

## Le groupement renforcé entre le Centre hospitalier universitaire de Liège et la Clinique André Renard : opportunité pour une meilleure gestion des deux partenaires

Par le Dr Pierre Gillet\* et Olgierd Kutyl\*\*

Parmi les nombreuses mutations que vit le monde hospitalier aujourd'hui, nous n'en retiendrons essentiellement qu'une seule dans la présente contribution : l'introduction du management hospitalier. Par là, nous entendons essentiellement une technique de gestion associée à une méthode au service d'un projet social, comme cela se précisera par la suite. Cela va leur imposer de renforcer la rigueur de leur gestion et de créer de nouvelles fonctions : coordinateur qualité, direction des ressources humaines, gestionnaire des données cliniques... Nous nous demanderons quel impact peut avoir son objectif d'efficacité sur les valeurs de solidarité et d'accessibilité aux soins. Et l'idée centrale que nous soutiendrons est que le management n'est pas qu'une technique de gestion ; c'est aussi une méthode au service d'un projet. Pour prendre la mesure des changements qu'il amène, il faut resituer son apparition dans une perspective historique.

En Belgique, le contexte hospitalier a profondément changé depuis la nouvelle politique hospitalière du ministre Dehaene lancée en 1981. La période des Trente Glorieuses (1945-1975), portée par les gouvernements travaillistes (ou sociaux-démocrates) et les mouvements syndical et mutuelliste, a connu un financement public massif des soins de santé, tant via la sécurité sociale que de la part du ministère de la Santé publique, qui a créé une demande solvable pour les professions de santé ainsi que pour les industries du médicament et des équipements.

Dans ce contexte, le rôle de l'hôpital a fortement évolué. D'un lieu d'hébergement des malades pauvres avant la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital a connu, depuis 1945, un développement technique et médical exponentiel et soigne désormais toutes les classes de la société.

En parallèle, une évolution sans précédent a touché la profession médicale : forte croissance des spécialisations ainsi qu'une nouvelle hiérarchisation centrée sur les évolutions technologiques. L'hospitalo-centrisme est né. Il va conduire à une redéfinition du rôle de la médecine de première ligne, celle du médecin généraliste. Désormais, ce sont les hôpitaux et les spécialités médicales qui accaparent une part croissante des dépenses de soins de santé. Les patients se rendent de plus en plus souvent directement chez le médecin spécialiste, sans passer par leur médecin généraliste.

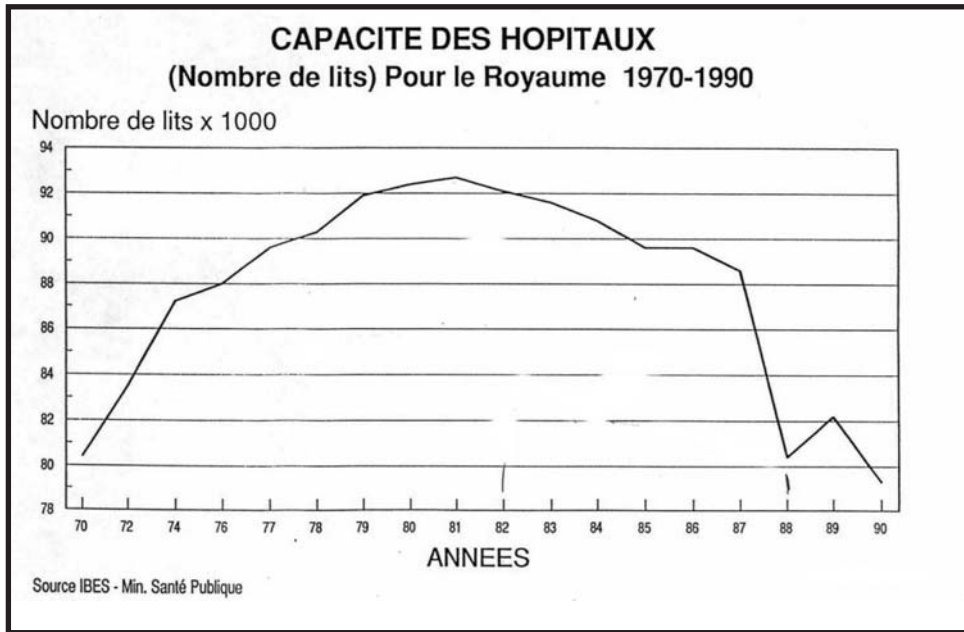
Enfin, le système de santé, et plus particulièrement la nomenclature<sup>1</sup> des actes médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, vont être gérés par la concertation réunissant les fonctionnaires de l'INAMI, les mutuellistes et les syndicats médicaux. La commission dite « médico-mut » est connue du grand public. Au sommet de la pyramide, elle a rassemblé le Dr Jérôme Dujardin (fonctionnaire de l'INAMI), Jean Hallet (Mutualités Chrétiennes) et André Wynen (Absym, syndicat médical), durant plus de trente ans. Ce modèle belge de concertation contraste avec la prépondérance des hauts fonctionnaires en France et celle des financiers des compagnies d'assurances aux États-Unis.

\* Le Dr Pierre Gillet est médecin chef du CHU de Liège et professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Liège

\*\* Olgierd Kutyl est professeur émérite à l'Institut de Sciences Humaines et Sociales (sociologie) de l'Université de Liège.

<sup>1</sup> Pour que le remboursement entre en considération, les prestations médicales doivent être reconnues. Toutes les prestations reconnues sont reprises dans une liste : la nomenclature.

Le tournant de 1981 a visé un double objectif : contenir l'explosion des coûts et maintenir une médecine accessible de qualité. La première mesure concrète a été d'imposer un moratoire sur le nombre de lits hospitaliers, appliqué dès 1982 (voir graphique ci-dessous).



C'est après ce changement de paradigme de la politique hospitalière des pouvoirs publics que la Clinique André Renard et le Centre hospitalier universitaire de Liège ont signé un premier accord de groupement en 1994. Pour le petit hôpital de proximité, c'est un moyen d'offrir à sa patientèle l'accès à des spécialités médicales non disponibles en son sein et de pouvoir leur permettre un accès facilité aux plateaux médico-techniques pointus du CHU. Il peut aussi bénéficier du savoir-faire des équipes hospitalières du monde universitaire dans la gestion de certains services. Quant au CHU, il dispose par ce type d'accords d'un nouveau lieu privilégié pour la formation de ses assistants et d'un hôpital qui lui offre des débouchés en référant les patients qui ne peuvent pas être pris en charge à la Clinique.



La Wallonie, 23 avril 1993.  
Coll. IHOES (Seraing),  
Fonds Réseau Solidaris.

Une autre mesure gouvernementale qui a suivi est l'introduction d'un « budget normatif »<sup>2</sup> au travers d'un « prix de journée » fixé pour chaque hôpital. Jusqu'alors, chaque hôpital pouvait introduire presque tous les frais réels auxquels il était exposé par un financement *a posteriori*. Il a fallu plus de dix ans pour faire converger à 100 % tous les « coûts historiques »<sup>3</sup> vers des forfaits par unité d'œuvre (m<sup>2</sup> nettoyage, journée repas...) ou par lit (0,4 infirmière par lit...). Enfin, la troisième mesure des années 1980 a obligé les hôpitaux à fermer des lits inoccupés pendant plus de trois ans [si le taux d'occupation était inférieur à 80 % pour les lits de chirurgie (C) ou de médecine (D), par exemple].

Comme nous l'avons dit, ces années ont aussi été celles de la suppression de lits, mais aussi de la réduction du nombre d'hôpitaux. Est alors né le nouvel hôpital de 150 lits minimum et la création des MRS (maisons de repos et de soins). Une autre idée clé a alors progressivement fait son chemin : celle d'un financement par enveloppe. Chaque hôpital a reçu un montant forfaitaire en fonction de son profil d'activités, à charge pour lui de couvrir ses coûts à l'intérieur de cette enveloppe.

<sup>2</sup> Par journée, par lit et par catégorie, chaque hôpital reçoit un remboursement identique pour chaque type de frais (repas, infirmiers, chauffage...).

<sup>3</sup> Chaque année, l'hôpital rentrait les factures auxquelles il était exposé et l'État remboursait au prorata. Ce système n'incitait pas les hôpitaux à être économes.

Le second tournant managérial, dans les années 1990, s'est certainement inscrit dans la foulée du premier : l'idée d'enveloppe appelle celle d'une gestion davantage rationalisée, efficiente (faire le meilleur usage possible des moyens disponibles). Mais il participe aussi d'une nouvelle culture de la société, de nouvelles attentes de la population. Nous vivons dans une société qui veut objectiver les performances de l'hôpital, diagnostiques et thérapeutiques : c'est l'évaluation. Elle veut aussi expliquer ses coûts, justifier ses orientations : c'est la volonté de rendre compte, c'est l'*accountability*. Par exemple, ce n'est plus le nombre de journées facturées (prix de journée), valorisé *a posteriori*, mais le nombre d'admissions (selon la pathologie) pris en charge qui fixe le niveau de l'enveloppe de lits « justifiés » et financés *a priori*. Ainsi la durée de séjour a diminué de 10 jours à 6,5 jours au cours de ces 20 dernières années.

Et de plus, on rejoint ici une évolution majeure dans les cultures professionnelles. L'arrivée du management dans le secteur hospitalier – de plus en plus présent également dans les domaines judiciaire ou universitaire – suggère que les fonctionnements professionnels sont appelés à changer dans les grandes organisations. Car au XIX<sup>e</sup> et au XX<sup>e</sup> siècles, les médecins ont connu une grande autonomie individuelle, contrôlée par une collégialité de pairs. Aujourd'hui, le nouveau contexte exige d'inventer un nouveau couplage entre autonomie et collégialité. Il doit être possible de redéfinir une nouvelle forme à partir d'une « capacité collective d'action ». En effet, la création intellectuelle n'est pas uniquement l'acte d'un démiurge solitaire, elle a aussi une importante dimension collective. Nous n'avons pas encore exploré toutes les virtualités de la collégialité professionnelle, et cette réflexion vaut autant pour les médecins que pour les infirmiers, kinésithérapeutes et autres acteurs associés à l'activité de soins.

Dans ce contexte de « management hospitalier », certains pourraient se poser la question : « quel avenir pour un hôpital de 160 lits, telle la Clinique André Renard de Herstal, proche du CHU ? »

La logique de rentabilité financière pourrait conduire certains à défendre une fusion avec le CHU, à une fermeture du site, à un transfert de lits. Pourtant, après avoir connu une période où les grands ensembles hospitaliers étaient privilégiés partout en Europe, on redécouvre l'utilité des hôpitaux de proximité, avec un ancrage local et des liens de confiance entre les prestataires du secteur ambulatoire et la patientèle de sa zone de recrutement. Ce maillage local du secteur des soins complète les soins pointus des grands hôpitaux possédant les techniques médicales poussées.



Hôpital du CHU, [s.d.].  
Coll. IHOES (Seraing), Fonds La Wallonie-Le Matin.

Dès lors, il nous apparaît que le défi majeur de l'hôpital de proximité consiste à maintenir une équipe médicale et infirmière de qualité prête à répondre aux premières prises en charge diagnostiques spécialisées tout en pouvant orienter les patients vers des soins tertiaires<sup>4</sup> en temps opportun. La première stratégie favorise une logique professionnelle de coopération et de collaboration au travers de véritables « itinéraires cliniques » : soit en transférant « des hommes et des techniques » d'un service spécialisé tertiaire du CHU de Liège vers la Clinique André Renard pour assurer ce premier contact spécialisé (soins intensifs, oncologie) ou certaines thérapeutiques lourdes répétitives (dialyse), soit en transférant le patient de Herstal vers le Centre hospitalier universitaire selon un protocole préétabli dans un accord de coopération (cardiologie, cancer du sein...). La deuxième stratégie permet, vu la taille de l'établissement, de réaliser des économies d'échelle dans de nombreux domaines logistiques (marché conjoint de fournitures ou services communs : par exemple en stérilisation).

Enfin, le lien avec le CHU et l'Université s'avère stratégique pour assurer la formation tant médicale qu'infirmière, en particulier dans le cadre des nouvelles qualifications de nursing (oncologie, gériatrie...). Il en va de même pour les gestionnaires : par exemple, avec l'introduction des processus industriels *lean* appliqués aux hôpitaux ou l'automatisation de la pharmacie ; ils optimisent leurs modes de gestion.

En conclusion, ces différentes perspectives stratégiques suggèrent que le management ne peut être réduit à sa seule dimension technique et opérationnelle : il n'est pas nécessairement soumis à la seule logique financière de rentabilité. Au contraire, il peut être aussi traversé par une deuxième dimension, plus « sociétale », réel enjeu démocratique qu'il faut soutenir. Le management hospitalier associe donc deux éléments : il est certainement une technique de gestion, mais il est aussi une méthode au service d'un projet social. Et ce projet doit être défini collectivement et démocratiquement. La dynamique collective d'un département, médical ou infirmier, trouve ici sa profonde signification.

Octobre 2011.



<sup>4</sup> Les soins primaires étant la médecine générale, les soins secondaires, les hôpitaux aigus de proximité, et les soins tertiaires, des prises en charge hyperspécialisées associant la recherche.