



ECHELONNEMENT

# Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ?

## Un pré-test à Bruxelles

.....

*Cet article décrit une expérience exploratoire de neuf mois, menée dans un quartier du centre de Bruxelles en 1994 et 1995, qui, dans une optique de structuration du système de santé, avait pour objectifs :*

- d'améliorer la coordination entre quelques généralistes et des médecins hospitaliers à qui ils réfèrent régulièrement des patients ;
  - d'évaluer les soins et d'identifier des mesures correctrices par des réunions d'audit médical, en groupes mixtes de généralistes et spécialistes, portant sur des patients ayant été hospitalisés ;
  - d'étudier comment ce type d'évaluation peut orienter la formation continue du personnel de santé, l'organisation des services et la gestion des ressources, tant à l'hôpital qu'au premier échelon.
- .....

L'expérience décrite dans cet article a reposé sur l'hypothèse suivante : la pratique locale de l'audit médical, menée dans des groupes mixtes de généralistes et de spécialistes, et le suivi des corrections nécessaires au terme de l'audit, permettent :

- de dynamiser les services concernés grâce à l'analyse de l'itinéraire thérapeutique de patients suivis par un généraliste puis hospitalisés ;

- de généraliser l'auto-évaluation au sein de groupes mixtes de spécialistes et de généralistes unis par les soins qu'ils offrent aux même patients ;
- d'optimiser la (dé)centralisation des techniques médicales, c'est-à-dire de permettre que chaque type de prestation technique soit dispensé à l'échelon le plus adéquat, selon la fréquence de la maladie, la complexité de la prestation et le niveau de sophistication du matériel nécessaire ;
- d'identifier certains besoins en formation continue à partir de problèmes rencontrés par les médecins (y compris des formations instrumentales pour élargir, si nécessaire, le spectre des prestations techniques, au premier et au second échelon).

Cet article présente la méthodologie de l'expérience, examine les résultats intermédiaires, explicite le modèle sous-jacent de « système local de santé » (Sylos), et discute des adaptations de ce modèle au contexte belge.

### Méthodologie : une recherche-action menée à partir d'un service hospitalier de médecine interne

Les acteurs de l'expérience ont été des spécialistes hospitaliers de médecine interne et des généralistes qui réfèrent habituellement leurs patients à ce service. L'hôpital était un hôpital général de deux cents lits, situé dans le centre de Bruxelles.

Les activités suivantes ont été réalisées :

1. On a constitué une équipe de pilotage de l'expérience (appelée « équipe de coordination »), dont les membres conservaient leurs tâches habituelles, et dont la fonction était d'initier et d'accompagner la recherche et de dynamiser les services de santé participant au projet. Au départ, cette équipe fut

**Jean Pierre Unger**, médecin, professeur de santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers,  
**Monique Van Dormael**, sociologue, responsable scientifique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers,  
**Jacques Unger**, chef du service interne de l'hôpital Molière,  
**Jean Van der Vennet**, sociologue, assistant en santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers,  
**Michel Roland**, médecin de famille à la maison médicale Santé Plurielle.

## Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ? Un pré-test à Bruxelles

- constituée d'un interniste, de deux généralistes et d'un enseignant de santé publique appartenant à une institution académique. Elle s'est enrichie ultérieurement d'un sociologue.
2. Les besoins de formation et de coordination furent identifiés à partir d'évaluations rétrospectives de la prise en charge de patients dont le médecin généraliste traitant participait aux réunions et qui avaient été hospitalisés dans le service de médecine interne de l'hôpital. Ces audits systémiques (voir en encadré la grille de questions appliquées à chaque cas) ont été effectués conjointement par les médecins généralistes et des spécialistes, avec la guidance scientifique externe. Les questions portaient sur la nature du traitement, le type de prise en charge, la qualité des soins infirmiers et physio-thérapeutiques, et l'organisation des soins à domicile. Elles supposaient la collecte d'informations relatives à l'itinéraire des patients, et étaient complétées par des techniques annexes telles que l'analyse d'informations médicales et des dossiers. Aucune observation directe de soins n'a pu être effectuée.
  3. Suite à chaque analyse de cas, des corrections ad hoc furent introduites dans le système sous forme de recherche-action. Pour rappel, cette méthode associe les praticiens à l'identification des problèmes, à la définition des solutions et à la formulation d'hypothèses de changement, au test des solutions, à la documentation de leur mise en œuvre, et à l'évaluation de leurs effets. Dans le cadre de cette expérience, les réorganisations proposées ont visé à améliorer la qualité des soins et en particulier la continuité des soins entre premier échelon et hôpital, et la prise en charge globale du patient. Il était aussi prévu d'agir sur le système d'information concernant les patients individuels (dossiers familiaux, transmission de l'information entre praticiens), d'associer les généralistes à la décision médicale en milieu hospitalier et de constituer des groupes d'évaluation au premier échelon.
  4. Ce processus a donc été encadré par des praticiens et des chercheurs, qui ont analysé leur propre pratique et jeté ainsi les bases de ce que pourraient être les fonctions de l'équipe de coordination d'un « système local de santé » en Belgique en matière de formation continue, de supervision, de gestion et de planification.

---

### Résultats intermédiaires

Pendant les neuf mois d'activité, l'équipe de coordination s'est réunie de manière irrégulière. Elle a assuré l'encadrement des audits une fois par mois et, de manière partielle, le suivi des mesures de réorganisation qui en ont découlé. Les réunions mensuelles d'audit attiraient de dix à quinze médecins volontaires, recrutés à l'issue d'une conférence introductive tenue à l'hôpital. Aucune tentative n'a été faite pour en accroître le nombre. Voici, à titre d'exemple, quelques mesures de réorganisation adoptées à la suite des audits.

On a essayé de promouvoir la coordination entre praticiens du premier échelon (médecins et paramédicaux) concernés par la prise en charge d'un même patient mais ne travaillant pas dans une même structure. Les membres de ces équipes ad hoc, centrées autour d'un même patient, communiquaient par conférences téléphoniques, ce qui a permis d'améliorer leur coordination tout en respectant les désirs des patients de s'adresser à tel ou tel paramédical.

Une recherche destinée à optimiser le suivi des toxicomanes par les généralistes a permis d'adapter les *guidelines* de la littérature<sup>1</sup> et l'expérience d'un centre spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes aux conditions locales et de mettre au point une instruction synthétique d'une page à l'usage des médecins généralistes. Cette instruction écrite a inspiré celle qui fut ultérieurement diffusée par la Communauté française de Belgique aux généralistes francophones. L'utilité de cette démarche est apparue à l'occasion de l'analyse du cas d'un patient séropositif, utilisateur d'héroïne, et pour lequel le généraliste ne savait



pas s'il aurait dû ou non utiliser de la méthadone.

Les généralistes ont été associés aux décisions prises par l'interniste en matière de stratégie thérapeutique, et d'utilisation des institutions externes (placements, stages de revalidation, etc.). Ceci a été rendu possible par la conviction de l'interniste qu'une telle démarche était possible et utile, le généraliste ayant une vue plus complète des paramètres familiaux et sociaux qui doivent influencer ce type de décision. Cette association a aussi été favorisée par un contact plus étroit entre le malade et son généraliste lors de son hospitalisation, ce qui a été favorisé par la décision de mettre des places de parking à la disposition des généralistes.

L'audit a permis d'identifier certaines hospitalisations qui auraient pu être évitées si l'information relative à des hospitalisations précédentes avait été transmise au généraliste. De plus, pour améliorer la pertinence des hospitalisations, il est apparu en cours d'audit que l'hôpital devait fournir aux généralistes qui recouraient à ses services, des renseignements relatifs aux services cliniques disponibles et non-disponibles à l'hôpital. Par ailleurs, l'équipe de coordination a identifié des possibilités de raccourcir les hospitalisations (par exemple, par une transmission accélérée de certains résultats d'examens paracliniques - albuminurie dans le cas examiné).

Certains besoins de formation des généralistes sont apparus en cours d'audit, dans des domaines aussi divers que la dermatologie (gale non diagnostiquée, surinfection mal traitée, ...) ou les maladies sexuellement transmissibles.

La coordination entre généralistes et spécialistes a aussi permis de redéfinir les objectifs de certaines hospitalisations. Ainsi, le service de médecine interne considérait-il, de manière implicite, que l'objectif principal de l'hospitalisation d'un diabétique non insulino-dépendant était de ramener sa glycémie à un niveau normal afin d'interrompre un cercle vicieux entretenant l'hyperglycémie. Le dialogue entre généraliste et médecin hospitalier a permis au généraliste traitant de

souligner l'importance de définir un régime médicamenteux et diététique pérenne, acceptable, adapté au mode de vie du patient, et susceptible de maintenir sa glycémie dans des limites raisonnables. Cette demande a conduit l'interniste à utiliser les services de la diététicienne de manière plus précoce en cours d'hospitalisation. Et on a mis en circulation parmi les généralistes du groupe des glucomètres permettant à certains patients de suivre leur propre glycémie.

Certains principes d'économie - parfois contradictoires avec l'enseignement académique - ont été diffusés parmi les médecins du groupe. Ainsi, on a suggéré de limiter les demandes d'examens à ceux qui orientent la décision et de ne pas exiger de diagnostic précis si un traitement symptomatique est disponible, qu'il est peu toxique, peu coûteux, et que la souffrance n'est pas susceptible d'être causée par une pathologie vulnérable (cas d'une anémie ferriprive chez un patient de 80 ans avec présence de sang microscopique dans les selles).

Pour améliorer la continuité des soins, les généralistes ont suggéré que des médicaments soient remis aux patients à l'issue de l'hospitalisation, pour maintenir la continuité du traitement en attendant la consultation avec le généraliste.

Pendant la période considérée, d'autres initiatives ont été planifiées mais n'ont pu se concrétiser :

- l'équipe de coordination n'est pas parvenue à mettre en place de nouveaux dossiers d'hospitalisation conçus pour faciliter l'évaluation, ni à modifier le travail en équipe dans le service hospitalier. En particulier, elle n'a pas eu l'occasion de structurer des discussions de type « cercle de qualité » à l'hôpital ;
- elle a peu utilisé la littérature scientifique en cours d'audit, faute de temps pour préparer les sessions ;
- elle n'a pas organisé de formations continues personnalisées, faute de budget ;
- le temps a été insuffisant pour pouvoir juger d'un éventuel impact en termes d'amélioration de la continuité des soins.

## Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ? Un pré-test à Bruxelles

Globalement, l'intérêt de la majorité des participants s'est maintenu pendant la période de temps considérée, bien qu'aucune bonification ne leur ait accordée.

L'expérience a été interrompue provisoirement à cause de la difficulté de dégager du temps (bénévole) des membres de l'équipe de coordination qui assurait le suivi et la continuité du projet, et qui ont effectué de nombreuses heures supplémentaires pour mener à bien les activités.

### Discussion

#### ● Limites et acquis

Les activités du projet ont permis d'apporter localement des éléments de réponse à plusieurs problèmes identifiés. L'audit a accru chez les praticiens la conscience de l'utilité de l'évaluation, et leur a fourni l'occasion de se familiariser avec ses techniques, sans crainte d'être jugés par leurs pairs, ouvrant ainsi la porte à l'acceptation d'une certaine rationalisation de la pratique médicale et au contrôle de ses coûts dans le respect de la qualité des soins. Les spécialistes ont été inclus dans le processus d'audit, ce qui a permis d'éviter que la formation continue ne soit conçue comme une formation de généralistes par des spécialistes, ainsi que cela se fait trop souvent. Au contraire, la formation a été mutuelle. Enfin, les mécanismes de coordination ont permis d'améliorer la continuité des soins entre premier et deuxième échelon des services de santé.

Par contre, on n'a pas pu mettre sur pied de stages pratiques basés sur une identification individuelle des besoins en formation, pour des raisons financières et organisationnelles. Il est difficile de savoir si, dans le contexte belge, il sera possible de le faire ultérieurement.

L'équipe de coordination n'a pu agir sur la gestion des ressources de l'hôpital. Il aurait fallu pour cela que son directeur participe de manière plus active aux activités du groupe. Or il a été simplement tenu informé du processus.

L'expérience a mis en évidence la possibilité d'apporter, avec des personnes motivées et sans

budget supplémentaire, certaines améliorations au fonctionnement des services et à leur coordination. Mais si l'on veut assurer la continuité du processus et veiller au suivi des mesures de correction préconisées, un minimum de ressources apparaît nécessaire au fonctionnement de telles initiatives.

#### ● Le modèle conceptuel sous-jacent

Un modèle conceptuel de services de santé a sous-tendu les diverses activités<sup>2</sup> : le district sanitaire. Ce concept désigne une unité de gestion et de planification, décentralisée au niveau local, qui est suffisamment grande pour inclure un hôpital de second échelon. Outre l'hôpital, le district comprend des services de première ligne - centres de santé ou praticiens isolés organisés en réseau. Le district est responsable d'une population définie. Il est géré ou dynamisé, selon le cas, par une équipe (l'équipe de coordination de district) qui vise à en intégrer les éléments et à veiller à l'adéquation de l'affectation des ressources. Ce district est dit « intégré » s'il rencontre cinq critères :

- la complémentarité fonctionnelle entre échelons : les premier et second échelons ont chacun leurs fonctions propres, fonctions qui sont complémentaires et ne se chevauchent pas ;
- l'absence de carences fonctionnelles : toutes les fonctions sont assurées dans le système ;
- l'accessibilité à l'échelon utile pour le patient ;
- la bonne circulation de l'information concernant le patient lorsque celui-ci se déplace entre prestataires de soins ;
- la décentralisation optimale et dynamique des techniques médicales.

A noter que la complémentarité fonctionnelle n'est pas un principe universel : comme il n'est pas souhaitable de construire un hôpital de second échelon à côté d'un hôpital à haute composante technique, les hôpitaux de troisième et quatrième échelon doivent ajouter à leurs fonctions propres celles des hôpitaux de district.

Les équipes de coordination doivent mettre en œuvre dans le district la politique des soins de santé primaires, qui consiste à élargir le spectre et à augmenter la qualité des soins délivrés au



premier échelon ; à introduire des mécanismes participatifs dans le fonctionnement des services de santé ; et à réorienter les fonctions de l'hôpital en tenant compte des performances du premier échelon et en appui à ce dernier. Dans un district intégré, l'hôpital a pour responsabilité la prise en charge des patients référés<sup>3</sup> ; l'amélioration de la collaboration entre praticiens ; l'évaluation de certaines activités de l'ensemble du district ; la formation continue ; enfin, en dialogue avec certains généralistes, l'étude et la rationalisation de la prise en charge de certaines maladies sous forme d'algorithmes.

### ● L'adaptation du modèle

La mise en œuvre de ces principes a requis un certain nombre d'adaptations, liées au morcellement de l'offre de service en Belgique, aux faibles ressources du projet et au stade embryonnaire de la recherche. L'hôpital s'est réduit au seul service de médecine interne, et le premier échelon à une dizaine de généralistes qui lui réfèrent régulièrement des patients (sur plus d'une centaine). Les patients dont le parcours a été analysé, étaient sélectionnés parmi les patients habituels des généralistes.

Ces adaptations posent plusieurs questions conceptuelles :

- comme les généralistes belges réfèrent généralement leurs patients à un service et non à un hôpital, en fonction de la confiance qu'ils lui accordent, on ne peut stricto sensu développer de districts en Belgique (d'où l'utilisation du vocable « système local de santé » ou Sylos). Par contre, on peut réaliser certaines de ses activités, en regroupant les généralistes satellisés autour d'un service, puis élargir progressivement le nombre de services concernés. Il est vraisemblable qu'au cas où la procédure s'étendrait à d'autres hôpitaux, un même généraliste pourrait être pressenti par deux institutions hospitalières différentes pour participer à des audits. On ne peut prévoir dès maintenant comment seront évités les doubles-emplois, mais l'approche permet théoriquement d'entrer en contact avec une partie importante des généralistes d'une zone ;
- la population du district n'est pas définie géographiquement ; elle n'est pas définissable

non plus à partir des patients suivis par les généralistes de l'entité, puisqu'il n'existe pas de système généralisé d'inscription auprès d'un généraliste, comme c'est le cas aux Pays-Bas ou en Grande Bretagne. On a essayé de contourner l'écueil en ciblant les patients « fidèles », et en organisant des équipes dont la composition est variable, dont le généraliste est le pivot et qui reste « fidèle » à un service hospitalier. Au premier échelon, on peut en attendre, à terme, la constitution d'équipes informelles ayant l'habitude de travailler ensemble ;

- si le système local de santé ne peut être défini en Belgique sur base des utilisateurs, il est par contre possible, provisoirement, de le définir sur base des prestataires à qui est accordé un appui logistique et technique, et qui souhaitent intégrer leurs activités à celles du système ;



- l'équipe de coordination n'avait pas d'identité formelle ni de responsabilités officielles dans les domaines de la gestion et de la formation. Elle n'a pu agir que par influence, en cherchant à susciter la conviction et l'adhésion des praticiens. Si l'équipe de coordination disposait d'une autorité

## Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ? Un pré-test à Bruxelles

administrative, ses marges de manœuvre en matière de planification et de gestion augmenteraient. Mais, l'expérience dans des systèmes de santé organisés formellement en districts montre que la seule autorité administrative (et son système de récompenses et réprimandes) ne suffit pas à modifier la pratique médicale si les praticiens ne sont pas convaincus du bien-fondé des décisions. Le contexte belge incite à se baser sur les praticiens, ce qui limite les risques de bureaucratisation.

D'autres techniques pourraient être utilisées pour améliorer l'intégration des services de santé aux deux premiers échelons, comme par exemple l'analyse systématique des informations cliniques échangées entre les médecins des deux échelons, et la participation croisée à des activités de gestion du premier et du second échelon.

A l'issue de neuf mois de fonctionnement, les chercheurs du projet pensaient que l'approfondissement de l'expérience dans le Sylos de Bruxelles centre nécessiterait dans le futur :

- la conception d'un plan de couverture et de plans d'action annuels, qui définiront mieux les praticiens à couvrir, les infrastructures participantes, la (dé)centralisation des techniques médicales ;
- l'intégration de nouveaux généralistes ainsi que d'autres acteurs dans le processus ;
- l'éventuel élargissement du spectre des ressources auxquelles l'équipe de coordination a accès ;
- une pratique de l'intervision, et de la supervision technique.

### Conclusions

L'expérience décrite ici a montré que la pratique de l'audit, mené par des groupes mixtes de généralistes et de spécialistes, permet de détecter des problèmes qui, en l'absence de démarche commune aux échelons du système, auraient sans doute été impossibles à percevoir. Certains de ces problèmes concernent l'interface entre les niveaux de soins alors que d'autres sont internes aux niveaux eux-mêmes.

L'innovation apportée par ce projet réside dans la discussion en interface, qui permet aussi d'arriver à un consensus à propos des problèmes qui sont du ressort d'un seul niveau. En Belgique, cette conclusion détonne car les services de santé ne sont pas conçus de manière systémique. Cette absence de vision est due, entre autre, à la concurrence entre échelons qui est inscrite dans les modes de financement des soins.

L'expérience a été interrompue provisoirement par manque de disponibilité des acteurs, ce qui pourrait être résolu par un financement approprié. Cependant, l'encadrement méthodologique devrait faire l'objet d'une attention particulière. Ce type d'expérience suppose en effet des compétences conceptuelles, méthodologiques et pratiques en organisation des services de santé. Définir le contenu de cet appui méthodologique et la manière de former des animateurs de systèmes locaux de santé reste un défi majeur pour l'extension de l'expérience. Comme il est probable que certains services ou prestataires de soins craignent que l'organisation locale du système de santé n'affaiblisse leur position sur un marché concurrentiel, l'extension trop brutale des principes des Sylos sur toute l'étendue d'un territoire risque de se heurter à des résistances. L'extension devrait plutôt partir d'acteurs motivés, quitte à ce que le rythme initial de développement soit plus lent. Depuis 1998, le projet de recherche a pu s'étendre à trois autres hôpitaux belges grâce à un financement du ministère des Affaires sociales. Cette seconde phase, qui n'est pas décrite ici, permettra de comparer certaines stratégies de Sylos, fonctionnant dans des environnements distincts, en permettant à chacun de se développer avec beaucoup d'indépendance, et d'identifier certaines conditions de succès d'un système local de santé en Belgique.

En définitive, cette expérience confirme que l'amélioration de la qualité des soins nécessite moins de concurrence et plus de coopération de la part des prestataires de soins<sup>4</sup>. ●

1. NHG Standaarden vóór de huisarts. Onder redactie van Drs GEHM Rutten en S Thomas. Uitgeverij Nederlands Genootschap. Postbus 3231. 3502 Utrecht. Produktie Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge. Utrecht.



## Les questions examinées lors d'un audit systématique

### 1. Évaluation globale des résultats

Évaluer les résultats de la prise en charge (suivi en consultation externe, au premier échelon ou en hospitalisation) en termes d'état général du patient (décédé, guéri, soins continus utiles) et d'évaluation du symptôme dominant (disparu, amélioré, identique, augmenté). A posteriori, a-t-elle été utile (le généraliste ou le centre de santé disposent-ils des techniques utilisées pendant l'hospitalisation ?) ? Quels ont été les justifications a posteriori de l'hospitalisation ? Un meilleur résultat aurait-il pu être obtenu grâce à : une meilleure collaboration de la famille ? Un meilleur équipement ? La formation du médecin ? Un accès plus facile au spécialiste ? Une meilleure organisation du travail ? Une recherche opérationnelle préalable ? Des supervisions techniques ?

### 2. Prise de décision et diagnostic

Quels sont les examens inutiles et douteux qui ont été demandés ? Quels sont les examens utiles qui ont été oubliés ? A-t-on des raisons de croire que certains examens aient été mal réalisés (résultats paradoxaux par exemple) ? Quelles sont les alternatives meilleur marché que l'on aurait pu considérer ? Aurait-on pu se contenter de signes et symptômes en lieu et place de certains examens de laboratoire ou d'imagerie médicale ? Y a-t-il des raisons de suspecter des faux positifs (inefficacité du traitement par exemple) ou des faux négatifs (délai pour le diagnostic, mort inexplicable, examens de contrôle avec résultats discordants) ? L'utilisation des examens en cours d'évolution de la maladie est-elle justifiée par cette dernière ? Pour le symptôme considéré, a-t-on écarté les maladies importantes (c'est-à-dire vulnérables, non spontanément réversibles, causant une souffrance importante ou menant au décès) ?

### 3. Choix du traitement

Quelles ont été les hypothèses diagnostiques ? A quel résultat espérait-on arriver ? Y a-t-il congruence entre les traitements et le diagnostic ? Avec les normes de la littérature ? N'a-t-on pas oublié la prise en charge

de souffrances ou de problèmes du patient pour se concentrer uniquement sur l'étiologie de la souffrance ? Quel a été l'efficacité du traitement (y a-t-il eu des effets secondaires - iatrogène - évitable) ? Y a-t-il eu une mortalité ou des séquelles évitables ? Aurait-on pu obtenir le résultat plus rapidement ? Quels sont les signes et symptômes qui ont été utilisés pour l'évaluer ? Y avait-il des possibilités de réduire le nombre de médicaments (doubles emplois, efficacité douteuse de certaines substances, etc.) ? Existait-il des alternatives meilleur marché aux médicaments utilisés ?

### 4. Nursing

Y a-t-il eu des incidents critiques qui permettent de suspecter un nursing de qualité insuffisante (traitement mal ou non complètement appliqué, retard dans l'exécution des ordres, erreurs de stérilisation, infections nosocomiales, etc.) ? A-t-on connaissance de problèmes psychologiques évitables par un meilleur nursing ?

### 5. Type d'hospitalisation

Y a-t-il eu un retard à l'hospitalisation ? L'hospitalisation a-t-elle été trop courte ou trop longue ? Qu'aurait-on pu faire pour en réduire la durée (meilleure collaboration de la famille, équipement du premier échelon, meilleure organisation du travail, accès ultérieur à un spécialiste, etc.) ? Le choix du service (soins intensifs, ambulatoire, salle d'hospitalisation, utilisation de la chirurgie) a-t-il été judicieux ? Quelles sont les mesures prises à la sortie ? Comment l'hôpital pourrait-il contribuer à renforcer le premier échelon pour améliorer la qualité d'exécution de ces mesures ?

### 6. A-t-on fait bon usage des services non médicaux (sociaux, etc.) ?

Quelle a été l'utilisation préalable des services de santé avant l'hospitalisation (en regard de l'histoire naturelle de la maladie) ? Quels services ont-ils été utilisés après l'hospitalisation ?

**7. Synthèse :** mesures à prendre pour corriger ou améliorer le système

2. JP. Unger, B. Criel, « Principles of health infrastructure planning in LDC », *Int J Health Planning and Management*, 1995, 10 : p. 113-128.

3. W. Van Lerberghe, Y. Laffort, « The role of the hospital in the district : current concerns », *SHS*

*Paper*, number 2, WHO/SHS/CC/90.2, WHO, Geneva, 1990.

4. M. Segall, « From cooperation to competition in national health systems », *Int J of Health Plann & Management*, 2000, vol 15, 1, p. 61-79.