



**DR MARC BERNA**

## L'INTÉGRATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PASSERA PAR LA DÉFINITION DU PARCOURS DU PATIENT

INTERVIEW DU DR MARC BERNA, DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN (HRS)

Rencontre avec un médecin au cursus complet et varié, pleinement préparé à sa fonction de manager et animé par la volonté d'améliorer l'organisation de l'hôpital et des soins de santé. Son crédo: un système de santé moderne centré sur le patient, digitalisé et intégré.

**A priori, les études de médecine ne prédisposent pas à une fonction de directeur général d'un hôpital. Pourquoi ce choix? Quels sont vos objectifs? Que voulez-vous changer ou améliorer?**

Pour être directeur général d'un hôpital au Luxembourg, il faut être médecin. C'est une obligation légale. Les études de médecine ne préparent pas à une fonction de direction mais le cursus peut être complexe. Dans mon cas, parallèlement à mes études de médecine, j'ai suivi une formation en sciences, et plus particulièrement en pharmacologie et en biologie moléculaire. Ensuite, je me suis intéressé à la pédagogie médicale suivie d'études post-doctorales aux États-Unis. Et enfin, j'ai suivi des formations en gestion hospitalière et en systèmes de santé qui m'ont préparé plus particulièrement au poste que j'occupe aujourd'hui.

Pendant plus de 20 ans, j'ai traité des patients et, comme tout médecin, j'ai cherché à obtenir les meilleurs résultats pour ces patients. En poursuivant ce but, vous vous apercevez qu'il y a des choses qui fonctionnent et d'autres qui fonctionnent moins bien parce que l'organisation est perfectible. Et c'est ce qui m'a poussé à essayer d'influencer ce volet organisationnel en postulant tout d'abord pour une fonction dans la direction médicale que j'ai occupée pendant 7 ans.

La crise du Covid m'a donné l'opportunité d'exercer un rôle informel de leadership en m'occupant de l'organisation médicale de la prise en charge des patients au sein de l'hôpital. Nous ne savions pas à quoi nous attendre, combien de patients nous allions avoir à traiter. On devait donc imaginer une organisation flexible. La première décision a été de réserver un service pour les patients Covid. Du point de vue des médecins, il a été tout de suite évident que les pneumologues n'étaient pas assez nombreux et qu'il fallait impliquer d'autres spécialistes. Nous avons réalisé des groupes de médecins qui allaient s'occuper du service en les faisant travailler les uns le matin, les autres l'après-midi et d'autres encore la nuit. La présence durant la nuit n'est pas une habitude, il a fallu convaincre, et au bout du compte, les résultats étaient meilleurs

**À la FHL, nous pensons que, pour les médecins intéressés par l'enseignement, la recherche, la gestion hospitalière, il faudrait donner des contrats qui couvriraient ce genre d'activités.**

que ceux auxquels on s'attendait. Cela a été pour moi le facteur déclenchant pour me lancer plus avant dans un rôle organisationnel.

À l'avenir, nous devons aller vers une organisation moderne basée sur 3 éléments fondamentaux:

- **Le patient doit être au centre du système:** l'organisation doit être totalement orientée vers le patient et nous devons dépasser les intérêts particuliers des groupements d'influence;
- **La digitalisation:** nous devons maîtriser nos données et en améliorer la quantité et la qualité. La digitalisation est le seul moyen de mesurer ce que nous faisons en termes de quantité et de qualité. Ces données doivent circuler librement et accompagner le patient à travers le système de santé. Dans ce contexte, le dossier de soins partagés (DSP) ou tout autre outil de partage d'information est crucial;
- **L'intégration du système de santé:** l'agencement entre les soins primaires, secondaires et tertiaires n'est pas optimal. Il faut définir le parcours du patient et les rôles des uns et des autres dans ce parcours. Plein d'aspects sont perfectibles comme les délais d'attente pour les soins spécialisés, les lettres de sortie de l'hôpital, le suivi médicamenteux.... Nous devons mieux contrôler

les interfaces avec les soins primaires et améliorer la collaboration avec les généralistes. L'information sur le patient doit s'améliorer de l'hôpital vers le généraliste et inversement.

**Du point de vue organisationnel, qu'avez-vous tiré comme enseignement de la crise sanitaire pour les HRS?**

J'en retiens la résilience du système de santé, le professionnalisme et la collégialité. C'est ce qui nous a permis de faire face tous ensemble à une situation inconnue. Professionnalisme et collégialité nous ont permis de nous organiser, d'acquérir et de partager de nouvelles connaissances. Et finalement de rédiger des pratiques internes à l'hôpital puisque nous ne pouvions pas nous baser sur un consensus.

Un autre point important dans cette situation inédite a été la créativité avec, par exemple, l'achat de machines pour la production de masques chirurgicaux et ensuite FFP2, ce qui nous assurait une certaine autonomie.

La crise a aussi augmenté la collaboration entre les hôpitaux, et cette entraide doit perdurer.

**Le 19 avril, vous avez inauguré le nouveau Medical Training Center (MTC), un outil de formation continue pour les chirurgiens. Avez-vous des projets pour élargir la formation continue à d'autres spécialités?**

Le but initial du MTC était la formation tertiaire des chirurgiens de la main et autres orthopédistes. C'est une plateforme qui permet de simuler des salles opératoires ou interventionnelles, et elle pourrait être utilisée par d'autres spécialités comme les gastro-entérologues, les neurologues, les ORL...

Le facteur limitant est la réglementation qui nous empêche de travailler avec des corps humains entiers ou des animaux vivants. C'est pourquoi nous avons établi des liens avec l'université de Strasbourg qui a sur son campus l'Institut de Recherche Contre les Cancers de l'Appareil Digestif (IRCAD). Ce dernier est aussi un centre de formation en chirurgie mini-invasive. Et là on peut travailler sur des animaux vivants, et ils bénéficient de 3 salles de 35 places.

Sans aspirer à une telle dimension, le MTC reste une offre unique au Luxembourg et est très utilisé par les orthopédistes et chirurgiens de la main. Pour ce dernier domaine, des formations au niveau européen y sont organisées. Nous sommes également prêts à ouvrir le MTC à d'autres hôpitaux ainsi qu'à l'université.

**Le Prostatakarzinomzentrum (PKZ) est reconnu comme un centre de compétence, avez-vous l'intention de faire des démarches afin d'obtenir cette reconnaissance pour d'autres services?**

Au sein de l'Institut National du Cancer (INC), nous avons pensé que le modèle le plus flexible de certification en oncologie était le modèle allemand. Les critères sont élaborés par la *Deutsche Krebsgesellschaft* (DKG), qui évalue le service ainsi que le réseau comme les résultats histologiques, la radiothérapie et l'anatomie pathologique, et attribue le certificat *Onkozert* à l'ensemble des intervenants. C'est cette voie que les urologues des HRS ont suivie, de leur propre initiative, pour le PKZ et ce, avant la mise en œuvre du modèle de la DKG. Toutes les certifications en oncologie vont se faire dans ce modèle, et il y aura d'autres certifications aux HRS, notamment pour le cancer colorectal et le cancer du sein.

Il y a également un programme européen de 2 ans appelé *Joint Action CraNE* dans lequel est prévue la création d'un réseau de compétences au Luxembourg pour traiter les cancers broncho-pulmonaires. Les HRS vont évidemment participer à ce réseau avec notre importante activité de chirurgie thoracique sur le site de la ZithaKlinik. À mon avis, nous devrions appliquer ce système de réseau de compétences à d'autres pathologies courantes traitées dans les différents hôpitaux. Si tout le monde joue le jeu, c'est possible et cela pourrait peut-être éviter des transferts de patients à l'étranger.

**Pensez-vous qu'une activité médicale uniquement libérale est un frein pour développer d'autres compétences comme l'enseignement, la recherche...?**

Aux HRS, nous avons déjà des médecins motivés qui participent à des études mais, effectivement, le cadre actuel n'incite pas

à aller dans cette direction. À la FHL, nous pensons que, pour les médecins intéressés par l'enseignement, la recherche, la gestion hospitalière, il faudrait donner des contrats qui couvriraient ce genre d'activités. Pour la gestion hospitalière, je suis persuadé que nous avons besoin de plus d'implication médicale. Aux HRS, nous avons 27 médecins, appelés médecins référents, qui ont des contrats de consultation. Ils s'occupent de la gestion journalière et de projets émanant de leur spécialité et font remonter les idées venant du terrain. C'est un début pour définir un cadre légal pour des médecins intéressés par l'enseignement, la recherche, la gestion hospitalière.

**Avec le développement du concept de patient-partenaire, on parle de plus en plus de rémunération en fonction des résultats et non plus en fonction des actes. Pensez-vous que les médecins des HRS sont ouverts à ce changement?**

L'idée d'une médecine basée sur le principe de *pay for performance* ou *value-based* est une bonne idée. Il s'agit, d'une part, de mesurer ce qu'apporte une intervention médicale ou autre en termes de qualité de vie pour le patient et, d'autre part, de regarder ce que cela coûte et de mettre les deux en relation. Je crois que c'est fondamentalement correct d'agir de la sorte. Nous devons maintenant réfléchir à la manière d'intégrer progressivement cette approche dans notre système de santé. Certains pays ont déjà avancé dans cette direction, comme le Portugal, qui gère par exemple la chirurgie de la cataracte de cette façon. Nous ne pouvons plus nous contenter de faire des actes, nous devons apporter de la valeur à nos patients. Si on explique les choses de cette façon, peu de médecins vont s'y opposer. C'est nouveau, et je pense que le régulateur doit prendre ses responsabilités et montrer la direction dans laquelle nous devons aller. J'ai le sentiment que cela viendra. On a vu sur d'autres dossiers, comme la digitalisation et les gardes et astreintes, que durant les 2 dernières années le politique a eu le courage de prendre des décisions alors que cela faisait des années que ces dossiers restaient en suspens. ■



**20 - 22 SEPTEMBRE 2023**

*Vous faites partie du comité scientifique de la Healthcare Week, qui se déroulera en septembre. Qu'attendez-vous comme retombées concrètes pour les HRS?*

**Le point le plus important de la Healthcare Week est le réseautage au niveau de la Grande région. Le but est d'échanger sur les grands défis de nos systèmes de santé, de voir comment les éléments d'un système de santé moderne sont mis en œuvre dans d'autres régions, de s'inspirer les uns des autres et d'en tirer des conclusions pour notre système. L'objectif est de faire participer un maximum de professionnels de chez nous (médecins, soignants, administratifs...) et de les mettre en contact avec des experts de la Grande région.**

**Le programme scientifique est conséquent avec des experts internationaux renommés comme le professeur Rifat Atun, directeur du Health Systems Innovation Lab à Harvard, qui est l'un des grands intellectuels derrière le concept de *value-based healthcare*.**

**Je suis convaincu que ce programme scientifique et le concept de la Healthcare Week vont attirer du monde. ■**