

EDITORIAL

Whither the specialist hospital?

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i8.1

Lindsay Edouard

Editor, African Journal of Reproductive Health, Port Louis, Mauritius

***For Correspondence:** Email: *soranae@gmail.com*

Clinical developments during the nineteenth century having convinced the public of the value of medical specialisation, the concept of the specialist hospital became so popular as to unduly influence the delivery of health care. However, scientific progress after World War II led to an emphasis on a multidisciplinary approach with a major reversal in policy-formulation pertaining to capital building for medical services. Mega hospitals now encompass a comprehensive range of specialties thereby facilitating clinical referrals and research besides community care. As a result, the value of the stand-alone specialist hospital should be reviewed in the context of health service planning.

Institutional care

Early hospitals found their justification in social reasons for accommodating the deprived and destitutes.¹ Charitable, specially faith-based, organisations were committed to these endeavours before the sixteenth century as still exemplified by hospitals such as Saint Bartholomew's in London and the Hôtel Dieu in both Paris and Beaune. With medical advances during the midnineteenth century,² there was a wave for creating specialist hospitals targeting population groups, diseases and organs in London. The Soho Hospital for Women aimed at "the treatment of those maladies which neither rank, nor wealth, nor character can avert from the female sex". Now referring to itself as the "national bowel hospital", St Mark's Hospital was founded as the "Infirmery for the relief of the poor afflicted with fistula and other diseases of the rectum". To avoid contagion from infectious diseases, certain hospitals were sited away from urban areas: the lazarette for leprosy besides the sanatorium for tuberculosis that was treated with open-air management in extensive grounds until the introduction of inpatient chemotherapy.

Hospitals in the public sector are complemented by those in the private sector,³ whether voluntary or for-profit. Besides, there are interactions with other aspects of health care specially in the informal sector.⁴ Crucial for referral in primary health care,^{5,6} hospitals absorb the

largest component of health expenditure and, as a result, subject to scrutiny for resource allocation at ministry level.⁷

What's in a name?

From their humble origins in deprived urban neighbourhoods and rural areas, health facilities served specific purposes. The cottage hospital enabled motivated general practitioners to provide inpatient care for the convenience of rural residents as opposed to the general hospital, often known as an infirmary, providing comprehensive care in cities.¹

A panoply of terms has been used to designate health service delivery points often providing some form of hospital care: community hospital, day-care hospital, health centre, mediclinic, medical centre and outpatient hospital for ambulatory surgery. Operative techniques were developed for procedures to be carried out in one of the above facilities thereby avoiding the inconvenience of an overnight hospital stay.

Integrated services

Medical progress during the last few decades having demonstrated the value of collaboration between clinical disciplines for improving the quality of care, there is no better place than the hospital for these interactions to occur. Local considerations based on service utilisation, and drawing upon epidemiological data and management indicators should ideally determine the siting and extent of functions besides referral, mix of services and tasks to be carried out at each level.⁸

The district hospital serves as the first-level for referral in primary health care whereas regional and national hospitals have roles at higher levels of the system. Visits by hospital specialists to health centres contribute towards on-the-job training of staff and satisfaction of patients besides getting those specialists to experience what goes on at the periphery.⁹ Research and teaching should be incorporated whenever possible in hospital activities.¹⁰ Being at the tertiary level,

teaching hospitals have specific roles for the provision of specialist services besides training.

Misuse of facilities should be avoided at higher levels, such as tertiary hospitals, for services that could easily be provided at lower levels. On the other hand, a facility offering only the services of a health centre is sometimes officially designated as a hospital merely for pleasing the whims of a community insisting upon having the prestige of such an institution in its midst.

Reproductive health

Reproductive health features unusual facets for the provision of services. Inherently operating at the primary health care level, it is active at the hospital level for referral services for specialist procedures specially in departments of obstetrics and gynaecology, sexual medicine and paediatrics. Besides, it largely depends on integrated services whether for maternal and child care, contraception and HIV control.

With the unpredictable risk of sudden complications during home delivery, the maternity hospital fulfilled an important role. On the other hand, social values led to freestanding hospitals. From the midnineteenth century in London, the Chelsea Hospital for Women and Great Ormond Street Hospital for Children served as models for stand-alone facilities for the provision of dedicated inpatient specialist services. Their excellent tertiary care led to the replication of their service model in various jurisdictions, including overseas. On the other hand, there was already a movement towards integrated services as exemplified by the Royal Waterloo Hospital for Women and Children.¹¹

With scientific progress after World War II, clinical medicine became much more multidisciplinary and modern hospitals were much bigger to incorporate all specialties. As a result, there was less emphasis on the value of the specialist hospital but well-established networks of specialist hospitals have been quite effective in justifying their existence in industrialised countries.¹² The availability of private voluntary contributions, specially from commercial ventures, has enabled the survival of those specialist hospitals, a situation that is hardly replicable today in developing countries where such resources do not abound.

The proximity of different teams on the same site has advantages. Big steps forward in hormonal research led to closer collaboration between medical endocrinologists and gynaecologists that benefited services for paediatric endocrinology besides contraceptive research and development. Concurrently, there were opportunities for interdisciplinary activities whether clinical encounters on wards, outpatient consultations or casual conversations in corridors.

The future

Over the last few decades, health services have undergone major changes with a different balance between hospital and community care besides recognition of the differential role of institution and family. Health reform has paid much importance to studies of hospitals activities, specially in view of their large share of the health budget.

Acknowledging that numerous tasks are so specialised as to necessitate tertiary care involving subspecialists, the role of university hospitals should be considered. As part of health reform, mergers involving large hospitals can be difficult.¹³ Admittedly, the challenge is to accommodate the special non-medical needs of women and children within modern care, a prime example being stays of a parent when a child is admitted for inpatient care.

The plight of vulnerable groups, such as women, mothers and children, appealing to public sympathy, related institution-building can be a crucial part of a political strategy to garner votes at subsequent elections. However it would be difficult to provide optimum care as exemplified by the deficient sexual and reproductive health services for adolescents in paediatric hospitals through alignment for the provision of comprehensive services.¹⁴ Upon countering such politically-motivated initiatives to build specialist hospitals, health planners have the professional duty to use an evidence-based approach for decision-making instead of kowtowing to politicians. Finally, those who care for women and children should be thriving for their wellbeing through seamless care instead of stand-alone hospitals with names for eye-wash.

Conflict of Interest: None

References

1. Cule J. A doctor for the people. London: Update Books, 1980: 107-111.
2. Osler W. An address on the medical clinic: a retrospect and a forecast. *Br Med J* 1914; 1: 10-16.
3. Pollock AM, Shaoul J, Vickers N. Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? *BMJ* 2002; 324: 1205-1209.
4. Davies O. Cuning-folk in the medical market-place during the nineteenth century. *Med Hist* 1999; 43: 55-73.
5. King M. Medical care in developing countries. Nairobi: Oxford University Press, 1966.
6. World Health Organization. Hospitals and health for all. Report of a WHO Expert Committee on the role of hospitals at the first referral level. Technical Report Series 744. Geneva: World Health Organization, 1987.
7. Paine LHW, Siem Tjam F. Hospitals and the health care revolution. Geneva: World Health Organization, 1988.

8. Barnum H, Kutzin J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993: 270-271, 281-284, 287-288.
9. Guindo G, Dubourg D, Marshall B, Blaise P, Brouwere VD. Measuring unmet obstetric need at district level: how an epidemiological tool can affect health service organization and delivery. *Health Policy Plann* 2004; 19(Suppl 1): i87-i97.
10. Stiglitz JE. Scrooge and intellectual property rights. *BMJ* 2006; 333: 1279-1280.
11. Anonymous. The Royal Waterloo Hospital for Women and Children. *Hospital* 1903; 35: 89-90.
12. Casimir G. Why children's hospitals are unique and so essential. *Front Pediatr* 2019; 7: 305.
13. Jellinek M. Clinical integration of Massachusetts General and Brigham and Women's Hospitals: a difficult cultural bridge. *Acad Med* 2025; wvaf109.
14. Golub SA, Roberts A, McCarty C et al. Availability of inpatient sexual and reproductive health services at US children's hospitals. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2025; 38: 572-577.

ÉDITORIAL

Où est passé l'hôpital spécialisé?

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i8.1

Lindsay Edouard

Editor, African Journal of Reproductive Health, Port Louis, Mauritius

Pour toute correspondance: Courriel : soranae@gmail.com

Les progrès cliniques du XIX^e siècle ayant convaincu le public de la valeur de la spécialisation médicale, le concept d'hôpital spécialisé connut une telle popularité qu'il influença indûment l'organisation des soins de santé. Cependant, les avancées scientifiques de l'après-Second Guerre mondiale mirent l'accent sur une approche multidisciplinaire, entraînant un changement majeur dans les politiques d'investissement dans les services médicaux. Les grands hôpitaux regroupent désormais un large éventail de spécialités, facilitant ainsi les consultations et la recherche, en plus des soins de proximité. De ce fait, la pertinence de l'hôpital spécialisé indépendant doit être réévaluée dans le cadre de la planification des services de santé.

Soins institutionnels

Les premiers hôpitaux se justifiaient par des raisons sociales, notamment l'accueil des personnes démunies et indigentes.¹ Des organisations caritatives, en particulier confessionnelles, s'étaient engagées dans cette voie avant le XVI^e siècle, comme en témoignent encore aujourd'hui des hôpitaux tels que Saint-Barthélemy à Londres et l'Hôtel-Dieu à Paris et à Beaune. Avec les progrès médicaux du milieu du XIX^e siècle,² on assista à un engouement pour la création d'hôpitaux spécialisés ciblant des groupes de population, des maladies ou des organes spécifiques à Londres. L'hôpital Soho pour femmes visait à « traiter les maladies que ni le rang social, ni la richesse, ni le caractère ne peuvent préserver les femmes ». Se présentant désormais comme « l'hôpital national des maladies intestinales », l'hôpital St Mark's fut fondé comme « infirmerie pour le soulagement des pauvres atteints de fistule et autres maladies du rectum ». Afin d'éviter la contagion des maladies infectieuses, certains hôpitaux furent situés à l'écart des zones urbaines : le lazaret pour la lèpre, ainsi que le sanatorium pour la tuberculose, où les patients étaient soignés en plein air sur de vastes terrains jusqu'à l'introduction de la chimiothérapie en milieu hospitalier.

Les hôpitaux du secteur public sont complétés par ceux du secteur privé,³ qu'ils soient associatifs ou à but lucratif. Par ailleurs, des interactions existent avec d'autres aspects des soins de santé, notamment dans le secteur informel⁴. Essentiels pour l'orientation des patients en soins de santé primaires^{5,6}, les hôpitaux absorbent la part la plus importante des dépenses de santé et, de ce fait, font l'objet d'un examen attentif de l'allocation des ressources au niveau ministériel⁷.

Qu'y a-t-il dans un nom ?

Depuis leurs modestes débuts dans les quartiers urbains défavorisés et les zones rurales, les établissements de santé répondaient à des besoins spécifiques. L'hôpital de proximité permettait aux médecins généralistes motivés de prodiguer des soins hospitaliers pour la commodité des résidents ruraux, contrairement à l'hôpital général, souvent appelé infirmerie, qui offrait des soins complets dans les villes.¹ Une multitude de termes ont été utilisés pour désigner les points de prestation de services de santé, offrant souvent une forme de soins hospitaliers : hôpital communautaire, hôpital de jour, centre de santé, clinique médicale, centre médical et hôpital de chirurgie ambulatoire. Des techniques opératoires ont été mises au point pour que les interventions puissent être réalisées dans l'un de ces établissements, évitant ainsi les inconvénients d'une hospitalisation de nuit.

Services intégrés

Les progrès médicaux des dernières décennies ayant démontré l'importance de la collaboration entre les disciplines cliniques pour améliorer la qualité des soins, l'hôpital demeure le lieu privilégié pour ces interactions. Les considérations locales, fondées sur l'utilisation des services et s'appuyant sur des données épidémiologiques et des indicateurs de gestion, devraient idéalement déterminer l'emplacement et l'étendue des fonctions, outre l'orientation des patients, la combinaison des services et les tâches à accomplir à chaque niveau.⁸

L'hôpital de district constitue le premier niveau d'orientation en soins de santé primaires, tandis que les hôpitaux régionaux et nationaux jouent un rôle aux niveaux supérieurs du système.

Les visites des spécialistes hospitaliers dans les centres de santé contribuent à la formation continue du personnel et à la satisfaction des patients, tout en permettant à ces spécialistes de se familiariser avec la réalité du terrain.⁹ La recherche et l'enseignement devraient être intégrés autant que possible aux activités hospitalières.¹⁰ L'hôpital de niveau tertiaire joue un rôle essentiel.

Outre la formation, les hôpitaux universitaires ont des rôles spécifiques en matière de prestation de services spécialisés.

Il convient d'éviter le détournement des infrastructures dans les établissements de niveau supérieur, tels que les hôpitaux de référence, pour des services qui pourraient facilement être assurés à des niveaux inférieurs. Par ailleurs, il arrive qu'un établissement offrant uniquement les services d'un centre de santé soit officiellement désigné comme hôpital, simplement pour satisfaire les caprices d'une communauté désireuse de bénéficier du prestige d'une telle institution.

Santé reproductive

La santé reproductive présente des particularités en matière de prestation de services. Intrinsèquement présente au niveau des soins de santé primaires, elle intervient également au niveau hospitalier pour l'orientation vers des services spécialisés, notamment en obstétrique-gynécologie, en médecine sexuelle et en pédiatrie. De plus, elle repose largement sur des services intégrés, qu'il s'agisse des soins maternels et infantiles, de la contraception ou de la lutte contre le VIH.

Face au risque imprévisible de complications soudaines lors des accouchements à domicile, la maternité a joué un rôle essentiel. Par ailleurs, les valeurs sociales ont favorisé la création d'hôpitaux indépendants. À partir du milieu du XIX^e siècle à Londres, l'hôpital Chelsea pour femmes et l'hôpital Great Ormond Street pour enfants ont servi de modèles d'établissements autonomes offrant des services spécialisés en hospitalisation. L'excellence de leurs soins tertiaires a conduit à la reproduction de leur modèle dans divers pays, y compris à l'étranger. Parallèlement, un mouvement vers des services intégrés se dessinait déjà, comme en témoigne l'hôpital Royal Waterloo pour femmes et enfants.¹¹ Avec les progrès scientifiques de l'après-Deuxième Guerre mondiale, la médecine clinique est devenue beaucoup plus multidisciplinaire et les

hôpitaux modernes, bien plus vastes, ont intégré toutes les spécialités. De ce fait, l'importance accordée à l'hôpital spécialisé a diminué, mais les réseaux bien établis d'hôpitaux spécialisés ont su justifier leur existence dans les pays industrialisés.¹² La disponibilité de contributions privées volontaires, notamment d'entreprises commerciales, a permis la pérennité de ces hôpitaux spécialisés, une situation difficilement reproductible aujourd'hui dans les pays en développement où ces ressources sont rares.

La proximité des différentes équipes sur un même site présente des avantages. Les progrès considérables réalisés dans la recherche hormonale ont permis un renforcement de la collaboration entre endocrinologues et gynécologues, ce qui a amélioré les services d'endocrinologie pédiatrique ainsi que la recherche et le développement de contraceptifs. Parallèlement, des opportunités d'activités interdisciplinaires se sont présentées, que ce soit lors des consultations en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Consultations ou conversations informelles dans les couloirs.

L'avenir

Ces dernières décennies, les services de santé ont connu des transformations majeures, avec un rééquilibrage entre soins hospitaliers et soins communautaires, ainsi qu'une reconnaissance du rôle différencié de l'institution et de la famille. La réforme du système de santé a accordé une grande importance aux études sur les activités hospitalières, notamment compte tenu de leur part importante dans le budget de la santé.

Reconnaissant que de nombreuses tâches sont si spécialisées qu'elles nécessitent des soins tertiaires impliquant des surspécialistes, le rôle des centres hospitaliers universitaires doit être pris en compte. Dans le cadre de la réforme du système de santé, les fusions impliquant de grands hôpitaux peuvent s'avérer complexes.¹³ Il est indéniable que le défi consiste à intégrer les besoins non médicaux spécifiques des femmes et des enfants dans les soins modernes, comme par exemple la possibilité pour un parent d'accompagner son enfant lors d'une hospitalisation. La situation difficile des groupes vulnérables, tels que les femmes, les mères et les enfants, qui suscite la compassion du public, et le renforcement des institutions qui en découle peuvent constituer un élément crucial d'une stratégie politique visant à obtenir des voix lors des élections suivantes. Toutefois, il serait difficile d'assurer des soins optimaux, comme en témoignent les carences des services de santé sexuelle et reproductive pour adolescents dans les hôpitaux pédiatriques, en raison d'une harmonisation des

services.¹⁴ Face à de telles initiatives à motivation politique visant à construire des hôpitaux spécialisés, les planificateurs de la santé ont le devoir professionnel de fonder leurs décisions sur des données probantes plutôt que de céder aux pressions politiques. Enfin, les professionnels de la santé qui prennent soin des femmes et des enfants devraient œuvrer pour leur bien-être grâce à une prise en charge intégrée, et non dans des hôpitaux isolés dont l'appellation n'est qu'un leurre.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

1. Cule J. Un médecin pour le peuple. Londres : Update Books, 1980 : 107-111.
2. Osler W. Discours sur la clinique médicale : rétrospective et perspectives. *Br Med J* 1914 ; 1 : 10-16.
3. Pollock AM, Shaoul J, Vickers N. Financement privé et « rapport qualité-prix » dans les hôpitaux du NHS : une politique en quête de justification ? *BMJ* 2002 ; 324 : 1205-1209.
4. Davies O. Les pratiques douteuses sur le marché médical au XIXe siècle. *Med Hist* 1999 ; 43 : 55-73.
5. King M. Les soins médicaux dans les pays en développement. Nairobi : Oxford University Press, 1966.
6. Organisation mondiale de la Santé. Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours. Série de rapports techniques 744. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1987.
7. Paine LHW, Siem Tjam F. Les hôpitaux et la révolution des soins de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1988.
8. Barnum H, Kutzin J. Les hôpitaux publics dans les pays en développement : utilisation des ressources, coûts, financement. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1993 : 270-271, 281-284, 287-288.
9. Guindo G, Dubourg D, Marshall B, Blaise P, Brouwere VD. Mesurer les besoins obstétricaux non satisfaits au niveau du district : comment un outil épidémiologique peut influencer l'organisation et la prestation des services de santé. *Health Policy Plann* 2004 ; 19 (Suppl. 1) : i87-i97.
10. Stiglitz JE. Scrooge et les droits de propriété intellectuelle. *BMJ* 2006 ; 333 : 1279-1280.
11. Anonyme. L'hôpital Royal Waterloo pour femmes et enfants. *Hospital* 1903 ; 35 : 89-90.
12. Casimir G. Pourquoi les hôpitaux pour enfants sont uniques et si essentiels. *Front Pediatr* 2019 ; 7 : 305.
13. Jellinek M. Intégration clinique des hôpitaux Massachusetts General et Brigham and Women's : un pont culturel difficile à franchir. *Acad Med* 2025 ; wvaf109.
14. Golub SA, Roberts A, McCarty C et al. Disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive en hospitalisation dans les hôpitaux pour enfants américains. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2025 ; 38 : 572-577.