

## Premiers éléments relatifs à la réforme hospitalière et principaux enjeux pour la Wallonie

---

### 1. Introduction

La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat a entraîné la régionalisation d'une partie de la sécurité sociale. La réforme hospitalière de M. De Block porte en elle les germes d'une 7<sup>ème</sup> réforme de l'Etat qui amènera la régionalisation d'une partie des matières de l'INAMI ; à savoir le remboursement des soins de santé. La fixation du nombre de réseaux à 25, avec comme répartition

- 14 en Flandre
- 2 à Bruxelles
- 9 en Wallonie,

prépare, dans les faits, cette nouvelle revendication communautaire au départ de la N-VA, de l'Open VLD et du CD&V.

Courant janvier 2017, suite à la décision prise au conclave budgétaire du gouvernement fédéral en octobre 2016, il a été décidé par la ministre De Block d'accélérer la réforme hospitalière, principalement pour des motifs budgétaires.

L'objectif annoncé de la réforme est d'aboutir d'ici fin 2017 à une recomposition du paysage hospitalier en Belgique. Cette réforme, dont l'axe principal est la constitution de « réseaux hospitaliers locorégionaux » (RHL), outre les objectifs budgétaires, a comme ambition de permettre une réorganisation efficiente des soins hospitaliers.

Si nous nous saisissons de ce sujet qui semble à première vue une compétence fédérale, c'est que l'ampleur de la réforme aura des impacts indéniables sur l'ensemble des hôpitaux et sur les soins de santé en Wallonie, mais également parce que cela impacte des compétences de la Wallonie.

En effet, outre la réorganisation de l'activité hospitalière, du financement des hôpitaux, de la programmation des services ou encore de la constitution de réseaux, il sera également question d'organisation territoriale des soins et d'agrément des hôpitaux qui sont des compétences de la Wallonie. Enfin, il est évident que des effets directs toucheront d'autres compétences wallonnes telles le secteur ambulatoire, la revalidation ou encore le financement des infrastructures hospitalières.

Cette réforme hospitalière risque aussi d'accélérer un sous-financement des hôpitaux au travers d'une diminution significative des remboursements de soins hospitaliers.

L'objectif de cette première note est d'exposer les quelques grandes lignes qui ont déjà été divulguées et de poser les premières balises du cadre dans lequel nous souhaitons voir se concrétiser cette réforme hospitalière.

C'est donc parce que la consultation avec les interlocuteurs sociaux est encore à venir que nous nous étonnons de la sortie intempestive de la Mutualité chrétienne lorsqu'elle annonce qu' « un hôpital sur quatre pourrait facilement fermer ses portes sans que cela ne porte atteinte aux prestations de santé ou à l'accessibilité aux soins »<sup>1</sup>. En effet, outre le fait que ce genre de sortie médiatique met à mal la « fonction consultative » des interlocuteurs sociaux, ces propos laissent croire qu'il n'y a aucun problème à fonctionner avec 25% des hôpitaux en moins et une diminution du financement des soins dès à présent ; ce qui est réducteur et donc faux !

## **2. Le réseau clinique locorégional**

La ministre De Block a donc initié une refonte totale de l'organisation de l'activité hospitalière et des hôpitaux. Pour ce faire, elle se base sur une étude récemment publiée du KCE<sup>2</sup> (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) qui propose la mise en place d'un nouveau paysage hospitalier pour la Belgique. Plusieurs formules sont proposées, comportant des transformations plus ou moins importantes et des délégations de pouvoir des hôpitaux aux futurs réseaux qui vont de la simple délégation de certaines missions à un transfert important de l'autonomie de gestion.

Les premières négociations menées au niveau de la conférence interministérielle (CIM) ont déjà fait apparaître un premier blocage. En effet, le scénario privilégié par la ministre De Block (prônant une délégation forte de l'autonomie de gestion aux réseaux et faisant de l'hôpital une coquille vide qui n'aurait plus qu'une autonomie de gestion quotidienne) a été largement rejeté par les entités fédérées.

A l'heure actuelle, les discussions au niveau de la CIM sont sur le point de commencer et aucune décision n'a été prise quant à la forme et à la constitution des réseaux.

### **2.A. La forme du réseau**

#### **2.A.1. Le modèle « système de soins intégré »**

La ministre De Block prône un modèle dit « système de soins intégré » dont le schéma ci-dessous illustre le dispositif.

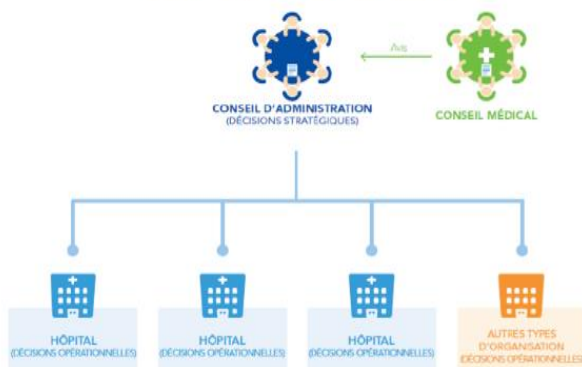
---

<sup>1</sup> <http://www.lecho.be/economie-politique/belgique-federal/Un-hopital-sur-quatre-peut-fermer-sans-probleme/9880089>, consulté le 11 avril 2017.

<sup>2</sup> L'étude KCE 277B, « gouvernance pour les collaborations hospitalières ».

## Aperçu des modèles recommandés

### Système de soins intégré (sous-modèle 1)



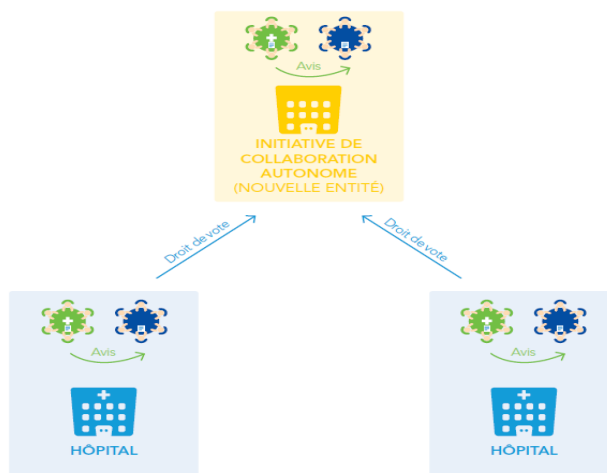
Les caractéristiques principales de ce modèle sont :

- une délégation forte du pouvoir aux réseaux (disparition du CA au niveau de chaque hôpital)
- une organisation indépendante du réseau avec des objectifs juridiques propres
- un CA, un conseil médical, un médecin-chef et une direction médicale au niveau du réseau
- la responsabilité stratégique située au niveau du réseau et la gestion journalière dévolue à chaque hôpital constituant le réseau
- les agréments et le financement (des hôpitaux, services et fonctions) vont au réseau
- la constitution du réseau sous la forme juridique d'ASBL est privilégiée par la ministre De Block, ce qui privatiserait de fait les soins de santé.

La FGTB wallonne estime que ce modèle fait de l'hôpital une coquille vide dont la seule autonomie sera d'appliquer les stratégies appliquées par ailleurs. Aussi, nous refusons ce modèle.

### 2.A.2. Le modèle « autonome »

Un autre modèle proposé par le KCE, dit modèle « autonome », laisse plus d'autonomie à l'institution hospitalière. Ce modèle est moins contraignant pour les hôpitaux et accorde tout de même une certaine autonomie de gestion et de stratégie au réseau, mais essentiellement sur les missions qui lui seront explicitement déléguées. La responsabilité finale pour les missions pour lesquelles il y aurait une « initiative de collaboration autonome » reviendrait au réseau.



Les caractéristiques de ce modèle sont :

- agrément au niveau de la collaboration
- nouveau CA et nouveau conseil médical au niveau de la collaboration
- l'initiative de collaboration autonome porte la responsabilité finale
- pour les missions de soins dispensées au sein de l'hôpital, l'hôpital conserve la responsabilité finale.

### 2.A.3. Le modèle « coordonné avec délégation de pouvoir »

Un troisième modèle est dit « coordonné avec délégation de pouvoir ». Ce modèle maintient donc l'agrément (y compris l'agrément pour lequel il y a eu un accord de collaboration) et la responsabilité finale au niveau de l'hôpital pour les soins qui seront dispensés en son sein.



Les caractéristiques de ce modèle sont :

- la structure de gouvernance existant au niveau de l'hôpital subsiste mais délègue des pouvoirs au comité de réseau
- les hôpitaux mandatent le comité de réseau pour prendre des décisions sur certaines matières
- chaque hôpital individuel conserve son agrément et porte la responsabilité finale
- le CA et le conseil médical resteraient au niveau de chaque établissement.

À ce stade, nous pensons que « forcer » une mise en réseau des hôpitaux qui ferait basculer le centre de décision vers les réseaux est une erreur. Cela ne servirait que des objectifs de rationalisation à court terme et mettrait à mal l'accessibilité aux soins ainsi que la survie de bon nombre d'établissements et l'organisation territoriale des soins.

Dans ce cadre, la FGTB wallonne estime donc que le modèle le plus adéquat serait un modèle qui préserve l'autonomie de gestion des hôpitaux, maintienne les agréments et les financements au niveau de l'hôpital afin que celui-ci ait les moyens d'assumer ses missions.

Aussi, la **FGTB wallonne** marque sa préférence pour le modèle coordonné avec délégation comme principe général de constitution des réseaux hospitaliers locorégionaux. Lorsqu'il existe une volonté des hôpitaux en ce sens, nous pensons que le système autonome pourrait également être une forme d'association envisageable.

## **2.B. La délimitation territoriale du réseau**

### **2.B.1. Prise en compte des réalités de terrain**

Dans un souci de rationalité, caractéristique de l'approche libérale, la ministre souhaite que le territoire belge soit entièrement couvert par un ensemble de 25 réseaux. Chaque réseau couvrirait un territoire bien défini au sein duquel les hôpitaux s'associeraient afin d'assurer les missions de soins locorégionales. Un réseau devrait pouvoir couvrir un territoire de  $\pm$  400.000 à 500.000 « patients potentiels ».

Cette délimitation de réseau locaux régionaux à 25, dont 9 pour la Wallonie, fait l'impasse sur les superficies géographiques et la densité de population différentes d'une région à l'autre, défavorisant de fait la Wallonie.

Cette vision fait l'impasse sur les associations constituées au fil du temps et sur les particularités territoriales que connaissent certaines Régions telles Bruxelles ou la Wallonie et part du principe que l'association « philosophique » doit être dépassée. Cependant, nous ne partons pas de rien. Un certain nombre de réseaux hospitaliers existent déjà, tantôt basés sur une proximité géographique, tantôt sur une base philosophique ou sur le caractère public des hôpitaux concernés.

Nous savons également que la situation de Bruxelles (ou d'autres grandes villes ou provinces) imposera des chevauchements de différents réseaux sur un même territoire. De même, 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.

Plus spécifiquement, dans le cas de la Wallonie, nous savons également que les disparités territoriales sont relativement importantes et que nous ne pouvons donc pas nous baser simplement sur le critère « du nombre d'habitants » pour définir des réseaux, sans quoi nous aurions des réseaux trop étendus dans les zones (semi-)rurales comme en province de Luxembourg ou alors une compétition féroce pour définir un réseau unique pour certaines grandes villes. Enfin, il paraît évident que des discussions devront être menées avec la Communauté germanophone qui ne peut constituer un réseau à elle toute seule et s'associera plus que certainement avec des hôpitaux wallons pour en constituer un.

Si nous voulons que cette réforme soit menée à bien et ne serve pas uniquement des objectifs d'austérité budgétaire ou de rationalisation de l'activité hospitalière à court terme, il est donc indispensable de considérer la situation sur le terrain et de faire en sorte que les futurs RHL permettent de couvrir l'ensemble du territoire en garantissant les points suivants :

1. l'accès aux soins pour l'ensemble de la population
2. une association **librement consentie** par les hôpitaux au sein d'un réseau
3. le chevauchement de certains réseaux sur certains territoires
4. une certaine souplesse dans le nombre d'habitants et dans l'étendue des réseaux.

La **FGTB wallonne estime** donc que :

- la création des réseaux hospitaliers locaux envisagée par la réforme doit permettre de conserver les formes de collaboration existantes
- plusieurs réseaux devraient pouvoir se chevaucher sur un territoire
- le nombre d'habitants concernés par un réseau soit plus limité, eut égard à la disparité territoriale et démographique de la Wallonie et aux problèmes de mobilité et d'accessibilité aux soins qu'engendrerait un réseau trop étendu !

## 2.B.2. La continuité territoriale

L'approche territoriale stricte pose les problèmes que nous venons d'évoquer. Il nous paraît tout de même évident que, pour des raisons pragmatiques (distance entre les hôpitaux d'un même réseau, complémentarité entre les différentes missions de soins locorégionales, ...) et pour les motifs d'accessibilité aux soins que nous avons évoqués ci-dessus, l'organisation des réseaux doit respecter une certaine logique territoriale.

La **FGTB wallonne estime** que, idéalement, un réseau constitué doit couvrir un territoire d'un seul tenant.

Outre la forme et l'étendue du RCL, quel que soit le modèle qui ressortira, il apparaît déjà que des enjeux cruciaux se profilent à propos des agréments, de la personnalité juridique du futur RHL et des hôpitaux, du financement des soins ou encore de l'organisation territoriale de ceux-ci et de la complémentarité avec les autres formes de soins.

Ci-dessous, nous allons développer les principaux points d'attention pour la Wallonie, conscients du fait que de nombreux enjeux seront débattus au niveau fédéral.

## **3. Les incidences sur les travailleurs et leurs conditions de travail**

Bien que nous ayons très peu d'éléments en main à l'heure actuelle, il semble tout de même 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 fusion entre institutions et donc des restructurations.

Cependant, rien n'a été communiqué sur les impacts concernant le travail et les travailleurs. Pourtant, certains travailleurs vont devoir changer de lieu de travail ou de métier si leur service est fermé. Dans d'autres cas, certains travailleurs vont passer du secteur hospitalier au secteur ambulatoire et se posera alors la question de leur statut professionnel.

La **FGTB wallonne estime** donc qu'il est indispensable de penser dès à présent les conséquences de cette réforme sur les travailleurs et sur leurs conditions de travail et demande que soient mis en place des plans de mobilité professionnelle dans le cadre de cette réforme.

A cette fin, une concertation avec les organisations syndicales concernées doit être mise en place le plus rapidement possible.

Tout comme dans le cas de la réforme régionale relative au financement des infrastructures hospitalières, il est prévu de mettre en place une démarche « qualité » dans le secteur hospitalier. A ce sujet, il est intéressant de faire un rapprochement avec la réforme sur le financement des infrastructures hospitalières qui vient d'aboutir au niveau régional.

Soucieux d'accroître l'efficacité des hôpitaux, le ministre Prévot a introduit une approche « qualité » comme critère de financement, bien que ces critères ne soient pas encore définis et que le principe de responsabilisation soit encore vague. Nous remarquons le même discours auprès de la ministre De Block.

On ne s'insurge évidemment pas contre la qualité ! Mais, au-delà du discours, ce changement de paradigme recouvre des objectifs budgétaires, voire une approche managériale importée du secteur privé. Les principaux points d'attention sur le sujet sont :

1. le détricotage des normes d'encadrement de l'activité hospitalière ou de fonctionnement des hôpitaux via leur remplacement par une approche qualitative
2. le renforcement de la concurrence entre les hôpitaux qui devront recourir de plus en plus à leurs fonds propres
3. le renforcement de la flexibilité et de la concurrence entre travailleurs.

Pour la **FGTB wallonne**, la qualité ne se fait pas au détriment du travailleur. Aussi, **nous refusons** que l'approche « qualité » soit mobilisée pour mettre à mal les normes d'encadrement ou de fonctionnement.

#### **4. Les enjeux dont la Wallonie doit se saisir**

##### **4.A. L'attractivité des pôles académiques et la liberté de choix philosophique**

Il faut rappeler que les hôpitaux académiques seront des hôpitaux référents pour un, voire plusieurs réseaux. Dans le même temps, cette réforme hospitalière réduira à coup sûr la liberté de conclure des conventions avec les universités car un réseau ne pourra certainement pas passer plus de deux conventions avec des hôpitaux académiques et c'est là que le bât blesse. En effet, nous avons trois pôles académiques au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles (ULB, UCL et ULg), dont deux en Wallonie : l'Université Catholique de Louvain et l'Université de Liège. Dans les faits, c'est donc une compétition entre les 3 pôles académiques qui est installée car chaque réseau devra choisir de conclure des conventions avec deux pôles académiques parmi les trois présents sur la partie francophone du pays. Il y a donc un risque réel que la limitation du nombre de conventions pour chaque réseau ait des impacts forts sur l'attractivité de chaque université, plus particulièrement dans le cas de l'ULB.

Dans un domaine d'activité aussi sensible que celui des soins de santé, il faut donc assurer que la liberté de choix philosophique soit garantie et que les questions éthiques ne soient soumises à aucun autre enjeu. La question de « l'enseignement académique » nécessite donc une vigilance particulière, d'autant plus que cette problématique atteindra son paroxysme si nos craintes de régionalisation sont confirmées.

**La FGTB wallonne estime** qu'il est indispensable que cette réforme n'ait pas d'impact sur l'attractivité de chacun des 3 pôles académiques.

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.B. L'organisation 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 applicables au 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.

Bien que les différents ministres compétents soient impliqués au niveau de la conférence interministérielle (CIM), il est nécessaire de rappeler que c'est bien la ministre De Block qui donne le ton, principalement du fait que le gouvernement fédéral possède plusieurs leviers d'action.

Pensons par exemple à la possibilité de redéfinir les normes de financement de l'activité hospitalière ou encore à la définition des pathologies de soins déclinées en soins de base, soins spécialisés et /ou de référence et soins réservés aux hôpitaux académiques (liste en cours d'élaboration au cabinet de la ministre De Block).

Comme nous l'avons esquissé dans l'introduction, le nombre de réseaux et leur forme ne sont bien évidemment pas choisis au hasard. Cela sous-tend également des stratégies à moyen et long terme. En effet, la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat a été l'occasion d'une première phase de régionalisation de compétences liées à la sécurité sociale et il serait hasardeux de penser que cela ne se poursuivra pas. Il est donc tout indiqué d'envisager cette réforme dans le cadre d'une intensification de la régionalisation des soins de santé dans les années à venir. Nous devons nous assurer que, dans l'optique d'une possible intensification de cette dynamique, la Wallonie ait la possibilité d'assurer tous les soins indispensables à sa population au sein de son territoire.

**La FGTB wallonne insiste** pour que toutes les dimensions de cette réforme soient prises en compte, y compris les enjeux spécifiques des entités fédérées dans le cadre de leurs compétences.

Nous **continuons à nous positionner** contre la dynamique de scission de la sécurité sociale mais nous **insistons** pour que soient pris en compte les effets qu'une telle scission pourraient avoir sur le paysage hospitalier wallon et sur l'offre de soins hospitaliers à la population wallonne.

#### **4.C. 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 (politique et financière) d'une politique de santé publique en Wallonie.

Telle qu'annoncée par les différents ministres<sup>3</sup>, cette réforme sera le centre d'une nouvelle approche concernant les soins hospitaliers, mais également l'ensemble des soins, toutes lignes confondues. Nous parlons donc aussi bien des hôpitaux que des services ambulatoires, des centres de révalidation, des services monospécialisés ou encore des dispositifs extra-muros de soins psychiatriques ; autant de dispositifs qui sont de compétence wallonne (pour la plupart depuis la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat).

Une fois le « nouveau paysage hospitalier » mis en place et les nouveaux organes de gestion ou de concertation définis, il est donc évident que l'organisation et la planification de l'ensemble des soins seront modifiées.

De plus, de nombreuses décisions prises par les différents niveaux de pouvoir participent à un glissement de la prise en charge de toute une série de problèmes de santé de la troisième ligne de soins (institutions hospitalières) vers le secteur ambulatoire<sup>4</sup>. Etant donné la répartition des compétences de santé, ce

---

<sup>3</sup> Voir la déclaration commune du 29/06/2015.

<sup>4</sup> 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.



glissement du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire est également un transfert de charge du Fédéral vers les entités fédérées.

La Wallonie devra bien sûr veiller à ce que ce transfert de charges soit financé à sa juste mesure, sans quoi il sera impossible pour elle (comme pour les autres entités fédérées) d'assumer le financement de ses compétences, voire ses missions de santé publique.

Il est à noter que des dispositions spécifiques ont été prévues dans le cadre de la Loi Spéciale de Financement pour ce genre de cas. Encore faudra-t-il vérifier comment elles seront mises en application.

La **FGTB wallonne estime** donc que la Wallonie doit se saisir pleinement de cette réforme pour les compétences qui sont les siennes et garantir un financement adéquat des dispositifs qui sont de sa compétence, et plus précisément des dispositifs ambulatoires.

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

#### **4.D. Un statut *sui generis* pour les hôpitaux publics**

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 imposé aux 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 »).

La **FGTB wallonne demande** donc avec insistance au gouvernement wallon<sup>5</sup> d'élaborer un statut *sui generis* de l'hôpital public qui :

- définisse clairement les missions de service public qui s'imposent à tout hôpital public (accessibilité et qualité des soins, gouvernance, couverture des déficits éventuels)
- poserait de nouvelles balises à la coopération possible entre hôpitaux tout en garantissant la spécificité du service public
- préserve le caractère public de la concertation sociale selon le statut syndical de la loi du 19 septembre 1974. Le personnel gardant la possibilité de bénéficier d'un statut de droit public.

#### **4.E. Des précisions indispensables**

Au-delà des grandes lignes présentées jusqu'ici, des précisions fondamentales doivent être apportées par les responsables politiques afin de saisir la portée de cette réforme.

Prenons l'exemple de la liste des missions de soins et du cadastre des besoins de la population. Un des objectifs annoncés de cette réforme est une meilleure répartition des soins et une meilleure adéquation avec les besoins de la population. Cependant, il n'est pas possible actuellement de définir précisément les besoins de la population et nous ne savons pas de manière précise quelles missions de soins seront réservées aux hôpitaux académiques ou encore quelles missions de soins seront assurées dans chacun des hôpitaux d'un réseau. À l'heure actuelle, nous savons que l'ensemble des missions de soins dites locorégionales devra être disponible au sein de chaque réseau mais certaines de ces missions ne devront

---

<sup>5</sup> À ce propos, une collaboration avec le pouvoir fédéral sera nécessaire car le statut de droit public est une compétence fédérale.

pas spécifiquement être disponibles dans chaque hôpital. Un exemple pour illustrer cela : il faudra des services de maternité dans chaque réseau (et même plusieurs) mais pas dans chaque hôpital.

Ces imprécisions sont largement dues au fait que, depuis le conclave budgétaire d'octobre 2016, le gouvernement fédéral a décidé d'accélérer le tempo et a fixé fin 2017 comme date butoir pour cette réforme.

La **FGTB wallonne estime** qu'il est indispensable que ces imprécisions soient levées avant que soient formalisés les réseaux.

Aussi, **nous invitons** les responsables politiques à prendre le temps nécessaire à la mise en place d'une réforme aussi fondamentale, sans s'enfermer dans des timings trop serrés.

