

## ■ RÉSEAUX ■

# Quelles sont les revendications des fédérations hospitalières?

**Gibbis:**  
«La confiance avant tout!»



Dieter Goemaere (Gibbis)

**C**ertes, l'ordre du jour de cette réunion n'est pas encore arrêté. Mais par rapport aux derniers textes, Dieter Goemaere, coordinateur hôpitaux généraux chez Gibbis, sait que les choses ont encore pas mal bougé. Il peut dégager cinq grands principes, chers à sa fédération, qu'elle entend défendre bec et ongles dans le cadre de cette concertation autour de la création des réseaux hospitaliers.

**1. La confiance.** Gibbis le répète une nouvelle fois: elle souhaite un climat de confiance permettant de créer les réseaux bottom-up. Dieter Goemaere estime que trois éléments importants – mais qui ne sont pas encore sur la table à ce jour – peuvent y contribuer.

Tout d'abord, sa fédération demande ardemment une **stabilité budgétaire** durant la période de transition, tant au niveau macro-économique, qu'au niveau micro-économique. Elle a formulé des propositions très concrètes à ce sujet-là. «*Au niveau macro-économique, il faut éviter de couper à nouveau dans les finances des hôpitaux comme cela fut le cas en 2017 car quand on est occupé à essayer de survivre, il est difficile de se lancer dans des projets aussi ambitieux que la mise en réseaux. Au niveau micro-économique, j'entends que si l'on apporte de grosses modifications dans la structure, il y a des questions de pertinence par rapport aux années de référence. Et donc, à ce sujet aussi, nous avons fait des propositions pour garantir quand même la stabilité pendant la période transitoire.*»

Un bon **accord de collaboration avec les entités fédérées** pourrait, aux yeux de la fédération, certainement contribuer à augmenter la confiance. En effet, elles sont compétentes pour l'agrément et le financement des investissements, or c'est le financement des investissements qui sera un des leviers les plus importants. C'est là que se trouveront vraiment des gains d'efficacité.

Un **calendrier réaliste assorti de textes**: si, jusqu'à présent, le calendrier initial a pas mal été chamboulé, à un certain moment, il faut des textes clairs et une bonne communication.

**2. L'approche bottom-up.** Gibbis souligne ce point depuis longtemps. Aujourd'hui, elle insiste dans ce cadre sur le fait qu'il est essentiel de bien distinguer réseaux et programmation, trop emmêlés aujourd'hui encore. «*Certes, il faut avoir une idée de la programmation pour pouvoir créer les réseaux, mais ceux-ci ne doivent pas dépendre de ce que l'on fera dans 6 ou 7 ans au niveau de la programmation. La formation des réseaux doit être un one-shot, tandis que la programmation pourra évoluer avec le temps. Ne nous fixons pas encore trop sur celle-ci mais ayons quand même de bonnes indications de ce vers quoi on va.*»

**3. La prise en compte des réalités locales.** Si un ou deux réseaux supplémentaires peuvent faciliter les accords entre hôpitaux, il faut pouvoir l'accepter parce que, à nouveau, si la future programmation est basée sur des critères EBM, la taille des réseaux aura moins d'importance.



David Lefèbre (Unessa)

**Unessa:**  
«Renforcer des valeurs fondamentales»

**D**avid Lefèbre, directeur général adjoint d'Unessa, présente cinq points essentiels aux yeux de sa fédération, en forme de pyramide, allant du bas vers le haut.

**1. Des valeurs fondamentales préservées.** Le nouveau système doit préserver les valeurs fondamentales essentielles pour ses membres, à savoir **l'accessibilité aux soins, la haute qualité, la sécurité et la satisfaction des patients**. «*Le système mis en place doit rester un moyen au service de ces valeurs fondamentales et ne doit pas être une fin en soi.*»

**2. Des bases solides aux niveaux financier et juridique.** Ces bases sont nécessaires pour donner à cette réforme un climat de confiance de part et d'autre. Or, pour l'instant, il reste encore beaucoup d'incertitudes et de points sur lesquels il n'y a pas de réponse claire. Dans ce cadre, deux éléments sont importants pour Unessa: **la prévisibilité et la stabilité**. «*On sait que la volonté est de définir une nouvelle programmation reposant sur des critères EBM, mais avec notamment comme incertitude: qu'entend-on par programmer sur des bases scientifiques? Unessa réclame une cohérence à deux niveaux: au niveau fédéral, par rapport aux différents chantiers en cours, mais aussi et surtout au niveau des articulations avec les entités fédérées.*»

**3. L'informatique et e-health.** Un nouveau système qui mise sur une plus grande collaboration entre les acteurs et une certaine intégration dans un réseau ne peut se faire que s'il y a un bon outil informatique. «*Aujourd'hui, des moyens ont certes été alloués aux hôpitaux pour développer leur informatique, mais ils sont largement insuffisants.*»

**4. Réseaux: quoi?** Les trois grands principes défendus par Unessa depuis le début sont la garantie de la liberté d'association et de gestion, la consolidation des initiatives et collaborations déjà existantes, et un avancement progressif. «*Si l'objectif reste toujours de développer un système qui permet d'augmenter sa valeur fondamentale, il faut des acteurs motivés à travailler ensemble, dans le respect de leur degré de maturité à pouvoir collaborer.*»

Quant au nombre de réseaux, Unessa n'est pas non plus attaché aux fameux 25 tant annoncés. «*27 ou 28 permettraient peut-être de mieux traduire les réseaux sur le terrain. Par ailleurs, à certains endroits, la fourchette de 400 à 500.000 risque d'être un peu juste.*»

**5. Réseaux: comment?** A l'aide de cinq ingrédients: **clarification** (notamment de certains éléments de la programmation et des missions de soins), **planning** des différents chantiers, **timing raisonnable**, **cadre légal** et **stabilité budgétaire**.

Les vacances terminées, les réseaux hospitaliers reviennent bien sûr sur toutes les lèvres une fois la porte de l'hôpital poussée! Quand les documents promis par la ministre De Block vont-ils enfin tomber afin de pouvoir passer aux choses sérieuses et constituer des réseaux en connaissant enfin les règles du jeu?

Une prochaine étape importante est sans aucun doute le 11 octobre, date de la prochaine réunion du groupe de concertation sur la réforme du paysage hospitalier. En prélude à celle-ci, *Le Spécialiste* est allé sonder les fédérations hospitalières, leur demandant quels étaient les grands principes/souhaits/desideratas qu'ils iraient défendre. Unessa et Gibbis se sont prêtées au jeu. Santhea n'a, quant à elle, pas souhaité réagir.

France Dammel

# Zorgnet-Icuro: «Money time pour les réseaux»

Pour le Nord du pays, la coupole hospitalière Zorgnet-Icuro a également présenté au *Spécialiste* ses exigences pour la suite des négociations concernant la réforme du paysage hospitalier. Un premier constat qui ressort de cette interview identique à celui posé au Sud est maintenant l'impatience grandissante pour obtenir enfin les règles du jeu qui permettront de constituer les réseaux. Par ailleurs, pour Marc Geboers, directeur Hôpitaux généraux de Zorgnet-Icuro, il faut «de la clarté sur 5 points»...

Pascal Selleslagh/FD.

**1. A propos des textes de loi relatifs aux réseaux.** Après bientôt un an, disposer des règles du jeu devient un must. «Toutes les initiatives qui ont été prises sur le terrain au cours de l'année écoulée visant à donner forme au paysage hospitalier sont maintenant à l'arrêt en raison de l'absence d'un cadre légal clair», commente Marc Geboers.

**2. A propos de la délimitation géographique des réseaux** (non seulement des autorités fédérales, mais aussi des autorités fédérées). «Le secteur aspirait aux soins les plus accessibles et de la meilleure qualité pour le patient. Toutefois, on entend aujourd'hui des critiques venant de toutes parts vis-à-vis de certaines initiatives (politiciens, groupements de généralistes...)».

**3. A propos de la façon dont les dossiers prioritaires prendront forme dans la discussion relative aux missions de soins loco- et suprarégionales.** Le secteur s'est préparé:

- les hôpitaux de moins de 400 lits ont une vision quant aux missions de soins de base qui est prête au niveau flamand;
- le KCE avait aussi bouclé avant l'été déjà son étude concernant la capacité nécessaire et l'évaluation d'un certain nombre de missions de soins;
- l'avis du groupe de travail du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) sera, quant à lui, prêt fin du mois.

«Il est donc maintenant temps que l'on porte à notre connaissance le planning pour les dossiers prioritaires, afin que les hôpitaux puissent conclure des accords pratiques au sein d'un réseau.»

**4. A propos de l'approche financière dans le BMF (budget des moyens financiers) pour la constitution des réseaux.** L'avis du groupe de travail du CFEH a

déjà été introduit à quelques reprises. Pour le BMF 2018, il faut maintenant être clair quant aux accents que l'on veut poser, y compris une vision à long terme qui soit inhérente aux réseaux.

**5. A propos d'éléments indépendants de la constitution des réseaux:**

- La position des médecins dans la gestion du réseau.
- L'impact de l'introduction des soins à faible variabilité.

- La volonté des autorités à s'investir davantage dans l'informatisation.

- Ce que fera le secteur avec la réglementation relative à la protection de la vie privée et à la protection des données dès mai 2018.

«Pour beaucoup de dossiers, des déclarations partielles ont été émises. Maintenant, il faut des paroles fortes et des actes», conclut Marc Geboers.



Marc Geboers (Zorgnet-Icuro)

## Amélioration de la visualisation, de la manipulation, de la vitesse et de l'efficacité au cours de la coloscopie<sup>1-5</sup>

### ENDOCUFF VISION®

«L'utilisation de ENDOCUFF VISION® augmente le niveau de performance globale en améliorant la vitesse (CIT) et l'efficacité (MAP/ADR) de la procédure”<sup>5</sup>

Disponible en quatre modèles



1. Biecker et al. J Clin Gastroenterol 2015;49:413-8
2. Tsiamoulos et al. UEGJ October 2014 vol. 2 no. 1 suppl A495
3. Tsiamoulos et al. GUT 2014;63:A152-A153
4. Konda et al. Gastrointest Endosc 2015;81:1123-29
5. Tsiamoulos et al. Gastrointest Endosc 2015;81(55)AB209

NORGINE et le logo Norgine sont des marques déposées du groupe Norgine. ENDOCUFF VISION est une marque déposée du groupe Arc Medical Design Limited.

NORGINE NV/SA, Romeinsestraat 10, B-3001 Heverlee

