



© Zefa

SANS BUT LUCRATIF

Les responsabilités systémiques des hôpitaux publics

PAR JEAN-PIERRE UNGER

Le caractère public de certaines structures hospitalières implique de nombreuses responsabilités systémiques. Le point sur la question.

Le caractère *public* des établissements de soins ne se donne pas: il s'obtient. De par le monde, nombreux sont les hôpitaux appartenant à l'Etat dont la gestion suit une logique lucrative, alors que par ailleurs, le statut privé de certains autres ne les empêche pas d'adopter une politique d'intérêt public⁽¹⁾. Les hôpitaux qui suivent ce type de logique publique sont donc gouvernementaux, municipaux ou gérés par des mutuelles, des églises, des institutions de sécurité sociale, des ASBL ou des ONG. Quel que soit le cas de figure, leur statut d'institution à fina-

lité publique n'équivaut jamais à une certification de gestion à finalité publique.

Il est possible de formuler des critères de qualité pour les soins, la médecine et la gestion, conçus dans une perspective d'intérêt public caractérisant ce type d'institution de soins⁽²⁾. De tels critères sont utiles à la préparation des contrats de gestion (dans l'hypothèse d'une sous-traitance des soins avec financement public), à la régulation par les pairs, à l'évaluation, à la planification de la couverture sanitaire et, d'une manière générale, au débat

démocratique relatif aux politiques de santé. L'utilisation de ces critères procède d'un choix technique, mais souvent aussi, d'une conquête sociale et politique, d'un effort de démocratisation des structures qui affirment poursuivre l'intérêt public.

Le présent article se penche sur la responsabilité systémique de ces hôpitaux *sans but lucratif*, une responsabilité que pourrait leur insuffler la finalité publique dont se réclament leurs statuts, ainsi que sur l'effort de démocratisation qui devrait l'accompagner. Si les principes d'intégration systémique



Jean-Pierre Unger est médecin et occupe le poste de senior lecturer au département de santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. jpunger@itg.be

décrits ci-dessous ont fait l'objet de publications exégétiques⁽³⁾⁽⁴⁾, ils ont été formulés, il y a plus de trente ans, par deux pionniers de la santé publique, les professeurs P. Mercenier et H. Van Balen. Nous espérons qu'ils ouvriront aujourd'hui encore des perspectives d'action aux gestionnaires d'hôpitaux belges et aux réseaux de professionnels engagés.

LES FONCTIONS HOSPITALIÈRES AU SEIN D'UN SYSTÈME DE SANTÉ INTÉGRÉ

Le système de santé, dans son ensemble et à chaque niveau de soins, peut se définir par des fonctions. Quatre principes permettent de qualifier d'intégré un système de soins :

- ▶ une absence de superposition des fonctions entre niveaux de soins;
- ▶ une absence de déficit fonctionnel et, par conséquent, la décentralisation optimisée et dynamique des techniques médicales;
- ▶ l'accès du patient, notamment financier, le plus libre possible au type d'institution de soins que justifie son état de santé;
- ▶ son suivi par l'information clinique pertinente.

Comment les gestionnaires hospitaliers et les réseaux de professionnels peuvent-ils contribuer à l'intégration d'une structure dans le système de santé ? Pour le savoir, nous examinerons ces principes un à un, d'un point de vue opérationnel. Puis, nous considérerons l'appui technique dont devrait bénéficier leur mise en œuvre.

▶ ABSENCE DE SUPERPOSITION FONCTIONNELLE ENTRE NIVEAUX DE SOINS

L'hôpital public devrait réduire au minimum nécessaire l'offre de soins pratiquée en concurrence avec les généralistes, en particulier parce qu'il a été montré qu'à qualité égale, le coût du traitement, du diagnostic ou de la prévention d'une pathologie ressortant du pre-

mier échelon augmentait avec la complexité de la structure où celle-ci était prise en charge⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Ainsi, en toute logique, les hôpitaux spécialisés qui pratiquent des examens de dépistage anticancéreux devraient former les généralistes à la pratique du frottis de col et à l'évaluation des taux de couverture plutôt que de s'en charger eux-mêmes.

▶ ABSENCE DE DÉFICIT FONCTIONNEL DANS LE SYSTÈME ET DÉCENTRALISATION DYNAMIQUE DES TECHNIQUES MÉDICALES

Pour réduire la fréquence des références et améliorer la qualité des soins, les hôpitaux spécialisés devraient jouer un rôle dans la décentralisation de certaines techniques médicales vers les hôpitaux généraux, tout comme ceux-ci devraient, à leur tour, donner un appui aux généralistes.

« Nombreux sont les hôpitaux appartenant à l'Etat dont la gestion suit une logique lucrative, alors que le statut privé de certains autres ne les empêche pas d'adopter une politique d'intérêt public »

Le degré souhaitable de proximité (de décentralisation) d'une technologie médicale ou d'un type de soins est fonction de plusieurs critères :

- ▶ la nécessité de lui assurer un accès facile;
- ▶ tout en garantissant son efficacité, qui est fonction de la fréquence de son utilisation à chaque niveau de soins;
- ▶ et en contrôlant les coûts, qui augmentent avec sa décentralisation mais peuvent être compensés par des économies indirectes. Ainsi, certaines hospitalisations à domicile accroissent les coûts du premier échelon tout en réduisant ceux qui incombent au système de santé dans son ensemble.

La décentralisation de technologies médicales ou d'un type de soins particuliers suppose un appui technique de l'hôpital aux médecins et aux structures qui

lui réfèrent des patients. Ces derniers peuvent d'ailleurs conditionner leurs références à l'obtention d'un tel appui, ainsi que cela s'est vu en Flandre.

La nécessité d'une décentralisation opérationnelle introduit deux ruptures dans la vision classique de la formation continue. Elles portent sur la nature et le mode de transmission des connaissances:

- ▶ les connaissances à transmettre impliquent souvent une dextérité manuelle et des attitudes appropriées. La liste des techniques utiles, au généraliste par exemple, est longue: ponctions artérielles, changements de sondes urinaires de type Systocath, entretien des Portacath, incision de thrombose hémorroïdaire et de panaris, anticoagulation ambulatoire par microhéparine, etc. A l'hôpital Molière-Longchamps, le projet Sylos a stimulé,

entre autres, la formation des généralistes à l'utilisation de perfusions sous-cutanées.

- ▶ au contraire de l'enseignement des connaissances théoriques, celui des techniques médicales ne se satisfait pas de séminaires, comme les GLEM (groupes locaux d'évaluation médicale) par exemple. Il demande des stages hospitaliers de courte durée. Pour les optimiser, il existe des supports écrits, conçus pour être adaptés aux besoins de chaque médecin, tels les cahiers de stage autogéré. Structurés à partir d'une liste des techniques à apprendre, classés par service hospitalier de stage, ils permettent à l'apprenant de tirer parti de chaque intervention clinique dans le service de stage et à ses encadreurs, de suivre ses progrès, de l'observation à la pratique supervisée.

1 Giusti D, Criel B, de Béthune X : Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond the slogans. Health Pol Plann 1997 ; 12 : 192-8.
2 Unger JP, Marchal B, Green A : Quality standards for health care delivery and management in publicly oriented health

services. Int J Health Plann Manage 2003 ; 18 : S79-S88.
3 Van Lerberghe W, Laforêt Y : The role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care? WHO/SHS/CC/90.2. Geneva, World Health Organization, 1990 : 36.

4 Unger JP, Criel B : Principles of health infrastructure planning in less developed countries. Int J Health Plann Manage 1995 ; 10 : 113-28.
5 Hogerzeil HV : Use of essential drugs in rural Ghana. Int J Health Serv 1986 ; 16 : 425-40.
6 Van Lerberghe W, Laforêt Y : The role of the

hospital in the district. SHS Paper number 2. WHO/SHS/CC/90.2. Geneva, World Health Organization, 1990 : 7.
7 Norman GR, Shannon SI, Marrin ML : The need for needs assessment in continuing medical education. Br Med J 2004 ; 328 : 999-1001.

●●● **AMÉLIORER LES PERFORMANCES PAR L'ÉVALUATION**

L'hôpital peut aussi améliorer les performances des généralistes par l'évaluation. Avec un protocole ad hoc, les données utiles sont recueillies à l'arrivée d'un patient référé et/ou à l'issue d'une hospitalisation. Le spécialiste se penche alors sur l'histoire naturelle de la maladie mais aussi sur la *carrière* (le parcours) du patient et sur sa prise en charge antérieure à l'hospitalisation. Ceci permet d'identifier des besoins de recyclage, ainsi que les techniques hospitalières qui peuvent être déléguées aux généralistes référents. De même, un généraliste peut agir sur la qualité des soins hospitaliers au retour d'un patient à domicile.

Dans tous les cas, pour être utile, ce type d'évaluation suppose une volonté d'améliorer la qualité des soins et de ne pas nuire à la réputation des confrères, un intérêt pour les processus réflexifs et la conscience des pièges associés à la pratique de l'interface audit.

Pour illustrer ces pièges, considérons un neurologue. Il peut, en toute bonne foi, se demander pourquoi tel généraliste n'a pas pratiqué de CT scan chez son patient souffrant de céphalées atypiques, alors qu'a priori, le généraliste, lui, aura peut-être testé l'efficacité de l'aspirine avant de proposer des examens exploratoires. Les deux attitudes cliniques ont leur raison d'être, puisque la valeur prédictive des signes est fonction de la prévalence des pathologies et que celle-ci varie selon le case mix (on trouve plus de cas sérieux parmi les patients référés que dans la patientèle du généraliste). Il faut donc éviter qu'en

permettent de mieux cerner les besoins de formation continue⁽⁷⁾.

► **UNE LOGIQUE D'INTÉRÊT PUBLIC**

En définitive, la (dé)centralisation des techniques médicales devrait être dynamique, permanente, et fondée sur les nécessités et la disponibilité des ressources, qui varient au cours du temps. La technostructure hospitalière recouvre l'ensemble des fonctions liées à la rationalisation de la prise de décision médicale – standardisation, éducation médicale continuée, supervision, évaluation – et à l'amélioration de leur exécution. Elle devrait contribuer à la formation continue des spécialistes et des généralistes appartenant au système local de santé. Or, d'un point de vue économique, de tels objectifs de formation continue mettent en concurrence les spécialistes hospitaliers et les généralistes pour l'offre de certains soins. L'engagement de l'hôpital suppose donc que les responsables hospitaliers et les médecins qui y travaillent poursuivent une logique d'intérêt public.

► **ACCÈS À L'ÉCHELON UTILE**

L'accès à l'institution la plus adaptée à l'état de santé demande un effort constant des gestionnaires et réseaux de professionnels pour réduire les diverses catégories d'obstacles (intra-institutionnel, financier, psychologique, etc.) à l'accès aux soins des patients référés. Les gestionnaires doivent connaître les indicateurs et la *boîte à outils* de contrôle de chacune d'elles.

Par ailleurs, si les généralistes veulent conseiller leurs patients afin qu'ils utilisent au mieux le système de santé, ils doivent en connaître les ressources, soit

« L'hôpital public devrait réduire au minimum nécessaire l'offre de soins pratiquée en concurrence avec les généralistes »

évaluation ne prévale le critère du spécialiste dans les situations épidémiologiques propres à la première ligne.

Il existe d'autres techniques d'évaluation pour adapter le plateau technique hospitalier aux nécessités locales, comme l'analyse des références de l'hôpital général aux hôpitaux spécialisés et universitaires, l'étude de la mortalité évitable et de la mortalité spécifique par service et par cause, ainsi que les audits médicaux. Nombre de ces techniques

la capacité résolutive des hôpitaux qu'ils utilisent comme lieu de référence. Les hôpitaux devraient donc systématiser cette information et en assurer la dissémination auprès des généralistes.

► **LE TRANSFERT DE L'INFORMATION MÉDICALE**

On peut améliorer la continuité des soins entre échelons:

► en encourageant les généralistes à préciser les objectifs d'hospitalisation



Certaines hospitalisations à domicile accroissent les coûts du premier échelon tout en réduisant ceux qui incombent au système de santé dans son ensemble.

(exécution d'une batterie d'examens, thérapeutique interventionniste ou non, prise en charge bio-psycho-sociale, admission en attente d'un placement, etc.) d'un patient référé, ce qui permet à l'institution hospitalière de réagir avec plus de discernement. Il y aurait aussi intérêt à ce que ces objectifs soient assortis d'un résumé du dossier du patient. De son actualisation dépend la qualité du travail hospitalier et de celui des paramédicaux en relation avec le généraliste;

► en transférant des informations lors du retour à la maison des patients hospitalisés, par exemple par des fiches ad hoc pour soins infirmiers et paramédicaux qui spécifient le type d'assistance dont le patient a besoin à domicile.

De son côté, la mise en place de dossiers d'information clinique chez les généralistes devrait avoir pour conséquence logique que l'information transmise par l'hôpital soit adaptée aux exigences de la tenue de ce dossier.

L'informatisation permet aux généralistes d'accéder à l'information relative à leurs patients hospitalisés (accès qui doit être soumis à l'approbation du patient). Si, en Belgique, des expériences pilotes sont en cours (les projets télématiques instigués par le ministère fédéral de la Santé), la mise en réseau reste sous contrainte. Bien que près de 70% des médecins possèdent un ordinateur, moins de 10% des généralistes du Sud-Ouest de Bruxelles utilisent l'e-mail et l'internet, selon des données non contrôlées.

Finalement, l'hôpital doit s'attacher à rendre plus utile à la prise de décision le libellé des résultats d'exams (imagerie ou laboratoire), tant ceux demandés par les spécialistes de l'hôpital que par les généralistes.

► **UNE ASSISTANCE TECHNIQUE POUR DÉVELOPPER LE CARACTÈRE SYSTÉMIQUE DE LA GESTION HOSPITALIÈRE**

En l'absence de volonté politique des pouvoirs publics, les hôpitaux, qu'ils soient universitaires ou autres, ne renoncent pas facilement aux activités lucratives que sont les soins de première ligne. Dès lors, loin de la dynamique de support mutuel qui vient d'être évoquée, les relations entre généralistes et spécialistes hospitaliers resteront tendues, surtout en ville parce qu'il y existe un excès d'offre médicale. Les généralistes continueront à se plaindre de ce que trop de patients sont *détournés* par les spécialistes après leur hospitalisation, et que la contre-référence fonctionne mal. De leur côté, les spécialistes regretteront parfois des délais à la référence.

De fait, il y a guerre économique, et elle se traduit par des pratiques insidieuses. Par exemple, tel spécialiste substituera un traitement chronique, basé sur un médicament de la classe Bf, par un autre à l'occasion d'une hospitalisation – sans modifier le principe actif – par inattention, désorganisation ou parfois pour gagner en crédibilité.

Un encadrement externe, impartial, par des spécialistes en organisation de soins et services de santé permet de résoudre

pas mal de ces malentendus et de transformer en collaboration ce qui ressemble trop souvent à de la concurrence. Telle est la conclusion que l'on peut tirer de dix ans d'expérience du projet *Sylos* (systèmes locaux de santé), mené à Sint Vincentius (Anvers), à Molière-Longchamps (Bruxelles Iris Sud) et à la clinique Reine Astrid (Malmédy) avec l'appui technique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

CONSÉQUENCE: DÉMOCRATISER LA GESTION DES HÔPITAUX À ORIENTATION PUBLIQUE

Toutes les responsabilités systémiques dont il vient d'être question ont un coût d'opportunité pour l'hôpital et ses professionnels. Certaines activités non cliniques pourraient être financées par le gouvernement. D'autres relèvent pleinement de l'initiative locale. Mais, sans contre-pouvoir, rien n'empêche les organisations de professionnels dont les revenus sont associés à ceux de l'institution, d'en maximiser les bénéfices, d'exclure les activités qui ne sont pas

santé ne fait pas exception. Elle ne peut se limiter au pluralisme de sa gestion centrale: elle doit être complétée par une discussion entre acteurs locaux au niveau de chaque institution hospitalière, entre autres, pour que sa gestion vise à l'intégration systémique. Voici quelques-uns des enjeux d'une gestion démocratisée des hôpitaux à finalité publique:

- l'équité de la politique hospitalière. Elle conditionne un accès suffisant à l'admission pour les patients dont l'état de santé le justifie. Cette préoccupation amène à se pencher sur le nombre de lits privés au sein de l'hôpital public, le partage des recettes entre praticiens et institution, l'accès des pauvres aux soins hospitaliers (par exemple, sont-ils dûment informés de la nature des tarifs, conventionnés ou privés, que pratique tel hôpital à finalité publique ?).
- la régulation et le contrôle. Par exemple, y a-t-il détournement de patients vers des consultations privées ?
- l'efficacité des soins. Comment

« La décentralisation de technologies médicales ou d'un type de soins particuliers suppose un appui technique de l'hôpital aux médecins et aux structures qui lui réfèrent des patients »

financées à concurrence de ce que permettrait la rentabilisation maximale de la technologie disponible, y compris celle du temps de travail des professionnels. La démocratisation institutionnelle est une histoire de contre-pouvoirs. Jadis, dans certains pays en développement, la politique des soins de santé primaires a permis, provisoirement et partiellement, de démocratiser certains services à orientation publique par la participation communautaire. Quant au système de santé belge, sa démocratisation a été liée à la mise sur pied de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité), et à la gestion paritaire des ressources du secteur par des acteurs aussi divers que les professionnels de santé, les classes moyennes, les syndicats, les patrons, l'Etat, les mutuelles, etc. La démocratisation est perfectible par définition, parce qu'elle est liée à une structure sociale et politique en perpétuelle évolution. Celle du système de

l'institution limite-t-elle les examens et dépenses inutiles ? Quelle est la politique pharmaceutique de l'hôpital ? Les génériques sont-ils promus ? Comment évalue-t-on la pertinence de l'achat de nouvelles technologies médicales ? Y a-t-il déséquilibre entre les dépenses de fonctionnement (par exemple en soins infirmiers) et les investissements matériels ?

- la capacité de réponse de l'hôpital (responsiveness). Par exemple, existe-t-il une fonction de médiateur (ombudsman) ?
- l'intégration. Les soins sont-ils conçus pour compléter ceux qui sont offerts par les généralistes ou pour leur faire concurrence ? L'hôpital tend-il à s'intégrer dans un système local de santé ?

Le conseil d'administration de l'hôpital public ne peut se contenter d'être le garant de la survie financière de l'institution et un lieu de négociation entre partenaires. Il devrait aussi représenter,

••• en quelque sorte, la conscience de sa finalité publique. La représentation de trois types d'acteurs pourrait l'y aider. A savoir les paramédicaux, dont l'importance des responsabilités contraste avec la faiblesse de leur influence sur la gestion de l'hôpital; les utilisateurs (par exemple un membre d'un comité de quartier) et les généralistes et autres professionnels qui font appel aux services de l'hôpital, éventuellement dans le cadre de systèmes locaux de santé organisés.

Par ailleurs, il serait utile de consulter de temps en temps une assistance technique, extérieure à la hiérarchie hospitalière, capable d'éclairer les enjeux liés au caractère public des soins, de documenter les problèmes, de proposer des solutions en relation avec la

« Les responsabilités systémiques n'ont pas de sens pour les hôpitaux à finalité lucrative. Elles ne devraient d'ailleurs pas leur être imposées »

qualité des soins et l'organisation des services, de dialoguer avec le personnel et de jouer un rôle constructif dans les négociations interprofessionnelles.



© Zefa

Les hôpitaux belges sont vraisemblablement en train de perdre en efficacité ce qu'ils gagnent en efficience.

Les directions administratives et médicales des hôpitaux auraient aussi tout à gagner d'un dialogue régulier avec toutes ces catégories d'acteurs.

LA CRISE GUETTE

Les responsabilités systémiques n'ont pas de sens pour les hôpitaux à finalité lucrative. Elles ne devraient d'ailleurs pas leur être imposées. Par contre, les pouvoirs publics ont la faculté de concevoir des remboursements différents aux hôpitaux selon la logique de leur gestion et de la politique de santé qui y est menée.

Il n'est pas sûr qu'en Belgique, ces pouvoirs publics aient conscience des possibilités de discrimination positive qu'offrent les contrats de gestion des

institutions hospitalières. Elles n'utiliseront ce type d'outils que si les partenaires sociaux et politiques montrent leur capacité à formuler des politiques sectorielles alternatives.

Par ailleurs, et plus que jamais, des revenus décents et un cadre minimal doivent être assurés au personnel hospitalier. Comme en France, les hôpitaux belges sont vraisemblablement en train de perdre en efficacité ce qu'ils gagnent en efficience. La crise guette. Elle est liée à la détérioration du financement public des soins, mais aussi aux déséquilibres entre catégories de dépenses. La démocratisation des mécanismes de prise de décision pourrait contribuer à y remédier, en partie du moins.

DE SYSTEMISCHE VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN OPENBARE ZIEKENHUIZEN

Dit artikel buigt zich over de systemische verantwoordelijkheid van ziekenhuizen die volgens hun statuten *zonder winstoogmerk* werken. Vier functionele principes maken het mogelijk om een zorgsysteem als geïntegreerd te beschouwen:

- ▶ geen opeenstapeling van de functies tussen zorgniveaus;
- ▶ geen functioneel tekort en bijgevolg een optimale en dynamische decentralisatie van de medische technieken;
- ▶ een zo vrij mogelijke, met name financiële, toegankelijkheid voor de patiënt tot het type verzorgingsinstelling die zijn gezondheidstoestand vereist;
- ▶ de opvolging van de patiënt door relevante klinische informatie.

We zullen onderzoeken hoe de ziekenhuisbeheerders en de netwerken van professionals deze principes kunnen hand-

- haven, evenals welke technische hulpmiddelen hen bij die taak zouden kunnen helpen.
- De systemische verantwoordelijkheden hebben een opportunitetskost. Zonder tegenmacht belet niets dat men de activiteiten gaat uitsluiten die niet voldoende worden gefinancierd om de beschikbare technologie maximaal te rendabiliseren, inclusief de werktijd van de mensen. De systemische verantwoordelijkheden werpen dus de vraag op van de democratisering van de ziekenhuizen *zonder winstoogmerk*, het pluralisme van hun Raad van Bestuur en de machtsverhoudingen in het beheer ervan.
- De overheid kan het *openbare* karakters van de ziekenhuizen *zonder winstoogmerk* stimuleren dankzij de beheerscontracten. Ze zullen dit soort middel enkele gebruiken als de sociale en politieke partners bewijzen dat ze beleidalternatieven kunnen formuleren voor de sector.