

# Histoire succincte des Hôpitaux au Grand-Duché de Luxembourg

2010

*Roger Consbruck , Ministère de la Santé*



Grand Duché de Luxembourg 2010  
du Système de Santé:

# Le secteur hospitalier

Chapitre 1<sup>er</sup>  
De l'évolution

## Historique succinct

des 1<sup>ères</sup> réponses spontanées à des  
besoins a'u rôle de coordination de l'Etat

*Notes de cours*



# G-D. L. de l'histoire des hôpitaux: Introduction

Comme ailleurs, l'institution hospitalière connaîtra d'importantes mutations de destinée au fil des siècles

Si dès le Moyen âge on voit apparaître successivement

- les « auberges » qui offrent le gîte au pèlerin,
- des hôtels Dieu ou hospices, pour les indigents malades et mourants,
- les léproseries pour éloigner les contagieux,
- les asyles pour enfermer les fous,

ce n'est qu'à partir de la fin du XXème siècle que l'hôpital deviendra le temple de la médecine moderne....

## G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (2)

- ~ 698 : l'hospice d'Echternach
- ( pm. 963 « fondation » de Luxembourg
- ~ 1308 : l'hospice St. Jean à Luxembourg
- ~ 1596 : l'hospice Wiltz (Hôpital de la Ste Trinité)

*Les motifs de ces créations sont dites charitables,*

- *dans ces « établissements » les religieuses y font ce qu'elles peuvent*
- *mais jusqu'au xx<sup>ème</sup> siècle les gens qui le peuvent se font soigner à domicile (y compris pour les accouchements et la chirurgie)*

## G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (3)

- ~ 1680 – 1840: les hôpitaux militaires des occupants successifs

*p.m: Révolution française / Napoléon; pas d'influence*

- 1855 : l'hospice central d'Ettelbruck «actuel CHNPE»,  
1<sup>ère</sup> initiative de l'Etat
- 1869 : Orphelinat de Grevenmacher

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (4)

- ~1900 une effervescence d'initiatives congréganistes et laïques « dans l'ère du temps », sans concertation, ni stratégie
- 1873 : Clinique d'Eich (Fond. N. Metz)
- 1882 : Hospice de Diekirch (Srs. Ste Elisabeth)
- 1890 : Hôpital de Clervaux (Srs. St. François)
- 1894 : Hospice St. François Luxembourg (Srs. St. François)
- 1899 : Clinique privée Dr. Schumacher-> Clin. Ste Elisabeth Luxembourg
- 1901 : Hôpital St. Joseph Luxembourg (Srs. St. François)
- 1906: Infirmerie -> Hôpital de Dudelange (Arbed-Commune)
- 1920: Hôpital de Niederkorn (Srs. Ste Thérèse)
- 1924: Clinique Ste. Thérèse (Srs. Ste Thérèse)
- 1927: Clinique Ste. Marie Esch-Alzette (Srs. Ste Elisabeth)

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (5)

~ **1920** : 1ers conciliabules autour d'un hôpital laïque municipal a Lux-Ville

.....mais également émergence d'autres structures sanitaires répondant à des impératifs de santé publique de l'époque et dont l'Etat est à l'origine :

- les bains thermaux de Mondorf (1927)
- le sanatorium de Vianden (1929)
- **1930: Infirmierie-> Hôpital de la Ville d'Esch (Arbed-Commune)**
- **1927: Clinique St. Louis Ettelbruck**

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (6)

**1945 : le 1<sup>er</sup> Gouvernement de Salut d'après guerre a un Ministère de la Santé éphémère (Charles Marx, chirurgien, résistant, membre du parti communiste assume cette tâche pendant 2 ans), ensuite il faudra attendre jusqu'en 1956 pour voir réapparaître d'abord un secrétariat d'Etat (Vouel), puis la Direction de la Santé qui reprend peu à peu les missions confiées au Collège médical.**

1946: création Maternité G-D. Charlotte (Etat)

1956: Clinique Sacré-Cœur (Srs. St. François)

1956: création Clinique privée Dr. Bohler

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (7)

## Fonctionnement des structures hospitalières (XXème s.)

Gouvernance: selon statut créateur

Médecine: « contrats » d'agrément individuels, parfois directeur

Soins, logistique, hôtellerie: confié partout (svt. en sous-traitance à des ordres religieux (majoritairement en provenance des régions frontalières) assistées par du personnel laïque subalterne

Administration: « secrétaire-économe »

(1956: création de « l'Entente des hôpitaux (EHL)»)

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (8)

## Financement des structures hospitalières (XXème s.)

avant 1920: contributions « charitables » dons, legs...

avec l'évolution des mutuelles: contrats progressifs avec les structures de « sécurité sociale » qui se généralisent + structures de bienfaisance + œuvres de charité

depuis 1956: prix de journée négociés (AM-EHL)  
(tarifs médecins négociés AM-AMMD)

depuis loi 92 : (taux de couverture AM de la population 98,5 %)  
budgétisation ( étab. hospitaliers )

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (9)

## des nombreuses initiatives « privées », du chaos de santé publique et de l'interrogation sur le rôle de l'Etat en matière hospitalière

Peu et à peu l'Etat se rend compte des insuffisances systémiques de cette évolution et intervient à plusieurs niveaux:

- 1960: création de la Clinique Pédiatrique (Fond. Jean et Joséphine Charlotte)
- 1964 commande du rapport Sunier (OMS)
- 1968 commande du rapport Aujaleu-Rôsch (OMS)  
qui prône le rôle, la responsabilisation et l'initiative de l'Etat en matière d'organisation de la santé, des secours préhospitaliers, de la planification hospitalière, les régions hospitalières....
- 1976 création du Centre Hospitalier de Luxembourg (participation financière étatique 60%\* et loi organique de 1976)

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (10)

## de la loi du 10 12 1975 sur le Centre Hospitalier de Luxembourg

N'ayant aucune influence sur les établissements au fonctionnement « privé » l'Etat se rendant compte de sa mission/responsabilité de tutelle de santé\* en matière hospitalière et décide de la création du Centre Hospitalier en réunissant

- la maternité G-D. Charlotte
- la Clinique Pédiatrique et
- le nouvel Hôpital Municipal de Luxembourg

sous le toit d'une loi organique et en détermine l'organisation selon le modèle français en rappelant de nombreux jeunes médecins restés à l'étranger via le régime du plein temps hospitalier et par opposition du modèle de médecine libérale en usage partout ailleurs.

Le CHL aura en outre une mission de recherche et d'enseignement

Ce modèle alternatif dynamisera rapidement l'évolution non seulement des hôpitaux, mais de l'entièreté du secteur de la santé au G-D.L

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (11)

## des suites du rapport Aujaleu-Rösch

(et de la création du CHL)

- **1976:** 1<sup>ère</sup> loi sur les hôpitaux et 1<sup>er</sup> plan hospitalier  
\* (le Ministre de la Santé coordonne les hôpitaux)
- **1986:** Loi sur le service d'urgence des hôpitaux
- **1986:** Loi sur le « placement » (1<sup>ère</sup> esquisse sur les droits des malades)
- **1986:** Loi sur la Direction de la Santé

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (12)

## de la situation des hôpitaux vers la fin du XXème siècle

### *Constats:*

- pléthore de faux lits aigus et manque de lits de long séjour,
- des (petites) structures souvent vétustes,
  - à l'activité et au fonctionnement opaques,
  - à l'organisation d'un autre temps,
  - ne répondant ni aux mesures de sécurité élémentaires, ni aux exigences d'un hôpital moderne
- une envolée généralisée des coûts

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (12)

## de la situation des hôpitaux vers la fin du XXème siècle

### *Constats:*

*La génération des religieuses, sur-âgées, dévouées chevilles ouvrières à coût modeste, s'éteint,*

*Le choc des générations dans l'exercice de la médecine*

- retards évidents par rapport à l'évolution à l'étranger

*Les établissements qui essaient d'investir dans le progrès sont au bord du gouffre de la faillite*

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (13)

## de la situation des hôpitaux vers la fin du XXème siècle

La législation de 1976 sur les hôpitaux est restée quasi lettre morte,

Les établissements se méfient de l'intervention de l'Etat, leurs missions ne sont pas claires

Le financement, dont les mécanismes sont devenus obsolètes devient question de survie pour la plupart des établissements.

Le patient, le sens et les résultats de l'activité, continuité et qualité des soins ne sont que d'intérêt secondaire

**Fin du XXème siècle:**  
**un changement de  
paradigme s'impose**

*L'Etat est interpellé pour agir  
à plusieurs niveaux*

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15)

## des initiatives des années 90

- **1990:** 1<sup>ère</sup> loi sur les aides financières de l'Etat (« *progrès médical notable* »)
- **1992:** Loi sur l'assurance maladie et la réforme du secteur de la santé
- **1994:** 1<sup>er</sup> plan hospitalier conséquent (services, éléments de normes)
- **1998 :** Loi ASFT et loi sur l'Assurance Dépendance
- **1998:** Loi sur les établissements hospitaliers ( 1<sup>ère</sup> évocation du mot « patient », du dossier et des droits et devoirs du malade)
- **1999:** loi autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation de certaines infrastructures hospitalières

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.1)

## Loi de 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé

### Motifs à la base de cette nouvelle législation:

- traiter équitablement les hôpitaux quelque soit leur statut
- fournir des prestations correctes aux bénéficiaires de soins
- augmenter la transparence de l'activité hospitalière
- aboutir à une plus grande efficience et une meilleure maîtrise des coûts

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.1)

La loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé

- Chapitre 1<sup>er</sup> :** Etendue de l'assurance (obligatoire, volontaire, protégés)
- Chapitre 2 :** Objet de l'assurance (Indemnités pécuniaires, prestations de santé et de maternité, indemnité funéraire)
- Chapitre 3 :** Financement (Système, cotisations)
- Chapitre 4 :** Organisation (UCM (CNS), CM, Surveillance de l'Etat)
- Chapitre 5 :** Relations avec les prestataires (Extra-hospitalier, hospitalier, action concertée)
- Chapitre 6 :** Dispositions diverses (recours, concours avec la responsabilité de tiers, secteur de la santé)

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.2)

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance

**Chapitre 1<sup>er</sup>:** Objet (définition et détermination de la dépendance, bénéficiaires, Prestations; droit et conditions de lieu (domicile, institution) )

**Chapitre 2 :** Financement (Système, contribution, administration)

**Chapitre 3 :** Organisation (O.G.; CEO, Comm. Consultative, Action concertée)

**Chapitre 4 :** Relations avec les prestataires d'aides et de soins

La loi du 08 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (+ modification loi FNS)

**Chapitre 1<sup>er</sup>:** Agrément

**Chapitre 2 :** Soutien financier de l'Etat (Exploitation, Investissements)

**Chapitre 3:** Commission d'harmonisation et comité de consultation

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.3)

*La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (1)*

*« la 1<sup>ère</sup> raison d'être de l'Hôpital est le bénéficiaire de soins »*

**Chapitre 1<sup>er</sup> :** Champ d'application et définitions

**Chapitre 2 :** Planification hospitalière (carte sanitaire, plan hospitalier)

**Chapitre 3 :** Autorisations d'exploitation

**Chapitre 4 :** Equipements hospitaliers

**Chapitre 5 :** Détermination de normes

**Chapitre 6 :** Interventions financières de l'Etat

**Chapitre 7 :** Fonds spécial des investissements

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.3)

## *La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (2)*

**Chapitre 8** : Les organes (CPH, commissaire aux hôpitaux)

**Chapitre 9** : Organisation et fonctionnement

**Chapitre 10** : Droits et devoirs des patients

**Chapitre 11** : Voies de recours

**Chapitre 12** : Dispositions pénales

**Chapitre 13** : Dispositions diverses

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.3)

## La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (Nouveautés)

### Chapitre 9 : Organisation et fonctionnement

- L'organisme gestionnaire
- La direction
- Les services
- Les prestataires agréés
- Le dossier du patient
- Le conseil médical
- Le comité mixte
- Le dossier du patient hospitalier

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.3)

## La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (Nouveautés)

### Chapitre 10 : Les droits et devoirs des patients

- des soins conformes aux acquis de la science et dont la continuité est à assurer à tout moment
- La protection de la vie privée, respect des opinions
- Informations en vue du consentement éclairé
- équité d'accès et de qualité des soins
- règlement d'ordre intérieur, droit de visites, information préalable sur les frais (optionnels) à charge
- soins palliatifs et assistance
- identification des prestataires
- droit de plainte et gestion des plaintes

# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (15.3)

## La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (5)

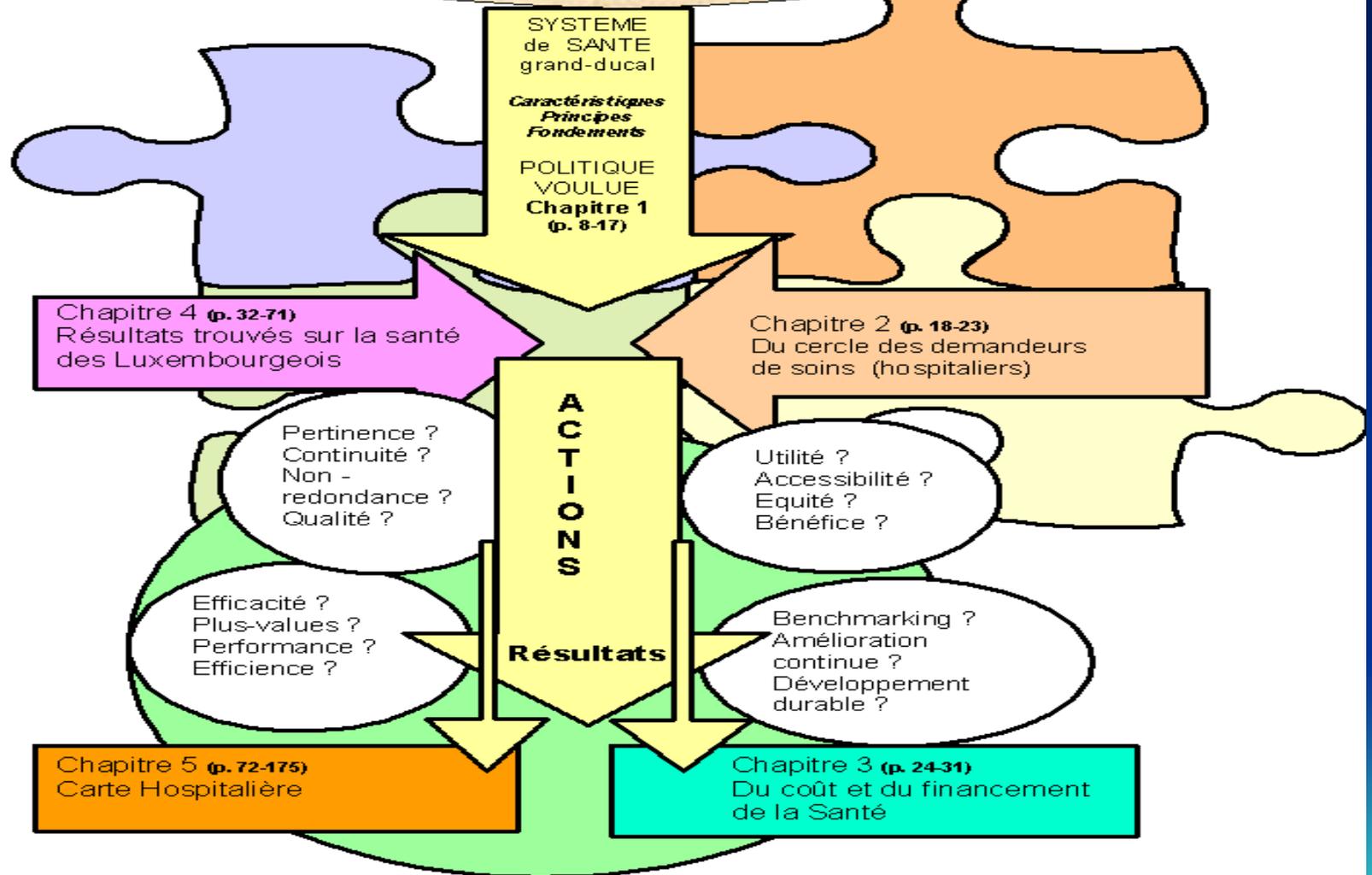
### *La carte sanitaire\**

*Un ensemble de documents et de prospective portant sur*

- *l'inventaire des EH, leurs ressources et équipements*
- *le séjour hospitalier des patients, leurs diagnostics, interventions, durées de séjour, âges, destinations à la sortie*
- *Le taux d'utilisation des équipements et les raisons de recours pour hospitalisations à l'étranger*

*aux fins d'établir le plan hospitalier*

**Carte sanitaire  
4<sup>ème</sup> édition 1998-2005  
Itinéraire**



# G-D. Luxembourg : de l'histoire des hôpitaux (17.6)

## La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (6)

### *Le plan hospitalier \*\**

*Un plan national répondant aux besoins sanitaires du pays, constatés par la carte sanitaire, ainsi qu'aux contraintes d'un fonctionnement efficient des établissements hospitaliers.*

*Il classe les hôpitaux sur base de critères se rapportant:*

- *aux besoins sanitaires*
- *à la continuité des soins*
- *aux disciplines médicales*
- *à l'activité médicale*

# Contenu du plan hospitalier du 23 mars 2009

Chapitre 1	Champ d'application objet et définitions
Chapitre 2	Des régions hospitalières, des catégories de classement et des critères de classement des établissements hosp.
Chapitre 3	Des besoins sanitaires du pays en services hospitaliers en lits et en équipements
Chapitre 4	Missions et composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et modalités de coordination nationale de ces structures
Chapitre 5	Dispositions abrogatoires et finales
Tableaux	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Classification des établissements</li><li>2) Dotations en lits</li><li>3) Services hospitaliers</li><li>4) Equipements et appareils soumis à planification</li></ol>

du Système de Santé du Grand-duché de Luxembourg:

# **Le secteur hospitalier en 2010**

## **Chapitre 2:**

**Regards critiques  
sur l'évolution de la dernière décennie**

**Constats – Réflexions -  
Propositions**

# Secteur hospitalier: Observations (carte sanitaire)

- **Constats (1)**

- Changement du paysage hospitalier

- Séparation du secteur aigu (EH) et du long séjour (AD) (1998)
- Réduction du nombre des hôpitaux et des lits aigus (5 %; PH 2001)
- Programme de modernisations ou de reconstructions des infrastructures,
- Fusions et développement du secteur spécialisé (INCCI, Baclesse, Rééducation (CNRF, rééd. gériatrique) et réadaptation (Psychiatrie)
- Politique d'adaptation continue au progrès médical (équipements),

**! un secteur moderne et généreusement doté**

# Secteur hospitalier: Observations (carte sanitaire)

## • **Constats (2)**

- **augmentation continue, supérieure à l'accroissement de la population desservie,**
  - des activités (admissions et passages médico-techniques)
  - du nombre de médecins agréés (976 en 2001 -> 1181 en 2006)
- **sans preuves vérifiables**
  - **de nécessité, de justification et d'efficacité accrue**
  - **ni d'effets mesurables** sur
    - les résultats et la qualité des prises en charge
    - la pertinence pour « l'utile et le nécessaire »

**? redondances ? gaspillages, ?? abus**

## Secteur hospitalier: Observations (carte sanitaire)

- **Constats (3)**

- **explosion des coûts** frais fixes (= ess. personnel) + frais variables
  - (310 m. € en 2000 -> 576 en 2006)
- **absence de transparence**
  - données et flux des informations insuffisants
    - absence de dossier standard informatisé et interopérable
    - peu d'intégration (? voulue) des médecins
  - démarche qualité très progressive (incitants, EFQM)
    - absence de données suffisantes et valides
  - pas de (possibilités) de mesures, ni de benchmarking,
  - pas de (possibilités) d'accountability

? Résultats, ? Performances, ?? Efficience

# Secteur hospitalier: Observations (carte sanitaire)

- **Résumé des constats**

**L'indispensable modernisation du secteur hospitalier depuis le début des années 90:**

- **a créé un outil moderne et performant**

- **mais**

- **dont les objectifs et le rôle dans le système de santé ne sont pas suffisamment explicites,**
- **qui engendre une dynamique propre** (multiplication des prestations) **avec des conséquences indésirables à risque d'hypothèque du développement durable du modèle sanitaire et social en place** (explosion des coûts et incapacité de maîtrise de l'évolution)

- **dont les retombées, en termes de résultats et de justification, ne sont pas mesurables**

- **caractérisé par**

- **un manque de transparence, faute de données adéquates**
- **une inadéquation des mécanismes régulateurs et de gouvernance et une pilotabilité insuffisante**

## Secteur hospitalier: **Analyse critique**

- **? CERCLE VICIEUX ?**



**? Résultats, ? Qualité, ?Satisfaction, ? Devenir des patients ?Efficience**

**? Réponses à l'utile et au nécessaire**

**? en cohérence avec « dépenser mieux, soigner mieux »**

## Secteur hospitalier: **Analyse critique**

- **Les activités et leur évolution sont hors contrôle**
  - les OG/directions recrutent les médecins (conditions attrayantes de revenus et de conditions de travail), mais n'ont aucune responsabilité financière dans le système
  - les médecins (libre établissement et conventionnement d'office) prescrivent (créent) l'activité (liberté « thérapeutique » totale)
  - l'activité crée les coûts = frais fixes (personnel via PRN, autonomie tarifaire personnel et médecins) + frais variables (consommables liés à l'activité)
  - les coûts sont financés (tiers payant vs faculté de prise en otage des patients)
  - l'activité est considérée comme reflétant les besoins,
  - les besoins influencent l'offre
  - l'accroissement des besoins déclenche la planification (PH, CPH, CTI),
  - la planification accorde des moyens supplémentaires
- **la maîtrise des coûts relève de l'exploit,**  
***Indépendamment de son efficacité, de sa qualité et de son efficacité, non mesurables, le système est devenu inflationniste***

# ?Postulat à revoir activités=besoins=demande justifiée

La demande est évolutive et influencée par:



**Constat :**  
Les causes de la demande sont connues, mais actuellement hors emprise des dispositifs en place

- le patient, leur nombre, le système et ses valeurs (Solidarité, équité, générosité)
- l'offre et le système de financement
- les prescripteurs, leur nombre et leurs comportements de prescription  
règles d'exercice de la profession; justifications d'efficacité et d'économicité
- les établissements (OG, directions)  
EX. responsabilité coûts/résultats/satisfaction/performance
- le progrès médical et ses vendeurs  
industrie de l'équipement et pharmaceutique
- les facteurs externes: e. a. médias....

= **La demande est hors contrôle, sa justification n'est pas prouvable**

# Postulat à revoir: l'offre règle la demande

L'offre est mal réglée par le PH et le système de financement



**Constat :**  
La demande n'est pas réglée par les mécanismes en place, leur incohérence ne permet pas non plus de contrôler l'offre des activités

- **Le plan hospitalier ( PH) fixe les infrastructures et les gros équipements hospitaliers, mais non**
    - l'activité et son volume = **prestataires** = agréments
    - la pertinence de l'activité = **prestataires** ( liberté totale)
  - **Le système de financement décide des**
    - budgets hospitaliers sur base de l'activité
    - rémunérations des prestataires sur base du financement à l'acte
  - **Les régulations respectives ne sont pas coordonnées, ont chacune leur propre logique et ... se torpillent mutuellement (ex. services hospitaliers)**
- = **les instruments de régulation sont insuffisants pour**
- **piloter le système et**
  - **influencer l'évolution d'une demande et de coûts dont la justification n'est pas établie**

# Secteur hospitalier: Analyse critique

- Agencement incongru des niveaux de pouvoirs ?

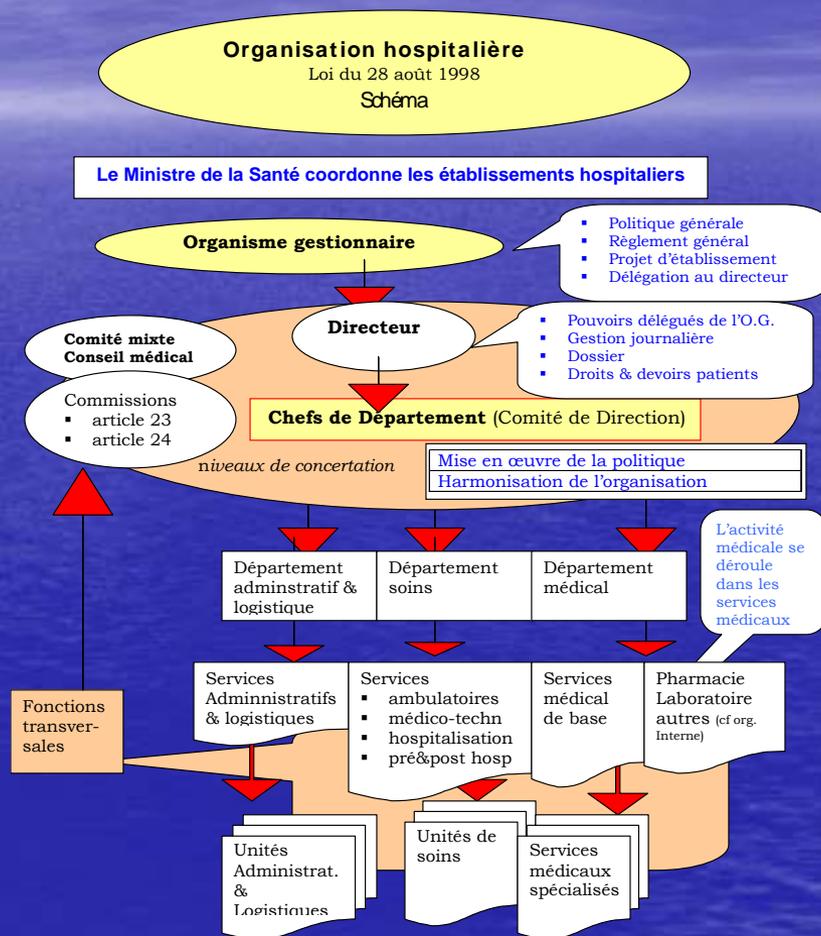
- Ministre
- Organisme gestionnaire de l'hôpital
- Directeur d'hôpital
- Médecins agréés

➤ Chacun se retranche derrière l'autre

➤ Déresponsabilisation « systémique »

⇒ Constat:

Inactions avec cascade de conséquences indésirables



# Secteur hospitalier: Analyse critique

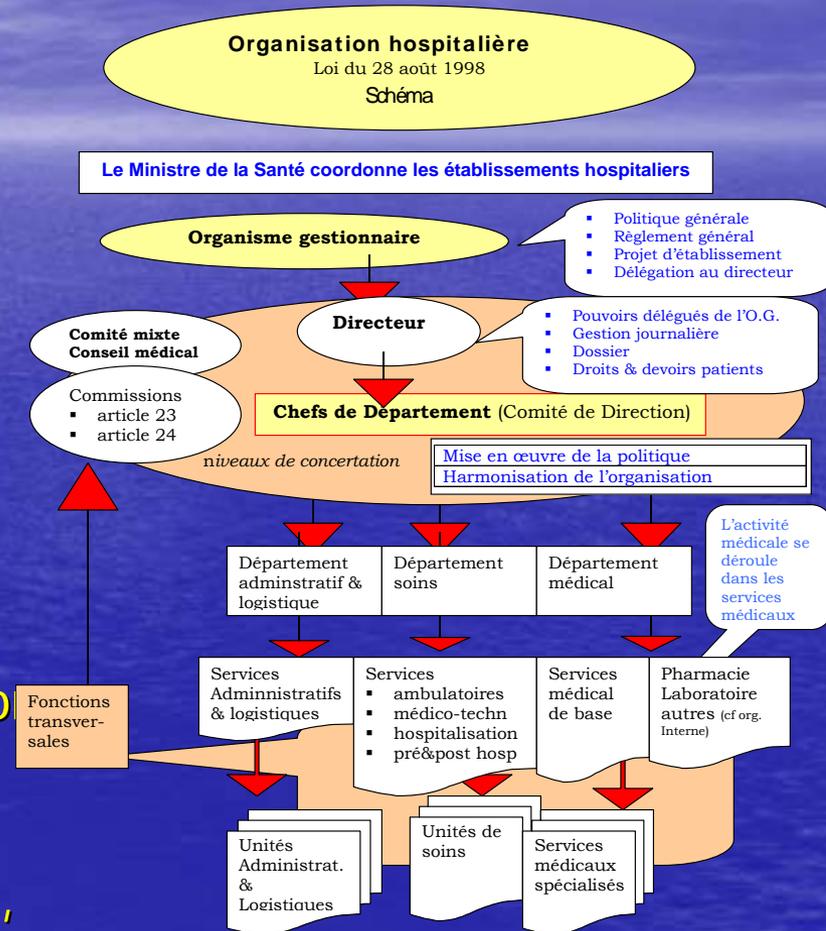
## = Absence /Inadéquation

- de concept d'ensemble,
- et d'objectifs explicites et déclinés à chaque niveau
- de données adéquates
- de flux des informations
- de tableaux de bord

## = Impossibilité

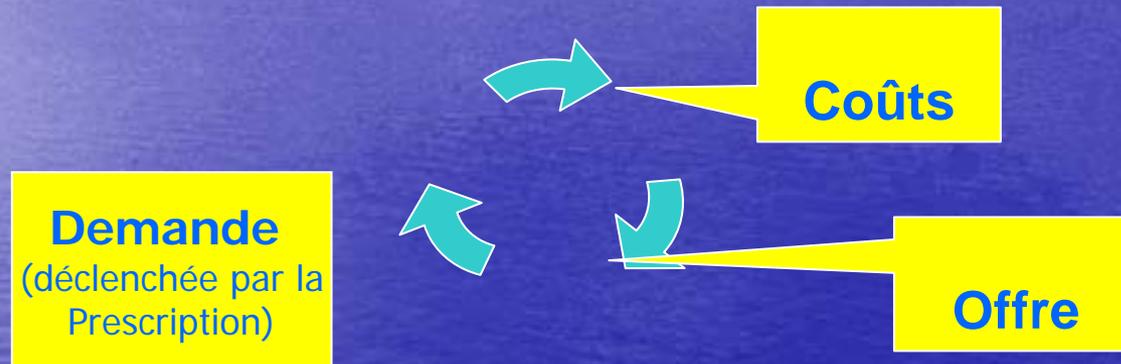
- de pilotage, hormis à vue
- de justification de la production et des résultats,
- d'accountability,
- d'amélioration continue ciblée,

=> **Situation d'impasse**



# Constat: La crise s'invite à table

et interpelle sur la situation, les perspectives, le système.....



Sous les prémices et rapports de force actuels  
le postulat de base: « activité = besoin = demande justifiée »  
est erroné ou pour le moins pas démontrable  
L'hôpital est devenu l'enjeu d'intérêts de multiples intervenants,  
mais le (devenir du patient) est-il (encore) le 1<sup>er</sup> centre d'intérêt ?

## sortir du « CERCLE VICIEUX »

pour sortir du cercle vicieux  
les instruments actuels de régulation  
sont strictement insuffisants

Il faudra les reconsidérer et se donner les moyens  
pour agir de façon concomitante et cohérente  
à plusieurs niveaux pour trouver une issue  
à une évolution qui interpelle.

Une réflexion systémique s'impose

## Equation(s) à résoudre:

### **Nécessité de consensus sur des ambitions et des objectifs à priori peu compatibles**

**Ambitions:** Equité, Efficacité, Qualité, Satisfaction, absence de listes d'attente, Efficience, performance, « cost-containment », transparence, humanisme ....

**Objectifs, principes, us et coutumes:** Solidarité, générosité, libres choix (du prestataire, d'établissement, de recrutement, thérapeutique), conventionnement obligatoire, exercice libéral, autonomie tarifaire, maintien des acquis et des conditions de travail....

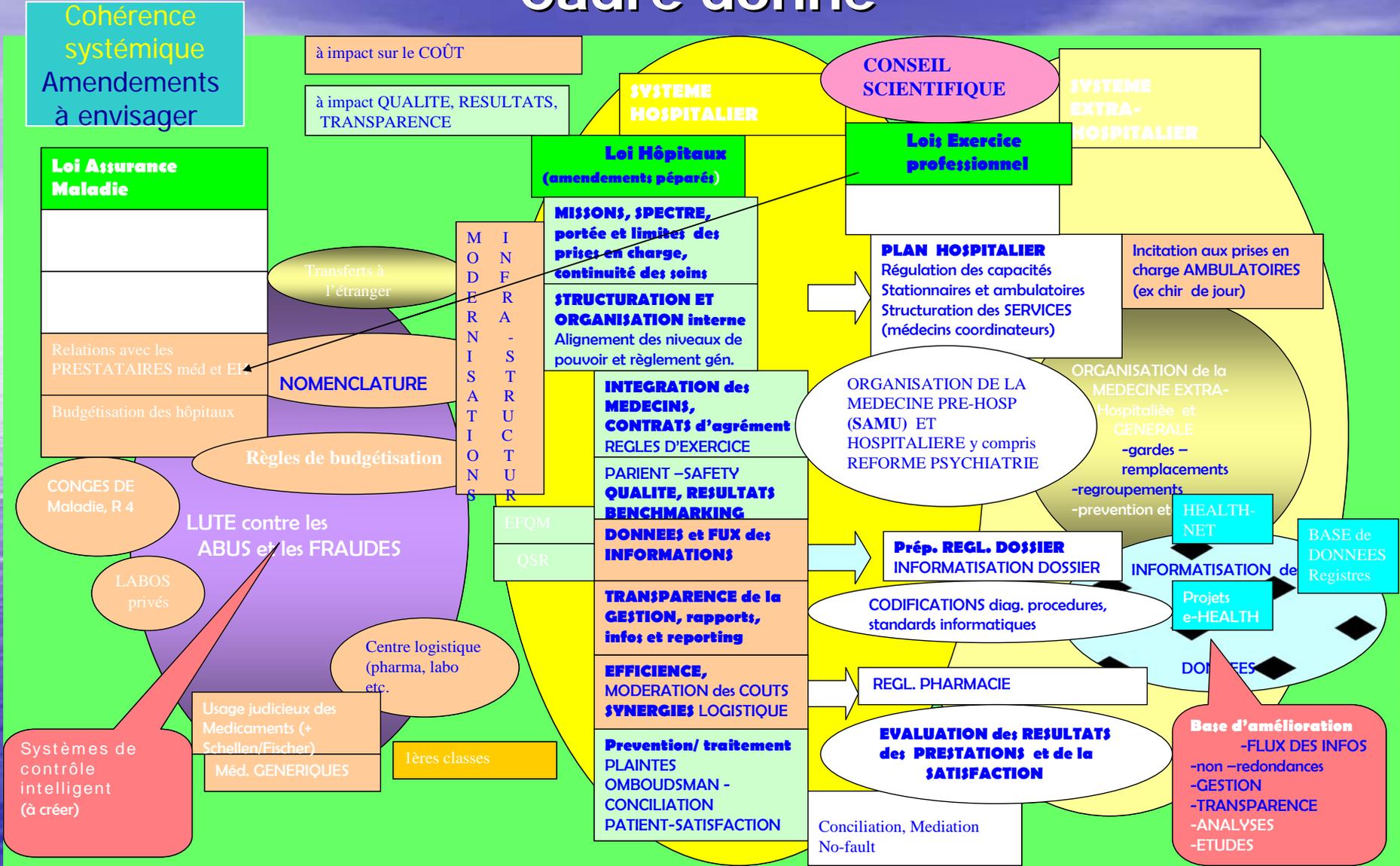
**Contexte conjoncturel:** Déficit de financement, crise financière, dérives constatées....

# Comment sortir de l'impasse ? (1)

## Questions préalables:

- ? Quelle insertion de l'hôpital dans le système de santé,
- ? Objectifs et missions spécifiques, résultats et valeur ajoutée attendus de la part de l'hôpital,
- ? Gouvernance, mécanismes régulateurs, pilotage et instruments,
- ? Que voulons nous nous offrir/pouvons nous payer
- ? Ecueils à éviter, collaborations, accountability ..etc

# Cadre donné



## Comment sortir de l'impasse ? (2)

### **re-penser le rôle et les objectifs de l'hôpital**

« pilier (mitoyen) du système de santé »

« orienté sur le (devenir du) patient »

« entreprise performante de services de santé »

« pertinence, efficacité, transparence,  
résultats et accountability »

« pilotage orienté sur l'efficacité et le  
développement durable »

**=> Motifs de législations et planification hospitalière ?**

## Sortir de l'impasse: ? Consensus

### «La raison d'être de l'hôpital est le patient»

- 1) Le patient est au centre des efforts et des préoccupations de l'ensemble des acteurs,
- 2) Les résultats et la valeur ajoutée des efforts pour le devenir du patient sont mesurables et évalués,
- 3) Il y a une interrogation permanente sur l'acuité des pratiques, un engagement sur le sens et l'efficacité des actions, la coordination des démarches et un souci d'amélioration continue et de pérennité du développement,
- 4) Le système, entièrement financé par la solidarité publique, responsabilise les acteurs pour rendre compte et rechercher les réponses les plus adéquates aux objectifs qui peuvent évoluer

# Sortir de l'impasse: ? **Consensus**

- **« first no harm »:**
  - Actions et (filiales de) prises en charge (utiles et nécessaires), efficaces, pertinentes, coordonnées
  - Patient-safety (gestion des événements indésirables, risk-management, learn by experience, no fault)
- **« Efficacy – Benefice », valeur ajoutée**
  - Résultats, Qualité, satisfaction justifiés par mesure et évaluations comparatives + démarches d'amélioration
- **« Justice-Fairness »:** Droits et devoirs des uns et des autres, collaborations et démarches coordonnées vers des objectifs explicites et partagés, avec partage des tâches et responsabilités claires etc...,  
  
=> **Formulations explicites dans la législation de santé et hospitalière ?**

# Sortir de l'impasse: ? **Consensus**

## **Gouvernance et Pilotage: Clarification des missions, des rôles, des responsabilités et de l'organisation: des tutelles**

- **Santé** : politique de santé, « stewardship » et contrôles
- **Sécurité Sociale/UCM**: politique de financement

## **des organismes gestionnaires** (rôles, responsabilités, « accountability »)

- ❖ **des directions** (portée et limite des responsabilités à chaque échelon, collaborations pour le bien-être des patients)
- ❖ **des prestataires** (agrément, règles de bonne pratique, intégration et participation aux objectifs de l'entreprise de service)

=> **déductible des législations et de l'organisation afférentes ?**

# Sortir de l'impasse: ? **Consensus**

- 1) disposer de données pour mesurer les résultats, la qualité, les effets pour le (devenir du) patient, la validité des concepts, démarches et pratiques,**
- 2) établir des tableaux de bord à partir de la base de données « dossier patient » standard, informatisé et interopérable**
- 3) mettre en place un flux cohérent et le partage adéquat des informations pertinentes**
- 4) informer et responsabiliser chaque acteur pour ses contributions, les effets de ses exploits..**

# Sortir de l'impasse: ? **Consensus**

- revisiter quasi-dogmes et postulats lorsqu'ils se révèlent manquer de robustesse,
  - revoir la cohérence systémique, les mécanismes régulateurs et les instruments de pilotage
    - de la demande,
    - de l'offre
    - de coordination d'approche et de maintien de la cohérence systémique
  - et partant, le **systeme et les modalités du financement**, in fine, probablement le régulateur les plus puissant
- ⇒ **concept du financement p.r aux objectifs hiérarchisés ?**

**du rôle régulateur du système et des modalités du financement,**

**Un système de financement  
qui focalise à priori et exclusivement  
sur la quantité  
pour garantir les revenus et les budgets,  
incite forcément à  
une « logique de production »  
et  
fait repartir dans les travers de la logique  
inflationniste de laquelle il y a lieu de sortir**

# Comment sortir de l'impasse ? (10)

## Exigences à l'égard d'un (système de) financement intelligent

- cohérence avec les objectifs, les missions, la politique de santé et de ses structures, les préceptes de déontologie et les droits des patients,
- fondé sur des données justifiant les prestations et établissant la corrélation avec les résultats, permettant de rendre compte:
  - de l'efficacité et de l'économicité des démarches, des bonnes pratiques et du souci d'efficience,
  - de la qualité des prises en charge et la satisfaction des usagers,
- détection précoce et prévention des redondances, des gaspillages et des abus et moyens de lutte contre les fraudes et le « charlatanisme »..
- récompense des collaborations et de (la recherche de) l'amélioration continue.. etc..

# Regards critiques en 2010 (Résumé)

La modernisation du secteur hospitalier a permis le développement de son potentiel et mis à jour des déficiences conceptuelles du système « assurance maladie – secteur de la santé » .

La crise en aggrave les symptômes, rompt le fragile équilibre financier et hypothèque les acquis.

Une riposte urgente s'impose

**En cas d'abstention ou faute d'interventions adéquates, efficaces et à effets pérennes, le pronostic de développement durable se dégradera à vue d'œil ..**

# Regards critiques en 2010 (Résumé)

**Le diagnostic des maux est connu et bien établi,**

**la thérapie relève d'actions coordonnées et diligentes, à plusieurs niveaux et à court, moyen et long terme,**

**de nombreux remèdes ont été proposés,**

**pour avoir l'impact et la pérennité voulues ils devront s'inscrire dans une approche coordonnée et une vision systémique cohérente avec les objectifs et les valeurs de la raison d'être de l'hôpital**

## Conclusion (provisoire):

**L'hôpital de demain sera forcément autre, sa mutation se poursuit, notamment sous l'effet**

- des contraintes économiques**
- des avancées de la science**
- des valeurs sociétales (politique, éthique)**

**L'expérience récente et la « crise » pressent à une réflexion et une réforme en profondeur, que la « léthargie du confort » permettait de reporter, tant que les finances étaient prospères**

# de l'avenir >2010 du secteur hospitalier

...Réflexions et propositions complémentaires...

...Suggestions et priorités...

...Discussion

**Merci**