

## ■ RÉSEAUX ■

# Gibbis réclame de la clarté à la ministre De Block

Si, en Wallonie, les fédérations hospitalières se font plutôt discrètes ces derniers temps, à Bruxelles, Gibbis a décidé de participer pleinement au débat des futurs réseaux en adressant un courrier à la ministre De Block afin d'éclaircir certaines zones grises subsistantes. Rencontre avec Marjorie Gobert, coordinatrice juridique et secrétaire du conseil d'administration auprès de Gibbis.

**D**epuis le démarrage de la réforme, les règles du jeu ont changé à maintes reprises. C'est normal, bien sûr, que les règles évoluent au fil du temps et des discussions. Mais aujourd'hui, pour les acteurs de terrain, il serait plus que bienvenu que des règles claires soient arrêtées.

## Dessine-moi un réseau!

À l'heure actuelle, aussi fou que cela puisse paraître, et alors que les hôpitaux flamands ont déjà dû rendre la semaine dernière leurs intentions de réseau, le terme «réseau» n'est toujours pas clairement défini. «On ne sait toujours pas ce que l'on entend par "réseau". Prenons l'exemple de l'UZ Brussel qui pourrait vraisemblablement réseauter avec des hôpitaux flamands: est-ce un réseau bruxellois ou un réseau flamand?», fait remarquer Marjorie Gobert.

La question du nombre de réseaux aussi suscite toujours beaucoup de discussions. «Le ministre Gosuin souligne la nécessité d'avoir quatre réseaux à Bruxelles. Ce nombre se justifie vraiment au regard du 1,8 million de patients potentiels traités dans les hôpitaux bruxellois et à la population bruxelloise qui sera traitée dans les années à venir qui sera proportionnellement plus importante à Bruxelles que dans les autres Régions».

La juriste ne voit donc bien évidemment pas d'inconvénient à ce nombre, mais se rend compte de la difficulté de déterminer alors un nombre de réseaux pour la Wallonie, tenant compte du nombre total arrêté de réseaux et des revendications flamandes. Elle préférerait donc dépasser ce clivage par Région: «Il serait à mon sens préférable d'en revenir à une discussion globale et d'abandonner l'idée de vouloir se répartir le gâteau et de diviser préalablement les 25 réseaux entre entités fédérées. Il faut que toutes les entités fédérées se voient et définissent ensemble ce qu'est un réseau, ce qu'est un réseau bruxellois plus particulièrement, et comment se répartir les 25 réseaux. Les réseaux doivent être créés conjointement et simultanément sur l'ensemble du pays.»

## Pour une programmation variable

Une grande inconnue subsistant à ce jeu est la programmation. «Dans la dernière mouture des textes, la notion de "400 à 500.000 habitants" a été supprimée. On sait que c'est cette fourchette qui est visée. L'idée de la ministre De Block est d'avoir une programmation uniforme dans tous les réseaux parce qu'à la base, elle partait de cette taille de réseaux, mais on sait aujourd'hui qu'à Bruxelles, les réseaux seront probablement plus grands que ces 400 à 500.000 habitants. Dès lors, nous plaçons

pour une programmation "evidence-based medicine" et qui réponde aux besoins des patients, qui doit pouvoir varier d'un réseau à l'autre», souligne Marjorie Gobert. Et d'ajouter: «Les positions du réseau public IRIS et du privé associatif se rejoignent assez bien à Bruxelles et notamment sur ce point.»

Et de prendre l'exemple de deux réseaux, l'un réalisant annuellement 9.000 accouchements, l'autre 3.000. «Il est important que la programmation en services/lits de maternité de l'un et de l'autre tienne compte de cette réalité, plutôt que d'homogénéiser la programmation de tous les réseaux à deux maternités (par exemple). Idem pour d'autres missions de soins localrégionales comme les urgences, la pédiatrie, l'imagerie médicale ou autre appareillage lourd... qui présentent de réelles différences d'une zone géographique à l'autre».

Comme déjà dit à maintes reprises dans les discussions autour des réseaux, Gibbis trouverait normal que les règles de programmation soient établies préalablement à la formation des réseaux. «Cela nous semble capital, et d'autant plus à Bruxelles, qui comporte trois hôpitaux académiques, quand on sait que certaines missions seront réservées aux hôpitaux académiques. On peut comprendre que les hôpitaux qui entrèrent en réseau avec un hôpital académique soient sur leurs gardes. Il semble que – du moins dans les premières années – ce ne soit pas l'intention de fermer des services. Mais une fois de plus, on ne connaît pas les règles du jeu.»

## Une demande de modification: les hôpitaux R

Après les nombreux allers-retours du projet de loi, Gibbis n'a par contre plus d'objection majeure par rapport au texte sur la table, hormis en ce qui concerne les hôpitaux de référence (R). «Les réseaux localrégionaux devront conclure, pour les missions de soins suprarégionales qu'ils n'offrent pas eux-mêmes, un accord de collaboration avec minimum 1 et maximum 2 points de référence et, pour les missions de soins suprarégionales que le réseau localrégional offre lui-même, celui-ci peut contracter une collaboration avec au maximum 1 point de référence en dehors du réseau. Ces maxima de collaborations avec des points de références prévus dans l'avenant-projet sont totalement inacceptables car ils ne correspondent pas à la réalité. Il nous paraît nécessaire qu'un réseau localrégional puisse conclure des accords de collaboration avec plus de 2 points de référence. Ce plafond doit être porté à au moins 4 points de référence», martèle la juriste.

## Dans l'attente du 26 février

À l'issue de la CIM Santé du 26 février, Gibbis espère qu'il y a aura plus de clarté sur le cadre légal attendu et qu'une discussion aura pu avoir lieu sur la répartition des 25 réseaux, mais une discussion «regroupant bien tous les acteurs, comme c'est d'ailleurs prévu dans les textes de la ministre De Block».

Un message fort dans un seul but: faire avancer les discussions afin de pouvoir à présent commencer concrètement à «construire des réseaux». Et Marjorie Gobert d'espérer que les Ministres Gosuin et Vanhengel défendront bien la spécificité bruxelloise.

France Dammel



Marjorie Gobert, coordinatrice juridique et secrétaire du conseil d'administration auprès de Gibbis.

## Une plateforme hospitalière est née à Bruxelles

**U**ne plateforme hospitalière est née à Bruxelles à l'initiative des Cabinets et des administrations bruxelloises. Une première rencontre de celle-ci a eu lieu le 30 janvier. Elle a été réunie en vue de la CIM Santé du 26 février où les entités fédérées seront amenées à dresser un état de la situation. Mais elle pourrait très bien être pérennisée.

Les hôpitaux et les couples GIBBIS et IRIS ont été réunis par les Cabinets bruxellois (Gosuin et Vanhengel) et l'administration bruxelloise le 30 janvier. Marjorie Gobert applaudit cette initiative mais espère que les hôpitaux académiques qui n'y sont pas conviés le seront prochainement. L'origine de cette nouvelle plateforme est donc cette CIM Santé du 26 février, mais il est fort probable qu'elle se pérennise et permette ultérieurement de discuter d'autres sujets que des réseaux. Une bonne nouvelle et une initiative certainement à souligner à l'heure où le dialogue sera plus que jamais nécessaire.

## Bruxelles: non pas 2 ou 3 réseaux mais bien 4!

Suite à la modification des textes de la ministre De Block relatifs aux réseaux, notamment la possibilité pour un réseau de chevaucher deux Régions, il y a du changement dans l'air en Région bruxelloise. Le ministre bruxellois de la Santé, Didier Gosuin, affirme qu'il est «impossible de ne faire qu'avec 2 ou 3 réseaux».



Didier Gosuin

**S**ans pour autant porter le moindre jugement sur la méthode De Block-Vandeuren, le ministre Gosuin préfère les discussions bilatérales. «A Bruxelles, nous avons des contacts réguliers avec les hôpitaux. Nous préférons faire cela en tête-à-tête. Vu la proximité ici à Bruxelles, cela n'a pas beaucoup de sens d'envoyer un courrier. Nous les rencontrons en bilatéral. Nous faisons cela de manière plus pragmatique.»

Bruxelles n'est pas la Flandre. Bruxelles a ses spécificités et Didier Gosuin tient à les défendre. «Le projet de Médecine De Block est un projet qui s'inspire du modèle flamand. Et c'est évidemment là qu'il peut y avoir des difficultés parce que les solutions de la Flandre ne sont pas nécessairement les solutions pour la Wallonie ou pour Bruxelles. Et de même, les solutions pour la Wallonie ne sont pas les solutions pour Bruxelles».

### 30 à 40% des patients hors Bruxelles

«Nous avons des spécificités, notamment le fait que nous allons bien au-delà de notre territoire en termes d'impact de patientèle. Nous avons 30 à 40% de patients qui proviennent d'un dehors de Bruxelles. Cela pose d'autres types de problèmes, de critiques que nous avons déjà émises et qui ont été prises en compte dans les nouvelles moutures des textes. Ainsi, par exemple, la notion de territoire a quand même été levée.»

«On va maintenant discuter du nombre de réseaux», enchaîne Didier Gosuin. «Mais quand on considère la population bruxelloise à laquelle s'ajoute la population extra-bruxelloise, on se dit qu'on ne voit pas comment on pourrait faire avec moins de 4 réseaux.»

### Dépasser les piliers serait un grand pas en avant

Comme on a régulièrement entendu les acteurs – dont la fédération hospitalière bruxelloise Gibbis – revendiquer une approche bottom-up, le ministre Gosuin déclare aujourd'hui «que les réseaux ne doivent pas s'imposer du haut». «Ce sont les acteurs eux-mêmes qui doivent trouver les meilleures synergies. Si l'on voulait imposer les quatre réseaux, on risquerait de faire plus de mal que de bien.» Didier Gosuin espère néanmoins que les réseaux permettront de dépasser les clivages confessionnels: «La logique des réseaux va pouvoir transcender d'autres réalités quand même un peu sclérosées, à savoir la logique des piliers. On peut imaginer que, demain, des hôpitaux publics puissent entrer en réseau avec des acteurs privés. D'ailleurs, nous avons déjà modifié la loi CPAS en ce sens qu'elle permettrait que des acteurs issus des CPAS (entendez par là Iris) puissent entrer en association avec des acteurs privés.»

### Encourager la dynamique des réseaux en laissant de l'autonomie

Pour Didier Gosuin, le principal aujourd'hui est d'encourager la dynamique des réseaux, sans en imposer toutes les modalités jusqu'au moindre détail. «Avoir une gouvernance qui est définie de manière trop autoritaire d'en haut

n'est pas une bonne chose. Il faut aussi se rendre compte que c'est une réforme qui mettra des années à s'implémenter. Et donc, vouloir imposer des structures, des territoires précis, risque au contraire de faire échouer la réforme.»

### Pragmatisme, souplesse et autonomie

Les mots d'ordre du Bruxellois sont donc ici pragmatisme et autonomie: «Il faut laisser aux réseaux le soin de pouvoir définir quelle est la meilleure des structures, quelle est la part ou non d'autonomie à donner aux hôpitaux dans le cadre de ce réseau, quel doit être le pouvoir de décision des médecins... Si l'on brutalise les choses, je crains que la réforme aie du mal à s'implémenter. Et il en va de même à ses yeux pour les infrastructures: «Admettons que deux hôpitaux ayant un centre d'excellence en maternité décident de se mettre en réseau, il faudra le temps pour réorganiser tout cela, ne fut-ce qu'en termes d'infrastructures.»

«Aujourd'hui, les gestionnaires d'hôpitaux sont acquis à l'idée des réseaux. Là où ils calent, c'est si on veut leur imposer du "fait sur mesure". Concentrons-nous maintenant sur l'objectif général de la réforme en étant plus souple dans sa mise en œuvre, en étant aussi moins contraignant en termes de temporalité. Il faut laisser à chacun le temps de digérer cette réforme et de s'organiser», conclut Didier Gosuin. ■

Franca Dammel

## La cardiologie est-elle mise en péril par les futurs réseaux?



Marc Claeys



Marc Geboers

«Le nouveau modèle de financement et de réseau des autorités met-il en péril la cardiologie moderne?» Tel était le point de départ de la réflexion jeudi dernier, à l'occasion du congrès annuel de la *Belgian Society of Cardiology*, proposée par le Pr Marc Claeys, son président, et Marc Geboers, directeur hôpitaux généraux à Zorgnet-Icuro.

**L**a médecine, et certainement la cardiologie, ont fortement évolué au cours des dix dernières années. Une meilleure connaissance des pathologies a amené de meilleures modalités thérapeutiques ainsi qu'une meilleure prévention primaire et secondaire. En pratique, aujourd'hui, les patients bénéficient de nouveaux médicaments qui nécessitent moins de contrôles biologiques, de nouveaux dispositifs médicaux ainsi que de projets de télémonitoring pour l'insuffisance cardiaque. Mais comment tout cela va-t-il s'organiser demain quand on ne pourra plus faire tout ce que l'on faisait aujourd'hui partout?

### Quel paysage cardiologique pour demain?

Lors du congrès, Marc Geboers a donné un petit aperçu de ce qui se dessine au

niveau des réseaux pour la cardiologie. Les programmes de soins A, les programmes de soins P (pacemakers) et la revalidation cardiaque relèveraient du locorégional. «Le but étant de pouvoir continuer à proposer une offre la plus proche possible du patient (âgé), polymédiqué et souvent avec de nombreuses comorbidités», commente Marc Geboers. Ensuite, l'idée est de concentrer au niveau suprarégional les programmes de soins B3 (cardiochirurgie), les programmes de soins E (électrophysiologie, troubles du rythme), les programmes de soins C (pathologies congénitales), les programmes de soins T (transplantations), les TAVI ou encore les mitraclips. Pour ce qui est des programmes de soins B1-B2 (cathétérisme, dilatation, stent), c'est encore le flou. Va-t-on quand même encore les permettre au niveau locorégional? L'avenir nous le dira! ■

FD.