

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 08/06/2006

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/268-1 (*)

**AVIS RELATIF À L'ORGANISATION AXÉE SUR LES PROGRAMMES
DE SOINS AU SEIN D'UN HOPITAL**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 8 juin 2006

Historique

Les médecins sont formés à diagnostiquer et à traiter les maladies, et à apaiser la douleur de patients individuels, pour lesquels ces soins revêtent un caractère absolu, exigeant la mobilisation de tous les moyens possibles, abstraction faite de tout raisonnement économique. Par ailleurs, la profession médicale est issue d'une tradition indépendante qui impliquait, à l'origine, l'autonomie complète et la responsabilité intégrale pour la pratique, tant sur le plan médical que sur le plan économique.

Cela a longtemps pu être concilié avec l'environnement dans lequel l'art de guérir était exercé, à savoir l'entreprise hospitalière, où les instances publiques, les congrégations ou les initiatives privées assumaient conjointement la responsabilité pour l'infrastructure, le personnel soignant et l'encadrement administratif et logistique général, et où les médecins pouvaient organiser leur pratique de manière relativement indépendante.

Dans cette optique, le département médical et infirmier était défini comme un pilier quasi indépendant et autonome, dont l'objectif premier était de veiller à l'organisation et à l'harmonisation au sein du groupe professionnel.

Le diagnostic et le traitement des affections sont devenus de plus en plus multidisciplinaires, surtout en raison de l'évolution de la technologie médicale. En effet, il y a plusieurs spécialités concernées, et d'autres travailleurs de la santé apportent leur collaboration, notamment des infirmiers et des paramédicaux, mais, par ailleurs, il y a une interaction étroite avec l'environnement administratif et logistique.

A cet égard, il convient d'observer que l'informatique, la gestion de l'espace, les informations en matière de politique, la réglementation juridique et les directives éthiques, sont de plus en plus sous-tendues par les activités médicales, qui sont, à leur tour, encadrées et influencées par l'ensemble des éléments précités.

Il existe également une évolution importante en matière de financement, lequel était au départ basé sur les coûts ou les activités, pour s'orienter ensuite davantage vers les produits, en termes de DRG ou de "combinaisons diagnostic-traitement", comme c'est actuellement le cas aux Pays-Bas.

Problématique

Comment, dans un tel contexte, concilier un degré important d'autonomie pour l'activité médicale, et un management de l'entreprise, qui s'avère nécessaire, auquel on demande, non seulement de tendre vers des soins de la plus haute qualité possible, mais également de rendre visible cette qualité des soins et ce, à un coût acceptable?

Quelles conditions préalables une organisation hospitalière doit-elle satisfaire pour être adaptée aux conditions actuelles en matière de qualité et d'efficacité des soins de santé ?

Le concept des programmes de soins

Alors qu'auparavant, l'accent était placé, tant pour la programmation, l'agrément, que pour le financement, sur l'organisation et la gestion efficace des centres d'activité (unité de soins, quartier opératoire, laboratoire..), on accorde actuellement davantage d'attention à la conceptualisation, à la gestion et au financement du processus des soins.

En d'autres termes, les notions d'efficacité et de qualité sont de moins en moins évaluées dans le centre d'activité où le patient "passe", dans le cadre de son trajet de soins, à l'inverse du design et de la réalisation du trajet en lui-même.

L'utilisation correcte de l'infrastructure (durée de séjour) et de la recherche médico-technique (p.ex. laboratoire et imagerie, médicaments cf. entre autres, les montants de référence) est une des questions soulevées par l'évaluation de la qualité et le financement.

Cela implique qu'une gestion efficace des hôpitaux évolue d'une maîtrise des coûts en fonction des activités médicales à l'élaboration et l'implémentation de trajets de soins adéquats.

Par conséquent, l'activité médicale devient en elle-même l'élément central d'une gestion hospitalière efficace.

Implications pour les organisations de soins

La gestion efficace du processus de soins médicaux, jusqu'au niveau des patients individuels, nécessite une collaboration et une harmonisation parfaites entre les médecins et les infirmiers, tout en veillant à ce que les responsables des informations en matière de politique de soins médicaux et infirmiers, de la pharmacie, de l'utilisation de matériel et du service financier apportent les informations exactes en ce qui concerne le processus de soins.

Ceci se traduit dans un système de contrôle de gestion adapté ("technostructure", d'après Mintzberg), par le biais duquel l'organisation vise à l'implémentation effective des objectifs stratégiques et opérationnels pour les programmes de soins.

Les trajets cliniques peuvent constituer un levier important pour la réalisation d'un tel concept.

En tout cas, il est nécessaire de gérer au maximum les soins au niveau du patient individuel, en combinant les actes médicaux et infirmiers, dans un cadre prudentiel et social acceptable.

La subdivision en départements et le rapportage hiérarchique y afférent peuvent parfois nuire à une coordination et une harmonisation efficaces.

Au contraire, les décisions doivent, à chaque niveau, résulter de la coordination de l'expertise médicale, infirmière et administrative.

Il convient d'observer qu'une telle organisation, étayée par des informations pertinentes sur l'aspect financier et les soins, requiert des structures et une expertise appropriées ; toutefois, rien n'a été prévu à cet égard dans le cadre de l'actuel financement.

Implications pour l'organisation hospitalière

Le système par départements, tel que prévu dans la loi sur les hôpitaux, implique qu'une prise de décision intégrée en ce qui concerne les activités médicales, infirmières et administratives, n'est possible qu'au niveau du comité de direction.

C'est faisable pour un hôpital de petite taille ou de taille moyenne. En revanche, pour les hôpitaux de grande taille, cela pose un problème de délégation et de prise de décision intégrée à un niveau décentralisé.

Abandonner la hiérarchie par départements pour une prise de décision davantage multidisciplinaire, au niveau des ensembles de services ou de programmes de soins importants (p.ex. l'oncologie), équivaut à un basculement : en effet, la gestion se situe davantage au niveau des processus horizontaux de soins, plutôt que sur l'axe vertical fonctionnel-professionnel.

Ce basculement peut revêtir plusieurs formes, mais il se concrétise toujours par la création d'équipes de gestion décentralisées, constituées d'un médecin, d'un infirmier et parfois d'un gestionnaire administratif.

Cependant, il s'agit plutôt, dans certains cas, d'équipes de projet (consultatives) et de forums de concertation commune (p.ex. "binôme"), lesquels n'ont aucune autonomie décisionnelle. Souvent, ils ont une série de compétences opérationnelles, comme, par exemple, la gestion des lits ou le planning de la salle d'opération.

Dans d'autres cas, ils assument également une responsabilité budgétaire, p.ex. le personnel infirmier, ou une responsabilité en ce qui concerne le bilan des honoraires médicaux.

La mesure dans laquelle le rapportage reste, au sein des différents départements, à un niveau hiérarchique vertical ou, p.ex., la mesure dans laquelle les chefs du département infirmier font rapport au président des comités de direction décentralisés, diffère d'un hôpital à l'autre.

Quoi qu'il en soit, la politique en matière de compétences se situe toujours au sein des départements respectifs, p.ex. pour les soins infirmiers, cela implique le recrutement, l'évaluation, la formation, la rémunération, la politique en matière de sortie, l'élaboration et la qualité des soins, l'organisation des soins au sein des unités de soins, la politique en matière de qualifications professionnelles etc.

Dans de nombreux hôpitaux de grande taille, on assiste à la création d'un niveau intermédiaire avec des médecins-coordonateurs ou des directeurs cliniques, réunis au sein d'une équipe avec des infirmiers du cadre intermédiaire et, parfois, un gestionnaire administratif.

A cet égard, le problème réside dans le fait que les médecins indépendants peuvent difficilement se positionner, au sein d'une organisation hospitalière, comme un point d'ancrage (éventuellement avec un contrat partiel d'employé ; toutefois, cela entraîne souvent des problèmes en raison de la confusion d'intérêts).

Ce problème est dû à l'organisation hospitalière duale, telle qu'elle est actuellement conçue dans la plupart des hôpitaux, pour ce qui est de l'organisation et du financement.

Suggestions pour la réglementation

Dans cette optique, on préconise de faciliter autant que possible, dans la réglementation, l'organisation axée sur les soins, sans imposer de modèle déterminé ni expliciter certains points dans le cadre de la loi sur les hôpitaux.

Les multiples façons dont ce basculement se concrétise dans les différents hôpitaux vont de pair avec leur situation locale, leur historique et leur culture, et restent la prérogative du gestionnaire, lequel assume la responsabilité pour l'activité hospitalière dans son ensemble.

La facilitation de ce basculement ne doit pas nécessairement impliquer une modification de la loi sur les hôpitaux, dans la mesure où tant le département médical que le département infirmier sont conçus comme des centres de compétences professionnelles dirigés par le médecin en chef et le directeur infirmier, respectivement.

Le domaine où cette compétence de direction est exercée concerne la promotion de la compétence professionnelle, comprenant le recrutement, l'évaluation, le départ, la description de fonction et la politique relative aux qualifications professionnelles, la rémunération, la formation, le développement des soins et l'innovation, la recherche, la représentation externe, etc.

La détermination des compétences déléguées et de la ligne hiérarchique restent la prérogative du gestionnaire et peuvent présenter de grandes différences en fonction de l'historique et de la culture (p.ex. la taille) de l'hôpital.

À l'inverse, on précise que ce nouveau système de contrôle basé sur les programmes de soins et de pilotage multidisciplinaire impliquent des frais considérables.

Néanmoins, plutôt que de prévoir un financement basé sur des formes d'organisation générique, par exemple, on préconise une augmentation des éléments suivants dans le prix de la journée d'entretien :

Médecin en chef, cadre infirmier, cadre moyen administratif, cellule RCM-RIM-RPM, comité médico-pharmaceutique (p.ex. cadre)

Par ailleurs, on propose un financement nouveau et adapté pour les éléments suivants :

Dossier de patient intégré électronique (y compris la prescription médicale électronique), information relative à la politique-développement (sur base du datawarehouse), trajets cliniques et guidelines.