

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 14/07/2005

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section « Programmation et Agrément »

RÉF. : CNEH/D/PSY/248-2 (*)

AVIS EN MATIÈRE DE SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

Pour le Pr. J. Janssens, Président,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) CET AVIS A ÉTÉ RATIFIÉ PAR LE BUREAU SPÉCIAL LE 14 JUILLET 2005

Introduction

La lettre de M. R. Witmeur, chef de cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, demandant de procéder à un inventaire des simplifications administratives possibles dans divers domaines, comme la facturation, la communication, la collecte de données, etc. (voir annexe) est directement à l'origine de cet avis. Cet inventaire constitue l'un des points prioritaires formulés par le secteur des soins de santé mentale dans le cadre des dialogues de la santé organisés par le Ministre Rudy Demotte. Le courrier mentionné ci-avant a également été adressé à la commission de convention au niveau de l'INAMI.

La mission a été confiée à un groupe de travail *ad hoc* dans lequel étaient impliqués, outre des membres du groupe de travail permanent Psychiatrie (R. De Rycke comme président, J.-C. Frogneux, K. Van Attenhoven, I. Van Der Brempt, J. Van Holsbeke et J. Holsbeek comme secrétaire), également des experts permanents et *ad hoc* (P. Claeys, L. Gelade, D. Henrard, D. Lebe, K. Oosterlinck, Pr I. Pelc, M. Vandervelden, Y. Wuyts) et des collaborateurs du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (D. Dicker, J.-P. Gorissen, J.-C. Renaut, E. Hennuy et G. Ceuterick) et de l'INAMI (D. Crabbe).

Le présent avis restitue uniquement les propositions issues du groupe de travail *ad hoc* au niveau du groupe de travail permanent Psychiatrie. Par conséquent, aucun avis intégré n'a été élaboré avec la commission de convention au niveau de l'INAMI.

Nous soulignons que l'avis contient un certain nombre de propositions de simplification administrative dont le champ d'application peut dépasser le cadre du secteur des soins de santé mentale.

En vue d'une approche structurée, les domaines suivants seront abordés successivement : facturation, collecte de données (RPM, enquête annuelle, FINHOSTA et établissement de rapports), communication et réglementation.

Étant donné que le secteur des soins de santé mentale nourrit malgré tout l'espoir qu'il sera effectivement procédé à une simplification administrative, le groupe de travail *ad hoc* a estimé judicieux de limiter l'inventaire à des simplifications pertinentes et réalisables qui soient de la plus grande efficacité possible.

1. Facturation

En ce qui concerne ce domaine, nous renvoyons, en premier lieu, aux propositions de la commission de convention au niveau de l'INAMI. Au cours des discussions au sein du groupe de travail *ad hoc*, d'aucuns ont suggéré un financement direct des plateformes de concertation de soins de santé mentale, sans passer par l'étape intermédiaire du budget des moyens financiers des hôpitaux psychiatriques. Il en va de même pour les projets pilotes relatifs au renouvellement en matière de soins.

D'aucuns nourrissent l'espoir que l'utilisation généralisée de CARENET (également pour les maisons de soins psychiatriques) impliquera une simplification administrative substantielle.

2. Collecte de données

Les différentes séances du groupe de travail *ad hoc* ont débouché sur un certain nombre de principes auxquels devraient être confrontées les collectes de données tant existantes que futures. La note de la *Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg* (association flamande des soins de santé mentale) intitulée « *Meetskunde voor de geestelijke gezondheid: over de GGZ weten is met zorg meten* » a également constitué une source d'inspiration pour la formulation de ces principes. Si ces principes ne sont pas satisfaits, ou pas suffisamment, nous attendons une suppression ou une adaptation des collectes de données existantes, ou la non-introduction d'une collecte de données nouvellement proposée. Voici, ci-après, un aperçu de ces dix principes ou directives.

1. La collecte de données ne peut avoir lieu au détriment des services offerts au patient

Dans la pratique, la collecte de données se fait souvent au détriment des services dispensés au patient. Cette constatation découle notamment des plaintes de patients à l'adresse du médiateur, comme : « le personnel soignant s'occupe davantage de paperasse que de nous » ou « le médecin regarde plus souvent l'écran de son ordinateur qu'il ne m'écoute ».

Ce principe implique une affectation et un financement suffisants de personnes, mais aussi de moyens, comme les logiciels et le matériel informatique et les systèmes de réseau nécessaires.

2. La pertinence de la collecte de données doit être examinée à la lumière des trois aspects suivants : qualité, monitoring et politique suivie.

Le caractère judicieux de la collecte de données doit être évalué sur le plan de la qualité, du monitoring et fournir préparation et encadrement à la politique suivie à des niveaux différents (« microniveau », ou niveau de l'établissement, « mésoniveau », ou niveau du secteur, et « macroniveau », ou niveau des pouvoirs publics). Par évaluation de la qualité, on entend, en premier lieu, la collecte de données fiables. Il va sans dire que l'optimisation de la qualité du service constitue également une importante pierre de touche en matière de collecte de données. Les données de monitoring collectées au cours d'un processus de soins permettent de justifier les éléments indispensables dans un cahier des charges (description des besoins en matière de traitement, unité de soins, fonctions de soins,... pour concrétiser une partie de programme de soins ou un module en favorisant la qualité). La collecte de données peut également permettre de soutenir la politique des pouvoirs publics relative à la fixation des besoins en matière de soins, à la définition d'une macropolitique de santé sur la base de données épidémiologiques,...

3. Dans chaque forme de collecte de données, il convient de veiller à une complémentarité maximale entre différentes autorités et services.

À l'heure actuelle, différentes autorités aux niveaux fédéral et communautaire (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Institut national

d'assurance maladie-invalidité, Communautés,...) collectent encore trop souvent les mêmes données. Le protocole d'accord conclu entre le niveau fédéral et le niveau des Communautés en matière d'échange de données constitue une bonne amorce de complémentarité, mais revêt encore un caractère trop facultatif.

4. Lors de la collecte de données, il convient d'accorder l'attention nécessaire à l'aspect de la comptabilité

Ce principe s'inscrit dans le prolongement du précédent. Ainsi le dossier médical du médecin généraliste, par exemple, doit être compatible avec le dossier de patient électronique de l'hôpital. En réalité, le dossier de patient électronique devrait constituer la base de la collecte de données.

5. Lors de la demande de données, une standardisation maximale sera visée

Il ne s'agit pas tant de viser un enregistrement intégralement uniforme, mais bien une certaine standardisation permettant de compléter les documents de manière plus aisée, résultant en un gain de temps convenable. Il faut tendre vers un ensemble minimal de données standardisé et commun tant au sein du secteur des soins de santé mentale (exemples : données de structure, données de processus, données de résultats,...) qu'au-delà des limites du secteur (exemples : numéro de carte SIS, date de naissance,...).

Ce principe peut également impliquer que différents rapports annuels concernant diverses activités puissent être remplacés par un seul rapport. Concrètement, nous songeons aux plateformes de concertation de soins de santé mentale qui doivent transmettre annuellement un rapport d'activités, un rapport relatif à la coordination des soins concernant les abus de substances, sans oublier un autre rapport relatif au médiateur.

6. Il convient d'éviter l'envoi multiple des mêmes données sous différentes formes (papier, support magnétique, ...)

Des données complètement identiques sont toujours transmises, à l'heure actuelle, aux pouvoirs publics sous différentes formes.

7. Toute collecte de données doit donner lieu à un feed-back

L'enregistrement de données ne peut pas impliquer un trafic à sens unique ; il doit résulter en une interaction dynamique. Une quantité assez substantielle de données qui sont collectées ne donne lieu à aucun feed-back, sous quelle forme que ce soit. Les établissements se posent des questions telles que : à quoi sert l'information, quelles conclusions peut-on tirer, dans quelle mesure l'information est-elle transparente et disponible, ne vaudrait-il pas mieux éviter désormais de demander les données qui ne

sont pas utilisées ? En fournissant le feed-back nécessaire ou en permettant de demander des données, on ne peut que stimuler les établissements à transmettre des données correctes et dans les délais, et cela présente l'avantage d'utiliser les données de feed-back au microniveau et au mésoniveau, avec ce que cela implique en valeur ajoutée en matière de *benchmarking*.

8. Un lien direct entre l'enregistrement et le financement est vivement déconseillé en vue d'éviter une tendance à pousser aux prestations et à falsifier les enregistrements

Un lien direct entre l'enregistrement et le financement peut mener à un enregistrement des données moins objectif, voire incorrect. Cela n'empêche pas que les données collectées au mésoniveau peuvent être utilisées, par exemple, pour l'organisation globale du financement des types d'établissement.

9. Toute collecte de données doit reposer sur un protocole d'accord entre les acteurs concernés en établissant des procédures et des accords relatifs à la conservation, à la consultation et au contrôle des données.

Un protocole d'accord avec des procédures et des accords relatifs à la conservation, à la consultation et au contrôle des données peut permettre de prévenir de nombreux problèmes. Il offre un cadre juridique incluant les droits et les devoirs des acteurs concernés, en accordant une attention spécifique à la protection de la vie privée et au secret professionnel. L'élaboration du protocole d'accord doit avoir lieu en concertation avec tous les acteurs concernés.

10. En vue de garantir la qualité et l'efficacité de la collecte et du traitement des données, des évaluations techniques, des directives claires et une formation spécifique éventuelle sont requises, de même qu'un calendrier réaliste pour l'introduction des données.

Il est possible de gagner un temps considérable aux différents niveaux en procédant préalablement à des évaluations techniques, en fournissant des directives claires et, dans un certain nombre de cas, en organisant également une formation spécifique. Cette formation peut impliquer une initiative tant au niveau des pouvoirs publics qu'au niveau des établissements. Par le biais de ces évaluations techniques, nous tendons uniquement à éviter des logiciels fonctionnant mal. Il est préférable de ne pas enregistrer du tout que de mal enregistrer au moyen d'un logiciel qui fonctionne mal. Ce principe comprend également l'utilisation univoque de la terminologie. Des notions et des termes sujets à interprétation sont encore trop souvent utilisés.

Après ces 10 principes, nous nous attardons sur les trois sous-domaines de la collecte de données suivants : RPM, enquête annuelle et FINHOSTA et établissement de rapports.

- **R.P.M.**

E partant des 10 principes évoqués en matière de collecte de données, plusieurs propositions générales peuvent être formulées en vue d'alléger la charge de travail sans entamer la qualité des données.

a. Une meilleure définition des objectifs de l'enregistrement du RPM doit permettre de supprimer un certain nombre d'items moins pertinents ou de les insérer moins fréquemment dans des demandes de renseignements.

b. Une scission entre un jeu de données continu, ou permanent, et un jeu temporaire, allant de 3 à 5 ans, est assurément indiqué. Le jeu permanent contient des données administratives (données relatives à l'admission et à la sortie, données d'admission et de sortie en ce qui concerne les services, etc.) et un jeu limité de données relatives aux patients (données sociodémographiques et diagnostiques). L'enregistrement moins fréquent peut être plus vaste, impliquant une demande de renseignements sur des caractéristiques du patient et des soins déterminés en fonction des besoins. A cet égard, il importe de signaler l'enregistrement *ex ante*. Un enregistrement *ex post* de ces données ne peut pas avoir lieu.

c. Nous constatons, en outre, que l'enregistrement actuel part d'une demande de renseignements sur la base de périodes administratives, où le questionnement porte toujours sur des données relatives au contenu des soins. Le contenu des soins change toutefois rarement en fonction d'une modification purement administrative. La proposition tend à aboutir à une scission de l'enregistrement en des données purement administratives, d'une part, et en des données quant au contenu des soins, d'autre part.

d. Dans le prolongement du 7^e principe en matière de collecte de données, il est souhaitable de mettre l'ensemble des données enregistrées à la disposition des établissements de manière accessible et anonymisée. Il va sans dire qu'il doit s'agir de données comparables.

e. Dans le cadre du développement des circuits et des réseaux de soins, il est également souhaitable de créer une identification de patients unique avec les garanties nécessaires pour le vie privée du patient. De cette manière, un seul et même patient peut être suivi au travers des différentes formes de l'offre de soins.

Conseils concrets :

- Données d'admission : supprimer axes IV et V dans le bloc 3 (MA16.10-MA16.20)
- Données de traitement : blocs 4, 5, 6 et 7 (symptômes et activités de soins) : demander seulement tous les 3 à 5 ans (MT10.01-MT17.20)
- Données de sortie : supprimer symptômes (MD08.01-MD08.53) ; enregistrement tous les 5 ans des objectifs thérapeutiques (MD10.01-MD11)
- Supprimer les données d'enquête et les remplacer par des demandes de renseignements *ad hoc* axées sur un objectif déterminé
- Création légale d'une identification de patients unique et anonymisée

- **Enquête annuelle et FINHOSTA**

Dans le cadre de la simplification administrative, on vise, dans le cadre de l'enquête annuelle, une coopération plus intense entre les différents niveaux de l'administration, de même qu'une informatisation plus avant de la collecte de données.

Concernant FINHOSTA, la préférence est accordée à une collecte de données unique qui résulte en une banque de données appropriée pour différentes applications, et non plus différentes collectes de données dont il découle plusieurs banques de données selon l'application choisie. Dans ce cadre, il convient d'éviter l'acquisition de logiciels onéreux pour l'analyse de données.

Conseils concrets concernant l'enquête annuelle :

- À court terme : supprimer ou, du moins, simplifier un certain nombre de données qui impliquent beaucoup de travail (niveau I.3 « Organisation hospitalière » : composition, comité de direction, conseils hospitaliers, comités et commissions hospitaliers ; niveau I.3.4 « Economies globales » : chiffres de consommation annuels et déchets)
- À long terme : aboutir, sur la base d'une analyse, à une amélioration des liens entre les différentes données relatives au personnel (FINHOSTA, données statistiques annuelles, INAMI, ...).

Conseils concrets concernant FINHOSTA :

- À court terme : fournir un feed-back aux établissements ; intégrer les données relatives à la fin de carrière dans FINHOSTA et améliorer l'univocité des différents items.
 - À moyen terme : adaptation systématique du programme prévu en fonction de l'évolution de la législation et suppression des données non utilisées ; fournir l'accès par internet aux résultats nationaux pour permettre le *benchmarking* au niveau des établissements ; mettre des PC portables à la disposition des services d'inspection du SPF SPSCAE de sorte que des contrôles locaux puissent également avoir lieu électroniquement ; examiner la possibilité d'intégrer dans FINHOSTA les données du FBI et les MSP.
 - À long terme : idem enquête annuelle.
-
- **Établissement de rapports**

Dans l'établissement de rapports, une distinction peut être faite entre

- a. les rapports et les documents qui sont demandés par la Cellule SSM (Service Soins de santé psychosociale – SPF SPSCAE) dans le cadre des projets pilotes en cours et ceux concernant les activités des plateformes de concertation de soins de santé mentale ;
- b. les rapports et les documents qui sont demandés par le Service Comptabilité et gestion des hôpitaux (SPF SPSCAE) dans le cadre de la législation relative au financement.

Conseils concrets :

- Ramener les rapports existants des plateformes de concertation (rapport d'activités, rapport de *case management* et rapport du médiateur) en un seul rapport ;
- Utiliser, dans la mesure du possible, la même date butoir pour le dépôt des différents rapports ;
- Scinder les rapports pour la Cellule SSM en une partie standardisée et une partie variable ;
- Dans le cadre de projets pilotes, attribution de numéros ou de codes d'identification uniques aux patients en vue d'une représentation réaliste des mouvements de patients tant au niveau individuel qu'agrégé, dans le respect de la législation relative à la vie privée.

Dans le contexte plus vaste du présent avis, les recommandations suivantes sont en outre formulées :

- Pour les plateformes de concertation et, en principe, pour tous les projets pilotes : un financement direct (sur la base d'une convention) au lieu du budget des moyens financiers d'un hôpital. Un financement indirect peut rester indiqué pour certains projets pilotes.
- Pour les projets pilotes : durée minimale de trois ans, avec un prolongement éventuel de trois ans (nécessaire à l'élaboration d'un agrément et d'un financement réguliers) après une évaluation favorable pendant les trois premières années sur la base d'une collecte de données scientifiquement justifiée.
- Pour les projets pilotes : indexation et adaptations annuelles aux coûts relatifs à l'ancienneté pour les coûts de personnel, système d'avances (minimum 90 %) et solde après contrôle.

3. Communication

Le domaine de la communication comprend plusieurs relations : communication des établissements vers les patients, communication des pouvoirs publics vers les patients et communication des pouvoirs publics vers les établissements. Seule la communication des pouvoirs publics vers les établissements a fait l'objet de discussions mettant l'accent sur les directives.

Dans la pratique, il n'existe pas de regroupement ou d'inventaire des directives au service juridique du SPF SPSCAE. Pour les établissements, il est impossible de vérifier quelles directives sont encore en vigueur.

Une distinction peut être établie entre deux types de directives : les directives à valeur purement informative (p. ex. annonce de journées d'étude, simple appels pour des projets pilotes dans le cadre du renouvellement en matière de soins,...) et les directives à valeur plus juridique (p. ex. interprétation ou précision d'une loi, d'un arrêté royal ou ministériel, opinions relatives à des matières qui ne sont pas réglementées par la loi, appels pour des projets pilotes avec description des conditions quant au contenu et à la procédure,...). Les directives occupent la dernière position dans la hiérarchie des documents juridiques. Par le biais de cet avis, nous souhaitons éviter les directives, ou les limiter dans la mesure du

possible, lorsqu'elles fournissent des opinions relatives à des matières qui ne sont pas réglementées par la loi. Les établissements s'attendent à ce que le SPF SPSCAE indique quelles directives ayant une valeur juridique deviennent caduques, sont adaptées ou maintenues.

Conseils concrets :

- À court terme : numérotation des directives et attribution d'une date limite à des directives déterminées.
- À moyen terme : centralisation des directives, au minimum celles ayant une valeur juridique (cf. l'inventaire des directives administratives dans la réglementation fiscale), au service juridique du SPF SPSCAE avec contrôle d'une date limite éventuelle
- À long terme : mise à disposition de l'ensemble des directives via internet, sur la base de laquelle le SPF SPSCAE peut contrôler la validité à intervalles réguliers.

4. Réglementation

Il n'est pas toujours aisé de tracer une limite claire entre la simplification administrative et la modification portant davantage sur le contenu de la réglementation. En outre, le caractère spécifique des propositions de simplification administrative dans le secteur des soins de santé mentale peut donner lieu à une plus nette différenciation des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux généraux.

Dans un cadre axé sur les projets, on pourrait confronter les pratiques dans les faits à la réglementation existante en vue d'intégrer une plus grande flexibilité (p. ex. confronter la situation concrète du fonctionnement au-delà de l'indice hospitalier à la réglementation strictement liée à l'indice hospitalier), sans pour autant alourdir l'administration future.

Conseils concrets :

- Possibilité de la signature électronique et temps de distribution plus longs pour l'officine hospitalière ;
- En matière d'admissions forcées :
 - pas d'obligation de signaler au médecin-inspecteur chaque admission forcée, ainsi que chaque départ
 - tenue du registre électroniquement
 - assouplissement de la formule de soins de suivi
 - suppression du contrat écrit entre le service responsable de l'admission forcée et les établissements spécifiques pour fournir les soins de suivi
 - création d'une possibilité de prolongement pour les soins de suivi dans une situation de non-hospitalisation, comme en MSP, par exemple

- Assouplissement des délais dans lesquels un avis doit être fourni par les comités d'éthique

Il est en outre préconisé d'appliquer un certain nombre de dispositions législatives et réglementaires générales (p. ex. prescriptions relatives à la construction, environnement, sécurité (incendie),...) de manière plus flexible dans le secteur des soins de santé mentale avec, naturellement, les garanties nécessaires sur le plan de la santé, de la sécurité et du bien-être. Dans des cas déterminés, ces dispositions constituent un frein à la politique thérapeutique (p. ex. normes HACCP pour les cuisines de section, normes de sécurité incendie dans les bâtiments de pensionnaires d'habitations protégées, ...).

Annexe : 1

28 JUNI 2003

Nos réf : AKP/200799/24207

S-G
29-06-2004
N 24207

NOTE A MONSIEUR CUYPERS

Président du Comité de Direction du SPF Santé Publique.

Faisant suite aux Dialogues de la Santé, et dans le cadre des actions retenues comme prioritaires dans le secteur de la santé mentale, l'accent a été mis notamment sur la nécessité de réaliser un inventaire de toutes les simplifications administratives qui pourraient être réalisées pour le secteur, que ce soit au niveau de la facturation, de la communication avec les organismes assureurs, de la collecte de données,...

Cet inventaire doit être réalisé avec les acteurs concernés, et il est donc proposé de soumettre cette demande tant à la Commission de convention ad-hoc qu'aux membres du groupe de travail permanent « Psychiatrie » du Conseil National des Etablissements Hospitaliers.

Puis-je dès lors vous demander de faire le nécessaire pour transmettre officiellement cette demande au Président du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, ainsi qu'au Président du groupe de travail permanent « Psychiatrie » au nom du Ministre ?

SEC	
	DG2
	DG3
	DG4
	DG5
	FAV
	ISSP
	CODA


Renaud WITMEUR
Chef de cabinet

U:\My Documents\courrier rudy\documentaire\note verte cuypers ds santé mentale.doc

Service Public Fédéral
Sécurité Sociale



Avenue des Arts, 7
B - 1000 BRUXELLES
<http://socialsecurity.fgov.be>