



METTRE NOS SOINS EN VALEUR

Mémorandum en vue
des élections du 26 mai 2019

Avril 2019

Table des matières

Préambule.....	4
Introduction.....	5
Les défis, nos réponses.....	7
I. Une organisation des soins de santé centrée sur le patient, un financement orienté sur la qualité et les résultats.....	8
II. Un cadre réglementaire simplifié.....	16
III. Les ressources humaines.....	20
Références.....	24
Annexe : Liste des abréviations utilisées.....	25

48

Institutions membres

14.000⁺

Travailleurs



50

Réparties sur plus de
50 sites à Bruxelles

6.500

Lits et places



19

Couvrant les 19 communes
de la Région de Bruxelles-Capitale

14

Hôpitaux



4

Maisons de soins psychiatriques



10

Initiatives
d'habitation protégée



5

Conventions INAMI



13

Maisons de repos



2

Service de santé mentale et
association de prise
en charge à domicile



Préambule

Le 26 mai 2019 auront lieu des élections importantes : l'électeur est invité à élire ses représentants au sein de tous les parlements qui composent notre état fédéral. L'on en mesure que plus l'importance du rendez-vous quand on sait que le fédéral, les régions et les communautés se partagent les compétences liées à la santé. En tant qu'acteur de la santé ou partie prenante du secteur, **vous êtes forcément sensible à la défense d'un système de soins de santé qui mette réellement le patient au cœur de son action.**

GIBBIS, en tant que représentant des institutions de soins associatives bruxelloises, veut contribuer de manière constructive au dialogue et à la prise de décision par les différentes autorités du pays en matière de soins de santé.

La demande en soins ne cesse de croître et le défi est réel. La qualité des soins en Belgique est excellente et doit le rester. Nous souhaitons que tous les patients puissent continuer à bénéficier de soins de qualité, où qu'ils soient. Nous préconisons la mise en place d'une organisation des soins centrée sur le patient et adaptée à ses besoins, soutenue par un financement orienté sur la qualité et les résultats. Avec davantage de personnel au service du patient. Car la qualité passe aussi – et avant tout – par l'humain.

Offrir des soins de santé de haute qualité est un véritable engagement sociétal auquel vous n'êtes certainement pas insensible : les soins ne doivent plus être vus comme un coût mais bien comme un investissement.

Pour cela, nous souhaitons une simplification de la réglementation afin de lever les entraves au développement de solutions aussi innovantes que bénéfiques pour le patient.

Parce que *la qualité des soins au bénéfice du patient* doit rester notre absolue priorité, GIBBIS souhaite mettre des propositions sur la table. Nous vous invitons à les découvrir dans les pages suivantes. Et nous espérons pouvoir vous convaincre de les défendre avec nous.

Introduction

Ce mémorandum a pour objectif de contribuer de manière constructive au dialogue et à la prise de décision par les différentes autorités du pays compétentes en matière de soins de santé. Et ce avec une attention particulière pour les spécificités bruxelloises, puisque GIBBIS est la fédération patronale du secteur privé associatif des établissements de soins de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les institutions de soins membres de GIBBIS considèrent qu'il en va de leur responsabilité sociétale de :

- prendre soin du patient et de ses besoins ;
- délivrer des soins de qualité sur le long terme ;
- veiller à maintenir l'excellente accessibilité de nos soins.

Notre pays est reconnu pour la qualité de ses soins de santé. Dans le «*Euro Health Consumer Index*» (EHCI) de 2018, la Belgique occupe la 5^{ème} position sur 35 pays participants. Nous devons cette bonne position essentiellement aux indicateurs d'accessibilité et de disponibilité des prestations, qui induisent plus que probablement la bonne perception que la population a du système hospitalier belge¹.

Afin de rester, demain encore, parmi les meilleurs élèves de la classe, il est impératif que les moyens investis dans des soins de santé de qualité ne soient pas perçus comme un coût, mais bien comme un engagement sociétal efficace.

➤ Les soins de santé ne sont pas un coût, mais un investissement pour la société

Le secteur des soins de santé est en pleine mutation :

- tendances socio-démographiques : vieillissement de la population, augmentation du nombre de patients polypathologiques et de malades chroniques,...
- évolution dans les prises en charge des patients : raccourcissement des séjours hospitaliers, nouvelles formes de soins,...
- arrivée de nouvelles technologies toujours plus performantes mais souvent onéreuses
- informatisation croissante

Les besoins et attentes du patient évoluent également. Celui-ci s'attend à être pleinement acteur de sa santé et à bénéficier d'une prise en charge personnalisée, sur mesure. C'est ce qu'englobe le « *patient empowerment* » dont on parle tant aujourd'hui, et qui s'ancrera encore davantage demain.

Dans ce contexte, et tenant compte des moyens humains et financiers limités, GIBBIS plaide en faveur d'un cadre réglementaire simplifié et flexible. Le budget doit être prévisible, soutenu par une réelle norme de croissance, suffisante pour épouser la courbe de croissance naturelle de la demande en soins. Notre secteur doit pouvoir investir de façon ciblée dans des projets à haut retour sur investissement tels que la digitalisation de l'information.

☰ NOUS ARTICULONS NOS DEMANDES AUTOUR DES ENJEUX SUIVANTS

I. Une organisation des soins de santé centrée sur le patient, un financement orienté sur la qualité et les résultats

L'enjeu : pour que tous les patients puissent bénéficier de soins de qualité, peu importe l'endroit où ils se trouvent, nous proposons de mettre en place une organisation des soins centrée sur le patient et adaptée à ses besoins ainsi qu'un financement orienté sur la qualité et les résultats, notamment par un soutien accru à la digitalisation et au développement de la technologie.

II. Simplification du cadre réglementaire

L'enjeu : pour réussir cette transformation du modèle organisationnel, il faut simplifier et rendre plus flexible le cadre réglementaire. C'est nécessaire si l'on veut développer des collaborations constructives et affecter les moyens de la façon la plus efficiente possible en fonction d'objectifs de qualité. Le tout en tenant compte des spécificités bruxelloises.

III. Des ressources humaines renforcées : enjeu indispensable à la réalisation de soins de qualité

L'enjeu : il faut pouvoir disposer de professionnels de soins en quantité suffisante et mieux attribuer ces effectifs du personnel pour dispenser des soins de qualité personnalisés et adaptés à la lourdeur croissante des pathologies.

LES DÉFIS, nos réponses



I. Une organisation des soins de santé centrée sur le patient, un financement orienté sur la qualité et les résultats

L'ENJEU

Pour que tous les patients puissent bénéficier de soins de qualité, peu importe l'endroit où ils se trouvent, nous proposons de mettre en place une organisation des soins centrée sur le patient et adaptée à ses besoins ainsi qu'un financement orienté sur la qualité et les résultats, notamment par un soutien accru à la digitalisation et au développement de la technologie.

≡ DÉFIS ORGANISATIONNELS

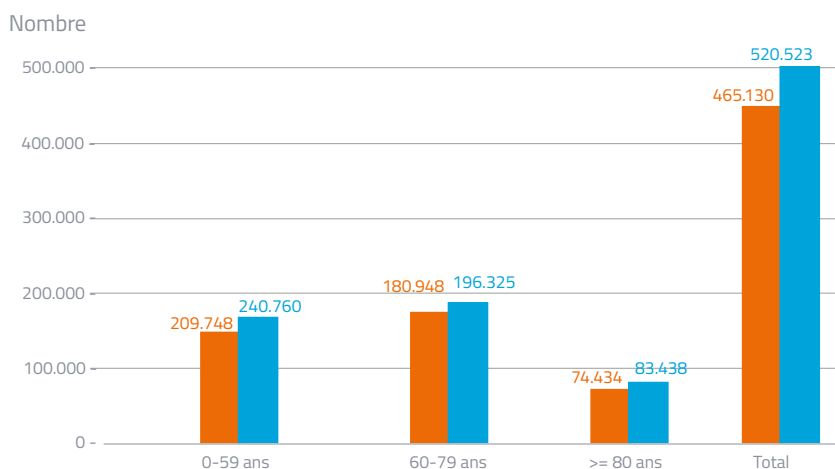
La population vieillit, c'est un fait. L'espérance de vie est aujourd'hui de 84 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes. L'on s'attend à ce qu'elle augmente encore pour atteindre 90 ans en 2070, grâce à l'amélioration de l'hygiène et aux progrès de la médecine.

Les gens atteints de maladies graves vivent de plus en plus longtemps. La proportion de patients souffrant d'une

maladie chronique, souvent polypathologique, ne cesse d'augmenter. Ces personnes représentent aujourd'hui 25% de la population. Or, les besoins en soins de ces patients sont différents de ceux de patients aigus. Ils enchaînent et alternent bien souvent des soins ambulatoires avec des séjours en hôpital aigu, suivis ou non d'une phase de révalidation.

Nombre de personnes atteintes d'une pathologie chronique, par groupe d'âge (2010 et 2015)

● 2010
● 2015



Cette réalité est également présente dans le secteur de la santé mentale : de plus en plus de résidents présentant des troubles psychiatriques frappent aux portes des maisons de repos lorsque leur niveau de dépendance (lié à l'âge) augmente et que la structure d'accueil au sein de laquelle ils résident n'est plus en mesure de répondre adéquatement à l'évolution de leurs besoins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 15% des adultes âgés de plus de 60 ans souffrent d'un trouble mental². Les maisons de repos ne sont pas vraiment en mesure d'offrir à ces personnes la double prise en charge qu'elles requièrent : celle liée à leurs troubles psychiatriques et celle due à leur état de dépendance croissante « simplement » liée à l'âge. Ces personnes auraient en réalité besoin d'une structure spécifique qui leur fournirait un encadrement professionnel, fourni par du personnel formé à ces soins particuliers.

≡ Une organisation non adaptée aux nouveaux besoins en soins

L'organisation du secteur des soins de santé n'est pas adaptée à ces évolutions. En effet, il est actuellement organisé en silo, ce qui constitue un frein à la continuité des soins et nuit à l'efficacité des moyens utilisés. L'intérêt et l'importance de la multidisciplinarité sont reconnus de tous. Il est donc important de travailler aussi sur le terrain de manière transversale.

Des pionniers ont développé des prises en charge alternatives aux prises en charge résidentielles, avec une réelle

plus-value pour les patients. Elles sont qualitatives, accessibles et moins coûteuses pour la sécurité sociale qu'une prise en charge « classique ». Ces initiatives s'organisent en étroite collaboration entre les 1^{ère} et 2^{ème} lignes³. Les acteurs de terrain qui ont développé ces projets luttent cependant contre des exigences légales trop rigides et un manque de financement public qui nuit fortement à l'accessibilité financière.

≡ Une approche « bottom-up »

Le secteur de la santé mentale est également un précurseur en la matière. Une réforme approfondie a été initiée en 2007. L'idée centrale de celle-ci est de désinstitutionnaliser au maximum la prise en charge. Ainsi, des projets dits « projets 107 » ont vu le jour aux quatre coins du pays. Mais à ce jour, les moyens financiers manquent – notamment à Bruxelles – pour mettre en place la réforme, sans dégrader l'offre existante, déjà insuffisante. En effet, avec seulement 8,4% des lits du pays, l'offre de lits hospitaliers psychiatriques à Bruxelles est moindre par rapport aux autres régions.

Enfin, des incertitudes réglementaires et financières paralysent souvent les avancées concrètes sur le terrain. Le système a besoin d'être réformé. C'est maintenant une évidence à laquelle se rallie l'ensemble des acteurs des soins de santé. Toutefois, GIBBIS a toujours plaidé pour une approche « bottom-up » des réformes. Pour que le secteur soutienne le changement, il faut construire les réformes avec lui, et avec les fédérations qui le représentent.

☰ CE QUE PROPOSE GIBBIS

La mise en place d'un nouveau modèle sans silos, offrant des formes de prises en charge adaptées qui collaborent étroitement afin d'offrir au patient la meilleure offre de soins qualitatifs et accessibles.

Dans la nouvelle offre de soins que nous proposons, institutions et acteurs de soins travaillent main dans la main avec pour objectif d'offrir des soins de qualité, accessibles et à un coût raisonnable. Il s'agit aussi bien de **collaborations horizontales**, entre acteurs de soins du même type, que de **collaborations verticales**, entre les 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes. La digitalisation de l'information médicale et des soins constitue un levier important pour rendre ces collaborations possibles.

Certaines formes de prises en charge doivent encore être développées afin de combler les lacunes observées dans l'offre de soins actuelle, pour améliorer la qualité et/ou l'efficacité des soins.

Pour GIBBIS, les actions qui suivent sont primordiales.

☰ La mise en place des réseaux hospitaliers requiert une collaboration étroite entre les autorités compétentes

Les hôpitaux bruxellois attirent 35% de patients non bruxellois. Des réseaux hospitaliers qui reflètent cette réalité et qui dépassent donc les frontières régionales et communautaires doivent se constituer, malgré la complexité institutionnelle. Les autorités compétentes doivent collaborer étroitement pour faciliter leur mise en œuvre.

Si l'objectif est bien d'organiser les soins de façon plus efficace à moyen terme, des moyens doivent être prévus à court terme pour couvrir les coûts importants liés à la réorganisation de l'offre au sein des réseaux.

Vu l'objectif de centralisation de certains soins spécialisés, les coûts de transport des patients nécessitant un transfert devront être financés pour éviter que ceux-ci ne soient à leur charge.

De plus, le secteur doit pleinement pouvoir faire appel aux nouvelles technologies du transport de produits, comme par exemple le transport d'échantillons de sang par drone.

☰ Des moyens pour finaliser la réforme en santé mentale

Pour le secteur de la santé mentale, précurseur dans la mise en place d'une réforme basée sur la désinstitutionalisation et la collaboration, il est temps que l'énergie investie durant cette dernière décennie dans les projets dits « réseaux 107 adultes » porte ses fruits.

Mais à ce jour, les moyens manquent, notamment à Bruxelles, pour réussir la réforme sans dégrader l'offre existante qui est déjà insuffisante. En plus des efforts consentis par les acteurs de terrain, il faut d'urgence **libérer des moyens pour compléter les équipes mobiles et couvrir tout le territoire régional.**

Qui plus est, l'offre d'unités spécialisées pour les patients souffrant d'un **double diagnostic** handicap intellectuel et maladie mentale doit être renforcée. Il manque des structures mieux staffées pour soigner les patients les plus complexes, aussi bien à l'hôpital qu'en maison de soins psychiatriques (MSP), en cellule mobile d'intervention, en centre d'hébergement et en centre de jour.

De même, Bruxelles manque de lits en **maisons de soins psychiatriques et d'initiatives d'habitation protégée**. Seul un tiers des lits MSP programmés sont ouverts⁵. Les listes d'attente sont longues pour les patients qui souhaitent entrer en MSP et en IHP. L'offre doit être renforcée.

Les normes d'agrément des MSP et des IHP datent d'il y a trente ans. Nous demandons une actualisation de celles-ci. La section santé mentale de la COCOM a approuvé en 2016 des projets de nouvelles normes qui doivent encore être approuvés par le Collège réuni. Ces normes faciliteront par ailleurs l'ouverture indispensable de lits supplémentaires⁶.

Ensuite, afin de répondre aux besoins des **populations âgées atteintes de troubles psychiatriques**, il serait souhaitable de créer une nouvelle offre dont les modalités doivent encore être définies. La déclaration conjointe⁷ pour la réalisation d'une nouvelle politique de soins de santé mentale pour les personnes âgées parue au Moniteur belge du 12 décembre 2018 constitue un premier pas en ce sens.

≡ Structurer la représentation de la 1^{ère} ligne en vue d'une collaboration efficace

Pour qu'une collaboration entre la 2^{ème} et la 1^{ère} ligne puisse être organisée en concertation avec un interlocuteur unique, la représentation de la 1^{ère} ligne doit être structurée. Cette structuration a commencé en Région de Bruxelles-Capitale et doit se poursuivre efficacement.

≡ Faciliter l'organisation de formes de prise en charge alternatives aux structures classiques de soins

GIBBIS demande de faciliter l'organisation de formes de prise en charge alternatives aux structures classiques de soins en créant un cadre légal et financier suffisamment souple qui permette de

- diversifier l'offre, de faciliter l'ouverture de nouveaux lieux de soins;
- mieux coordonner la prise en charge;
- décloisonner les structures, quelle que soit leur appartenance communautaire ou fédérale en vue d'assurer une continuité des soins là où se trouve le patient;
- et ce, en étroite collaboration entre les 1^{ère} et 2^{ème} lignes.

Pour ce faire, il convient notamment :

- de permettre de reconverter une activité résidentielle (hôpital, maison de repos, résidence-service, ...) en une forme alternative de soins;
- d'autoriser une mobilité, au sein du même gestionnaire, des subsides d'infrastructure entre institutions classiques et nouveaux lieux de soins, en particulier à Bruxelles où l'acquisition d'un terrain ou d'un immeuble est devenue très compliquée;
- de créer une nomenclature spécifique pour le remboursement de soins effectués dans ces nouveaux lieux de soins afin d'améliorer l'accessibilité pour le patient et de pouvoir utiliser des technologies innovantes (domotique p. ex.) pour faciliter le maintien à domicile, en remboursant des e-consultations et des monitorings à distance.

Exemples de formes de prise en charge alternatives et innovantes développées

Nous pensons aux hôtels de soins comme la Cité Sérine à Schaerbeek ou la Koninklijke Villa à Ostende, à l'hospitalisation à domicile, aux zones d'habitat et de soins (woonzorgzones), aux *Community based living* (Samenhuizen), aux habitats pour personnes âgées (Résidence Magnolia à Jette), ...

☰ DÉFIS BUDGÉTAIRES

Les patients polypathologiques et les malades chroniques représentent aujourd'hui 25% de la population. Quand on sait que la dépense annuelle moyenne en soins de santé à charge de la sécurité sociale des personnes atteintes d'une maladie chronique est sept fois plus élevée que celle des personnes sans affection chronique, on peut imaginer l'impact sur le budget des soins de santé. En effet, les malades chroniques représentent 70% des dépenses totales de santé. Le poids considérable et croissant des affections chroniques sur les dépenses de santé publique se renforce au fil des années et constitue un réel défi budgétaire⁸.

☰ De grands défis budgétaires, dans un contexte de sous-financement

Les soins reposent de plus en plus sur des technologies avancées. Nous sommes à l'aube d'une période où les nanotechnologies, la robotisation, la santé mobile, l'arrivée de l'intelligence artificielle et le traitement de *big data* feront partie intégrante du quotidien des patients et des prestataires de soins, ce qui modifiera considérablement la façon dont les soins seront dispensés. Ces technologies offrent un grand potentiel pour améliorer les soins, mais soulèveront inmanquablement des défis budgétaires.

Les nouvelles technologies permettent par ailleurs aussi l'échange électronique, quasi instantané, du dossier médical du patient, indispensable à la collaboration entre acteurs de soins.

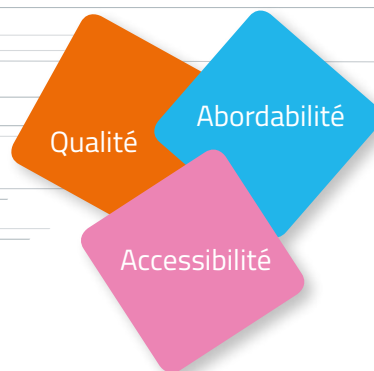
Les institutions de soins font donc face à de grands défis budgétaires, mais ne disposent pas du tout des moyens financiers pour y répondre. La norme de croissance annuelle (au-delà de l'indexation) du budget des soins de santé est passée de 4,5% entre 2004 et 2012 à 1,5% aujourd'hui. Pourtant, la Belgique dépense moins en soins de santé que ses pays voisins⁹. Cette réduction du taux de croissance, qui est une décision politique et budgétaire, a entraîné la mise en œuvre d'une série de mesures de maîtrise des coûts.

Ces mesures ont aggravé le **sous-financement** historique **des institutions de soins**. Leur situation financière est critique. A titre d'exemple, le résultat courant des hôpitaux aigus ne représente plus que 0,2% du chiffre d'affaires, contre 1% en 2014. Plus de 40% des hôpitaux aigus sont aujourd'hui déficitaires¹⁰.

☰ Objectif : prodiguer les meilleurs soins au patient qui, en plus, soient organisés de la manière la plus efficiente possible

Notre pays est reconnu¹¹ pour ses soins de santé de qualité. La grande accessibilité et la liberté thérapeutique et d'association y jouent un rôle clé. Le défi est de maintenir une bonne accessibilité, tout en objectivant la qualité et en maîtrisant les budgets, dans un contexte de sous-financement historique chronique et de nouveaux besoins à couvrir.

Le principal objectif des réformes envisagées, jusqu'à présent, était clairement de faire plus avec les mêmes moyens, voire moins. Nous préférons partir d'une autre optique, à savoir **réfléchir aux réformes nécessaires en partant d'un objectif prioritaire: prodiguer les meilleurs soins au patient qui, en plus, soient organisés de la manière la plus efficiente possible.**



Un engagement sociétal de continuer à investir dans les institutions de soins, de façon ciblée. Les soins de santé ne sont pas un coût, mais bien un investissement dans la société et dans notre avenir.

Toute société doit poser des choix dans les domaines dans lesquels elle investira ses moyens limités. Malgré le contexte budgétaire difficile, GIBBIS est convaincu qu'il faut continuer à investir dans les institutions de soins de santé. En effet, les soins de santé ne sont pas un coût, mais un investissement dans la société et dans notre avenir. Les pays qui investissent davantage dans la santé récupèrent quelques années plus tard le double de leur investissement en termes de santé, bien-être et au niveau de l'économie¹².

☰ Une prévisibilité et une stabilité budgétaire pour toutes les institutions de soins

Une réforme du modèle de l'offre des soins ne peut s'envisager que dans un environnement stable et dans une relation de confiance entre toutes les parties prenantes. Les incertitudes paralysent le changement. Il est dès lors indispensable que toutes les institutions de soins puissent bénéficier d'un financement prévisible à moyen terme.

Nous demandons cette prévisibilité budgétaire au niveau global, avec :

- une réelle norme de croissance, suffisante pour suivre la croissance naturelle de la demande en soins et pour investir de façon ciblée dans des projets à haut retour sur investissement.

- un budget pour les institutions de soins qui ne soit plus utilisé pour honorer des engagements du passé. Ainsi, dans le secteur hospitalier, les moyens de 2019 apurent à hauteur de 200 millions € les engagements pris dans les accords sociaux qui ont trait aux années 2011 et 2012, et que les hôpitaux ont dû préfinancer. GIBBIS demande d'accélérer le processus de révision de ces montants et d'honorer ces engagements avec des budgets exogènes au budget des soins de santé.
- l'application du principe des «*shared savings*»: les économies réalisées par des gains d'efficacité ou des baisses de consommation sont réinvesties dans le secteur.

Par ailleurs, nous revendiquons aussi une continuité budgétaire au niveau de l'institution, liée aux réseaux pour le secteur hospitalier et à l'exécution de la 6^{ème} Réforme de l'Etat pour les initiatives d'habitation protégée (IHP), les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les maisons de repos (MR). En particulier pour les secteurs régionalisés, une continuité budgétaire (actuellement garantie uniquement par Iriscare¹³ pour une période de 3 ans) est indispensable pour les patients dont la région du domicile (ou de la mutualité) et de l'institution diffèrent.

Exemples de besoins dans le secteur hospitalier

Hausse annuelle des admissions à l'hôpital	+ 1,02 %
Diminuer le nombre de patients traités par un infirmier, de 11 à 8	975 millions €
Coût de l'informatique non financé	500 millions €

Norme de croissance actuelle pour tout le secteur des soins de santé fédéral

1,5 % de l'objectif budgétaire global
= 383,3 millions €

≡ Des moyens suffisants pour continuer à investir de façon ciblée

Il est essentiel que les autorités continuent à investir de manière ciblée, notamment dans le **personnel** qui entoure le patient¹⁴ mais aussi dans la **digitalisation** des données médicales du patient, qui requiert des investissements importants.

Aujourd'hui, le développement de l'e-santé, et notamment du Dossier Patient Informatisé (DPI), est fortement sous-financé. Or, le DPI dans les hôpitaux est une condition *sine qua non* pour permettre une collaboration efficiente entre les prestataires de soins, mais aussi entre les futurs réseaux hospitaliers. Des moyens ont été débloqués dans le passé, mais de façon très insuffisante. A peine 10% du coût de l'informatisation, estimé à 560 millions €, est couvert¹⁵. Nous demandons d'investir dans ce levier pour permettre une bonne collaboration entre les acteurs de soins.

En outre, les différentes autorités – régionales, fédérales, européennes – continuent à imposer de nouvelles normes. Nous pensons par exemple au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD), à l'implémentation de la directive sur le traçage des médicaments falsifiés,... Si certaines nouvelles normes s'avèrent indispensables, elles doivent être financées. Ce qui aujourd'hui, est bien trop rarement le cas.

≡ Un financement adapté à la nouvelle organisation des soins, moins dépendant du lieu où les soins sont prodigués, orienté sur la qualité et les résultats

Pour que tous les patients puissent bénéficier de soins de qualité, il est essentiel que les soins soient financés indépendamment du lieu où sont prestés les soins et de la technique utilisée. *In fine*, nous préconisons de viser à financer un résultat mesuré, et non une structure ni un moyen. Ceci doit par ailleurs permettre de développer des structures d'accueil avec une offre diversifiée, organisée et financée de manière plus intégrée.

Cette réforme du financement ne doit en aucun cas diminuer globalement les moyens investis dans le secteur. Le cas échéant, les moyens dégagés par d'éventuelles baisses de consommation doivent être réinvestis dans le secteur.

Prenons un exemple. De nouvelles technologies plus pointues, plus efficaces, entraînant un gain de temps, une diminution de la durée de séjour et une amélioration de la qualité de vie (grâce à la réduction des effets secondaires des traitements) apparaissent tous les jours sur le marché. Aujourd'hui, les autorités ont tendance à limiter l'ouverture à ces nouvelles technologies, afin d'éviter des dépassements budgétaires. Nous demandons d'ouvrir l'accès à ces technologies à toutes les institutions de soins et donc à tous les patients, tout en rendant le financement indépendant de la technique choisie. Le professionnel de soins optera pour la technologie la plus adaptée, sans incitant financier pour une technologie ou une autre. Concrètement, les appareils de résonance magnétique nucléaire (RMN) doivent prioritairement être déprogrammés, tout en réformant leur financement.



Par ailleurs, en 2015 a démarré la réforme du financement hospitalier. Vu sa complexité, plusieurs aspects fondamentaux de cette réforme font encore aujourd'hui l'objet d'études. Il s'agit entre autres de l'analyse du Budget des Moyens Financiers (BMF), et son lien avec les coûts réels, mais aussi d'identifier les frais de fonctionnement et de valoriser l'intensité des actes médicaux.

Cette réforme est une opportunité (unique) pour évoluer, par étape, vers un financement qui dépende moins du lieu où sont prestés les soins et indépendamment de la technique utilisée. En attendant que les études aboutissent, GIBBIS demande déjà qu'à court terme, parmi les nombreux besoins sur la table, la priorité soit donnée à encourager le recours à l'hôpital de jour, qui est une alternative efficace à l'hospitalisation classique, par une revalorisation de son activité et une suppression des freins à son développement. Il s'agit clairement d'un « quick win », à réaliser au plus vite.

≡ Le financement de constructions doit être utilisé comme un catalyseur pour une organisation de soins modifiée

GIBBIS souhaite que soit rédigé un calendrier de construction « COCOM 2021-2026 » pour les institutions hospitalières, les MSP, les IHP et les conventions de revalidation psychosociale qui relèvent de sa compétence, en mettant l'accent sur la transformation dans le cadre des réseaux hospitaliers, ainsi qu'un renouvellement des infrastructures dans les soins de santé mentale, souvent fort vétustes. Il faut en effet éviter de devoir répercuter le coût des travaux sur les patients dont la plupart ont peu de moyens.

Il est par ailleurs essentiel que la reconversion de surfaces non utilisées, au bénéfice de formes alternatives de prise en charge, soit autorisée sans perdre les subventions qui y sont afférentes.

« La chirurgie de jour est sûre et plus coût-efficace que le séjour hospitalier classique mais le financement actuel n'encourage pas la chirurgie de jour, bien au contraire. Le KCE recommande ainsi de remplacer le système actuel par un système favorisant financièrement la chirurgie de jour. »

Étude KCE 282B, 2017 « Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique ? »



II. Un cadre réglementaire simplifié

L'ENJEU

Pour réussir cette transformation de l'organisation des soins de santé, il faut simplifier et rendre plus flexible le cadre réglementaire. Il faut en effet pouvoir plus facilement développer des collaborations fructueuses. Les moyens doivent pouvoir être affectés de la façon la plus efficace possible en fonction d'objectifs de qualité. Le tout en tenant compte des spécificités bruxelloises.

≡ DÉFIS

Les contraintes réglementaires compliquent la mise en place et le développement des collaborations que nous proposons.

Si nos propositions s'appliquent à toutes les institutions de soins belges, dans leur déclinaison concrète, elles doivent tenir compte de la spécificité locale. Densité de population, mobilité, population multiculturelle, réalité socio-économique: ce sont autant de facteurs qui demandent de mettre certains accents dans l'opérationnalisation du nouveau modèle de soins.

≡ Spécificités bruxelloises

Différentes caractéristiques spécifiques doivent être prises en compte dans l'élaboration de la politique de santé pour la capitale.

1. La **croissance démographique** à Bruxelles est particulièrement rapide. Alors qu'en 2017, la Région de Bruxelles-Capitale ne comptait encore que 1.200.000 habitants, le Bureau du Plan prévoit qu'elle en comptabilisera 1.400.000 en 2040. La pyramide des âges est particulière à Bruxelles.

La population bruxelloise est de manière générale plus jeune que dans les autres régions du pays, mais avec une grande concentration de personnes de plus de 80 ans. Cela se répercute sur toutes les institutions de soins, et en particulier sur les maisons de repos. Nous comptons aujourd'hui plus de 2000 personnes âgées qui devraient être soignées en MRS, mais qui résident dans des lits MRPA.

La population bruxelloise se caractérise aussi par sa **multiculturalité**. 182 nationalités recensées y habitent, parlant plus de 100 langues différentes¹⁶. Leurs attentes par rapport à la dispensation des soins peuvent fortement varier.

2. La **mobilité** joue un rôle important dans l'organisation des soins et des collaborations. Or, spécifiquement à Bruxelles, elle constitue un réel problème, à la fois pour les patients et les prestataires de soins. En effet, aux heures de pointe, la Région de Bruxelles-Capitale fait face à d'importants problèmes d'embouteillages impliquant aussi bien les véhicules privés que les transports publics. Ceci a une influence importante sur le temps d'arrivée pour l'aide médicale urgente.

3. La Région de Bruxelles-Capitale souffre d'un manque de terrains et de bâtiments. La situation sur le marché du logement bruxellois est aujourd'hui interpellante, en raison de la hausse des prix de l'immobilier et de l'insuffisance en logements financièrement accessibles. Pour les institutions de soins, la flambée des prix de l'immobilier mais surtout le manque de terrains disponibles en « zone bleue » constitue un problème de taille pour leur (re)construction.

4. La **population drainée** par les hôpitaux bruxellois s'étend bien au-delà du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Plus de 35 % des patients soignés par les hôpitaux bruxellois sont domiciliés en dehors de la région. Les hôpitaux bruxellois desservent plus de 1,6 million d'habitants à Bruxelles et son *hinterland*. Cette tendance est encore plus prononcée dans les 3 hôpitaux universitaires actifs sur le territoire de la région, qui soignent plus de 50 % de patients domiciliés en dehors de la région.

5. A Bruxelles, le secteur hospitalier a une grande avance sur les autres régions en ce qui concerne les groupements et les fusions. Plusieurs hôpitaux se sont déjà rapprochés structurellement ou ont fusionné. Ainsi, le plus petit hôpital aigu à Bruxelles compte plus de 550 lits.

D'autres hôpitaux ont des conventions de **collaboration** avec des hôpitaux localisés en dehors de la Région de Bruxelles-Capitale. Beaucoup ont également développé

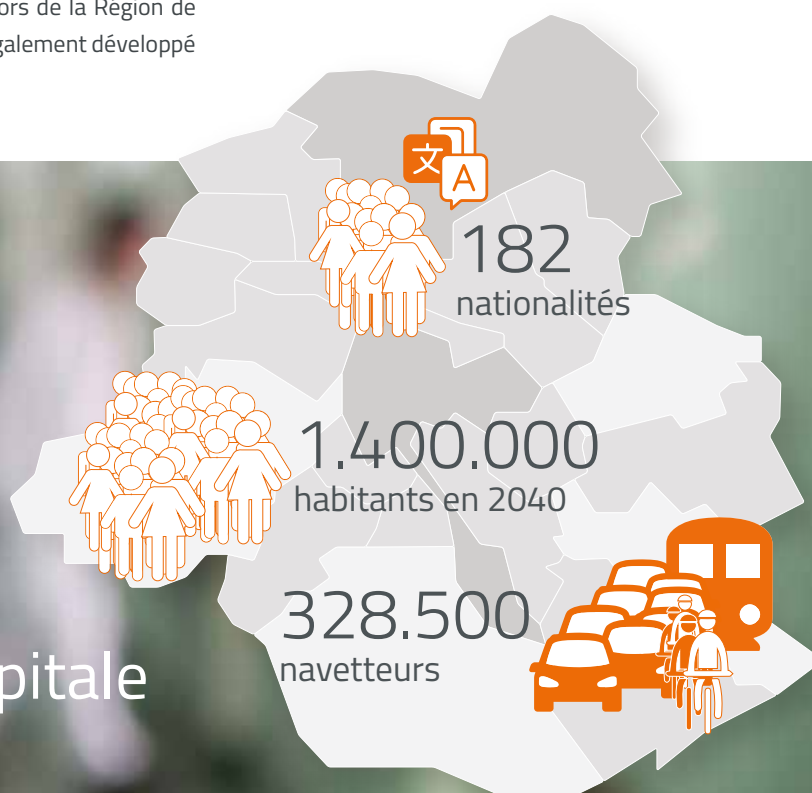
des activités de référence fonctionnant avec un échelonnement des prises en charge, tant au sein de la région qu'avec des structures situées en Wallonie et en Flandre.

En outre, au cours de cette dernière décennie, les hôpitaux bruxellois aigus, publics comme privés, se sont reconstruits, ont reconverti leurs activités et ont déjà fortement diminué leur nombre de lits aigus.

6. La **situation socio-économique** à Bruxelles démontre qu'il y a plus de personnes précarisées. 30% des Bruxellois vivent en effet sous le seuil de pauvreté, c'est le double de la moyenne belge. Le taux de chômage à Bruxelles est aussi bien plus élevé (15,7%¹⁷ contre 9,8% en Wallonie et 4,4% en Flandre). Près d'un ménage sur 2 se compose d'une seule personne, par rapport à une moyenne de 34 % pour la Belgique. 11,6% des ménages sont des familles monoparentales¹⁸. Les durées de séjour lors de prises en charge aiguës sont souvent prolongées pour les personnes isolées ou socialement défavorisées.

Au vu de ces éléments, on peut aussi aisément comprendre qu'il y a davantage de patients atteints de troubles psychiques en Région de Bruxelles-Capitale que dans les autres régions¹⁹ et que le nombre de factures impayées y est plus élevé que dans les autres régions du pays.

La Région de Bruxelles-Capitale



☰ CE QUE PROPOSE GIBBIS

Simplifier et rendre plus flexible le cadre réglementaire afin de pouvoir affecter les moyens de la façon la plus efficiente possible en fonction d'objectifs de qualité.

☰ **Supprimer les entraves d'ordre réglementaire aux collaborations, nouvelles organisations et solutions innovantes qui naissent bien souvent du terrain**

La réussite d'une collaboration nécessite une certaine flexibilité réglementaire pour permettre des échanges entre les entités qui collaborent. Or, la réglementation actuelle limite à plusieurs égards le développement des collaborations entre institutions de soins en freinant le partage d'activités et la mise en commun de personnel, services, etc.

Il s'agit par exemple des règles en matière de TVA qui devraient être adaptées pour faciliter les échanges entre institutions de soins qui collaborent²⁰, mais également les règles en matière de mobilité du personnel. En effet, la réglementation actuelle concernant la mobilité des travailleurs est lourde et limitée et nécessiterait d'être assouplie pour favoriser le développement des collaborations.

D'autres freins aux réorganisations méritent également une attention particulière comme la réglementation des transports de patients entre institutions de soins qui collaborent, ou encore la possibilité de mettre en commun certaines fonctions (p.ex. la pharmacie ou les laboratoires)²¹.

☰ **Etablir une programmation²² adaptée aux besoins de l'ensemble de la population belge, qui évolue dans le temps et qui tient compte des spécificités bruxelloises**

GIBBIS souhaite ardemment une programmation pluriannuelle qui soit transparente et évolutive. Or, la programmation est l'un des chantiers qui n'a pratiquement pas bougé au cours des dernières législatures. La programmation doit être mise à jour pour répondre aux besoins en matière de soins actuels et futurs pour tous les patients traités à Bruxelles. Elle devra être régulièrement actualisée, sur la base de critères d'*evidence based medicine* (EBM).

Les hôpitaux bruxellois attirant 35% de patients non bruxellois, la programmation de l'offre de soins doit impérativement tenir compte de ces **flux de patients bien réels au-delà des limites régionales**, de l'expertise existante de nos hôpitaux et des tendances démographiques. Les données socio-démographiques et épidémiologiques des patients potentiels de notre réseau doivent aussi être prises en considération, ainsi que la mobilité et l'accessibilité effective de l'infrastructure à différents moments de la journée, ce qui représente un véritable défi pour Bruxelles.

≡ Assouplir et moderniser les normes d'agrément menant à une plus grande autonomie de gestion

Transformer les normes d'agrément quantitatives en des normes d'agrément qualitatives.

Plusieurs normes d'agrément sont très anciennes, certaines d'entre elles n'ayant plus été revues depuis de nombreuses années. GIBBIS plaide donc en faveur d'une actualisation de certaines normes d'agrément et une transformation des normes d'agrément quantitatives en normes d'agrément qualitatives, qui se centrent sur la qualité à atteindre et la mesure de cette qualité.

L'objectif serait ainsi de rendre les normes plus pertinentes en mettant l'accent sur l'agrément des processus et des résultats plutôt que sur l'agrément de la structure, afin de maintenir à un haut niveau la sécurité et la qualité des soins offerts aux patients. Les normes actuelles doivent être simplifiées, devenir plus cohérentes et favoriser la mise en place d'un (véritable) trajet de soins pour le patient.

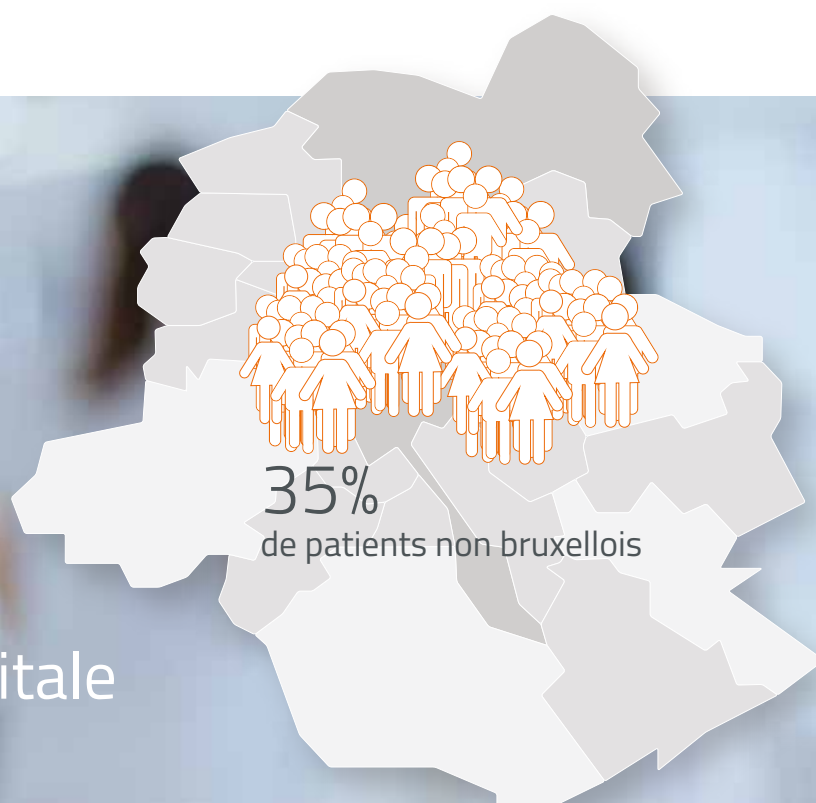
L'accréditation par un institut agréé ISQua – institution qui à son tour accrédite les organes accréditeurs – reste facultative mais permettrait à l'institution d'être dispensée de certains contrôles par les autorités d'agrément.

≡ Établir un cadre légal pour reconnaître les centres hospitaliers spécialisés

Un nouveau modèle d'offre de soins ne part pas d'une feuille blanche. Il existe déjà des hôpitaux belges, qui présentent déjà aujourd'hui des spécialisations pour les groupes-cibles auxquels ils s'adressent. Ces centres hospitaliers spécialisés sont des hôpitaux généraux qui s'inscrivent dans la prolongation des services aigus. Ils offrent des soins de référence et travaillent en étroite collaboration avec les hôpitaux aigus, mais aussi avec les autres acteurs de soins.

Nous demandons que le statut de ces centres hospitaliers spécialisés soit reconnu comme étant un hôpital général qui se spécialise dans le diagnostic, le traitement ou la révalidation de populations-cibles spécifiques et qui ne dispose dès lors pas de lits de chirurgie / médecine et de pédiatrie ou de maternité. Ces hôpitaux pourront soit s'intégrer dans un réseau hospitalier, soit collaborer avec un ou plusieurs réseaux hospitaliers afin de constituer ainsi un des maillons d'une chaîne continue d'offre de soins aux patients.

La Région de
Bruxelles-Capitale



III. Les ressources humaines

L'ENJEU

Il faut pouvoir disposer de professionnels de soins en quantité suffisante et mieux attribuer ces effectifs du personnel pour dispenser des soins de qualité personnalisés et adaptés à la lourdeur croissante des pathologies.

≡ DÉFIS

Les attentes des patients changent. Ils s'attendent à une prise en charge personnalisée, sur mesure, aussi brève et confortable que possible. Parallèlement, dans les hôpitaux, les techniques médicales plus performantes permettent de diminuer de plus en plus les durées de séjour. Pensons par exemple au placement des prothèses totales de hanche (PTH) qui peut aujourd'hui, pour certains patients, se faire en hôpital de jour.

≡ Augmentation généralisée de la lourdeur des soins

Ainsi, entre 2003 et 2014, la durée moyenne de séjour a chuté de 8,26 à 6,99 jours, soit une baisse moyenne de plus de 15%. Cette diminution moyenne est plus prononcée dans les soins chroniques que dans les soins aigus²³. Par ailleurs, des réductions de séjour plus ciblées sont aussi observées dans des domaines bien particuliers, comme la réduction des séjours en maternité.

En même temps, on prévoit que le nombre d'hospitalisations classiques en Belgique devrait augmenter, entre 2014 et 2025, de quelque 215.000 unités, soit une augmentation totale de 11,8% et une augmentation moyenne de 1,02% par an²⁴.

Il ressort de ce qui précède que le nombre d'admissions augmente alors que les durées de séjour hospitalier diminuent : les prises en charge deviennent donc de plus en plus

aiguës à l'hôpital ainsi qu'après la sortie. Dans les soins de santé mentale aussi, les patients sont de plus en plus traités à domicile ou dans un environnement de substitution au domicile, si bien que ce ne sont plus que les pathologies les plus aiguës qui sont encore soignées à l'hôpital.

Même constat en maison de repos. Les personnes âgées restent plus longtemps à domicile, soutenues par la 1^{ère} ligne, et arrivent plus dépendantes en institution.

Nous constatons donc une augmentation généralisée de la lourdeur des soins prodigués en institution de soins.

Diminution du nombre de résidents peu dépendants (avec un forfait O ou A) en maison de repos à Bruxelles

2009	2010	2011	2012	2013
43,9%	42,7%	42,3%	39,7%	38,2%

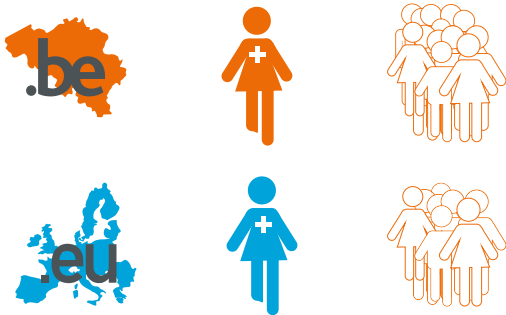
Source : Agence Intermutualiste AIM-IMA, 2016

☰ Du personnel en quantité suffisante

Malgré les besoins croissants, force est de constater que les normes de personnel restent identiques. Qui dit raccourcissement des séjours hospitaliers, dit *turn-over* des patients plus élevé et donc aussi patients plus aigus puisque le nombre de jours où ils étaient déjà autonomes, et où leurs symptômes (douleur post-opératoire p.ex.) étaient déjà contrôlés, diminue de plus en plus. **Le cadre de personnel financé n'est plus adapté à cette charge de travail qui devient de plus en plus lourde pour le personnel.**

Qui plus est, il faut être conscient que la **pénurie d'infirmiers** va augmenter sensiblement en 2019, notamment avec le passage des études à 4 ans. Le secteur des soins de santé va devoir engager, au cours des prochaines années, des milliers de professionnels de soins supplémentaires. Pour répondre à cette demande, la formation d'étudiants ne suffira plus. Le secteur se demande où il pourra trouver la main-d'œuvre nécessaire.

Le nombre d'infirmiers par patient en Belgique est inférieur à la moyenne européenne. En effet, selon les chiffres publiés dans *The Lancet* en 2014, chaque infirmier prend en charge en **Belgique 11 patients**, tandis que la **moyenne européenne est de 8,3²⁶**.



☰ Des risques à la fois pour les patients et pour le personnel

Un manque de personnel entraîne inéluctablement des risques de dégradation de la qualité des soins, comme l'ont démontré les résultats de l'étude européenne RN4CAST, la plus grande jamais réalisée. Une augmentation de la charge de travail des infirmiers augmente la probabilité de décès. De même, une augmentation du staff infirmier est associée à une diminution du risque de mortalité.

Pour le personnel lui-même, cette situation de pénurie a également un impact de taille. En effet, le personnel soignant est de plus en plus mis sous pression. Il n'échappe donc pas au risque de *burnout*, qui est de manière générale particulièrement élevé dans le secteur des soins.

En avril 2018, l'Ordre national français des infirmiers a publié les résultats d'un sondage reflétant un sentiment de mal-être global chez les soignants²⁷. 63% d'entre eux ont d'ailleurs répondu ressentir « très souvent » au moins un symptôme d'épuisement professionnel. Un tel sondage en Belgique déboucherait très probablement sur des résultats similaires.

☰ Plus de personnel autour du patient

Les autorités doivent injecter prioritairement des moyens complémentaires pour augmenter le personnel autour du **patient hospitalisé**. Une augmentation considérable de l'encadrement infirmier permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge et de diminuer la mortalité. Mais le renforcement de l'encadrement doit dépasser le chevet du patient, et s'élargir à des fonctions indispensables actuellement fortement sous-financées, telles que par exemple le service social – intervenant important pour préparer la sortie du patient, les services informatiques, etc. L'application du principe des « *shared savings* », dans lequel les budgets économisés grâce aux gains d'efficacité sont réinvestis dans le secteur, peut contribuer à ce refinancement.

Dans le secteur de la **santé mentale**, il y a lieu d'actualiser les normes d'agrément de personnel des IHP qui vont bientôt atteindre 30 ans d'âge. La section santé mentale de la COCOM a approuvé en 2016 des projets de nouvelles normes qui attendent d'être approuvés par le Collège réuni. Leur financement ne couvre pas l'ensemble des besoins. Il faut financer d'abord ce qui est imposé par les normes d'agrément, à savoir :

- une fonction de coordination de l'IHP ;
- les indemnités de garde du personnel 24h/24.

En outre, il faut financer du personnel administratif et logistique, non prévu dans les normes mais indispensable²⁸.

Le financement du personnel des conventions de revalidation psychosociale pour adultes et du psychiatre en MSP doit également être actualisé pour couvrir les coûts réels.

Dans le secteur des **personnes âgées**, nous plaidons pour l'octroi d'un même financement des soins aux résidents de même degré de dépendance en lits MRPA et lits MRS.

Sachant que la norme de personnel soignant est plus élevée en MRS qu'en maison de repos, que les autorités ont jusqu'à présent limité le nombre de lits MRS pour des raisons budgétaires, qu'il manque plus de 1500 lits MRS à Bruxelles puisque c'est le nombre de résidents de profil MRS qui séjournent dans des lits de maisons de repos, il y aurait lieu d'attribuer un financement en fonction du profil de dépendance du résident et non plus en fonction du statut MRPA ou MRS du lit dans lequel il se trouve.

☰ Une délégation intelligente des tâches entre les métiers de la santé

Une délégation intelligente entre les métiers de la santé devrait permettre de valoriser au maximum les compétences des professionnels. Ceci constituerait un début de réponse à la pénurie d'infirmiers et de certains médecins-spécialistes. Nous plaidons, par exemple, pour une répartition plus efficiente des tâches entre l'infirmier et l'aide-soignant là où c'est possible et souhaitable, tout en maintenant l'objectif de qualité des soins. Dans le même ordre d'idées, nous demandons également que le corps médical puisse à son tour déléguer plus de tâches au corps infirmier ou aux techniciens. Cette flexibilité dans la répartition des tâches permettra non seulement de répondre plus facilement aux besoins des patients, mais motivera aussi le personnel qui sera pleinement valorisé pour toutes ses compétences.

☰ Une flexibilité dans l'attribution du personnel entre les différentes activités développées par les institutions de soins et leur réseau

Lorsque l'on développe plusieurs types d'activités sur un même site, on doit pouvoir utiliser les moyens de manière plus rationnelle, comme par exemple répartir le personnel entre ces activités en fonction des besoins des patients et pas en fonction des normes strictes de chaque service, en veillant toujours à la qualité des soins.

≡ Une flexibilité dans les avantages individuels octroyés aux collaborateurs

Les rémunérations individuelles sont, la plupart du temps, figées dans des barèmes de rémunération brute. Les avantages individuels de toute nature, comme les chèques repas, peuvent uniquement être octroyés en sus de cette rémunération mais ne sont jamais financés. Nous demandons une flexibilité dans les avantages individuels octroyés aux collaborateurs, pour que l'employeur puisse permettre aux travailleurs de composer eux-mêmes une partie de leur package salarial au sein même du barème (ex. plans cafétéria). Ainsi, le coût demeure inchangé pour l'employeur tandis que les travailleurs optent pour un élément de rémunération correspondant à leurs besoins actuels.

≡ Une simplification drastique des enregistrements afin de diminuer la charge administrative

Les institutions de soins doivent enregistrer énormément de données, souvent au détriment du temps que leur personnel pourrait consacrer aux soins. Certains enregistrements ont lieu plusieurs fois, sous des formes légèrement différentes. D'autres enregistrements semblent n'avoir d'autre but que de répondre à des questions parlementaires.

GIBBIS plaide pour la suppression de tous les enregistrements qui ne sont pas utilisés à des fins de qualité ou de financement. Ainsi, par exemple, le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) pourrait être supprimé.

Pour les autres enregistrements, nous sommes en faveur

- du principe «*only once*»: l'hôpital enregistre la donnée une seule fois et ce sont les autorités qui se l'échangent entre elles;
- de l'enregistrement électronique au maximum. Dans ce cadre, il faut par exemple donner la priorité au développement du *Snomed CT* (un standard médical pour la documentation et le codage de données médicales);
- d'une collecte maximale des informations dans un échantillon représentatif d'institutions, au lieu d'une collecte systématique. Ainsi, les moyens disponibles pour l'enregistrement peuvent être concentrés pour arriver à un financement correct de l'enregistrement.

≡ Harmonisation du financement des rémunérations à travers les différents secteurs

Suite à la communautarisation des compétences, nous constatons une désynchronisation des financements pour les rémunérations et conditions de travail entre les différents secteurs des soins de santé (public / privé, hospitaliers / soins de santé mentale / personnes âgées). Ainsi, en guise d'exemple, la nouvelle classification des fonctions IF-IC n'a pas été introduite dans les maisons de repos, initiatives d'habitation protégée et maisons de soins psychiatriques relevant de la COCOM. **À fonction égale, le travailleur devrait être financé de façon équivalente dans les différents secteurs des soins de santé.**



☰ RÉFÉRENCES

1. Health ProspectING 2018, La gestion efficiente des séjours hospitaliers, mars 2018.
2. Source: déclaration conjointe pour la réalisation d'une nouvelle politique de soins de santé mentale pour les personnes âgées - Moniteur belge du 12/12/2018.
3. Même si la frontière entre les lignes n'est pas toujours claire, nous entendons par la 1^{ère} ligne les prestataires auxquels le patient s'adresse directement sans être envoyé par un autre prestataire, alors que la 2^{ème} ligne concerne les prestataires auxquels le patient a été référé par un prestataire de la 1^{ère} ligne.
4. Afin de renforcer l'offre d'unités spécialisées pour les patients souffrant d'un double diagnostic handicap intellectuel et maladie mentale, il faut :
 - Hôpital : upgrader en personnel 180 lits T pour créer 6 unités de 20 lits dont 1 à Bruxelles, afin de dispenser des soins intensifs et limiter la durée de l'hospitalisation de ce public. Budget estimé : 8.862.000 €, dont 1.477.000 € à Bruxelles.
 - MSP : upgrader en personnel 20 lits MSP à Bruxelles. Budget estimé : 338.000 €.
 - Cellule mobile d'intervention « Maya » à Bruxelles : renforcer les missions de soins, et de formation et d'immersion des partenaires du réseau. Budget estimé : 369.000 €.
 - Centre d'hébergement et centre de jour : ajouter 20 places pour chacun, financer si besoin les travaux et renforcer l'encadrement.
5. Il manque en effet 500 lits MSP à Bruxelles pour atteindre la programmation.
6. Le financement d'un lit MSP à charge d'Iriscare s'élève à environ 50.000 € par an, le financement d'un lit IHP à +/- 17.000 € par an.
7. Etat Fédéral, Vlaamse Gemeenschap en Vlaams Gewest, région wallonne, Fédération Wallonie-Bruxelles, Commission communautaire de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire française, Communauté germanophone.
8. Etude des Mutualités libres Envol des maladies chroniques, mars 2018.
9. OCDE, Health expenditure as a share of GDP, 2017 (or nearest year).

France	11,5	Denmark	10,2
Germany	11,3	Netherlands	10,1
Sweden	10,9	Belgium	10,0
Austria	10,3	United Kingdom	9,6
10. Etude MAHA 2018
11. Cf introduction
12. « L'effet multiplicateur de 2 » - Lieven Annemans, professeur d'économie de la santé à l'UGent
13. Iriscare est un Organisme d'Intérêt Public (OIP) bruxellois bicommunautaire qui est responsable, depuis fin 2017, de la gestion des compétences transférées dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat. Iriscare est compétent pour l'assistance aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'un handicap, les maisons de repos ainsi que les maisons de repos et de soins, les centres d'accueil, les services d'aide à domicile, les fauteuils roulants, les soins de première ligne, les allocations familiales...
14. Voir chapitre III
15. Avis du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) du 14 juin 2018 concernant les besoins prioritaires 2019.
16. Selon le World Migration Report 2015, Bruxelles est la ville la plus cosmopolite d'Europe, et même la deuxième au niveau mondial après Dubaï. En effet, au 1^{er} janvier 2016, 182 nationalités sont représentées parmi les habitants de Bruxelles (Source : IBSA, SPF Economie – Statistics Belgium). Selon le 3^{ème} baromètre des langues, organisé par BRIO en 2013, 104 langues sont parlées en Région de Bruxelles-Capitale.
17. Chiffre d'Actiris de décembre 2018: press.actiris.be/decembre-2018--50e-baisse-succesive-du-chomage-a-bruxelles#
18. Chiffres 2015 de l'Institut bruxellois de statistique et d'analyse
19. Des études du Pr Dr Bruffaerts dans le cadre de la mise en place des réseaux santé mentale pour enfants, il ressort que les personnes qui ont un bas revenu ou un revenu moyen ont 1,41 fois plus de chance de présenter un problème psychiatrique.
20. De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Eeckloo K. Governance models for hospital collaborations. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian. Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 277. D/2016/10.273/92
21. Ce dernier élément a d'ailleurs été rappelé dans un avis de la plénière du CFEH concernant les freins et incitants à la collaboration entre hôpitaux dans le BMF du 23 mars 2017, CFEH/D/SF/136-3, p. 5
22. La programmation est l'outil par lequel les pouvoirs publics encadrent l'évolution de l'offre de soins compte tenu des besoins de la population à desservir.
23. Rapport du KCE 289b 'Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité'; juin 2017.
24. Rapport du KCE 289b 'Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité'; juin 2017.
25. issue de l'Etude de l'Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles
26. AIKEN L.H. et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, The Lancet, February 2014.
27. www.actusoins.com/298927/depression-epuisement-professionnel-mal-etre-lordre-national-des-infirmiers-publie-des-resultats-inquietants.html
28. Soit un total de 1.880.000 € à ajouter au budget 2019 des IHP qui est de 7.509.000 €, dont 675.000 € pour la fonction de coordination, 655.000 € pour les gardes et 545.000 € pour le personnel administratif et logistique.

Annexe : Liste des abréviations utilisées

BMF :	Budget des Moyens Financiers
CFEH :	Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers
COCOM :	Commission Communautaire Commune
DPI :	Dossier Patient Informatisé
EBM :	Evidence Based Medicine
ETP :	Equivalent Temps Plein
IHP :	Initiative d'Habitation Protégée
INAMI :	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
KCE :	Centre belge d'Expertise des Soins de Santé
MR :	Maison de Repos
MRPA :	Maison de Repos pour Personnes Agées
MRS :	Maison de Repos et de Soins
MSP :	Maison de Soins Psychiatriques
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PIB :	Produit Intérieur Brut
RGPD :	Règlement Général de Protection des Données
RPM :	Résumé Psychiatrique Minimum
SSM :	Soins de Santé Mentale
TVA :	Taxe sur la Valeur Ajoutée



GIBBIS

Gezondheidsinstellingen Brussel
Bruxelles Institutions de Santé

Avenue Herrmann-Debroux 40-42
1160 Bruxelles
T +32 2 669 41 00
gibbis@gibbis.be
www.gibbis.be

Avril 2019

Éditeur responsable : Dieter Goemaere - GIBBIS
Avenue Herrmann-Debroux 40-42 - 1160 Bruxelles