



Christian BOUFFIOUX

DIRECTEUR MÉDICAL  
CHU DE LIÈGEMEDISCH DIRECTEUR  
CHU VAN LUIKchristian.bouffieux@  
chu.ulg.ac.be

# Liège, un bassin de soins

**... depuis le Moyen Âge ?** Si l'on veut... car la Principauté comptait dans ses 23 bonnes villes des abbayes, congrégations, ordres religieux divers... qui créèrent des hospices, accueillant les indigents, malades et miséreux, les aidant à mourir plus ou moins dignement et surtout chrétiennement, car il n'était pas encore question de soins mais seulement d'un embryon d'aide sociale.

**... de nos jours ?** Des tentatives ont été amorcées afin d'harmoniser, de

rendre complémentaires les pratiques hospitalières et de créer des forums de discussion entre responsables hospitaliers. Un bel exemple de collaboration réside dans l'accord passé entre tous les hôpitaux liégeois disposant d'une fonction SMUR afin d'assurer une couverture optimale de la région. Le choix d'un système commun de communication électronique avec les médecins généralistes, au sein de la structure ALTEM (Association Liégeoise de Télématic Médicale) illustre aussi la volonté d'unification à l'intérieur d'un bassin de soins. Le Groupe d'Oncologie Universitaire Wallonie-Liège (GOUWL) qui réunit au sein d'une seule et même association la quasi-totalité des services d'oncologie de Liège et de la province et le Service Universitaire d'Hémo-Oncologie Pédiatrique liégeois (SUHOPL) constituent deux autres illustrations de partage des ressources et de volonté de réflexion commune. Un autre exemple s'exprime dans la création du Groupement d'Intérêt Economique liégeois (GIE) dans le domaine hospitalier. Cette structure, qui ne réunit que les hôpitaux publics du Grand Liège, est un lieu de rencontre, de dialogue et de réflexion destiné à envisager la poursuite d'objectifs communs.

Même si la notion de bassin de soins est très à la mode, elle ne bénéficie pourtant d'aucune définition communément admise... S'agit-il d'un bassin de pathologies; de définir des territoires géographiques de coopéra-

tion et de programmation des structures de santé et d'aide sociale comme l'a établi un décret de la Communauté Flamande (MB du 06/06/03); de revoir les règles de programmation et d'agrément afin de définir strictement les compétences et les équipements des structures hospitalières de proximité, régionales et supra-régionales; de définir, au sein des hôpitaux de même niveau, des compétences spécifiques et complémentaires non accessibles à chacun afin de créer de véritables réseaux ?

On ne peut qu'être en faveur d'une restructuration de l'activité hospitalière visant à l'échelonnement et à la complémentarité des institutions, à condition qu'elle améliore la qualité des soins aux patients, tout en évitant une dispersion des moyens humains et techniques et des infrastructures. Mais si l'on veut en arriver à créer de vrais bassins de soins, il s'agit de modifier radicalement le paysage hospitalier actuel, d'interdire à chacun de faire tout et n'importe quoi, n'importe où et n'importe comment... Le défi est de taille car il exige un changement des mentalités souvent imprégnées de principes et situations qui s'opposent à l'implémentation d'un tel projet : l'équilibre des réseaux, le foisonnement des équipements et des fonctions médicales de haut niveau, les droits acquis, la liberté de choix des patients, etc.

Et pourtant n'est-il pas plus noble de bien travailler dans un hôpital de proximité que de faire du travail approximatif dans un hôpital supra-régional ? Pourquoi la qualité serait-elle davantage l'apanage des services de chirurgie cardiaque que des services de révalidation ? N'est-il pas aussi gratifiant et honorant de réanimer un polytraumatisé, de le stabiliser et ensuite de le transférer dans un centre spécialisé que de vouloir assurer une prise en charge totale ?

Si l'on veut créer de vrais bassins de soins, il faut revoir la programmation et les normes d'agrément des diverses fonctions hospitalières; encourager financièrement les associations; évoluer vers un forfait global par pathologie en revalorisant les hôpitaux de première ligne; créer des filières de soins interhospitalières; revoir l'aide médicale urgente; organiser et financer les transferts médicalisés secondaires. Vaste programme...

## Luik als zorgregio

**... al sinds de Middeleeuwen?** Eigenlijk wel, want het Prinsdom telde in zijn 23 "goede steden" tal van abdijen, congregaties, religieuze ordes, ... Die richtten gasthuizen op waar armen, zieken en noodlijdenden onderdak vonden en waar ze min of meer waardig en vooral in een christelijke geest konden sterven. Van eigenlijke zorg was immers nog geen sprake, alleen van een prille aanzet tot sociale hulpverlening.

**En hoe is de situatie vandaag ?** Er zijn pogingen gelanceerd om de ziekenhuispraktijken op elkaar af te stemmen en complementair te maken, en om discussieforums op te richten tussen ziekenhuisbeheerders. Een mooi voorbeeld van een dergelijke samenwerking is het akkoord tussen alle Luikse ziekenhuizen die over een SMUR (MURD, Mobiele Urgentie- en Reanimatiedienst) beschikken, om een optimale dekking te waarborgen in de regio. De keuze voor een gemeenschappelijk e-mailsysteem om te communiceren met de huisartsen binnen de ALTEM-structuur (Association Liégeoise de Télématic Médicale, Luikse Vereniging voor Medische Telematica) wijst er ook op dat men een eenheidsaanpak nastreeft binnen de zorgregio Luik. De "Groupe d'Oncologie Universitaire Wallonie-Liège" (GOUWL, Universitaire Groep Oncologie Wallonië-Luik) groepeerde bijna alle oncologiediensten van de stad en de provincie Luik binnen eenzelfde structuur. Samen met de "Service Universitaire d'Hémo-Oncologie Pédiatrique Liégeois" (SUHOPL, Luikse Universitaire Dienst voor Pediatrische Hemato-Oncologie) illustreert deze groep het streven naar krachtenbundeling en gezamenlijke reflectie. Een ander voorbeeld is de oprichting van de Luikse "Groupement d'Intérêt Economique" (Economische Belangengroep) in de ziekenhuiswereld. Deze structuur groepeerde alleen de openbare ziekenhuizen van Groot-Luik. Het gaat om een ontmoetings-, gespreks- en denkforum dat gemeenschappelijke doelstellingen wil verwezenlijken.

Ook al is "zorgregio" een zeer modieus begrip, er bestaat geen enkele algemeen aanvaarde definitie van. Is het gebonden aan specifieke aandeningen? Slaat het op geografisch afgebakende zones voor samenwerking en programmatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen? Is het de bedoeling de programmatie- en erkenningsregels te

herzien, om de bevoegdheden en de uitrusting van de buurt-, regionale en supraregionale ziekenhuisstructuren strikt te definiëren? Gaat het erom binnen ziekenhuizen van hetzelfde niveau specifieke en complementaire bevoegdheden af te bakenen die niet voor iedereen toegankelijk zijn, om op die manier echte netwerken op te richten?

We kunnen de herstructurering van de ziekenhuisactiviteit met het oog op de echelonnering en de complementariteit van de instellingen alleen maar toejuichen, op voorwaarde dat de zorgkwaliteit verbetert en tegelijk de versnippering van personeel, technologie en infrastructuur tegengaat. Wil men echter echte zorgregio's oprichten, dan vereist dit een radicale herstructurering van het huidige ziekenhuislandschap en moet absoluut vermeden worden dat iedereen alles en om het even wat doet, om het even waar en om het even hoe. Het gaat hier om een belangrijke uitdaging, want ze vereist een mentaliteitsverandering. Daarbij moet komaf gemaakt worden met allerlei principes en situaties die de uitvoering van een dergelijk project in de weg staan: het evenwicht van de netwerken, de wildgroei van materiaal en medische topfuncties, de verworven rechten, de keuzevrijheid van de patiënt enz. De uitbouw van echte zorgregio's is zeker de moeite waard. Is het immers niet beter om goed werk te leveren in een buurtziekenhuis dan om middelmatig werk te leveren in een supraregionaal ziekenhuis? Waarom zou een afdeling hartchirurgie per se betere kwaliteit leveren dan een revalidatieafdeling? Geeft het niet evenveel voldoening om een polytraumapatiënt te reanimeren, te stabiliseren en vervolgens over te brengen naar een gespecialiseerd centrum, als om een totaalaanpak te willen bieden?

Echte zorgregio's oprichten, vereist heel wat voorwaarden: de programmatie en de erkenningsnormen van de diverse ziekenhuisfuncties aanpassen, de verenigingen financieel steunen, evolueren naar een globaal forfait per pathologie door de eerstelijnszorg te herwaarderen, netwerken creëren voor "interziekenhuiszorg", de medische noodhulp herzien, secundaire medische transfers organiseren en financieren, ...

U merkt het: een ambitieus programma!