; des « sur-facturations » avec les risques de sanctions lors d'un contrôle du SECM (Service d'Evaluation et de Contrôle Médical de

l'INAMI) et des « sous-facturations » pénalisantes pour les prestataires et les institutions qui les emploient.

Dans ce cadre, le tarifificateur doit être un observateur et un conseiller technique en vue d'assurer le respect des dispositions de la Loi AMI relativement à la facturation et en vue d'assurer au prestataire et à l'hôpital, une juste rétribution de leur activité.

Le responsable de la tarification est d'abord un homme de terrain.

Dans cette optique, les responsables de la tarification doivent disposer de temps pour se rendre sur le terrain et pour parler avec les gens de terrain (médecins, infirmiers, secrétaires); ils doivent aussi pouvoir donner les éléments techniques nécessaires à l'évaluation budgétaire des décisions relatives à l'activité des institutions.

Par ailleurs, une bonne connaissance de l'organisation de l'institution et des activités médicales qui y sont pratiquées permettra aux tarifificateurs de mieux comprendre les décisions du gestionnaire et d'organiser efficacement les circuits de facturation.

Le responsable de la tarification devrait donc être un coordinateur occupant une fonction transversale avec une bonne connaissance de la facturation, du BMF, du RCM (RHM), de la pharmacie (médicaments et matériels) et de la gestion du dossier du patient informatisé (médical, infirmier et administratif). A ce titre, il doit être un lien efficace entre les départements médical, infirmier et financier en vue de permettre de facturer rapidement toutes les prestations effectuées, avec précision et exactitude.

1 Art. 164bis. Sans préjudice d'autres obligations résultant de la présente loi coordonnée, tout responsable de la facturation de prestations de santé a comme obligations: 1° d'utiliser les procédures qui évitent la facturation de prestations indues; ...

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er:

- 1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires visés dans la présente loi ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies;
- 2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi;
- 3° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations effectuées ne sont ni curatives ni préventives au sens de l'article 34; ...



Responsable du service de facturation du CHU et membre de la cellule de tarification depuis 2 ans, Laurence Valière témoigne !

« Le métier de tarificateur est un métier passionnant mais extrêmement pointu nécessitant absolument un réseau d'échange d'informations »

Responsable du service facturation du CHU Brugmann et du CHUDERF depuis début 2006, j'ai intégré la cellule tarification de Santhea trois ans plus tard.

J'ai eu le plaisir de rencontrer une équipe très ouverte et très accueillante.

Les thèmes abordés à la cellule tarification sont très larges. Les aspects tarification et facturation et des forfaits hôpitaux de jour sont évidemment abordés. Nous évoquons également des dossiers tels que le financement des hôpitaux ou le traitement des bandes de décompte et ses aspects comptables, les relations des hôpitaux avec les organismes assureurs ou assurances ou cpas ou encore nos fournisseurs informatiques, les fichiers prestataires, ...

Chaque membre de la cellule apporte son expérience propre et ses compétences spécifiques complémentaires (financement, comptabilité, informatique, pharmacie, ...).

Les réunions consistent principalement à des échanges :

- échange d'informations
- échange de processus et de pratiques hospitalières
- échange d'expérience des anciens
- échange de conseils

Nous relisons également ensemble les principales nouvelles législations et nous discutons des modifications qu'elles impliquent.

Nous avons également la possibilité d'exposer nos propres difficultés et demander conseil aux autres membres de la cellule.

Personnellement, la cellule tarification m'a renforcé dans l'idée que le métier de tarificateur est un métier passionnant mais extrêmement pointu nécessitant absolument un réseau d'échange d'informations. J'ai pu constater que chaque tarificateur hospitalier est confronté aux mêmes difficultés et aux mêmes problèmes.



La réforme de la santé mentale. Et maintenant, l'action !

Santhea assiste ses membres pour leur permettre d'obtenir l'évaluation suffisante pour démarrer un projet.



2011 a été l'année du lancement officiel du processus de réforme de la prise en charge en santé mentale. Bon an mal an, dix projets retenus vont concrétiser leur dispositif en vue de proposer une offre la plus adaptée possible aux problématiques rencontrées par les personnes souffrant de maladie mentale. Outre cette réforme importante à laquelle santhea adhère, tant sur les idées que sur leur mise en œuvre pratique, santhea soutient d'autres projets (entre autres la prise en charge des adolescents et la problématique des internés) en dépit des enjeux politiques divergents et des nécessaires restrictions budgétaires.

La réforme des soins de santé mentale

Dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, initiée par les Autorités de santé des différents niveaux de pouvoir, le SPF Santé publique a lancé en 2010, un appel à projets destiné aux hôpitaux psychiatriques et aux hôpitaux généraux disposant d'un service psychiatrique. L'objectif majeur de cette réforme est d'apporter au sein de leur lieu de vie, des soins de santé mentale adéquats aux personnes qui en ont besoin (à partir de 16 ans).

Lors de la réunion de la Conférence Interministérielle du 6 juin 2011, trois promoteurs de projets, membres de santhea ont reçu la notation 1a, synonyme de feu vert pour un démarrage immédiat.

- Le projet du Hainaut Occidental proposé par le CRP « Les Marronniers » à Tournai a débuté en septembre 2011 ;
- Le projet présenté conjointement par le Centre Hospitalier Psychiatrique « le Chêne aux Haies » de Mons, l'Hôpital Psychiatrique « Saint Jean de Dieu » de Leuze et l'Hôpital Psychiatrique « Saint Charles » de Welz-Velvain a débuté en décembre 2011 ;
- Le projet Fusion Liège présenté conjointement par « ISO SL », le « CHC » et la Clinique « Notre de Dame des Anges » débutera dans le premier semestre 2012.
- A noter que seuls 10 projets, dont 4 en Région Wallonne ont reçu la classification 1a permettant leur démarrage en 2011.
- Selon les chiffres diffusés à la fin du mois de décembre 2011, le projet du Hainaut Occidental a déjà un case-load significatif après 4 mois de fonctionnement, ce qui démontre un intérêt majeur de la part des usagers.
- Pour le projet du Hainaut occidental, après une phase de formation et d'immersion dans les structures partenaires du réseau de soins et depuis le 1er décembre 2011, deux équipes mobiles de traitement ambulatoire, sont actives sur le territoire couvert par le projet au départ de deux Maisons de Réseaux situées à Mons et à Leuze.

Déclaration d'engagement sur le volet formation

Une déclaration d'engagement des Fédérations d'institutions et des services de soins en santé mentale a été signée en vue d'une collaboration et d'une mise en commun des moyens en vue de participer à l'offre de formation globale « 107 ».

Etant donné que les services de soins en santé mentale sont supposés développer ensemble un projet « 107 », les Fédérations représentant ces services souhaitent aussi collaborer et unir leurs efforts en vue de répondre ensemble aux besoins de formation que rencontrent les équipes qui travaillent au sein des projets « 107 ».

En signant cette déclaration, les fédérations représentant les services de soins en santé mentale s'engagent à contribuer à la réalisation d'une offre de formation bien équilibrée, tenant compte des besoins des projets « 107 », tant sur le plan du contenu que sur le plan du calendrier, c'est-à-dire en tenant compte du développement individuel de chaque projet. De cette manière, les fédérations signataires ont exprimé explicitement leur volonté de s'impliquer directement dans les formations.



L'Inami développe un projet de concertation autour du patient psychiatrique

Début 2011, le comité de l'assurance du service des soins de santé a décidé que les projets thérapeutiques en psychiatrie devaient être clôturés pour fin mars 2012. Un groupe de travail du comité de l'assurance a été créé en vue d'élaborer un modèle alternatif basé sur la concertation autour du patient psychiatrique. Ce modèle, prolonge d'une certaine manière l'idée des projets thérapeutiques dont il propose de conserver les aspects positifs. Parmi ceux-ci, la mise en commun des connaissances et des expériences issues de la concertation multidisciplinaire entre les partenaires de soins a été vécue positivement. La collaboration a permis aux divers partenaires d'une région d'apprendre à mieux se connaître. Mieux connaître les possibilités et les limitations des uns et des autres permet d'agir plus efficacement sur la situation du patient, de mieux répondre à ses demandes et de lui offrir des soins sur mesure.



Santhea s'investit dans le CréSam

En juin 2011, santhea a rejoint l'AG et le CA de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM). L'IWSM a posé sa candidature à une reconnaissance en tant que Centre de référence en santé mentale (CréSam) avec des chances importantes d'obtenir cette reconnaissance.

Conformément à ses statuts, l'IWSM a pour but de rassembler les acteurs de terrain inscrits dans le champ de la santé mentale en vue de soutenir une réflexion permanente sur les problématiques de santé mentale telles qu'elles se posent dans la société, d'encourager un questionnement sur les pratiques en santé mentale, en Région wallonne et de participer à la promotion de la santé mentale de la population.

Les buts de l'IWSM correspondent donc assez bien avec les missions attendues du Centre de référence prévu dans le décret du 3 avril 2009 :

- une mission de concertation transrégionale et transectorielle,
- une mission d'observatoire des pratiques en santé mentale,
- une mission d'appui auprès des acteurs du secteur,
- une mission de recherche et,
- une mission de production, de récolte, de mise à disposition et de diffusion de l'information.

Santhea, qui s'est doté des moyens visant à investir efficacement le terrain de la santé mentale au bénéfice de la défense de ses membres, a activement participé à la réflexion initiée par l'IWSM.

Le Conseil d'administration de santhea s'est inscrit résolument dans une perspective de collaboration entre tous les acteurs en santé mentale et s'est fixé comme objectif de les fédérer.

Dans le cadre de la réforme des Soins de Santé mentale, santhea s'inscrit donc résolument dans un processus de compréhension des réseaux de soins issus tant du fédéral que du régional.

Statut ou pas statut pour le personnel des institutions publiques de soins

C'est le 3 novembre 2011 qu'a été publiée la Loi du 24 octobre 2011 visant à assurer un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations locales et provinciales.

Toutes les institutions publiques de soins en subiront les conséquences !

Santhea ne pouvait donc pas ignorer cette réforme et la subir sans réagir.

Une loi pour le moins équivoque

Le diagnostic est clair : faute de faire quelque chose, la caisse de pensions gérée par l'ONSSAPL court à une faillite rapide.

La solution est simple : il est impossible de réduire les dépenses, il faut donc augmenter les recettes ! Les augmentations des taux de cotisations de pensions appliqués au personnel statutaire coûtent cher aux pouvoirs locaux et ne sont pas indéfiniment possibles, il faut augmenter le nombre de cotisants et en conséquence, il faut NOMMER ! La loi contient donc des incitants à la nomination et prévoit une cotisation supplémentaire (de responsabilisation) pour les pouvoirs locaux qui omettraient de suivre le mot d'ordre.

Le paradoxe est clair : La différence entre le taux de pensions ONSS (16,36%) et le taux de pension ONSSAPL (40% en 2012) est de 23,64%. Dans la plupart des cas, choisir de nommer, coûtera plus cher aux pouvoirs locaux que de choisir de ne pas le faire.

Pour éviter de dépenser trop, on décide de dépenser encore plus !

Un vrai problème pour les institutions de soins membres de santhea

Le conseil d'administration de santhea réclame depuis plusieurs années que les Autorités publiques portent une attention particulière aux pensions du personnel des institutions de soins

et réfléchissent au financement d'un second pilier de pensions significatif. Faute de réels progrès dans cette direction, santhea a renoncé à manifester une opposition radicale à la Loi malgré ses incohérences. En effet, dans l'état actuel des choses, la statutarisation reste une option pour un nombre significatif d'institutions membres de santhea qui plaident pour que santhea se mobilise en faveur d'un financement intégral des charges financières imposées par la nouvelle législation.

Les enjeux financiers peuvent s'avérer dramatiques pour certaines institutions

Dans le courant du dernier trimestre 2011, santhea a multiplié les contacts en vue d'obtenir un maximum de moyens budgétaires pour couvrir les coûts auxquels les institutions publiques de soins doivent faire face dès 2012 suite à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales.

Plusieurs actions dans ce sens ont été menées en collaboration avec ICURO, la fédération des hôpitaux publics flamands.

Si les budgets obtenus restent modestes par rapport aux besoins, on ne peut pas nier que les actions de sensibilisation, d'information voire de protestation de santhea par rapport au manque de moyens financiers mis sur la table pour financer la réforme ont porté quelques fruits et éviteront probablement les catastrophes financières dans les institutions.

A la lecture du tableau ci-après qui résume les besoins financiers non encore couverts par un financement adéquat, on comprend que le travail de santhea devra impérativement se poursuivre en 2012.

Hausses des cotisations de pension du personnel statutaire dans les hôpitaux. Données chiffrées 2012

Au 31/12/2012, le coût total **cumulé** des hausses de cotisations de pension du personnel statutaire peut être estimé à **255,4 millions** d'euros pour l'ensemble des hôpitaux belges.

En base annuelle, compte tenu des diverses augmentations intervenues jusque y compris 2012, la charge totale supplémentaire récurrente estimée s'élève à **115,6 millions** d'euros, se décomposant comme suit :

- 48,1 millions d'euros représentant la hausse des cotisations **2012** (hausse taux de base et cotisation de responsabilisation),
- 21,2 millions d'euros représentant la hausse des cotisations **2011** (hausse taux de base),
- 17,7 millions d'euros représentant la hausse des cotisations **2010** (hausse taux de base),
- 28,6 millions d'euros représentant les hausses antérieures de cotisations non prises en charge par le passé (en particulier nouveaux entrants).

Compte tenu de l'effet cumulatif d'année en année de ces hausses de cotisations, le total des charges supplémentaires supportées par les hôpitaux peut être synthétisé comme suit par année :



Hausses des cotisations de pension des agents statutaires dans les hôpitaux belges (en mios €)	impact cumulé au 31/12/2012	impact 2012	impact 2011	impact 2010	impact cumulé exercices antérieurs
Hausses 2012	48,1	48,1			
Hausses 2011	41,5	21,2	20,4		
Hausses 2010	51,1	17,7	17	16,4	
Hausses antérieures (dont nouveaux entrant)	114,6	28,6	27,5	26,4	32,2
Impact total cumulé	255,4	115,6	64,9	42,7	32,2

AWAGES/ABRUGES

Les nouveautés 2011

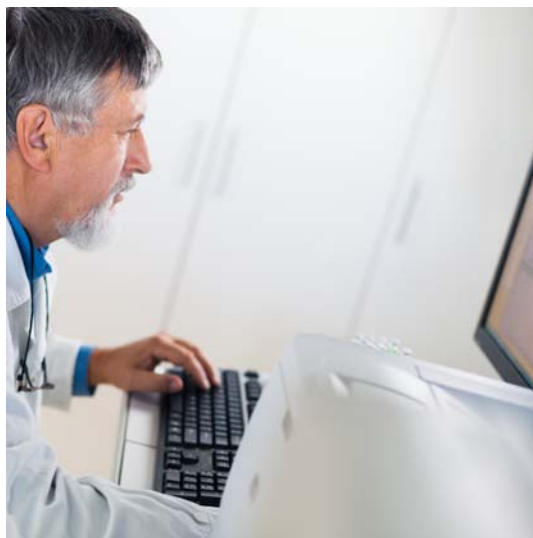
Deux nouveaux modules ont été développés : le module « Satisfaction Patients » et le module « Comptabilité générale ». Le premier se place dans le cadre du projet développé via le Partenariat Sécurité Qualité et est déjà actif. Le second répond à une demande de plusieurs institutions, mais nécessitera plus de temps pour l'opérationnalisation, en raison notamment du manque de standardisation des données entre les institutions. Parallèlement, en plus des rapports « papiers » habituels concernant le BMF et les montants de référence, AWAGES-ABRUGES a étendu l'utilisation des rapports dynamiques à trois modules : le forfait médicaments, les montants de référence et la satisfaction patients. Enfin, une partie non négligeable de l'année 2011 a été consacrée à la découverte et à l'apprentissage de SharePoint qui sera mis en place dans le courant de l'année 2012.

Les grands changements

L'année 2011 aura été marquée par le départ d'Alain Mosmans en avril (suite à une réorientation professionnelle) et par la désignation de Denis Herbaux en qualité de chef du projet suite au départ de Benoît Degotte, en juin (suite à la difficulté croissante pour lui de conjuguer son travail au CHR de la Citadelle et son rôle de chef de projet). Le départ de ces deux collaborateurs a forcé santhea à mener une réflexion en profondeur sur le projet, tant en ce qui concerne l'état actuel de celui-ci qu'en ce qui concerne les développements futurs. Une série d'axes prioritaires ont été définis suite à cette réflexion, dont les premiers éléments ont été initiés dès le mois d'octobre.

Il faut d'abord consolider les fondations.

Parmi ces éléments, on soulignera la réalisation d'un audit externe de la base de données et l'arrêt momentané du développement de celle-ci afin de consolider ses fondations, l'évaluation du projet par un groupe d'étudiants de la Solvay Brussels



School of Economics and Management, la mise en place de groupes de travail thématiques et de formations aux outils afin d'améliorer l'appropriation du projet par les institutions membres, et enfin le renforcement de l'équipe. Par rapport à ce dernier point, un assistant Datawarehouse a été engagé fin décembre. Son rôle sera, notamment, de prendre en charge le scannage, l'encodage et la mise à jour de la base de données. Le conseil d'administration de santhea a également donné son accord pour l'engagement d'un économiste en 2012 en vue de renforcer la capacité d'analyse de l'équipe AWAGES/ABRUGES.

Le programme 2012

Le défi majeur de 2012 sera la mise en place de SharePoint qui permettra aux membres d'accéder plus facilement aux données en ligne ainsi qu'aux rapports dynamiques. Un élément primordial sera l'organisation de formations à destination du personnel de nos institutions afin de s'assurer de l'utilisation effective, correcte et utile des différents outils. L'année prochaine sera également consacrée à réaliser les ajustements techniques sur la base de données afin de pouvoir redémarrer le développement de celle-ci dès 2013. Tout cela en continuant bien évidemment à assurer la production des rapports habituels.

ACCORD SOCIAL 2011 – BILAN 2011

Si elle n'est pas très plaisante, l'expression qui reflète le mieux la réalité de cette année 2011 dans notre secteur est « Faute de grives, on mange des merles... ».

Un contexte politique difficile

L'année 2011 fut un cauchemar politique. Notre pays a vacillé, sans cependant perdre pied.

Le secteur des soins de santé n'en sort bien évidemment pas indemne mais l'on peut dire aujourd'hui qu'au vu des circonstances, c'eût pu être bien pire tant les incertitudes et l'agitation étaient grandes.

La chute du gouvernement fédéral et le chaos institutionnel qui en a résulté nous ont fait vivre sous les auspices bien incertains des affaires courantes pendant une très longue période. La marge de manœuvre du gouvernement démissionnaire en affaires courantes s'est, par la force des choses et les nécessités de la vie quotidienne de l'Etat, considérablement élargie et les contours élastiques de ses compétences s'en sont trouvés étirés à leur maximum. Ceux qui pensaient l'adoption d'un nouvel accord social impossible n'ont ainsi pu que constater que, dorénavant, un gouvernement démissionnaire dispose des prérogatives nécessaires pour, non seulement négocier, mais aussi conclure un accord social sectoriel.

La concertation sociale fut certes difficile en raison même de ce contexte institutionnel, rendu d'autant plus préoccupant que la crise économique frappait l'Europe de plein fouet, mais des mesures utiles pour notre secteur ont néanmoins pu être adoptées.



Nous pouvons bien sûr déplorer que, malgré les efforts déployés par santhea, certaines attentes n'aient pas été rencontrées, mais nous nous sommes heurtés à la réalité politique, avec laquelle il a fallu composer. Il n'en reste pas moins que santhea continuera à relayer les préoccupations et besoins de ses membres auprès de l'autorité dans la perspective de la conclusion de nouveaux accords.

Un budget de 50 millions d'euros a été octroyé au secteur fédéral des soins de santé.

L'accord conclu l'a été dans la perspective d'un accord pluriannuel cohérent mais les moyens étant limités, les mesures adoptées l'ont été également. Elles sont par conséquent loin de répondre aux souhaits formulés par le banc patronal, et par santhea en particulier.

Cet accord a cependant non seulement le mérite d'exister, mais également une forte valeur symbolique puisque, conclu au cours d'une période où le dialogue politique et institutionnel connaissait des heures bien sombres, il a fait la preuve que l'on arrivait encore à trouver des points d'entente malgré des intérêts toujours plus divergents.

Comme à l'accoutumée, les secteurs public et privé des soins de santé se sont vu gratifiés de deux textes distincts. Certaines mesures de l'accord sont spécifiques à l'un ou à l'autre de ces secteurs, d'autres sont identiques - en tout cas sur le principe car les modalités pratiques de mise en œuvre varient bien souvent selon le secteur considéré.

Parmi les mesures communes, on retrouve celles qui portent sur le 2e pilier de pension, les primes syndicales, la création d'emplois, les congés successifs ou encore les services non normés. Viennent alors s'y ajouter d'une part une mesure spécifique au secteur privé, relative aux prestations inconfortables, et d'autre part une mesure spécifique au secteur public, relative à la statutarisation.

Les autorités et les partenaires sociaux ont entendu donner à ces textes une exécution la plus preste possible de sorte qu'ils puissent autant que faire se peut, prendre effets dès 2012. Santhea n'a donc pas ménagé ses efforts pour veiller à ce que les réalités de ses membres soient prises en compte et respectées tout au long du processus de mise en œuvre des mesures de l'accord.

Nous pouvons malgré tout considérer la conclusion de cet accord comme une réussite, en raison du contexte politico-social complexe qui a présidé à son adoption. Il n'en reste pas moins que nous nous devons de tout mettre en œuvre pour qu'à l'avenir des plans pluriannuels puissent à nouveau voir le jour et ce, pour des raisons de cohérence des politiques sectorielles mais aussi parce que seul un budget pluriannuel pourra nous donner les moyens de mettre en œuvre ce dont le secteur a vraiment besoin.



Santhea s'est employé à défendre au mieux les intérêts de ses membres au sein du carcan imposé.

Partenariat Sécurité Qualité

L'initiative

Le Partenariat Sécurité Qualité, dit « PSQ », est un accord de partenariat signé entre santhea et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes. Celui-ci a pour but de soutenir les institutions membres de santhea qui le souhaitent dans la mise en œuvre de projets « qualité ». Selon la convention, trois projets sont soutenus annuellement.

Si le lancement de ce partenariat date du mois de mars 2010, cette année aura marqué le début effectif du soutien aux hôpitaux. Trois projets ont été développés dans le cadre du PSQ durant l'année 2011 : un projet portant sur la mesure de la satisfaction des patients, une étude sur la prothèse totale de genou, ainsi qu'une aide méthodologique dans le choix d'un logiciel d'encodage des événements indésirables. Pour chaque projet, un comité d'accompagnement était chargé du développement et, le cas échéant, du suivi de l'implémentation.

Les projets soutenus en 2011

Quatre institutions ont participé à la phase test du projet « Satisfaction Patients » durant l'année 2011. Cette phase a permis de réaliser les ajustements nécessaires afin que l'élargissement à de nouvelles institutions en 2012 soit possible.

Dans le cadre du projet « Satisfaction Patients », un questionnaire général court de vingt questions a été défini par le comité d'accompagnement. La taille limitée du questionnaire vise à faciliter le traitement des questionnaires et à favoriser le remplissage par les patients en vue d'obtenir un taux de réponses satisfaisant. Le groupe a également défini le processus de fonctionnement : les questionnaires sont distribués, remplis et récoltés au sein des institutions, puis ils sont envoyés à santhea en vue d'être scannés et injectés dans la base de données. Enfin,



LES DOSSIERS EN BREF

- des rapports individuels sont générés mensuellement. Le processus a été conçu avec comme objectifs d'alléger au maximum le travail des coordinateurs qualité (le traitement est effectué par santhea) et de garantir un retour rapide vers les institutions afin de permettre la mise en place d'actions correctrices éventuelles et le développement d'une culture de la « satisfaction des patients ». Quatre institutions ont participé à la phase test en 2011, et le premier bilan est positif : les acteurs hospitaliers sont enthousiasmés par le projet, et les taux de réponses sont satisfaisants (près de 35% dans une institution).

L'étude sur la Prothèse Totale de Genou a mis en lumière certains facteurs expliquant les différences de durée de séjour entre institutions. La deuxième étape, peut-être la plus importante, consistera à comparer les pratiques afin de dégager des « best-practices ».

- Le projet sur la prothèse totale de genou avait pour objectifs de contribuer à l'amélioration du processus de soins dans le cadre d'une intervention chirurgicale et de permettre une meilleure compréhension des différences observées entre hôpitaux. Pour ce faire, l'étude s'est basée sur les données disponibles au sein des mutualités et s'est concentrée sur la durée de séjour (nombre de jours) en vue d'éliminer les variations de coûts liées au prix de journée. Parmi les facteurs explicatifs possibles et disponibles en termes de données, on citera notamment la présence d'un service Sp, un statut socio-économique, la morbidité, le pourcentage de patients transférés par l'hôpital et le pourcentage de patients réadmis dans le même ou dans un autre hôpital. Au final, il apparaît que les variables analysées n'expliquent qu'une faible partie des différences de durée de séjour observées, l'organisation du séjour et des soins apparaissant comme le facteur essentiel qu'il serait intéressant d'analyser plus en détail via notamment un benchmarking inter-hospitalier et un suivi individuel des hôpitaux volontaires.



Une gestion documentaire efficace, la satisfaction aux exigences du SPF, une paramétrisation personnalisée, la déclaration anonyme et une expérience significative dans le secteur sont quelques-unes des caractéristiques que les membres du groupe de travail souhaitent voir présent au sein d'un logiciel d'encodage des événements indésirables.

Enfin, le dernier projet visait à aider les hôpitaux dans le choix d'un logiciel d'encodage des événements indésirables. Pour ce faire, le comité d'accompagnement a rencontré plusieurs firmes actives sur ce marché afin de se rendre compte des possibilités existantes. Une grille comparative des produits proposés a ensuite été réalisée, et une liste des fonctionnalités qu'un tel logiciel devait présenter a été établie. Ces deux outils pourront évidemment être utilisés par les institutions en vue d'analyser d'autres programmes existants. Enfin, un classement technique des logiciels proposés par les firmes rencontrées a été réalisé, celui-ci pouvant être adapté selon les desideratas propres à chaque institution et en fonction d'autres produits proposés sur le marché.

Et en 2012...

L'année prochaine, quatre projets seront soutenus dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité. Le projet Satisfaction Patients sera prolongé dans une deuxième phase. Celle-ci sera destinée à élargir le projet de nouvelles institutions (six institutions ont déjà marqué leur intérêt), mais également à développer des questionnaires thématiques, comme par exemple un questionnaire destiné aux consultations, à l'hospitalisation de jour ou encore à la psychiatrie. Un suivi individuel de l'étude portant sur la prothèse totale de genou sera réalisé auprès des institutions qui le souhaitent. Deux nouveaux projets seront également mis sur les rails. Le premier consistera en une réflexion sur l'existence d'un département qualité au sein de l'hôpital, notamment au niveau des ressources nécessaires, de sa place dans l'organigramme et de ses missions. Le second sera consacré à la psychiatrie, et plus précisément à la forme que pourrait prendre une accréditation dans ce secteur.



Liste des membres	60
Liste des membres du conseil d'administration de santhea	66
Liste des collaborateurs	68

Liste des membres

Hôpitaux

1	A.I.O.M.S. Moresnet	Moresnet
2	Association «Le Domaine»	Braine-l'Alleud
3	C.H. de Mouscron	Mouscron
4	C. H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye	Seraing
5	C.H. Peltzer - La Tourelle	Verviers
6	C.H. de Wallonie-Picardie	Tournai
7	C.H.P. «Le Chêne aux Haies»	Mons
8	C.H.R. de Huy	Huy
9	C.H.R. de la Haute Senne	Soignies
10	C.H.R. de La Citadelle	Liège
11	C.H.R. du Val de Sambre	Sambreville
12	C.H.R. Namur	Namur
13	C.H.U. Ambroise Paré	Mons
14	C.H.U. Brugmann	Bruxelles



C.H. de Mouscron

15	C.H.U. Saint-Pierre	Bruxelles
16	C.H.U. Tivoli	La Louvière
17	C.T.R.	Bruxelles
18	Centre de Médecine Gériatrique «La Charrette»	Bruxelles
19	Centre de santé des Fagnes	Chimay
20	Centre Hospitalier spécialisé «L'Accueil»	Lierneux
21	Centre Neurologique et de Réadaptation	Fraiture-en-Condroz
22	Centre régional de Soins Psychiatriques «Les Marronniers»	Tournai
23	Clinique André Renard	Herstal
24	Clinique Reine Astrid	Malmedy
25	Hôpital Erasme	Bruxelles
26	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola	Bruxelles
27	Hôpitaux IRIS Sud	Bruxelles
28	I.S.o.S.L. – Centre Hospitalier Psychiatrique	Liège
29	I.S.o.S.L. – I.P.A.L.	Liège
30	I.S.P.P.C. - C.H.U. André Vésale	Montignies-le-Tilleul
31	I.S.P.P.C. - C.H.U. de Charleroi	Charleroi
32	Institut Jules Bordet	Bruxelles
33	Institut Pacheco	Bruxelles
34	L'Equipe	Bruxelles
35	R.H.M.S. - Clinique Louis Caty	Baudour
36	R.H.M.S. - Hôpital de La Madeleine	Ath
37	VALIDA	Berchem-Ste-Agathe
38	VIVALIA – Centre Hospitalier de l'Ardenne	Libramont
39	VIVALIA – Cliniques du Sud Luxembourg	Arlon
40	VIVALIA - IFAC	Marche
41	VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique «La Clairière»	Bertrix



I.S.o.S.L. Le Péri



I.S.o.S.L. Le Valdor

MR/MRS/CAJ/CSJ/CS/RS

1	Domaine des Blés Dorés (ISOSL)	Villers-L'Evêque
2	Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)	Flémalle
3	La Cigale (INTERSENIORS)	Waremme
4	L'Heureux Séjour (ISPPC)	Courcelles
5	Le Bel Abri (ISPPC)	Farciennes
6	Mariemont Village (ASBL)	Mariemont
7	Le Mont Falise (CHRH)	Huy
8	Les Heures Claires (CAHC)	Spa
9	Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)	Waremme
10	Les Murlais (ISOSL)	Liège
11	Les Tournesols (ISOSL)	Liège
12	M.R. La Kan (AIOMS)	Aubel
13	M.R. Sainte Famille (CPAS)	Thimister-Clermont
14	M.R.S. Philippe Wathélet (CHPLT)	Stoumont
15	M.R.S. Quiétude (ISPPC)	Montigny-Le-Tilleul
16	M.R.S. Saint-Antoine (VIVALIA)	Saint-Mard
17	M.R.S. Saint-Gengoux (VIVALIA)	Vielsalm
18	M.R.S. Saint-Joseph (AIOMS)	Plombières
19	Résidence Amandine (CHRH)	Wanze
20	Résidence Chantraine (INTERSENIORS)	Saint-Nicolas
21	Résidence Dejaifve (CHRVs)	Fosses-la-Ville
22	Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)	Flémalle
23	Résidence des Hauteurs (ISOSL)	Liège
24	Résidence do Grand Fa (CPAS)	Malmedy
25	Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)	Ans
26	Résidence Eglantine (INTERSENIORS)	Seraing
27	Résidence Grandgagnage (CPAS)	Villers-le-Bouillet
28	Résidence Isabelle (CHRH)	Amay



Résidence Amandine (CHRH) - Wanze



Résidence Isabelle (CHRH) - Amay



Le Mont Falise (CHRH) - Huy



Royale Résidence (CHRH) - Huy

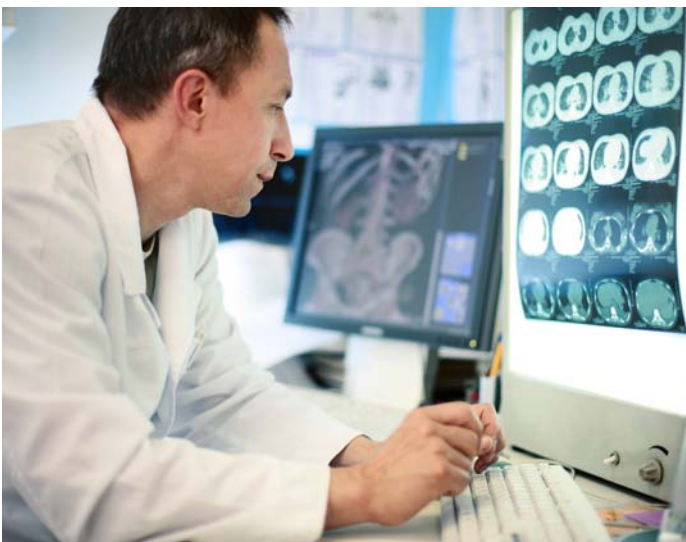
29	Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS)	Jemeppe-sur-Meuse
30	Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)	Ougrée
31	Résidence Le Chalon (C.H. DES HAUTES FAGNES)	Chimay
32	Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)	Herstal
33	Résidence Le Laetare (CPAS)	La Louvière
34	Résidence Le Temps des Cerises (CHRVS)	Mettet
35	Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)	Grivegnée
36	Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)	Limbourg
37	Résidence Les Aubépines (CPAS)	La Louvière (Houdeng Gœgnies)
38	Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)	Ougrée
39	Résidence Les Orchidées (ISOSL)	Grivegnée
40	Résidence Les Prés Brion (CHRH)	Huy
41	Résidence Les Rièzes et Les Sarts (ASBL - UNMS)	Cul-des-Sarts
42	Résidence Les Saules (ISOSL)	Wonck
43	Résidence Les Trois Rois (ISOSL)	Visé
44	Résidence Régina (AIOMS)	Plombières
45	Résidence Saint-Léonard (ISOSL)	Welkenraedt
46	Résidence Service de la Cité (ISOSC)	Herstal
47	Résidence Service L'Azalée (CPAS)	Saint-Nicolas
48	Résidence Springhel-Hellin (CPAS)	Saint-Nicolas
49	Royale Résidence (CHRH)	Huy
50	Seniorenheim Hof Bütgenbach (INTERSENIORS)	Bütgenbach
51	Seniorenheim St.Elisabeth (INTERSENIORS)	Saint-Vith
52	Séniorerie de sainte-Ode (ASBL)	Saint-Ode
53	Val des Séniors (VIVALIA)	Chanly

Conventions de revalidation

1	ASBL Diapason - Transition	Charleroi
2	ASBL LAMA	Bruxelles
3	Clairs Vallons	Ottignies
4	Ellipse	Carnières
5	ENADEN	Bruxelles
6	La Traversière	Nivelles
7	Les Hautes Fagnes	Malmedy
8	M.A.S.S. de BRUXELLES	Bruxelles
9	START	Liège
10	WOPS	Bruxelles

Mutualités

1	F.M.S. de Namur	Saint-Servais
2	F.M.S. du Bassin de Charleroi	Charleroi
3	F.M.S. du Bassin du Centre et de Soignies	La Louvière
4	F.M.S. du Brabant-Wallon	Tubize
5	F.M.S. du Luxembourg	Saint-Hubert
6	La Mutualité Socialiste de Mons-Borinage	Frameries
7	Mutualité Socialiste du Hainaut Occidental	Ath
8	Solidaris	Liège
9	Union Nationale des Mutualités Socialistes	Bruxelles



Soins à domicile

1	Centrale de Services à Domicile	Bruxelles
2	Coordination des centres de service social	Bruxelles
3	Fédération des C.S.D.	Bruxelles
4	Soins à domicile	Bruxelles

Polyclinique

1	Le Centre de Santé	La Louvière
---	--------------------	-------------

Laboratoires

1	CARAD	Huy
2	IBC	Bruxelles
3	IPG	Gosselies

Médecine du travail

1	ARISTA	Bruxelles
---	--------	-----------

Petite enfance

1	F.I.L.E.	Bruxelles
---	----------	-----------

Planning familial

1	Fédération des centres de planning familial	Bruxelles
---	---	-----------

Transfusion sanguine

1	Croix-Rouge de Belgique - Service du Sang	Bruxelles
---	---	-----------

Initiative d'Habitation Protégée

1	L'Ancrage	La Louvière
---	-----------	-------------



IPG - Gosselies

Liste des membres du conseil d'administration de santhea

Bureau

Présidente: C.H.R. La Citadelle représenté par **Lambert Marie-Claire**

Vices-Présidents: Association "Le Domaine" représentée par **Otlet Jacques**

Hôpital Erasme représenté par **Praet Jean-Claude**

I.S.P.P.C. représenté par **Lejeune Philippe**

VIVALIA représenté par **Vincent Philippe**

Secrétaire: C.H.R. Namur représenté par **Toussaint Jean-Louis**

Trésorier: C.H.U. Tivoli représenté par **Dormont Jean-Claude**

Membre: IRIS représenté par **Fontaine Cécile**





Membres

- C.H. de Wallonie-Picardie, représenté par **Varvenne Rudy**
- C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, représenté par **De Simone Stéphanie**
- C.H. Peltzer La Tourelle, représenté par **Nemery Isabelle**
- C.H.P. «Le Chêne aux Haies», représenté par **Bauffe Véronique**
- C.H.R. de Huy, représenté par **Ronveaux Jean-François**
- C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Ransart Daniel**
- C.H.R. de La Citadelle, représenté par **Dusart Michelle**
- C.H.R. de La Haute Senne, représenté par **Navaux Francis**
- C.H.R. du Val de Sambre, représenté par **Notte Dominique**
- C.H.U. Ambroise Paré, représenté par **Bouchez Chantal**
- Clinique André Renard, représentée par **De Paoli Marc**
- CPAS de Bruxelles, représenté par **Kremer Raphaël**
- IRIS, représenté par **Thielens Dirk**
- I.S.O.S.L., représenté par **Fievez Eric**
- I.S.O.S.L., représenté par **Hasard Daniel**
- I.S.P.P.C., représenté par **Dugauquier Alain**
- L'Equipe, représentée par **Depuydt Dominique**
- R.H.M.S., représenté par **Rillaerts Stéphane**
- VALIDA, représenté par **Deveen Frédéric**
- VIVALIA, représenté par **Bodeux Dominique**
- *Assiste avec voix consultative*
- Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) représentée par **Jean-Marc Laasman**

Liste des collaborateurs

L'équipe de santhea est constituée de 17 collaborateurs apportant une expertise dans divers domaines :



Yves SMEETS
Directeur Général



Michel MAHAUX
Directeur Général-Adjoint



Alban ANTOINE
Conseiller juridique



Sandra BERBION
Secrétaire



Dr Jean BURY
Conseiller médical



Jean-François COLET
Informaticien



Pr Michel COLLARD
Cellule médiation



Martine DUFRASNE
Secrétaire



Amélie GOOSSENS
Conseiller économique



Denis HERBAUX
Conseiller économique



Stéphane HOYOUX
Conseiller
santé mentale



Colette JACOB
Conseiller soins infirmiers
et médiation



Cécile KESTENS
Conseiller économique
gestion et développement
datawarehouse



Corentin LETERME
Assistant
datawarehouse



Marina LIETAR
Conseiller économique



Jean LOISEAU
Conseiller MR/MRS



Valérie VICTOOR
Conseiller juridique



**SIÈGE DE BRUXELLES
& SIÈGE SOCIAL**

Quai au Bois de Construction 9
B-1000 Bruxelles
T +32 2 210 42 70
F +32 2 511 04 54

SANTHEA ASBL

SIÈGE DE WALLONIE

Rue Général Michel 47
B-5000 Namur
T +32 81 22 38 22
F +32 81 22 38 45