

Quel avenir pour les hôpitaux francophones ?

Alors que Maggie De Block, ministre fédérale de la Santé publique, a élaboré un plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux, de nombreuses questions restent en suspens. Depuis des mois, les responsables des hôpitaux se plaignent. **Etat des lieux.** PAR VINCENT LIÉVIN

Nous voulons plus d'efficacité et plus de qualité. Il ne s'agit pas d'économies, mais d'une réforme. Les points de départ

sont les besoins de nos patients, qui ont évolué. Nous créerons notamment des réseaux entre hôpitaux, avec des hôpitaux de base, de référence et universitaires. Dans ce contexte, la technologie onéreuse, par exemple, sera attribuée

à un réseau et pas à un hôpital. » Maggie De Block vient, par sa déclaration du 24 avril dernier, de mettre les pieds officiellement sur le ring impitoyable de l'avenir des soins hospitaliers. Elle a mis ses gants. Le combat peut commencer. Tout le monde est d'accord, notre paysage hospitalier doit être réformé d'urgence. Chaque année, un plus grand nombre d'hôpitaux clôturent leurs comptes dans le rouge. Il ressort de l'étude MAHA de Belfius qu'il s'agissait de 28 hôpitaux sur 92 en 2012. En 2013, ils étaient déjà

40. De décembre 2014 à février 2015, la ministre De Block s'est concertée avec huit organisations coupes d'hôpitaux, avec toutes les mutualités et avec les associations de médecins représentées dans les organes de l'INAMI. « Cette série de négociations a fourni de nombreuses contributions utiles et a permis de donner forme au plan

d'approche », dit-elle. Elle dévoile des messages clairs en 10 axes. Que retenir de ceux-ci ?

– Il n'y aura pas de perte d'emplois.

Au contraire, les besoins de soins en augmentation créeront encore plus d'emplois dans le secteur des soins au cours des années à venir.

– L'hôpital devient un centre d'expertise médicotecnologique où le diagnostic est posé pour le patient et où le patient est traité. Il ne s'agit plus d'une simple « maison avec des lits » : « Nous développons des réseaux qui comprennent les hôpitaux, mais aussi des soins qui ont lieu en dehors des murs de l'hôpital (soins transmuraux, ndlr). Certains groupes de pathologies sont concentrés au sein d'un réseau et les hôpitaux passent des accords sur la répartition des tâches. »

– Le médecin joue un rôle-clé dans le fonctionnement de l'hôpital et garde son mot à dire sur l'honoraire complet.

LA CRISE EST UNE OPPORTUNITÉ

En lançant son plan, la ministre s'attaque à un secteur en crise où les voix sont nombreuses à s'élever depuis la mise en place de la suédoise. Petit tour d'horizon des principaux griefs du secteur envers les ministres fédéraux, communautaires et régionaux de la Santé : pour le président

de l'ABDH, l'Association belge des directeurs d'hôpitaux, Paul d'Otreppe, aussi directeur général de Saint-Luc à Bouge (Namur), la crise « est une opportunité pour le monde hospitalier parce que le manque de moyens oblige les gens à travailler ensemble. Aujourd'hui, le rôle des ministres, c'est d'enlever des barrières qui coûtent cher dans les hôpitaux plutôt que d'injecter des moyens nouveaux. Il y a clairement trop de contraintes administratives qui représentent des coûts importants ».

Afin d'éviter l'arrêt de tous les travaux d'infrastructures dans le secteur hospitalier, l'association a finalisé un livre blanc (www.bvzd-abdh.be) énumérant un certain nombre de recommandations. Le président est inquiet : « Des investissements décroissants du gouvernement peuvent augmenter le prix d'admission et journalier pour le patient. L'ABDH voit des parallèles avec le secteur des maisons de repos et de soins, où ont déjà été annoncées des restrictions du gouvernement flamand pour les rénovations ainsi que les constructions ; ce qui a déjà eu pour effet une augmentation des prix. Un séjour en maison de repos augmentera de 20 % ».

LES MUTUELLES, UN PROBLÈME !

Pour Paul d'Otreppe, la situation est plus inquiétante en Wallonie : « Lorsqu'en Flandre, ils discutent de l'organisation, du côté francophone, nous sommes toujours dans le débat "politique" ou "mutuelliste" ou encore "confessionnel". On doit, du côté francophone, aller

vers un système complet d'hôpitaux généraux. Idéalement, on devrait fusionner toutes les fédérations en un seul réseau de soins wallons. Cela ne me dérange pas de voir alors du politique, des mutuelles et de l'université, dans tous les hôpitaux. Actuellement, le problème n'est pas d'avoir une mutuelle mais d'en avoir des différentes. »

Selon lui, les directeurs hospitaliers peuvent agir : « Le politique attend des gestionnaires des hôpitaux qu'ils aient des idées. On peut se sauver nous-mêmes par des innovations dans notre secteur : gérer autrement, réfléchir sur l'auto-accréditation, la transparence en terme de gestion, la réduction de la taille d'une chambre à 85 m² au lieu de 120 m², des reconstructions d'espaces hospitaliers de qualité mais moins grandiose, l'externalisation des soins... Le vrai débat se situe notamment au niveau des hôpitaux en déficit. Ils doivent retrouver des

Il y a clairement trop de contraintes administratives dont le coût est important

marges financières pour se permettre des espaces d'innovations. Les directeurs hospitaliers ont une responsabilité sociale à ne pas dépeupler l'argent qu'ils n'ont pas. On ne doit pas avoir peur de réfléchir à un hôpital de qualité mais apuré.»

Ce qui n'est pas rassurant pour le patient lorsqu'on aborde la question de l'avenir financier des hôpitaux, c'est d'entendre un ministre-président, PS, et ancien ministre fédéral de la Santé, Rudy Demotte, dire au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles : « Nous faisons encore face à un certain nombre d'équations à inconnues, déterminées par d'autres niveaux de pouvoir. » Si un ministre avec une telle expérience du monde de la Santé n'a pas une vision claire... qui peut l'avoir ?

DES EXPERTS INCOMPÉTENTS

Pour Santhea, l'association qui a pour mission de défendre et promouvoir les intérêts des établissements et des services de soins non lucratifs (du secteur privé non confessionnel et du secteur public) situés en Wallonie et à Bruxelles, garder « une politique de santé commune à tous les francophones, c'est utopique ! »

Pour Yves Smeets, CEO de Santhéa, « la réforme de l'Etat est une mauvaise réforme. Les experts à la manœuvre n'ont pas été jusqu'au bout. Cela a débouché sur des incohérences au quotidien. Ils n'ont pas réalisé une bonne réforme, soit par incompetence soit par réflexe frileux. »

De son côté, Michel Mahaux, directeur général-adjoint de Santhéa, souligne qu'« un ministre quel qu'il soit ne peut pas réaliser une bonne réforme hospitalière sans moyens. Avec la réforme de l'Etat, on peut craindre que la bureaucratie ralentisse tout. Actuellement, les hôpitaux perdent trop d'argent. En outre, il n'est pas normal que pour le citoyen qui s'adresse à un hôpital, on se trouve devant en moyenne un mois d'attente pour une consultation de médecine interne ou de pneumologue et presque deux mois pour être reçu par un rhumatologue ou un algologue. »

Dans ce contexte, y a-t-il des manières autres de développer l'hôpital ? « Les responsables politiques

devraient tenir compte de notre capacité d'attraction pour les pays frontaliers. Il est temps d'avoir une vraie réflexion en la matière. Un exemple : aujourd'hui, le patient français coûte à la collectivité belge.

On pourrait toutefois utiliser les lits excédentaires pour les patients français », avance Yves Smeets.

OPÉRER LE CŒUR ICI ET LA JAMBE LÀ-BAS ?

Un peu plus loin en Wallonie, Julien Compère, administrateur délégué du CHU de Liège, a pris les choses en main. Avec ses équipes

du CHU de Liège, ils ont lancé « Cap 2020 », un ensemble de 34 projets visant à améliorer la prise en charge du patient, le bien-être du personnel et la performance de l'hôpital : « Nous sommes plus que jamais dans un marché européen des soins de santé. Il y aura une concurrence de plus en plus forte en la matière entre les pays. »

Pour Julien Compère, le débat sur la collaboration des hôpitaux doit être vu autrement : « On se dirige inéluctablement vers la spécialisation des hôpitaux. Je ne dis pas qu'il faille soigner le cœur à un endroit et la jambe à un autre, mais il faut une hiérarchisation pour optimiser les soins du patient et maîtriser les coûts. Certains responsables politiques, toutefois, oublient que l'interdisciplinarité et la qualité des soins ont un coût. Même s'ils sont bénéfiques aux patients, les soins où plusieurs médecins mettent leur savoir en commun pour le traitement d'une pathologie amènent des coûts importants. On va passer par une rationalisation pour ne pas devoir rationner. »

Selon lui, les frontières des provinces ne doivent pas non plus être un frein. « A ce niveau-là, des partenariats avec les établissements de la province de Luxembourg sont noués pour que le CHU augmente sa présence sur place. Je note aussi la démarche positive de la Communauté germanophone, qui cherche à s'associer avec un hôpital référent dans le cadre du développement de ses soins de santé. De notre côté, on collabore évidemment avec d'autres hôpitaux liégeois et on construit notamment un centre de cancérologie de grande qualité, tout en tenant compte que le patient doit pouvoir être soigné au plus près de son domicile. »

Enfin, il rappelle que « pour la collectivité, un séjour en hôpital coûte cher. Garder le patient chez lui, si sa santé le lui permet, est

donc une bonne chose financièrement. Aujourd'hui, on a une médecine de qualité et il faut permettre une évolution pour que cela ne devienne pas une médecine à deux vitesses. Pour cela, la prise des mesures claires avec un schéma de soins de santé rigoureux est vitale. Ce seront des mesures difficiles à prendre, mais indispensables pour le secteur pour permettre une santé de qualité durable... sans quoi à terme, l'immobilisme ou la décision de mauvaises mesures auront un impact global négatif pour un très grand nombre de patients. »

ENTRE HÔPITAL ET MAISON DE REPOS, UN TROU DANS L'OFFRE DE SOINS

Face aux défis hospitaliers, la FIH, fédération des institutions hospitalières, entend aussi jouer un rôle avec ses 35 000 travailleurs dans 250 structures. A sa tête, Stéphan Mercier, président du conseil d'administration, et Pierre Smiets, directeur de l'institution. Ce dernier affirme qu'« il est urgent de mettre en place un nouveau calendrier de construction 2016-2025 pour poursuivre le renouvellement du parc hospitalier. Les modalités de répartition des subventions devront se faire sur la base de règles les plus objectives possible. »

Il veut une évolution de l'hôpital, en pensant aux développements d'alternatives à l'hospitalisation classique et à des partenariats avec d'autres acteurs du secteur : « Hospitalisation à la semaine, au jour, à domicile... Mais aussi des offres d'hébergement en aval, avec des lits de révalidation, des lits de convalescence et des lits de courts séjours. » Pour Stephan Mercier, l'hôpital de demain sera « liquide » : « Il ne se définit plus par ses murs (ambulatorio, domicile...). Entre l'hôpital et la maison de repos, il y a actuellement un trou dans l'offre de soins. La révalidation n'existe pas assez et l'amélioration du suivi de la prise en charge à domicile est urgente. Les maisons de repos ont aussi un rôle à jouer dans l'avenir des hôpitaux. L'hospitalocentrisme est donc loin. »

On peut toutefois se poser la question : est-il possible de mettre tous les patients hors de l'hôpital ? « Le maintien à domicile n'est pas une économie magique pour les soins de santé. Le portefeuille des soins de santé fera toujours plus d'économie en permettant au patient de venir chez le médecin plutôt que le médecin chez le patient », précise

Stephan Mercier.

BRUXELLES : L'URGENCE AUX URGENCES

Pour empêcher les coûts des soins de santé d'exploser, il conviendra aussi de changer les habitudes d'une partie de la population, comme l'explique le ministre du gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale chargé de la Politique de la Santé,

Didier Gosuin (FDF): «17% des Bruxellois ne fréquentent pas les médecins généralistes, contre un taux de 12% au niveau national. Les Bruxellois vont encore trop souvent pour de mauvaises raisons aux urgences des hôpitaux.»

Une problématique très complexe: «Le débat sur les urgences est simple, à Bruxelles. Certains hôpitaux en veulent le moins possible. Pour d'autres, 30 à 40% des hospitalisations viennent de là », explique l'administrateur délégué d'Iris (hôpitaux publics bruxellois) Etienne Wéry. «Sur Bruxelles, il y a actuellement un tourisme médical de détresse qu'on ne peut

pas refuser de prendre en charge. C'est économiquement difficile à financer. Le politique doit en avoir conscience. Si on maintient le système actuel, on va se retrouver avec une médecine à deux vitesses dans les hôpitaux. Certains ne garderont que les maladies rentables.»

En dehors de Bruxelles, le manque de moyens n'effraie pas le ministre wallon de la Santé, Maxime Prévot (cdH): «Ma volonté est de garantir une proximité de soins rapide, dans un premier temps, pour le patient et un traitement spécialisé et adapté dans un second temps. Cela peut se faire dans un hôpital plus éloigné... après avoir traité l'urgence. J'entends être créatif et audacieux avec les moyens dont nous disposerons pour développer la future politique de soins de santé.»

STOP À LA PAPERASSE !

Une politique de santé durable et économiquement réaliste ne passera toutefois pas sans de vraies simplifications administratives. «En

tant que gestionnaire, on attend aussi de vraies réformes en ce sens. Le politique doit avoir conscience

de cela et prendre très rapidement des mesures», ajoute Etienne Wéry. Le défi est donc énorme et ne peut être figé pour trente ans. Une réflexion permanente d'amélioration et de remise en question devra être mise en place. Pour le comprendre, l'exemple de Bruxelles suffit. «Nous devons tenir compte de l'explosion de la natalité. Cela nécessite des investissements particuliers en pédiatrie et en gynécologie. Depuis 1996, on a fermé 1/3 de notre capacité, notamment en chirurgie, en permettant un redéploiement dans d'autres secteurs comme la maternité», précise encore Etienne Wéry.

Le monde bouge vite et les ministres ne montrent sans doute actuellement pas assez de souplesse pour s'adapter aux responsables du monde hospitalier. Ils en souffrent dans leur gestion, mais les patients... c'est l'avenir de leur santé qui est en jeu !

VINCENT LIÉVIN

Evitons que notre médecine de qualité évolue vers une médecine à deux vitesses