

# Défis et rôle des hôpitaux académiques dans les années à venir

Marc Decramer<sup>1</sup>

## Future challenges for academic hospitals

Despite the sustained discussions and consultations of these recent years about hospital networks and the role of different hospitals, still much ambiguity exists as to the role of academic hospitals. This analysis puts innovation in medicine forward as the primary mission of these hospitals. Academic hospitals currently face a multitude of challenges, such as the lack of financial resources for academic missions and the concentration of complex and rare diseases, to only name the most important ones.

### KEY WORDS

Challenges, roles, academic hospitals

Bien qu'au cours de ces dernières années des discussions et concertations soutenues au sujet des réseaux hospitaliers et du rôle des différents types d'hôpitaux aient eu lieu, il existe encore beaucoup d'équivoques quant au rôle des hôpitaux académiques. La présente analyse avance l'innovation en médecine en tant que mission primordiale de ces hôpitaux. Actuellement les hôpitaux académiques sont confrontés à une multitude de défis, tels que le manque de moyens financiers pour les missions académiques et de regroupement des pathologies complexes et rares, pour citer les plus importants.

## INTRODUCTION

Lors du mandat du gouvernement Michel I, l'organisation de l'ensemble des hôpitaux, initiée par Mme De Block, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a fait l'objet d'intenses négociations et discussions. Celles-ci ont abouti à une nouvelle loi sur les réseaux hospitaliers (loi du 14 février 2019 modifiant la loi sur les hôpitaux du 10 juillet 2008). Lors de ces discussions, le rôle des hôpitaux académiques n'a pas du tout été évoqué, alors que ceux-ci devraient occuper une place primordiale dans le secteur hospitalier de notre pays. C'est pourquoi je vais tenter d'analyser les défis de ces hôpitaux dans le présent essai afin d'en définir le rôle. J'aborderai tout d'abord la situation des soins de santé, pour arriver ensuite à la situation des hôpitaux universitaires.

## SITUATION DES SOINS DE SANTÉ

Les coûts des soins de santé ont considérablement augmenté ces dernières décennies dans tous les pays de l'OCDE (Organisation de Collaboration et Développement Economique) (1). En Belgique, ils représentaient 10% du Produit National Brut (PNB) en 2016, alors que la moyenne de l'OCDE atteignait 9,3% du PNB. Bien qu'ils dépassaient la moyenne de l'OCDE, ils restaient toutefois clairement inférieurs aux coûts de la France et de l'Allemagne, qui représentaient 11,5% et 11,1% du PNB, respectivement. Aux Etats-Unis ces coûts atteignaient 17,2% du BNP, alors qu'une grande proportion de la population ne bénéficiait pas d'une assurance maladie et n'avait donc pas accès aux soins de santé auxquels elle pourrait prétendre. L'augmentation des coûts des soins de santé a été énorme dans les pays de l'OCDE. Par exemple, en Belgique, les dépenses sont passées de 3,4 % du PNB en 1970 à 10,5% à l'heure actuelle. Cette croissance de plus de 200% en Belgique, est parmi la plus élevée au monde.

Les causes de cette augmentation sont multiples. On peut citer le vieillissement de la population, l'évolution médicale et technologique, l'explosion des sciences biomédicales, l'évolution sociétale qui a complètement changé les attentes vis à vis de la médecine et qui a énormément stimulé la consommation médicale des clients. Il est clair que cette évolution n'est pas finie. Dans les décennies à venir on s'attend à des changements profonds dans la pratique de la médecine dus, par exemple, au développement de l'intelligence artificielle et à la robotique (2,3), ainsi qu'à l'utilisation et le développement de la télémédecine (4).

En Belgique, il y a environ un hôpital par 100.000 habitants, ce qui dépasse nettement la moyenne OCDE d'un hôpital par 250.000 habitants. Il y a donc un surplus d'hôpitaux dans notre pays, confirmé par le surplus de lits hospitaliers et notamment illustré par la différence entre les lits agréés et les lits justifiés, atteignant une valeur de 15 à 20% (5). Une diminution du nombre de lits hospitaliers s'impose. Celle-ci pourrait être réalisée par une reconversion des lits aigus en lits G (gériatrie) ou SP (réadaptation), le développement de soins ambulatoires et transmuraux et le renforcement des soins de première ligne et des soins en communauté.

## LA SITUATION DES HÔPITAUX ACADÉMIQUES

### QU'EST-CE QU'UN HÔPITAL ACADÉMIQUE ?

Selon la loi sur les hôpitaux du 10 juillet 2008, c'est un hôpital qui remplit les conditions définies en ce qui concerne les soins des patients, l'enseignement clinique, la recherche scientifique appliquée, le développement de nouvelles technologies et l'évaluation des activités médicales. Mon opinion est qu'un hôpital académique est avant tout un hôpital qui fournit des soins de haute qualité, mais surtout des soins innovateurs, dans un environnement universitaire de recherche de pointe et d'enseignement d'excellence. C'est donc le rôle de ces hôpitaux de développer des nouveaux traitements, de nouvelles méthodes diagnostiques, de nouveaux modèles afin de procurer des soins etc....

### EST-CE QU'IL Y A TROP D'HÔPITAUX ACADÉMIQUES EN BELGIQUE ?

Bien que cette opinion soit souvent avancée, l'étude Antares démontre qu'il y a un hôpital universitaire pour 1,6 million d'habitants en Belgique, ce qui correspond tout à fait aux données rapportées au Canada, Danemark, Espagne, Suède et Suisse (6). Seuls la France, l'Allemagne et les Pays-Bas ont un rapport s'élevant à plus de deux millions d'habitants par hôpital universitaire. Par conséquent, le nombre d'habitants par hôpital universitaire en Belgique est comparable à celui des autres pays européens.

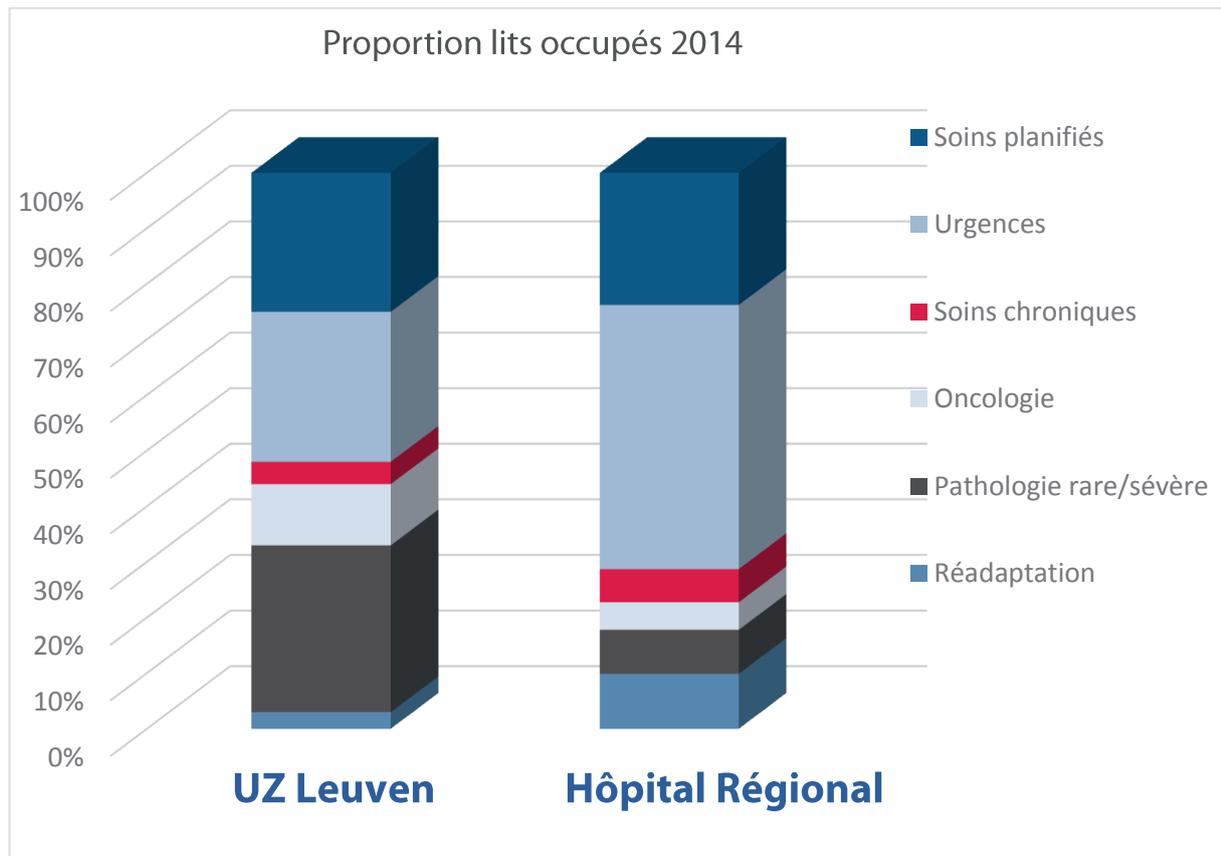
Actuellement, les hôpitaux académiques dans notre pays se trouvent confrontés à plusieurs défis importants, tels que le manque de financement pour les tâches spécifiquement universitaires et pour les soins complexes, la fragmentation du pouvoir de décision entre le gouvernement fédéral,

régional et communautaire, l'obligation d'avoir au moins 70% de médecins salariés, l'absence de consensus sur le rôle des hôpitaux universitaires, l'absence de centralisation des pathologies rares et sévères, la compétition avec les hôpitaux privés, la formation des réseaux, la difficulté d'attirer les meilleurs talents et l'évolution biomédicale et technologique phénoménale qui rend l'environnement universitaire très compétitif.

Voici quelques exemples spécifiques pour illustrer ces défis. Les hôpitaux universitaires en Belgique reçoivent comme financement pour les tâches académiques (c'est-à-dire la recherche, l'enseignement, l'innovation et les soins complexes) à peu près 4,6 % de leur chiffre d'affaire, ce qui est nettement inférieur comparé aux 34% des Pays-Bas, 20% en Allemagne et en Suisse, 9% en Espagne, France et Suède et 6% au Québec et au Danemark (6). Ceci n'a pas empêché notre ministre actuelle d'encore diminuer ce montant ! Malgré cela, les hôpitaux académiques en Belgique remplissent remarquablement bien leur rôle. Une analyse de l'hôpital universitaire de Leuven (UZ Leuven), basée sur les données du Résumé Hospitalier Minimum, en regroupant tous les DRG (*Disease-Related Groups*) sur six grands thèmes (soins planifiés, urgences, soins chroniques, oncologie, pathologie rare et sévère, et réadaptation) montre des différences frappantes en comparaison avec plusieurs hôpitaux régionaux. Dans les hôpitaux régionaux, environ 50% des patients furent admis via les urgences contre 25% à l'UZ Leuven. Il y avait moins de soins chroniques et de réadaptation à UZ Leuven, mais trois fois plus de soins oncologiques et cinq fois plus de pathologies rares et sévères. Ces données illustrent bien le fait que les hôpitaux universitaires semblent remplir leur rôle de façon adéquate, en se concentrant sur les pathologies qui sont classiquement considérées comme « universitaires ».

Une autre défaillance de notre système hospitalier est sans aucun doute le manque de regroupement des soins complexes. L'analyse d'AIM de 2014 (7) a révélé qu'en 2012, 498 oesophagectomies ont été réalisées dans 68 hôpitaux, ce qui revient à une valeur médiane de 4 oesophagectomies par hôpital. Comparé aux Pays-Bas où il existe pour les oesophagectomies un seuil minimal de 20 interventions par année et par centre, seuls 3 hôpitaux dans notre pays dépassaient ce seuil minimal en 2012 ! Un autre exemple du manque de regroupement des soins complexes concerne l'organisation de la traumatologie lourde dans notre pays. En Angleterre, suite à un audit qui démontrait une mortalité trop élevée de la traumatologie lourde, les autorités ont procédé à une réorganisation afin de concentrer la traumatologie lourde dans douze centres pour tout le pays. Douze centres pour 55 millions d'habitants en Angleterre, ce qui signifie 4,6 millions d'habitants par centre. Au niveau de la Belgique, cela équivaldrait à seulement deux centres pour notre pays, alors qu'actuellement chaque hôpital a l'ambition d'être un centre de traumatologie.

**FIGURE 1. Proportion des lits occupés selon 6 grands thèmes, définis comme soins planifiés, urgences, soins chroniques, oncologie, pathologie rare/sévère et réadaptation à l'UZ Leuven (à gauche) et dans un hôpital régional représentatif (à droite)**



En général, dans notre pays tous les hôpitaux nourrissent les mêmes ambitions, qu'ils soient petits ou grands. Une meilleure répartition des tâches entre les hôpitaux semble impérative, mais requiert plus qu'une simple loi sur la formation des réseaux. En effet, il est primordial que les autorités prennent leurs responsabilités en attribuant des tâches spécifiques à chaque hôpital.

En ce qui concerne les hôpitaux universitaires, je définirais les activités suivantes comme étant spécifiquement universitaires : les transplantations, les maladies

génétiques, la chirurgie fœtale, les interventions majeures chez le nouveau-né, l'oncologie pédiatrique, les brûlures sévères, la chirurgie cardiaque complexe, la chirurgie requérant des hauts-volumes comme c'est le cas pour les pancréatectomies et les oesophagectomies, la neurochirurgie complexe et les maladies rares et complexes. Évidemment, une fraction de la pathologie régionale leur est nécessaire pour assurer l'enseignement des jeunes médecins, mais ceci ne représente pas leurs tâches et vocation premières.

## RÉFÉRENCES

1. OCED. Health expenditure and financing statistics. [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm)
2. Luneburg JJM. Context-aware design and motion planning for autonomous service robots (PhD thesis). Eindhoven, Technische Universiteit Eindhoven 2015.
3. Topalovic M, Das N, Burgel PR *et al.* Artificial intelligence outperforms pulmonologists in the interpretation of pulmonary function tests ». *Eur Respir J.* 2019; 53 : 1801660.
4. Heinzelman PJ, Lugn NE, and Kvedar JC. Telemedicine in the future. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2005.
5. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité. Rapport KCE 289B, 2017.
6. Antares rapport sur les hôpitaux académiques en Belgique, 2014.
7. Conférence de presse IMA-AIM 2014. Nous avons besoin d'une concentration des compétences en matière d'affection graves et complexes.

---

## AFFILIATIONS

- <sup>1</sup> Professeur ordinaire émérite - Administrateur délégué honoraire - UZ Leuven et Katholieke Universiteit Leuven- Gestionnaire de "Mind over Matter Consulting"

## CORRESPONDANCE

Pr. MARC DECARAMER

Mind over Matter Consulting bvba

Werkmanstraat 2 Bus 401

B-3000 Leuven

Belgique

[marc.decramer@mindovermatter.be](mailto:marc.decramer@mindovermatter.be)