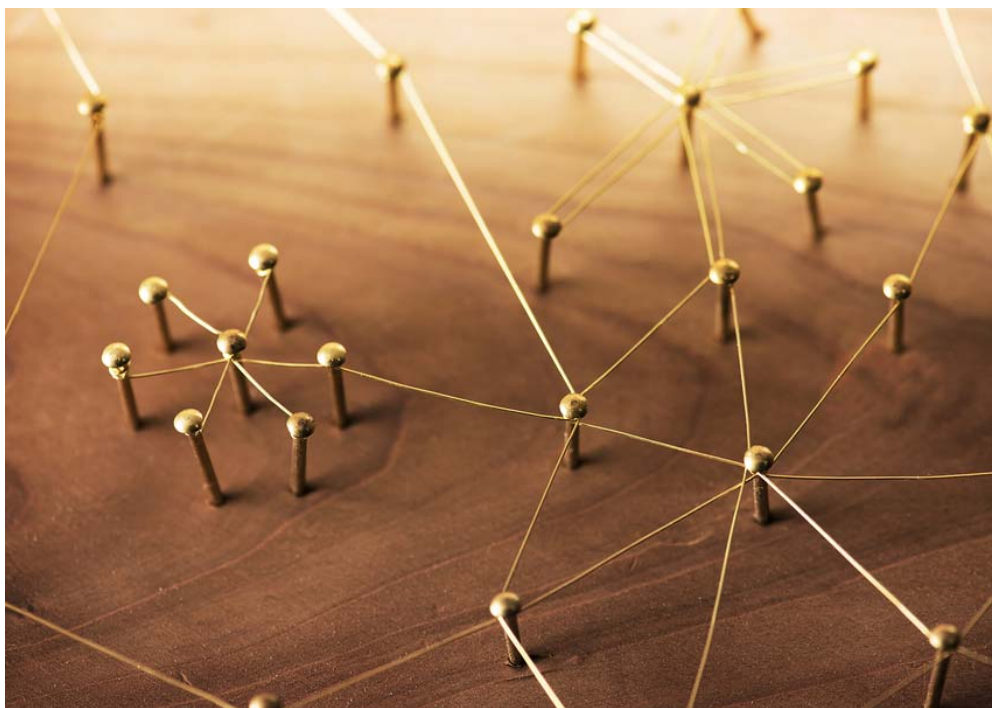


SYNTHÈSE

MODÈLES DE GOUVERNANCE POUR LES COLLABORATIONS ENTRE HÔPITAUX



SYNTHÈSE

MODÈLES DE GOUVERNANCE POUR LES COLLABORATIONS ENTRE HÔPITAUX

KAAT DE POURCQ, MELISSA DE REGGE, STEFAAN CALLENS, MATHILDE COËFFÉ, LIESBETH VAN LEUVEN, PAUL GEMMEL, KOEN VAN DEN HEEDE,
CARINE VAN DE VOORDE, KRISTOF EECKLOO



■ PRÉFACE

Nos lecteurs sont déjà bien au courant : le grand chantier de réforme des hôpitaux a vu l'initiation d'une multitude d'études et le KCE en a assurément reçu sa part. Certaines sont hautement techniques, comme le clustering des groupes de pathologies – une âpre matière qui ne fascine qu'un cercle restreint de connaisseurs. D'autres, comme cette étude-ci, sont beaucoup plus passionnantes : il en va de la dissection des relations humaines et des rapports de force, de l'invention de concepts et de structures inédits, de l'édification collective d'un avenir déjà presque tangible.

Après des décennies de calme relatif, il semble bien que la – ô combien complexe – loi sur les hôpitaux va subir un sérieux dégrèvement. Des pans entiers devront être réécrits pour offrir un cadre adéquat à une nouvelle architecture de soins tournée vers le futur, et rythmée de mots tels que collaboration, (re)distribution des activités et intégration. De nouveaux modèles de gouvernance judicieusement équilibrés permettront de trouver le dosage optimal entre motivation et incitants, et de transmuter la concurrence et la surenchère en collaboration et distribution rationnelle des activités. Pas question ici de faire du nouveau vin dans de vieilles barriques, mais de redémarrer carrément à partir d'une page blanche. Quoique... Nous avons heureusement trouvé quelques inspirations dans une littérature abondante et des expériences fructueuses, tant chez nous qu'à l'étranger.

Nous avons relevé ce beau défi avec la dynamique équipe de l'Université Gent/UZ Gent et nous les remercions chaleureusement pour cette excellente collaboration. Les chercheurs ont également pu compter sur les apports précieux des experts de terrain : directions hospitalières, conseils médicaux, conseils d'administration,... ; qu'ils soient eux aussi remerciés pour leur temps et leur implication.

Nous espérons que le résultat que nous vous présentons ici ne sert pas seulement l'impressionnante complexité juridique et managériale de la problématique, mais qu'il rencontre aussi le bon sens des nombreux dirigeants de terrain qui mettent leur enthousiasme et leur passion au service de la réinvention commune de l'avenir de ce secteur.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	INTRODUCTION	5
1.1.	D'UNE COLLABORATION HOSPITALIÈRE AD HOC À UNE COLLABORATION HOSPITALIÈRE STRUCTURELLE	5
1.2.	LA LOI SUR LES HÔPITAUX N'EST PLUS ADAPTÉE À LA RÉALITÉ D'AUJOURD'HUI, NI AUX EXIGENCES DE DEMAIN.....	5
1.3.	À QUELLES QUESTIONS DE RECHERCHE AVONS-NOUS TENTÉ D'APPORTER DES RÉPONSES ?.....	6
2.	TYPOLOGIE DES COLLABORATIONS ENTRE HÔPITAUX	7
2.1.	RÉSEAUX.....	7
2.2.	SYSTÈMES DE SOINS INTÉGRÉS	8
3.	LES FORMES DE COLLABORATION ET LEUR STRUCTURE DE GOUVERNANCE DANS LA LÉGISLATION BELGE ACTUELLE	10
3.1.	COMMENT LES HÔPITAUX BELGES SONT-ILS ADMINISTRÉS AUJOURD'HUI ?	10
3.2.	LES FORMES DE COLLABORATION ET LEUR STRUCTURE DE GOUVERNANCE DANS LA LOI SUR LES HÔPITAUX.....	13
	3.2.1. Association d'hôpitaux	13
	3.2.2. Groupement d'hôpitaux.....	13
	3.2.3. Fusion d'hôpitaux	14
3.3.	OBSTACLES À LA RÉPARTITION DES ACTIVITÉS ET LA COORDINATION DES SOINS DANS LES FORMES DE COLLABORATION ACTUELLES	16
	3.3.1. La relation entre les structures de gouvernance de la collaboration et les hôpitaux participants n'est pas évidente.....	16
	3.3.2. Conditions en matière de distances : dépassées ou toujours pertinentes ?	17



3.3.3.	Les règles régissant le budget de l'hôpital font obstacle à une collaboration.....	17
3.3.4.	Aujourd'hui, les agréments d'hôpitaux ne peuvent être délivrés qu'à des hôpitaux individuels.....	18
3.3.5.	Collaborateurs de l'hôpital : obstacles en termes de mobilité, nominations, droit de décision et contrats avec la collaboration.....	18
3.3.6.	Autres types de partenaires prévus dans la législation, mais de façon limitée	19
3.3.7.	Les entités fédérées sont compétentes aussi.....	19
3.3.8.	TVA	19
3.3.9.	Risque de monopoles et de concentration du marché	20
3.3.10.	Dossiers des patients et vie privée	20
4.	RECOMMANDATIONS DE RÉFORME : TROIS NOUVELLES FORMES DE COLLABORATION .	21
4.1.	LE SYSTÈME DE SOINS INTÉGRÉ.....	21
4.1.1.	Qu'est-ce qu'un système de soins intégré ?	21
4.1.2.	Proposition pour la Loi sur les hôpitaux : structure de gouvernance pour le système de soins intégré.....	22
4.1.3.	Points d'attention et perception des stakeholders concernant le système de soins intégré	25
4.2.	LE RÉSEAU COORDONNÉ.....	26
4.2.1.	Qu'est-ce qu'un réseau ?	26
4.2.2.	Propositions pour la Loi sur les hôpitaux : un réseau coordonné selon une structure de gouvernance avec délégation de pouvoirs	27
4.2.3.	Points d'attention et perception des stakeholders concernant les réseaux coordonnés	29
4.3.	L'INITIATIVE DE COLLABORATION AUTONOME.....	31
4.3.1.	Qu'est-ce qu'une initiative de collaboration autonome ?	31
4.3.2.	Propositions pour la Loi sur les hôpitaux : une initiative de collaboration autonome liée à un hôpital, mais avec une structure de gouvernance autonome	31



4.3.3.	Points d'attention et perception des stakeholders concernant l'initiative de collaboration autonome	33
4.4.	DANS QUELLE MESURE LES PROPOSITIONS DE RÉFORME APPORTENT-ELLES DES RÉPONSES AUX MANQUEMENTS ACTUELS ?	34
5.	UN CADRE CLAIR QUI SOUTIENT DE NOUVELLES FORMES DE COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX	38
■	RECOMMANDATIONS	42
■	RÉFÉRENCES	49



1. INTRODUCTION

1.1. D'une collaboration hospitalière ad hoc à une collaboration hospitalière structurelle

Depuis quelques décennies, les hôpitaux belges évoluent : d'entités autonomes et individuelles, ils se regroupent en organisations de soins plus larges qui collaborent entre elles. Différentes raisons expliquent cette évolution : parfois, ce sont les autorités qui les y obligent, comme dans le cadre des programmes de soins cardiologiques (voir Cadre 1). Dans d'autres cas, ils se voient forcés de réduire leurs coûts face à une pression financière croissante, par exemple en partageant des services d'appui comme un département ICT. La collaboration est aussi une manière de solutionner certaines pénuries en profils professionnels spécifiques (p.ex. les radiologues interventionnels) ou de partager des services de garde. Jusqu'à présent, ces collaborations se mettaient souvent en place de manière *ad hoc* et peu structurée.

Le Plan d'Approche de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique qui date d'avril¹ précise que les hôpitaux doivent collaborer de manière de plus en plus structurelle. Le but est d'intégrer les hôpitaux dans des partenariats plus larges et d'aboutir ainsi à une meilleure répartition des activités et à une coordination des soins plus efficace. De cette manière, il devient possible de proposer des soins très spécialisés dans des centres de référence (p.ex. pour le traitement de cancers rares) et de rationaliser les soins généraux (par ex. par la fusion de services de maternité ayant un faible taux d'activité). Les principes de base du Plan d'Approche ont été récemment concrétisés (octobre 2016) dans une note stratégique. Nous commentons les grandes lignes de cette note stratégique dans la section 4.

Cadre 1 – Programme de soins pathologie cardiaque

Le programme de soins cardiologie prévoit des collaborations entre hôpitaux exerçant des fonctions spécialisées (B3 : chirurgie cardiaque ; B2 : cardiologie interventionnelle) et des fonctions de base (B1 : cardiologie invasive). Comme tous les hôpitaux ne peuvent pas mettre en œuvre les traitements spécialisés, ils collaborent avec d'autres centres pour pouvoir offrir ces soins à leurs patients. Le but ultime est d'offrir les mêmes soins au patient, quel que soit l'hôpital où il est pris en charge.

1.2. La loi sur les hôpitaux n'est plus adaptée à la réalité d'aujourd'hui, ni aux exigences de demain

Les formes de collaboration et les structures de gouvernance actuelles issues de la Loi belge sur les hôpitaux (association d'hôpitaux, groupement d'hôpitaux, fusion)² ne suffisent plus à stimuler la répartition des activités entre hôpitaux. Le développement et l'introduction de nouvelles formes de collaboration présentant une structure de gouvernance adaptée s'avèrent nécessaires (voir Cadre 2 pour une définition de la gouvernance). Dans le présent rapport, nous proposons de nouveaux modèles et nous formulons des recommandations en vue d'une réforme de la Loi sur les hôpitaux.



Cadre 2 – Gouvernance

Dans cette étude, nous définissons la gouvernance comme une interaction entre personnes ou groupes de personnes (acteurs de la gouvernance) dans laquelle le processus décisionnel ne relève pas de la responsabilité d'une partie unique, mais de plusieurs acteurs. Dans leur processus décisionnel, ces acteurs prennent en compte les objectifs de la collaboration.³ Un certain nombre de mécanismes de contrôle et d'équilibre (« *checks and balances* ») y sont activés. La gouvernance comporte cinq caractéristiques de base : 1) « *accountability* » ou obligation de justification ; 2) transparence ; 3) implication d'acteurs pertinents ; 4) intégrité ; 5) capacité et compétence en gestion.

1.3. À quelles questions de recherche avons-nous tenté d'apporter des réponses ?

Le but final de cette étude est de proposer des liens de collaboration et des structures de gouvernance nouveaux, qui favorisent une bonne répartition des activités et une bonne coordination des soins entre hôpitaux. Il s'agit de collaborations non seulement entre hôpitaux, mais aussi au niveau d'un programme de soins ou d'un service médical. Nous nous sommes limités ici aux formes de collaboration qui touchent au moins les soins aux patients (p.ex. programme de soins cardiologie) et/ou l'utilisation de l'appareillage médical ; les formes de collaboration qui concernent uniquement les services d'appui (ICT, entretien, etc.) n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

L'étude aborde les questions de recherche suivantes :

- Quels sont les modèles de gouvernance décrits dans la littérature scientifique qui stimulent la collaboration et la coordination des soins ? Quelles leçons pouvons-nous en tirer ?
- Quel est le contexte juridique belge de la gouvernance au sein des collaborations actuellement existantes ?
- Quelles leçons pouvons-nous tirer d'études de cas sur les collaborations dans le secteur des soins en Belgique et à l'étranger ?

- Quels sont les modèles de gouvernance qui peuvent être élaborés sur la base des questions précédentes et comment les stakeholders belges les perçoivent-ils ?
- Quelles sont les opportunités et les restrictions juridiques des modèles de gouvernance qui peuvent avoir un impact sur une nouvelle législation en matière de gouvernance des hôpitaux ?

Dans cette étude, nous avons eu recours à différentes méthodes de recherche : revue de la littérature, études de cas en Belgique et à l'étranger (avec interviews) et consultation de stakeholders issus du secteur hospitalier. Pour ce dernier aspect, nous avons organisé des tables rondes, avec respectivement des membres des directions, des conseils médicaux et des conseils d'administration.

Le Tableau 1 du Short report (en anglais) contient un aperçu des principales étapes de la recherche. Dans un souci de lisibilité, la présente synthèse ne renvoie pas systématiquement à la législation applicable. Vous retrouverez toutes les références pertinentes dans les deux chapitres juridiques du [rapport scientifique](#).



2. TYPOLOGIE DES COLLABORATIONS ENTRE HÔPITAUX

La recherche dans la littérature a permis d'identifier différents types de collaborations (voir Cadre 3) susceptibles de stimuler la répartition des activités et la coordination des soins entre hôpitaux. Parmi ces collaborations, les deux principaux modèles sont les réseaux (« *health networks* ») et les systèmes de soins intégrés (« *health systems* »). Ces types de collaboration étant discutés en détail dans l'étude, nous commencerons par clarifier ces deux concepts.

Cadre 3 – Collaboration

Dans cette étude, les objectifs de la collaboration entre hôpitaux sont une meilleure répartition des activités et une meilleure coordination des soins aux patients. Dans le secteur ainsi que dans le Plan d'Approche de la ministre, on utilise souvent le terme « réseaux » sans définir précisément ce terme. Dans cette étude, nous utilisons le terme générique « **collaboration** ». Le « réseau » n'est qu'une forme de collaboration ; il est plus défini plus en détail au point 2.1 et dans le Cadre 7.

2.1. Réseaux

Les réseaux (voir Figure 1) peuvent se définir comme des collaborations entre institutions qui conservent chacune leur entité juridique et leur autonomie mais qui conviennent d'un but commun autour duquel elles collaborent (dans cette étude, au minimum les soins aux patients). En Belgique comme à l'étranger, le nombre de réseaux augmente. Dans la littérature, trois types de structures de gouvernance sont identifiés pour les réseaux : un réseau *participant-governed*, un réseau avec organisation dirigeante (*lead organisation*) et un réseau avec organisation administrative (*network administrative organisation* ou *NAO*). Deux éléments typiques des réseaux sont que les institutions participantes conservent leurs structures de gouvernance individuelles et que les structures de gouvernance

coupoles ont uniquement leur mot à dire concernant « l'objet ou le but de la collaboration ».

Réseau « *participant-governed* »

Les hôpitaux qui font partie d'un réseau *participant-governed* sont des partenaires égaux disposant du même droit de vote. Ce type de réseau exige une grande confiance entre partenaires. Le partenariat sur pied d'égalité augmente la cohérence et motive tous les partenaires à tendre vers le même but. Le processus décisionnel ascendant renforce l'implication de tous les partenaires, en ce compris les médecins. Le point faible de cette structure est que le processus décisionnel est ralenti, voire bloqué, si l'un des partenaires n'est pas d'accord (p. ex. parce qu'un hôpital craint de perdre des activités). Les stakeholders ont attiré l'attention sur ce point ; selon eux, dans ce cas, le réseau ne permet pas d'atteindre une meilleure répartition des activités et une meilleure coordination. Pour y parvenir, ils sont d'avis qu'une collaboration plus intégrée s'impose.

Réseau avec organisation dirigeante (*lead organisation*)

Dans le cas d'un réseau avec organisation dirigeante, l'hôpital dominant est responsable de l'administration et de la coordination du réseau, ce qui a pour conséquence que cet hôpital prend l'ascendant dans les décisions (p.ex. un plus grand nombre de voix dans les organes administratifs). Les institutions participantes sont aussi représentées dans les organes administratifs centraux, mais avec une part minoritaire.

Réseau avec organisation administrative ou NAO (*network administrative organisation*)

Dans le cas d'un réseau NAO, il existe une entité distincte (p.ex. une association sans but lucratif ou asbl) pour l'administration du réseau, et les hôpitaux transfèrent leur droit de décision en tout ou en partie à cette entité distincte. Cantonné à un rôle de contrôle et de coordination, un NAO peut réunir des institutions qui véhiculent des valeurs divergentes. Un NAO semble surtout convenir comme forme de collaboration lorsque :

- le niveau de confiance est modéré



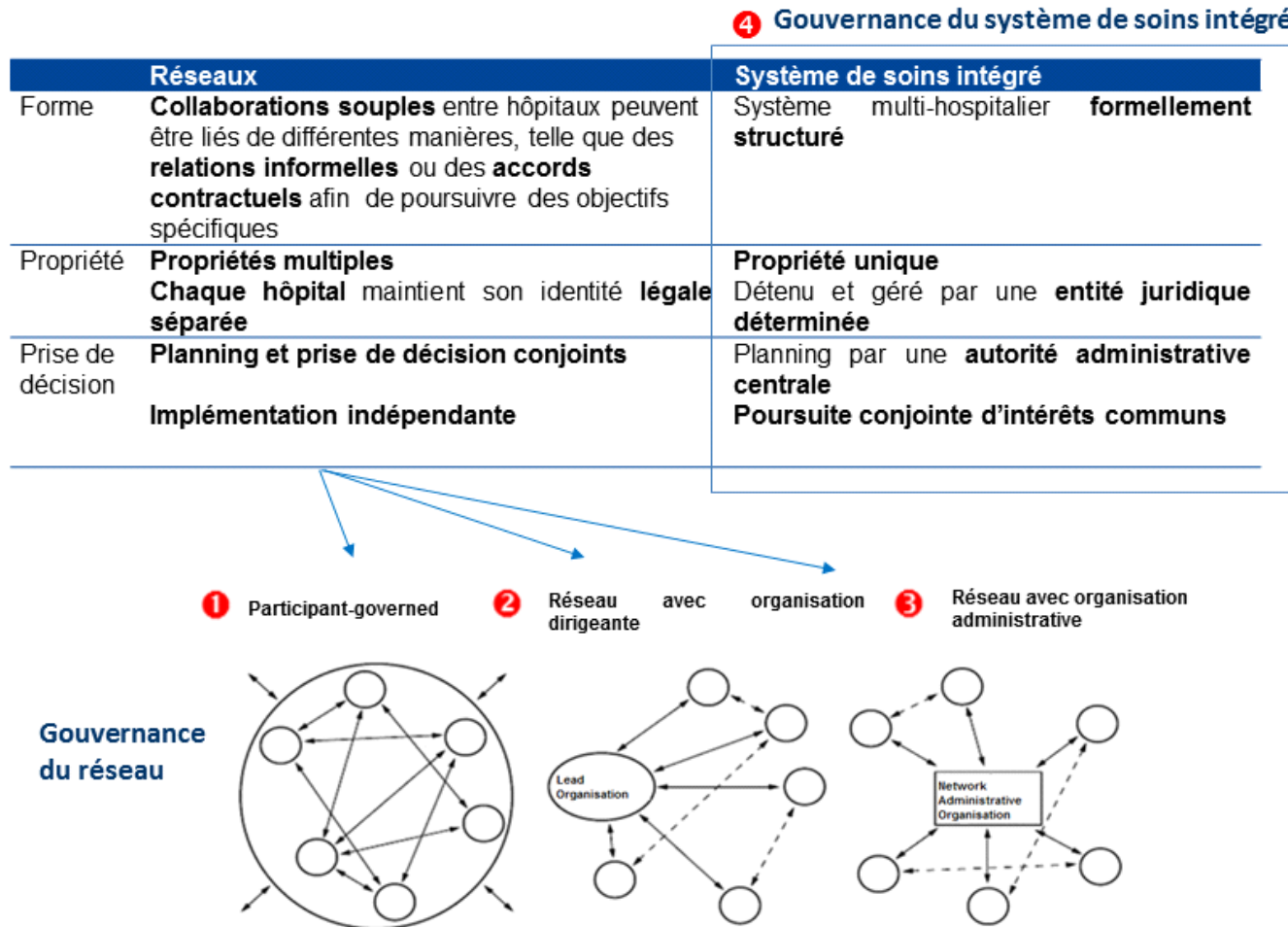
- le nombre de membres est modéré à élevé
- il existe un niveau de consensus assez élevé au sujet des objectifs
- le besoin de compétences au niveau du réseau est important.

2.2. Systèmes de soins intégrés

Dans le cas de **systèmes de soins intégrés** ou « *health systems* », la collaboration est plus formelle et plus étendue. Une entité juridique unique assure la gestion des différentes institutions regroupées au sein de la collaboration et en porte la responsabilité finale. La structure de gouvernance d'un tel système de soins est beaucoup plus intégrée que celle d'un réseau. Un mécanisme hiérarchique de contrôle intervient sous la forme d'un conseil d'administration central (CA) qui est responsable de la coordination générale de la collaboration (comme dans le cas d'un « réseau avec organisation dirigeante »). Le droit de propriété de toutes les institutions regroupées au sein du système se situe dans une seule et même entité (ce qui le différencie du réseau).



Figure 1 – Types de collaboration : réseaux et systèmes de soins intégrés



Source : Yu and Chen (2013)⁴, Proven and Kenis (2008)⁵



3. LES FORMES DE COLLABORATION ET LEUR STRUCTURE DE GOUVERNANCE DANS LA LÉGISLATION BELGE ACTUELLE

3.1. Comment les hôpitaux belges sont-ils administrés aujourd'hui ?

Actuellement, la Loi sur les hôpitaux n'impose pas d'obligations quant à la forme juridique d'un hôpital. Toutefois, la forme juridique exigée pour pouvoir recevoir des subventions publiques pour l'infrastructure est une organisation non lucrative (dont la forme la plus usitée est l'asbl). D'autres formes juridiques comme la société privée à responsabilité limitée (sprl) ou la société anonyme (sa) ne sont pas adoptées. Les structures de gouvernance reprises dans la Loi sur les hôpitaux sont encore fortement axées sur les hôpitaux en tant qu'entités individuelles, en principe administrées par les acteurs suivants (voir Figure 2).

L'Assemblée générale

Tout hôpital exploité par une asbl comporte une Assemblée générale. Celle-ci est notamment compétente pour la modification des statuts, la nomination et la révocation des administrateurs et l'approbation du budget et des comptes annuels. Les hôpitaux qui sont rattachés à un CPAS, à une intercommunale ou à une université disposent d'un organe similaire.

Le Conseil d'Administration (en abrégé ci-après « CA »)

Au sommet de la hiérarchie, un hôpital est administré par le CA. Le CA remplit le rôle de « gestionnaire », tel que prévu dans la Loi sur les hôpitaux. Il est responsable de l'organisation, du fonctionnement et des flux financiers de l'hôpital. Y siègent souvent des représentants des organisations fondatrices et, de plus en plus, des médecins. Il n'est pas rare non plus que des experts dans le domaine financier, juridique ou éthique y siègent. Dans

le cas d'hôpitaux publics, le CA compte également des élus politiques (locaux).

La direction

Chaque hôpital a un directeur général, qui est nommé par le CA et doit lui rendre des comptes. Le directeur général assure la gestion journalière de l'hôpital et travaille en étroite collaboration avec les responsables des services médicaux, du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et des services techniques.

Le rôle des médecins hospitaliers dans l'administration de l'hôpital

Le médecin en chef

Le médecin en chef (souvent aussi appelé le directeur médical) est chargé de l'organisation et de la coordination générales des activités médicales au sein de l'hôpital et doit impliquer les médecins dans les activités hospitalières. Le médecin en chef est nommé par le CA (sur avis « renforcé » du conseil médical - voir ci-après). Les médecins ont une autonomie médicale professionnelle. Par conséquent, la législation régit uniquement leurs conditions de travail (p.ex. l'organisation de leur temps de travail et leur disponibilité pour les services de garde) et non pas leurs activités thérapeutiques et intellectuelles. L'importance du droit de regard de la direction de l'hôpital sur les conditions de travail dépend en outre du statut des médecins. Dans la plupart des hôpitaux, les médecins ont un statut indépendant, autonome. Ce n'est que dans les hôpitaux universitaires et dans certains hôpitaux publics que les médecins travaillent comme salariés ou comme fonctionnaires.



Le conseil médical

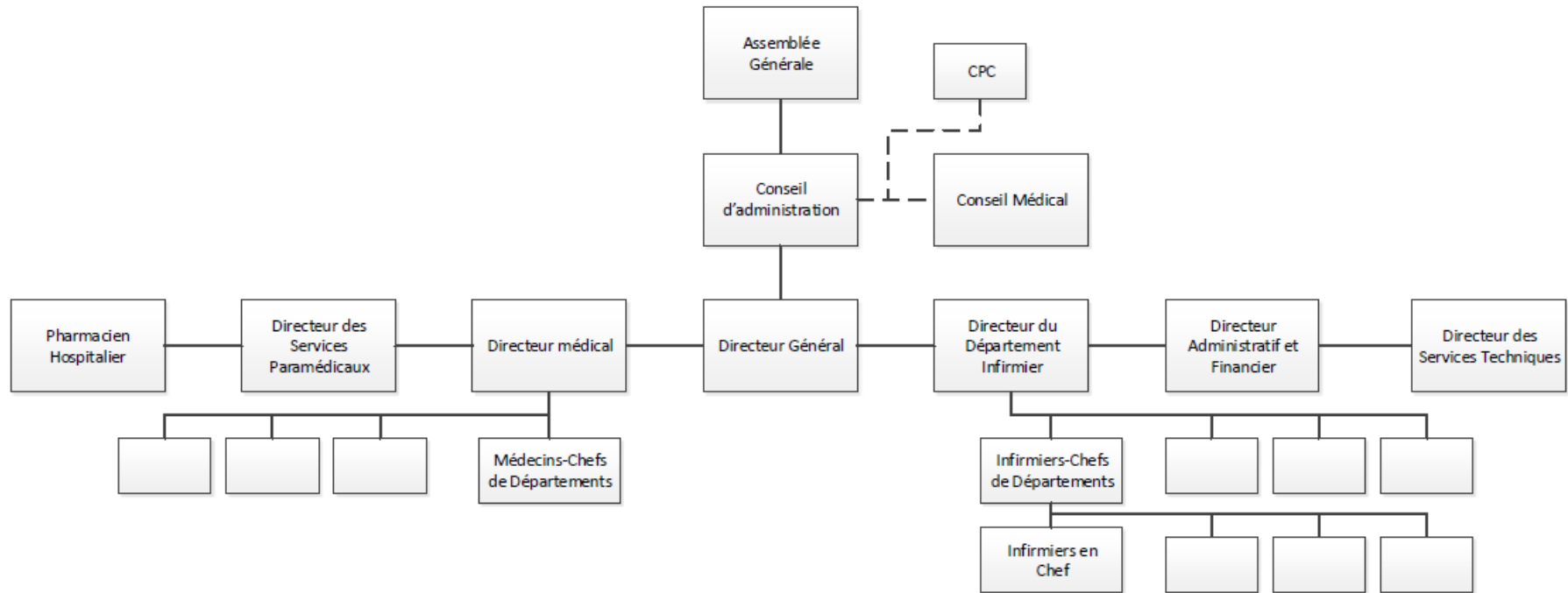
Les médecins sont représentés par le conseil médical. Le CA doit préalablement demander l'avis du conseil médical (dans lequel siègent des médecins élus par leurs collègues) sur 18 matières (notamment les estimations budgétaires annuelles ou les modifications apportées aux départements ou services médicaux qui ont une incidence sur les soins médicaux). Le CA n'est toutefois pas tenu de suivre cet avis, à l'exception de six matières pour lesquelles un « avis renforcé » doit être demandé, p.ex. au sujet du règlement général ou des décisions en matière de personnel et d'appareillage médical, qui sont financés par des retenues sur les honoraires des médecins. Si le CA n'est pas d'accord avec l'avis renforcé et qu'aucun consensus ne peut être trouvé avec les médecins, une procédure d'arbitrage compliquée est engagée avec désignation d'un médiateur.

Le comité permanent de concertation (CPC)

Une possibilité légale de remplacer la procédure d'avis du conseil médical par une procédure de concertation directe entre médecins et CA a été créée par le biais du « comité permanent de concertation » (CPC), qui se compose de médecins et d'administrateurs. Toutefois, si le conseil médical ou le CA n'est pas d'accord ou si le CPC ne peut trouver de consensus, on en revient à la procédure normale.



Figure 2 – Les structures de gouvernance actuelles dans les hôpitaux belges



Source : Eeckloo (2008)³



3.2. Les formes de collaboration et leur structure de gouvernance dans la Loi sur les hôpitaux

Outre la réglementation relative aux hôpitaux individuels, la Loi sur les hôpitaux prévoit des formes de collaboration telles que l'association d'hôpitaux, le groupement d'hôpitaux et la fusion. Cette même loi contient également trois articles (articles 10, 11 et 107) qui permettent d'autres formes de collaboration (p.ex. dans le cadre de programmes de soins). Plusieurs arrêtés royaux (AR) ont déjà été promulgués dans ce cadre concernant des programmes de soins pour les pathologies cardiaques, la pédiatrie, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies rares. En outre, de nombreux hôpitaux collaborent sur la base d'accords contractuels. Dans cette section, nous nous penchons sur l'association d'hôpitaux, le groupement d'hôpitaux et la fusion, puisque dans ces formes de collaboration, les structures de gouvernance des hôpitaux membres jouent un rôle central. Pour de plus amples informations sur les autres formes de collaboration, nous vous renvoyons au [rapport scientifique](#).

3.2.1. Association d'hôpitaux

Dans le cas d'une association d'hôpitaux, deux hôpitaux ou plus exploitent conjointement un ou plusieurs services, départements, fonctions, unités ou services techniques (médicaux) ou prennent part ensemble à un ou plusieurs programmes de soins. La convention d'association comporte une description détaillée des activités qui sont menées en collaboration. Une telle convention d'association doit être approuvée par le CA de chaque hôpital participant sur avis des conseils médicaux concernés.

Ici aussi, une nouvelle entité juridique peut être créée. Chaque association d'hôpitaux désigne un coordinateur général, médical et infirmier. Les organes coudés d'une association sont le comité d'association et un comité médical commun. Le **comité d'association** réunit des représentants des administrateurs de tous les hôpitaux participants. La composition et le droit de vote sont réglés dans la convention d'association. Les membres de la direction des hôpitaux participants n'ont pas de droit de vote, mais peuvent être invités comme experts. Le **comité médical commun** se compose de médecins qui sont mandatés par les conseils médicaux des hôpitaux participants. La composition et le fonctionnement du comité

médical commun sont réglés dans une convention conclue entre tous les conseils médicaux des hôpitaux participants et qui est jointe en annexe à la convention d'association. Une association d'hôpitaux dispose également de la possibilité de constituer un **comité permanent de concertation (CPC)**, qui peut statuer sur des matières en rapport avec l'association et pour lesquelles l'avis ou l'accord d'un ou plusieurs conseils médicaux est requis. Ce CPC vise à faciliter la prise de décision par l'obtention d'un consensus en son sein. Les membres du CPC doivent alors défendre ce consensus auprès du CA et des conseils médicaux des hôpitaux qui les ont mandatés. Pour le reste, chaque hôpital conserve son autonomie et ses propres organes d'administration (CA, direction, conseil médical), comme dans le cas d'un groupement d'hôpitaux (voir 3.2.2).

3.2.2. Groupement d'hôpitaux

Un groupement d'hôpitaux est une association au niveau des hôpitaux. Les hôpitaux qui font partie d'un groupement passent des accords entre eux concernant la répartition des activités et la complémentarité dans l'offre de services, les disciplines médicales et les équipements. Aucune forme juridique n'est imposée : une nouvelle personne morale peut être constituée ou les hôpitaux peuvent conclure ensemble une convention de collaboration. Des organes chapeautent la collaboration. Le **comité médical commun** est composé de représentants des conseils médicaux des hôpitaux participants. Le **comité de coordination**, qui se compose de représentants des gestionnaires des hôpitaux, supervise la mise en œuvre de la convention de collaboration et doit être consulté pour toutes les décisions portant sur de nouveaux bâtiments, des extensions, des réaménagements ou des modifications du type de lits ou de services. Toute décision d'investissement et de création de nouveaux services ou de services médico-techniques doit être approuvée par le comité de coordination. L'octroi d'un agrément est subordonné à cette approbation. Le coordinateur général, le coordinateur infirmier et le coordinateur médical du groupement d'hôpitaux assistent à la réunion du comité de coordination. Pour le reste, chaque hôpital conserve son autonomie et ses propres organes d'administration (CA, direction, conseil médical).



La législation (AR 30 janvier 1989) stipule que les hôpitaux concernés doivent se trouver à maximum 25 km l'un de l'autre. De plus, un groupement ne doit pas donner lieu à des implantations hospitalières monodisciplinaires, à l'exception des services de gériatrie et des services Sp.

3.2.3. Fusion d'hôpitaux

Une fusion d'hôpitaux est la forme la plus poussée de collaboration. Une entité juridique totalement neuve est parfois constituée et remplace les hôpitaux existants. Dans d'autres cas, un hôpital absorbe l'autre. Une fusion a donc un seul gestionnaire, un seul agrément et un seul budget. Les autres structures de gouvernance (direction, conseil médical, directeur infirmier, p.ex.) suivent également la structure de gouvernance d'un hôpital individuel.

La législation contient des règles concernant la répartition des différents services et des différentes fonctions entre les implantations (si la fusion compte un certain nombre de services comparables répartis sur différents sites, p.ex., chaque service doit satisfaire isolément aux normes d'agrément). Des hôpitaux ne peuvent fusionner que si la distance qui les sépare est de 35 km au maximum.

Le Tableau 1 donne un aperçu des caractéristiques et de la structure de gouvernance des formes actuelles de collaboration.


Tableau 1 – Aperçu des formes actuelles de collaboration hospitalière et de leur structure de gouvernance

Collaboration	Entité juridique	Structure de gouvernance	Pouvoir de décision	Exigences légales complémentaires
Association	<ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'une nouvelle entité juridique • ou convention entre hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les compétences dont 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	<ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'une nouvelle entité juridique • ou convention entre hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diverses conditions pour être agréé (p.ex. distance maximale de 25 km entre hôpitaux).
Fusion	<ul style="list-style-type: none"> • Entité juridique peut disparaître si : <ul style="list-style-type: none"> ○ constitution d'une nouvelle entité juridique ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Structures d'administration d'un hôpital (voir 3.1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences telles que mentionnées en 3.1. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ou absorption par une entité juridique existante soumise à un seul gestionnaire et avec un seul agrément.

- 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.

3.3. Obstacles à la répartition des activités et la coordination des soins dans les formes de collaboration actuelles

Sur la base d'une analyse juridique de la législation actuelle, des études de cas belges et des tables rondes, nous avons pu identifier les facteurs suivants qui empêchent (ou peuvent empêcher) les hôpitaux de collaborer. Ces obstacles concernent principalement les associations d'hôpitaux et les groupements d'hôpitaux, car dans le cas d'une fusion, la collaboration se transforme *de facto* en un nouvel hôpital.

3.3.1. *La relation entre les structures de gouvernance de la collaboration et les hôpitaux participants n'est pas évidente*

Ralentissement du processus décisionnel par manque de pouvoir de décision au niveau de la collaboration

Les tables rondes et les interviews dans les études de cas belges ont mentionné le caractère chronophage et complexe du processus décisionnel comme un problème important dans les formes de collaboration légales actuelles. Selon la majorité des participants, cela résulte du fait que le niveau de collaboration (groupement ou association d'hôpitaux) dispose de compétences insuffisantes. Les décisions doivent en effet toujours être soumises aux organes administratifs et consultatifs des hôpitaux participants. À défaut d'accord, des négociations doivent être engagées entre hôpitaux et/ou au sein des hôpitaux.

Les médecins: obstacles ou moteurs

Les stakeholders ont indiqué que si les médecins étaient souvent les premiers initiateurs d'une collaboration entre hôpitaux, ils représentent souvent aussi un obstacle. Lors d'une décision à prendre au niveau de la collaboration, l'avis des conseils médicaux de chaque hôpital membre doit toujours être sollicité. Si un avis négatif est rendu concernant une matière pour laquelle un « avis renforcé » est exigé (voir 3.1), cela constitue un facteur dissuasif supplémentaire.

En vue d'une prise de décision plus rapide et moins complexe, un certain nombre de participants plaident pour que davantage de compétences soient accordées au niveau de la collaboration. La Loi sur les hôpitaux prévoit aujourd'hui que deux hôpitaux qui collaborent étroitement peuvent constituer un conseil médical commun.⁶ Pour pouvoir organiser des élections visant à créer un tel conseil médical, le CA et le staff médical des hôpitaux collaborateurs doivent adresser une demande conjointe à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux auprès du Service public fédéral Santé publique.

Collaborer prend beaucoup de temps

Préparer des réunions et y assister, ainsi que négocier avec les différents stakeholders prend beaucoup de temps au niveau de la collaboration. Cela est non seulement imputable à la composition juridique des comités au niveau de la collaboration et à la nécessité de s'en référer aux structures de gouvernance au niveau des hôpitaux individuels, mais l'organisation actuelle du paysage des soins joue aussi un rôle. En effet, les collaborations prennent souvent naissance sur une base ad hoc et, par conséquent, les hôpitaux collaborent avec différents partenaires dans différents domaines.



L'administration de toutes ces formes de collaboration prend beaucoup de temps et n'est pas tenable à long terme.

Le fait que dans une association, les membres de la direction ne peuvent pas être membres du comité d'association engendre une complication juridique supplémentaire. Ils peuvent uniquement être invités en tant qu'experts. Seuls les membres du CA peuvent siéger de manière effective dans le comité d'association.

Conflits d'intérêts

Actuellement, les administrateurs ou membres de la direction d'un hôpital déterminé peuvent être administrateurs d'un hôpital avec lequel ils collaborent. Cela permet certes l'apport d'une expertise, mais cela peut aussi générer des conflits d'intérêts, avec un impact éventuel sur les décisions à prendre, p.ex. en matière de répartition des activités entre hôpitaux. Les stakeholders ont également souligné la nécessité de consigner les principes de « bonne administration des formes de collaboration » dans une charte pouvant être mise en œuvre par le secteur hospitalier.

3.3.2. Conditions en matière de distances : dépassées ou toujours pertinentes ?

Les conditions en matière de distances (pour un groupement : maximum 25 km, pour une fusion : maximum 35 km, pas d'exigence dans le cas d'une association) sont considérées par les personnes interviewées comme dépassées et forment selon elles un obstacle important à la collaboration. Certaines personnes interviewées se prononcent en faveur de réglementations flexibles, leur permettant de collaborer avec des hôpitaux plus lointains ayant un fond idéologique comparable plutôt qu'avec des hôpitaux proches. D'autres optent pour des normes légales logiques en matière de distance, mais appliquées avec une certaine souplesse de manière à ce que des collaborations existantes puissent subsister.

3.3.3. Les règles régissant le budget de l'hôpital font obstacle à une collaboration

Le Budget des Moyens financiers (BMF) est attribué au niveau de l'hôpital et non pas au niveau de la collaboration

En vertu de la Loi actuelle sur les hôpitaux, le budget de l'hôpital (Budget des Moyens financiers, BMF) est attribué à la personne morale qui exploite un hôpital et qui est titulaire de l'agrément. À moins de former un hôpital unique (cf. fusion), les formes de collaboration actuelles ne peuvent pas recevoir de BMF, même si elles ont une personnalité juridique propre. Ce problème a également été soulevé lors de l'évaluation de « réseaux » existants. Il fait donc largement obstacle à la collaboration.

Le BMF pour un service, une fonction ou un programme de soins spécifique n'est pas transparent

Même si les associations pouvaient recevoir un BMF, la répartition de ce BMF serait à son tour un défi. Le budget de l'hôpital est en effet un budget fermé qui est attribué via un ensemble complexe de règles de calcul entremêlées. Les budgets sont répartis par hôpital et la législation ne prévoit pas de dispositions distinctes par service, fonction ou programme de soins spécifique. Il est actuellement très difficile de vérifier quels moyens sont distribués via le BMF pour les activités qui font l'objet de la collaboration. Cela peut rendre une collaboration entre hôpitaux plus difficile p.ex. pour des programmes de soins spécifiques. Il est donc important d'adapter davantage, à l'avenir, les règles de calcul du BMF aux associations plutôt qu'aux hôpitaux individuels.

Les hôpitaux individuels hésitent à collaborer par crainte de l'impact sur leur propre budget

Un problème supplémentaire réside dans le fait que certaines disciplines médicales sont lucratives alors que d'autres sont déficitaires. Ces bénéfices et ces pertes se compensent jusqu'à un certain degré. Lorsque des hôpitaux décident de collaborer, il faut s'attendre à ce qu'ils veuillent tous garder les activités les plus rentables. Un autre facteur dissuasif pour une collaboration est la dépendance entre activités ou services. Ainsi le service des urgences



est très important pour un hôpital, parce qu'il constitue une voie d'accès vers les autres services de l'hôpital. De plus, les agréments de services sont souvent liés les uns aux autres (maternité et pédiatrie, p.ex.).

Le paiement par prestation n'incite pas les médecins de différents hôpitaux à collaborer

Le système de paiement par prestation ne récompense pas financièrement les hôpitaux ou les médecins qui adressent un patient à un hôpital collaborant.

3.3.4. Aujourd'hui, les agréments d'hôpitaux ne peuvent être délivrés qu'à des hôpitaux individuels

L'aspect des agréments a été cité comme un facteur dissuasif pour une meilleure répartition des activités, et pas seulement pour des raisons financières. Les personnes interviewées dans les études de cas belges ont évoqué la nécessité d'agréer les programmes de soins non seulement au niveau de l'hôpital individuel, mais aussi au niveau de la collaboration. Pour un programme cardiologique, par exemple, il est nécessaire d'avoir des services B1, B2 et B3. Si des hôpitaux disposent de ces services par le biais de leur collaboration, l'agrément devrait également être accordé au niveau de la collaboration. Cela permettrait une répartition des activités et des revenus, car la collaboration pourrait alors décider à son niveau comment et où fournir les services.

3.3.5. Collaborateurs de l'hôpital : obstacles en termes de mobilité, nominations, droit de décision et contrats avec la collaboration

Mobilité restreinte

La législation actuelle stipule qu'une asbl peut échanger du personnel si l'association à laquelle ce personnel appartient à l'entité juridique d'une asbl et que la mise à disposition de personnel est le seul objet statutaire de la collaboration. Si tel n'est pas le cas, les collaborations sont confrontées à un obstacle légal dans l'échange de personnel.

Lorsqu'il est question d'une (nouvelle) entité juridique unique (p.ex. fusion), le personnel salarié pourra être transféré collectivement vers cette nouvelle entité sur la base des règles de la convention collective de travail (CCT) n° 32bis, de sorte que les droits acquis pourront être transférés. Cette législation est basée sur une directive européenne (2001/23/CE). L'application de cette directive dans la législation belge connaît toutefois des manquements en ce qui concerne le personnel public statutaire. Des négociations spécifiques devront être menées concernant les droits déjà acquis.

Le problème se pose moins pour les médecins, puisqu'ils ont généralement le statut d'indépendant. Ils peuvent donc parfaitement conclure un contrat avec plusieurs hôpitaux. En revanche, il y a des conséquences sur d'autres aspects de l'exercice de leur profession (voir plus loin : droit de vote pour le conseil médical, différentes réglementations financières, etc.). Pour les médecins salariés, l'échange de personnel pose problème.

Des accords légaux entre les médecins et la collaboration ne sont pas obligatoires

La Loi sur les hôpitaux dispose que la relation légale entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins de l'hôpital doit être consignée par écrit dans une réglementation générale et individuelle. Cette obligation légale n'existe cependant pas entre le gestionnaire d'une collaboration et les médecins. Les droits et obligations des médecins au sein de l'association coupole sont donc moins bien précisés.

La nomination de nouveaux médecins peut être compliquée

Tous les conseils médicaux concernés au niveau des hôpitaux individuels doivent donner leur avis avant que les médecins qui travailleront dans différents hôpitaux collaborants ne puissent être nommés, ce qui prend énormément de temps.



Médecins en chef et autres comités d'administration et consultatifs au niveau de la collaboration

La Loi sur les hôpitaux limite les fonctions dirigeantes pour les médecins (médecins en chef et chefs de services médicaux). En principe, ceux-ci ne peuvent travailler que pour un seul hôpital, excepté dans le cas d'un groupement. C'est pourquoi de grands réseaux régionaux sous la forme d'une association avec un seul médecin en chef ou chef de service ne sont pas possibles actuellement. Un même raisonnement peut être suivi pour d'autres comités administratifs et consultatifs. Le législateur devrait veiller à ce que différents organes administratifs puissent être constitués, sans que ceux-ci ne doivent être présents dans chaque hôpital. Une législation s'applique déjà aux comités éthiques pour un groupement et pour les conseils médicaux (voir ci-avant), ainsi qu'à une fonction de médiation pour les hôpitaux collaborants, quelle que soit la forme de collaboration.

Perte du droit de vote pour le conseil médical

Un médecin qui est occupé dans un seul hôpital à temps plein a droit à quatre voix pour les élections du conseil médical. Les médecins qui travaillent dans plusieurs hôpitaux de la collaboration (et donc dans aucun hôpital à temps plein) doivent limiter leur droit de vote à deux voix maximum réparties sur deux hôpitaux.

Les retenues sur les honoraires des médecins varient entre hôpitaux collaborants

La Loi sur les hôpitaux dispose que les médecins doivent contribuer aux frais de l'hôpital occasionnés par les prestations médicales via ce que l'on appelle les retenues. Celles-ci servent à couvrir les frais qui sont directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales (p.ex. utilisation de l'infrastructure, achat et entretien de l'appareillage, personnel) ou à maintenir et promouvoir l'activité médicale dans l'hôpital. Le pourcentage de ces retenues est fixé de commun accord entre le CA et le conseil médical.

Lorsque des hôpitaux conviennent de collaborer et que les médecins vont donc travailler dans différents hôpitaux, deux problèmes importants peuvent survenir. Tout d'abord, les accords concernant les retenues peuvent différer

d'un hôpital à l'autre. Ensuite, la législation est imprécise concernant les retenues à opérer au niveau de la collaboration : les retenues peuvent-elles être affectées, p.ex., à la couverture des frais d'un autre hôpital de la collaboration ?

Pendant les tables rondes et les études de cas belges, les problèmes relatifs aux retenues sur les honoraires des médecins ont été considérés comme l'un des principaux obstacles à une collaboration. En ce moment, la situation est telle que si aucun accord ne peut être trouvé sur ce point, la collaboration ne se fait généralement pas.

3.3.6. *Autres types de partenaires prévus dans la législation, mais de façon limitée*

L'article 5 §2 de la Loi sur les hôpitaux dispose que les hôpitaux doivent être exploités par une personne morale dont le seul objet statutaire est l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux ou établissements de soins de santé ou institutions médico-sociales. Cela permet donc aux hôpitaux de conclure des collaborations avec des maisons de repos par exemple, mais cela peut aussi être un obstacle lorsqu'on souhaite étendre la collaboration pour y intégrer d'autres types d'organisation, comme des institutions d'aide à la jeunesse.

3.3.7. *Les entités fédérées sont compétentes aussi*

Les entités fédérées sont compétentes pour les normes relatives p ex. aux programmes, services et fonctions et pour les soins de santé en dehors des hôpitaux. Cela peut rendre difficile la mise sur pied d'une collaboration (supra) régionale. Actuellement, des hôpitaux de différentes entités fédérées qui veulent collaborer doivent obtenir l'assentiment de chaque entité fédérée concernée. Pour élaborer une nouvelle législation ou pour réformer la Loi sur les hôpitaux, le concours des entités fédérées sera également nécessaire dans la plupart des cas.



3.3.8. TVA

Si des hôpitaux qui ne font pas partie de la même personne morale collaborent, ils se doivent parfois mutuellement la TVA. Le fisc estime en effet que les hôpitaux se prestent des services et se fournissent du matériel au prix de revient. Dans les études de cas belges et lors des tables rondes, des problèmes liés à la TVA sont surtout signalés concernant la prestation de services qui ne sont pas uniquement médicaux (la stérilisation centrale, p.ex.). Il est dès lors important de déterminer les caractéristiques de la transaction pour savoir si un assujetti preste bien un service à un consommateur. Un service sera considéré comme faisant partie d'une prestation principale s'il ne constitue pas une fin en soi, mais une manière de tirer un meilleur parti de la prestation principale. La prestation accessoire sera alors taxée comme la prestation principale. Sur la base de cette règle, la TVA devra tout de même être payée dans certains cas, p.ex. si un hôpital fournit des repas à un autre hôpital parce que ce dernier est temporairement confronté à des problèmes de cuisine.

TVA et association de frais

Les collaborations entre hôpitaux doivent tenir compte du nouveau règlement sur le régime TVA de l'association de frais. Ce régime est d'application depuis le 1^{er} juillet 2016. La loi du 26 mai 2016 modifie l'exemption des prestations de services fournies à leurs membres par des groupements autonomes de personnes. La notion de « groupement autonome » recouvre « l'association possédant la personnalité juridique (comme une asbl) et l'association sans personnalité juridique qui agit sous une détermination propre en tant qu'association ou groupement distinct à l'égard de ses membres et des tiers ». L'administration belge considère généralement un groupement autonome comme une « association de frais ». Il s'agit d'une communauté permanente d'intérêts constituée par des personnes physiques ou des personnes morales pour rationaliser et réduire les frais administratifs et opérationnels. Le but est d'économiser les frais d'activités exemptées ou non taxables des membres.

3.3.9. *Risque de monopoles et de concentration du marché*

Les stakeholders se préoccupent beaucoup des monopoles qui peuvent s'établir lorsque de larges collaborations sont conclues dans une zone de soins déterminée. Ces monopoles risquent de restreindre la liberté de choix des patients et des médecins dans la zone de soins concernée.

3.3.10. *Dossiers des patients et vie privée*

Qui est responsable des dossiers des patients ?

La tenue d'un dossier médical unique au niveau de la collaboration est régulièrement évoquée dans les études de cas belges. La Loi sur les hôpitaux dispose que les dossiers des patients doivent être conservés par l'hôpital traitant sous la surveillance du médecin en chef. Aucune disposition ne stipule si une organisation coupole peut tenir à jour les dossiers des patients et quel médecin en chef superviserait les dossiers dans ce cas.

Qui est responsable des droits du patient et des soins prestés ?

Un sujet important abordé lors des tables rondes concernait la responsabilité légale dans le cadre de la prestation de soins au sein d'une collaboration. La question est de savoir qui est alors responsable du respect des droits du patient. La Loi sur les hôpitaux indique uniquement que l'hôpital traitant doit respecter les droits du patient et que, sauf communication contraire au patient, l'hôpital peut être tenu responsable des manquements commis sur ce point par ses prestataires professionnels. La loi ne fixe pas de règles concernant la responsabilité d'une association d'hôpitaux, surtout lorsque cette collaboration reçoit un agrément pour certains services ou programmes de soins ou lorsque le personnel médical est engagé au niveau de la collaboration.



4. RECOMMANDATIONS DE RÉFORME : TROIS NOUVELLES FORMES DE COLLABORATION

En optant pour l'une des formes de collaboration déjà mentionnées dans la Loi sur les hôpitaux, les hôpitaux peuvent actuellement collaborer soit dans de nombreux domaines (groupement d'hôpitaux, p.ex.), soit dans un seul domaine ou dans un nombre limité de domaines (association d'hôpitaux, p.ex.). Néanmoins, ces formes ne suffisent plus pour organiser et améliorer la coordination et la répartition des activités entre les hôpitaux, ni pour permettre à terme une collaboration entre les hôpitaux et d'autres établissements de soins (maisons de repos, p.ex.). Dans ce chapitre, nous proposons dès lors trois nouvelles formes de collaboration qui devraient être insérées dans la Loi sur les hôpitaux. Ces nouvelles formes de collaboration ont été élaborées sur la base de la littérature scientifique, de l'évaluation d'exemples concrets en Belgique et à l'étranger et de discussions menées avec des stakeholders et des experts.

Pour chaque modèle, nous indiquons d'abord les caractéristiques de base du modèle de collaboration et des structures de gouvernance. Ces caractéristiques de base s'appuient sur la littérature internationale et sur une évaluation de certains exemples internationaux. Il est également fait référence à une évaluation d'exemples belges qui présentent des similitudes avec les modèles internationaux. Pour chaque forme de collaboration, nous formulons ensuite différentes structures de gouvernance adaptées parmi lesquelles nous indiquons celles qui devraient être reprises dans la Loi sur les hôpitaux. Les points de vue des stakeholders sont également décrits. Enfin, nous mentionnons dans quelle mesure les nouveaux modèles proposés tiennent compte des obstacles présents dans la législation actuelle (voir chapitre 3), et les adaptations qui devraient idéalement être apportées à cette législation.

4.1. Le système de soins intégré

4.1.1. Qu'est-ce qu'un système de soins intégré ?

Une entité juridique qui regroupe plusieurs hôpitaux et souvent aussi d'autres partenaires

Dans un système de soins intégré, des hôpitaux, et éventuellement aussi d'autres partenaires comme des maisons de repos, font partie d'une seule et même entité juridique chapeautant l'ensemble. Les agréments sont attribués sur la base des institutions individuelles, mais c'est l'entité juridique qui est titulaire des agréments. Les membres du système de soins intégré poursuivent un objectif commun et un grand nombre de services médicaux, de fonctions et de programmes de soins sont intégrés les uns aux autres.

Les « *meilleures pratiques* » de systèmes de soins intégrés, comme *Intermountain Healthcare* et *Kaiser Permanente*, ne se limitent pas à une collaboration entre hôpitaux. D'autres organisations en font aussi partie, comme par ex. des maisons de repos, des organisations de soins à domicile, etc. Dans ces exemples internationaux, l'offre de soins proposée par le système de soins intégré est adaptée aux besoins de la population de la région dans laquelle le système est actif. Les systèmes de soins intégrés internationaux se caractérisent par une répartition des activités et une coordination des soins optimales. On y observe également des gains d'efficacité évidents grâce à l'intégration de services d'appui, comme l'ICT ou la gestion des ressources humaines.

Il existe en Belgique quelques exemples qui pourraient être considérés comme des systèmes de soins intégrés ; dans cette étude, nous avons examiné en détail les cas de Vivalia et d'Emmaüs. Pour différentes raisons (p.ex. grande distance entre hôpitaux au sein de l'association, structures de gouvernance inadaptées, restrictions dans la législation belge), ces structures ne permettent cependant pas une répartition des activités telle qu'observée dans les exemples internationaux.



La gouvernance comporte une collaboration intégrée avec un Conseil d'Administration unique

Le système de soins intégré est administré et coordonné par un CA central. Les décisions stratégiques sont prises au niveau de la collaboration par un CA coupole, ce qui limite en principe l'autonomie des hôpitaux individuels (et des éventuels autres établissements de soins). Il ressort de la pratique des groupes comme Emmaüs et Vivalia que les établissements individuels conservent un certain degré d'indépendance dans la mise en œuvre de ces décisions stratégiques. Souvent, la gestion opérationnelle reste entre les mains des établissements individuels ou du secteur (hôpitaux psychiatriques versus maisons de repos, p.ex.). Cela renforce la confiance et la communication entre les partenaires, et permet aussi de tenir compte plus efficacement du contexte local.

4.1.2. Proposition pour la Loi sur les hôpitaux : structure de gouvernance pour le système de soins intégré

Le modèle des systèmes de soins intégrés répond à un certain nombre de défis auxquels notre pays est confronté aujourd'hui. Quand plusieurs établissements sont dirigés de façon centralisée, on voit diminuer la tendance à proposer encore presque toutes les catégories de soins au sein de tous les hôpitaux dans une tentative d'attirer le plus de patients possibles. Ce point névralgique du paysage hospitalier actuel a déjà été largement confirmé par le passé (fragmentation de l'offre de soins spécialisés débouchant sur des problèmes d'efficacité et de qualité, p.ex.).⁷ Dans les systèmes de soins intégrés, la planification des soins et des services peut davantage se faire en fonction des besoins de la zone de soins à laquelle ils sont destinés. Le budget peut être alloué à la collaboration ; de ce fait, le lieu où un patient est traité devient moins important. Les échanges de médecins et autres prestataires de soins ou collaborateurs sont facilités, car ils travaillent pour une seule organisation et sont soumis aux mêmes règles et conditions. Le fait que d'autres sortes d'établissements de soins peuvent faire partie du système permet d'augmenter l'offre de soins intégrés.

Libre choix de la forme juridique, mais impact sur les subventions publiques

Actuellement, la Loi sur les hôpitaux n'impose pas d'obligations concernant la forme juridique d'un hôpital. Tous les hôpitaux belges sont des organisations sans but lucratif (dont la forme la plus usitée est l'asbl), parce que cette forme juridique est requise pour l'obtention de subsides publics destinés à l'infrastructure. Le législateur pourrait évidemment imposer cette forme juridique aussi pour les systèmes de soins intégrés. Cela aurait un certain nombre d'implications juridiques, car une organisation sans but lucratif comme une asbl est une entité indépendante ayant des droits et obligations propres. Il en résulte notamment que ses membres ne peuvent pas être tenus responsables de ses dettes.

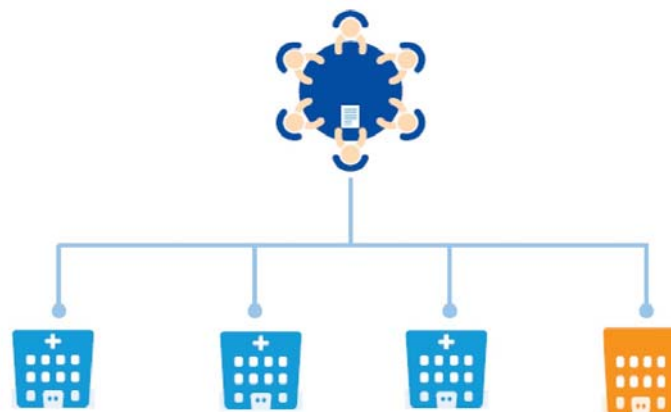
Structures de gouvernance

Nous avons étudié quatre sous-modèles de structures de gouvernance pour les systèmes de soins intégrés. Parmi ceux-ci, nous en recommandons deux (sous-modèles 1 et 2 ; voir Tableau 2). Les tableaux proposés font des distinctions à trois niveaux dans les organes de gestion: au niveau du système (c.-à-d. le niveau central du système de soins intégré), au niveau du secteur (p.ex. le secteur des hôpitaux généraux, le secteur des hôpitaux psychiatriques) et au niveau de l'établissement (les hôpitaux individuels, p.ex.).



Tableau 2 – Structures de gouvernance dans un système de soins intégré

Système de soins intégré

**Caractéristiques générales**

- Un seul Conseil d'Administration
- Responsabilité finale au niveau du système
- Administration journalière coupole
- Le comité de direction de chaque hôpital individuel assure la gestion opérationnelle
- Le système de soins intégré est titulaire de tous les agréments

Sous-modèle 1 (recommandé)	Sous-modèle 2 (recommandé)	Sous-modèle 3	Sous-modèle 4
CA au niveau du système Conseil médical au niveau du système PAS DE CA au niveau de chaque établissement/secteur PAS DE conseil médical au niveau de chaque établissement/secteur	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	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	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
<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les décisions stratégiques sont prises au niveau du système • 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"> • 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 intégré • 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 intégré • 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



- Le **sous-modèle 1** est un système de soins intégré avancé, parce que les établissements individuels n'ont plus leur propre CA. L'accent est mis sur une administration centralisée de l'ensemble de la collaboration. Les médecins sont représentés au sein d'un conseil médical central, tandis que les conseils médicaux disparaissent au niveau des établissements individuels ou des secteurs. Ce système peut améliorer l'efficacité de la prise de décision et donner naissance à une même vision stratégique chez tous les partenaires. Le défi est alors de bénéficier du soutien et de l'implication nécessaires de tous les partenaires. Cette implication du niveau local peut être stimulée par le biais de groupes de travail et de groupes consultatifs, dans lesquels les stakeholders locaux (patients, médecins, infirmiers, p.ex.) sont représentés.
- Le **sous-modèle 2** (comparable à l'actuel modèle Vivalia) dispose d'un CA central, mais n'a pas de conseil médical central. Un conseil médical est mis en place par établissement ou par secteur (hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, p.ex.), mais il n'y a pas de CA à ce niveau. On conserve ainsi les avantages d'un CA central qui peut se faire conseiller par le conseil médical de chaque établissement ou secteur.
- Dans le **sous-modèle 3**, le CA et le conseil médical subsistent au niveau de chaque établissement individuel ou de chaque secteur. De ce fait, ils participent davantage à la prise de décision que dans le sous-modèle 1. Les statuts doivent clairement décrire les compétences de chaque niveau. Ce modèle est une version moins intégrée, qui laisse néanmoins la possibilité d'évoluer vers d'autres sous-modèles.
- Dans le **sous-modèle 4**, il n'y a pas de CA, mais un conseil médical dans chaque établissement individuel ou secteur, de même qu'un conseil médical au niveau du système. Ce système est celui que les stakeholders-médecins préfèrent, parce qu'il serait le plus approprié pour gérer une organisation complexe regroupant différentes entités (hôpitaux, soins aux personnes âgées, soins de santé mentale, etc.). Le gros inconvénient est le risque d'un processus décisionnel moins énergique et le risque de voir se développer des visions différentes dans les divers établissements.

Cadre 4 – Différences entre un système de soins intégré et une fusion, un groupement ou une association

- **Agrément** : le système de soins intégré est le titulaire enregistré de tous les agréments pour tous les établissements individuels, mais l'agrément peut avoir pour objet un hôpital spécifique. Dans le cas d'une fusion, un hôpital unique est à la fois titulaire de l'agrément et l'entité à laquelle l'agrément est accordé. Dans le cas d'un groupement ou d'une association, les hôpitaux individuels reçoivent encore un agrément distinct.
- Dans un système de soins intégré, différents types de **structures de gouvernance** sont possibles (p.ex. un conseil médical au niveau du système ou un conseil médical par secteur) ; les autres formes de collaboration, par contre, ne permettent qu'un seul type de structure (voir 3.2).
- **Des établissements autres que des hôpitaux** peuvent faire partie d'un système de soins intégré, ce qui n'est pas autorisé dans le cas d'une fusion, d'un groupement ou d'une association.
- Dans un système de soins intégré, les **décisions** sont prises **au niveau du système**, sauf disposition contraire dans les statuts.



4.1.3. *Points d'attention et perception des stakeholders concernant le système de soins intégré*

Le système de soins intégré a été discuté lors des tables rondes. La perception générale des stakeholders est que, par principe, un tel modèle offre le plus de chances d'atteindre les objectifs fixés dans les réformes (répartition des activités et coordination des soins). Il permet en effet de gérer le budget au niveau du système. De plus, chaque établissement poursuit le même but. Les stakeholders ont également indiqué que la réforme du paysage hospitalier actuellement fragmenté en une entité unique développée à partir des systèmes de soins intégrés semblait encore assez utopique à court terme (et même à moyen terme). Les stakeholders interviewés (tables rondes et études de cas) ont épinglé quelques points d'attention importants et quelques avantages et inconvénients de ce modèle (voir aussi Tableau 3). Ils ont également souligné la nécessité de prévoir des modèles alternatifs dans la législation pour opérer une transition définitive vers un système de soins intégré. Les principaux points d'attention sont décrits ci-dessous.

Collaborer aussi avec des partenaires autres que les hôpitaux, mais ce n'est pas toujours évident

D'autres organisations comme des maisons de repos ou des centres de santé mentale peuvent en principe faire partie d'un système de soins intégré. Certains stakeholders approuvent la nécessité de tels systèmes de soins intégrés pour répondre à l'évolution des besoins en matière de soins (p.ex. augmentation de la prévalence de patients atteints de multiples affections chroniques ou vieillissement de la population). Il y a toutefois une unanimité pour n'intégrer que des hôpitaux dans le système de soins intégré durant la phase de démarrage, car l'hétérogénéité entre organisations (différences de statuts, de cultures, de visions, de taille, de type d'organisations, etc.) peut rendre l'administration du système très complexe. Après quelques temps, d'autres partenaires peuvent alors être progressivement admis.

Dans le cas d'un trop grand système de soins intégré, des problèmes de gouvernance peuvent survenir

Des exemples en Belgique et à l'étranger montrent qu'un (trop) grand système de soins intégré peut entraver un processus décisionnel efficace et énergique. Pour résoudre ce problème, des comités exécutifs peuvent être prévus par secteur (p.ex. hôpitaux, soins aux personnes âgées, soins de santé mentale) et par organisation. Il faut donc clairement définir quelles décisions peuvent être prises par quel niveau. Cela peut parfois donner lieu à des visions différentes et conflictuelles au sein du système de soins intégré. Il est également ressorti des tables rondes et des études de cas que dans un grand système de soins intégré, les petites organisations pourraient se sentir moins impliquées dans le processus décisionnel.

L'implication de tous les niveaux est cruciale

Il est d'une importance cruciale que tous les stakeholders pertinents soient impliqués dans la gouvernance à tous les niveaux. Le patient étant un stakeholder important, il doit aussi être impliqué dans la prise de décision (p.ex. via des conseils consultatifs de patients). Les stakeholders ont indiqué que mettre tout le monde sur un même pied au sein du système constituerait un défi, surtout pour les médecins. Les médecins eux-mêmes plaident, par exemple, pour que des experts puissent être délégués dans le CA coupole. Les directions d'hôpitaux ont également renvoyé à la nécessité d'un partage des risques entre les stakeholders (en ce compris les médecins). Cela permettrait une plus grande implication et un processus décisionnel correct.

Certains stakeholders doutent que le maintien d'une autonomie limitée pour les secteurs ou établissements individuels offre une valeur ajoutée. D'autres pensent quant à eux que toutes les décisions ne doivent pas être prises au niveau de la collaboration. Ce sont surtout les médecins qui estiment que la fonction consultative des conseils médicaux doit être maintenue au niveau des établissements individuels. Mais selon eux, la collaboration pourrait assurer la coordination de soins spécifiques pour lesquels un volume suffisant doit être atteint pour des raisons de qualité ou d'efficacité, p.ex. en cas de nouveaux investissements très coûteux dans un appareillage médical lourd. Le CA central pourrait alors décider quels hôpitaux du système de soins intégré fourniront ces soins. Cela n'apporte cependant pas



de solution au problème de l'offre excédentaire de services généraux, comme une maternité, où il faudra rationaliser.

Risque de la formation de monopoles

Les stakeholders ont exprimé leur préoccupation de voir des monopoles s'établir dans le cas de grands systèmes de soins intégrés. De tels monopoles risquent de restreindre la liberté de choix des patients et des médecins dans la région.

Tableau 3 – Points forts et points faibles d'un système de soins intégré

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">• Expérience transmurale, transdomaine• Partage des moyens et des services d'appui (logistique)• Marges financières• Administration centrale• Plus de temps pour la stratégie• Plus de notoriété	<ul style="list-style-type: none">• L'ampleur entrave parfois le processus de décision et l'efficacité• La distance entre hôpitaux peut rendre la répartition des activités difficile (si des hôpitaux du système de soins intégré sont trop éloignés l'un de l'autre)• Les petits établissements se sentent moins impliqués dans la prise de décision• Un CA (et/ou comité exécutif) à différents niveaux complique la gouvernance

Nous recommandons les sous-modèles 1 et 2. Le choix entre ces modèles doit être dicté par la composition du système de soins intégré (nombre et type de partenaires). Le sous-modèle 1 a la préférence parce qu'il est le modèle de gouvernance le plus efficace et le plus énergique, à moins que le nombre de partenaires et de secteurs ne devienne trop important. Dans ce cas, nous recommandons le sous-modèle 2. Mais pour des raisons d'efficacité, nous proposons de ne mettre en place des conseils médicaux qu'au niveau des secteurs et non au niveau des établissements individuels.

4.2. Le réseau coordonné

4.2.1. Qu'est-ce qu'un réseau ?

Association composée d'hôpitaux et éventuellement d'autres partenaires qui conservent chacun leur entité juridique

Les hôpitaux regroupés en réseau collaborent tout en conservant chacun leur entité juridique. Les hôpitaux individuels continuent donc à fonctionner de manière autonome. Ils ne collaborent que pour concrétiser entre eux certains objectifs (p.ex. optimisation des trajets de soins, organisation des services de garde, collaboration ICT, mise en œuvre conjointe d'un programme de soins déterminé), ou ils collaborent avec d'autres établissements (p.ex. maisons de repos). Le réseau peut s'orienter vers une collaboration entre hôpitaux entiers ou se limiter à une collaboration concernant un certain nombre de services, fonctions ou programmes de soins.

Structures de gouvernance : trois types de réseau

Le nombre de réseaux augmente tant en Belgique qu'à l'étranger. La littérature mentionne trois types de structures de gouvernance pour les réseaux : un réseau *participant-governed*, un réseau avec organisation administrative (« *network administrative organisation* ») et un réseau avec organisation dirigeante (« *lead organisation* ») (voir 2.1).



4.2.2. Propositions pour la Loi sur les hôpitaux : un réseau coordonné avec une structure de gouvernance avec délégation de pouvoirs

Du réseau classique au « réseau coordonné »

Le réseau est un terme qui est fréquemment utilisé de nos jours dans le contexte belge pour désigner des collaborations. Les réseaux existent déjà dans la législation actuelle, car le groupement et l'association tels que visés dans la Loi sur les hôpitaux peuvent être considérés comme des prototypes de réseaux, surtout s'il y a plus de deux parties. En effet, les hôpitaux en groupement et en association collaborent, mais chaque organisation conserve son identité juridique propre. À cela s'ajoutent des modèles qui ont été créés contractuellement ou par la constitution d'une nouvelle personne morale. Nous examinons ici un certain nombre d'exemples belges :

- Iridium (réseau de sept hôpitaux généraux qui collaborent dans le domaine de la radiothérapie, de l'oncologie et de l'hématologie) et le *Vlaams Ziekenhuisnetwerk* ou VZN (réseau flamand qui compte 24 hôpitaux généraux et porte sur un partage des connaissances) peuvent être considérés comme des réseaux avec organisation dirigeante. L'administration centrale assure une prise de décision cohérente et de meilleure qualité, ce qui, dans la pratique, se fait toujours par consensus. Néanmoins, la prédominance d'un partenaire est également considérée comme un obstacle important. Ces réseaux évoluent à présent vers des réseaux *participant-governed*, en raison des obstacles résultant de la structure de gestion et en raison de changements survenus au sein du réseau car des organisations existantes ou ayant nouvellement adhéré souhaitaient apporter une plus grande contribution.
- Le réseau Zenith (nouvelle collaboration entre quatre hôpitaux dont l'objectif est d'offrir ensemble certains services spécialisés complexes) et la collaboration entre la Klinik Sankt-Joseph, le CCHC et le Sankt Nikolaus Hospital peuvent être considérés comme des réseaux *participant-governed*.

Le modèle qui est proposé dans cette étude présente des similitudes avec ces formes de collaboration, mais aussi des différences (cf. Cadre 5). Pour

éviter toute confusion avec le terme général « réseau », nous décidons d'utiliser le terme « réseau coordonné » dans le nouveau modèle proposé pour la Loi sur les hôpitaux.

Les hôpitaux individuels au sein d'un réseau coordonné restent titulaires d'agrèments

Le réseau coordonné peut s'établir par le biais d'une collaboration contractuelle ou par la constitution d'une personne morale distincte. Dans le cas de réseaux coordonnés, les hôpitaux individuels restent titulaires de leur agrément. Mais il pourrait être décidé que l'appartenance à un réseau coordonné est une condition pour obtenir un agrément en tant qu'hôpital. Dans ce cas, le réseau devrait recevoir un statut défini par la loi. Pour pouvoir accorder un agrément au niveau de la collaboration, il est nécessaire d'opter pour un système de soins intégré ou une initiative de collaboration autonome (voir 4.3).

Un réseau coordonné avec délégation de pouvoirs

Deux sous-modèles sont examinés (voir Tableau 4) : un réseau coordonné avec délégation de pouvoirs (sous-modèle 1) et un réseau coordonné avec mécanismes de feed-back aux établissements participants (sous-modèle 2). Dans les deux cas, il y a un comité de réseau coupole. Dans le comité de réseau siègent notamment des représentants des conseils médicaux et des conseils d'administration individuels. Ce comité de réseau prend les décisions au niveau du réseau sur les matières pour lesquelles le comité de réseau a un pouvoir de décision. Étant donné que les hôpitaux participants (et d'éventuelles autres organisations) conservent leur autonomie, le pouvoir de décision porte uniquement sur des activités qui peuvent être considérées comme des conditions préalables à la mise sur pied d'une collaboration, p.ex. la « coordination du réseau ». Il ne s'agit pas de décisions stratégiques concernant l'exploitation de programmes de soins, pour lesquels les conseils d'administration et les conseils médicaux individuels restent compétents. Si l'on veut également porter cette compétence au niveau de la collaboration, une combinaison avec le troisième modèle de gouvernance nouvellement proposé est nécessaire (« initiative de collaboration autonome », voir 4.3).



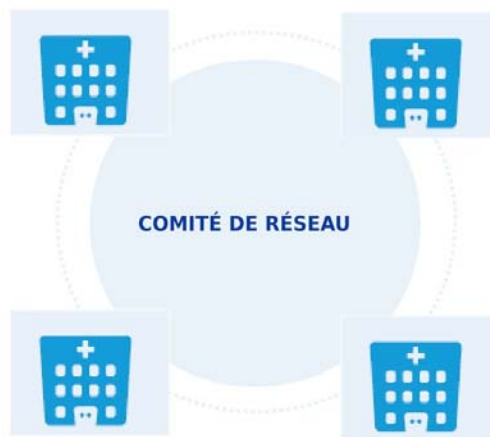
Le réseau *participant-governed* est le modèle préféré, mais un NAO ou un réseau avec organisation dirigeante doit être possible aussi

Chacun des modèles de réseau abordés dans la littérature (organisation dirigeante, *participant-governed* et NAO) est possible pour les deux sous-modèles. Nous avons une préférence pour un réseau *participant-governed*. La raison de cette préférence est que les réseaux avec organisation dirigeante évoluent généralement vers des réseaux *participant-governed*, comme le révèlent les exemples belges. L'égalité a été considérée comme

un point fort dans ce type de réseau. Les tables rondes ont néanmoins remis en question le fait qu'un réseau *participant-governed* puisse offrir suffisamment d'incitants pour permettre une répartition des activités. Il est en effet possible, dans un réseau administré sur un pied d'égalité (et où chaque établissement dispose d'un même droit de vote), que la décision de répartir les activités soit bloquée par un seul établissement. Nous proposons dès lors de maintenir la possibilité d'opter pour un autre type d'administration du réseau (donc un NAO ou un réseau avec organisation dirigeante). Ce choix doit être explicitement mentionné dans les statuts.

Tableau 4 – Structure de gouvernance dans un réseau coordonné

Réseau coordonné



Caractéristiques générales

- Réseau *participant-governed*, sauf dispositions contraires dans les statuts
- Conseil d'Administration maintenu au niveau de l'hôpital
- Conseil médical maintenu au niveau de l'hôpital
- L'hôpital individuel porte la responsabilité finale
- Chaque hôpital individuel est titulaire de son agrément
- Un comité de réseau, composé de médecins et d'administrateurs des hôpitaux individuels, statue au niveau du réseau
- Les hôpitaux mandatent le comité de réseau pour prendre des décisions sur certaines matières au niveau du réseau
- Les statuts (ou la nouvelle législation) mentionnent les matières pour lesquelles le comité de réseau est compétent.

Sous-modèle 1 : Réseau coordonné avec délégation de pouvoirs (recommandé)

- Le comité de réseau peut statuer de façon autonome.

Sous-modèle 2 : Réseau coordonné avec mécanismes de feed-back

- Les hôpitaux peuvent révoquer les décisions du comité de réseau



La principale différence entre les réseaux belges existants et le modèle proposé de réseau coordonné réside dans la structure de gouvernance, pour laquelle nous recommandons un modèle avec délégation de pouvoirs partagée (voir Cadre 5).

Cadre 5 – Différence entre un réseau coordonné et un groupement d'hôpitaux ou une association d'hôpitaux

- Dans un réseau coordonné, le comité de réseau peut bénéficier d'une **délégation de pouvoirs partagée** de la part des établissements individuels (sous-modèle 1) avec une pleine compétence pour la coordination du réseau. Pour les autres activités, les établissements individuels conservent une compétence propre.
- Des médecins siègent également dans le **comité de réseau**.
- Des **organisations autres que les hôpitaux** peuvent faire partie d'un réseau coordonné (p.ex. des maisons de repos ou des cabinets de médecins généralistes).

4.2.3. Points d'attention et perception des stakeholders concernant les réseaux coordonnés

Un réseau coordonné est une étape vers une collaboration, mais sans garantie de répartition des activités

Les stakeholders interviewés ont déclaré qu'un réseau coordonné pouvait constituer une première étape dans la mise sur pied d'une collaboration entre hôpitaux. Ce modèle convient extrêmement bien pour surmonter la peur qu'inspire l'idée d'une collaboration, mais sans offrir de garanties quant à une répartition des activités et une rationalisation. Ce type de collaboration n'est en effet pas suffisamment contraignant pour mener à une répartition des activités et une collaboration intégrée. Les établissements participants y sont, en quelque sorte, à la fois partenaires et concurrents. De plus, de nombreux obstacles subsistent et compliquent la collaboration (p.ex. des problèmes en matière de TVA, d'échange de personnel, de droit de vote et de fonctions dirigeantes des médecins ; voir 3.3).

Le fondement juridique d'un réseau coordonné n'est pas suffisant pour accorder des agréments au niveau de la collaboration

Les administrateurs interviewés se sont prononcés avec force en faveur de l'octroi d'agréments au niveau du réseau. Ils y voient une condition préalable importante pour parvenir à une répartition des activités, tout comme d'ailleurs l'octroi d'un budget également au niveau de la collaboration. Ils reconnaissaient toutefois que le fondement juridique d'un réseau coordonné n'est peut-être pas assez contraignant pour y parvenir. Lorsqu'un hôpital quitte la collaboration, cette décision peut provoquer un certain nombre de problèmes juridiques, financiers et organisationnels. La structure 'souple' d'un réseau coordonné comporte également plus de risques qu'une structure intégrée, car il ne sera peut-être pas toujours aisé de déterminer où se situent les responsabilités. Si des organisations ambitionnent un agrément au niveau de la coupole, elles devront former une structure plus intégrée (comme un système de soins intégré, voir 4.1) ou constituer un nouveau type d'organisation dans lequel l'étendue de la collaboration est plus limitée (c.-à-d. une initiative de collaboration autonome, voir 4.3).

Un réseau coordonné avec mécanismes de feed-back ne résout pas les difficultés de prise de décision dans les collaborations existantes

Un certain nombre de stakeholders se sont montrés sceptiques vis-à-vis du réseau coordonné avec mécanismes de feed-back. Malgré l'existence d'un comité de réseau coupole qui peut prendre des décisions au niveau du réseau, ils craignent que l'obligation de s'en référer en permanence aux hôpitaux individuels ne soit chronophage et inefficace. Certains administrateurs ont également pointé les avantages d'une tierce partie chargée de la supervision (p.ex. une organisation de réseau administrative ou un NAO) ; celle-ci coordonnerait la collaboration, l'épaulerait et exercerait un contrôle pour désamorcer les tensions et divergences de vues au sein de la collaboration. Tous les participants ont marqué leur préférence pour des réseaux de taille raisonnable, afin de garder une certaine souplesse.



Un réseau *participant-governed* renforce la confiance, mais comporte également des risques

Dans un réseau *participant-governed*, les hôpitaux sont des partenaires égaux ayant un même droit de vote. C'est pourquoi il est crucial qu'une grande confiance règne entre eux. Le partenariat sur pied d'égalité augmente la cohérence et motive tous les partenaires à tendre vers le même but. Le processus décisionnel ascendant renforce l'implication de tous les partenaires, en ce compris les médecins.

Le point faible de cette structure est que le processus décisionnel est ralenti, voire bloqué, si un des partenaires n'est pas d'accord (parce qu'un hôpital craint de perdre des activités, p.ex.). Les stakeholders, qui pensent que le réseau ne permettrait pas, dans ce cas, d'atteindre une meilleure répartition des activités et une meilleure coordination, attirent également l'attention sur cette problématique. C'est pourquoi, selon eux, une collaboration plus intégrée s'impose.

Sécurité juridique

Pour des raisons de sécurité juridique, plusieurs stakeholders ont plaidé pour que les règles existantes en matière de groupement et d'association ne soient pas immédiatement abrogées, mais que les anciennes et les nouvelles formes de collaboration puissent coexister un certain temps.

Le Tableau 5 donne un aperçu des points forts et des points faibles des réseaux *participant-governed* et des réseaux avec organisation dirigeante.

Tableau 5 – Points forts et points faibles du réseau avec organisation dirigeante et du réseau *participant-governed*

Réseau avec organisation dirigeante		Réseau <i>participant-governed</i>	
Points forts	Points faibles	Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">• Expertise de l'organisation dirigeante• Administration centrale• Coordination et processus de décision renforcés• Prise de décision souvent par consensus	<ul style="list-style-type: none">• Partenaire dominant• Seuil pour adhérer à la collaboration	<ul style="list-style-type: none">• Confiance entre partenaires• Partenariat sur pied d'égalité• Autonomie• Processus décisionnel ascendant	<ul style="list-style-type: none">• Durée de la prise de décision• Gouvernance complexe• Peut être bloqué par manque d'accord

S'il est opté pour un modèle de réseau coordonné, nous recommandons un comité de réseau avec délégation de pouvoirs (sous-modèle 1). L'évaluation des réseaux actuels a en effet démontré que les mécanismes de feed-back aux établissements individuels étaient inefficaces et prenaient beaucoup de temps (sous-modèle 2).



4.3. L'initiative de collaboration autonome

4.3.1. Qu'est-ce qu'une initiative de collaboration autonome ?

Forme de collaboration avec un champ limité

Comme déjà évoqué ci-avant, l'octroi d'agrément et de financement au niveau de la collaboration constituent une condition préalable importante pour parvenir à une répartition des activités entre hôpitaux. Le système de soins intégré le permet pour une collaboration entre deux ou plusieurs hôpitaux ayant un champ étendu c'est-à-dire une collaboration qui regroupe l'éventail complet des services hospitaliers généraux. Si par contre des hôpitaux ne souhaitent pas (encore) intégrer tous leurs services, mais veulent collaborer intensivement pour un certain nombre de services, l'initiative de collaboration autonome peut apporter une solution. Elle peut être utilisée pour soutenir les services médicaux (p.ex. les laboratoires et la pharmacie) et pour partager un appareillage médical (p.ex. en radiothérapie). Elle peut également être utile pour la prestation de soins hautement spécialisés / innovants, ou pour des programmes de soins spécifiques, comme il en existe pour le diabète ou la cardiologie. Ce modèle permet d'améliorer les collaborations autour de pathologies spécifiques ou exigeant une expertise importante. L'initiative de collaboration autonome présente donc des similitudes avec l'association d'hôpitaux, telle qu'elle existe actuellement dans la Loi sur les hôpitaux. Des associations d'hôpitaux s'orientent également vers des collaborations avec un champ limité. La grande différence réside dans le fait que l'initiative de collaboration autonome détient sa propre structure juridique, qui peut être titulaire d'agrément (Cadre 4).

Une structure de gouvernance distincte autonome

À l'instar d'un hôpital, l'initiative de collaboration autonome possède sa propre structure de gouvernance, avec un CA qui dirige l'organisation et porte la responsabilité finale. Le principal objectif d'une initiative de collaboration autonome est d'améliorer la collaboration et de partager les moyens financiers. Les moyens financiers doivent également pouvoir être réinvestis dans les services des hôpitaux concernés.

4.3.2. Propositions pour la Loi sur les hôpitaux : une initiative de collaboration autonome liée à des hôpitaux, mais avec une structure de gouvernance autonome

Personne morale distincte

Comme dans le cas des hôpitaux, l'initiative de collaboration autonome doit être libre de choisir elle-même sa forme juridique, du moment qu'elle reçoit les agréments nécessaires. Une forme juridique déterminée pourrait toutefois être exigée par le législateur pour l'octroi des subsides d'infrastructures, comme c'est le cas pour les hôpitaux.

Une structure de gouvernance autonome, de préférence attachée à un hôpital

À l'instar d'un hôpital, l'initiative de collaboration autonome dispose d'un CA et d'un conseil médical. L'initiative de collaboration autonome et les fondateurs de celle-ci déterminent qui sera représenté au CA. Dans le modèle que nous proposons, les médecins sont impliqués dans la prise de décision, car ce sont souvent eux qui sont à l'origine de la collaboration. Outre l'expertise médicale, une expertise en gestion est nécessaire. Deux structures de gouvernance sont possibles, selon que l'on souhaite ou non rester attaché à un hôpital.

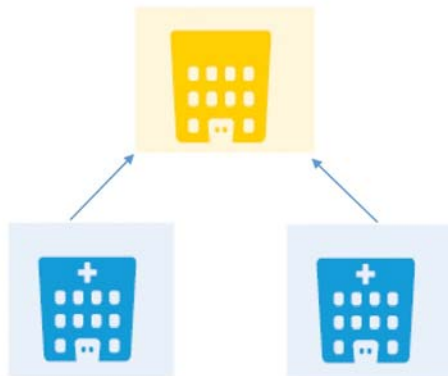
Dans le premier sous-modèle, l'initiative de collaboration autonome reste attachée aux hôpitaux. Elle comporte une administration conjointe, dans laquelle le pouvoir de décision de l'hôpital est lié à son actionnariat dans la collaboration. Il est important ici que les administrateurs s'efforcent d'atteindre les objectifs de l'initiative de collaboration autonome et des hôpitaux individuels, mais cela peut évidemment aussi générer des conflits. Par ailleurs, une partie des bénéfices doit pouvoir être réinvestie dans les hôpitaux individuels. Il est toutefois incertain si des marges bénéficiaires plus que raisonnables peuvent aller de pair avec l'obtention de subventions publiques.



Dans le deuxième sous-modèle, l'initiative de collaboration autonome est indépendante des hôpitaux. Les fondateurs décident qui peut être administrateur. Ce sous-modèle pourrait éventuellement être utilisé aussi pour réglementer les cliniques privées. Il faudrait alors des mesures législatives supplémentaires pour continuer à garantir la qualité et l'accessibilité des soins.

Tableau 6 – Structures de gouvernance pour l'initiative de collaboration autonome

Initiative de collaboration autonome



Caractéristiques générales

- Agrément au niveau de la collaboration
- Nouveau CA au niveau de la collaboration
- Nouveau conseil médical au niveau de la collaboration
- L'initiative de collaboration autonome porte la responsabilité finale

Sous-modèle 1 : initiative de collaboration autonome attachée à des hôpitaux (recommandé)

- L'initiative de collaboration autonome reste attachée aux hôpitaux (centre d'endoscopie ambulatoire, p.ex.)
- Un CA commun dans lequel le pouvoir de décision d'un hôpital est lié à son actionnariat dans la collaboration
- L'initiative de collaboration autonome est surtout un instrument pour négocier et parvenir à un consensus concernant l'utilisation des services hospitaliers au profit de tous les partenaires

Sous-modèle 2 : initiative de collaboration autonome indépendante

- Il n'y a plus de lien avec les hôpitaux (un centre spécialisé en radiothérapie, p.ex.)
- Un accord peut être conclu pour une utilisation de l'appareillage ou de locaux de certains hôpitaux (p.ex. l'initiative de collaboration autonome peut louer un appareillage ou du matériel à l'hôpital)
- Organisation indépendante avec des objectifs et des statuts qui lui sont propres



Cadre 6 – Différence entre une initiative de collaboration autonome et une association d'hôpitaux

- Une initiative de collaboration autonome a sa propre **structure juridique**.
- Cette entité juridique peut être titulaire d'un **agrément**.

4.3.3. Points d'attention et perception des stakeholders concernant l'initiative de collaboration autonome

Une forme flexible de collaboration qui convient pour des processus de soins standardisables

Les avantages recherchés par ce modèle sont une amélioration de la qualité (par la standardisation des soins et le partage d'expertise). À cela s'ajoutent sa facilité d'organisation et la possibilité d'une collaboration flexible avec d'autres partenaires en dehors des soins de santé. Dans le cadre du questionnaire soumis aux stakeholders, c'est ce modèle qui a reçu le plus de soutien des représentants des conseils médicaux. D'autres stakeholders ont estimé qu'il n'était pas praticable pour toutes les catégories et toutes les formes de soins. Ce modèle n'est possible, selon eux, que pour des processus de soins bien délimités et standardisables qui pourraient être traduits en programmes de soins. Les stakeholders ont souligné le fait que les programmes de soins actuellement prévus par le législateur sont trop limités, ce qui réduit, à court terme, les possibilités de mise en œuvre des initiatives de collaboration autonomes. Dans le projet plus vaste de la réforme en cours, ce modèle n'est pas considéré par les stakeholders comme un aboutissement, mais plutôt comme une forme transitoire vers les modèles de collaboration plus intégrés.

La relation entre normes d'agrément et financement complexe des hôpitaux est un obstacle

Actuellement, les règles en matière d'agrément des hôpitaux et des programmes de soins consistent à agréer « à la chaîne ». Il est dès lors difficile de démarrer ou de stopper un programme de soins spécifique, sans que cette décision n'ait d'impact sur les autres programmes de soins ou services. Ainsi, la fermeture du service pédiatrie d'un hôpital entraînera la fermeture du service maternité. D'où la nécessité d'une adaptation de la législation (remarque qui vaut aussi pour le système de soins intégré).

Les stakeholders ont également indiqué que l'imbrication complexe des règles actuelles de calcul du BMF rendait difficile un calcul en toute transparence du budget alloué à un service, une fonction ou un programme de soins déterminé. Cela constitue donc un obstacle important au développement d'une initiative de collaboration autonome.

Danger de sélection des risques et de dépeuplement d'hôpitaux existants

Une grande préoccupation concernant ce modèle était le risque de « *cherry picking* ». Si les services rentables sont retirés de l'hôpital par une initiative de collaboration autonome indépendante, l'hôpital garde alors les services moins rentables. À long terme, cela peut mettre en péril la pérennité de notre système de soins de santé.

Les participants aux tables rondes ont toutefois plaidé pour que, dans ce modèle aussi, un lien soit maintenu avec les hôpitaux fondateurs et pour que l'initiative de collaboration autonome doive également être agréée et contrôlée par les pouvoirs publics, afin d'éviter toute concurrence déloyale.



Aides publiques et services d'intérêt économique général

Les pouvoirs publics doivent pouvoir déterminer la forme juridique de l'initiative de collaboration autonome. Les règles organisant les aides de l'État devront être strictement respectées. Si une aide est accordée, il devra être mentionné quels services d'intérêt économique général cette aide concerne et comment le remboursement doit intervenir en cas de surcompensation. Si l'initiative de collaboration autonome preste un service d'intérêt économique général, la loi devra prévoir l'obligation de collaborer avec des hôpitaux.

Danger de duplication de l'offre de soins

Il est également possible que des services et des fonctions soient proposés en double, au lieu de faire l'objet d'une répartition des activités. Ainsi, des initiatives de collaboration autonomes peuvent être mises sur pied pour des fonctions et services qui sont encore proposés dans les hôpitaux, mais pour lesquels une sélection des risques menace à nouveau de pénaliser les hôpitaux. Cela débouchera de toute façon sur une plus grande concurrence et une plus grande fragmentation, ce qui ne cadre pas avec l'objectif de la réforme du paysage hospitalier. Il semble donc logique que les hôpitaux existants soient encouragés à jouer un rôle dans la création d'une initiative de collaboration autonome. Des stakeholders ont indiqué que pour certaines formes complexes de soins, comme le traitement du cancer, la participation d'un hôpital était nécessaire et devait être imposée par la loi. Dans ces différents cas, les règles d'agrément devront également contenir des exigences concernant les liens fonctionnels entre les hôpitaux. Pour éviter une double offre de soins, les hôpitaux doivent pouvoir transférer leurs lits vers l'initiative de collaboration autonome. Cela pourrait passer par un transfert d'activité.

D'autre part, des stakeholders ont également indiqué que les initiatives de collaboration autonomes devaient également être ouvertes à une collaboration avec des partenaires privés (p.ex. distributeurs de dispositifs médicaux) ou avec des établissements étrangers, à condition que des garanties légales de qualité et de prévention des conflits d'intérêts soient prévues.

Nous recommandons le sous-modèle 1 dans lequel les initiatives de collaboration autonomes restent attachées à des hôpitaux, avec une convention claire entre les partenaires. Les partenaires partageraient alors les bénéfices mais aussi les risques. La structure administrative de cette initiative de collaboration autonome est comparable à celle de l'actuel CA d'un hôpital, et l'indépendance des hôpitaux fondateurs est maintenue. Le sous-modèle 2 comporte en effet des risques trop importants en termes d'accessibilité et de qualité de notre système de soins de santé.

Nous proposons également, lorsqu'il est décidé dans le cas d'un réseau coordonné de déléguer l'exploitation de services, de programmes de soins ou de fonctions au niveau de la collaboration, que le réseau coordonné soit combiné à une initiative de collaboration autonome.

4.4. Dans quelle mesure les propositions de réforme apportent-elles des réponses aux manquements actuels ?

Le tableau 7 énumère les obstacles aux collaborations dans la législation actuelle (voir 1.1). Le tableau précise dans quelle mesure les nouveaux modèles proposés en tiennent compte ou quelles modifications de loi sont nécessaires pour mener à bien cette réforme.


Tableau 7 – Structures de gouvernance et manquements actuels dans la législation

Manquements	Système de soins intégré	Réseau coordonné	Initiative de collaboration autonome
Pouvoir de décision limité au niveau de la collaboration	Le CA central au niveau du système de soins intégré porte la responsabilité finale et prend les décisions stratégiques. Le degré de pouvoir décisionnel dépend dans une certaine mesure du sous-modèle choisi, car des compétences peuvent être déléguées à des structures de gouvernance au niveau du secteur ou de l'établissement. Un grand CA doit être évité parce que cela empêche un processus décisionnel efficace. Les modèles recommandés (sous-modèles 1 et 2) se caractérisent par des compétences suffisantes au niveau de la collaboration.	Dans le sous-modèle 1 recommandé, les décisions du comité de réseau ne peuvent plus être révoquées par les structures de gouvernance des hôpitaux individuels. Le pouvoir de décision de ce comité de réseau est tout de même limité puisqu'il concerne uniquement la coordination des activités du réseau. En général, l'exploitation de services, fonctions et programmes de soins continue à relever des hôpitaux individuels.	Étant donné que la nouvelle organisation possède ses propres structures de gouvernance, les processus de décision sont moins complexes que dans les formes de collaboration prévues dans la législation actuelle. De plus, ces structures de gouvernance (au niveau de la collaboration) portent la responsabilité de gérer le(s) service(s), fonction(s) et programme(s) de soins.
Rôle dissuasif ou stimulant des conseils médicaux	Le rôle du conseil médical dépend du sous-modèle choisi (fonction consultative du conseil médical au niveau de l'établissement/du secteur versus conseil médical commun au niveau de la collaboration). Les sous-modèles recommandés prévoient un conseil médical commun pour les hôpitaux : au niveau de la collaboration (sous-modèle 1) ou au niveau du secteur (sous-modèle 2).	Les conseils médicaux sont maintenus au niveau des hôpitaux individuels, comme dans le cas des initiatives de collaboration actuelles. Le comité de réseau compte des médecins, ce qui renforce le processus de décision au niveau de la collaboration. Le sous-modèle 1 (avec délégation de pouvoir au comité de réseau) est préféré au sous-modèle 2 (avec mécanismes de feed-back à destination des conseils médicaux individuels), car il évite que des décisions puissent être bloquées au niveau du réseau par les conseils médicaux des hôpitaux individuels.	Étant donné que la nouvelle organisation possède ses propres structures de gouvernance (en ce compris un conseil médical), les processus de décision sont moins complexes que dans les formes de collaboration prévues dans la législation actuelle.
Conflits d'intérêts	Le risque de conflits d'intérêts diminue parce que les partenaires de l'association appartiennent à une même organisation poursuivant un même objectif. Un conflit d'intérêts n'est cependant pas tout à fait exclu, ce qui rend nécessaire l'élaboration d'une charte reprenant des principes de « bonne gouvernance ».	Le risque de conflits d'intérêts n'est pas résolu dans ce modèle, ce qui rend nécessaire l'élaboration d'une charte reprenant des principes de « bonne gouvernance ».	Le risque de conflits d'intérêts diminue parce que l'initiative de collaboration autonome possède sa propre structure de gouvernance. Un conflit d'intérêts n'est cependant pas tout à fait exclu, ce qui rend nécessaire l'élaboration d'une charte reprenant des principes de « bonne gouvernance ».
La collaboration est chronophage	Le nombre d'itérations pour le feed-back entre le niveau de la collaboration et les	Dans un réseau coordonné avec délégation du pouvoir de décision au	Le processus de décision est moins complexe, mais le temps qui y est consacré dépend du nombre d'initiatives de



	établissements individuels est limité (en fonction du sous-modèle).	comité de réseau, le nombre de réunions est limité.	collaboration autonomes qui sont mises sur pied.
Distance et/ou zone d'attraction	Doit être stipulé dans la législation (voir section 5)	Doit être stipulé dans la législation (voir section 5)	Doit être stipulé dans la législation (voir section 5)
Collaboration avec des types d'organisations autres que les hôpitaux	Les systèmes de soins intégrés conviennent par excellence pour mettre sur pied des associations entre hôpitaux et autres types d'organisations.	Dans un réseau coordonné, il est également possible d'impliquer des types d'organisations autres que les hôpitaux.	Dans une initiative de collaboration autonome, il est également possible d'impliquer des types d'organisations autres que les hôpitaux.
Collaborateurs hospitaliers			
<ul style="list-style-type: none"> Régime légal des médecins et de collaboration 	Le fait que le système de soins intégré forme une organisation unique simplifie l'harmonisation des régimes légaux des médecins entre les différents établissements.	L'agrément et la responsabilité finale sont maintenus au niveau de l'hôpital individuel. Cela incite moins à harmoniser les régimes des médecins avec les hôpitaux au sein d'une collaboration.	Le fait que l'initiative de collaboration autonome forme une organisation unique simplifie l'harmonisation des régimes légaux des médecins entre les différents établissements.
<ul style="list-style-type: none"> Droit de vote des médecins qui travaillent dans différents hôpitaux 	Doit être adapté dans la législation. Résolu dans les sous-modèles 1 et 2 (un seul conseil médical pour les hôpitaux de l'association).	Doit être adapté dans la législation.	Doit être adapté dans la législation.
<ul style="list-style-type: none"> La nomination de nouveaux médecins est compliquée 	Uniquement résolu dans les sous-modèles 1 et 2.	Pas résolu : l'avis des conseils médicaux des hôpitaux individuels reste exigé.	Résolu
<ul style="list-style-type: none"> Rôle des directions médicales 	Résolu puisqu'il y a un seul médecin en chef par système de soins intégré, lequel porte la responsabilité finale. Le médecin en chef peut déléguer des compétences à d'autres médecins par établissement.	Pas résolu : nécessité d'une adaptation légale	Résolu
<ul style="list-style-type: none"> Retenues sur les honoraires des médecins 	L'harmonisation des régimes financiers est stimulée.	Pas résolu Pour harmoniser les statuts du médecin et le régime financier, un avis renforcé des conseils médicaux de chaque hôpital reste nécessaire.	Résolu
<ul style="list-style-type: none"> Mobilité du personnel 	L'échange de médecins et d'autres membres du personnel (de soins) est plus simple puisqu'ils travaillent pour une seule et même organisation. Les mêmes réglementations et conditions sont dès lors d'application (en tenant compte de la CCT n°32bis – voir section 3.3.5).	Pas résolu. Il y a une exception : un réseau (organisation sans but lucratif) dont le seul objet statutaire est l'échange de personnel.	Résolu. La nouvelle organisation peut engager tant des indépendants que du personnel salarié. Lorsque tout le personnel des hôpitaux participants est transféré dans la nouvelle organisation, la CCT n°32bis s'applique ; si seule une partie du personnel passe dans la nouvelle organisation, le régime de rupture des contrats de chaque hôpital individuel sera d'application.



Agrément et répartition des activités	Résolu	Pas résolu L'agrément est maintenu au niveau de l'hôpital. Il est cependant possible de subordonner l'agrément d'un hôpital à la participation à un réseau, ce qui requiert une base légale pour le réseau. Cela n'empêchera toutefois pas la compétition au sein d'un même réseau (et le risque de fragmentation des services et fonctions).	Résolu
Octroi et paiement du budget hospitalier	Résolu	Pas résolu	Résolu (mais exige une adaptation de la loi afin qu'un BMF puisse être alloué à une initiative de collaboration autonome). Une condition préalable est également d'avoir un financement davantage lié aux pathologies.
TVA	Résolu si le système de soins intégré est une organisation sans but lucratif.	Le réseau coordonné doit respecter les nouvelles règles en matière de TVA et les nouvelles règles relatives à « l'association de frais » (introduites le 1 ^{er} juillet 2016).	Résolu puisque l'initiative de collaboration autonome forme une organisation unique.
Données et respect de la vie privée			
• Responsabilité dossier du patient	Système de soins intégré	Hôpitaux individuels ou à régler via un nouveau cadre légal à créer.	Initiative de collaboration autonome
• Responsabilité droits du patient et prestation des soins	Système de soins intégré	Hôpitaux individuels ou à régler via un nouveau cadre légal à créer.	Initiative de collaboration autonome



5. UN CADRE CLAIR QUI SOUTIENT DE NOUVELLES FORMES DE COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX

Pour pouvoir offrir un cadre stable au développement d'un paysage hospitalier tourné vers l'avenir, les modèles de collaboration et de structures de gouvernance proposés doivent être solidement fixés dans la Loi sur les hôpitaux, dont la dernière grande réforme date déjà de 1987. L'inscription dans la Loi sur les hôpitaux n'est toutefois qu'une des mesures nécessaires pour mener avec succès la répartition des activités et la coordination des soins.

Les participants aux tables rondes ont insisté sur le fait qu'un cadre stratégique clair est nécessaire pour stimuler une collaboration plus fondamentale entre les hôpitaux et pour créer un paysage hospitalier stable, p.ex. via la programmation de procédures onéreuses et/ou complexes, via des normes d'agrément avec exigences minimales en termes de volume et via la limitation du financement de services spécialisés à des centres spécifiques.

En octobre 2016, le Plan d'Approche de la ministre a été concrétisé dans une note stratégique. La finalité de cette note, dont les grands principes sont énumérés dans le Cadre 7, est précisément d'offrir un tel cadre stratégique. Notons ici que le terme « réseau » repris dans la note stratégique doit être plus largement interprété que le terme « réseau coordonné » tel qu'utilisé dans notre étude.

Cadre 7 – Principes de la vision stratégique provisoire de la ministre (octobre 2016)

- Le paysage des soins se compose de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, qui couvrent chacun environ 400 000 à 500 000 habitants (ou patients potentiels), ce qui donnerait pour la Belgique environ 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.
- Les partenaires dans les réseaux locorégionaux sont des hôpitaux (et non des fonctions hospitalières, des services hospitaliers, des programmes de soins, etc.).
- Chaque réseau locorégional propose des missions de soins générales et spécialisées (mais pas nécessairement chaque hôpital du réseau).
- Des réseaux de référence sont mis en place pour des collaborations supra-régionales, à savoir des missions de soins qui ne sont pas proposées dans chaque réseau locorégional.
- Les partenaires d'un tel réseau de référence sont les réseaux locorégionaux et l'hôpital qui propose la mission de soins. Les hôpitaux qui proposent des missions de soins à un niveau supra-régional sont appelés « points de référence ».
- L'implication des médecins sera organisée au niveau des réseaux.
- Le champ de la programmation (*evidence-based*) est étendu. La programmation se fera au niveau national. Les résultats de la programmation seront appliqués aux entités fédérées au moyen d'une formule de répartition.



Combinaison des trois modèles, qui évoluent dans le temps

Si les participants aux tables rondes ont jugé nécessaire de mettre en place un cadre stratégique pour une plus grande collaboration, tous ont aussi estimé que le secteur devait disposer d'une liberté suffisante pour choisir lui-même les formes de collaboration et les structures de gouvernance les plus appropriées. La législation doit être suffisamment flexible pour permettre les trois formes de collaboration présentées dans le rapport. Selon la phase dans laquelle se situe le rapprochement entre les hôpitaux, c'est l'un ou l'autre de ces modèles qui s'avère le plus approprié. Cette flexibilité correspond également à la manière dont le système belge des soins de santé a été mis sur pied par le passé. Le fait que les pouvoirs publics proposent des contours précis pour la réforme, avec des objectifs correspondants, tout en laissant une flexibilité suffisante au secteur pour le développement opérationnel, permet d'éviter une rupture trop forte avec ce passé. C'est important si l'on veut éviter de mettre en péril la portée de la réforme.

Ainsi, un modèle de réseau coordonné peut être très pratique pour le démarrage d'une collaboration, parce que l'engagement pris entre partenaires est encore peu intense. Si la collaboration se développe et qu'une plus grande confiance mutuelle s'instaure, on peut évoluer vers un système de soins intégré. L'initiative de collaboration autonome peut constituer une étape intermédiaire entre un réseau coordonné et un système de soins intégré. Des hôpitaux peuvent développer ensemble - au sein d'un champ limité - de nouvelles initiatives. Ce modèle permet en effet de proposer des soins innovants et très spécialisés, ce qui améliore la qualité des soins et/ou réduit les frais. Des hôpitaux peuvent développer ensemble un programme de soins complet en cardiologie, par exemple. Si le nombre de programmes de soins augmente et que les partenaires en arrivent à collaborer pour la majorité des soins, ils peuvent décider de constituer un système de soins intégré.

Dans chacun des modèles, il faudra tenir compte de l'apparition de grandes associations de médecins (« sociétés »), qui représentent des médecins de différents hôpitaux. Les collaborations entre hôpitaux devront s'adapter à cette nouvelle réalité ; elles devront conclure des conventions avec ces associations de médecins et en assurer le suivi.

Lorsque plusieurs formes de collaboration se combinent, différentes structures de gouvernance peuvent également être mises en œuvre. La structure de gouvernance d'un réseau coordonné avec délégation de pouvoirs peut ainsi être combinée à la structure d'une initiative de collaboration autonome attachée à des hôpitaux. Dans ce cas, le comité de réseau (ou une délégation de celui-ci) assume le rôle du CA dans l'initiative de collaboration autonome.

Maintien du groupement et de l'association pour une transition souple

Dans le souci d'opérer une transition souple vers les nouveaux modèles et de garantir une continuité et une sécurité juridique, il est préférable de maintenir (temporairement) la législation actuelle en matière d'associations et de groupements.

Collaborations supra-régionales

Pour les soins qui sont prestés par un nombre limité d'hôpitaux (p.ex. dans le cas d'affections rares ou dans le cas de soins spécialisés ou onéreux prestés par un point de référence), on pourrait opter pour le modèle de l'initiative de collaboration autonome ou du réseau coordonné. Toutefois, ces formes de collaboration sont peut-être (et même probablement) trop poussées et trop compliquées pour les soins qui sont prestés par un nombre très limité d'hôpitaux (1 à 2) et pour lesquels une interaction n'est pas nécessaire entre les hôpitaux qui adressent les patients. Dans ce cas, la conclusion d'accords contractuels bilatéraux est peut-être plus adaptée, sur la base d'un contrat-type proposé par le point de référence.

Autorité de la concurrence

À l'instar des exemples observés à l'étranger, une autorité belge de contrôle de la concurrence en matière de soins de santé pourrait aussi être constituée ; une demande d'approbation devrait lui être adressée au préalable (voir également 4.1.3). En effet, une collaboration locorégionale entre hôpitaux prenant la forme d'un système de soins intégré pourrait donner naissance à un monopole, ce qui réduirait trop fortement le choix du patient. Dans ce cas, l'autorité de la concurrence pourrait limiter le champ et la grandeur d'échelle du système de soins intégré.



Conditions complémentaires pour une bonne collaboration et une bonne répartition des activités

Si les trois formes de collaboration proposées (et surtout le système de soins intégré et l'initiative de collaboration autonome) peuvent stimuler la collaboration et la répartition des activités entre hôpitaux, une simple adaptation de la Loi sur les hôpitaux ne suffira pas pour atteindre cet objectif. D'autres instruments de gestion dont disposent les pouvoirs publics au niveau macro, comme la programmation, l'agrément et le financement, ont également un rôle important à jouer. Ainsi, la programmation de services médicaux et de fonctions médicales est rarement utilisée pour empêcher la fragmentation de l'offre de soins. Le système actuel de paiement par prestation et l'attribution du budget hospitalier ne favorisent pas non plus la répartition des activités. Des adaptations au niveau du financement des hôpitaux et l'élargissement des applications de la programmation sont nécessaires et font également partie des plans de réforme du paysage des soins et du financement des hôpitaux.¹

Un autre instrument auquel peut recourir le législateur pour mettre en place des collaborations est d'imposer légalement des critères d'agrément pour les collaborations, et notamment un critère de distance. La plupart des stakeholders ont d'ailleurs estimé que les collaborations devaient également reposer sur une logique géographique, ce qui constitue un défi pour le législateur. En effet, dans certaines associations historiquement constituées, les hôpitaux sont parfois séparés par de grandes distances. Mais pour d'autres stakeholders, une culture similaire et une motivation à collaborer ont été jugées plus importantes que la proximité géographique. Une longue distance entre hôpitaux peut toutefois causer des problèmes de qualité et d'efficacité et entraver, par exemple, une bonne répartition des activités.

Collaboration entre plusieurs niveaux de pouvoirs publics

Le partage des compétences entre les différents niveaux de pouvoirs rend les collaborations entre eux indispensables. Le pouvoir fédéral est compétent pour la législation organique, dont fait partie la Loi sur les hôpitaux. La fixation et le suivi des critères d'agrément des hôpitaux (en ce compris les critères d'agrément des services médicaux, des fonctions médicales et des programmes de soins) relèvent de la compétence des entités fédérées. La nécessité d'une concertation et d'une harmonisation de la politique menée par les différents pouvoirs s'impose d'autant plus quand d'autres organisations de soins, comme les maisons de repos et les centres de santé mentale, sont impliquées dans les collaborations.

Gouvernance et leadership

La simple constitution des nouveaux modèles ne suffira pas à assurer une bonne collaboration et une bonne répartition des activités. Il faudra également tenir compte des éléments suivants :

- *Principes de bonne gouvernance.* Dans cette étude, nous avons défini une collaboration comme un partenariat entre organisations poursuivant un même objectif et menant une stratégie commune pour atteindre cet objectif. Seule une collaboration faisant l'objet d'une gestion efficace – laquelle peut être jugée sur la base de la réalisation des objectifs – mène à des soins qualitatifs et performants en termes de coûts. Les principes de bonne gouvernance (p.ex. transparence, obligation de justification, participation, intégrité, capacité) doivent être respectés, tant au niveau de la collaboration qu'au niveau des établissements individuels. La surveillance du respect de ces principes peut être reprise dans des systèmes existants d'accréditation à l'échelle de l'hôpital. Jusque maintenant, des systèmes d'accréditation comme NIAZ-QMentum et JCI se focalisent essentiellement sur la « gouvernance interne » de l'hôpital. Le glissement qui s'opère dans le paysage des soins – d'hôpitaux individuels vers des collaborations structurelles – exige que ces systèmes d'accréditation s'adaptent et évaluent également la qualité des collaborations (en ce compris la gouvernance).



- *Alignement des objectifs des organisations individuelles sur les objectifs de l'association.*
- Investissement dans un *leadership*, par la formation et l'attraction de managers et d'administrateurs compétents.
- *Participation de tous les stakeholders pertinents.* Plusieurs études démontrent qu'une participation de professionnels de la santé (médecins et autres) est nécessaire pour mener à bien la gouvernance. D'autres stakeholders doivent également pouvoir participer à la gestion, comme par exemple les patients.
- *Harmonisation des structures de gouvernance et des mécanismes de macrogouvernance.* Les structures de gouvernance (à savoir les trois nouveaux modèles proposés) doivent prendre en compte les mécanismes de gouvernance qui interviennent au niveau macro. Le système belge des soins de santé est caractérisé par la combinaison d'un modèle de concertation avec des interventions des pouvoirs publics (via la programmation, l'agrément, le financement). Pour veiller à ce que le secteur dispose des moyens nécessaires pour les réformes qui s'annoncent, il est important de respecter cet équilibre. Cela signifie qu'au sein d'un cadre politique précis, une place doit être accordée à la flexibilité pour concrétiser la réforme.
- *Qualité des soins.* L'obligation de justification dans les soins de santé ne recouvre pas uniquement la répartition des activités et la maîtrise des coûts, mais certainement aussi la qualité des soins. C'est pourquoi, au-delà du suivi des coûts, les autorités doivent surveiller la qualité des soins pour évaluer la performance des collaborations.



■ RECOMMANDATIONS ^a

À la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

- Dans le cadre de l'exécution du Plan d'Approche pour la réforme du financement hospitalier, il est recommandé d'intégrer dans la Loi actuelle sur les hôpitaux trois nouvelles formes de collaboration (système de soins intégré, réseau coordonné et initiative de collaboration autonome) avec, pour chaque forme de collaboration, un modèle de gouvernance qui :
 - offre un cadre capable de stimuler une répartition des activités et une collaboration entre hôpitaux (et autres organisations de soins) ;
 - donne au secteur une certaine flexibilité pour faire correspondre le modèle de gouvernance à l'objectif de la forme de collaboration ainsi qu'au nombre et au type de partenaires ;
 - prévoit une implication des médecins au niveau de la collaboration.

Pour plus de détails au sujet des nouvelles formes de collaboration recommandées, voir plus loin « Aperçu des modèles recommandés ».

- De nouvelles associations ou de nouveaux groupements ne devraient plus être autorisés, mais dans un souci de préserver la sécurité juridique, les formes de collaboration existantes (association/groupement) devraient pouvoir être conservées provisoirement.
- Pour faciliter la réalisation des objectifs précités, les aspects suivants de la législation doivent être adaptés :
 - Les comités spécifiques à l'hôpital (p.ex. comité pharmaceutique médical, comité de transfusion, comité éthique) devraient pouvoir être organisés aussi au niveau des collaborations entre hôpitaux.
 - Les médecins qui sont occupés dans plusieurs hôpitaux ne devraient pas perdre de droit de vote pour la composition du conseil médical (AR du 10 août 1987).
 - Les médecins en chef et les chefs de services médicaux devraient pouvoir assumer cette tâche dans plusieurs hôpitaux, comme déjà prévu actuellement dans la législation sur les groupements d'hôpitaux.

^a Le KCE reste seul responsable des recommandations.



- **Conditions préalables et recommandations pour un nouveau cadre législatif :**
 - Une instance qui peut jouer le rôle d' « autorité de la concurrence » en matière de soins de santé devrait être identifiée ou constituée pour veiller à ce que la liberté de choix du patient ou du médecin ne soit pas trop limitée dans le cadre de la création de nouvelles formes de collaboration.
 - Les critères de distance actuellement repris dans la législation sur les groupements et fusions d'hôpitaux devraient être remplacés par de nouveaux concepts (p.ex. le nombre d'habitants d'une région géographique homogène à laquelle s'adresse la collaboration), qui serviraient de base pour redessiner le paysage hospitalier.
 - Des exigences de qualité devraient être définies pour tester la performance d'une future collaboration et pour l'évaluer après sa constitution.
 - Dans les nouvelles formes de collaboration, les responsabilités en matière de gestion des données et de respect de la vie privée doivent être clairement définies.
 - Le budget de moyens financiers devrait pouvoir être davantage délimité par pathologie, type de prestation ou programme de soins, afin de permettre une transition en toute transparence vers des initiatives de collaboration autonomes.
 - Pour les relations entre les formes de collaboration et les points de référence externes pour les problématiques rares et complexes, des conventions *sui generis* doivent être prévues, puisqu'il ne doit pas nécessairement exister une relation entre les entités référentes. Les hôpitaux peuvent toutefois décider de se tourner vers une des nouvelles structures de gouvernance proposées dans le présent rapport pour les fonctions de référence dans lesquelles il y a une collaboration réciproque entre les entités référentes (p.ex. si une politique de qualité commune est indiquée).

Aux coupoles hospitalières et au secteur hospitalier

- Dans une première phase, il est recommandé de commencer par une collaboration exclusivement entre hôpitaux, afin de parvenir à des accords sur la répartition des fonctions générales et spécialisées par zone géographique.
- Dans le cadre des projets pilotes liés au déploiement du plan de soins intégré pour les malades chroniques, il est recommandé que l'interaction entre les gouvernances locorégionales et les collaborations entre hôpitaux soit prise en compte.
- Lors de la mise en œuvre d'une forme de collaboration, il faut rechercher le modèle qui correspond le mieux aux objectifs de répartition des activités et de collaboration :



- Un *réseau coordonné* est recommandé à titre d'étape vers un *système de soins intégré* pour une collaboration locorégionale autour de fonctions hospitalières générales et spécialisées. Durant la période transitoire, il est recommandé de combiner le *réseau coordonné* à des *initiatives de collaboration autonomes* pour des programmes de soins ou des services bien définis (d'un point de vue clinique, légal, budgétaire).
- Il est plaidé pour la rédaction d'une charte reprenant des principes de « bonne gouvernance » pour la collaboration entre hôpitaux, dont un engagement à (notamment) :
 - éviter que des conflits d'intérêts n'entravent une bonne collaboration et une bonne répartition des activités entre hôpitaux (p.ex. procédure de nomination des membres du conseil d'administration, administrateurs indépendants, etc.) ;
 - préserver le caractère opérationnel des structures de gouvernance en n'augmentant pas inutilement le nombre de membres ;
 - professionnaliser les organes de gouvernance ;
 - garantir que les stakeholders des organisations individuelles de la collaboration (p.ex. organes consultatifs avec des représentants des patients) conservent une voix dans la politique de l'ensemble.

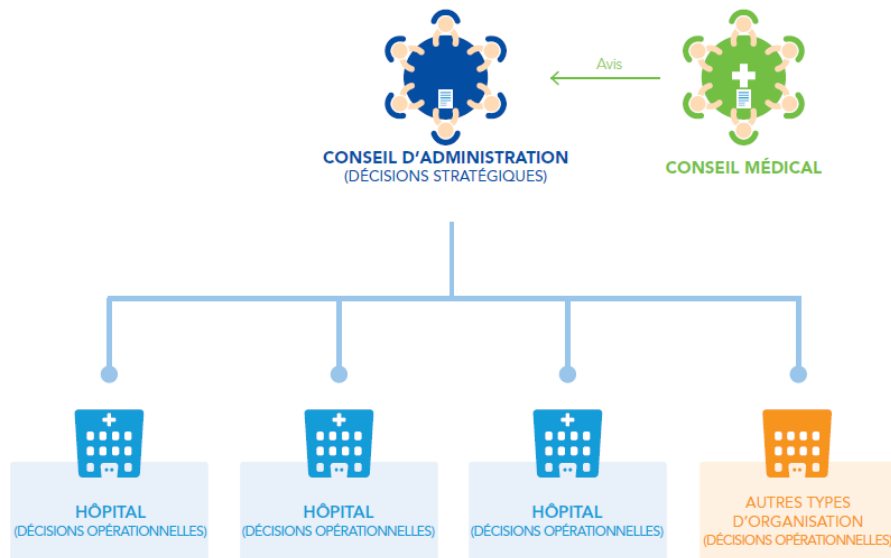
Aux entités fédérées

Les critères d'agrément actuels des hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières, programmes de soins et formes de collaboration spécifiques à une pathologie doivent être alignés sur les nouvelles formes de collaboration.



■ APERÇU DES MODÈLES RECOMMANDÉS

Système de soins intégré (sous-modèle 1)

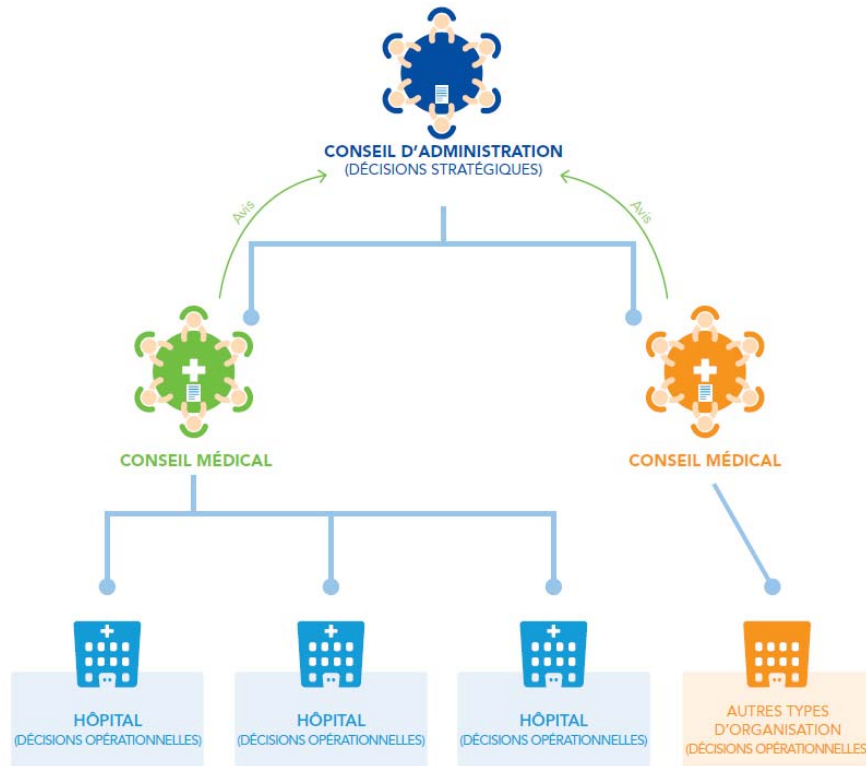


Un **système de soins intégré** a le modèle de gouvernance suivant :

- La responsabilité finale et la responsabilité des objectifs stratégiques du système de soins intégré incombent au conseil d'administration du système de soins intégré. La gestion journalière est entre les mains d'un comité de direction couple.
- La transposition des décisions stratégiques en décisions opérationnelles est exécutée dans chaque hôpital par une direction opérationnelle.
- Les agréments et le financement des hôpitaux, des services hospitaliers et des fonctions hospitalières doivent être confiés à la personne morale qui exploite le système de soins intégré.
- Pour la fonction consultative du conseil médical, deux possibilités sont prévues :
 - Un conseil médical commun pour le système de soins intégré.



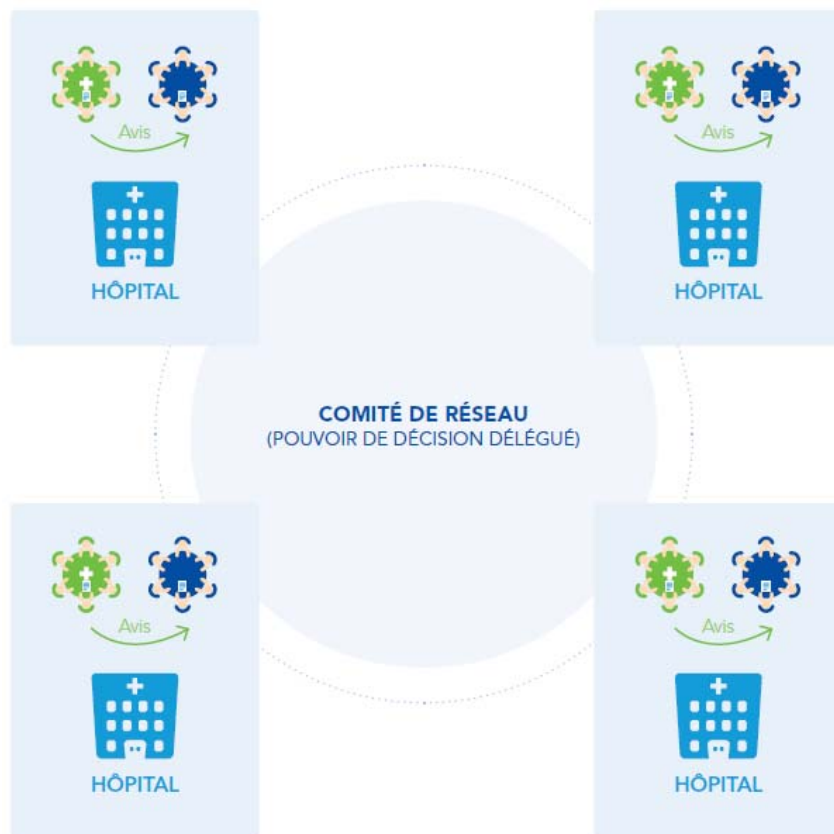
Système de soins intégré (sous-modèle 2)



- Un conseil médical commun par secteur (p.ex. un conseil médical distinct pour tous les hôpitaux généraux et pour tous les hôpitaux psychiatriques). Ceux-ci donnent des avis au conseil d'administration du système de soins intégré.



Réseau coordonné

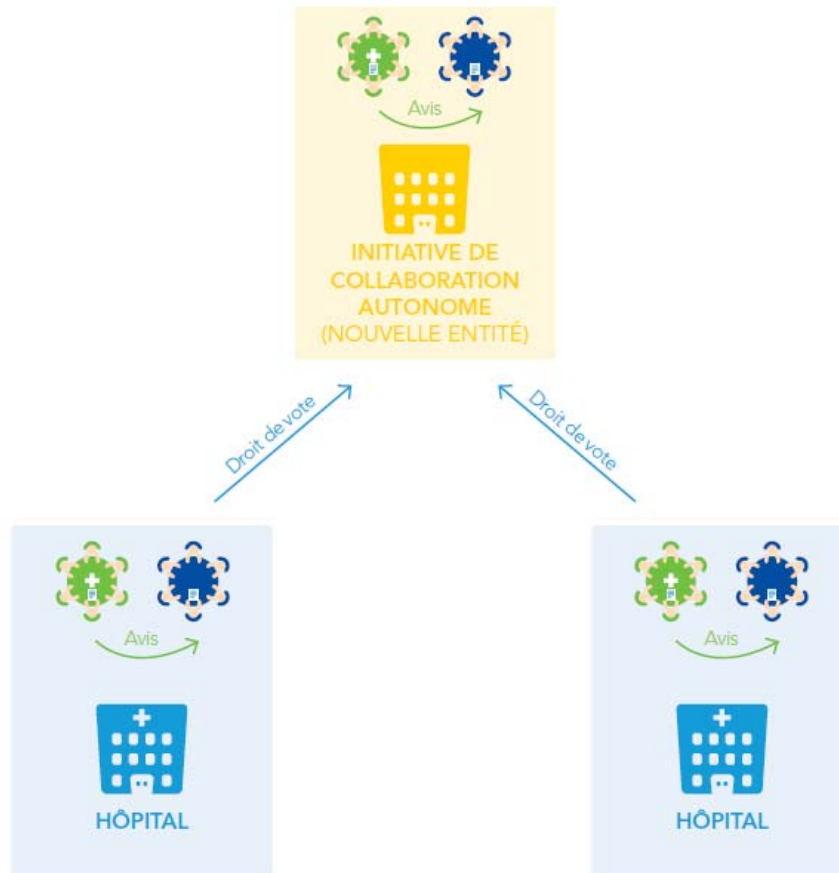


Un réseau coordonné a le modèle de gouvernance suivant :

- Un comité de réseau, composé d'une représentation des médecins, de la direction et des administrateurs, détient un pouvoir de décision pour ce qui concerne les activités du réseau coordonné, sans qu'un retour formel soit nécessaire vers les comités concernés dans les hôpitaux participants.
- La structure de gouvernance des partenaires individuels (gestionnaire, direction, conseil médical) subsiste, mais délègue des pouvoirs au comité de réseau. Ces pouvoirs sont explicitement mentionnés dans le contrat de constitution du réseau coordonné ou dans les statuts de la personne morale du réseau coordonné. Les dispositions du Titre IV de la Loi actuelle sur les hôpitaux doit être respectée à cet égard.
- Les agréments et le financement d'hôpitaux, de services hospitaliers et de fonctions hospitalières ne sont pas attribués aux réseaux coordonnés. Dans les normes d'agrément d'hôpitaux, de services hospitaliers et de fonctions hospitalières, la « participation » à un réseau coordonné peut être postulée comme exigence minimale.



Initiative de collaboration autonome



Une **initiative de collaboration autonome** a le modèle de gouvernance suivant :

- L'initiative de collaboration autonome porte la responsabilité finale. Un lien permanent avec les hôpitaux fondateurs via un droit de vote dans les organes administratifs est toutefois recommandé.
- Un propre conseil médical, conformément à la nouvelle législation sur les hôpitaux
- Un propre conseil d'administration, conformément à la législation régissant la personne morale concernée
- Une propre gestion journalière
- L'agrément et le financement d'hôpitaux, de services hospitaliers et de fonctions hospitalières sont accordés à l'initiative de collaboration autonome.
- Pour rendre une telle initiative de collaboration possible, l'application de la Loi actuelle sur les hôpitaux doit être élargie ou un système de normes spécifique doit être développé.
 - Dans le premier scénario, on peut s'inspirer de la législation existante en matière d'hôpitaux catégoriels.
 - Dans le deuxième scénario, de nouvelles règles peuvent être édictées à partir de l'article 81 de la Loi actuelle sur les hôpitaux pour les services qui doivent intervenir dans ou en dehors de l'hôpital.
- Si certains programmes de soins et/ou services sont organisés via une « initiative de collaboration autonome », il faudra veiller à ce que les hôpitaux continuent à répondre à la définition juridique d'un hôpital.



■ RÉFÉRENCES

1. Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Plan d'approche - Réforme du financement des hôpitaux. 2015. Available from: http://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/News/2015/fr/Plan_d_approche_Reforme_Financement_Hopitaux_Commission_SP_20150428.pdf
2. Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, M.B. 7 novembre 2008.
3. Eeckloo K. Hospital Governance in Vlaanderen: Exploratieve studie in internationaal perspectief. Leuven: 2008. Doctoral Dissertation Available from: <http://hdl.handle.net/1979/2612>
4. Yu S, Chen M. Performance impacts of interorganizational cooperation: a transaction cost perspective. *Service Industries Journal*. 2013;33(13-14):1223-41.
5. Provan K, Kenis P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*. 2008;18(2):229-52.
6. Arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical en exécution des articles 24, 25 et 26 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, M.B. 18 août 1987.
7. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf



COLOPHON

Titre :	Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse
Auteurs :	Kaat De Pourcq (UZ Gent & UGent), Melissa De Regge (UZ Gent & UGent), Stefaan Callens (KU Leuven & Advocatenkantoor Callens), Mathilde Coëffé (Advocatenkantoor Callens), Liesbeth Van Leuven (Advocatenkantoor Callens), Paul Gemmel (Universiteit Gent), Koen Van den Heede (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Kristof Eeckloo (UZ Gent & UGent)
Coordinateur de projet :	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Redaction synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Raf Mertens (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Irm Vinck (KCE)
Experts externes :	Filip Dewallens (Dewallens & Partners, KU Leuven), Guy Durant (emeritus Cliniques universitaires Saint-Luc & Université catholique de Louvain), Pierre Gillet (CHU de Liège, Université de Liège), Dirk Ramaekers (Jessa Ziekenhuis & KU Leuven), Stéphane Rillaerts (Institut Jules Bordet)
Stakeholders :	Wim Allemeersch (AZ Sint-Rembert), Filip Ameye (AZ Maria Middelaes), Philip Ardies (AZ Sint Jozef Malle), Gilbert Bejjani (Association Belge des Syndicats Médicaux, ABSYM), Dirk Bernard (AZ Sint-Lucas Brugge), Sylvie Brichard (Clinique Notre-Dame de Grâce), Laurent Collignon (CHR de la Citadelle), Ivo Corthouts (AZ Sint-Blasius), François Burhin (Epicura), Françoise Clément (Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique, FHPB), Nabil Daouid (CHU de Charleroi), Peter De Becker (vzw Emmaüs), Chantal De Boevere (Raad Van Universitaire Ziekenhuizen van België, RUZB), Francis de Drée (CHU Brugmann), Wouter De Ploey (ZNA), Nathalie De Wever (AZ Sint-Augustinus Veurne), Marc Decramer (UZ Leuven), Niko Dierickx (AZ Sint-Lucas Brugge), Michelle Dusart (CHU Saint-Pierre), Jean-Pierre Genbauffe (Centre Hospitalier de Wallonie Picarde), Henri Germanos (Vivalia), Elke Haest (Sint-Maria Halle), Caroline Herrijgers (Domus Medica), Aline Hotterbeex (UNESSA), Patrick Itterbeek (Sint-Trudo Ziekenhuis), Philippe Jorens (Universitair Ziekenhuis Antwerpen), Jean-Paul Joris (Clinique St-Luc Bouge), Axel Kerkhofs (Sint-Maria Halle), Peter Lauwyck (Sint-Andries Tielt), Benoît Libert (Sainte-Elisabeth Namur), Jean-Marie Limpens (CHR Mons-Hainaut), Frank Lippens (Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze), Andy Iudicello (AZ Sint-Dimpna Geel), Michel Mahaux (Santhea), Georges Mairesse (Vivalia), Ludo Marcelis (AZ Delta), Renaud Mazy (Cliniques universitaires Saint-Luc), Stéphan Mercier (Groupe Jolimont & UNESSA), Ilke Montag (Imelda Ziekenhuis), Marc Noppen (UZ Brussel), Paul d'Otreppe (Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux), Johan Pauwels (AZ Heilige Familie), Karel Peeters (AZ Herentals), Geert Peuskens (Agentschap Zorg & Gezondheid), Dominique Piette (CHR Sambre & Meuse), Sebastian Spencer (Clinique Saint-Jean), Turgay Tuna (Hôpital Erasme), Christine Van Der Heyden (Agentschap Zorg & Gezondheid), Katrien Van Gerven (Heilig Hart Leuven), Edwin Van Laethem (Clinique Saint-Jean), Jacques van Rijckevorsel (Cliniques universitaires Saint-Luc), Marc Van Uytven (OLV Ziekenhuis Aalst), Dirk Vandenbussche (AZ Alma), Joost Vastenavondt (AZ Jan



	Portaels), Pascal Verdonck (AZ Maria Middelaes), Peter Verhulst (AZ Damiaan), Frank Weekers (AZ Turnhout), Inge Wouters (AZ Jan Portaels)
Validateurs externes :	Patrick Kenis (Tilburg University & WU Vienna University of Economics and Business), Lutgart Van den Berghe (Vlerick Business School & GUBERNA), Matthias Wismar (European Observatory on Health Systems and Policies)
Remerciements :	Nous voulons remercier Olivier Camaly et Peter Willen de Möbius pour modérer les tables rondes. Nous voulons aussi remercier les participants des études de cas nationales et internationales pour leur collaboration: vzw Emmaüs, Vivalia, Iridium kankernetwerk, Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven (VZN), Réseau Zenith, Klinik Sankt Joseph, Centre Hospitalier Chrétien (CHC), Sankt Nikolaus Hospital, Southern Region of Denmark, Intermountain Healthcare (United States), Oncological network for the Area Vasta della Romagna (Italy), Embraze Kankernetwerk (the Netherlands).
Autres intérêts déclarés :	Tous les experts consultés dans ce rapport ont été sélectionnés pour leur implication dans la gouvernance des hôpitaux. Par conséquent, ils peuvent avoir des intérêts potentiels de différentes natures liés au sujet principal du rapport.
Infographie :	Julien Ligot (Fedopress), Stéfan Tiereliers (Fedopress)
Layout :	Ine Verhulst
Disclaimer :	<ul style="list-style-type: none">• Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.• Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.• Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).• Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.
Date de publication	11 janvier 2017 (2nd edition; 1st edition: 16 décembre 2016)
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Decision Making, Organizational; Multi-Institutional Systems
Classification NLM :	WX 157.4
Langue :	Français



Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2016/10.273/90
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

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. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 277Bs. D/2016/10.273/90.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.