



**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC56/5  
Août 2009

**Cinquante-sixième session**

Original: anglais

**Point 6.c) de l'ordre du jour**

## **Document technique**

# **Améliorer la performance des hôpitaux dans la Région de la Méditerranée orientale**

Dans le monde comme dans la Région, les hôpitaux absorbent entre 50 et 70 % du total des dépenses de santé des pays, emploient une large main d'œuvre et font une utilisation intensive des technologies biomédicales de pointe. L'amélioration de la performance des hôpitaux prévue dans le cadre de l'amélioration de la performance du système de santé en général a été portée au rang des priorités dans le programme de réforme des pays de la Région. Le présent document cherche à faire comprendre les lacunes constatées dans la performance des hôpitaux de la Région et le rôle crucial de la gouvernance clinique, de la direction et de la gestion pour améliorer la situation dans ce domaine.

Le Comité régional est invité à examiner le projet de résolution présenté en annexe.

## Table des matières

Résumé d'orientation .....	i
1. Introduction .....	1
2. Dans le monde.....	2
3. Dans la Région .....	5
4. L'action de l'OMS.....	9
5. Conclusions et perspectives .....	11
6. Recommandations à l'intention des États Membres .....	11

## Résumé d'orientation

Dans le monde entier, les hôpitaux sont des éléments importants et coûteux des systèmes de santé. Et dans le monde comme dans la Région, ils absorbent entre 50 et 70 % du total des dépenses de santé des pays, emploient une large main d'œuvre et font une utilisation intensive des technologies biomédicales de pointe. L'OMS et la Fédération internationale des Hôpitaux ont entrepris une étude approfondie de la performance hospitalière en 2001–2002. Cette étude a permis d'identifier les principales difficultés qui font obstacle au bon fonctionnement des hôpitaux, comme le cloisonnement entre les hôpitaux et les systèmes de santé nationaux, le manque chronique de financement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, concomitant au manque de financement du système de santé en général, la prédominance de l'orientation curative des hôpitaux et le peu d'investissement dans les services de prévention et de promotion de la santé auprès des communautés desservies. L'absence de toute pratique de calcul et d'analyse des coûts a été constatée dans de nombreux hôpitaux publics dans la plupart des pays, les directeurs hospitaliers n'ayant pas les compétences ni les qualités requises dans ce domaine.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, la mauvaise gestion des hôpitaux a été identifiée comme l'une des causes de leur faible performance, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur. La gestion peu rationnelle des ressources humaines est un problème très répandu, associé à l'absence de tout système d'incitation et de récompense et de tout système d'évaluation approfondie. L'amélioration de la performance des hôpitaux prévue dans le cadre de l'amélioration de la performance du système de santé en général a été portée au rang des priorités dans le programme de réformes des pays de la Région. De nombreux pays ont élaboré des programmes pour renforcer les compétences des dirigeants hospitaliers et mettre en place des procédures modernes de gestion hospitalière qui visent notamment à rendre les hôpitaux plus autonomes et à permettre ainsi une plus grande souplesse de gestion, à améliorer les systèmes d'informations et à renforcer leur efficacité.

Le concept de gouvernance clinique a été introduit dans certains hôpitaux de pays développés pour combler le fossé existant entre culture clinique et culture de gestion, pour regrouper les tâches souvent dissociées de gestion et d'assurance de la qualité et obtenir notamment une plus grande implication des hôpitaux dans la santé publique. Ce concept repose sur le principe que les responsables chargés de développer la qualité des soins doivent aussi avoir un droit de regard sur l'utilisation des ressources. À ce jour, cette notion de gouvernance clinique n'a été introduite dans aucun des hôpitaux de la Région. Pourtant, à un moment ou à un autre, tous les pays de la Région se sont trouvés engagés dans certains aspects de la gouvernance clinique, et cela facilitera l'introduction de ce concept.

En s'appuyant sur les besoins des pays qu'elle a perçus dans le domaine hospitalier, l'OMS a publié un certain nombre de documents sur ce thème et des articles d'orientation sur les hôpitaux. Elle a élaboré aussi plusieurs outils qui peuvent être utilisés pour améliorer la performance des hôpitaux grâce au renforcement de leur gestion, à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité, à une plus grande sécurité pour les patients et à des procédures d'accréditation. L'OMS a renforcé également son aide aux pays en constituant des réseaux de soutien, en désignant des centres collaborateurs et en créant des sites Web interactifs.

Le présent document a pour objectif de faire comprendre les lacunes constatées dans la performance des hôpitaux de la Région et le rôle crucial de la gouvernance clinique, la direction et la gestion pour améliorer la situation dans ce domaine. Il est impératif que les États Membres améliorent la performance de leurs hôpitaux s'ils veulent offrir aux patients du XXI<sup>e</sup> siècle des services de qualité et d'un bon rapport coût-efficacité. Et cela est possible grâce à l'analyse et à la maîtrise des coûts associés au financement des hôpitaux, au renforcement des fonctions de

direction et de gestion hospitalières, à l'introduction du concept de gouvernance clinique et à l'utilisation de l'outil d'évaluation de la performance pour améliorer la qualité dans les hôpitaux.

## 1. Introduction

Dans le monde entier, les hôpitaux sont des éléments importants et coûteux des systèmes de santé. Et dans le monde comme dans la Région, ils absorbent entre 50 et 70 % du total des dépenses de santé des pays, emploient une large main d'œuvre et font une utilisation intensive des technologies biomédicales de pointe. Hormis le traitement des patients, les hôpitaux jouent plusieurs rôles importants dans l'enseignement, dans la recherche, dans le soutien des systèmes de santé et dans l'emploi des professionnels de santé [1]. Par "hôpital" on peut désigner un petit établissement rural d'une trentaine de lits supervisé par des médecins généralistes, ou encore des hôpitaux de district de niveau secondaire mais aussi des hôpitaux de niveau tertiaire équipés avec du matériel de pointe, des appareils de haute technologie, offrant des spécialités médicales complexes et réputés comme centres d'enseignement médical. Les règles de fonctionnement s'appliquent à tous mais à des degrés variables [2]. On peut observer le fonctionnement d'un hôpital sous deux angles différents : sous l'angle des objectifs globaux du système de santé, à savoir offrir des services de santé équitables et d'excellente qualité, qui répondent aux attentes du public et appliquent un juste système de paiement direct par les patients, ou sous l'angle d'un sous-système à la fois sensible aux besoins des patients, efficace cliniquement, dont la qualité est avérée et la sécurité, garantie [3].

En tant qu'institutions, les hôpitaux doivent de plus en plus faire face à des difficultés tant externes qu'internes. Sur le plan externe, il s'agit du changement constant des situations épidémiologiques et démographiques, de l'évolution des maladies et du vieillissement des populations. En interne, les hôpitaux doivent relever des défis de taille : une complexité et une spécialisation croissantes, l'introduction de nouvelles techniques médicales et pharmaceutiques, le niveau plus élevé des attentes du public et des politiques et enfin les nouveaux dispositifs de financement. Ces enjeux exigent que l'on place la barre très haut en termes de gestion et de direction [2].

La relation entre l'hôpital et d'autres services de soins est extrêmement différente selon le scénario et il existe un très large éventail de scénarios possibles. À une extrémité de l'éventail et, de façon caractéristique, dans les zones rurales des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'hôpital joue un rôle central dans la délivrance des soins de santé, de quelque nature qu'ils soient, et ce rôle s'accompagne souvent d'une responsabilité administrative lorsqu'il s'agit d'un établissement périphérique. À l'autre extrémité de l'éventail, le Royaume Uni, par exemple, a transféré des budgets pour acheter des soins hospitaliers à des groupes de médecins de soins primaires, leur conférant ainsi un pouvoir potentiel plus fort sur les hôpitaux [1].

À la fin des années 80, il est devenu évident que la piètre performance et la dégradation des résultats sanitaires étaient dues non seulement au manque de financement mais également à une gestion inadaptée des ressources allouées aux soins de santé [3]. Récemment, la gestion inefficace des hôpitaux a été présentée comme l'une des causes de mauvaise performance hospitalière dans la Région de la Méditerranée orientale, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [4]. Tous les pays de la Région ont une longue histoire en ce qui concerne le développement des compétences de gestion hospitalière et l'introduction de procédures, de pratiques et de programmes de qualité les plus récents. Pour réduire les coûts et améliorer la gestion et la responsabilisation, de nombreux pays ont tenté d'adopter le concept d'autonomie de l'hôpital<sup>1</sup> et ont choisi d'externaliser certains services cliniques et non cliniques. Les données recueillies par les systèmes hospitaliers dans la Région sont essentiellement de nature quantitative et sont généralement centrées sur les

---

<sup>1</sup> Autonomie d'un hôpital : degré d'autonomie (droits de décision) que les hôpitaux conservent à l'égard de leur propriétaire, des acheteurs, des pouvoirs publics et des consommateurs. Dans le contexte hospitalier, les droits de décision essentiels portent sur le contrôle exercé sur l'association et le niveau des contributions, sur les résultats et sur le champ d'activités, sur la gestion financière, la gouvernance clinique et non clinique, la direction stratégique (la formulation des objectifs de l'établissement), et enfin sur la stratégie commerciale et les ventes [4].

indicateurs de productivité liés aux services de soins curatifs et de réadaptation. Les données qualitatives comme les informations sur les besoins et les attentes de la population ne sont pas prises en compte alors qu'elles permettraient pourtant aux directeurs de s'employer à améliorer la performance hospitalière.

Ces dix dernières années, de nouvelles stratégies ont été élaborées à l'échelon mondial et mises en œuvre pour améliorer la performance hospitalière. Ces stratégies prévoient l'évaluation de la performance des hôpitaux en s'appuyant sur un ensemble d'indicateurs, pour aider les hôpitaux à mieux répondre aux besoins de la communauté [5]. Le nouveau concept de gouvernance clinique est une innovation de première importance, élaborée au Royaume Uni en 1998. Ce concept a été présenté comme un ensemble d'activités qui réunissent les fonctions souvent séparées de gestion et d'assurance de la qualité. La gouvernance clinique est définie comme un *cadre par lequel les systèmes de santé nationaux sont comptables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et garants du haut niveau de qualité des soins, et doivent donc créer un environnement propice au développement de l'excellence clinique* [6,7].

Malgré la part importante du budget de santé allouée aux hôpitaux et contrairement au nombre croissant des projets de recherche sur les soins de santé primaires, la recherche sur la performance hospitalière est relativement peu fournie. Généralement, l'évaluation des hôpitaux consiste à déterminer le nombre de services curatifs dispensés sans mesurer leur contribution aux soins de santé primaires, aux services de santé publique, à la recherche en santé et à la formation des professionnels de santé. Néanmoins, ces dix dernières années, une plus grande attention a été accordée à la performance hospitalière et de nombreuses organisations concernées par les hôpitaux ont commencé à produire des publications sur ce thème et des articles d'orientation pour mettre au point davantage d'outils capables de contribuer à l'amélioration de la performance hospitalière [2].

En 2000, l'OMS a proposé un cadre d'action portant sur les systèmes de santé qui fut accueilli favorablement par les États Membres. Cette proposition a été révisée en 2007 pour prendre leurs commentaires en compte [8,9]. Les partenaires dans la santé s'intéressent de plus en plus aux systèmes de santé et à la rationalisation des services hospitaliers en tant qu'éléments des systèmes de santé [10]. L'amélioration de la performance hospitalière prévue dans le cadre de l'amélioration de la performance du système de santé en général a été placée au rang des priorités dans le programme de réformes des pays de la Région. De nombreux pays ont élaboré des programmes pour renforcer les capacités de gestion des directeurs hospitaliers, pour introduire des procédures modernes de gestion hospitalière, le concept d'autonomie de l'hôpital notamment, pour assurer une gestion plus souple, améliorer les systèmes d'information et rendre l'hôpital plus efficace.

Le présent document vise à faire comprendre les lacunes constatées dans la performance des hôpitaux de la Région et le rôle crucial de la gouvernance clinique, la direction et la gestion pour améliorer la situation dans ce domaine. Il décrit la situation actuelle et présente des outils factuels validés et des recommandations pour résoudre ces problèmes.

## 2. Dans le monde

Jusqu'à la seconde guerre mondiale, les hôpitaux<sup>2</sup> étaient principalement dirigés comme des institutions caritatives et confessionnelles indépendantes. Après la guerre, ils se sont trouvés au cœur du projet qui prévoyait la mise en place de systèmes de santé modernes dans de nombreux pays et particulièrement dans les pays industrialisés. La croissance des hôpitaux a été étayée par la

---

<sup>2</sup> Etablissement équipé pour assurer l'hébergement de patients nécessitant des soins médicaux ou infirmiers 24 heures sur 24, un diagnostic, un traitement ou la réadaptation de personnes malades ou blessées généralement pour des interventions médicales ou chirurgicales et doté au minimum d'un médecin. L'hôpital peut aussi dispenser des soins ambulatoires et assurer des services de prévention et de promotion de la santé.

mise au point de nouvelles technologies sanitaires et biomédicales, notamment les techniques antiseptiques, les méthodes anesthésiques plus efficaces et les avancées dans les connaissances chirurgicales [2].

Au cours des deux dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, la question de l'efficacité et du fonctionnement des hôpitaux a dominé le débat politique dans nombre de pays. Ce débat était essentiellement centré sur l'amortissement des coûts pour parvenir à réduire la participation de l'État dans le financement des hôpitaux publics [11]. L'objectif était d'obtenir des professionnels de santé qu'ils tiennent davantage compte des coûts et pour ce faire, on a encouragé le calcul des coûts et l'analyse des coûts dans de nombreux hôpitaux publics et privés. Le calcul des coûts, associé aux informations épidémiologiques sur les motifs des sorties d'hôpital, a abouti à l'adoption du concept de regroupement des patients par diagnostic<sup>3</sup> comme dispositif ingénieux de remboursement [2].

Globalement, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant dans un pays a toujours servi d'indicateur de qualité des soins de santé. Cependant, les faits ont montré que la baisse de la morbidité et de la mortalité dépendait davantage des mesures de prévention et de promotion de la santé publique et d'une meilleure gestion hospitalière que du simple nombre de lits. Au cours des dernières décennies, trois grands changements ont fait évoluer les soins hospitaliers : le transfert des patients placés en hébergement psychiatrique de longue durée dans le milieu communautaire, le nombre croissant des prestations de soins infirmiers auprès des personnes âgées en dehors de l'hôpital et la restructuration des soins en cas de maladies aiguës avec davantage de traitements et de réadaptation ambulatoires en dehors de l'hôpital. Ces changements ont abouti à une baisse du nombre de lits d'hôpitaux et à une diminution de la durée moyenne des séjours. Le nombre des admissions a augmenté, ce qui reflète une prise en charge plus efficace des patients, et les nouvelles technologies et les incitations financières expliquent la réduction de la durée des hospitalisations. Le nombre de lits consacrés à des soins aigus dans les pays de l'Union européenne a effectivement chuté puisqu'il est passé de 41 lits pour 10 000 habitants en 1990 à 34 lits en 1999 [12].

L'un des facteurs les plus puissants qui incitent au changement dans les hôpitaux est le phénomène croissant de spécialisation médicale. Il est demandé de plus en plus souvent au personnel soignant d'acquérir de nouvelles compétences pour accomplir leurs tâches. Ils doivent aussi se tenir au courant des progrès de l'informatique. À l'avenir, les progrès technologiques exigeront une main d'œuvre toujours plus spécialisée. On constate également une tendance à faire des soins infirmiers une profession de santé indépendante et certains pays européens ont mis en place différents types de praticiens infirmiers. Dans l'ensemble, les équipes pluridisciplinaires prennent de plus en plus d'importance, ce qui rendra nécessaire de nouvelles compétences, de nouvelles attitudes favorables à la collaboration et de nouveaux dispositifs permettant d'assurer la continuité des soins [3].

Au cours des années 80, l'organisation et la gestion de l'hôpital ont fait l'objet de profonds remaniements. Les modèles de gestion ont été empruntés au secteur privé. Le but était de rendre les directeurs plus responsables de leur gestion, de lisser la structure jusqu'alors hiérarchique de la direction, d'instaurer une concurrence pour obtenir une meilleure efficacité, de relier les contributions aux résultats et de définir des indicateurs d'efficacité auxquels se référer pour évaluer la productivité du personnel et son respect des règles. Les systèmes d'information sur la gestion ont été renforcés grâce à l'informatique et à la classification internationale des maladies (CIM) [2].

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'autonomie des hôpitaux a été favorisée mais cela a fait craindre que ces réformes ne soient qu'une première étape vers la privatisation des hôpitaux

---

<sup>3</sup> Le regroupement par diagnostic : une façon de classer les patients par catégorie en fonction du diagnostic et de l'importance des ressources nécessaires, généralement pendant la durée d'un séjour à l'hôpital [8].

détenus par des fonds publics. Les modèles qui servent de référence aux expériences actuelles ne mettaient pas en avant le rôle de tutelle du Ministère de la Santé dans la réglementation, l'évaluation et la garantie d'un accès équitable aux soins [13]. Des études d'évaluation réalisées en Afrique, en Asie et en Amérique latine [14,15] ont démontré qu'une autonomie bien pensée et une bonne gouvernance aboutissent généralement à une meilleure performance. Les échecs ont été attribués à l'absence d'une définition claire de la mission, à l'inefficacité des procédures de décision et de gestion et au manque de motivation du personnel [16, 17].

Le concept de gouvernance clinique repose sur le principe que ceux qui sont chargés d'améliorer la qualité des soins doivent aussi avoir un droit de regard sur l'utilisation des ressources. Cela implique que les hôpitaux intègrent les critères de contrôle financier, de performance des services et de qualité des soins cliniques, ce dernier critère englobant différentes activités comme l'amélioration des systèmes d'information, l'instauration du principe d'évolution de carrière et la mise en place de systèmes d'examen collégial [18]. Les éléments de gouvernance clinique sont l'éducation et la formation, l'audit clinique, l'efficacité clinique, la transparence des résultats de mesure de la performance soumis à l'examen du public, la recherche et le développement et enfin la gestion des risques pour le patient, le praticien et l'établissement.

Pour mieux comprendre les moteurs de la performance hospitalière et évaluer les facteurs qui les influencent, l'OMS et la Fédération internationale des Hôpitaux ont entrepris en 2001–2002 une étude mondiale approfondie sur la performance hospitalière. Les résultats ont été publiés en 2008 [19]. Pour réaliser cette étude, au moins deux pays de chacune des six Régions de l'OMS ont été choisis, soit 20 pays au total. Les pays choisis de la Méditerranée orientale sont l'Égypte, Chypre (maintenant dans la Région de l'Europe), le Liban, le Maroc et la République arabe syrienne. L'objectif était d'étudier le rôle des hôpitaux à l'intérieur du système de santé et leur capacité à répondre aux besoins de la population. Les enquêteurs ont constaté que s'il existait d'énormes différences d'un pays à l'autre, les points communs étaient nombreux lorsque l'on s'attachait aux facteurs influant sur la performance hospitalière. Dans la plupart des pays étudiés, les hôpitaux sont plutôt exploités comme des systèmes distincts, sans lien véritable avec le système de santé national.

Selon les conclusions de cette enquête, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, le manque chronique de financement et la mauvaise gestion ont conduit à la détérioration et au délabrement des hôpitaux publics. L'effet est plus marqué au niveau des districts, puisqu'il entraîne l'orientation des patients vers les établissements de niveau tertiaire. La plupart des hôpitaux sont surchargés par les demandes de services curatifs, et leur contribution à la prévention et à la promotion de la santé auprès des communautés desservies est réduite au minimum. Leur rôle dans l'éducation et la formation des agents de santé est limité, la plupart appliquant les méthodes conventionnelles. S'agissant de la gestion des ressources humaines hospitalières, l'étude a montré que dans la plupart des pays, la mauvaise gestion des ressources humaines est courante et qu'il n'existe aucun système d'incitation ou de prime. L'évaluation des systèmes n'existe que dans très peu de pays et quelques-uns seulement ont préparé des descriptions de postes et des définitions de compétences. Un sentiment de découragement, des salaires insuffisants et les iniquités dans la disponibilité et la répartition des ressources humaines ont créé des problèmes de recrutement et de conservation du personnel compétent [19].



### 3. Dans la Région<sup>4</sup>

La situation des hôpitaux de la Région est très variée s'agissant de leur taille, de leurs fonctions et de qui les possède. La majorité des hôpitaux est détenue par l'État et dispense des soins gratuits ou subventionnés. Néanmoins, on constate que pour couvrir les budgets hospitaliers, le secteur public dépend de plus en plus des sommes payées directement par les usagers ce qui, pour les plus pauvres, signifie un accès plus réduit aux services hospitaliers. Pour résoudre les inégalités qui en résultent et améliorer l'efficacité, la transparence et la maîtrise des coûts, presque tous les pays ont entrepris un certain nombre de réformes.

Les hôpitaux privés, généralement de petite taille ou de taille moyenne, sont de plus en plus nombreux dans tous les pays, conséquence des politiques de privatisation tant actives que passives. Ainsi, le nombre de lits dans les hôpitaux privés peut atteindre 80 % du total des lits au Liban, 43 % en Jordanie et au Yémen et jusqu'à 8 % au Soudan et 6 % en Iraq.<sup>5</sup> Cette prolifération du secteur privé ne s'accompagne pas, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, du développement concomitant des systèmes de réglementation. Dans de nombreux pays, la concentration des hôpitaux publics, et particulièrement des hôpitaux privés dans les capitales et dans d'autres grandes villes, ont exacerbé les inégalités dans la répartition des services de soins.

La plupart des pays de la Région n'ont pas de stratégie ou de plans hospitaliers<sup>6</sup> reliés à l'ensemble du système de santé. Les hôpitaux assurent essentiellement des services de soins et de réadaptation mais leur contribution aux mesures de prévention et de promotion de la santé est faible à modérée et varie considérablement selon les hôpitaux et les pays. Lorsque les hôpitaux soutiennent les soins de santé primaires, ce soutien est essentiellement centré sur la formation, la mise en place de protocoles de gestion et les mesures d'orientation-recours.

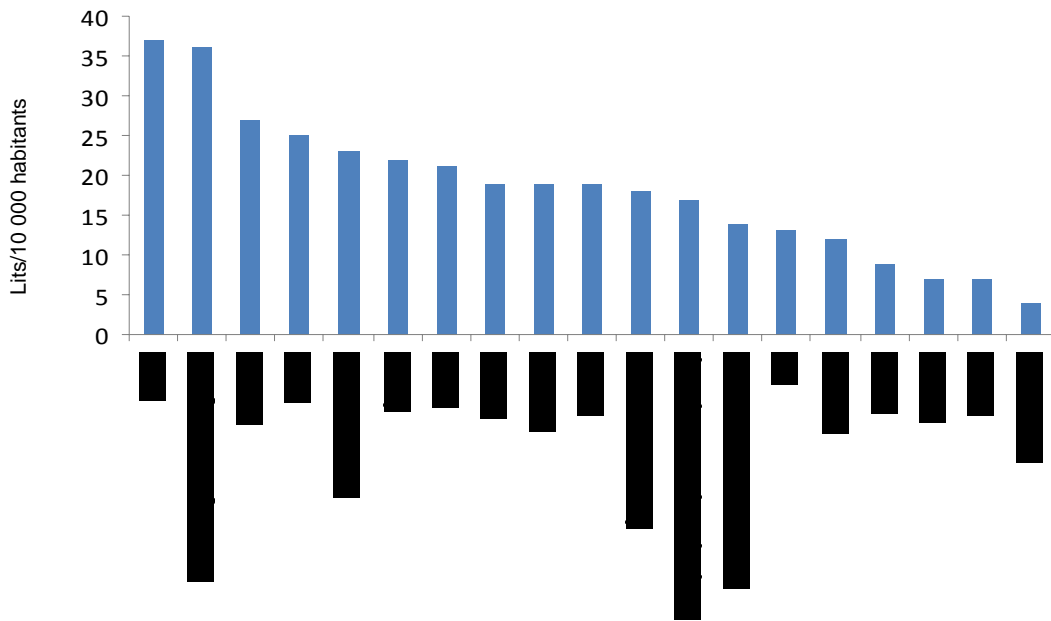
Le nombre de lits pour 10 000 habitants varie de 37 lits (37 au Liban et 36 en Jamahiriya arabe libyenne) à moins de 10 lits pour 10 000 habitants dans cinq pays (Figure 1). Toutefois, dans la Région, on constate une répartition géographique très inégale des infrastructures et du personnel. En règle générale, la performance hospitalière se caractérise par de faibles taux d'occupation des lits, qui varient de plus de 80 % dans la plupart des États membres du Conseil de coopération du Golfe à environ 45 % en moyenne dans d'autres pays de la Région à revenu faible ou intermédiaire. La durée moyenne des hospitalisations semble beaucoup plus longue que la durée moyenne mondiale, du fait de nombreux facteurs tels que le bien-fondé des interventions, les connaissances et les compétences et les facteurs liés aux inefficacités du système. La durée des hospitalisations est aussi en grande partie fonction de la forte incidence des infections nosocomiales dans la Région.

---

<sup>4</sup> Dans ce chapitre, les informations sont principalement issues des études réalisées sur la gouvernance dans 10 pays de la Région, d'une étude sur la sécurité des patients menée dans 27 hôpitaux de six pays, d'une étude sur l'externalisation des services de santé dans 10 pays, des stratégies de coopération avec les pays et des rapports de missions d'étude approfondie organisées par l'OMS dans huit pays (voir l'observatoire régional des systèmes de santé sur le site [www.emro.who.int](http://www.emro.who.int)).

<sup>5</sup> Les données issues des rapports statistiques des pays sont toutes extraites des sites Web respectifs des ministères de la santé des pays, 2005.

<sup>6</sup> Source: référence [19] ainsi que rapports des consultants et comptes rendus d'examen des systèmes de santé en Afghanistan, à Bahreïn, à Djibouti, en Iran (République islamique d'), au Pakistan, au Soudan, en République arabe syrienne, aux Émirats arabes unis et au Yémen. L'Afghanistan a mis en place une politique hospitalière nationale et a publié des documents essentiels sur les services hospitaliers.



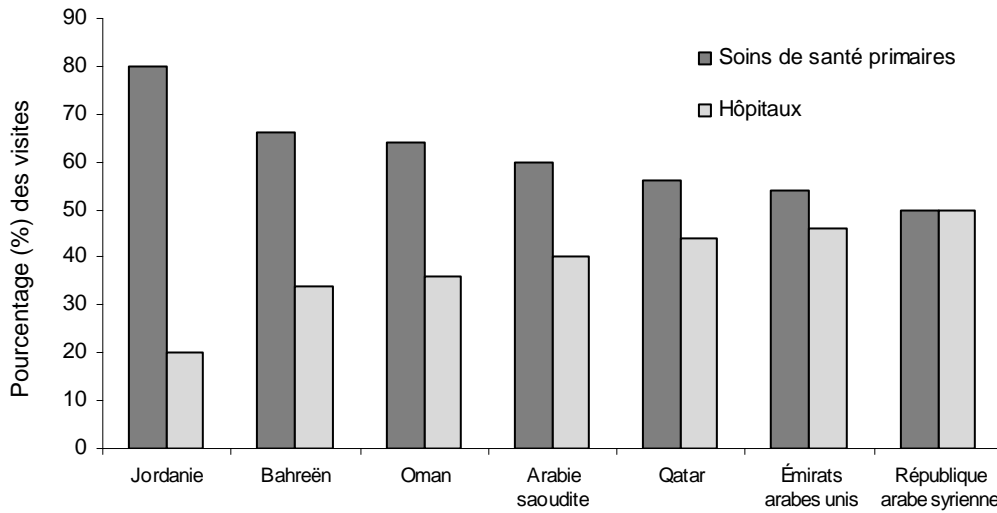
Source : Indicateurs démographiques, sociaux et sanitaires pour les pays de la Région de la Méditerranée orientale, 2008

**Figure 1. Nombre de lits pour 10 000 habitants dans certains pays de la Région de la Méditerranée orientale, 2008**

D'après l'expérience des pays développés dans le monde, la patientèle des hôpitaux ne devrait pas excéder 20 à 30 % de la patientèle totale des systèmes de santé [2]. La Figure 2 présente une comparaison des visites en ambulatoire dans les hôpitaux avec le total des visites pour les soins de santé primaires dans la Région et montre que les premières sont bien supérieures à la norme mondiale. Cette situation a des impacts majeurs sur la performance hospitalière. On peut s'attendre à ce qu'elle soit pire dans les pays à faible revenu où les systèmes d'orientation sont inefficaces et où les services de soins de santé primaires sont de qualité médiocre. Dans les États membres du Conseil de coopération du Golfe, le système fonctionne bien, mais il faut tenir compte de l'effet de distorsion dû aux communautés expatriées qui court-circuitent les soins de santé primaires du fait des obstacles financiers aux services publics et accèdent au système par le biais des services d'urgences et des services aux accidentés. On estime que 30 à 60 % de ces consultations hospitalières ne présentent pas de caractère d'urgence.

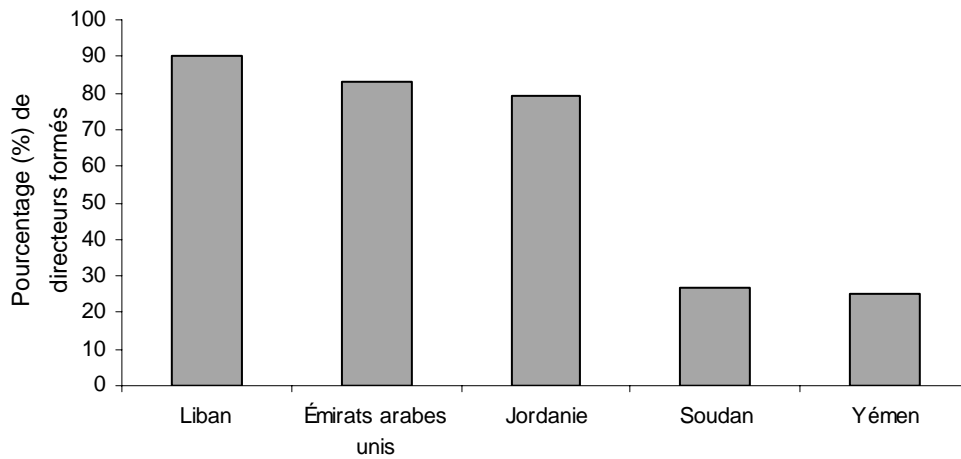
Certains pays ont investi dans la mise au point de systèmes modernes de gestion et dans la formation et l'évolution des directeurs en tant que profession indépendante. L'étude mondiale a montré que dans les pays couverts par l'étude, les systèmes de gestion hospitalière sont généralement inefficaces. La disponibilité des directeurs compétents, les politiques et procédures, les systèmes de gouvernance clinique, la pratique du calcul des coûts et de l'analyse des coûts, la gestion financière et la direction des ressources humaines ne sont pas considérés comme prioritaires dans les programmes des systèmes de santé [19].

Une autre étude mondiale réalisée par l'OMS dans cinq pays de la Région sur le statut des ressources humaines dédiées à la santé, a montré des écarts significatifs dans la formation des directeurs d'hôpitaux (Figure 3). Les conditions de travail dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire n'incitent pas à une amélioration de l'efficacité du fait du manque de motivation du personnel, de l'absence d'outils de gestion et du manque de transparence et de responsabilisation.



Source : Rapports statistiques des pays, sites Web des ministères de la santé, 2005.

**Figure 2. Comparaison entre les consultations dans les hôpitaux et dans les soins de santé primaires dans certains pays de la Région de la Méditerranée orientale**



Source: Cartographie des directeurs hospitaliers : une étude pilote réalisée par l'OMS dans certains pays (Genève, OMS, non publié, 2008)

**Figure 3. Directeurs hospitaliers formés à la gestion dans cinq pays de la Région de la Méditerranée orientale.**

La notion de gouvernance clinique n'a à ce jour été introduite dans aucun des hôpitaux de la Région (pour autant que l'OMS en soit informée). Tous les pays de la Région se sont engagés, à un moment ou à un autre, dans des programmes de qualité. Cependant, l'instauration, la pérennisation et l'institutionnalisation de ces programmes ont été extrêmement variables. Les principes de responsabilisation, de transparence et d'audit n'ont pas été intégrés dans les systèmes de santé et les politiques sur les droits des patients ne sont pas appliquées correctement<sup>7</sup>.

Les débats organisés dans le monde sur les démarches de gestion des hôpitaux – la progression de l'autonomie vers la privatisation – ont eu peu d'impact dans la Région, fortement engagée pour le service public. Au début des années 90, la notion d'autonomie hospitalière a été introduite et mise en œuvre dans un grand nombre de pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé y compris en Arabie saoudite, en Égypte, dans les Émirats arabes unis, en République islamique d'Iran, en Jordanie, au Maroc, au Pakistan et en Tunisie. D'autres pays viennent de se lancer dans cette démarche (Oman, le Liban, la République arabe syrienne et le Soudan). En règle générale, on sait peu de choses sur les réussites ou l'expérience acquise jusqu'à présent, faute d'évaluations externes objectives et d'une documentation appropriée. L'initiative pilote sur l'autonomie des hôpitaux lancée à Oman<sup>8</sup> a été évaluée récemment. Cette évaluation a permis d'identifier des lacunes dans le processus de planification au niveau de l'hôpital concernant les objectifs stratégiques globaux du secteur de la santé, des obstacles à la délégation de la gestion, des échecs dans la gestion des ressources humaines, des procédures d'achat irrationnelles et l'absence de toute fonction d'analyse financière et des coûts. Cependant, cette initiative a démontré qu'un bon fonctionnement des systèmes de santé constitue la base de la réussite d'une démarche vers l'autonomie des hôpitaux [17].

De même, le principe de l'accréditation des hôpitaux vient juste d'être mis en application dans la Région. De nombreux pays se sont lancés dans ce processus d'accréditation avec quelques organes d'accréditation en cours de formation, d'autres en étant déjà au stade de l'application de différentes méthodes d'accréditation. Certains hôpitaux individuels, privés pour la plupart, ont déjà été accrédités par des organisations internationales mais il n'est pas certain que ce système soit viable, compte tenu du coût élevé de la procédure. La Ligue des États arabes vient de publier l'outil d'accréditation des hôpitaux en langue arabe, un manuel de l'utilisateur et un glossaire, en s'appuyant sur le modèle de l'OMS, après l'avoir expérimenté dans certains pays.

Pour mesurer la productivité des hôpitaux, les pays ont utilisé les mêmes indicateurs quantitatifs que ceux utilisés depuis des décennies (taux d'occupation des lits, durée moyenne de l'hospitalisation, etc.). Quelques hôpitaux, en majorité privés, ont commencé à utiliser certains indicateurs qualitatifs, parmi lesquels la mesure de la satisfaction du patient [20].

En 2006, l'ampleur des événements indésirables dans la Région était estimée en moyenne à 10 % du total des hospitalisations [21]. Pour confirmer une valeur de référence, le Bureau régional a apporté son aide dans la réalisation d'une étude sur la sécurité des patients et l'évaluation des événements indésirables dans 27 hôpitaux de six pays de la Région (Égypte, Jordanie, Maroc, Soudan, Tunisie et Yémen). Les résultats indiquent une moyenne régionale en matière d'événements indésirables d'environ 8 %, le niveau le plus bas étant de 2,5 % et le plus haut, de 18 %. Toutefois, cette moyenne est associée à un taux de mortalité et d'incapacité permanente de 2,5 %, pourcentage le plus élevé dans le monde. Les domaines identifiés comme nécessitant une

---

<sup>7</sup> Le Bureau régional a mené à bien des missions d'étude approfondie en Afghanistan (2007), en Arabie saoudite (2007), aux Émirats arabes unis (2008), en République islamique d'Iran (2007), au Pakistan (2008), au Soudan (2007), en République arabe syrienne (2008) et au Yémen (2008).

<sup>8</sup> Initiative pour l'autonomie des hôpitaux d'Oman, rapport du consultant de l'OMS, 2008, non publié.

intervention sont les politiques et modes opératoires normalisés, la communication et la formation du personnel. Les résultats de cette étude ont permis d'enrichir l'initiative régionale pour des hôpitaux favorables à la sécurité des patients.

Au cours des deux dernières décennies, 15 pays de la Région regroupant 85 % de la population régionale, ont participé, directement ou indirectement, à des situations conflictuelles. Six pays (Afghanistan, Iraq, Liban, Palestine, Somalie et Soudan) se sont trouvés récemment ou se trouvent actuellement face à des situations d'urgence complexes. Les hôpitaux peuvent jouer un rôle essentiel pour réduire les dommages qui résultent de l'insécurité dans la santé publique. Par leur fonction même, les hôpitaux doivent être capables d'absorber l'afflux des demandes de soins pour dépister, stabiliser et offrir des soins de référence aux personnes touchées [22].

#### 4. L'action de l'OMS

Le Rapport sur la santé dans le monde, 2000 présentait un cadre conceptuel pour les systèmes de santé [8]. Ce cadre a été révisé en 2007 pour bien mettre en évidence les déterminants de la performance hospitalière — rationalité, efficacité, réactivité, qualité et sécurité — comme résultats intermédiaires des fonctions des systèmes de santé. Dans le Rapport sur la santé dans le monde, 2008 [10] le rôle des hôpitaux à l'appui des soins de santé primaires a été réitéré et renouvelé et l'accent a été mis sur l'importance du renforcement des systèmes d'orientation-recours pour permettre un meilleur fonctionnement.

Les responsables politiques doivent décider quels soins curatifs doivent plutôt être dispensés dans les hôpitaux et étudier les avantages et les inconvénients entre les différents services en fonction de leur rapport coût-efficacité, dans le but d'améliorer l'efficacité des départements et des systèmes hospitaliers plus globalement. À cet égard, l'OMS a élaboré un manuel sur l'analyse des coûts hospitaliers pour aider les décideurs [25]. Les efforts déployés par l'OMS pour répondre aux besoins des pays dans le domaine hospitalier ont abouti aussi à plusieurs publications sur ces thèmes et à différents outils destinés à améliorer la performance hospitalière. Pour permettre une meilleure utilisation de ces outils, des pages Web ont été ajoutées au site Web de l'OMS sur la gestion des services de santé en général, et notamment sur la gestion des hôpitaux (*GERER — Gérer en connaissance de cause en utilisant au mieux les ressources disponibles pour des résultats tangibles* <http://www.who.int/management/fr/>) et sur le site Web du Bureau régional (*Management effectiveness initiatives* (<http://www.emro.who.int/mei/>)). Pour renforcer la direction et la gestion dans les pays, l'OMS a élaboré un cadre pour le renforcement de la direction et de la gestion, qui peut être utilisé pour évaluer et améliorer le système de gestion des hôpitaux (nombre, compétences, systèmes d'appui et environnement de travail)<sup>9</sup> [24].

L'outil d'évaluation de la performance pour améliorer la qualité dans les hôpitaux (PATH) a été élaboré par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour aider les hôpitaux à recueillir des données sur leur performance, en identifiant la façon dont ils procèdent et en la comparant avec la façon de procéder du groupe auquel ils appartiennent, et enfin en mettant en place des activités visant à améliorer la qualité. Ce cadre d'évaluation de la performance englobe six aspects : quatre domaines (efficacité clinique, rationalité, orientation du personnel et gouvernance réceptive) et

---

<sup>9</sup> Dans ce cadre, l'OMS suggère que pour une bonne direction et une gestion satisfaisante, il doit y avoir un équilibre entre quatre aspects : 1) assurer un nombre suffisant de gestionnaires et déployer les gestionnaires dans l'ensemble du système de santé, 2) s'assurer que les gestionnaires ont les compétences nécessaires (connaissances, qualités, attitudes et comportement), 3) s'assurer que les systèmes d'appui fonctionnels existent (pour gérer l'argent, le personnel, les informations, les fournitures, etc.) et enfin 4) créer un environnement de travail favorable (rôles et responsabilités, contexte structurel et règles, supervision et mesures d'incitation, relations avec d'autres acteurs).

deux perspectives transversales (sécurité et “ le patient au centre des soins ”) [20]. Pour faciliter la mise en œuvre de ce cadre, l’OMS a instauré un réseau international d’assistance et a organisé notamment des liens vers des études de référence ou des directives standard, des téléconférences, des ateliers, des forums de discussion sur le Web et des conférences. Bien que PATH en soit encore au stade d’évaluation et qu’à ce stade, tous les pays n’y participent pas encore (en tout cas aucun pays de la Méditerranée orientale) les pays intéressés devront contacter l’OMS pour discuter de la stratégie de sa mise en œuvre<sup>10</sup>.

Le Bureau régional a préparé des principes directeurs pour l’accréditation des hôpitaux et les ont largement diffusés aux pays. Ces principes sont destinés à être adaptés autant que possible à la Région et doivent être suffisamment flexibles pour être adaptés dans tous les pays. Le modèle d’accréditation régional présente des caractéristiques spécifiques, qui diffèrent d’autres démarches d’accréditation. L’une de ces caractéristiques est sa portée globale puisque le modèle englobe les normes de promotion, de prévention et les soins curatifs, selon le cas. Ce modèle comporte également une approche progressive vers l’accréditation, en commençant au niveau de référence que tout hôpital doit atteindre, jusqu’à obtenir un niveau plus élaboré, comprenant un degré de spécialisation plus poussé. Il s’agit là de la référence dans l’outil d’accréditation des hôpitaux en langue arabe qui a été adopté par la Ligue des États arabes et qui est en cours d’expérimentation en Égypte, en Jordanie et en Jamahiriya arabe libyenne.

L’initiative pour des hôpitaux favorables à la sécurité des patients a été lancée dans la Région en 2007 pour générer et encourager les pratiques sanitaires sans risque dans les hôpitaux de la Région. De plus, ce programme vise à intégrer toutes les activités liées à la sécurité des patients dans les établissements de soins de santé de telle sorte qu’ils fonctionnent comme des programmes horizontaux, dans le cadre de l’initiative. La mise en œuvre de ce programme est le résultat d’une collaboration entre les établissements de santé participants, l’OMS et l’Alliance mondiale pour la sécurité des patients qui oriente le processus et atteste que les établissements se conforment bien à l’ensemble des normes sur la sécurité des patients.

Le Bureau régional a collaboré avec les pays pour déterminer le degré de préparation aux situations d’urgence et la gestion des risques dans la Région et a élaboré un cadre stratégique au travers duquel les États Membres peuvent œuvrer pour protéger les hôpitaux et les établissements de santé des catastrophes naturelles. Ce cadre cherche à vérifier que tous les nouveaux hôpitaux sont construits avec un niveau de résilience qui renforce leur capacité à rester fonctionnel dans les situations de catastrophe. Il vise aussi à promouvoir des mesures d’atténuation pour renforcer les établissements de santé existants, en particulier ceux qui dispensent les soins de santé primaires.

---

<sup>10</sup> Les conditions requises pour participer au projet PATH sont les suivantes :

1. Engagement à adhérer au concept du projet (PATH étant principalement utilisé comme un outil d’amélioration de la qualité en interne);
2. Garantie de la qualité des données ;
3. Participation aux réunions du réseau national de recherche comparative des meilleures méthodes ;
4. Collecte de tous les indicateurs dans la liste principale (sauf s’ils ne correspondent pas ou ne s’appliquent pas au domaine des soins concerné) ; et enfin
5. Transmission rapide des données à l’OMS.

## 5. Conclusions et perspectives

L'importance des hôpitaux et la nécessité de les exploiter plus efficacement reste une des priorités du programme de réformes dans le monde et dans la Région. L'accent mis sur les hôpitaux arrive à point nommé puisque les hôpitaux dans le monde entier doivent faire face à une obligation croissante d'évolution rapide compte tenu de la situation démographique, des schémas de morbidité et des nouvelles connaissances et technologies. Les défis à relever dans le secteur hospitalier font partie, des défis socio-économiques en général, et des défis du secteur de la santé en particulier. Cependant, certains de ces défis sont spécifiques aux hôpitaux. Les plus importants sont l'insuffisance du financement et la dépendance de plus en plus forte du paiement direct par les usagers, le cloisonnement entre le secteur hospitalier et les services de santé traditionnels, l'inefficacité des systèmes de gestion hospitalière, la mauvaise qualité des services et la nécessité de recueillir des informations qualitatives et quantitatives pertinentes à l'appui des prises de décision. Le concept de gouvernance clinique n'a pas encore été introduit dans les hôpitaux de la Région. Pourtant, à un moment où à un autre, tous les pays de la Région se sont trouvés engagés dans certains aspects de la gouvernance clinique, et cela facilitera l'introduction de ce concept.

Il est impératif que les États Membres améliorent la performance hospitalière s'ils veulent que les patients du XXI<sup>e</sup> siècle puissent bénéficier des services de qualité et d'un bon rapport coût-efficacité. Pour y parvenir, il leur faut passer par l'analyse et la maîtrise des coûts concernant le financement des hôpitaux, par le renforcement de la direction et de la gestion des hôpitaux, par l'introduction du concept de gouvernance clinique et l'utilisation du PATH pour superviser la qualité des services. L'OMS collaborera avec les États Membres pour se pencher sur les domaines de performance qui doivent être renforcés. Pour ce faire, toutes sortes d'outils sont disponibles. L'OMS continuera d'exploiter les données existantes, en particulier celles générées par l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients pour étendre ses conseils à l'amélioration de la qualité des services hospitaliers.

## 6. Recommandations à l'intention des États Membres

1. Promouvoir la pratique de l'analyse et de la maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier en vue d'améliorer la gestion financière, la budgétisation des programmes et la responsabilisation.
2. Évaluer et améliorer la gestion hospitalière et la qualité des services en utilisant les outils et les cadres disponibles, notamment la gouvernance clinique, le cadre de direction et de gestion et l'outil d'évaluation de la performance pour améliorer la qualité dans les hôpitaux (PATH).
3. Élaborer des instruments de réglementation destinés à définir des normes et des critères sur la répartition géographique fonctionnelle des hôpitaux, notamment des plans directeurs de développement des hôpitaux, à garantir l'équité dans l'accès aux soins et à promouvoir la sécurité des patients dans les hôpitaux.
4. Réaliser des études approfondies sur l'expérience des pays en matière d'autonomie des hôpitaux, le cas échéant, dans le cadre de la décentralisation du système de santé et garantir le rôle de tutelle des ministères de la santé en réglementant et en évaluant les hôpitaux autonomes et en assurant l'équité dans l'accès aux soins.
5. Trouver d'autres solutions d'un bon rapport coût-efficacité pour les admissions hospitalières en développant les soins de jour, la chirurgie de jour et les soins à domicile.

## Références

1. *Policy brief: The significance of hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527\\_16](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16), accessed 20 January, 2009).
2. McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2001 (European Observatory on Health Care Systems Series).
3. Bernd R et al. *Investing in hospitals of the future*. World Health Organization, 2009 (European Observatory on Health Systems and Policies).
4. Abdullatif AA. Hospital care in WHO Eastern Mediterranean Region; an agenda for change. In: *International Hospital Federation Reference Book 2005/2006*. Ferney Voltaire, International Hospital Federation, 2005.
5. *The Performance Assessment Tool for Quality Improvement (PATH): preparing for the second wave of data collection. Report on a WHO workshop, Barcelona, 13-14 October 2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/20010827\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/20010827_1), accessed 12 January 2008).
6. Freeman T, Walshe K. Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England, *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:335–343.
7. *Configuring the hospital for the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527\\_16](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16), accessed 20 January, 2009)
8. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
9. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO framework for action*, Geneva, World Health Organization, 2007.
10. *Rapport sur la santé dans le monde 2008: Les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais..* Genève, Organisation mondiale de la Santé 2008.
11. World Bank. *World development report 1993. Investing in health*. New York, Oxford University Press, 1993.
12. *Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527\\_16](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16), accessed 20 January, 2009).
13. Ayyoub SK et al. *Implementing hospital autonomy in Jordan: an economic cost analysis of Al-Karak Hospital*. Bethesda, Partners for Health Reform Plus Project, Abt Associates Inc., 2002.
14. Bogue R, Hall C, La Forgia G. *Hospital governance in Latin America. Results from a four nation survey*. Washington DC, World Bank, 2007.
15. Chawla M, Berman P. *Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy*. Boston, MA, Harvard University, 1995.
16. *A review of determinants of hospital performance. Report of the WHO Hospital Advisory Group meeting, Geneva, 11–15 April 1994*. Geneva, World Health Organization, 1994.
17. Walford V, Grant K. *Health sector reform, improving hospital efficiency*, London, DFID Health Systems Resource Centre, 1998.



18. Malcolm L et al. Building a successful partnership between management and clinical leadership, experience from New Zealand. *BMJ*, 2003, 326:653.
19. WHO/International Hospital Federation. *The performance of hospitals under changing socioeconomic conditions*, Geneva, World Health Organization, 2008.
20. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
21. Donaldson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. *Medical Journal of Australia*, 2006, 184: S69 S72 ([http://www.mja.com.au/public/issues/184\\_10\\_150506/don10047\\_fm.html#intro](http://www.mja.com.au/public/issues/184_10_150506/don10047_fm.html#intro), accessed 16 March, 2009).
22. Siddiqi S, Huda Q, ElAsady E. The role of hospitals in enhancing public health security: perspectives from the Eastern Mediterranean Region. In: *International Hospital Federation Reference Book 2008/2009*. Ferney Voltaire, International Hospital Federation, 2008.
23. *Analysis of hospital costs: a manual for managers*, Geneva, World Health Organization, 1998.
24. *Towards better leadership and management in health. Report on an international consultation on strengthening leadership and management, 29 January –1 February 2007, Accra, Ghana*. Geneva, World Health Organization, 2007 (WHO/HSS/health systems/2007.3 working paper no. 10).