

## LES ÉCONOMIES D'ÉCHELLE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

## Is bigger better?

L'organisation et le financement des soins de santé en général, et des hôpitaux en particulier, constituent un défi budgétaire permanent pour les pouvoirs publics. D'une part, l'offre de soins doit être qualitative et justifiée, de l'autre ces soins doivent aussi rester accessibles et financièrement abordables. Les économies d'échelle, par exemple par le biais de fusions, d'alliances ou de reprises, sont une réponse «économiquement» éprouvée via des mécanismes de répartition des coûts, part de marché, position concurrentielle, etc. Mais, cette réponse ouvre-t-elle de nouveaux horizons au secteur hospitalier?

La première vague d'économies d'échelle imposées par les pouvoirs publics s'est produite il y a plus d'une vingtaine d'années. Des 483 hôpitaux actifs en Belgique en 1980, il n'en subsiste plus aujourd'hui que 141. Malgré une réduction simultanée du nombre de lits, ce dernier est passé par hôpital de 156 à 345 entre 1980 et 2000.

À la fin des années 90 a démarré une seconde vague d'économies d'échelle, principalement par le biais de fusions et d'autres formes d'intégration horizontale. Elle se poursuit encore aujourd'hui. Songez dans ce contexte au Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA) et aux fusions à Courtrai et à Hasselt. L'idée sous-jacente est que les économies d'échelle permettent une meilleure utilisation des moyens et une optimalisation de la qualité des soins. Est-ce bien le cas?

## UNE PLUS-VALUE PEU SPECTACULAIRE

L'objectif principal des économies d'échelle est sans conteste d'ordre économique. Obtenir une réduction des coûts par une rationalisation de l'offre médicale, mais aussi par des économies d'échelle sur les investissements et sur le fonctionnement et les services non médicaux. Une étude a toutefois montré qu'il n'est pas automatiquement atteint dans le secteur hospitalier: «If economics of scale exist in the hospital industry, they are not very strong»<sup>1</sup>.

La plus-value économique, peu spectaculaire, des économies d'échelle peut dès lors être aisément annulée par les effets négatifs des fusions. La bureaucratie accrue, les problèmes de communication, les divergences de culture et la perception négative de l'assainisse-

ment et de la rationalisation expliquent évidemment pourquoi un nombre significatif de fusions échouent.

Quant à savoir si le second objectif, la qualité des soins, est notablement amélioré par les économies d'échelle, ce n'est pas non plus prouvé de façon explicite. Les économies d'échelle permettent effectivement un élargissement de l'offre de soins, un renforcement du personnel médical – avec les avantages de la sous-spécialisation, de la complémentarité, et de la permanence –, une rotation des emplois et une amélioration de la «méthodologie de la qualité». Quelques paramètres de qualité mesurables peuvent de ce fait manifestement améliorer la prévalence des infections hospitalières par exemple. Toutefois, l'impact sur la qualité globale du «produit soins» et surtout sur la satisfaction des patients, n'est certainement pas automatiquement assuré.

## MIEUX VAUT UN MODÈLE PARTICIPATIF

Vu ces risques, les économies d'échelle ne peuvent pas être une finalité en elles-mêmes. Dans cet environnement complexe et sensible du point de vue culturel, où le produit fini – les soins – est davantage un processus qu'un véritable produit, une évolution paradigmatique de «modèle de croissance pur» à «modèle participatif sur le plan du contenu» constitue une réponse logique. Ce dernier modèle comprend

tout d'abord une collaboration médicale rationnelle basée sur la complémentarité, la répartition des tâches

et la non-compétitivité en ce qui concerne l'offre de soins, en grande partie indépendante de l'échelle.

La seconde étape combine la collaboration médicale et les avantages économiques des économies d'échelle dans le domaine des investissements et des services de support sélectionnés. Ces deux aspects me semblent constituer aujourd'hui la meilleure réponse à la pression budgétaire croissante dans notre secteur.

Moi qui suis médecin, je me rends compte que le mot «patient» n'apparaît qu'une seule fois dans cet éditto. Il y a ici matière à réflexion.

Pr Dr Marc NOPPEN



Administrateur  
délégué  
UZ Brussel

marcnoppen@  
uzbrussel.be

“ L'impact des économies d'échelle sur la qualité du «produit soins» n'est certainement pas automatiquement assuré ”

<sup>1</sup> Lave, J.R. and Lave, L.B., Hospital cost functions. The American Economic Review, 1970. 60: 379-395.