

Comment maîtriser les risques dans  
les Réseaux Hospitaliers loco-régionaux ?

**Evolution, tendances et impacts des RCL**  
**Le cas du Réseau Hospitalier Namurois**  
**2020-2023**

Stéphane Rillaerts

Directeur Général CHR Sambre et Meuse

Chargé de cours Solvay Brussels School - Ecole de Santé Publique - ULB

# 1. Les Réseaux Hospitaliers - aux origines

« Pourquoi ne pas faire travailler les hôpitaux ensemble ? »

- 2014: Déclaration gouvernementale (M. De Block)
- 02/2019: Loi sur les réseaux
- Fin 2019: Proposition d'un « projet médical de réseau » - REJET par 3 Conseils Médicaux
- 01/2020: Création de l'ASBL « RHN »
- 03/2020: COVID....
- 04/2020: Mise en place des instances (CA, BCA)
- 04/2020: Premier projet: communication sur le COVID
- 08/2020: Première note méthodologique - REJET: pas d'approbation par 2 CA

# 1. Les Réseaux Hospitaliers - aux origines

« Pourquoi ne pas faire travailler les hôpitaux ensemble ? »

- 08/2020: Décision de travailler par projet
- 09/2020: Décision d'acquérir un DPI
  - Unique ou commun ?
  - LC 10/08/2008 Art. 20. § 1er. « (...) à cet effet, il faut, entre autres, tenir à jour pour chaque patient un dossier médical ; ce dossier est conservé à l'hôpital. En outre, un enregistrement interne doit être mis sur pied à l'hôpital. (...) »
  - Même logiciel, mais bases de données par hôpital

# 1. Les Réseaux Hospitaliers - aux origines

« Pourquoi ne pas faire travailler les hôpitaux ensemble ? »

- 2021: Engagement d'un coordinateur temps plein
- 2021: Projet HIV: projet préexistant intégré dans le RHN
- 2021: Note méthodologique spécifique au DPI - pas d'approbation par les CA
- 10/2021: Projet HOST - Refus d'un hôpital
- 2022: Projet hématologie: 1<sup>er</sup> projet médical - approuvé par les CA et les CM
- 2022: RETRAIT d'un hôpital du projet DPI
- 2023: RETRAIT du même hôpital du projet hématologie
- 10/2023: Séminaire stratégique: retour à la méthodologie....

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

Pourquoi cela ne fonctionne pas ?

Parce qu'il n'y a pas eu continuité politique ?

Parce que le financement n'est pas adapté ?

Parce que les gestionnaires sont de sombres conservateurs ?

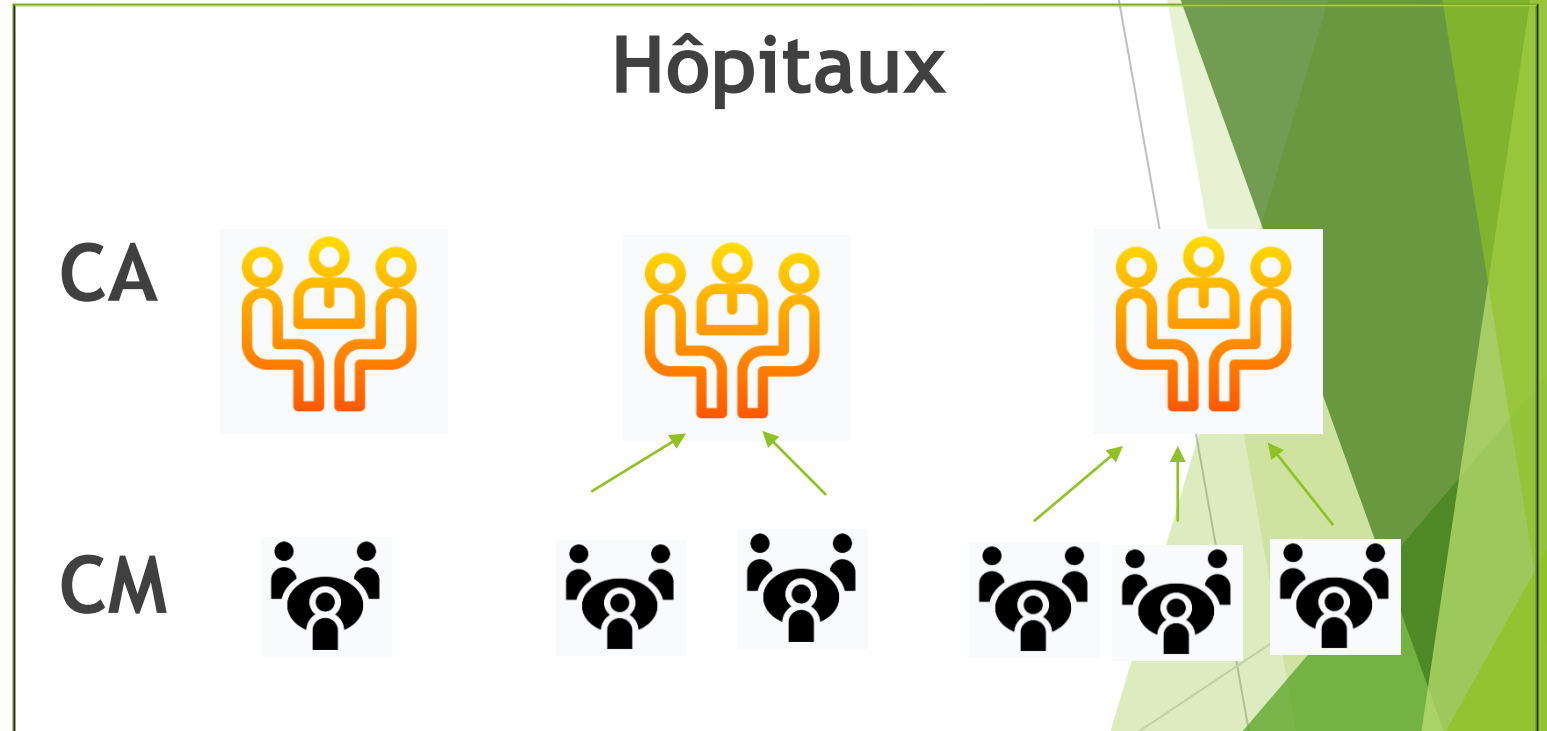
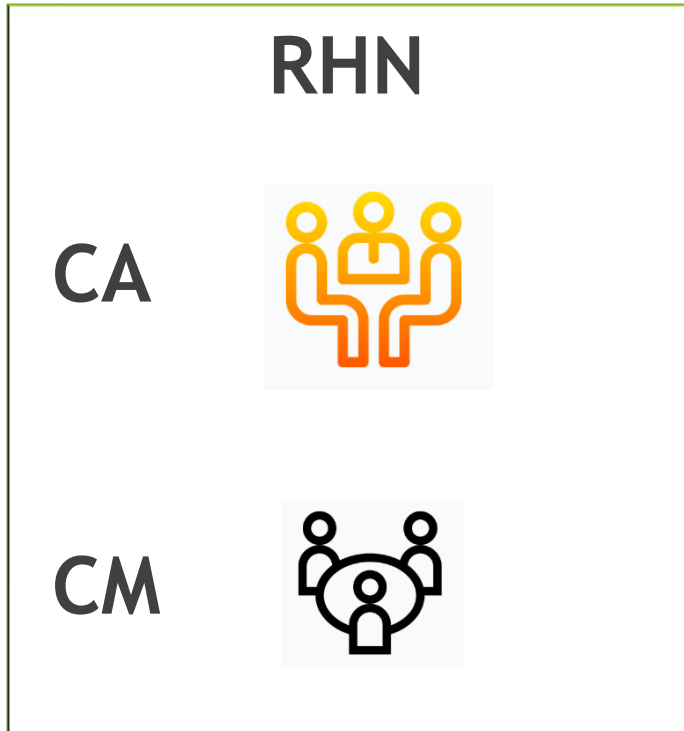
Parce qu'il y a « la peur du changement »?

Parce qu'il n'y a pas de sanction ?

ou... peut-être parce que ces réformes sont...  
incohérentes ?

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 1. Les structures



Qui décide ? Dans quel ordre ?

Comment sont interprétées les demandes d'avis au CM ?

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 1. Les structures

- Selon la loi, les décisions restent aux hôpitaux
- → Chaque CA doit se prononcer positivement sur une proposition
- → Chaque CA doit demander un avis à son (ses) CM
- → Chaque CM doit se prononcer de manière identique sur l'avis
- → Le CA du RHN doit se prononcer (avant ou après ?)

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 2. Les contradictions de la loi

Un « grand projet médical du Réseau »... mais chaque numéro d'agrément reste tenu d'avoir (loi sur les hôpitaux du 10/08/2008):

- chirurgie, médecine, bloc op, urgences, réa, labo, imagerie, pharmacie,...
- garde médicale dans 11 spécialités
- un dossier médical tenu par l'hôpital (responsabilité de l'information)
- Un Conseil Médical qui a toutes ses prérogatives
- Une direction médicale et une direction infirmière propres...



## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 2. Les contradictions de la loi

**Exemple: Normes des services d'urgences pour chaque hôpital:**

- ▶ Art. 10. § 1er. Le médecin qui assure la permanence doit au moins pouvoir faire appel à tout moment, et selon des modalités préétablies à :
  - ▶ 1° un médecin spécialiste en médecine interne;
  - ▶ 2° un médecin spécialiste en chirurgie;
  - ▶ 3° un médecin spécialiste en anesthésiologie et réanimation;
  - ▶ 4° un médecin spécialiste en radiodiagnostic;
  - ▶ 5° un médecin spécialiste en pédiatrie;
  - ▶ 6° un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique;
  - ▶ 7° un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique;
  - ▶ 8° un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie;
  - ▶ 9° un médecin spécialiste en ophtalmologie,
  - ▶ 10° un médecin spécialiste en psychiatrie ou neuropsychiatrie;
  - ▶ 11° un médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie.

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 2. Les contradictions de la loi

**Exemple: Normes pour l'installation d'un centre d'auto-dialyse :**

AR 27/11/1996 Art. 3 g) « La distance entre le centre mère et le service d'autodialyse collective ne peut être supérieure à la moitié de la distance entre le centre mère et le centre agréé le plus proche, mesurée suivant la direction dans laquelle se trouve la section d'autodialyse. Cette mesure ne vise que les centres créés postérieurement à la date de publication du présent arrêté » ;

- **Idem en: cardiologie, chirurgie cardiaque, radiothérapie, oncologie, PMA, ...**

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 3. Le temps....

#### RHN:

1 Assemblée Générale

- 8 CA par an

- 8 Bureau du CA par an

- un « comité exécutif », un Comité Médical, des comités de pilotages DG-DM, des collèges de DM, Groupes de travail, réunions des directions financières pour les comptes et les budgets

- un compte en banque, des statuts, un ROI, des Ordres du jour, des PVs....

➔ Et le casse-tête des agendas...

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 4. La responsabilité économique ? A l'« entreprise » hôpital... et pas au Réseau

- Le problème n'est pas tant le financement, mais la comptabilité: Chaque hôpital reste tenu à l'équilibre financier: par hôpital, un compte de résultats, un bilan, un engagement bancaire,...
- Les partages d'activité doivent être mesurés en termes d'impact financier pour chaque membre afin de garantir que les transferts soient « neutres » financièrement. Au moment 0, et à l'avenir... → usines à gaz comptables !
- Dès lors, si on veut créer un seul bilan → un seul gestionnaire → ce n'est plus un Réseau, mais une fusion multisitique → On en revient au projet Dehaene de 1987....

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

4. La responsabilité économique ? A l'« entreprise » hôpital... et pas au Réseau. Exemple:

- 3 hôpitaux dans le même Réseau
- Projet: de 3 services médicaux dans chaque hôpital
- → Mesure de la rentabilité de chaque activité
- → Mesure de l'activité induite (imagerie, biologie, revalidation,...)
- → Mesure de la rentabilité induite de chaque activité induite
- → Suivi de ces paramètres dans le temps pour compensation financière ???

## 2. Les Réseaux Hospitaliers - les risques

### 5. Comment gère-t-on les collaborations antérieures ?

- En cardiologie, radiothérapie, néphrologie, oncologie, PMA,... Il existe de nombreuses associations antérieures aux Réseaux, « à la carte ». Faut-il les maintenir ou les intégrer dans le Réseau ?
- Pour de nouveaux développements dans ces activités, faut-il respecter les accords antérieurs ou privilégier le Réseau ?
- Ne risque-t-on pas de déstabiliser des collaborations fructueuses ? Pour quelle alternative ?

# 3. Les Réseaux Hospitaliers - quel avenir ?

« Pourquoi ne pas faire travailler les hôpitaux ensemble ? »

02/2019: Loi sur les réseaux

Mais:

2014: Déclaration gouvernementale du gouvernement Michel

2005: Les associations « bassins de soins » (R. Demotte)

1997: Les associations hospitalières

1991: Les groupements hospitaliers

1989: Les fusions hospitalières...

### 3. Les Réseaux Hospitaliers - quel avenir ?

« Pourquoi ne pas faire travailler les hôpitaux ensemble ? »

1970: Belgique : 450 hôpitaux: monositiques, certains ont moins de 12 lits d'hospitalisation

1985: 300 hôpitaux

→ Réforme Dehaene: premières fusions contraintes

2015: 100 hôpitaux, tous de plus de 150 lits (2 exceptions)

2023: 23 Réseaux

.... ???



### 3. Les Réseaux Hospitaliers - quel avenir ?

« Pourquoi ne pas faire travailler les hôpitaux ensemble ? »

Aujourd'hui, où en est-on:

- 2 types de Réseaux: les projets de fusion et les autres
- → Les « autres » stagnent ou sont à l'arrêt
- → Les fusions ne seront plus des Réseaux...

## Les bassins de soins émergent

C'est une **nouveauté « révolutionnaire »** pour les gestionnaires d'établissements de soins. (...) La donne change fondamentalement, avec le nouvel arrêté : **un établissement pourra s'associer avec un autre hôpital, au sein d'un bassin de soins**, pour répondre aux conditions d'agrément qu'il n'aurait pu satisfaire seul... Les hôpitaux associés qui remplissent, ensemble, les conditions requises, seront autorisés à développer l'activité en question sur plusieurs sites.

Il s'agit, clairement, **d'intensifier la politique de concentration et de concertation**, au-delà des clivages historiques du secteur (hôpitaux publics contre hôpitaux privés, laïcs contre chrétiens, généraux contre universitaires...). Jusqu'à **réduire, voire supprimer, à terme, la concurrence stérile et dispendieuse** entre réseaux. Deux hôpitaux « concurrents » pourront ainsi **rassembler leurs forces pour atteindre, ensemble, les conditions requises pour le maintien, par exemple, d'un service pédiatrique.**

En plus de la zone de Bruxelles-Capitale, une douzaine de bassins de soins pourraient voir le jour en Wallonie. Les premières propositions de l'administration suggèrent de limiter l'étendue d'un bassin au territoire d'un arrondissement, sauf s'il compte moins de 150.000 habitants. C'est le cas, en Wallonie, des arrondissements d'Ath, Mouscron, Tournai, Huy, Waremme, Arlon, Bastogne, Marche, Neufchâteau, Virton, Dinant et Philippeville, qui seraient invités à constituer un bassin de soins en s'associant avec un (ou des) arrondissement(s) contigu(s)

## 5. Les Réseaux Hospitaliers - conclusion

3) Une « collaboration » saine contre une « concurrence absurde » ?

**Concurrence:** multiplication des équipements et des équipes médicales... Mais: liberté de choix du patient et émulation des producteurs

**Collaboration:** rationalisation « administrative » des équipements et des équipes médicales... Mais: patient (presque) captif et plus d'émulation

Merci de votre attention