

Analyse de la loi « réseautage » : réforme du paysage hospitalier

1 Rappel du contexte

Le 5 mai 2017, le Bureau de la FGTB wallonne prenait [position sur le dossier « réseaux hospitaliers »](#) suite aux premiers éléments qui étaient livrés par M. De Block à l'occasion de ses notes conceptuelles.

Si nous nous sommes saisis de ce dossier, c'est parce que, bien que cette réforme soit portée au niveau fédéral, les impacts sur le paysage hospitalier wallon seront déterminants, tant en termes d'agréments des hôpitaux qu'en termes d'organisation des soins territoriaux ; deux compétences de la Wallonie depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat.

C'est d'ailleurs parce que les compétences relatives aux hôpitaux sont réparties entre les différents niveaux de pouvoir que cette réforme, bien que pilotée par M. De Block, est menée au sein de la conférence interministérielle (CIM) et qu'elle implique tous les ministres de la Santé, tant de l'entité fédérale que des entités fédérées.

Fin 2017, suite aux réticences de l'ensemble des entités fédérées et à un blocage de plusieurs mois au sein du gouvernement fédéral, le projet de M. De Block a pris du retard et certaines modifications ont été apportées par rapport au projet initial.

Le 23 mars 2018, lors de son conclave budgétaire, le gouvernement fédéral a donné son feu vert à M. De Block pour déposer son avant-projet de loi « réseautage ». L'objectif annoncé de la réforme est bien d'aboutir à une rationalisation des moyens comme l'illustre ce *tweet* de M. De Block au sortir du conclave budgétaire : « « Accord historique réseaux hospitaliers: meilleure qualité de soins pour les patients, **moyens mieux utilisés** »¹

Le Conseil d'Etat s'est prononcé sur cet avant-projet de loi fin juin 2018, avalisant la légitimité de la compétence fédérale quant à cette proposition de loi.

¹ Le Soir, « Accord budgétaire : Charles Michel a présenté les nouvelles mesures », mis en ligne le 24/03/2018.

Lors de la CIM du 5 novembre 2018, les ministres de la Santé ont signé un **protocole d'accord** confirmant qu'il y aura **25 réseaux** pour l'ensemble de la Belgique et que ces réseaux doivent, ensemble, couvrir tout le territoire. La Wallonie obtiendra **8 réseaux** alors que la Flandre en obtiendra **13** et Bruxelles **4**.

Le 14 février 2019, après une deuxième saisine du Conseil d'Etat en décembre 2018, la Chambre a voté le projet de loi « **modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux** » (projet de loi « réseautage »).

Afin de saisir la portée des modifications, tant pour les travailleuses et travailleurs du secteur hospitalier que pour les patients ou encore la Wallonie elle-même dans l'exercice de ses compétences, nous avons initié, au sein de la FGTB wallonne, un groupe de travail spécifique qui s'est réuni deux fois, fin novembre 2018 et début février 2019.

L'objet de cette note est de mettre en avant les points d'attention qui ressortent de l'analyse effectuée lors des deux réunions du groupe de travail.

1.1 La problématique de la répartition des compétences

L'avis du Conseil d'Etat a été demandé deux fois afin de s'assurer du fondement juridique du texte de loi² et, dans un second temps, de se prononcer sur le respect des règles répartitrices de compétences³.

Dans ses avis, le Conseil d'Etat rappelle la **compétence fédérale pour le cadre général** (la programmation) et confirme la nécessité de **consulter chaque entité à propos de leurs compétences** et de **respecter les règles répartitrices des compétences** ainsi que le **principe d'égalité** de traitement entre tous les hôpitaux.

1.2 Timing à venir

En Wallonie, il est prévu un agenda en deux temps :

- 1) début avril, il sera demandé aux hôpitaux wallons de rendre une note d'intention de collaboration pour former un réseau. Cette déclaration doit comprendre un choix de préférence et un deuxième choix en cas d'impossibilité pour le premier choix. Cela devrait prendre plusieurs mois ;
- 2) dans un deuxième temps, les réseaux wallons seront formalisés sur base des déclarations reçues. Des arbitrages sont possibles si les déclarations d'intention ne permettent pas de distinguer nettement les différents réseaux. Ces arbitrages seront opérés par le ministre de la Santé en Wallonie et, comme le stipule l'avis du Conseil d'Etat, ces arbitrages devront respecter le cadre législatif fédéral mis en place par M. De Block à l'occasion de la loi « réseautage ».⁴

N.B. Etant donné que nous sommes en fin de législature, la formalisation des 8 réseaux en Wallonie sera actée par le prochain gouvernement.

Il est prévu que les réseaux soient formalisés pour l'ensemble de la Belgique avant la **fin 2020**.

² Voir avis du Conseil d'Etat n°63.313/3, rendu le 22 juin 2018.

³ Voir avis du Conseil d'Etat n°65.023/3, rendu le 16 janvier 2019.

⁴ Dans les faits, cette décision du ministre wallon devra être avalisée au sein de la CIM par l'ensemble des ministres concernés.

2 Le modèle « système de soins intégré »

La ministre De Block a donc initié une refonte totale de l'organisation de l'activité hospitalière et des hôpitaux pour l'ensemble des hôpitaux généraux et des hôpitaux académiques en Belgique⁵.

La loi prévoit de mettre en place des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux au sein desquels les hôpitaux devront collaborer de manière obligatoire pour les missions de **soins de base, dites locorégionales**⁶. Certaines missions de soins locorégionales seront disponibles au sein de chaque réseau mais pas dans tous les hôpitaux du réseau. Ces soins locorégionaux dits « spécialisés » seront donc « rationalisés » au sein de chaque réseau et plusieurs services actifs actuellement risquent d'être fermés. Exemples : pédiatrie, maternité...

D'autre part, des collaborations sont prévues entre les réseaux et certains hôpitaux dits « **points de référence** » pour les missions de **soins hyperspécialisés, appelées suprarégionales**⁷.

Un réseau aura la possibilité de conclure une convention de collaboration avec 3 points de référence différents pour une mission de soins suprarégionale⁸.

La distinction entre les différents types de soins n'est, pour le moment, pas établie de manière formelle.

Les hôpitaux individuels ont **l'obligation de collaborer formellement au sein d'un réseau** comprenant au moins un autre hôpital individuel. C'est là une première **condition sine qua non de leur agrément** : un hôpital général ou universitaire doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional.

2.1 Les éléments principaux de ce modèle sont :

- être doté de la personnalité juridique ;
- disposer d'un organe de gestion propre comprenant au moins un représentant de chaque hôpital faisant partie du réseau et au moins un administrateur entièrement indépendant ;
- disposer d'un médecin en chef de réseau ou d'un collège de médecins en chef de réseau ;
- disposer d'un conseil médical propre au réseau ;
- possibilité de disposer d'un financement propre au travers d'un budget des moyens financiers (BMF) propre ;
- disposer d'un comité d'éthique.

2.2 La délimitation territoriale du réseau

L'approche territoriale stricte (continuité et pas de chevauchement) qui prévalait au départ posait de gros problèmes car elle faisait l'impasse sur les associations constituées au fil du temps et sur les particularités territoriales que connaissent certaines Régions telles Bruxelles ou la Wallonie ou encore la Communauté germanophone.

⁵ Les hôpitaux psychiatriques ne sont pas concernés par cette « obligation de mise en réseau » mais ils peuvent y participer sur base volontaire.

⁶ Exemples : fonction chirurgicale d'hospitalisation et chirurgicale de jour...

⁷ Exemples : service de chirurgie cardiaque, service de génétique...

⁸ Si ledit réseau possède un point de référence en son sein, il ne pourra signer de convention qu'avec deux autres points de référence seulement.

Suite à certaines modifications, le texte de loi stipule maintenant que « la zone géographique couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional **est de forme continue** »⁹ à l'exception des réseaux hospitaliers dont font partie des hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi, Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale. De même, il est précisé que cette zone doit être considérée sur **base des flux de patients réels**.

Cependant, malgré ces modifications, il reste bien des **obstacles** pour la Wallonie :

- si une forme de discontinuité est permise pour certaines grandes villes, cela ne sera pas le cas sur le reste du territoire ;
- que recouvrent exactement les notions de « flux de patients réels » et de « réseaux logiques » ?¹⁰ ;
- le gouvernement fédéral estime que les chevauchements sont de préférence à limiter même s'il appartient aux entités fédérées (autorités compétentes en matière d'agrément) d'opérationnaliser davantage le principe des réseaux continus ;
- de même, les associations transnationales et la possibilité de réseaux avec la France ou l'Allemagne a également été écartée ;
- enfin, on part du principe que l'association « philosophique » doit être dépassée.

3 Les principales préoccupations pour le secteur hospitalier et les travailleurs

3.1 Les dangers pour l'ensemble du secteur hospitalier

Le modèle de réseautage envisagé dans ce projet de loi a permis de lever certains obstacles :

- de lever des blocages du côté flamand ou encore du côté des médecins qui se sont vus accordés plus de responsabilité au niveau de la gestion du réseau ;
- de ne pas obliger dès la constitution des réseaux l'intégration maximum des hôpitaux au sein des réseaux et de permettre une dynamique d'intégration volontariste ;
- de diminuer la pression et la mise en concurrence entre les différents pôles universitaires en augmentant la possibilité de points de référence.

Mais la dimension libérale du modèle portée par le gouvernement fédéral depuis le départ reste très présente.

Deux éléments illustrent plus particulièrement cette tendance :

- 1) **le poids renforcé des médecins dans la prise de décision**. Ex. l'article 32 de la loi « réseautage » stipule que « les décisions [relatives aux missions exclusivement dévolues au réseau] sont prises au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en concertation mutuelle entre la gestion du réseau et le conseil médical du réseau ;
- 2) **un risque de commercialisation accrue** qui aura des impacts tant sur la Wallonie que sur les patients eux-mêmes. Ex. les hôpitaux vont devoir se positionner pour obtenir (ou ne pas perdre) les missions de soins les plus rentables. De même, la dynamique d'intégration continue aura pour effet que certains services vont fusionner, fermer, voire être transférés au réseau. Dans ces cas, l'externalisation de ces services médicaux (laboratoire médical, pharmacie hospitalière...) ou non-

⁹ Article 7 du projet de loi « réseautage »,

¹⁰ La situation de Bruxelles, et le fait qu'elle draine une patientèle largement plus importante que les seuls habitants bruxellois, doit également être prise en compte.

médicaux (*catering*, lingerie, nettoyage...) pourrait engendrer une privatisation et une commercialisation accrue. Enfin, certaines missions de soins (ORL, dermatologie...), dites plus rentables, risqueraient également de sortir du giron de l'hôpital pour aller vers le secteur ambulatoire commercial.

En l'occurrence, **le réseau deviendrait une super-structure** (avec renforcement du rôle des médecins) avec une personnalité juridique forte et des organes de gestion autonomes ainsi que la possibilité de conclure des conventions avec les hôpitaux référents et, à terme, d'engager du personnel.

Les rapports de force sont renvoyés sur les hôpitaux et le poids décisionnel bascule vers le réseau qui a la compétence exclusive en matière de stratégie médicale. De plus, comme le stipule l'article 16 de la loi « réseautage », « les décisions prises [par le réseau] sont contraignantes pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional ».

Dans un premier temps, cette approche donnera lieu à des débats et des discussions intenses entre les futurs partenaires d'un réseau quand il s'agira de décider comment les missions de soins seront réparties lors de la constitution dudit réseau. Dans un deuxième temps, une dualisation sera installée entre les hôpitaux qui offriront une gamme de soins la plus complète (en ce compris des missions de soins spécialisées et suprarégionales) et les hôpitaux qui assureront uniquement les missions de soins de base. Les hôpitaux les plus faibles en pâtiront.

Enfin, via la dynamique d'intégration continue, la possibilité de transférer peu à peu les missions/compétences de l'hôpital vers le réseau affaiblira de manière continue la marge de manœuvre organisationnelle des hôpitaux individuels, à mesure que les transferts de missions et compétences vers le réseau seront réalisés.

En bout de processus, **de nombreux hôpitaux individuels deviendraient des coquilles vides**. Cette marche forcée renforcera *de facto* tant la mise en compétition généralisée entre les hôpitaux que la commercialisation des soins.

Positionnement

La **FGTB wallonne** reste **opposée** à la constitution de réseaux qui concentrent le pouvoir de décision relatif à la stratégie et à la politique médicale en leur sein.

Nous estimons que le modèle mis en place participe à la mise en concurrence généralisée des hôpitaux et au glissement vers la commercialisation des soins alors que, dans l'idéal, la création des réseaux hospitaliers locaux devrait permettre de conserver les formes de collaboration existantes.

3.2 Les incidences sur les travailleuses et les travailleurs ainsi que sur leurs conditions de travail

Il est évident que les impacts sur le volume d'emploi risquent d'être importants. Certains services hospitaliers vont fermer et d'autres vont être relocalisés. La mise en réseau des hôpitaux va probablement amener encore plus de restructurations.

Certains travailleurs et certaines travailleuses vont devoir changer de lieu de travail ou de métier si leur service est fermé. Dans d'autres cas, certain.e.s vont passer du secteur hospitalier au secteur ambulatoire et se posera alors la question de leur statut professionnel.

Cependant, rien n'est dit, ni envisagé, à propos de la mobilité (y compris la mobilité professionnelle) et bien des points sont encore à éclaircir :

- comment vont se déplacer les travailleurs et les travailleuses entre les différents hôpitaux d'un réseau et qu'est-il prévu pour éviter des affectations à plus de deux sites différents ?
- quid de la mise à disposition et/ou du lien de subordination avec les responsables du réseau ?
- que se passera-t-il lorsqu'un hôpital perdra une mission de soins pour laquelle il emploie le personnel qualifié sous contrat ?
- des formes de mobilité professionnelle (singulièrement la transition vers un autre secteur que le secteur hospitalier) ont-elles été prévues ?
- enfin, de nombreuses questions relatives aux conditions d'emploi et de statut du secteur public ainsi qu'au devenir du secteur hospitalier public restent en suspens, singulièrement depuis que le gouvernement wallon a adopté en première lecture l'avant-projet de décret de la ministre De Bue relatif à la participation de pouvoirs publics de soins à une collaboration hospitalière, lors de sa séance du 8 novembre 2018¹¹.

Les principaux dangers sont :

- le détricotage des normes d'encadrement de l'activité hospitalière ou de fonctionnement des hôpitaux via leur remplacement par une approche qualitative ;
- le renforcement de la concurrence entre les hôpitaux qui devront recourir de plus en plus à leurs fonds propres ;
- le renforcement de la flexibilité et de la concurrence entre travailleurs ;
- le risque de voir certaines activités du secteur hospitalier (privé ou public) glisser vers une commission paritaire autre que celle des hôpitaux suite à l'externalisation de certaines activités ou de services (ex. *catering*, pharmacie hospitalière, laboratoire médical, nettoyage...).

Positionnement

La **FGTB wallonne estime** qu'il n'est pas opportun que des travailleuses et des travailleurs du secteur des soins de santé soient engagés directement par le réseau.

La **FGTB wallonne demande** que des plans de mobilité professionnelle soient mis en place en concertation avec les Centrales concernées dans le cadre de cette réforme.

De même, nous rappelons que les conditions de travail et les statuts des travailleuses et des travailleurs ne peuvent être affectés par les changements qui découleront du réseautage et que, en tout état de cause, la mise à disposition des travailleuses et des travailleurs n'est pas envisageable.

Enfin, **nous veillerons à** ce que la mise en réseau des hôpitaux ne donne pas lieu à une vague d'externalisation de certaines activités ni à une dégradation des statuts et des conditions de travail des travailleuses et des travailleurs.

Sur le plan social, **la FGTB wallonne exige** donc que des balises sectorielles soient établies afin de garantir le maintien de l'emploi, sa localisation et les conditions sociales en référence à la commission paritaire fédérale des établissements et des services de santé (CP 330) et à la

¹¹ Voir point 4.4 plus loin.

concertation sociale au sein des Comités C fédéral et wallon selon le statut syndical du secteur public.

3.3 La place de la concertation sociale au niveau du réseau

Le modèle de réseau qui sera effectif aura donc pour effet de transférer des missions stratégiques de l'hôpital vers le réseau. De même, suite à la dynamique d'intégration continue qui a été mise en place, toute une série de missions et de compétences pourraient glisser peu à peu vers le réseau.

Il en résulte que, pour les organes syndicaux actifs au sein des hôpitaux, l'accès à l'information indispensable à l'activité syndicale sera rendu plus difficile dans la mesure où rien n'est prévu pour la transmission des données et des décisions du réseau vers les organes de concertation des hôpitaux individuels.

Dans les faits, une certaine asymétrie s'installera selon les pratiques en vigueur au sein de chaque réseau et il existe un risque majeur d'asymétrie de l'information entre les délégations des différents hôpitaux d'un même réseau.

Positionnement

Au préalable, la **FGTB wallonne insiste** sur la nécessité de garantir le bon fonctionnement des organes de négociation et de concertation existant dans chacun des hôpitaux qui composent le réseau.

Aussi, la **FGTB wallonne estime** que les Centrales professionnelles doivent être partie prenante de la reconfiguration des modalités de concertation sociale dans le « nouveau paysage hospitalier » et nous demandons qu'une solution soit prévue pour que les délégations en hôpital continuent à obtenir les informations indispensables à leur travail via des « temps d'information » formels.

Dès lors, **nous suggérons** que soit formalisé un *modus operandi* applicable à **tous les réseaux** pour que l'information relative aux décisions prises au niveau du réseau soit diffusée systématiquement et régulièrement vers les délégations de chaque hôpital afin de ne pas engendrer des asymétries entre les hôpitaux d'un réseau.

4 Les enjeux dont la Wallonie doit se saisir

4.1 La question du nombre de réseaux et de leur agrément

Comme nous l'avons déjà évoqué lors de notre première analyse en mai 2017, cette réforme porte en elle les germes d'une 7^{ème} réforme de l'Etat et la fixation du nombre de réseaux à 25 ainsi que la répartition de ces réseaux entre les différentes entités préparent, dans les faits, cette nouvelle revendication communautaire au départ de la N-VA, de l'Open Vld et du CD&V. L'interdiction formelle de s'associer entre hôpitaux de la Région flamande et hôpitaux situés en Wallonie et la volonté du gouvernement fédéral (en ce compris la N-VA) de maintenir cette répartition malgré les réserves émises par le Conseil d'Etat participent pleinement de cette approche communautaire.

Les balises imposées par le gouvernement Michel et la N-VA illustrent parfaitement le projet communautaire qui sous-tend le modèle mis en place par la ministre De Block. La compétence d'agrément exclusivement accordée à la Communauté flamande pour un des quatre réseaux bruxellois et la problématique de l'emploi des langues au sein des autres réseaux bruxellois ont été relevées par le Conseil d'Etat, tout comme le respect de la liberté de s'associer pour tous les hôpitaux. En effet, dans son avis, le Conseil d'Etat relève « [qu'on] peut ensuite se demander si le régime ainsi interprété est conforme au principe d'égalité », ou encore « [qu'on] n'aperçoit pas pourquoi, en dépit de leur

statut bilingue, les hôpitaux bicommunautaires ne peuvent former un réseau qu'avec des hôpitaux « francophones ».

Ce qui transparait donc de ce modèle est une forme de régionalisation de fait, dans la mesure où c'est sur base de ces réseaux que seront programmés les missions de soins locorégionales et suprarégionales pour l'ensemble de la Belgique ainsi que les financements y relatifs. De fait, des séparations nettes sont donc opérées à partir du moment où ces réseaux coïncideront avec une approche territoriale strictement cloisonnée.

Dès lors, le nombre exact de réseaux ainsi que leur configuration revêt une importance primordiale et c'est certainement une des raisons principales qui expliquent pourquoi le gouvernement fédéral est radicalement opposé à des réseaux transrégionaux, voire transfrontaliers.

Avec la mise en place de ce « nouveau paysage hospitalier », les tenants d'une régionalisation accrue de la sécurité sociale ne doivent donc plus nécessairement attendre une éventuelle réforme de l'Etat pour organiser le financement et l'organisation des soins hospitaliers dans un modèle confédéral car cette approche confédéraliste est portée par le fait même de la mise en réseau des hôpitaux.

Dans cette optique, la possibilité de maintenir certains financements, des services spécialisés de pointe en technologie médicale ou encore des appareillages lourds ou certaines missions de soins très spécifiques sur le territoire wallon est fondamentale.

Positionnement

La **FGTB wallonne estime** que le nombre restreint de 8 réseaux dévolus à la Wallonie ne permettra pas à celle-ci d'organiser les soins ni leur financement sur l'ensemble de son territoire de manière optimale et dans le respect de la libre association des hôpitaux.

Pour la **FGTB wallonne**, la volonté farouche marquée par le gouvernement fédéral et la N-VA d'empêcher les collaborations entre les entités francophones et flamandes est inacceptable car cela va à l'encontre de l'intérêt des patients, entrave la liberté d'association des hôpitaux et participe à l'approfondissement de la scission de la sécurité sociale.

4.1.1 L'association librement consentie des hôpitaux

Comme nous venons de l'évoquer, ce principe de liberté d'association est mis à mal du fait qu'une différence de traitement est mise en place à partir du moment où « la possibilité pour les hôpitaux de la Région wallonne et de la Région flamande d'adhérer à un même réseau n'est pas prévue »¹² alors que cette possibilité existe pour d'autres hôpitaux.

De même, il semble évident que les négociations au niveau régional vont être intenses car tant la problématique de « l'association philosophique » que celle des collaborations déjà existantes nécessiteraient plus de 8 réseaux en Wallonie. Nous l'avons vu, ces problématiques sont largement occultées par le gouvernement fédéral.

Le risque en Wallonie est que certains hôpitaux laïcs soient « absorbés /mélangés » dans des réseaux « mixtes » mais dominés par des grands hôpitaux du pilier chrétien. Dans ce cas, quid du rapport à certaines questions éthiques et médicales (avortement, fécondation *in vitro*, euthanasie...) ?

De même, dans un domaine d'activité aussi sensible que celui des soins de santé, il faut également assurer que la liberté de choix philosophique soit garantie et que les questions éthiques ne soient

¹² Voir avis du Conseil d'Etat n°65.023/3, rendu le 16 janvier 2019, p. 5.

soumises à aucun autre enjeu. La question de « l'enseignement académique » nécessite donc une vigilance particulière.

Positionnement

La **FGTB wallonne regrette** que les réalités sociales et historiques qui ont mené à la constitution du paysage hospitalier wallon ne soient pas prises en compte et dénonce la vision libérale basée sur une réalité flamande qui sous-tend la réforme.

En l'état, nous estimons que les hôpitaux individuels ne disposent pas de toute la latitude nécessaire pour adhérer de plein consentement à un réseau de leur choix.

Enfin, nous estimons qu'il est indispensable que cette réforme n'ait pas d'impact sur l'attractivité de chacun des 3 pôles académiques.

4.2 L'accessibilité des soins

4.2.1 L'organisation et l'accessibilité territoriale des soins

Le gouvernement wallon aura un rôle important à jouer dans le dimensionnement de l'offre et sa juste répartition territoriale, compte tenu de ses compétences en matière d'application des normes de programmation et d'agrément dans le secteur hospitalier. Cependant, jusqu'au refus de la part des entités fédérées du modèle proposé par la ministre De Block au début 2017, le pouvoir fédéral a mené seul cette réforme avec des objectifs uniquement centrés sur ses compétences.

En effet, bien que le Conseil d'Etat ait confirmé la compétence fédérale en matière de règles générales, car elles sont considérées comme faisant partie de sa compétence réservée sur le cadre organique, dans le même temps, il a été confirmé que les agréments des hôpitaux et l'organisation territoriale des soins sont une compétence des entités fédérées.

Il sera donc du ressort de la Wallonie d'organiser les réseaux situés en Wallonie mais également de s'assurer que l'accessibilité des soins soit garantie.

4.2.2 L'accessibilité financière des soins et le « libre choix » des patients

Bien que les usagers aient été placés au centre de l'attention par les autorités politiques, les effets de cette réforme sur l'accessibilité tant financière que territoriale devraient être négatifs.

Quelle sera la conséquence de la fermeture de certains services sur l'accessibilité de certains patients qui ont des difficultés à se déplacer ?

Il paraît évident que ce nouveau modèle d'organisation des soins engendrera plus de déplacements entre les sites. Qui prendra en charge ces surcoûts pour le transport des patients ?

La répartition territoriale des services ainsi que la programmation de certaines fermetures de services prendront ici toute leur ampleur. Au final, c'est le « libre choix » du patient qui paraît menacé, notamment par le fait que le réseau sera exclusivement compétent pour la « politique d'adressage du patient ».

À noter que la politique d'adressage met déjà à mal ce « libre choix » dans ses dimensions éthiques.

Enfin, le risque de commercialisation de certains services qui engendrera des surcoûts pèsera également sur l'accessibilité financière car une part de cette augmentation sera reportée sur les patients eux-mêmes.

Bien que le financement des soins de santé soit une compétence fédérale, il n'en demeure pas moins que la Wallonie devra veiller à ce que l'ensemble de ses infrastructures de soins et de ses services ambulatoires restent accessibles financièrement tout comme le transport non urgent des patients¹³. La Wallonie devra donc être attentive à ce que la mobilité des patients soit renforcée et que les services dont elle dispose restent accessibles.

Positionnement

Pour la FGTB wallonne, quelles que soient la forme et la délimitation territoriale des réseaux, nous devons nous assurer que la Wallonie ait la possibilité de garantir l'accessibilité territoriale et/ou financière des soins afin d'assurer tous les soins indispensables à sa population au sein de son territoire et d'éviter un report des coûts sur les patients.

À cette fin, la **FGTB wallonne estime** que ces missions essentielles doivent être garanties par une juste répartition de l'effort entre tous les hôpitaux d'un réseau concerné.

De même, nous insistons pour que la liberté de choix philosophique soit maintenue et garantie pour le patient, quelle que soit la forme d'organisation qui émanera de cette réforme hospitalière.

4.3 L'agencement entre les différentes lignes de soins et leur financement

Pour la Wallonie, c'est un *momentum* politique important car il correspond à la fois à :

- 1) des transformations importantes liées au transfert de compétences qu'il s'agit de réceptionner de la meilleure des façons ;
- 2) la mise en place d'organes de concertation et de gestion dans l'optique d'une gestion territoriale des soins sur le territoire qu'elle administre ;
- 3) la mise en place (politique et financière) d'une politique de santé publique en Wallonie.

Le « nouveau paysage hospitalier » mis en place, il est donc évident que l'organisation et la planification de l'ensemble des soins seront modifiées. En effet, non seulement de nombreuses décisions prises par les différents niveaux de pouvoir vont participer à un glissement de la prise en charge du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire¹⁴ mais il est également important de profiter du moment pour organiser la coordination des soins dans leur globalité.

Un objectif de la réforme vise la diminution du nombre de lits hospitaliers. Sachant que de nombreux dispositifs du secteur ambulatoire sont financés à partir de lits hospitaliers gelés/fermés, le devenir de ces sources de financement pour le secteur ambulatoire se pose également.

Etant donné la répartition des compétences de santé, ce glissement du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire est donc un transfert de charge du Fédéral vers les entités fédérées.

¹³ Le transport urgent des patients pour sa part est une compétence fédérale.

¹⁴ Prenons le simple exemple du raccourcissement des périodes d'hospitalisation (comme l'accouchement) ou encore les projets d'hospitalisation à domicile pour les patients atteints de diabète.

Positionnement

La **FGTB wallonne estime** donc que la Wallonie doit garantir un financement adéquat des dispositifs qui sont de sa compétence, et plus précisément des dispositifs ambulatoires.

Tout comme nous estimons qu'il ne peut y avoir de transfert de charge sur le patient, il ne peut y avoir de transfert de charge sur les entités fédérées sans que le financement adéquat soit transféré.

4.4 Les hôpitaux publics au sein du réseau

A l'occasion de la mise en réseau des hôpitaux, le statut des hôpitaux publics est à nouveau au centre des discussions. Il s'agit en effet d'assurer la possibilité de collaborations entre hôpitaux publics et hôpitaux privés, sans pour autant mettre à mal les principales caractéristiques du secteur public.

En effet, le statut d'asbl des hôpitaux privés ne peut être une alternative pour les hôpitaux publics car il constitue une forme de privatisation de la gestion desdits hôpitaux. Actuellement, deux formes juridiques prédominent dans le paysage hospitalier public en Wallonie (l'intercommunale et l'association « chapitre XII »).

Début novembre 2018, au niveau régional, la ministre en charge de la Fonction publique a proposé un avant-projet de **décret relatif à la participation de pouvoirs publics de soins à une collaboration hospitalière** afin, selon ses dires, « d'assurer la sécurité juridique en fixant un cadre clair aux institutions de soins pour la mise en œuvre des rapprochements, notamment ceux prévus par la politique fédérale de création des réseaux hospitaliers »¹⁵.

Cet avant-projet de décret vient compléter la loi « réseautage » de M. De Block sur les compétences propres à la Wallonie dans le cadre de la mise en réseau des hôpitaux généraux.

Ce nouveau texte de loi introduira des modifications fondamentales pour les hôpitaux publics et pour l'ensemble du secteur hospitalier en ce sens :

- qu'il conditionnera la création et la gestion d'un hôpital public à une mission locosociale¹⁶ bien définie qui doit explicitement être justifiée par un **besoin non rencontré** ;
- qu'il permettra l'association des hôpitaux publics avec des hôpitaux privés en dehors des formes prévues d'association pour le secteur public qui garantissaient une prévalence de l'intérêt public ;
- que si la collaboration hospitalière est formalisée juridiquement et qu'elle possède une personnalité juridique¹⁷; cette collaboration devra majoritairement **recouvrir la forme d'une asbl de droit privé**.

Ces trois éléments marquent un changement important pour les hôpitaux publics car, d'une part, l'hôpital public devra désormais faire « preuve d'utilité » pour exister et intégrer un réseau (et donc

¹⁵ Avant-projet de décret relatif à la participation hospitalière de pouvoirs publics à une collaboration hospitalière, exposé des motifs, p. 1.

¹⁶ Les éléments principaux du projet locosocial sont :
- garantir l'accessibilité géographique et/ou économique des soins sur un territoire donné ;
- maintenir l'attractivité de la Région.

¹⁷ Pour rappel : la loi « réseautage » de M. De Block impose une personnalité juridique au réseau et une collaboration **dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée**, agréée par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.

être agréé) et, d'autre part, les formes d'association garantissant une prévalence de l'intérêt public sont court-circuitées.

Il est à noter que l'obligation de « justifier un besoin non rencontré » était prévue à l'origine dans l'avant-projet de loi « réseautage » porté par M. De Block mais qu'elle a été supprimée. Il est donc interpellant de constater qu'une contrainte forte imposée à tous les hôpitaux est, au final, imposée aux seuls hôpitaux publics. A nouveau, **le principe d'égalité de traitement entre hôpitaux semble mis à mal.**

De même, l'exposé des motifs de l'avant-projet de décret stipule « qu'il n'est toutefois pas réaliste de conférer un droit de veto au membre public sous peine de rendre les collaborations mixtes non attractives »¹⁸. Si l'objectif du décret est « d'assurer la sécurité juridique [...] **sans rencontrer d'obstacle tenant au caractère associatif ou public des institutions concernées** »¹⁹, il est curieux de constater que, dans le même temps, des obstacles « tenant au caractère privé de la forme juridique à recouvrir pour les collaborations » sont incorporés dans cet avant-projet de décret.

En effet, pour acquérir une forme juridique autre que celle d'une asbl de droit privé, l'unanimité des hôpitaux intégrant le réseau devront être d'accord²⁰. Les deux textes de loi (l'avant-projet de décret De Bue et la loi De Block) pris ensemble sont donc une réelle menace de privatisation pour les institutions publiques qui, prises en tenaille par ces deux textes, n'ont d'autres choix que de prendre une forme d'asbl privée pour leur collaboration.

Enfin, les conséquences financières se feraient également ressentir dans la mesure où une forme de dualisation des soins et des publics est accentuée et que les hôpitaux publics auront comme priorité d'accueillir les publics les plus fragiles et/ou les plus isolés.

Dès lors, la mise en œuvre de cet avant-projet de décret devrait prédisposer les hôpitaux publics à assumer certaines missions « sociales » dévolues au réseau, ce qui cantonnerait ceux-ci à un **rôle de subsidiarité** et installerait une forme de distorsion à la concurrence entre hôpitaux.

Positionnement

La **FGTB wallonne s'oppose** formellement au projet de décret « participation hospitalière de pouvoirs publics » tel qu'il est présenté ainsi qu'à cette vision qui approfondit une dualisation des soins, introduit une iniquité entre les hôpitaux et met à mal le financement des hôpitaux publics.

Aussi, la **FGTB wallonne estime** que les contraintes imposées aux hôpitaux publics mettent en danger le secteur dans son ensemble .

5 En guise de conclusion

La loi est maintenant votée au niveau fédéral et le décret wallon est dans sa dernière ligne droite. Le cadre général sera donc formalisé d'ici les prochaines élections et ce « nouveau paysage hospitalier » aux dimensions libérales et communautaires porté par le gouvernement Michel engagera les prochains gouvernements.

¹⁸ Avant-projet de décret relatif à la participation de pouvoirs publics de soins à une collaboration hospitalière, exposé des motifs, p. 5.

¹⁹ Idem, p. 1.

²⁰ Voir article 7 de l'avant-projet de décret relatif à la participation de pouvoirs publics de soins à une collaboration hospitalière.

Ce nouveau modèle fera du réseau hospitalier clinique locorégional la pierre angulaire de l'organisation et du financement des soins. Les incidences sur les travailleuses et les travailleurs du secteur hospitalier ainsi que sur les patients eux-mêmes seront déterminantes.

De même, les enjeux budgétaires et éthiques relatifs à l'accès à des soins de qualité, au libre choix des patients, à la libre association des hôpitaux ou encore à la commercialisation des soins hospitaliers sont fondamentaux et les implications en termes de programmation et d'organisation des soins en Wallonie seront cruciales.

Enfin, le carcan installé par la combinaison de la loi « réseautage » et l'avant-projet de décret « collaboration hospitalière » compromet largement le devenir du secteur public hospitalier.

De manière plus large, en cette fin de législature, nous pouvons relever que cette conception libérale participant à la commercialisation de l'aide et des soins ainsi qu'à la mise à mal des services associatifs ou publics est un *leitmotiv* qui traverse les principales réformes portées par le MR et le cdH en Wallonie.

