PREMIER MINISTRE

Centre d'analyse stratégique

Cycle de séminaires « Déchiffrer la dépense de santé »

Ouverture du séminaire n° 3

« Quinze années de réformes plus tard… y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ?»

Centre d'analyse stratégique

Mercredi 23 juin 2010
09.00 - 13.00

Discours de Vincent Chriqui, Directeur général du Centre d'analyse stratégique

Seul le prononcé fait foi

Chers intervenants, chers auditeurs,

J'ai le plaisir de vous accueillir aujourd'hui au Centre d'analyse stratégique pour le **troisième séminaire du cycle « déchiffrer la dépense de santé »** programmé en 2010, consacré à la question de l'efficience à l'hôpital.

Vous le savez, le chef de l'État a fixé à tous les hôpitaux publics un **objectif de retour à l'équilibre financier à l'horizon 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). En effet, si la situation des hôpitaux anciennement sous dotation globale s'est améliorée en 2009 en passant de 570 millions de déficit à 512 millions,

c'est de façon très disparate, certains hôpitaux ayant rétabli l'équilibre[1] alors que d'autres, comme l'AP-HP, voyaient leur déficit fortement augmenter[2].

Cette contrainte d'équilibre financier sera exacerbée par la nécessité pour les hôpitaux de s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population, influencés par le vieillissement, la chronicisation des pathologies et une démographie médicale en baisse.

Le **plan Hôpital 2012** lancé en 2007 ainsi que la **loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)** du 21 juillet 2009 sont un grand pas dans cette recherche d'efficience accrue. On est fondé à penser cependant que ces réformes ne seront pas entièrement suffisantes au vu des contraintes qui pèsent sur les hôpitaux.

À ce terme, on est donc amené à s'interroger : **après une quinzaine d'années de réformes, y a-t-il encore, aujourd'hui, des opportunités de gains d'efficience pour l'hôpital ?** La réponse à cette question est au cœur de débats parfois passionnés et les diagnostics semblent diverger.

– Pour certains, d'importants gains de productivité, attestés notamment par la baisse des durées d'hospitalisation, ont déjà été dégagés. **Le « curseur » aurait été poussé trop loin** dans la rationalisation de l'hôpital, au regard des faibles efforts de régulation de la médecine de ville. Ainsi, 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 venir, les représentants de l'hospitalisation publique estiment que la seule solution demeurant à disposition des hôpitaux pour équilibrer leurs budgets sera d'opérer de fortes suppressions de postes.

– D'autres affirment au contraire les **potentialités de rationalisation, à rechercher notamment dans des réformes organisationnelles**. Comme l'affirme par exemple la Cour des comptes[3], les hôpitaux rencontrent « moins un problème de quantité de moyens que leur utilisation au bon endroit et au bon moment ».

Si trancher ce débat est difficile, on peut néanmoins partir d'un constat simple mais incontournable, qui est le suivant : un lit d'hôpital est un équipement de haute technicité, par conséquent coûteux, qu'il est impératif de n'utiliser que dans les cas de nécessité. C'est partant de cette évidence que la **plupart des pays européens se sont engagés depuis le début des années 1990 dans un mouvement de réduction des lits de soin aigu et des durées de séjour**, qui a pu dans certains cas être spectaculaire, comme en Suède, qui a réduit de 45 % ses lits d'hospitalisation en dix ans. La France n'est pas en reste, mais elle a débuté un peu plus tardivement que les autres pays, du fait de son biais « hospitalo-centré » traditionnel. Ces expériences laissent à penser que des gisements de réduction des coûts se trouveraient encore dans **le recentrage de l'hôpital sur ses missions par le développement des alternatives à l'hospitalisation, du secteur médicosocial et une meilleure régulation des urgences.** Ils passeraient aussi par une **conduite raisonnée des recompositions hospitalières** pour adapter l'offre à des besoins évolutifs.

Aujourd'hui, la politique de santé affiche une orientation nette en ce sens, et peut s'appuyer sur des travaux sur les évolutions françaises passées, ainsi que sur des expériences menées à l'étranger. On peut néanmoins regretter l'absence de certaines connaissances. **Plusieurs éléments mériteraient d'être davantage documentés**, ce qui amène à préconiser de conduire des études sur différents aspects : des études médico-économiques comparant les **prises en charge à domicile** avec l'hospitalisation complète; des **comparaisons de l'activité des deux secteurs d'hospitalisation** afin de juger, au-delà de la productivité de chacun, de leur efficience respective ; un **bilan des recompositions hospitalières** déjà réalisées.

---

[1] CHU d'Angers, de Toulouse etc.
[2] De 20 à 96 millions d'euros.
[3] Dans son rapport de 2009 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

Sur le plan organisationnel, nous sommes bien entendus **en attente des résultats de l'action des agences régionales de santé (ARS)**[4] et il est encore tôt pour identifier l'impact des réformes récemment engagées sur l'efficience. Pour autant, certaines propositions peuvent déjà être faites dans la continuité de celles-ci :

Alors que 80 % de l'activité chirurgicale serait potentiellement transférable en ambulatoire, il serait bon de **déterminer le mode de développement souhaité de celle-ci**. En effet, si elle peut se pratiquer dans les services d'hospitalisation classiques avec un bloc partagé ou dédié, au cabinet du médecin ou dans des structures autonomes, l'impact sur le coût diffère profondément selon les cas.

L'**exercice regroupé des professionnels de santé,** par exemple dans des maisons de santé pluridisciplinaires, semble valorisé par la nouvelle génération de médecins. Cette aspiration est heureuse car l'installation de telles structures dans les zones sous-médicalisées ou adossées à l'hôpital pourrait, en améliorant le recours aux soins primaires, désengorger les urgences hospitalières et faciliter la prévention des hospitalisations non-pertinentes. Or, comme l'a montré un récent rapport sur ce thème, des évolutions du cadre juridique et un meilleur accompagnement des projets serait nécessaire pour généraliser leur existence.

Des **solutions organisationnelles améliorant la prise en charge des personnes âgées** peuvent être trouvées. 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.

Enfin, certaines interrogations demeurent quant à la mise en œuvre des dispositions de la loi HPST. En créant les agences régionales de santé (ARS), cette loi se veut un moteur de décloisonnement entre secteur sanitaire et secteur médico-social, ce qui doit notamment permettre d'accélérer la conversion de lits de court séjour en lits médico-sociaux. Mais une coordination sera nécessaire avec les collectivités territoriales exerçant des compétences dans le champ médico-social, en particulier avec les conseils généraux des départements. Une commission de coordination sur le médico-social est prévue par le texte de loi mais les **modalités concrètes d'articulation entre les ARS et les Conseils généraux sont encore floues**.

Je vous remercie et laisse la parole au département Questions sociales pour l'annonce des tables rondes et un point sur l'actualité institutionnelle des questions qui vous réunissent aujourd'hui.

Centre d'analyse stratégique
18 rue de Martignac

75700 Paris cedex 07
Téléphone : 01 42 75 60 00
Internet : www.strategie.gouv.fr

[4] Elles ont été installées le 1er avril.