

ANALYSE

Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ?

Le chef de l'État a fixé à tous les hôpitaux publics un objectif de retour à l'équilibre financier d'ici à 2012. Cette perspective impose une forte contrainte d'efficience aux établissements hospitaliers, en particulier aux grands centres comme ceux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette contrainte sera exacerbée par la nécessité de s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population (vieillesse, augmentation des pathologies chroniques, démographie médicale en baisse).

Le plan Hôpital 2012 lancé en 2007 ainsi que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 s'inscrivent déjà dans cette recherche d'efficience accrue. On est fondé à penser qu'ils ne seront pas suffisants au vu des contraintes qui pèsent sur les hôpitaux. Des travaux sur les évolutions françaises passées et des expériences menées à l'étranger dessinent cependant des pistes. La redéfinition du périmètre de l'hôpital et l'évitement des hospitalisations non pertinentes (développement des alternatives à l'hospitalisation, du secteur médicosocial, meilleure régulation des urgences) ainsi qu'une conduite raisonnée des recompositions hospitalières permettraient de conjuguer qualité des soins et économies.

Ces éléments mériteraient d'être confortés par des études et données complémentaires.

Sur le plan organisationnel, même s'il est encore tôt pour identifier l'impact des réformes récemment engagées sur l'efficience, on pourrait :

- *déterminer le mode de développement souhaité pour la chirurgie ambulatoire ;*
- *améliorer la permanence des soins (par exemple en encourageant la pratique de l'exercice regroupé des professionnels de santé) afin de désengorger les urgences hospitalières ;*
- *mettre en place des outils de pilotage des recompositions hospitalières*
- *conditionner la conduite des fusions hospitalières à l'existence d'un projet médical fort et explicite ;*
- *préciser les conditions de coordinations entre les ARS et les Conseils généraux dans le domaine médicosocial ;*
- *encourager le développement à l'hôpital de modes d'organisation accueillants pour les personnes âgées.*

En dépit de certaines disparités, le secteur hospitalier occupe dans tous les pays européens une place prédominante au sein des dépenses de santé¹. À ce titre, les efforts publics de rationalisation de la

¹ En 2008, les dépenses hospitalières représentaient en France 44,1 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et 3,6 % du PIB, avec 75,2 milliards d'euros, ce qui en faisait le premier poste de dépenses devant les soins ambulatoires (27,5 %) – les soins aux personnes âgées en établissement de soins de longue durée ne sont pas comptabilisés. La croissance totale des dépenses de ce secteur a été de 3,7 % en valeur et 1,6 % en volume en 2008. L'objectif national des dépenses hospitalières pour 2010 s'élève à 71,2 milliards d'euros. En raison de ce poids important des dépenses hospitalières dans la consommation de soins, ce sont les soins hospitaliers qui régulièrement contribuent le plus à la croissance en valeur de la dépense de santé. La CSBM, qui représentait 170,5 milliards d'euros en 2008 (8,7 % du PIB), comptabilise les dépenses engagées pour traiter une perturbation provisoire de l'état de santé. Cet agrégat comprend les soins hospitaliers et ambulatoires, la consommation de médicaments, les transports sanitaires et les autres biens médicaux (poste hétérogène comprenant notamment prothèses, optique, petit matériel et pansements). Il s'agit de l'agrégat des Comptes de la santé le plus couramment utilisée pour mesurer les dépenses de santé.

dépense de santé se sont logiquement concentrés sur l'hôpital, depuis le milieu des années 1990 en France, plus précocement dans d'autres pays.

Un premier bilan de quinze années de réformes atteste, dans notre pays, d'une réduction des capacités hospitalières et d'une baisse relative des dépenses hospitalières dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)². La France est ainsi passée de 4,6 lits de soins aigus pour 1 000 habitants en 1995 à 3,6 pour 1 000 en 2007. Les dépenses hospitalières, quant à elles, représentaient 49,6 % de la CSBM en 1995 (environ 50 milliards d'euros) contre 44,1 % en 2008 (environ 75 milliards d'euros).

Aujourd'hui, y a-t-il encore des opportunités de gains d'efficacité pour l'hôpital qui ne compromettent pas la qualité des soins ? Les diagnostics divergent. Certains observateurs soulignent que d'importants gains de productivité (attestés notamment par la baisse des durées d'hospitalisation) ont déjà été dégagés et que le « curseur » aurait été poussé trop loin dans cette direction, au regard de la faible régulation de la médecine de ville. Alors que les prévisions tablent sur une progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) inférieure à 3 % pour les années à venir³, les représentants de l'hospitalisation publique estiment que les hôpitaux seront contraints à de fortes suppressions de postes pour équilibrer leurs budgets⁴. D'autres invoquent au contraire des potentialités de rationalisation, à rechercher notamment dans des réformes organisationnelles⁵.

Quelles fonctions assurera l'hôpital dans la prise en charge globale (réorganisation du système de soins) des patients d'ici à 2020 ou 2030 ? Comment ces fonctions vont-elles évoluer au regard des tendances démographiques, épidémiologiques et technologiques en cours ? Cette note présente quelques pistes, sans oublier, naturellement, qu'améliorer la productivité des établissements de santé suppose de prendre en considération la spécificité des services publics non marchands, et notamment leur rôle social.

Recentrer l'hôpital sur son cœur de mission

La France s'est engagée tardivement dans la dynamique européenne de réduction du nombre de lits

À chaque lit d'hôpital s'attache un équipement de haute technicité, par conséquent coûteux, à n'utiliser qu'en cas de stricte nécessité. **De quelles capacités hospitalières, et en particulier de combien de lits d'hôpitaux, a-t-on et aura-t-on besoin ?** Les éléments de réponse relèvent en premier lieu de variables structurelles, démographiques et épidémiologiques. Mais les besoins en capacités hospitalières dépendent également de l'usage qui est fait des lits et du développement des prises en charge alternatives, deux variables sur lesquelles les politiques de santé ont pris. Les leviers d'amélioration de la productivité résident dans la réduction des hospitalisations non pertinentes et des entrées inadaptées par les urgences ainsi que dans des solutions de prise en charge plus légères.

Ainsi, la majorité des pays européens **ont réduit leur nombre de lits d'hospitalisation** (celui-ci passant en moyenne de 6 lits pour 1 000 habitants à 3,8 pour 1 000 entre 1980 et 2007 dans les pays de l'OCDE) **et leurs durées de séjours** (qui passent de 8,7 jours en soins aigus en moyenne en 1995 à 6,7 jours en 2007), **alors même que le nombre d'admissions à l'hôpital continuait d'augmenter**. Les comparaisons internationales montrent cependant de **grandes disparités** dans le nombre de lits de soins aigus par personne⁶, ce qui traduit la mue plus ou moins rapide des systèmes de santé vers une politique d'ensemble privilégiant les soins primaires, l'ambulatoire et le maintien à domicile des patients âgés.

² Dans le cas de la France, l'impulsion principale a été donnée par les ordonnances de 1996, avec une régionalisation du financement et de l'activité des établissements, puis par le plan Hôpital 2007, qui a mis en place à partir de 2002 une nouvelle gouvernance hospitalière et instauré une tarification à l'activité (T2A ou paiement prospectif par cas introduit progressivement depuis 2004 avec un objectif de convergence des secteurs public et privé à l'horizon 2018). La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) approfondit cette dynamique de réformes, en renouvelant l'organisation territoriale du système de santé, l'organisation interne des établissements et l'exercice des missions de service public.

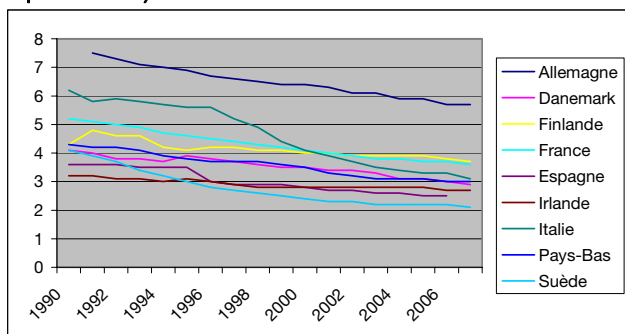
³ Le président de la République a annoncé à l'issue de la deuxième conférence sur les déficits, le 20 mai 2010, que l'Ondam serait fixé à 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012 (contre 3 % en 2010).

⁴ « Des suppressions massives d'emplois sont à prévoir dans les hôpitaux avec une progression de l'Ondam inférieure à 3 %, selon la FHF », dépêche APM international du 21 mai 2010.

⁵ Dans son rapport de 2009 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a relevé des « disparités considérables » entre services hospitaliers ayant la même activité et considéré que les hôpitaux rencontrent « moins un problème de quantité de moyens que leur utilisation au bon endroit et au bon moment ».

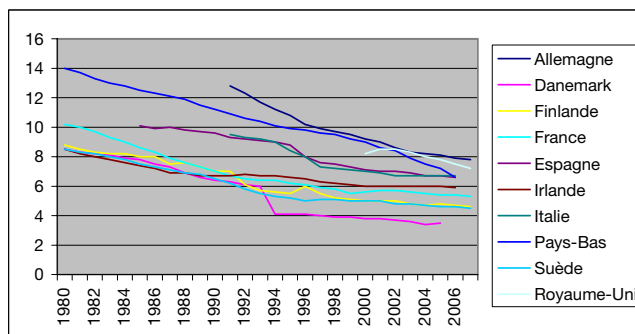
⁶ OCDE (2010), *Panorama de la santé 2009 – Les indicateurs de l'OCDE*.

Figure 1 : Évolution du nombre de lits de soins aigus entre 1990 et 2007 (nombre de lits pour 1000 personnes)



Source : ECO-SANTÉ OCDE 2009, juin 2009

Figure 2 : Évolution de la durée de séjour en hospitalisation aiguë entre 1980 et 2007 (en jours)



Éviter les entrées, favoriser les sorties : les leviers de rationalisation de l'utilisation des capacités hospitalières

Selon les études, encore parcellaires, l'hospitalisation évitable est estimée en France dans une fourchette allant en général de 15 % à 30 % ou même, dans certains cas, jusqu'à 70 %⁷.

Le premier levier à mettre en œuvre est d'**éviter l'entrée à l'hôpital** de patients qui pourraient ne pas y être obligés. La **constante augmentation du recours aux urgences, avec près de 18 millions de passages en 2008 contre 7 millions en 1986**, recouvre souvent l'arrivée de personnes qui n'ont pas d'abord eu recours au système de soins primaires. Cette évolution traduit des problèmes d'accès aux soins, avec un hôpital public fonctionnant comme dernier lieu d'accueil de populations précaires. Elle témoigne aussi d'une modification des représentations que les usagers ont du système de santé, des patients jeunes, actifs et éduqués voyant dans l'hôpital un « guichet de santé » permettant de ne pas attendre pour obtenir une consultation⁸. Il est donc impossible de penser l'hôpital déconnecté de son environnement et de la médecine ambulatoire : c'est un défaut dans l'accès aux soins ambulatoires qui draine vers les services d'urgence de l'hôpital une activité de médecine générale à laquelle ces services ne sont pas adaptés. Seule **une meilleure complémentarité entre la médecine de ville et l'hôpital** permettrait d'y remédier. La loi HPST a confié aux agences régionales de santé la mission d'assurer la permanence des soins, mais les évolutions de la démographie médicale et le caractère purement incitatif des mesures visant à aiguiller l'installation des médecins en fonction des besoins sanitaires compromettent cette perspective. Malgré tout, une amélioration peut être recherchée dans des modèles de gestion des soins non programmés, déjà développés par plusieurs pays européens. Ces modèles, destinés à désengorger les services d'urgence, reposent sur une meilleure distinction entre cas urgents et non urgents⁹. Ils passent par la mise en place d'un **numéro unique de filtre/triage** (la France dispose bien du 15, mais le standard souffre de saturation), de **l'adossement de maisons médicales de garde à l'hôpital**, d'installation de structures type **maisons de santé dans les zones sous-médicalisées**. Ces modèles fonctionnent d'autant mieux que la pratique regroupée des professionnels de santé et la délégation des tâches entre eux sont encouragées¹⁰, cette évolution semblant en adéquation avec les aspirations de la nouvelle génération de professionnels de santé, moins attirée par l'exercice libéral traditionnel. Les services d'urgences doivent aussi être soulagés grâce à un meilleur accès à l'aval (accord sur les lits devant être réservés aux urgences en priorité sur les hospitalisations programmées).

Le second levier est de permettre aux patients de **sortir rapidement de l'hôpital ou d'éviter d'être hospitalisés si une prise en charge plus légère est envisageable**. Dans les pays européens, le principal axe de réforme pour réduire le nombre de lits de soins aigus a consisté à développer des **alternatives à l'hospitalisation conventionnelle**. Ces dernières sont rendues possibles par les progrès techniques chirurgicaux et anesthésiques et l'hospitalisation de jour (de plus en plus utilisée, par exemple pour les dialyses ou la psychiatrie). Ces progrès ont favorisé le développement de la **chirurgie ambulatoire**, qui

⁷ Rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « le fonctionnement de l'hôpital ». Le rapport indique que le ministère de la santé a lancé une étude pour mieux appréhender les taux d'inadéquation et quantifier les impacts économiques.

⁸ Une étude du département d'épidémiologie du CHU de Rouen, portant sur quatre services d'urgences, interprète ce recours comme la demande d'une prise en charge ambulatoire rapide et souple, que seuls les services d'urgences seraient à même d'assurer.

⁹ Hartmann L., Ulmann P. et Rochemaux L. (2006), « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe », *Revue française des Affaires sociales*, n° 2-3.

¹⁰ En France, le principal obstacle au développement des maisons de santé est la difficulté qu'ont certains médecins à confier certains actes aux infirmiers, aides-soignants, etc. (pour des raisons de contenu de leur travail mais aussi de responsabilité juridique en cas d'accident).

consiste à admettre le patient à l'hôpital le jour même de l'intervention et à organiser sa sortie quelques heures après cette intervention (opérations programmées et non urgentes). **L'hospitalisation à domicile (HAD)** propose un système organisé entre l'hôpital et les soins de ville et permet d'assurer une hospitalisation au domicile du patient, afin de raccourcir voire d'éviter une hospitalisation MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) ou SSR (soins de suite ou de réadaptation). Outre un effet attendu sur les coûts, ce choix serait davantage conforme aux préférences des patients. La loi HPST a reconnu l'HAD comme une modalité d'hospitalisation à part entière¹¹ après que le ministère de la Santé l'avait déjà redéfinie en mai 2000 en l'élargissant à la prise en charge de patients très dépendants, pour pallier les insuffisances prévisibles des capacités d'hébergement en services de soins de longue durée.

Jusqu'à présent, les alternatives à l'hospitalisation ont été en France relativement peu explorées par rapport à d'autres pays européens. Le secteur qui a le plus évolué est celui de la psychiatrie, alors que les autres spécialités demeurent marquées par un certain « hospitalo-centrisme ». **Le mouvement, quoique modeste, est amorcé** : les capacités en hospitalisation complète ont diminué de 8,7 % entre 1998 et 2007 (de 489 000 à 446 500 lits¹²), pendant que les capacités d'hospitalisation partielle (+ 50 % entre 1998 et 2007, de 14 000 à 21 000 places) et à domicile (capacités multipliées par 1,7 depuis 2000 avec 6 700 places en 2006) augmentaient. La poursuite de cette dynamique est encouragée. Les incitations se montreraient efficaces, avec une augmentation des sorties le jour même pour les types de prises en charge visés¹³.

Néanmoins, même si elle opère un fort rattrapage depuis la fin des années 1990, **la France, classée 14^e des pays de l'OCDE, présente encore un important retard de développement de la chirurgie ambulatoire¹⁴**. Il a été estimé récemment que **80 % du champ de la chirurgie seraient potentiellement transférables en ambulatoire à horizon de 10 ans¹⁵**, ce qui conduirait à de nouvelles fermetures de lits d'hospitalisation complète, notamment dans le secteur public. Selon les projections de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux (Anap), si l'on prenait à terme en charge en ambulatoire 80 % des 5,2 millions d'interventions chirurgicales réalisées chaque année, **les besoins seraient ramenés, à nombre d'interventions chirurgicales constant, à :**

- 57 000 lits de chirurgie (contre 85 000 en 2008) ,
- entre 10 500 places (à raison de deux patients par jour par place) et 21 000 places de chirurgie ambulatoire (à raison d'un patient par jour par place) contre 11 600 places en 2008¹⁶.

Contourner l'hôpital, est-ce toujours faire des économies ?

Si les conséquences médicales de ces prises en charge alternatives sont bien documentées, que faut-il réellement en attendre en termes de réduction de coûts ? Sur ce point, nous manquons de données.¹⁷

Selon les revues de littérature effectuées sur différentes prises en charge, **le potentiel d'économies en ambulatoire se situerait entre 25 % et 68 % en comparaison avec une hospitalisation classique**, à condition qu'il y ait véritablement substitution entre les prises en charge et non cumul¹⁸. L'ampleur de la réduction des coûts dépend également des modes de développement de la chirurgie ambulatoire (dans les services d'hospitalisation classiques avec un bloc partagé ou dédié, au cabinet du médecin ou dans des structures autonomes).

¹¹ L'HAD est considérée par les établissements de santé comme une modalité d'exercice de leurs missions. Le domicile a été reconnu officiellement comme lieu de soins par la loi HPST.

¹² Avec également une restructuration interne, une baisse des lits de court séjour en MCO et une augmentation des lits de moyen séjour. Cf. Programme de qualité et d'efficacité (PQE) « maladie », annexé au Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010.

¹³ HCAAM, Note d'accompagnement de l'avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009. Dès 2005, le ministre de la Santé Xavier Bertrand, fixait un objectif de 15 000 places de HAD pour 2010 tandis que des incitations financières étaient mises en places pour favoriser le développement des capacités ambulatoires. La circulaire tarifaire 2008 traduit ainsi un rapprochement des tarifs des séjours d'hospitalisation complète et de ceux de séjours ambulatoires pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés sans but lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), avec des objectifs régionaux portant sur 15 groupes homogènes de malades (GHM)-cibles de la chirurgie ambulatoire.

¹⁴ Pour prendre l'exemple de la chirurgie de la cataracte (extraction du cristallin de l'œil pour le remplacer par un cristallin artificiel), la France effectue 62,9 % de ces actes en soins de jour en 2007 (contre 18,9 % en 1997) mais n'est classée qu'en 17^e position des pays de l'OCDE. OCDE (2010), *Panorama de la santé 2009 – Les indicateurs de l'OCDE*.

¹⁵ Voir Laurent Degos, président de la Haute autorité de santé (HAS), lors de son audition par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale le 28 janvier 2010.

¹⁶ Intervention de Gilles Bontemps, directeur associé à l'Anap, lors d'un colloque organisé en décembre 2009 à l'Assemblée nationale.

¹⁷ En 2009, le HCAAM souligne déjà cet état de fait : « aucune analyse rigoureuse n'a – à la connaissance du secrétariat du Conseil – été menée pour comparer ce coût [de l'HAD] à celui des autres formes de prise en charge auxquelles on aurait recouru en l'absence d'HAD. Faute de cette analyse, l'estimation d'éventuelles économies est impossible à établir. Cette lacune est particulièrement regrettable quand il s'agit de planifier le développement de l'HAD ».

¹⁸ Castoro C. et al. (2007), « Day surgery: Making it happen », *Policy Brief*, n° 12, OMS.

Concernant l'hospitalisation à domicile, l'évaluation médico-économique demeure rare. Aucune étude n'a mené de comparaison à grande échelle entre les coûts engendrés par une hospitalisation à domicile et une hospitalisation complète. En 2009, la ministre de la santé a demandé qu'une telle réflexion soit engagée¹⁹. S'il peut sembler logique que la chirurgie ambulatoire réduise les coûts (à condition que de nouvelles hospitalisations ne s'ensuivent pas), il n'est pas certain que l'HAD puisse s'analyser de manière similaire²⁰. Certes, une étude portant sur le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR), qui concerne surtout les personnes âgées, apporte pourtant des éléments qui présentent l'HAD comme une alternative économiquement intéressante. Pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics serait en moyenne de 263 euros par lit et place en SSR contre 169 euros pour l'HAD. Ainsi, **l'hypothèse d'une création de 10 000 places d'HAD en SSR représenterait à terme une économie de près de 350 millions d'euros par an**²¹. **Quand elle est efficiente, l'HAD est utilisée en substitution à l'hospitalisation complète, notamment pour des cas où cette dernière répond mal aux besoins des malades** (soins palliatifs, pathologies chroniques).

Mais on voit se développer des utilisations inappropriées de l'HAD, comme degré de prise en charge venant se surajouter aux solutions existantes. Par exemple, des patientes venant d'accoucher, sans problème médical ou social particulier, peuvent rentrer chez elles de façon anticipée avec un suivi consistant en une visite du huitième jour effectuée par le médecin traitant. Pour les mères ayant des difficultés sociales ou des complications liées à l'accouchement, un retour à domicile précoce pourrait en revanche justifier un suivi en HAD. L'HAD est donc une solution intermédiaire, en termes de coûts et d'intensité du suivi, entre l'hospitalisation traditionnelle et un suivi ponctuel à domicile. Mais, on observe que les mères sans problème particulier retournent à domicile en HAD alors que les patientes qui pourraient bénéficier de cette formule demeurent en hospitalisation classique²².

Se pose aussi la question du transfert de charges vers les ménages de dépenses aujourd'hui socialisées : **une hospitalisation à domicile fait supporter à l'environnement familial certains frais et charges** (soins, soutien psychologique, tâches ménagères) **qui, en hospitalisation classique, sont financés collectivement**. Ces coûts, rarement mesurés dans les études, mériteraient d'être évalués. Enfin, l'HAD est souvent présentée comme plus conforme aux désirs des patients que l'hospitalisation classique, mais on ne dispose pas de travaux sociologiques sur les préférences des patients et de leur entourage.

Le rôle social de l'hôpital public et la recherche d'efficacité

Avec la dégradation des conditions d'accès aux soins de ville, les **services d'urgence prennent parfois des allures de dispensaires**, où les malades acceptent l'attente en contrepartie de la certitude d'avoir accès à des soins gratuits. Cela complique la distinction entre demande de soins non programmés urgents et non urgents et traduit les dysfonctionnements dans l'accès aux soins primaires en amont de l'hôpital²³. Le temps d'attente aux urgences ainsi que le taux d'hospitalisation après passage aux urgences, qui sont des indicateurs de l'efficacité des prises en charge, s'en trouvent détériorés.

De plus, l'âge et la situation sociale du patient ne permettent pas toujours d'envisager avec la même facilité une hospitalisation à domicile ou une prise en charge ambulatoire : on sait bien, en effet, que les **facteurs sociaux ont une influence sur les durées de séjour**²⁴. Cela pourrait expliquer, par exemple, que le secteur

¹⁹ Roselyne Bachelot a déploré ce manque de données à l'occasion de la clôture de la 13^e Journée nationale de l'HAD organisée le 10 décembre 2009. Elizabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) a annoncé avoir demandé à l'assurance maladie de mener une telle étude. Par ailleurs, la Fnehad s'engage avec la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) sur une étude nationale des coûts de l'HAD, dont les résultats sont attendus en 2010.

²⁰ Le lien entre baisse de durée de séjour et économies est parfois contre intuitif. Ainsi, en 1996, le Massachusetts vota une loi imposant une durée de séjour minimale de 48 heures à l'hôpital après l'accouchement. Ceci mit un terme à un programme qui incitait les mères ayant accouché sans complications à rentrer chez elles, après une seule nuit passée à l'hôpital, en prévoyant la visite d'une infirmière à domicile 48 heures après (programme mis en place en 1994 par la *Harvard Pilgrim Health Care*, une *Health Maintenance Organization* (HMO)). Conclusion surprenante, les résultats financiers de la HMO n'étaient que peu modifiés car, en prenant en compte tous les coûts, le programme de réduction de durée de séjour lui faisait même perdre de l'argent. Cf Madden J. M. et al. (2002), « Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events, and HMO expenditures », *NEJM*, 347(25).

²¹ Afrite A. et al. (2007), « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Questions d'économie de la santé*, n° 119. Étude menée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), financée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

²² L'assurance maladie a réalisé une étude sur les accouchements par voie basse d'un enfant unique, sans aucune complication ni pour la mère ni pour l'enfant. Pour 525 211 accouchements ainsi identifiés en 2008, 7 100 femmes étaient suivies en hospitalisation à domicile cf « L'assurance maladie mène une expérimentation pour accompagner la naissance », dépêche APM international du 13 avril 2010.

²³ L'étude commandée par le fonds CMU, dont les résultats ont été rendus publics en juillet 2009, témoigne aussi d'un refus de soins de certains praticiens libéraux envers les patients bénéficiant de la CMU.

²⁴ Perronnin M. et Sourty Le Guellec M.-J. (2003), « Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital », *Questions d'économie de la santé*, n° 71, IRDES. Cette étude met en évidence l'importance des facteurs d'isolement social et géographique dans la durée de séjour à l'hôpital (par exemple, les agriculteurs ont des taux de chirurgie plus faibles que les autres professions pour la plupart des gestes).

privé ait davantage développé que le secteur public la chirurgie ambulatoire²⁵. La composition sociodémographique des patients d'un hôpital est un élément essentiel du **débat récurrent sur la convergence des tarifs entre secteurs public et privé** dans le cadre de la tarification à l'activité, repoussée à 2018²⁶. La persistance de ce rôle social de l'hôpital traduit une tension entre la vision traditionnelle de l'hôpital comme lieu d'« hospitalité », dernier refuge pour les pauvres, et son évolution comme « lieu technique » tourné vers l'efficacité.

Encadré 1 : Quel modèle de financement pour les missions de service public ?

Le principe de la tarification à l'activité (T2A) est de réduire les différences de coût entre établissements pour une même prestation. L'hypothèse sous-jacente est que cette variabilité des coûts est due à des niveaux d'efficacité différents. Dès lors, la convergence des tarifs viserait à inciter les établissements publics, moins productifs que les cliniques privées, à améliorer leur productivité²⁷. La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) organisait fin 2009 une campagne sur le thème « Osons le tarif unique pour sauver la Sécu ! ». Cependant, on est fondé à penser que les caractéristiques des patients et des cas traités, différents entre les deux secteurs en raison notamment de l'interdiction faite aux hôpitaux publics de sélectionner les risques, pourraient être une variable explicative de cette différence de productivité en médecine, chirurgie, obstétrique, plutôt qu'une efficacité moindre²⁸. En effet, l'absence de services d'urgences dans une forte proportion des cliniques ainsi que l'existence de dépassements d'honoraires plus importants, conduisent à une sélection de fait des patients. La convergence tarifaire pourrait dès lors avoir pour conséquence une incitation à une réorientation de l'offre de soins pour les hôpitaux publics dans un sens qui n'aurait pas été défini selon un critère de bien-être collectif.

Actuellement, les surcoûts liés à la permanence des soins et à la prise en charge de la précarité sont compensés *via* des enveloppes séparées, notamment les dotations MIG (missions d'intérêt général), attribuées aux établissements ayant un nombre de bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (aide médicale d'État) supérieur à la moyenne. La loi HPST fait évoluer les conditions de participation des établissements privés à des missions d'intérêt général. Elle clarifie les missions de service public et dispose qu'en cas de carence constatée pour l'exercice d'une mission, l'ARS peut faire appel à un établissement privé. Une telle évolution élargira l'accès des cliniques à l'enveloppe Migac (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)²⁹.

Proposition n° 1 : Afin de disposer de toutes les connaissances nécessaires à la conduite de la politique hospitalière, il conviendrait :

- **de conduire des études médico-économiques comparant les prises en charge à domicile avec l'hospitalisation complète.** Une telle étude devrait non seulement comparer le différentiel de coûts entre ces deux prises en charge, mais également évaluer le montant du transfert opéré vers les ménages de dépenses socialisées dans le cadre hospitalier.
- **de mener des comparaisons de l'activité des deux secteurs d'hospitalisation afin de juger, au-delà de la productivité de chacun, de leur efficacité respective.** Si le secteur privé est plus productif, les études ne s'accordent pas sur l'efficacité respective des deux secteurs, qui nécessite de mettre en rapport les moyens qu'ils mobilisent avec leurs résultats. Pour cela, il faudrait améliorer l'appréhension de l'impact des cas traités et de la composition sociodémographique des patients sur les résultats et être en mesure de mener un suivi régulier de la qualité des soins.
- **d'organiser un suivi plus transparent des coûts hospitaliers et de la qualité de soins** pour établir les marges d'efficacité à l'hôpital.

Proposition n° 2 : Établir des bonnes pratiques quant au mode de développement de la chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire peut être pratiquée dans les services d'hospitalisation classiques

²⁵ La part du secteur public dans les venues en ambulatoire était de 19 % en 2001 et de 21 % en 2005.

²⁶ La convergence des tarifs entre les secteurs public et privé devait initialement avoir lieu en 2012. Elle a été repoussée à 2018 suite au mouvement social hospitalier du printemps 2009. La commission mixte paritaire (CMP) a voté un amendement entérinant ce report lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) en novembre 2009.

²⁷ Les instruments de mesure de l'activité hospitalière sont encore imparfaits et d'utilisation relativement récente. L'outil central est le programme de médicalisation du système d'information (PMSI), lancé en 1982, mais opérationnel depuis 1994, qui permet notamment de disposer d'une formalisation de l'activité hospitalière. Le PMSI, inspiré par des pratiques américaines, repose sur une catégorisation des séjours hospitaliers dont on peut penser qu'ils sont suffisamment comparables pour avoir des coûts de revient proches pour les hôpitaux, en groupes homogènes de malades (GHM). À partir de là, les coûts moyens par GHM permettent de calculer le point ISA (index synthétique d'activité) pour tous les établissements. L'utilisation de cet indicateur a profondément influé sur les représentations que se faisaient les hôpitaux de leur performance, et les ARH ont pu se baser sur le point ISA pour l'attribution des budgets hospitaliers avant le passage à la T2A.

²⁸ Une étude à paraître, réalisée par Brigitte Dormont et Carine Milcent, apporte des éléments de réponse sur ce point. Cf. « *Ownership and hospital productivity* », *Document de travail*, PSE, à paraître en juin 2010.

Voir aussi Or Z., Renaud T. et Com-Ruelle L. (2009), « Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France », *Document de travail*, n° 25, IRDES.

²⁹ Cependant, une identification du secteur privé à certaines missions de service public nécessite une évolution simultanée de son image. Les difficultés actuellement rencontrées par les cliniques (grèves pour réclamer des hausses de salaire), qui se traduisent par un renvoi vers le secteur public des urgences, paraissent compromettre une telle évolution. À Montpellier, l'activité des urgences du CHU a été plus que doublée du fait de la grève des cliniques. Cf. *dépêche APM international* du 9 juin 2010.

avec un bloc partagé ou dédié, au cabinet du médecin ou dans des structures autonomes. Une comparaison des coûts de fonctionnement et de la sécurité de ces alternatives selon les pathologies serait nécessaire, ainsi qu'une réflexion sur la taille minimale de structures consacrées uniquement à l'ambulatoire.

Proposition n° 3 : Améliorer la permanence des soins (par exemple en encourageant la pratique de l'exercice regroupé des professionnels de santé) afin de désengorger les urgences hospitalières. Les structures de type maisons de santé pluridisciplinaires reposent encore essentiellement sur la bonne volonté de professionnels innovants. Leur installation dans les zones sous-médicalisées ou à proximité des hôpitaux pourrait bénéficier d'aides à l'installation accrues. Par ailleurs, le cadre juridique et les modes de rémunération devraient évoluer de manière à faciliter la délégation de tâches entre professionnels de santé.

En quête d'une taille optimale pour l'hôpital : jusqu'où mener la concentration des activités ?

Une tension entre plusieurs objectifs de politique publique

Au-delà du recentrage sur ses missions, la révision du périmètre de l'hôpital passe par l'**organisation optimale des activités qui ont vocation à y demeurer**, afin que l'offre de soins soit adaptée aux besoins de la population. Dans cette perspective, la concentration de l'activité chirurgicale dans de grandes structures hospitalières est généralement présentée comme le moyen de garantir la qualité des soins et d'améliorer l'accès au progrès technique tout en réalisant des économies d'échelle. Le développement des technologies créerait de nouvelles échelles pertinentes du territoire de santé. En effet, la constitution de plateaux techniques lourds va de pair avec une plus forte concentration géographique tandis que les progrès de la télémédecine et de l'e-santé autorisent une dissémination et un fonctionnement en réseau avec des hôpitaux de proximité orientés vers de nouvelles missions.

Les fermetures de services, voire d'établissements, décidées au nom de la rationalisation et de l'allocation optimale des ressources sectorielles, se heurtent à des objectifs d'aménagement du territoire ou de maintien de l'emploi. La logique de l'efficacité s'oppose :

- d'un côté, à celle des **villes petites et moyennes**, pour lesquelles la fermeture d'un service de chirurgie ou de la maternité publique est un enjeu local, et qui avancent un seuil de rendements d'échelles décroissants à un niveau bien plus bas que celui implicitement retenu par les pouvoirs publics³⁰ ;
- d'un autre côté, à celle des **praticiens hospitaliers** confrontés à la restructuration des services, qui dénoncent une « logique comptable » au détriment de la qualité des soins.

Encadré 2 : Proximité ou sécurité ?

Le débat sur les restructurations hospitalières met en évidence une tension entre désir de sécurité (les hôpitaux ayant une activité chirurgicale trop faible ne sont pas à même d'assurer des conditions de sûreté suffisantes) et de proximité. Si pour certains, des distances accrues sont justifiées par les évolutions technologiques, il n'est pas aisé de déterminer la distance à l'hôpital qui ne génère pas de problèmes d'accès aux soins³¹. Depuis 2003, TNS Sofres réalise pour la Fédération hospitalière de France le Baromètre « Les Français et l'Hôpital public ». Celui de 2006 montre des Français divisés sur la question de la densité du maillage hospitalier, 49 % des sondés disant souhaiter pour l'avenir de grands hôpitaux équipés de manière optimale, quitte à ce qu'ils soient plus éloignés du domicile, quand 45 % préfèrent la proximité³². Le sondage met au jour un clivage d'âge (60 % des moins de 25 ans se prononcent en faveur d'un équipement optimal contre 34 % pour la proximité) et un clivage social : 55 % des personnes interrogées ayant moins de 1 200 euros de revenus mensuels restent attachés à la densité du maillage du territoire. Notons aussi que les prises de position des associations de patients ne sont pas toujours celles que l'on aurait attendues. Ainsi, au Royaume-Uni, une lettre signée par plusieurs associations de patients importantes, parue dans le *Times* du 26 mars 2010, récuse la pertinence du mot d'ordre « sauver l'hôpital local » en arguant que nombre d'hospitalisations ne sont pas nécessaires voire aggravent le cas du patient, et qu'une réorientation des budgets sur le soin primaire, permise par la fermeture de services inefficients, serait une stratégie conforme au bien-être collectif³³.

³⁰ Dans un Livre blanc, l'Association des Petites villes de France (APVF) avance ainsi que « les études récemment publiées font apparaître un seuil d'économies d'échelle assez bas (200 lits environ) et un seuil de déséconomies d'échelle, c'est-à-dire de rendements d'échelles décroissants, à 650 lits installés environ ». APVF (2008), *Les hôpitaux de petites villes - Une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire*.

³¹ Voir par exemple une tribune de Guy Vallancien parue dans *Le Monde* daté du 14 septembre 2002 : « Lorsqu'il faut se faire opérer, compte tenu de la brièveté des durées de séjour hospitalier actuelles, chacun doit comprendre que faire 50 ou 100 kilomètres n'est pas une régression dans l'accès aux soins mais la conséquence d'un progrès dans leur efficacité ».

³² Sondage réalisé les 12 et 13 avril 2006 par TNS Sofres sur un échantillon de 1 000 personnes représentatives de la population française, âgées de plus de 18 ans.

³³ « Why are patients backing the closure of hospitals ? », article paru dans le *Guardian* en date du 19 mai 2010.

Pour rendre possible un débat informé sur ces questions, un **bilan des restructurations passées (effet sur les coûts / la qualité / l'accessibilité) est un préalable.**

Quel bilan dresser des recompositions hospitalières sur le coût et la qualité des soins ?

Entre 1995 et 2005, environ 60 % des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont été concernés par des recompositions hospitalières, mais avec une grande hétérogénéité d'une région à l'autre³⁴. Sur 2 067 établissements, 1 081 ont connu au moins une opération de recomposition, au terme de laquelle ils n'étaient plus que 559. Le nombre de lits, quant à lui, est passé de 262 197 en 1995 à 195 354 en 2005 (- 25 %). Ces recompositions touchent davantage le secteur privé lucratif (51 % des recompositions) que les secteurs public et privé non lucratif. On peut parler de recomposition lorsqu'est mise en place une nouvelle organisation des activités de court séjour entre un centre hospitalier et un ou plusieurs établissements de soins, celle-ci pouvant prendre différentes formes dont les deux principales sont la coopération et la fusion³⁵.

L'effet des restructurations sur la maîtrise des dépenses n'est pas toujours évident. Théoriquement, l'économie industrielle offre de nombreux modèles qui tendraient à montrer qu'un hôpital peut engendrer des économies d'échelle, externes ou internes. Empiriquement, la littérature souffre d'un prisme essentiellement américain : si on peut y trouver de l'intérêt en termes organisationnels, l'accent mis sur la législation antitrust et la recherche de parts de marché est très éloigné du contexte français. Le bilan des recompositions hospitalières n'a pas été entrepris en France, notamment **faute de suivi statistique**. La conférence des présidents de Commissions médicales d'établissements (CME) de centres hospitaliers a néanmoins mené une enquête d'opinion, entre juin et septembre 2004, auprès de présidents de CME impliqués dans 106 opérations de restructurations hospitalières public-public et public-privé. **Les enquêtés ont observé une réduction des coûts dans 20 % des cas, une augmentation dans 31 % des cas et une stabilité dans 27 % des cas (nsp 22 %)**³⁶. L'étude accompagnant le sondage considère que les fermetures génèrent très peu d'économies pour la collectivité, sauf en cas de fermeture simultanée de la chirurgie et de la maternité. **Plus que la fermeture des activités, c'est celle du plateau technique qui serait source d'économies** : dans 86 % des cas, des excédents budgétaires sont dégagés après trois ans³⁷. Quant aux fusions d'hôpitaux, elles n'engendrent des économies que si le projet médical est suffisamment fort pour permettre la fermeture des services redondants³⁸.

La concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières est également un **moyen d'améliorer la qualité et la sécurité des soins**. Dans un rapport sur le sujet, Guy Vallancien a étudié en 2006 113 hôpitaux publics effectuant moins de 2 000 actes opératoires par an. Il considère que « *la sous-production chirurgicale pose clairement la question du maintien des blocs opératoires où exercent trois chirurgiens ou moins qui assurent parfois moins de deux interventions par jour. [...] La dispersion des chirurgiens dans ces petits centres hospitaliers est donc un gâchis alors que les centres hospitaliers de référence pourraient les accueillir* »³⁹. Il en conclut qu'une réorganisation est nécessaire, passant par la conversion de petits hôpitaux, vers d'autres missions de proximité (plateaux diagnostiques, consultations pour des maladies nécessitant des visites fréquentes telles que les cancers, le diabète). La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) prépare un décret visant à réglementer la chirurgie et un projet d'arrêté associé fixe un seuil minimal d'activité en chirurgie à 1 500 séjours par an. Ce décret devrait être soumis fin juin 2010 au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS). Cela dit, le lien de causalité entre la qualité des soins et le volume d'activité reste peu étudié. Une récente étude de l'IRDES, réalisée à la demande de la Haute autorité de santé (HAS), confirme ce lien mais apporte des nuances⁴⁰. **Si une**

³⁴ « Dix ans de recomposition hospitalière en France », étude menée par la société Nouvelle Fabrique des territoires à la demande de Dexia.

³⁵ Dans son rapport 2008 sur les lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes note une hésitation de la part du ministère de la santé entre le terme de « recomposition » et celui de « restructuration » et une absence de définition précise.

³⁶ Bichier E. et Fellingner F. (2005), Dossier de presse relatif à l'enquête à propos de 106 opérations de restructurations hospitalières : www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr/doc/Enquete-CMEdeCH.pdf.

³⁷ Bichier E. et Fellingner F. (2008), « Fermetures de chirurgies et maternités publiques. Bilan et prospective », *Gestions hospitalières*, novembre.

³⁸ Le rapport de la Mecss déjà cité se montre ainsi accablant pour le Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, issu de la fusion en 1997 de deux centres hospitaliers situés à proximité l'un de l'autre. La fusion, mal vécue à Saint-Germain-en-Laye, a entraîné une forte résistance politique. Elle est demeurée purement administrative mais non effective au niveau médical, avec de nombreux doublons. Notamment, le surcoût lié au maintien de l'activité sur les deux sites est évalué entre 3 et 4 millions d'euros.

³⁹ Vallancien G. (2006), « *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France* », Paris, La Documentation française.

⁴⁰ Ce travail a passé en revue huit types de prises en charge hospitalières, de complexité et fréquence variées, et analysé les taux de réadmission et mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une intervention. Les conclusions sont que pour six des prises en charge étudiées (chirurgie du cancer du côlon, pontage aorto-coronarien, opération de résection pancréatique, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral et prothèse totale de la hanche), le risque de réadmission et de mortalité est plus élevé dans les établissements à faible volume d'activité. En revanche, le lien n'apparaît pas pour l'appendicectomie et la pose de stent, qui sont

corrélation existe entre volume d'activité et qualité des soins, l'hypothèse d'un accroissement linéaire et systématique de la qualité des soins avec l'activité semble irréaliste. Ces résultats ne vont donc pas nécessairement dans le sens d'une concentration « sans fin » de l'activité dans de grandes structures hospitalières, une telle logique pouvant engendrer des effets pervers liés aux situations de monopole.

Qu'attendre des innovations introduites par la loi HPST ?

La récente loi HPST a introduit de nouvelles modalités pour organiser des synergies entre établissements publics, les communautés hospitalières de territoire (CHT), et a optimisé le cadre de recours aux groupements de coopération sanitaire (GCS). La notion de « **communauté hospitalière de territoire** »⁴¹ vise à encourager des complémentarités entre les hôpitaux de proximité et des plateaux techniques plus sophistiqués afin de mieux répartir l'offre de soins et de donner aux petits établissements une mission adaptée à l'évolution des besoins sanitaires. Les directeurs d'ARS peuvent demander à des établissements de conclure une CHT. Les CHT devraient conduire à porter davantage en première ligne des recompositions le secteur public, qui a jusqu'à présent moins restructuré son offre que le privé. Quant aux groupements de coopération sanitaire, il s'agit d'un mode de relation privilégié entre établissements publics et privés⁴². En améliorant la planification territoriale, ils faciliteraient la conversion de l'offre de court séjour excédentaire vers les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou vers les soins de longue durée. Cette réflexion est incontournable dans un contexte où le vieillissement de la population induit de nouveaux besoins.

Proposition n° 4 : Améliorer les outils de pilotage des recompositions hospitalières et définir des critères facilitant leur évaluation. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) (devenue depuis direction générale de l'offre de soins, DGOS) avait mis en place à la fin des années 1990 un atlas des recompositions hospitalières destiné à recenser les opérations engagées par les ARH. Mais celui-ci ne s'est révélé « ni fiable, ni opérationnel »⁴³ et a donc été abandonné. Dans le contexte de mise en place des ARS, une reprise du modèle de l'atlas, mieux renseigné, pourrait faciliter le bilan de cette politique.

Proposition n° 5 : Conditionner la conduite des fusions hospitalières à l'existence d'un projet médical fort et explicite. Les fusions décidées sans négociation ni relatif consensus des professionnels de santé sur leur bien-fondé favorisent les incompréhensions au sein de la communauté hospitalière, et donc les blocages. La mise en commun des équipes médicales est facilitée lorsque chacun s'approprie le projet et en perçoit clairement les objectifs, ce qui pourrait être facilité par le nouveau rôle dévolu aux directeurs d'hôpitaux.

Le vieillissement : opportunité de réforme ou blocage pour le système hospitalier ?

Une population âgée croissante et peu adaptée à l'hospitalisation classique

Les **personnes de 60 ans et plus** représentent **22 % de la population**, mais **33 % de la population hospitalisée au moins une fois au cours d'une année**. En effet, une population plus âgée se tourne davantage vers les hôpitaux, en raison des maladies survenant avec l'âge mais aussi de la perte d'autonomie. L'espérance de vie continue de croître : à partir de 60 ans, elle augmente de deux mois chaque année et d'après les projections de l'INSEE, 28 % de la population serait âgée de 60 ans et plus en 2025⁴⁴.

Doit-on dès lors s'attendre à une augmentation importante du recours à l'hôpital dans les prochaines années ? Une telle croissance, si elle devait se produire, serait-elle bénéfique ?

Les personnes âgées nécessitent une prise en charge particulière. Leurs besoins ne sont pas nécessairement lourds mais ils sont complexes et multiples, car le grand âge se caractérise par une fragilité qui favorise l'apparition de pathologies multiples, chroniques et complexes. Or **l'hôpital français, efficace dans le traitement de monopathologies spécialisées, ne s'avère pas très adapté à la prise en charge de personnes fragiles polyopathologiques**. Si l'hospitalisation de personnes âgées s'y prolonge, c'est souvent **faute de structures d'aval de soins de suite**, de soins infirmiers à domicile ou d'établissements

des interventions courantes. Or Z. et Renaud T. (2009), *Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multiniveaux des données hospitalières*, rapport de l'IRDES n° 1777 : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2009/rap1777.pdf>.

⁴¹ Larcher G. (2008), Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital. Paris : MSSPS.

⁴² Elle fonctionne par délégation de compétences entre établissements membres et se fixe un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Un soutien financier est prévu pour encourager la formation, les établissements qui s'engagent dans ce type de démarche se voient affecter prioritairement une partie des crédits d'aide à la contractualisation.

⁴³ Selon l'expression de la Cour des comptes dans son rapport de 2008. Cet atlas a été réalisé pour la première fois en 1999, puis actualisé en 2002 mais, depuis, son contenu n'a pas été mis à jour.

⁴⁴ INSEE, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », *Insee Première*, n° 1089.

d'hébergement de personnes âgées dépendantes⁴⁵. En ce qui concerne l'HAD, la répartition des structures demeure très inégale : l'Île-de-France concentrait un tiers des places en 2006, et la moitié de l'activité d'HAD y était réalisée⁴⁶. Cette situation est d'autant plus problématique que l'hospitalisation de patients très âgés semble même aggraver leurs facteurs de fragilité ou de dépendance, notamment lorsqu'ils sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démences. Une étude montre un quasi-doublement de la dépendance lourde des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) au retour d'une hospitalisation, ainsi qu'une aggravation des facteurs de fragilisation résumés par trois indicateurs : les chutes, la nécessité de recourir à une contention physique et la perte de poids⁴⁷. Outre cette inadaptation structurelle, on note une surreprésentation de l'arrivée des personnes âgées à l'hôpital *via* les urgences, avec un taux des admissions en hospitalisation ayant transité par un service d'urgences qui passe de 15 % pour les 20-70 ans à plus de 40 % pour les plus de 85 ans. Cela traduit l'utilisation des services d'urgences comme « réservoir » pour des besoins de soins qui n'ont pas trouvé de réponse plus adaptée (traitement en amont de l'hôpital ou aiguillage plus efficace vers un service), ce qui génère des coûts et des retards de prise en charge⁴⁸.

Le vieillissement de la population française va donc constituer un défi majeur pour le système hospitalier. Une étude cherchant à mesurer les conséquences à attendre du vieillissement de la population sur l'évolution de la demande de soins hospitaliers a été réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)⁴⁹. Cette étude confirme que, **sans changement organisationnel ou comportemental, l'impact du vieillissement serait majeur : + 24 % de séjours à l'hôpital entre 2004 et 2030**. Mais les marges de manœuvre en fonction des choix d'organisation retenus (développement de soins à domicile, pratiques de prévention, etc.) sont très larges. En effet, **selon le scénario le plus « volontariste »** (politique nutritionnelle de prévention de l'obésité, du diabète ; développement de l'ambulatoire et de l'hospitalisation de jour), **le nombre de journées d'hospitalisation complète pourrait diminuer en valeur absolue d'ici à 2030 et le nombre de lits d'hospitalisation complète nécessaires baisser de 20 % par rapport à 2004**. La démographie ne constitue pas une fatalité pour le système hospitalier : les choix d'organisation pourraient plus que compenser l'effet du vieillissement.

Une amélioration de la coordination de la prise en charge qui se joue à plusieurs niveaux

Les expériences étrangères montrent qu'une prise en charge de qualité des personnes âgées, notamment lorsqu'elles cumulent problèmes de santé et perte d'autonomie, suppose avant tout une bonne **articulation entre secteurs sanitaire et médicosocial**. En effet, les personnes âgées vont souvent d'un secteur à l'autre, ce qui crée des incohérences mais également un surcoût collectif et une fragilisation des patients. L'idée, reprise dans de nombreux rapports, est de réduire au maximum ces allers-retours et de limiter la durée d'un passage à l'hôpital. Pour cela, il est nécessaire de disposer de suffisamment de places de soins de suites et d'HAD, et d'améliorer la coordination entre ces services et l'hôpital. En l'absence de ces éléments, les hospitalisations de personnes âgées tendent à se prolonger sans motif, parfois dans des services inappropriés.

Encadré 3 : La réforme Ädel en Suède (1992)

La Suède a réfléchi dès la fin des années 1980 au problème que constituait le vieillissement de sa population, qui laissait augurer une augmentation de la demande de soins, notamment hospitaliers. Une commission d'enquête (la commission *Äldredelegationen*) s'est penchée en 1988 sur ce problème et a préfiguré la réforme Ädel, engagée en 1992. Cette réforme a consisté à **transférer des comtés vers les municipalités la responsabilité de prodiguer les soins non médicaux aux personnes en perte d'autonomie** afin de prévenir davantage les hospitalisations. Dans le même temps, **les municipalités devaient compenser financièrement les hôpitaux aux prises avec des « bed blockers »** (des personnes âgées contraintes de recourir à l'hôpital en raison de l'absence de prise en charge alternative dans leur municipalité). Les hôpitaux étaient également tenus de **rendre publics les temps d'attente** de chacune de leurs spécialités, ce qui permettait d'identifier les moins performants et d'y remédier⁵⁰.

../...

⁴⁵ « Vieillesse, longévité et assurance maladie », note d'accompagnement de l'avis adopté le 22 avril 2010 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), consultable sur le portail Internet de la sécurité sociale cf. www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_220410.pdf.

⁴⁶ Drees (2009), « Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006 », *Études & Résultats*, n° 697.

⁴⁷ Le 2 juin 2010, le gérontopôle de Toulouse a rendu publics, les résultats d'une étude nationale, baptisée PLEIAD (étude épidémiologique descriptive en Ehpad), qui étudie les mouvements des résidents entre les Ehpad et les hôpitaux, afin de mesurer le risque d'aggravation des facteurs de fragilisation de ces malades et de leur dépendance en fonction de leurs conditions de transfert et de leurs pathologies.

⁴⁸ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *op. cit.*

⁴⁹ Étude réalisée à la demande de la Dhos. Cf. Drees (2008), « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 4.

⁵⁰ La réforme Ädel a été par la suite étendue aux patients des services de psychiatrie.

L'impact de cette réforme a suscité des jugements partagés. Les restructurations ont été intenses : 45 % des lits d'hôpitaux ont été fermés au cours des années 1990 et l'emploi hospitalier a baissé de 20 %. Cette réduction du nombre de lits s'est accompagnée d'une forte baisse des durées de séjour (passant de 7,9 jours en moyenne en 1993 à 6 en 2003) et d'une augmentation des taux de chirurgie ambulatoire et d'HAD. L'hôpital s'est recentré sur la prise en charge des soins aigus prodigués aux personnes très malades. Dans le même temps, les comités et les municipalités ont favorisé le développement des soins en maison de retraite et à domicile prodigués de façon moins dispendieuse qu'à l'hôpital. **Ce redéploiement a permis une stabilisation des dépenses de santé un peu au-dessus de 8 % du PIB.**

Cependant, **si l'impact de la réforme Âdel sur le système de santé est efficace en termes de coûts, il n'est pas certain que ses conséquences sur la qualité des soins soient aussi positives**, principalement parce que les municipalités étaient insuffisamment dotées pour faire face à leurs nouvelles responsabilités. L'obligation de compenser financièrement les hôpitaux pour les « bed blockers », notamment, poussait à renvoyer les patients chez eux « plus vite et plus malades » pour pouvoir accueillir de nouveaux patients⁵¹. De plus, malgré les efforts de coordination qui ont accompagné la réduction parallèle du nombre de lits d'hospitalisation aiguë, des problèmes d'accès aux soins sont apparus durant les années 1990, créant des listes d'attente.

La loi HPST, en créant les agences régionales de santé (ARS), se veut un moteur de décloisonnement entre secteur sanitaire et secteur médicosocial, ce qui doit notamment permettre d'accélérer la conversion de lits de court séjour en lits médicosociaux⁵². Mais une coordination sera nécessaire avec les collectivités territoriales exerçant des compétences dans le champ médicosocial, en particulier avec les Conseils généraux des départements. Une commission de coordination sur le médicosocial est prévue par le texte de loi mais les **modalités concrètes d'articulation entre les ARS et les Conseils généraux sont encore floues**⁵³. Les initiatives de gestion de cas, où un coordonnateur évalue les besoins sanitaires et sociaux du patient âgé et organise ensuite l'action des différents intervenants, sont une voie possible de décloisonnement au niveau des acteurs de terrain⁵⁴. Une acceptation véritable de l'intégration est cependant nécessaire afin de ne pas ajouter un échelon de complexité dans le foisonnement existant.

Cependant, **au niveau des hôpitaux eux-mêmes, des solutions organisationnelles améliorant la prise en charge des personnes âgées peuvent être trouvées**, sans attendre le résultat de l'action des ARS sur la coordination sanitaire et sociale, qui devra se déployer sur le long terme.

Encadré 4 : Filières gériatriques à l'hôpital : une solution conciliant économies et qualité de la prise en charge ? L'exemple du CHU de Limoges⁵⁵

Une circulaire récente a renforcé les filières gériatriques, outil pour améliorer le parcours de soins des personnes âgées⁵⁶. La mission de préparation de cette circulaire a été confiée en partie à Philippe Vigouroux, directeur du CHU de Limoges, qui a par ailleurs introduit un certain nombre d'innovations dans la prise en charge des personnes âgées dans son hôpital. Observer ce CHU a donc un intérêt en soi, mais aussi parce que le **Limousin, qui compte 12,5 % de personnes âgées de 75 ans et plus, est considéré comme l'une des régions préfigurant la situation démographique de la France en 2020** et donc les problèmes que pourront être amenés à connaître les hôpitaux à cet horizon.

Le CHU a créé deux dispositifs afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés : **une unité mobile gériatrique (UMG) et un service de post-urgences gériatrique (Pug)**. L'UMG, que l'on retrouve dans d'autres établissements, comprend un médecin gériatre, une infirmière, une assistante sociale, une secrétaire, un cadre de santé et un psychologue. Cette unité prend en charge les patients de plus de 75 ans qui arrivent aux urgences afin d'anticiper leur parcours dans l'hôpital et après leur sortie. L'idée est de raccourcir les délais de prise en charge dans une autre structure (soins de suite et de réadaptation [SSR]⁵⁷ par exemple) pour limiter la durée de séjour à l'hôpital. En revanche, le PUG est une spécificité du CHU de Limoges. Il n'accueille que les patients gériatriques venant des urgences et nécessitant des soins de courte durée avant un retour à domicile ou en attendant d'être admis dans un service spécialisé. Cela évite leur placement dans un service de soins aigus inadapté à leur prise en charge. Le CHU a également signé des conventions avec six Ehpad de la région, avec deux objectifs : éviter aux personnes âgées des Ehpad signataires de transiter par le service des urgences en cas d'hospitalisation, permettre aux personnes âgées, suite à une hospitalisation au CHU, d'être prises en charge dans un établissement proche de leur domicile. Le directeur du CHU dresse un **bilan très positif de cette organisation, aussi bien en ce qui concerne la durée moyenne de séjour des malades âgés (passée de 13 à 7 jours) que le désengorgement des urgences.**

⁵¹ Gun-Britt Trydegård (2003), « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4.

⁵² Le directeur de l'ARS est chargé d'élaborer un schéma régional de l'organisation médicosociale qui mette en œuvre les orientations du plan stratégique régional de santé. Auparavant, la planification de l'offre médicosociale relevait essentiellement des Conseils généraux chargés d'arrêter les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale (SDOSMS) et en partie du préfet de région.

⁵³ Rapport IGAS-IGF (2010), *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense*, Paris, La Documentation française.

⁵⁴ Au printemps 2006 a débuté un projet expérimental d'implémentation du modèle québécois PRISMA mis en place dès 1998. Ces expériences ont influencé la mesure 5 du plan Alzheimer mais une réflexion sur la formation du coordonnateur est encore nécessaire.

⁵⁵ « CHU de Limoges : l'engorgement aux urgences réduit par une nouvelle organisation de la filière gériatrique », dépêche APM international du 22 juillet 2005.

⁵⁶ Circulaire Dhos/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007.

⁵⁷ Les SSR permettent de préparer le patient à un retour à domicile ou à au placement dans une structure adaptée (comme un Ehpad). C'est ce que l'on appelait anciennement des maisons de convalescence.

Proposition n° 6 : Expliciter les conditions de coordinations entre les ARS et les conseils généraux dans le domaine médicosocial. Une commission de coordination sur le médicosocial est prévue à l'article 26 du texte de la loi HPST, mais les modalités concrètes d'une telle articulation restent à préciser.

Proposition n° 7 : Encourager le développement d'organisations accueillantes pour les personnes âgées à l'hôpital. Les combinaisons de lits de court séjour gériatrique avec des équipes mobiles spécialisées adossées aux urgences ainsi que les politiques de contractualisation avec les Ehpad sont à développer. Un tel soutien passe par la poursuite de la labellisation des filières gériatriques ainsi que par une aide financière accrue.

Améliorer l'efficience hospitalière implique donc de prendre en compte tous les critères qui peuvent amener à qualifier une hospitalisation de « non pertinente » :

- l'hospitalisation aurait pu être évitée et le malade être traité autrement ;
- le malade relève bien d'une prise en charge hospitalière en MCO mais dans une autre unité ;
- le malade nécessite le recours à l'outil hospitalier, mais pas à une hospitalisation complète ;
- le malade a bien nécessité une prise en charge en hospitalisation complète, mais la prolongation de son séjour en MCO n'est plus justifiée.

Parmi les leviers permettant de n'hospitaliser que ceux qui en ont vraiment besoin, certains dépendent de l'hôpital, mais d'autres relèvent d'une politique de santé plus transversale.

En ce qui concerne spécifiquement l'hôpital, on trouve notamment le développement de prises en charge hospitalières alternatives, ainsi qu'une meilleure réponse aux spécificités sociales des patients.

Enfin, pour éviter l'engorgement de certains services hospitaliers et dans le même temps parvenir à des économies, il faut améliorer l'accès à la médecine de ville⁵⁸, encourager les professionnels de santé à développer de nouveaux modes d'exercice, et proposer une offre de long séjour adaptée notamment aux patients âgés dépendants.

> Sara-Lou Gerber, Département Questions sociales

Centre d'analyse stratégique
18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
Téléphone 01 42 75 61 00
www.strategie.gouv.fr

Directeur de la publication :
Vincent Chriqui, directeur général

Rédactrice en chef de La Note de veille :
Nathalie Bassaler, chef du Service Veille,
Prospective, International

⁵⁸ Elisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) et ancienne ministre de la santé, a été chargée en avril 2010 de mener la concertation sur la médecine de proximité, après que le rapport Legmann a rendu publiques des propositions de refondation de la médecine libérale au terme de la mission d'état des lieux et de propositions qui lui était confié.