



Réseaux hospitaliers

Comment faire décoller
les services partagés ?

Health Prospecting 2021



do your thing



Auteurs

Eduard Portella – Antares Consulting, Président
Oscar Día – Antares Consulting, Associé
Stéphane Le Grand – Antares Consulting, Senior Manager

Comité de rédaction

Olivier Helbot, Luc De Lat

Mise en page

Christel Widart - Orangefraxis

Remerciements

Koen Michiels - Administrateur délégué AZ Nikolaas (réseau MIRA)
Erwin Bormans - Directeur général Ziekenhuis Oost-Limburg (réseau Noord-Oost Limburg)
Rudy Van Ballaer - Directeur général AZ Herentals (réseau Kempen)
Pascal Verdonck - Président Conseil d'Administration AZ Maria Middelares (réseau E17)
Bart Pardon - Directeur général Imelda Ziekenhuis (réseau Briant)
Niko Dierickx - Directeur général AZ Sint-Lucas (Bruges) (réseau KOM)
Wim Robberecht - Directeur général UZ Leuven (réseau PLEXUS)
Marc Noppen - Directeur général UZ Brussel (réseau CUROZ)
Wouter De Ploey - Directeur général ZNA (réseau GZA-ZNA)
Kristof Eecklo - Membre Conseil d'Administration UZ Gent (réseau Gent)
Peter Lauwyck - Directeur général Sint-Andriesziekenhuis (réseau TRIaz)
Alain Javaux - Directeur général CHC Groupe Santé (réseau MOVE)
Gauthier Saelens - Directeur général GHDC (réseau Charleroi Metropole)
Didier Delval - Directeur général CHWAPI (réseau Phare)
Benoît Debande - Directeur général CHIREC (réseau CHORUS)
Philippe Leroy - Directeur général CHUSP (réseau CHORUS)
Hadewig de Corte - Directeur général Clinique Saint-Jean (réseau H.Uni)
Erich Brohon - Directeur médical CHRV (réseau ELIPSE)
Stéphan Mercier - Directeur général Pôle Hospitalier Jolimont (réseau Helora)
Benoît-Yves Libert - Directeur général CHU-UCL Namur (réseau Namur)

Date de publication : mars 2022

Réseaux hospitaliers Comment faire décoller les services partagés ?

Référence bibliographique

Toute utilisation de l'information contenue dans ce document qui viendrait à être citée devra se faire avec la référence bibliographique suivante :

« Antares Consulting. Health Prospecting 2021. Réseaux hospitaliers | Comment faire décoller les services partagés ? Bruxelles, ING Belgique, 2022 »

Préface

Tout comme 2020, 2021 a été une année compliquée, pour le secteur hospitalier en particulier. La pression s'est maintenue sur nos institutions hospitalières, non seulement en raison de la pandémie mais également pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé. Et cela, au prix des efforts d'un personnel courageux qu'une fois encore nous tenons à remercier très chaleureusement.

L'après Covid se profile enfin, et les priorités restent nombreuses. Parmi elles, la mise en place effective des **réseaux hospitaliers** dans leur configuration actée en 2021.

C'est donc aux réseaux hospitaliers, et plus particulièrement au déploiement des **services partagés** que nous avons décidé de consacrer cette nouvelle édition d'**Health Prospecting**, réalisée en partenariat avec Antares Consulting pour la cinquième année consécutive.

De très nombreux **représentants des réseaux belges** ont été consultés afin que leurs avis enrichissent la réflexion. Au départ de leurs constats et de l'analyse de la situation dans une sélection de pays similaires au nôtre, où elle trouve une inspiration qui peut nous être profitable, **Health Prospecting** propose un ensemble de **réflexions pour contribuer au débat**.

Nous remercions vivement chacun des intervenants pour leur précieuse contribution et leurs avis critiques, ainsi que tous ceux qui ont participé à la réalisation de cette étude par leur disponibilité active et constructive.

Bonne lecture !

Au nom de l'équipe Healthcare d'ING Belgique,



Joke Bouckaert

Head of Public Sector & Social Profit
ING Belgique

En tant que conseiller et partenaire important de nombreux acteurs du secteur des soins de santé, ING entend participer positivement à la réflexion collective et **soutenir** le développement d'une vision prospective de l'**écosystème des soins de santé**. Avec **Health Prospecting 2021**, ING souhaite contribuer modestement à l'amélioration de la qualité des soins de santé en Belgique.

Table des matières

Introduction	9
1. Les réseaux hospitaliers en Belgique	10
1.1. Un changement structurel important	11
1.2. Cartographie	12
2. Le concept de service partagé : déconstruire et reconfigurer	16
2.1. Définition	17
2.2. Le continuum du service partagé	18
2.3. Pourquoi un service partagé ?	19
2.4. Topologies de services partagés	22
2.5. Typologies de services partagés	23
2.6. Centralisation et externalisation	24
3. Les tendances actuelles qui expliquent la pertinence des services partagés	26
3.1. Pressions financières	27
3.2. Pressions sur les ressources humaines	31
3.3. Qualité des soins	32
3.4. Avancée des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)	33
4. Expériences de services partagés dans les réseaux belges	34
4.1. Consultations de terrain	35
4.1.1. Services de support clinique	36
4.1.2. Services de gestion clinique	41
4.1.3. Services de management et d'opérations	42
4.1.4. Harmonisation	47
4.1.5. Services cliniques	49
5. Constats	50
5.1. Phases clés	51
5.1.1. Alignement et engagement des dirigeants	51
5.1.2. Définition de la vision et développement de la stratégie	51
5.1.3. Modèle de gouvernance consensuel et implication du personnel	52
5.1.4. Transition / Implantation	52
5.1.5. Gestion du changement	52
5.2. Freins et leviers	54
5.2.1. Freins	54
5.2.2. Leviers	55

6. Les clés de la réussite	59
6.1. Les réflexions au niveau macro	60
Macro n°1 : Un engagement clair de la part du régulateur	60
Macro n°2 : Des règles et modes de financement simplifiés et des normes adaptées	62
Macro n°3 : Des services partagés supra-réseaux	64
Macro n°4 : Un pilotage de la transition vers le modèle de coopération	64
Macro n°5 : Des moyens pour le démarrage des projets et une stabilité des réformes	66
6.2. Les réflexions au niveau méso	67
Méso n°1 : Un modèle de répartition des bénéfices et des coûts	67
Méso n°2 : Une internalisation des services aujourd'hui externalisés ?	67
Méso n°3 : Un calendrier de projets et une implémentation progressive	67
Méso n°4 : Une implication du personnel et des syndicats	68
Méso n°5 : Un alignement de la vision	68
6.3. Les réflexions au niveau micro	69
Micro n°1 : Une harmonisation des processus et des normes	69
Micro n°2 : Une co-construction entre les professionnels du terrain	70
Micro n°3 : Une prise en compte des besoins pratiques et un maintien d'une présence locale	71
Micro n°4 : Des rôles clairs qui conservent tout leur sens	71
Micro n°5 : Des sponsors et des influenceurs - clés dans la conduite du changement	71
7. Conclusion	72
8. Bibliographie	74

Liste des figures

Figure 1 : Les réseaux hospitaliers locorégionaux en Belgique	12
Figure 2 : Lits agréés des réseaux hospitaliers locorégionaux	13
Figure 3 : Parts de marché par réseau (hospitalisations totales)	13
Figure 4 : Chiffres d'affaires par réseau (en Mio EUR)	14
Figure 5 : Un service partagé implique une déconstruction et une reconfiguration des services initiaux	17
Figure 6 : Le continuum du service partagé	18
Figure 7 : Les avantages des services partagés dans le secteur de la santé	19
Figure 8 : Topologies de services partagés	22
Figure 9 : Service partagé ou centralisation	24
Figure 10 : Le CSP, la centralisation et l'externalisation dans un modèle organisationnel	25
Figure 11 : Dépenses courantes de santé en pourcentage du PIB (%)	27
Figure 12 : Croissances cumulées du PIB et des dépenses courantes en santé (%) – Belgique	28
Figure 13 : Croissances cumulées du PIB et des dépenses courantes en santé (%) – Pays retenus dans l'échantillon	28
Figure 14 : Paiements directs des ménages, pourcentage des dépenses courantes de santé (2019)	29
Figure 15 : Evolution du nombre de médecins par 1000 habitants en 2012 et 2020 (ou dernière année disponible)	31
Figure 16 : Les typologies de services partagés et activités mutualisées dans le secteur de la santé	31
Figure 17 : Le processus d'implantation de services partagés	35
Figure 18 : Les réflexions aux niveaux macro, méso et micro	60

Introduction

Le paysage hospitalier belge se trouve dans une phase de transition vers un degré de collaboration plus important, dans le but de favoriser les synergies, et d'améliorer la qualité de la prise en charge, la continuité des soins et l'efficacité.

La création des réseaux hospitaliers locorégionaux pour favoriser la collaboration

Le gouvernement fédéral a mis en place les réseaux hospitaliers locorégionaux, dont chaque hôpital fait obligatoirement partie, dans le but de concentrer l'activité avec les avantages d'efficacité et de qualité qui en découleraient. Il revient maintenant aux hôpitaux de s'organiser au mieux au sein de ces réseaux, afin que leur contenu aille plus loin qu'une simple forme juridique. Dans certains réseaux, la coopération mutuelle était déjà très poussée, dans d'autres, elle en est encore à un stade relativement précoce.

Des services partagés pour donner de la substance aux réseaux

La création des réseaux fournit le terrain pour le développement de services partagés à une échelle relativement grande. Il existe aujourd'hui de nombreux exemples de mise en place de services partagés entre hôpitaux, en Belgique aussi bien que sur le plan international.

Health Prospecting 2021 propose plusieurs réflexions aux niveaux macro, méso et micro pour favoriser la mise en place de services partagés au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux en Belgique. Vous y retrouverez une évaluation des différentes typologies de services selon la valeur qu'ils apportent, les éléments qui facilitent ou au contraire font obstacle à leur implantation.

Périmètre du rapport

Les pays retenus l'ont été pour leurs similitudes avec la Belgique. Au-delà de caractéristiques communes sur le plan socio-économique, ils présentent également des caractéristiques communes en matière de santé, notamment en termes d'enjeux, de réformes hospitalières, de niveau de performance et d'innovation du système de soins. Ces pays sont les suivants : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, la France, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse.



1. Les réseaux hospitaliers en Belgique

1.1 | Un changement structurel important

Le plan d'approche lancé en 2015 par le cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a profondément modifié la conception du paysage hospitalier belge. Il en est résulté une réforme inscrite dans la loi du 28 février 2019 qui oblige chaque hôpital général et universitaire de faire partie d'un **réseau clinique locorégional**. La loi fixe le nombre de réseaux à 25, et un nombre maximum de 13 réseaux en Flandre, 8 en Wallonie et 4 à Bruxelles.

L'objectif affiché de ce changement important inscrit dans l'accord de gouvernement du 11 octobre 2014 ? **Amener davantage de qualité et d'efficacité dans les soins**. Il s'inscrit dans une logique de **rationalisation du système de santé**, qui recherche la **concentration des activités pour limiter les coûts**, mais aussi pour **uniformiser les pratiques** et la qualité des soins. Cette concentration des activités doit permettre au réseau d'atteindre les tailles critiques nécessaires au développement d'un portefeuille complet de prestations, voire des prestations spécialisées. La coordination des activités et la répartition des ressources sont pensées pour assurer l'autonomie des bassins de soins, et ainsi **garantir l'accès de toute la population à des soins de qualité à proximité**.

Parmi les résultats escomptés, on note également l'amélioration des résultats cliniques et la diminution de la variabilité clinique, grâce à la concentration de l'activité, et à la concentration des services cliniques. En unissant leurs ressources autour d'une stratégie commune, les hôpitaux du réseau seraient à même de créer des synergies porteuses de valeur pour les patients.

La mise en commun permet également d'obtenir des synergies pour le développement de **services partagés** et favorise le développement d'un **portfolio complet** et d'une amélioration de la qualité, ainsi que le renforcement des capacités managériales.

Les réseaux sont par ailleurs conçus pour permettre, par le partage des ressources et la création de structures de poids, un renforcement de la capacité à affronter des projets d'envergure, facilitant la mise en œuvre de **projets innovants**, l'achat d'outils de pointe... Ces structures importantes donneront également la possibilité d'offrir aux professionnels des carrières plus attractives et une mobilité interne, et d'augmenter l'attractivité des hôpitaux, qui pourront attirer et conserver les talents.

1.2 | Cartographie

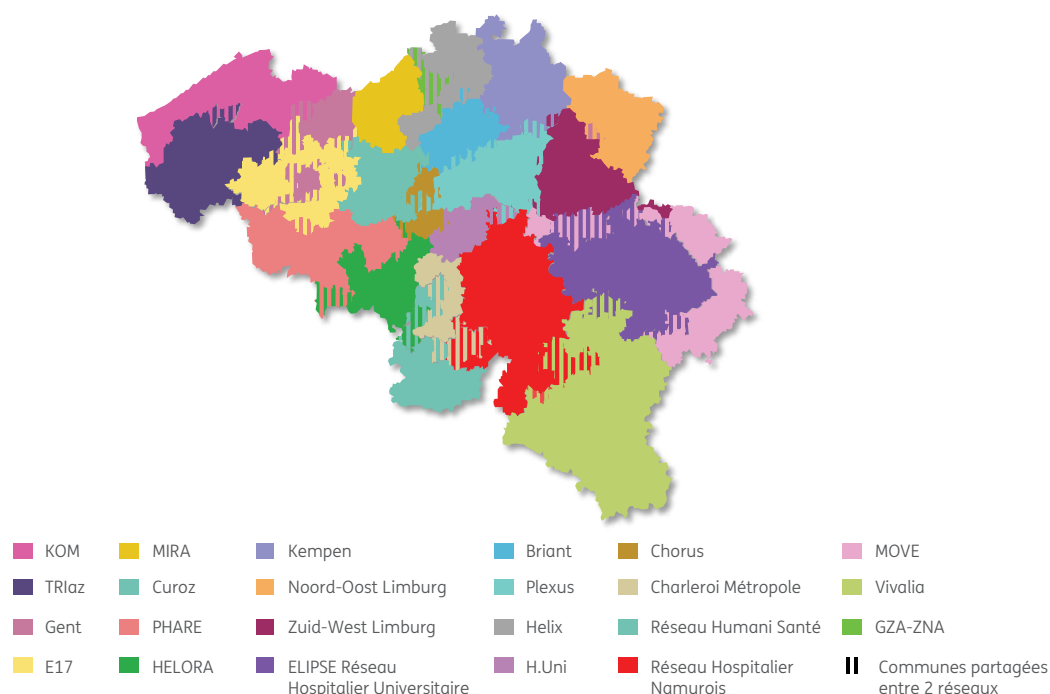
La carte ci-dessous montre les réseaux hospitaliers locorégionaux tels qu'ils sont composés aujourd'hui en Belgique. Les zones géographiques ont été définies sur la base des zones de recrutement des hôpitaux de chaque réseau.

Le bassin d'un réseau est défini selon 4 critères :

- le réseau réalise 40 % de parts de marché dans la commune ;
- les communes où le réseau effectue le plus d'admissions sont prises en compte dans le bassin jusqu'à ce que le nombre cumulé de ces admissions atteigne 80 % de l'activité du réseau. En d'autres termes, les communes permettant, ensemble, d'atteindre 80 % de l'activité du réseau font partie du bassin ;
- les communes où la part de marché du réseau est inférieure à 3 % sont exclues du bassin ;
- les communes partagées entre 2 bassins sont réparties de la manière suivante : si l'activité d'un réseau dans la commune est supérieure à 1,5 fois l'activité de l'autre réseau, la commune est assignée au bassin de ce réseau. Dans le cas contraire, la commune est partagée entre les deux réseaux.

Les analyses des réseaux et de leurs bassins respectifs (admissions, parts de marché, chiffres d'affaires, lits agréés) reposent sur les données du SPF Santé Publique des années 2019 et 2021.

Figure 1 : Les réseaux hospitaliers locorégionaux en Belgique¹



¹ Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2019. Données brutes.

Figure 2 : Lits agréés des réseaux hospitaliers locorégionaux²

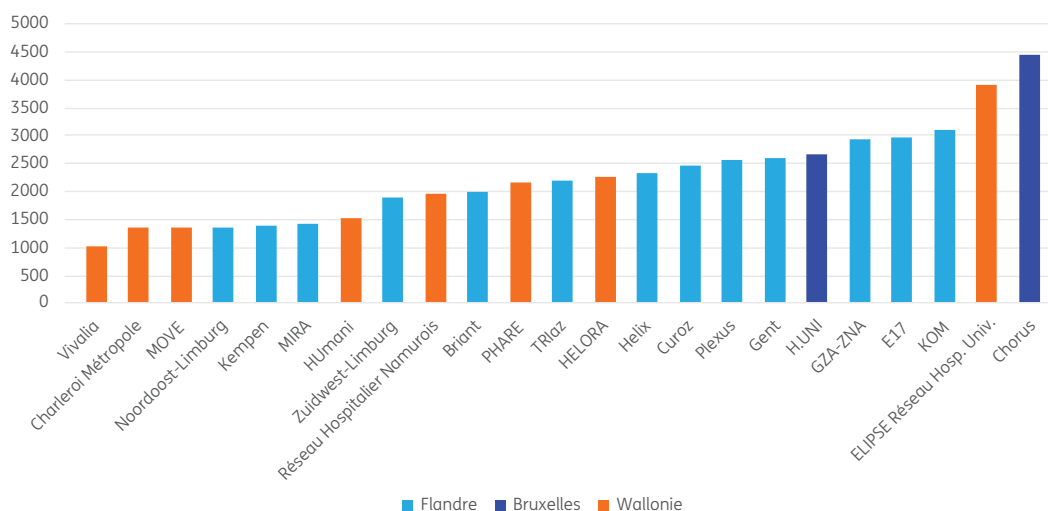
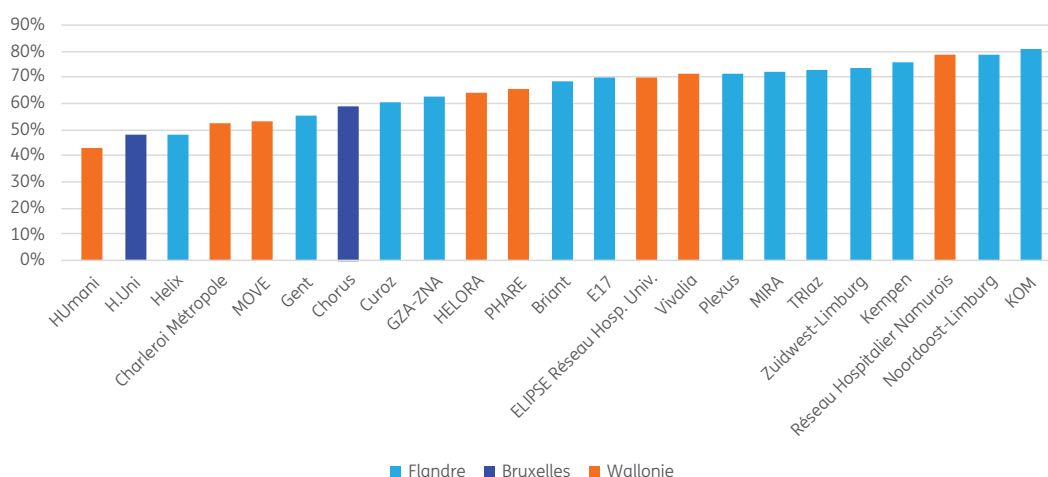


Figure 3 : Parts de marché par réseau (hospitalisations totales)³

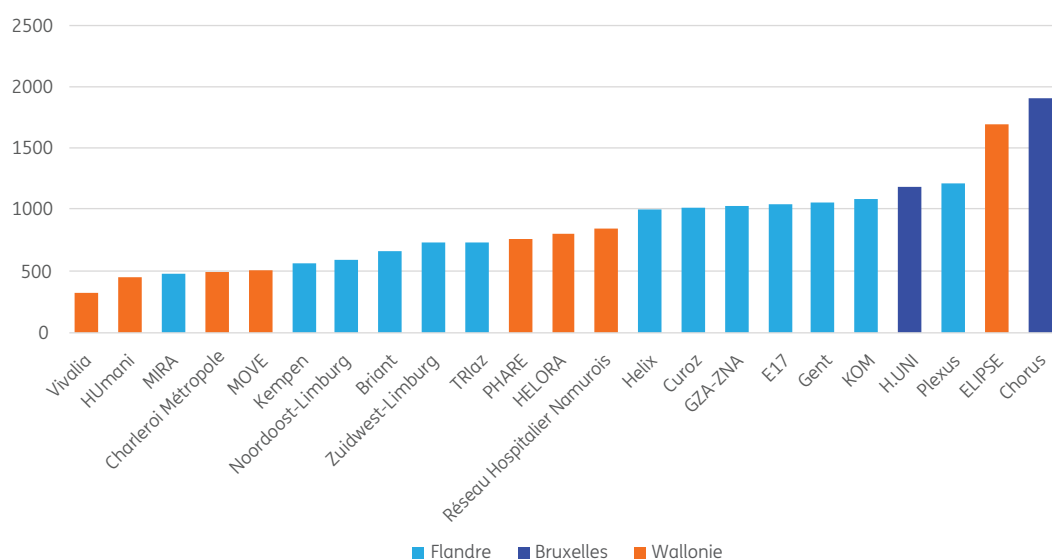


Le graphique ci-dessus représente les parts de marché pour les bassins de chaque réseau. La part de marché peut être définie comme **le nombre de séjours réalisés par un réseau par rapport aux admissions totales dans les communes de son bassin**. Cet indicateur reflète la capacité du réseau à attirer les patients dans les communes sur lesquelles il est présent et peut être utilisé comme une **mesure de la « confiance »** de la population dans le réseau. Par exemple : 72,3 % des hospitalisations classiques dans le bassin du réseau MIRA se font par des hôpitaux appartenant au réseau, c'est-à-dire par l'AZ Lokeren, l'AZ Nikolaas ou l'AZ Sint-Blasius.

² Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2021. Données brutes.

³ Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2019. Données brutes.

Figure 4 : Chiffres d'affaires par réseau (en Mio EUR)⁴



Le réseau moyen en Belgique

Hôpitaux : 5

Lits : 2.249 (dont 227 spécialisés pour le traitement et la réadaptation « lits SP »)

Population desservie : 614.366 habitants

Part de marché totale : 65 % (hospitalisations classiques et de jour)

Chiffre d'affaires moyen : 887 millions d'euros

⁴ Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2019. Données brutes.

Tableau 1 : Synthèse des indicateurs clés des réseaux hospitaliers locorégionaux^{5,6}

Région	Réseau	Population 2021	Lits agréés 2021	Admissions 2019	PDM 2019	C.A. 2019 (Mio EUR)
Bruxelles	H.UNI	892.407	2.655	114.161	47,8%	1.194
	Chorus	1.380.173	4.466	215.143	59,1%	1.924
Flandre	MIRA	415.419	1.409	116.248	72,3%	482
	Kempen	486.505	1.367	143.509	75,9%	566
	Noordoost-Limburg	400.056	1.357	120.969	78,9%	597
	Briant	544.992	2.002	129.481	68,1%	664
	Zuidwest-Limburg	522.728	1.885	149.777	73,2%	745
	TRlaz	495.187	2.188	146.074	73,1%	746
	Helix	1.077.750	2.318	178.448	48,0%	1.012
	Curoz	835.713	2.473	163.668	60,0%	1.022
	GZA-ZNA	686.181	2.922	143.136	62,6%	1.040
	E17	711.546	2.961	193.742	69,6%	1.056
	Gent	601.488	2.582	117.925	55,4%	1.071
	KOM	611.656	3.113	204.162	81,0%	1.101
	Plexus	596.802	2.563	139.556	71,3%	1.231
Wallonie	Vivalia	293.173	991	58.589	71,1%	330
	HUmani	313.729	1.506	47.177	42,8%	455
	Charleroi Métropole	392.161	1.342	70.050	52,3%	494
	MOVE	304.695	1.357	45.477	53,1%	517
	PHARE	535.817	2.162	118.864	65,1%	771
	HELORA	545.598	2.242	117.648	64,0%	813
	Réseau Hospitalier Namurois	497.463	1.938	127.086	78,8%	859
	ELIPSE Réseau Hosp. Univ.	989.201	3.917	204.422	69,7%	1.707

⁵ Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2019. Données brutes.

⁶ Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2021. Données brutes.



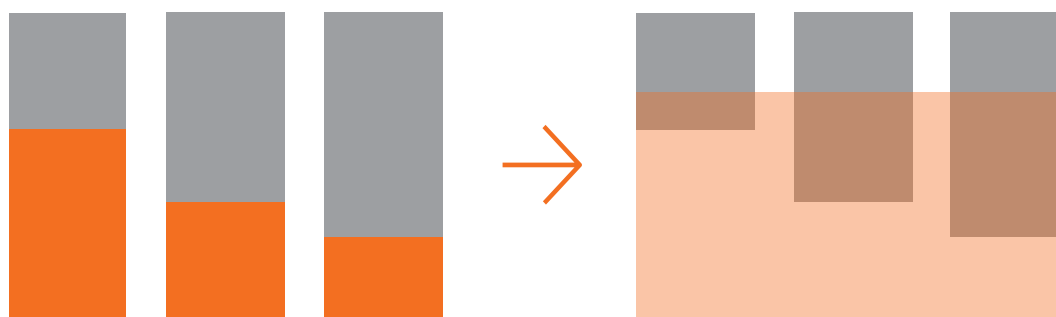
2. Le concept de service partagé : déconstruire et reconfigurer

2.1 | Définition

Un service partagé peut être défini comme le partage coordonné, ou autrement convenu explicitement, de la responsabilité de la fourniture de services de la part de deux ou plusieurs hôpitaux par ailleurs indépendants⁷. Les pratiques de services partagés impliquent l'intégration ou la consolidation de services provenant de divers secteurs d'une organisation ou de différentes organisations en une entité (semi-) indépendante.

La création d'un service partagé commence donc par une déconstruction d'une partie des organisations ou unités impliquées. Ces parties sont ensuite reconfigurées pour partager les ressources et offrir des services de manière **transversale et indépendante**, avec un nouveau statut de client-fournisseur.

Figure 5 : Un service partagé implique une déconstruction et une reconfiguration des services initiaux



Cette entité, dénommée « shared service center » (SSC) ou centre de services partagés (CSP), est donc une unité (semi-)autonome distincte et responsable au sein d'une entité organisationnelle plus grande, utilisée pour regrouper un certain nombre d'activités et fournissant des services aux unités opérationnelles de cette entité plus grande sur la base de conditions convenues⁸. Elle se charge de la gestion des processus et des activités au nom des différentes unités (dans ce contexte, les hôpitaux).

⁷ Wellever A. 2001. Shared services: The Foundation of Collaboration. Academy for Health Services Research and Health Policy.

⁸ Joha, A. and Janssen, M. 2010. Public-private partnerships, outsourcing or shared service centres? Motives and intents for selecting sourcing configurations, Transforming Government: People, Process and Policy, Vol. 4 No. 3, pp. 232-248.

2.2 | Le continuum du service partagé

Deux visions permettent d'appréhender les différents types de collaboration, ceci en étudiant leur finalité intrinsèque⁹. Comme nous avons pu le voir précédemment, la notion de services partagés évolue dans des configurations extrêmement complexes et variées et peut revêtir des concepts très différents. Selon les pays, les visions et l'étendue de la collaboration, on parlera de services partagés, de mutualisation, de collaboration, etc.

La notion de service partagé peut :¹⁰

- concerner la mise en commun d'une **ressource** (ressources humaines, informationnelles (données), techniques (matériel médical, logiciel de ressources Humaines) ou d'une **compétence** (mise en place d'un service qualité commun) ;
- être expérimentée au sein même d'une structure, être régionale, nationale, internationale (**géographique**) ;
- porter sur différents échelons du **processus** : les achats, les traitements, l'expertise (personnes ressources), les produits et services (accueil, base de données), la performance et/ou encore le suivi qualité¹¹.

On constate toutefois que cette collaboration peut aller plus loin dans le cadre des services publics et dans le cadre des services de la santé. Celle-ci est parfois perçue comme une collaboration sur du plus long-terme basée sur des valeurs et des intérêts communs.

On aurait donc un continuum avec d'un côté une vision considérant la démarche comme « un **partage de ressources et de moyens** (techniques, financiers, logistiques, etc.) dans une logique d'amélioration de la qualité et de réduction des coûts : économies d'échelle, gain de temps, apport de valeur ajoutée... »¹², et de l'autre une vision beaucoup plus collaborative et associative sur le long terme avec des hôpitaux partageant des **valeurs et une vision communes**.

Figure 6 : Le continuum du service partagé



⁹ Fresnais, J. 2015. La mutualisation des moyens. Un défi managérial, Béatrice Fermon éd., Performance et innovation dans les établissements de santé.

¹⁰ Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, p. 101-102.

¹¹ Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, p. 101-102.

¹² Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, p. 101-102.

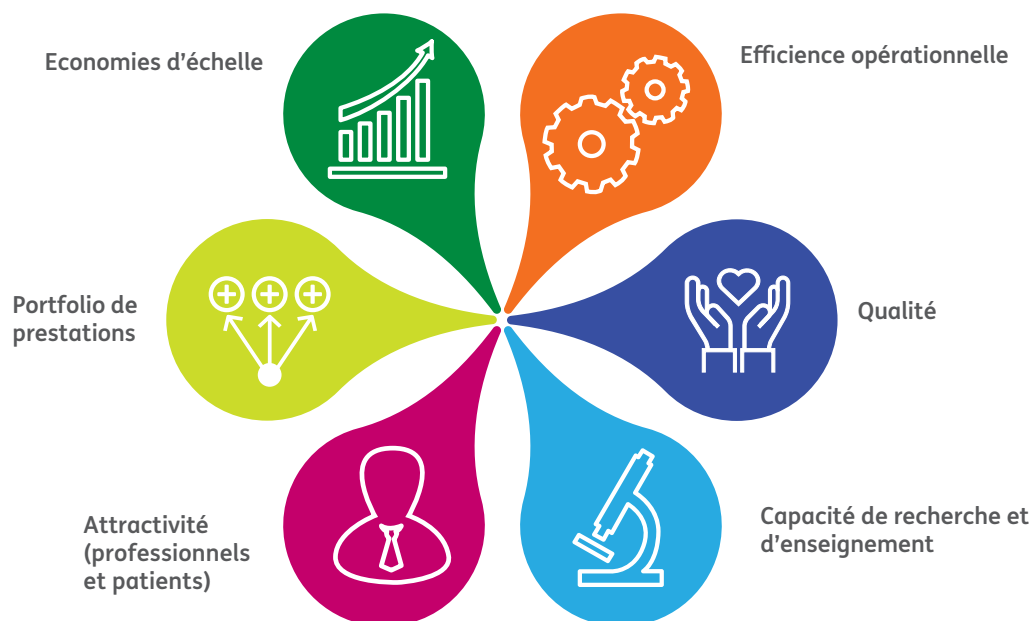
2.3 | Pourquoi un service partagé ?

Les entreprises opérant sur des marchés de plus en plus compétitifs et mondiaux sont à la recherche de solutions qui leur permettent d'**accroître leur efficacité et leur rentabilité**. La pratique des services partagés n'est pas un phénomène nouveau et a été mise en œuvre dans d'autres secteurs que celui des soins de santé. Si les initiatives de services partagés sont nées dans le secteur privé, elles ont également suscité l'intérêt du secteur public, qui est le plus souvent caractérisé par des budgets disponibles limités.

La création de Centres de Services Partagés (CSP) peut également être motivée par d'autres intentions stratégiques. La **spécialisation** et la **concentration des services** soutenant les processus commerciaux fondamentaux d'une entreprise dans une unité fournissant des services partagés est une hypothèse de base du concept. Ainsi, la concentration de certains services « back-office » permet de **se consacrer davantage à l'activité principale de l'organisation** et de **réduire la duplication de certains efforts et des coûts** y afférents. Les services généralement fournis sous l'égide des CSP sont les suivants : comptabilité, paiement des rémunérations, ressources humaines, services juridiques, fiscaux et informatiques.

Dans le contexte des soins de santé, les services partagés présentent, au-delà des avantages habituels, un certain nombre d'avantages spécifiques au secteur.

Figure 7 : Les avantages des services partagés dans le secteur de la santé



a. Economies d'échelle

Le paysage hospitalier (belge) est fragmenté, chaque institution offrant une gamme extensive de services encore peu coordonnés entre eux. Les lourds besoins en capitaux qui le caractérisent en font un secteur dans lequel l'échelle peut être le moteur de la performance. De nombreux systèmes de santé ont grandi de cette façon, par le moyen de consolidations et d'acquisitions, permettant ainsi de réaliser des économies d'échelle, mais aussi une meilleure capacité de négociation.

b. Efficience opérationnelle

Le groupement de personnel et d'infrastructures, physiques et/ou digitales, mène également à une amélioration de l'efficience opérationnelle. En atteignant une masse critique qu'elles ne possèderaient pas individuellement, les organisations impliquées, peuvent proposer de nouveaux services et élargir leur portfolio (*economies of scope*), mais aussi garantir une meilleure qualité et efficience de la prise en charge.

Le service partagé s'inscrit dans une vision à long terme et permet de répondre plus efficacement à certains défis tels que les demandes inhabituelles, les ruptures de stock ou, au contraire, les problèmes de surstockage. Il permet donc d'optimiser les réserves.

En outre, une entité de services partagés qui met l'accent sur l'amélioration des processus peut entraîner une hausse considérable de la productivité d'une année à l'autre, ce qui a été confirmé lors de plusieurs groupes de travail menés par Antares Consulting avec certains hôpitaux dans le cadre de projets de réseaux.

c. Qualité

Bien plus qu'une simple solution pour réduire les frais généraux et les coûts administratifs, les frais partagés contribuent à l'amélioration de la **qualité**, à la promotion de l'**innovation**, et permettent d'offrir des **volumes** plus importants de services aux patients.

- > Dans le cas de la **concentration d'une activité clinique autour d'une spécialité**, cela permet de diminuer la variabilité de la pratique clinique et de développer un degré plus important de spécialisation. Un facteur important est de pouvoir atteindre un **volume suffisamment élevé** pour assurer un niveau de qualité adéquat. Les seuils d'activité minimum mis en place par le régulateur pousseront davantage les hôpitaux à consolider certaines activités dans le futur.
- > Au niveau des **achats**, une telle configuration permet une gestion stratégique optimisant les relations avec les fournisseurs, sélectionnant les prestataires appropriés, réalisant des achats globaux, ou plus spécifiques et coûteux pour certains équipements lourds (en radiologie par exemple), qui conditionnent ainsi l'attractivité d'un établissement et la qualité de ses soins. L'achat peut également être utilisé pour faire respecter des aspects tels que les niveaux minimaux de **qualité** (en l'ajoutant comme une exigence obligatoire dans le processus d'achat par exemple).

L'utilisation du modèle de services partagés peut donc grandement aider les systèmes hospitaliers à naviguer dans un paysage économique difficile, sans compromettre la qualité pour le patient.

d. Capacité de recherche et d'enseignement

Au-delà des services logistiques et d'achat, les services partagés présentent également un intérêt dans la création de services garants de la qualité ou la création de pôles de recherche.

La mise en commun des ressources permet d'atteindre la masse critique indispensable pour disposer de moyens plus importants, que ce soit en matière de performances techniques (plateformes d'expérimentation), mais aussi méthodologiques et organisationnelles. Cela peut permettre une ouverture sur d'autres disciplines plus coûteuses comme pour les nanotechnologies par exemple, ou encore permettre l'amélioration de la capacité d'inclusion de patients dans des essais cliniques.



e. Attractivité vis-à-vis des professionnels et des patients

Dans le même ordre d'idées, l'amélioration de la qualité et la spécialisation dans certains secteurs peut permettre aux hôpitaux d'être plus attractifs, et par conséquent, d'avoir accès à des compétences médicales « rares », ce que les établissements plus petits ne seraient peut-être pas en mesure de faire seuls. Il en va de même pour les profils non médicaux qui peuvent être très coûteux et rares pour les hôpitaux, comme un ingénieur de cybersécurité ou de robotique.

Tout comme les pôles de type universitaire jouissant d'une bonne réputation médicale et de recherche attirent en général les professionnels, de la même manière les établissements hospitaliers jouiraient auprès de la population de cette attractivité en raison de la qualité reconnue de leurs équipes médicales et de la prise en charge des patients.

f. Portfolio de prestations

La mise en place de services partagés dans un domaine médical précis peut permettre d'augmenter le volume de patients et d'actes dans une spécialité clinique donnée, ainsi que d'investir dans de nouvelles sous-spécialités dans un domaine clinique donné. Un atout, notamment pour les hôpitaux petits et moyens, pour améliorer le portfolio offert au bassin et par conséquent l'accessibilité de la population aux soins de santé.

De tels services peuvent permettre de révéler des lacunes dans le parcours des patients et les combler en créant des voies cliniques intégrant l'ensemble des soins et services fournis à des populations de patients souffrant de la même maladie.

2.4 | Topologies de services partagés

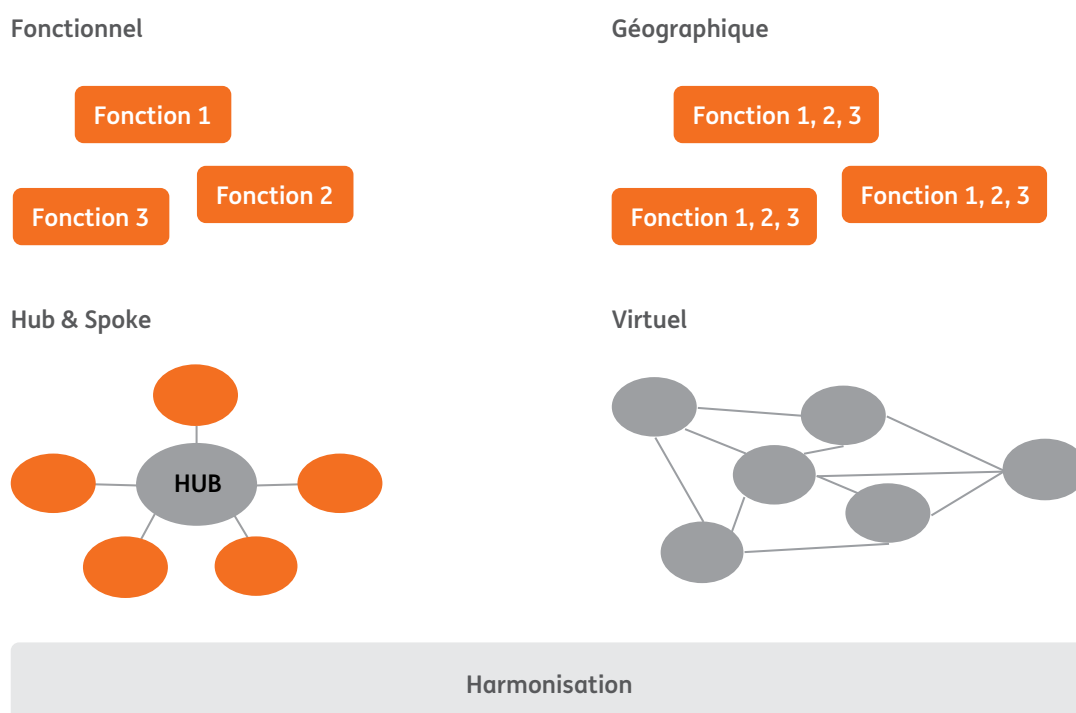
Les services peuvent être arrangés selon leur **fonction**, ou celles-ci peuvent être regroupées dans des bassins de desserte, chaque **territoire** délimité offrant donc l'intégralité des services.

Le modèle **hub and spoke**, quant à lui, organise les services de soins en un réseau constitué d'un **établissement d'ancrage** (*hub*) qui offre une gamme complète de services, complété par des **établissements secondaires** (*spokes*) qui offrent des assortiments de services plus limités, acheminant les patients qui nécessitent des services plus intensifs vers le hub pour y être traités¹³.

Une autre option consiste, au lieu de services partagés physiques, en un réseau virtuel qui assure la communication entre plusieurs ordinateurs, machines virtuelles (VM), serveurs virtuels ou autres terminaux dans différents bureaux et Data Centers, permettant à des appareils répartis sur de nombreux sites de fonctionner avec les mêmes capacités qu'un réseau physique traditionnel.

Quelle que soit la forme choisie, chacune d'entre elles requiert une harmonisation des processus et des normes. Cette harmonisation peut être établie au préalable, ou évoluer graduellement au cours du développement du service partagé.

Figure 8 : Topologies de services partagés



¹³ Elrod, J.K., Fortenberry, J.L. 2017. The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. BMC health services research.

2.5 | Typologies de services partagés

Différents types de collaboration peuvent unir les institutions. Au départ de la typologie de l'«European Services Strategy Unit» appliquée aux services partagés dans les instances publiques¹⁴, voici une typologie adaptée par nos soins aux hôpitaux.

Typologie basée sur la relation entre les institutions		
	Type de collaboration	Exemple
1	Collaboration et procédures partagées entre deux ou plusieurs institutions	Mise en commun d'un centre de formation ou de procédures qualité
2	Consolidation d'organisation au sein d'une institution au niveau régional ou national	Mise en place d'un groupement institutionnalisé ayant des fonctions communes (GHT en France)
3	Autorité principale pour le compte d'un groupe d'institutions	Mise en place d'une fédération d'hôpitaux pour la gestion des services informatiques, ayant autorité pour travailler avec les organismes de sécurité sociale (Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique)
4	Services gérés conjointement par un groupe/consortium d'institutions au niveau sous-régional ou régional	Mise en place de services fonctionnels back- ou front-office (logistique, laboratoire...)
5	Partenariat stratégique ou coentreprise (joint-venture) avec un tiers/acteur externe	Partenariat entre hôpitaux et entreprise de transport pour assurer le transport de matériel médical (Inter Healthcare Transport)
6	Externalisation / Délocalisation	Sous-traitance à un prestataire extérieur d'une activité réalisée à l'origine par l'organisation

Vers un système plutôt intégratif ou plutôt collaboratif ?

On parle de **système intégratif** lorsque plusieurs établissements font partie d'une seule et même entité juridique chapeautant l'ensemble. La collaboration est, dans ce cas, plus formelle. On parle de **système collaboratif** lorsque ces établissements conservent chacun leur entité juridique. Dans les deux cas, différents degrés de collaboration sont envisageables. Les détails de cette distinction n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

Notons simplement que la question a toute sa place dans le développement des réseaux en Belgique. Les instances politiques doivent prendre position sur le type de collaboration qu'elles envisagent. Le débat est actuellement très prégnant en France, avec la mise en place des mutualisations dans les Groupements Hospitaliers de Territoire.

¹⁴ European Services Strategy Unit. 2007.

2.6 | Centralisation et externalisation

Il arrive que le terme 'services partagés' soit utilisé de manière interchangeable avec les termes 'centralisation' et 'externalisation'. Bien qu'ils aient certaines caractéristiques en commun, il est important de faire la distinction.

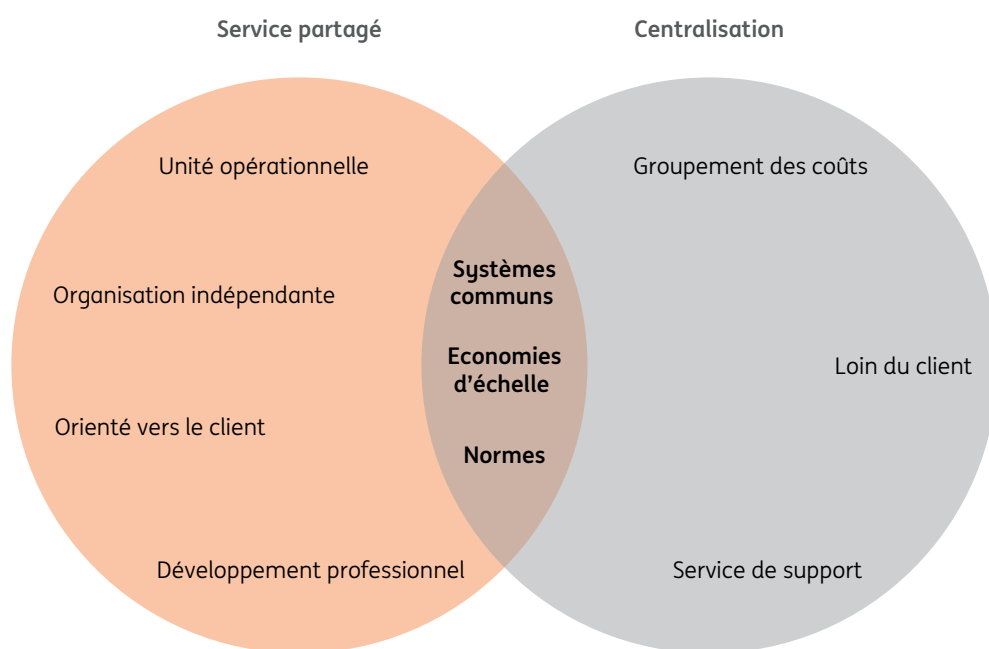
« La création des services partagés ne conduit pas à faire table rase du passé. Elle compose avec lui en laissant aux établissements une certaine autonomie. »

Le débat principal se situe autour de la différence entre un service partagé et une initiative de centralisation. Les deux impliquent la concentration de systèmes auparavant exploités séparément par des entités distinctes, les avantages d'échelle étant la principale motivation, et tous deux sont établis autour de normes qualitatives et/ou quantitatives bien définies.

Plutôt que d'être gérée comme une fonction centralisée, une unité de services partagés fonctionne comme une entreprise interne de service à la clientèle, alors qu'un **service centralisé** fonctionne généralement comme une **extension des équipes fonctionnelles** situées au siège d'une entreprise, et certains types de travaux requis dans toute l'entreprise (par exemple, le traitement des transactions) sont effectués par cette seule organisation centralisée. Elle facture généralement les unités commerciales pour les services fournis et utilise des *service level agreements* comme moyen d'arrangement contractuel qui spécifie les mesures de performance en matière de coût, de temps et de qualité.

En outre, la centralisation présente souvent des tendances bureaucratiques, caractérisée par une orientation vers le siège social, alors que les services partagés sont généralement orientés vers l'extérieur, vers leurs clients internes, avec une relation client/fournisseur exprimée¹⁵.

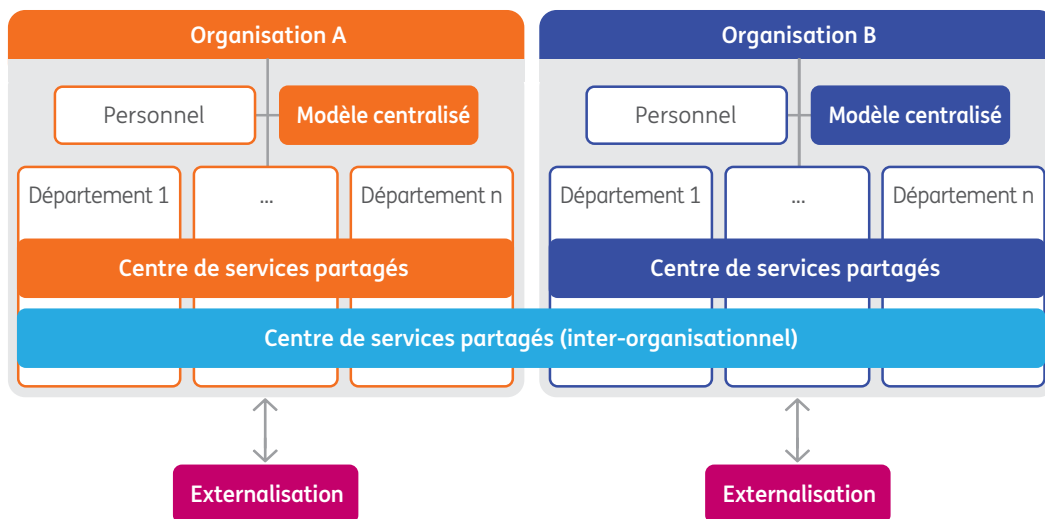
Figure 9 : Service partagé ou centralisation



¹⁵ Ulbrich, F. 2003. Introducing a research project on shared services in governmental agencies. In: 17th Nordic Academy of Management Conference, 14-16 August, 2003, Reykjavik, Iceland.

Comme dans le cas de **l'externalisation**, les services partagés peuvent générer des économies d'échelle et permettre de mieux contrôler les coûts de main-d'œuvre et d'infrastructure dans les domaines où la localisation physique du travail n'est pas un élément essentiel. Cependant, une différence importante entre les deux réside dans le fait que l'externalisation est assurée par un **tiers juridiquement indépendant** du groupe, tandis qu'une organisation de services partagés est détenue par le groupe. Dans le cas des services partagés, les employés continuent d'exécuter les tâches et les systèmes doivent être pleinement intégrés aux systèmes et aux processus des unités opérationnelles. La tarification diffère également : dans l'externalisation, celle-ci est basée sur les prix du marché négociables, alors que les services partagés utilisent souvent les prix de transfert et rarement les prix du marché.

Figure 10 : Le CSP, la centralisation et l'externalisation dans un modèle organisationnel¹⁶



¹⁶ Janssen, M.; Joha, A. 2006. Motives for establishing shared service centers in public administrations.

3. Les tendances actuelles

qui expliquent la pertinence
des services partagés



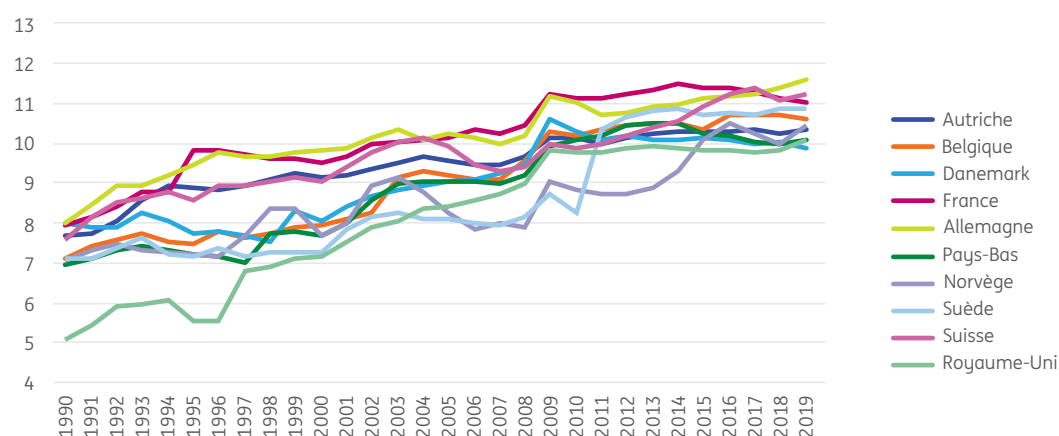
3.1 | Pressions financières

Plus que jamais, des soins de meilleure qualité sont accessibles pour une plus grande partie de la population. L'offre de soins de plus en plus performante permet de prendre en charge un nombre croissant de troubles pour faire face notamment au vieillissement de la population et à l'importance des maladies (autrefois aiguës et devenues) chroniques.

Les progrès technologiques ont permis le développement de techniques peu invasives, de la biotechnologie, de la chirurgie de transplantation et des technologies de l'information de plus en plus présentes.

Toutefois, ces évolutions ont été chèrement acquises. Le coût des dépenses de santé est en augmentation constante au fil des ans et continuera d'augmenter à l'avenir, essentiellement en raison de ces mêmes développements technologiques.¹⁷

Figure 11 : Dépenses courantes de santé en pourcentage du PIB (%)¹⁸



En 2019*, les dépenses de santé en Belgique représentaient 10,7 % du PIB, ce qui se situe dans la moyenne des pays étudiés.

Comme le montre le graphique ci-dessous, les dépenses de santé en Belgique suivent une courbe similaire, et même légèrement supérieure à celle du PIB pour les années 2012 à 2019* et continuent d'augmenter. Cette tendance est encore plus prononcée pour les pays retenus dans l'échantillon.

* L'année 2020 a été omise de ces chiffres en raison de l'absence de données, ainsi que de la distorsion (notamment dans le PIB) causée par la pandémie de COVID-19

¹⁷ OECD. 2010. Value for Money in Health Spending, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

¹⁸ OECD Health Statistics. 2020.

Figure 12 : Croissances cumulées du PIB et des dépenses courantes en santé (%) – Belgique¹⁹

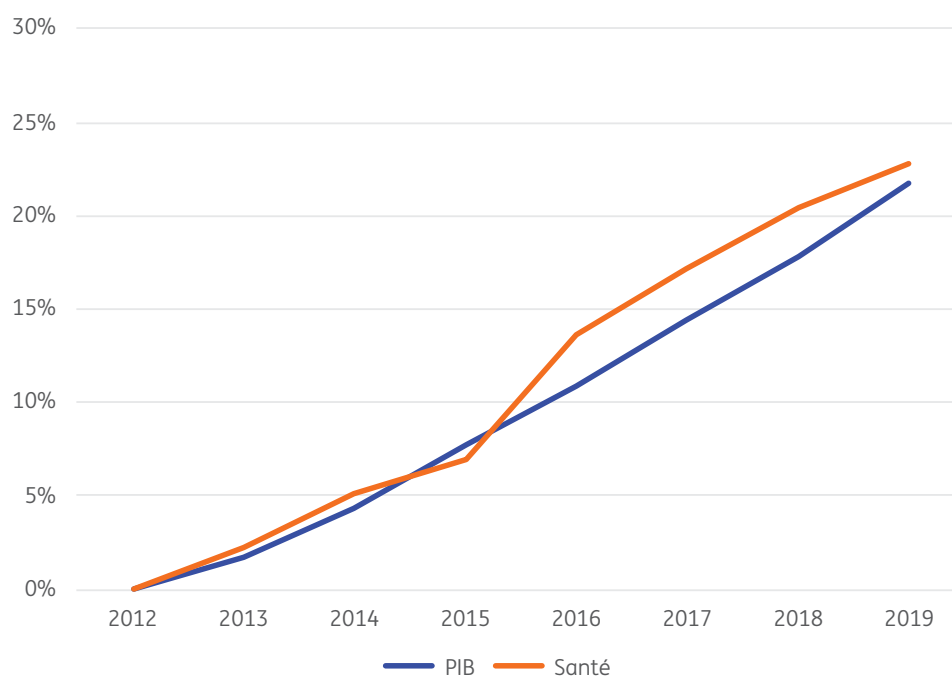
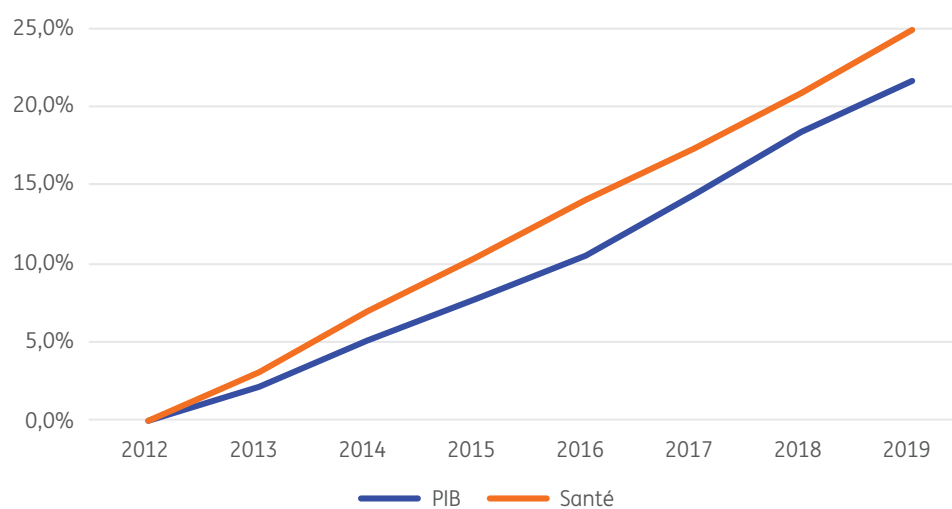


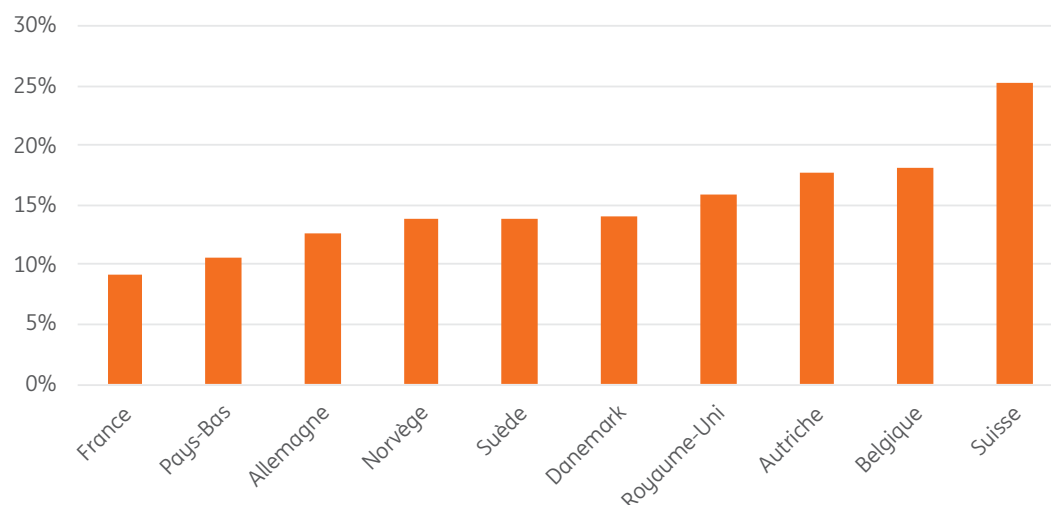
Figure 13 : Croissances cumulées du PIB et des dépenses courantes en santé (%) – Pays retenus dans l'échantillon²⁰



¹⁹ OECD Health Statistics. 2020.

²⁰ OECD Health Statistics. 2020.

Figure 14 : Paiements directs des ménages, pourcentage des dépenses courantes de santé (2019)²¹



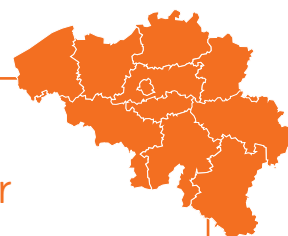
Il en résulte que les budgets des soins de santé ont été mis sous pression. Malgré cette hausse des dépenses publiques, une part considérable des soins de santé est encore financée par des paiements directs des ménages, en particulier pour la Belgique qui occupe la deuxième place parmi les pays étudiés (après la Suisse, qui fait partie des systèmes de santé les plus coûteux au monde).

Des efforts sont déployés pour contrôler les dépenses publiques de diverses manières, par la fixation de plafonds budgétaires ou de contraintes de dépenses, mais également par la **responsabilisation financière des prestataires de soins** sous la forme de **systèmes de financement plus prospectifs**. Dans ceux-ci, le prestataire est remboursé d'une somme fixe une fois qu'un diagnostic spécifique ou un besoin de service a été identifié.

Ces systèmes favorisent l'efficacité **en déplaçant le risque financier du payeur** (c'est-à-dire les pouvoirs publics) **vers les prestataires de soins**, étant donné que ces derniers ne sont plus rémunérés en fonction des coûts réels qu'ils génèrent, mais plutôt en fonction des coûts prédéterminés des services et épisodes de soins en question. Cela permet d'**éviter la surconsommation de soins**, puisque les coûts supplémentaires ne sont plus remboursés, et donc de limiter les dépenses globales. Cette responsabilisation financière oblige les prestataires de soins à repenser, à leur tour, la façon dont ils gèrent leurs dépenses.

Afin de **garantir la continuité de soins abordables et accessibles**, les ressources existantes doivent donc être déployées différemment par les prestataires de soins. Autrement dit, une amélioration de l'efficacité est cruciale, un besoin auquel peuvent contribuer les services partagés.

²¹ OECD Health Statistics. 2021.



Financement de l'imagerie médicale pour les patients hospitalisés

Jusqu'en 2008, la rémunération se faisait par prestation. Depuis 2008, celle-ci a été remplacée par un forfait, constitué d'un honoraire de consultation par admission d'une part, et d'un honoraire forfaitaire par admission d'autre part²².

L'honoraire de consultation par admission est identique pour tous les hôpitaux, et destiné à permettre au radiologue d'indiquer l'examen le plus approprié, en fonction de la demande clinique. Il est facturé à chaque patient qui fait usage de l'imagerie médicale.

L'honoraire forfaitaire, quant à lui, est calculé en fonction du case-mix APR-DRG, et diffère donc pour chaque hôpital. Il est facturé à tous les patients hospitalisés, indépendamment de leur usage ou non de l'imagerie médicale (€ 6,20 de contribution personnelle par admission).

Cet **abandon du financement par prestation** visait à freiner la surconsommation de prestations d'imagerie médicale, un service qui est aujourd'hui encore en pleine croissance.

²² Arrêté royal du 10 mars 2009 portant exécution de l'article 69, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires d'imagerie médicale payés par admission pour les patients hospitalisés

3.2 | Pressions sur les ressources humaines

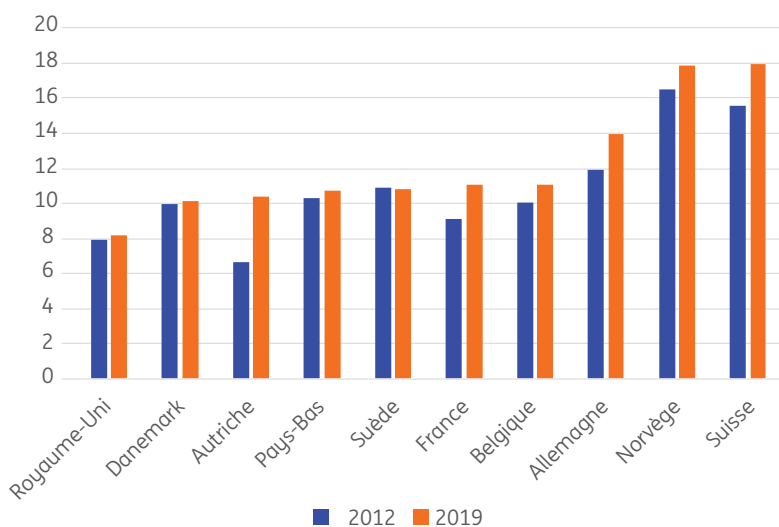
La crise du Covid-19 a mis en évidence un problème structurel déjà existant, à savoir la pénurie de personnel de santé. En effet, lors du début de la crise en 2020, la Commission européenne pointait du doigt la Belgique, et ce n'est pas la première fois.

« Toutefois, la pandémie de Covid-19 a mis en évidence un certain nombre de lacunes affectant la résilience du système de santé lorsqu'il est confronté à une crise grave de santé publique. Elle a montré que la Belgique faisait face à une pénurie structurelle de professionnels de la santé à laquelle il faut remédier »²³.

Figure 15 : Évolution du nombre de médecins par 1.000 habitants entre 2012 et 2020 (ou dernière année disponible)²⁴



Figure 16 : Évolution du personnel infirmier par 1.000 habitants entre 2012 et 2019 (ou dernière année disponible)²⁵



²³ Le Soir. 2020. La Commission européenne exhorte la Belgique à remédier à sa «pénurie structurelle» de soignants.

²⁴ OECD Health Statistics. 2021.

²⁵ OECD Health Statistics. 2021.

La Belgique est confrontée à une **pénurie de médecins**, qui risque de s'accroître dans les années à venir au vu du pourcentage élevé de médecins âgés²⁶. En revanche, il est important de noter qu'en Belgique, au niveau du personnel infirmier, ce n'est pas nécessairement le cas, comme l'illustre le graphique ci-dessus.

La **pénurie** de personnel touche également les **profils hautement spécialisés et rares**, comme dans la maintenance des équipements médicaux, ou encore les profils non médicaux, comme les experts en matière de Business Intelligence.

S'il s'agit d'un problème structurel que la mise en place de services partagés ne pourra pas régler entièrement, ceux-ci pourraient néanmoins permettre une plus grande flexibilité dans l'organisation des soins dans le réseau. Toutefois, il faudra être attentif à ce que la législation permette cette mobilité pour le personnel concerné.

3.3 | Qualité des soins

Une taille plus grande permet des investissements plus importants et en répartit les risques. Elle est également associée à une meilleure qualité dans des services tels que les procédures chirurgicales, par exemple.

Une échelle plus grande diminue donc le risque associé à de faibles volumes. En Belgique, comme dans les pays qui nous entourent, les régulateurs mettent en œuvre des seuils d'activité pour obtenir et maintenir des agréments de programmes de soins, visant à promouvoir les masses critiques nécessaires pour assurer la qualité de certaines procédures spécialisées. Ces services peuvent également devenir des **centres d'excellence** qui peuvent soutenir les autres institutions de l'entité partagée.

Enfin, cette masse critique peut aider à atteindre la masse nécessaire pour **investir dans le biomédical, la recherche et l'innovation**.

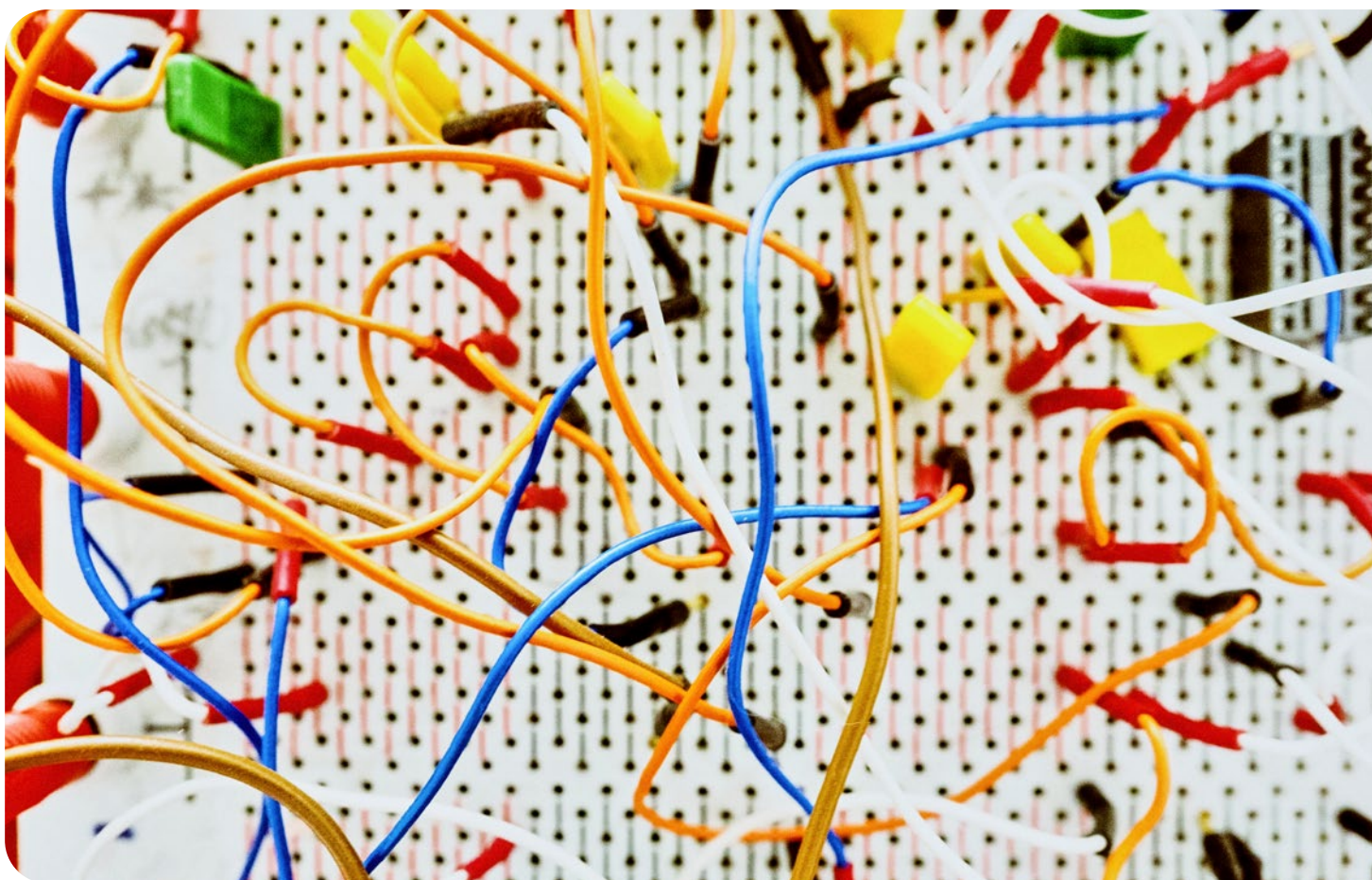
Cependant, **un ancrage local reste primordial** compte tenu du « risque d'accès » associé à la fermeture de services locaux.

²⁶ Antares Consulting. 2020. Health Prospecting 2020 : Comment mieux intégrer l'innovation dans le système de santé belge ?

3.4 | Avancée des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)

L'avancée des TIC et l'émergence de nouveaux modèles (cloud computing, etc.) favorisent le développement de services partagés. L'objectif est de **mettre fin à la fragmentation de l'exécution des activités informatiques**. Celle-ci passe donc obligatoirement par la standardisation des processus.

Le **partage de données** est au cœur de la logistique collaborative. En effet, il est important de gérer de manière globale les flux de marchandises et les flux de données. L'objectif est de pouvoir fournir des informations permettant une **prise de décision optimale et en temps réel** à tous les échelons. Cela passe par le développement de systèmes d'informations complexes.





4. Expériences de services partagés dans les réseaux belges

4.1 | Consultations de terrain

Nous avons consulté les représentants de plusieurs réseaux hospitaliers en Belgique afin de saisir la manière dont les services partagés sont perçus par les hôpitaux du pays. L'objectif ? Sur la base des expériences acquises, **identifier et valider les services pertinents à partager, leur degré de faisabilité, ainsi que la valeur qu'ils sont susceptibles d'apporter**. Cette valeur étant estimée en termes d'amélioration de la qualité des soins, d'économies d'échelle, d'élargissement du portfolio, ou encore de la possibilité de mieux se préparer aux exigences de demain. Nous avons également cherché à identifier les facteurs facilitateurs ainsi que les freins à l'implantation des services partagés. Afin de structurer les échanges, les services envisagés ont été regroupés en cinq catégories.

Figure 17 : Les typologies de services partagés et activités mutualisées dans le secteur de la santé



Les **services de support clinique** soutiennent directement les activités cliniques de l'établissement, et comprennent le laboratoire, l'anatomie pathologique, l'imagerie médicale, la pharmacie et la stérilisation.

Les **services de gestion clinique**, quant à eux, comprennent l'ensemble des activités de gestion nécessaires pour l'optimisation et pour la qualité des activités cliniques d'un établissement. Y sont compris la codification, la gestion de la qualité, la sécurité du patient et l'hygiène hospitalière.

Les **services de management et opérations** regroupent les activités d'administration, de contrôle, de « back-office » et d'opérations d'un établissement. Les fonctions que l'on y trouve sont celles de gestion économique et financière, de logistique, de ressources humaines et de TIC.

Les fonctions liées à **l'harmonisation** portent sur l'alignement et la standardisation permettant d'améliorer la qualité des activités de support et des activités cliniques. Dans cette catégorie se trouvent le dossier patient, l'ERP, les itinéraires cliniques, le modèle de données (système Business Intelligence), et les technologies et équipements médicaux.

Enfin, les **services cliniques**, sont les services médicaux en tant que tels.

4.1.1. Services de support clinique

Anatomie pathologique

Parmi les services de support clinique, il existe un consensus général sur la faisabilité et la grande valeur ajoutée de partager un service d'**anatomie pathologique**. La discipline étant relativement peu remboursée par l'INAMI, l'exploitation d'un tel service à petite échelle est économiquement défavorable.

En ce qui concerne la **faisabilité**, il est possible de travailler de manière relativement découplée de l'hôpital. La digitalisation joue un rôle important pour faciliter le partage de ce service, notamment par la **numérisation des échantillons**. Un exemple pertinent dans ce cadre est l'AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, qui était le premier hôpital belge à posséder un service de pathologie entièrement numérisé. Ce qui lui a valu de remporter l'Agoria e-Health Award en 2017 pour le meilleur projet d'innovation dans le domaine des soins aux patients, de l'autonomisation des patients ou du soutien à la pratique médicale.

Un obstacle potentiel à la mise en œuvre de l'anatomie pathologique en tant que service partagé est la présence obligatoire de l'anatomopathologiste lors des consultations multidisciplinaires. Toutefois, la téléconsultation permet de surmonter ce problème de manière relativement facile.

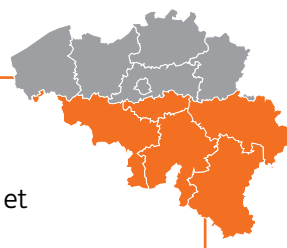


Depuis 2018, le laboratoire central et le secrétariat du service d'anatomie pathologique sont centralisés sur le site de **ZNA Middelheim au sein du réseau GZA-ZNA**. Il reste 3 centres d'activité avec la présence permanente d'un laborantin et d'un pathologiste, aux campus GZA Sint Augustinus et Sint-Vincentius, ainsi qu'au ZNA Jan Palfijn.

Là, les échantillons sont enregistrés et préparés, avant d'être acheminés vers le laboratoire central. L'intégration du service a entraîné une augmentation de l'activité. Le regroupement du personnel et des pathologistes permet aujourd'hui de traiter environ 50.000 biopsies, 20.000 examens cytologiques et 60 autopsies. Une amélioration de la qualité du service a également été observée²⁷.

« Cette intégration nous donnera davantage de place pour la sous-spécialisation et l'innovation, ce qui nous permettra de nous présenter aux parties extérieures comme un centre de référence. »

²⁷ P.S. 2018. GZA-ZNA Centraliseert Lab Pathologische Anatomie. Healthcare Executive.



L'Institut de pathologie et de Génétique asbl offre des services aux hôpitaux dans le diagnostic médical en matière d'anatomopathologie, de génétique, de biologie moléculaire et cellulaire et de microbiologie moléculaire.

Bien que l'organisation se soit développée au-delà de ses fondateurs pour devenir une entité indépendante, son Conseil d'Administration est constitué de représentants d'institutions hospitalières comme, entre autres, le Grand Hôpital de Charleroi, le CHU UCL Namur et le CHwapi²⁸.

Laboratoire

Pour le laboratoire, il s'avère intéressant de concentrer un certain nombre de tests afin d'obtenir une masse critique suffisante au sein du réseau. Les avantages se situent principalement au niveau de **l'achat commun de réactifs**, qui peut entraîner un ajustement significatif des prix, mais aussi au niveau de **l'automatisation** et de **la robotisation**. La mise en commun du laboratoire se traduit également par une plate-forme plus vaste qui permet des investissements plus importants, favorisant ainsi l'innovation.

Sciensano a imposé une directive pour disposer d'un système de qualité au sein des laboratoires hospitaliers, ce qui nécessite le respect de nombreuses procédures. Une concentration de l'activité permet de développer un système de qualité commun avec des procédures uniformes et ainsi d'obtenir des gains d'efficacité et des améliorations de la qualité.

Il est important de noter que chaque hôpital doit encore garantir un laboratoire de site pour l'activité urgente qui requiert un temps de réponse rapide. Autrement dit, la réglementation conditionne l'obtention de l'agrément en tant qu'hôpital à la présence d'une fonction de laboratoire.

Il existe toutefois une **procédure de demande à l'INAMI qui permet de travailler sous le numéro d'agrément du laboratoire partagé**. Les numéros d'agrément des autres membres sont alors « gelés », sans être supprimés, de sorte qu'ils peuvent être réactivés au cas où les hôpitaux reviendraient à leurs laboratoires individuels. Cette procédure est peu ou mal connue, ce qui peut entraîner confusion et réticences à la mise en place d'un service de laboratoire partagé. Clarifier la réglementation à cet égard permettrait de faciliter le déploiement des services de laboratoires partagés. Le besoin existe en tout cas de clarifier quels éléments peuvent être réunis aujourd'hui sans compromettre l'agrément des hôpitaux, ou encore de mettre plus en avant la procédure auprès de l'INAMI.

²⁸ IPG. Qui Sommes-Nous.



Dans le **réseau Kempen**, 3 des 4 hôpitaux ont choisi de regrouper leurs laboratoires cliniques au sein d'une association hospitalière. Le 4ème hôpital devrait les rejoindre dans un avenir proche. Le modèle financier conjoint élaboré met en commun les coûts et les revenus. Le solde est réparti entre les membres en fonction des revenus générés par chacun d'eux. Il s'agit donc de bien plus qu'une simple fusion administrative. **L'accord sur le modèle financier est déterminant dans la bonne coopération.**

Le réseau Kempen a réalisé des **économies d'échelle** grâce à la concentration du volume. Le partage des services a également permis des **investissements plus importants**. Des avantages ont également été observés dans le domaine des RH, notamment dans le cadre des **formations** qui peuvent désormais être mises en commun, ainsi que de la mise en place de **sous-spécialisations**. Le fait de confier aux techniciens de laboratoire la responsabilité de l'ensemble du système d'information du laboratoire (SIL) a permis d'attirer et de conserver davantage de compétences.

Autre élément important dans le succès de cette expérience : la consolidation n'a pas perturbé le fonctionnement du médecin demandeur d'analyses.



En 2012, les hôpitaux Brugmann, Saint-Pierre, HUDERF et Bordet ont fondé **iris-Lab**, un laboratoire commun multisite, qui regroupe la majorité des activités sur un seul site sous la forme d'une association hospitalière. Iris-Lab a réussi à **améliorer la qualité des analyses** d'une part, et à **réduire leur coût de revient**.

Depuis 2015, l'Hôpital Erasme a rejoint l'association. Celle-ci porte depuis le nom LHUB-ULB et se trouve aujourd'hui dans le top 5 des plus grands laboratoires hospitaliers européens, avec plus de 18 millions d'analyses réalisées²⁹.

Imagerie médicale

Les progrès technologiques ont rendu possible un meilleur partage de l'imagerie médicale. Le traitement des images, c'est-à-dire **le protocole, peut être partagé assez facilement** vu que le processus a été digitalisé dans son intégralité (il est même possible d'imaginer un centre dédié entièrement à ce processus).

Un incitatif au partage serait les **économies d'échelle** au niveau des **investissements** dans les **équipements** et les systèmes d'information des radiologues (PACS/RIS), ainsi qu'au niveau des **contrats de maintenance**.

²⁹ iris. LHUB-ULB.

De plus, un service partagé d'imagerie médicale permettrait également de **répondre à la pénurie de professionnels**, et ainsi de **se spécialiser davantage**. Enfin, il présente l'avantage de pouvoir organiser des **gardes communes**.

La coopération permet également d'**améliorer l'accessibilité** d'un tel service pour les patients puisqu'il étend l'offre à de nouveaux sites, comme l'illustre l'exemple ci-dessous.



Le service **PET-CT Ariane** pour la détection de pathologies lourdes telles que le cancer est partagé entre EpiCURA, CHwapi et le Centre Hospitalier de Mouscron (organisés en une association hospitalière afin d'obtenir l'agrément) depuis 2017.

Situé au cœur de la Wallonie sur le site Union du CHwapi, le PET-Scan épargne depuis lors aux patients de la zone Wallonie picarde - Mons-Borinage de se rendre à Courtrai, La Louvière ou Bruxelles.

Pharmacie

Dans le contexte des services partagés, il est pertinent de ne pas considérer la pharmacie comme une entité monolithique, mais de faire la distinction entre l'achat, la préparation et le stockage, le picking et la distribution (c'est-à-dire l'aspect logistique) en raison de leurs degrés divergents de faisabilité et de valeur ajoutée.

Le regroupement de la **fonction achat** présente une forte valeur ajoutée. Il offre un pouvoir de négociation supplémentaire vis-à-vis des fournisseurs, d'une part, et permet de réduire les coûts administratifs, d'autre part. La consolidation de cette activité peut faciliter la recherche du meilleur produit au meilleur prix et de la meilleure qualité.

En matière de **logistique**, la réception, le stockage et le prélèvement peuvent être organisés de manière partagée, soit sur l'un des sites de l'hôpital, soit sur un site externe. Cela nécessite toutefois une standardisation maximale des processus, notamment par le biais d'un **logiciel DPI et pharmaceutique unique**, ainsi que de bons **accords de coopération** entre les hôpitaux. Lorsque les membres du réseau utilisent des logiciels différents, ceci présente un certain nombre de difficultés.

Comme nous l'avons vu plus haut en ce qui concerne les laboratoires, la **législation mène à une certaine confusion** et à des incitations contradictoires dans la mise en place d'un service partagé. L'arrêté royal du 30 janvier 1989 stipule que chaque hôpital doit disposer d'une activité de base de pharmacie hospitalière. D'autre part, il est précisé que dans le cadre d'une **association hospitalière**, tous les hôpitaux ne doivent pas répondre individuellement aux normes d'agrément. Pour les services allant au-delà de l'activité de base, il suffit que l'hôpital, par le biais d'un accord de collaboration, puisse faire appel aux fonctions dont il ne dispose pas lui-même³⁰. Cependant, aucune explication n'est donnée quant à la nature de ces activités de base. **Quelles activités peuvent être consolidées ? Lesquelles doivent être conservées individuellement ?** Une clarification générale serait nécessaire à ce sujet.

³⁰ Art. 2. § 1. A.R. Du 30 Janvier 1989 Fixant Les Normes Complémentaires d'agrément Des Hôpitaux et Des Services Hospitaliers et Précisant La Définition Des Groupements d'hôpitaux et Les Normes Particulières Qu'ils Doivent Respecter.

En outre, la législation ne permet pas de mélanger les lots de plusieurs numéros d'agrément, ce qui forme une barrière à l'optimisation du stockage.

Par contre, **les normes du Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/S)** relatives aux bonnes pratiques de préparation des médicaments, qui ont été incluses dans l'arrêté royal du 30 septembre 2020, **constituent une incitation législative au partage**³¹. Ces normes devront être appliquées par tous les établissements de santé au plus tard en 2023 et impliqueront un renforcement considérable de la réglementation, ce qui nécessitera des investissements importants de la part des hôpitaux, notamment dans des salles blanches.

Le regroupement des services pharmaceutiques peut permettre de **réduire les coûts** et de réaliser des **économies d'échelle**. La standardisation des pratiques selon les normes peut également **améliorer la qualité**, car aujourd'hui, il existe des différences de niveau entre les hôpitaux en matière d'hygiène, entre autres, ce qui peut rendre la coopération difficile.

« Nous voulons éviter d'évoluer vers une médecine de livres de recettes. »

Une difficulté peut se poser au niveau de la **liberté thérapeutique**, qui **peut être limitée par la standardisation clinique** d'un service de pharmacie partagé. Une façon de remédier à ce problème est de partager l'achat et/ou la préparation de médicaments qui font l'objet de peu ou pas de discussion et pour lesquels le médecin intervient généralement peu dans le choix, comme le vaccin contre la grippe par exemple. D'autre part, on peut aussi s'intéresser aux processus de soins que l'on souhaite privilégier au niveau du réseau, et pour lesquels ce type de standardisation sera plus pertinent et peut-être mieux accepté.

Stérilisation

Les hôpitaux doivent faire face à des dispositions légales de plus en plus strictes en matière d'hygiène et de qualité, des éléments en relation directe avec la stérilisation, tout en réduisant de plus en plus les coûts. La standardisation et le partage peuvent offrir une réponse à ces contraintes.

La **distance entre les hôpitaux** étant un facteur déterminant, les coûts de transport doivent être clairement exposés dans une analyse de rentabilité. À cela s'ajoute la nécessité de prendre un stock plus important si cette distance ne permet pas d'obtenir d'urgence un kit de stérilisation.

La **standardisation des instruments** est un élément facilitateur pour le partage de la stérilisation. Néanmoins, en fonction des choix effectués, cette standardisation peut entraîner des coûts plus élevés pour un ou plusieurs partenaires. En outre, il peut y avoir une certaine réticence des médecins à adopter de nouveaux instruments.

Enfin, les différences en matière d'exigences de qualité entre les différents établissements jouent également un rôle non négligeable. Il est important de prendre en compte ces aspects dans les initiatives de consolidation des services de stérilisation.

³¹ A.R. Du 30 Septembre 2020 Portant Sur La Préparation et La Délivrance Des Médicaments et l'utilisation et La Distribution Des Dispositifs Médicaux Dans Les Établissements de Soins.

4.1.2. Services de gestion clinique

Codification

Un système de codification commun peut certainement apporter une valeur ajoutée pour les hôpitaux en termes de financement. Cette fonction nécessite également des compétences spécifiques qui sont encore rares sur le marché. Il serait intéressant de partager ce profil au niveau du réseau, car les hôpitaux ont intérêt à codifier le mieux possible pour assurer un niveau maximum de financement. Et cela d'autant plus, si à l'avenir le financement devait se faire au niveau des réseaux.

Qualité / accréditation et sécurité du patient

Un système partagé est envisageable même lorsqu'il s'agit d'échanger des expériences et des compétences. Un système d'accréditation identique constitue un élément facilitateur à cet égard. Toutefois, il est important de noter que ces échanges ne doivent pas nécessairement avoir lieu au niveau des réseaux locorégionaux, et peuvent les transcender.

Le **VznkuL** est un réseau de connaissances qui regroupe aujourd'hui 32 hôpitaux flamands. Les membres partagent leurs indicateurs de qualité dans le cadre de groupes de travail.

À l'avenir, le réseau vise également à publier les **indicateurs de responsabilité publique** (taux de mortalité standardisé des hôpitaux, réadmissions standardisées des hôpitaux et satisfaction des patients) de ses membres³².



Il est également possible de mettre en place un **système commun de sécurité des patients** - et là aussi, le même DPI joue un rôle de facilitateur - prévoyant notamment le partage de rapports d'incidents. Toutefois, comme il s'agit là encore d'informations très sensibles, une confiance suffisante entre les partenaires du réseau est indispensable.

Hygiène hospitalière

Dans le domaine de l'hygiène hospitalière, il y a des connaissances et des expériences à partager. Ce sont aussi des profils qui ne sont pas toujours faciles à trouver. Une possibilité évoquée fréquemment par les représentants est le partage d'un équivalent temps plein par réseau, ce qui devrait être suffisant.

« L'idée centrale est de développer un réseau de connaissances durable dans lequel l'optimisation conjointe de la qualité des soins et de la qualité de la gestion est primordiale. »

³² VznkuL.

4.1.3. Services de management et d'opérations

Gestion économique et financière

Bien que ces fonctions puissent être considérées comme moins prioritaires à partager en raison, entre autres, d'aspects spécifiques que les hôpitaux préfèrent traiter en interne, le partage du système de gestion économique et financière, c'est-à-dire la comptabilité, les comptes à payer et les comptes débiteurs est également envisageable.

L'un des principaux obstacles au partage du service est l'absence de factures identiques entre les partenaires du réseau, autrement dit, un **problème de standardisation**. Par exemple, dans le cas des débiteurs, l'envoi de factures manuelles est souvent déjà externalisé. De plus, la comptabilité bénéficie généralement moins de l'upscaling. Cependant, le **partage des connaissances** peut s'avérer intéressant, par exemple dans le cadre des discussions avec les mutualités en ce qui concerne les prestations remboursées ou non. Le **partage d'un système ERP** est aussi relativement facile à mettre en place.

Logistique

Achats

La fonction achats en tant que service partagé est perçue comme ayant un **haut degré de faisabilité et de valeur ajoutée**. Comme évoqué précédemment pour la pharmacie de l'hôpital, une fonction d'achat partagée offre une position de négociation plus forte vis-à-vis des fournisseurs. Les coûts administratifs sont également réduits grâce au partage et à la non-duplication. Ceux-ci peuvent être particulièrement élevés dans le contexte des marchés publics, notamment en ce qui concerne les coûts d'élaboration du dossier d'appel d'offres, de son évaluation, de la diligence raisonnable à l'égard des fournisseurs potentiels, de la négociation d'un nouveau contrat et du suivi de son exécution.

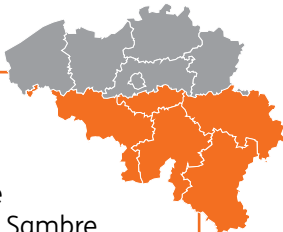
Il convient de mentionner que l'organisation d'une fonction d'achat partagée ne se limite généralement pas aux réseaux hospitaliers, et ce principalement afin de tirer le meilleur parti de l'augmentation d'échelle. La plateforme d'achat Optimus parle ici de véritables réseaux, en plus des réseaux hospitaliers locorégionaux, qui se sont constitués autour des achats groupés³³.



MercurHosp est une asbl effectuant des marchés de Services et de Fournitures, pas de travaux, dans toutes les catégories d'achats (équipements et fournitures de tous types, dispositifs médicaux, médicaments, services financiers, services divers,...).

La mise en commun passe par un Comité de Pilotage composé des responsables des départements achat de ses différents membres. Ces derniers conservent le choix de participer ou pas aux procédures de marchés initiées par MercurHosp.

³³ Optimus. 2018. Ziekenhuisnetwerken En Samenaankoopnetwerken Voor Zorginstellingen.



L'**ACAH asbl** est une centrale de négociation pour les achats hospitaliers médicaux et non-médicaux (hors infrastructure). Située à Namur, son Conseil d'Administration est composé de 11 institutions hospitalières, dont le CHR Haute Senne, le CHR Sambre et le CHU de Namur. Aujourd'hui, la valeur cumulée des marchés publics attribués par l'ACAH est de 475 millions d'euros, avec 22 % d'économies supplémentaires après l'attribution³⁴.

Stockage et distribution

Les coûts des **chaînes d'approvisionnement** constituent l'une des principales dépenses des hôpitaux. Une consolidation du stockage en utilisant une surface commune mènerait à des gains d'efficacité et une amélioration du service. Toutefois, cette centralisation doit tenir compte des coûts de transport qui peuvent être plus élevés pour certains partenaires. Dans ce cas, il est conseillé d'élaborer une analyse de rentabilité afin d'imputer ces coûts supplémentaires aux gains d'efficacité.

³⁴ ACAH. A Propos de l'ACAH.



Un service partagé ne se limite pas nécessairement à une coopération entre hôpitaux ou organisations de santé. Un tiers peut également être impliqué, par exemple dans le cadre d'une joint-venture. C'est le cas d'**Inter Healthcare Transport** - une initiative de collaboration entre Rode Kruis Vlaanderen, UZ Gent, UZ Leuven et la société de transport Hendriks - qui assure le transport d'articles non personnels, tels que des échantillons, des tissus, des produits pharmaceutiques, des documents, etc.

En combinant efficacement les différentes unités de transport (un colis avec une étiquette unique, pour le même colis, etc.) par itinéraire de transport, le prix baisse considérablement, la qualité s'améliore et l'efficacité augmente³⁵.

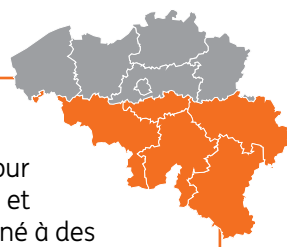
Cette initiative innovante déjà évoquée dans Health Prospecting 2020 dispose aujourd'hui d'un itinéraire fixe de 100 hôpitaux en Flandre et à Bruxelles.

Buanderie

La buanderie est un service typique où l'externalisation est largement pratiquée. Cependant, il pourrait être intéressant de l'internaliser à nouveau, cette fois au niveau des réseaux hospitaliers. Les fournisseurs externes sont en effet peu nombreux, ce qui crée un danger de fixation des prix. Si les hôpitaux s'organisaient entre eux, cela pourrait se faire à des tarifs plus avantageux.

Cuisine

Pour la cuisine, il faut tenir compte des spécificités et des préférences de chaque hôpital. Par exemple, certains hôpitaux souhaitent se différencier de cette façon, et la standardisation à ce niveau peut être indésirable pour eux. La préparation et le portionnement spécifiques doivent également être adaptés à la patientèle de l'hôpital (par exemple, en raison des besoins différents des patients gériatriques). À cet égard, il peut y avoir une tendance à choisir l'externalisation du service plutôt que le partage. Une autre option serait le partage de certains éléments seulement tels que la préparation générale et le lavage de la vaisselle (ici, une analyse coût-efficacité est recommandée en raison des coûts de transport supplémentaires qui peuvent survenir).



Le Pôle Nutrition et Restauration du Groupe santé CHC a regroupé l'activité de 6 cuisines en 1 unité produisant chaque jour plus de 6.000 repas pour les patients hospitalisés de 4 cliniques et les pensionnaires de leurs résidences. Cette consolidation a mené à des économies d'échelle importantes. Néanmoins, une étroite collaboration entre la cuisine centrale et les diététiciens travaillant sur le terrain permet de maintenir une proximité avec le patient en respectant son régime alimentaire.

³⁵ Inter Healthcare Transport. Concept.

Maintenance

En général, le domaine de la maintenance a connu un degré important de professionnalisation. On y distingue la maintenance technique du nettoyage.

Au niveau de la **maintenance technique**, il est pertinent de séparer la maintenance générale, qui est une activité de proximité, de la maintenance biomédicale. Pour cette dernière, il existe des profils spécialisés qui sont relativement rares sur le marché. À cet égard, le **partage de l'expertise** peut avoir une grande valeur ajoutée.

En matière de **nettoyage**, le choix s'effectue souvent entre une prise en charge en interne ou l'externalisation. Actuellement, cette tâche est principalement exercée par le directeur des infrastructures. Or, il peut être intéressant de la partager en créant un profil dédié.

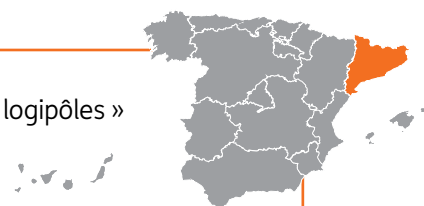
Parc Logistique de Santé de Catalogne - la logique de « logipôles »

Le logipôle regroupe en un seul endroit et partage des services dans le domaine de la logistique. L'objectif de ce type d'organisation est de générer des gains en matière de sécurisation de l'information par la traçabilité, de fiabilisation des approvisionnements, de réduction des coûts et d'optimisation des flux logistiques/de transport (et par conséquent, une réduction de l'empreinte écologique). Cette logique doit aussi assurer une gestion efficiente ainsi qu'une homogénéisation des procédures et une maîtrise des approvisionnements.

C'est le cas du Parc Logistique de Santé de Catalogne qui propose plusieurs activités : un service classique de logistique et d'entrepôt, mais aussi une blanchisserie, une centrale de stérilisation des vêtements et instruments chirurgicaux et l'archive des dossiers médicaux. Un laboratoire est également installé dans ce bâtiment de 18.000m².

La spécificité de ce logipôle est que cette plateforme logistique intégrée de santé est au service de 29 hôpitaux, 8 centres de soins primaires, 17 centres de soins aux personnes âgées et 8 sociétés de services.

Aujourd'hui, plusieurs réseaux belges sont en train de suivre cette philosophie de logipôle.



Ressources humaines

Bien qu'à première vue les ressources humaines soient principalement une affaire d'hôpital, un service partagé dans ce domaine peut également offrir des avantages dans certains champs. En effet, une importante valeur ajoutée est attribuée au **processus de formation**. Des formations coûteuses, par exemple sur les soins intensifs, sont encore trop rarement organisées conjointement entre hôpitaux. La **formation en ligne** est un facilitateur supplémentaire. Le message est donc de le partager autant que possible au niveau des réseaux.



iris-Academy est une plateforme d'apprentissage en ligne qui s'adresse aux collaborateurs des hôpitaux iris depuis 2018. Elle vient compléter la formation traditionnelle en interne, l'apprentissage mixte produisant généralement les résultats les plus positifs. L'offre de nouvelles formations est organisée en fonction des priorités définies par les directions des ressources humaines et des soins infirmiers des hôpitaux³⁶.

L'initiative a été lancée à partir de l'expérience d'un projet antérieur, **HOPITAAL**, dans le cadre duquel le personnel des cinq hôpitaux a pu participer à des **cours de néerlandais, de français et d'anglais** mettant l'accent sur la pratique dans le contexte des soins de santé (par exemple, « Le néerlandais adapté aux services des urgences »). Cette formation a renforcé les avantages du multilinguisme non seulement dans la communication avec les patients, mais aussi au niveau de la cohésion sociale au sein des organisations et entre elles³⁷.

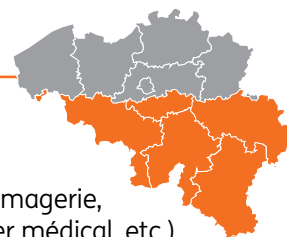
Pour **la gestion de la paie**, il peut également être intéressant d'avoir un service partagé. Toutefois, pour cela, les salaires doivent être harmonisés au niveau du réseau. Ils peuvent ensuite être saisis dans un système ERP commun.

Finalement, un service partagé peut également apporter une valeur ajoutée sur le plan du **recrutement** et de la **sélection**, ainsi que la **gestion des compétences**. Cependant, un certain nombre d'éléments nécessitent une attention particulière. Ainsi, le processus ne peut être partagé que pour des profils au sein de services (déjà) partagés afin d'éviter la concurrence de recrutement. En outre, il doit également y avoir une vision (RH) commune au niveau du réseau.

TIC

Il existe un consensus sur les avantages et la faisabilité du partage des services TIC, notamment en termes d'amélioration des conditions économiques. Par exemple, le **partage d'un centre de données**, mais surtout le **partage de profils spécialisés et rares** apporterait une très forte valeur ajoutée.

Cependant, un argument récurrent est que, pour certains aspects, le partage devrait se faire à un niveau plus élevé que les réseaux hospitaliers. Notamment dans le cas de la **cybersécurité**, où les coûts peuvent être très élevés, et où une agrégation au niveau suprarégional, voire fédéral, serait plus opportune.



Le **Réseau Santé Wallon**, constitue un exemple au niveau supra-réseau. Il s'agit d'une plateforme digitale permettant de partager électroniquement les données de santé (examens d'imagerie, rapports de consultation et d'hospitalisation, résumé du dossier médical, etc.) entre les différents fournisseurs de soins.

Tous les hôpitaux wallons en font partie, ainsi que les laboratoires privés et les acteurs de première ligne, c'est-à-dire les médecins mais également d'autres professionnels de santé comme les infirmiers/ères, dentistes, pharmaciens/nes, kinésithérapeutes... Ce partage améliore significativement la qualité de la prise en charge, notamment dans le cadre de la continuité des soins.

³⁶ iris. IRIS-ACADEMY.

³⁷ ZORG Magazine. 2013. Cours de Langues Chez IRIS : Une Approche Créative Renforce Le Contenu.



4.1.4. Harmonisation

L'harmonisation est une catégorie distincte, non seulement parce que les fonctions elles-mêmes peuvent être partagées, mais aussi parce qu'elle est un facilitateur et, dans certains cas, une exigence pour le partage d'autres services.

Le cas le plus important est celui du **dossier électronique du patient**, dont la standardisation mutuelle permet le partage de services tels que la pharmacie de l'hôpital, mais bien sûr surtout les services médicaux. Cela peut être particulièrement utile pour les médecins travaillant dans plusieurs hôpitaux où différents DPI sont utilisés, ce qui peut parfois entraîner l'absence de certains éléments de l'historique du patient. Cependant, il faut également tenir compte des difficultés liées à la normalisation du dossier patient. Les hôpitaux peuvent appliquer des critères de sélection différents, ce qui rend difficile un choix commun. Par exemple, un hôpital peut choisir le système dont les coûts sont les plus bas, tandis qu'un autre peut préférer acheter le plus avancé (le fait que les médecins soient salariés ou non peut jouer un rôle dans la décision).

L'**ERP** peut être partagé plus facilement que le dossier du patient car, ici, aucune contribution n'est requise de la part des médecins. Compte tenu du coût, un achat groupé est avantageux.

Le développement d'**itinéraires cliniques communs** est une forme d'harmonisation qui peut également apporter une forte valeur ajoutée. Bien que la plupart des itinéraires sont encore internes, il a été constaté qu'il existe très peu de différences entre les hôpitaux en matière d'itinéraires cliniques, notamment en raison de l'utilisation généralisée de pratiques issues de l'evidence-based medicine.

En ce qui concerne l'exploitation conjointe d'un système de **Clinical Business Intelligence**, les hôpitaux peuvent s'en servir pour surveiller leurs performances respectives. La valeur ajoutée réside également dans le partage de la recherche et des profils spécifiques nécessaires à cet effet. En tant que service partagé, il serait plus facile d'attirer les bons profils (cf. le partage des fonctions RH).

Lors de la mise en œuvre d'un service partagé de Clinical Business Intelligence, il faut toutefois garder à l'esprit qu'il existe des différences entre ce que les hôpitaux possèdent en interne, comme le type de logiciel et le nombre de personnes qui y travaillent, ainsi que la mesure dans laquelle ils l'utilisent pour déterminer leur orientation stratégique. Cela peut créer des relations faussées. Afin d'instaurer une confiance suffisante, un hôpital doit prendre l'initiative, ce n'est qu'ensuite que le système pourra se mettre en place. Le système doit donc être financé au niveau du réseau, avec des accords clairs quant à la répartition des coûts.

Les technologies et les équipements médicaux, en revanche, sont considérés comme plus difficiles à partager, car l'histoire des hôpitaux ne peut être simplement mise de côté (par exemple, pourquoi un hôpital utilise une certaine pompe à perfusion et non une autre). A cet égard, il est important de garder à l'esprit que l'harmonisation n'est pas synonyme d'homogénéisation, et que l'identité de l'hôpital et, surtout, la liberté thérapeutique doivent être respectées autant que possible. Néanmoins, les partenariats ne sont pas exclus.



Pour les TEP, l'**UZA** a conclu un accord avec le fournisseur Da Vinci et GZA-ZNA pour se renvoyer mutuellement des patients en fonction du lieu de résidence et de la capacité disponible. Des accords financiers ont également été conclus. Cela a permis de réaliser des économies considérables, telles que de meilleurs prix pour les substances radioactives et l'utilisation d'un plus petit groupe de collaborateurs spécialisés (économie la plus importante).

4.1.5. Services cliniques

Avec l'introduction des réseaux, nous nous dirigeons vers un paysage sanitaire différent, dans lequel chaque hôpital n'offrira plus une gamme complète de soins, mais il y aura une agrégation au niveau (et au-delà) des réseaux locorégionaux. Ceci du point de vue de l'efficacité, mais aussi de la qualité. Le volume doit être suffisant pour garantir la qualité des soins (atteindre la masse critique), en particulier pour les types de soins plus complexes.

Dans ce cadre, des exercices stratégiques sont réalisés aujourd'hui au sein des réseaux dans lesquels des accords sont conclus pour les services qui seront exploités à tel ou tel endroit. À cet égard, les hôpitaux devront parfois prendre de la distance vis-à-vis de certains services ou programmes de soins. Cependant, ce mouvement n'en est encore aujourd'hui qu'à ses débuts et constitue généralement un processus de discussion relativement difficile en raison de l'impact potentiel sur les différents hôpitaux.

Aujourd'hui, les services cliniques sont de plus en plus souvent gérés en **partenariat**. Il ne s'agit pas nécessairement de regrouper des services qui sinon disparaîtraient. Des initiatives de **coopération** peuvent également être lancées pour obtenir un nouvel agrément, ce qui peut constituer un levier important, notamment pour arriver au volume nécessaire afin de pouvoir offrir certains programmes de soins.

Pour les services cliniques, la mise en place de services partagés est soutenue par le cadre législatif, notamment par le biais de la forme de coopération qu'est **l'association hospitalière**. Dans ce contexte, deux ou plusieurs hôpitaux exploitent ensemble un ou plusieurs services, départements, fonctions, unités ou services techniques (médicaux), ou participent ensemble à un ou plusieurs programmes de soins. Dans le cadre des associations hospitalières, les membres bénéficient d'une exonération de TVA lorsqu'ils se fournissent mutuellement des services.

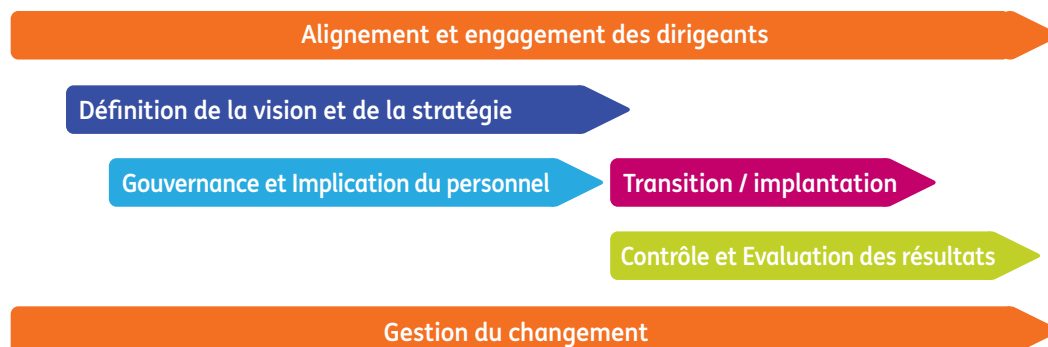


5. Constats

5.1 | Phases clés

Quelle que soit la forme que prend un service partagé, les phases clés de sa mise en œuvre sont relativement universelles.

Figure 18 : Le processus d'implantation de services partagés



5.1.1. Alignement et engagement des dirigeants

Préalable essentiel au développement d'une culture de collaboration en matière de services partagés, l'engagement doit également être soutenu par des **instances mobilisatrices** qui exercent un rôle à la fois stratégique (Conseil d'Administration, Direction Générale...), tactique et clinique.

5.1.2. Définition de la vision et développement de la stratégie

Cette étape consiste à définir la vision, les stratégies et les objectifs de l'organisation et le plan d'action nécessaire pour atteindre les résultats attendus, à structurer le modèle opérationnel et à planifier la mise en œuvre.

« La question à se poser est : quels sont les bénéfices d'une nouvelle collaboration ? »

Plutôt que de partir de la question « quel est le problème que l'on essaye de résoudre avec cette collaboration ? », nous proposons de **s'interroger sur les bénéfices qu'une nouvelle collaboration** pourrait apporter aux acteurs impliqués, en se demandant par exemple « En quoi pourrais-je être plus innovant ? ».

5.1.3. Modèle de gouvernance consensuel et implication du personnel

Étape incontournable, les modèles de gouvernance doivent être adaptés aux objectifs, garantir des rôles et des responsabilités clairs et assurer la transparence des décisions.

L'**établissement de relations durables et solides dans le temps** est d'autant plus important que l'objectif final est le **bénéfice mutuel**.

Pour cela, il est nécessaire de s'accorder sur le « *comment* » :

- la forme juridique sur laquelle reposera la mutualisation
- la structure organisationnelle et le modèle de gouvernance du nouveau service
- les processus de décision et de coordination
- les mécanismes et les outils de supervision et de contrôle
- le modèle de répartition des ressources entre les différentes entités
- un accord de délégation

« Une gouvernance et des dispositions structurelles solides sont nécessaires, le soutien en interne est primordial pour assurer la continuité des services partagés. »

Il s'agit également de **susciter un sentiment à la fois d'adhésion et d'appartenance** au niveau du personnel.

5.1.4. Transition / Implantation

Il s'agit de l'implantation à proprement parler, à savoir la création de l'infrastructure, le développement des processus RH, la formation aux nouvelles compétences, etc. tout en tenant compte des dépendances existantes entre les différentes tâches et étapes nécessaires au bon déroulement des opérations. L'implantation demandera également la mise en place d'un processus de **gestion des risques**.

5.1.5. Gestion du changement

Un ensemble de facteurs organisationnels déterminent le succès ou l'échec de la mise en place d'un service partagé : notamment la capacité de **transférer les meilleures pratiques entre les sites**, la compétence pour **construire et partager la culture organisationnelle**, le **respect de la gestion locale** et la gestion commune, ainsi que la gestion des ressources humaines.

Fournir des **messages clairs** favorise la compréhension de la nouvelle organisation et du nouveau modèle d'entreprise.

L'organisation doit s'assurer de **mettre en place les mesures d'accompagnement** et de soutien pour la gestion d'un changement de cette envergure. Ce faisant, il est important d'intégrer les services de ressources humaines, les syndicats et l'ensemble des instances, à tous les paliers de gestion, concernées par un tel virage organisationnel.

SmartTogether : un Trust pour la gestion des achats

SmartTogether est un service partagé de procurement, responsable de la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement. Ce service d'achat fait partie du trust de Guy's and St Thomas' NHS Foundation, qui propose une gamme complète de services hospitaliers et communautaires locaux, des soins aux patients non-locaux y compris des services cardiothoraciques, de néphrologie et d'oncologie. Le Trust héberge SmartTogether, qui soutient également d'autres trusts.

SmartTogether gère plus de 300 millions de livres sterling de dépenses dans les catégories de dépenses cliniques et non cliniques. L'équipe de la chaîne d'approvisionnement exploite l'un des plus grands systèmes automatisés de gestion des stocks en Europe³⁸.

En août 2019, le Trust a ouvert un centre d'approvisionnement à Dartford dans le but de mettre en commun jusqu'à 90 % des livraisons entrantes afin de libérer de l'espace sur site. Cette initiative fait partie d'un projet plus large « South East London Integrated Care System (ICS) », comprenant également l'expansion de la gestion automatisée des stocks et l'établissement d'un centre pour optimiser les systèmes d'inventaire, pour les fournitures cliniques et les médicaments, et dans l'ensemble du réseau ICS³⁹.

Ces réseaux démontrent d'une plus grande collaboration entre les prestataires à travers la capitale, par l'établissement de réseaux cliniques et de modèles de groupe ayant une gouvernance partagée.

Ce changement de méthodes de travail souligne le passage culturel vers plus de collaboration. Selon un fournisseur de services, ces changements auraient été « inconcevables » il y a encore peu⁴⁰.

Cet exemple nous montre que des projets peuvent être innovants et bousculer les modèles existants. **Il ne faut donc pas négliger les impacts au niveau des processus, mais surtout les impacts au niveau humain qu'une telle transition peut provoquer.** Un accompagnement doit être proposé tout au long du projet.



Contrôle et évaluation des résultats

Pour évaluer les résultats à la fois économiques et cliniques de la mise en place d'un service partagé, tant qualitatifs que quantitatifs, il convient de **mettre en relation ces résultats avec l'ensemble des ressources investies** dans le projet. Au-delà des économies d'échelle, on évaluera donc l'amélioration de la qualité, le partage de la connaissance, la spécialisation, l'accès aux formations, etc. Cette évaluation doit au préalable définir et s'accorder sur une série d'indicateurs objectifs qui permettent de mesurer les résultats du service partagé et ses écarts possibles par rapport aux attentes initiales.

« Réduire les coûts sans tenir compte des résultats possibles est dangereuse et vouée à l'échec, entraînant de fausses « économies » et limitant potentiellement l'efficacité des soins. »

³⁸ Guy's and Thomas NHS. 2021. Procurement.

³⁹ Guy's and St Thomas' NHS Trust. 2019/20. Annual Report and Accounts.

⁴⁰ Charles, A., Naylor, C., Murray, R. 2021. Integrated care systems in London Challenges and opportunities ahead. The King's Fund.

5.2 | Freins et leviers

Les principaux freins et leviers à la mise en commun des ressources identifiés dans la littérature, l'analyse de cas pratiques en Belgique et ailleurs dans le monde, et au cours de nos entretiens avec les représentants des réseaux sont les suivants :

Freins	Leviers
▪ Résistance au changement ▪ Différence de vision, de pratiques ou d'outils ▪ Réglementation ▪ Nombre important d'acteurs dans le processus ▪ Distance entre les hôpitaux ou unités	▪ Technologie ▪ Confiance entre toutes les parties ▪ Relations préétablies ▪ Adhésion du personnel et de la direction

Selon la forme et le stade de développement du projet, il arrive que certains freins deviennent des leviers et inversement, voire même revêtent les deux caractères à la fois.

5.2.1. Freins

Résistance au changement

Comme dans tout projet de transformation, la résistance au changement et la force de l'habitude seront les plus grands obstacles à la mise en place des services partagés.

Le passage à un modèle de services partagés peut impliquer des changements plus ou moins complexes et impactants dans la culture et les processus organisationnels, et ceci en fonction de la nouvelle organisation choisie et du niveau de préparation des institutions parties prenantes au projet.

Parmi les principaux éléments de méfiance, on relève : la **trop grande indépendance** de l'entité nouvellement créée, la **difficulté** à traverser la **période transitoire** et la **gestion parallèle** des services existants, la **perte d'indépendance et de contrôle local**, le **partage du profit**, ou encore la **perte d'identité, d'avantage concurrentiel**, de **qualité**, sans parler de la force de l'habitude.

Différence de vision, de pratiques ou d'outils

Il est assez logique de penser **que plus les différences dans les pratiques et les outils sont importantes, plus il sera nécessaire d'investir du temps dans la vision commune et la standardisation des pratiques et outils.**

A titre d'exemple, une mise en commun des services achat dans des institutions travaillant déjà avec des processus et logiciels identiques ou la mise en place d'unités cliniques partagées totalement nouvelles ne demande pas le même investissement.

Règlementation

La réglementation doit encore être adaptée aux besoins des réseaux. Elle limite ou manque de clarté notamment en matière d'agrément ou de présence obligatoire de certaines spécialités au niveau local.

« La réglementation est et reste le principal obstacle... quelle est la stratégie des autorités, que veulent-elles obtenir avec les réseaux ? »

Nombre important d'acteurs dans le processus

Plus il y a d'acteurs impliqués dans un projet, plus il est compliqué de le mettre en place et plus il est important de bien le **préparer**, de choisir correctement ses **partenaires**, de bien **communiquer**, de s'appuyer sur des **sponsors** importants, et d'**impliquer** le plus grand nombre du personnel à tous les niveaux pour lever les doutes sur le changement liés à ce nouveau projet.

Distance entre les hôpitaux ou unités

La distance entre les hôpitaux au sein du réseau joue un rôle notable, notamment dans la mise en commun de services logistiques ou de projets cliniques.

Les **coûts de transport** constituent donc un poste important non seulement dans l'analyse de rentabilité, mais également au niveau de l'expérience à la fois des patients et du personnel.

5.2.2. Leviers

Technologie

Le flux constant de nouvelles technologies toujours plus innovantes **affectent le fonctionnement des centres de services partagés**. Tout le défi pour les gestionnaires consiste à décider où et comment intégrer de telles technologies et comprendre leurs fonctionnalités, avantages et risques.

Dans ce contexte, la technologie intervient comme un **levier d'efficacité considérable** pour l'institution et les conditions de travail des prestataires de service au quotidien : optimisation du temps de travail et du temps de déplacement, meilleure structuration des missions, gain de flexibilité, partage de données...

Néanmoins, la compatibilité des technologies et des systèmes informatiques entre eux peut demander un investissement important. Si certains des partenaires ont récemment investi dans des systèmes et logiciels informatiques s'avérant non compatibles, leur réticence à en financer de nouveaux sera d'autant plus forte.

La **digitalisation joue un rôle primordial** dans le partage des services, notamment dans des services cliniques. Elle permet une **nouvelle perception de la distance**, qu'il s'agisse de la numérisation des échantillons dans les laboratoires ou du recours à la télémedecine. La crise du Covid a joué à l'**égard** de cette dernière un rôle d'accélérateur.

Prenons l'exemple des échographies et des scanners qui requièrent la présence d'un radiologue. Grâce à la digitalisation, le **traitement des images peut se faire à distance**. Plus encore, une lecture partagée ouvre des perspectives de **spécialisation** plus importante pour les radiologues (parties du corps ou pathologies).

TeleCare North | Un Centre partagé de télémedecine au Danemark⁴¹

Le projet vise les patients atteints de BPCO sévères à très sévères.

Il propose un **kit de surveillance à distance** permettant aux patients de visualiser des données de leur état de santé actuel. Le projet responsabilise les patients puisque c'est eux qui fournissent leurs données. Les patients peuvent consulter des professionnels de la santé directement depuis leur domicile et ainsi éviter des déplacements réguliers vers l'hôpital.

Seul point de contact pour les patients, ce kit évite la perte d'énergie et d'informations entre les différents intervenants (personnel hospitalier, médecins généralistes, infirmières à domicile et aides à domicile). La qualité de vie des patients s'en trouve améliorée, tandis que les coûts du service de santé sont réduits.

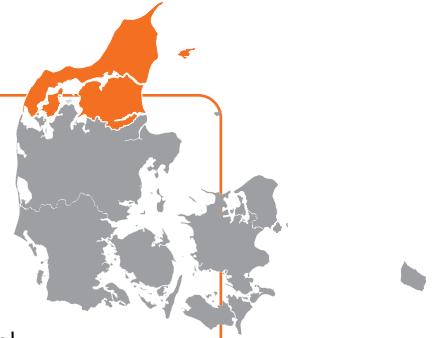
TeleCare North implique les municipalités, les hôpitaux et les médecins généralistes. Il s'agit d'une **large collaboration interdisciplinaire** en télémedecine. Les 11 communes du nord Jutland participent au projet, ainsi que l'université d'Aalborg et une organisation de défense des patients. La société informatique danoise Silverbullet fournit l'infrastructure technique du projet.

Cet exemple illustre tout le défi de ce type de projet : de nouvelles fonctions ont dû être créées afin de soutenir les patients et leur famille, et de nouveaux processus ont dû être mis en place.

Il s'agit d'un **véritable changement organisationnel**, agissant comme un catalyseur pour de nouvelles routines et flux de travail, tout en plaçant le patient au centre du traitement.

Il illustre également le **double avantage** à travailler sur des **projets de prévention** : si le taux d'hospitalisation peut être réduit, cela sera non seulement économiquement bénéfique pour la société, mais améliorera grandement la qualité de vie des patients.

TeleCare North évalue maintenant d'autres pistes de suivi de patients, notamment pour les insuffisances cardiaques, visant une économie de 35 % des coûts de santé annuels par personne, principalement grâce à une diminution des hospitalisations.



⁴¹ Vestergaard, A.S., Hansen, L., Sørensen, S.S., Jensen, M.B., Ehlers, L.H. 2020 Is telehealthcare for heart failure patients cost-effective? An economic evaluation alongside the Danish TeleCare North heart failure trial. BMJ Open.

Confiance entre toutes les parties

Le modèle de gouvernance le plus approprié dépend de la maturité de l'organisation de services partagés. La clé est que les entreprises adoptent la structure qui correspond le mieux à leur organisation, leur culture et leur stratégie. La **confiance entre toutes les parties prenantes** sera un élément facilitateur crucial, d'autant plus important lorsqu'un **partage des données** est requis.

Le modèle de gouvernance retenu sera d'autant plus efficace qu'il reposera sur des bases solides, tout en étant assez flexible pour être revu au besoin, au fil du temps.

Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique (Suisse)

Entre confiance et bonne gouvernance autour du Système d'Information

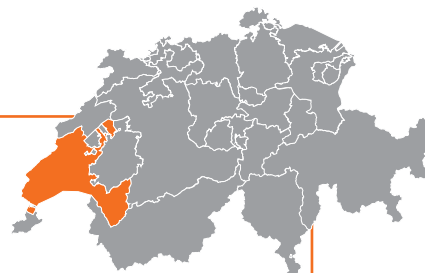
« La FHVI (Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique) est une entité créée en 1985 sous l'égide du SSP Vaud (Service de la Santé Publique), de la FHV (Fédération des Hôpitaux Vaudois) et de l'AVDEMS (Association Vaudoise des EMS). Il s'agit d'une structure très décentralisée et dispersée, regroupant 12 institutions réparties sur 50 sites géographiques.

Dans l'esprit d'une mise en commun des ressources, des compétences et des équipements nécessaires au développement et à l'exploitation du système d'information des hôpitaux régionaux vaudois »⁴², ce Système d'Information (SI) mutualisé a pour objectif d'accompagner les hôpitaux membres dans leur stratégie de développement, mettant en commun leurs ressources, leurs compétences et les équipements nécessaires permettant l'exploitation des Système d'Information.

Parmi les réflexions menées par la FHVI, on relève par exemple l'authentification unique pour tous les utilisateurs, personnel soignant et administratif de ces institutions. Avec eHealth, la FHVI participe activement au déploiement de la stratégie nationale en matière de cybersanté visant à créer une plate-forme d'échange d'informations entre les différents acteurs du dispositif sanitaire. L'enjeu était de sécuriser et d'harmoniser l'ensemble des accès au Système d'Information, ou encore le développement d'intranets collaboratifs permettant la gestion des contenus de chaque institution mais aussi d'encourager la collaboration entre les structures. Avec le CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), une démarche commune a également été engagée pour la mise en place du dossier patient informatisé (DOPHIN). Ce déploiement nécessite une grande disponibilité en termes de supports et de fiabilité des installations.

Un budget mutualisé

Depuis 2013, le budget de la FHVI est basé sur un taux unique de cotisations pour l'ensemble de ses membres hospitaliers, celui-ci étant fixé par l'assemblée générale. En 2019, il a été fixé à 2,3 % des charges hospitalières des membres. Le modèle d'établissement du budget est actuellement en cours de révision pour mieux responsabiliser chaque institution et mieux mettre en relation les demandes avec leur coût⁴³. En effet, certaines activités sont plus coûteuses, comme des activités d'imagerie et de laboratoire pour certains hôpitaux de la fédération.



⁴² FHV. 2021. Système d'information. https://www.fhv.ch/jcms/fhv_6086/systeme-d-information

⁴³ FHV. 2020. FHVi, Rapport de Gestion.

Relations préétablies

On l'a vu, l'harmonisation des processus et des normes est une condition préalable à l'intégration de tous les services. Un langage commun et des collaborations préexistantes entre les intervenants favorise la collaboration. Des éléments communs tels que des systèmes d'informations, un ERP, un système d'accréditation constitueront des éléments facilitateurs. Il n'est pas obligatoire d'avoir une culture commune lors de la mise en place des ressources partagées. Certains services peuvent être mis en place simplement pour des raisons budgétaires ou techniques. Cependant, **pour aller plus avant dans la collaboration, le partage d'une culture et de valeurs communes est essentiel.**

« Que voulons-nous réaliser ensemble à long terme et dans quels délais ? »

Mutualisations : des résultats très variables

En 2019, un rapport⁴⁴ analysant la mise en place des GHT et la mutualisation estime que les effets de la **mutualisation des ressources en médecins** sont variables d'un territoire à l'autre. Des initiatives de mutualisation en GRH médicale sont apparues mais restent encore à développer.

Ce rapport fait le même constat pour les **fonctions de support**.

Comme c'est également le cas en Belgique, la **diversité des systèmes d'informations** et des logiciels est une barrière importante au développement de la mutualisation. Ce qui conduit souvent à une **simple interopérabilité** des systèmes. Le rapport préconise donc un **accompagnement financier** plus important pour développer le dossier patient unique.

Il reconnaît également que « le domaine des achats est le plus avancé », faisant avancer la sécurité juridique des procédures mais rendant difficile le recours aux fournisseurs locaux et pouvant allonger des délais d'approvisionnement.

Cet exemple démontre que malgré l'appui du gouvernement français, la mutualisation est très hétérogène. La transition s'est beaucoup mieux passée lorsque les hôpitaux partageaient déjà une **culture organisationnelle commune**.



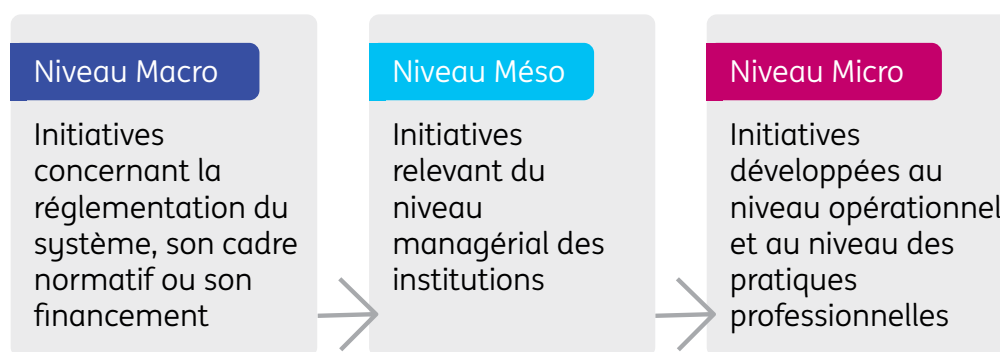
⁴⁴ Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Annexes Tome II, 2019-034R

6. Les clés de la réussite



Au départ de nos analyses et des avis des key opinion leaders consultés⁴⁵, voici un ensemble de réflexions articulées autour des 3 niveaux macro, méso et micro, et assorties d'exemples internationaux.

Figure 19 : Les réflexions aux niveaux macro, méso et micro



6.1 | Les réflexions au niveau macro

Macro n°1

Un engagement clair de la part du régulateur

Il est essentiel pour les acteurs de terrain que les instances politiques affichent clairement leur volonté de soutenir et développer les services partagés, mais aussi définissent la direction qu'elles souhaitent prendre et la vision qu'elles ont de la collaboration dans le cadre des réseaux. Cela passe notamment par une **communication forte de leurs ambitions** en matière de qualité, de rentabilité, de prévention, de durabilité...

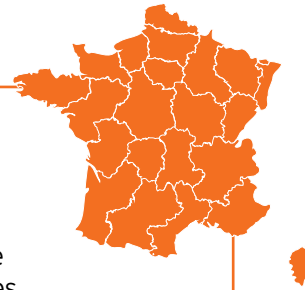
« Le gouvernement devrait fournir aux hôpitaux une orientation claire, afin que nous puissions nous engager dans la bonne direction à prendre. »

Notons que la Belgique s'est engagée à rendre son système de santé plus durable et plus résilient à l'occasion de la COP26 à Glasgow. Les initiatives privilégiant la durabilité environnementale doivent donc être encouragées.

Cette approche transformative implique de repenser le modèle actuel et d'y appliquer des exigences réglementaires spécifiques :

- Révision de la législation au niveau des **agréments** : actuellement, le budget de l'hôpital (Budget des Moyens financiers, BMF) est attribué au titulaire de l'agrément, ce qui fait obstacle aux nouvelles formes de collaboration. La même logique s'applique aux programmes de soins.
- Révision des **seuils définis** : l'idée est d'aboutir à une masse critique encourageant l'implantation de nouveaux services et/ou d'avoir un meilleur contrôle sur la qualité.

⁴⁵ Liste complète en début d'ouvrage



Une mutualisation obligatoire dans les Groupements Hospitaliers de Territoire

L'exemple des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) est intéressant puisque la réglementation française impose aux établissements publics une mutualisation de différentes fonctions.

Les GHT ont été implantés en France avec la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, qui stipule que chaque établissement public de santé doit faire partie d'un GHT. La France compte aujourd'hui 135 GHT⁴⁶, regroupant près de 890 établissements. Comme pierre angulaire de leur fonctionnement, les membres des GHT partagent un **projet médical commun**.

« Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une **stratégie de prise en charge commune et graduée du patient**, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une **offre de proximité** ainsi que l'accès à une **offre de référence et de recours**⁴⁷. »

Là où les GHT diffèrent principalement des réseaux hospitaliers locorégionaux belges, est que les GHT ne sont pas dotés de la personnalité morale, alors que les réseaux hospitaliers belges le sont obligatoirement. Cependant, en France, tous les établissements publics de santé doivent, sauf exception, être membres d'un groupement hospitalier de territoire.

On pense « rationalisation » mais aussi « parcours » et « projet médical partagé » à l'échelle d'un territoire de santé.

Les différentes réformes des GHT imposent aux groupements de mettre en place des fonctions communes, à savoir :

- la gestion d'un système d'information, en particulier la création d'un dossier patient unique au sein de chaque territoire,
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire,
- la fonction achats, et
- la gestion de la formation.

Pratiquement, se mettent en place des pôles interétablissements, des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de biologie médicale et de pharmacie. Les projets médicaux couvrent différentes pathologies (cancéreuses, cardio-vasculaires, métaboliques, neurologiques...). →

⁴⁶ Réseau Hopital GHT. 2021. Tous les GHT.

⁴⁷ Code de la santé publique : Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire, Article L6132-1, France.

Vers un modèle collaboratif ou intégratif ?

En France, la question reste ouverte. Le débat actuel est centré sur cette question du modèle de relation entre les institutions de soins pour plusieurs raisons.

L'enjeu se situe notamment au **niveau politique** puisque dans la version intégrative du modèle, le nombre de GHT passerait de 1.000 à 130. La rationalisation des processus, couplée à une gestion réduite du nombre de budgets, s'oppose aux arguments politiques régionaux des réseaux de proximité. Ces derniers sont très défavorables à un modèle intégratif puisqu'ils y voient une perte de contrôle sur leurs établissements de santé. Les budgets locaux seraient gérés au niveau du GHT, les plateaux techniques plutôt centralisés et les établissements de proximité risqueraient de se voir glisser vers une unique fonction d'hébergement.

Si au niveau macro, les résultats positifs de ces premiers projets sont plus facilement visibles (la mise en place de systèmes d'information communs permet de transférer le dossier du patient vers un hôpital du groupe ce qui résulte en un gain de temps pour les équipes médicales, la mise en place de services d'achat communs induit des baisses de prix par des achats groupés), les directeurs et équipes administratives se sont quant à eux sentis dépossédés de leurs responsabilités, en perte d'autonomie, avec à la clé des problèmes relationnels et un malaise managérial.

Au **niveau des équipes médicales** partagées, l'objectif de cette mutualisation est une **meilleure sécurisation** et une **meilleure gestion des budgets**. Néanmoins, les médecins mettent en avant les points négatifs que sont les déplacements, la charge mentale de devoir opérer dans une salle inconnue, etc.

Ce débat démontre l'importance **de l'accompagnement** dans des projets organisationnels de cette envergure.

Macro n°2

Des règles et modes de financement simplifiés et des normes adaptées

Une simplification des règles et une adaptation des normes est également nécessaire.

Cela implique de revoir la législation actuelle à une échelle différente, en considérant les normes et exigences non plus au niveau des hôpitaux, mais à celui des réseaux, ou d'une quelconque entité collaborative (en matière de réglementation des services médicaux et de support, mais aussi de mobilité du personnel)⁴⁸.

Si des formes de collaboration originales existent déjà en Belgique, elles doivent être revues dans cette nouvelle optique. Nous pensons notamment aux **associations d'hôpitaux**, qui permettent à deux hôpitaux ou plus d'exploiter conjointement un ou plusieurs services, départements, fonctions, unités ou services techniques (médicaux) ou de prendre part ensemble à un ou plusieurs programmes de soins. Dans ce cas, les hôpitaux ne doivent pas répondre individuellement aux normes d'agrément. Cependant,

⁴⁸ 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.

une clarification serait nécessaire sur les activités qui pourraient ou non rentrer dans un accord de collaboration, lorsqu'il s'agit de services allant au-delà de l'activité de base. On pense notamment aux aspects liés à la TVA - lors de la prestation de services qui ne sont pas uniquement médicaux - qui devrait, selon les cas, être payée ou non.

En outre, une simplification des mécanismes de financement permettrait aux institutions hospitalières d'effectuer des choix pertinents et de réaliser des analyses de coûts appropriées sur les activités à partager.

La problématique de la TVA

Dans la circulaire n° 36/2012 du 27 novembre 2012, les autorités fiscales font la distinction entre 5 types de collaboration dans les soins de santé⁴⁹.

Coopération à l'initiative de l'autorité

Type I

Collaboration qui s'inscrit dans le cadre d'un accord de collaboration durable, légalement formalisé et approuvé par l'autorité compétente, c'est-à-dire : les associations, groupements et fusions d'hôpitaux.

Type II

Initiatives de coopération (temporaire ou non) entre institutions de soins en vue de la réalisation d'un programme et d'un projet de soins bien définis étant **reconnues et/ou financées** par l'autorité.

Type III

Collaborations concernant la mise en œuvre d'un projet de soins qui est réglementé par l'autorité **sans être soumis à une reconnaissance formelle**.

Type IV

Collaborations ayant les soins pour finalité qui naissent spontanément entre des établissements de soins sans aucune intervention ou aide de l'autorité.

Type V

Collaborations non liées aux soins de santé.

Les **4 premiers types ont les soins pour finalité**, et sont donc **exonérés de la TVA**.

Les **services de type 5** sont ceux dits de **back-office**, c'est-à-dire ceux qui se trouvent dans la catégorie '**services de management et d'opérations**', et qui ne bénéficient pas de cette exonération. Si une TVA de 21 % doit être payée sur les biens et/ou services que les hôpitaux se fournissent entre eux, cela augmentera les coûts et réduira l'incitation à coopérer, ce qui va à l'encontre de la notion des réseaux.

Dans ce cadre une modification de la loi est nécessaire, afin que l'exemption de TVA s'étende à toutes les activités que les hôpitaux réalisent entre eux dans le cadre d'un réseau, vu que ces activités de support contribuent également, indirectement, à une amélioration de la qualité des soins.

⁴⁹ Circulaire AGFisc N° 36/2012 (E.T.123.129), dd. 27.11.2012.

Macro n°3

Des services partagés supra-réseaux

L'**échelle** des réseaux belges peut s'avérer **insuffisante ou non-adaptée**. C'est le cas pour certains services, pour lesquels l'externalisation pourrait sembler une meilleure opportunité si le service envisagé est trop petit, mais aussi pour certaines thématiques plus macro allant au-delà des réseaux (dossiers patients informatisés, cybercriminalité...).

La réglementation doit être revue au travers du prisme global de **collaborations plus larges, à savoir au niveau régional, national ou international**. Dans ce cas, les **obstacles juridiques** pour les collaborations transfrontalières devraient être levés. L'intérêt est d'autant plus important lorsque l'on parle d'un petit territoire comme la Belgique.

L'exemple de la cybersécurité

En 2021, la multiplication des attaques dirigées contre les systèmes informatiques d'établissements de santé ont mis un coup de projecteur sur **l'importance de la cybersécurité** dans le secteur de la santé en raison de la sensibilité des données qu'il traite. La disponibilité des données de santé des patients étant strictement nécessaire à la prise en charge dans le cadre des réseaux, ces nouvelles pratiques et les risques inhérents supposent des **investissements importants**. Dans ce contexte, **la mise en place de collaborations au niveau national a donc tout son intérêt**.

Macro n°4

Un pilotage de la transition vers le modèle de coopération

Une évaluation complète et un benchmark des projets existants sont nécessaires pour que les instances politiques établissent une **stratégie de pilotage** des services partagés, et aboutir à des **recommandations** pour la mise en place de projets communs au niveau des réseaux.

Le pilotage réclame la fixation de **plusieurs échéances à court terme**, plutôt que de longues échéances difficilement maîtrisables, comme cela a été le cas lors de la réorganisation du paysage hospitalier en Belgique.



Un cadre réglementaire pour le Ministère de la Santé portugais – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)

Au **Portugal**, la situation économique et financière a conduit à la nécessité de réformer le Service national de santé (SNS) en vue d'une gestion plus efficace et d'un partage des ressources.

C'est dans ce contexte qu'a été créé par décret en 2010⁵⁰ le **Service Partagé du Ministère de la Santé (SPMS)**. Ce service est une personne morale de droit public à caractère commercial. Il a été mis en place après une analyse complète de la situation portugaise et des projets existants.

Il fournit des **services groupés dans les domaines des achats et de la logistique, des services financiers, des ressources humaines, des systèmes et technologies de l'information, des communications, ainsi que de la télémédecine**.

La fourniture de services peut et doit être garantie par **un seul prestataire** à toutes les entités du système de santé. La relation établie entre celles-ci et les fournisseurs est réglementée par un **accord-cadre** conclu entre une ou plusieurs entités adjudicatrices et les entités fournisseurs, en vue de régler les conditions juridiques, techniques, économiques et financières de l'acquisition future de biens ou de services, tout au long d'une certaine période. L'accord-cadre effectue une présélection des fournisseurs et établit les prix maximaux et les conditions minimales de qualité et de niveaux de service dans les approvisionnements. Chaque organisme peut cependant améliorer les conditions d'acquisition en fonction des quantités négociées.

L'ensemble de ces processus reposent sur **un seul système d'information intégré**, le Système d'Information Achats Santé (SCS), centralisant les besoins d'achat par voie électronique, et permettant une dématérialisation des demandes⁵¹.

Une **Commission de Suivi des Achats Santé (CACS)** a été créée afin de collaborer avec le SPMS pour la planification et le suivi de la politique d'approvisionnement spécifique au secteur de la santé. Elle est composée d'entités publiques du secteur de la santé, de représentants d'hôpitaux ainsi que d'organisations sanitaires locales.

Première évaluation : l'utilisation des accords-cadres a montré des limites

À ce stade, il n'est pas évident que des prix plus compétitifs soient obtenus,

- la contractualisation centralisée n'est pas la plus favorable pour les achats urgents qui exigent une réponse immédiate,
- l'accord doit être revu chaque année afin de permettre l'acquisition de médicaments innovants⁵².

⁵⁰ Décret-loi n° 19/2010, du 22 mars, modifié par le décret-loi n° 108/2011, du 17 novembre, et par le décret-loi n° 209/2015, du 25 septembre.

⁵¹ Ministério da Saúde. Portaria n.º 227/2014, de 6 de novembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 215, 6 de novembro de 2014.

⁵² Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE. Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4), 214-220.

Macro n°5

Des moyens pour le démarrage des projets et une stabilité des réformes

La mise en place de ce type de projets peut demander des **investissements initiaux importants**. Des aides pourraient être proposées pour le démarrage de projets pilotes, ou plus innovants.

Parallèlement, la stabilité des réformes permettra de limiter les risques pris par les institutions.

L'évaluation de ces projets devra présenter une valeur ajoutée pour le patient, l'hôpital et les pouvoirs publics et informer sur les décisions et la façon dont les ressources de santé seront investies.



6.2 | Les réflexions au niveau méso

Méso n°1

Un modèle de répartition des bénéfices et des coûts

Le **modèle de répartition des bénéfices et des coûts** peut cristalliser les tensions entre les partenaires. Certaines disciplines médicales sont plus rentables que d'autres, certains services sont dépendants d'autres, comme les urgences qui renvoient vers les autres activités de l'hôpital par exemple.

« C'est l'étape qui nous a pris le plus de temps et sur laquelle nous avons eu le plus de mal à nous accorder... »

La répartition des bénéfices et des coûts n'est donc pas un exercice facile. C'est pourquoi il est primordial que la répartition soit clairement définie entre l'ensemble des entités.

Méso n°2

Une internalisation des services aujourd'hui externalisés ?

L'analyse des **avantages et inconvénients d'une internalisation partagée** de services généralement externalisés auprès de tiers, tels que la buanderie ou la gestion des débiteurs, vaut la peine d'être menée à l'échelle des réseaux.

Après identification des objectifs poursuivis, les rapports coûts-bénéfices pourront être calculés pour chacun d'entre eux.

« Les coûts logistiques sont souvent trop peu pris en compte, tout comme l'investissement que demande la préparation d'un tel changement organisationnel. »

Méso n°3

Un calendrier de projets et implémentation progressive

Une gestion de projets solide, dont les **objectifs** sont **mesurables** et pour lesquels des **indicateurs clés** de performance sont définis, est essentielle. L'évaluation des projets de services partagés tiendra bien évidemment compte de leur **impact à long terme** et de la **mise en œuvre simultanée d'autres politiques et projets**. Etablir un calendrier raisonnable des projets, en priorisant chacun d'eux est un autre atout de réussite, tout comme lister les **implications éventuelles sur le personnel**.

Où installer le service partagé ? Le personnel qualifié nécessaire est-il disposé à se déplacer vers ce lieu ? Quels sont les contrats à renégocier ? Existe-t-il une homogénéité dans les salaires des spécialistes exerçant sur les différents sites ? Quelles sont les éventuelles barrières légales ?



Méso n°4

Une amplification du personnel et des syndicats

L'effet de la mise en place de services partagés sur l'emploi et la nature des emplois est significatif : au niveau des **politiques salariales existantes** dans chacune des entités (conditions de travail différentes dans les hôpitaux ou unités), de la **mobilité des travailleurs** suite à la délocalisation de certains postes, des coûts pour l'employé et l'employeur de trajets plus longs, de l'**ancienneté**, de **pertes d'emploi** en cas de redondance, du **besoin de formation**, etc.

« Plus important que le business plan, l'analyse des risques ou les données, c'est avant tout le facteur humain qui jouera un rôle déterminant dans la réussite d'un projet. »

Dès lors, **l'impact sur l'emploi et sur le personnel doivent être au cœur de la réflexion du comité de direction et des ressources humaines** dans tous les projets de services partagés. En outre, le personnel et les syndicats devraient être impliqués dès le stade de la planification et de la conception des projets, et représentés dans les groupes de travail, et plus globalement être tenus informés tout au long de leur évolution.

Méso n°5

Un alignement de la vision

La grande majorité des stratégies aussi pertinentes soient-elles achoppent sur la mise en place d'une coalition de leaders ayant une vision et une compréhension communes. C'est pourquoi il est important de pouvoir **s'appuyer sur le soutien clair du top management**.

L'évaluation de l'alignement des mesures avec la vision passe par la détermination d'un périmètre d'action et par un suivi régulier des actions mises en place.

6.3 | Les réflexions au niveau micro

Micro n°1

Une harmonisation des processus et des normes

Pour assurer une collaboration efficace entre les employés, il est primordial qu'ils parlent le même langage. Un ensemble de mesures sont donc nécessaires, et quatre d'entre elles sont d'une importance capitale :

- la standardisation des **parcours cliniques**
- l'harmonisation des « pools » de **fournisseurs et d'articles**
- l'harmonisation des **processus** : les organisations doivent être en mesure de comprendre comment chacun de leurs processus est intégré et, compte tenu de leur nature spécifique, prendre les décisions nécessaires pour que ces processus fonctionnent de manière optimale. Ce n'est pas une tâche simple, car il est courant que les parties prenantes aient des perceptions différentes de la nature des processus. Cela aura un impact sur la façon dont ces processus sont structurés et intégrés dans des centres de services partagés - et, par conséquent, sur la façon dont ils affectent le résultat global. Cela nécessiterait **une cartographie préalable de la situation réelle**, prenant en compte les différents types de produits : pharma, medtech, informatique, généraliste, etc.
- l'harmonisation des **processus RH** (politique salariale, déplacements...) : Pour faciliter le fonctionnement du réseau en tant qu'entité unie, il convient d'**adapter les outils** pour permettre à tous les hôpitaux de communiquer efficacement. Il n'est pas rare de voir que les logiciels, outils et fournisseurs sont liés, contractuellement, non au centre de service partagé mais à chaque entité séparément. Il est donc nécessaire d'assurer **l'interopérabilité des logiciels** liés aux services partagés (ERP, pharma, etc.).

S'il peut s'avérer long et coûteux, ce travail va permettre de maximiser le potentiel de partage et éviter les doublons, tout en s'adaptant à la flexibilité locale et aux services à valeur ajoutée.

Mise en place de l'application LogiMen au sein de la FHVI (Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique)

Le projet a été développé dans une logique de soutien à la saisie des repas des patients dans les étages des unités de soins et d'aide à la production des repas au sein des cuisines.

Avantages

- une politique nutritionnelle commune aux établissements, nécessitant l'harmonisation des pratiques et du langage employé
- une base de données commune reposant sur une gestion centralisée des droits et configurations, permettant ainsi le partage des droits d'accès entre les différents utilisateurs



Inconvénients

- prise de décisions rendue difficile en raison du nombre importants d'acteurs impliqués
- implications extérieures importantes, la portée ne se limitant pas à la seule diététique
- volonté de mutualiser les recettes mais les politiques alimentaires propres ainsi que des offres spécifiques sur chaque site ne l'a pas permis⁵³

Plus globalement, le projet s'est heurté aux résistances envers les nouvelles pratiques communes visant à remplacer certaines pratiques ancrées depuis de nombreuses années sur chacun des sites.

Cet exemple met en lumière les implications pratiques d'un service partagé, et l'importance de travailler avec des partenaires partageant une vision commune.

Micro n°2

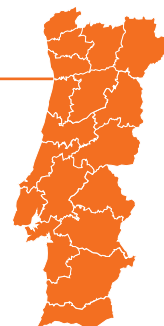
Une co-construction entre les professionnels du terrain

La définition des nouveaux processus et flux de travail des services partagés doit se faire dans une dynamique de **co-construction**. Cela ne signifie pas que tous les acteurs adoptent le même point de vue, mais bien que **toutes les entités** développent un **nouveau point de vue**, conciliant leurs intérêts parfois différents, et conçoivent **le service partagé comme un élément « win-win »**.

« Gardons à l'esprit que les projets ne sont pas à destination de la direction, mais des professionnels de terrain... »

La **définition conjointe de l'offre de services** par les professionnels des établissements concernés, notamment au cours de l'analyse et de la planification du projet, renforcera son succès et minimisera les risques associés.

Au Portugal lors de la mise en place d'une centrale d'achat, les pharmaciens hospitaliers ont mis en avant l'importance pour l'entité **responsable du processus d'achat** d'être également **responsable du processus de paiement** de ces médicaments. Il a été souligné qu'il fallait veiller à mettre l'accent sur les besoins et l'usage hospitalier : des médicaments qui n'ont pas à être reconditionnés ou réétiquetés⁵⁴.



⁵³ Grossi, E. 2015. Présentation générale du projet LogiMen, prilly.

⁵⁴ Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE., Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4)

Micro n°3

Une prise en compte des besoins pratiques et un maintien d'une présence locale

Il est important de prendre en compte les besoins du terrain lors de la réflexion mais aussi lors de la mise en pratique du projet et de réévaluer celui-ci en conséquence. Cela veut dire **tenir compte des différences** qu'il peut y avoir entre les unités partagées.

La mise en place de services partagés peut générer un délai de réponse plus important pour les unités plus décentralisées. Un possible manque d'information sur les besoins locaux de chaque institution ou d'une perception erronée de ces besoins peut l'expliquer⁵⁵. Par exemple, dans le domaine des achats, le recours aux fournisseurs locaux et les délais d'approvisionnement peuvent être impactés.

Veiller à garder une présence locale des services partagés dans les différents sites est primordial. Il est essentiel de ne pas vider le terrain, et de garder des services de proximité, et des mécanismes de collaboration avec les entités régionales, surtout au niveau des antennes cliniques.

Micro n°4

Des rôles clairs qui conservent tout leur sens

La peur d'être dépossédé de son travail est un argument qui revient régulièrement. Nous l'avons illustré plus haut par le biais de la mutualisation des GHT en France.

Définir le rôle précis de chacun dans la nouvelle configuration, en veillant à **accompagner** chaque acteur vers son nouveau rôle, après avoir identifié les processus qui nécessitent un **transfert de connaissances important** (spécialisations), est un facteur essentiel d'adhésion au projet.

Micro n°5

Des sponsors et des influenceurs - clés dans la conduite du changement

Pour obtenir l'adhésion générale au projet, il est important de pouvoir s'appuyer sur des sponsors et des influenceurs dans tous les domaines touchés par la mise en œuvre des services partagés. Si le **sponsor** porte la **vision** et donne du sens, l'**influenceur** agira comme un **facilitateur** et défendra le projet au niveau local.

Identifier ces professionnels clés du processus de mutualisation dans chaque entité spécifique, tout en s'appuyant sur l'expertise de chacun, facilitera la mise en place du processus.

⁵⁵ Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE., Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4)

7. Conclusion



Dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier belge, les hôpitaux doivent collaborer de manière plus structurelle afin de favoriser les synergies, la qualité de la prise en charge, la continuité des soins et l'efficacité, et ainsi maximiser la valeur apportée à la société et aux patients. Cette collaboration est un véritable enjeu dans la phase de transition.

Les services partagés peuvent répondre en partie à ces défis pour nos hôpitaux, car leurs atouts dépassent largement les économies d'échelle. Ils permettent d'améliorer l'efficacité et la qualité, l'attractivité (pour les professionnels et les patients), la capacité de recherche et d'enseignement, le portfolio de services, répondre aux enjeux de cybersécurité, etc. Au-delà d'un partage de ressources ou de moyens, ils peuvent aller jusqu'au partage d'une vision stratégique commune.

Les services partagés sont la clé pour donner de la substance aux réseaux hospitaliers, mais ils sont un mode d'organisation complexe. Nous avons exposé la faisabilité et la valeur ajoutée de diverses typologies de services ainsi que les freins et leviers à leur déploiement en Belgique.

Nos réflexions aux niveaux macro, méso et micro ont pour objectif de contribuer au débat, et partant, à faire décoller les services partagés au sein des réseaux hospitaliers.

8. Bibliographie



A.R. Du 30 Septembre 2020 Portant Sur La Préparation et La Délivrance Des Médicaments et l'utilisation et La Distribution Des Dispositifs Médicaux Dans Les Établissements de Soins.

ACAH, 'A Propos de l'ACAH' <<https://www.acahbelgique.be/fr/qui-sommes-nous/>>.

Antares Consulting. 2020. Health Prospecting 2020 : Comment mieux intégrer l'innovation dans le système de santé belge ?

Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE. Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4), 214-220.

Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE., Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4).

Arrêté royal du 10 mars 2009 portant exécution de l'article 69, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les règles de calcul des honoraires forfaitaires d'imagerie médicale payés par admission pour les patients hospitalisés.

Art. 2. § 1. A.R. Du 30 Janvier 1989 Fixant Les Normes Complémentaires d'agrément Des Hôpitaux et Des Services Hospitaliers et Précisant La Définition Des Groupements d'hôpitaux et Les Normes Particulières Qu'ils Doivent Respecter.

Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Annexes Tome II, 2019-034R

Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, p. 101-102.

Charles, A., Naylor, C., Murray, R. 2021. Integrated care systems in London Challenges and opportunities ahead. The King's Fund.

Circulaire AGFisc N° 36/2012 (E.T.123.129), dd. 27.11.2012.

Code de la santé publique : Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire, Article L6132-1, France.

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.

Décret-loi n° 19/2010, du 22 mars, modifié par le décret-loi n° 108/2011, du 17 novembre, et par le décret-loi n° 209/2015, du 25 septembre.

Elrod, J.K., Fortenberry, J.L. 2017. The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. BMC health services research.

European Services Strategy Unit. 2007.

FHV. 2020. FHV, Rapport de Gestion.

FHV. 2021. Système d'information.

Fresnais, J. 2015. La mutualisation des moyens. Un défi managérial, Béatrice Fermon éd., Performance et innovation dans les établissements de santé.

Grossi, E. 2015. Présentation générale du projet LogiMen, prilly.

Guy's and St Thomas' NHS Trust. 2019/20. Annual Report and Accounts.

Guy's and Thomas NHS. 2021. Procurement.

Inter Healthcare Transport. Concept.

IPG. Qui Sommes-Nous.

iris. IRIS-ACADEMY.

iris. LHUB-ULB.

Janssen, M.; Joha, A. 2006. Motives for establishing shared service centers in public administrations.

Joha, A. and Janssen, M. 2010. Public-private partnerships, outsourcing or shared service centres? Motives and intents for selecting sourcing configurations, Transforming Government: People, Process and Policy, Vol. 4 No. 3, pp. 232-248.

Le Soir. 2020. La Commission européenne exhorte la Belgique à remédier à sa «pénurie structurelle» de soignants.

Liste complète en début d'ouvrage

Ministério da Saúde. Portaria n.o 227/2014, de 6 de novembro. Diário da República, 1.a série, n.o 215, 6 de novembro de 2014.

OECD Health Statistics. 2020.

OECD Health Statistics. 2021.

OECD. 2010. Value for Money in Health Spending, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

Optimus. 2018. Ziekenhuisnetwerken En Samenaankoopnetwerken Voor Zorginstellingen.

P.S. 2018. GZA-ZNA Centraliseert Lab Pathologische Anatomie. Healthcare Executive.

Réseau Hopital GHT. 2021. Tous les GHT.

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2019. Données brutes.

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2021. Données brutes.

Ulbrich, F. 2003. Introducing a research project on shared services in governmental agencies. In: 17th Nordic Academy of Management Conference, 14-16 August, 2003, Reykjavik, Iceland.

Vestergaard, A.S., Hansen, L, Sørensen, S.S., Jensen, M.B., Ehlers, L.H. 2020 Is telehealthcare for heart failure patients cost-effective? An economic evaluation alongside the Danish TeleCare North heart failure trial. BMJ Open.

VznkuL. 'VznkuL' <<https://www.vznkul.be/>>.

Wellever A. 2001. Shared services: The Foundation of Collaboration. Academy for Health Services Research and Health Policy.

ZORG Magazine. 2013. Cours de Langues Chez IRIS : Une Approche Créative Renforce Le Contenu.

