

THESIS / THÈSE

MASTER EN INGÉNIEUR DE GESTION À FINALITÉ SPÉCIALISÉE EN ANALYTICS & DIGITAL BUSINESS

Mise en réseau et intégration des hôpitaux Etude de cas le Réseau Hospitalier Namurois

Linchet, Andy

Award date:
2020

Awarding institution:
Universite de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



MISE EN RÉSEAU ET INTÉGRATION DES HÔPITAUX ÉTUDE DE CAS : LE RÉSEAU HOSPITALIER NAMUROIS

Andy LINCHET

Directeur: Prof. B. MEUNIER

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du titre de
Master 120 en Sciences de gestion,
à finalité spécialisée

ANNEE ACADEMIQUE 2019-2020

AVANT-PROPOS

Ainsi s'achève la fin d'un master riche en expériences sociales et professionnelles. Malgré un parcours qualifié d'atypique pour certains, des doutes sur mes capacités de réussites pour d'autres, je suis parvenu à maintenir le cap et la motivation durant ces cinq dernières années, afin d'obtenir un second bac et bientôt, un master.

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce au soutien de mon promoteur, monsieur Baudouin Meunier, que je souhaite remercier pour l'encadrement et les conseils avisés fournis tout au long de ce travail.

Aussi, je remercie Aline Hotterbeex, Benoit Libert et Pascal Mertens, tous trois experts dans le domaine de la santé et le milieu hospitalier, sur lesquels j'ai pu compter afin d'obtenir de précieuses informations lors des entretiens qu'ils m'ont accordés.

Enfin, merci à Alisa pour l'écoute et la patience dont elle a dû faire preuve, ainsi que ses nombreuses relectures.

INTRODUCTION	6
MÉTHODOLOGIE.....	8
1 CHAPITRE 1 : POURQUOI RÉFORMER LES HÔPITAUX EN BELGIQUE?	10
1 Contexte	10
1.1 Évolutions et défis du système de soins de santé en Belgique.....	10
1.2 Forces et faiblesses du système belge	12
1.3 Une situation financière délicate	16
1.4 Comparaison européenne : Euro Health Consumer Index 2018	17
2 Conclusion	21
2 CHAPITRE 2 : COMMENT RÉFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ BELGE?	22
1 Objectifs de la réforme.....	22
1.1 D'un point de vue de l'efficience	22
1.2 D'un point de vue de l'efficacité	23
2 Réorganisation du paysage des soins de santé.....	25
2.1 Paysage des soins de santé en 2025	25
2.2 Quels modèles de collaboration existaient avant la réforme?	26
2.3 Quels modèles de collaboration adopter dorénavant?	29
2.3.1 Système de soins intégrés	29
2.3.2 Réseau coordonné.....	33
2.3.3 Initiative de collaboration autonome	36
2.3.4 Choix du modèle.....	38
2.4 Le réseau locorégional selon la ministre Maggie de Block	39
2.4.1 Caractéristiques.....	39
2.4.2 Obstacles	41
2.5 Conclusion sur le nouveau modèle de collaboration.....	43
3 Réforme du financement des hôpitaux	44
3.1 Principes de base du financement	44
3.2 Pay for performance – P4P	46
4 Réformes en cours et à venir	48
5 Conclusion	49

3	CHAPITRE 3 : COMMENT MENER LA COLLABORATION VERS L'INTÉGRATION?.....	51
1	Réseau de soins intégrés	51
2	Conditions de réussite.....	53
2.1	Health ProspectING 2019	53
2.2	Health system performance assessment	58
4	CHAPITRE 4 : QUEL EST LE DEGRÉ D'INTÉGRATION DU RÉSEAU HOSPITALIER NAMUROIS?	61
1	Contexte	61
1.1	Description du Réseau Hospitalier Namurois	61
2	Bref historique des hôpitaux namurois.....	62
2.1	CHU UCL Namur Dinant – Godinne –Ste Elisabeth	62
2.2	CHR Sambre et Meuse Namur – Auvelais	62
2.3	Clinique Saint Luc Bouge	63
3	Particularités du réseau namurois	64
3.1	Collaborations	64
3.2	Hôpitaux privés et publics	64
3.3	Hôpital universitaire	65
3.4	Population et localisation.....	65
3.5	Organe de concertation du RHN	66
3.6	Réseau intégré.....	66
4	Conditions de réussite de l'intégration : application au cas namurois.....	67
4.1	Vision	67
4.2	Information	67
4.3	Incitatif	68
4.4	Organisation	69
4.5	Professionnel.....	69
4.6	Clinique.....	70
4.7	Patient	71
5	Conclusion	72
5	CHAPITRE 5 : QUELLES RECOMMANDATIONS POUR FAVORISER LA COLLABORATION ET L'INTÉGRATION DES SOINS ?	73
1	Réorganisation du paysage hospitalier	73
1.1	Le financement du réseau.....	73

1.2	Le soutien à la mise en œuvre du réseau.....	74
1.3	La consolidation de la base légale.....	75
2	Collaboration et intégration des hôpitaux.....	77
2.1	Développer une relation de confiance.....	77
2.2	Créer un plan stratégique.....	77
2.3	Partager l'information.....	78
2.4	Soutenir le changement.....	78
2.5	Suivre et évaluer les performances.....	78
2.6	Agir dans l'intérêt du patient.....	79
6	CONCLUSION.....	80
7	BIBLIOGRAPHIE.....	82
8	ANNEXES.....	85
	Annexe 1 : Nombre de médecins pour 1000 habitants.....	85
	Annexe 2 : Qualité des soins de santé (2018).....	85
	Annexe 3 : Perception de la qualité des soins de santé par la population belge (2017) .	86
	Annexe 4 : Composition du revenu des hôpitaux belges (2017 et 2018).....	86
	Annexe 5 : Mortalité évitable grâce aux politiques de santé.....	87
	Annexe 6 : Dépenses de santé (% de PIB, 2018).....	88
	Annexe 7 : Evolution des dépenses de santé en Belgique (% de PIB).....	88
	Annexe 8 : Evolution des dépenses de santé en Europe (% de PIB).....	89
	Annexe 9 : Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants.....	89
	Annexe 10 : Nombre moyen de patients par infirmier entre 2009 et 2010.....	90
	Annexe 11 : Nombre de lits pour soins aigus pour 1000 habitants.....	90
	Annexe 12 : Durée moyenne des séjours en Europe (2017).....	91
	Annexe 13 : Formes actuelles de collaboration hospitalière et leur structure de gouvernance (KCE).....	92
	Annexe 14 : Normes hospitalières.....	93
	Annexe 15 : Structures de gouvernance du système de soins intégrés (KCE).....	94
	Annexe 16 : Questionnaire Hotterbeex A. (30/04/2020).....	95
	Annexe 17 : Questionnaire Libert B. (15/06/2020).....	97
	Annexe 18 : Questionnaire Mertens P. (3/07/2020).....	99

INTRODUCTION

La Belgique, bien qu'elle bénéficie d'un système de soins parmi les plus performants d'Europe, fait face à de nombreux défis en matière de santé. Parmi ceux-ci, le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et de la multi-morbidité, ou encore l'évolution des technologies en sont les exemples les plus souvent cités. Ajoutons à cela les impacts qu'une épidémie mondiale comme celle du Covid-19 engendre, qui a mis en lumière à la fois les difficultés de gestion d'une crise de grande ampleur affectant l'ensemble des acteurs des soins de santé, mais aussi le besoin crucial de repenser le système pour mieux allouer et utiliser les ressources.

Ainsi, ces défis démontrent de l'importance d'un système de soins de santé efficace et efficient, dans lequel la collaboration joue un rôle central. Pour ce faire, de nombreuses réformes ont été mises en œuvre afin d'améliorer le système de santé. Dans le cadre de ce mémoire, un intérêt particulier sera porté sur la réorganisation du paysage des soins de santé sous forme de réseaux locorégionaux. Cette réforme, initiée par Maggie De Block, a pour objectif de développer les collaborations entre les hôpitaux afin, d'une part, de mener à la spécialisation de certains soins amenant à davantage de qualité pour le patient et, d'autre part, de rationaliser l'offre de soins et ainsi éviter certaines dépenses inutiles. À terme, cette réforme devrait mener à un haut niveau d'intégration entre les différentes structures de soins de santé.

La réflexion menée au travers de ce travail est double. En premier lieu, une première phase d'analyse documentaire permettra de mieux comprendre les objectifs de la réforme, les options envisagées, l'état d'avancement des réseaux locorégionaux ainsi que les obstacles rencontrés. Ensuite, il s'agit de s'interroger sur l'évolution probable vers laquelle se dirigent les soins de santé, à savoir l'intégration des soins. Pour ce faire, l'étude d'un cas précis sera réalisée : le Réseau Hospitalier Namurois. Des facteurs-clés nécessaires à l'intégration seront identifiés et appliqués à ce réseau afin de faire l'état des lieux du degré d'intégration.

Par la suite, des pistes de recommandations seront formulées sur la base des constats élaborés, comme elles pourraient l'être à l'attention des décideurs politiques en ce qui concerne les réseaux locorégionaux, et des dirigeants hospitaliers pour l'intégration du Réseau Hospitalier Namurois.

Enfin, pour guider le déroulement de ce mémoire, différentes questions sont étudiées. Il semble important de préciser qu'il ne s'agit pas d'apporter une réponse précise et unique à chacune d'entre elles, mais plutôt de proposer des pistes de réflexion pouvant mener à l'amélioration du système de soins de santé, y compris au niveau namurois.

MÉTHODOLOGIE

Afin de réaliser ce mémoire sur la mise en réseau et l'intégration des hôpitaux, et pour guider l'évolution du travail, une série de questions a été élaborée. Celle-ci a été rédigée de façon à étudier successivement les raisons qui poussent à la collaboration hospitalière; les formes de collaboration proposées et celle retenue; l'évolution vers laquelle devraient mener à terme les partenariats; et enfin, l'état de cette évolution sur le Réseau Hospitalier Namurois. Ainsi, il s'agit de répondre graduellement à différentes interrogations pour mener au concept d'intégration des soins, réaliser l'étude d'un cas pratique et offrir des propositions de recommandations. Ces différentes questions font chacune l'objet d'un chapitre et sont définies ci-dessous :

- 1. Pourquoi réformer les hôpitaux en Belgique?**
- 2. Comment réformer le système de santé belge?**
- 3. Comment mener la collaboration vers l'intégration?**
- 4. Quel est le degré d'intégration du Réseau Hospitalier Namurois?**
- 5. Quelles recommandations pour favoriser la collaboration et l'intégration des soins?**

Le premier chapitre consiste à évaluer les enjeux et réaliser une analyse contextuelle du système de soins de santé belge afin de mieux comprendre les raisons qui amènent à considérer de nouvelles réformes. Ainsi, il s'agit d'étudier de manière générale les évolutions et défis auxquels fait face le secteur de la santé, ainsi que différentes caractéristiques du système belge. Une comparaison du système belge avec d'autres systèmes européens est également proposée.

Le second chapitre traite des réformes engagées par la ministre De Block. D'abord sont traités les objectifs poursuivis par ces mesures. Ensuite, la réforme de la réorganisation du paysage hospitalier est étudiée en détail avec, d'une part, une analyse des structures de gouvernance envisagées et, d'autre part, les caractéristiques du réseau locorégional et les obstacles qui freinent le développement de la collaboration au sein de cette structure. De plus, ce chapitre met en lumière les autres réformes en cours afin d'améliorer la qualité et la performance du secteur de la santé en Belgique.

Le troisième chapitre permet d'envisager la direction vers laquelle les infrastructures hospitalières tendent dans un avenir plus ou moins proche, à savoir un haut degré de collaboration au travers de l'intégration. Dans ce chapitre, il s'agit d'étudier les facteurs-clés qui pourront mener un jour à l'intégration des soins, et que qui seront appliqués de manière horizontale, c'est-à-dire entre hôpitaux, dans le chapitre suivant au travers d'une étude de cas.

Le quatrième chapitre est l'étude pratique du Réseau Hospitalier Namurois, à l'aide des éléments d'analyses étudiés dans les chapitres deux et trois. L'objectif est de présenter certaines caractéristiques de ce réseau, et de comprendre si celui-ci réunit déjà certains facteurs-clés favorisant l'intégration des soins.

Le cinquième et dernier chapitre a pour but d'apporter des pistes de recommandations sur la base des différents constats réalisés tout au long de ce travail. Il n'est pas question de proposer de nouvelles propositions de réformes du système de santé, mais plutôt de développer différentes pistes de réflexion à poursuivre au vu des éléments récoltés et étudiés lors des chapitres précédents, principalement en ce qui concerne la réforme du paysage hospitalier et l'intégration horizontale des soins en province de Namur.

Pour réaliser ce mémoire, deux méthodes de collecte d'informations sont mobilisées, à savoir l'analyse de documents et de sources théoriques dont la liste est disponible à la fin de ce travail, ainsi que l'entretien avec des personnes qualifiées et expertes dans le domaine de la santé :

- **Madame Hotterbeex**, responsable du secteur hôpitaux et département soins au sein de l'UNESSA. Active en Wallonie et à Bruxelles, cette fédération défend les intérêts de différentes structures et institutions du secteur associatif privé en lien avec l'accueil, l'accompagnement, l'aide et les soins aux personnes ;
- **Monsieur Libert**, directeur général du CHU UCL Namur. Il a notamment participé à la constitution du réseau CHU UCL Namur, au groupe de travail pour le projet du KCE "*modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux*" (KCE 277Bs, 2016) et à la création du Réseau Hospitalier Namurois ;
- **Monsieur Mertens**, ancien directeur général de l'APP (Association de Pouvoirs Publics) CHR Sambre et Meuse, il a également participé à la constitution du Réseau Hospitalier Namurois.

1 CHAPITRE 1 : POURQUOI RÉFORMER LES HÔPITAUX EN BELGIQUE?

1 Contexte

1.1 Évolutions et défis du système de soins de santé en Belgique

Le système des soins de santé en Belgique, comme dans de nombreux pays européens, est caractérisé par de nombreuses évolutions. Des efforts sont nécessaires pour pérenniser ce système afin qu'il reste performant pour les générations à venir au vu des nombreux défis qui s'annoncent :

- Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et de la multi-morbidité engendrent une hausse de la demande de soins, mais également une hausse des coûts, partiellement déplacée dans le temps en ce qui concerne le vieillissement, mais qui impacte le secteur des pensions et celui de la sécurité sociale (De Block, 2015 ; ING & Antares Consulting, 2017 ; ING & Antares Consulting, 2019) ;
- Le développement des technologies et le financement des recherches médicales coûtent relativement cher, ce qui impacte les coûts liés à la santé. L'ensemble de ces hausses de coûts augmente davantage que l'économie globale, ce qui signifie que les dépenses de santé augmentent plus rapidement leur financement par la collectivité (ING & Antares Consulting, 2017 ; KCE 289Bs, 2017) ;
- La fragmentation du système et l'indépendance des structures de soins impliquent une dispersion de l'offre de soins (De Block, 2015 ; ING & Antares Consulting, 2017). Ce manque de concentration engendre une hausse des besoins en financement et de faibles économies d'échelles ;
- La variabilité de l'offre et les services non adéquats impactent la productivité des moyens mis en œuvre et entraînent la multiplication de dépenses évitables (De Block, 2015 ; ING & Antares Consulting, 2017) ;
- Les contraintes budgétaires fixées par les décideurs politiques ne sont pas élastiques à souhait (ING & Antares Consulting, 2019). Il faut apprendre à faire plus avec moins en évitant toutes dépenses superflues ou excessives privant le secteur de ressources financières précieuses (De Block, 2015) ;

- Le patient souhaite être acteur dans la gestion de ses soins et participer activement. Il est mieux informé, plus exigeant et devient un véritable partenaire dans la chaîne de valeur des soins de santé (De Block, 2015 ; ING & Antares Consulting, 2019) ;
- L'évolution de l'organisation des soins entraîne des changements dans la gestion des soins de santé. Par exemple, la durée moyenne de séjour diminue, les hôpitaux se spécialisent (voire se sur-spécialisent) dans certains domaines et ils collaborent davantage entre eux au travers de réseaux horizontaux (avec d'autres hôpitaux) ou verticaux (avec des structures de soins autres que des hôpitaux, notamment, les polycliniques, les maisons de repos et les soins à domicile) (De Block, 2015) ;
- La pénurie de médecins dans certaines régions de la Belgique rend l'accès aux soins plus difficiles (ING & Antares Consulting 2017). Ce phénomène risque de s'accroître à l'avenir à cause de la problématique de la gestion des numéros INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) et du système de *numerus clausus* mis en place ;
- L'importance accordée à la qualité et à la sécurité affecte le travail des acteurs de soins santé. La performance des institutions commence à être évaluée via des indicateurs de qualité et de performance (KCE 313B, 2019 ; Certificat interuniversitaire et haute école en management des organisations et réseaux de soins, 2020) ;
- L'apport du digital dans les soins devient de plus en plus crucial. Les données numériques telles que les informations personnelles et les dossiers des patients doivent dorénavant être collectées et rendues accessibles à tous les acteurs de soins concernés. Il faut aussi veiller à garantir la sécurité de ces données. Par ailleurs, l'intelligence artificielle et la robotisation sont susceptibles de révolutionner la manière dont les diagnostics et les traitements sont réalisés (De Block, 2015 ; ING & Antares Consulting, 2019).

Les défis ne manquent donc pas, et c'est aujourd'hui qu'il faut développer un système durable pour y répondre et permettre de mieux gérer les dépenses en soins de santé de demain, tout en garantissant accès et qualité à tous.

Au vu de ces enjeux, de nombreux pays repensent leur système de soins de santé et engagent de profondes réformes du secteur afin de créer un système efficace et efficient pour le futur, tout en améliorant les forces et en rectifiant les déficiences rencontrées actuellement.

En Belgique, le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a identifié deux tendances au travers de ces réformes européennes. D'abord, il constate que l'offre des soins spécialisés est dispensée dans des centres spécifiques, pouvant être distants du domicile du patient, et inversement, les soins moins spécifiques sont accessibles dans des structures plus proches du patient. Ensuite, la collaboration entre les hôpitaux s'améliore au travers de réseaux, qui font intervenir les différents acteurs du système de soins (KCE 289Bs, 2017).

En 2015, Maggie De Block, la ministre fédérale belge des Affaires sociales et de la Santé publique, a initié une grande réforme pour répondre à ces défis. Elle souhaite redéfinir un nouveau concept d'hôpital pour 2025 et revoir le financement du secteur pour mieux affecter les moyens et créer plus de valeur avec le budget disponible. Ses propositions sont basées sur une évaluation des forces et faiblesses du système belge qu'il convient d'abord de présenter (De Block, 2015).

1.2 Forces et faiblesses du système belge

Des soins accessibles à tous, mais un risque de pénurie

Qu'il s'agisse de l'accès financier, géographique ou temporel, les services des soins sont facilement accessibles en Belgique, avec un accès direct aux soins spécialisés (KCE 259B, 2015 ; De Block, 2015 ; KCE 313B, 2019). Financièrement, un système de santé doit être abordable pour le patient afin qu'il puisse accéder aux soins ou aux traitements requis. S'il ne l'est pas, les personnes en situation précaire auront des difficultés à se soigner. De plus, les dépenses engendrées par la suite pourront être bien plus conséquentes, impactant à la fois le patient et le budget des soins de santé belge (KCE 313B, 2019).

En 2017, le système belge de couverture d'assurance maladie obligatoire et universelle prenant en charge une partie des frais des soins de santé couvrait 99% de la population. La sécurité tarifaire, malheureusement mise à mal par certains suppléments d'honoraires, et le prix relativement bas par intervention favorisent l'accessibilité aux soins de santé pour tous (De Block, 2015). Cependant, la part du coût final des soins à assumer par le patient reste élevée en comparaison avec certains pays européens (16% à charge du patient en 2016), amenant certains à retarder les consultations médicales pour raisons financières (KCE 313B, 2019). De plus, l'assurance obligatoire ne reprend pas toujours suffisamment vite les innovations en matière de soins (De Block, 2015).

Du point de vue des ressources humaines, la disponibilité de médecins et infirmiers améliore l'accessibilité, en diminuant les temps d'attente ou améliorant la qualité des services de soins. Le nombre de médecins est faible en comparaison avec la moyenne européenne (annexe 1), mais stable (3,08/1000 habitants en 2017) et on observe également un vieillissement de ces professionnels. Concernant les infirmiers, leur nombre est à la hausse (10,96/1000 habitants en 2016) (OECD Health Statistics, 2017), mais on constate aussi une augmentation du nombre moyen de patients par infirmier dans les hôpitaux, ce qui peut poser des problèmes de qualité des soins. Des pénuries dans certaines disciplines ainsi que dans les soins infirmiers sont à craindre et le risque de surcharge de travail est réel (De Block, 2015). Malheureusement, le système de *numerus clausus* des étudiants en médecine limite l'arrivée de nouveaux médecins sur le marché. Par ailleurs, certains métiers de la santé ont vu leurs compétences augmentées afin d'améliorer l'accès aux services.

Une offre de soins large et de qualité, mais pas toujours adéquate

En Belgique, l'étendue de l'offre de soins est large et de nombreuses améliorations ont permis au système d'être plus efficace et plus efficient, par exemple de favoriser l'hospitalisation de jour plutôt que l'hospitalisation classique qui entraîne une nuit à l'hôpital pour le patient, ou la réduction de la durée de séjour pour accouchement (ING & Antares consulting, 2017). De plus, la qualité des soins, c'est-à-dire l'obtention de résultats de santé appropriés, se situe dans la moyenne européenne (annexe 2) (KCE 313S, 2019).

La perception du patient sur cette qualité est élevée, même si parfois, il assimile faussement proximité et qualité de soins. Le patient est très satisfait des soins offerts et 74,4% (2017) de la population s'estime en bonne ou très bonne santé, ce qui est plus élevé que la moyenne européenne (annexe 3) (OECD Health Statistics, 2017).

Cependant, l'offre des soins n'est pas toujours appropriée et des efforts restent à faire pour la sécurité des patients. En effet, de nombreux secteurs surutilisent les ressources. Aussi, la prescription d'antibiotiques et le recours à l'imagerie sont relativement élevés et parfois non pertinents. Les infections nosocomiales sont aussi nombreuses, principalement des pneumonies, des infections voies urinaires et des infections de site opératoire (KCE 313S, 2019).

Un système de financement fragmenté, contraignant et non gratifiant

En Belgique, les dépenses totales de santé représentent près de 10,3% du PIB et sont financées à 78,8% (2016) par le secteur public, notamment au travers des cotisations d'assurance sociale des employés et employeurs, et par l'administration publique (OECD Health Statistics, 2017 ; KCE 313B, 2019). Cependant, la manière dont ces moyens financiers sont dépensés est peu transparente et le système est très complexe (ING & Antares consulting, 2017 ; De Block, 2015). Il entraîne une augmentation de la charge administrative, à la fois pour le service public et pour les établissements de soins, aggravée par le manque de moyens humains et techniques pour informatiser et traiter de manière efficace l'ensemble des données.

En outre, le financement public est insuffisant, car les budgets des moyens financiers (BMF) sont faibles (annexe 4) (Belfius, 2019). Pour couvrir ce sous-financement, les hôpitaux cherchent à maximiser le nombre d'interventions et d'examens médicaux, pas toujours nécessaires pour le patient (KCE 229Bs, 2014). Par ailleurs, les médecins ne sont pas tous salariés des hôpitaux. Ils doivent rétrocéder une partie de leurs honoraires à l'hôpital dans lequel ils travaillent, par exemple pour payer le salaire des infirmiers ou l'utilisation du matériel. En conséquence, un nombre élevé d'interventions et des suppléments d'honoraires élevés sont bénéfiques à la fois aux hôpitaux et aux médecins. Cependant, les rétrocessions sont différentes car négociées individuellement dans chaque institution de soins. Cela amène des tensions en donnant un droit de regard aux médecins sur la gestion de l'hôpital et en amenant à des inégalités de revenus entre spécialistes, pas toujours justifiées (KCE 277Bs, 2016). Le système de financement n'encourage donc pas à la collaboration ou à l'utilisation efficace des moyens disponibles. De plus, pour les établissements de soins, il n'est pas non plus question de récompenses ou pénalités en cas de bons ou mauvais comportements.

Un système efficace, mais une prévention à améliorer

Il existe de nombreuses manières d'étudier la performance d'un système de soins, mais pour mesurer l'efficacité globale, deux indicateurs spécifiques sont utilisés : la mortalité évitable grâce à des soins appropriés et celle évitable via les mesures de prévention, ou autrement dit, la mortalité évitable par des politiques de santé publique (KCE 313B, 2019 ; KCE 313S, 2019).

Pour le premier indicateur, les décès sont qualifiés d'évitables si, au moment du décès, la cause avait pu être évitée grâce à une meilleure qualité de soins (par exemple des décès dus

à une appendicite, une pneumonie, ...). Le second indicateur, celui de mortalité évitable grâce aux politiques de santé, porte sur les mesures de promotions de la santé. Il permet de mesurer les décès qui auraient pu être évités si des politiques de santé publique se concentrant sur les déterminants de santé connus tels le que mode de vie, le statut économique ou les facteurs environnementaux avaient eu un impact plus important (par exemple les décès induits par les accidents de la route, suicides, cancers pulmonaires, ...).

Au niveau européen, la relativement faible mortalité évitable grâce aux soins démontre l'efficacité du système de soins de santé en Belgique. Cependant, la mortalité évitable via les politiques de santé publique montre que la Belgique peut mieux faire. En effet, il semblerait que la promotion de la santé soit peu efficace : le nombre toujours élevé de fumeurs quotidiens, la consommation d'alcool à risque chez les jeunes hommes, la faible activité physique, le peu de connaissances en santé sont autant de facteurs qui révèlent des faiblesses dans la promotion d'une vie saine. De plus, les soins préventifs tels que les dépistages du cancer du sein ou du col de l'utérus, la vaccination des enfants, ou la visite annuelle chez un dentiste ne semblent pas suffisants pour atteindre les objectifs fixés en matière de prévention. Chez les hommes, les premières causes de décès évitables grâce aux mesures politiques sont le cancer du poumon, les maladies cardiaques et le suicide, alors que pour les femmes il s'agit du cancer du poumon, du cancer du sein et des maladies cardiaques. En termes d'années potentielles de vie perdues (*PYLL, potential years of life lost*), le suicide est le facteur le plus important chez les hommes, alors qu'il s'agit du cancer du sein pour les femmes (annexe 5) (KCE 313S, 2019).

Inégalités

Malheureusement, des inégalités subsistent dans notre système de soin, dont les causes et les conséquences sont variées. L'assurance maladie tente de garantir des soins accessibles à tous, notamment aux personnes précaires financièrement, mais ne suffit pas toujours et les personnes à faible niveau d'éducation ou à faible revenu subissent davantage de risques de subir ces inégalités. En effet, les personnes moins instruites ou provenant de milieux fragiles rencontrent en général des difficultés pour accéder aux soins et leur espérance de vie est plus faible que celle des personnes à plus haut niveau d'éducation (KCE 313B, 2019), car elles participent moins aux programmes préventifs et préfèrent reporter les consultations avec les services de santé, ce qui aggrave la situation. Par exemple, la différence d'espérance de vie à

25 ans entre personnes plus ou moins instruites est de 6,1 ans pour les hommes et de 4,6 ans pour les femmes, en partie, pour des raisons financières. Par conséquent, il est nécessaire de développer de nouveaux leviers d'actions pour ces groupes défavorisés.

1.3 Une situation financière délicate

En Belgique, la situation financière générale des hôpitaux s'est dégradée depuis quelques années, ce qui renforce l'importance de mener des réformes dans le financement des soins. Celle initiée par Maggie de Block va entraîner une modification du paysage hospitalier et au vu des nombreux défis à venir, il est primordial de surveiller les coûts des soins de santé.

Suite à l'étude MAHA réalisée par Belfius en 2019 (Belfius, 2019), il ressort que, depuis plusieurs années, le chiffre d'affaires est à la hausse. En 2018 il s'élevait à 15,5 milliards contre 14,7 milliards en 2017. Cette hausse s'explique par l'augmentation des frais d'honoraires (presque 6,4 milliards en 2018, soit une hausse de 5,3% par rapport à 2017) ainsi que par l'évolution des produits pharmaceutiques et des traitements innovants. Le BMF, alloué par la santé publique pour couvrir les frais d'admission et de séjour, entre en compte dans le chiffre d'affaires et a peu varié depuis 2017 (5,612 milliards en 2018 contre 5,424 milliards en 2017, soit une variation de 3,5%). La pharmacie ainsi que les services médico-techniques des hôpitaux permettent de balancer le faible financement de ce BMF (+ 10,1% par rapport à 2017) (annexe 4). Le financement des BMF ainsi que les honoraires représentent la plus grande part du chiffre d'affaires (respectivement 36,1% et 40,8% en 2018).

La part de fonds propres hors subsides d'investissements est de 23%, et les emprunts à long terme sont en diminution à 33% du bilan. Les investissements sont toujours importants même s'ils ont diminué dernièrement, jusqu'à 19% en 2018. Parmi les centres hospitaliers, il existe de grandes disparités en termes d'investissements. Ceux-ci sont concentrés sur quelques hôpitaux avec de grands projets tels de nouvelles constructions, et sur l'équipement informatique, notamment pour améliorer l'échange de données des patients.

Les frais de personnel sont en légère augmentation, d'une part par l'augmentation du nombre d'équivalents temps plein (ETP) et d'autre part par les hausses salariales. En 2017, ce sont 95 000 ETP qui sont employés directement dans les milieux hospitaliers, représentant une dépense de 43% du chiffre d'affaires.

Par conséquent, il ressort que 32% des hôpitaux sont dans le rouge fin d'année 2018. C'est en légère amélioration comparée à l'année précédente dans laquelle plus de 44% des hôpitaux présentaient un résultat courant négatif. En 2011 et 2012, seulement 25% et 30% des hôpitaux (respectivement 23 et 28 hôpitaux sur un total de 92) présentaient un résultat négatif. Le résultat courant des hôpitaux ne s'élève qu'à 31 millions pour l'exercice 2018, soit à peine 0,2% du chiffre d'affaires. Ce résultat courant fragile s'est détérioré ces dernières années (0,7% en 2016 et 1% en 2014). Aussi, 20% des hôpitaux font face à des problèmes de cash-flow insuffisant, voire négatif, ce qui les rend incapables de respecter leurs engagements à court terme.

Enfin, de manière générale, la structure globale de bilan de l'ensemble des hôpitaux reste cependant saine, même s'il existe de nombreuses disparités entre ceux-ci. Les comptes de résultat sont davantage alarmants, avec de nombreux établissements en déficit. Le système financier du secteur est en danger et les restrictions budgétaires rendent l'avenir économique sombre, d'où l'importance d'une réforme profonde pour corriger le fonctionnement et le financement des hôpitaux afin de faire face aux futurs défis.

1.4 Comparaison européenne : Euro Health Consumer Index 2018

L'indice de santé européen est un système de classement des soins de santé, comparant 35 pays européens sur base de 48 indicateurs et attribuant des points en fonction de la qualité des chiffres obtenus. Les six catégories du classement sont les droits et l'information du patient, l'accessibilité, les résultats, la gamme et la portée des services délivrés, la prévention et les médicaments (Euro Health Consumer Index, 2018).

En 2018, la Belgique cumule un total de 849 points et se situe à la cinquième position de ce classement après la Suisse, les Pays-Bas, la Norvège et le Danemark. C'est en matière d'accessibilité ainsi que de gamme et portée des services délivrés que les indicateurs sont très positifs, ce qui semble démontrer une bonne performance de la Belgique en matière de soins.

Afin d'étudier et de comparer les performances du système de santé belge au niveau européen, il est important de prendre en compte uniquement d'autres pays au système comparable au nôtre. Les études de comparaisons de performance d'ING ont sélectionné les pays aux caractéristiques similaires sur base de quatre critères :

- pays socio-économiquement comparable et aux enjeux de santé similaires à la Belgique ;

- pays ayant implanté des réformes dans le secteur hospitalier ;
- pays reconnus pour le niveau de performance de leur système de soins ;
- pays reconnus pour le niveau d'innovation de leur système de soins.

Au total, neuf pays européens sont retenus pour réaliser une comparaison adéquate du système de santé belge au niveau européen. Ces pays sont l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, la France, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse (ING & Antares consulting, 2017).

Les comparaisons européennes présentées ci-dessous sont basées sur le rapport conjoint d'ING et Antares consulting et dont les données sont actualisées avec les derniers chiffres disponibles et publiés par l'organisation de coopération et de développement économique (OECD Health Statistics).

Dépenses de santé

En 2018, les dépenses totales de santé en Belgique représentaient 10,3% du PIB. Cette valeur varie depuis 2010 entre 10 et 10,4% du PIB, et stagne entre 10,3% et 10,4% depuis 2012. Les dépenses sont comparables à celles du Danemark, de l'Autriche ou de la Norvège. La Suisse est en tête du classement des dépenses avec 12,2% du PIB suivi de l'Allemagne, la France et la Suède. Seuls les Pays-Bas et le Royaume-Uni font moins de dépenses que la Belgique (annexes 6 et 7).

On constate que les dépenses de soins de santé en Belgique ont augmenté de manière très importante durant la période 2000-2010, avec seulement quelques pays comme le Royaume-Uni ou le Danemark pour évoluer plus rapidement durant cette période. Les pays tels que la Suède, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni ont poursuivi une évolution des dépenses importante lors de la dernière période représentée, au contraire des Pays-Bas et de la France qui n'ont pas davantage - ou moins - dépensé (annexe 8).

Médecins et infirmiers

Déjà décrit précédemment comme une faiblesse du système de soins de santé belge, le nombre de médecins par 1000 habitants est relativement bas comparé aux autres pays européens. La Belgique se situe en fin de classement, juste devant le Royaume-Uni, mais avec une grosse différence en comparaison aux premiers pays du classement, qui ont au moins 1

voire 2 médecins en plus pour 1000 habitants. La moyenne de ces dix pays correspond à 3,91 médecins par 1000 habitants et la Belgique est bien en dessous de cette moyenne (annexe 1).

Les infirmiers jouent un rôle important et représentent, dans la plupart des pays, le groupe professionnel le plus important de toutes les professions de santé. Leur pénurie peut entraîner un problème d'accessibilité ou avoir un impact négatif sur la qualité des soins. La Belgique en compte 11,1 pour 1000 habitants et atteint presque la moyenne calculée pour ce groupe de pays européens (11,6 infirmiers pour 1000 habitants) (annexe 9). La Norvège, la Suisse et l'Allemagne font de meilleurs résultats que notre pays. Il est intéressant de noter que l'indicateur infirmiers par 1000 habitants n'est plus régulièrement calculé suite à des modifications administratives, et est remplacé par un nouvel indicateur du nombre moyen de patients par infirmier. Cet indicateur est étudié ci-dessous.

Encadrement des patients

L'indicateur d'encadrement des patients au sein d'un hôpital est défini par le nombre moyen de patients par infirmier et est directement lié à la qualité de soins et à la sécurité des patients. La dernière étude européenne du nombre moyen de patients par infirmier est l'étude RN4CAST réalisée entre 2009 et 2010 (RN4CAST, 2011). Cette étude montre le nombre important de patients par infirmier en Belgique (10,7), le second taux le plus élevé après l'Allemagne. Durant cette étude, notre pays comptait près du double de patients par infirmier en comparaison à la Norvège (annexe 10). Depuis, ce nombre a diminué et actuellement, 9,4 patients sont à charge par infirmier. Un environnement est décrit comme sûr par d'autres pays du monde utilisant ce ratio par une mesure de 4 à 5 patients par infirmier durant la journée et 8 durant la nuit (KCE 325B, 2019).

Nombre de lits aigus d'hôpitaux et durée moyenne de séjours

Les lits aigus concernent les lits nécessaires aux soins curatifs, excluant donc les lits de réadaptation, de long séjour et de soins palliatifs. La Belgique compte 5 lits pour 1000 habitants, ce qui est plus élevé que la plupart des autres pays européens pris en considération. Seules l'Allemagne et l'Autriche ont un plus grand nombre de lits, mais ces deux pays ne dissocient pas les lits d'hospitalisation de jour des lits classiques (annexe 11).

Nous constatons que, depuis plusieurs années, la Belgique tente de réduire le nombre de lits, en passant de 6,2 lits pour 1000 habitants en 2000 à 5 lits en 2017, afin de mieux maîtriser les

coûts d'hospitalisation. Cette tendance se constate dans la plupart des pays européens et cela en partie due à la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) et à l'augmentation du taux d'occupation des lits disponibles.

Concernant ces DMS, nous pouvons observer que la Belgique présente un chiffre plus élevé que ses collègues européens (annexe 12). Tout comme le nombre de lits, la durée moyenne de séjour est en baisse depuis plusieurs années afin d'éviter de nombreuses dépenses, mais cela permet surtout d'affecter ailleurs le personnel libéré. Depuis l'année 2000, la Belgique est passée de 7,7 à 6,2 journées moyennes de séjour.

2 Conclusion

Le secteur des soins de santé est en constante évolution. Pour faire face aux nombreux défis actuels et futurs en termes de santé, la ministre fédérale belge Maggie De Block a entrepris différentes réformes du secteur. Ces réformes n'ont pas pour but de transformer le secteur, mais de le rendre plus efficace et plus efficient. Il s'agit par conséquent de poursuivre l'amélioration du système et de ses qualités, tout en réduisant ses faiblesses.

De manière générale, le système de santé belge est parmi l'un des plus performants d'Europe, principalement en ce qui concerne l'accessibilité et l'offre de services, même si le risque de pénuries de professionnels est bien réel. D'ailleurs, l'indice de santé européen classe le système belge parmi l'un des meilleurs parmi plus de 35 pays européens. Cependant, lorsque l'on compare notre pays aux pays similaires, on distingue des différences plus ou moins marquées entre ceux-ci.

Du point de vue des dépenses, la Belgique affecte 10,3% de son PIB aux soins de santé, ce qui est un taux plus faible que de nombreux pays européens. Ces dépenses ont peu évolué ces dernières années contrairement au Royaume-Uni, à la Suisse, à la Suède ou encore à la Norvège qui ont augmenté davantage leur part de dépenses de santé dans leur PIB. De plus, la situation financière des hôpitaux belges est préoccupante, dont près du tiers présentent un résultat courant négatif.

Concernant le personnel de santé, le nombre de médecins en Belgique est assez faible en relation au nombre d'habitants et le risque de pénurie de médecins est élevé. Le nombre d'infirmiers pour 1000 habitants est dans la moyenne européenne, mais le nombre de patients par infirmiers est très élevé. Cela peut impacter l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients.

Enfin, le nombre de lits est très élevé, mais la tendance est à la baisse, tout comme dans la plupart de pays européens. La durée moyenne de séjour est plus élevée que la moyenne, mais tout comme les autres pays, cette durée est en diminution. Une meilleure gestion du nombre de lits et de la DMS permettrait une réduction des dépenses de santé.

2 CHAPITRE 2 : COMMENT RÉFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ BELGE?

1 Objectifs de la réforme

Le système des soins de santé en Belgique doit faire face aux nombreux défis énoncés précédemment et les budgets alloués aux dépenses de santé ne pourront pas suivre si l'affectation des moyens n'est pas repensée en profondeur.

Le plan de réforme de la ministre Maggie De Block élaboré en 2015 s'articule au travers de deux axes principaux: la réorganisation du paysage des soins de santé avec la définition d'un nouveau concept d'hôpital, et la réforme du financement des hôpitaux. Les objectifs de cette profonde réforme sont multiples, à la fois en termes d'efficience ou d'efficacité, et sont fortement liés (De Block, 2015 ; ING & Antares consulting, 2017).

Ces réformes n'ont pas pour but de rationner ou réduire les budgets des soins de santé. Il s'agit de repenser et réaffecter plus intelligemment les moyens disponibles pour améliorer les points faibles du système, tout en conservant les aspects positifs tels que l'offre de soins étendue et accessible, la haute satisfaction des patients, ou encore la qualité de soins perçue comme élevée (De Block 2015).

1.1 D'un point de vue de l'efficience

Concernant le premier thème de la réforme, la réorganisation du paysage hospitalier va permettre de rationaliser les moyens et les investissements en matière de soins de santé. Le phénomène d'offres excédentaires, complexes et coûteuses sera réduit. Une meilleure collaboration entre les hôpitaux concernant les tâches ainsi que les investissements va permettre de limiter les frais, mais aussi la surutilisation de ces infrastructures médicales.

La collaboration permettra aux hôpitaux de se spécialiser, permettant d'une part une meilleure qualité des soins, et d'autre part des économies d'échelle. En effet, sur la base des travaux de Luft (Luft *et al.*, 1979) et de nombreuses autres études (Porter et Lee, 2013), il est démontré que la mortalité est plus faible là où les interventions sont le plus souvent effectuées. Par conséquent, de nombreux pays occidentaux concentrent les services médicaux spécialisés. Cette concentration permet aux patients de bénéficier de soins de qualité, grâce à des investissements ciblés dans le réseau vers un centre de référence. De plus, ces investissements, souvent chers, seront également amortis plus rapidement grâce à des

économies d'échelles rendues possibles, car la collaboration en réseaux permettra une redirection des patients vers les hôpitaux possédant les moyens médicaux nécessaires à ces soins.

Par ailleurs, la diminution du nombre de lits aigus en hôpitaux et de la DMS va se poursuivre, permettant des économies d'infrastructure et d'entretien, ainsi que la libération de personnel pouvant être réaffecté ailleurs. Les comparaisons européennes montrent qu'il est possible pour la Belgique de faire mieux dans ces deux domaines. Pour ce faire, le développement des soins trans-muraux, à savoir des « *formes de soins dispensés en fonction des besoins du patient sur base de négociations de collaboration, d'harmonisation et de coordination entre les prestataires de soins généralistes et spécialistes, avec une responsabilité globale conjointe et des responsabilités déléguées explicites* » (SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2011), permettra de dégager davantage de ressources.

Le second volet du plan de la ministre, réformer le financement des hôpitaux afin de mieux utiliser et ajouter plus de valeur avec les budgets disponibles, devrait permettre de soutenir la collaboration entre les hôpitaux et de financer plus justement les soins dispensés. Le nouveau système de financement devrait être plus transparent et plus équitable entre les hôpitaux, notamment grâce à une plus grande part de financement basée sur les pathologies (*Diagnosis Related Group* - DRG). Le budget des hôpitaux sera plus prévisible étant donné que le tarif attribué par pathologie sera défini. Ce système de financement plus réaliste devrait permettre de mieux couvrir le coût de l'activité des hôpitaux, tout en associant le budget avec son utilisation prévue pour permettre une meilleure allocation des ressources entre départements et services.

Outre le système de financement basé par pathologie, la mise en place d'incitants à la qualité permettrait de réduire la variabilité des pratiques de soins. Les bonnes pratiques seraient davantage partagées (principe *evidence-based*), permettant potentiellement d'éliminer des dépenses inutiles ou excessives, en améliorant la qualité de l'offre de soins aux patients.

1.2 D'un point de vue de l'efficacité

La réorganisation du paysage hospitalier va permettre une spécialisation, voire même une sur-spécialisation de certains services de soins. Comme décrit précédemment, les services médicaux répétant régulièrement des interventions acquièrent un haut niveau de maîtrise, à

l'avantage du patient, qui bénéficie de soins de haute qualité. La collaboration des hôpitaux permettra de mieux cibler les investissements sur les techniques et instruments médicaux de pointe nécessaires en fonction des spécialisations décidées par le réseau. Cependant, il reste primordial que la disponibilité des soins soit suffisante pour les patients, même si l'offre est réduite.

La libération du personnel hospitalier, notamment via la diminution du nombre de lits aigus et des DMS, et sa réaffectation permettra un meilleur encadrement du patient. La baisse du nombre moyen de patients par infirmiers engendrera un environnement plus sûr et de meilleure qualité pour tous les acteurs des soins.

À propos de la seconde mesure de la réforme, un meilleur système de financement permettra une allocation plus juste des ressources financières et devrait impacter positivement le budget des hôpitaux. Globalement, cela pourrait mener à une amélioration de la situation financière des institutions et davantage d'investissements dans des technologies coûteuses ou de la recherche, au profit du patient.

Aussi, ce second thème devrait davantage récompenser les bonnes pratiques de soins prodigués par les hôpitaux. Ainsi, les hôpitaux ont des intérêts financiers les incitant à se concentrer sur des soins de qualité lors de la prise en charge de patients.

2 Réorganisation du paysage des soins de santé

2.1 Paysage des soins de santé en 2025

Le changement d'organisation dans le paysage hospitalier belge est nécessaire et doit être réalisé de concert avec la réforme du financement pour qu'ensemble, ils répondent aux futurs besoins en matière de soins de santé. Ces mesures de changements ont démarré il y a quelques années déjà, mais leurs impacts sont attendus pour 2025. En effet, l'implémentation de mesures politiques est un processus laborieux. D'une part, les négociations sont longues avant d'inscrire les mesures dans la législation. D'autre part, leur mise en œuvre au niveau des parties concernées, c'est-à-dire des infrastructures de soins, est complexe, ce qui implique que leur réalisation peut prendre du temps.

La rationalisation du paysage hospitalier se traduit au travers de nombreuses propositions expliquées par la ministre De Block dans son plan d'approche publié en 2015 (De Block, 2015). Les besoins futurs en santé doivent être estimés en fonction des évolutions des pathologies ainsi que des évolutions technologiques du secteur. Ces besoins estimés doivent être étudiés afin d'établir un programme d'équipements, de lits et de services nécessaires aux patients.

La mesure phare de cette réorganisation est la création de réseaux locorégionaux dans lesquels les hôpitaux collaborent. Les collaborations entre hôpitaux portent d'abord sur les soins cliniques, les services médicaux de soutien et les services de soutien. Les réseaux de soins cliniques doivent garantir aux patients la meilleure expertise disponible, notamment via l'envoi de patients ou le déplacement de prestataires entre les hôpitaux du réseau. La mise en réseau de services médicaux de soutien, tel par exemple les laboratoires et les pharmacies hospitalières, permettent en principe l'utilisation efficace des équipements et des infrastructures coûteuses et visent à éviter la surcapacité. Enfin, les services de soutien en réseau, comme les dossiers électroniques du patient, la facturation et le groupement d'achats, permettent le partage d'expertises et les économies d'échelles.

En plus de collaborer entre eux, les hôpitaux doivent également passer des accords pour répartir les tâches en fonction des pathologies des patients, sur la base des compétences et expertises déjà acquises et disponibles. Ainsi, chaque hôpital d'un réseau se voit attribuer des missions de soins spécialisées et chaque réseau couvre une population de minimum 400 000 habitants. Certains soins plus complexes, dits "soins de référence", pourront être disponibles

dans un hôpital du réseau, mais cette discipline ne sera plus dispensée dans tous les centres du réseau. Les patients seront ainsi renvoyés vers d'autres hôpitaux, et cela permettra de faire des économies et offrir des soins de meilleure qualité en concentrant l'équipement et l'expertise plutôt qu'une fragmentation coûteuse et inefficace. Les missions de soins qui ne sont pas réalisées dans chaque réseau locorégional sont qualifiées de missions suprarégionales. Concernant les missions générales de soins moins complexes, c'est-à-dire les soins de base ou de proximité, elles ne seront pas limitées à un seul établissement, car il s'agit de soins fréquemment utilisés et ne nécessitant pas une infrastructure onéreuse pour être délivrés efficacement.

Par conséquent, chaque réseau doit déterminer sa propre stratégie et la répartition des tâches entre les hôpitaux membres. Les réseaux doivent également collaborer entre eux, dans le cas où un type de soins spécialisés ne serait pas offert par un réseau. En Belgique, ce sont 25 réseaux hospitaliers qui coexisteront, 8 en Wallonie, 4 à Bruxelles et 13 en Flandre. En Wallonie, cette mesure a été officialisée le 1^{er} janvier 2020. Cependant, même si les réseaux ont remis leur dossier aux autorités compétentes à la date souhaitée, ils n'ont pas encore été agréés.

Enfin, la reconfiguration du paysage des soins devrait poursuivre la tendance de réduction des lits pour soins aigus. Les chiffres semblent démontrer une offre excédentaire de ces lits. Certains peuvent donc être supprimés ou transformés en lits pour soins chroniques.

2.2 Quels modèles de collaboration existaient avant la réforme?

Afin de mieux comprendre ce qu'apporte la réorganisation du paysage des soins de santé, il est intéressant d'étudier les précédents modèles de collaboration et les raisons pour lesquelles ces formes n'étaient pas suffisantes.

Avant la mise en place du système de réseau, il existait trois modèles de collaboration entre les hôpitaux: l'association d'hôpitaux, le groupement d'hôpitaux et la fusion d'hôpitaux, cette dernière étant la forme la plus poussée de collaboration (KCE 277Bs, 2016). Cependant, ces formes de collaboration, en particulier les deux premières, ne permettaient pas toujours une collaboration optimale entre les hôpitaux et avec les autres établissements de soins. La réforme initiée a pour objectif d'améliorer ces collaborations horizontales (entre hôpitaux) et parfois verticales (avec certains autres acteurs de soins).

Dans son rapport sur les modèles de gouvernance des hôpitaux, le KCE identifie les caractéristiques et la structure de gouvernance relatives aux différentes formes de collaboration, ainsi que certains éléments qui complexifient la répartition des activités et la coordination des soins entre les hôpitaux (KCE 277Bs, 2016).

Chaque modèle de coopération possède des caractéristiques et une structure de gouvernance propre.

Concernant l'association d'hôpitaux, il s'agit d'un rapprochement entre plusieurs hôpitaux qui exploitent à l'unisson un ou plusieurs services, départements, fonctions, ou encore programmes de soins. L'ensemble des activités de collaboration sont décrites dans une convention d'association devant être approuvée par le conseil d'administration de chaque hôpital sur avis des conseils médicaux concernés, mais la création d'une nouvelle entité juridique est possible.

Les hôpitaux faisant partie d'un groupement d'hôpitaux ont des accords de répartition sur les activités et la complémentarité dans l'offre de services, les disciplines médicales et les équipes, au travers de conventions ou de la création d'une nouvelle entité juridique.

Dans ces deux modèles de collaboration, les hôpitaux conservent leur propre autonomie et leurs propres organes d'administration (conseil d'administration, direction et conseil médical).

La dernière forme de collaboration est la plus poussée, car dans le cas d'une fusion, plusieurs hôpitaux s'associent pour ne devenir qu'un. Le gestionnaire, l'agrément et le budget sont donc uniques et les structures de gouvernance sont similaires à celles d'un hôpital individuel. Un tableau récapitulatif complet sur les différences de caractéristiques est disponible en annexe (annexe 13).

Chacun de ces types de collaboration fait face à des obstacles empêchant une coordination optimale entre les hôpitaux. Le rapport du KCE reprend une liste de ces obstacles, dont voici quelques éléments.

Premièrement, le rapport pointe une relation délicate entre structure de gouvernance et collaboration des hôpitaux. Dans les cas de l'association et du groupement, le processus décisionnel est complexe, car chaque décision est soumise aux organes administratifs et consultatifs de tous les hôpitaux du groupement collaboratif, menant à de longues négociations

internes si les décisions n'aboutissent pas. De plus, la bonne gestion de collaboration nécessite beaucoup de préparation et de temps, ce qui est difficilement supportable à long terme. Le risque de conflit d'intérêts est fortement présent, car les administrateurs ou les membres du conseil de direction d'un hôpital peuvent devenir administrateurs d'un des hôpitaux de la collaboration, et ainsi impacter les décisions à prendre.

Ensuite, les barrières géographiques imposées auparavant pour les collaborations (25 km pour un groupement et 35 km pour une fusion) peuvent être jugées comme inadéquates par certains acteurs du milieu hospitalier interrogés par le KCE dans le cadre de son étude. Une souplesse dans le critère géographique, voire une collaboration entre hôpitaux à l'idéologie similaire est préférable.

Par ailleurs, le budget hospitalier ne prend pas en considération la collaboration entre institutions hospitalières. Ainsi, le BMF n'est pas alloué en regard d'une collaboration, mais uniquement de l'hôpital individuel, ce qui entrave la pleine coopération et oblige chaque institution à garder son numéro d'agrément, même en cas de fusion. En effet, l'agrément d'un hôpital, c'est-à-dire l'approbation par l'État qu'un hôpital respecte certaines normes spécifiques et qu'il peut prétendre à un financement (annexe 14) (Wallonie familles santé handicap et AViQ), ne peut être délivré qu'à des hôpitaux individuels. Or, l'attribution d'un agrément au niveau du réseau pourrait permettre une meilleure répartition des activités et des revenus, en décidant où et comment la collaboration décide d'offrir les services de santé.

Le centre fédéral d'expertise des soins de santé signale également que, dans le cas où les associations pourraient percevoir un BMF, il s'agirait aussi d'une tâche complexe, car les budgets actuels des hôpitaux sont peu transparents et il serait difficile d'attribuer ces budgets entre les activités qui collaborent. De plus, sauf en cas de fusion, les hôpitaux pourraient être réticents à l'idée de collaborer davantage, car certaines activités sont plus rentables que d'autres, et ils tenteraient d'éviter de garder les activités sujettes à des pertes pour garder celles lucratives, afin d'éviter d'impacter négativement leur résultat.

Enfin, le personnel médical est aussi impacté par ces modèles de collaboration. Par exemple, la mobilité des collaborateurs, principalement les médecins salariés, entre hôpitaux est limitée par la législation. De plus, la nomination des nouveaux médecins est longue, car chaque hôpital doit réunir son conseil médical et établir un avis positif. De plus, les médecins

travaillant dans plusieurs hôpitaux sont limités en droit de vote pour l'élection du conseil médical (maximum 2 voix sur 2 hôpitaux), alors que les médecins à plein temps dans un hôpital ont 4 voix.

2.3 Quels modèles de collaboration adopter dorénavant?

Les trois formes de collaboration citées précédemment ne suffisent pas pour assurer une bonne coordination et une répartition judicieuse des activités entre les hôpitaux. Pour faire face aux obstacles cités, de nouveaux modèles collaboratifs ont été étudiés et le KCE en propose trois formes différentes: le système de soins intégrés, le réseau coordonné et l'initiative de collaboration autonome (KCE 277Bs, 2016).

Les recommandations formulées par le KCE sont relatives aux structures de gouvernance que les collaborations peuvent adopter, il n'est donc pas question de budget ici. Cependant, des propositions à ce sujet ont tout de même été émises, et sont intégrées dans ce travail après le descriptif de chacun des modèles.

Ces recommandations ont ensuite été prises en considération par la ministre Maggie De Block pour élaborer une forme de collaboration particulière : le réseau locorégional.

2.3.1 *Système de soins intégrés*

Le système de soins intégrés permet un haut degré de collaboration. Ce modèle repose sur une unique entité juridique qui dirige les hôpitaux et les autres structures de soins partenaires. Ensemble, les membres de ce système visent des objectifs identiques et de nombreuses activités, services ou fonctions sont intégrés entre eux. Cette entité dispose des agréments et ceux-ci sont exploités par les différents établissements. Un conseil d'administration central dirige, coordonne et prend les décisions stratégiques de l'ensemble du système, ce qui par conséquent, limite l'autonomie des partenaires individuels.

Tableau 1 Caractéristiques du système de soins intégrés (KCE 277Bs, 2016)

Système de soins intégrés	
Forme	Système multi-hospitalier formellement structuré
Propriété	Propriété unique Détenu et géré par une entité juridique déterminée
Prise de décision	Planning par une autorité administrative centrale Poursuite conjointe d'intérêts communs

La mise en place de ce système centralisé permettrait de faire des économies en réduisant l'offre de soins que les hôpitaux actuels multiplient parfois à excès pour attirer un maximum de patients, améliorerait la planification des soins en fonction des besoins locaux et permettrait une gestion financière plus collaborative. De plus, les contraintes légales des modèles précédents ne s'appliquent plus et la mobilité des prestataires de soins est fortement facilitée dans ce système de soins intégrés.

Le KCE a étudié quatre sous-modèles possibles au système de soins intégrés, où varient les organes de gestion : soit au niveau du système, soit au niveau du secteur (par exemple hôpitaux généraux ou psychiatriques sont des secteurs différents), et soit au niveau de l'établissement :

- Sous-modèle 1 : dans ce modèle, le conseil d'administration (CA) est situé au niveau du système entier et il existe un conseil médical central et unique représentant les médecins. Les partenaires n'ont plus de CA individuel ni de conseils médicaux. Ce système peut améliorer l'efficacité de la prise de décision et mène à une vision unique partagée par tous les membres du système. L'implication et le soutien des partenaires sont nécessaires pour garantir une bonne gouvernance ;
- Sous-modèle 2 : ce modèle possède également un CA central, mais il n'existe pas de conseil médical central. Les conseils médicaux restent en place par établissement ou par secteur et peuvent ainsi conseiller le CA central ;
- Sous-modèle 3 : chaque partenaire conserve également son propre CA et conseil médical, mais il existe un CA central. Les différents membres participent ainsi davantage à la prise de décision que dans le premier sous-modèle, mais les statuts doivent définir les compétences attribuées à chaque niveau ;
- Sous-modèle 4 : il n'existe qu'un seul CA unique, soutenu à la fois par un conseil médical au niveau du système, mais des conseils médicaux existent dans chaque établissement ou secteur. Ce système est préféré par les médecins pour faciliter la gestion d'une organisation complexe comprenant des entités ou services différents comme des hôpitaux, des centres de soins de santé mentale ou de soins aux personnes âgées, *etc.* Cependant, le processus de prise de décision peut être ralenti et des visions différentes peuvent opposer les établissements ou secteurs.

Un tableau récapitulatif de ces différents modèles de gouvernance dans un système de soins intégrés est placé en annexe (annexe 15).

Les caractéristiques générales à ces sous-modèles restent identiques : un seul CA central pour les décisions stratégiques, le réseau est responsable juridiquement, la gestion opérationnelle est assurée individuellement par le comité de direction de chaque hôpital et le système est titulaire de tous les agréments. De plus, il est possible que des institutions de soins autres que des hôpitaux fassent partie du système de soins intégrés, ce qui n'est pas possible dans les modes actuels de rapprochements (fusion, groupement ou association).

Un grand avantage de ce modèle est de ne retenir qu'un budget et un compte de résultat pour l'ensemble du réseau, ce qui facilite l'intégration des services médicaux. En effet, chaque site hospitalier n'a plus aucun intérêt de conserver des activités particulièrement rentables ou de passer aux autres établissements celles qui sont structurellement déficitaires, car ils partagent tous le même résultat financier.

Ce système nécessite des attentions particulières. Il n'est pas toujours aisé de faire collaborer tous les partenaires, en particulier quand ceux-ci ne sont pas des hôpitaux. La taille du système engendre également des difficultés, car, plus le nombre de partenaires est élevé, plus le processus décisionnel est complexe, ce qui peut mener à des situations conflictuelles. Par conséquent, il faut donc une définition claire des responsabilités de chaque niveau au sein des organisations et il est primordial d'impliquer tous les partenaires dans les processus de prise de décision.

Enfin, le KCE a listé les avantages et inconvénients d'un système de soins intégrés :

Tableau 2 Avantages et inconvénients du système de soins intégrés (KCE 277Bs, 2016)

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">- Expérience trans-murale et trans-domaine- Partage des moyens financiers et d'appui- Marges financières- Administration centrale- Plus de temps pour la stratégie- Plus de notoriété	<ul style="list-style-type: none">- Taille peut complexifier le processus décisionnel et l'efficacité du système- Répartition des activités compliquées en fonction des distances géographiques- Sentiment de faiblesse d'implication dans les décisions pour des petites structures de soins- CA à différents niveaux complexifie la gouvernance

Recommandations du KCE

Pour le système de soins intégrés, le KCE recommande l'utilisation d'un des deux premiers sous-modèles dans lequel le CA est responsable des objectifs stratégiques du système alors que la gestion quotidienne des hôpitaux est conservée par les comités de direction de chaque établissement. Cette direction transpose les décisions stratégiques en provenance du CA du réseau en décisions opérationnelles. Par ailleurs, le financement des hôpitaux, services et fonctions hospitalières ainsi que les agréments sont attribués à la personne morale en charge du système de soins intégrés. Enfin, en fonction du sous-modèle, le conseil médical qui assiste le CA du réseau, peut-être commun au système ou commun au secteur de soins s'il y a de trop nombreux partenaires différents dans le système (par exemple un conseil médical différent pour les hôpitaux et les hôpitaux de soins psychiatriques) (KCE 277Bs, 2016).

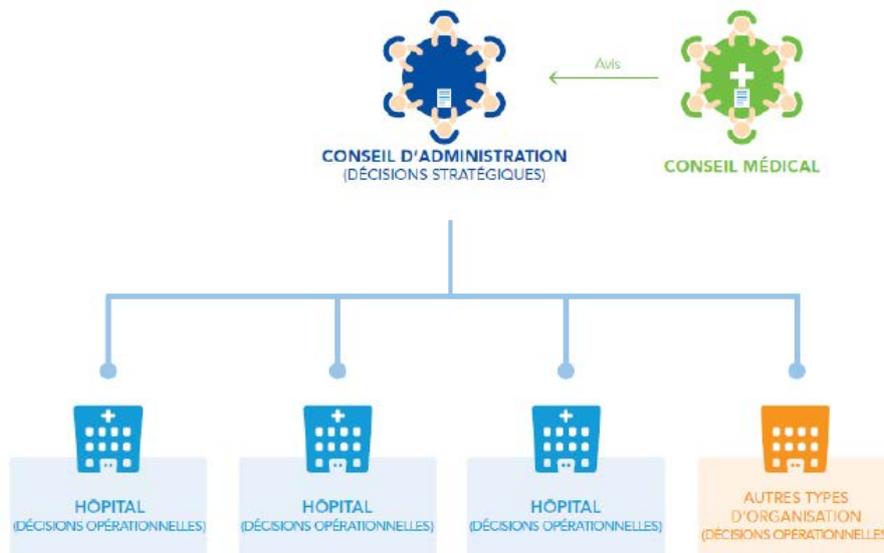


Figure 1 Système de soins intégrés - sous modèle 1 (KCE 277Bs, 2016)

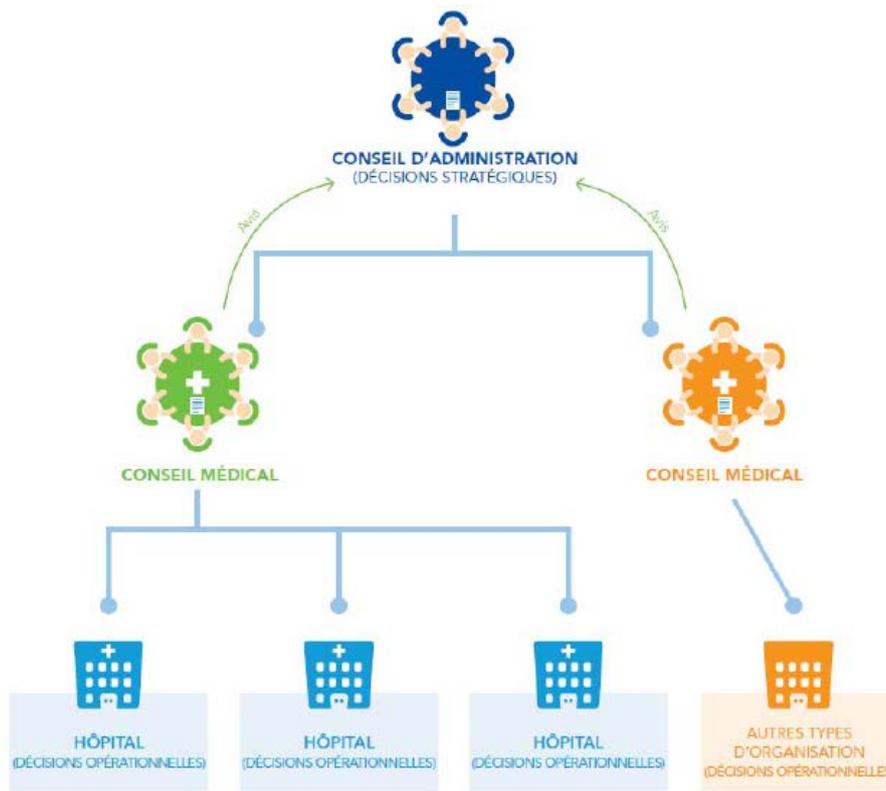


Figure 2 Système de soins intégrés - sous modèle 2 (KCE 277Bs, 2016)

2.3.2 Réseau coordonné

Dans le cadre du réseau coordonné, chaque partenaire conserve sa propre entité juridique, son autonomie et ses agréments. L'intégration n'est pas totale et les hôpitaux collaborent entre eux pour atteindre certains objectifs communs. Cela peut concerner des hôpitaux entiers ou simplement quelques services de soins. Il était déjà question de ce type de réseau dans la législation précédente, notamment entre les hôpitaux en groupement ou en association qui collaborent entre eux. Cependant, dans le réseau coordonné, il est possible de faire des collaborations avec des organisations différentes que les hôpitaux.

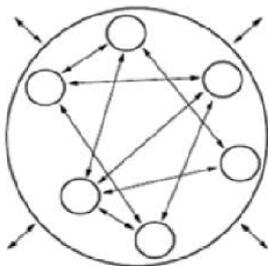
Ce modèle de gouvernance comporte un comité de réseau. Composé de représentants des conseils d'administration et des conseils médicaux, ce comité chapeaute le réseau de partenaires. Il prend des décisions uniquement sur les matières préalablement attribuées et liées à la collaboration du réseau et aucune décision stratégique sur l'utilisation des programmes de soins n'est prise, car ces matières restent attribuées aux conseils individuels.

Ainsi, les caractéristiques générales du réseau coordonné sont l'existence conservée du conseil d'administration et du conseil médical de chaque partenaire du réseau, et le maintien de la responsabilité juridique et de l'agrément de chaque hôpital.

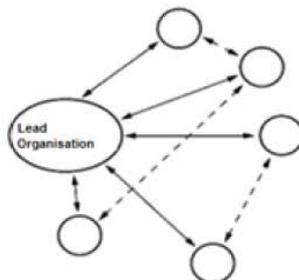
Par ailleurs, la structure de gouvernance d'un réseau coordonné offre trois alternatives :

- Le réseau gouverné par les participants (*participant-governed*) dans lequel chaque participant dispose du même droit de vote. Ce réseau est basé sur la confiance entre les partenaires et promeut l'égalité de tous. L'inconvénient de ce réseau réside dans la lenteur voire l'arrêt du processus décisionnel en cas de désaccord entre les partenaires. De plus, ce modèle de réseau ne permettrait pas suffisamment la répartition et la coordination des activités ;
- Le réseau avec organisation dirigeante (*lead organisation*) où l'hôpital dominant est responsable de l'administration et de la coordination du réseau. Les autres partenaires sont également présents dans les organes administratifs, mais leur part est moindre ;
- Le réseau avec organisation administrative (*network administrative organisation*) dans lequel une entité définie et distincte gère et contrôle l'administration du réseau et dont les partenaires lui délèguent totalement ou partiellement leur droit de décision.

Participant-governed



Lead organisation



Network administrative organisation

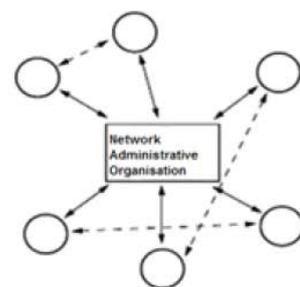


Figure 3 Alternatives du réseau coordonné (Yu and Chen, 2013; Proven and Kenis, 2008)

De ces trois modèles de gouvernance, le système *participant-governed* est recommandé, car il permet davantage d'égalité entre les partenaires du réseau, même si le principal risque est un ralentissement ou un blocage du processus décisionnel en cas de désaccord dans les négociations entre les partenaires.

Tableau 3 Caractéristiques du réseau coordonné (KCE 277Bs, 2016)

Réseaux coordonnés	
Forme	Collaborations souples entre hôpitaux qui peuvent être liés de différentes manières, telles que des relations informelles ou des accords contractuels afin de poursuivre des objectifs spécifiques
Propriété	Propriétés multiples Chaque hôpital maintient son identité légale séparée
Prise de décision	Planning et prise de décision conjoints Implémentation indépendante

Des obstacles et risques sont inhérents à cette collaboration en réseau coordonné. Il s'agit d'une structure plus souple dans laquelle l'intégration et la coordination des acteurs ne sont pas optimales. Ce type de modèle ne permet pas de garantir une bonne répartition des activités et engendre peu de rationalisation, car il n'est pas suffisamment contraignant pour les établissements de soins qui restent à la fois partenaires et concurrents. Les problèmes précédemment cités dans les modèles existants avant la réforme tels que le manque d'un budget unique pour aider à la répartition des activités, la mobilité du personnel ou le droit de vote restent d'actualité.

Ci-dessous, la liste des points forts et points faibles élaborés par le KCE :

Tableau 4 Avantages et inconvénients du réseau coordonné (KCE 277Bs, 2016)

Avantages	Inconvénients
- Confiance entre partenaires	- Durée prise de décision
- Égalité des participants au réseau	- Gouvernance complexe
- Autonomie conservée	- Risque blocage si désaccord
- Processus décisionnel ascendant	

Recommandations du KCE

Pour le réseau coordonné, le KCE recommande que chaque hôpital individuel conserve sa gouvernance individuelle, mais qu'il délègue certains pouvoirs au comité de réseau, composé de représentants de médecins, de la direction et des administrateurs. Ce comité de réseau détient un pouvoir de décision pour les activités spécifiques du réseau coordonné. Par ailleurs, le financement des hôpitaux, services et fonctions hospitalières ainsi que les agréments ne sont pas attribués directement au niveau du réseau, mais maintenus à chaque institution (KCE 277Bs, 2016).

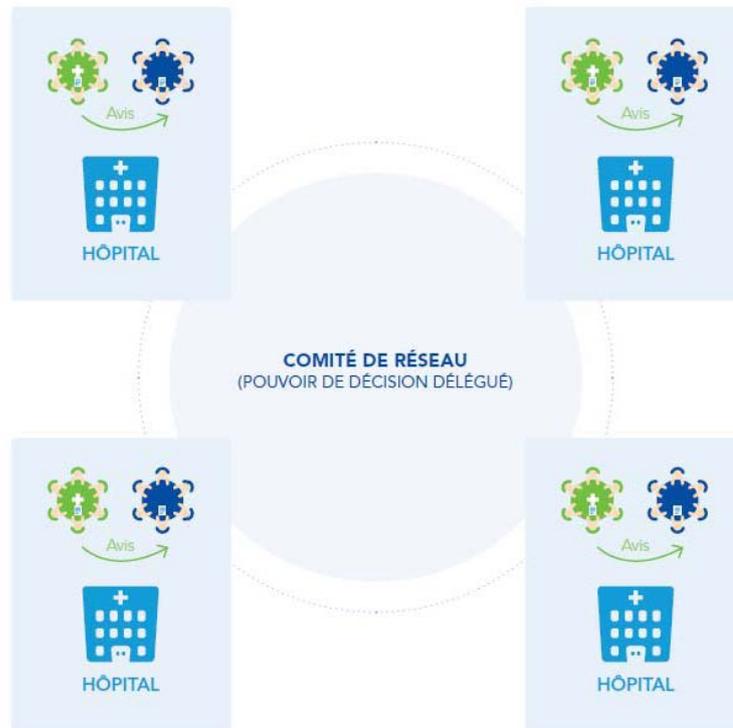


Figure 4 Réseau coordonné (KCE 277Bs, 2016)

2.3.3 Initiative de collaboration autonome

Ce troisième modèle collaboratif est idéal pour les hôpitaux souhaitant coopérer avec d'autres, mais qui ne sont pas encore prêts à intégrer tous les services, comme c'est le cas avec le système de soins intégrés. Ce système permet de partager les infrastructures médicales ou les services médicaux (par exemple du matériel en radiothérapie ou des services tels que les laboratoires), et améliore la coopération pour les prestations spécifiques nécessitant un haut niveau d'expertise. Ainsi, chaque partenaire conserve son propre CA et son conseil médical, mais l'agrément et le financement sont attribués au niveau du système, ce qui favorise la répartition des activités entre les partenaires.

La principale différence avec le système actuel des associations d'hôpitaux et l'initiative de collaboration est la structure juridique créée, qui peut être titulaire des agréments. Dans ce modèle de gouvernance, une structure autonome et juridiquement responsable est établie avec un CA composé d'experts médicaux et d'experts en gestion, et un conseil médical distinct pour organiser le réseau.

Ce modèle permet une collaboration flexible entre hôpitaux et autres structures de soins. Néanmoins, certains considèrent ce modèle comme limité aux processus de soins standardisables, car il est difficile de collaborer et d'établir un programme de soins pour les pathologies plus complexes. Il existe également un risque important de multiplication de services ou de fonctions, plutôt qu'une répartition des activités, car certains hôpitaux préféreront garder les activités moins risquées et plus rentables. Cette duplication de services va à l'encontre de l'idée de la réforme de rationalisation.

Recommandations du KCE

Pour l'initiative de collaboration autonome, le KCE recommande la création d'une nouvelle entité, responsable de l'initiative, mais dans laquelle les hôpitaux sont représentés au travers d'un droit de vote. L'initiative est composée de son propre CA ainsi que de son propre conseil médical. Les hôpitaux conservent ainsi leur structure de gouvernance individuelle. Par ailleurs, le financement des hôpitaux, services et fonctions hospitalières et l'agrément sont attribués à l'initiative de collaboration autonome (KCE 277Bs, 2016).

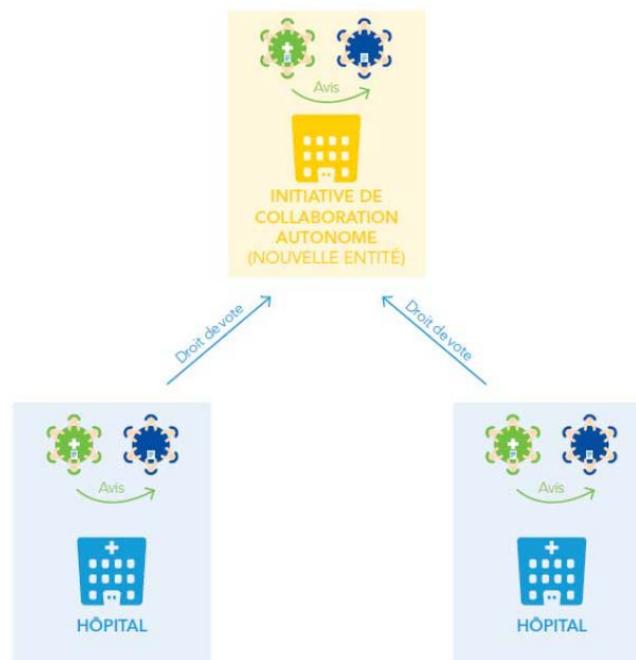


Figure 5 Initiative collaboration autonome (KCE 277Bs, 2016)

2.3.4 Choix du modèle

Les différents acteurs qui ont collaboré au rapport du KCE recommandent une flexibilité dans le choix de la forme de la collaboration pour effectuer une transition plus souple et garantir une continuité. Le choix de la structure de gouvernance du réseau d'hôpitaux doit être libre en fonction de leurs objectifs de répartition des activités et de collaboration. La législation doit donc être flexible, car c'est en fonction de la situation de collaboration actuelle que les hôpitaux choisiront l'un ou l'autre modèle. Les modèles précédents d'associations et de groupements doivent également provisoirement être conservés afin d'éviter une rupture trop brutale et de maintenir une sécurité juridique.

Le réseau coordonné est un modèle pouvant, par exemple, être utilisé lorsqu'une collaboration entre hôpitaux est initiée. Ce modèle limite la part des engagements et les différentes structures peuvent conserver une certaine autonomie. Les partenaires peuvent ensuite migrer vers un système de soins intégrés dans lequel la collaboration est plus importante, ce qui nécessite un plus haut niveau de confiance. Dans le cas où certains hôpitaux proposent des soins très spécialisés, le modèle de collaboration autonome en combinaison avec celui des soins coordonnés peut s'avérer utile pour faciliter le passage d'un réseau coordonné vers les soins intégrés, en attendant que la collaboration soit optimale.

Ainsi, le choix de la structure d'association doit être décidé par les partenaires en fonction de leurs situations. Le KCE n'offre aucune réponse quant au modèle parfait à préconiser pour tous les hôpitaux, mais il émet certaines recommandations sur les modèles plus intéressants que d'autres. Le choix d'un de ces modèles constituera une base plus adéquate à l'élaboration d'une bonne structure de collaboration.

Cependant, modifier les structures de gouvernance ne suffira pas pour atteindre les objectifs et faire face aux défis à venir. Cette réforme doit également faire intervenir d'autres instruments comme le financement, la programmation des services ou fonctions médicales et l'agrément des hôpitaux. En effet, le système de paiement par prestation et l'affectation actuelle des budgets n'encouragent pas à une meilleure répartition des activités, tout comme la faible utilisation de la programmation qui favorise davantage la fragmentation de l'offre de soins.

De plus, l'adaptation de certains aspects législatifs est nécessaire, notamment : la conservation des droits de vote des médecins pour l'élection des membres du conseil médical, la possible collaboration entre comités spécifiques, ou encore, comme cela est déjà prévu pour les groupements d'hôpitaux, la possibilité pour les médecins en chef et des chefs de service d'assurer leurs tâches dans différents hôpitaux partenaires de la collaboration.

Enfin, selon le KCE, l'application de cette réforme et de ces modèles nécessite la mise en place de principes de bonne gouvernance permettant une gestion efficace et une surveillance du respect des principes de collaboration. De plus, les objectifs individuels des structures de soins doivent être en accord avec celles de l'association. La sélection des administrateurs et des managers compétents est un atout important pour parvenir à une bonne gestion. La participation de l'ensemble des parties prenant part à la collaboration, et notamment des patients, est nécessaire pour garantir une bonne gouvernance.

Pour finir, la surveillance de la qualité est un critère important de cette réforme. Dès lors, il n'est pas uniquement question de gestion de coûts, mais aussi et surtout, de suivi de la qualité des soins offerts pour apprécier la pertinence et les performances des différentes collaborations.

2.4 Le réseau locorégional selon la ministre Maggie de Block

2.4.1 *Caractéristiques*

Sur la base des propositions du KCE sur les modèles de gouvernance, la ministre de la Santé a imposé aux hôpitaux belges une structure nommée le réseau locorégional, dont les critères sont présentés ci-dessous (De Block, 2015 ; KCE 289Bs, 2017). Ces dispositions ont été entérinées le 28 février 2019 dans la loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. La constitution des réseaux s'effectue comme ceci :

- Un nombre maximal est fixé à 25 réseaux locorégionaux, desservant de 400 à 500.000 patients potentiels ;
- Une continuité géographique limite une zone continue dans laquelle doivent se situer les réseaux ;
- Une personnalité juridique représente le réseau. Ce dernier dispose de son propre organe de gestion, dans lequel chaque hôpital est représenté par un représentant également membre de l'organe de gestion de l'hôpital qu'il représente ;

- Une concertation est établie avec les médecins pour la prise de décision impactant l'organisation médicale.

Dans le cadre de cette mesure, le réseau est maître de la stratégie de l'offre de soins locorégionale ainsi que de la coordination et l'exploitation des activités entre hôpitaux. Cependant, la stratégie opérationnelle est une compétence fixée au niveau individuel de l'hôpital, qui reste responsable de l'organisation, des fonctions et de ses finances (Gibbis, 2019).

Les hôpitaux sont donc responsables des décisions opérationnelles concernant leur offre de soins. Ils doivent mettre en œuvre les décisions stratégiques prises par le réseau, harmoniser l'offre de soins avec les autres partenaires, et garantir le bon adressage et renvoi des patients dans le cadre de missions de soins suprarégionales.

Les soins plus pointus qui ne sont pas proposés dans tous les réseaux locorégionaux font référence aux missions de soins suprarégionales. Pour ces missions, la collaboration entre hôpitaux est purement contractuelle et doit se faire avec des hôpitaux qui deviennent les "points de référence".

Par ailleurs, les infrastructures de soins autres que les hôpitaux ne peuvent pas encore se joindre à ces réseaux.

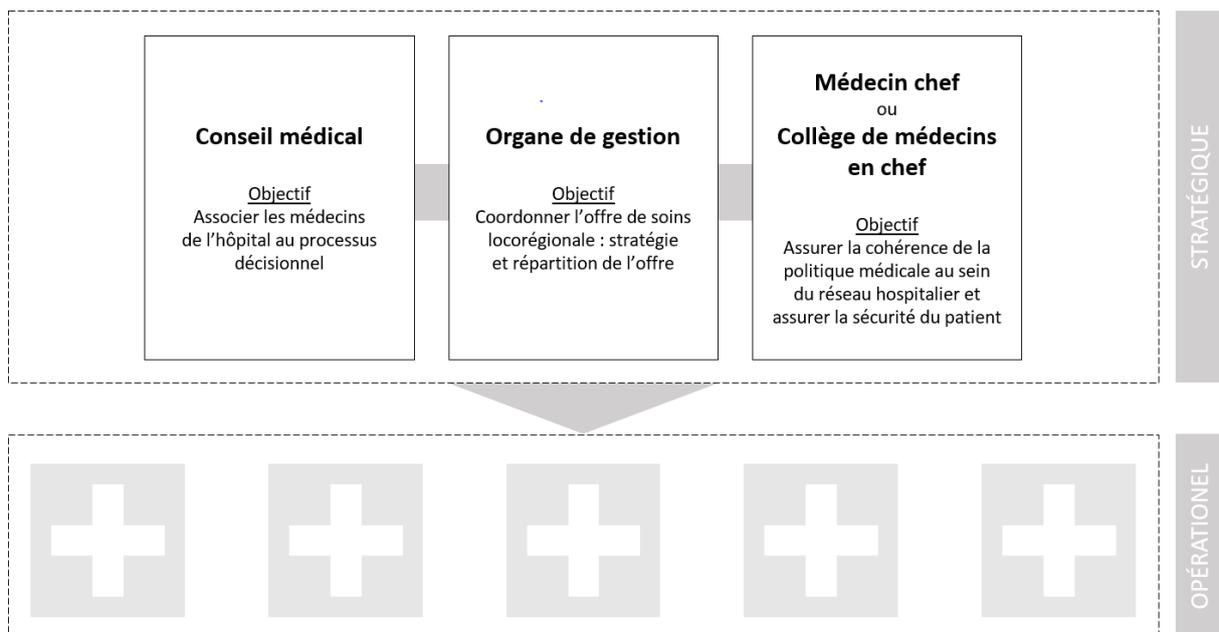


Figure 6 Le réseau locorégional (D'après GIBBIS, 2019)

Les acteurs principaux du réseau locorégional sont les suivants :

- Organe de gestion : comité composé d'un représentant de chaque hôpital partenaire, d'au moins un administrateur indépendant et d'au moins un médecin ne travaillant pas dans l'un des hôpitaux du réseau. Un tiers au moins des administrateurs doit posséder une expertise en matière de soins de santé. Le rôle de cet organe est de coordonner l'offre de soins et les activités entre les hôpitaux du réseau ;
- Conseil médical : comité composé d'au moins un médecin de chaque hôpital élu par et parmi les médecins hospitaliers, ou d'une délégation de médecins issus des conseils médicaux des hôpitaux. Ce conseil représente les médecins des hôpitaux des réseaux et permet de les associer dans le processus décisionnel au niveau stratégique ;
- Médecin en chef désigné par l'organe de gestion du réseau, ou collège de médecins en chef s'il s'agit de tous les médecins en chef des hôpitaux du réseau : ils assurent la cohérence de la politique médicale au sein du réseau, y compris la continuité des soins et la politique d'admission. La loi interdit d'assurer une fonction de médecin en chef avec celle de présidence du conseil médical du réseau hospitalier locorégional ;

Alors que les réseaux ont dû déposer leur dossier de constitution pour le 1er janvier 2020, ceux-ci n'ont toujours pas été approuvés par les autorités compétentes en la matière. Par conséquent, les réseaux ne sont actuellement soumis à aucune réglementation étant donné que leur existence n'est pas encore formelle.

2.4.2 *Obstacles*

La mise en place du réseau locorégional soulève de nombreuses interrogations et met en évidence des freins à la collaboration. Cette réforme de réorganisation implique de nombreux enjeux pouvant être difficiles à satisfaire. Les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire permettent de lister certains de ces enjeux. Ceux-ci sont complétés par d'autres informations émises par le KCE (KCE 277Bs, 2016).

La première chose à laquelle s'intéresse la réforme est de renforcer les collaborations. Or le secteur est un milieu extrêmement concurrentiel. Les hôpitaux, jusque-là plus souvent concurrents, doivent désormais s'adapter à un nouveau paradigme et devenir des partenaires de choix. La bonne qualité des relations entre ces structures aux caractéristiques bien différentes est une condition nécessaire à la collaboration. Ainsi, comme c'est le cas pour

le Réseau Hospitalier Namurois (RHN), les rapprochements se sont faits naturellement, car les structures collaborent entre elles depuis de nombreuses années. Néanmoins, d'autres hôpitaux aux relations moins favorables auront davantage de difficultés à s'engager entre eux, alors que la réforme de réorganisation du paysage les y oblige.

Ensuite, chaque partenaire et membre du réseau locorégional conserve son propre budget et ses agréments, le financement au niveau du réseau n'est pas une mesure prise dans le cadre de la mise en place du réseau locorégional. Il s'agit là d'une barrière à la collaboration, car chaque hôpital peut souhaiter, avant tout de favoriser son établissement, parfois au détriment du réseau. Par ailleurs, même si la mesure d'un budget commun est souhaitée, d'autres difficultés peuvent s'ajouter, notamment en ce qui concerne la définition des règles de partage. Il faudrait ainsi définir des accords d'équilibre financier entre les partenaires du réseau, en prenant en compte que le calcul des BMF est actuellement une tâche complexe.

La création d'une nouvelle forme de gouvernance s'ajoute comme une couche supplémentaire aux structures de gouvernance en place dans les hôpitaux. Par conséquent, cela peut complexifier le processus de prise de décision, en plus d'engendrer des frais supplémentaires.

Comme chaque hôpital reste responsable de sa propre structure, on constate également des différences entre les infrastructures. Le statut du médecin non uniformisé, le système de redevance qui peut varier d'un établissement à l'autre, les projets hospitaliers pouvant être non similaires sont autant d'exemples de freins à la bonne collaboration des partenaires du réseau.

Le patient et ses attentes doivent être pris en considération. De manière générale, le patient a des habitudes en termes de soins hospitaliers. Si l'offre de soins est modifiée et déplacée dans d'autres structures, le patient pourrait être enclin à modifier ses préférences et finalement quitter son réseau de soin habituel.

Enfin, il serait également intéressant de s'interroger sur la marche à suivre et les conséquences si un partenaire du réseau souhaitait quitter celui-ci, car il n'existe aucune disposition prévue.

2.5 Conclusion sur le nouveau modèle de collaboration

De différentes recommandations du KCE, la ministre Maggie De Block a décidé de ne pas choisir l'une ou plusieurs d'entre elles, mais plutôt de créer un nouveau modèle spécifique. Le nouveau réseau défini est donc une forme de collaboration différente des précédents systèmes présentés ici, d'une part, à mi-chemin entre le système de soins intégrés et le réseau coordonné, d'autre part, un choix politique basé sur d'autres critères étudiés dans la littérature et les expériences internationales.

Ainsi, le nouveau système peut s'assimiler au 4^e sous-modèle du système de soins intégrés proposé par le KCE, composé d'un CA au niveau du réseau, et d'un CA dans chaque hôpital individuel, mais également de conseils médicaux au sein du système et des hôpitaux. Cependant, dans le réseau locorégional, l'agrément et les budgets ne sont pas réunis et attribués au système comme souhaité dans le système de soins intégrés. Il n'est pas non plus possible que les établissements de soins autres que des hôpitaux rejoignent le réseau locorégional.

En outre, certaines caractéristiques du réseau locorégional s'approchent du réseau coordonné *participant-governed* dans lequel chaque hôpital conserve son CA, son conseil médical, son agrément, les financements et la responsabilité finale. La participation des structures non hospitalières est rendue possible dans le réseau coordonné, ce qui ne l'est pas dans le réseau locorégional.

Les missions principales du réseau locorégional sont de prendre les décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre de soins, ainsi que la coordination de l'offre entre les hôpitaux des réseaux. Les hôpitaux individuels restent responsables à la fois sur le plan financier et sur le plan de l'organisation et du fonctionnement opérationnel. Il est probable que les spécificités de cette forme de gouvernance ne suffisent pas pour amener à un haut niveau de collaboration entre les structures de soins, au vu des nombreux obstacles à la coopération non réglés. Entre autres, l'attribution des agréments et le financement au réseau locorégional, pourtant une des priorités pour favoriser la collaboration, ne sont pas des mesures de la réforme. Cependant, cette réforme pose les bases légales nécessaires pour encourager à la collaboration.

3 Réforme du financement des hôpitaux

3.1 Principes de base du financement

Alors que la réorganisation du paysage hospitalier a principalement pour objectif de rationaliser l'offre de soins tout en répondant aux nouveaux besoins des patients et au développement des technologies médicales, le nouveau système de financement doit permettre de mieux financer les soins qui varient faiblement entre les patients et entre les hôpitaux, en attribuant un montant fixe et identique pour tous les hôpitaux concernés (*bundle payment*). Avant la mise en application de cette réforme, le financement par pathologie était déjà partiellement en place, mais de façon insuffisante. La tarification était basée sur la DMS plutôt que les coûts réels de soins, ce qui crée un écart entre revenus et coûts (De Block, 2015 ; ING & Antares consulting, 2017).

Ainsi, le premier thème important de la réforme du financement est la répartition des patients bénéficiant de soins en clusters dont les modalités de soins et de financement sont différentes :

- Les soins à basse variabilité sont des soins de routine à faible complexité, facilement standardisables et à faible risque. Ces types de soins sont parfaitement prévisibles et varient peu entre les patients. Il est donc facile de fixer le prix en avance et dans le cas où le processus de soins s'étale et coûte davantage que les prévisions, le surcoût doit être assumé par l'hôpital ;
- Les soins à moyenne variabilité sont des soins de complexité moyenne, moins facilement standardisables que ceux à basse variabilité et dont le risque est moyen. Les soins peuvent varier en fonction de la pathologie, mais dans des limites définies, et le risque financier est réparti entre l'hôpital et les autorités ;
- Les soins à haute variabilité sont des soins complexes pas ou très peu standardisables. Il est très difficile de prédire les soins à donner aux patients, qui vont bénéficier d'un suivi sur mesure. Dans ce cas, le risque est principalement supporté par les autorités.

Le modèle utilisé pour les soins à basse variabilité est un modèle "*value adding*". Le parcours du patient est connu à partir du diagnostic jusqu'à la fin du traitement et il est facile d'évaluer le coût de celui-ci. La priorité est de créer plus de valeur pour le patient (qualité et efficacité

de soins) au travers d'un haut niveau de standardisation et d'une amélioration permanente des processus.

Le modèle des soins à haute variabilité et non standardisables est basé sur un modèle "*solution shop*" dans lequel les soins sont décidés sur mesure et au cas par cas par les médecins expérimentés. Comme il est difficile d'établir et de prédire le parcours d'un patient, il est impossible de définir un prix fixe pour leurs soins.

Actuellement, de nombreux hôpitaux utilisent le second modèle (*solution shop*) quel que soit le type de soins à délivrer, alors que beaucoup de patients pourraient être traités plus simplement avec le modèle *value adding* permettant de rationaliser les ressources sur base d'un parcours de soins clair et prédéfini, et dont la structure des coûts est déjà connue (De Block, 2015).

Face à ce constat, la première partie de la réforme du financement est axée sur les soins à basse variabilité. Ce système est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Dorénavant, pour les interventions ou soins variant peu entre les patients et dont la pratique est similaire entre tous les hôpitaux, le financement est identique entre les institutions de soins, et le montant des honoraires que remboursent les assurances santé sont fixés. Ainsi, chaque hôpital ou médecin sait à l'avance le montant de financement qu'il recevra pour une prestation à faible variabilité. Si les soins dépassent le forfait déterminé, c'est l'hôpital qui prend en charge la différence. Par ailleurs, la facture pour le patient est plus transparente, et le nombre d'examens inutiles va baisser. Les hôpitaux qui ne respecteraient pas le nouveau système de financement risquent un remboursement des prestations induit perçues et/ou une amende administrative.

Concernant les soins à moyenne variabilité, l'objectif énoncé par Maggie De Block dans son plan d'approche est un financement par groupe de pathologie variant partiellement en fonction des soins réellement apportés. Cette méthode de financement est similaire à celui déjà en œuvre et est basée sur un budget national fermé distribué en fonction du nombre et de type de patients accueillis par les hôpitaux.

Enfin, pour les clusters à haute variabilité pour lesquels il est plus difficile de prédire et de standardiser les besoins des patients, les soins sur mesure sont organisés en *solution shop*. Même si ce cluster représente un nombre réduit de patients, les coûts associés à ces soins

sont généralement plus élevés. Laisser les hôpitaux supporter ces coûts seuls les inciterait à éviter ces types de patients. Pour cela, les hôpitaux seront remboursés totalement ou partiellement sur base des soins réellement délivrés et justifiés.

Par ailleurs la réforme s'intéresse également au financement de certaines tâches ou missions spécifiques non standards pouvant être isolées du financement des clusters de patients. Ces tâches concernent les patients sociaux, les missions académiques ou encore les services d'urgence, qui engendrent des frais supplémentaires, car ils ne sont pas intégrés aux frais standards des patients.

3.2 Pay for performance – P4P

Le système P4P, aussi appelé P4Q (*pay for quality*) est une mesure importante de la réforme des hôpitaux pour poursuivre l'objectif de créer plus de valeur avec les budgets disponibles. En fonction des résultats obtenus par les hôpitaux sur base d'indicateurs de performances, les hôpitaux seront récompensés financièrement. Ce programme agit comme un incitant pour améliorer la qualité des soins offerts aux patients et les résultats. Il s'agit d'initiatives à appliquer prudemment, et l'objectif de la réforme est de les incorporer graduellement afin d'en étudier leur succès sur le système belge (KCE 229Bs, 2014 ; De Block, 2015).

Ce système peut cependant amener des comportements négatifs et contraires à ceux espérés pour améliorer la qualité du système belge. Dans son rapport synthèse sur le cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux (KCE 229Bs, 2014), le KCE a étudié les avantages et inconvénients de ce programme. Les trois principaux dangers révélés sont le *gaming*, la sélection de patients et la vision cloisonnée. Le *gaming* concerne la manipulation des données afin d'obtenir de meilleurs résultats et recevoir de meilleures récompenses. La sélection de patients (ou de risques) apparaît quand les indicateurs ne prennent pas en compte les différences de case mix, c'est-à-dire le nombre et le type d'admissions de l'hôpital. Les soignants vont alors choisir les patients en meilleure santé (des cas moins risqués) dans le but d'améliorer les performances, tout en évitant d'autres patients aux pathologies plus complexes qui pourraient affecter négativement les indicateurs. Enfin la vision cloisonnée se produit lorsque les prestataires de soins visent à améliorer les résultats des indicateurs en se concentrant davantage sur les soins pouvant faire valoir une récompense financière plutôt que les soins non pris en compte par ce système. Il sera nécessaire de mettre en place un

système d'audit efficace ainsi que de nombreux indicateurs relatifs à l'ensemble de l'hôpital pour contrôler la conformité des résultats produits par les établissements de soins.

Au total, 1 à 2% du budget disponible pourra être distribué entre les hôpitaux pour leurs bons comportements. En Belgique, les phases de tests ont été lancées en 2018, sur la base d'une série d'indicateurs (SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2018). Si ces phases se révèlent concluantes, cette phase pourrait être élargie à plus grande échelle. Actuellement, de nombreuses initiatives du genre ont été initiées à l'étranger. Néanmoins, les études ne permettent pas de prouver la pertinence du système à long terme, car les résultats sont mitigés. En effet, selon les systèmes mis en place, des améliorations de performances cliniques ont été constatées (principalement dans les hôpitaux aux faibles performances), ainsi qu'une réduction de la mortalité, mais ces constats ne sont pas valables pour toutes les expériences (KCE 207Bs, 2013 ; KCE 259Bs, 2015).

Afin de garantir des résultats positifs, certains éléments doivent être pris en considération lors de l'implémentation de cette mesure. Notamment, les objectifs définis doivent être atteignables, l'incitant doit être suffisamment élevé pour être intéressant pour les hôpitaux, mais pas excessif de manière à éviter de corrompre et influencer le travail des prestataires.

4 Réformes en cours et à venir

La première étape de la réforme du financement des soins de santé concernant les soins à basse variabilité a été mise en œuvre le 1^{er} janvier 2019. Concernant les soins à moyenne et haute variabilité, les mesures n'ont pas encore été mises en œuvre et sont toujours à l'étude (KCE 302C, 2018). Le KCE a d'ailleurs émis des recommandations pour l'élaboration du financement pour les soins à haute variabilité (KCE 207Bs, 2013).

Par ailleurs, afin de faire face à certains des défis cités précédemment, d'autres réformes relatives au secteur de la santé ont été initiées par l'INAMI, notamment la réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé (INAMI, 2019). Ce projet, initié en 2019, a pour objectif de favoriser la transparence, la lisibilité et la logique de la nomenclature tout en la mettant à jour en prenant en compte les nouvelles techniques et les évolutions médicales ainsi que les nouveaux modèles de soins. Le travail pour cette réforme est étalé sur quatre ans et trois phases principales le composent.

Enfin, d'autres grands projets en lien avec la santé se poursuivent, comme le développement de l'e-Santé, c'est-à-dire l'implémentation du numérique dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas ici de réforme à proprement parler, mais la poursuite d'objectifs et de plans d'action. Par exemple les dossiers patients informatisés ou l'e-prescription de médicaments, rendus obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2020, mais pas encore formellement appliquée partout.

5 Conclusion

Afin de préparer le système de soins aux nouveaux enjeux actuels et à venir, différentes mesures politiques ont été prises. Parmi ces mesures, deux réformes importantes ont été mises en œuvre ces dernières années, à savoir la réorganisation du paysage des soins de santé et la réforme du financement. Les objectifs n'ont pas pour but de réduire les budgets alloués à la santé, mais plutôt de repenser le système de soins afin de mieux réaffecter les moyens et conserver les atouts d'un système de soins belge performant. Ainsi, les réformes devraient soutenir le développement des collaborations entre hôpitaux. La première mesure devrait, d'une part, permettre des économies d'échelle en concentrant les investissements et, d'autre part, mener à une spécialisation de certains soins, ce qui semble garantir davantage de qualité profitable aux patients. La seconde mesure phare a pour objectif de mieux utiliser et ajouter plus de valeur avec les budgets disponibles. La réforme du financement devrait mener à plus de transparence grâce à un financement plus juste, basé sur les pathologies et la mise en place d'incitants à la qualité.

À l'aide des recommandations faites par le centre fédéral d'expertise en soins de santé, la ministre belge en charge de la santé s'est attelée à la réorganisation du paysage des soins de santé pour faire naître un nouveau concept de collaboration : le réseau locorégional. Ce nouveau type de collaboration succède à trois formes, jugées à présent non adéquates au vu des nombreux obstacles rencontrés par le système de soins. Nous constatons que cette réforme pose les bases légales nécessaires à la collaboration. Cependant, cette nouvelle forme de collaboration peut sembler insuffisante pour mener à un niveau de coopération, notamment car les agréments ou les budgets ne sont pas directement attribués au niveau du réseau, ce qui freine la collaboration et ne surpasse pas tous les obstacles inhérents aux précédents modèles de gouvernance.

Par ailleurs, la réforme du financement devrait permettre de financer plus adéquatement les frais hospitaliers, qui varient peu entre patients et hôpitaux. Il est question de définir un montant forfaitaire fixe et identique pour les traitements de pathologies, et ce, dans tous les hôpitaux. Pour ce faire, trois catégories de soins ont été identifiées en fonction de leur complexité et du niveau de standardisation possible : les soins à faible variabilité, à moyenne variabilité et à haute variabilité.

Enfin, nous pouvons constater que la mise en œuvre de ces réformes au niveau du secteur hospitalier est une tâche complexe. La charge de travail relative à l'implémentation de ces réformes est conséquente, et implique de nombreuses discussions. Par conséquent, même si les mesures politiques semblent aujourd'hui encore insuffisantes pour favoriser une parfaite collaboration entre partenaires hospitaliers, il aurait peut-être été préférable de s'engager plus profondément dans les réformes, en engageant par exemple la mise en œuvre d'un budget unique ou l'attribution de l'agrément au niveau du réseau locorégional. Ces mesures délicates n'ont pas été mises en œuvre par la ministre de la Santé, ce qui limite toujours la collaboration. Les prochains responsables politiques de la santé devront donc à nouveau se pencher sur cette mission pour et ainsi poursuivre à la transformation du paysage hospitalier belge.

3 CHAPITRE 3 : COMMENT MENER LA COLLABORATION VERS L'INTÉGRATION?

1 Réseau de soins intégrés

À ce stade, la ministre De Block a fixé un cadre légal pour la formation des réseaux d'hôpitaux, mais a souhaité laisser une certaine flexibilité quant au degré de collaboration. Comme expliqué précédemment, cette flexibilité limite le risque de rupture au sein du système de soins, en permettant aux hôpitaux de s'adapter le plus adéquatement en fonction de leur situation, de leurs objectifs de répartition et de coopération. À terme, la collaboration des réseaux devrait s'intensifier. Cela nous amène à considérer que l'objectif sous-jacent à cette réforme est de constituer les bases d'un système de soins intégrés. Ainsi, le réseau de soins intégrés semble être la structure vers laquelle le réseau locorégional devrait évoluer.

L'intégration de soins peut être définie comme un « *processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs indépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif* » (Contandriopoulos et al., 2001).

L'objectif principal des réseaux de soins intégrés est de garantir la continuité du parcours de prise en charge du patient, au travers d'une grande collaboration des différents systèmes de soins, hôpitaux et autres structures de soins. Il s'agit donc de faire collaborer tous les acteurs de soins, au travers d'un haut degré d'intégration horizontal et vertical. Dans ce mémoire, nous nous intéressons à l'intégration horizontale des structures hospitalières, en particulier celles du réseau namurois.

En 1999, Leutz a défini l'évolution de l'intégration entre acteurs de soins au travers de trois niveaux d'interactions (Leutz, 1999). Selon lui, la première étape est celle du « lien », dans laquelle les organisations conservent leurs propres responsabilités, qu'il s'agisse de l'offre de soin ou du financement, et dans laquelle il n'existe aucune structure commune entre les partenaires. Ensuite, l'étape de la « coordination » où la coopération est mise en avant à l'aide de structures et de processus. Enfin, la dernière étape est celle de l'« intégration complète », dans laquelle une structure acquiert l'ensemble des responsabilités relatives aux services,

ressources et financements. Le réseau locorégional peut-être représenté par la seconde étape, menant par la suite à l'intégration.



Les réseaux locorégionaux, que l'on pourrait assimiler au niveau « coordination » étant donné les bases à la collaboration posées grâce à la réforme, sont donc considérés comme une étape nécessaire pour mener à des réseaux de soins intégrés. Ces deux modèles sont donc sujets à des similarités, mais également des différences. Ci-dessous, une comparaison des deux modèles réalisés par ING dans son rapport Health ProspectING, dans lequel est étudiée l'intégration horizontale et verticale de soins de santé (ING & Antares consulting, 2019).

Tableau 5 Comparaison réseaux locorégionaux et réseaux intégrés

	Réseaux hospitaliers locorégionaux	Réseaux de soins intégrés
Objet	Coordonner les hôpitaux de soins aigus	Coordonner structures aiguës et structures de convalescence, de transition, de médecine générale, de soins à domicile, etc.
But	Rationalisation et performance de l'offre hospitalière	Continuité des soins
Mesure de la qualité	Résultats cliniques	Vision globale de la prise en charge et continuité dans les parcours des patients
Clés de réussite	Volume d'activités, diminution de la variabilité clinique, économies d'échelle...	Partage de l'information, et financement <i>Value based healthcare</i>
Politiques	Financement forfaitaire, normes d'agrément, régulation orientée résultats et non processus	Favoriser l'alignement des objectifs dans le projet thérapeutique et dans le financement
Complexité de la gouvernance	Moyenne	Elevée
Financement	Forfaitisation progressive et nuancée	<i>Bundled payment</i> et cohérence des incitatifs aux différents acteurs
Impact sur les hôpitaux	Consolidation des hôpitaux suite à une réorganisation et reconversion de l'offre actuelle	Déconstruction des hôpitaux et développement de nouvelles formes de prise en charge

2 Conditions de réussite

2.1 Health ProspectING 2019

En Belgique, de nombreux projets pilotes ont été initiés, notamment dans le domaine des maladies chroniques. Le rapport Health ProspectING 2019 (ING & Antares consulting, 2019) a étudié les clés de réussite dans l'intégration des soins. Ces clés ont été étudiées sur base du projet européen « Integrate » dont l'objectif est de collecter toute sorte de données sur la gestion, le leadership et la prestation des soins intégrés pour soutenir les systèmes de soins européens afin de répondre aux défis des systèmes de santé de demain, et particulièrement le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Le rapport identifie ainsi sept piliers qui permettent de favoriser la mise en place d'un système de soins intégrés :

- Vision : développement d'un cadre de référence commun et d'une vision partagée ;
- Information : transmission efficace des données et de l'information ;
- Incitatif : éléments pour inciter et favoriser l'intégration ;
- Organisation : processus organisationnels partagés entre les prestataires ;
- Professionnel : mécanismes pour le travail collaboratif ;
- Clinique : modèle de délivrance des prestations ;
- Patient : engagement actif du patient et des aidants proches.

Dans le prochain chapitre, ces critères sont utilisés afin d'évaluer le degré de l'intégration des soins au sein du Réseau Hospitalier Namurois. Il s'agit ainsi d'identifier les leviers sur lesquels le réseau peut individuellement se concentrer afin de favoriser la collaboration entre les hôpitaux, où les initiatives qui doivent être amenées par la mise en place de mesures légales.

Vision

Le premier pilier concerne la vision. Toute organisation en nécessite une, ce qui permet de définir une direction dans laquelle l'organisation souhaite s'engager et les objectifs qu'elle souhaite atteindre. La vision doit respecter la mission (raison d'être de l'organisation) et les valeurs (croyances partagées). Elle doit être réaliste et suffisamment motivante pour que les membres veillent à participer au projet commun.

Pour favoriser l'intégration des soins, il est nécessaire d'harmoniser la vision entre les différents partenaires du réseau. La vision doit prendre en compte les valeurs et normes qui constituent un cadre de référence commun.

Information

La coordination efficace des soins implique de nombreuses interactions entre les acteurs. Pour promouvoir et développer ces interactions, il est nécessaire de mettre en œuvre des outils et des systèmes d'information adaptés entre les différents partenaires. Ces outils doivent permettre l'échange de données de manière fluide, efficace et sécurisée. L'utilisation des technologies de l'information et de communication (TIC) est donc capitale pour garantir un transfert efficace des données et de l'information.

Le rapport d'ING identifie quatre principaux outils et services de partage et de coordination, à savoir l'établissement de services de partage d'informations et de documents, de services pour répertorier l'offre, de services adaptés pour les interactions entre les acteurs de soins et enfin des outils pour piloter et mesurer l'activité des acteurs de la santé.

Ainsi, les outils de communication et les systèmes d'information sont nombreux, et ne concernent pas uniquement la prise en charge des patients à l'hôpital. Les services de partage d'informations concernent par exemple, la mise en place d'un dossier patient informatisé (DPI), une initiative permettant l'échange rapide et facile de données des patients, en évitant ainsi les redondances ou la multiplication d'actes non nécessaires. Répertorier les offres de soins peut se faire via l'implémentation d'un contact téléphonique ou d'une cellule ressource de référence, devenant un point repère pour diriger les patients vers les structures de soins adéquates.

Enfin, la collecte des données peut également faciliter les prises de décisions (processus du big data), ou soutenir le développement de la télémédecine. Les données peuvent ainsi jouer un rôle dans l'implication du patient dans sa santé, par exemple avec la communication rapide d'alerte directement via les nouveaux moyens de télécommunications.

Incitatif

Un haut niveau d'intégration nécessite d'harmoniser les objectifs de tous les partenaires à l'intégration des soins, y compris sur les questions de coûts, et ce afin d'éviter les effets pervers existants dans un système concurrentiel. Pour cela, des mesures de financement spécifiques et des mesures légales peuvent inciter à la coordination entre les partenaires.

Une mesure majeure incitant à la coopération, diminuant le pouvoir concurrentiel, est le système de paiement forfaitaire (*bundle payment*) dans lequel les prix sont fixés en fonction des parcours de soins du patient. Dans ce système de remboursement, les prestataires sont encouragés à fournir des soins de haute qualité au meilleur prix. Si les coûts dépassent le forfait établi, c'est aux prestataires de soins d'en assumer la responsabilité. Ils ont donc tout intérêt à fournir des soins de qualité, mais aussi de minimiser les soins inutiles. Ce système forfaitaire se différencie du paiement à l'acte dans lequel les remboursements sont directement liés au volume de services fournis. Par conséquent, cette mesure incite les différents acteurs de soins à garantir une qualité de prise en charge, mais à prix équivalent que la même offre fournie dans une autre infrastructure.

Une seconde mesure incitative relative au financement des soins et favorisant la collaboration entre hôpitaux est l'attribution d'un budget transparent au niveau du réseau et non au niveau individuel. L'implémentation du BMF au niveau du réseau devrait mener à davantage de coopération, car les institutions de soins n'ont plus à se soucier de conserver des activités rentables ou déficitaires, car elles font toutes parties du même réseau.

L'incitatif financier est un facteur externe qui ne peut être activé que par des mesures politiques. En effet, l'attribution des financements aux hôpitaux est une matière fédérale. Par conséquent, ce levier à la coopération et l'intégration de soins est un levier politique en lien avec la régulation.

Organisation

Pour promouvoir l'intégration des soins, il ne suffit pas de fusionner des établissements, d'imposer une structure de gouvernance ou de mettre en place un système d'information commun dans les différentes organisations. Les partenaires du réseau doivent participer à la mise en œuvre de la collaboration et développer des processus organisationnels communs, notamment en ce qui concerne les politiques internes.

Ainsi, pour aligner les politiques entre les différents acteurs de soins, il est important de définir un projet médical commun. Sa définition permet de développer les stratégies médicales partagées par le biais d'objectifs de développement commun permettant d'assurer la prise en charge des patients. Il s'agit des priorités d'actions que l'organisation poursuit.

Professionnel

Le pilier professionnel sous-entend la mise en place de mécanismes contribuant au travail collaboratif, à la gestion des rôles et des responsabilités, et à l'offre de formation.

Les mécanismes de collaboration sont nombreux, par exemple : les systèmes d'information, les dispositifs relationnels tels que les groupes ou comités de travail, la communication informelle, le transfert de compétences, *etc.* De nombreuses initiatives ont démontré qu'il est nécessaire de soutenir ces mécanismes, en les rendant formels et structurés.

Ainsi, la standardisation de trois mécanismes s'avère particulièrement pertinente, à savoir les processus de travail (protocoles de soins, guides de pratiques cliniques, *etc.*), les compétences (avec la mise en place de système où les experts peuvent discuter et échanger sur les cas, se former, ...) et les résultats (d'où la nécessité d'une standardisation des mesures).

En outre, l'intégration des structures peut mener les acteurs de soins à endosser de nouvelles missions, ou de nouveaux rôles, ce qui entraîne un changement dans les responsabilités de certains. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des formations pour ceux-ci, afin de soutenir leur développement et le partage de bonnes pratiques. Ces formations spécifiques aux nouvelles tendances ou aux changements du secteur garantissent un maintien des compétences aux évolutions du système intégré via le partage d'informations.

Clinique

Un critère clé de réussite se rapporte à la segmentation des patients, aux itinéraires cliniques, à la mise en place d'un guichet unique (*single point of entry*) et au modèle de délivrance de prestations.

Parmi les nombreux dispositifs pouvant être mis en place pour favoriser l'intégration des soins, la définition de la typologie des patients est un point essentiel. Il s'agit donc de segmenter les patients en identifiant les besoins et les niveaux de risques pour offrir un parcours de soin spécifique à la pathologie, et adapté aux patients (OMS & IPCHS, 2018). De

même, les rôles et les responsabilités des différents acteurs de soins sont définis en fonction du parcours de soin, ce qui permet d'offrir un soin adéquat, de bonne qualité et équitable entre les patients souffrant de la même pathologie. La définition d'itinéraires cliniques, dans lesquels les protocoles de soins sont standardisés et basés sur les bonnes pratiques est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016). Les parcours de soins permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, la coordination entre les différents intervenants et contribuent à la réduction de la variabilité des soins.

Par ailleurs, afin de favoriser l'intégration des soins et la coordination des différents acteurs, l'OMS recommande de concentrer certaines activités de soins sur un seul site (*single point of entry*). L'objectif de cette pratique est de concentrer différents acteurs de soins et différentes activités au sein d'un même lieu afin que les populations plus isolées conservent un accès aux soins. De plus, la concentration de plusieurs professionnels de la santé devrait permettre d'améliorer la communication entre le personnel de santé, mais aussi la coordination et l'efficacité des soins.

Patient

Dans l'approche de soins intégrés, le patient est placé au centre. Celui-ci devient un intervenant engagé, et il n'est pas question uniquement de ses besoins médicaux, mais aussi prendre en compte les besoins sociaux, économiques, familiaux. Le développement des technologies de l'information, ainsi que la collecte et le transfert des données, pas seulement ses données personnelles de santé, mais aussi des données familiales et sociales, font de lui un maillon de sa propre chaîne de soins.

Par ailleurs, alors que l'intégration cherche à définir des parcours et des processus de soins standardisés, les patients s'attendent à être traités de manière individuelle, et c'est le rôle du personnel soignant de s'engager au respect du patient.

Limites au rapport HealtProspectING 2019

Il est important de comprendre les limites inhérentes au rapport d'HealtProspectING qui a permis la mise en lumière de ces sept critères de réussite.

D'abord, le rapport est relatif à l'intégration totale des soins, c'est-à-dire une intégration à la fois horizontale (entre les hôpitaux) et verticale (les hôpitaux avec d'autres structures de soins,

par exemple les maisons de repos et de soins). Il est évident que les conditions ne peuvent pas toujours s'appliquer uniformément qu'il s'agisse d'une intégration horizontale et verticale. Dans le cadre de ce mémoire, les critères de réussite seront étudiés au vu de la mise en réseau des hôpitaux (intégration horizontale).

Il ne s'agit pas non plus de retrouver tous les critères tels que définis par le rapport. En effet, certains critères peuvent être plus difficilement identifiables. Il est à rappeler que ces critères sont des facteurs-clés à la réussite. La présence de tous les facteurs, tout comme l'absence de l'un ou de l'autre ne garantit donc pas la réussite ou l'échec total de l'intégration des soins, il s'agit de pistes de développement pour favoriser l'intégration. Il est également possible que certains critères ne soient pas identifiés dans ce rapport ING, au regard des spécificités particulières de certaines structures de soins.

Aussi, nous constatons que certains points de la réforme initiée par la ministre rejoignent certains des critères clés de réussite, notamment le volet incitatif et celui clinique. En effet, dans le cadre de la réforme du financement, il s'agit de définir des parcours de soins standardisés en fonction des pathologies. Le système détermine un prix commun aux soins fournis par les hôpitaux, et cela agit comme une mesure incitative pour harmoniser les offres de soins, soutenir la collaboration et éviter les phénomènes de concurrence. Par ailleurs, la pratique du *pay for performance* est également une technique incitant à davantage de coopération, au travers de partage d'informations et de bonnes pratiques entre hôpitaux.

2.2 Health system performance assessment

D'autres sources permettent de justifier les critères énoncés par le rapport d'ING. Citons notamment les facteurs de succès énoncés par la Commission européenne, dans le cadre du rapport « *Health system performance assessment – Integrated Care Assessment* » (Dates *et al.*, 2018).

Il s'agit d'un rapport financé par la Commission européenne dans le cadre d'un programme européen sous la direction de l'agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (CHAFEA). Cette étude poursuit deux objectifs principaux. Il permet, d'une part, d'examiner les progrès réalisés en matière d'intégration des soins dans l'Union européenne, en analysant le taux de pénétration ou d'adoption de modèles de soins intégrés dans les systèmes de santé, et en analysant la volonté des systèmes de santé de

mettre en œuvre les soins intégrés avec succès. D'autre part, des indicateurs d'évaluation de performance des soins intégrés sont proposés et évalués.

Ainsi, différentes initiatives politiques et stratégiques européennes en matière de soins de santé ont été étudiées, et l'analyse documentaire menée a permis d'identifier des barrières et des facteurs de succès à l'intégration des soins.

Obstacles

Le rapport de la Commission européenne liste une série de barrières à l'intégration pouvant être séparée en deux catégories : les barrières organisationnelles et les barrières professionnelles.

La première catégorie pointe le manque de coopération entre les infrastructures de soins, mais aussi entre les équipes de soins ou les postes de travail ; l'insuffisance de ressources, la présence de mauvais système à l'incitation ou la fragmentation des budgets ; le manque de vision, d'intérêt et d'engagement des décideurs, le turnover important des décideurs ; la sous-utilisation des technologies de l'information et les problèmes d'incompatibilité entre les informations ; et enfin la charge administrative élevée engendrée par l'intégration.

La seconde catégorie concernant les barrières professionnelles liste des critères tels que le doute sur les compétences des partenaires, l'importante charge de travail et les attentes peu réalistes ; le flou dans l'attribution des responsabilités, le manque de connaissance et de feedback entre les différentes équipes soignantes ; les formations pas suffisamment adéquates ; ou encore le manque de lignes directrices ou le manque d'engagement.

Facteurs de succès

Face aux barrières qui limitent l'intégration des soins, le rapport de la Commission européenne relève de nombreux facteurs l'impactant positivement, à savoir :

- Un soutien politique et un engagement doivent permettre la définition d'une vision et d'une stratégie pour les soins intégrés, dans lesquelles sont définis des objectifs. Ce critère est considéré par les partenaires ayant participé à l'élaboration du rapport comme le critère fondamental pour mener à l'intégration des soins ;
- Des mécanismes de gouvernance entre les partenaires privés et publics doivent être élaborés à un niveau national ou local ;

- La collaboration de tous est une nécessité, qu'il s'agisse des infrastructures de soins ou des services conjoints, des politiques ou des citoyens ;
- Les structures de soins doivent s'attendre à de nombreux changements organisationnels, entre autres des modifications dans les fonctions/services de soins, des changements dans l'organisation de travail, la redéfinition de rôles, l'apparition de nouvelles normes, ... ;
- Des dirigeants efficaces doivent être choisis pour mener à bien les transformations et la mise en œuvre des soins intégrés ;
- La confiance et la collaboration sont primordiales pour que les partenaires arrivent ensemble à un haut niveau d'intégration ;
- Les formations et l'éducation doivent accompagner la redéfinition des rôles et missions, afin de faire face à la transformation du système et développer de nouvelles compétences ;
- Le patient est une priorité, il doit être impliqué dans la gestion de ses soins et ses besoins individuels doivent être pris en compte.
- La transition vers le système de soins intégrés nécessite un financement ainsi que certains incitants spécifiques, pour aligner les intérêts financiers des différentes parties participantes à l'intégration ;
- Des systèmes de télécommunication et d'information sont requis pour contribuer au partage d'information sur la santé ou entre les différents intervenants du système ;
- Des systèmes de suivi et d'évaluation doivent être implémentés pour garantir que les changements ont l'effet souhaité sur la qualité, les coûts et l'accès aux soins.

Nous pouvons constater que de nombreux éléments rejoignent les critères élaborés par ceux du rapport ING Health ProspectING. Dans le cadre ce travail, les facteurs-clés de réussite identifiés par ING seront utilisés afin d'évaluer le degré d'intégration du Réseau Hospitalier Namurois. Les éléments d'information du rapport "*Health system performance assessment – Integrated Care Assesment*" sont aussi particulièrement pertinents dans le cadre des recommandations qui sont faites dans le cinquième chapitre de ce mémoire.

4 CHAPITRE 4 : QUEL EST LE DEGRÉ D'INTÉGRATION DU RÉSEAU HOSPITALIER NAMUROIS?

1 Contexte

1.1 Description du Réseau Hospitalier Namurois

Dans la province de Namur, le réseau locorégional namurois regroupe l'ensemble des six hôpitaux de la province ainsi que les neuf policliniques et centres médicaux affiliés. Il s'agit de la clinique Saint-Luc de Bouge, le CHU UCL Namur de Dinant, Namur et Godinne, le CHR Sambre & Meuse de Namur et Auvélais ainsi que les policliniques et centres médicaux situés à Andenne, Auvélais, Ciney, Erpent, Gembloux, Givet, Namur et Perwez.

En prévision de la réforme initiée par la ministre Maggie De Block, un premier accord entre les hôpitaux avait déjà été signé en mars 2019. Cet accord prenait force au travers d'une lettre d'intention rédigée par différents groupes politiques namurois, communément nommé « le H8 », et composé du CDH, d'Ecolo, du MR et du PS. Cette lettre a permis d'offrir une base politique nécessaire à la mise en place d'un réseau. En outre, plusieurs hôpitaux du nouveau réseau avaient déjà des liens et cet accord ouvre la voie à davantage de coopération, faisant d'eux un ensemble de partenaires et non plus des compétiteurs.

Les raisons pour lesquelles ces hôpitaux ont été unis dans le même réseau sont évidentes : les partenaires œuvrent dans la même zone géographique, ils ont des valeurs et missions similaires et il existe déjà des relations entre certains d'entre eux.

Aujourd'hui, le réseau emploie 8 600 personnes, possède plus de 1 900 lits dont 300 sont des lits universitaires, réalise 800 000€ de chiffre d'affaires annuellement, et près d'un million de consultations médicales (chiffres de 2018).

2 **Bref historique des hôpitaux namurois**

2.1 **CHU UCL Namur | Dinant – Godinne –Ste Elisabeth**

Le CHU UCL Namur est issu de la fusion de trois hôpitaux namurois : le Centre Hospitalier de Dinant, le Centre Hospitalier Universitaire de Mont-Godinne et la Clinique Sainte Elisabeth de Namur.

Le Centre Hospitalier de Dinant est lui-même issu de la fusion de l'hôpital Saint Vincent et de la clinique et policlinique Saint Anne. Les normes minimales de taille ont rendu la fusion nécessaire entre ces deux institutions en 1988. Par la suite, l'ensemble des activités hospitalières a été redéployé sur le site de Saint Vincent, alors que le site de Saint Anne s'est transformé en maison de repos et de soins. Une résidence-services y a été construite et élargit encore l'offre aux personnes âgées. Plus récemment, c'est dans l'accueil de la petite enfance que le site de Dinant s'est diversifié.

L'hôpital de Godinne est créé début du 20^e siècle, mais c'est véritablement en 1967 qu'il est devenu les Cliniques de l'Université catholique de Louvain. Une convention lie les cliniques à l'ASBL Solidarité Mutualiste Chrétienne qui est propriétaire et gestionnaire alors que l'Université est maîtresse en matière politique médicale et scientifique. C'est en 2011 que les Cliniques sont devenues le CHU Mont-Godinne. L'hôpital universitaire assume toujours la formation de médecins ainsi que le développement et l'évaluation de nouvelles technologies médicales.

En 2012, le Centre Hospitalier de Dinant et le CHU Mont Godinne fusionnent et forment désormais un nouvel ensemble hospitalier : le CHU Dinant Godinne.

Enfin, deux ans plus tard, la Clinique Sainte Elisabeth et sa maternité rejoignent le récent ensemble hospitalier du CHU Namur pour former le CHU UCL Namur. Ainsi, il s'oppose à un autre grand ensemble hospitalier namurois, celui du CHR (CHU UCL Namur, 2016-2019).

2.2 **CHR Sambre et Meuse | Namur – Auvelais**

Le Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse a vu le jour suite à la fusion de deux hôpitaux régionaux, celui de Namur et celui du Val de Sambre.

À Namur s'ouvrait en 1902, le « nouvel hôpital », le seul hôpital de Namur avec l'hospice Saint-Jacques, plus petit. Il sera rebaptisé l'Institut Saint-Camille, et dans les années 50, il n'est plus contrôlé par des religieux, mais par des laïcs désignés par l'État. Les progrès de la médecine

permettent le développement et la modernisation de l'hôpital et celui-ci s'ouvre désormais à tous et plus seulement aux pauvres. L'offre de soins s'élargit et l'hôpital se renomme Clinique Saint Camille. C'est en 1991 qu'est inauguré officiellement le Centre Hospitalier Régional suite à la fusion de la Clinique Saint-Camille et de la Maternité provinciale. Il est dirigé par une association créée par le CPAS et la Province de Namur. En 2012, le CHR namurois s'associe puis fusionne avec le CHR du Val de Sambre à Auvelais pour créer le CHR Sambre et Meuse.

Le Centre Hospitalier du Val de Sambre a été créé en 1971. Auparavant, l'Association Intercommunale de Santé de La Basse Sambre (AISBS) garantissait des services de soins aux habitants des communes proches d'Auvelais. Une première fusion avec la Clinique Léon Neuens de Châtelet est effectuée en 1997. En 2012, le CHR du Val de Sambre quitte l'association dans laquelle il faisait toujours partie et fusionne administrativement avec le CHR Namur, ne formant plus qu'un seul hôpital, localisé sur deux sites (CHR Sambre et Meuse, 2020).

2.3 Clinique Saint Luc | Bouge

C'est en 1974 qu'est inaugurée la Clinique Saint-Luc à Bouge. Quelques années plus tard, d'autres centres médicaux ouvrent dans différentes villes namuroises et en 2005, de nouveaux services tels qu'un laboratoire, un service de cardiologie et un espace logistique étendent l'offre de la clinique. Depuis, elle a continué à se moderniser et élargir son offre, notamment au travers de collaborations, par exemple avec la Clinique et Maternité Sainte Elisabeth de Namur (Clinique Saint Luc, 2020).

3 Particularités du réseau namurois

Outre les nombreux enjeux auxquels fait face l'ensemble du secteur de soins de santé en Belgique ou ailleurs, le Réseau Hospitalier Namurois se distingue par quelques caractéristiques, dont les plus pertinentes sont identifiées ci-dessous.

3.1 Collaborations

Les hôpitaux namurois collaborent déjà depuis de nombreuses années, avec pour preuve, les fusions qui ont mené au paysage hospitalier tel qu'il est désormais. Ainsi, deux grands complexes hospitaliers, anciennement concurrents et désormais partenaires, se font face dans la région namuroise : le CHU UCL Namur et le CHR Namur. Entre ces deux institutions, la clinique Saint Luc de Bouge peut paraître isolée. Cette dernière a de nombreuses fois participé à des projets de fusion avec d'autres structures de soins namuroises notamment avec la Clinique Sainte Elisabeth ou le CHR de Namur, mais ces tentatives ont finalement échoué.

3.2 Hôpitaux privés et publics

Le Réseau Hospitalier Namurois est composé d'hôpitaux privés, le CHU UCL NAMUR et la Clinique Saint Luc, et d'un hôpital public le CHR Sambre et Meuse. La Belgique compte 29 hôpitaux publics (SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2019), néanmoins, la loi sur les hôpitaux s'applique de la même manière pour les hôpitaux publics ou privés, et leur financement par les pouvoirs publics est semblable.

Outre les questions idéologiques, la différence importante entre ces types d'hôpitaux réside dans la gouvernance. Le pouvoir organisateur de l'hôpital public, ou APP (Association de Pouvoirs Publics) est composé de différentes délégations dont les membres sont choisis par les pouvoirs publics et élus des entités. Ainsi, celui du CHR de Namur est représenté par dix voix sur 23 par le CPAS de Namur, de huit voix par l' AISBS (association intercommunale de santé de la Basse Sambre) et de cinq voix par la Province de Namur. À titre illustratif, seuls des conseillers provinciaux peuvent ainsi représenter la Province au sein du pouvoir organisateur de l'hôpital. Par conséquent, les administrateurs ne sont pas forcément choisis sur la base de leurs compétences comme elles pourraient l'être au sein d'une institution privée.

L'association du secteur public à l'avantage d'offrir un appui politique au réseau grâce à la participation des élus dans la gouvernance. Cependant, cette collaboration connaît aussi les faiblesses engendrées par la gestion publique, telle que le risque de lenteur.

3.3 Hôpital universitaire

Le Réseau Hospitalier Namurois est composé d'un hôpital universitaire (CHU UCL Namur - Godinne) jouant un rôle important dans la formation du personnel de la santé. Le caractère universitaire de l'hôpital implique qu'il est rattaché à une université, et par conséquent, il bénéficie d'un certain nombre de lits universitaires. Le statut des médecins diffère en fonction du type d'hôpital : les médecins des hôpitaux généraux sont indépendants alors que la grande majorité de ceux exerçant dans un hôpital universitaire a un statut de salarié.

De plus, en Wallonie, les hôpitaux universitaires sont dépendants de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de l'enseignement de la médecine, alors que les hôpitaux généraux relèvent de la Région wallonne et de l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité).

3.4 Population et localisation

La province de Namur est l'une des provinces belges la moins densément peuplée de Belgique. Seule la province du Luxembourg est plus faible démographiquement. Cette faible densité peut impacter le fonctionnement des hôpitaux et créer davantage de compétition afin d'attirer un maximum de patients. En cause, le système de financement fragmenté qui incite les institutions hospitalières à maximiser les admissions et les examens médicaux.

Des mécanismes de collaborations transfrontalières facilitent l'accès aux soins de patients étrangers. Ainsi, les sites de Dinant et Godinne du CHU UCL Namur sont acteurs de la ZOAST Ardennes (zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers). Cette convention met en œuvre des dispositifs de simplifications administratives et financières pour les résidents français. Ce projet de facilitation d'accès aux soins est particulièrement pertinent étant donné la situation géographique de ces hôpitaux, proches de la frontière française.

La localisation des infrastructures hospitalières de Dinant (CHU UCL Namur) et d'Auvelais (CHR Namur) se situent respectivement à la limite de la frontière franco-belge et de la province de Charleroi. Ces hôpitaux bénéficient d'emplacements adéquats afin d'offrir des soins de proximité aux patients de ces zones.

Les hôpitaux de Sainte Elisabeth (CHU UCL Namur), du CHR (Namur) et la Clinique Saint Luc (Bouge) sont tous positionnés dans une grande ville wallonne. L'hôpital de Sainte Elisabeth peut être considéré comme un centre hospitalier intégré au sein de la ville. Celui du CHR Namur à quant à lui l'avantage d'être facilement accessible de par sa proximité avec les grands

axes routiers, ce qui est une qualité pour les services des urgences. La Clinique Saint Luc, également proche de l'autoroute, jouit d'une bonne position pour desservir la population du nord de Namur.

3.5 Organe de concertation du RHN

En tant que réseau locorégional, le Réseau Hospitalier Namurois est composé des organes tels que définis dans la loi, à savoir un comité de gestion, un conseil médical et un collège de médecin-chef. En outre, afin de réunir les membres du pouvoir organisateur ainsi que les directeurs médicaux, le RHN a constitué un organe de concertation, non requis légalement.

3.6 Réseau intégré

Suite à ses nombreuses fusions, le CHU UCL Namur est parvenu à se construire une identité commune telle qu'il forme désormais un réseau intégré avec différentes structures de soins (accueil de la petite enfance et maison de repos et de soins) et policliniques. Désormais, les activités des différentes institutions sont réunies sous un seul et unique compte de résultat et de nombreux services sont intégrés sous une gouvernance unique. Citons par exemple, l'existence d'un seul pouvoir organisateur, d'un comité de direction, d'un organe de concertation commun, *etc.*

4 Conditions de réussite de l'intégration : application au cas namurois

L'objectif de cette partie est d'évaluer le degré d'intégration du Réseau Hospitalier Namurois. Pour ce faire, les sept piliers favorisant l'intégration étudiés dans le troisième chapitre de ce mémoire sont mobilisés.

Il n'est, par conséquent, pas question d'étudier la situation individuelle de chacun des hôpitaux, mais de donner un aperçu de l'état d'intégration au sein de ce réseau. L'analyse du degré d'intégration permettra ensuite de formuler des recommandations afin de favoriser et de développer les collaborations menant à l'intégration.

4.1 Vision

Ce premier pilier s'intéresse à la vision partagée des partenaires au sein du Réseau Hospitalier Namurois. La création du réseau est récente et monsieur Libert a confirmé qu'aucune vision commune à tous les partenaires n'a encore été définie. Néanmoins, il est intéressant de mettre en lumière certains éléments communs.

Il paraît clair que même s'il n'existe pas encore de vision commune partagée, les trois partenaires du réseau se connaissent déjà très bien de par les collaborations existantes. Chacune de ces trois organisations hospitalières a d'ores et déjà défini sa propre vision, sa mission et ses valeurs. La compatibilité de celles-ci a d'ailleurs permis la mise en place rapide du réseau et facilité le démarrage du rapprochement entre les hôpitaux. Par conséquent, on peut considérer qu'il existe une base commune favorable à la collaboration et à l'intégration.

Par la suite, la définition de la mission, de la vision et des valeurs communes devront permettre d'organiser et animer la stratégie du réseau.

4.2 Information

Le partage d'information concerne la transmission efficace des données et de l'information. Parmi les quatre outils identifiés précédemment, à savoir des services de partage d'informations et de documents, des services de répertorisation de l'offre, des services spécifiques aux acteurs de soins et des outils pour piloter et mesurer l'activité, aucun n'a encore été mis en place de manière généralisée.

Prochainement, monsieur Libert a confié que le Réseau Hospitalier Namurois lancera un appel d'offres afin d'implémenter un outil de gestion DPI (dossier patient informatisé).

En outre, les trois structures hospitalières participent au Réseau Santé Wallon. Il s'agit d'une plateforme d'échange de documents de santé informatisés tels que les résultats d'examens, les rapports médicaux ou encore les courriers entre les différents prestataires de soins intervenant pour un même patient. Au travers de cet outil, les prestataires de soins peuvent accéder à des informations sur les patients, ce qui facilite la prise en charge et la collaboration entre les partenaires (Réseau Santé Wallon, 2020).

4.3 Incitatif

Ce critère des incitants est à mettre en lien avec le financement et la régulation. Il s'agit d'un facteur externe, applicable à la fois au réseau namurois, mais également aux autres établissements de soins de santé. Par ailleurs, ce critère a trait à la réforme du financement qui a été partiellement étudié dans la première partie de ce travail.

Considérons d'abord la mise en place du système de *bundle payment*. Il s'agit d'établir des forfaits de soins sur les parcours des soins du patient. Dans le cadre de la réforme, la répartition est réalisée sur base de la variabilité des soins apportés. Ainsi, trois clusters sont identifiés : les soins à faible variabilité et qui varient peu entre les établissements de soins, les soins à moyenne variabilité et les soins à haute variabilité. Chacun des clusters est assimilé à un niveau de risque différent, pris en charge soit par le prestataire de soin, soit par les autorités, soit par les deux. Ce système devra permettre de réduire le phénomène de multiplication des services de soins aux patients dans l'optique d'obtenir plus de financement. L'application de cette mesure n'est pas encore totalement en place. Seuls les soins à faible variabilité ont été étudiés et implémentés. En outre, une réforme de la nomenclature des remboursements est également à l'étude, et l'accompagnement de cette mesure avec la réforme du financement pourrait compliquer la gestion du financement hospitalier.

Notons également la mise en œuvre de mécanismes de récompense des bons comportements via un système *P4P*, également étudié dans la première partie de ce travail, et peut agir comme un incitatif à la qualité.

Considérons ensuite l'établissement d'un budget unique au niveau du réseau intégré. Dans le réseau locorégional, il n'est pas encore question d'établir un budget unique, ce qui peut constituer un frein à la collaboration étant donné que les infrastructures hospitalières

souhaiteront favoriser leur résultat dans une logique concurrentielle en contradiction avec la notion du réseau.

4.4 Organisation

Ce pilier organisation a trait aux processus organisationnels mis en œuvre pour favoriser la collaboration et l'intégration entre les partenaires du réseau. Comme tous les réseaux locorégionaux belges, le Réseau Hospitalier Namurois est constitué d'un organe décisionnel central composé d'un organe de gestion, d'un collège de médecin en chef et d'un conseil médical. Cet organe décisionnel est responsable de l'orientation stratégique du réseau, alors que les organes décisionnels des hôpitaux doivent opérationnaliser la stratégie sur leurs sites. De plus, en plus de ces organes, le réseau a souhaité créer un comité de concertation unique dans lequel les représentants et les directeurs médicaux peuvent s'exprimer.

La définition de la stratégie poursuivie par le réseau implique l'élaboration d'un projet médical commun. Le RHN est récent et les partenaires n'ont pas encore défini de projet commun en ce qui concerne la stratégie du réseau, le projet médical ou la répartition des activités. Il s'agira probablement d'une priorité à réaliser afin de développer la collaboration. Pour ce faire, il faudra prendre en compte les spécificités propres aux sites hospitaliers, leurs spécialisations, *etc.* Cette définition pourrait, par la suite, mener à la surspécialisation de certains sites, ou encore à la redéfinition des fonctions de certains hôpitaux.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que le réseau possède tout de même déjà une forme d'organisation qui permet de favoriser les collaborations. Pour exemple, lors de la crise du Covid-19, les partenaires du Réseau Hospitalier Namurois se sont concertés régulièrement afin de réunir les directeurs généraux, les directeurs médicaux, des hygiénistes et des virologues afin de définir une politique de gestion commune et unique de la pandémie pour la province de Namur, notamment sur des questions d'hygiène, de port du masque, des tests, des relations avec les MRS ou de la reprise des activités.

4.5 Professionnel

Le critère professionnel s'intéresse aux différents mécanismes mis en place afin de contribuer au travail collaboratif. Certains mécanismes, tels que les systèmes d'information ou les groupes de collaboration, ont déjà été étudiés au travers d'autres facteurs-clés de l'intégration

(information et organisation). Cependant, il pourrait être particulièrement intéressant de s'intéresser à la standardisation des processus de travail, des compétences et des résultats.

Au sein du Réseau Hospitalier Namurois, ces mécanismes collaboratifs n'ont pas encore fait l'objet d'une standardisation. Selon monsieur Libert, des mécanismes existent entre certains secteurs au niveau multi-hospitalier et qui collaborent depuis plusieurs années. Il pourrait donc être intéressant de se baser afin de multiplier les initiatives de partage de mécanismes collaboratifs. L'existence de mécanismes de collaboration entre certains secteurs a été confirmée par monsieur Mertens, mais elles semblent limitées.

4.6 Clinique

Ce critère est partiellement lié à la réforme de réorganisation du paysage hospitalier. L'un des objectifs de cette réforme est d'offrir des centres de soins spécialisés, voire surspécialisés, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins. En effet, comme décrit précédemment, la performance des soins s'améliore sur les lieux dans lesquels ils sont pratiqués régulièrement. De plus, il s'agit de mieux répartir les ressources, en évitant la multiplication des moyens et technologies médicales sur différents sites. Pour cela, certains sites devront être réorganisés sur la base de la stratégie organisationnelle et du projet médical commun décidé par le réseau.

Monsieur Libert a confirmé qu'à ce jour, le Réseau Hospitalier Namurois n'a pas encore décidé des activités et des fonctions qu'il sera nécessaire de réorganiser. Il est possible que certains sites libèrent certaines activités vers d'autres établissements, en fonction des spécialités et des caractéristiques de chacun. Par exemple et comme monsieur Mertens l'a déclaré, il faudra réfléchir à la pertinence de conserver trois sites hospitaliers multifonctions sur la ville de Namur et peut-être en transformer un en centre de consultation de proximité plutôt que de l'hospitalisation. Ainsi, cette démarche s'inscrit dans l'objectif de spécialisation des sites.

Pour réorganiser les activités et les fonctions, les partenaires doivent collaborer, mais au vu des nombreux enjeux et freins à la collaboration, il est possible qu'il faille inciter davantage voire même forcer les partenaires à le faire.

4.7 Patient

Ce dernier critère peut être appliqué de manière transversale à l'ensemble des piliers étudiés. La collaboration et l'intégration du système de soins de santé ont pour objectif la bonne qualité des soins, à l'avantage du patient. Celui-ci doit être placé au centre de toutes les réflexions afin de garantir le succès du réseau locorégional. Il n'est pas question de réaliser des négociations entre hôpitaux sans considérer les impacts pouvant être dégagés pour le patient.

Le Réseau Hospitalier Namurois souhaite s'engager pour le patient avant tout, cela est une priorité. La réorganisation des soins, la définition de la stratégie, l'élaboration du projet médical commun, la standardisation des mécanismes, le partage de l'information doivent se faire pour le bien être du patient. Par exemple, si le RHN décide de localiser le traitement d'une pathologie lourde et nécessitant une expertise pointue particulière sur un seul site, il est dans l'intérêt du patient de se rendre dans ce centre même s'il celui-ci est éloigné de chez lui, plutôt que de se rendre dans un centre proche et non spécialisé.

A ce stade, il est difficile de définir précisément la place que devra occuper le patient dans la stratégie du réseau. Néanmoins, monsieur Libert, directeur général du CHU UCL Namur a d'ores et déjà assuré de vouloir faire des intérêts du patient une priorité. Les changements engendrés qui pourraient survenir suite à la réforme du paysage hospitalier ainsi que la réorganisation des soins devront se faire au bénéfice du patient. Monsieur Mertens partage également cet avis. Selon lui, le succès du RHN ne peut être un succès uniquement si l'on prend en compte les intérêts du patient, et ce compris lors des négociations sans pour autant en faire du marchandage. De plus, afin de mettre en œuvre un projet sur le patient, il faudra que les décideurs prennent leurs responsabilités pour favoriser le changement et s'entourer des bonnes personnes.

5 Conclusion

En termes de structures hospitalières, le paysage namurois a beaucoup évolué ces dernières années, ce qui a mené à la création de deux grandes structures hospitalières que sont le CHU UCL Namur, qui constitue à lui seul un réseau intégré, et le CHR Sambre et Meuse. En plus de ceux-ci, il existe la Clinique Saint Luc qui, à deux reprises, a tenté de fusionner avec ces organisations. Ce paysage hospitalier peut être qualifié de concurrentiel avant la création du réseau, même si de nombreuses collaborations existaient entre ces structures.

Afin de satisfaire l'obligation de mise en réseau, et à l'aide de l'appui politique indispensable, ces trois hôpitaux namurois se sont réunis pour former le Réseau Hospitalier Namurois. Désormais, ce sont six sites hospitaliers qui doivent collaborer et devenir des partenaires.

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer le degré d'intégration du Réseau Hospitalier Namurois. Sur la base des sept piliers étudiés dans le troisième chapitre, il est constaté que le réseau est loin d'une intégration complète entre les partenaires. En effet, le Réseau Hospitalier Namurois est récent et il est trop tôt pour constater des décisions sur les autres facteurs d'intégration. Néanmoins, deux critères particuliers, à savoir les facteurs incitatif et clinique, sont mis en œuvre et imposés dans le cadre de la réforme des soins de santé, à la fois en ce qui concerne la réorganisation du paysage hospitalier, et la réforme du financement.

Par ailleurs, il semble clair que les structures hospitalières namuroises souhaitent que le patient soit une priorité afin de guider l'ensemble de la stratégie du réseau. Par conséquent, les réflexions autour de l'intégration devront se faire dans l'intérêt du patient et des négociations importantes attendent les décideurs hospitaliers afin de mener à un plus haut niveau d'intégration. Cette démarche nécessitera beaucoup d'investissements, particulièrement en temps, afin de construire une forte relation de confiance et, par la suite, créer une identité commune et collaborative afin d'améliorer la performance des soins en province de Namur.

5 CHAPITRE 5 : QUELLES RECOMMANDATIONS POUR FAVORISER LA COLLABORATION ET L'INTÉGRATION DES SOINS ?

Les nombreux éléments mis en lumière lors des chapitres précédents permettent l'élaboration de recommandations ou pistes de réflexion, en particulier en ce qui concerne la réorganisation du paysage hospitalier et la collaboration. Celles-ci s'adressent d'une part aux décideurs politiques qui souhaiteraient développer la collaboration hospitalière, et d'autre part aux dirigeants hospitaliers, afin d'offrir des solutions et des opportunités quant à la collaboration et l'intégration.

Il semble important de préciser que ces recommandations ne constituent pas une voie unique vers l'intégration. Il s'agit d'énoncer de multiples propositions d'aide à la décision favorisant la collaboration sur la base des analyses réalisées. Comme détaillée dans ce travail, la collaboration est une condition nécessaire à l'intégration. Par conséquent, il est primordial de construire une solide base de collaboration avant de s'investir dans un modèle de soins intégrés. Néanmoins, des conseils favorisant l'intégration peuvent être également émis afin de développer la collaboration.

1 Réorganisation du paysage hospitalier

Une première série de recommandations peuvent être adressées aux décideurs politiques (ministre ou entités fédérées), responsables de la réforme du paysage hospitalier en Belgique. Dans le cadre de cette analyse, trois éléments peuvent faire l'objet d'une réflexion particulière, à savoir :

- Le financement du réseau ;
- Le soutien à la mise en œuvre du réseau ;
- La consolidation de la base légale.

1.1 Le financement du réseau

Cette première réflexion porte sur le financement du réseau et son budget. Actuellement, le réseau locorégional n'est pas obligé d'établir un budget unique et transparent pour l'ensemble des partenaires de la collaboration. Le système actuel de prestation et l'affectation des budgets n'encouragent pas à la coopération et à la répartition de l'offre de soins. Par conséquent, chaque hôpital risque avant tout de vouloir préserver sa stabilité financière,

refusant tout transfert d'activité qui permette de mettre en œuvre la surspécialisation désirée. Cette forme de concurrence peut entraver la coopération entre les partenaires du réseau.

À ce sujet, le CFEH (Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers) s'est exprimé (CFEH a, 2017 ; CFEH b, 2019 ; CFEH c, 2019). En 2017, celui-ci a remis à la ministre un plan de travail pour l'implémentation du financement des hôpitaux via un BMF attribué au réseau, car il est convaincu de la nécessité de ce besoin pour favoriser la collaboration, la transparence financière, la stabilité et la prévisibilité des budgets. Cependant, cette piste ne semble pas encore avoir été prise en compte par les décideurs politiques, alors que le CFEH donne des propositions sur la mise en œuvre d'une pareille mesure. Il semble que l'intégration du BMF au niveau du réseau est une mesure complexe qui prendra du temps et qui nécessitera de revoir et de simplifier les nombreuses règles de calcul pour les financements. Cette mesure devra être mise en œuvre une fois que la réglementation et la réforme du financement seront stables, pour favoriser la confiance des partenaires.

Afin de favoriser le développement des réseaux, le CFEH plaide pour la définition d'un cadre réglementaire de financement clair et cohérent prenant en compte les accords de programmation au sujet des missions de soins. Pour développer cela, il soutient la mise en œuvre d'un planning complet et détaillé, intégrant le trajet transparent de transformation du financement individuel des hôpitaux vers un financement au niveau du réseau.

Enfin, la mise en réseau et la répartition des activités devraient impliquer davantage de transferts de patients entre hôpitaux. Afin d'éviter que les coûts ne se répercutent sur le budget des hôpitaux ou la facture du patient, il est recommandé d'intégrer cet aspect dans la réforme du financement des soins.

1.2 Le soutien à la mise en œuvre du réseau

Il est nécessaire d'apporter un soutien aux hôpitaux qui doivent développer leur structure sous forme de réseau locorégional. En effet, l'implémentation de la réforme fait apparaître de nouveaux besoins. Il existe des coûts de démarrage, des coûts structurels d'organisation et de fonctionnement. Par exemple, le CFEH cite la mise en place de la fonction de médecin en chef (ou collègue) au niveau du réseau pour laquelle il n'est prévu aucune intervention financière alors qu'il s'agit d'un rôle à haute responsabilité (CFEH c, 2019). Il est aussi question de

financer la mise en place des services d'aide et de soutien indispensables à la bonne organisation des services de soins dans le réseau, tel que le développement des technologies de l'information et de la communication et des DPI (dossier patient informatisé). Pour ces investissements dans l'information, le CFEH estime les coûts totaux pour l'ensemble des réseaux hospitaliers belges à 560 millions d'euros (2014), alors que les coûts de gestion et de fonctionnement du réseau sont estimés à 16 millions. Un total de 643 500 € de frais de gestion et de fonctionnement est estimé par réseau individuel et fractionné entre des fonctions de coordination, qui s'élèvent à 525 000 € par réseau, la gestion de secrétariat, de la personnalité juridique et du conseil médical pour 60 000€, et enfin les coûts d'exploitation pour 58 500 € (CFEH b, 2019).

Par conséquent, il est nécessaire de prendre en compte les frais générés par la création des réseaux, et selon le CFEH, cela pourrait s'agir d'une première étape vers l'établissement d'un budget au niveau du réseau.

1.3 La consolidation de la base légale

Cette dernière recommandation revêt un aspect général. D'abord, il est constaté qu'en ce qui concerne l'établissement des réseaux, l'approbation des partenariats n'a pas encore été validée par les autorités compétentes, alors que les hôpitaux ont dû rendre leur dossier pour le 1er janvier 2020. De fait, les réseaux n'ont encore aucune valeur juridique.

Certaines problématiques telles que le taux de TVA pour les missions partagées entre hôpitaux, les coûts de transferts inter-hospitaliers ou encore les spécificités de la définition des règles de programmation des soins (y compris des soins supra régionaux dans les points de référence) devront faire l'objet d'une mûre réflexion. Pour ce dernier, il s'agira d'éviter de faire disparaître certaines activités hospitalières sur le principe de la réorganisation hospitalière, car certaines activités resteront indispensables pour garantir des soins de proximité et de qualité aux populations. Cela devra peut-être se définir par de nouveaux textes de loi.

Enfin, le secteur des soins de santé a fait l'objet de nombreux changements ces dernières années et il est nécessaire de le laisser s'adapter à ceux-ci. Aussi, inciter à la collaboration est une possibilité afin de proposer une offre de soins plus performants. Cependant, forcer les hôpitaux à former un mauvais réseau collaboratif peut provoquer des effets inverses. Pour

développer la collaboration, la confiance entre les partenaires est une priorité. Construire une relation forte et de qualité nécessitera du temps et des investissements de la part de tous les acteurs concernés. La ministre de la Santé a préféré laisser aux organisations hospitalières le soin de développer leurs collaborations. S'il s'avère que cette mesure est insuffisante pour atteindre les objectifs d'efficacité et d'efficience, il est probable qu'il faudra amener de nouvelles mesures légales telles que des règles de financement et de budget unique au niveau du réseau, des règles de spécialisation de sites, de partage d'infrastructures, etc. À ce stade, la collaboration n'est pas parfaite, et même si certaines bases sont posées, le chemin risque d'être long avant d'atteindre les objectifs souhaités par ces réformes.

2 Collaboration et intégration des hôpitaux

Ces recommandations, ou mesures prioritaires, s'adressent davantage aux décideurs hospitaliers dans le but de développer et favoriser la collaboration entre les partenaires du réseau. Par la suite, ces relations pourraient évoluer et mener vers un plus haut degré d'intégration :

- Développer une relation de confiance ;
- Créer un plan stratégique ;
- Partager l'information ;
- Soutenir le changement ;
- Suivre et évaluer les performances ;
- Agir dans l'intérêt du patient.

2.1 Développer une relation de confiance

Avant tout et comme évoqué par messieurs Libert et Mertens, une bonne relation entre les structures hospitalières est une condition nécessaire pour développer la collaboration. Cette relation de confiance implique d'une part le soutien politique, et d'autre part les directions hospitalières. Pour bâtir un lien fort, il faut des personnes engagées et prêtes à soutenir les projets de collaboration. L'accompagnement par des personnes compétentes et désireuses de poursuivre le développement et la mise en œuvre de projets de soins communs entre hôpitaux s'avère une priorité pour garantir le succès de la collaboration.

Il est évident qu'établir une relation de confiance prend du temps et requiert des investissements. Néanmoins, cela permettra de créer une base essentielle à la collaboration dans laquelle l'ensemble des partenaires est impliqué.

2.2 Créer un plan stratégique

Les réseaux locorégionaux doivent définir un plan stratégique clair afin de donner du sens à la collaboration. Ce critère est essentiel afin d'atteindre les objectifs de la réforme organisationnelle du paysage hospitalier. Cela implique de développer une vision, une mission et des valeurs partagées, des priorités et des objectifs permettant de guider le projet médical commun et les processus organisationnels favorisant la collaboration. De plus, le plan stratégique et le projet médical commun doivent prendre compte des spécificités et

spécialités des différents sites hospitaliers afin de réorganiser l'offre de soins. Les besoins de soins hospitaliers doivent être étudiés en fonction de l'évolution des pathologies, des modalités de diagnostic et de traitement ainsi que des technologies.

À nouveau, cette réorganisation des soins ne doit pas faire l'objet de négociations sans fondements, mais une étude détaillée des besoins et des opportunités de soins doit être réalisée dans l'intérêt des patients. Pour garantir un plan stratégique en adéquation avec les spécificités de tous, sa définition par l'organe de représentation du réseau locorégional doit se faire en concertation avec les directions hospitalières responsables de l'implémentation.

Pour exemple, le réseau Phare, réunissant des hôpitaux du Hainaut, a réalisé une analyse préparatoire de l'existant, ainsi qu'une analyse de positionnement et une analyse sociologique des patients de la zone. Ces résultats ont mené à des pistes de réflexion sur le plan médical, sur le plan de l'orientation du patient et sur le plan du support (EpiCURA, CHR Haute Senne & Chwapi, 2019).

2.3 Partager l'information

La gestion des données et la communication des informations doivent se faire de manière efficace et homogène entre les partenaires de soins. Le développement des technologies de l'information offre des outils primordiaux pour échanger et partager des données entre les différentes parties prenantes du système de santé. Les hôpitaux devront oser communiquer et transmettre les informations dans une logique de confiance collaborative.

2.4 Soutenir le changement

Sur la base du plan stratégique et des priorités établies, le développement de la collaboration s'accompagnera entre autres de modifications de l'offre de soins, de modifications dans les fonctions ou services, de nouveaux mécanismes de collaborations pour l'organisation et la gestion du travail, de nouveaux rôles et compétences. Ces nombreux changements organisationnels devront être considérés afin de permettre la collaboration, par exemple en offrant des formations, des opportunités de mobilité entre les hôpitaux, *etc.*

2.5 Suivre et évaluer les performances

Afin de mesurer l'évolution et les résultats des partenaires du réseau, des mécanismes standardisés de suivi et d'évaluation devront être mis en place. Cela permettra également de

suivre le développement des collaborations et l'atteinte des priorités définies au travers du plan stratégique et du projet médical, mais aussi de mesurer l'impact des changements en termes de qualité, de coûts, de satisfaction des patients ainsi que du personnel.

À titre illustratif, le CHU UCL Namur a défini son « Vrai Nord », une vision qui permet de placer le patient au centre de toutes les réflexions. Ainsi, autour du patient s'articule un triptyque personnel – gestion financière – qualité et sécurité. Ces quatre axes sont étroitement liés et peuvent être mesurés à l'aide d'indicateurs.

2.6 Agir dans l'intérêt du patient

L'objectif d'offrir des soins de santé performants doit se faire en plaçant le patient au centre de la démarche, comme il a été défini dans le « Vrai Nord ». Par conséquent, les décisions doivent être prises en prenant compte les besoins et les spécificités de la population et des patients.

Cette recommandation s'inscrit de manière transversale aux précédentes propositions. À l'avenir, les décideurs hospitaliers seront amenés à faire des choix transformant totalement l'offre de soins. Par exemple, certains soins complexes devront être relocalisés dans d'autres hôpitaux, mais cela ne doit pas se faire au détriment du patient. Il pourrait être intéressant d'accompagner cette mesure de relocalisation de soins complexes par la mise en place de centres de consultations de proximité accessibles à la population, permettant de diriger les patients vers les spécialistes exerçant dans les centres de soins complexes. De fait, il est probable que les hôpitaux traditionnels évoluent vers de nouveaux modèles de soins en offrant des besoins locaux ou très spécifiques selon la stratégie et le projet médical défini par le réseau.

Mettre le patient au centre signifie qu'il faut reconnaître ses besoins et ses préférences. Il faut aussi accorder de l'importance à la communication des prestataires de soins envers le patient, ainsi que ses proches, pour augmenter la satisfaction et réduire les problèmes rencontrés tels des avis contradictoires, la sur-prescription de certains médicaments ou d'actes médicaux, *etc.* En lien avec la recommandation précédente, cette satisfaction du patient devra aussi être mesurée sur la base de différents indicateurs.

6 CONCLUSION

La Belgique, malgré un système de soins performant, fait face à de nombreux enjeux, comme c'est le cas pour de nombreux pays européens. Pour y faire face et afin de garantir un système performant et soutenable pour les futures générations, la ministre belge de la Santé a entrepris une série de réformes du secteur. Parmi celles-ci, la réorganisation du paysage hospitalier et la réforme du financement sont des axes prioritaires. Les objectifs de ces transformations sont d'améliorer le système en le rendant plus efficace et plus efficient, en menant à des économies d'échelles, une surspécialisation ou encore une hausse de la qualité de l'offre de soins.

Dans le cadre de la réorganisation du paysage hospitalier, une nouvelle forme de gouvernance a été imaginée afin de développer les collaborations : le réseau locorégional. Cette structure s'ajoute, telle une couche supérieure, aux structures de gouvernance déjà existantes dans les hôpitaux. Son rôle principal est d'organiser la stratégie et la répartition des activités hospitalières, qui sont ensuite implémentées par les directions individuelles des hôpitaux.

Si l'on s'en réfère à la théorie de l'interaction de Leutz, nous constatons que la réforme initiée pour réorganiser le paysage hospitalier belge pose les bases nécessaires d'un système collaboratif, et s'inscrit dans la seconde phase : la coordination. Néanmoins certains obstacles persistent, tels que la problématique des budgets distincts, le manque de soutien au déploiement et à l'organisation des réseaux ou encore la très lente procédure de validation des réseaux. Ces freins à la collaboration devront faire l'objet d'une réflexion approfondie afin de mener au mieux les opportunités de coopérations hospitalières.

En termes de création de réseau, le Réseau Hospitalier Namurois s'est structuré presque naturellement, de par les nombreuses relations qu'entretenaient déjà les différents hôpitaux. Actuellement, la réforme n'a pas encore bouleversé leurs activités, et les objectifs sous-jacents d'efficacité et d'efficience sont loin d'être atteints. Si l'on veut les atteindre, des changements majeurs devront être réalisés. Ceux-ci pourraient transformer totalement l'offre de soins de santé en province de Namur.

En ce qui concerne l'intégration de ce réseau locorégional, il est encore trop tôt pour observer un réel degré d'intégration entre les différentes structures hospitalières au niveau namurois. Il faudra du temps pour développer une relation de confiance forte, permettant de développer l'intégration au fur et à mesure que les collaborations s'intensifieront. Pour ce faire, il sera important de définir et d'appliquer une stratégie à implémenter par les différentes structures, mais également favoriser le partage de l'information, soutenir le changement et réaliser un suivi des performances. Cette stratégie permettra de mieux préparer le devenir des hôpitaux namurois, à condition de prendre en compte les besoins et intérêts des patients, qui doivent être au centre de toute la démarche de réorganisation de soins de santé.

7 BIBLIOGRAPHIE

Belfius. (2019). Analyse MAHA 2019. *Présentation*.

Belfius. (2019). Analyse MAHA 2018 – Analyse sectorielle des hôpitaux généraux et universitaires en Belgique. *Communiqué de presse*.

Certificat interuniversitaire et haute école en management innovant des organisations et réseaux de soins - Accueil des participants. (2020). *Présentation*.

CFEH a. (2017). Avis de la plénière du conseil fédéral concernant les freins et incitants à la collaboration entre hôpitaux dans le BMF. Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers Réf. : CFEH/D/SF/136-3

CFEH b. (2019). Mémoire CFEH 2020-2024. 10 priorités pour un accord de gouvernement fédéral. Résumé et budget pluriannuel. Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers. Réf. : CFEH/D/495-10

CFEH c. (2019). Avis du CFEH relatif au financement des réseaux hospitaliers (partie 2). Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers. Réf. : CFEH/D/501-2

CHU UCL Namur. (2016-2019). Visiteur/Patient – A propos de cliniques – Historique. En ligne sur <http://www.uclmontgodinne.be/ghistorique.php>

CHR Sambre et Meuse. (2020). Accueil – Le CHRN. En ligne sur <http://www.chrn.be/le-chn>

Clinique Saint Luc. (2020). Histoire de la clinique. En ligne sur www.slbo.be/histoire-de-clinique

Contandriopoulos, A-P., Denis, J-L., Touati, N. & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.

Dates, M., Lennox-Chugani, N., Sant'Ana Pereira, H. & Tedeschi, M. (2018). Health system performance assessment – Integrated Care Assessment (20157303 HSPA). *European Commission*. doi: 10.2875/627462

De Block, M. (2015). Plan d'approche - Réforme du financement des hôpitaux. *Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique*, Bruxelles.

EpiCURA, CHR Haute Senne & Chwapi. (2019). Réseau Phare : le premier réseau hospitalier est constitué ! *Communiqué*.

Euro Health Consumer Index 2018 - Report. Björnberg, A. & Phang, Y. (2019). *Health Consumer Powerhouse*. ISBN 978-91-980687-5-7

GIBBIS. (2019). Focus : Le réseautage clinique.

INAMI. (2019). Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins. En ligne sur <https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/reforme-nomenclature/Pages/default.aspx>

ING & Antares Consulting. (2017). Les enjeux du système hospitalier belge à la lumière des expériences internationales.

ING & Antares Consulting. (2019). Health ProspectING 2019. Comment favoriser l'intégration des soins ?

KCE Reports 207Bs – Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. (2013). Étude soins hospitaliers dans cinq pays – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2013/10.273/59.

KCE Reports 229Bs – Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R. (eds). (2014). Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2014/10.273/66

KCE Reports 259B – Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. (2015). La performance du système de santé Belge – Rapport 2015. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2015/10.273/02

KCE Reports 277Bs – De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Eeckloo K. (2016). Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2016/10.273/90

KCE Report 289Bs – Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defoumy N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. (2017). Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité - Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2017/10.273/43

KCE Reports 302Cs – Stephani V, Crommelynck A, Durant G, Geissler A, Van den Heede K, Van de Voorde C, Quentin W. (2018). Payment methods for hospital stays with a large variability in the care process – Short report. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: *Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. D/2018/10.273/35

KCE Reports 313B – Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. (2019). Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2019/10.273/33

KCE Reports 313S – Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. (2020). Performance of the Belgian health system – report 2019– Supplement. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: *Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. D/2020/10.273/36

KCE Reports 325Bs – Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. (2019). Dotation infirmière pour des soins

(plus) sûrs dans les hôpitaux aigus–Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2019/10.273/73

Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77, 77–110.

Luft, HS., Bunker, JP. & Enthoven, AC. (1979). Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med*. 1979; 301(25):1369. doi:10.1056/NEJM197912203012503

Michael, E. P. & Thomas, H. L. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50-70.

OECD (Organisation de coopération et de développement économiques). (s.d.). Thème : santé. En ligne sur <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=9&lang=fr>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Belgique: Profils de santé par pays 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. doi:10.1787/9789264285057-fr

OMS. (2016). Integrated care models: an overview – working document. *Health Services Delivery Programme*, Division of Health Systems and Public Health.

OMS & IPCHS. (2018). Continuity and coordination of care – A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization.

Project Integrate. (s.d). En ligne sur <http://www.projectintegrate.eu.com/>

Réseau Santé Wallon. (2020). Espace patient. En ligne sur <https://www.reseausantewallon.be/FR/patients/Pages/default.aspx>

RN4CAST – Sermeus, W., Aiken, LH., Van den Heede, K., Rafferty, AM., Griffiths, P., Moreno-Casbas, MT., et al. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*. 2011; 10:6.

SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2011). Groupe de travail soins transmuraux. Note conceptuelle sur les soins transmuraux. Direction générale de l'Organisation des Etablissement de soins. Service Soins aigus, Chroniques et Personnes âgées.

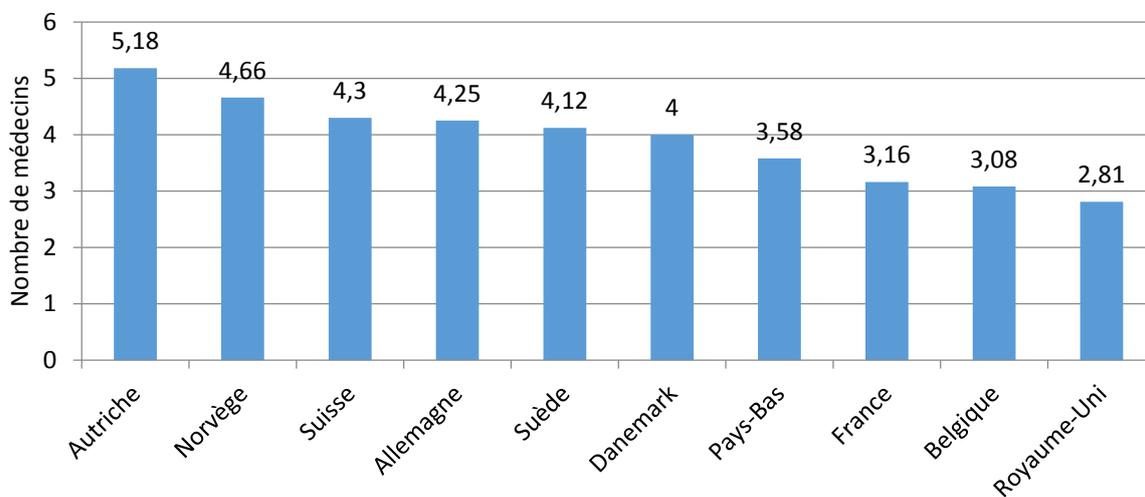
SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2018). Programme Pay for Performance 2018 pour les hôpitaux généraux. *Note d'accompagnement*.

SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2019). Données phares dans les soins de santé. Hôpitaux généraux.

Vers une Belgique en bonne santé : indicateurs de santé et de soins. (2020). En ligne sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/>

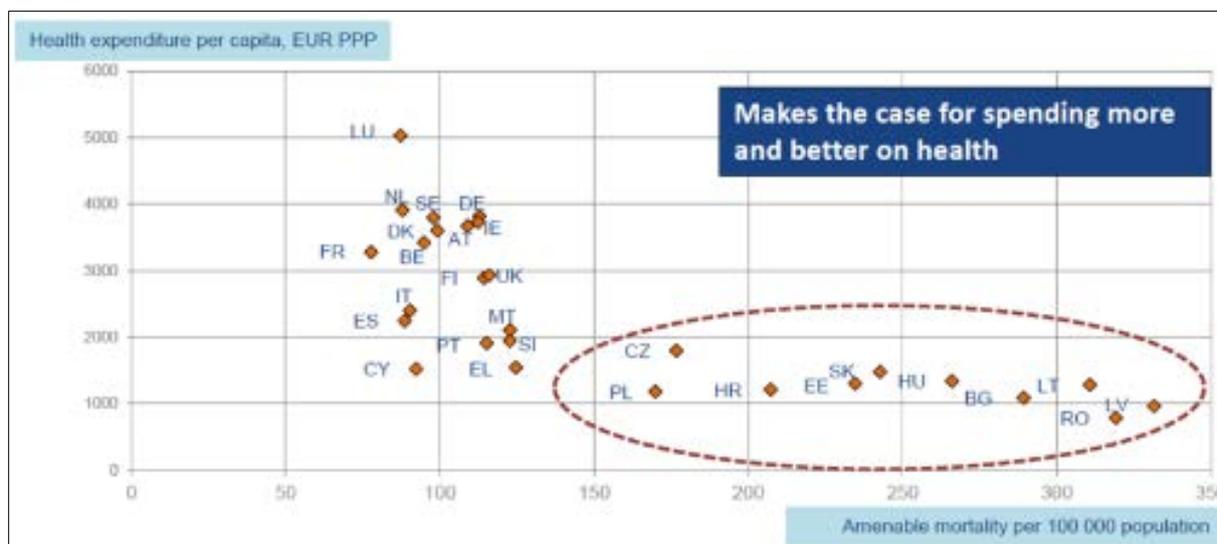
Wallonie familles santé handicap AVIQ. (s.d.). Portail SANTE. En ligne sur <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/dispositifs/hopitaux-universitaires>

Annexe 1 : Nombre de médecins pour 1000 habitants



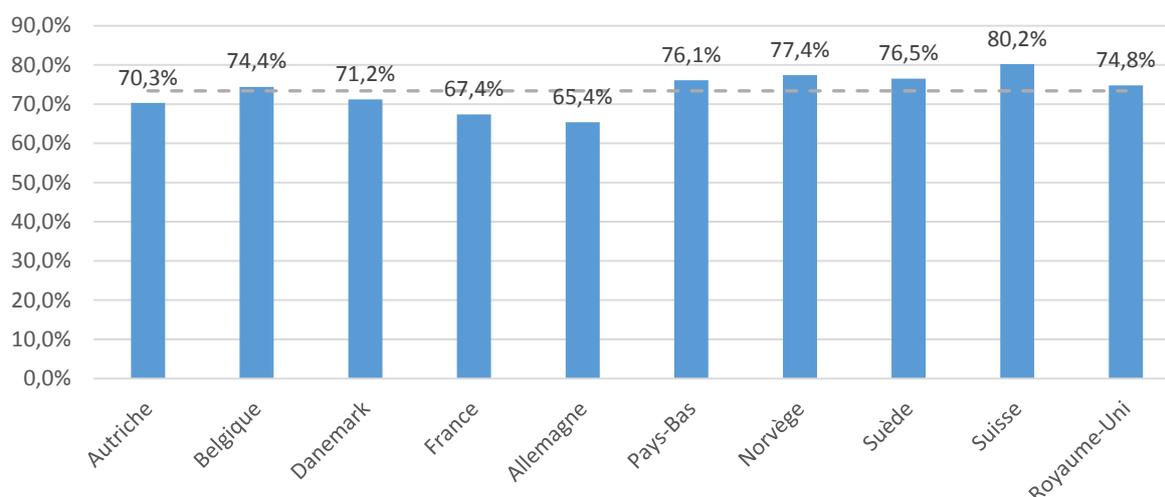
Nombre de médecins pour 1000 habitants (2017 et 2016 pour Suède et Danemark)
(OECD Health Statistics, 2016-2017)

Annexe 2 : Qualité des soins de santé (2018)



Qualité des soins de santé
(KCE 313S, 2019)

Annexe 3 : Perception de la qualité des soins de santé par la population belge (2017)



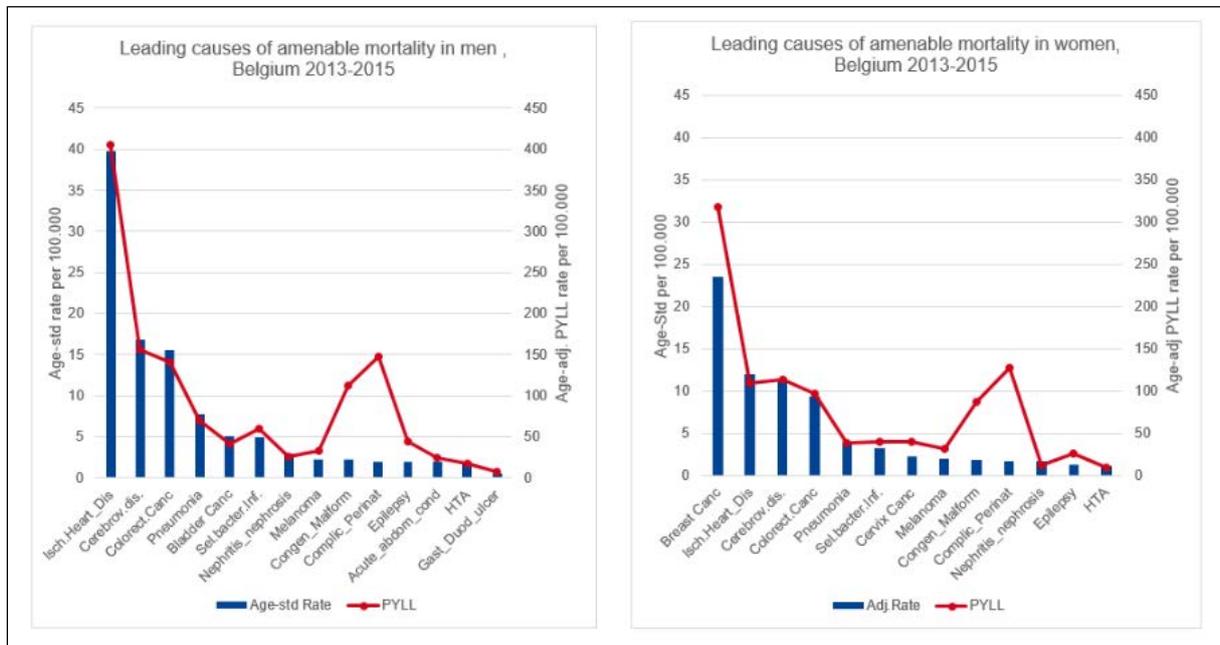
Perception bonne à très bonne de la santé par la population
(OCDE Health Statistics, 2017)

Annexe 4 : Composition du revenu des hôpitaux belges (2017 et 2018)

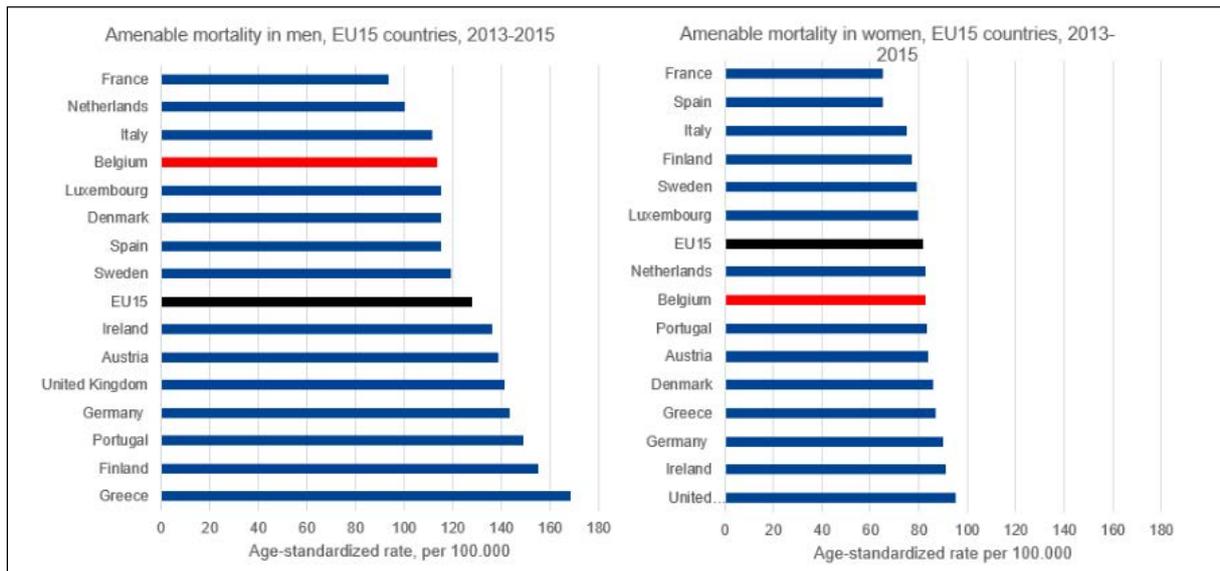
Composition du revenu des hôpitaux belges en 2017 et 2018 (Belfius, 2019)

	Moyenne agrégée (%)		Valeur absolue (millions d'€)		Δ % absolue
	2017	2018	2017	2018	
Produits d'exploitation	108,9	108,7	16 085	16 895	5
Chiffre d'affaires	100	100	14 774	15 543	5,2
Budget moyens financiers et rattrapages (BMF)	36,7	36,1	5 424	5 612	3,5
Forfaits	4,4	4,2	657	658	0,2
Produit pharmacie	17,1	17,9	2 528	2 783	10,1
Honoraires	40,8	40,9	6 032	6 354	5,3
Suppléments & produits accessoires	0,9	0,9	134	137	2,3
Autres produits d'exploitation	8,8	8,7	1 310	1 352	7,3

Annexe 5 : Mortalité évitable grâce aux politiques de santé

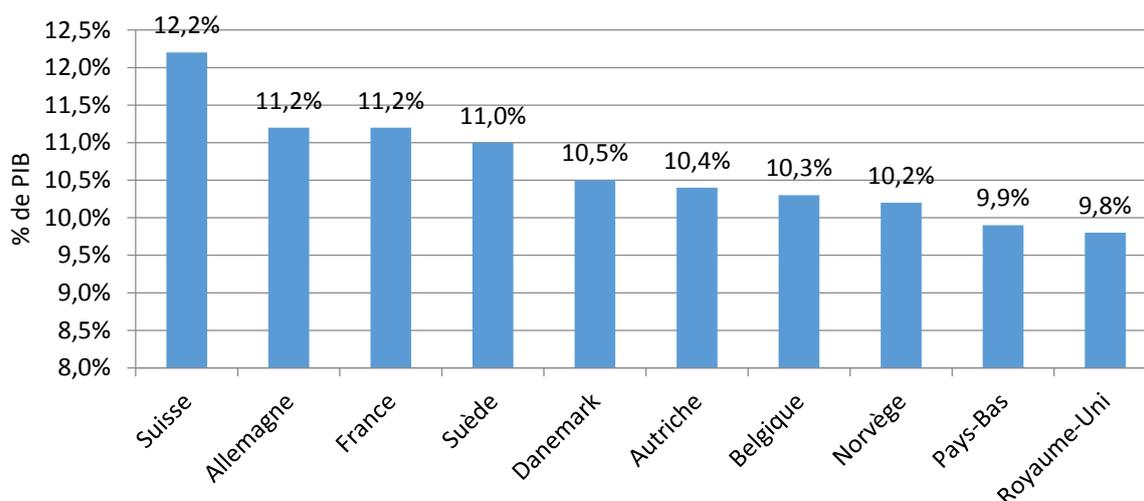


Nombre d'années potentielles de vies perdues en fonction des causes de mortalité évitable en Belgique (hommes et femmes) (KCE 313S, 2019)



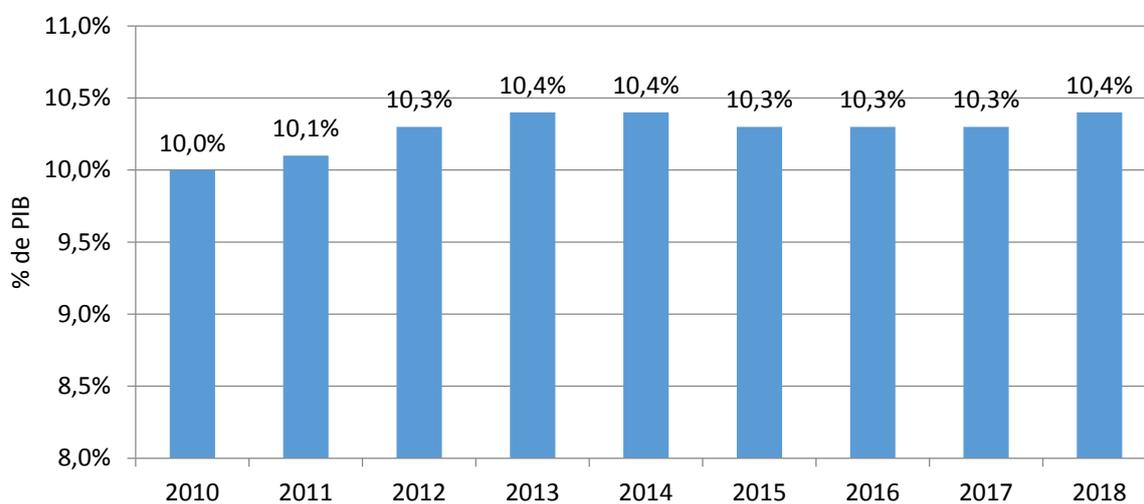
Taux de mortalité évitable grâce aux politiques de santé en Europe (hommes et femmes) (KCE 313S, 2019)

Annexe 6 : Dépenses de santé (% de PIB, 2018)



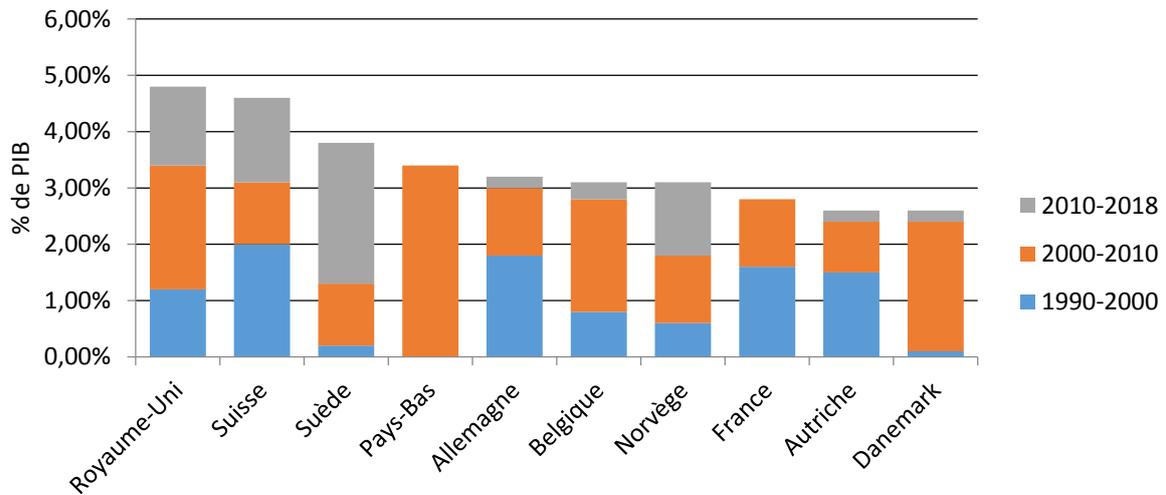
Dépenses de santé en 2018 (% de PIB)
(OECD Health Statistics, 2018)

Annexe 7 : Evolution des dépenses de santé en Belgique (% de PIB)



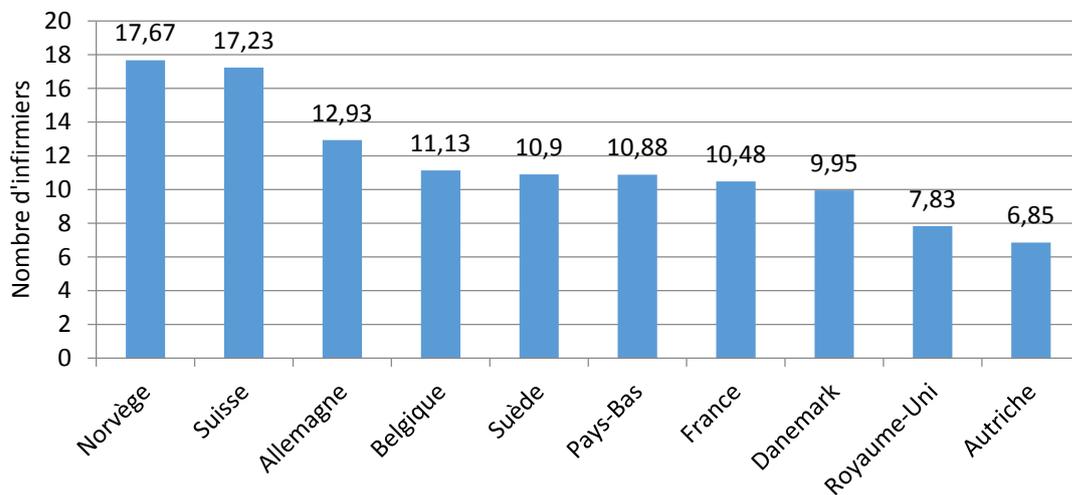
Évolution des dépenses de santé en Belgique (% de PIB)
(OECD Health Statistics, 2010-2018)

Annexe 8 : Evolution des dépenses de santé en Europe (% de PIB)



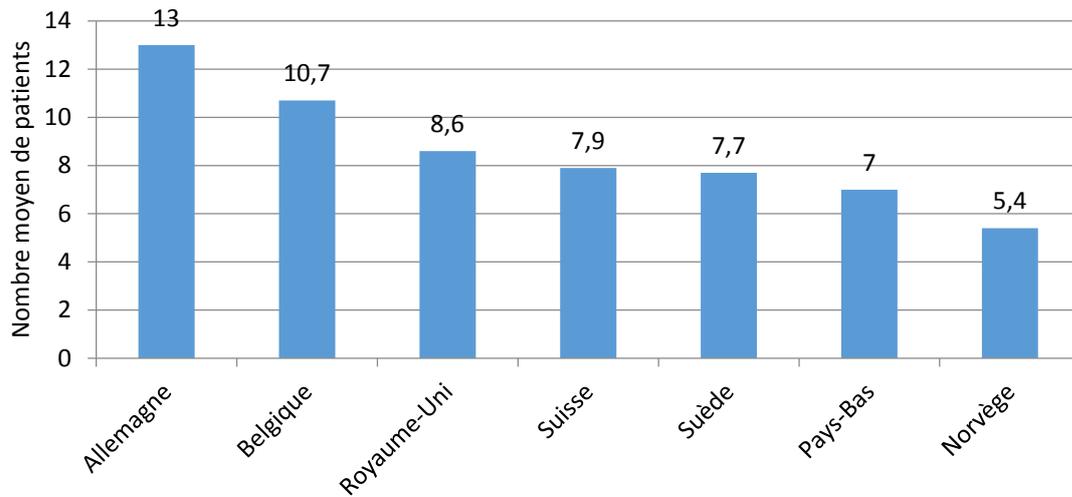
Évolution des dépenses de santé en Europe (% de PIB) entre 1990-2000, 2000-2010 et 2010-2018 (OECD Health Statistics, 2018)

Annexe 9 : Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants



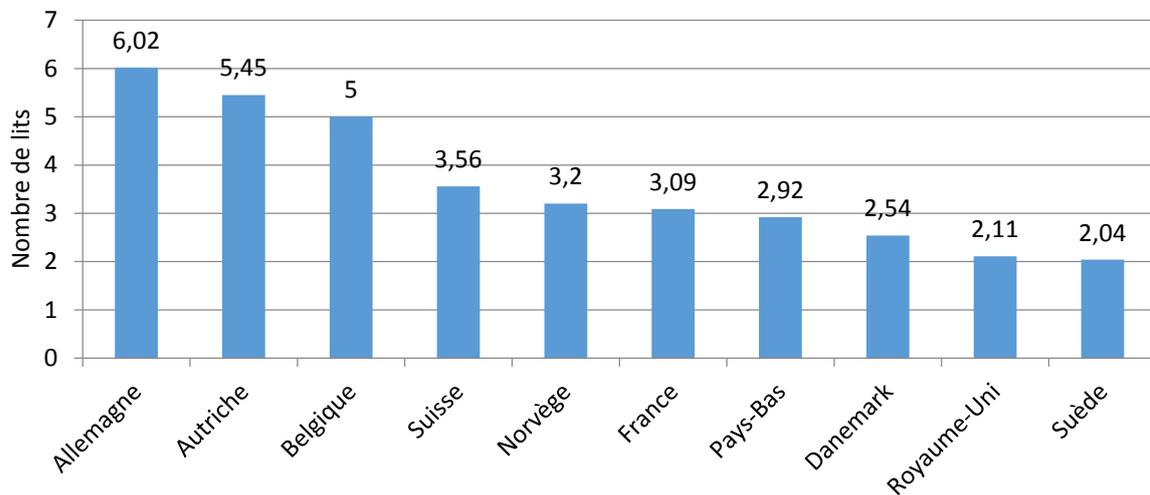
Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants (2017 et 2016 pour Suède et Danemark) (OECD Health Statistics, 2016-2017)

Annexe 10 : Nombre moyen de patients par infirmier entre 2009 et 2010



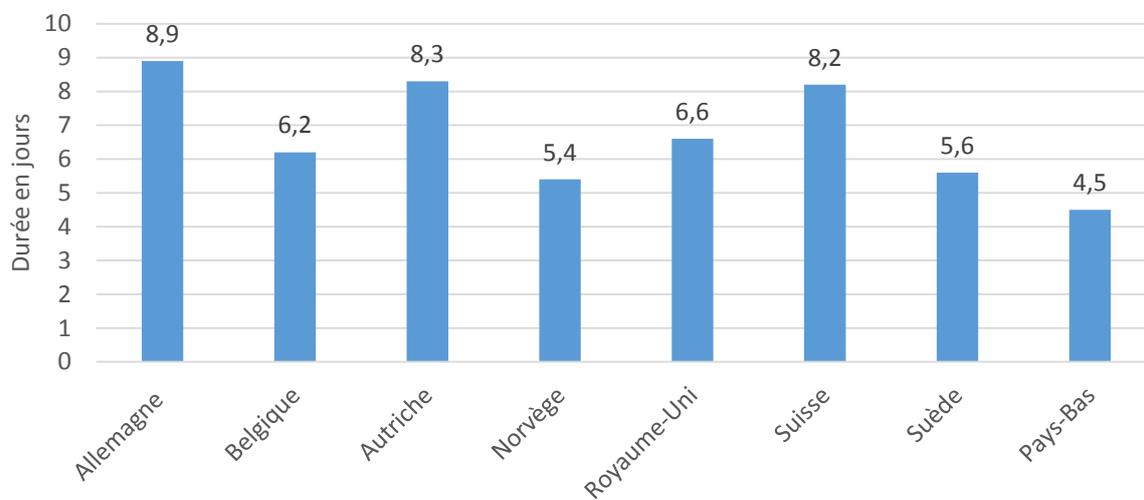
Nombre moyen de patients par infirmier entre 2009 et 2010
(RN4CAST, 2011)

Annexe 11 : Nombre de lits pour soins aigus pour 1000 habitants



Nombre de lits pour soins aigus pour 1000 habitants en 2017
(OECD Health Statistics, 2017)

Annexe 12 : Durée moyenne des séjours en Europe (2018)



**Durée moyenne des séjours en Europe en 2018 (en jours)
(OECD Health Statistics, 2018)**

Annexe 13 : Formes actuelles de collaboration hospitalière et leur structure de gouvernance (KCE 277Bs, 2016)

Collaboration	Entité juridique	Structure de gouvernance	Pouvoir de décision	Exigences légales complémentaires
Association	- Constitution d'une nouvelle entité juridique - ou convention entre hôpitaux	- Comité d'association : avec administrateurs de chaque hôpital. La direction de chaque hôpital peut être invitée comme expert, mais ne peut pas voter. - Comité médical commun : avec médecins nommés par les conseils médicaux de chaque hôpital. - Comité permanent de concertation (CPC) : avec des membres du comité d'association et du comité médical commun. Ce comité est optionnel. - Le coordinateur général, le coordinateur médical et le coordinateur infirmier sont nommés par le comité d'association.	- Les compétences donc dispose le comité d'association sont floues, à moins que celles-ci ne soient explicitement précisées dans les statuts de l'association. - Toutes les décisions doivent être discutées avec le conseil médical de chaque hôpital.	
Groupement	- Constitution d'une nouvelle entité juridique - ou convention entre hôpitaux	- Comité de coordination : avec des administrateurs de chaque hôpital, ceux-ci peuvent être des délégués du CA des hôpitaux. - Comité médical commun : avec des médecins nommés par les conseils médicaux de chaque hôpital. - Le coordinateur général, le coordinateur médical et le coordinateur infirmier sont nommés par le comité de coordination.	- Le comité de coordination doit approuver les décisions des hôpitaux en matière d'investissements et de création de nouveaux services. Il s'agit d'une condition d'agrément de ces nouveaux services. - Toutes les décisions doivent être discutées avec le conseil médical de chaque hôpital.	- Diverses conditions pour être agréé (p.ex. distance maximale de 25 km entre hôpitaux)
Fusion	- Entité juridique peut disparaître si : o constitution d'une nouvelle entité juridique ; o ou absorption par une entité juridique existante soumise à un seul gestionnaire et avec un seul agrément.	- Structures d'administration d'un hôpital : (voir 3.1).	- Compétences telles que mentionnées en 3.1.	- Le CA de chaque hôpital concerné doit demander à son conseil médical un avis non contraignant sur le plan de fusion. - Diverses conditions pour être agréé en tant que fusion, p.ex. : o distance maximale de 35 km entre hôpitaux ; o plan de fusion doit être introduit auprès du ministre qui a l'agrément dans ses compétences.

Annexe 14 : Normes hospitalières

Les hôpitaux doivent répondre à des :

- Normes d'agrément concernant l'organisation générale des hôpitaux et l'organisation de chaque type de services hospitaliers (chirurgie, médecine, maternité, pédiatrie...) ;
- Normes complémentaires (capacité minimale, capacité par service, nombre de services...) ;
- Normes des services médico-techniques (services d'imagerie médicale où est installé un scanner, une RMN, service de radiothérapie, services de dialyse, service de médecine nucléaire où est installé un PET SCAN, centre de transplantation) ;
- Normes pour différentes fonctions (officine hospitalière, service mobile d'urgence, fonctions de soins néonataux locaux, fonctions de soins périnataux régionaux, fonctions de soins palliatifs, fonctions d'hospitalisation chirurgicale de jour, fonction d'hospitalisation médicale de jour, fonctions de " première prise en charge des urgences ", fonctions " soins urgents spécialisés ", fonctions de " soins intensifs ", fonctions " SMUR ", fonction banque de sang, fonction de médiation) ;
- Normes pour programmes de soins (médecine " de la reproduction ", pathologie cardiaque, programme de soins d'oncologie, programme de soins oncologiques spécialisés sur le cancer du sein, programme de pédiatrie, programme sur le "patient gériatrique") ;
- Normes spéciales pour les hôpitaux et services universitaires ;
- Normes concernant les droits du patient.

Annexe 15 : Structures de gouvernance du système de soins intégrés (KCE 277Bs, 2016)

Sous-modèle 1 (recommandé)	Sous-modèle 2 (recommandé)	Sous-modèle 3	Sous-modèle 4
<p>CA au niveau du système</p> <p>Conseil médical au niveau du système</p> <p>PAS DE CA au niveau de chaque établissement/secteur</p> <p>PAS DE conseil médical au niveau de chaque établissement/secteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CA au niveau du système - PAS DE conseil médical au niveau du système - PAS DE CA au niveau de chaque établissement/secteur - Conseil médical au niveau de chaque établissement/secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - CA au niveau du système - PAS DE conseil médical au niveau du système - CA au niveau de chaque établissement/secteur - Conseil médical au niveau de chaque établissement/secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - CA au niveau du système - Conseil médical au niveau du système - CA au niveau de chaque établissement/secteur - Conseil médical au niveau de chaque établissement/secteur
<p>- Toutes les décisions stratégiques sont prises au niveau du système</p> <p>- Des comités de direction dans les établissements exécutent les directives du CA dans les limites des compétences qui leur sont déléguées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les décisions stratégiques sont prises au niveau du système - Les conseils médicaux de l'établissement/du secteur individuel donnent des avis au CA (la procédure d'avis doit être réglée par le législateur et décrite dans les statuts du système de soins) - Des comités de direction dans les établissements exécutent les directives du CA dans les limites des compétences qui leur sont déléguées 	<ul style="list-style-type: none"> - Le pouvoir de décision du CA est défini dans les statuts du système de soins intégrés - Pour certaines matières, le droit de décision peut être délégué au CA de l'établissement/du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Le pouvoir de décision du CA est défini dans les statuts du système de soins intégrés - Pour certaines matières, le droit de décision peut être délégué au CA de l'établissement/du secteur - Pour certaines matières, la fonction consultative peut être déléguée au conseil médical de l'établissement/du secteur - Le conseil médical et le CA au niveau du système peuvent révoquer des décisions

Annexe 16 : Questionnaire Hotterbeex A. (30/04/2020)

Réseaux en général

1. Dans le réseau locorégional défini par la ministre, à qui est attribué l'agrément et les financements ? (réseau ou hôpitaux individuels)
2. Si le financement est attribué au réseau, comment sont répartis les budgets au sein des hôpitaux d'un réseau locorégional ?
3. La mobilité des équipes/médecins/équipements est-elle rendue possible via la mise en réseau ?
4. Quelles sont, selon vous, les grandes difficultés amenées par la mise en réseau ?
5. Quel est, selon vous, l'impact du déficit d'un hôpital au sein d'un réseau locorégional ?
6. Quelles sont selon vous, les conditions nécessaires à la réussite d'un réseau ? Sont-elles réunies selon la définition du réseau locorégional ?
7. Quels sont, selon vous, les principes clés pour la mise en place de réseaux hospitaliers ?
8. Le rapport HealthProspectING 2019 étudie les clés de réussite de l'intégration de soins (horizontale et verticale). Ces conditions sont reprises dans 7 piliers, à savoir :
 - a. Vision : développement d'un cadre de référence commun et d'une vision partagée ;
 - b. Information : transmission efficace des données et de l'information ;
 - c. Incitatif : éléments pour inciter et favoriser l'intégration (financement et régulation) ;
 - d. Organisation : processus organisationnels partagés entre les prestataires (dont le projet médical commun) ;
 - e. Professionnel : mécanismes pour le travail collaboratif ;
 - f. Clinique : modèle de délivrance des prestations (segmentation des patients, itinéraires cliniques, case/care managers, ...)
 - g. Patient : engagement actif du patient et des aidants proches.
9. Selon vous, ces conditions sont-elles suffisantes et applicables pour étudier la mise en réseau des hôpitaux ?
10. Selon vous, des incitants sont-ils nécessaires pour amener à davantage de collaboration dans les réseaux locorégionaux ? Lesquels ? (par exemple incitants financiers ou légaux)

11. À terme, l'objectif de la mise en réseau est-il l'intégration du système des soins de santé ? Ou la mise en réseau devra-t-elle mener à une fusion des différents acteurs de soins ?
12. Pensez-vous que l'initiative de Maggie De Block est suffisante pour mener à la collaboration, ou pensez-vous que les pouvoirs publics devraient insister davantage sur l'intégration ?
13. Si oui, l'initiative doit-elle venir du gouvernement fédéral, des entités fédérées ou des pouvoirs locaux ?
14. Afin de mener à plus de collaboration, pensez-vous que les réseaux seraient prêts à définir un CA et un conseil médical uniques au niveau du réseau ? et non plus au niveau des établissements)

Questions techniques

1. Comment comprenez-vous le conseil d'administration coupole, dans le modèle de soins intégré proposé initialement par le KCE ? (rapport 277Bs sur les structures de gouvernance)
2. À propos des modèles initiaux proposés par le KCE : quelle est la répartition des budgets entre hôpitaux dans le modèle de soins intégré, le réseau coordonné et l'initiative de collaboration autonome ?

Annexe 17 : Questionnaire Libert B. (15/06/2020)

Réseau hospitalier namurois (RHN)

1. Quels types de collaborations sont sollicités durant la crise du Covid 19 ? Est-ce que la mise en réseau a rendu possibles ces collaborations ou l'auraient-elles été sans cette mesure ?
2. Comment s'est déroulé le rapprochement entre les différents hôpitaux pour former le RHN ?
3. Selon vous, quels sont les défis spécifiques / les particularités du RHN ? (exemple : population moins dense ; distance relativement grande entre les hôpitaux situés à Namur et celui de Dinant ; hôpital universitaire de Mont Godinne ; situation économique des hôpitaux ...)
4. Selon vous, à quelles principales difficultés le RHN fait-il face, actuellement et dans le futur, au niveau des collaborations entre hôpitaux ?
5. Selon vous, quelles sont les conditions de réussite ou les facteurs-clés nécessaires pour atteindre les objectifs de la réforme au niveau du RHN ?
6. Selon vous, quelles sont les mesures nécessaires à mettre en œuvre ou à approfondir afin de pousser à davantage de collaboration entre les hôpitaux du namurois? Par exemple, quels incitants financiers sont-ils nécessaires ?
7. Quels sont les objectifs poursuivis par le RHN ? Existe-t-il une vision, une stratégie commune ?
8. Existe-t-il un projet médical commun au sein du RHN ?
9. Le RHN a-t-il identifié déjà ses activités à répartir autrement ? Sur quelle base le réseau décide-t-il de répartir ses activités/services ? Quelles sont les spécialisations que chacun des différents hôpitaux namurois va poursuivre ?
10. Existe-t-il des canaux efficaces de transmissions d'informations et de données entre les hôpitaux du RHN ? (par exemple partage de dossiers patients, réunions entre les équipes de soins, répertoire -des différentes offres de soins, outils de pilotage communs, utilisation des TIC, etc.)
11. Des mécanismes standardisés des processus de travail (par exemple des protocoles de soins, des guides de bonnes pratiques cliniques, etc.) sont-ils mis en place au sein du RHN ?

12. Des mécanismes communs de développement des compétences (par exemple formation commune au personnel des hôpitaux, système de partage et de discussion, *etc.*) sont-ils mis en place au sein du RHN ?
13. Des mécanismes standardisés d'analyse des résultats sont-ils en place au sein du RHN ?
14. Dans quelle mesure, selon vu, le patient est-il toujours au centre de l'organisation de soins ?

Annexe 18 : Questionnaire Mertens P. (3/07/2020)

Réseau hospitalier namurois (RHN)

1. Quelles sont, selon vous, les grandes difficultés amenées par la mise en réseau ? (en général)
2. Selon vous, quels sont les défis spécifiques / les particularités du RHN ? (exemple : population moins dense ; distance relativement grande entre les hôpitaux situés à Namur et celui de Dinant ; hôpital universitaire de Mont Godinne ; situation économique des hôpitaux ; etc.)
3. Selon vous, à quelles principales difficultés le RHN fait-il face, actuellement et dans le futur, au niveau des collaborations entre hôpitaux ?
4. Selon vous, quelles sont les mesures nécessaires à mettre en œuvre ou à approfondir afin de pousser à davantage de collaboration entre les hôpitaux du namurois? Par exemple, quels incitants financiers sont nécessaires ?
5. Selon vous, quelles sont les conditions de réussite ou les facteurs-clés nécessaires pour atteindre les objectifs de la réforme au niveau du RHN ?
6. Existe-t-il des canaux efficaces de transmissions d'informations et de données entre les hôpitaux du RHN ? (par exemple partage de dossiers patients, réunions entre les équipes de soins, répertoire des différentes offres de soins, outils de pilotage communs, utilisation des TIC, etc.)
7. Des mécanismes standardisés des processus de travail (par exemple des protocoles de soins, des guides de bonnes pratiques cliniques, etc.) sont-ils mis en place au sein du RHN ?
8. Des mécanismes communs de développement des compétences (par exemple formation commune au personnel des hôpitaux, système de partage et de discussion, etc.) sont-ils mis en place au sein du RHN ?
9. Des mécanismes standardisés d'analyse des résultats sont-ils en place au sein du RHN ?
10. Dans quelle mesure, selon vu, le patient est-il toujours au centre de l'organisation de soins ?