



Établissements de soins : pour quoi faire ?

Charles Guépratte, Elisabeth Hubert, Jérôme Nouzarède, Marc Penaud
Modérateur : Jean-François Lemoine

1. L'hospitalisation n'est plus le seul métier de l'hôpital

Les actes chirurgicaux lourds et complexes constituent une part déclinante de l'activité de l'hôpital. Celui-ci développe l'ambulatoire, a besoin de moins en moins de lits et devient de plus en plus un acteur d'accompagnement des patients dans leurs parcours de prise en charge. En marge des hôpitaux ont donc vocation à se développer un nombre grandissant de maisons de santé, lesquelles pourraient capter les activités médicales ne relevant pas de la chirurgie et de l'hospitalisation complète.

2. La mort annoncée de l'hôpital ?

L'hôpital est-il donc voué à mourir ? Peut-être, mais force est de constater que cette mort est annoncée depuis un certain nombre d'années déjà. L'hôpital a la peau dure.

3. Une mort accélérée par le patient ?

La prise du virage ambulatoire est irréversible, et ce d'autant plus que le patient finira par intervenir dans le débat. Le patient s'informe et sait que d'autres prises en charge sont possibles au-delà de l'hospitalisation classique. Contrairement à ce que l'hôpital pense parfois, le patient n'attend pas nécessairement d'être pris en charge dans un lit.

4. Toutefois, une trop grande méconnaissance de l'ambulatoire et du coût réel de l'hospitalisation complète

Les patients sont en encore nombreux à méconnaître les possibilités de prise en charge ambulatoire. Un effort de pédagogie sera donc nécessaire. Dans ce cadre, il serait intéressant de communiquer sur la réalité du coût d'une hospitalisation complète. Étant loin de devoir prendre en charge la totalité du coût de l'hospitalisation, les patients n'ont qu'une vision parcellaire des impacts budgétaires pour le système de santé.

5. Les contraintes économiques pesant sur l'hospitalisation complète

Un patient hospitalisé occupe son lit la nuit et le week-end. Pour sa prise en charge, l'hôpital a besoin de personnels en nombre. Au vu des contraintes économiques pesant sur les budgets hospitaliers, les organisations médicales et soignantes vivent des situations de tension allant jusqu'à produire de la souffrance pour les professionnels. De ce point de vue, le développement de l'ambulatoire constitue un objectif légitime et intelligent. La montée en puissance de l'hospitalisation à domicile doit également permettre cette mutation.

6. L'hôpital public est-il condamné à faire ce que ses confrères privés n'acceptent pas de faire ?

Dans les CHU, la très grande majorité des séjours longs ne sont pas justifiés. Ils ont lieu parce que le système global de santé n'a pas d'autre solution que de les conserver dans des lits de médecine. Cela étant, les cliniques privées ne doivent pas être taxées de sélectivité, dans la mesure où leur taux moyen de résultat net est de l'ordre de 2 %, avec un chiffre d'affaires renvoyant à 90 % aux actes pris en charge par l'Assurance Maladie.

7. Au final, l'hôpital public confronté à un problème d'organisation et non à un problème de murs

Face aux difficultés à trouver des lits d'aval et à proposer des prises en charge adaptées, l'hôpital et les pouvoirs publics cherchent parfois à construire de nouveaux bâtiments, alors que la solution réside davantage dans un changement d'organisation et dans une transformation des modalités de prise en charge.

8. Quelles mesures pour l'hôpital public ?

D'aucuns militent pour changer le mode de financement en passant de la tarification à l'acte à la tarification à la qualité. La logique passerait des volumes à la qualité. Actuellement, les établissements ne sont pas incités à une qualité allant au-delà de l'évaluation de la prestation hôtelière. Un vrai changement culturel est donc nécessaire.