

Moins de temps à l'hôpital pour de meilleurs soins

► **ÉVOLUTION** En Suisse comme ailleurs, la durée des séjours hospitaliers se réduit, ce qui est parfois mal perçu par le public, du moins par une partie de celui-ci

«**D**ieu se rit des hommes qui déplorent les effets dont ils chérissent les causes.» Cette pensée de Bossuet, un littérateur français du XVII^e siècle, résume à peu de choses près la problématique du financement hospitalier. D'un côté le peuple souverain souhaite freiner l'augmentation des coûts de la santé – il s'est exprimé sur ce sujet en 2005 – et d'un autre il s'étonne que ce réquisit d'économicité ait un impact sur la manière dont les soins sont prodigués: un exemple patent, la durée des séjours hospitaliers.

«Comment se fait-il que lors de mon accouchement, il y a 30 ans, j'ai eu la possibilité de demeurer 2 semaines à l'hôpital, alors que ma fille, qui accouche aujourd'hui, ne peut rester que 3 ou 4 jours au maximum?» entend-on. Certains patients peinent à comprendre que le système de soins a évolué et qu'avec l'adoption du système Swiss DRG, les hôpitaux se voient contraints à l'efficacité, comme jamais auparavant.

«Il y a quelques années, la date de sortie ne dépendait pas seulement du diagnostic, mais également de la volonté du patient et de sa situation familiale», explique Yannick Mercier, directeur médical à l'HJU. Si la famille du patient ne pouvait venir le chercher, ou qu'il préférerait se reposer encore un peu dans les murs de l'hôpital, on s'arrangeait... «Ce qui n'est plus guère le cas.» On voyait alors les hôpitaux, non seulement comme des lieux de soins, mais comme «des lieux de vie».

Du forfait à la facture exhaustive

Puis sont arrivés les DRG (Diagnosis related group, soit en français Groupe homogène de diagnostic): ce système de facturation nouvellement appliqué détermine, pour chaque type de cas et d'intervention, le montant que recevra l'hôpital pour ses prestations; combien lui verseront assurances et canton. «Dans le fond, ce système est plus juste et plus

transparent, car la facturation correspond aux soins qu'a reçu le patient», explique Dominique Schaffner, Chef du service des finances H-JU.

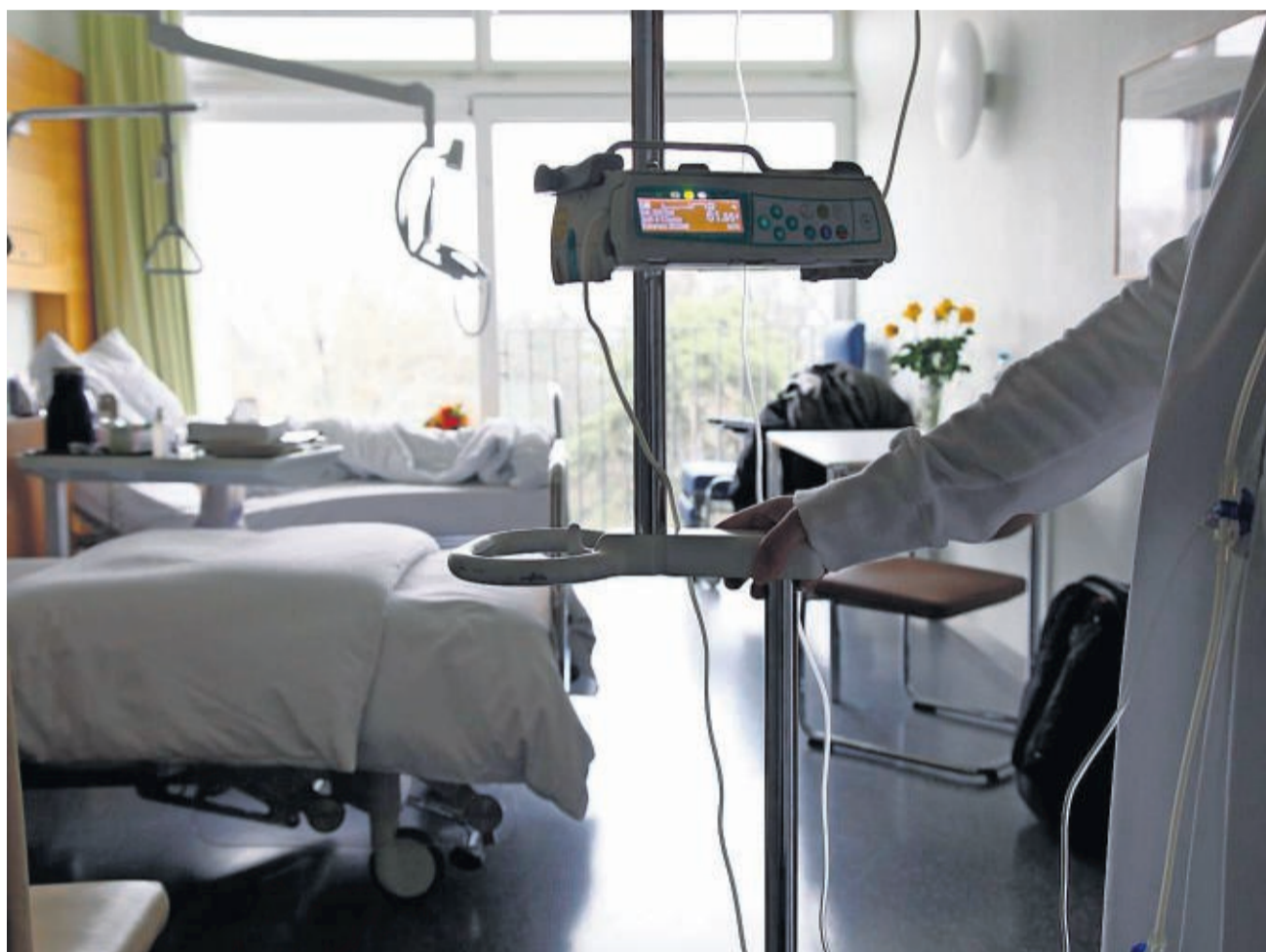
Avant de détailler la nouvelle méthode de facturation, intéressons-nous à celle qui l'a précédée: «On appliquait alors un forfait par cas, détaille le Chef du service des finances. Que vous veniez à l'hôpital pour une commotion ou une opération, et que vous passiez 1 nuit ou 10 jours à l'hôpital, le montant de la prise en charge était fixé à 3000 francs, plus 70 francs par jour.»

Aujourd'hui, tout est différent: chaque intervention, geste de soin, analyse en laboratoire, ainsi que médicaments et traitements sont inscrits sur la lettre de sortie du patient – lettre que recevront le médecin traitant et sur demande le médecin conseil de l'assurance. «Pour le personnel médical et soignant, la charge administrative est devenue énorme», raconte Yannick Mercier, et c'est là l'un des principaux motifs de plainte du personnel.

Les hôpitaux en concurrence

Ce nouveau système n'a pas que des inconvénients: «A la fin de chaque année, les différents hôpitaux de Suisse transmettent leurs données à SwissDRG et à l'OFS, ce qui leur permet de se comparer entre eux. Sur la base de ces informations, SwissDRG va déterminer le nouveau catalogue avec le nombre de points attribués à chaque DRG. La valeur financière du point DRG fait l'objet d'une négociation entre l'hôpital et les assureurs... Si les autres hôpitaux sont plus économiques, en effectuant des soins de manière plus efficace, la valeur du point descend, ce qui invite les moins bons élèves à faire des efforts d'économie ou à tout simplement retirer la prestation en question de leur offre globale.

Le système DRG a l'effet suivant: là où il a été mis en place depuis longtemps, comme en Allemagne ou aux USA, les hôpitaux se sont spécialisés et leur nombre s'est réduit. Encore une fois, cela peut paraître regretta-



Le taux de remplissage des lits doit s'élever à plus de 90% pour assurer la santé financière de l'hôpital, ce qui implique «une gestion des flux très pointue», explique Yannick Mercier, directeur médical à l'HJU. ARCHIVES ROGER MEIER

ble aux yeux de certains, mais mettre un frein à l'augmentation des coûts de la santé oblige à certains sacrifices, «jamais au dépens de la qualité», Yannick Mercier est formel.

Contre les «renvois sanglants»

Outre la conscience professionnelle des médecins, les détails des remboursements DRG permettent d'éviter la détérioration de la qualité des soins. Le point clé: les bloody discharges, comprenez «renvois sanglants». Si dans les 18 jours après son départ de l'hôpital, le patient y retourne avec le même problème de santé, l'hôpital devra le soigner à ses propres frais.

L'instauration du nouveau système correspond à un véritable changement de mentalité. Jeunes et vieux ne réagissent pas de la même manière à ce mode de fonctionnement hospitalier. «Les jeunes gens préfèrent quitter l'hôpital le plus vite possible, quitte à revenir plusieurs fois dans le centre de soins, pour faire des contrôles ou poursuivre le traitement.»

C'est différent pour les personnes âgées, vite prises au dépourvu. «Pour elles, être renvoyées à la maison, ça va, mais devoir quitter l'hôpital de Delémont, par exemple, pour se rendre dans un autre centre (de rééducation ou dans le centre de réadaptation gériatrique) est une grande source de stress», détaille Yannick Mercier.

Pourtant, c'est là l'avenir des soins: les lits de soins aigus ne seront occupés que par des patients qui en ont réellement besoin...

Sortie de l'hôpital, le matin comme à l'hôtel

Le taux de remplissage des lits doit d'ailleurs s'élever à plus de 90% pour assurer la santé financière de l'hôpital, ce qui implique «une gestion des flux très pointue». C'est le nombre de nuits passées à l'hôpital qui est déterminant pour calculer la longueur du séjour et la rémunération. Afin d'améliorer l'efficacité, exactement comme dans un hôtel, il faut s'assurer que la chambre libérée soit rendue disponible pour le prochain patient. Cette meilleure gestion des flux a conduit, par exemple, à planifier la sortie des patients à 11 h le matin.

La réduction des durées d'hospitalisation ne découle pas seulement de la volonté populaire de faire des économies, mais également des avancées techniques: que ce soit dans la rapidité d'établissement du diagnostic, dans les interventions chirurgicales elles-mêmes (beaucoup moins invasives grâce entre autres à la laparoscopie), ou dans l'efficacité des médicaments, tout concourt à rendre le travail des professionnels de la santé plus efficace. «Avant, pour établir un diagnostic, il fallait parfois de nombreux jours d'hospitalisation», raconte Yannick Mercier.

Alors certes, les médecins et les soignants ont moins de temps à passer au chevet des patients pour échanger, certes les séjours dans les hôpitaux sont moins longs, mais la qualité, elle, est toujours là, et même «meilleure que jamais», rassure le directeur médical.

«Les personnes âgées ont encore le sens de la fatalité, contrairement aux jeunes qui la rejettent»

Le nouveau financement hospitalier met au jour une dynamique différente entre patients et soignants, faisant apparaître des sensibilités particulières à chaque génération. «Aujourd'hui, lorsqu'un patient se présente à son médecin avec un problème médical, il s'est déjà renseigné», explique Yannick Mercier, directeur médical à l'HJU. C'est un fait: Internet a permis de réduire l'asymétrie informationnelle qui régnait jusqu' alors entre patient et soignant.

«Le médecin de grand-papa était très paternaliste.» Il savait, il décidait, on l'écoutait. Aujourd'hui, le patient prend une part beaucoup plus importante dans le choix de son traitement. Lorsqu'un malade se présente à l'hôpital et une fois le diagnostic établi, le soignant lui présente différentes options thérapeutiques, parmi lesquelles le malade pourra opérer un choix; parfois même celui de ne subir aucun traitement. Bien entendu, après avoir détaillé les options possibles le médecin va recommander

celle qu'il pense être la meilleure, mais le patient à tous les jours son mot à dire. Les seuls cas dans lesquels un traitement peut être imposé sont rarissimes: ainsi, lorsqu'il s'agit de placer un patient en quarantaine s'il est atteint d'une maladie contagieuse qui pourrait mettre en péril le reste de la société.

Ce qui ne change pas c'est le dévouement

«Les nouvelles techniques disponibles font naître de nouveaux questionnements éthiques.» Tel l'acharne-

ment thérapeutique ou la décision de cessation des soins, prise par le personnel médical ou le patient, mais jamais par la famille... c'est une décision trop lourde. Arrivés à un certain âge, certains patients décident de cesser de se faire soigner, préférant vivre quelque mois «comme avant», plutôt qu'un an à l'hôpital ou dans un centre de soin.

Et c'est là une différence flagrante entre l'ancienne et la nouvelle génération. «Les personnes âgées ont encore le sens de la fatalité, contrai-

rement aux jeunes qui la rejettent», précise le directeur médical. La technologie nouvelle, les séries télévisées, Internet, tout concourt à faire croire que n'importe quelle atteinte à la santé peut être soignée, et vite... C'est un leurre. «La médecine ne pourra jamais tout.» Mais ce qui ne change pas, quelles que soient les contraintes du système, c'est le dévouement des médecins et des soignants qui continuent à tout faire pour offrir les meilleurs soins pour tous.

AM

ALAN MONNAT

