

# 25% de lits en moins dans les hôpitaux wallons

**La réforme du mécanisme de financement des hôpitaux wallons, on en discute une dernière fois avant le vote. 57 institutions sont concernées.**

● **Caroline DESORBAY**

**L**a réforme du mécanisme de financement des infrastructures hospitalières, concoctée par Maxime Prévot, ministre wallon de la Santé, sera discutée ce mardi et jeudi en commission, ultime étape avant le vote. 37 hôpitaux généraux et 20 hôpitaux psychiatriques sont concernés.

**1. Plan de financement** Le ministre a fait ses comptes. Il prévoit à terme 418 millions d'investissements par an, une fois que la réforme aura atteint sa vitesse de croisière. Objectif : financer les infrastructures hospitalières et l'équipement médical. Le coût des soins de santé reste à charge du fédéral. Sur ces 418 millions, 277 seront attribués au volet construction. « *Ce montant se base sur le fait que l'intégralité du parc hospitalier wallon, estimé à 7 milliards d'euros, doit endéans les 35 ans pouvoir faire l'objet d'un renouvellement,* » précise Maxime Prévot.

112 millions financeront le matériel et les équipements. Le solde sera dévolu à l'entretien et au remplacement. Par la suite, le ministre wallon mise sur un investissement annuel de 313,5 millions d'euros, tablant sur une

diminution des lits de 25 %.

**2. Maîtrise budgétaire** À l'heure où les budgets sont revus à la baisse et où il faut rationaliser le paysage hospitalier, le nouveau mécanisme de financement devrait permettre aux hôpitaux une meilleure maîtrise budgétaire. Exit l'ancienne mécanique complexe qui nécessitait des révisions de prix plusieurs années après la finalisation des travaux. D'un subventionnement via avances, la Région passe à la facturation d'un prix maximal d'hébergement à la journée. On vous épargne le long et fastidieux calcul !

**3. Responsabilisation des hôpitaux** Les hôpitaux bénéficieront d'un financement en adéquation avec leurs prestations. Plus question de voir trop grand et de se retrouver avec 30 % de lits inoccupés. Les infrastructures hospitalières devront analyser avec précision le marché : l'offre devra impérativement répondre aux besoins. « *Demain, comme on sera dans un droit de tirage offert aux hôpitaux à concurrence de la valeur de la reconstruction de leur site, ils vont devoir calculer au mieux leurs besoins pour impacter ce coût sous la forme d'un prix d'hébergement. S'ils voient trop grand,*

*ils devront assumer la perte financière* ». Toutes les infrastructures seront traitées de la même façon.

**4. Patient pas impacté** Le patient ne sera pas impacté par cette réforme puisque le prix maximum facturable correspond au montant pris en charge par la mutualité en tiers payant. « *Concrètement, la facturation du prix maximal d'hébergement à la journée sera remboursée par la mutuelle. Il sera ensuite assumé comme le faisait l'Inami au fédéral par l'Avia, soit la Région wallonne. Le patient ne paiera pas plus cher son séjour à l'hôpital,* » détaille le ministre wallon de la Santé.

**5. Litige** Le gouvernement fédéral qui doit continuer à assumer les charges du passé pour des projets qui sont en cours prive les entités fédérées de moyens. « *La dotation qu'on reçoit était censée couvrir à la fois les charges du passé par ponction du fédéral et dans le même temps nous offrir de quoi investir pour demain. Comme il y a tous ces problèmes de calcul au fédéral, au final, ils ont regroupé ces deux dotations en une seule. Une ponction que la Région wallonne et les autres entités fédérées ont du mal à avaler.* » ■

REPORTERS

## Sept plans quinquennaux sur le métier

**U**ne fois que le décret aura été adopté, ce qui ne saurait tarder, le premier des sept plans quinquennaux sera mis en place dans le courant de l'année 2017.

« On va faire le cadastre de tous les projets que les hôpitaux ont en magasin et pour lesquels ils sollicitent des subventionnements. Il s'agit de projets importants, de construction ou de rénovation. Pour tout ce qui concerne la maintenance, des crédits seront disponibles selon les besoins »

Mais prévient Maxime Prévot, « on ne pourra pas répondre à toutes les demandes. Pour le premier plan, on choisira les programmes les plus urgents et indispensables en termes de santé publique. »

Comment être certain que les projets retenus s'inscriront dans la réforme de Maggie De Block

qui tarde à se concrétiser ? « Les états-majors hospitaliers ne perdent pas cette réforme de vue, ils sont conscients que leur offre doit être la plus juste, la plus pertinente par rapport aux besoins de leur bassin de patients.

Ça n'aurait aucun sens de demander par exemple la création d'un service de maternité qui ne s'inscrirait pas dans la logique de réseaux. »

### À l'arrêt depuis décembre 2015

Les hôpitaux piaffent, de nombreux projets attendent leur réalisation. Depuis la fin de l'ancien système le 31 décembre 2015, tout est à l'arrêt.

Le ministre wallon de la Santé

est favorable au fonctionnement en réseaux « si cela répond à des enjeux de complémentarité, de qualité et de proximité ». Il prévient : « il y a des rapprochements hospitaliers qui ne se sont pas faits

spontanément ces dernières années mais qui devront se faire sous la contrainte de Madame De Block, sans que ce soit nécessairement une mauvaise chose. »

En attendant, tout le monde tente d'anticiper les rapprochements susceptibles d'être initiés par Maggie De Block. Tous les scénarios sont sur la table d'opération. Car après le premier coup de scalpel, tout devrait aller très vite. ■ **Ca.D.**

## Ce serait bien de tenir compte des « réseaux » existants

**Alain De Wever, vous êtes professeur émérite d'économie de la santé et de gestion hospitalière à l'ULB et vous présidez le conseil de gestion de l'hôpital Erasme. Cette vaste réforme des hôpitaux est-elle indispensable ?**

Oui, car l'hôpital se transforme complètement à l'échelle mondiale : les séjours sont de plus en plus courts avec des hôpitaux de plus en plus performants sur le plan du diagnostic et de la thérapeutique. Les gens ne fréquentent pas moins l'hôpital, mais ils y restent moins longtemps.

L'hôpital devient de plus en plus un lieu ambulatoire avec énormément de consultations spécialisées et de très gros services médico-techniques. La partie hôtellerie diminue énormément. Tout ce qui se fait soit au niveau fédéral, soit au niveau régional, va donc dans le sens de l'histoire.

**Que pensez-vous de la piste de 25 réseaux loco-régionaux évoquée par Maggie De Block ?**

Cela paraît assez logique au niveau des régions, particulière-

ment de la Flandre et de la Wallonie mais ce sera plus difficile pour les grandes villes. Beaucoup d'hôpitaux sont déjà regroupés dans des réseaux dont la base est surtout philosophique. Il ne faut pas négliger la dimension éthique, particulièrement délicate à gérer. Notre pays a été philosophiquement divisé sur l'avortement, l'euthanasie, ... Ce serait bien que nos dirigeants tiennent compte de ces réseaux déjà constitués, on gagnerait un temps précieux.

### Les grands hôpitaux récents (Marie Curie (Charleroi) ou en construction (Mont Legia à Liège) auront-ils leur place dans le nouveau paysage ?

Oui, car ces hôpitaux concentrent déjà plusieurs structures plus petites, ce qui a engendré une diminution du nombre total de lits. Ils permettent également des économies d'échelle puisqu'il n'y a plus qu'une pharmacie, un laboratoire, ...

### Que deviendront les petites structures ?

Certaines seront transformées en polycliniques, d'autres en maisons de repos et de soins.

### Un des grands axes de la réforme est la collaboration entre hôpitaux et services extra-muros ?

Elle est fondamentale mais il faudra que la vieille querelle en-

tre médecins généralistes et hôpitaux disparaisse. Ils devraient travailler en étroite collaboration. Je suis persuadé que le généraliste a sa place dans les services d'urgences : il devrait être la première personne qui ren- contre les malades à l'hôpital, pour faire le tri en quelque sorte.

### Un réseau à cheval sur deux entités fédérées, c'est faisable ou pas ?

Faisable même si la Belgique est allée assez loin sur le plan des régions. Il n'y a plus tellement de collaboration mais il doit y en avoir au niveau des frontières linguistiques qui fonctionnent bien.

### C'est un chantier immense, par où commencer ?

Par la modification des textes de lois pour pouvoir mettre en prati-

que les ré- seaux. La légis- lation en place exige que cha- que hôpital ait une pharma- cie complète, un labora- toire,... Les hôpitaux privés et pu- blics doivent pouvoir travailler ensemble, or les législations ré- gionales empêchent cette colla- boration.

### Cette réforme ne jette-t-elle pas les bases d'un système à l'anglaise où l'on ne peut choisir son hôpital ?

Non, ce système n'est pas du tout compatible avec notre culture. La liberté, fondamentale, de pouvoir se faire soigner où on veut ne coûte pas beaucoup plus cher. Et elle contribue largement à la qua- lité des soins de santé. ■ **Ca.D.**

## Grands axes de la réforme de Maggie

La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux lancée par Maggie De Block s'appuie sur un **double constat** : 1. les besoins des patients ont évolué à cause du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques, de la multimorbidité (diabète, cholestérol, problème cardiaque...); 2. les comptes d'une partie des hôpitaux sont dans le rouge.

**Réseaux** Les hôpitaux seront répartis en trois catégories (de base, de référence et universitaire) et fonctionneront par réseau. La piste de 25 réseaux pour l'ensemble du pays est sur la table (dont 10 pour la Wallonie), soit un réseau pour environ 450 000 habitants. Ils seraient élaborés sur base de critères géographiques et de couverture de la population. La ministre prône la collaboration entre

hôpitaux et prestataires de soins extra-muros (généralistes, kinés, infirmier(e)s à domicile...) pour écourter la durée des hospitalisations. Elle entend réserver la technologie onéreuse aux seuls réseaux, supprimer les lits hospitaliers non utilisés...

**Financement** Principe : seuls les soins justifiés seront remboursés correctement. Un forfait sera fixé pour les pathologies standards

(opération appendicite, pose d'une prothèse de la hanche sans complication...) Pour les pathologies ou interventions avec complications (la plus grosse partie des soins hospitaliers), ce sera un budget fermé réparti entre les hôpitaux en fonction du nombre et de la nature des patients. En ce qui concerne les interventions très compliquées, (ablation d'une tumeur difficilement accessible...), le financement

sera basé sur les soins justifiés réellement dispensés.

**Projets pilotes** Tester différentes formules sur le terrain, c'est la « De Block touch ». En février 2016, un projet « accouchement avec séjour écourté en milieu hospitalier » a été mis en place dans sept hôpitaux du pays pour une période de deux ans. En avril prochain, on testera l'hospitalisation à domicile.

**Échéance** Tout devrait être opérationnel en 2025. D'ici là, il y aura un énorme travail législatif à fournir car il faudra modifier une kyrielle d'arrêtés royaux pour changer le mode de fonctionnement et de financement des hôpitaux. Actuellement, les acteurs de terrain planchent sur l'organisation en réseaux mais difficile d'avancer vu le flou législatif et le manque de directives de la part de la ministre de la Santé.