

✓ 52119
E: 52119
WHO/SHS/DHS/94.6
Distribution : LIMITEE
ORIGINAL : ANGLAIS

ETUDE DES DETERMINANTS DU TRAVAIL ACCOMPLI PAR LES HOPITAUX

**RAPPORT DE LA REUNION
DU GROUPE CONSULTATIF DE L'OMS
SUR LES HOPITAUX**

Genève, 11-15 avril 1994



Organisation mondiale de la Santé
Systèmes de santé de district
Division du Renforcement des Services de Santé

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	1
Travail accompli par les hôpitaux : paramètres principaux	3
Impact des politiques sanitaires et hospitalières	9
Financement et coûts	12
Effets de la technologie sur le travail des hôpitaux	15
Hôpitaux universitaires	18
Recommandations	20
Références bibliographiques	24
Annexe. Liste des participants	26

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

INTRODUCTION

Les hôpitaux et la santé pour tous

1.1 Les hôpitaux sont un élément important du système de santé : ils assurent un ensemble complexe de prestations qui, selon leur capacité, en font des établissements curatifs de premier, deuxième ou dernier recours; ils dispensent aussi des soins d'urgence aux blessés ou aux malades gravement atteints; ce sont des centres de transfert de connaissances et de compétences; et des sources essentielles d'informations et de pouvoir; et ils absorbent généralement la plus grande partie des ressources sanitaires nationales. Les hôpitaux ne doivent cependant pas être considérés comme des entités distinctes et autonomes au sein du secteur de la santé, mais comme partie intégrante du système national de santé dans lequel ils offrent une structure de référence et de soutien à l'appui de la stratégie des soins de santé primaires (SSP).

1.2 En 1985, dans son rapport "Hôpitaux et santé pour tous", un comité d'experts de l'OMS a analysé et décrit le rôle des hôpitaux de premier recours à l'appui des SSP. Il a souligné qu'il serait nécessaire de réorienter le système de santé tout entier afin de relever de nouveaux défis par une approche intégrée de la prévention, de la promotion de la santé, des soins curatifs et de la réadaptation. Les systèmes nationaux de santé devraient reposer sur des unités gérables au plan local, c'est-à-dire des systèmes de santé de district dont les hôpitaux seraient l'un des éléments essentiels.

1.3 En 1990, les auteurs de la publication *L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines* ont recommandé que l'hôpital de premier recours soit intégré à un système de santé de district supervisé par un conseil de santé de district. Sans négliger l'importance des bâtiments et des équipements, les auteurs préconisaient surtout un changement d'attitudes et de motivations, et l'harmonisation des pratiques avec la notion de santé pour tous. Ils soulignaient que les hôpitaux de premier recours devaient être des instruments de la promotion de la santé dans les districts ainsi que de la planification et de la délivrance des soins de santé primaires.

1.4 En principe, les hôpitaux faisant office de centres de premier recours peuvent être de n'importe quel type et de n'importe quelle taille. Même les grands hôpitaux universitaires peuvent être tenus d'accepter des malades qui se présentent d'eux-mêmes ou qui leur sont envoyés par les services de la périphérie. Dans la pratique cependant, l'hôpital de premier recours est généralement associé à un petit établissement, dit de district, situé en milieu rural ou urbain. Les hôpitaux de deuxième recours sont censés desservir des populations plus importantes et offrir toute la gamme des prestations à l'exception des plus complexes. Quant aux hôpitaux de troisième recours, ils évoquent des interventions hautement spécialisées et des techniques de pointe réservées aux cas graves et complexes.

1.5 La plus grande part du budget national de la santé va aux hôpitaux, quelles que soient la situation sanitaire et la richesse du pays. Il n'est pas inhabituel que 60 à 80 % des dépenses nationales de santé soient réservées aux hôpitaux. Dans le secteur hospitalier, ce sont généralement les grands hôpitaux universitaires qui se taillent la part du lion. En outre, la plus grande part des autres ressources, c'est-à-dire humaines, physiques et techniques, du secteur de la santé va généralement à ces hôpitaux.

1.6 Les hôpitaux, et en particulier les grands hôpitaux universitaires, servent de centres de référence pour le système national de santé et détiennent une autorité telle qu'ils influencent la pensée médicale et sanitaire pendant des générations. La contribution qu'ils pourraient apporter à la santé pour tous par une meilleure intégration aux systèmes nationaux de santé n'a pas été pleinement exploitée.

1.7 Les grands hôpitaux universitaires sont normalement situés dans des zones métropolitaines où sont prises des décisions d'ordre politique. Ils sont souvent surchargés de travail et ne font pas nécessairement ce qu'ils devraient faire, c'est-à-dire participer à la production des ressources humaines requises pour l'action de santé et soigner les malades qui ne peuvent être pris en charge aux autres échelons du système de santé. Les pauvres des zones périurbaines et une proportion importante de la population rurale n'ont guère la possibilité de bénéficier des techniques ultrasophistiquées et des compétences disponibles dans ces établissements, ce qui pose le problème de l'équité de l'accès aux hôpitaux et aux services de santé.

1.8 L'OMS n'ignore pas que, si l'on a beaucoup insisté sur la nécessité de promouvoir les SSP et sur le rôle joué dans ce domaine par l'hôpital au premier niveau de recours, on a sans le vouloir tendu à négliger le rôle des autres hôpitaux, et en particulier des grands hôpitaux universitaires. Compte tenu de cette situation, il faudrait présenter une vision complète des hôpitaux considérés comme faisant partie d'un système de santé national et de district. Le rôle des hôpitaux de premier recours ayant déjà été étudié à l'OMS, les participants à cette réunion consultative se sont plus spécialement consacrés aux autres catégories d'hôpitaux.

1.9 Le but de cette réunion était d'identifier et d'étudier certains des principaux déterminants du travail fourni par les hôpitaux, par exemple les politiques nationales, locales et institutionnelles, les questions de financement et de coûts, les problèmes technologiques, etc. Les participants devaient aussi proposer des idées et mettre au point des méthodes de surveillance qui puissent être mises en oeuvre dans les pays et à l'OMS pour améliorer le travail des hôpitaux et les systèmes de santé en général.

Objectifs

1.10 Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

- a) identifier les déterminants du travail des hôpitaux : législation, règlements, politiques nationales/locales/institutionnelles, mécanismes de financement, technologie, etc.;
- b) définir un cadre pour l'étude de l'influence de ces facteurs sur le travail des hôpitaux en général, et des hôpitaux universitaires en particulier, le mot travail désignant ici les résultats obtenus aux plans clinique, administratif et financier;
- c) proposer des idées et esquisser, à l'intention des pays et de l'OMS, des méthodes de surveillance pour améliorer et réajuster le travail des hôpitaux au sein du système de santé.

Résultats escomptés

1.11 La réunion devait déboucher sur la préparation d'un document qui :

- a) exposerait les facteurs qui déterminent le travail des hôpitaux;
- b) compte tenu de cette esquisse, présenterait une vision complète des hôpitaux considérés comme partie intégrante du système national de santé, tout en privilégiant certains problèmes particuliers;
- c) proposerait des mesures de suivi concernant certains hôpitaux et questions de santé;
- d) fournirait un cadre pour l'étude du travail des hôpitaux universitaires et un plan pour les mesures de suivi susceptibles d'être prises par les pays et l'OMS au sujet de ces hôpitaux.

Conduite de la réunion

1.12 Le groupe consultatif de l'OMS sur les hôpitaux s'est réuni à Genève du 11 au 15 avril 1994. Il a choisi de privilégier un certain nombre de thèmes : les paramètres à prendre en compte pour mesurer le travail des hôpitaux, l'impact des politiques hospitalières et sanitaires, les questions de financement et de coûts, et les effets au niveau de l'hôpital de l'évolution de la technologie. L'accent a été mis sur la nécessité d'optimiser le travail des hôpitaux sur le plan interne et dans le contexte plus général des services nationaux de santé. D'un côté, les politiques hospitalières subissent les contraintes de budgets inévitablement limités, mais de l'autre, les hôpitaux fonctionnent dans un contexte technologique en pleine évolution, de plus en plus sophistiqué et coûteux.

1.13 La réunion a été ouverte par le Dr J.-P. Jardel, Sous-Directeur général. Evoquant l'importance du rôle des hôpitaux au sein du système de santé axé vers l'instauration de la santé pour tous, il a noté que la réunion contribuerait à identifier les éléments qui déterminent l'efficacité du travail fourni par les hôpitaux dans un système de santé pleinement intégré, l'accent étant mis en particulier sur le rôle des grands hôpitaux

universitaires. Il a assuré les participants que tout serait mis en oeuvre pour les aider et leur a souhaité un plein succès dans leurs travaux.

1.14 Le Dr Judith Shamian a été élue Présidente et le Dr Barry Wint Rapporteur.

Le Dr Errol Pickering, Président de la Fédération internationale des Hôpitaux, a présenté un document sur les politiques nationales, locales et institutionnelles de direction et de réglementation sociale des hôpitaux dans le cadre du système de santé, et M. Frank Inman a fait un exposé sur les faits et problèmes concernant les hôpitaux des pays en développement. Ces exposés ont fourni les thèmes d'une discussion sur le travail des hôpitaux, leur rôle, la qualité et le nombre des services assurés, les procédures administratives et gestionnaires, les ressources humaines et les services de soutien. A la suite d'un exposé présenté par le Professeur H. David Banta, les participants ont ensuite examiné la réglementation sociale du développement de technologies hospitalières appropriées.

A partir d'une communication de M. Andrew Creese, les participants ont ensuite parlé de la répartition des ressources, des méthodes de financement et de la maîtrise des coûts au sein même des hôpitaux et dans les services annexes. Enfin, les principaux problèmes intéressant les hôpitaux universitaires, notamment leur rôle, leur organisation, leur travail et leur coût, ont été évoqués à la suite d'un exposé du Professeur Dominique Jolly.

1.15 Les participants ont exploré tous ces thèmes en détail et ont fixé ensemble les mesures que pourraient prendre les pays et l'OMS. Les travaux de la réunion sont résumés dans le présent rapport.

TRAVAIL ACCOMPLI PAR LES HOPITAUX : PARAMETRES PRINCIPAUX

2.1 Le groupe consultatif est convenu que la grande question concernant les prestations de santé à l'heure actuelle est la suivante : Quelle est l'efficacité du système de santé et quelle est l'efficacité des hôpitaux au sein du système de santé ? Les hôpitaux font-ils ce qu'ils devraient faire et ce qu'ils sont censés faire ? Dispensent-ils des soins de qualité efficaces et efficaces ? Tirent-ils le meilleur parti possible des ressources limitées et spécialisées mises à leur disposition ? Sont-ils correctement intégrés au système de santé et lui apportent-ils le soutien requis ? Autant de questions auxquelles le groupe a tenté de répondre.

2.2 Il a été admis que le travail fourni par les hôpitaux pouvait être jugé en fonction de différents critères : du point de vue clinique par exemple, quelle est la qualité des prestations et des services de soutien ? D'un autre point de vue, comment l'établissement est-il administré de manière à remplir sa mission ? La formation et les attributions du personnel, sa répartition et son encadrement sont-ils satisfaisants ? L'hôpital dépasse-t-il ou non les limites du budget fixé ?

2.3 Le travail accompli a été décrit comme l'exécution d'activités en vue d'obtenir des résultats. Cela suppose que l'on cherche à atteindre des objectifs ou cibles déterminés et mesurables. Du point de vue de l'individu, il s'agit de parvenir à l'excellence professionnelle ou, du point de vue de l'organisation, d'assurer des prestations d'un niveau donné. Pour le pays, il s'agit enfin d'atteindre les buts fixés dans le domaine de la santé. Ainsi, on fixe des cibles réalistes, on tente de les atteindre, et on cherche ensuite à déterminer si les résultats obtenus ont été à la hauteur des cibles. Ce processus est itératif.

2.4 Les pays peuvent se fixer des cibles pour l'état de santé de leurs populations, par exemple réduire la mortalité due aux maladies de coeur, au paludisme, ou au SIDA. Ces cibles générales peuvent ensuite être traduites en cibles locales pour les populations des districts, et les autorités sanitaires locales peuvent être encouragées à obtenir des améliorations mesurables précises avec les ressources humaines, les installations et les moyens financiers mis à leur disposition. Ainsi, les services de santé locaux travaillent dans un cadre politique national pour améliorer les prestations de santé, et les hôpitaux sont invités à apporter à cet effort leur contribution, qui est importante.

Intégration

2.5 Etant donné la complexité et le coût des soins hospitaliers, il est essentiel de veiller à l'organisation horizontale et verticale des services. Ceux-ci doivent être bien intégrés et, plus particulièrement, l'hôpital :

- au niveau vertical, de sorte que chacun des éléments du système de santé soit relié au cadre politique national et réponde de son action devant l'instance appropriée;
- au niveau horizontal, de sorte que chacun des éléments du système de santé travaille en liaison avec d'autres secteurs. Les fonctions de l'hôpital devraient par exemple être harmonisées avec celles des services sanitaires et autres appropriés, par exemple les services responsables de la promotion de la santé, des vaccinations, de la prévention des accidents, des eaux, etc.;
- au niveau interne, afin de tirer le meilleur parti possible des ressources opérationnelles disponibles pour obtenir les résultats voulus.

2.6 Un système de soins hospitaliers ne saurait être efficace sans une bonne intégration à ces trois niveaux. Il faut pour cela une politique nationale bien adaptée, et les moyens de former les professionnels et administrateurs sanitaires nécessaires au bon fonctionnement des services locaux; il faut aussi que les autorités nationales favorisent la mise en oeuvre de méthodes rationnelles d'allocation des ressources et de financement et que les prestations de santé au niveau local soient adaptées à tout l'éventail des besoins.

Les éléments ci-après jouent un rôle déterminant dans le bon fonctionnement des systèmes de santé et des hôpitaux à l'intérieur de ces systèmes.

Mission, objectifs et cibles

2.7 Chacun des éléments du système de santé, l'hôpital par exemple, doit avoir un rôle et des objectifs (mission) bien définis, une orientation et des buts réalistes et mesurables à atteindre (objectifs et cibles). Ainsi sont posées les bases de soins hospitaliers efficaces et les perspectives de progrès qui devront à leur tour être intégrées aux politiques et aux priorités nationales.

Quantité et qualité des prestations

2.8 A chaque service hospitalier ou sanitaire doivent correspondre un éventail et un volume déterminés de prestations à assurer à une population donnée. Il faut que ces prestations soient adaptées à la demande ou aux besoins dans les limites des ressources disponibles, et synchronisées avec les prestations des autres services sanitaires et connexes. Le volume et la qualité des prestations doivent pouvoir être mesurés par rapport à des barèmes communs et leur coût doit pouvoir être chiffré.

2.9 Dans son ouvrage, *Dimension of quality revisited: from thought to action*, Robert Maxwell donne pour les soins de santé six facteurs de qualité dont trois sont l'équité, l'adéquation et l'accessibilité. Les trois autres sont les suivants :

- Acceptabilité : services axés sur le consommateur des points de vue du choix, de l'intimité et des prestations individuelles.
- Efficience : bien faire les choses; utilisation attentive des ressources et critères professionnels clairement définis.
- Efficacité : faire ce qu'il faut; les services assurés doivent être adaptés aux besoins de la population.

Les participants ont estimé en outre que la qualité des prestations de santé est le fruit de techniques de bonne qualité, de relations satisfaisantes entre l'agent de santé et le malade et d'un environnement propice.

2.10 Les concepts d'assurance de la qualité comme la gestion de la qualité d'ensemble, les programmes d'amélioration continue et le réaménagement des procédés offrent des techniques utiles qui peuvent être adaptées aux soins de santé. Les connaissances de plus en plus nombreuses acquises sur la gestion de la qualité des prestations de santé en général et des services hospitaliers en particulier devraient être rendues beaucoup plus largement accessibles.

2.11 Dans quelle mesure les hôpitaux sont-ils accessibles et attentifs aux besoins des populations qu'ils desservent ? Le processus de dépistage et de sélection du système d'orientation est-il vraiment efficace ? Quelle est la qualité des services assurés à en juger par l'observation, la comparaison, le degré de satisfaction des malades et le contrôle des compétences professionnelles ?

2.12 Il est instructif d'évaluer la qualité des services assurés par référence aux apports (moyens financiers, ressources humaines, compétences, fournitures, médicaments et équipements), aux procédés (Les malades hospitalisés ou ambulatoires sont-ils correctement et rapidement pris en charge avec courtoisie par des personnels qualifiés ?), et aux résultats (Le séjour en hôpital a-t-il été bénéfique pour la santé du malade ?). Il est évident que, pour un hôpital, l'impératif premier est de ne pas faire de mal au malade.

2.13 D'autres concepts utiles sont notamment l'utilisation explicite de normes professionnelles déterminées, les critères de réussite (Comment qualifier une issue de satisfaisante dans un cas précis ?) et les enquêtes auprès des usagers (Le malade est-il satisfait ?). Il peut aussi être utile d'avoir recours à la résolution des problèmes pour améliorer la qualité (Quels sont les problèmes qui sont évidents et ceux qui le sont moins, et comment les résoudre systématiquement ?).

2.14 Les professions de santé prennent beaucoup d'initiatives nouvelles en matière de contrôle des compétences professionnelles et d'examen par les pairs. Les activités de gestion de la qualité dans les hôpitaux ont montré qu'il ne suffit pas d'affirmer que la qualité doit être satisfaisante; il faut que toutes les disciplines professionnelles soient invitées à définir et à résoudre les problèmes de qualité; que l'administration se montre fermement résolue à améliorer la qualité en donnant l'exemple et en mobilisant des ressources pour obtenir des résultats concrets; que soient mesurées en détail les procédures de mesure du travail accompli en fonction de normes de qualité; et qu'il soit enfin admis que la qualité est un processus continu, un voyage et non une destination, qui est en définitive jugée par rapport à l'évolution des besoins et des attentes de l'utilisateur.

2.15 On trouvera ci-après une liste d'initiatives en faveur de la qualité dans les pays :

- Mesure de la mortalité dans les établissements hospitaliers (Chili, Nigéria).
- Mesure des taux d'infection dans les établissements hospitaliers (Chili, Indonésie, Nigéria).
- Mesure de l'adéquation des traitements prescrits (Indonésie).
- Amélioration de l'allaitement au sein après la sortie de l'hôpital (Indonésie).
- Mesure des taux de réhospitalisation (Canada, Royaume-Uni).
- Amélioration de l'enregistrement des problèmes exposés par les malades (Royaume-Uni).

Processus de gestion

2.16 Dans tout établissement ou service de santé, il faut que quelqu'un soit chargé d'organiser le travail, de prendre les décisions et de faire le nécessaire pour obtenir les résultats voulus, ce qui suppose la mise en place d'un processus de gestion. La personne responsable (quel que soit son titre, directeur, administrateur en chef ou tout simplement "le patron") est la cheville ouvrière du processus de gestion grâce auquel l'hôpital ou le service planifie, contrôle et évalue son travail. Le travail accompli consiste à atteindre les buts fixés avec efficacité et efficacie, compte tenu des ressources disponibles. Le/la responsable est également chargé(e) de faire connaître l'organisation à l'extérieur, de diriger l'équipe de gestion qui assure le fonctionnement de l'hôpital au jour le jour, et d'assurer la liaison avec tous ceux qui jouent un rôle clef, par exemple les cliniciens, les autres professionnels et les administrateurs. Il/elle est le véritable centre nerveux de l'institution ainsi que l'organe de liaison avec l'assemblée responsable de l'élaboration de la politique de l'hôpital, c'est-à-dire le conseil d'administration, et fait enfin fonction d'ambassadeur officiel, bien que non unique, de l'hôpital ou du service auprès du public, des médias et des organismes extérieurs.

2.17 Paradoxalement, l'avènement de la gestion d'ensemble tend à renforcer plutôt qu'à affaiblir la notion de travail d'équipe, notamment parce que le souci de l'efficacité conduit à concentrer les efforts plutôt qu'à les disperser. Rien n'est plus important au sommet d'une organisation qu'une équipe bien définie qui seconde le directeur et apporte à tous les niveaux la solidarité, la direction, l'énergie et l'engagement nécessaires : de telles équipes sont essentielles au succès des hôpitaux et des services de santé. L'absence de cohésion et de direction est toujours une grave lacune. Les grands défis à relever ne pourront l'être que par les efforts concertés d'individus dont l'efficacité sera plus grande tant il est vrai qu'une équipe est bien plus que la somme des éléments qui la constituent.

2.18 L'équipe est avant tout chargée de définir les grandes orientations et la stratégie de l'organisation, et de les traduire en plans et en objectifs à atteindre. Ainsi, les membres de l'équipe devront posséder les compétences requises pour la résolution de problèmes, la planification et la gestion du travail. Les équipes chargées de la gestion des services de santé devraient toujours être composées des mêmes personnes, qui seraient par exemple le directeur, l'infirmière-chef, le comptable, le directeur médical, un directeur des services de soutien clinique, plus un ou deux autres responsables, par exemple un planificateur, un spécialiste de l'information, un directeur du personnel ou un directeur des travaux. L'important est que l'équipe représente l'éventail des fonctions des responsables clefs et de ceux qui exercent une influence et façonnent l'opinion au sein de l'organisation sans toutefois compter plus de six à sept membres. Ces derniers doivent être capables de travailler ensemble, d'avoir une vision globale et de faire preuve de loyauté et posséder les compétences requises à titre individuel et pour l'équipe.

2.19 Au-dessous de l'équipe dirigeante, l'hôpital ou service de santé comporte naturellement des groupements ou constellations de services qui sont liés par leurs fonctions et peuvent être dirigés par le responsable d'un service ou département choisi, quels que soient ses antécédents, pour ses compétences et qualités de gestionnaire. Ce seront par exemple les services de consultations externes, de chirurgie, de médecine ou d'appui clinique. Il faudrait là aussi travailler de façon pluridisciplinaire en associant les professionnels de la santé au processus de gestion, et en les encourageant même à exercer directement les fonctions gestionnaires correspondant à leurs responsabilités cliniques.

2.20 Que dire du rôle des médecins et des personnels infirmiers dans le processus de gestion ? Compte tenu de leur formation et de leur ancienneté, ce sont les médecins qui donnent le ton et assurent la direction de l'établissement. Ce sont également eux qui déterminent la façon dont sont utilisées les ressources disponibles. L'idéal serait donc qu'ils jouent un rôle important à tous les niveaux du processus de gestion. Ces arguments valent aussi pour les personnels infirmiers et les autres professionnels de la santé dont beaucoup possèdent d'excellentes qualités de gestionnaires. Si l'on choisit de nommer des médecins à la direction des établissements, il faudra qu'ils aient suivi une formation à la gestion, comme tous les autres administrateurs, et qu'ils n'aient pas à fournir en plus un travail de clinicien. Dans les pays industrialisés, l'une des formules les plus courantes consiste à nommer directeur un administrateur qualifié qui est secondé par un clinicien comme directeur médical et par un directeur des services infirmiers. Ces trois personnes, qui forment l'équipe de direction, travaillent avec une équipe gestionnaire plus importante dont les membres sont qualifiés dans des domaines précis : finances, ressources humaines, relations professionnelles et information.

2.21 Il faudrait que la nouvelle approche gestionnaire soit caractérisée par les éléments suivants : communication franche mais maîtrisée, travail d'équipe, sens aigu des responsabilités et loyauté envers l'institution, y compris en matière financière, et recherche de l'efficacité par l'action. Telles sont certaines des caractéristiques d'un organisme bien géré. Il faut cependant souligner que la gestion n'est qu'un moyen - pour améliorer les soins dispensés - et non une fin en soi. Une meilleure gestion apportera cependant un gain d'efficacité avec des bénéfices en principe non négligeables : des prestations de meilleure qualité avec moins de gaspillages, une rentabilité accrue, une satisfaction plus grande chez les malades et un travail plus gratifiant pour le personnel.

Ressources humaines

2.22 Dans le domaine des soins, ce sont les ressources humaines qui comptent le plus et la principale difficulté est de trouver le juste équilibre entre le recrutement et la conservation d'effectifs appropriés de personnels qualifiés d'une part, l'évolution de la demande et les ressources disponibles d'autre part.

L'essentiel, pour résoudre cette difficulté, est de pouvoir assurer la formation des principales professions de santé. Cette formation suppose une coordination stratégique et la mise en place d'un système d'incitations pour recruter et conserver les effectifs requis de personnel en limitant les gaspillages au minimum.

2.23 Même lorsque l'on forme suffisamment de personnel, dans beaucoup de pays en développement, les hôpitaux ont du mal à conserver les professionnels qualifiés dont ils auraient besoin, car ils ne peuvent leur offrir les mêmes conditions de rémunération et de travail que des pays voisins. Le fait est que, quelle que soit l'excellence des stratégies et des arrangements gestionnaires locaux, si les personnels médicaux et infirmiers sont en nombre insuffisant, il ne pourra pas y avoir de bons hôpitaux. Il faut aussi ajouter qu'équilibrer le recrutement, la conservation des effectifs et les incitations offertes est un exercice délicat qui exige l'intervention de spécialistes des ressources humaines au niveau stratégique et opérationnel pour veiller à ce que l'offre reste adaptée à la demande à l'intérieur du pays et éviter le phénomène redouté de l'exode des cerveaux. Le recrutement des personnels hospitaliers au sein de la fonction publique demanderait à être revu. On pourrait admettre que le statut de fonctionnaire devrait être réservé à des catégories bien précises et que les prestations de santé auraient tout à gagner de structures de dotation en personnel davantage régies par les lois du secteur privé.

2.24 Une autre question se pose : les compétences que vous pourrez obtenir et retenir seront-elles bien utilisées ? Au niveau local, qui est chargé de déployer au mieux les effectifs disponibles d'agents de santé et d'appliquer des sanctions en cas de manquement aux normes de qualité ? Cette question est absolument cruciale : il est possible d'obtenir d'une équipe restreinte mais zélée et disciplinée, représentant un éventail limité mais bien équilibré de compétences, un travail plus important et de meilleure qualité que d'un grand nombre de professionnels qualifiés peu motivés et non coordonnés.

2.25 Que peut faire le gouvernement d'un pays pour encourager le recrutement, la formation et le maintien en poste d'effectifs appropriés de professionnels de la santé ? Il peut montrer qu'il apprécie leur travail en leur offrant une rémunération et des conditions d'emploi satisfaisantes, afin qu'ils soient tentés de rester dans leur pays d'origine. Il peut aussi leur imposer d'exercer dans leur pays d'origine pendant une période déterminée, au moins le temps de rembourser en quelque sorte les investissements consentis pour leur formation. Il peut enfin leur verser des primes s'ils acceptent d'assumer des responsabilités de gestion.

2.26 Cela illustre clairement certains des grands problèmes qui se posent au sujet du personnel hospitalier. La solution de ces problèmes passe par l'adoption de stratégies générales et novatrices de recrutement et d'incitations associées à davantage de souplesse en ce qui concerne la rémunération, les conditions de travail et les sanctions disciplinaires, et à une plus grande liberté financière pour apporter des solutions novatrices aux problèmes locaux.

Services d'appui clinique et non clinique

2.27 Par définition, un hôpital représente un ensemble de services qui, en quelque sorte, entourent le malade de cercles concentriques et sont tous interdépendants. Une bonne gestion ne pallie pas l'absence de médecins ou d'infirmières, mais elle peut contribuer à combler cette lacune en introduisant davantage d'imagination dans les politiques du personnel. De même, les prouesses réalisées par les personnels médicaux et infirmiers ne compenseront pas une pharmacie inadéquate, un département de radiologie peu performant, des machines hors d'usage ou un service de nettoyage défectueux même si ces professions, qui occupent une place dominante au sein de l'hôpital, imposent tout naturellement un niveau minimum et peuvent exiger, à juste titre, un soutien adéquat.

2.28 En ce qui concerne les services d'appui, la principale difficulté est leur diversité : il est important qu'ils soient d'une manière ou d'une autre étroitement associés au processus de gestion et qu'il existe une interface dynamique entre eux et les services de soins aux malades. Par commodité, on distingue les services d'appui clinique des services d'appui non clinique ou services d'hôtellerie. Les services d'appui clinique, par exemple les services de pharmacie, de radiologie et d'anatomopathologie, exigent des compétences et des matériels spécialisés et souffrent parfois d'une gestion insuffisante ou du manque de responsabilité. Il faut qu'ils répondent aux besoins des malades et des services de première ligne et qu'ils soient clairement rendus

responsables de leur travail. C'est pourquoi ils devraient avoir à leur tête un directeur, généralement un professionnel de haut niveau ayant reçu une formation aux méthodes de gestion.

2.29 Pour le côté "hôtellerie", c'est-à-dire restauration, entretien, sécurité, etc., il y a un risque de fragmentation, de négligence et donc d'inefficacité. Là encore, il est nécessaire de prévoir une responsabilisation et une supervision directe pour que les activités de ces services soient cohérentes et adaptées aux besoins. Rien n'est plus frustrant que d'entendre "ce n'est pas notre problème" lorsque l'oxygène vient à manquer ou que l'eau est coupée. Une structure hiérarchique bien conçue et complète dans tout l'établissement offre la garantie que ces problèmes sont du ressort de quelqu'un, qu'une supervision et une formation adéquates sont assurées et que les responsabilités sont assumées quelles que soient les difficultés pratiques rencontrées.

2.30 Il arrive un moment où il faut cesser de se plaindre d'un problème qui concerne les services d'appui mais pourrait menacer le fonctionnement de l'hôpital tout entier, et concentrer les efforts et les ressources disponibles pour le résoudre complètement. Cette rapidité qui s'impose lorsqu'il faut intervenir et centrer les efforts sur le problème à résoudre en priorité fait souvent défaut dans les établissements hospitaliers, surtout lorsqu'il s'agit des services d'appui.

2.31 Parfois, on peut se demander si l'administrateur directement responsable contrôle bien son service. Il faut que les administrateurs sachent où s'adresser quand ils se trouvent confrontés à un problème qu'ils ne peuvent résoudre, mais il ne faut pas pour autant que certains en profitent pour soumettre tous leurs problèmes à d'autres. Les questions que doivent se poser tous les administrateurs et en particulier ceux des services d'appui sont les suivantes : Qui sont mes clients ? Est-ce que j'ai des responsabilités envers ceux que je sers au sein de l'organisation ? Est-ce qu'il règne dans tous les services une atmosphère positive avec l'idée qu'il est possible d'agir ? Ces questions illustrent certains des problèmes et des questions que soulève l'administration des services d'appui.

Conclusions

2.32 Le groupe consultatif est parvenu aux conclusions suivantes avant d'adresser ses recommandations aux pays et à l'OMS :

- a) Il est maintenant indispensable que les pays s'intéressent à la qualité du travail fourni par leurs hôpitaux et services de santé en général et adoptent des méthodologies pour l'améliorer.
- b) De même, il apparaît clairement que la qualité du travail fourni peut être améliorée par l'intégration interne, verticale et horizontale des hôpitaux au système de santé.
- c) L'importance de la gestion de la qualité des services de santé est maintenant indéniable et la somme des connaissances sur ce sujet ne cesse de croître.
- d) Il est vital d'élaborer des stratégies adéquates de développement des ressources humaines pour améliorer l'efficacité des prestations des établissements hospitaliers.
- e) Si la gestion joue un rôle décisif dans des contextes sanitaires et hospitaliers où des objectifs complexes doivent être atteints avec un large éventail de moyens coûteux, le mieux est de développer les compétences administratives et gestionnaires dans l'ensemble du système de santé.
- f) La qualité du travail dépend dans une large mesure des informations disponibles qui doivent être appropriées, exactes et fournies à temps; aussi les pays doivent-ils envisager la mise en place de systèmes d'information à l'appui du processus de gestion.

IMPACT DES POLITIQUES SANITAIRES ET HOSPITALIERES

3.1 Le groupe consultatif a conclu que le travail accompli par les hôpitaux pourrait souffrir du manque de politiques clairement établies par les instances supérieures. Si la mission ou le rôle de l'hôpital reste flou, on risque d'un côté des duplications d'activités et des gaspillages, et de l'autre de sérieuses lacunes. Les hôpitaux jouent non seulement un rôle décisif dans la prestation de soins de qualité, mais ils sont souvent une source de fierté et d'affection pour la population locale et revêtent donc une importance politique hautement symbolique.

3.2 De toute évidence, il incombe aux gouvernements d'élaborer des politiques hospitalières et sanitaires. L'élaboration de politiques est un processus difficile et complexe qui consiste notamment à dégager des buts généraux, à préciser les objectifs et les responsabilités, à focaliser des actions concertées et à définir un cadre en fonction duquel les améliorations pourront être mesurées. Plusieurs principes directeurs doivent être pris en compte pour l'élaboration de politiques.

Principes

- a) Il convient d'abord de savoir clairement quels sont les grands problèmes de santé et quels sont les éléments de ces problèmes qui ne peuvent être confiés qu'aux hôpitaux.
- b) Les politiques élaborées devraient viser autant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie qu'à assurer des services de traitement, de soins et de réadaptation pour autant que l'un de ces éléments ne soit pas favorisé au détriment des autres.
- c) Les politiques hospitalières et sanitaires devraient partir du principe que, la santé étant déterminée par différents facteurs comme l'hérédité, les comportements individuels, le milieu familial et social et l'environnement, les occasions d'agir et les responsabilités à assumer pour améliorer la santé sont très largement réparties entre les particuliers et les pouvoirs publics.
- d) Une politique hospitalière doit admettre la nécessité d'une action concertée reposant sur une coopération accrue à tous les niveaux, du national au local, à l'intérieur de l'hôpital et à l'extérieur, étant entendu qu'il faut pour cela améliorer l'information et l'éducation dans le domaine de la santé et encourager les agents de santé à participer plus activement à l'étude des options et des priorités.
- e) Une politique hospitalière doit permettre d'obtenir un juste équilibre entre la direction stratégique centrale d'une part, l'autonomie et la liberté locales et individuelles d'autre part, étant entendu que ceux auxquels sont confiées des responsabilités doivent rendre compte de leurs activités et soumettre leur travail et leurs résultats à des évaluations justes mais rigoureuses.
- f) Une politique hospitalière doit admettre que, les ressources étant limitées, il faut les utiliser au mieux et les répartir selon un système rationnel.
- g) Les décideurs doivent savoir que des objectifs clairs et des cibles précises sont essentiels à l'élaboration d'une politique hospitalière efficace dans le cadre plus vaste d'une politique nationale ou locale de santé.
- h) La réussite ou l'échec d'une politique hospitalière dépend de la capacité de surveiller l'état de santé de la population, d'évaluer les programmes mis en oeuvre et d'en apprécier l'efficacité.

Formulation des politiques

3.3 Les politiques sanitaires devraient tenir compte non seulement de la fréquence des problèmes de santé, mais aussi de leur gravité et de la possibilité de les surmonter. Tous les établissements de santé et particulièrement les hôpitaux doivent conjuguer leurs efforts pour résoudre les problèmes qui se posent avec les ressources mises à leur disposition. L'essentiel est de s'entendre sur les principales priorités et de mobiliser toutes les ressources disponibles pour des actions coordonnées. Dans les pays en développement comme dans

les pays développés, les grands problèmes de santé qui se posent dans les communautés rurales ou urbaines figureront inévitablement parmi les priorités. Toutes les ressources disponibles, qu'il s'agisse des services de santé primaires, secondaires et tertiaires, d'institutions sanitaires publiques et privées, de services de prévention de la maladie et de promotion de la santé ou de services de santé communautaires et hospitaliers, peuvent ensuite être mobilisées de façon concertée. Les politiques devraient être axées sur des objectifs généraux imposant des actions et une coopération intersectorielles efficaces à tous les niveaux de la société.

3.4 Les questions suivantes méritent d'être posées. Avons-nous suffisamment de renseignements exacts et à jour sur la santé et les problèmes connexes ? Les résultats du dernier recensement sont-ils suffisamment récents et précis ? Fournissent-ils des indications sur les conditions de vie, les approvisionnements en eau, les normes d'hygiène et l'état nutritionnel de la population ? Permettent-ils d'identifier les groupes à risque ? Connaissons-nous l'espérance de vie à la naissance au sein des populations urbaines et rurales et le taux de mortalité infantile ? Connaissons-nous les causes de décès dans la région placée sous notre responsabilité et possédons-nous une mesure de l'incidence des principales maladies ? Avons-nous des informations sur le taux de couverture des programmes de vaccination et de soins aux mères et aux enfants ? Nos statistiques hospitalières fournissent-elles des données de base sur la fréquentation, les admissions et les diagnostics ? Tous ces renseignements doivent être le fondement d'une politique sanitaire nationale à partir de laquelle sera établie une politique hospitalière solide. Une politique saine doit reposer en effet sur des informations adéquates. Les grands secteurs à prendre en compte pour l'élaboration d'une politique hospitalière parce qu'ils ont une influence directe sur le travail fourni sont notamment les suivants :

- cibles à atteindre en matière de soins de santé;
- systèmes de financement;
- allocation des ressources;
- conception des services de santé;
- rémunération;
- main-d'oeuvre;
- technologie.

Exécution

3.5 Il faut aussi mettre en place un cadre administratif ou une structure organique locale qui fasse le lien entre l'hôpital et la communauté et serve de relais hiérarchique entre celui-ci et les instances compétentes au niveau national, c'est-à-dire une entité sanitaire gérable et responsable. Il sera alors possible d'attribuer et de préciser les rôles à remplir aux niveaux local et national et de mettre en oeuvre un processus dynamique capable de favoriser, de façon plus intégrée et cohérente, l'amélioration des services sanitaires et hospitaliers.

3.6 Comment une bureaucratie sanitaire nationale peut-elle contribuer plus efficacement à satisfaire les besoins des malades à domicile ou à l'hôpital, à améliorer la santé de la population, et à faciliter la tâche des agents de santé qui sont en première ligne ? Avec les responsables politiques, ce sont les fonctionnaires qui élaborent les politiques et les stratégies à mettre en oeuvre. Mais l'expérience a montré que ce travail ne peut être fait dans une tour d'ivoire. Il doit être l'aboutissement de vastes débats publics et privés avec les meilleurs théoriciens et praticiens à tous les niveaux et les meilleures informations disponibles sur ce qui se passe, comment et pourquoi, au premier niveau de recours. Cela suppose que des informations de qualité sont recueillies, analysées, largement débattues et, surtout, entendues.

3.7 Il arrive que les décideurs soient trop directifs, voire irréalistes, en partie par excès de zèle et sentiment de supériorité, mais en partie aussi parce qu'un bon décideur, éloigné des lieux de l'action, ne possède pas nécessairement les compétences ou ne comprend pas les besoins d'un bon exécutant. Les politiques devraient en règle générale avoir une orientation bien précise mais en même temps rester souples, c'est-à-dire ménager ce que l'on appelle une marge de manoeuvre. Il est important qu'il existe entre les ministères une collaboration intersectorielle définissant les fondements de l'action intersectorielle à entreprendre au niveau local. Un fonctionnaire avisé de l'administration centrale saura quand il faut rester en retrait et ne pas intervenir si ce n'est en offrant une aide.

3.8 L'action des décideurs au niveau national doit être contrebalancée par une administration sanitaire locale efficace qui serve de pont entre l'hôpital et la communauté et assume la responsabilité des prestations sanitaires au niveau local. Cette administration sanitaire locale a pour fonction de satisfaire l'ensemble des besoins d'une population donnée en matière de santé. Quel est son rôle dans la mise au point d'une politique sanitaire et hospitalière nationale et comment le remplit-elle ? L'administration sanitaire locale devra collecter, analyser et interpréter des informations sur la santé de la population locale et, compte tenu des grandes orientations politiques définies au niveau national, déterminer les secteurs qui seront la cible de mesures et d'interventions destinées à améliorer la santé de la population. Pour ce travail, elle devra faire appel aux compétences épidémiologiques d'un médecin de la santé publique.

3.9 Il faudra que l'administration sanitaire locale offre ou ait offert l'éventail complet de prestations de santé efficaces susceptibles de répondre aux besoins de la population locale et d'atteindre les objectifs spécifiques de la stratégie prévue au niveau local; elle devra offrir des services de promotion de la santé et de prévention de la maladie ainsi que de diagnostic, de traitement, de soins et de réadaptation. A cette fin, elle aura besoin de toute la gamme des agents et professionnels de la santé, de systèmes efficaces d'appui, de ressources financières et de gestionnaires efficaces. Les hôpitaux offrent un milieu propice au développement de toutes ces compétences. Les politiques qui déterminent la formation et la rémunération du personnel, les services d'appui, le financement de l'action de santé et la répartition des ressources revêtent une importance capitale. Il faut qu'elles soient un encouragement à la qualité, à l'efficience, à l'efficacité et à une action responsable.

Surveillance, contrôle et responsabilité

3.10 Il faut enfin que soit exercée une surveillance et assumée la responsabilité des actions engagées. Ce travail peut être bureaucratique, long, ingrat et inefficace, ou au contraire rationalisé, court, positif et hautement efficace. Dans le premier cas, il est destructif, dans le deuxième, il est extrêmement souhaitable. L'exécution des politiques exige que soit mis en place et manié avec soin un système de surveillance et de contrôle entre le centre et la périphérie.

3.11 Lorsqu'elle est efficace, une politique sanitaire nationale s'appuie sur les connaissances existantes pour déterminer les domaines dans lesquels il est le plus important d'agir et qui offrent le plus d'occasions d'apporter de réelles améliorations. Ce type de politique précise les objectifs et les cibles à atteindre pour stimuler et orienter une action coordonnée. Les résultats obtenus sont ensuite évalués à l'aide du système de surveillance et de contrôle et ainsi de suite. Les objectifs et les cibles fixés doivent être réalistes tout en représentant un défi, avoir l'agrément de toutes les parties concernées et être mesurables à l'aide d'indicateurs. Ces derniers concerneront certainement les problèmes qui sont à l'origine du plus grand nombre de cas de mortalité et de morbidité et représentent le plus lourd fardeau social et économique. Tout en étant étroitement intégrée à l'ensemble, l'action des hôpitaux est décisive pour atteindre ces objectifs politiques au niveau local. Ainsi apparaît l'impact considérable qu'ont les politiques sanitaires et hospitalières sur le travail accompli par les hôpitaux.

Conclusions

3.12 Le groupe consultatif est parvenu aux conclusions suivantes avant d'adresser ses recommandations aux pays et à l'OMS :

- a) Les pouvoirs publics ont un rôle très important à jouer dans l'élaboration des politiques sanitaires et hospitalières. Or, de nombreux pays n'ont pas élaboré de politiques particulières pour les hôpitaux publics, privés, bénévoles et autres; dans d'autres encore, de telles politiques existent mais elles sont devenues obsolètes.
- b) Il faudrait améliorer les méthodes d'élaboration, d'exécution et de surveillance des politiques, car cela peut avoir un effet bénéfique sur le travail fourni par les hôpitaux.

FINANCEMENT ET COUTS

4.1 Les questions de financement et de coûts exercent une influence déterminante sur le travail des hôpitaux. Les différents domaines auxquels elles se rapportent sont passés en revue ci-après. En ce qui concerne les prestations de santé, les ressources sont limitées et la demande est illimitée; on ne disposera jamais d'assez de ressources pour faire tout ce qu'exigerait la solution de tous les problèmes médicaux. Certains pays en développement sont en butte à de sérieux problèmes de financement : leurs économies en crise ne permettent pas d'accumuler les richesses nécessaires au maintien des services de santé de l'Etat qui deviennent inabordables. Cette situation peu enviable impose des choix douloureux aux nations et à la communauté sanitaire internationale, et exige que soient adoptées des stratégies de financement novatrices et souples. Il est également vrai que c'est une lourde responsabilité que de veiller à ce que les ressources disponibles soient réparties de manière rationnelle et utilisées de façon optimale. La rentabilité reste le souci majeur, quelle que soit l'importance du budget disponible encore que, plus il sera réduit, plus il sera nécessaire d'en tirer le plus grand profit.

Stratégies de financement

4.2 Les différents systèmes de santé qui ont été étudiés témoignent d'une grande diversité de stratégies de financement. Les tendances récentes de la situation ont été résumées dans un rapport intitulé "Evaluation des récentes réformes opérées dans le financement des services de santé" (OMS, Série de Rapports techniques, N° 829, 1993). Nombreux sont les systèmes qui utilisent des sources publiques et privées de financement, y compris les impôts, les assurances et différents systèmes de cofinancement. Il est important de faire la distinction entre les sources de financement (c'est-à-dire les pouvoirs publics, le secteur privé, les assurances ou les sources extérieures) et les mécanismes de paiement (rémunération à l'acte, rémunération au cas, forfait journalier, capitation, salaire, budget global). On sait parfaitement que le fait de modifier un aspect quelconque des systèmes de financement ou de rémunération peut introduire dans le système de santé des stimulants ou des dissuasions qui influenceront à leur tour sur l'équité, l'accès, l'utilisation, l'efficacité et la qualité. Alors que partout dans le monde, on assiste actuellement à une véritable fièvre d'expérimentation dans les systèmes de santé, il serait urgent de faire des évaluations dont les résultats pourraient fournir des indications précieuses aux Etats Membres.

4.3 Les hôpitaux de pays ou de régions peu prospères doivent faire un choix difficile entre faire payer leurs services ou cesser leur activité. L'habitude de demander à l'usager de payer au moins une part des dépenses encourues se répand de plus en plus en raison de l'insuffisance des finances publiques et de perspectives plutôt sombres quant aux chances d'une croissance réelle. Les hôpitaux publics de la majorité des pays d'Afrique subsaharienne ont introduit des systèmes de paiement par les usagers. Au Viet Nam, en 1989, la plupart des hôpitaux de district n'auraient pu fonctionner autrement, et à la Jamaïque la facturation des soins aux usagers a été adoptée comme un moyen de retenir les médecins dans les hôpitaux publics. La possibilité de conserver les recettes ainsi perçues au niveau des systèmes de santé de district a été jugée importante par les dispensateurs de soins mais pas nécessairement par les ministères des finances. Pour que les systèmes de facturation aux usagers ne lèsent pas les pauvres, des mécanismes efficaces d'exonération devront être mis au point et la preuve devra être donnée des améliorations apportées à la qualité des prestations.

4.4 A l'heure actuelle, le financement des soins de santé par les systèmes d'assurance-maladie ne concerne qu'une partie de la population totale dans de nombreux pays. Beaucoup ont cependant des systèmes d'assurance en préparation. Il faudrait multiplier les études de faisabilité sur les différents systèmes d'assurance possibles. En Colombie, où quelque 40 % de la population est couverte par la sécurité sociale ou une assurance privée, le Gouvernement a entrepris de définir l'ensemble minimum de prestations que doivent obligatoirement garantir toutes les sociétés d'assurance. Cet ensemble minimum sera conçu de manière à ne pouvoir être assuré que dans le cadre d'arrangements supposant des accords entre les hôpitaux et les services de soins de santé primaires. Ces prestations et leur coût n'ont pas encore été complètement définis, mais le but du Gouvernement est de garantir l'accès de tous à des soins minimums d'un niveau déterminé. Les mesures prises en Thaïlande pour étendre la couverture du système de sécurité sociale, notamment par la mise en place d'un système de capitation, ont pour effet d'encourager les dispensateurs de soins à investir dans les services de soins de santé primaires et donc à compenser les coûts.

Répartition des ressources financières

4.5 Dans beaucoup de pays, les sources de financement sont fragmentées et les politiques d'affectation des ressources ne sont pas très efficaces, créant des déséquilibres ou des difficultés lorsqu'il s'agit de garantir la continuité des prestations. Une étude des différentes solutions et politiques dans ce domaine pourrait fournir des indications utiles. D'après les expériences faites dans de nombreux pays, le fait de confier la répartition des ressources à des bureaux de district ou de région desservant des populations bien définies améliore l'équité et l'efficacité. Beaucoup de pays souffrent du manque de politique rationnelle de répartition des ressources sanitaires en fonction de la population et selon le principe de l'égalité d'accès pour des besoins égaux. Certaines habitudes en matière de budgétisation continuent de favoriser une concentration des ressources en faveur des grands hôpitaux des principales zones urbaines. Dans certains pays, on s'essaie à séparer nettement le financement des prestations (séparation entre l'acheteur et le dispensateur intervenant à l'intérieur d'un marché interne sans but lucratif) pour introduire une certaine dose de concurrence et améliorer ainsi l'affectation et l'utilisation des ressources. Au Royaume-Uni, ces mesures entraînent des changements radicaux dans les prestations de santé, surtout à Londres où plusieurs hôpitaux prestigieux sont obligés de fermer. On prévoit que le progrès des techniques chirurgicales permettra de supprimer 50 000 lits d'hôpitaux au Royaume-Uni au cours des huit prochaines années.

Soins publics et privés

4.6 Une nouveauté qui fait beaucoup de bruit est la création de consultations privées dans les hôpitaux publics. Ses inconvénients sont manifestes lorsqu'elle consiste simplement à éviter des attentes et que seuls en bénéficient certains usagers et le médecin qui perçoit ses honoraires. Ses avantages sont néanmoins réels. En premier lieu, cette solution permet d'améliorer la rémunération des dispensateurs de soins (et pas nécessairement des seuls médecins). A la Jamaïque, elle est apparue comme contribuant pour beaucoup à retenir les médecins dans les hôpitaux publics. De plus, lorsqu'elle est efficacement organisée, la consultation privée permet aussi à l'hôpital de percevoir des recettes supplémentaires. Enfin, les malades qui ont les moyens de s'offrir des services de catégorie supérieure (des chambres particulières par exemple) restent fidèles aux établissements publics.

Gestion des ressources financières

4.7 Dans tous les systèmes de santé, on cherche à garantir l'optimisation des ressources disponibles. Les hôpitaux ont besoin de systèmes efficaces d'information financière qui, généralement, comportent des arrangements budgétaires reposant sur la méthode du centre de dépenses et un système pour assumer la responsabilité des résultats financiers. La mise en place et le fonctionnement de tels systèmes d'information exigent la présence d'experts financiers au niveau de l'hôpital. Les politiques de recrutement doivent donc prendre en compte la nécessité de disposer de tels spécialistes au niveau de l'hôpital et au-dessus. Il faut aussi que le processus de gestion encourage l'obligation de rendre des comptes aux instances supérieures. Les administrateurs et directeurs des services, y compris les professionnels de la santé, doivent bien connaître leur budget et en être responsables.

4.8 L'introduction de budgets globaux offre aussi un moyen de maîtriser les coûts et d'accroître l'efficacité de la gestion financière, mais elle se fait probablement selon des modalités quelque peu différentes et avec des résultats mitigés. L'expérience de la Colombie suggère qu'en l'absence d'informations adéquates sur les schémas de dépenses et la qualité des prestations, cette solution ne contribue guère à améliorer le travail fourni. Le système français d'une enveloppe globale répartie entre budgets régionaux et institutionnels garantit une grande sécurité financière à chaque établissement de soins, mais ne donne guère de liberté pour l'utilisation des crédits car les rémunérations ainsi que les recrutements et les licenciements sont régis par les règles en vigueur dans la fonction publique. Dans des pays comme le Royaume-Uni, les budgets sont complètement décentralisés et les paiements locaux sont de plus en plus souvent négociables. Les résultats paraissent prometteurs. Les pays moins prospères, où une grande incertitude budgétaire reste la norme, considéreraient sans doute l'adoption de budgets globaux comme un progrès possible.

Méthodes d'organisation

4.9 Les méthodes d'organisation utilisées dans différents pays ont un impact intéressant sur les mécanismes et les comportements financiers. Les plus traditionnelles sont en train d'être remplacées. Le nouvel éventail va de méthodes de planification bureaucratiques rigides à des modèles compétitifs à but non lucratif faisant intervenir des concepts comme l'octroi de budgets aux cabinets de généralistes, la sous-traitance pour des prestations de type général, et la séparation acheteur/dispensateur évoquée plus haut. Ces méthodes peuvent avoir une influence sur la distribution des prestations, l'accessibilité, l'efficacité, l'efficience et l'utilisation. Aussi serait-il important de les soumettre à des évaluations rigoureuses et continues.

Mécanismes de rémunération et de gratification

4.10 Beaucoup de systèmes de santé fonctionnent selon des mécanismes très rigides de recrutement, de rémunération et de gratification et souffrent d'un excès de centralisme et de bureaucratie qui peut nuire au bon fonctionnement et à la qualité des services. Il existe cependant des systèmes plus souples et les possibilités d'amélioration dans ce domaine sont nombreuses. Les mécanismes de rémunération sont essentiels pour la motivation et, donc, l'efficacité et le comportement du personnel. Là aussi, des évaluations s'imposent.

Investissements en capital

4.11 Le souci de tout bon gestionnaire hospitalier est aussi d'obtenir le meilleur rendement possible du capital investi. En d'autres termes, lorsque sont envisagés de nouveaux investissements, il faut auparavant en étudier l'impact et la rentabilité éventuelle. Il est important d'étudier à l'avance les conséquences financières des investissements en capital. Quand les ressources sont limitées, on est toujours tenté de priver les hôpitaux d'une part des crédits nécessaires à l'entretien, ce qui se traduit par de fausses économies. Les informations et les conseils ne manquent pourtant pas sur les moyens de gérer efficacement un établissement hospitalier pour optimiser le rendement des investissements, déterminer les crédits à consacrer à l'entretien, les frais d'amortissement, etc. De telles informations seraient précieuses pour beaucoup d'Etats Membres.

Contrôle financier, transparence, vérification des comptes et probité

4.12 Afin de tirer parti des ressources limitées disponibles, il est nécessaire de promouvoir un climat caractérisé par une saine gestion, la transparence financière et la probité, garanti par un mécanisme efficace et indépendant de vérification des comptes. Certains pays disposent dans ce domaine de systèmes et de procédures qui pourraient être utiles à d'autres pays.

Conclusions

4.13 Le groupe consultatif est parvenu aux conclusions suivantes avant d'adresser ses recommandations aux pays et à l'OMS :

- a) On expérimente à l'heure actuelle de nombreuses formules de financement des services sanitaires et hospitaliers, mais toutes ne sont cependant pas bénéfiques pour la santé.
- b) Les pratiques en vigueur pour l'allocation des ressources sont très diverses. Des stratégies efficaces peuvent être bénéfiques pour les soins sanitaires et hospitaliers.
- c) On observe de grandes différences dans le travail de gestion des ressources et, en général, un déficit de compétences dans les disciplines comptables.
- d) Les mécanismes de rémunération sont souvent exagérément centralisés et bureaucratiques ce qui peut entraver de diverses manières le travail fourni par le personnel hospitalier.
- e) Il y a un souci général d'améliorer la transparence, les contrôles financiers et la probité au sein des services publics.

EFFETS DE LA TECHNOLOGIE SUR LE TRAVAIL DES HOPITAUX

5.1 Le groupe consultatif a noté que les progrès technologiques étaient une variable importante qui influe sur l'évolution des soins hospitaliers indépendamment d'autres déterminants sociaux comme les mécanismes de financement et les politiques institutionnelles. On entend par technologie l'application de connaissances à la poursuite d'objectifs souhaités. En conséquence, la technologie sanitaire ne se réduit pas à des machines ou à des instruments; elle comprend aussi les médicaments et les procédures médicales et chirurgicales utilisés pour soigner, ainsi que les systèmes organisationnels et de soutien dans lesquels sont dispensés ces soins. Compte tenu de cette définition, il apparaît que, sans technologie, le système de santé n'a guère à offrir à part une aide humaine. Par ailleurs, le mot contrôle doit être compris dans un sens double. En effet, il s'agit à la fois de freiner l'adoption des techniques nouvelles pour s'assurer qu'elles sont d'un bon rapport coût/efficacité et à la fois d'encourager, voire d'accélérer, l'acceptation des techniques qui se révèlent bénéfiques et d'un bon rapport coût/efficacité.

5.2 Jamais l'évolution technologique n'a été aussi rapide. Les pays en développement ne participent guère à la mise au point de techniques nouvelles, si bien qu'ils sont en retard par rapport aux pays développés en matière de technologie hospitalière. Avec l'accélération des progrès de la technique et la mise au point de nombreuses techniques efficaces et rentables, le retard des pays en développement ne peut que s'accroître.

Coûts et avantages

5.3 Malgré ses avantages incontestables, la technologie sanitaire pose de sérieux problèmes dans tous les pays. Depuis quelques années, le plus évident est celui des coûts qu'il faut mettre en rapport avec les avantages au moyen d'analyses coût/efficacité. Il est maintenant admis que l'on utilise beaucoup des techniques inefficaces, par exemple à des fins de diagnostic et de dépistage, ainsi qu'en liaison avec la grossesse et la naissance. On a récemment montré que des techniques par ailleurs utiles sont utilisées de façon excessive et sans discernement dans un nombre croissant de pays, les taux d'utilisation inadéquats se situant entre 30 et 70 % selon la technique et le pays. A l'inverse, les problèmes posés par le manque d'accès et donc la sous-utilisation de certaines techniques bénéfiques retiennent de plus en plus l'attention. Ces problèmes n'ont guère été étudiés dans les pays en développement, mais ils y sont certainement plus aigus que dans les pays industrialisés. De plus, les pays en développement ont des problèmes particuliers à résoudre pour le choix, l'achat, l'entretien et la bonne utilisation des équipements médicaux.

5.4 La nature et l'étendue de ces problèmes varient bien évidemment selon le type d'hôpital. Les petits hôpitaux ne peuvent utiliser qu'une technologie de base, alors que les grands hôpitaux universitaires offrent généralement des techniques de pointe à forte intensité de capital. L'organisation dont dépendent les hôpitaux joue aussi un rôle : ainsi, les hôpitaux publics ont en général davantage de difficultés financières que les hôpitaux privés. Afin de garantir/promouvoir l'utilisation plus efficace des techniques disponibles, il faut disposer de mécanismes qui fournissent des indications précises sur leur utilité.

Evaluation technologique

5.5 L'évaluation de la technologie sanitaire s'est beaucoup développée au cours des vingt dernières années, car il est devenu de plus en plus difficile de faire des choix rationnels. Elle porte en général sur les trois éléments suivants :

- avantages pour la santé (efficacité) en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de la vie;
- coûts financiers et rapport coût/efficacité; et
- questions éthiques et sociales.

5.6 Dans la mesure où l'évaluation de la technologie sanitaire vise avant tout à déterminer la rentabilité des soins, les méthodes d'analyse coût/efficacité ont pris une importance particulière dans ce domaine. Bien que relativement récente, l'évaluation de la technologie sanitaire a beaucoup contribué à rationaliser les soins dans des pays comme l'Australie, le Canada, l'Espagne, les États-Unis d'Amérique, la France, les Pays-Bas,

le Royaume-Uni et la Suède. Des pays en développement comme la Chine et le Mexique ont aussi fourni un travail important dans ce domaine.

Politiques technologiques

5.7 L'évaluation technologique fournit des renseignements qui n'entraînent pas d'eux-mêmes de changements rapides. Cette évaluation doit donc être associée à certaines politiques aux niveaux national, régional et local, et notamment aux politiques institutionnelles des hôpitaux. Il existe dans chaque pays une politique sanitaire et hospitalière dont la mise en oeuvre passe par exemple par la réglementation des sites d'application des techniques et le choix des prestations (technologies) à assurer ou subventionner, ainsi que des méthodes à adopter pour garantir la qualité des soins.

5.8 En matière de technologie, certains pays en développement ont adopté pour politique de limiter les importations. Les politiques technologiques n'ont généralement que peu de poids dans les pays en développement où les décisions tendent à être largement influencées par d'autres facteurs comme la politique économique nationale ou l'aide extérieure. Une politique adéquate consisterait à contrôler les budgets, à guider les choix par des évaluations actives, et à solliciter le concours de professionnels hospitaliers et cliniciens pour améliorer la rentabilité et la qualité des soins.

5.9 Les établissements hospitaliers peuvent élaborer leurs propres politiques technologiques mais elles ne sauraient évidemment pas résoudre les problèmes qui se posent au niveau national. Les politiques hospitalières sont plus efficaces lorsqu'elles s'inscrivent dans une politique nationale appropriée. Les cliniciens et les associations professionnelles jouent de plus en plus un rôle de plus en plus important dans les évaluations technologiques et contribuent de façon décisive aux progrès dans ce domaine.

5.10 Dans les pays en développement, les politiques adoptées pour le choix, la réparation et l'entretien des équipements médicaux, la conservation de stocks de pièces de rechange et le maintien des inventaires nationaux et régionaux sont importantes. Il est difficile de prévoir les progrès technologiques; par ailleurs, la diffusion des techniques nouvelles dépend souvent de facteurs qui n'ont rien à voir avec leur utilité et leur coût, mais plutôt avec des questions de prestige et de rémunération et avec le rôle joué par l'industrie dans leur développement et promotion. Les pays en développement peuvent cependant choisir quelles techniques mettre à la disposition de la population et l'évaluation technologique peut beaucoup les aider dans ces choix.

Médicaments

5.11 La concurrence et la recherche de bénéfices au sein de l'industrie pharmaceutique peuvent avoir des conséquences imprévues et malheureuses, comme le dumping des prix pour obtenir des parts de marché ou l'intervention de groupes de pression. Dans les systèmes de santé de certains pays en développement, les stocks de fournitures ou de médicaments sont souvent insuffisants même si ce problème est généralement plus aigu dans les hôpitaux publics que dans les hôpitaux privés. La raison principale est que le prix des médicaments est généralement plus élevé dans ces pays. Toutefois, il peut aussi arriver que les stocks et l'utilisation des médicaments soient excessifs. Cela tient peut-être à la situation des hôpitaux privés qui sont financés par des deniers publics, mais aussi au fait que, dans certains pays, les médicaments peuvent être vendus sans ordonnance.

5.12 Certaines questions clefs s'imposent :

Comment garantir que les médicaments sont utilisés à bon escient ? Comment les distribuer correctement et comment envisager l'utilisation de médicaments nouveaux et souvent très coûteux ? La situation dans différents pays montre qu'il existe des différences considérables entre les approvisionnements pharmaceutiques du fait de la production, des importations et des exportations. Les opérations montées en association entre des sociétés pharmaceutiques transnationales et des pays deviennent de plus en plus courantes. Les dépenses relatives et nominales des hôpitaux pour l'achat de médicaments accusent des variations considérables. Selon les méthodes d'achat appliquées par les hôpitaux et les pays, les prix peuvent être très différents (appels d'offres publics, achats négociés, etc.).

Equipements

5.13 Quels équipements faut-il pour les établissements hospitaliers et le système de santé ? On ne saurait trop insister sur l'importance que revêtent l'entretien des équipements existants et nouveaux (procédures, fournitures, etc.) et donc la formation, le recrutement et le maintien en poste d'un nombre suffisant de techniciens chargés de l'entretien. Comme on l'a vu plus haut, il est largement admis que l'évaluation technologique est décisive. Il est utile de comparer ces évaluations au niveau international, mais il est évident que, selon les cultures et les systèmes de santé, l'évaluation technologique sera envisagée sous des angles différents. On observe des variations importantes entre les pays dans l'utilisation des principes directeurs et mécanismes de contrôle. Certains pays se sont dotés de mécanismes de contrôle très complets, alors que d'autres n'en ont pratiquement aucun.

Normes

5.14 C'est au niveau national plutôt qu'au niveau mondial que doivent être déterminés le nombre et l'éventail des normes nationales à respecter. Des normes nouvelles doivent être mises au point pour répondre aux besoins réels et futurs. Présentées sur des supports informatiques, audiovisuels, etc., ces normes devraient pouvoir être consultées dans des centres nationaux d'information. On constate de grandes différences entre les pays dans l'application des normes. Dans beaucoup de pays, les normes à caractère général sont peu nombreuses, mais il peut y avoir en revanche plusieurs protocoles et principes directeurs plus spécifiques. Il faut souligner qu'il est nécessaire de disposer de normes et de protocoles locaux.

Partage de l'information

5.15 On manque en général de systèmes efficaces d'information qui permettraient d'évaluer plus correctement et plus facilement les technologies nouvelles. Les informations pourraient être fournies par le biais de bases de données électroniques donnant accès à des évaluations technologiques appropriées et récentes. Il faudrait donc développer les techniques de communication pour véhiculer des informations sur l'évaluation technologique et son utilisation. Les résultats des évaluations pourraient être communiqués aux pays en développement par le biais de réseaux internationaux comme le système Medline. On dispose des résultats d'un nombre croissant d'études sur l'évaluation et l'introduction de nouvelles technologies sanitaires susceptibles d'intéresser directement les Etats Membres.

Donateurs

5.16 Pour mettre des équipements sophistiqués à la disposition des pays en développement, les donateurs ont souvent recours à différentes formes d'aide, subventions ou prêts à des conditions de faveur. Il est important que ces arrangements répondent aux besoins des utilisateurs et soient adaptés au niveau de développement socio-économique et technique du pays. Il faut que les donateurs tiennent explicitement compte de facteurs tels que l'accessibilité, la possibilité d'obtenir des pièces de rechange et l'entretien pour éviter de tomber dans un "piège technologique" qui pourrait coûter cher au bénéficiaire.

Conclusions

5.17 Le groupe consultatif sur les hôpitaux est parvenu aux conclusions suivantes avant de formuler ses recommandations à l'intention des pays et de l'OMS :

- a) Les modalités d'introduction et d'application des technologies nouvelles au sein du système de santé ne font que rarement l'objet de politiques clairement définies.
- b) La technologie n'est que trop rarement réglementée, et les informations utiles à ce sujet ne circulent pas assez au sein du système de santé.
- c) L'OMS a acquis, dans le domaine de la technologie sanitaire, un savoir qui pourrait être développé dans l'intérêt des Etats Membres.

HOPITAUX UNIVERSITAIRES

6.1 Notant que l'OMS a déjà consacré des études aux hôpitaux de premier recours ou de district, le groupe consultatif a jugé qu'il importait aussi d'étudier le cas des grands hôpitaux universitaires, pour plusieurs raisons. Les hôpitaux universitaires sont généralement des établissements hautement complexes et coûteux, qui souvent offrent un dernier recours et dispensent des soins tertiaires tout en participant à des programmes d'enseignement et de recherche, de sorte qu'ils entretiennent des liens étroits avec les milieux universitaires et sont capables de mobiliser des instances politiques pour atteindre leurs objectifs. Ils absorbent une proportion élevée de ressources limitées, renforcent le prestige incontestable des universitaires de haut niveau et exercent un pouvoir professionnel considérable, souvent amplifié par les médecins eux-mêmes, les médias et les usagers. Souvent, ils sont aussi l'endroit où les élites, comme les pauvres des grandes villes, viennent se faire soigner.

Fonction Soins

6.2 Le rôle des hôpitaux universitaires dans le domaine des soins n'est pas négligeable. Travaillant généralement au niveau technique le plus élevé, ils dispensent essentiellement des soins tertiaires dont les coûts sont également considérables. Ils se doivent d'être des centres d'excellence dans tous les domaines de leur activité, c'est-à-dire dans le domaine clinique comme dans le domaine administratif, et leur action doit être adaptée aux besoins et aux ressources du pays, ce qui devrait être plus facile avec leur pleine intégration aux politiques et aux programmes nationaux (programmes de soins à domicile, par exemple).

6.3 Il est important de trouver le juste équilibre entre les différentes catégories de services. Les établissements de première ligne devraient être suffisamment développés et secondés par des systèmes d'orientation efficaces fonctionnant en liaison avec les hôpitaux universitaires. L'utilisation correcte des services de santé peut également être encouragée par la mise en oeuvre d'incitations ou de dissuasions appropriées. Il appartient aux hôpitaux universitaires de jouer un rôle de premier plan dans l'établissement de normes de qualité et de protocoles (définis en fonction des résultats souhaités plutôt que des ressources/procédés), et ces hôpitaux devraient être tenus à un travail de grande qualité lié à la meilleure utilisation possible des ressources disponibles.

Fonction Enseignement

6.4 La formation des personnels de santé ne saurait être exclusivement du ressort des hôpitaux universitaires qui ne peuvent en fait proposer aux étudiants qu'une expérience limitée. C'est aux instances responsables de l'enseignement comme les universités et les ministères compétents qu'il appartient de planifier la formation des médecins, des personnels infirmiers et paramédicaux, des administrateurs sanitaires, etc. dans des sites agréés. Il faudrait que les programmes de formation mettent l'accent sur le travail d'équipe ainsi que sur la prise en compte des besoins des malades/usagers.

6.5 L'utilisation d'autres établissements de santé à des fins de formation contribuera à améliorer ces établissements et à renforcer leur prestige auprès du public. Le contenu des programmes devra être adapté aux problèmes de santé du pays ou district, et le nombre des diplômés conforme aux plans nationaux ou régionaux de développement des ressources humaines. La formation continue devrait aussi occuper une place importante dans l'enseignement.

Fonction Recherche

6.6 Le travail de recherche devrait être organisé de façon plus rationnelle de manière à être mieux adapté aux besoins et aux problèmes particuliers du pays. La recherche, trop souvent limitée à des études cliniques, devrait porter sur d'autres questions biomédicales, prévention, élaboration de politiques sanitaires, recherche sur les services de santé, évaluation de la qualité, gestion des risques et autres secteurs opérationnels. Les recherches entreprises au niveau des hôpitaux universitaires devraient être exécutées en coordination avec les services nationaux de santé et d'autres instituts de recherche et s'inscrire dans le cadre des politiques adoptées. Les recherches devraient par ailleurs être correctement planifiées et budgétisées, et soumises comme d'autres activités à des appréciations des résultats obtenus. La création à cette fin de comités d'éthique a été suggérée.

La recherche demande enfin à être encouragée de façon spécifique et les agents de santé des différentes disciplines devraient acquérir les compétences nécessaires pour faire un travail utile.

Intégration

6.7 Comme les autres hôpitaux, les hôpitaux universitaires devraient établir des liens verticaux et horizontaux avec les différentes instances compétentes. Dans les cas où la population de la région desservie par un hôpital universitaire n'a pas accès à d'autres établissements de santé, l'hôpital universitaire peut être invité à dispenser des soins primaires et secondaires. Enfin, les activités et contacts à la périphérie ne doivent pas être limités au secteur de la santé mais concerner d'autres domaines comme l'industrie pharmaceutique, etc.

Direction

6.8 La direction de ces établissements d'une grande complexité est généralement du ressort de nombreux organes : ministère de la santé, ministère de l'éducation, universités, secteur privé, secteur non gouvernemental et collectivités locales. Il faut que les mécanismes de direction soient clairement définis avec une indication précise des voies hiérarchiques et que chacun des principaux éléments qui interviennent soit dûment représenté. Différents systèmes organisationnels et financiers sont actuellement introduits pour modifier l'équilibre des pouvoirs au sein des hôpitaux universitaires. En témoigne la décentralisation en faveur des régions et des districts dotés de l'autorité financière nécessaire pour acheter des services hospitaliers aux hôpitaux universitaires, ainsi qu'en faveur des facultés des sciences de la santé qui se voient habilitées à acheter des services de formation. Des modèles de privatisation sont également à l'essai. La question de la taille optimale d'un hôpital universitaire a été évoquée, mais il a été estimé qu'elle mériterait une étude plus approfondie.

Questions à préciser

6.9 Certaines questions demandent encore à être précisées au sujet des hôpitaux universitaires :

- a) Quelles devraient être les limites des services dispensés par ces hôpitaux ? Comment faire la distinction entre les services hospitaliers classiques et les services spécialisés et hypersophistiqués assurés par un centre d'excellence ? Comment ces prestations doivent-elles être financées ?
- b) Quelles complications la formation d'étudiants en médecine représente-t-elle pour le malade, le processus de gestion et le processus de financement ? Quel poids faut-il donner à la fonction d'enseignement (c'est-à-dire à l'université) dans la direction de l'hôpital ?
- c) Combien de médecins faut-il former ? Leur formation est-elle adaptée aux besoins des pays en développement, c'est-à-dire au maintien et à l'amélioration de la situation sanitaire, à la santé pour tous, à la santé publique et aux soins de santé primaires ?
- d) Quel doit être le rôle de l'hôpital universitaire dans la formation d'autres professionnels ?
- e) Quelle doit être la part de la recherche dans le travail des hôpitaux universitaires ?
- f) A quel rythme faut-il que les hôpitaux universitaires absorbent et utilisent les techniques nouvelles ? En quoi cela doit-il se répercuter sur les autres hôpitaux du pays ?

6.10 Il faut que les hôpitaux universitaires fassent partie de la politique sanitaire nationale et soient pleinement intégrés au reste du système de santé. Il faut aussi qu'ils se soumettent aux règles de la gestion d'entreprise et qu'ils se dotent d'organismes gestionnaires solides comportant des activités de contrôle et l'obligation de rendre des comptes. Dans des pays comme le Royaume-Uni, les hôpitaux universitaires classiques ont maintenant été pleinement intégrés au système complet de santé et la position privilégiée qu'ils occupaient, avec ses avantages et ses inconvénients, a laissé la place à une simple différence de fonctions au

sein d'un système. Les pays en développement se doivent de veiller à ce que leurs hôpitaux universitaires servent leur politique sanitaire et non l'inverse.

Conclusions

6.11 Le groupe consultatif sur les hôpitaux a formulé les conclusions suivantes avant d'adresser ses recommandations aux pays et à l'OMS :

- a) Il reste beaucoup à faire pour améliorer le travail des grands hôpitaux universitaires qu'il est difficile de gérer avec efficacité et efficacité.
- b) Les analyses contenues dans le présent rapport devraient fournir des orientations utiles pour de nouvelles études et interventions.
- c) L'OMS pourrait faciliter ce processus selon des modalités qui restent à déterminer.

RECOMMANDATIONS

1. Généralités

Le groupe consultatif sur les hôpitaux a formulé les recommandations suivantes :

- 1.1 Les pays devraient établir, dans le cadre de leurs politiques et structures sanitaires nationales, une politique stratégique hospitalière précisant clairement les rôles et fonctions à remplir et les cibles à atteindre.
- 1.2 Les pays devraient mettre en place un cadre administratif efficace pour la gestion des hôpitaux au sein de systèmes de santé locaux exécutant des politiques préalablement agréées.
- 1.3 Les hôpitaux devraient faire partie intégrante du système de santé de district, mais pouvoir en même temps se gérer eux-mêmes afin de fournir un travail plus efficace.
- 1.4 Les hôpitaux et autres services de santé devraient appliquer un processus gestionnaire auquel participeraient toutes les professions de la santé sous la direction d'un chef responsable secondé par une équipe d'administrateurs de haut niveau attachés à améliorer les prestations de santé.
- 1.5 Dans le climat actuel caractérisé par des réformes rapides des prestations de santé, il est important que, sans décourager la volonté de changement, on procède à des évaluations attentives et systématiques des innovations politiques, financières et techniques proposées avant d'en envisager la mise en oeuvre par les États Membres. Par ailleurs, les réformes devraient être introduites par étapes dans le cadre d'expériences pilotes. L'OMS a un rôle crucial à jouer dans la diffusion d'informations sur les bonnes pratiques de gestion.
- 1.6 Les hôpitaux universitaires, qui jouent un rôle décisif dans le système de santé, devraient s'adapter aux changements proposés pour contribuer comme il convient aux réformes des systèmes de santé. L'OMS pourrait orienter utilement ces réformes en diffusant les données disponibles au niveau international et en donnant des conseils.
- 1.7 L'OMS peut jouer un rôle décisif en renforçant l'appui, l'intérêt et la participation des donateurs, des organisations non gouvernementales, des organismes de financement et d'autres institutions en faveur de ces recommandations.

2. Travail accompli

Recommandations adressées aux pays :

- 2.1 Favoriser, au sein des établissements hospitaliers, une culture d'entreprise dominée par le souci du travail bien fait et comportant notamment des cibles claires à atteindre aux niveaux national et local et un processus d'appréciation du travail fourni.
- 2.2 Travailler à la mise en place d'un système complet et intégré de santé.
- 2.3 Instituer, au sein des systèmes de santé nationaux et locaux, des processus gestionnaires dirigés par des responsables secondés par des équipes de haut niveau. Des cours de formation à la gestion devraient être intégrés aux programmes d'enseignement des professionnels de la santé.
- 2.4 Lancer des initiatives pour l'amélioration de la qualité en utilisant les compétences disponibles et désigner un administrateur responsable de la qualité.
- 2.5 Créer un centre national chargé de recueillir et de diffuser des informations complètes sur le travail fourni (qualité, quantité, coût et rentabilité).

Recommandations adressées à l'OMS :

- 2.6 Elaborer des principes directeurs pouvant aider les Etats Membres à favoriser dans les établissements hospitaliers le souci du travail bien fait. Il faudrait aussi que soient disponibles des instruments d'évaluation commodes et pratiques à différents niveaux de complexité pour faciliter des évaluations et des comparaisons interpays du travail fourni par les hôpitaux.
- 2.7 Proposer des principes directeurs sur la mise en oeuvre d'un processus gestionnaire au sein des systèmes de santé nationaux et locaux et proposer des exemples de bonnes pratiques gestionnaires. Des avis et des conseils devraient aussi être donnés sur le moyen de lancer des initiatives pour le développement de la gestion.
- 2.8 Mettre au point des principes directeurs techniques spécifiques et tenir les Etats Membres informés des méthodes les plus efficaces d'évaluation de la qualité.

3. Orientations politiques

Recommandations adressées aux pays :

- 3.1 Il faudrait que les pouvoirs publics définissent, à l'intention des hôpitaux, des orientations stratégiques solides dans les domaines évoqués; les cibles à atteindre devraient être clairement définies et les pouvoirs publics devraient mettre en place un cadre administratif efficace chargé de la bonne exécution des orientations politiques au niveau local; des mécanismes devraient être prévus pour l'examen des progrès accomplis vers les cibles fixées, pour l'utilisation efficace des ressources disponibles et pour une meilleure transparence.
- 3.2 Pour l'élaboration et l'examen des politiques hospitalières, les pouvoirs publics devraient être prêts à lancer, au sein et en dehors du système de santé, des débats d'opinions sur les principales politiques et priorités de façon que les objectifs fixés soient définis en fonction d'une appréciation réaliste des ressources disponibles.
- 3.3 Les pouvoirs publics devraient envisager la possibilité de fournir des avis objectifs sur les politiques hospitalières, notamment par le biais d'un ou plusieurs organes ou groupes consultatifs nationaux. Les membres de ces groupes consultatifs devraient être choisis aussi bien pour leurs connaissances et leurs compétences que pour le poids dont ils pourront peser lorsqu'ils feront connaître leurs orientations politiques.

- 3.4 Les pays devraient adopter des politiques sanitaires complètes et interreliées qui soient compatibles, cohérentes et se soutiennent mutuellement. Les grands axes de ces politiques pourraient notamment être les suivants :

- Cibles à atteindre dans le domaine de la santé et des soins.
- Systemes de financement.
- Systeme d'allocation des ressources.
- Organisation nationale et locale des services de santé.
- Appréciation du travail accompli et responsabilités.
- Mécanismes de rémunération (incitations comprises).
- Formation, recrutement et conservation de la main-d'oeuvre.
- Evaluation et choix des technologies.

- 3.5 Dans le cadre d'une stratégie solide, claire et établie d'un commun accord, les pouvoirs publics devraient être prêts à déléguer aux administrations locales la possibilité de prendre des décisions sur les questions opérationnelles (à l'intérieur des districts et à l'intérieur des hôpitaux). Le processus de prise de décisions devrait être solide et efficace et bénéficier de la pleine participation des professions de santé.

Recommandations adressées à l'OMS :

- 3.6 Encourager les pays à se doter des moyens nécessaires à l'élaboration de politiques sanitaires efficaces et à la communication de données dans les grands secteurs évoqués en diffusant des exemples de bonnes pratiques et en donnant des conseils et une aide.
- 3.7 Aider les pays à améliorer l'organisation des services de santé aux niveaux national et local de manière à encourager l'exécution plus efficace des politiques, la délégation des responsabilités en matière de prise de décisions, une meilleure connaissance des ressources disponibles, et une plus grande transparence.

4. Financement

Recommandations adressées aux pays :

- 4.1 Faire le point des stratégies de financement en vigueur pour les services hospitaliers, ambulatoires et de santé publique, et introduire des changements là où l'expérience montre qu'il serait possible de mettre en place des mécanismes nouveaux plus efficaces.
- 4.2 Examiner les politiques d'allocation des ressources pour les services hospitaliers, ambulatoires et de santé publique (recettes et capital) afin d'améliorer l'équité et l'efficacité du financement compte tenu de la taille de la population à desservir et de ses besoins.
- 4.3 Investir pour améliorer la gestion des ressources et la transparence, notamment par la formation de personnels financiers, gestionnaires et professionnels et l'amélioration des systèmes d'information financière à tous les niveaux.
- 4.4 Mettre en place des systèmes de rémunération et de gratification plus souples et décentralisés, et favoriser grâce à eux des changements comportementaux et organisationnels susceptibles d'améliorer le travail et les résultats obtenus, tout en procédant à une évaluation attentive de l'impact de ces changements.

Recommandations adressées à l'OMS :

- 4.5 Aider les pays à concevoir, mettre en oeuvre et évaluer des innovations concernant les stratégies de financement et diffuser des informations sur les changements apportés dans ce domaine.

- 4.6 Réunir un groupe de travail chargé d'explorer le financement des soins aux malades hospitalisés.
- 4.7 Evaluer différentes méthodes et expériences en matière d'allocation des ressources et mettre au point des études de cas et des options à l'intention des Etats Membres.
- 4.8 Appuyer des activités de formation destinées à développer les compétences financières dans les Etats Membres.
- 4.9 Dans un document technique, proposer aux Etats Membres des conseils sur les mécanismes de rémunération et de gratification susceptibles d'encourager l'amélioration des comportements et du travail accompli.
- 4.10 Diffuser des informations sur différentes approches organisationnelles, l'évaluation des investissements en capital et les contrôles financiers, la transparence et la vérification des comptes.

5. Technologie

Recommandations adressées aux pays :

- 5.1 Les politiques sanitaires et hospitalières nationales devraient comporter des indications précises sur :
 - a) l'adéquation des technologies sanitaires;
 - b) la préférence éventuellement accordée à des techniques peu coûteuses mais pouvant bénéficier au plus grand nombre;
 - c) les mesures à prendre en matière d'entretien, de formation et d'information.
- 5.2 Les pays devraient instituer un organe national de réglementation technologique (équipements, médicaments).
- 5.3 Les pays devraient travailler à la mise en place de systèmes d'information se rapportant aux techniques hospitalières et comportant des programmes d'évaluation technique.
- 5.4 Les pays devraient tirer profit des conseils et de la documentation de l'OMS (rapports techniques, etc.) ainsi que des autres renseignements disponibles pour l'élaboration de politiques et de programmes d'évaluation technologique.

Recommandations adressées à l'OMS :

- 5.5 Aider les pays à entreprendre des études sur les techniques hospitalières et les inciter à créer un organe national chargé de l'évaluation technologique, du financement, de la formation, des achats et de l'entretien pour les services hospitaliers. Aider aussi les pays à évaluer l'utilisation, l'efficacité, les avantages et le coût des techniques disponibles.
- 5.6 Encourager l'établissement et la diffusion d'une liste des produits pharmaceutiques recommandés pour les établissements hospitaliers et encourager la production et la diffusion continue de renseignements sur les techniques utilisées dans les hôpitaux et les services de santé.
- 5.7 Appuyer la mise en place d'un réseau international d'information sur les technologies hospitalières faisant éventuellement appel aux télécommunications.
- 5.8 Faire bénéficier d'autres programmes des compétences spéciales de l'OMS en matière d'évaluation technologique.

6. Hôpitaux universitaires

Recommandations adressées aux pays :

- 6.1 A l'aide des ressources disponibles, créer un mécanisme national pour l'étude des questions à résoudre, notamment la création d'instituts spéciaux, de conseils ou de comités sur les prestations de santé, la recherche, la planification de la main-d'oeuvre et l'élaboration de plans d'action pour atteindre les objectifs fixés. Le processus de réforme exigera des négociations délicates entre les nombreux acteurs en présence. L'un des problèmes à préciser sera celui des relations entre le personnel enseignant et l'hôpital universitaire.
- 6.2 Pour introduire les réformes souhaitées, il faudra notamment inciter les acteurs en présence, c'est-à-dire les dispensateurs de soins, les responsables politiques, les usagers et les médias, à changer de comportement et à assumer la responsabilité de leurs exigences et de leurs promesses. Les stratégies exécutées à cette fin devront prévoir les éléments suivants :
- éducation du public;
 - actions de promotion auprès des professionnels de la santé à l'aide d'incitations et de dissuasions (financières et non financières);
 - réformes organisationnelles, notamment par la promotion d'une culture d'entreprise.

Recommandations adressées à l'OMS :

- 6.3 Fournir des avis et une aide aux pays qui ont entrepris de redéfinir les rôles et les relations au sein des hôpitaux universitaires et à la périphérie pour améliorer la qualité du travail fourni.
- 6.4 Recueillir des données pour étudier et comparer les expériences faites dans les pays et continuer de faciliter les échanges d'informations entre pays.
- 6.5 Proposer une aide précise pour la mise en place de systèmes d'information destinés à faciliter l'évaluation de la situation et des progrès accomplis. Il conviendra notamment de déterminer les coûts correspondant aux principales fonctions des hôpitaux universitaires et d'établir des indicateurs de productivité et de qualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Réunion du groupe consultatif sur les hôpitaux. Contexte général, thèmes principaux, objectifs et résultats escomptés, 2 mars 1994
2. Hospitals and the Health Communities, 5 mars 1994
3. Hospitals at a Cross-roads, R. J. Maxwell, février 1994
4. Hospitals Policies, E. Pickering, 1994
5. Actual Issues and Problems Concerning Hospitals in Developing Countries, F. R. Inman, mars 1994
6. Mesure du travail accompli par les hôpitaux et les centres de santé, C. Montoya-Aguilar, octobre 1993
7. The Quality Assurance Program in a Teaching Hospital. The Experience in Dr Soetomo Hospital, Karjadi Wirjoatmodjo, 1993
8. Social Control of Hospital Technologies, Dr H. D. Banta, TNO, Leyde, Pays-Bas, 1994

9. Economie hospitalière et financement des hôpitaux, J. Kutzin, 17 décembre 1993
10. District Hospital reports: the MMI-WHO guidelines revisited, Lerberghe, Van Damme, Kegels, Ancona & Criel, janvier 1994
11. Teaching Hospitals in Developing Countries: a Potential Programme of Research and Development, F. R. Inman, mars 1994
12. Evaluation of Policies and Regulations on Health and Health Care in Indonesia, Boedihartono, Rukmono and La Sida, juillet 1993
13. Hospital Networking in the Philippines, R. N. Caragay, N. D. Lawas & A. M. Pesigan, janvier 1994
14. A Case Study in Vietnam: Expanded Role of District Hospitals by Merging District Health Bureaus with District Hospitals, Pham Huy Dung
15. Primary Health Care and the Hospital: Incompatible Organizational Concepts? L. Malcolm, février 1994
16. Service Management: A New Zealand Model for shifting the balance from Hospital to Community Care, L. Malcolm, 1991
17. New Zealand's Health Providers in an Emerging Market, L. Malcolm & P. Barnett, mars 1994
18. Hospitals and the Health of Communities 1994-1999, J. H. Bland, mars 1994
19. Dimension of Quality Revisited: From Thought to Action. R. Maxwell. Quality in Health Care, Vol. I, N° 3, pp. 171-177. Publ. British Med. Journal Publishing Group

ANNEXE

ETUDE DES DETERMINANTS DU TRAVAIL ACCOMPLI PAR LES HOPITAUX

**Groupe consultatif de l'OMS sur les hôpitaux
Genève, 11-15 avril 1994**

LISTE DES PARTICIPANTS

Dr D. Banta, Chercheur principal, Organisation néerlandaise pour la Recherche scientifique appliquée (TNO), Amsterdam, Pays-Bas

Dr (Mme) Chi Baolan, Directeur, Département de l'Administration médicale, Ministère de la Santé publique, Beijing, République populaire de Chine

Dr A. D. Chiduo, Membre du Parlement, Président de la Commission parlementaire pour les Prestations sociales, Dar-es-Salaam, République-Unie de Tanzanie

Professeur Pham Huy Dong, Département d'Epidémiologie et de Statistiques sanitaires, Ecole de Médecine d'Hanoï, Directeur exécutif du Centre des ressources humaines pour la santé et Directeur exécutif du Centre d'appui à l'élaboration de programmes sociaux, Union des Sociétés scientifiques et techniques, Hanoï, Viet Nam

Dr Felipe A. Estrella, Directeur, Université des Philippines, Hôpital général des Philippines, Manille, Philippines

Dr M. Samir Fayyad, Président, Organisation curative du Caire (CCO), Le Caire, Egypte

Dr Patricia Gomez de Leon, Directeur exécutif, Centro de Gestion Hospitalaria (Colombia Hospital Institute), Bogotá, Colombie

M. F. R. Inman, former Chief Executive of British Teaching Hospital, Health Care Consultant, Mansfield, Nottinghamshire, Royaume-Uni

M. Jing Zongren, Responsable à la Division de la Gestion des Etablissements hospitaliers, Département de l'Administration hospitalière, Ministère de la Santé publique, Beijing, République populaire de Chine

Professeur D. Jolly, Directeur des Affaires internationales de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, Professeur de santé publique et économie de la santé à la Faculté de Médecine, et Directeur scientifique de l'Institut d'Etudes des Politiques de Santé, Paris, France

Professeur L. Malcolm, Department of Community Health, Wellington School of Medicine, University of Otago, Wellington, Nouvelle-Zélande

Professeur C. Montoya-Aguilar, Conseiller au Ministère de la Santé, Coordonnateur du programme national sur l'équité dans l'action de santé et Professeur de santé publique à la Faculté de Médecine de l'Université du Chili, Santiago, Chili

Dr P. Mordelet, Chargé de mission, Direction des Hôpitaux, Ministère de la Santé, et Président, Association pour la Coopération et le Développement des Structures sanitaires (ACODESS), Paris, France

Professeur T. A. J. Ogunbiyi, Chairman, Lagos University Teaching Hospital Management Board, Medical Consultants Group, Victoria Island, Lagos, Nigéria

Dr E. Pickering, Directeur général, Fédération internationale des Hôpitaux, Londres, Royaume-Uni

Dr (Mme) Judith Shamian, Vice President, Nursing and Programme Development Committee, Mount Sinai Hospital Toronto, Ontario, Canada

Professeur Youngsoo Shin, Président, Département des Politiques et de la Gestion sanitaires, Ecole de Médecine, Université nationale de Séoul, et Président de l'Institut coréen de la Gestion des Services de Santé, Séoul, République de Corée

Dr B. Wint, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston, Jamaïque

Professeur Karjadi Wirjoatmodjo, Directeur, Hôpital universitaire Dr Soetomo, Surabaya, Indonésie

Secrétariat

Dr J.-P. Jardel, Sous-Directeur général

Dr E. Tarimo, Directeur, Division du Renforcement des Services de Santé

M. A. Creese, Chef, Systèmes et Politiques de santé au niveau national, Division du Renforcement des Services de Santé

Dr J. M. Kasonde, Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

Dr F. Siem Tjam, Systèmes de santé de district, Division du Renforcement des Services de Santé (Secrétaire)

Dr I. Tabibzadeh, Chef, Systèmes de santé de district, Division du Renforcement des Services de Santé

M. O. Teglgard, Systèmes de santé de district, Division du Renforcement des Services de Santé

= = =