

L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ?

Marie-Jo Sourty-Le Guellec

Biblio n° 1183

Juin 1997

I.S.B.N. : 2-87812-211-9

*La collaboration d'Agnès Bocognano
a été très précieuse pour l'élaboration de ce travail.*

« L'hôpital, de tout temps me paraît n'avoir jamais été qu'une alternative aux soins à domicile »
Pr. Henri Péquignot.¹

L'intérêt théorique des alternatives à l'hospitalisation semble faire depuis longtemps l'objet d'un consensus général de la part des acteurs impliqués. Pourtant leur mise en place reste dans la majorité des cas encore marginale et leur développement stagnant : l'activité qui en découle est extrêmement réduite comparée au poids important de l'activité hospitalière. L'objectif de cette note est de tenter de positionner les alternatives à l'hospitalisation en France dans le discours politique et dans la réalité du développement du système d'offre de soins.

1. LE RÔLE DE L'HÔPITAL : DUALITÉ ENTRE HÉBERGEMENT ET SOINS

Jusqu'à la seconde guerre mondiale, l'hôpital en France a été strictement un lieu d'hébergement et même d'enfermement, réservé aux indigents : enfants abandonnés, handicapés, vieillards sans ressources, etc., ou pèlerins, militaires malades ou blessés, éloignés de leur domicile. Les soins médicaux, qui se réduisaient jusqu'au XIX^e siècle, à peu de choses, se pratiquaient essentiellement à domicile. La fin du XIX^e et le début du XX^e siècle ont vu se développer très rapidement les techniques de soins médicaux. L'hôpital est alors devenu le lieu de prédilection pour l'exercice et l'enseignement d'une médecine de pointe et cela a entraîné une demande de la part de la population non indigente. Après une certaine résistance : un décret du 29 juillet 1939 interdisait l'accès à l'hôpital aux classes aisées qui avaient les moyens de payer pour des soins à domicile ou dans des maisons de santé (ce qui a entraîné le développement du secteur privé), la loi du 21 décembre 1941 rend l'hôpital accessible à tous, conciliant ainsi l'attraction du public à l'hôpital et sa vocation sociale. Une répartition de plusieurs classes de confort d'hébergement, donc de prix de journées s'instaure. Un décret du 17 avril 1943 oriente plus précisément la fonction hospitalière vers les soins aux malades, avec ou sans hébergement, marquant déjà la frontière entre le sanitaire et le social.²

Puis l'avènement de la sécurité sociale interpose entre les patients non payants (indigents) et payants, une catégorie intermédiaire : les assurés sociaux. En 1951, la clause réservant l'hôpital aux démunis est officiellement abolie et en 1958 la création du plein temps pour les médecins hospitaliers consacre l'hôpital comme centre de soins d'une médecine de qualité. Cela contribue au développement de l'hospitalocentrisme : l'hôpital, de centre de charité est devenu centre d'assistance : l'« Hôpital-Providence ».²

La loi de 1970 marque la distinction entre le médical et le social, excluant le rôle d'hébergement à des fins sociales, qui était le rôle propre de l'hôpital jusqu'à 1941. C'est aussi dans cette loi que l'on voit apparaître les premiers textes législatifs relatifs aux alternatives à l'hospitalisation : « les services hospitaliers peuvent se prolonger à domicile... ». La loi de 1975 introduit le médico-social indiquant qu'une frontière floue existe entre les deux secteurs ce qui rendait nombre de situations très ambiguës vis à vis de la loi de 1970. Cette distinction a son importance comme nous le verrons, sur la difficile mise en place de solutions d'alternatives.²

Pendant 30 années (de 45 à 75, les « trente glorieuses »), ce fut l'opulence, entraînant une croissance phénoménale et désordonnée des lits, des équipements, du personnel et de l'activité de l'hôpital, en parallèle avec un développement concurrentiel des cliniques privées. La santé n'avait pas de prix et il a fallu la deuxième partie de la décennie 70 pour que l'on réalise qu'elle avait un coût, que les mots « santé » et « économie » soient rapprochés et qu'une recherche d'adéquation entre l'offre et le besoin soit évoquée.^{2, 3}

¹ *Allocution d'ouverture de la réunion de l'Association Régionale Rhône-Alpes d'Economie Médicale - Lyon 17 novembre 1989.*

² *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours . Christian Maillard, Paris Dunod, 1986.*

³ *Les alternatives à l'hospitalisation : Place des alternatives à l'hospitalisation dans le champ du médico-social. Burgener (M.), Roussel (P.). Marseille. Prévenir n° 14, juin 1987.*

L'Etat décide alors de prendre les commandes et de légiférer pour contenir les dépenses. Un revirement s'établit et l'hôpital n'est plus le centre de la politique sanitaire : restriction des investissements (loi du 29 décembre 1979), mise en place du budget global (lois du 19 janvier 1983 et du 3 janvier 1984) et d'un système d'information pour pouvoir évaluer l'activité hospitalière, puis promotion des alternatives à l'hospitalisation dans un objectif de maîtrise des dépenses. En 1982, les alternatives à l'hospitalisation prenaient place parmi les huit missions d'évaluation et de proposition constituées autour du Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire dans le IX^e plan et le rapport préparatoire⁴ qualifiait les alternatives à l'hospitalisation comme « innovations organisationnelles ». La loi du 31 juillet 1991 va plus loin : elle étend les systèmes d'information et les moyens d'évaluation, rend complémentaires plutôt que concurrentiels le secteur public et le secteur privé, introduit les alternatives à l'hospitalisation dans la carte sanitaire, encourage spécialement le développement de la chirurgie ambulatoire et renforce ou établit les liens entre la médecine de ville et la pratique hospitalière dans le cadre de ces alternatives.

Dans la pratique quotidienne, les médecins hospitaliers n'ont pas attendu les lois pour développer des systèmes d'alternatives. Des initiatives ponctuelles et locales, dictées par l'engorgement des services hospitaliers ou pour améliorer le confort du malade en le rapprochant de son milieu familial et non dans un souci premier d'économie, s'étaient développées. « Dès 1951, l'hôpital Tenon, puis en 1956 et 1957, les Instituts Gustave Roussy et Curie ont institué un suivi de leur patients à domicile. Un véritable service d'hospitalisation à domicile est créé par l'Assistance publique à Paris en 1957. Une initiative privée : « Santé-Service », est conventionnée en 1962.... Les premières expériences de la décennie cinquante s'adressaient d'abord aux cancéreux et tentaient de leur assurer un mode de vie possible hors des murs de l'hôpital... »^{3, 5}

Il faut encore préciser que la Psychiatrie a été la première à promouvoir explicitement l'alternative à l'hospitalisation comme un atout majeur. Dès 1960, la circulaire du 15 mars a inauguré officiellement la sectorisation. Dans le cadre du secteur psychiatrique, zone géographique bien délimitée, le patient devait être pris en charge en traitement ambulatoire. Toutefois le vide juridique existant et la nécessité d'une réforme du financement ont fait que la sectorisation a demandé plus de deux décennies pour se développer. Les choix faits en 1985 en matière législative, identifiant le secteur psychiatrique dans sa double dimension, intra et extra-hospitalière et en matière financière, mettant à la charge de l'assurance maladie l'ensemble de la psychiatrie, laissent penser que les pouvoirs publics ont voulu faire jouer un rôle pilote à la psychiatrie, pour la politique des alternatives articulées avec la maîtrise des dépenses de santé.⁶

Malgré les incitations, le développement des alternatives et les réalisations concrètes sont restés très minces et elles représentent toujours une activité très restreinte comparée à ce que reste l'activité hospitalière classique. En particulier, le fossé reste grand entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, condition peu propice à une mise en place efficace de moyens de substitution à des hospitalisations.

⁴ *Les alternatives à l'hospitalisation. Rapport de mission au Ministre d'Etat, Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire. Préparation du IX^e Plan. René Caquet et Serge Karsenty, décembre 1982.*

⁵ *Le fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile. L. Com-Ruelle, N. Raffy. Publication CreDES n° 958. Février 1993.*

⁶ *Les alternatives à l'hospitalisation : la psychiatrie à la recherche d'une alternative. Spindler-Weben (S.). Marseille. Prévenir n° 14, juin 1987.*

2. QU'EST-CE QU'UNE ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION ?

« Pour l'assurance maladie, peuvent être considérées comme alternatives à l'hospitalisation, toutes les activités qui permettent d'éviter une hospitalisation ou d'en réduire la durée, ainsi que celles qui lui évitent la prise en charge de la totalité des frais d'hébergement et de soins engagés pour une hospitalisation complète. »⁷

Dans les Dossiers Etudes et Statistiques de la CNAMTS il est dit que « les alternatives à l'hospitalisation constituent un mode privilégié d'innovation dans les pratiques de soins et un vecteur important de diffusion de nouvelles technologies dans le système de santé d'aujourd'hui ». Un classement y est donné, qui reflète plutôt la position du financeur. Trois types d'alternatives sont distingués :

- les alternatives médico-sociales qui concernent essentiellement les structures pour personnes âgées et les handicapés où l'assurance maladie intervient conjointement avec d'autres financeurs (Aide Sociale, bénéficiaires...),
- les alternatives en psychiatrie dont les financements étaient en partie assurés par l'Etat et les collectivités locales jusqu'à 1985 et qui sont depuis entièrement prises en charge par l'assurance maladie ;
- les alternatives médicales et médico-techniques entièrement financées par l'assurance maladie.⁷

On a essayé une approche plus basique en se référant au dictionnaire. Le Lexis donne trois définitions du terme « alternative » qui ne sont pas forcément exclusives :

- une solution de remplacement ;
- une succession d'états qui reviennent plus ou moins régulièrement ;
- un choix entre deux partis possibles ;

1. **Une solution de remplacement**, ou encore une **substitution**. On remplace ou substitue une hospitalisation par autre chose. On évite l'admission d'un patient à l'hôpital en le soignant ailleurs, hors de l'hôpital, à domicile ou dans une structure externe ambulatoire, en lien ou non avec le milieu hospitalier :

- hospitalisation à domicile⁸ ;
- traitement à domicile de certaines affections chroniques comme l'insuffisance rénale chronique et de l'insuffisance respiratoire chronique ;
- soins à domicile dont soins palliatifs ;
- psychiatrie de secteur ;
- maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes (coordination gérontologique, ...), élargissant là le cadre classique de l'hôpital aux institutions d'hébergement ;
- hébergement chez des particuliers ;
- appartements thérapeutiques ; ...

⁷ Les alternatives à l'hospitalisation : Résultats 1984 et analyse par structure. Dossiers Etudes Statistiques CNAMTS n° 6, mai 1987.

⁸ Les patients hospitalisés à domicile en 1992. L. Com-Ruelle, N. Raffy. CreDES n° 1007, mars 1994.

L'ordre de cette énumération non exhaustive est voulu : partant de situations de soins aigus qui relèvent de pratiques à court terme, on passe à des situations chroniques demandant des solutions à moyen ou long terme, souvent frontières entre le médical et le social, où se mêlent soins curatifs et soins d'entretien, pour arriver à des situations où le médical n'est là que de façon très épisodique et où l'objectif est surtout social : assurer les conditions de la vie courante ou faciliter la réinsertion. Les intervenants sont selon les cas, soit du personnel hospitalier, soit des libéraux, soit les deux.

2. **Une succession d'états qui reviennent plus ou moins régulièrement** : on a insisté plus haut sur la dualité qui a de tout temps existé entre les deux rôles de l'hôpital : hébergement et soins, montrant le glissement qui s'est opéré entre les deux. L'alternative à l'hospitalisation se conçoit aussi comme une alternative entre ces deux rôles, utiliser en priorité le rôle médical et la technologie de pointe de l'hôpital : investigations diagnostiques, interventions chirurgicales, actes thérapeutiques, de l'hôpital et réduire au minimum le rôle d'hébergement. On admet le patient à l'hôpital, seulement le temps de procéder à un acte diagnostique, thérapeutique ou chirurgical, au maximum pour la journée. Ou bien on diminue son séjour en le renvoyant à son domicile dans les plus brefs délais et en organisant le suivi hors de l'hôpital ou à l'hôpital pour de courts épisodes. Dans cet ordre d'idée, on peut citer :

- des consultations externes, couplées ou non avec
- l'hospitalisation de jour ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- les urgences ;
- les traitements ou cures ambulatoires à l'hôpital : chimiothérapie, dialyse, radiothérapie, etc. ;
- les hospitalisations partielles telles l'hospitalisation de nuit, l'hospitalisation de semaine, l'hospitalisation de week-end ; ...

L'hospitalisation à domicile peut aussi s'alterner avec des épisodes d'hospitalisation classique. Les formules de réseaux « ville-hôpital » qui se sont particulièrement développées avec l'épidémie de Sida se définissent aussi sous cet angle. L'hôpital et son personnel sont les intervenants essentiels pour toutes ces formules, mais la collaboration avec le médecin de ville afin d'assurer la surveillance lors des épisodes à domicile s'avère indispensable.

3. **un choix entre deux partis possibles** : (ou plusieurs partis possibles). On peut vouloir offrir au malade la palette la plus vaste possible des possibilités d'hospitalisation, qu'il peut choisir en fonction de facteurs géographiques ou familiaux ou pour son propre confort et sa sécurité.⁹

3. POURQUOI DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION ?

Les intervenants dans le processus de conception et de mise en place de méthodes alternatives sont très nombreux et motivés par des objectifs divers et parfois contradictoires. Trois objectifs essentiels sont évoqués lorsque se justifie l'utilisation d'alternatives à l'hospitalisation, selon que l'on se place d'un point de vue de financeur, de gestionnaire, de patient ou de producteur de soins :

- la maîtrise des dépenses hospitalières et plus largement des dépenses de santé ;
- l'intérêt du patient ;
- le décloisonnement de l'offre de soins.

⁹ *Les alternatives à l'hospitalisation : défi pour l'hôpital. Hôpital-Expo 15èmes assises nationales de l'hospitalisation. Revue Hospitalière de France. n° 1, janvier - février 1994.*

1. **dépenser moins** : les financeurs que ce soit l'assurance maladie, l'Etat, les services sociaux, les gestionnaires des hôpitaux ou même le malade voient dans l'intérêt d'une alternative, la possibilité de diminuer leurs dépenses. Les références aux alternatives dans les textes de lois sont devenues pressantes quand il est apparu indispensable de contenir les dépenses de santé et en particulier les dépenses hospitalières. L'idée première est que des soins pratiqués hors de la structure lourde de l'hôpital et avec moins ou pas d'hébergement coûterait moins cher. « La volonté exprimée par les pouvoirs publics est de parvenir au meilleur usage possible de l'appareil de soins en tenant compte des équilibres à trouver entre ses différentes composantes, ..., d'éviter de systématiser les formes lourdes de prise en charge de la maladie».¹⁰ Pour la CNAMTS, l'objectif économique est explicite : les alternatives à l'hospitalisation se doivent de diminuer les frais d'hébergement et de soins en améliorant l'adéquation de l'offre et de la demande. Le service médical de la CNAMTS avait évalué en 1982 que « le taux d'inadéquation se situait entre 40 et 50 % dans les structures entièrement financées par l'assurance maladie (services de médecine et de psychiatrie) et 20 % en long séjour ou section de cure médicale ».⁷
2. **sauvegarder l'intérêt du patient** : l'objectif économique peut aussi servir le patient. Sa part de contribution continue d'augmenter en même temps que les dépenses de santé, soit directement, soit indirectement à travers de nouvelles mesures. Mais surtout l'utilisation d'alternatives permet au patient d'éviter la cassure avec sa vie familiale et affective. Même si traditionnellement l'hôpital apportait une image sécurisante, « le malade est entre les meilleures mains, il est surveillé 24 heures sur 24, ... », l'élévation du niveau culturel, la diffusion de l'information ont fait évoluer les mentalités et le malade souhaite de plus en plus se prendre en charge et ne pas s'éloigner de son environnement. « Les alternatives consistent à substituer à l'«enfermement hospitalier», une formule qui maintient le malade dans son contexte familial, autant que la technicité et la continuité des soins le permettent, tout en étant plus économique... ».³ Cette définition complexe dégage plusieurs objectifs : le confort du patient qui ne veut pas rester trop longtemps hors de son milieu affectif (sans qu'il soit besoin de rattacher un caractère carcéral à son hospitalisation) ; la technicité et la continuité des soins qui évoquent la sécurité du patient. En effet, l'objectif certainement prioritaire qui conditionne le maintien ou non du malade à l'hôpital est l'amélioration ou le maintien de son état de santé. Il est évident qu'une substitution à la fonction hospitalière doit se faire par un service assurant une qualité et une sécurité comparables des soins. Le développement des techniques de pointe a fait de l'hôpital le pivot du système de santé depuis l'après-guerre, les progrès accomplis depuis lors, dans la mise au point d'appareils simples et fiables, le développement des systèmes de téléalarme et de la télémedecine, autorisant la consultation et le diagnostic médical à distance, devraient permettre d'assurer la même sécurité et la même efficacité d'un traitement hors des murs de l'hôpital. « Les alternatives à l'hospitalisation visent une redistribution des priorités : de l'hôpital et des structures lourdes d'hébergement vers des structures plus souples et polyvalentes pouvant intervenir au domicile du patient et en milieu ouvert. ».¹⁰ Il faut rajouter que le maintien du patient dans son milieu naturel peut aussi être un facteur thérapeutique, en particulier dans le domaine de la psychiatrie.
3. **décloisonner l'offre de soins** : pas d'alternative efficace sans une collaboration étroite entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. La continuité des soins après un retour précoce du malade à son domicile nécessite une prise en charge « relais » par son médecin traitant. « Une restructuration efficace de l'offre de soins exige une coordination entre tous les acteurs et cette coordination doit se centrer autour de son objet : le patient et sur le problème à traiter (maintien à domicile, urgence, Sida, chirurgie ambulatoire, etc.) ».¹¹ De nombreuses initiatives se développent actuellement, pour mettre en place des réseaux ou de filières de soins entre la ville et l'hôpital. Les réformes hospitalières depuis 1991 vont dans ce sens : l'alternative devrait être la « constitution d'un réseau gradué et coordonné de divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés sur une même zone sanitaire, afin de doter chacun de missions non plus concurrentes, mais complémentaires » Circulaire n°21 DH-EO du 3 avril 1993. La collaboration doit s'exercer sous forme de partenariat et non plus de concurrence.

¹⁰ *Les alternatives à l'hospitalisation : Entre le social et le médical, quelles alternatives ? Steffen (M.). Marseille. Prévenir n° 14, juin 1987.*

¹¹ *Le travail en réseau : une solution en matière de santé ? Anne-Marie Soulié. Prévenir n° 27, 2^e semestre 1994.*

« Les médecins libéraux espèrent élargir leur champ d'activité à travers les alternatives et la politique de prise en charge à domicile qui devraient en résulter ». ¹² Ils voient dans ces mesures une revalorisation de la fonction du généraliste qui occuperait un poste clé.

D'autres motivations à utiliser des alternatives peuvent se justifier par des facteurs sociaux et épidémiologiques. Le vieillissement de la population, l'épidémie de Sida, entre autres, ont contribué aussi et justifient le développement de structures alternatives.

4. POURQUOI DES FREINS À LA MISE EN PLACE DES ALTERNATIVES ?

Le **vide réglementaire** qui a suivi l'élaboration des lois a été une des premières raisons qui explique le ralentissement des réalisations concrètes en terme d'alternative à l'hospitalisation. Des lois sont votées, mais les décrets ou circulaires d'application ne suivent pas. Depuis les années 50, les hôpitaux ont inventé des formules alternatives à l'hospitalisation, mais sans véritable existence réglementaire. La sectorisation psychiatrique a commencé alors que rien ne permettait de s'y engager. La réglementation est venue ultérieurement reconnaître ce qui était effectué par les hospitaliers, les médecins, les soignants. Le même phénomène s'est produit pour la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation à domicile et dans tous les secteurs. La nouvelle loi de 1991 et les décrets pris le 2 octobre 1992 ont commencé à matérialiser la réglementation. ⁹ Cependant, cette argumentation peut être à double tranchant Il est indispensable pour pouvoir faire des expérimentations de disposer d'une certaine flexibilité que la réglementation risque de rendre impossible, devenant alors un facteur de blocage.

La stagnation que connaît le développement des alternatives à l'hospitalisation, témoignent aussi des **réticences** de la part des différents acteurs :

- L'assurance maladie apparaît souvent comme l'une des causes du blocage. « Les caisses d'assurance maladie justifient leurs restrictions au développement des alternatives par la crainte qu'elles ne créent de nouveaux niveaux de soins plus qu'elles n'en remplacent ». ¹⁰
- L'hospitalocentrisme persiste parce que les mentalités n'évoluent pas et c'est là un frein important à la mise en place des alternatives.
- La médecine libérale peut aussi se montrer réticente à tout risque de réglementation de son mode d'exercice ou de prescription que sa collaboration pourrait impliquer. Ce peut être aussi le cas pour les professions paramédicales exerçant en libéral.
- Le malade peut ne pas se sentir assez sécurisé hors de l'hôpital. Le retour du malade à domicile est aussi contraignant pour la famille qui peut ne pas se sentir assez soutenue psychologiquement ou matériellement pour faire face au quotidien de la maladie.

Mais l'essor dans le développement des alternatives est surtout ralenti pour des **raisons économiques**. Les financeurs que ce soit l'assurance maladie, l'Etat, les services sociaux, ou même le malade voit dans l'intérêt d'une alternative la possibilité de diminuer leurs dépenses. Il paraît de plus en plus évident que cet objectif, pourtant recherché par beaucoup d'acteurs, soit au moins dans l'immédiat délicat à atteindre. Une évaluation se révèle très complexe de par les facteurs directs et indirects qu'il faut prendre en compte. La comparaison entre la situation que l'on a avec l'alternative et celle que l'on aurait sans l'alternative est difficile, sinon impossible. De plus, la mise en place d'un nouveau service, nécessite un développement de nouveaux moyens, qui sont sources de nouvelles dépenses dans un premier temps.

Les évaluations manquent et s'il en existe, elles n'ont pas encore convaincu que les alternatives permettaient de faire des économies. « L'évaluation des alternatives en terme économique s'avère difficile et remet en question la pertinence d'une approche formulée en terme de **substitution** et de

¹² Les alternatives à l'hospitalisation : Bungener (M.), Steffen (M.) et al. Marseille. Prévenir n° 14, juin 1987.

comparaison entre hospitalisation et soins à domicile ». ¹³ Pour beaucoup, alternative est avant tout synonyme de substitution et on raisonne uniquement en taux de change : ainsi les décrets de 1991 incluent l'hospitalisation à domicile (HAD) dans la carte sanitaire et dit que pour créer des lits de HAD il faut supprimer au minimum un lit d'hospitalisation traditionnelle et même, dans l'hypothèse où la carte sanitaire est trop encombrée, deux lits ; de même, il faut fermer un lit d'hospitalisation traditionnelle pour en ouvrir un de jour. Ce n'est pas toujours en ces termes que doit se poser le débat. Quand on crée quelque chose de nouveau, il est prudent que les deux systèmes marchent en parallèle pendant un certain temps afin de se garder ainsi l'alternative. C'est à l'expérience que l'on peut faire pencher la balance. ⁹ La substitution si elle doit se faire et l'économie qui peut en résulter doivent arriver à plus long terme. Le confort et la sécurité du patient passent avant. Il est certain que la mise en place de nouvelles organisations demande toujours un nouvel investissement et occasionne dans l'immédiat de nouveaux frais. Ainsi, lorsque des hospitalisations sont transférées vers l'extérieur, la dotation globale de l'hôpital ne diminue pas et l'assurance maladie se trouve imputée de dépenses nouvelles, de même, la plupart des hospitalisations de jour ont conduit à des réalisations nouvelles et non à des substitutions d'activités. ¹⁴

La comparaison entre l'hospitalisation et les soins à domicile est aussi rendue difficile par le fait que le degré de substitution entre les deux varie en fonction de facteurs sociaux et épidémiologiques : l'âge des patients, la pathologie, l'environnement, etc. La méconnaissance des coûts par pathologie rend difficilement comparable les frais d'une activité alternative par rapport à une hospitalisation traditionnelle. ¹⁴ Il faut aussi dire qu'une évaluation est incomplète si elle ne considère pas les coûts cachés qui retombent sur la famille : garder un patient à domicile est une charge pour la famille mal armée psychologiquement et matériellement.

Tout cela fait que le bilan économique est incertain et ambigu, ¹⁵ et justifie beaucoup de réticences.

La **multiplication des financeurs** intervenant dans la prise en charge des différentes alternatives est aussi pour beaucoup responsable des lenteurs de mise en place. « les clivages administratifs entravent le développement des alternatives. Le souci économique au niveau de chaque organisme conduit les financeurs à se rejeter mutuellement la prise en charge de besoins nouveaux sans pour autant considérer l'économie globale ». ¹⁰ « Le développement des alternatives bute sur la séparation institutionnelle entre le médical et le social. Cette distinction est à l'origine de l'inadaptation des systèmes de prise en charge et du cloisonnement entre la politique de santé et les politiques d'action sociale ». ¹² Les démarches administratives nécessaires pour assurer les différentes prises en charge du patient pour un retour à domicile réussi peuvent en décourager beaucoup. On touche là le point délicat de l'harmonisation d'une prise en charge centrée sur le malade. C'est un des objectifs exprimé dans la récente réforme de la santé.

De la même façon, le **cloisonnement des professions de santé**, le manque de communication traditionnel entre le monde hospitalier et les professions libérales diminuent les chances de réussite d'une politique d'alternatives. « La coordination des différentes interventions posent souvent problème ». ¹⁶ Il faut que les structures sanitaires ambulatoires soient en mesure de remplir les fonctions nécessaires et qu'on déploie pour cela les moyens voulus. La mise en place de réseaux de filières de soins et de coordination entre les professionnels de santé sont la réponse à ce problème.

Il est un fait aussi que dans certains cas, les alternatives ne puissent être envisagées pour des **raisons** purement **technico-médicales**. Certaines pathologies ne s'y prêtent pas parce que demandant un déploiement technique trop lourd pour le domicile. « Il est plus simple et moins cher à

¹³ Comment évaluer les alternatives à l'hospitalisation ? Monika Steffen. Revue médicale de l'assurance maladie n°4-1989. pp 12-15.

¹⁴ Alternatives to hospitalisation in Europe. Actes des journées européennes pluridisciplinaires de formation. Parlement Européen de Strasbourg. France. 22-23-24 novembre 1993.

¹⁵ Les alternatives à l'hospitalisation : Bilan du débat économique. Burgener (M.). Marseille Prévenir n°14, juin 1987.

¹⁶ Les alternatives à l'hospitalisation : Heurs et malheurs des alternatives à l'hospitalisation. Rey (J.-F.), Siboni (H.). Marseille. Prévenir n° 14, juin 1987.

l'équipe médicale de changer de chambre que de prendre sa voiture et de transporter le matériel », ¹⁴ et la substitution n'est alors pas raisonnable.

Pour assurer le retour du patient à son domicile, il faut que beaucoup de conditions soient réunies : que le patient ne soit pas seul, or l'éclatement familial fait que la proportion de personnes vivant seules est en constante augmentation. Même si le patient n'est pas seul, il faut que le contexte familial soit favorable, que la famille soit prête et d'accord pour assumer la charge matérielle et psychologique. Il est indispensable que la salubrité du domicile soit assurée. La dégradation sociale actuelle et **l'aggravation de la précarité** sont des raisons qui peuvent expliquer la difficile mise en place des alternatives à l'hospitalisation. L'hôpital retrouverait là son rôle d'antan, qui était de recevoir les pauvres.

On terminera en insistant sur la nécessité qu'il y a de développer une **formation** spécifique des praticiens, des malades et de son entourage à l'utilisation des alternatives. C'est là une condition indispensable au succès de l'opération. « L'assurance maladie est de plus en plus favorable au développement de « l'HAD éducation » et « l'HAD transition ». La première a pour but d'apprendre à la famille du malade à modifier ses façons de vivre en fonction de la maladie et d'en assurer le suivi, la seconde doit favoriser l'adaptation à une nouvelle forme de vie résultant de maladies chroniques invalidantes, concernant de plus en plus le vieillissement et les traumatismes fonctionnels. Elles évitent à long terme des prises en charge qui s'avèreraient plus onéreuses. ».¹⁷

Une dernière question est laissée en suspens : la **diversité des alternatives** à l'hospitalisation existantes nuit-elle ou au contraire favorise-t-elle, en élargissant l'éventail des choix alternatifs, le développement et la mise en place de structures efficaces ?

CONCLUSION : AVENIR DES ALTERNATIVES ?

La nécessité des alternatives apparaît comme une certitude pour tous les acteurs concernés. Elles ne doivent cependant pas devenir un credo ne serait-ce qu'en raison de certaines contre-indications. Les évaluations manquent et bien que particulièrement difficiles à réaliser, parce qu'impliquant des outils méthodologiques spécifiques, elles sont une condition au développement constructif des alternatives à l'hospitalisation. Pour répondre aux diverses interrogations ou inquiétudes formulées, une évaluation efficace devrait tenir compte des objectifs et des intérêts de chacun des acteurs concernés : les financeurs, le corps médical hospitalier et libéral, le personnel soignant, le malade et son entourage. Elle devrait mettre en balance les multiples facteurs de pertinence face à différentes alternatives : âge du patient, pathologie, environnement social et familial, lourdeur du traitement, etc.. Elle permettrait enfin d'analyser les conséquences des changements structurels et de l'évolution des mentalités que la mise en oeuvre d'une politique d'alternatives efficace d'un point de vue économique, mais aussi médical, humain et relationnel rend nécessaires.

La réussite de toute alternative réside aussi dans la qualité de la coopération entre les différentes parties concernées : équipe hospitalière, médecin traitant, personnel soignant à domicile, famille, malade, etc. Les cloisons doivent sauter. « L'instauration d'alternatives crédibles doit passer par des réseaux coordonnés. C'est à ce prix que peuvent être imaginées de véritables solutions nouvelles, plus performantes et plus satisfaisantes pour le malade ».¹⁴

Les nombreuses expériences locales restent des plus prometteuses, et il semble évident que le développement se fera d'en bas. Si les alternatives se développent, c'est pour des raisons financières, techniques, également en fonction de l'évolution des techniques médicales et chirurgicales, mais surtout pour des raisons humaines. On doit avant tout optimiser une coordination des services autour du patient qui occupe la place centrale.

¹⁷ *Les alternatives à l'hospitalisation : L'hospitalisation à domicile, quel avenir ? Fermon (B.), Horellou-Lafarge (Ch.). Marseille. Prévenir n° 14, juin 1987.*

Trois profils différents pour l'hôpital de demain semblent se dessiner : l'hôpital traditionnel qui se limite à recevoir les cas lourds et assurer des soins coûteux ; un service de soins intégrés qui assure des soins brefs à l'hôpital avec une coordination des soins hors hôpital ; et enfin la précarité grandissante peut amener l'hôpital à tenir à nouveau le rôle historique et plus social de centre d'hébergement pour des patients en difficulté. C'est sans doute à partir de cela que se poseront les vraies alternatives.

Achévé d'imprimer le 16 juin 1997
SCRIPTA Diffusion, 16 place Adolphe Chérioux
75015 PARIS
Dépôt légal : juin 1997