

Réseautage clinique entre hôpitaux – principes déontologiques

| | |
|---------------------|----------------------|
| Doc | a167001 |
| Date de publication | 15/02/2020 |
| Origine | NR |
| | Hôpitaux |
| Thèmes | Continuité des soins |
| | Vie privée |

En sa séance du 15 février 2020, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les principes déontologiques que le médecin doit appliquer dans le cadre d'un réseau hospitalier.

1. Introduction

La loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, prévoit que chaque hôpital belge fait partie au 1^{er} janvier 2020 au plus tard d'un réseau hospitalier clinique locorégional(1). Il en émergera une collaboration plus étroite et plus fréquente entre les hôpitaux d'un réseau et les soins transmuraux seront intensifiés.

Les missions de soins sont (re)distribuées au sein de chaque réseau hospitalier(2) et entre les réseaux hospitaliers(3), selon des critères stratégiques liés aux soins, dans une perspective d'amélioration de leur efficacité et de leur qualité.

2. Points d'attention

Les patients, les médecins, l'administration et la direction des hôpitaux peuvent éprouver des difficultés à s'adapter à l'élargissement d'échelle généré par le réseau.

S'agissant des médecins, la bonne application des principes déontologiques dans ces nouvelles structures plus grandes et plus complexes nécessite d'être particulièrement attentif à la communication avec les patients, les confrères, l'administration et la direction de l'hôpital.

Le médecin veille au respect de l'indépendance professionnelle, de la continuité des soins, du libre choix du médecin par le patient et de l'accès aux soins. Il se préoccupe avant tout de la qualité des soins, dans l'intérêt du patient et de la société.

3. Défis

3.1. Accessibilité des soins

La qualité des soins requiert qu'ils soient accessibles. Il est important, en particulier pour les groupes de patients vulnérables qui se déplacent difficilement, que le principe de subsidiarité(4) soit correctement appliqué et que suffisamment de soins de base soient maintenus au niveau local.

3.2. Continuité des soins

La dispersion des activités médicales ne peut pas entraver le suivi du patient individuel. Le médecin veille à ce que la continuité des soins soit garantie par des conventions de collaboration entre médecins, qui prévoient notamment l'échange des informations de manière structurée.

3.3. Communication avec le patient

La mise en réseau requiert, en particulier dans les premiers temps, une communication complémentaire à l'égard du patient confronté à un paysage hospitalier changeant. Les possibilités thérapeutiques, mais aussi les limites et le renvoi interne vers des médecins et services hospitaliers du réseau, doivent lui être clairement expliqués.

3.4. Libre choix du patient

Le médecin respecte le libre choix du patient.(5) Ce droit ne peut pas être limité par l'organisation au sein du réseau. Le patient choisit son médecin dans ou en dehors du réseau auquel il a initialement fait appel.(6)

3.5. Vie privée du patient

La mise en réseau favorise la collaboration entre hôpitaux lors du développement des technologies de l'information et de la communication.(7) Le médecin respecte le droit à la vie privée du patient et le Règlement général sur la protection des données.(8)

3.6. Relations collégiales entre hôpitaux

La mise en réseau rend plus complexes les interactions entre médecins ainsi qu'entre médecins, administration et direction des hôpitaux.

Le médecin s'adapte à ce nouveau contexte et adopte une attitude confraternelle qui respecte l'expertise spécifique de tous ses confrères et autres prestataires de soins.(9)

Il est primordial de se concerter avec ses confrères et d'évoquer les éventuelles situations problématiques avec le médecin-chef du réseau et/ou le président du Conseil médical du réseau. Les structures de co-gouvernance favorisent le dialogue et les interactions entre le conseil d'administration, la direction du réseau et les médecins.

3.7. Relations collégiales entre les soins de première et deuxième lignes

Dans le contexte des réseaux, l'interaction entre la première et la deuxième ligne est fondamentale. La création d'un organe de concertation permanent entre le réseau hospitalier clinique et les cercles de médecins généralistes qui collaborent avec ce réseau est essentielle.

4. Conclusion

La mise en réseau des hôpitaux favorise une collaboration plus étroite et plus fréquente entre les hôpitaux universitaires, spécialisés et locaux. Une concertation permanente entre tous les acteurs concernés, en ce compris les prestataires de soins hors hôpital, est indispensable. La priorité du médecin est la qualité des soins, dans l'intérêt du patient et de la société.

(1) Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les

hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux ; Arrêté du 26 avril 2019 du Gouvernement flamand relatif au planning en matière de la stratégie des soins;

<https://www.vlaamsparlament.be/commissies/commissievergaderingen/1335076/verslag/1337132>

(2) Les missions de soins locorégionales sont des missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional (art. 5, 3° de la loi du 28 février 2019, précitée).

(3) Les missions de soins suprarégionales sont des missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional (art. 5, 4° de la loi du 28 février 2019, précitée).

(4) Le principe de subsidiarité implique une forme d'organisation qui tend à ce que suffisamment de soins spécialisés soient proposés localement aux patients.

(5) art. 15, Code de déontologie médicale 2018.

(6) Le choix du médecin peut être limité (dans un certain service hospitalier) pour des raisons d'organisation (par exemple dans un service d'anesthésie, de radiologie, de biologie clinique, etc.), sinon rendu impossible dans le cadre d'interventions d'urgence ou du service de garde, ou dans des situations réglées par la loi (Commentaire de l'art. 15 du Code de déontologie médicale 2018).

(7) "Ziekenhuisnetwerken: van uittekening naar operationalisering: noodzakelijke randvoorwaarden", Zorgnet-Icuro, 7 juin 2018.

(8) Art. 27, Code de déontologie médicale 2018.

(9) Art. 7, Code de déontologie médicale 2018.