

# Un tissu d'acteurs, d'organisations et de directives



Bart VAN DAELE

DIRECTEUR GÉNÉRAL  
UZ GASTHUISBERG  
KU LEUVEN  
bart.vandaele@uzleuven.be

La formation de réseaux dans le secteur des soins de santé trouve son origine dans l'essence-même des soins. Plus que dans n'importe quel autre secteur, plus qu'avec n'importe quel autre produit ou service, l'offre de soins médicaux est une donnée complexe que l'on peut de moins en moins circonscrire dans des schémas ou des interventions univoques.

Les soins concernent la guérison d'une souffrance particulière

d'une personne unique ayant sa propre constitution génétique, sa propre histoire et son propre environnement.

Dans la mesure où, dans un contexte de progrès scientifique et technologique croissant, on tient compte de tous les éléments différents liés à la maladie et au processus de guérison, on se dirige vers une spécialisation plus grande et, par conséquent, vers un triage, un échelonnage et une harmonisation des différents niveaux de soins pour aboutir à une seule prestation médicale globale.

Dans cette perspective, les soins de santé se transforment de plus en plus en un tissu d'acteurs, d'organisations et de directives où les patients sont pilotés pour, nous l'espérons, arriver via le bon trajet à la guérison, à la revalidation ou à la palliation. L'hôpital en tant qu'organisation peut aussi être considéré comme un tissu de ce type où chaque départementalisation, qu'il s'agisse de l'organisation de groupes professionnels ou de la réunion de services médicaux, sera toujours insuffisante face à la complexité et à la richesse de toutes les interactions rassemblées autour d'un patient au sein d'un programme de soins. Les tentatives visant à circonscrire cette complexité se sont principalement concentrées il y a quelques décennies sur la réalisation de l'hôpital en tant que forme organisationnelle intégrée au point d'intersection entre la direction et les médecins, ce qui a finalement abouti à une forme juridique dans l'actuelle législation sur les hôpitaux.

Pour contrer la fragmentation de l'offre de soins, nous avons assisté ces 25 dernières années à une vague de fusions afin de faire concorder au maximum l'offre de soins et les besoins du patient, tout au moins au sein d'une même région, indépendamment encore d'éventuels avantages d'échelle économiques.

Plus récemment, la procédure de soins en tant que telle a été centralisée, tant au niveau de la législation, par la création des programmes de soins, qu'à celui de la pratique de nombreux hôpitaux, où les chemins cliniques ont fait leur entrée.

Mais de cette façon, on a aussi compris que les programmes de soins ne peuvent jamais être ramenés à des structures

simples, ni en termes de bâtiments, ni en termes d'organisations, d'unités opérationnelles ou de comptabilité.

Et, dans cette optique, le développement de réseaux de soins n'est rien de plus qu'une nouvelle expression d'une tentative de délimitation des programmes de soins en trajets plus logiques pour des groupes de patients dans un ensemble plus vaste de dispositions.

## ON DISTINGUE PLUSIEURS TYPES DE RÉSEAUX :

1. Au sein d'une ville ou d'une région déterminée on peut créer une harmonisation entre l'hôpital local et, d'une part, la première ligne, organisée ou non en cercles de généralistes, et d'autre part des réseaux comme le PANAL (Réseau de soins palliatifs à domicile dans la région de Louvain). Ce type de collaboration est souvent soutenu par toutes sortes d'initiatives se rapportant à la politique pré- et postopératoire, aux urgences et aux formations continues.

2. Il peut exister au sein d'une région un peu plus étendue (à partir de 250.000 habitants) des hôpitaux et parfois des centres ambulatoires réunis dans des liens de collaboration plus vastes : collaborations contractuelles, groupements, participations dans les organes de gestion mutuels, gestion conjointe d'équipements séparés ou fusion complète. Chacune de ces formes de collaboration rencontre l'objectif d'une prestation de soins mieux intégrée et a en outre souvent aussi un certain nombre d'avantages d'échelle économiques, comme la réunion du savoir-faire, une logistique commune, ainsi qu'une harmonisation des pratiques médicales et administratives avec souvent aussi une composante de lobby envers l'institution financière (par ex. discussion à propos de l'imputation d'un matériel endoscopique). La forme choisie dépend de la situation locale, de l'histoire et des intentions des stakeholders les plus importants.

3. Au niveau de la Flandre par exemple, on a assisté au développement de réseaux dont la gestion est centralisée et qui visent des effets d'échelle en plus de la réalisation d'une vision commune (par ex. Broeders van Liefde en psychiatrie).

Il existe aussi des liens de collaboration entre hôpitaux dans un but d'harmonisation des flux de patients, de coordination de la formation des médecins spécialistes, et de collaboration dans le domaine de la recherche et du management (Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven). Caractéristique de cette dernière initiative, l'interaction, tant dans le domaine de la gestion que dans celui des conseils médicaux, implique une distinction avec les organisations de défense des intérêts existantes.

4. Les initiatives de collaboration au niveau international sont plutôt limitées et se situent principalement dans les zones frontalières (Genk, Bruges) autour de programmes de soins spécifiques.

À côté de cela, il existe des liens de collaboration entre hôpitaux universitaires surtout, tant sur le plan médico-scientifique que dans le domaine de la gestion et du policymaking.