

L'hospitalisation

On recense 4 000 établissements :

- 1000 hôpitaux publics
- 1500 cliniques privées
- 1500 établissements sanitaires et sociaux

soit : 280 000 lits court-séjour (chirurgie, médecine, obstétrique)
95 000 lits moyen-séjour (rééducation, convalescence, section médicalisée)
76 000 lits long-séjour (pour personnes dépendantes et nécessitant des soins réguliers)

13 millions de malades séjournent chaque année dans ces établissements.

I. LES HOPITAUX

Lieu d'assistance aux plus pauvres, puis lieu d'enfermement, l'hôpital est devenu à partir du XVIII^e siècle un lieu de soins. Il était ouvert uniquement à ceux qui pouvaient payer puis à tous, grâce à la création de la sécurité sociale en 1945.

1. Les missions

L'hôpital est un établissement public de santé investi d'une mission de service public. C'est avant tout un lieu de soins (diagnostic, traitement des malades blessés ou femmes enceintes, accueil de tous de jour comme de nuit.)

Il a aussi une mission

- d'enseignement (CHU)
- de recherche
- de prévention et d'éducation sanitaire.

2. Fonctionnement juridique et administratif

Etablissement public, souvent communal soumis à la tutelle de l'Etat par l'intermédiaire des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Il est géré par un directeur (nommé par le Ministère), le Conseil d'Administration (représentants de l'assurance maladie, des collectivités sanitaires, des personnels et depuis 1996 des usagers)

Le Conseil d'Administration vote le budget annuel, définit le projet d'établissement et les modifications concernant la structure de l'établissement. Le directeur exécute ses décisions, est responsable de l'équilibre des comptes et est le supérieur hiérarchique de tout le personnel.

3. Fonctionnement financier

- Les dépenses de l'hôpital sont de deux natures :
 - Les dépenses de fonctionnement 68% pour le personnel, 11% pour les dépenses hospitalières, 13% pour les produits pharmaceutiques et fournitures, 9% en divers.
 - Les dépenses d'investissement, c'est à dire l'achat de lits, de matériel médical ou de laboratoire, de matériel de bureau, les travaux de modernisation ou d'agrandissement.
- Les recettes de l'hôpital : depuis 1984, le financement est assuré par un budget global (souvent paiement au prix de la journée) versé par une « caisse pivot » d'assurance maladie par 1/12^e. La dotation globale de financement est votée chaque année par le conseil d'administration, sur proposition du directeur et après approbation par un régime contractuel de tarification des prestations. L'hôpital perçoit également le montant des tickets modérateurs, les forfaits hospitaliers et les recettes procurées par les consultations externes, les lits et consultations privés et la facturation des prix de journée pour les non assurés sociaux.

4. La prise en charge

Pour un assuré social, l'hospitalisation est prise en charge à 80% par la sécurité sociale (100% dans certains cas, ex : hospitalisation supérieure à 30 jours, intervention chirurgicale importante, ...)

Le patient ne règle que le ticket modérateur et le forfait hospitalier (pratique du tiers-payant). Pour des malades non assurés, il existe également une aide médicale gratuite partielle ou totale.

II. LES ETABLISSEMENTS PRIVES

Cela représente environ 1/3 des lits. Leur création ou leur extension est soumise à l'autorisation de l'Etat.

1. Les cliniques privées

Ce sont les plus nombreuses, elles sont spécialisées dans la chirurgie ou l'obstétrique. La plupart des cliniques sont conventionnées (= reconnue par la sécurité sociale) et leurs tarifs sont fixés par un régime contractuel de vérification des prestations.

2. Les établissements privés à but non lucratif

Ils sont gérés par des associations ou des sociétés mutualistes, leur mission est de type service public et ils fonctionnent comme les hôpitaux.

D'autres tels que les établissements psychiatriques privés, sont soumis à un prix de journée fixé par le préfet.

III. LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

Tout est mis en place pour éviter une hospitalisation ou en réduire la durée afin d'éviter les ruptures familiales et réduire les coûts.

1. L'hospitalisation de jour

Permet la réalisation d'un bilan de santé ou de suivre une chimiothérapie sans que le patient soit hébergé durant la nuit. On pratique de plus en plus d'opérations en ambulatoire : pour de petites interventions (amygdalectomie, coloscopie, endoscopie des bronches...) le patient est hospitalisé le matin et retourne chez lui le soir. Ceci est envisageable uniquement pour des anesthésies loco-régionales, péridurales ou générales de très courte durée.

2. L'hospitalisation de nuit

Utilisée pour certaines thérapies (dialyse ou traitement psychiatrique) afin que les patients conservent une vie sociale, certains sont parfois scolarisés, ou exercent une profession.

3. L'hospitalisation à domicile

Permet de raccourcir la durée d'un hospitalisation. Le patient peut retourner chez lui avec l'accord de son médecin et après enquête sociale. Le traitement se poursuit au domicile avec toute l'aide nécessaire. Cette technique peu développée est envisageable pour des patients atteints de longue maladie (ex : sida), les personnes âgées.

4. Les foyers d'hébergement

Technique peu développée, elle permet à des malades valides d'être soignés quelques heures par jour en milieu hospitalier tout en étant hébergés le reste du temps à proximité, dans des conditions proches quasiment « normales ». Exemple : cancéreux subissant des séances de radiothérapie.

IV. LES PROBLEMES DU SYSTEME HOSPITALIER

1. Manque d'humanité des hôpitaux

-> Situation du malade hospitalisé :

L'hospitalisation est une rupture avec l'état normal et la vie quotidienne. Elle engendre la peur (souffrance, maladie, mort), la difficulté face à un lieu inconnu, la solitude d'un monde clos, l'anonymat et la dépersonnalisation. Le malade est dépendant du système et de l'équipe médicale. Tout ceci occasionne lors d'hospitalisation de durées très longues un comportement régressif du malade.

2. L'inflation des dépenses

Cette augmentation est flagrante à partir des années 1970, en 1996, ces dépenses on atteint 5800 F par an et par personne. Elles représentent 50% des dépenses de santé d'où la mise en place de mesures pour les maîtriser, ce qui a eu quelques effets, mais n'a pas empêché l'augmentation des dépenses de soins ambulatoires.

3. Le rééquipement global en lits court séjour.

Le nombre de lits court séjour a augmenté dès 1970-1980 avec la construction de grands établissements et la multiplication des services spécialisés sans que les besoins locaux aient été pris en compte.

Il y a actuellement 60 000 lits excédentaires surtout dans les services de chirurgie ou de maternité, ce qui entraîne des fermetures (sécurité – coût) ou des reconversions en lits long séjour.

4. Répartition inégale et manque de sécurité

L'offre hospitalière est déficitaire dans certaines régions (Centre) alors que d'autres (Ile de France, PACA) elle est excédentaire => Charge de travail différente et coût différent.

On constate actuellement qu'un tiers des établissements n'ont pas une sécurité suffisante, notamment les petites structures de proximité. Ces problèmes touchent surtout les services de chirurgie et de maternité, à cause essentiellement du manque d'anesthésiste et de salles de réveil.

Tous les établissements sont touchés par les infections nosocomiales, à l'occasion de soins supplémentaires, voire de décès, d'où des coûts plus élevés.

5. Restructuration des urgences

Elle est nécessaire devant l'accroissement du nombre de personnes consultant les urgences hospitalières sans motif sérieux (les services de garde des médecins de ville, « SOS Médecin » assurent cette mission et eux jugent de la nécessité ou non de l'hospitalisation).

Elle est nécessaire également, en raison de la vétusté des locaux, le manque de personnel, à l'origine parfois d'erreurs de diagnostic et donc des coûts plus élevés.

V. QUELLES REPONSES ?

1. *L'humanisation des hôpitaux*

Cf respect des droits des malades.

Pour cela il faut améliorer l'accueil des malades et de leur famille, cela passe par l'allègement des formalités, par l'emploi de personnel, mais aussi par une meilleure signalisation des lieux. Il faut également améliorer les conditions de séjour (repas, loisirs,...) en augmentant les durées de visite afin d'éviter l'isolement et en améliorant les relations humaines.

Depuis 1991, le patient a accès à son dossier médical, la réforme de 1996 prévoit l'évaluation régulière des hôpitaux et cliniques. Enfin, il faut développer les services de soins palliatifs pour apaiser les souffrances des malades en phase terminale.

2. *Réduction des dépenses*

Rappel :

- 1970, planification : carte sanitaire et schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SRPSS) -> fermeture de lits court séjour et ouverture de lits moyen ou long séjour.
- 1983, instauration du forfait hospitalier.
- 1996, limitation des dépenses, loi de financement de la sécurité sociale, taux d'évaluation des dépenses voté par le Parlement définissant la dotation globale hospitalière.

Il faut aussi réduire la durée des hospitalisations et lutter contre les gaspillages par une meilleure gestion.

Pour réduire les coûts, il est nécessaire de mieux répartir les moyens : PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) pour mener l'activité médicale et connaître les coûts de toutes les pathologies.

Désormais, la dotation globale hospitalière est répartie par région en fonction des besoins et des données du SROSS, dotation qui est répartie entre les établissements en fonction de l'activité et des coûts.

3. *Amélioration de la qualité des soins et de la sécurité*

- Signature de contrats fixant les objectifs pour améliorer la qualité des soins et la sécurité entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements.
- Obligation pour les établissements d'être accrédités par l'Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en Santé
- Encouragement de la collaboration entre hôpitaux publics et cliniques privées pour une meilleure complémentarité.
- Restructuration complète des structures d'urgence avec différenciation de deux types de structure : services spécialisés dans les grands centres hospitaliers et services de proximité pour les urgences courantes
- Réforme des études pour pallier au manque de médecins hospitaliers.