



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ÉVALUATION

Le recours à l'hôpital en Europe

ARGUMENTAIRE

Mars 2009

Les recommandations et synthèse de cette évaluation sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2, avenue du Stade-de-France – F 93218 Saint-Denis-la-Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations	5
Synthèse et perspectives	6
Avant-propos	13
Méthode générale	14
Stratégie de la recherche documentaire	15
Argumentaire	16
1 Recours à l'hospitalisation au niveau international	16
1.1 Contexte.....	16
1.2 Grandes tendances	16
1.3 Définitions	17
1.3.1 Soins hospitaliers	17
1.3.2 Hôpitaux (HP.1).....	18
1.3.3 Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement (HP.2).....	19
1.4 Indicateurs globaux	20
1.4.1 Importance des dépenses d'hospitalisation dans le total des dépenses de santé	20
1.4.2 Infrastructures hospitalières et statut (public ou privé).	22
1.4.3 Lits	24
1.4.4 Activité	26
1.4.5 Ressources humaines.....	30
1.4.6 Équipements lourds.....	32
1.5 Conclusion	33
2 Place de l'hôpital dans les différents pays	34
2.1 Organisation des soins de premier recours et modalités d'accès à l'hôpital.....	34
2.1.1 Organisation des soins primaires.....	34
2.1.2 Orientation des patients	44
2.2 Fonctionnement de l'hôpital.....	49
2.2.1 Compétences et gouvernance	49
2.2.2 Catégories et hiérarchisation.....	55
2.2.3 Modalités d'organisation par type d'activité	56
2.3 Conclusion	71
3 Innovations dans l'organisation des soins permettant de modifier le recours à l'hôpital	71
3.1 Développer la prise en charge rapide en soins primaires, en amont de l'hôpital.....	72
3.1.1 Tours de garde	72
3.1.2 Coopératives de médecins.....	73

3.1.3	Unités de soins primaires sans rendez-vous	78
3.1.4	Renforcement de la plate-forme de services proposés dans le cadre des services d'urgence hospitaliers	79
3.1.5	Tri des patients et conseils par téléphone.....	81
3.1.6	Délégation de services	82
3.2	Développer des alternatives à l'hospitalisation complète	83
3.2.1	Par des consultations de spécialistes hospitaliers dans les structures de soins primaires	84
3.2.2	Par le développement de l'hospitalisation à domicile	86
3.2.3	Par le développement de la chirurgie ambulatoire.....	86
3.3	Développer les structures de soins en aval de l'hôpital, en particulier pour les personnes âgées	93
3.3.1	Le phénomène de blocage des lits hospitaliers.	93
3.3.2	Définitions des soins intermédiaires.....	94
3.3.3	Les différentes structures assurant des soins intermédiaires	94
4	Conclusion	106
Bibliographie	Erreur ! Signet non défini.	
Participants		110

Abréviations

Tableau 1. Abréviations les plus courantes

Abréviation	Libellé
ARH	Agences Régionales de l'Hospitalisation
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRG	Diagnosis Related Groups
EPHAD	Établissements pour Personnes Handicapées
HAD	Hospitalisation A Domicile
HDB	Health Data Base
GP	General Practitioners
MMG	Maisons médicales de garde
MUI	Minor Injury units
NHS	National Health Service
NLU	Nurse Led Units
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCT	Primary Care Trusts
PHC	Primary Health Centres
PPA	Parités de Pouvoir d'Achat
SCS	Système de Comptes de la Santé
SHARE	Survey Health Ageing and Retirement in Europe
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à domicile
UE	Union européenne

Synthèse et perspectives

Objectif de l'étude

Réalisé à la demande de la DSS et de la DHOS, ce rapport s'intègre dans une réflexion plus large sur le recours à l'hôpital en France, et la prévention des hospitalisations injustifiées. Dans ce travail, il s'est agi de fournir un cadrage général, en situant d'un point de vue organisationnel la place qu'occupe l'hôpital dans les systèmes de santé européens. Le présent rapport a été élaboré entre juillet 2007 et achevé en janvier 2008. Il a été soumis à la commission de l'HAS en mars 2008 et au Collège de l'HAS en mai 2008. Il n'intègre donc par conséquent les conclusions et recommandations émises dans le rapport de M. Gérard Larcher, publiées en avril 2008 (1). Cependant les principaux points de convergence entre ces deux travaux figurent en conclusion.

Méthode

La zone géographique retenue pour ce travail est l'Europe des quinze, à laquelle on a ajouté la Norvège et la Suisse. Les données étaient toutefois très lacunaires concernant l'Irlande, la Grèce et le Luxembourg.

Ce travail comprend trois parties :

- dans la première, on définit les structures fournissant des soins hospitaliers et on étudie les indicateurs d'activité par pays en utilisant la base de données Éco-santé de l'OCDE et la base HDB (Health Data Base) de l'OMS ;
- dans la deuxième, la place de l'hôpital dans la fourniture des soins a été appréciée, en relation avec les structures de soins primaires. Les documents principalement utilisés à l'appui de cette réflexion sont les différents rapports sur l'organisation des soins par pays et les rapports thématiques transversaux publiés par l'OCDE et l'OMS, dans le cadre de l'Observatoire Européen sur les politiques et les systèmes de santé ;
- dans la troisième, on décrit les principales innovations organisationnelles européennes qui ont été effectuées dans l'objectif de modifier le recours à l'hôpital. Lorsqu'ils étaient disponibles, une synthèse des travaux relatifs à leur évaluation est également présentée.

Résultats

1. Les structures de soins hospitaliers en Europe et leur activité

• Définitions

Un important travail d'harmonisation des définitions dans le secteur de la santé a été réalisé dans le cadre du Système de Comptes de la Santé (SCS) publié en 2000 par l'OCDE. Il a permis de définir les soins hospitaliers comme étant « les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement et/ou des soins, pour un séjour d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement ».

Sont ainsi distingués les hôpitaux d'une part, et les maisons médicalisées ou autres établissements de soins avec hébergement d'autre part.

• Activité

Alors qu'ils sont confrontés à des évolutions démographiques (vieillesse de la population), épidémiologiques (chronicisation des maladies), et à des contraintes de financement relativement similaires, les indicateurs de l'activité hospitalière des différents pays européens montrent une variabilité importante aussi bien concernant la part des dépenses totales de santé consacrée à l'hôpital qui varie de 25,9 % (543 US\$ PPA¹ per capita) en Espagne à 47,6 % (1941 US\$, PPA per

¹ PPA : Parités de pouvoir d'achat.

capita) en Suisse que concernant le nombre d'établissements hospitaliers total de chaque pays, qui n'est par ailleurs pas forcément corrélé à la taille de la population.

Le nombre de lits est un indicateur plus quantitatif que qualitatif, mais il permet de montrer que les différences entre les pays proviennent plus des lits de suite et de long séjour que des lits de soins aigus (compris entre 250 et 380 pour 100 000 dans la plupart des pays). Il en est de même pour la durée moyenne de séjour qui variait de 5,2 jours au Danemark à 13,4 jours en France pour le total des hospitalisations mais qui situait la France dans une DMS moyenne pour les soins aigus (5,5 jours).

Il existait également des variations très importantes dans les taux d'occupation. Les plus élevés dépassent les 83 % en Irlande, en Suède, en Suisse, et en Norvège. La France, avec 74,9 % se situant dans la moyenne.

2. La place de l'hôpital dans les différents pays

- Organisation des soins primaires et orientation vers l'hôpital

Les hôpitaux ne sont qu'une des composantes dans l'organisation générale d'un système de soins qui comprend également des soins primaires, accessibles lors d'un premier contact pour des problèmes de santé non sélectionnés, et chargés d'assurer la continuité des soins.

La responsabilité des soins primaires incombe le plus souvent à l'échelon local (région, municipalités ou département).

Bien que le généraliste soit considéré comme le point d'entrée à privilégier pour le premier recours, l'accès direct au spécialiste dans le cadre des soins primaires est possible directement en Allemagne, Autriche, Belgique, France, Suisse. Dans ces pays, le nombre de spécialistes qui exercent dans le cadre des soins primaires est important.

Dans plusieurs pays (Grande-Bretagne, Suède, Portugal, Espagne, Finlande et Grèce) les soins primaires sont dispensés par des centres de santé multidisciplinaires. En Suède et au Royaume-Uni, le premier contact avec un professionnel de santé est souvent réalisé par une infirmière. Seule la Finlande a des lits dans ses centres de santé, ce qui en fait véritablement une structure intermédiaire entre médecine ambulatoire et hospitalisation.

Afin de limiter le recours à l'hôpital, la plupart des pays recommandent une orientation soit partielle (Allemagne, Autriche, Portugal, Suisse, France, Belgique, Finlande, Espagne) ou soit totale (Danemark, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pays-Bas) par la structure de premier recours.

- Compétences et gouvernance de l'hôpital

Pour assurer les soins hospitaliers, les pays européens font appel à trois types de structures : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés sans but lucratif et les hôpitaux privés à but lucratif. Seuls quelques pays fondent la quasi-totalité de leur offre hospitalière sur les hôpitaux publics (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) ou sur une majorité de structures privées généralement sans but lucratif (Belgique, Pays-Bas). La plupart s'appuient à la fois sur le secteur public et un important secteur privé.

Le plus souvent, il s'agit de structures de petite taille, et le nombre de lits est généralement plus important dans le secteur public que dans le secteur privé. Par ailleurs les structures privées sont, dans la plupart des pays de l'Union, majoritairement des hôpitaux sans but lucratif (sauf en Autriche et en France). Dans certains pays (notamment l'Allemagne), une partie des établissements privés ne fournit des soins qu'aux patients privés.

La tutelle, voire la propriété des hôpitaux publics, revient essentiellement aux institutions décentralisées. Dans tous les pays, l'État reste en général le régulateur final de l'activité hospitalière en s'assurant de la fourniture d'un certain niveau de soins et de la couverture de la population. De nouveaux statuts apparaissent dans de nombreux pays de l'Union, favorisant une autonomie de gestion des établissements de santé plus ou moins étendue (Belgique, Espagne, France, Grèce, Portugal, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Pays-Bas, Portugal). Par ailleurs, dans certains pays, des compagnies privées sont autorisées à gérer les établissements publics (Allemagne, Autriche, Portugal).

3. Les innovations organisationnelles

L'ensemble des innovations présentées conduit à modifier les frontières entre la prise en charge à l'hôpital et celle dans les structures de soins primaires. Elles ont fait l'objet d'une typologie selon qu'elles permettaient :

- en amont d'éviter le recours à l'hôpital ;
- durant l'hospitalisation, de favoriser une prise en charge plus légère ;
- en aval, de permettre une prise en charge dans une structure de statut intermédiaire entre les soins primaires et l'hôpital.

- **Développer la prise en charge rapide en soins primaires, en amont de l'hôpital**

L'accès rapide aux soins (sans rendez-vous), particulièrement en dehors de jours et heures ouvrables, est jugé difficile dans plusieurs pays (Europe, États-Unis, Canada) ce qui conduit à un engorgement des services d'urgence hospitaliers. Pour y remédier plusieurs modèles d'organisation ont été développés.

En créant des coopératives de médecins

Ce modèle regroupe des médecins volontaires dans une infrastructure commune ayant des moyens spécifiques. Il a été développé aux Pays-Bas et au Danemark dans le but d'améliorer les conditions de travail des médecins de famille, et d'alléger le poids des gardes. Il est repris dans ses principes par le concept de maisons médicales de garde ou de maisons de santé en France. Pour autant, les données de la littérature, aussi bien françaises qu'internationales, ne permettent pas d'apporter la preuve de l'intérêt de ces coopératives de médecins pour réduire le recours aux urgences hospitalières.

En créant des unités de soins sans rendez-vous

Le concept d'unités de soins sans rendez-vous s'inscrit bien dans une volonté d'organiser la permanence des soins, mais elles ont aussi vocation à se substituer, pour les affections bénignes, aux offres de premier recours, jugées moins flexibles, en raison des délais d'attente (en particulier pour obtenir des consultations de généralistes ou traiter la petite traumatologie).

Ces innovations organisationnelles ont émergé au Royaume-Uni. Les patients sont d'abord pris en charge par une infirmière qualifiée qui traite les affections et traumatismes mineurs.

Aucun travail global d'évaluation n'a cependant été réalisé au Royaume-Uni. Les quelques travaux effectués sur un nombre limité de centres suggéraient que, bien que ces centres fournissaient des soins de bonne qualité et populaires, les coûts étaient relativement élevés et il n'était pas établi qu'ils permettaient de réduire la demande d'autres services de santé.

En renforçant la plate-forme de services proposés dans le cadre des services d'urgence hospitaliers

Ces innovations organisationnelles reposent sur l'idée qu'il n'est pas pertinent de dissuader les patients d'accéder à l'hôpital. L'objectif est donc d'adapter les services fournis là où les patients se présentent spontanément. On localise alors les coopératives de médecins ou les centres de premiers recours au sein des services hospitaliers.

Cinq études évaluant l'intérêt de ces modèles pour réduire le recours aux urgences ont été analysées. Elles n'ont pas permis de montrer que le recours aux urgences diminuait significativement. Une étude réalisée aux Pays-Bas avait montré que le rapport coût/efficacité du modèle intégré était équivalent à celui du modèle classique (coopérative de médecins extérieure à l'hôpital).

En triant les patients et en les conseillant par téléphone

Le tri des patients par téléphone est une pratique de plus en plus courante. Il s'effectue dans le cadre du modèle « coopératives de médecins » lorsque le patient s'adresse à elles en dehors des jours ouvrables. Il peut être réalisé par des médecins ou des infirmières spécialement formées.

Le tri s'organise plus systématiquement et de manière étendue pour tous les recours aux soins en Suède (Centre d'information sur la santé du conseil de comté) et au Royaume-Uni (NHS direct).

Deux études ont évalué le dispositif britannique. Il est établi qu'il n'y a pas de perte d'efficacité à proposer un tri et des conseils par téléphone *via* une infirmière par rapport à un entretien en face-à-face avec cette même infirmière. Il n'est néanmoins pas établi que les services de tris permettent de diminuer le recours aux urgences hospitalières ou aux services de coopératives, même s'ils semblent limiter le rythme d'accroissement de la demande pour ces services.

- Développement des structures de soins hors des murs de l'hôpital en substitution d'une hospitalisation complète

Les soins hors les murs font référence à des soins de « type » hospitaliers mais qui sont fournis à l'extérieur de l'hôpital. L'idée étant de développer un continuum entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires. Les populations concernées par les soins hors des murs sont généralement les patients souffrant de maladies chroniques.

En favorisant les consultations techniques et spécialisées en soins primaires

Ces innovations font principalement référence à la mise à disposition de consultations ou de techniques par les spécialistes hospitaliers dans les structures de soins primaires. Cela s'est particulièrement développé au Royaume-Uni.

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2002 pour ce pays avait donné des résultats contrastés. Le coût apparaissait en effet plus élevé qu'à l'hôpital (dans cinq études sur six) mais la satisfaction des patients était augmentée (temps de transport et d'attente des patients réduit) ; il n'était pas possible de conclure en termes d'efficacité médicale. Ces consultations permettent de faire la transition vers le développement de centres de santé « multifonctions » offrant en ambulatoire des soins spécialisés et techniques ainsi que la petite chirurgie et des services sociaux.

Ce mode d'organisation concerne les pays dans lesquels l'accès aux spécialistes n'est pas possible à l'extérieur de l'hôpital. Il n'a donc que peu d'intérêt pour la France. Il pourrait toutefois être expérimenté dans le but de permettre un accès de proximité aux soins dans les régions qui connaissent localement une pénurie de spécialistes libéraux. Des études complémentaires sont nécessaires pour valider cette hypothèse et la rendre opérationnelle.

En augmentant l'hospitalisation à domicile

Le deuxième type de soins hors les murs concerne l'hospitalisation à domicile. Elle s'est développée dans de nombreux pays. Toutefois ce concept renvoie à des modèles d'organisation plus ou moins spécialisée des soins qui varient de manière importante en fonction des pays. Une revue Cochrane incluant les essais randomisés sur l'HAD a permis d'établir qu'il n'était pas démontré que l'HAD constituait une alternative moins coûteuse que la prise en charge à l'hôpital. Par ailleurs, aucune différence dans les différentiels d'état de santé n'a pu être démontrée. Néanmoins, les patients pris en charge à domicile étaient plus satisfaits que ceux traités en hospitalisation classique. Le point de vue des professionnels de santé était quant à lui plus nuancé.

L'organisation de l'HAD par pays étant particulièrement complexe à décrire et étant peu rapportée dans la littérature exploitée, il n'a pas été possible d'en faire état de manière plus détaillée dans ce rapport. Ce mode d'organisation devrait faire l'objet d'une enquête spécifique.

En développant la chirurgie ambulatoire

Le terme chirurgie ambulatoire ou chirurgie d'un jour est défini de manière consensuelle dans la littérature. Il fait référence à des pratiques avec admission à l'hôpital le jour même de l'intervention, et sortie quelques heures après. La chirurgie ambulatoire couvre un large spectre d'interventions

et de spécialités. Elle peut s'effectuer sous anesthésie locale ou générale. Elle se déroule en milieu hospitalier ou dans d'autres structures capables de remplir les exigences de sécurité. Les comparaisons internationales font état d'une forte variabilité des taux d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par type d'interventions. Le Danemark, la Norvège et la Suède y recourent le plus fréquemment. La France accuse un retard dans le domaine à l'exception de la myringotomie, de l'avortement légal, de la circoncision et de la colonoscopie.

Une étude à dire d'experts et dont le but était de dégager les facteurs favorisant la chirurgie ambulatoire, avait montré qu'il était difficile d'établir une liste des facteurs influençant le développement de la chirurgie ambulatoire et avait conclu que les facteurs qui semblent contribuer à son développement étaient le faible nombre (pénurie) ou la diminution forte du nombre de lits d'hospitalisation classique, ainsi que le nombre d'infirmières à domicile. Par ailleurs, contrairement à ce qui était attendu, ce sont dans les pays où les médecins salariés que la chirurgie ambulatoire s'est le plus développée. En France, une enquête de l'assurance-maladie datant de 2003 avait montré que le développement de la chirurgie ambulatoire nécessitait avant tout une évolution des mentalités et des comportements des acteurs, replaçant le patient au centre de l'organisation. Une étude de 2007 sur les modèles optimaux d'organisation de la chirurgie ambulatoire recommandait que les unités de chirurgie ambulatoire soient multidisciplinaires, distinctes des unités de chirurgie classique et dirigées par une personne spécifique.

- Développement des structures de soins intermédiaires en aval de l'hôpital, en particulier pour les personnes âgées

Un nombre important de personnes âgées effectue un séjour prolongé à l'hôpital, au-delà de la phase aiguë de leur maladie. Ces séjours seraient à l'origine du blocage de certains lits dans les hôpitaux généraux. Les études sur ce phénomène étaient cependant peu nombreuses et les méthodologies employées différentes. Pour autant, il apparaissait significatif (variant de 6 à 30 % des hospitalisations) dans les pays qui avaient tenté de le mesurer.

Pour l'enrayer, plusieurs pays ont entamé une réflexion afin d'accueillir ces populations dans des structures de soins intermédiaires. Ces structures apparaissent très variables dans leur organisation. Il s'agit principalement :

- D'unités de soins infirmiers situées dans l'hôpital

Elles sont dirigées par des infirmières. Ce mode de prise en charge s'est particulièrement développé au Royaume-Uni. Une revue Cochrane de 2007 évaluait l'intérêt de ce mode de prise en charge par rapport à l'hospitalisation classique. Le fonctionnement et l'étendue des unités hospitalières de soins infirmiers sont peu documentés dans la littérature. L'intérêt médical de ce mode de prise en charge est établi pour le Royaume-Uni et son intérêt économique est probable.

- De maisons de soins infirmiers

Ce sont des institutions autonomes fournissant des soins infirmiers de base y compris sur une longue durée, une offre de soins paramédicaux et de services sociaux. Particulièrement développé au Pays-Bas depuis les années soixante-dix, ce modèle de prise en charge est peu à peu abandonné, au profit d'une prise en charge à domicile. Une revue Cochrane de 2003 avait conclu qu'aucune des études trouvées ne satisfaisait aux critères d'inclusion.

- D'hôpitaux locaux ou de communauté

Le terme « hôpitaux de communauté », ou « hôpitaux de médecins généralistes » est utilisé dans la littérature. En France, on parle d'hôpitaux locaux. Les soins sont fournis proches du domicile du patient. Ces services sont multiples (mais peu spécialisés) et comprennent l'hospitalisation, mais également des consultations externes, des soins de jours, des soins primaires et de proximité. Ils sont fournis par des équipes pluridisciplinaires. Les pays les ayant le plus développés sont la Norvège, les Pays-Bas, la Finlande, le Royaume-Uni et la France. En 2006, une revue de la littérature concluait qu'il y avait peu d'études économiques, ou présentant l'intérêt à long terme, de ce type d'organisation. Cinq études évaluant plus particulièrement l'intérêt des hôpitaux de communauté dans leur capacité à réduire le recours à l'hôpital général ont été trouvées. Elles concluaient toutes que l'existence d'hôpitaux de communauté permettait de limiter le recours à

l'hôpital général ou de district, particulièrement pour les personnes âgées et concernant les disciplines de médecine et de gériatrie.

Une méta-analyse destinée à évaluer la pertinence de ce mode d'organisation a permis de montrer qu'il n'y avait pas d'évidence permettant de soutenir l'intérêt médical ou économique d'un modèle de soins intermédiaire. En revanche, la prise en charge dans des structures posthospitalisations n'induit pas de perte de chance pour les personnes âgées. Lorsque cela est possible, la mise en place de structures spécialisées dans un type de soins ou de pathologies a des effets sur la mortalité, par rapport à des structures généralistes. Ces structures permettraient de réduire les coûts qui, autrement incombaient aux structures sociales ou aux patients, mais des études supplémentaires sont nécessaires.

Perspectives

Ce travail est la première étape d'une réflexion plus large sur la diminution du recours à l'hôpital en France. Afin de poursuivre l'analyse, les recommandations suivantes sont formulées :

- il conviendrait d'analyser les différences entre pays, concernant l'impact des perspectives démographiques sur le rôle et l'implantation des hôpitaux ;
- pour limiter le recours aux urgences de l'hôpital, la création de centres de soins primaires ouverts 24 heures/24 ayant des compétences générales, et réalisant des actes techniques (radiologie, laboratoire) devrait être mise à l'étude, notamment pour les zones où il existe une pénurie de médecins libéraux. Leur localisation reste à définir, mais l'intégration de ces services dans l'hôpital semble préférable. Elle pourrait également compléter l'offre de soins proposée dans les maisons médicales de garde et se situer au même endroit ;
- la littérature organisationnelle sur l'intérêt de l'hospitalisation à domicile pour limiter le recours à l'hospitalisation traditionnelle apparaissait insuffisante. Il apparaît nécessaire de favoriser dans le cadre de l'évaluation des services d'HAD, la mise en place d'études concernant son impact sur l'hospitalisation et sur les structures de soins primaires. Il est également important d'étudier les modalités d'organisation de l'HAD en France, afin de distinguer clairement ce qui relève des soins se substituant à l'hospitalisation de ce qui relève du maintien à domicile ;
- des études sur le phénomène de blocage de lits hospitaliers devraient être conduites en France pour évaluer l'ampleur de ce phénomène ;
- des travaux plus approfondis sur les unités de soins infirmiers (nurse led units) sont nécessaires pour pouvoir en mesurer la transposabilité et les recommander en France. Ils nécessitent en particulier un examen approfondi des tâches attribuées à chaque type de professionnels de santé, ainsi que des études de coûts ;
- l'hôpital de communauté ou local est une alternative intéressante qui limite le recours à l'hôpital de soins aigus. Sous réserve de réaliser des études approfondies (aucune étude comparant les recours n'a été retrouvée en France) quant au mode d'organisation et aux coûts, cette alternative à l'hospitalisation en hôpital général, notamment pour les personnes âgées, doit continuer à être développée en France ;
- il est nécessaire de recréer une nouvelle dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire. Cela passe auparavant par l'examen approfondi des solutions par pathologies et par l'analyse des facteurs organisationnels et financiers qui en freinent le développement aujourd'hui en France ;
- chaque pays a des attentes vraisemblablement différentes concernant le rôle de l'hôpital dans son système de santé à chaque niveau. En particulier, il est rappelé qu'il conviendrait de ne pas confondre la mission dévolue en France à l'hôpital universitaire, qui est avant tout un hôpital de 3^e niveau, avec les missions d'un hôpital de proximité qui accueille les populations locales. Il est également rappelé que le coût d'un séjour en hôpital universitaire est plus élevé et qu'il convient de limiter ce recours aux populations qui ont réellement besoin de ces soins ;
- il a été rappelé que les modalités de financement des soins ont un impact très important en termes d'incitation à développer certaines activités hospitalières. Une

- étude des modalités de financement des hôpitaux en Europe, en particulier concernant la mise en place du paiement par cas serait nécessaire ;
- des études approfondies par pathologies ou par techniques médicales devraient être menées. Elles pourraient donner lieu à des recommandations sur les structures de prise en charge les plus adaptées en fonction des caractéristiques du patient (degré d'évolution de la pathologie, âge, isolement...). Parmi les sujets pouvant faire l'objet d'une première analyse figure l'amygdalectomie.

Identification des travaux en cours ou à venir

Points de convergence avec le rapport Larcher

Le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, a rendu public en avril 2008 un diagnostic et des solutions, dans le cadre français, afin d'améliorer la prise en charge et l'organisation de l'hôpital.

Par rapport au travail de la commission Larcher, le présent rapport propose une analyse internationale sur certains thèmes proches. Il est donc complémentaire aux travaux conduits par M. Gérard Larcher.

Le principal axe de recoupement des deux rapports porte sur l'Orientation 1 du rapport Larcher visant à améliorer les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge. Ainsi, le rapport Larcher précise notamment qu'il faut :

- développer les formes d'exercice pluridisciplinaires en ville et améliorer l'organisation des soins non programmés. Ces modes d'exercice et d'organisation, très différents en fonction des pays d'Europe, ont été étudiés dans la partie 3.1. du présent rapport qui pourrait nourrir la réflexion sur la mise en place de solutions organisationnelles innovantes ;
- favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une structure d'aval adaptée, en redéployant l'offre vers le moyen et long séjour et en y intégrant les hôpitaux locaux. Ce redéploiement pourrait se faire en étudiant plus avant les solutions organisationnelles de soins intermédiaires en Europe présentées dans la partie 3.3 du présent rapport.

Étude nationale des inadéquations hospitalières

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins envisage de réaliser une étude portant sur les inadéquations hospitalières. L'objectif de cette étude est de déterminer le niveau des inadéquations hospitalières en France métropolitaine, et en particulier la part de celles qui seraient évitables, leurs origines et l'impact économique de leur réduction.

Étant donné l'analyse préliminaire réalisée et les travaux en cours, la HAS propose deux pistes de poursuite de ses travaux :

- **une analyse centrée sur le développement d'alternatives à la prise en charge en hospitalisation complète. Elle devra être menée, sur la base de la littérature disponible et des expériences internationales, en collaboration avec les professionnels concernés. Le développement de la chirurgie ambulatoire fait l'objet à la fois d'une priorité politique et de freins. Plusieurs travaux ont porté sur cette question. La HAS organisera un séminaire sur les conditions permettant le développement effectif de la chirurgie ambulatoire. Le premier thème proposé pour 2009 est l'amygdalectomie, les thèmes complémentaires étant définis à l'issue de ces premiers travaux ;**
- **une réflexion plus globale sur les champs de compétence et les modes d'organisation respectifs des différentes modalités de prise en charge des patients au domicile (HAD, maintien à domicile, soins infirmiers à domicile, etc.) pourra également être menée, sur la base de la littérature disponible et des expériences internationales, en collaboration avec les professionnels concernés.**

Avant-propos

Dans le cadre de sa compétence en matière d'évaluation médicoéconomique, la HAS a été saisie par la DSS et la DHOS pour participer à une réflexion, sur trois à quatre ans, concernant le recours à l'hôpital et la prévention des hospitalisations injustifiées en France. Deux thèmes de travail ont été retenus :

- la réalisation d'une analyse comparative internationale sur la diversité des pratiques d'hospitalisation ;
- l'étude des critères et des modalités de spécialisation des plateaux techniques hospitaliers pour certains soins.

Ce rapport concerne le premier axe.

Dans ce cadre, une étude confiée à la société CEMKA-EVAL a été amorcée au printemps 2007. Elle a pour but de caractériser les recours à l'hospitalisation et de déterminer, par rapport aux autres États européens, l'importance de ce recours, non seulement du point de vue de la nature des soins pratiqués, mais également de leur quantité, puis d'analyser les recours à l'hôpital qui pourraient être évités. Enfin il s'agira de formuler des recommandations sur les alternatives à l'hospitalisation et les moyens nécessaires pour les favoriser.

Réalisé parallèlement à cette étude, le travail présenté ici s'inscrit dans une perspective plus systémique. Il a pour but fournir un cadre général à la réflexion, en situant la place qu'occupe l'hôpital dans les systèmes de santé européens.

Il s'est agi dans un premier temps de définir les structures fournissant des soins hospitaliers, puis d'étudier leur activité relative en utilisant la base de données Éco-santé OCDE et celle de l'OMS (partie 1). La place de l'hôpital dans la fourniture des soins a ensuite été appréciée, notamment dans sa relation avec les structures de soins primaires (partie 2). Enfin, les principales innovations organisationnelles européennes visant à modifier le recours à l'hôpital ont été décrites (partie 3). Lorsqu'ils étaient disponibles, une synthèse des travaux relatifs à leur évaluation est également présentée.

Le présent rapport a été élaboré entre juillet 2007 et achevé en janvier 2008. Il a été soumis à la commission de l'HAS en mars 2008 et au Collège de l'HAS en mai 2008. Il n'intègre donc par conséquent les conclusions et recommandations émises dans le rapport de M. Gérard Larcher, publiées en avril 2008 (1). Cependant les principaux points de convergence entre ces deux travaux figurent en conclusion du présent rapport.

Méthode générale

La zone géographique retenue pour ce travail est l'Europe des 15. Toutefois deux pays pouvant potentiellement faire état de situations intéressantes ont été ajoutés : la Norvège et la Suisse. En revanche l'Irlande ayant un système de santé très proche de celui du Royaume-Uni et peu de publications propres, n'a pas été véritablement analysée. De même, très peu de données étaient disponibles concernant la Grèce et le Luxembourg. Enfin le cas de la France n'est pas analysé en détail, mais présenté dans le cadre des analyses comparatives.

La première partie de l'étude se fonde sur l'interrogation de deux bases de données quantitatives internationales fournissant des informations sur le recours à l'hôpital et des indicateurs d'activité dans les différents pays d'Europe : la base Éco-santé de l'OCDE, la base Health Data Base (HDB) de l'OMS Europe.

Toutefois les informations et certaines définitions de ces deux bases sont parfois un peu différentes, la base de l'OMS étant plus ancienne. Par ailleurs, la base Éco-santé OCDE ne collecte les données que sur l'hospitalisation complète (inpatient), il n'y a donc pas de donnée sur l'hospitalisation de jour. De plus certains pays ne sont pas capables de faire la distinction entre ces deux types d'hospitalisation et ont de ce fait des taux de sorties plus élevés. L'OMS distingue hospitalisation complète et de jour mais il n'est la plupart du temps pas possible de faire la différence entre l'hospitalisation de jour et les consultations externes, ainsi que de dénombrer les visites de médecins hospitaliers à l'extérieur de l'hôpital.

Ces organismes fournissent également des informations de nature épidémiologique. À travers « l'European hospital morbidity database (HMDB) » de l'OMS Europe collecte toutes les hospitalisations par code CIM pour 2600 diagnostics croisés par groupes d'âge et sexe. La base OCDE-Eurostat présente quant à elle les sorties pour 150 catégories diagnostiques. Compte tenu du champ de ce rapport, ces informations n'ont pas été exploitées ici, mais le sont en partie dans le travail réalisé par CEMKA-EVAL.

Les parties 2 et 3 du rapport se fondent sur l'analyse de différents rapports par pays produits par deux organismes internationaux, l'OCDE et l'Observatoire Européen sur les politiques et les systèmes de santé de l'OMS Europe, complétés par une analyse de la littérature. Deux difficultés ont été rencontrées. La première vient du faible nombre de publications rédigées en français ou en anglais et décrivant le système de santé d'un pays. La plupart de ces documents sont en effet disponibles uniquement dans la langue du pays concerné. La deuxième difficulté concerne le peu de publications scientifiques purement descriptives sur le rôle et la place de l'hôpital. De ce fait, la place du Royaume-Uni dans l'analyse est sans doute hypertrophiée par rapport aux autres pays et certaines zones d'ombre subsistent pour plusieurs pays, notamment la Grèce, l'Irlande et le Luxembourg.

Certains pays organisent le système de santé de manière différente en fonction des régions ou du financeur. Il s'est agi ici de ne rapporter que les modes d'organisation dominants ou les expériences les plus significatives, en négligeant les cas ponctuels ou ne concernant qu'une zone géographique très limitée.

Enfin l'analyse s'est centrée sur les modalités de production des soins. Les éléments concernant le financement des systèmes de santé et du financement de l'hôpital n'ont par conséquent pas été étudiés.

Stratégie de la recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a porté sur les thèmes suivants :

L'offre de soins hospitaliers

Pubmed : 2000-2007 (anglais, français)

Hospitals/utilization OR Hospital[titre] AND Health Services OR Health Services Misuse OR Health Services Research OR Health Services Needs and Demand OR Health Services for the Aged OR Health Services Accessibility OR Rural Health Services OR National Health Programs OR Health Policy OR Government Programs OR Forecasting

Les innovations organisationnelles en Europe

Pubmed : 2002-2007 (langues européennes)

(Organizational Innovation OR innovation AND (GP Clinics OR GP hospitals OR Community hospitals OR Ambulatory surgery OR Bed blockers OR Outreach clinics OR Nursing homes) (Europe OR Austria OR Belgium OR Finland OR France OR Germany OR Great Britain OR Greece OR Ireland OR Italy OR Luxembourg OR Netherlands OR Portugal OR Denmark OR Norway OR Sweden OR Spain OR Switzerland

Des recherches complémentaires sont été effectuées en exploitant les sites internet des organismes suivants

- Banque de données de santé publique (BDSP) (maisons médicales de garde et hôpitaux locaux) ;
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) (comparaisons de systèmes de santé, systèmes nationaux de santé, systèmes des comptes de la santé) ;
- Observatoire Européen sur les Programmes et Politiques de Santé (comparaisons de systèmes de santé, systèmes nationaux de santé, systèmes des comptes de la santé).

Les bibliographies des rapports analysés ont été exploitées et ont permis d'identifier des articles pertinents.

Argumentaire

1 Recours à l'hospitalisation au niveau international

1.1 Contexte

Les systèmes de santé européens sont aujourd'hui confrontés à des évolutions et à des problèmes similaires.

Les besoins de santé ne cessent de croître, particulièrement pour certains groupes de populations (personnes âgées, malades chroniques). Les patients sont souvent atteints de plusieurs pathologies et nécessitent une prise en charge à la fois médicale et sociale. Face à cette demande, les producteurs de soins ont jusqu'à présent offert une prise en charge fragmentée et peu cohérente. La mise en place de nouveaux arrangements organisationnels basés sur le travail collaboratif et multidisciplinaire de professionnels appartenant à différentes institutions est devenue une urgence (2).

Parallèlement, les contraintes de financement deviennent de plus en plus prégnantes. La part que représentent les hôpitaux dans l'ensemble des dépenses de santé en fait une cible directe des gouvernements, qui souhaitent réduire le rythme de croissance des dépenses d'hospitalisation. Ainsi, les hôpitaux européens doivent faire face à la maîtrise des dépenses, *via* une rationalisation de l'offre de soins hospitaliers, à un encadrement plus strict, et à la mise en place de modes de paiement des hôpitaux fondés sur l'efficacité, tout en améliorant la qualité des soins (3). La tarification à l'activité (basée sur des *Diagnosis Related Groups* ou DRG) a ainsi été adoptée dans de nombreux pays (4) ; elle conduit les hôpitaux à diminuer la durée d'hospitalisation, puisqu'ils perçoivent un forfait par séjour.

L'offre de soins est en mutation. Les progrès médicaux et technologiques ont permis d'étendre les interventions à certaines populations (personnes âgées notamment). Leur diffusion et leur banalisation ont contribué à modifier la délimitation entre soins hospitaliers et soins ambulatoires (3). Des traitements autrefois uniquement réalisés à l'hôpital, comme la dialyse ou l'endoscopie, sont à présent pratiqués dans des centres de santé ambulatoires.

Enfin les attentes des patients vis-à-vis de leur système de santé se sont également modifiées. La diffusion des connaissances scientifiques et technologiques, l'accroissement des attentes en matière de qualité des soins, ainsi que le développement d'une vision « consumériste » de la médecine, exercent une pression forte sur les hôpitaux. Ces derniers doivent répondre de plus en plus rapidement à une demande exigeante, tout en garantissant une qualité de service élevé dans le respect des droits des patients.

Face à ces défis, les réponses apportées par les différents pays de l'Union reposent la plupart sur des bases fondamentales similaires, mais il existe des spécificités qui tiennent aux bases historiques d'organisation des systèmes de santé, ainsi qu'à l'environnement économique et géographique dans lesquels ils prennent place.

1.2 Grandes tendances

Le partage optimal d'activité avec les structures primaires reste encore à définir dans la plupart des pays, notamment concernant la responsabilité vis-à-vis du patient.

Encouragés par les nouveaux modes de paiement, les soins hospitaliers semblent se concentrer de plus en plus sur la phase aiguë de la maladie, avec une réduction de la durée de séjour et une

prise en charge par des structures de réadaptation ou de soins primaires en aval. Les hôpitaux doivent ainsi apprendre à focaliser leur intervention sur le diagnostic principal (5).

Selon les pays l'État, la région, les comtés ou encore les communes assurent la régulation et le fonctionnement des hôpitaux. Un fort mouvement de décentralisation a eu lieu en Europe durant les dernières décennies. Même si l'État reste le régulateur de l'activité hospitalière (respect d'un certain niveau d'offre, législation, formation des professionnels), la responsabilité de la gestion hospitalière et de la coordination avec les soins primaires se fait de plus en plus au niveau local.

Pour le financement et la gouvernance, l'approche contractuelle devient dominante. Les producteurs sont ainsi remboursés en vertu d'un contrat établi avec l'assureur ou la collectivité locale (3).

Enfin, une tendance forte à l'accroissement du choix des offreurs par les patients s'amorce, principalement dans les pays où le choix était jusqu'alors contraint.

1.3 Définitions

Un important travail d'harmonisation des définitions dans le secteur de la santé a été mené dans le cadre de l'OCDE. Il a donné lieu à la publication en 2000 du Système de Comptes de la Santé (SCS) (6) manuel qui propose une série de classifications et de dimension à utiliser en comptabilité de la santé. Les normes formulées dans ce manuel ont été adoptées par l'Union européenne comme objectif en direction desquels les pays membres sont tenus de travailler.

Le cadre du SCS n'est pas encore une norme internationale des comptes de la santé, mais permet d'élaborer des agrégats relativement comparables pour les pays de l'OCDE.

En 2003 l'OMS a élaboré, avec la banque mondiale et l'Agence des États-Unis pour le développement international (6), un guide qui s'applique aux pays non membres de l'OCDE. Les différences avec le SCS sont minimes et concernent principalement les activités de médecine traditionnelle et le développement d'infrastructure, activités qui sont incluses dans les dépenses en santé pour l'OMS et pas pour le SCS.

Les différentes définitions du SCS (et de l'OMS si nécessaire) concernant les soins hospitaliers et les structures de prise en charge sont présentées ci-dessous.

1.3.1 Soins hospitaliers

Le système des comptes de la santé (SCS) (6) entend par soins hospitaliers « les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement et/ou des soins, pour un séjour d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement ».

Les soins hospitaliers sont dispensés :

- dans des hôpitaux y compris dans les hôpitaux pénitentiaires ou militaires, les hôpitaux antituberculeux ou les sanatoriums ;
- dans des maisons médicalisées et autres structures avec hébergement.

L'Observatoire européen sur les politiques et les systèmes de santé a par ailleurs précisé les différents types de soins susceptibles d'être (7) pratiqués par les hôpitaux :

- **les soins avec hébergement** (*Inpatient care*) : il s'agit de l'activité principale de l'hôpital qui comprend l'hébergement du patient pour une durée plus ou moins longue ;
- **les soins hospitaliers ambulatoires** (*Ambulatory care*) : ils comprennent des soins sans hébergement. Il peut s'agir de consultations externes mais également des traitements complexes en hospitalisation de jour, comme la dialyse ou la chimiothérapie, ou la chirurgie ambulatoire ;

- les traitements d'urgence (*Emergency treatment*) : soins pratiqués suite à un accident ou une urgence médicale ;
- la réadaptation (*Rehabilitation*) : il peut s'agir de soins de long terme (par exemple pour les personnes âgées) ou de soins de court terme pratiqués à la suite d'une hospitalisation en service aigus et pratiqués avant le retour à domicile du patient.

Les différences de structures de prise en charge dans les pays européens se situent principalement sur les trois derniers types d'activité.

1.3.2 Hôpitaux (HP.1)

Les hôpitaux sont des établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services médicaux diagnostiques et thérapeutiques (services de médecins, d'infirmiers et autres services de santé) aux patients hospitalisés (au moins 24 heures), et à offrir à ces patients les services d'hébergement spécialisés que nécessite leur séjour.

Les hôpitaux peuvent offrir des services de consultation externe à titre d'activité secondaire.

Une grande partie des soins dispensés dans les hôpitaux nécessite des locaux et du matériel spécialisés, lesquels contribuent pour une part importante du processus de production.

Dans certains pays, les établissements de santé doivent posséder une taille minimale (par exemple en nombre de lits) pour être considérés comme des hôpitaux.

Selon cette définition, un hôpital doit avoir à titre principal une activité avec hébergement et doit utiliser du matériel, personnel et locaux spécialisés. Cela permet de les distinguer des structures sans hébergement (exemple : GP clinics) et les structures avec hébergement mais non spécialisées (exemple : maisons médicalisées).

L'OCDE distingue trois catégories d'hôpitaux :

- les hôpitaux généraux : il s'agit des établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques et thérapeutiques (chirurgicaux ou non) aux patients hospitalisés pour des problèmes de santé variés. En plus de leur activité principale, ces hôpitaux peuvent offrir d'autres services comme par exemple des services de consultations externes, d'anatomopathologie, de radiologie diagnostique, de laboratoires cliniques, de salles d'opération pour diverses interventions, et de pharmacie. Cette catégorie regroupe :
 - les hôpitaux généraux de soins aigus,
 - les hôpitaux municipaux, de comtés et régionaux,
 - les hôpitaux des institutions privées à but non lucratif,
 - les hôpitaux universitaires,
 - les hôpitaux militaires, hôpitaux pour anciens combattants et hôpitaux de police,
 - les hôpitaux pénitentiaires ;
- les hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes : il s'agit des établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques, thérapeutiques et de suivi médical aux patients qui sont hospitalisés en raison d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'abus de drogues. Le traitement de ces patients exige souvent un séjour prolongé dans un établissement qui offre des soins, un hébergement et un service de restauration. Des services de consultation psychologique et psychiatrique ainsi que des services d'assistance sociale sont proposés dans ces établissements. Ils peuvent aussi fournir d'autres services, comme des consultations externes, des services de laboratoires cliniques, de radiologie diagnostique et d'électroencéphalographie ;
- les hôpitaux spécialisés (autres qu'hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes) : il s'agit des établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés en raison d'une maladie ou d'un problème de santé déterminé (autres que troubles mentaux ou

toxicomanie). Sont inclus dans cette rubrique les hôpitaux qui dispensent des soins de longue durée aux malades chroniques et ceux qui dispensent des services de réadaptation et des services connexes aux personnes physiquement diminuées ou handicapées. Les hôpitaux spécialisés peuvent fournir d'autres services comme par exemple les consultations externes, des services de radiologie diagnostique, de laboratoires cliniques, de salle d'opération, de physiothérapie, d'enseignement et de formation, ainsi que des services de conseil psychologique et d'assistance sociale. Cette catégorie comprend :

- les hôpitaux spécialisés de soins aigus,
- les centres spécialisés dans les soins d'urgence,
- les hôpitaux spécialisés en orthopédie,
- les sanatoriums spécialisés,
- les hôpitaux spécialisés en médecine orientale (traditionnelle),
- les hôpitaux spécialisés dans la lutte contre les maladies infectieuses (hôpitaux antituberculeux ; hôpitaux spécialisés dans la lutte contre les maladies tropicales).

L'OMS utilise également une catégorie appelée hôpitaux de soins aigus (acute care hospitals). Il s'agit des établissements généraux et spécialisés avec une durée de séjour relativement courte. Ces établissements se distinguent de ceux avec une durée de séjour relativement longue (établissements psychiatriques, gériatrique, de réadaptation et de soins infirmiers) (OMS database). Les soins aigus sont quant à eux définis par l'OCDE lorsque la durée moyenne de séjour est de 18 jours ou moins. Selon Dexia (3) la spécialisation en soins aigus est par nature le fait des hôpitaux dans les systèmes de santé d'inspiration beveridgienne.

1.3.3 Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement (HP.2)

Les hôpitaux se distinguent de cette seconde catégorie qui comprend les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un hébergement associé à des soins infirmiers, une surveillance médicale ou d'autres types de soins suivant les besoins des résidents. Une part significative du processus de production et de soins dispensés dans ces établissements est composée de services sociaux et de santé. Ces derniers sont essentiellement des soins infirmiers. Seule une estimation de la composante médicale des dépenses des établissements classés sous cette rubrique est enregistrée par le système de comptes de la santé. Dans cette rubrique ne figure pas les institutions où les soins sont dispensés à titre occasionnel ou par du personnel extérieur (médecins et/ou infirmiers). Elle ne comprend pas non plus les établissements dirigés par un médecin (exemple : foyer pour handicapés) dont l'activité globale se compose d'une faible part de soins médicaux ou infirmiers. Sont également exclues les maisons d'accueil pour personnes âgées offrant des services de soins infirmiers à domicile (ces soins sont classés dans la rubrique soins ambulatoires).

On distingue :

- les maisons médicalisées qui comprennent les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un hébergement et des services de soins infirmiers et de réadaptation. Les personnes accueillies séjournent en général durant une période prolongée. Ces institutions disposent d'une équipe permanente d'infirmiers auxiliaires diplômés ou agréés qui, aux côtés d'autres personnels, assurent des soins infirmiers et d'hygiène quotidienne. Les maisons médicalisées comprennent par exemple :
 - les maisons ou hôpitaux de convalescence,
 - les résidences médicalisées pour personnes âgées,
 - les hospices,
 - les maisons de repos,
 - les maisons de repos rattachées à un centre de formation médicale ;
- les établissements pour malades mentaux et toxicomanes qui comprennent les établissements (foyers collectifs, hôpitaux, structures d'accueil intermédiaires...) dont l'activité principale est de dispenser des soins aux personnes souffrant d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'abus de drogue ou d'alcool. La vocation principale de

ces établissements est d'offrir un hébergement, des services de restauration, de surveillance et une assistance psychologique aux personnes hébergées. Ils offrent aussi des soins médicaux qui sont en complément des autres services. Ces établissements comprennent par exemple :

- des centres de réadaptation pour alcooliques ou toxicomanes,
 - des maisons de transition pour personnes souffrant de troubles mentaux,
 - des maisons ou des hôpitaux de convalescence pour personnes ayant des troubles mentaux,
 - des résidences d'hébergement collectif pour personnes psychiquement désorientées ;
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées qui offrent à titre principal un hébergement et des soins aux personnes âgées et aux autres personnes qui sont dans l'incapacité de se prendre en charge elles-mêmes et/ou qui ne souhaitent pas vivre seules. Les prestations offertes sont le logement, la restauration, la surveillance et l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Certains de ces établissements offrent des soins infirmiers qui sont dispensés dans une structure distincte. Ces établissements comprennent par exemple :
- des structures d'accueil avec prestations d'assistance,
 - des logements autonomes pour retraités avec services polyvalents de maintien à domicile,
 - des résidences non médicalisées pour personnes âgées ;
- les autres établissements de soins avec hébergement qui comprennent les établissements dont l'activité principale consiste à dispenser des soins avec hébergement collectif, souvent associés à des services de surveillance et de soins d'hygiène corporelle, à une clientèle autre que celle des établissements pour retardés et malades mentaux, toxicomanes et personnes âgées. Ces établissements comprennent par exemple :
- des foyers pour personnes atteintes de déficiences auditives et visuelles,
 - des foyers pour handicapés sans unité de soins.

La distinction entre hôpitaux et maisons médicalisées est souvent difficile à faire en pratique. Selon l'OMS (OMS database), les variations dans l'interprétation du sens de « *nursing homes* » (maisons de soins infirmiers) sont la source principale des différences entre les pays concernant les données sur l'hôpital. L'OMS recommande, lorsque cela est possible, de faire une distinction entre les institutions qui fournissent à titre principal des soins infirmiers et de les appeler « *nursing hospitals* » (hôpitaux de soins infirmiers) de ceux fournissant des soins d'hygiène et d'assistance aux gestes quotidiens qui devraient être appelés « *nursing homes* » (maisons de soins infirmiers). Dans le premier cas, l'établissement devrait être comptabilisé comme un hôpital, mais pas dans le second. Pour autant, dans les bases de données consultées, cette distinction ne semble pas opérationnelle.

1.4 Indicateurs globaux

Les sections suivantes présentent les grands indicateurs traditionnels concernant l'importance et l'activité des hôpitaux en Europe. Ces informations ont été obtenues à partir des données par pays présentes dans la base de données de l'OCDE (Éco-santé OCDE) ou dans la base HDB de l'OMS, pour la dernière année disponible (qui peut varier en fonction des pays). Lorsque les données sont collectées par les deux organismes mais ne concordent pas, les deux informations figurent. Certaines informations sont imprécises ou non disponibles, en particulier pour les pays fortement régionalisés pour lesquels il n'existe pas forcément d'information centralisée (comme en Suisse ou en Espagne).

1.4.1 Importance des dépenses d'hospitalisation dans le total des dépenses de santé

Le Tableau 2 présente par ordre croissant la part des dépenses d'hospitalisation dans les dépenses totales de santé, les dépenses de santé et d'hospitalisation per capita en US \$ parité de pouvoir d'achat, pour l'année 2004 ou pour la dernière année disponible. Les informations

proviennent de la base de données OMS. La définition retenue est celle de l'OCDE. Les dépenses de santé sont considérées dans leur total quel que soit le financeur. Les dépenses hospitalières considérées sont celles effectuées dans les hôpitaux publics et privés, avec hébergement pour des soins aigus, chroniques et de convalescence. Les dépenses hospitalières en soins externes (outpatient department expenditures) ainsi que les hospitalisations d'un jour sont théoriquement non comprises (comptées dans les dépenses ambulatoires). Malheureusement cette distinction n'est pas toujours possible. Ces dépenses excluent l'investissement hospitalier.

	2004, % hospitalisation par rapport aux dépenses totales de santé***	2004, dépenses hospitalisation per capita PPA**, US\$	2004, total dépenses santé per capita PPA US\$
Espagne	25,9	543	1908
Danemark	30,1	868	2838
Suède	31,3	885	2875
Luxembourg	33,1	1686	3992
France	33,8	1069	3016
Allemagne	34,7*	1044*	3052
Finlande	34,8	777	2922
Belgique	34,8*	nc	2275
Pays-Bas	39,6*	1178*	3056
Norvège	40,9	1623	3862
Autriche	41,7	1302	2365
Italie	44, 1	1013	2424
Suisse	47,6	1941	3954
Grèce	nc	nc	2106
Irlande	nc	nc	2619
Portugal	nc	nc	1903
Grande-Bretagne	nc	nc	2531
Total	nc	nc	2645

* année 2003, ** PPA : Parités de pouvoir d'achat. *** Les dépenses de santé considérées ici le sont quel que soit le financeur.

Nc : non connu.

Source : European health for all database, WHO regional office for Europe, Copenhagen.

Les pays diffèrent fortement par leur mode d'affectation des dépenses de santé. Ces différences sont liées à l'hétérogénéité des capacités (nombre de lits d'hôpitaux, médecins) mais également aux incitations financières et de pratiques médicales. La part des dépenses de santé consacrée à l'hospitalisation va de 25, 9 % en Espagne à 47, 6 % en Suisse. Elle est de plus de 40 % en Norvège, Autriche, Italie et Suisse. La France, avec 33,8 % est dans une position intermédiaire plutôt basse.

Les dépenses de santé per capita sont également très hétérogènes d'un pays à l'autre. Pour 2004 elles vont de 1903 PPA,US \$ au Portugal à 3954 PPA, US \$ en Suisse. La moyenne de l'Europe des 15 se situant à 2645 PPA,US \$. La France, avec 3016 PPA,US \$ se situent dans la catégorie des pays moyens élevés.

Il n'y avait pas de corrélation entre la place de l'hôpital dans les dépenses et le niveau des dépenses. Ainsi parmi les pays à dépenses de santé élevées, on trouvait aussi bien des pays avec une part de dépenses hospitalières relativement faible (Luxembourg, Finlande) que des pays avec une part de dépenses hospitalières relativement élevée (Suisse et Norvège). Il en est de même pour les pays qui avaient des dépenses de santé per capita relativement faibles et qui consacraient soit une part élevée (Autriche, Italie) de ces dépenses à l'hôpital, soit une part faible (Espagne, Belgique).

1.4.2 Infrastructures hospitalières et statut (public ou privé)

Le Tableau 3 décrit le nombre total et l'importance des hôpitaux de soins aigus dans chaque pays.

Tableau 3. Nombre et répartition des hôpitaux en 2004

	Nb d'hôpitaux	Taille moyenne*	Nb d'hôpitaux soins aigus	Nb d'hôpitaux/100 000	Nb d'hôpitaux soins aigus/100 000	Pourcentage hôpitaux de soins aigus dans le total
Finlande (2005)	369	98	-	7,03		-
France (2004)	2890	156	-	4,8		-
Suisse (2004)	345	121	200	4,67	2,71	58,0
Irlande (2004)	179	129	53	4,43	1,28	29,6
Allemagne (2005)	3 409	205	2139	4,12	2,59	62,7
Autriche (2005)	264	240	177	3,21	2,18	67,0
Grèce (2004)	319	163	268	2,88	2,42	84,0
Italie (2004)	1296	179	1106	2,23	1,91	85,3
Belgique (2005)	216	260	147	2,07	1,41	68,1
Portugal (2004)	209	188	172	1,99	1,64	82,3
Espagne (2003)	741		545	1,76	1,3	73,5
Danemark (2003)	67		-	1,24		
Pays-Bas (2004)	198		106	1,22	0,65	53,5
Suède (2003)	81		78	0,9	0,87	96,3
Grande-Bretagne	-		-		-	-
Norvège			-	-	-	-
Luxembourg			9	-	1,97	-

* Nombre de lits/nombre d'hôpitaux en 2004. ces moyennes cachent d'importantes disparités, mais il n'a pas été possible de catégoriser la taille des hôpitaux à partir des données OCDE. Source : European health for all database, WHO regional office for Europe, Copenhagen, Denmark. Les pays sont classés par ordre décroissant de nombre d'hôpitaux pour 100 000.

Le nombre d'établissements hospitaliers est très hétérogène. Il dépend bien entendu de taille de la population du pays (67 établissements au Danemark et 3 409 en Allemagne). Pour autant, le nombre d'hôpitaux pour 100 000 habitants est également très différent (0,9 pour 100 000 en Suède et 7,03 pour 100 000 en Finlande). La taille moyenne des établissements varie également fortement (de 98 lits en moyenne en Finlande à 260 lits en Belgique). Ainsi certains pays semblent privilégier de petits établissements alors que d'autres s'appuient sur de grosses structures.

Dans les pays où les établissements sont spécialisés par type de soins, il est possible de calculer le nombre d'établissements en soins aigus pour 100 000, et un rapport entre le nombre d'hôpitaux de soins aigus et le total des établissements hospitaliers. Pour ces établissements de soins aigus, l'hétérogénéité dans le nombre d'établissements pour 100 000 est moins forte (de 0,65 à 2,71) que pour l'ensemble des établissements. Ce sont donc surtout les autres types de prise en charge (soins aux maladies chroniques et de convalescence) qui semblent à la source de l'hétérogénéité dans le nombre d'établissements.

Le ratio hôpitaux aigus/total apparaît également très hétérogène puisque 96,3 % des établissements sont consacrés aux soins aigus en Suède (85,3 % en Italie, 84 % en Grèce), alors que ce ratio n'est que 29,6 % en Irlande. Cependant, il peut exister ici des problèmes de définitions.

Cinq pays dont la France n'ont pas été en mesure de fournir cette information, par manque d'accessibilité à des données centralisées, ou car leurs établissements ne sont forcément différents en fonction des types de soins fournis.

Cette variété dans le nombre d'établissements ne semble pas corrélée à des problèmes d'accessibilité géographique qui justifieraient un nombre plus important d'établissements pour 100 000 habitants dans les pays fortement étendus et/ou certaines zones sont difficilement accessibles. En Effet, la Finlande a beaucoup d'établissements mais la Suisse également, alors que la Suède en a peu. La France a un nombre élevé d'établissements pour 100 000 habitants puisqu'elle se situe à la deuxième place, derrière la Finlande. Viennent ensuite la Suisse, l'Irlande et l'Allemagne.

Le nombre, la taille et la répartition entre soins aigus et autres soins sont très hétérogènes en Europe. Ils sont le résultat de plusieurs éléments dont la combinaison est différente d'un pays à l'autre, et parmi lesquels on peut citer la répartition historique, les contraintes géographiques, démographiques et de financement ainsi que les choix en matière d'articulation entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, notamment en ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques et la convalescence.

1.4.3 Lits

► Définitions

Sont classés comme lits hospitaliers tous les lits disponibles (qu'ils soient occupés ou non) et qui sont immédiatement mobilisables pour un patient si nécessaire. Le nombre de lits ne comprend pas les berceaux pour les nouveaux nés, les lits d'hospitalisation de jour, les lits temporaires, les lits pour des affectations spécifiques comme la dialyse ou lits d'accouchement. Les lits se trouvent dans les trois catégories d'hôpitaux (général, psychiatriques et pour toxicomanes, spécialisés) et dans tous les secteurs (public, privé avec ou sans but lucratif).

Les lits en soins aigus sont ceux utilisés pour les patients bénéficiant de soins liés à la période de travail en obstétrique, aux soins destinés à traiter, à diminuer les symptômes, à réduire la sévérité, à protéger contre l'aggravation ou les complications d'une maladie ou une blessure (à l'exception des soins palliatifs), à effectuer un acte chirurgical, à réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques.

► Nombre et répartition des lits

La diminution du nombre de lits actifs est un axe commun aux politiques hospitalières depuis 25 ans. Cette diminution a été rendue possible par l'évolution des techniques médicales engendrant partout une baisse de la durée moyenne de séjour, une augmentation de l'hospitalisation de jour et l'augmentation du taux d'occupation des lits disponibles (8). Cela a été réalisé dans les différents pays par le biais de fermeture de lits, d'établissements et par les fusions d'établissements. Par ailleurs, il y a eu un transfert des patients occupant des lits hospitaliers de long séjour vers des lits de « nursing homes² ». Les alternatives à l'hospitalisation ont été initiées dans le cadre de la psychiatrie, puis se sont développées en gériatrie et s'étendent aujourd'hui à l'ensemble des disciplines (3).

² Les nursing homes sont des structures de prise en charge pour les patients dépendants qui ne nécessitent que des soins infirmiers et une aide pour les gestes quotidiens.

Le nombre de lits est un indicateur assez fruste, puisqu'il donne la même importance à un lit hautement spécialisé et à un lit de médecine générale, ou de soins de longue durée (3). Selon l'OCDE plusieurs pays déclarent la totalité des lits disponibles dans les hôpitaux « généraux » ou de soins aigus (Autriche, Danemark, Finlande, Allemagne, Irlande, Espagne, Suisse) or, certains de ces lits peuvent être affectés à des soins de longue durée. Le nombre de lits permet cependant d'évaluer les ressources dont dispose le système de santé pour assurer les services hospitaliers (8).

Le Tableau 4 donne le nombre pour 100 000 habitants de lits hospitaliers, ainsi que leur répartition par catégories.

	Nombre de lits pour 100 000	Nombre de lits en soins aigus /100 000
Allemagne	844,49	633,49
Autriche	770,87	601,39*
Belgique	529,5	476,1
Danemark	382,25**	310,65**
Espagne	345*	275,24*
Finlande	702,88	247,65
France	747,99**	374,86**
Grande-Bretagne	389,79**	
Grèce	468,82**	379,32**
Irlande	571,97**	292,78
Italie	399,63**	346,97**
Luxembourg	633,36**	508,93**
Norvège	419,16	302,92
Pays-Bas	497,75*	313,08**
Portugal	374,61**	308,61**
Suède		281,96
Suisse	566,97**	376,89**
Moyenne Europe	571,39**	

* 2003, ** 2004

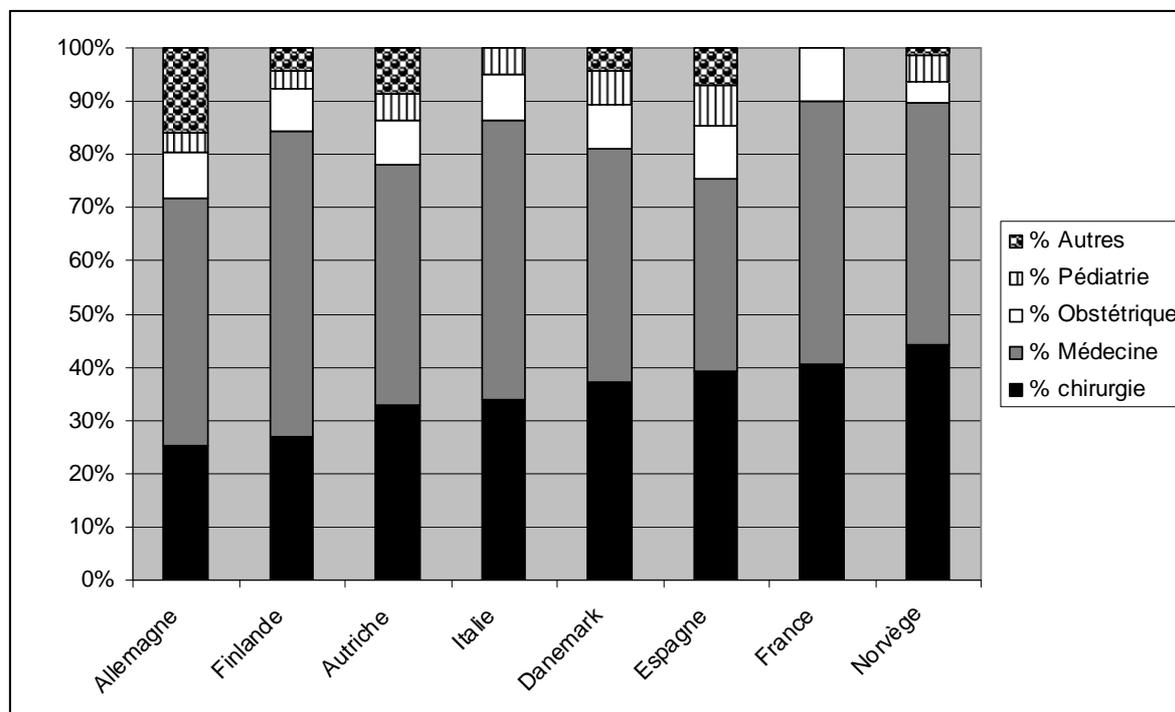
Le nombre de lits hospitaliers pour 100 000 habitants est très hétérogène d'un pays à l'autre. La moyenne européenne est à 572. La France se situe dans le groupe de tête avec 748 lits, juste derrière l'Allemagne [845] et l'Autriche [771]. À l'inverse, les pays du Sud de l'Europe ont peu de lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants : Espagne [345] et Portugal [374]. Globalement, les densités de lits sont plus élevées dans les pays dont le système de santé est fondé sur un système d'assurances sociales que dans les pays ayant un système national de santé (3).

Le nombre de lits en soins aigus est plus homogène que le nombre total de lits. Il est compris entre 247 et 380 pour 100 000 dans la plupart des pays. La France se situe dans la moyenne avec 374,9 lits. En revanche, quatre pays se distinguent par un nombre particulièrement élevé de lits soins aigus : la Belgique (476,1), le Luxembourg (508,93), l'Autriche (601,39), l'Allemagne (633,49).

Le graphique 1 suivant présente la **répartition des lits de soins aigus par spécialité en fonction des pays**. La Finlande et l'Italie se distinguent par une part plus importante de lits de médecine que les autres pays, et une relativement faible part de lits de chirurgie. Certaines données sont difficiles à interpréter (Allemagne, Autriche et Espagne) car on ne connaît pas la nature des lits « autres ».

La Norvège se distingue par une très faible part de lits d'obstétrique (4 %), alors que tous les autres pays sont au-dessus de 7,5 % du total des lits. Les lits de pédiatrie ne sont pas isolés dans la classification française. Dans tous les autres pays, ils représentent de 3,5 à 7,8 du total des lits.

Figure 1. Répartition des lits aigus par spécialité en 2004



Source : Schéma élaboré à partir des données OMS.

1.4.4 Activité

► Définitions

Les bases de données de l'OMS et de l'OCDE utilisent quatre indicateurs pour quantifier l'activité des établissements hospitaliers : la durée moyenne de séjour (DMS), le taux d'occupation, le taux d'admission et le taux de sorties.

La durée moyenne de séjour est obtenue en divisant le nombre de jours d'hospitalisation par le nombre de sorties (y compris les décès), durant l'année. La DMS reflète à la fois les pratiques médicales et la place de l'hôpital dans les soins. Elle est aussi liée aux caractéristiques des patients (pathologies, âge, lieux d'habitation, conditions socio-économiques) (9).

Le taux d'occupation correspond au nombre de lits effectivement occupés (calculé en jours-lits) divisé par le nombre de lits disponibles.

Le taux d'admission calculé par l'OMS correspond à l'hospitalisation dans tout type d'hôpital ou dans les hôpitaux de soins aigus d'un patient pendant plus de 24 heures. Ce taux n'inclut pas les sorties temporaires (par exemple pendant le week-end), ni les nouveaux nés, ni les traitements délivrés au domicile du patient. Pour l'Espagne, l'Irlande et la Suède, c'est le taux de sorties et non le taux d'admission qui est enregistré.

Le taux de sorties calculé par l'OCDE mesure les sorties d'hôpital après une hospitalisation. Il inclut les décès mais exclu les sorties de l'hôpital qui s'effectuent le même jour que l'entrée, or les sorties qui s'effectuent le même jour représentent une part importante de l'activité de l'hôpital. Toutefois, l'Autriche et la France incluent les sorties le même jour et les données ne sont donc pas

comparables à celles des autres pays. Par ailleurs, la Finlande inclut dans ses données les transferts entre services à l'intérieur d'un hôpital (8).

► **Activité**

Le tableau 4 présente les indicateurs d'activité par pays des établissements hospitaliers en utilisant à la fois la source OMS et la source OCDE. Les différences entre les sources proviennent de divergences dans les modes de comptabilisation, mais également de décalages dans le calendrier pour le recueil des informations.

La baisse de la durée de séjour est un phénomène observé depuis le début des années quatre-vingt-dix. Elle s'explique, dans plusieurs pays, par le transfert des patients qui séjournaient auparavant à l'hôpital vers des établissements de soins de longue durée. Par ailleurs, les progrès médicaux ont permis de traiter certaines pathologies plus rapidement. La modification des modes de paiement des hôpitaux, qui sont souvent passés du prix de journée au budget global, a également contribué à réduire la DMS (3).

En 2004, selon l'OCDE, la **durée moyenne de séjour** totale variait fortement d'un pays à l'autre : de 5,2 jours au Danemark à 13,4 jours en France. Toutefois, cet indicateur comprend à la fois les soins aigus et les soins de longue durée, et l'OCDE soulignait que la mesure dans laquelle les lits affectés aux soins de longue durée, à la réadaptation et aux soins palliatifs sont pris en compte varie d'un pays à l'autre, ce qui limite la comparabilité des données.

Pour les soins aigus, la Finlande et la Suède avaient une DMS courte (4,7 et 4,6 jours). La France avait des DMS dans la moyenne pour les soins aigus (5,5 jours). En revanche, l'Allemagne (8,6 jours), la Belgique (7,3 jours) et la Suisse (8,7 jours) se caractérisaient par des DMS longues en soins aigus.

La DMS globale est variable selon les maladies ou les états de santé spécifiques à chaque pays. La comparaison est donc plus pertinente en étudiant des pathologies identifiées et relativement homogènes comme l'accouchement ou l'infarctus (Tableau 6).

Tableau 5. Activité des établissements

	DMS tous hôpitaux OMS	DMS tous hôpitaux OCDE	DMS Soins Aigus OMS	DMS Soins Aigus OCDE	Taux d'occupation Soins aigus OMS	Taux d'occupation Soins aigus OCDE	Taux d'admission pour 100 toutes catégories OMS	Taux d'admission pour 100 soins aigus OMS	Taux de sorties pour 100 soins aigus OCDE
Allemagne	10,2	10,4**	8,6	8,7**	75,6	75,5**	22,6	20,4	20,14*
Autriche	7,97*	7,8*	6,35*	6,1**	76,2*	79**	31,22*	28,84*	31,2**
Belgique	8,7*		8,25*	7,3*	70,49**		16,35**	16,09**	15,9*
Danemark	5**	5,2**	3,4**	3,4**		84 (2001)	22,12**		16,9*
Espagne	8,7*	8,7*	6,89*	6,9**	79,2	79,2*	11,83*	11,65*	10,9*
Finlande	10**	10**	4,2**	4,7**			25,78**	19,92**	25,8**
France	11,7*	13,4**	6**	5,5**	77,1**	74,9**	18,85**	16,37**	26,9**
Grande-Bretagne		7,2**		6,6**		84,4**			23,5**
Grèce						78,1 (2000)			
Irlande	7,58	7,5**	6,58	6,5**	85,6	85,3**	14,24	13,89	10,4**
Italie	7,5*	7,7*	6,7*	6,8*	76,09*	75,8*	15,26*	14,66*	14,0*
Luxembourg						65,6**			17,4**
Norvège	7,6		5,1			86,4**	19,46	17,46	
Pays-Bas			7**			66,0 (2001)			10,2**
Portugal	8,6**	8,9**	6,9**	7,0*	69,8**	70,5*	11,6**	11,36**	9,0**
Suède	6,3	6	6	4,6			15,6	15,13	16**
Suisse	12**	11,9**	8,8**	8,7**	86,3**	86,3**			15,7**

DMS : durée moyenne de Séjour

Source : Éco-santé OCDE 2006 et OMS.

* Année 2003, ** Année 2004

Année 2003	DMS accouchement unique, spontané	DMS infarctus du myocarde
Allemagne	4,4	10,0
Autriche	5,4	11,0
Belgique	5,1	8,6
Danemark	3,3	5,8
Espagne	2,8	
Finlande	3,6	11,9
France	4,8	7,0
Grande-Bretagne	1,7	9,7
Grèce	-	-
Irlande	3,2	11,0
Italie	3,7	8,6
Luxembourg	4,2	7,5
Norvège	3,7	5,9
Pays-Bas	2,5	9,2
Portugal	3,7	8,9
Suède	2,6	5,9
Suisse	5,8	8,2

Source : Éco-santé OCDE, 2006

En 2003, la DMS pour un accouchement unique et spontané variait de 1,7 jour au Royaume-Uni à 5,8 jours en Suisse (tableau 5) ; la France, avec 4,8 jours se situait parmi les pays à DMS élevée. De même la DMS pour infarctus du myocarde était de 5,8 jours seulement au Danemark et 5,9 jours en Suède, mais de 11,9 jours en Finlande et de 11 jours en Autriche et en Irlande. Néanmoins, en Finlande, la DMS peut englober des patients admis à l'origine pour un infarctus mais qui ne reçoivent plus de soins aigus et devraient par conséquent être considérés comme des patients soignés à long terme (8). La France, avec 7 jours a une DMS plutôt courte pour le traitement de l'infarctus du myocarde.

Il existait également des variations très importantes dans **les taux d'occupation**. Les plus élevés dépassent les 83 % en Irlande, en Suède, en Suisse, et en Norvège. Pour Dexia (3) ce sont surtout les pays à système national de santé (beveridgiens) qui sont dans cette configuration, même si aucune tendance ne se dégage clairement. Il est en revanche faible (autour de 65-70 %) au Luxembourg et en Belgique. Avec 74,9 %, la France se situe dans la moyenne. Un faible taux d'utilisation peut refléter un excès de capacité et un taux d'occupation élevé est souvent le signe d'un sous-équipement engendrant des listes d'attente (9). On peut penser que les pays en sous capacité combinent un taux d'occupation élevé et une DMS faible. Mais, mis à part pour la Suède, les données manquent pour savoir si les deux variables sont liées. La Belgique et le Portugal ont un taux d'occupation faible et une DMS plutôt élevée, ce qui semble aller dans le sens d'une surcapacité en lits.

Les taux de sorties ont, selon l'OCDE, augmenté depuis 1995 dans tous les pays. Cela s'explique par le nombre croissant de patients dont la prise en charge ne nécessite pas de passer une nuit à l'hôpital et par le raccourcissement de la DMS (8). Pour 2004, les pays qui incluent les taux de sorties le même jour et les transferts intra-hôpital (Finlande, France et Autriche) ont des taux de sorties élevés mais qui ne sont pas comparables avec les données des autres pays. Parmi ces derniers, les taux de sorties les plus élevés sont ceux du Royaume-Uni (23,5 %) et de l'Allemagne (20,14 %). En revanche, l'Irlande, le Portugal et les Pays-Bas affichent des taux de sorties beaucoup plus faibles (autour de 10 %). Les différences dans les taux de sorties peuvent refléter des différences dans les recours plus ou moins importants à l'hôpital par rapport aux soins délivrés dans d'autres structures, mais également dans les procédures de soins (recours plus ou moins systématique à l'hospitalisation d'un jour). Ils peuvent également refléter des différences

épidémiologiques (prévalence plus ou moins importante de la pathologie dans le pays). Par ailleurs, il convient de souligner que dans tous les pays, la part des populations âgées est élevée (8) ; ce taux peut ainsi refléter la capacité du système à prendre en charge ces populations dans des structures spécifiques après l'hospitalisation, pour éviter ainsi le blocage de lits (*bed blockers*) (voir partie 3.3).

Les résultats sont légèrement différents lorsque l'on considère **les taux d'admission** calculés par l'OMS, ils sont élevés en Autriche (28,84), en Allemagne (20,4), en Finlande (19,92), mais ils sont dans la moyenne en France (16,37). Cela est sans doute lié à une exclusion des séjours de moins de 24 heures. Ils sont faibles au Portugal (11,36), en Espagne (11,65), en Irlande (13,89). Il est à noter qu'au Danemark le transfert d'un patient d'un département hospitalier vers un autre compte pour une admission (10).

1.4.5 Ressources humaines

Les moyens humains consacrés à l'hôpital sont assez peu renseignés et il y a de nombreuses données manquantes dans les bases de données de l'OMS et de l'OCDE. Dans la base OCDE, des données suffisamment documentées ont été retrouvées concernant la densité pour 1 000 habitants, le pourcentage par rapport à l'emploi en santé, ainsi que les effectifs moyens par lit. Les résultats sont présentés dans le Tableau 7.

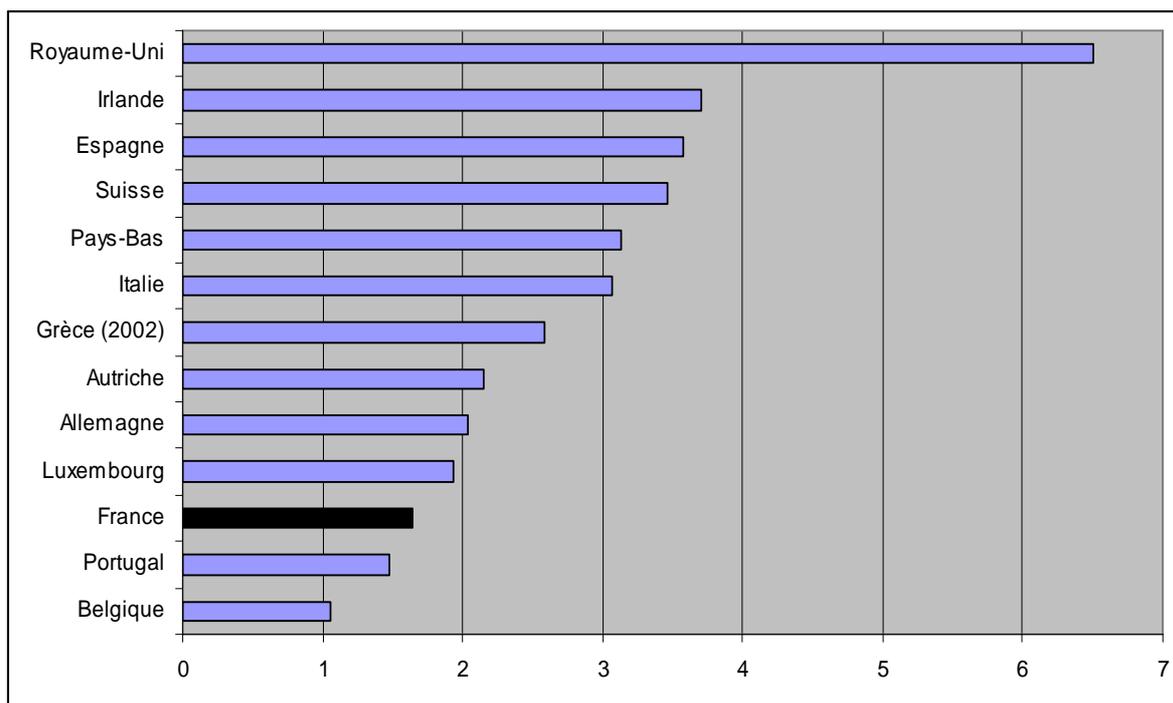
	Emploi hospitalier - Densité en ETP/1 000 habitants	Emploi hospitalier – % de l'emploi en santé
Autriche	15,2*	-
Belgique	12,3	-
Danemark	-	73,5
Finlande	14,9	52,4
France	-	61,6*
Allemagne	10,9*	31,1*
Grèce	-	-
Irlande	14,5*	55,1*
Italie	11,2	57,7
Luxembourg	11,3*	-
Pays-Bas	-	58,5**
Portugal	-	79,1*
Espagne	-	55,1
Suède	-	-
Royaume- Uni	-	71*

* 2005

** 2003

La densité de l'emploi hospitalier pour 1 000 habitants était assez mal documentée (Tableau 6). Elle était élevée en Autriche (15,2), en Finlande (14,9) et en Irlande (14,5) et faible en Allemagne (10,9). La part de l'emploi hospitalier dans l'emploi total en santé était également très disparate avec 31,1 % seulement en Allemagne et 79,1 % au Portugal ou 73,5 % au Danemark. La France était un pays où l'emploi hospitalier était important avec 61,6 %.

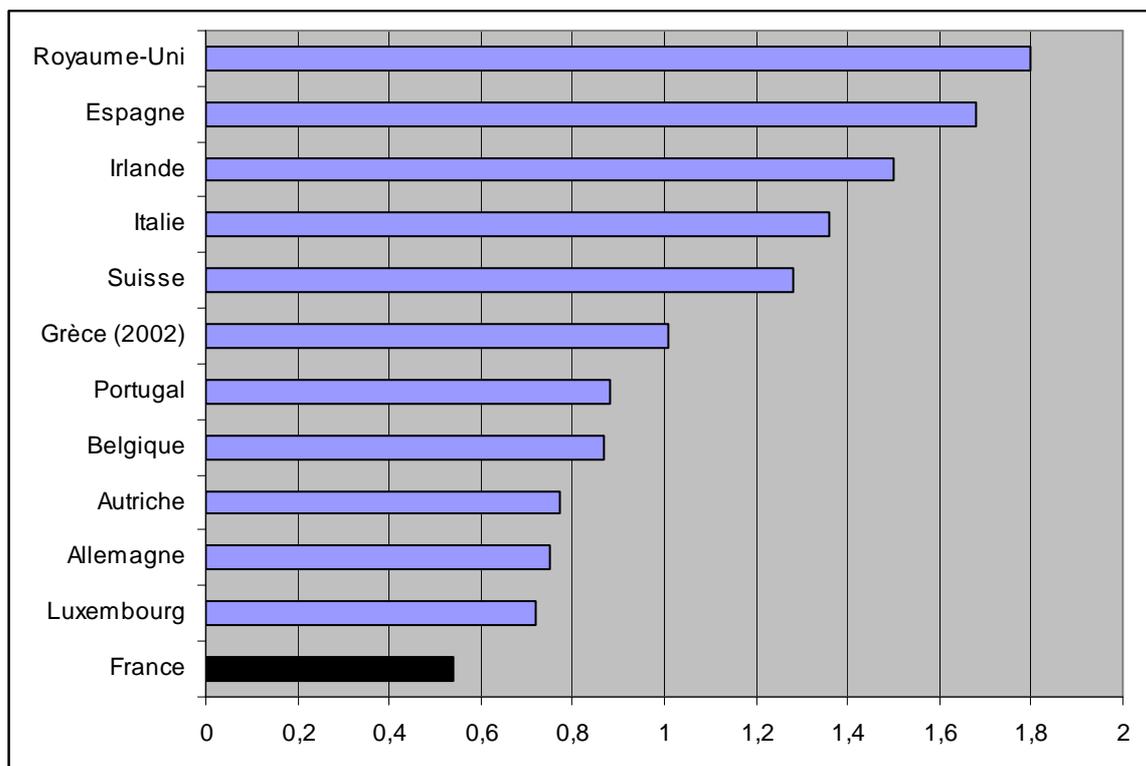
Figure 2. Personnel, soins aigus - Effectif moyen par lit - Année 2003



Source : Éco-santé OCDE 2006

Le ratio personnel/nombre de lits était parmi les plus faible en France avec 1,60 personne par lit. Seuls le Portugal (1,46) et la Belgique (1,03) avaient un ratio plus faible. Le Royaume-Uni présentait un ratio très élevé avec (6,2) largement devant l'Irlande (3,70) et l'Espagne (3,44).

Figure 3. Infirmiers, soins aigus - Effectif moyen par lit - Année 2003



Source : Éco-santé OCDE 2006

Le ratio personnel infirmier/nombre de lits (Graphique 3) était le plus faible pour la France (0,54) qui se situait devant le Luxembourg (0,72) et l'Allemagne (0,75). Les plus hauts ratios pour les infirmiers regroupaient des pays identiques à ceux identifiés pour le personnel en général (Royaume-Uni, Espagne et Irlande).

1.4.6 Équipements lourds

Les données sur les équipements lourds sont fournies à titre indicatif à partir de la base OCDE (Tableau 8). Toutefois il n'était pas possible de distinguer ceux situés dans ou à l'extérieur de l'hôpital. De plus, de nombreuses données étaient manquantes.

Par millions d'habitants	Mammographes	Lithotripteurs	Éq. Radiothérapie	Appareil IRM	Scanners CT
Autriche	-	1,8	4,6	14,9	28,5
Belgique	20,5*	4,4*	-	-	29,8*
Danemark	-	-	6,3	10,2	14,6
Finlande	37,7	0,4	8,8	14,0	14,2
France	42,3**	0,6	6,0**	3,2	7,5
Allemagne	-	3,5	4,7	6,6	15,4
Grèce	27,9**	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-
Italie	-	-	4,1	10,2	20,6
Luxembourg	22,4	2,2	4,4	11,1	28,8
Pays-Bas	-	-	-	-	-
Portugal	11,6*	1,4*	-	-	12,8*
Espagne	9,6*	1,8	3,9	7,7	13,3
Suède	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	8,2	-	3,9	5,0	7,0
Suisse	-	4,7	9,2	14,3	17,9

* 2003, ** 2002

Le nombre de mammographes était très variable d'un pays à l'autre. La France (42,3) et la Finlande (37,7) apparaissent particulièrement bien dotées, tandis que le Royaume-Uni (8,2) et l'Espagne (9,6) en avaient peu.

Pour les lithotripteurs, ce sont l'Allemagne (3,5) et la Belgique (4,4) qui apparaissent les mieux dotés, alors que la Finlande (0,4) et la France (0,6) avaient les taux d'équipement les plus faibles.

Pour les équipements de radiothérapie, on trouvait en tête la Suisse (9,2), Finlande (8,8), le Danemark (6,3) et la France (6,0), tandis que l'Espagne (3,9), l'Italie (4,1) et le Royaume-Uni (3,9) étaient les moins dotés.

Pour les IRM l'Autriche (14,9) et la Suisse (14,3) et la Finlande (14,0) arrivaient en tête, alors que la France (3,2) et le Royaume-Uni étaient les moins dotés (5,0).

Enfin, pour les scanners, la Belgique (29,8), l'Autriche (28,5) et le Luxembourg (28,8) étaient les mieux dotés. La France (7,5) et le Royaume-Uni (7,0) étaient les moins équipés.

On pouvait globalement identifier trois groupes de pays : ceux qui avaient beaucoup d'équipements de toute nature (Finlande, Suisse, Autriche, Belgique), ceux qui étaient faiblement équipés (Royaume-Uni, Espagne), et ceux qui étaient fortement équipés dans certains domaines mais faiblement dans d'autres (France, Allemagne).

Cependant, pour pouvoir commenter ces données de manière pertinente, il faudrait disposer d'information sur le taux d'utilisation des équipements ainsi que leur localisation (géographique, dans ou à l'extérieur de l'hôpital, et en fonction du statut de l'hôpital).

1.5 Conclusion

Des définitions normées existent et permettent d'assurer une certaine homogénéité dans le recensement de l'activité hospitalière par pays. Pour autant, les structures réalisant de l'hospitalisation sont hétérogènes et comprennent à la fois des hôpitaux et des maisons médicalisées ou d'autres types d'établissements de soins. Dans ce dernier type de structure, la frontière entre soins médicaux, soins de nursing et prise en charge sociale n'est pas toujours facile à établir, ce qui peut conduire à des différences dans la comptabilisation de l'activité hospitalière.

L'hétérogénéité des structures est le révélateur d'une forte hétérogénéité dans la place accordée à l'hôpital dans la prise en charge médicale et sans doute aussi dans les pratiques de soins.

Les données macroéconomiques sur l'activité sont de ce fait difficilement interprétables en particulier concernant le nombre total de lits. Le nombre de lits de soins aigus reflète mieux les différences entre pays. La France se situe ici dans la moyenne avec 374,9 lits mais quatre pays se distinguent par un nombre particulièrement élevé de lits soins aigus : la Belgique (476,1), le Luxembourg (508,93), l'Autriche (601,39), l'Allemagne (633,49). On peut identifier une séparation entre pays à système national de santé et pays à système d'assurances sociales qui n'accordent pas la même place à l'hôpital (3). Les premiers s'appuyant sur un fort réseau de structures *ad hoc* notamment posthospitalisation, alors que les seconds restent assez hospitalo-centrés.

Les différences observées dans les DMS témoignent d'une hétérogénéité dans la prise en charge et les traitements (notamment concernant l'accouchement) mais pas seulement. Ainsi certains pays comme le Royaume-Uni, l'Irlande, la Norvège, le Danemark ont des DMS relativement faibles et des taux d'occupation élevés. Ces pays se caractérisent par une pénurie relative de l'offre hospitalière, qui se manifeste par des listes d'attente avant admission à l'hôpital (voir la partie 2.2.3).

Les moyens humains affectés par lits varient également fortement. La France est un des pays où le ratio effectifs/lits est un des plus faible, alors que le Royaume-Uni (6,2), l'Espagne (3,44) et l'Irlande (3,7) se situent en tête. Ces différences se retrouvent pour le personnel infirmier.

Il n'est pas possible d'interpréter les données sur le matériel lourd, car les données disponibles ne représentent pas uniquement l'équipement hospitalier.

2 Place de l'hôpital dans les différents pays

Cette partie a été rédigée en compilant les informations figurant dans chaque rapport par pays publié par l'observatoire européen sur les politiques et les systèmes de santé (10-21), complété si nécessaire par certains rapports de l'OCDE (22,23). Même si le format de ces rapports était relativement cadré (plan identique), les rédacteurs des différents pays s'y conforment de manière variable. De même, certains rapports étaient anciens (14,21). De ce fait, certaines informations sont manquantes ou périmées pour ces pays. Elles ont été complétées, dans la mesure du possible, en utilisant les données de la littérature. Pour autant, il existe peu d'articles publiés en anglais et faisant des descriptions précises de l'organisation du système hospitalier d'un pays donné. Par ailleurs, la plupart des systèmes de santé européens ont organisé leur système de santé de manière décentralisée, et il est quasi impossible d'avoir une connaissance précise de l'organisation dans chaque région.

2.1 Organisation des soins de premier recours et modalités d'accès à l'hôpital

L'analyse et la comparaison du rôle du secteur hospitalier dans les quinze pays de l'UE ne peut se faire de manière isolée. Les hôpitaux sont en effet une des composantes de l'organisation générale du système de soins. L'accès à l'hôpital peut être possible directement dans certains pays, et y est même parfois encouragé, alors que d'autres pays entendent limiter son accès par un puissant système de d'orientation (*gatekeeping*), dont le non-respect peut être sanctionné par des pénalités financières (Pays-Bas).

De même, la liberté de choix de l'établissement hospitalier n'est pas une évidence dans la plupart des pays. Elle existe en Belgique, France, Grèce et Luxembourg, mais elle n'a été obtenue que récemment en Suède et au Royaume-Uni (3).

La section suivante présente l'organisation des soins primaires pour chaque pays. Le système de d'orientation vers l'hôpital est ensuite décrit.

2.1.1 Organisation des soins primaires

Cette section a été rédigée en utilisant comme document de référence le rapport sur les soins primaires publié en 2006 par l'observatoire sur les politiques et les systèmes de santé (2) complété par le descriptif des soins primaires figurant dans les rapports par pays.

► Définition

Plusieurs définitions des soins primaires sont proposées dans la littérature. Elles ont été recensées et analysées par l'Observatoire Européen des Politiques et des Systèmes de Santé (2). Celle retenue par l'observatoire sera également celle proposée dans ce rapport.

Les soins primaires :

- font référence à des soins directement accessibles, lors d'un premier contact de manière ambulatoire pour des problèmes de santé non sélectionnés ;
- offrent des services diagnostiques, curatifs, de rééducation et des soins palliatifs en réponse à ces problèmes ;
- fournissent de la prévention aux individus ou aux groupes à risque de la population qu'ils desservent ;
- prennent en considération le contexte personnel et social du patient ;
- assurent la continuité des soins dans le temps et entre les offreurs de soins.

L'observatoire souligne toutefois que certaines caractéristiques comme la continuité des soins, peuvent ne pas être complètement assurées dans certains pays, notamment lorsqu'il n'y a pas un seul point d'accès au système de soins, ou lorsque les soins primaires sont fragmentés et assurés à échelle réduite.

► **Organisation globale**

L'organisation globale des soins primaires est présentée dans le Tableau 9.

La responsabilité des soins primaires incombe le plus souvent à l'échelon local (région, municipalités ou département). C'est le cas pour le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, le Portugal et la Suède. Dans les pays avec des systèmes d'assurance sociale (Allemagne, Autriche, Belgique, France et Suisse), ce sont les caisses d'assurance-maladie qui en ont la responsabilité.

Bien que le généraliste soit considéré comme le point d'entrée à privilégier pour le premier recours, l'accès direct au spécialiste dans le cadre des soins primaires est possible directement en Allemagne, Autriche, Belgique, France, Suisse. Dans ces pays, le nombre de spécialistes qui exercent dans le cadre des soins primaires est important (48,5 % en Allemagne, 50 % en Autriche) (24).

Dans plusieurs pays, les soins primaires sont dispensés par des centres de santé (cf. sous-section suivante). Dans ce cadre, l'accès au spécialiste dans le cadre des soins primaires est parfois possible, notamment pour la gynécologie obstétrique, la petite chirurgie, la psychiatrie et l'ORL (Espagne, Finlande, Grèce, Portugal et Suède). En revanche, pour les autres spécialités, le recours au spécialiste, lorsqu'il est nécessaire, se fait quasi exclusivement par l'hôpital.

L'inscription auprès d'un médecin ou d'un centre de santé, pour une certaine durée et avec un choix limité, est le modèle le plus courant (Danemark, Espagne, Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède).

Dans d'autres pays, on encourage depuis peu à l'inscription par un mécanisme d'incitation financière (Allemagne et France).

Le statut des médecins est le plus souvent libéral, mais dans les centres de santé, les médecins sont salariés (Espagne, Finlande, Portugal et Suède).

Tableau 9. Modalités d'organisation des soins primaires

Pays	Échelon de responsabilité	Types de médecins ou d'organisation en charge des soins primaires/statut	Choix du médecin ou du centre de santé	Système de rémunération	Remarques
<p>Allemagne Landrain ,2004 (25)</p>	<p>Caisses d'Assurance-Maladie</p>	<p>Généralistes libéraux Spécialistes libéraux</p>	<p>Libre Mais tarifs préférentiels si encadrement du parcours.</p>	<p>À l'acte avec enveloppe globale et système de points.</p>	<p>Depuis 2004 toutes les caisses doivent désormais proposer un « système du médecin de famille » (Hausarzsystem) qui repose sur un contrat individuel entre la caisse et le médecin. Le médecin généraliste devient le « pilote » du système de soins. En effet, il est appelé à jouer le rôle du point d'entrée au système de soins avant de consulter un spécialiste, de procéder à des analyses et même de passer chez le pharmacien. Il est choisi pour une durée de 3 mois et offre un bonus aux patients qui suivent cette règle (réduction des délais d'attente pour un rendez-vous, baisse du tarif...).</p>
<p>Autriche Hofmarcher, 2007 (18)</p>	<p>Caisses d'Assurance-Maladie</p>	<p>Généralistes libéraux Spécialistes libéraux Cabinets de soins ambulatoires Consultations externes des hôpitaux.</p>	<p>Libre à condition que le médecin ait un contrat avec la caisse d'assurance-maladie. Choix d'un médecin de famille pour 3 mois.</p>	<p>Contrats entre les caisses et les offreurs : salaires, forfaits par cas et paiements à l'acte.</p>	<p>Peu de pratiques de groupe et de services en dehors des jours ouvrables, ce qui n'incite pas au développement des soins primaires (26). Il existe des cabinets de consultations externes (<i>outpatients clinics</i>) qui sont régulées dans le cadre du Federal Hospitals Act. Les propriétaires de ces cabinets sont soit des médecins, soit des assurances sociales. Ils pratiquent les soins aux patients qui ne nécessitent pas une hospitalisation. En 2002 on dénombrait 836 cabinets de soins externes employant 9074 personnes dont 2338 médecins dont la moitié était des spécialistes et 30 % des médecins généralistes. Ces cabinets sont en concurrence avec la pratique isolée des médecins de ville. Ils ont l'avantage de combiner la présence de médecins généralistes et spécialistes avec un relativement bon niveau d'équipement. Ce sont de petites structures puisqu'un tiers d'entre elles fonctionnent avec un seul médecin et seulement 17 % ont plus de quatre médecins.</p>

Tableau 9 (suite). Modalités d'organisation des soins primaires					
Pays	Échelon de responsabilité	Types de médecins ou d'organisation en charge des soins primaires/statut	Choix du médecin ou du centre de santé	Système de rémunération	Remarques
Belgique Corens, 2007 (12)	Caisses d'Assurance-Maladie	Généralistes libéraux Spécialistes libéraux	Libre	À l'acte	Les patients peuvent se rendre à l'hôpital ou chez un spécialiste pour leur premier contact médical. Les spécialistes se trouvent en pratique libérale ou dans des départements de soins externes, généralement situés dans l'hôpital. Tarifs préférentiels pour une consultation de spécialiste adressée par un généraliste.
Danemark Vallgarda, 2001 (10)	Services de santé département	Généralistes libéraux Spécialistes (ORL et ophtalmologistes) libéraux	Inscription libre pour 6 mois à un médecin généraliste exerçant dans un rayon de 10 km de l'habitation.	Capitation et Forfait ou acte	Tendance au développement de cabinets de groupe, mais la norme est l'exercice individuel. La consultation sans passer par le GP conduit au paiement total des frais par le patient. Les patients s'inscrivent sur une liste (changement possible tous les 6 mois) : liste 1 : soins gratuits et obligation de passer par le GP (plus de 95 % de la population appartenait à cette liste en 1998) ; liste 2 : pas d'orientation mais paiement de l'intégralité des soins sauf en cas de soins à l'hôpital.
Espagne Duran, 2006 Lopez Casasnovas, 2005 (15,27)	Depuis 1984, 2889 centres de santé primaires sous une tutelle régionale	Généralistes salariés Certains soins de spécialité (petite chirurgie, Gynécologie Obstétrique, Psychiatrie).	Les patients s'inscrivent sur la liste du médecin de leur choix leur zone géographique.	Salariés et capitation	Chaque centre de santé couvre une population de taille très variable. Liste d'attente et donc contournement par accès à des soins privés payants.

Tableau 9 (suite). Modalités d'organisation des soins primaires

Le recours à l'hôpital en Europe

Pays	Échelon de responsabilité	Types de médecins ou d'organisation en charge des soins primaires/statut	Choix du médecin ou du centre de santé	Système de rémunération	Remarques
Finlande Jarvelin, 2002 Linnala, 2006 (28)	Centres de santé sous la tutelle des municipalités.	Généralistes salariés Quelques spécialistes venant de l'hôpital.	Centre de santé de la zone géographique	Salariés avec une part de capitation et de paiement à l'acte.	Les patients peuvent consulter directement un spécialiste en soins privés mais doivent assumer un copaiement de 65 %.
France	Caisse d'assurance-maladie	Généralistes libéraux Spécialistes libéraux	Libre Mais pénalisation financière hors du parcours.	Paiement à l'acte	Certains spécialistes (en ophtalmologie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie) peuvent être consultés directement. Les patients peuvent consulter directement le spécialiste de leur choix doivent supporter un reste à charge plus élevé.
Grande-Bretagne	Groupements de soins primaires (<i>Primary Care Trusts</i> ou <i>Primary Care Groups</i>) sous tutelle régionale.	Généralistes salariés et libéraux Dentistes Ophtalmologues	Inscription auprès du GP de sa zone géographique.	Capitation, au forfait et à l'acte	Les contrats avec les professionnels de santé sont négociés localement.
Grèce European Parliament 1998 Dexia, 2003 Antonopoulou 2006 (3,29)	Systèmes régionaux de santé	Centres de santé régionaux Centres de diagnostic Consultations externes des hôpitaux Les médecins sont salariés.	Libre	Salariés	Il existe des consultations privées par les médecins hospitaliers, mais les patients doivent en assumer la charge financière. Volonté de développer des centres de santé dans les grandes villes.
Irlande European Parliament, 1998 Jordan, 2006 (29,30)	Community trusts au niveau local	Généralistes libéraux	Inscription auprès du GP de sa zone géographique.	Capitation, au forfait et à l'acte	Les contrats avec les professionnels de santé sont négociés localement.

Le recours à l'hôpital en Europe

Tableau 9 (suite). Modalités d'organisation des soins primaires					
Pays	Échelon de responsabilité	Types de médecins ou d'organisation en charge des soins primaires/statut	Choix du médecin ou du centre de santé	Système de rémunération	Remarques
Italie Donatini, 2001 Giannoni, 2006 (14,31).	Unités de soins locales.	Généralistes libéraux, Pédiatres libéraux Les soins spécialisés sont fournis par des unités de soins locales ou par des services publics ou privés, contrats avec les unités de soins locales.	Les patients s'inscrivent sur la liste du praticien de leur choix.	Contrats avec les unités de soins locales Capitation	Une fois autorisés par le GP, les patients peuvent choisir l'unité de soins spécialisée de leur choix. Les listes d'attente sont longues et le copaiement élevé et donc une partie importante des personnes se fait soigner à l'extérieur du NHS en souscrivant une assurance privée.
Norvège Johnsen, 2006 (19)	431 municipalités	Généralistes libéraux en cabinets de groupes de 2 à 6 médecins.	Les patients s'inscrivent sur la liste du praticien de leur choix dans la municipalité.	Capitation (30 %) versée par la municipalité, paiement à l'acte par l'État (70 %) et copaiement du patient.	Depuis 2001, possibilité de consulter un autre médecin que le GPs (pas plus de deux fois par an), notamment pour avoir un 2 ^e avis. Les personnes qui ne sont pas inscrites chez un généraliste doivent payer plus cher la consultation.
Pays-Bas Den Exter, 2004 (13)	Caisses d'assurance-maladie	Généralistes libéraux (médecin de famille) en pratique individuelle.	Les patients s'inscrivent auprès du GP de leur choix. Quelques cabinets de groupe (HGROs) et centres de santé.	Capitation	
Portugal Bentes, 2004 (32)	Centres de santé sous la tutelle des Administrations régionales de santé.	Généralistes salariés Psychiatrie, Dermatologie, Pédiatrie, Gynécologie-Obstétrique Chirurgie	Les patients s'inscrivent sur la liste d'un médecin généraliste de leur zone géographique ; changement aussi souvent que désiré.	Salariés	Certains médecins augmentent leur revenu en ayant une activité privée. Les patients peuvent changer de médecin en motivant leur choix auprès des autorités régionales.
Suède Glenngard, 2005 (17)	1 100 centres de santé locaux publics (quelques-uns sont privés)	Généralistes salariés Gynécologues	Les patients s'inscrivent dans le centre de santé local de leur choix.	Salariés	La médecine générale est une spécialité médicale.

Pays	Échelon de responsabilité	Types de médecins ou d'organisation en charge des soins primaires/statut	Choix du médecin ou du centre de santé	Système de rémunération	Remarques
Suisse WHO, 2000 (16)	Assurances maladie	Généralistes libéraux Spécialistes	Libre	Paiement à l'acte	La plupart des individus ont un médecin de famille. Certains individus, en fonction de leur assurance, ont accès à un nombre limité d'offreurs avec une organisation du type HMO* qui emploie des généralistes et des spécialistes en médecine interne, ainsi que des infirmières et des kinésithérapeutes. Les médecins des HMO adressent les patients vers les spécialistes et l'hôpital, mais les patients ont le libre choix pour ces seconds recours. Le recours aux soins primaires est élevé en Suisse comparativement aux autres pays. Cela est lié au paiement à l'acte, au nombre relativement limité d'infirmières, au libre choix du médecin.

* *Health Maintenance Organizations* : assurances santé possédant des structures de soins ou passant des contrats avec différents producteurs.

► Centres de santé

Les centres de santé ont la particularité de proposer dans un même lieu les services de médecins généralistes (et parfois de spécialistes) associés à des professionnels paramédicaux mais également parfois à des équipements techniques (lits, actes de laboratoire, radiologie). Il en existe dans tous les pays mais il n'est pas le mode principal d'organisation. Six pays européens ont organisé leurs soins primaires sur le modèle des centres de santé (Grande-Bretagne, Suède, Portugal, Espagne, Finlande, Grèce). Le mode de fonctionnement et l'étendue des compétences sont très variables d'un pays à l'autre.

Grande-Bretagne

C'est dans ce pays que le niveau de responsabilité des soins primaires est le plus fort, puisqu'il s'accompagne d'une enveloppe financière permettant de financer les autres niveaux de recours, et notamment l'hôpital (2,33). Pour ce faire un nouvel échelon régional des *National Health Services* a été créé en 2000. Il s'agit des groupements de soins primaires (*Primary Care Trusts* qui sont 300 environ sur le territoire), qui associent des médecins généralistes (environ une cinquantaine), des infirmières, des représentants de services sociaux, des représentants de patients. Ils assurent les soins sur place et les visites à domicile. Il existe aussi des cabinets de médecine générale (*General medical services*). Les patients sont libres de choisir leur PCT.

Les PCT sont indépendants et reçoivent une enveloppe annuelle qui dépend de critères de capitation (âge, sexe, morbidité) mais aussi du coût local du travail et du capital, et des services fournis à la population. Ils doivent assurer les soins de premier recours et acheter les autres soins auprès de prestataires, notamment l'hôpital. Les PCT se sont regroupés, passant d'une couverture de 150 000 à 500 000 personnes environ, ce qui leur permet de déléguer les fonctions d'achat de soins à des cabinets extérieurs (*practice based commissioning*).

Les médecins sont soit salariés du PCT (1/3 d'entre eux) soit indépendants (2/3) avec une rémunération à la capitation. Les PCT ont tendance à vouloir développer des services de soins qui sont généralement assurés par le niveau de soins secondaires (hôpitaux) (2). Depuis Avril 2005, les PCT prévoient des budgets qui permettent de rémunérer les professionnels de santé qui développent des initiatives permettant d'améliorer la fourniture de soins, notamment pour la fourniture de soins spécialisés dans le cadre des soins primaires (2).

Suède

Les soins primaires sont assurés par des centres de santé locaux (17) (1 100 unités en 2003) qui doivent accueillir tous les patients sans distinction. Ces centres de santé emploient des médecins généralistes, des infirmières, des gynécologues et des kinésithérapeutes.

La plupart du temps le premier contact avec le système de soins se fait par les infirmières. Ce sont elles qui décident si le patient doit voir un généraliste ou être orienté vers l'hôpital. Elles assurent également les soins à domicile, en particulier pour les personnes âgées.

Chaque comté est autonome et décide de la manière dont il souhaite organiser ses soins primaires. La majorité des centres de santé locaux sont publics, mais, dans certaines villes, ils sont privés. Le nombre de contact avec les centres de santé reste toutefois relativement faible, car en Suède il existe une tendance de la population à privilégier les soins hospitaliers. Par conséquent de nombreux patients contournent les centres de santé et se rendent directement à l'hôpital. Ce phénomène est renforcé par le fait que les médecins généralistes manquent dans certaines régions.

Portugal

Les centres de santé sont à la fois des services publics et privés (32). Les centres publics emploient des médecins et des infirmières ; il y a une moyenne de 80 professionnels de santé par centre. Certains centres fournissent un nombre limité de soins spécialisés (en psychiatrie, dermatologie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et chirurgie).

Ils sont directement gérés et administrés par les administrations régionales de santé financées par le ministère de la Santé. Les centres de santé sont jugés inefficients et mal coordonnés avec l'hôpital (34).

Espagne

Les soins primaires sont organisés au niveau régional. Il n'y a pas d'instance nationale chargée de planifier l'offre.

Depuis 1984, les soins primaires sont organisés dans des centres PHC (*Primary Health Centres*) qui comprennent des équipes multidisciplinaires. Les médecins en exercice isolé ne sont présents que dans les petites villes et pour la médecine privée (15). Ces centres sont pour la plupart publics. Ils assurent les soins de médecine générale, les services diagnostiques, la petite chirurgie, les soins obstétricaux et périnataux, la prescription pharmaceutique, les visites à domicile, le service d'ambulance, les soins infirmiers pour les maladies aiguës et chroniques, les soins palliatifs, et certains soins pour les malades psychiatriques.

Ces centres jouent un rôle d'orientation vers les services spécialisés (sauf pour dentistes, ophtalmologues et obstétriciens) et sont responsables du suivi des patients.

Le nombre de GP en Espagne est plus faible (0,7 pour 1 000 habitants en 2004 contre 1,7 en France) que les standards de l'UE ; ils sont payés à la capitation et à l'acte. La charge de travail des GP semble être plus lourde que dans les autres pays et ils ont des temps de consultation plus courts. Cela est lié à une insuffisance de médecin et à une bureaucratisation excessive, ce qui conduit les médecins à pratiquer des consultations éclair en recevant jusqu'à 50 patients par heure (3).

Finlande

Depuis 1972, la plupart des soins primaires sont assurés par des centres de santé : 270 unités et 24 millions de visites en 2004 dont 9,2 à un médecin (23) qui peuvent être localisés à plusieurs endroits (exemple PMI et médecine scolaire). Ils sont sous la responsabilité des municipalités.

Les patients doivent aller dans le centre de santé de leur zone géographique et n'ont pas le choix du médecin (médecin de garde ce jour-là). Le médecin du centre de santé est un gatekeeper pour l'accès à l'hôpital (que ce soit pour les consultations externes ou l'hospitalisation) ; l'adressage vers l'hôpital représente environ 5 % du total des consultations dans les centres de santé (28).

Les soins offerts par ces centres de santé sont à la fois des soins ambulatoires et des soins avec hébergement, ainsi que des soins de prévention. Le choix des soins est à la discrétion des municipalités. Ces centres sont bien équipés (radiologie, laboratoires, petite chirurgie, endoscopie, électrocardiogrammes, ultrasons).

Les professionnels qui exercent dans ces centres sont les médecins généralistes, parfois quelques spécialistes (qui viennent de l'hôpital quelques jours par semaine), des infirmières, des sages-femmes, des dentistes, des kinésithérapeutes, des travailleurs sociaux et des psychologues.

En ce qui concerne l'hébergement, ces structures comprennent de 30 à 60 lits. La majorité des patients hébergés sont des malades chroniques ou des personnes âgées, mais le centre fournit aussi des soins pour les pathologies aiguës et la réadaptation (28).

Le recours aux médecins des centres de santé est plus faible que dans les autres pays d'Europe car les consultations de « *check-up* » sont peu développées (28). De plus le rôle des infirmières est très important.

Il existe aussi des médecins spécialistes ou généralistes qui travaillent en exercice privé libéral. Les prestations, plus coûteuses pour les malades, y sont aussi plus rapides et parfois plus conformes à leurs attentes (25). En 2002, un tiers des consultations de spécialistes en ambulatoire était réalisé dans le secteur privé (23). La médecine privée est parfois le fait de médecins de centres de santé qui ont une pratique libérale à temps partiel (environ un tiers des médecins de centres de santé).

Grèce

Il existe en Grèce 17 systèmes régionaux de santé (35). Les soins primaires sont principalement financés par l'assurance-maladie (*Institute for Social Insurance*, IKA, qui couvre environ 50 % de la population) et assurés par les départements de soins externes des hôpitaux (200 cliniques et polycliniques), par les médecins privés et par des centres de santé (176 centres de santé ruraux en 1998) (29). Il existe également des centres de diagnostic qui se sont fortement développés (200 en 1998) ; ils sont bien équipés et ont été développés en réaction à l'accroissement des services hospitaliers privés.

L'accès aux soins externes des hôpitaux est universel. Le rôle des autorités locales dans la fourniture de soins primaires est très limité.

Dans ce pays, le niveau d'offre de soins est relativement faible et il existe des problèmes de qualité des soins primaires avec insuffisance de médecins généralistes ce qui est dommageable pour la continuité des soins (3). Depuis 1983, des centres de santé fonctionnent en zone rurale et périurbaine, mais aucun centre de santé n'a été créé en zone urbaine (35). Les patients ont donc continué à se tourner massivement vers les hôpitaux, d'autant plus que les patients ont le libre accès aux services hospitaliers.

Conclusion

Les pays s'étant structurés en centres de santé pour organiser leurs soins primaires le font tous sur une base multidisciplinaire. Dans certains pays (Suède et Royaume-Uni) le premier contact avec un professionnel de santé est souvent réalisé par une infirmière. Afin de permettre une prise en charge rapide et de proximité, les pays à centres de santé favorisent les partenariats avec la médecine privée ou hospitalière pour assurer des consultations de spécialistes dans les centres de santé. Seule la Finlande a des lits dans ses centres de santé, ce qui en fait véritablement une structure intermédiaire entre médecine ambulatoire et hospitalisation.

► Soins primaires à domicile

Les soins à domicile comprennent l'aide à domicile (travaux ménagers, cuisine, aide administrative) et les soins infirmiers. L'aide à domicile n'est pas incluse dans les soins de santé, mais est considérée comme faisant partie des services sociaux.

En revanche, les soins infirmiers font partie des soins de santé. Ils comprennent des soins de réadaptation, de soutien, de promotion de la santé et les soins infirmiers techniques fournis aux personnes malades à leur domicile (2). Ces soins sont assurés de manière très différente d'un pays à l'autre. Ils varient en fonction du modèle organisationnel choisi.

Dans certains pays les soins infirmiers à domicile sont depuis longtemps très développés (Belgique, Danemark, Finlande, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Uni), alors que dans d'autres ils sont encore en développement (Autriche, Grèce, Italie, Luxembourg, Portugal et Espagne) (2).

On distingue également deux modèles de financement :

- un modèle dans lequel les soins ne nécessitent pas de prescription par un médecin. Les ressources des organisations qui assurent ces soins proviennent de taxes perçues au niveau local (Danemark, Irlande, Italie, Portugal et Espagne) (2) ;
- un modèle dans lequel les ressources proviennent de l'assurance-maladie, avec un système de paiement à l'acte et dans lequel une prescription médicale est nécessaire (Autriche, Belgique, France, Allemagne) (2).

Les organisations assurant ces soins sont très différentes d'un pays à l'autre et plusieurs types d'organisations existent souvent parallèlement dans un même pays. Il peut s'agir des municipalités, d'organisations caritatives, d'hôpitaux, d'associations, d'initiatives liées à des partis politiques ou encore d'infirmières indépendantes.

La qualification des infirmières se scinde en deux niveaux : une compétence de base surtout spécialisée dans les soins d'hygiène ou des actes infirmiers simples, ou une compétence sur des soins techniques et complexes.

L'analyse détaillée de l'organisation des soins primaires à domicile sort du champ de ce rapport. Pour une analyse complète, on pourra se référer à l'ouvrage « *Home Care in Europe* » (36).

2.1.2 Orientation des patients

Le Tableau 10 présente la manière dont les différents pays envisagent la trajectoire de soins des patients, hors soins d'urgence, et comment se détermine le choix de l'hôpital.

Plusieurs pays recommandent une orientation partielle (Allemagne, Autriche, Portugal, Suisse, France, Belgique, Finlande, Espagne) ou tentent d'imposer une orientation totale (Danemark, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pays-Bas) par le médecin généraliste. Dans ce cas, cela signifie que hors urgence, pour un épisode morbide, il est obligatoire de réaliser son premier recours auprès de son médecin généraliste ou dans un centre de santé (les patients peuvent parfois être reçus par une infirmière).

Pour assurer le respect de cette procédure, la Belgique, l'Autriche et la Norvège ont instauré un mécanisme de copaiement en cas de recours à l'hôpital pour des soins non urgents. D'autres pays (Grande-Bretagne, Espagne, Pays-Bas) demandent aux praticiens hospitaliers de ne prendre en charge hors urgence que les patients adressés par leur GP. En pratique, ce système s'avère difficile à respecter car une fois le patient à l'hôpital, il est quasi impossible d'évaluer le degré d'urgence que son problème médical présente, sans assurer ensuite sa prise en charge.

Dans certains pays, la qualité et la rapidité des services de soins primaires est directement remise en cause par la population, ce qui conduit les patients à développer des stratégies de contournement de l'orientation. Celui-ci se fait par un recours à la médecine privée ou par un accès direct aux services d'urgence des hôpitaux (Portugal et Grèce).

Une fois orienté, le patient a généralement le choix de l'hôpital (à l'exception de la Finlande) et on note une tendance, dans les pays qui le limitait, à un accroissement de ce choix, parfois même en dehors du pays concerné (37). Ainsi le Royaume-Uni a étendu ce choix, dès la fin des années quatre-vingt, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge. Le choix de l'hôpital a coïncidé avec l'introduction d'une politique de « marché interne » destinée à favoriser la concurrence entre les établissements de soins. Avant l'introduction de cette politique, les GPs envoyaient leurs patients dans les hôpitaux les plus proches. Depuis 2005, les patients doivent se voir proposer une liste d'au moins 5 hôpitaux. Aujourd'hui, en Grande-Bretagne, le choix par le patient est surtout destiné à limiter les listes d'attente et à maximiser le taux d'utilisation des capacités, tout comme au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas (voir partie 2.2.3 sur les listes d'attente).

Tableau 10. Principes de l'orientation vers l'hôpital				
Pays	Trajectoire à partir du premier recours	Orientation (hors urgence)	Choix de l'hôpital	Remarques
Allemagne Busse, 2004 (11)	Généraliste ou spécialiste puis orientation si nécessaire vers l'hôpital.	Partielle	Les patients peuvent choisir l'hôpital vers lequel ils souhaitent être adressés, mais ils suivent généralement les conseils de leur médecin.	Les hôpitaux ne font pas de consultations externes de premier recours, sauf les hôpitaux universitaires et depuis 2004 pour les soins spécialisés et récurrents. Sauf en cas d'urgence les malades doivent être adressés à l'hôpital par un médecin, mais la définition de l'urgence semble large (contournement de la trajectoire).
Autriche Hofmarcher, 2007 (18)	Les médecins qui ont un contrat avec les caisses d'assurance-maladie assurent une orientation pour consultation des spécialistes et hospitalisation.	Partielle	Les patients peuvent se rendre directement dans les services de soins externes de l'hôpital de leur choix, sans référencement.	En 2001, le gouvernement a introduit un copaiement pour les consultations externes hospitalières, afin de rediriger le flux de patients vers les soins primaires, cela a été abandonné en 2003.
Belgique Corens, 2007 (12)	Il n'y a pas de référencement, ni de distinction entre soins, primaires, secondaires et tertiaires en Belgique.	Partielle	Les patients peuvent s'adresser à l'hôpital de leur choix et les hôpitaux publics doivent admettre tous les patients.	Afin de limiter le recours aux hôpitaux pour des problèmes de santé non urgents, un système de rémunération forfaitaire (indépendant du nombre de patients vus) a été instauré pour les généralistes qui assurent des gardes de 24 heures le week-end. Les hôpitaux peuvent faire payer un copaiement aux patients qui s'adressent directement aux services d'urgence.

Tableau 10 (suite). Principes de l'orientation vers l'hôpital

Le recours à l'hôpital en Europe

Pays	Trajectoire à partir du premier recours	Orientation (hors urgence)	Choix de l'hôpital	Remarques
Danemark Vallgarda 2001 (10)	GP puis, si nécessaire, orientation vers hôpital. Les ORL et ophtalmologistes (libéraux) peuvent être consultés directement.	Totale	Depuis 1993, une fois adressés par le GP ou le spécialiste, les patients peuvent choisir n'importe quel hôpital sur le territoire. Cependant les GP jouent un rôle important d'orientation vers l'hôpital approprié.	Certains hôpitaux fournissent également des soins ambulatoires, mais certains comtés ont restreint ces services et les hôpitaux ne peuvent accueillir que les personnes adressées par un médecin ou en urgence. Il existe des listes d'attente pour la chirurgie (38) Danemark (25,39). Les patients qui ne peuvent être traités dans leur département dans les deux mois peuvent s'adresser au secteur privé, voire, éventuellement, se faire soigner à l'étranger, tout en restant pris en charge par le département. Des conventions ont d'ailleurs été passées avec plusieurs pays à cet effet, dont l'Allemagne.
Espagne Duran, 2006 (15)	Centres de santé (GP, petite chirurgie, obstétrique, soins dentaires) orientent si nécessaire vers l'hôpital.	Partielle car contournée	L'accès aux hôpitaux généraux (très spécialisés) n'est possible que si le patient a été adressé par un centre de santé spécialisé ou par un hôpital de province.	Le fonctionnement de la médecine de ville n'est pas satisfaisant (bureaucratie et liste d'attente). Une part croissante des patients va à l'hôpital directement, sans être adressé par un médecin (30 % seulement de patients s'adressant à l'hôpital avaient un adressage, et 21,5 % en 2004). D'après les patients, l'hôpital résout plus rapidement et est mieux équipé que les centres PHC.
Finlande Jarvelin, 2002 (28)	Le médecin du centre de santé oriente si nécessaire vers les soins spécialisés de l'hôpital.	Partielle car contournée	Les patients ne peuvent pas choisir leur hôpital du fait des distances, et parce que les centres de santé ont des listes d'hôpitaux où ils doivent adresser les patients en fonction des symptômes, y compris pour les consultations externes.	Les services spécialisés fournis par les hôpitaux en consultations externes sont insuffisants par rapport à la demande ce qui génère des files d'attente (40). Les patients s'adressent souvent directement aux hôpitaux, <i>via</i> les services d'urgence (40).
France	Généraliste ou spécialiste puis orientation si nécessaire vers l'hôpital.	Partielle	Libre	Pas d'orientation formelle. Nombre important de consultations externes et de recours aux services d'urgence hospitaliers

Tableau 10 (fin). Principes de l'orientation vers l'hôpital

Le recours à l'hôpital en Europe

Pays	Trajectoire à partir du premier recours	Orientation (hors urgence)	Choix de l'hôpital	Remarques
Grande-Bretagne	GP puis accès si nécessaire orientation vers l'hôpital.	Totale	Les patients sont envoyés vers l'hôpital avec lequel le PCT a passé un contrat.	Les GPs sont encouragés à faire le plus de soins possibles eux-mêmes et découragés d'envoyer leurs patients vers l'hôpital.
Italie Donatini, 2001 (14)	GP (sauf cas d'urgence) puis si nécessaire orientation vers hôpital.	Totale	Les patients choisissent l'hôpital de leur choix, que ce soit dans ou à l'extérieur de leur unité de soins locale.	Les régions du Nord attirent plus de migrations interrégionales que les régions du Sud. La productivité hospitalière est jugée plus faible que dans les autres pays d'Europe.
Norvège Tjerbo, 2005 Johnsen, 2006 (19,41)	GP puis, si nécessaire, orientation vers un spécialiste ou l'hôpital public de la région Si le patient consulte directement le spécialiste, il devra payer une participation plus élevée.	Totale	Une fois adressé, le Patient a théoriquement accès à n'importe quel hôpital.	Il y a des listes d'attente de plusieurs mois pour certaines interventions chirurgicales. Le GP aidera le patient à trouver l'hôpital qui a le moins de liste d'attente. Il existe des hôpitaux privés, mais le patient doit alors payer les soins.
Pays-Bas Den Exter, 2004 Wieringa, 1997 (13)).	GP puis accès si nécessaire vers un spécialiste ou l'hôpital	Totale	Une fois adressé, le patient a accès à n'importe quel hôpital.	Excepté en cas d'urgence, les patients ne sont pas autorisés à accéder directement à l'hôpital.
Portugal Bentes, 2004 (32)	Les centres de santé agissent comme des gate-keepers vers les soins secondaires. Le secteur privé ambulatoire se positionne surtout sur les tests de diagnostic, la radiologie, la dialyse. Les prestataires privés passent des contrats avec les autorités de santé, sur la base d'appel d'offres.	Partielle Depuis 1999 les patients qui ont une lettre de leur médecin passent en priorité, de manière à limiter le recours direct à l'hôpital.	Libre	Le nombre de contact avec les centres de santé est assez faible par rapport aux autres pays européens, car de nombreux patients préfèrent aller directement à l'hôpital ou dans le secteur privé où les soins sont disponibles en quelques heures et mieux équipés. La demande est donc très importante dans les services hospitaliers d'urgence (25 % des prises en charge en urgence ne correspondraient pas réellement à des urgences médicales).

Tableau 10 (fin). Principes de l'orientation vers l'hôpital

Pays	Trajectoire à partir du premier	Orientation	Choix de l'hôpital	Remarques
------	---------------------------------	-------------	--------------------	-----------

Le recours à l'hôpital en Europe

	recours	(hors urgence)		
Suède Thomson, 2006 Glenngard 2005 (37)	Les centres de santé agissent comme des gate-keepers vers les soins secondaires.	Partielle car contournement.	Une fois adressé, le patient a accès à n'importe quel hôpital.	De nombreux patients contournent les soins primaires et vont directement à l'hôpital. Depuis 2005, le patient ne doit pas attendre plus de trois mois pour avoir un rendez-vous de spécialiste. Passé ce délai, ils peuvent choisir le prestataire de leur choix, sans pénalité financière.
Suisse	Pas de trajectoire formelle	Non	Le patient a accès à n'importe quel hôpital.	

Conclusion

Il existe deux modèles d'organisation des soins primaires en Europe :

- le premier repose sur une délégation de la responsabilité de l'organisation au niveau local (municipalités ou comtés), sur des médecins de soins primaires principalement ou exclusivement généralistes, sur un mode de rémunération à la capitation ou au forfait, et sur un fort système d'orientation, encadrant l'accès aux spécialistes et/ou à l'hôpital. Ce modèle concerne le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède ;
- le second repose sur un système de libre accès aux spécialistes et aux généralistes avec un niveau de responsabilité qui est celui de l'assurance-maladie, un mode de rémunération principalement à l'acte. Il s'accompagne d'un libre accès aux consultations externes des hôpitaux, ainsi qu'à une utilisation forte des services d'urgence comme recours aux soins primaires, notamment en dehors des heures ouvrables. Ce modèle concerne l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France et la Suisse.

Alors que les pays ayant un libre choix, introduisent progressivement des formes d'orientation, sur la base du volontariat et avec des incitations financières pour les patients qui le choisissent ou des sanctions financières pour ceux qui ne le choisissent pas (2), les pays ayant un système d'orientation rigide ont tendance à l'assouplir, notamment pour la prise en charge des malades chroniques (2,37). L'observatoire européen sur les politiques et les systèmes de santé (2) signale toutefois un paradoxe, puisque dans les systèmes qui ont voulu rendre l'échelon des soins primaires puissant, notamment par la mise en place d'un fort système d'orientation, ce niveau de soins reste relativement faible et peu attractif. Il est alors régulièrement contourné, soit en allant voir la médecine privée, soit en se rendant directement aux urgences hospitalières.

2.2 Fonctionnement de l'hôpital

2.2.1 Compétences et gouvernance

Le tableau 10 présente la structuration de l'offre hospitalière par pays, ainsi que le niveau de gouvernance et les modalités d'allocation des ressources.

Tableau 11. Statut et gouvernance des hôpitaux en Europe				
Pays et sources	Nombre et statut des hôpitaux	Catégories d'hôpitaux publics de soins aigus	Niveau de gouvernance	Modalités d'allocation des ressources
Allemagne Busse, 2004 (11)	En 2002, 2221 dont 712 publics (54 % de lits), 758 PNP*** (38 % des lits) 428 PFP (8 % de lits)	2 catégories - hôpitaux généraux (1898) - hôpitaux psychiatriques [274]	Ministères de la Santé ou de la science des Länder (provinces). La gestion des hôpitaux publics peut se faire dans le cadre de structures de droit public ou de droit privé.	Besoins de la population, performance (DRG) mais il existe de fortes différences dans les critères utilisés par Länder ; les décisions sont prises à un niveau politico-administratif.
Autriche Hofmarcher, 2007 (18)	En 2003, 272 dont 51 % publics 16,1 % PNP 17 % PFP	5 catégories - hôpitaux généraux [116] dont 3 universitaires - hôpitaux spécialisés [94] - maisons de convalescence [3] - maisons de soins de long terme pour malades chroniques [15] - sanatoriums [34]	La propriété des hôpitaux revient aux autorités régionales c'est-à-dire des Länder (provinces). Des compagnies privées gèrent les hôpitaux publics et une partie des hôpitaux privés sans but lucratif (dont les propriétaires sont pour la majorité des congrégations religieuses).	Performance (DRG)
Belgique Corens, 2007 (12)	En 2005, 215 151 (70 %) PNP	5 catégories - hôpitaux généraux [116] - psychiatriques [69] - hôpitaux universitaires [7] - hôpitaux spécialisés [23] - hôpitaux gériatriques [7]	Les hôpitaux sont accrédités par les autorités régionales. Les hôpitaux publics sont détenus par les centres publics d'aide sociale, les provinces, l'État ou des associations intercommunales. Les hôpitaux privés appartiennent majoritairement à des ordres religieux. Principe de l'autonomie financière.	Les soins infirmiers, l'hébergement et d'urgence sont payés par un budget prospectif sur « activité justifiée ». Les services médicaux et médicotechniques, et services paramédicaux sont remboursés par les caisses d'assurance-maladie sur la base d'un paiement à l'acte.

Tableau 11. (suite). Statut et gouvernance des hôpitaux en Europe

Pays et sources	Nombre et statut des hôpitaux	Catégories d'hôpitaux publics de soins aigus	Niveau de gouvernance	Modalités d'allocation des ressources
<p>Danemark Vallgarda, 2001 Pedersen, 2005 (10) (38).</p>	<p>En 1995, 69 Publics et 13 psychiatriques</p>	<p>3 catégories</p> <ul style="list-style-type: none"> - services de base disponibles dans tous les comtés. - fonctions régionales et nationales dans quelques établissements - hôpitaux spécialisés (13 psychiatriques) 	<p>Les hôpitaux sont détenus par les 14 comtés et par la Corporation hospitalière de Copenhague. Les hôpitaux sont publics. 1 % seulement de lits privés.</p>	<p>Budget de base complété par un financement par cas, en fonction des DRG.</p>
<p>Espagne Dexia, 2003 (3)</p>	<p>783 hôpitaux en 2003 dont 319 publics, environ 300 PNP et environ 159 PFP.</p>	<p>2 catégories</p> <ul style="list-style-type: none"> - les hôpitaux provinciaux (services hospitaliers de base) - les hôpitaux généraux 	<p>Les hôpitaux généraux sont gérés par les départements de santé des communautés autonomes. Depuis 1997, certains hôpitaux publics sont devenus autonomes.</p>	<p>Les hôpitaux publics sont financés par les communautés autonomes. Les hôpitaux privés également, lorsqu'ils sont sous contrat avec la communauté autonome. Chaque communauté choisit son mode de financement (paiement journalier, par service et plus rarement, à la pathologie).</p>
<p>Finlande Jarvelin 2002 OECD, 2005 (23,28)</p>	<p>En 2005, 60 hôpitaux publics</p>	<p>3 catégories</p> <ul style="list-style-type: none"> - hôpital universitaires [5] - hôpitaux centraux [15] - hôpitaux spécialisés [40] 	<p>Les municipalités, du fait de leur petite taille, se regroupent en fédération pour gérer l'hôpital (20 districts hospitaliers).</p>	<p>Les hôpitaux facturent les municipalités avec différentes méthodes. Il n'existe pas de guidelines. Il s'agit en général de mixte entre un paiement de budget par « lots » et d'un paiement par DRG.</p>
<p>France DREES, 2006 (42)</p>	<p>En 2004, 2890 hôpitaux, 994 publics 827 PNP 1069 PFP</p>	<p>4 catégories</p> <ul style="list-style-type: none"> - centres hospitaliers [515] - centres hospitaliers régionaux (CHR) ou CHU [29] - hôpitaux locaux [341] - spécialisés en psychiatrie [87] 	<p>Les hôpitaux publics sont des établissements publics autonomes, juridiquement et financièrement, sous la tutelle de l'État. Les hôpitaux privés sans but lucratif sont administrés par des fondations, des sociétés mutualistes ou des congrégations religieuses. Les cliniques privées sont en droit des sociétés civiles ou commerciales, ou des GIP. Elles peuvent aussi appartenir à des personnes physiques.</p>	<p>Budget global ou forfaits (hospitalisation privée) et DRG jusqu'en 2008. DRG pour tous les hôpitaux à partir de 2008.</p>

Tableau 11 (suite). Statut et gouvernance des hôpitaux en Europe				
Pays et sources	Nombre et statut des hôpitaux	Catégories d'hôpitaux publics de soins aigus	Niveau de gouvernance	Modalités d'allocation des ressources
Grande-Bretagne Dexia, 2003 (3)	En 2003, 481 trusts hospitaliers et 230 établissements privés.	4 catégories - hôpitaux communautaires [400] - hôpitaux de districts - hôpitaux régionaux ou suprarégionaux. - hôpitaux de pointe très spécialisés	Les trusts hospitaliers sont de propriété publique mais ont une gestion autonome (responsables de leur gestion et de leur investissement). Ils peuvent comprendre plusieurs établissements. Ils sont financés par les <i>Primary Care Trusts</i> pour le compte du NHS, et par les assurances privées.	Performance (DRG) depuis 2003.
Grèce Dexia, 2003 (3)	En 2003, 339 hôpitaux de soins aigus 140 hôpitaux publics 199 hôpitaux privés	4 catégories - hôpitaux généraux [177] - hôpitaux combinés [23] - hôpitaux spécialisés [139] - 13 hôpitaux militaires et 3 hôpitaux d'enseignement	Les hôpitaux publics fonctionnent comme des unités indépendantes au sein de chaque système régional de santé. Certaines caisses d'assurance possèdent et gèrent leurs propres hôpitaux.	L'État participe au financement des hôpitaux à hauteur de 70 % (paiement des salaires). En pratique, il paie tout ce qui n'est pas pris en charge par les caisses d'assurance-maladie.
Irlande Dexia, 2003 (3)	En 2003, 78 hôpitaux de soins aigus 60 hôpitaux publics et 18 hôpitaux privés.	2 catégories - hôpitaux généraux - hôpitaux spécialisés	Les <i>Health Boards</i> (administrations déconcentrées) possèdent et gèrent les <i>Health Board Hospitals</i> . Ils gèrent également certains hôpitaux privés (<i>Public Voluntary hospitals</i>).	Financement par l'État en fonction d'un budget global annuel.
Italie Dexia, 2003 (3)	En 2003, 1508 hôpitaux, 844 publics, 664 privés dont 537 sous contrat avec la région.	2 catégories - hôpitaux autonomes - 16 hôpitaux publics de recherche et 16 privés	Les plus grands hôpitaux publics sont pour la plupart, autonomes et appartiennent à la région. La plupart des hôpitaux privés sont sous contrat avec la région.	L'État finance les hôpitaux de recherche. Les hôpitaux autonomes et les hôpitaux privés sous contrat sont financés par la région (sur base DRG). Les autres hôpitaux privés sont financés par les patients (prix de journée).

Tableau 11 (fin). Statut et gouvernance des hôpitaux en Europe

Le recours à l'hôpital en Europe

Pays et sources	Nombre et statut des hôpitaux	Catégories d'hôpitaux publics de soins aigus	Niveau de gouvernance	Modalités d'allocation des ressources
Pays-Bas Dexia, 2003 Den Exter, 2004 (3) (13)	En 2003, 143 hôpitaux de soins aigus, 90 % PNP.	2 catégories - 135 hôpitaux généraux et spécialisés - 8 hôpitaux universitaires	Les hôpitaux publics sont la propriété des municipalités et des provinces. Les hôpitaux privés sont la propriété d'associations à but non lucratif et d'ordres religieux. Tous les hôpitaux ont un grand degré d'autonomie et peuvent être considérés comme des entreprises.	Les hôpitaux sont financés par les caisses d'assurance-maladie publiques et par les assureurs privés. Le financement se fait par DRG.
Portugal Dexia, 2003 (3)	En 2003, 220 hôpitaux de soins aigus. 125 publics et parapublics. 51 PNP 44 PFP	2 catégories - hôpitaux centraux - hôpitaux de district Les hôpitaux parapublics sont les hôpitaux militaires. Les hôpitaux privés sont spécialisés dans les traitements de pointe.	Les hôpitaux sont la propriété de l'État. Ils disposent d'une relative autonomie administrative et financière mais doivent suivre les directives du ministère de la Santé. Les hôpitaux publics peuvent, depuis 1990, être délégués au secteur privé <i>via</i> des contrats ; les établissements acquièrent alors le statut d'entreprise publique.	Les budgets des hôpitaux sont établis et alloués par le ministère de la Santé. Les fonds sont distribués par les régions sanitaires autonomes. 30 % financement par DRG et 70 % fondés sur activité de l'année précédente.
Suède Glennard, 2005 Dexia, 2003 (3,17)	En 2003, 68 hôpitaux de soins aigus.	3 catégories - hôpitaux de district [40] - hôpitaux centraux de comté [20] - hôpitaux régionaux [8]	Les hôpitaux centraux de comté et les hôpitaux de district sont administrés par les comtés. Les hôpitaux régionaux sont gérés par le comté où ils sont localisés. La plupart des hôpitaux publics sont la propriété des comtés.	Les hôpitaux sont financés par les comtés ou par les districts dans le cadre de la décentralisation financière opérée dans les années quatre-vingt-dix. Financement par DRG. Certains services sont toujours financés par un budget global.
Suisse OCDE, 2006 WHO, 2000 (22)	En 2003, 354 hôpitaux 220 publics ou PNP 134 PFP	3 catégories - hôpitaux généraux - hôpitaux universitaires [5] - hôpitaux spécialisés (psychiatrie et réadaptation)	Les hôpitaux publics appartiennent aux cantons, aux communes ou à des fondations. Les cantons sont responsables de la planification hospitalière (y sont inclus les hôpitaux publics et une partie des hôpitaux privés).	Subventions cantonales : tarif journalier et journée d'hospitalisation avec introduction de paiement par DRG. Grande variabilité des modes de rémunération par canton. Les hôpitaux privés ne reçoivent pas de subventions mais sont payés par les systèmes d'assurances privées. Ils peuvent être remboursés pour la fourniture de certains services par l'assurance obligatoire.

Source : Tableau élaboré en utilisant les rapports cités + en général Dexia 2003, hôpitaux des 15 pays.

*** PNP = Private non Profit = Privé sans but lucratif.

**** PFP Private For Profit = Privé à but lucratif.

Pour assurer les soins hospitaliers, les pays européens font appel à trois types de structures : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés sans but lucratif et les hôpitaux privés à but lucratif. Seuls quelques pays fondent la quasi-totalité de leur offre hospitalière sur les hôpitaux publics (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) ou sur une majorité de structures privées généralement sans but lucratif (Belgique, Pays-Bas). La plupart s'appuient à la fois sur le secteur public et un important secteur privé.

Le plus souvent, il s'agit de structures de petite taille, et le nombre de lits est généralement plus important dans le secteur public que dans le secteur privé. Par ailleurs les structures privées sont, dans la plupart des pays de l'Union, majoritairement des hôpitaux sans but lucratif (sauf en Autriche et en France) (3). Dans certains pays, une partie des établissements privés ne fournit des soins qu'aux patients privés. Ainsi, en Allemagne (11) le secteur privé a deux segments différents : les hôpitaux privés qui ont contracté avec les sickness funds et qui fournissent des soins financés publiquement et les hôpitaux qui n'accueillent que des patients privés. La plupart des hôpitaux privés appartiennent cependant au premier groupe.

La tutelle, voire la propriété des hôpitaux publics, revient essentiellement aux institutions décentralisées. Ces dernières se situent à différents niveaux. Il s'agit des provinces (Länder) en Allemagne, en Autriche, aux Pays-Bas et pour une partie des établissements en Belgique. Ce sont les comtés qui assurent cette fonction au Danemark et en Suède, et les municipalités en Finlande et aux Pays-Bas. Il s'agit des communautés autonomes en Espagne, de la région en Italie et en Grèce, et du Canton en Suisse. Dans tous les pays, l'État reste en général le régulateur final de l'activité hospitalière en s'assurant de la fourniture d'un certain niveau de soins et de la couverture de la population. Il assure, le cas échéant, les péréquations permettant de respecter un certain équilibre entre régions pauvres et régions riches. Il reste également le plus souvent responsable de la formation du personnel médical hospitalier (3).

Pour autant, seules la France, l'Irlande et la Norvège ont opté pour un système hospitalier sous la tutelle directe de l'État *via* des institutions déconcentrées :

- en Irlande, le ministère de la Santé donne les orientations et fixe la politique hospitalière. Les dix *Health Boards* (administrations déconcentrées et couvrant l'ensemble du territoire irlandais), sont responsables de la fourniture des services de santé (3) ;
- ce mode d'organisation date de la réforme (19) de 2002 en Norvège. À présent, les hôpitaux relèvent de la responsabilité du gouvernement et non plus du comté (*county councils*). La gestion par le pouvoir politique local était jugée trop bureaucratique et réalisée par des personnes connaissant mal le secteur de la santé. Les hôpitaux demeurent cependant autonomes et avec un fonctionnement décentralisé qui est indépendant du pouvoir politique. La responsabilité dans la gestion et le financement des hôpitaux incombe aux 5 régions sanitaires (*Regional health entreprise*). Les hôpitaux appartiennent à une entité appelée Entreprise de Santé (*Local Health entreprise*) ; il y en a une trentaine sur le territoire qui sont des entités juridiquement séparées de l'administration. Les hôpitaux sont des « local hospital trusts » et leur nombre a été réduit, passant de 43 en 2002 à 31 fin 2003 ;
- en France, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) instituées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, définissent et mettent en œuvre la politique régionale de l'offre de soins à travers les Schémas Régionaux d'Offre Sanitaire (SROS) et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements.

De nouveaux statuts apparaissent dans de nombreux pays de l'Union, favorisant une autonomie de gestion des établissements de santé plus ou moins étendue (Belgique, Espagne, France, Grèce, Portugal, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Pays-Bas, Portugal). Par ailleurs, dans certains pays, des compagnies privées sont autorisées à gérer les établissements publics (Allemagne, Autriche, Portugal). La plupart des pays introduisent progressivement une part de paiement prospectif à la pathologie, mais cette modalité d'allocation des ressources est parfois encore souvent combinée avec un budget global (Danemark, Belgique, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Norvège, Portugal, Suède) et un paiement à l'acte (Belgique, Espagne, France, Italie

Suisse). Par ailleurs il existe souvent des différences dans les modalités d'allocation en fonction des régions, districts ou comtés (Allemagne, Espagne, Finlande).

2.2.2 Catégories et hiérarchisation

La classification des différentes catégories d'hôpitaux n'est pas homogène. On trouve schématiquement deux nomenclatures.

Une première est « fonctionnelle » et distingue les hôpitaux généraux, des hôpitaux spécialisés (souvent en psychiatrie, oncologie, réadaptation, mais également en chirurgie) et universitaires (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Suisse). Dans ce cadre, les hôpitaux universitaires assurent les soins hautement spécialisés, ont une envergure nationale ou régionale et assurent le plus souvent une fonction d'enseignement et de recherche.

La deuxième est plus « géographique ». Elle distingue les hôpitaux locaux (ou ruraux ou communautaires ou provinciaux), les hôpitaux de districts ou de comtés, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux nationaux ou universitaires (Danemark, Grande-Bretagne, Portugal, Suède) :

- les hôpitaux locaux sont de petits établissements de premier recours, de cinquante lits ou moins, qui fournissent des diagnostics de base, de la petite chirurgie et des soins infirmiers (voir partie 3.3.2 sur les hôpitaux locaux). La tendance est à la fermeture de ces établissements ou à leur reconversion vers des établissements de réadaptation ou de soins de longue durée, en direction des personnes âgées (3) ;
- les hôpitaux de district dispensent des soins plus complexes ne pouvant pas être effectués par les services de santé primaires ou les spécialistes en ville. Leur taille varie de 200 à 600 lits, et ils assurent habituellement les soins en chirurgie, en médecine, en obstétrique et en pédiatrie (3) ;
- les hôpitaux nationaux ou universitaires se définissent comme des établissements tertiaires recevant des patients adressés par les hôpitaux de second recours. Ce sont des hôpitaux nationaux ou régionaux. Ils ont une activité d'enseignement et de recherche. Cela peut être des hôpitaux généraux ou des hôpitaux spécialisés. Ils sont technologiquement hautement spécialisés (oncologie avancée, chirurgie cardiaque, greffes, neurochirurgie...). Leur répartition sur le territoire dépend de la prévalence des maladies traitées.

Certains pays combinent, dans une certaine mesure, ces deux classifications (Danemark avec les hôpitaux spécialisés, France avec les hôpitaux locaux). D'autres ne s'organisent que sur un ou deux niveaux (Irlande, Italie, Norvège, Irlande, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Allemagne).

La distinction entre niveau secondaire et tertiaire n'est pas toujours très facile à faire. Elle a tendance à se renforcer dans les pays européens les plus développés. Pour autant, les hôpitaux tertiaires soignent souvent des patients résidant à proximité de l'établissement, et par ailleurs la simplification et la miniaturisation des technologies rendent de plus en plus accessibles ces services aux hôpitaux de second recours. L'information concernant les hôpitaux de 3^e recours est lacunaire dans la littérature. Dans les rapports par pays de l'Observatoire européen sur les politiques et les systèmes de santé, cet item n'a été complété que par quelques pays seulement (cf. tableau 11). Très peu de pays ont des hôpitaux de 3^e recours exclusivement. Ils jouent en effet pratiquement toujours le rôle de second recours pour la population locale et ont une fonction d'enseignement et de recherche. L'État est souvent directement impliqué dans l'ouverture et la fermeture des hôpitaux de 3^e niveau (19) alors que pour les établissements de niveau inférieur, ils ont délégué la responsabilité aux municipalités ou aux autorités régionales.

Tableau 12. Organisation et accès aux établissements de 3^e niveau en Europe

Pays	Modalité d'organisation et accès au troisième niveau
Espagne Duran, 2006 (15)	Les hôpitaux plus grands, localisés dans les capitales de province, offrent des soins plus spécialisés et constituent donc le niveau tertiaire. La plupart de ces hôpitaux sont universitaires
Finlande Jarvelin, 2002 (28)	Il y a 5 hôpitaux universitaires
Grande-Bretagne WHO, 1999 (21)	Il existe quelques hôpitaux de 3 ^e niveau qui proposent, en plus des soins de second niveau des soins très spécialisés, notamment en neurochirurgie, en transplantation cardiaque et hépatique, en services de soins pour l'insuffisance rénale ainsi que pour le traitement des cancers. Ce sont en général des hôpitaux universitaires au niveau régional ou suprarégional. Les patients sont adressés par les spécialistes hospitaliers des hôpitaux de niveau secondaire
France DREES, 2006 (42)	Les 29 CHU-CHR jouent le rôle de 3 ^e niveau mais servent aussi de recours de 2 ^e niveau pour la population locale
Italie Donatini, 2001 (14)	Depuis 1994 les hôpitaux hautement spécialisés qui dépendaient de l'État ont acquis leur autonomie et sont devenus des hospital trusts (statut de société avec une personnalité juridique propre). Il y a des hôpitaux de recherche financés spécifiquement
Norvège Johnsen, 2006 (19)	Chaque région a au moins un hôpital universitaire. En 2003, il y avait 32 services de 3 ^e niveau sur le territoire. Les hôpitaux ont aussi une mission de recherche et d'innovation. Certains soins de 3 ^e niveau ne sont fournis que dans une seule région. L'accès aux soins de 3 ^e niveau semble assez inégalitaire au niveau régional. Les personnes qui vivent près d'un service de 3 ^e niveau sont surreprésentées
Portugal Bentes, 2004 (32)	Les hôpitaux centraux fournissent des soins hautement spécialisés
Suède Glenngard, 2005 (17)	Pour les soins très spécialisés, la Suède dispose d'un ou deux hôpitaux régionaux par région (8 unités au total). Lorsque les hôpitaux de région traitent des patients venant d'une autre région, le comté d'habitation du patient rembourse le comté où ont eu lieu les soins
Suisse WHO, 2000 (16)	Les soins tertiaires sont fournis par les hôpitaux universitaires ou de larges hôpitaux de canton et dans certains cantons, par des cliniques privées qui ne reçoivent pas de subventions. Cela conduit à une offre surnuméraire en soins très spécialisés et de haute technicité.

2.2.3 Modalités d'organisation par type d'activité

► Soins d'urgence

La population européenne bénéficie d'un accès universel aux soins hospitaliers. Par la voie des urgences, les soins sont fournis immédiatement et gratuitement. La participation aux frais est plafonnée et des exonérations existent pour les pathologies graves, les traitements coûteux et les populations défavorisées (3).

Beaucoup de pays ont du mal à faire la part entre les urgences réelles et les consultations qui résultent d'un contournement des structures de soins primaires, soit parce qu'elles sont jugées inefficaces, soit parce qu'elles n'assurent pas la permanence des soins (voir partie 3.2 sur la permanence des soins).

Le tri des urgences se définit comme une opération visant à classer les patients par ordre de priorité pour recevoir des soins (43). Lorsqu'il existe, ce tri est effectué soit par des infirmières habilitées (Suède, Grande-Bretagne (43)) soit par des médecins.

Au Danemark (10,44), l'accès aux soins hospitaliers d'urgence est restreint dans certains comtés aux cas adressés par les GP ou transportés par les services médicaux d'urgence.

Les données présentes dans les documents exploités ne permettent pas de faire une revue systématique de l'organisation des services d'urgence en Europe. Une étude approfondie serait nécessaire.

► Consultations externes

On entend ici les consultations qui sont pratiquées par des médecins spécialistes ou généralistes, dans les locaux de l'hôpital, et indépendamment d'une hospitalisation planifiée. Les données de la littérature exploitée y font très peu référence et les informations présentes dans les bases de données statistiques ne permettent pas d'en quantifier réellement l'importance. Elles existent dans tous les pays, mais ne remplissent pas les mêmes fonctions.

Elles constituent le mode d'accès au spécialiste dans les pays où ceux-ci exercent uniquement à l'hôpital (Finlande, Grande-Bretagne, Irlande, Norvège, Suède).

En revanche, les hôpitaux allemands (11) se sont traditionnellement concentrés sur les soins avec hébergement. Les soins ambulatoires fournis sont limités aux soins d'urgence. Seuls les hôpitaux universitaires possèdent des consultations externes. Historiquement (3) les corporations de médecins avaient le monopole des soins ambulatoires, les établissements hospitaliers devant se limiter aux soins nécessitant une hospitalisation. Depuis 2004, les hôpitaux se sont vus attribuer des compétences supplémentaires pour fournir des soins hautement spécialisés aux patients qui doivent être suivis régulièrement. De plus, leur participation à un modèle de soins intégrés leur permet d'être plus actifs en soins ambulatoires. Ils peuvent aussi fournir des soins ambulatoires dans les spécialités où il y a une absence reconnue d'offre. Un programme d'incitation à la création de réseaux de soins intégrés, renforcé en 2004, lie les soins hospitaliers aux soins de ville. Il s'agit de programmes orientés vers la prise en charge d'une maladie en particulier (*disease management*).

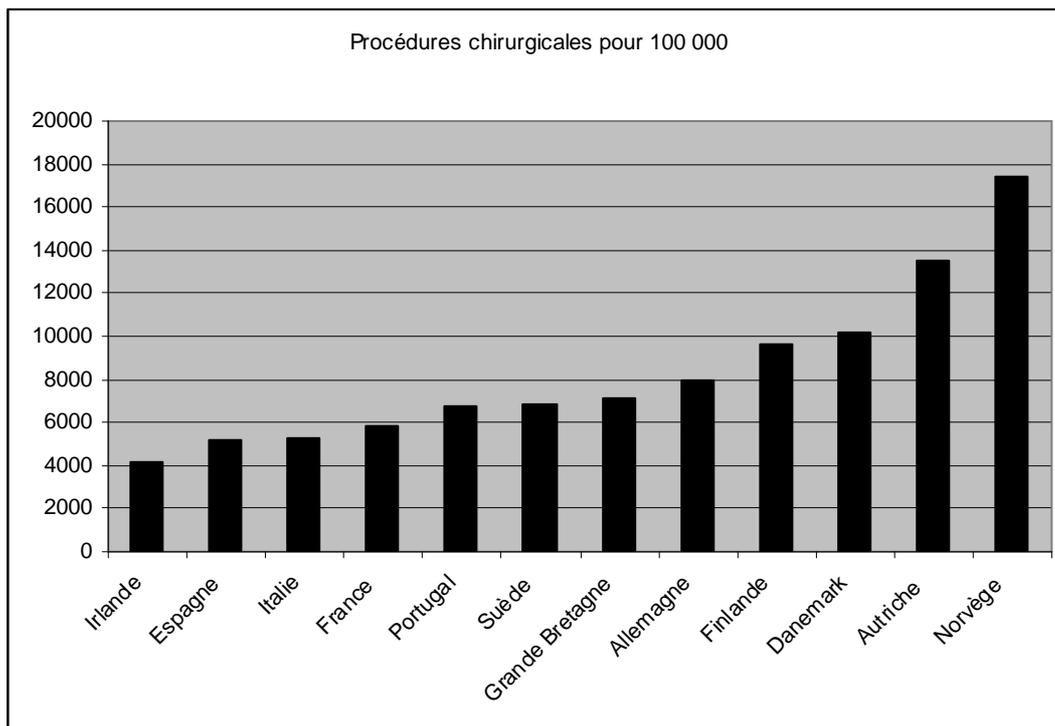
Elles jouent également un rôle majeur dans l'offre de soins primaires en Autriche, et en France où l'accès à l'hôpital est libre et n'est pas conditionné par un système d'orientation.

En Autriche, les patients peuvent s'y présenter (18) directement sans avoir été adressés par un médecin, en présentant bon d'achat de soins. Ces départements fournissent des soins d'urgence, des consultations de spécialistes, des soins posthospitalisation, des consultations de prévention et des consultations de check-up. Certains départements sont ouverts 24 heures sur 24. Il y a eu 5,5 millions de cas traités en 2003 en augmentation de 17 % par rapport à 1995.

► Chirurgie

Il n'a pas été possible, à partir des données disponibles, de caractériser de manière précise l'organisation et l'importance des services de chirurgie en Europe. Des données sont accessibles concernant les procédures chirurgicales pour toutes opérations chirurgicales invasives réalisées dans le cadre d'une hospitalisation complète. Le graphique 4 indique leur nombre pour 100 000.

Figure 4. Répartition du nombre de procédures chirurgicales



Source : OMS, les pays non représentés sont ceux pour lesquels les données étaient manquantes dans la base. Données disponibles pour 2003 en Espagne, France, Royaume-Uni, Italie et Norvège, pour 2004 en Allemagne, Autriche, Finlande et Portugal, en 2005 Danemark, Irlande et Suède.

La Norvège se caractérise par un important secteur de chirurgie (cf. graphique 1 partie 1.4.3) et corrélativement par un nombre important de procédures chirurgicales à l'hôpital.

À l'inverse, l'Allemagne a un secteur chirurgical peu important par rapport aux autres secteurs mais réalise pourtant un nombre de procédures chirurgicales relativement élevé en hospitalisation complète. Ce sont l'Irlande, l'Espagne et l'Italie qui réalisent le moins d'opérations chirurgicales en hospitalisation complète.

La chirurgie non urgente a fait l'objet de travaux comparatifs entre les pays européens, principalement pour chercher à résoudre le problème de délais d'attente jugés excessifs dans certains pays.

Le délai d'attente se définit comme le laps de temps qui s'écoule entre le moment où le patient a été ajouté sur la liste d'attente et le jour de l'admission pour pratiquer l'intervention (45).

Certains pays ne recensent pas ces délais (France, Autriche, la Belgique, le Luxembourg l'Allemagne, la Suisse). Il n'est généralement pas rapporté de délais d'attente, ou des délais d'attente très courts (8 jours au plus) (46).

Une étude pour l'année 1990, citée dans les travaux de l'OCDE (47), avait montré les différences importantes entre les différents pays (tableau 12) puisque le pourcentage de patients devant attendre plus de douze semaines était supérieur à un tiers des patients en Grande-Bretagne, au Portugal et en Italie, alors qu'il était inférieur à 20 % en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas, et en Suisse.

Tableau 13. Temps d'attente entre le rendez-vous avec le spécialiste et l'intervention chirurgicale Siciliani 2003 ; Hurst 2003 (45,47)

	Pourcentage de patients devant attendre plus de 12 semaines
Allemagne	19,4 %
Espagne	18,5 %
Grande-Bretagne	41,7 %
Italie	36,3 %
Norvège	28,0 %
Pays-Bas	15,2 %
Portugal	58,1 %
Suisse	16,1 %

Constatant l'insuffisance d'études récentes sur cette question, notamment concernant l'Europe, l'OCDE a collecté des données en utilisant les informations administratives collectées et publiées par les différents pays faisant état de listes pour une liste de 10 interventions. Les résultats sont présentés dans le Tableau 14.

Interventions	Prothèse hanche	Prothèse genou	Opération cataracte	Opération varices	Hystérectomie	Prostatectomie	Cholécystectomie	Hernie ingale et fémorale	Pontage coronarien	Angioplastie coronarienne
Danemark	112	112	71	99	-	-	75	73	-	-
Finlande	206	274	233	280	100	81	159	125	42	30
Norvège	133	160	63	142	64	75	103	109	46	53
Pays-Bas	96	85	111	107	61	60	71	75	-	18
Espagne (insalud)	123	148	104	117	102	62	107	102	39	81
Suède	-	-	199	-	-	-	-	-	6	-
Royaume-Uni (Angleterre)	244	281	206	227	159	52	156	150	213	80

Notes : Pour 7 pays européens dans lesquels les délais d'attente sont un sujet de préoccupation politique, en nombre de jours. Australie : inclut le Queensland, le sud et l'ouest de l'Australie. Norvège : le délai d'attente pour la cataracte concerne l'année 2001.

Source : OCDE

Les pays pour lesquels les délais d'attente sont les plus longs sont le Royaume-Uni et la Finlande. Viennent ensuite le Danemark, la Norvège, et l'Espagne. Enfin, parmi les pays qui rapportent des listes d'attente, ce sont les Pays-Bas qui font état des délais les plus courts.

Plus récemment, une étude réalisée à partir de l'enquête SHARE (*Survey Health Ageing and Retirement in Europe*) fournit des données comparatives pour la chirurgie de la cataracte (48). Les résultats sont présentés dans le Tableau 15.

Tableau 15. Délais d'attente en mois en 2004 pour les opérations de la cataracte chez les patients de plus de 50 ans (251 patients)

Pays	N	Toutes chirurgies		Hospitalisation de jour ou Ambulatoire		Hospitalisation classique		Patients souhaitant une chirurgie plus rapide (%)	Patients ayant attendu plus de trois mois (%)
		Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart Type		
Autriche	20	2,9	3,1			2,9	3,1	37,5	30,0
Allemagne	28	2,3	3,1	1,5	1,6	3,8	4,5	22,2	17,9
Suède	31	5,8	7,2	5,8	7,3	4,0		61,5	58,6
Pays-Bas	29	2,2	1,8	2,1	1,7	3,5	2,1	34,8	17,9
Espagne	33	6,2	6,4	6,0	5,9	7,2	9,5	75,0	56,3
Italie	29	3,4	3,5	4,0	3,8	2,1	2,4	52,0	37,9
France	23	2,2	1,8	1,8	1,8	2,6	1,7	21,1	21,7
Danemark	22	2,1	2,2	2,1	2,2			25,0	14,3
Grèce	24	2,3	2,6	2,6	2,7	2,1	2,5	46,1	31,8
Suisse	12	1,3	0,9	1,4	1,0	1,0	0,7	30,0	0,0
Total	251	3,3	4,3	3,5	4,6	3,0	3,7	43,8	31,6

68,5 % (172 cas) des opérations de la cataracte ont été effectuées en hospitalisation de jour ou en ambulatoire. Le délai d'attente moyen était de 3,3 mois et était plus court dans le cadre d'une hospitalisation classique (3 mois). Les délais d'attente moyens variaient considérablement en fonction des pays, le plus long étant de plus de 6 mois en Espagne et le plus court était de 1,3 mois en Suisse. La France avec 2,2 mois était caractérisée par un délai d'attente faible et très faible pour la prise en charge en hospitalisation de jour (1,8 mois). Elle est le pays où le taux d'insatisfaction était le plus faible (21,1 %).

Les causes de différences ont été recherchées par l'OCDE (46) en analysant les différentes variables d'offre et de demande de chirurgie. L'analyse proposée est tabulaire et graphique ; lorsque cela a été possible, un test de Student a été effectué. Cependant, ce travail fait état de nombreuses difficultés concernant la disponibilité de données concernant l'offre (il n'a pas été possible de disposer du nombre de chirurgiens ou du nombre de lits de chirurgie par pays) et la demande, car de nombreuses données sur l'incidence ou la prévalence des affections nécessitant un recours à la chirurgie, n'étaient pas disponibles.

Ce travail (45,46) a néanmoins permis de montrer que :

- les pays de l'OCDE ne faisant pas état de délais d'attente avaient des dépenses de santé totales et publiques en moyenne supérieures à ceux faisant état de délais d'attente (respectivement de +31 % et +16 % en moyenne) ;
- en 1998, les pays ne faisant pas état de délais d'attente avaient une capacité en lits de soins aigus supérieure d'en moyenne 66 % aux pays ayant des délais d'attente. De même, les pays sans délais d'attente avaient 13,4 % de médecins en plus et 23,4 % de spécialistes en plus ;

- l'activité chirurgicale sur des patients hospitalisés était en moyenne supérieure de 68 % dans les pays ne faisant pas état de délais d'attente ;
- les pays ne faisant pas état de délais d'attente ont souvent un financement moins restrictif (paiement à l'acte, rémunération à l'activité) que les pays avec délais d'attente (budget global, praticiens salariés) ;
- les pays n'ayant pas de délais d'attente ont plus souvent une participation aux frais, que les pays sans délais d'attente, pour lesquels les soins sont plus souvent gratuits. Pour autant, le montant de la participation aux frais est trop faible pour donner à penser qu'il peut exister un rationnement par les prix ;
- les pays sans délais d'attente manquent de généralistes jouant le rôle de premier recours. Dans les pays avec un généraliste qui joue le rôle de premier recours, il semble que l'orientation vers la chirurgie soit plus systématique que dans les pays où les chirurgiens ont un cabinet en dehors de l'hôpital et peuvent être consultés directement.

Les différents pays ont mené trois types de politiques visant à améliorer les délais d'attente : en agissant sur l'offre, sur la demande ou directement sur les délais d'attente. Le Tableau 16 récapitule ces politiques par pays.

Tableau 16. Actions entreprises par les différents pays pour limiter les listes d'attente pour la chirurgie non urgente OCDE, 2005(46)

Actions sur l'offre	Pays concernés
Octroi de fonds supplémentaires.	Grande-Bretagne après 1986, Suède en 1986 et 1989, Pays-Bas entre 1997 et 2000, Espagne entre 1996 et 2000
Introduction de financements de l'hôpital liés au volume d'activité.	Grande-Bretagne depuis 2003, Pays-Bas depuis 2002, Norvège depuis 1999, Danemark depuis 2002
Paiement des chirurgiens lié au volume d'activité.	Espagne (primes) depuis 1997
Recours à des prestataires privés.	Grande-Bretagne (centres de diagnostic et de traitement), Espagne
Sous-traitance à des hôpitaux étrangers.	Grande-Bretagne, Danemark, Irlande, Norvège, Pays-Bas
Limitation de la possibilité d'une pratique privée pour les chirurgiens afin de réduire les listes d'attente du secteur public.	Grande-Bretagne et Irlande
Recours plus systématiquement à la chirurgie ambulatoire.	Tous les pays à liste d'attente
Actions sur la demande	
Élargissement du choix du prestataire avec système de paiement basé sur le principe : « l'argent suit le patient ».	Grande-Bretagne, Danemark, Norvège, Suède Le patient choisit le prestataire quand le délai dans son hôpital habituel dépasse 2 ou 3 mois
Actions directes sur les délais d'attente	
Mise en place de garanties sur des délais maximum d'attente.	Grande-Bretagne délais maximum abaissés à 24 mois puis à 18 mois dans les années quatre-vingt-dix Suède délais maximum de 3 mois en 1992 Norvège délais de 6 mois avant 1997
Primes aux hôpitaux ou chirurgiens réduisant les délais d'attente.	Grande-Bretagne, Irlande, Espagne

Les politiques qui semblent avoir le mieux réussi sont l'augmentation de la capacité et des dépenses chirurgicales. L'impact favorable des paiements à l'activité semble avoir été démontré au Danemark. En Espagne, la rémunération directe des personnels et des hôpitaux semble avoir eu un impact sur les délais constatés.

► **Psychiatrie**

Pour fournir les soins de psychiatrie, les pays d'Europe s'appuient sur des hôpitaux spécialisés ou sur les services de psychiatrie des hôpitaux généraux (cf. tableaux 10 et 17).

La plupart des pays d'Europe ont connu un fort mouvement de désinstitutionalisation de la psychiatrie depuis dans les années quatre-vingt (49). Ce mouvement a conduit à une réduction significative du nombre de lits et d'admission en psychiatrie. Le tableau 16 présente la densité actuelle par pays en lits de psychiatrie, ainsi que le rapport entre le total des lits de psychiatrie et le total des lits.

Tableau 17. Densité de lits hospitaliers en psychiatrie

	Nombre de lits de psychiatrie/100 000	Ratio lits psychiatrie/total lits hôpital
Allemagne	150,91	17,9*
Autriche	63,34*	8,1*
Belgique	149,92	28,3*
Danemark	66,54**	17,4*
Espagne	48,57*	14,1*
Finlande	86,71	12,3*
France	95,95**	12,8*
Grande-Bretagne	-	-
Grèce	89,5**	19,1*
Irlande	96,23	17,2*
Italie	13,42*	3,3*
Luxembourg	-	-
Norvège	60,04	14,3*
Pays-Bas	186,53*	37,5*
Portugal	66**	17,6*
Suède	48,49	
Suisse	106,5**	18,8*

* 2003, **2004

Le nombre de lits en psychiatrie pour 100 000 varie énormément. Très faible en Italie [13,42] ce qui peut conduire à s'interroger sur la fiabilité de la source, il est très élevé aux Pays-Bas [186,5] en Belgique et en Allemagne [150]. La proportion de lits en psychiatrie par rapport au total est également très hétérogène et représente jusqu'à plus de 37 % du total des lits aux Pays-Bas.

Peu de choses sont connues d'un point de vue transversal sur l'état l'organisation des soins psychiatriques en Europe (49). Ces institutions sont confrontées à des problèmes d'organisation et de responsabilités. De nombreuses réformes visent à les restructurer. Il n'a pas été possible de dresser un panorama complet de la psychiatrie à l'aide des documents exploités. Peu de pays ont réellement mis en place une offre de soins psychiatriques en dehors de l'hospitalisation (49).

Une analyse fine du recours aux soins psychiatriques et des alternatives à l'hospitalisation serait nécessaire. Elle dépasse le cadre du présent rapport.

Tableau 18. Organisation des soins psychiatriques dans dix pays d'Europe			
Pays	Hôpitaux assurant les soins psychiatriques	Soins ambulatoires	Remarques
Allemagne Busse, 2004 (11)	396 (sur 2221) hôpitaux ont un département de psychiatrie. La plupart d'entre eux offrent des services d'hospitalisation de jour (ce qui est possible depuis 2000 dans les hôpitaux non universitaires)	Les soins psychiatriques ambulatoires sont assurés par les praticiens libéraux (psychiatres et psychologues) et par les services hospitaliers externes des hôpitaux. La quantité et la qualité de ces services varient en fonction des Länders	La désinstitutionnalisation des patients s'est accompagnée du développement d'hôpitaux assurant les soins de prévention et de réhabilitation appartenant souvent à des institutions privées à but lucratif et surtout spécialisés dans les problèmes de drogue et les problèmes psychosomatiques
Autriche Hofmarcher, 2007 (18)	Départements psychiatriques des hôpitaux. Nombre de lits déterminé en fonction des besoins de la population locale et en privilégiant le critère de proximité	Ils sont assurés par les psychiatres libéraux	Les soins de psychiatrie à l'extérieur de l'hôpital se sont fortement développés depuis les années quatre-vingt. Ils sont de la responsabilité des Länders. Ils sont encore insuffisants au regard de la demande
Belgique Corens, 2007 (12)	<ul style="list-style-type: none"> - 69 hôpitaux psychiatriques - départements psychiatriques des hôpitaux généraux 	<ul style="list-style-type: none"> - psychiatric nursing homes - résidences protégées - centres de santé mentale 	<p>Les hôpitaux psychiatriques offrent des soins de court et de long terme. Avec l'extension de modes alternatifs de prise en charge, (centres de santé mentale...) ils se sont spécialisés progressivement dans les traitements et la réadaptation, alors qu'ils avaient auparavant une fonction d'hébergement. Les départements psychiatriques dans les hôpitaux généraux fournissent des soins de courte durée. Les nursing homes fournissent des soins pour les patients dont l'état est stabilisé et ceux qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Les résidences protégées fournissent un hébergement aux personnes qui ont besoin d'une aide pour apprendre à vivre de manière indépendante. Les centres de santé mentale assurent des consultations sous forme de visites et sont multidisciplinaires. Ils assurent les conseils, le diagnostic et le traitement des personnes.</p> <p>En plus de ces structures, les soins psychiatriques sont assurés par des centres de réadaptation, des soins psychiatriques à domicile, des soins psychiatriques dans les prisons, et des soins de neuropsychiatrie en ville.</p> <p>Le nombre de lits a diminué et l'intégration entre toutes les structures de prise en charge a été développée depuis une réforme en 1999.</p>

Tableau 18 (suite). Organisation des soins psychiatriques dans dix pays d'Europe			
Pays	Hôpitaux assurant les soins psychiatriques	Soins ambulatoires	Remarques
Danemark Vallgarda, 2001 (10)	13 hôpitaux psychiatriques		Le nombre de lits en psychiatrie a beaucoup baissé depuis 1980. Cela s'est accompagné d'une augmentation forte des visites en soins ambulatoires.
Espagne Doran, 2006 (15)	Hôpitaux psychiatriques Hôpitaux généraux	Centres ambulatoires de santé mentale	Ils constituent le parent pauvre de l'offre de soins en Espagne. Des réformes ont permis de créer des centres ambulatoires de santé mentale (477 unités en 1991), d'augmenter le nombre d'unités de soins de jour et d'admettre les cas aigus dans les hôpitaux généraux. Le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques a diminué alors que ceux dans les hôpitaux généraux ont augmenté.
Finlande Jarvelin, 2005 (28)	Grande variabilité régionale, les soins psychiatriques sont parfois assurés par les services sociaux municipaux, parfois par le secteur privé et parfois par des hôpitaux psychiatriques. Hospitalisations de jour et centres de santé de jour	<ul style="list-style-type: none"> - départements des soins externes des hôpitaux psychiatriques - bureaux de santé mentale - résidences protégées 	Les bureaux de santé mentale sont sous la responsabilité des hôpitaux psychiatriques et comprennent des psychiatres, des infirmières psychiatriques, des travailleurs sociaux. Certains de ces bureaux ont été transférés aux centres de santé. De nombreux soins psychiatriques sont fournis par les structures de soins primaires. Une grande partie de ces services a été transférée à l'hospitalisation de jour, aux day activity centres, au group homes, rehabilitation homes et aux services à domicile. Certains services ambulatoires en psychiatrie ont été transférés aux centres de santé et c'est un des grands enjeux actuels. Les soins psychiatriques sont aussi fournis par les nursing homes (5 000 résidents de nursing homes). Les soins psychiatriques, mal organisés et hétérogènes, sont devenus une priorité du gouvernement
France DREES, 2006 (42)	Il existe une psychiatrie sectorisée (service public) représentant 40 % des établissements et 4/5 des capacités, l'offre de soins se compose d'établissements non spécialisés dans les maladies mentales et d'établissements privés spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> - consultations externes des établissements - médecins libéraux spécialisés en psychiatrie 	

Tableau 18 (fin). Organisation des soins psychiatriques dans dix pays d'Europe

Pays	Hôpitaux assurant les soins psychiatriques	Soins ambulatoires	Remarques
<p>Norvège Johnsen, 2006 (19)</p>	<p>Hôpitaux psychiatriques Centres de santé mentale (traitement de court terme et quelques lits de long terme)</p>	<p>Centres de santé mentale de la communauté (psychiatres et psychologues). Le suivi du patient relève du GP ; il décide de l'adressage du patient vers les services spécialisés. Psychiatres privés</p>	<p>Un plan massif de réorganisation de la psychiatrie a été adopté sur la période 1999-2008. Les centres de santé mentale en sont la clé de voûte et doivent coopérer avec les soins primaires et l'hôpital. Les municipalités ont la charge de la coordination des soins psychiatriques</p>
<p>Pays-Bas Den Exter, 2004 (13)</p>	<p>Hôpitaux psychiatriques (1/3 des lits hospitaliers au Pays-Bas). Départements psychiatriques des hôpitaux généraux</p>	<p>Les services de santé mentale ne sont accessibles que par adressage par le GP. Soins externes des établissements psychiatriques. Instituts régionaux pour la santé mentale</p>	<p>Ces établissements fournissent des soins très divers qui vont des soins ambulatoires aux soins avec hébergement de long terme, aux départements psychiatriques pour personnes âgées, à des unités pour personnes avec des besoins spécifiques (drogués ou délinquants). Les départements psychiatriques des hôpitaux généraux sont relativement petits (30 lits) et ont une durée de séjour assez courte (5 à 6 semaines)</p>
<p>Portugal Bentes, 2004 (32)</p>	<p>Hôpitaux généraux, de région, hôpitaux psychiatriques</p>	<p>Centres locaux (ou régionaux) de santé mentale</p>	<p>Les soins psychiatriques sont centrés sur les établissements hospitaliers</p>
<p>Suède Glenngard, 2005 (17)</p>	<p>Hôpitaux psychiatriques spécialisés</p>	<p>Centres de santé</p>	<p>Les patients avec des problèmes psychiatriques modérés relèvent des services de <i>primary care</i>. Les patients ayant des problèmes psychiatriques sévères sont pris en charge dans des hôpitaux psychiatriques spécialisés. La prise en charge relève des municipalités qui doivent inventorier les besoins spécifiques de la population.</p>

► **Soins de suite et de réadaptation**

L'activité de soins de réadaptation (*rehabilitation* ou *intermediate care*) effectuée suite à une hospitalisation et généralement pratiquée sur une durée limitée, se distingue théoriquement des soins de longue durée (*long term care*). En effet :

- les soins de réadaptation sont des soins médicaux, prodigués après la phase aiguë du traumatisme ou de l'accident et dont le but est d'améliorer ou de restaurer du mieux que possible la situation fonctionnelle du patient (12) ;
- les soins de longue durée désignent quant à eux un ensemble de services dont ont besoin les individus qui dépendent de l'aide d'une tierce personne pour réaliser les activités élémentaires de la vie quotidienne. Cette composante de soins à la personne est souvent associée à une aide en matière de soins médicaux élémentaires tels que pansements, gestion de la douleur, prise de médicaments, suivi de la santé, prévention, rééducation ou services de soins palliatifs. Ces soins sont assurés par des établissements, soit effectués à domicile, le plus souvent par des infirmières.

En pratique, il existe un amalgame dans la littérature internationale entre ces deux concepts et il n'est pas possible de les distinguer. Les soins de long terme font essentiellement référence à la prise en charge des personnes âgées et les soins de réadaptation concernant plutôt les personnes handicapées.

Les lits pour soins de réadaptation ou de longue durée peuvent être fournis dans les hôpitaux, mais également dans les maisons médicalisées et d'autres établissements de soins avec hébergement.

Le Tableau 19 présente les données accessibles en utilisant la base Éco-santé OCDE et la base OMS.

Le recours à l'hôpital en Europe

Tableau 19. Lits de soins de longue durée en Europe en 2003

	Lits SLD/100 000 Maisons médicalisées	Lits SLD /100 000 Hôpitaux OCDE	Lits SLD /100 000 Total (OCDE)	Lits SLD /100 000 OMS Total	Précisions sur le recueil de données
Autriche		180		91,08	OCDE : séjours de plus de 18 jours, comprend les lits dans les centres de convalescence et de réadaptation et les institutions pour malades chroniques. OMS : Lits hospitaliers totaux – lits aigus – lits psychiatrie. Lits hospitaliers seulement.
Belgique	1 210	50	1 260	2446,09	OCDE : ne comprend pas les hôpitaux militaires, les maisons médicales, ni les maisons de retraite, ni maisons de repos.
Danemark	510			590,83**	OCDE : maisons de retraite qui fournissent des soins médicaux. OMS : Séjours hospitaliers de plus de 18 jours.
Finlande	430	730	1 160		OCDE : Maisons de retraite et pour personnes handicapées, ainsi que les unités de longue durée des centres de santé.
France	990	130	1 120	126,1*	OCDE : tous les lits dans les institutions prenant en charge des personnes âgées y compris hôpital.
Allemagne	860			864,27	OCDE : nombre de places dans les nursing homes. OMS : nombre de places dans les nursing et elderly homes.
Grèce					OCDE : long séjour à l'hôpital et les hôpitaux psychiatriques.
Irlande			690	452,4*	OCDE : long séjour à l'hôpital gériatrique, psychiatriques, Séjours dans les maisons gériatriques, maisons médicalisées et welfare homes de plus de 18 jours. OMS : Séjours dans les maisons gériatriques, maisons médicalisées et welfare homes.
Italie	270	20	290	302 *	OCDE : lits hospitaliers + lits résidentiels. OMS : Résidence et nursing homes inclus.
Luxembourg	590	10	690		OCDE : Lits dans les institutions de rééducation et pour personnes dépendantes.
Pays-Bas	380			1 051,94 *	OMS : Maisons pour personnes âgées.
Portugal					Nc
Espagne		30		33,4	OCDE : long séjour à l'hôpital, autres données non disponibles. OMS : Long séjour à l'hôpital, y compris gériatrique et psychiatrie.
Suède	1 160	30		27,04*	Nc.
RU	310	40	360		OMS : Tous les soins non aigus et les nursing homes.
Suisse			1 160	1 163,73 *	Nc.
Norvège				887,08**	OCDE : institutions prenant en charge les personnes âgées.

SLD : Soins de Longue Durée *2004, **2005. Source : Éco-santé OCDE 2006 et base OMS.

De nombreuses données sont manquantes dans les deux bases de données et les chiffres ne sont pas toujours concordants. Le mode de comptage des données OMS est très hétérogène d'un pays à l'autre (cf. dernière colonne du tableau). La répartition des lits de soins de longue durée entre l'hôpital et l'ambulatorio est difficile à faire. Il n'est pas réellement possible de comparer ces données, mais il en ressort que l'hôpital fournit encore dans certains pays, une offre significative de soins de longue durée (France, Finlande, Autriche) alors que dans d'autres, ces soins sont réalisés quasi exclusivement dans des structures ne dépendant pas de l'hôpital (maisons médicalisées ou de retraite) ou à domicile (Danemark, Luxembourg, Italie, Finlande, Pays-Bas).

Le Tableau 20 présente l'organisation des soins de suite et de réadaptation pour 8 pays.

Pays	Organisation des soins de réadaptation
Autriche Hofmarcher, 2007 (18)	Les soins de réadaptation se font dans les hôpitaux spécialisés. En 2004 les soins de réadaptation étaient fournis dans 29 hôpitaux spécialisés (3916 lits), 12 institutions de santé (<i>institutions in health resorts</i>) avec 1056 lits, et 5 maisons de convalescence (510 lits). Les soins externes de réadaptation sont fournis par les services de soins externes des hôpitaux, les « <i>outpatient clinics</i> » et les professionnels libéraux
Belgique Corens, 2007 (12)	Les soins de réadaptation sont fournis par les hôpitaux et des institutions spécialisées en réadaptation. Les structures de réadaptation sont multidisciplinaires. Il y avait 780 institutions ayant un agrément en 2005 de l'assurance-maladie pour assurer la réadaptation. Cela concerne les problèmes moteurs, neurologiques, psychosociaux, l'addiction, les problèmes respiratoires, le diabète, les problèmes d'audition, les problèmes de vue, problèmes d'expression, la réadaptation mentale des enfants, l'autisme...
Danemark Vallgarda, 2001 (10,39)	La réforme applicable début 2007 a donné plus de responsabilité aux municipalités pour assurer les soins de réadaptation, qui étaient jusqu'alors de la responsabilité des comtés. Les soins hors médecins sont fortement promus par les municipalités. Il s'agit de <i>nursing homes</i> , <i>home nurses</i> , <i>health visitors</i> et dentistes. Les <i>nursing homes</i> sont classés comme des services sociaux. Ils fournissent des soins infirmiers à domicile et des soins de généralistes pour les patients malades chroniques et ceux en phase terminale
Espagne Doran, 2006 (15)	Les soins de réadaptation ne sont pas beaucoup développés. Ils sont organisés dans les <i>Primary Health Centres</i> (PHC) au sein des services de réadaptation hospitaliers et des centres de soins de jour. Néanmoins, dans la plupart des cas, c'est surtout la famille qui délivre ces soins quel que soit le problème de santé (handicap mental ou physique). Il y a de grandes différences dans la fourniture de ces services en fonction des régions
Finlande Jarvelin, 2005 (28)	Ils sont pris en charge par les hôpitaux
France DREES, 2006 (42)	Les soins de suite et de réadaptation concernaient 9,9 % des séjours hospitaliers en 2004 et 20,7 % des journées. Ces soins de suite sont dispensés dans des établissements publics (31 % des séjours et 41 % des journées), dans des établissements privés sous dotation globale (44 % des séjours et 29 % des journées) et dans des établissements privés hors dotation globale (25 % des séjours et 29 % des journées)
Norvège Johnsen, 2006 (19)	Les soins de long terme sont du niveau de responsabilité des municipalités par le biais des <i>nursing homes</i> , des « <i>domiciles aménagés</i> », et des services de soins à domicile. Il existe un décalage entre la volonté de « <i>discharge</i> » des hôpitaux et la capacité ou la volonté des municipalités pour accueillir les patients
Suède Glenngard, 2005 (17)	Ces soins sont pratiqués par les centres de soins primaires, par les infirmières de district. Ce sont les comtés qui sont responsables des soins, dès lors que la personne n'a plus besoin d'être hospitalisée. La prise en charge à domicile est de la responsabilité à la fois du comté et de la municipalité, ce qui génère des tensions

On distingue deux modèles d'organisation des soins de suite et de réadaptation. Un modèle axé sur les établissements hospitaliers ou médico-sociaux qui prennent en charge les individus en moyen séjour ou en hospitalisation partielle (France, Autriche, Finlande, Belgique) et un modèle axé sur les structures de soins primaires (Suède, Norvège, Danemark) notamment les « nursing homes ». Par ailleurs, dans certains pays, les soins de suite sont encore très mal organisés et la plupart de la prise en charge repose sur la famille (Espagne, Portugal). Les informations retrouvées dans la littérature concernant ces soins et leur organisation sont partielles et ne permettent pas d'en faire une analyse fine. Ils ne sont souvent pas distingués des soins de longue durée.

2.3 Conclusion

Le rôle de l'hôpital varie dans les pays d'Europe. Pour autant, deux modèles semblent émerger. Pour certains pays, l'hôpital doit avant tout être structure de soins spécialisés, voire hautement spécialisés. Le recours à ses services ne se fait que lorsque les soins primaires ne peuvent plus assurer la prise en charge du patient. Ce modèle s'oppose à celui de « l'hôpital multicompétent » qui fait de l'hôpital un offreur de soins spécialisés, mais aussi un « concurrent » du secteur ambulatoire pour la fourniture des soins primaires.

Pour autant, on assiste partout à une volonté de recentrage des compétences de l'activité l'hôpital vers les soins strictement nécessaire en hospitalisation. Cela conduit à une volonté de limitation des stratégies de contournement des soins primaires dans le premier modèle et au développement d'une offre de soins primaires permettant d'assurer la continuité des prises en charge dans le second (permanence des soins, offre de structures intermédiaires entre l'hôpital et l'ambulatoire).

Il existe aussi une volonté de faire dépendre la gouvernance et la prise en charge des patients du niveau local. On renforce ainsi le rôle des soins primaires et on développe des offres qui permettent de prendre en charge les patients au plus près de chez eux. Les services de soins doivent être managés par les soins primaires (primary care led services) *via* des consultations de groupe de généralistes ou des nouveaux centres de santé proches des patients, et qui assurent les soins pour les petites blessures ou accidents, la petite chirurgie et des hôpitaux locaux ou de l'HAD qui assurent les soins posthospitalisation (50).

Pour l'hôpital, on va vers un modèle avec deux types d'hôpitaux (50) : l'hôpital technique avec un haut niveau d'équipement, très spécialisé et pour la traumatologie lourde ou les affections lourdes couvrant une population d'environ deux millions d'individus, et un hôpital de la ville, la communauté ou local réalisant de la chirurgie en hospitalisation classique (invasive ou non) et la chirurgie de jour, couvrant de 20 000 à 100 000 personnes.

3 Innovations dans l'organisation des soins permettant de modifier le recours à l'hôpital

Dans la dernière partie de ce rapport, les innovations organisationnelles européennes visant à limiter le recours à l'hospitalisation seront présentées. L'ensemble de ces innovations conduit à modifier les frontières entre la prise en charge à l'hôpital et celle dans les structures de soins primaires.

Pour plus de clarté, nous présenterons d'abord les innovations qui permettent, en amont, d'éviter le recours à l'hôpital en renforçant les structures de soins primaires (partie 3.1). Dans un deuxième temps, nous présenterons les innovations organisationnelles permettant de proposer des alternatives à l'hospitalisation complète (3.2) puis, dans un troisième temps, les structures organisationnelles innovantes qui se situent plutôt en aval du recours à l'hôpital (3.3).

3.1 Développer la prise en charge rapide en soins primaires, en amont de l'hôpital

L'accès rapide aux soins (sans rendez-vous), particulièrement en dehors de jours et heures ouvrables, est jugé difficile dans plusieurs pays (Europe, États-Unis, Canada) (51), ce qui conduit à un engorgement des services d'urgence hospitaliers. Il a par ailleurs été montré dans une étude comparant la satisfaction des patients en Australie, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne, États-Unis, Canada et Allemagne que l'utilisation des services d'urgence hospitaliers était plus élevée dans les pays où les patients rencontraient le plus de difficulté à obtenir un rendez-vous avec un médecin le jour de l'appel ou en dehors des jours ouvrables (Canada et États-Unis) (52).

Des structures organisationnelles spécifiques se sont donc mises en place pour résoudre ces problèmes. Une revue de la littérature internationale des différents types de modèles organisationnels pour la prise en charge en dehors des jours ouvrables a été réalisée en 2003 par Leibowitz (53). Elle a permis de dresser une typologie de six modèles (non mutuellement exclusifs) de prise en charge :

- les médecins généralistes s'occupent des patients, même en dehors de leurs jours et heures de consultation (tours de garde) (3.1.1) ;
- le modèle coopératif ; les médecins généralistes se regroupent en association, pour fournir, à tour de rôle, des soins en dehors des jours ouvrables (3.1.2) ;
- des unités de soins de premier recours sont mises en place et les patients peuvent s'y rendre sans rendez-vous à tout moment (3.1.3) ;
- le renforcement de la plate-forme de services proposée dans le cadre des services d'urgence hospitaliers (3.1.4) ;
- un tri et des conseils par téléphone sont délivrés et le cas échéant, le patient est orienté vers le service de soins le plus approprié (3.1.5) ;
- la délégation de services à des compagnies commerciales ou aux autorités locales qui recrutent des médecins assurant la permanence des soins (3.1.6).

Nous présentons dans ce qui suit chaque modèle en prenant l'exemple des pays qui en sont à l'origine ou les ont le plus développés.

3.1.1 Tours de garde

Ce modèle traditionnel d'organisation de la permanence des soins a été qualifié par Hartmann *et al.* (54) de « modèle des tours de garde ». Il consiste à organiser les tours de garde de médecins en concertation avec les autorités de santé régionales ou locales. Les médecins doivent garantir un accès aux soins primaires pendant et en dehors des horaires normaux de pratique. C'est le modèle dominant en Allemagne, en Espagne, en Suède et en France. Les consultations se font sous forme de visite, au cabinet du médecin (France et Allemagne) ou dans le centre de soins primaires (Suède et Espagne). Parfois les médecins se regroupent en association (comme SOS médecins en France). En Allemagne la prise en charge en dehors des heures ouvrables se fait par des associations régionales de médecins libéraux qui assurent des conseils téléphoniques, des consultations et des visites sur place. Les médecins de ville assurent de plus en plus des consultations en dehors des jours ouvrables, dans les hôpitaux (11).

Ce mode de gestion de la permanence des soins, jugé lourd et contraignant, est de plus en plus abandonné, au profit de nouveaux types d'organisation.

3.1.2 Coopératives de médecins

Ce modèle regroupe des médecins volontaires dans une infrastructure commune ayant des moyens spécifiques. Il a été développé aux Pays-Bas et au Danemark dans le but d'améliorer les conditions de travail des médecins de famille et d'alléger le poids des gardes. Il est repris dans ses principes par le concept de maisons médicales de garde en France.

► Organisation

Pays-Bas

Aux Pays-Bas (2,55), depuis 2000, un service d'accueil est organisé dans une structure spécifique par les médecins généralistes pour dans une ville ou sur un secteur, en dehors des heures ouvrables (de 17 heures à 8 heures) ainsi que le week-end.

Il s'agit souvent de grosses coopératives. Par exemple, 120 médecins participent à la coopérative d'Heerlen qui couvre environ 285 000 personnes, cinq médecins sont présents le soir, deux la nuit et sept le week-end. Cette institution dispose d'une voiture et d'un chauffeur, d'un centre d'appel (avec des infirmières spécialement formées) qui réalise un tri des appels des patients et d'un bâtiment spécifique destiné à l'accueil des patients. Ces derniers peuvent, en cas d'urgence, consulter les médecins de la coopérative ou s'adresser aux services d'urgence hospitaliers.

Danemark

Au Danemark, avant 1992, la permanence des soins fonctionnait par des tours de garde avec un service centralisé de réception des appels téléphoniques. La réforme de 1992 a modifié cette organisation au profit de coopératives étendues prenant en charge un comté entier (le Danemark a 16 comtés qui regroupent chacun de 50 000 à 600 000 habitants) (51). Les coopératives sont organisées par les médecins de famille et l'assurance-maladie régionale. Les médecins sont responsables des résultats financiers de la coopérative. Les patients ont accès, en dehors des jours et heures ouvrables, à des consultations médicales gratuites au domicile du patient ou dans la coopérative. Un tri des appels téléphoniques des patients est effectué par un médecin qui décide s'il donne un conseil par téléphone, ou propose une consultation ou une visite. La rémunération des médecins les incite à délivrer en priorité un conseil par téléphone (56).

France

Le mode d'organisation du Danemark et des Pays-Bas est proche de celui qui a récemment été développé en France dans le cadre des maisons médicales de garde (MMG). Le rapport Descours sur la permanence des soins (57) rédigé suite à la grève des médecins généralistes de novembre 2001 avait préconisé des tours de garde sur la base du volontariat. Ce rapport a été suivi de trois textes réglementaires : la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences qui rappelle l'importance d'articuler permanence des soins de ville et services d'urgence et qui encourage explicitement les MMG, le décret N°2003-880 du 15 septembre 2003 qui définit les principes de la permanence des soins et instaure le principe du volontariat pour la prise de garde et le décret N°2003-881 qui modifie l'article 77 du code de déontologie médicale (58).

Une maison médicale de garde est définie par la CNAMTS (59) comme « un lieu d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultation ». Au 1^{er} juillet 2006, 198 MMG ont été dénombrées (59). Elles sont hétérogènes dans leur localisation et leur mode de fonctionnement :

- 123 (62 %) étaient localisées dans un établissement de santé ou d'hébergement soit 88 (44 %) se situaient à l'intérieur d'une enceinte hospitalière publique, dont plus de la moitié était contiguë ou intégrée à un service d'urgence, 27 (14 %) étaient dans un

- hôpital local ou SSR, 4 (2 %) étaient dans un EPHAD, 4 (2 %) dans une clinique privée ;
- 51 (26 %) étaient indépendantes d'une autre structure et en milieu urbain. La plupart se situaient au sein d'agglomérations importantes (Lyon, Île-de-France, Nantes, Strasbourg, Nancy...);
 - 24 (12 %) étaient indépendantes d'une autre structure et en milieu rural, le plus souvent hébergées dans un local municipal.

Les jours et heures d'ouverture sont relativement semblables ; elles sont la plupart du temps ouvertes en semaine de 20 heures à 24 heures et le dimanche de 8 heures à 20 heures ou 24 heures.

Certaines MMG ne sont accessibles qu'après régulation et tri par le 15 ; d'autres ne reçoivent les patients qu'après un appel téléphonique.

En dehors du personnel médical, certaines MMG s'adjoignent du personnel paramédical ou administratif (secrétaires, infirmières, travailleurs sociaux, agents de sécurité...). Plus des trois quarts des MMG n'ont pas de plateau technique, ni de matériel de médecine d'urgence (58).

Elles sont financées pour leurs dépenses de fonctionnement et d'investissement à 70 % par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville et 30 % sont financées par les établissements de santé. La contribution des professionnels est nulle pour la moitié des MMG ; lorsqu'elle existe, elle représente 10 % des honoraires (59). Les médecins qui acceptent ces gardes perçoivent un forfait de 2C/h ou 3C/h.

Les MMG sont souvent implantées dans des services hospitaliers, ce qui montre la complémentarité entre soins de ville et hôpital. Peu de MMG se sont développées dans les régions rurales, pourtant en déficit de médecins (58).

► Évaluation

Trois études étrangères (56,60,61) (une pour les Pays-Bas et deux pour le Danemark) évaluant le dispositif des coopératives ont été retrouvées. Pour la France, après interrogation de la base BDSP en utilisant le mot-clé « maisons médicales de garde », six références proposant une évaluation locale du dispositif ont pu être exploitées (62-64). Les résultats de ces études françaises sont présentés dans le tableau 20.

Pour les Pays-Bas, Van Uden (61) a adressé un questionnaire aux patients trois semaines après le contact avec 5 coopératives du sud des Pays-Bas (1 160 réponses). 67 % des patients étaient satisfaits des conseils par téléphone. 80 % des patients étaient satisfaits de la consultation ou de la visite.

Au Danemark, Christensen (60) dans une étude comparant les données avant et après la réforme de 1992 avait montré que les coopératives de médecins donnaient satisfaction à 72 % des patients. Ce système avait permis de doubler le nombre de problèmes résolus directement par téléphone qui était passé à 48 %. Il avait maintenu inchangé le nombre de consultations, mais a réduit de 46 à 18 % le nombre de consultations à domicile. Par ailleurs, le nombre de médecins réalisant plus de cinq heures de consultations en dehors des jours ouvrables était passé de 70 à 50 %.

Hansen et Munk (56) avaient réalisé une enquête par questionnaire dans le comté de Funen en tirant au sort des patients qui avaient été en contact avec une coopérative dans les deux semaines précédant l'enquête (631 questionnaires en 1991, 460 en 1992 et 1631 en 1995). L'évaluation avait été réalisée pour 1991,1992 et 1995. Par ailleurs, les données sur la fréquentation de la coopérative avaient été exploitées.

Cette étude avait montré que le nombre de contact avait diminué de 16 % par rapport à l'ancien système (consultations auprès de généralistes de garde) un an après la mise en place de la

coopérative et de 6 % trois ans plus tard. Trois ans après la réforme, il y avait plus de deux fois plus de consultations téléphoniques que dans l'ancien système et un tiers de plus de visite. En revanche la satisfaction des patients avait décliné, mais restait élevée (87,3 % de satisfaits ou partiellement satisfaits avant la mise en place du dispositif et 80,9 % après). Le dispositif avait permis, après trois ans, de réduire de 20 % le coût des paiements aux médecins généralistes.

Pour la France, les patients et les médecins semblaient très satisfaits du fonctionnement des MMG. Par ailleurs, on enregistrait, suite à l'ouverture d'une MMG, une diminution de l'activité hospitalière à Vénissieux (-15 %) et à Lyon (-12 %), à Narbonne (-9,5 % aux horaires d'ouverture de la MMG) et à Romans (-7 %). Les passages aux urgences étaient stables à Rouen, ils augmentaient de + 5 passages par nuit à Ambérieu-en-Bugey et +2 % à Saint-Étienne. Enfin, sans que l'on puisse la chiffrer, il existait une baisse à Fréjus Saint-Raphaël, au Havre, à Dieppe et à Neufchâtel-en-Bray.

Dans le cas français, les différentes études proposaient des méthodologies d'évaluation variables et la méthode d'échantillonnage n'était pas toujours précisée. Par ailleurs, certaines évaluations relataient plus « un sentiment » des professionnels de santé qu'une réelle évaluation quantitative.

Conclusion

Les évaluations réalisées montrent que le modèle des coopératives permettait de limiter les consultations ou les visites inutiles, ainsi que la charge de travail des médecins et donne satisfaction aux patients.

En France, les MMG donnent globalement satisfaction aux patients et aux médecins qui entrent dans le dispositif, même si certains points doivent être améliorés (horaires, locaux...). Leur impact sur l'activité libérale est rarement évalué et difficilement quantifiable, mais il semble que le nombre de visites diminue lorsque les MMG sont mises en place.

Aucune étude procédant à l'évaluation de ce modèle d'organisation, dans sa capacité à réduire le recours à l'hôpital n'a été trouvée pour le Danemark. Pour les Pays-Bas, cette évaluation n'a été réalisée que pour les coopératives intégrées aux services d'urgence hospitaliers (voir sous-section 3.1.4). En France, les MMG apparaissent comme une solution intéressante mais partielle à l'engorgement des services d'urgence hospitaliers. L'impact sur les SAU semble d'autant plus élevé que les MMG se situent en milieu urbain (Rouen, Le Havre et Lyon).

Tableau 21. Évaluation des maisons médicales de garde en France

Auteur, année	Zone géographique	Localisation de la MMG	Méthodologie	Satisfaction	Impact sur activité des médecins libéraux	Impact sur recours à l'hôpital
Picatto , 2005 (65)	Fréjus Saint-Raphaël	Dans les locaux de l'hôpital	200 questionnaires patients. 54 questionnaires médecins généralistes de la MMG Questionnaire sur 7 IDE et 15 médecins du service d'urgence	97 % des patients très satisfaits. Aucun médecin ne préfère l'ancien système de garde. Taux de satisfaction des médecins sur le fonctionnement entre 74 et 89 %	Non évalué	99,5 % auraient consulté aux urgences. 0,5 % aurait appelé SOS médecins. 91 % des professionnels hospitaliers ont ressenti une baisse de la fréquentation des urgences (non quantifié)
Havez, 2005 (66)	Saint-Étienne	Dans les locaux de l'hôpital	Non précisée	89 % des patients satisfaits du service. Faible participation des généralistes au dispositif MMG (17 %)	Non évalué	Incidence faible, sur les 38 500 passages aux urgences la MMG n'a désengorgé que 1 000 à 1 500 passages
URCAM 2004 (67)	Rhône Alpes 5 expérimentations (Vénissieux, Plaine de l'Ain – Ambérieu-en-Bugey –, Saint-Étienne, Villefranche-sur-Saône, Lyon)	En ville, sauf Saint-Étienne (dans l'hôpital)	Synthèse des rapports d'évaluation réalisés pour les cinq expérimentations	90 % très satisfaits à Vénissieux. Note de 16,94/20 à Plaine de l'Ain. Lyon 85 et 93 % de satisfaction. Saint-Étienne 89 % des patients satisfaits. Professionnels satisfaits variant de 80 (Lyon) à 100 % (Vénissieux – Plaine de l'Ain)	Baisse du nombre des visites à domicile, sauf à Vénissieux. Baisse plus forte en zone urbaine (Lyon)	-15 % à Vénissieux (mais lié à l'arrêt de certaines activités hospitalières). -11 à 12 % à Lyon + 5 passage par nuit à Ambérieu-en-Bugey. +2 % à Saint-Étienne

Tableau 21 (suite). Évaluation des maisons médicales de garde en France

Auteur, année	Zone géographique	Localisation de la MMG	Méthodologie	Satisfaction	Impact sur activité des médecins libéraux	Impact sur recours à l'hôpital
Ménard, 2004 (62)	Narbonne	En face de l'hôpital	Exploitation des tableaux de passage au SAU du CH de Narbonne et à la MMG	Non évaluée	Non évaluée	Faible, -1,6 % sur 6 mois. Mais -9,5 % aux horaires d'ouverture de la MMG
Langin, 2006 (63)	Romans (Drôme)	Dans le site du service des urgences de l'hôpital de Romans	Évaluation de l'activité du SAU avant et après ouverture de la MMG (avril 2004/avril 2005)	Non évaluée	Non évaluée	Baisse de 7 %, statistiquement significative ($p < 10^{-7}$) pour les femmes de 25 à 44 ans et de plus de 65 ans
URCAM, 2006 (64)	Haute-Normandie 9 MMG (Le Havre, Rouen, Dieppe, Barentin, Neufchâtel-en-Bray, Tôtes, Fontaine-le-Bourg, Yvetot, Déville-lès-Rouen)	Neufchâtel et Dieppe, MMG dans l'hôpital général. Yvetot et Barentin dans un hôpital local.	Analyse des dossiers, Analyse comptable-système d'information Entretiens et visites sur place. Questionnaires médecins [138] et patients [532]	Pour les patients le service rendu apparaît positif. 90 % des médecins considèrent le système moins contraignant qu'avant	Les MMG prennent une part importante dans la permanence des soins allant de 33 % du total [Rouen] à 95,5 % (Le Havre)	Le Havre : non chiffrable mais réel. Dieppe : baisse de l'activité des urgences. Rouen : Stabilisation de l'activité des SAU et MMG. Neufchâtel-en-Bray : désengorgement des urgences

3.1.3 Unités de soins primaires sans rendez-vous

Le concept d'unités de soins de premier recours sans rendez-vous s'inscrit bien dans une volonté d'organiser la permanence des soins, mais elles ont aussi vocation à se substituer, pour les affections bénignes, aux offres de premier recours, jugées moins flexibles, en raison des délais d'attente (en particulier pour obtenir des consultations de généraliste ou traiter la petite traumatologie). Ces innovations organisationnelles ont émergé au Royaume-Uni.

► Les centres médicaux sans rendez-vous britanniques

Les centres médicaux sans rendez-vous ont été mis en place par le gouvernement britannique en 1999. L'objectif du NHS était double :

- réduire les files d'attente et de permettre à toute personne d'accéder aux services d'un médecin généraliste ou à un professionnel de santé dans les deux jours ouvrables suivant sa demande ou, en cas de recours aux services d'urgence, d'avoir un contact avec un professionnel de santé dans un délai maximum de 4 heures (68) ;
- permettre un accès plus facile aux soins de premier recours, en dehors des heures de travail, et diminuer le recours aux médecins généralistes et aux services d'urgence hospitaliers.

Ces centres sont ouverts 7 jours sur 7, de 7 heures à 22 heures (69). Ils sont localisés à proximité des lieux de travail et des grands centres de flux de population (gares par exemple). Ils se situent à distance des hôpitaux (70).

Aucune prise de rendez-vous n'est nécessaire. Les patients sont pris en charge par une infirmière qualifiée qui traite les affections et traumatismes mineurs (problèmes de tension, entorses, foulures, toux, rhumes). Elle prodigue également des conseils de santé et informe les patients sur les autres services de santé disponibles dans le centre (généralistes, dentistes, pharmacies).

En 2000 le NHS avait approuvé l'ouverture d'une quarantaine de centres sans rendez-vous sur le territoire britannique (71). Plusieurs vagues d'ouverture de nouveaux centres ont ensuite eu lieu et on dénombrait, en 2005, 71 centres au Royaume-Uni. Certains centres de santé privés (drop-in medical centres) (71) se sont également développés.

Évaluation

Des expériences similaires à ce mode de prise en charge sont rapportées aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Afrique du Sud mais leur fonctionnement n'est pas analogue à celui du Royaume-Uni (71). En effet, au Royaume-Uni, le contact du patient se fait avec une infirmière, alors qu'il se fait avec un médecin pour les autres pays.

Salisbury *et al.*³ (71,72) soulignaient qu'aucun travail global d'évaluation du fonctionnement de l'ensemble des walk in centres n'avait été réalisé, la plupart des évaluations portant sur un seul centre. Les quelques travaux effectués suggéraient que, bien que ces centres fournissaient des soins de bonne qualité et populaires, les coûts étaient relativement élevés, et il n'était pas établi qu'ils permettaient de réduire la demande d'autres services de santé (72).

► Unités de prise en charge des petits traumatismes

Une partie importante du recours aux services des urgences est liée à des petites blessures ou traumatismes. Les unités de prise en charge des petits traumatismes ont été mises en place dans plusieurs villes du Royaume-Uni et visent à remplacer les petits services d'urgence de certains

³ Le D^r Salisbury et son équipe de l'université de Bristol ont été chargés de procéder à l'évaluation nationale des *wal-in centres*.

hôpitaux (71) pour les blessures et traumatismes. Ces unités sont souvent intégrées dans les centres sans rendez-vous, ou dans les structures de soins primaires (73).

Ces services sont ouverts aux heures ouvrables, 7 jours sur 7 et sans rendez-vous. Ils disposent d'appareils de radiologie et d'une salle de traitement. La prise en charge médicale est assurée par des médecins généralistes qui sont appelés par les infirmières travaillant dans l'unité de prise en charge des petits traumatismes (74).

Évaluation

Cooke *et al.* (75) mentionnent trois études évaluant les conséquences sur l'utilisation des services d'urgence de ce type de dispositif. Elles avaient montré respectivement que de 7 % (76), 24 % (77) et 48,4 % (74) des patients qui avaient recours aux services d'urgence pouvaient être traités par ces unités. Pour autant, Salisbury, dans son évaluation nationale, avait montré que l'on n'enregistrait qu'une petite baisse du recours aux services d'urgence, non statistiquement significative.

3.1.4 Renforcement de la plate-forme de services proposés dans le cadre des services d'urgence hospitaliers

La localisation des unités de soins de premier recours fait débat. Faut-il qu'ils soient proches des lieux de résidence ou de travail des patients ou au contraire, proches des services d'urgence hospitaliers, compte tenu du fait qu'ils visent à s'y substituer ? Par ailleurs, il apparaît nécessaire de réformer l'accueil hospitalier des urgences. Apparaissent ainsi des structures hybrides qui sont localisées dans l'hôpital ou très proches de celui-ci, et destinées à prendre en charge les « fausses urgences ».

► Centres de soins sans rendez-vous dans les services d'urgence

La dernière vague de création des centres sans rendez-vous britanniques en 2004 (Huit centres) a localisé ces centres dans les départements d'urgence hospitaliers (72).

Ces nouveaux centres partent de l'idée qu'il n'est pas pertinent de dissuader les patients d'accéder à l'hôpital. L'objectif est d'adapter les services fournis là où les patients se présentent. La création de ces centres a été réalisée parce que les services d'urgence hospitaliers avaient des difficultés à remplir les objectifs que le NHS s'était fixés, à savoir la prise en charge des patients dans un délai inférieur à 4 heures après l'arrivée au service d'urgence. Par ailleurs, l'objectif de ces centres était de fournir un environnement mieux approprié aux patients ayant des problèmes de santé peu importants. Dans ce cas, le patient est, en fonction de son état de santé évalué par une infirmière, orienté vers le centre de soins sans rendez-vous ou vers le service d'urgence de l'hôpital (72).

Évaluation

Une étude britannique récente publiée dans deux articles (72,78) évaluait l'intérêt des centres sans rendez-vous localisés dans les départements d'urgence des hôpitaux. L'analyse comparait la prise en charge dans les huit structures couplant centres sans rendez-vous et service d'urgence à la prise en charge dans un service d'urgence seul. Les sites ont été appariés en fonction de leurs délais de prise en charge. Des données organisationnelles ont été recueillies, ainsi que des données médicales et de satisfaction concernant les patients (200 dans chaque site). Une analyse économique a été conduite du point de vue du NHS. Elle évaluait le coût de fourniture des services dans chaque type de structure.

Ce travail n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative sur la fréquentation, le processus de soins (même si les patients traités dans les structures combinées étaient le plus souvent pris en charge par des infirmières), les résultats de santé ou le coût en fonction des différentes structures.

Les centres sans rendez-vous ont permis de prendre en charge des patients qui, autrement, auraient été orientés vers les services d'urgence, mais sans que cela s'accompagne d'un bénéfice pour les patients ou d'une réduction de coûts. Les souhaits des patients s'orientaient plutôt vers les soins d'urgence, puisque 35 % (70/215) des patients ayant été orientés vers le centre sans rendez-vous auraient préféré être pris en charge par le service d'urgence, et que seulement 12 % (38/260) des patients vus dans les services d'urgence auraient préféré être pris en charge par un centre sans rendez-vous. L'orientation vers la structure la plus adaptée est aujourd'hui réalisée par les professionnels de santé, alors qu'il devait initialement effectuer à l'initiative du patient, ce qui limite potentiellement la satisfaction des patients (78).

Une des limites de cette étude est l'évaluation a été réalisée peu de temps après la mise en place de ces structures. Pour autant, les auteurs concluent que leur travail conduit à s'interroger sur la pérennité de ce type de structure.

► **Coopératives de médecins situées à proximité des services d'urgence hospitaliers**

En 2003, le ministère de la Santé des Pays-Bas a souhaité favoriser un modèle intégré de coopératives de médecins, en les localisant sur le même site que les services d'urgence hospitaliers. Les patients passent alors obligatoirement par la coopérative de médecins généralistes et ne peuvent plus accéder au service d'urgence hospitalier sans être passée par elle.

De même, en 2006, le rapport de Grall (59) soulignait que les MMG avaient naturellement leur place dans les réseaux des urgences instaurés dans le décret du 22 mai 2006 et qu'il fallait favoriser les organisations intra-hospitalières, tout en adaptant les modes de financement, ainsi que l'encadrement juridique de cette activité.

Évaluation

Dans une étude avant-après réalisée à Maastricht, Van Uden *et al.* (55) avait montré que ce système intégré permettait de réduire le nombre de patients utilisant les services d'urgence hospitaliers de 53 %. Néanmoins, un nombre plus important de patients était vu dans les services de coopératives intégrées que dans les coopératives simples.

Par ailleurs, une évaluation de la satisfaction des patients (1 160 questionnaires remplis), réalisée dans le sud des Pays-Bas, comprenant quatre coopératives simples et une coopérative intégrée, avait montré que plusieurs patients préféreraient la coopérative intégrée, parce qu'elle permettait de disposer les services de soins primaires et d'urgence sur un même site (61).

En France (voir tableau 20), les résultats en matière de localisation ne sont pas tranchés. Alors que pour la Haute-Normandie, l'URCAM conclut que « l'on peut penser que l'impact de la MMG est d'autant plus grand que celle-ci est intégrée à un hôpital doté d'un service d'urgence », l'étude réalisée à Saint-Étienne n'enregistre qu'une incidence faible sur le passage aux urgences.

Le coût de ce modèle d'organisation par rapport à la coopérative classique a été analysé par Van Uden *et al.* (55), en comparant une coopérative classique située à Heerlen (couvrant 285 000 habitants, 120 généralistes participants) à une coopérative intégrée, située à Maastricht (couvrant 190 000 habitants, 83 généralistes participants). Les conditions de fonctionnement des deux structures étaient pratiquement semblables. Les coûts ont été calculés pour l'année 2003, du point de vue de l'assurance-maladie ; les coûts pour les patients n'ont pas été intégrés. Un coût per capita a été calculé en divisant le coût total annuel de fonctionnement de la coopérative par la population couverte. Les résultats sont présentés dans le Tableau 22. La variation dans les coûts des services d'urgence a été calculée en évaluant le coût total de ce service un an avant et un an après la mise en place de la structure intégrée.

Tableau 22. Évaluation de la différence de coût per capita du modèle de coopérative intégrée par rapport au modèle classique année 2003 Van Uden, 2006 (55)

	Modèle intégré		Modèle séparé classique	
	Total	Per capita N=190 000	Total	Per Capita N= 285 000
Personnel/management	761 484 €	4,01 €	1 025 561 €	36 €
Salaires des généralistes	840 740 €	4,42 €	1 287 311 €	4,52 €
Hébergement	105 893 €	0,56 €	129 011 €	0,45 €
Coordination et organisation	71 970 €	0,38 €	122 754 €	0,43 €
Autres	399 480 €	2,1€	440 250 €	1,54 €
Total	2 179 567 €	11,47 €	3 004 987 €	10,54 €

Ce travail avait permis de montrer que le modèle intégré était globalement plus coûteux per capita que le modèle classique. Pour autant, il avait généré plus d'activité (289 contacts pour 1 000 patients) que le modèle classique (267 contacts pour 1 000 habitants). Les coûts par contact n'étaient pas différents (39,7 € pour le modèle intégré et 39,4 € pour le modèle classique). Le modèle intégré n'avait permis de diminuer les coûts des services d'urgence que de 16 582 €. Cette faible baisse des coûts était liée au fait que les services d'urgence ne se sont pas réorganisés, malgré la baisse des recours.

Le rapport coût/efficacité du modèle intégré était donc jugé équivalent par rapport à celui du modèle classique. En revanche les soins d'urgence ont connu une baisse de fréquentation, sans baisse des coûts et sont donc moins efficaces. Néanmoins, comme le financement du service d'urgence avait été diminué de 1,36 million d'€, le système intégré était jugé préférable du point de vue du financeur (55).

Aucune étude comparant le coût du modèle intégré par rapport au modèle classique n'a pu être retrouvée pour la France.

3.1.5 Tri des patients et conseils par téléphone

Le tri des patients par téléphone est une pratique de plus en plus courante. Il s'effectue dans le cadre du modèle « coopératives de médecins » lorsque le patient s'adresse à elles en dehors des jours ouvrables. Il peut être réalisé par des médecins ou des infirmières spécialement formées.

Le tri s'organise plus systématiquement et de manière étendue pour tous les recours aux soins en Suède et au Royaume-Uni.

► Au Royaume-Uni par NHS direct

La plupart des médecins britanniques, ont depuis 2004, délégué la responsabilité de la continuité des soins aux institutions de soins primaires appelées PCTs (*Primary Care Trusts*). Certains PCTs utilisent des compagnies privées (voir section suivante) pour assurer ce service, d'autres utilisent NHS direct (51).

Ce service, mis en place en 1997 est accessible gratuitement à tous les résidents britanniques. Des infirmières spécialement formées et qui ont au moins cinq ans d'expérience reçoivent les appels. Elles délivrent des conseils médicaux et effectuent un tri des patients en utilisant un modèle de décision automatisé. Si un appel nécessite des soins en urgence, celui-ci est transféré à un département de contrôle paramédical des urgences qui envoie immédiatement une ambulance (79). Dans les services de permanence, les médecins sont remplacés, autant que possible, par ces infirmières (54).

L'objectif de NHS direct est de limiter la demande directe de services médicaux, au profit d'une demande intermédiée par un professionnel de santé.

► **En Suède par le centre d'information sur la santé**

Le centre d'information sur la santé du conseil de comté (54) peut être joint à tout moment par téléphone qui met en relation le patient avec des infirmières formées spécialement. L'infirmière est habilitée à donner des conseils, à prendre rendez-vous avec le médecin de soins primaires, ou à juger qu'une prise en charge en urgence est nécessaire. Les évaluations sur la sécurité et l'acceptabilité de ce service ont montré que les infirmières étaient capables de fournir une évaluation de la situation du patient, et des conseils comparables à ceux fournis en face-à-face (71).

Évaluation

Aucune étude en langue anglaise évaluant le dispositif suédois et ses conséquences sur le recours à l'hôpital n'a pu être trouvée.

Pour la Grande-Bretagne, l'étude de Griffiths et Collier (79) avait montré que sur 979 appels dérivés des services d'urgence hospitaliers vers le NHS direct, 59 % recevaient des informations, 27 % étaient orientés vers une prise en charge autonome par le patient lui-même et, le cas échéant, vers un contact avec un médecin généraliste. 29 % seulement étaient orientés vers un service d'urgence hospitalier.

L'étude de Munro *et al.* (80) avait étudié les appels en direction de NHS direct sur une période de 24 mois dans trois zones de l'Angleterre. Sur les 68 500 appels reçus en provenance d'une population de 1,3 million d'individus, 72 % étaient en dehors des jours ou heures ouvrables. Il n'a pas été observé de différence significative dans l'utilisation des services d'urgence. En revanche, le taux de recours à la coopérative de médecins avait diminué faiblement mais significativement d'un point de vue statistique, avec une tendance à l'accroissement des recours de +2 % par mois avant l'introduction de NHS direct, passant à une diminution de -0,8 % par mois après (IC95 % : -4,2 % à -1,5 %).

3.1.6 Délégation de services

► **À un médecin de permanence de soins**

En Italie (54), l'autorité locale de santé doit garantir un accès permanent à des soins de médecins généralistes. Pour ce faire, le relais en dehors des heures ouvrables est assuré par des médecins de permanence des soins (*medici di continuità assistenziale*) qui travaillent les nuits, les week-ends et jours fériés. S'ils le souhaitent, les médecins généralistes peuvent remplir cette fonction. Le médecin de permanence des soins est payé sous forme d'un forfait horaire selon une nomenclature régionale. Ce système ne semble pas rencontrer un grand succès car le médecin de permanence des soins n'a pas de diplôme d'urgentiste et est moins bien rémunéré que les médecins généralistes. De ce fait, les candidats sont peu nombreux et il existe un fort turnover.

► **À des compagnies commerciales**

Lorsque la sous-traitance s'effectue auprès de compagnies commerciales qui embauchent des médecins de garde, le système peut être à l'origine de surcoûts pour le financeur. La Suède a ainsi abandonné ce système en raison du caractère jugé superflu de certaines visites à domicile de médecins généralistes privés (alors que l'essentiel du système est public) (54).

Conclusion

La prise en charge en dehors des jours ouvrables permettant une continuité des soins est appréciée des patients. Elle connaît un fort succès car elle répond à un besoin pour l'amélioration d'organisation des soins de premiers recours.

Dans ce cadre, les modèles du type centres de santé sans rendez-vous et les coopératives de médecins sont des structures dont le but est d'assurer la continuité des soins, et de désengorger les autres structures, notamment les consultations des médecins généralistes et les services d'urgence hospitaliers.

Pour autant, leur intérêt médical et économique pour limiter le recours à l'hôpital n'a à ce jour pas pu être établi pour plusieurs raisons :

- les centres sans rendez-vous et les coopératives de médecins apparaissent plus comme des structures favorisant la continuité des soins primaires, et apportant des facilités en termes d'horaires ou d'accès aux soins de proximité dans les zones où les soins primaires sont déficients (78), que comme permettant de limiter le recours aux urgences à l'hôpital. Les raisons conduisant au recours aux services d'urgence hospitaliers sont en effet complexes. En Grande-Bretagne, il n'y a pas d'évidence montrant que le changement de fourniture de soins modifie substantiellement le flux de patients vers les urgences (75,81) ;
- la restriction de choix (pas d'accès direct aux urgences) n'est en général pas bien vue par les patients, qui ont l'impression de savoir où il faut s'adresser. La baisse de coût de prise en charge n'est pas établie, en particulier parce que les services d'urgence ne se réorganisent pas, malgré la baisse des recours.

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir apprécier leur intérêt organisationnel.

Il n'est donc pas à ce jour possible de préconiser ce type de structures dans le cas français, pour diminuer le recours aux urgences hospitalières.

Concernant NHS direct, il est établi qu'il n'y a pas de perte d'efficacité à proposer un tri et des conseils par téléphone, *via* une infirmière, par rapport à un entretien en face-à-face avec cette même infirmière. Il n'est néanmoins pas établi que les services de tris permettent de diminuer le recours aux urgences hospitalières ou aux services de coopératives, même s'ils semblent limiter le rythme d'accroissement de la demande pour ces services.

3.2 Développer des alternatives à l'hospitalisation complète

Les soins dits « hors les murs » font référence à des soins de « type » hospitaliers mais qui sont fournis à l'extérieur de l'hôpital. L'idée étant de développer un continuum entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires. Les populations concernées par les soins hors des murs sont généralement les patients souffrant de maladies chroniques. Le terme soins hors des murs est essentiellement utilisé aux Pays-Bas (2,82).

Une étude, souvent citée en référence dans les autres publications sur les soins hors des murs, avait été réalisée en 1999 aux Pays-Bas sur 271 structures de ce pays (représentant 71 % des hôpitaux et 63 % des organisations de prise en charge à domicile). Elle avait permis de dresser une typologie des structures de soins hors les murs (83). Sept catégories d'initiatives avaient pu être identifiées :

- infirmières employées par des hôpitaux ou des organisations de soins à domicile. Elles prennent en charge des cas chroniques (diabète, asthme, polyarthrite rhumatoïde...) en effectuant des soins traditionnellement assurés par des médecins ;
- édition de guides médicaux communs entre les structures hospitalières et les structures de soins primaires ;
- mise à disposition de techniques ou de technologies traditionnellement disponibles à l'hôpital. Des infirmières non spécialisées (appartenant aux structures de soins primaires) fournissent le support technique pour ces soins durant les jours ouvrables. Les infirmières hospitalières ou médecins spécialisés effectuent l'encadrement des protocoles ;

- organisation de soins à domicile pour patients que l'on fait sortir plus tôt que prévu de l'hôpital ;
- consultations médicales de spécialistes hospitaliers pour les structures de soins primaires. Les consultations de spécialistes s'effectuent dans des centres de diagnostic ou au cabinet du médecin généraliste ;
- soins effectués dans des structures intermédiaires (généralement les maisons de soins infirmiers) ;
- prescription et administration de médicaments à domicile.

Les soins hors les murs aux Pays-Bas se sont développés à partir d'initiatives locales mais leur évolution actuelle est incertaine en raison de problèmes de financement et de pénurie d'offreurs (2).

Dans la littérature portant sur le système de santé britannique, on trouve plutôt le terme de soins partagés (84) ou soins intégrés (82). Pour autant cela ne couvre pas le même périmètre, et concerne plutôt la notion de travail collaboratif ou en réseau entre les structures de soins primaires et les services hospitaliers. Ce travail collaboratif recouvre une définition très large allant du simple envoi de lettre, aux soins réalisés dans une structure commune Hickman (85). Dans une étude réalisée en Écosse et dans la région Nord Ouest de la Tamise, six types de modalités de partage des soins avaient été identifiés :

- de base (échange de lettres entre spécialistes et généralistes) ;
- consultations de spécialistes dans les structures de soins primaires ;
- consultations conjointes entre les spécialistes et généralistes ;
- partage dossiers médicaux ;
- partage électronique de fichiers de rendez-vous et de fichiers de patients ;
- envoi de courriers électroniques.

La coordination des soins entre les médecins (partage de dossiers médicaux) et la rédaction de guidelines ou de protocoles médicaux sortent du champ de la présente étude.

À partir des deux typologies présentées ci-dessus, il apparaît que les deux principales innovations organisationnelles de soins hors les murs concernent la mise à disposition de consultations ou de techniques par les spécialistes hospitaliers dans les structures de soins primaires (*specialist outreach clinics*) partie 3.2.1. et l'hospitalisation à domicile (partie 3.2.2.). La chirurgie ambulatoire, par ses modes de prise en charge en amont et en aval, peut également être classée dans cette catégorie (3.2.3)

3.2.1 Par des consultations de spécialistes hospitaliers dans les structures de soins primaires

Il s'agit ici, pour certains pays, de fournir en ambulatoire les soins de spécialistes qui ne pouvaient initialement pas être pratiqués à l'extérieur de l'hôpital. Pour externaliser des soins, il faut généralement mettre en place une collaboration étroite entre le service hospitalier (soins spécialisés) et les structures soins primaires (2,82) dans le cadre d'une structure formelle. Des initiatives se sont développées pour rendre les spécialistes accessibles dans les structures de soins primaires.

► Consultations spécialisées de proximité

Au Royaume-Uni, les consultations spécialisées de proximité se sont multipliées parce qu'elles permettaient aux médecins de fournir des soins qui normalement étaient réalisés dans les

hôpitaux, tout en étant plus proches du patient et pour un coût potentiellement moindre (2). Elles ont généralement lieu dans les structures de soins primaires.

Elles ont pris leur essor suite aux réformes du NHS britannique intervenues à partir de 1991, qui positionnent les offreurs de soins primaires comme acheteurs de soins secondaires *via* les médecins généralistes puis *via* les *Primary Care Trusts*. La première spécialité « externalisée » a été la psychiatrie puis cela a été le tour de l'obstétrique, de l'orthopédie, de la dermatologie, de l'ophtalmologie et la pédiatrie (86).

Ces consultations de spécialistes à l'extérieur de l'hôpital permettent de faire la transition vers les centres de santé « multifonctions ». Dans les pays à système national de santé, la tendance est en effet au développement de centres de soins primaires intégrés, c'est-à-dire pluridisciplinaires et de proximité offrant de plus en plus à la fois des soins spécialisés et techniques, ainsi que, la petite chirurgie et disposant également des services sociaux et communautaires (87).

Cela renvoie à la notion de « superconsultations » au Royaume-Uni (88). Créés en 2004, il s'agit de centres multicompetences de recours unique, qui offrent des services de soins qui étaient traditionnellement accessibles uniquement à l'hôpital, ainsi que des consultations de généralistes et d'autres professionnels de santé ou de travailleurs sociaux. L'objectif est de rendre les soins accessibles aux personnes défavorisées, ainsi qu'aux personnes résidant dans des lieux où l'offre de soins primaires est insuffisante. Début 2005, il existait 9 superconsultations sur le territoire britannique.

Évaluation

Une revue systématique de la littérature concernant ces consultations de spécialistes hors hôpital en Grande-Bretagne a été effectuée par Powell en 2002 (89). Ce dernier a identifié quinze études britanniques publiées entre 1979 et 2000 décrivant ou évaluant ces consultations. Ces études portaient souvent sur des cohortes limitées de médecins ou de patients et, sauf une, n'étaient pas randomisées. La conclusion de ce travail était que les consultations de spécialistes à l'extérieur de l'hôpital n'apportaient pas clairement la preuve d'un avantage par rapport aux consultations hospitalières, en termes d'efficacité médicale. En revanche, dans les sept études qui évaluaient cette dimension, elles apportaient de la satisfaction aux patients, parce qu'elles réduisaient le temps de transport et le temps d'attente. Cinq des six études avaient montré que le coût direct total ou marginal pour les services de santé était plus élevé que les consultations effectuées à l'hôpital. Il n'était pas possible d'évaluer les différences entre les spécialités médicales.

Waghorn *et al.* (90) dans un article présentant les innovations mises en place au Royaume-Uni pour limiter le recours à l'hôpital, soulignaient que ces consultations à l'extérieur de l'hôpital généraient des temps de déplacement importants pour les médecins hospitaliers, et réduisaient l'accès à l'hôpital.

De même, dans leur présentation du système de santé espagnol, Duran *et al.* (15) soulignaient que, dans certaines régions, les équipes de médecins spécialisés des hôpitaux se rendaient dans centres de santé ambulatoires pour assurer des consultations ou des soins spécialisés. Le fait que les équipes hospitalières se relaient semble toutefois poser un problème de continuité dans le suivi des patients.

Conclusion

Ce mode d'organisation concerne les pays dans lesquels l'accès aux spécialistes n'est pas possible à l'extérieur de l'hôpital. Elles n'ont donc que peu d'intérêt pour la France. Elles pourraient toutefois être expérimentées dans le but de permettre un accès de proximité au spécialiste dans les régions qui connaissent localement une pénurie de spécialistes libéraux.

3.2.2 Par le développement de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) trouve ses origines en France en 1961 (91). Elle s'est développée depuis dans un nombre important de pays.

Ce concept renvoie à des modèles d'organisation des soins qui varient de manière importante en fonction des pays. Par exemple, au Royaume-Uni, les soins d'HAD sont surtout des soins primaires, peu techniques, alors qu'en France ou aux États-Unis des soins très techniques (exemple : chimiothérapie à domicile) sont également fournis. Par ailleurs, les soins d'HAD relèvent soit de la compétence des structures de soins primaires, soit de celle des structures hospitalières. Certaines structures sont conçues pour assurer la prise en charge de certains soins sur le long terme (exemple : assistance respiratoire, nutrition parentérale, soins de nursing aux personnes âgées), alors que d'autres s'attachent à réaliser une prise en charge de court terme, principalement posthospitalisation. De ce fait, la fonction de l'HAD dans les systèmes de soins européens est variable, avec de multiples cas particuliers à l'intérieur d'un même pays.

Évaluation

Une revue Cochrane (91) incluant les essais randomisés sur l'HAD avait permis d'établir qu'il n'était pas démontré que l'HAD constituait une alternative moins coûteuse que la prise en charge à l'hôpital. Par ailleurs, aucune différence dans les différentiels d'état de santé n'avait pu être démontrée. Néanmoins, les patients pris en charge à domicile étaient plus satisfaits que ceux traités en hospitalisation classique. Le point de vue des professionnels de santé était quant à lui plus nuancé.

Le faible nombre de patients admis en HAD rendait les conclusions de ces études fragiles. Par ailleurs, il était nécessaire de considérer l'environnement organisationnel dans lequel ces soins étaient prodigués. Ainsi, les coûts des soins dans un hôpital universitaire étaient généralement plus élevés que ceux dispensés dans un hôpital général. Le résultat en matière de coût par rapport à l'HAD pouvait ainsi varier en fonction de la structure qui était substituée.

Conclusion

L'organisation de l'HAD par pays étant particulièrement complexe à décrire et étant peu rapportée dans la littérature exploitée, il n'a pas été possible d'en faire état de manière plus détaillée dans ce rapport. Ce mode d'organisation devrait faire l'objet d'une enquête spécifique.

3.2.3 Par le développement de la chirurgie ambulatoire

► Définition

Le terme chirurgie ambulatoire ou chirurgie d'un jour est défini de manière consensuelle dans la littérature. Il fait référence à des pratiques avec admission à l'hôpital le jour même de l'intervention et sortie quelques heures après cette intervention. Les patients concernés ont été préalablement sélectionnés et préparés. Ces interventions sont planifiées et non urgentes (92-94).

La chirurgie ambulatoire couvre un large spectre d'interventions et de spécialités. Elle peut s'effectuer sous anesthésie locale ou générale (93). Elle se déroule en milieu hospitalier ou dans d'autres structures capables de remplir les exigences de sécurité (92).

► Rationnel

En 2007 l'European Observatory en collaboration avec l'IAAS (93) ont dressé un constat et émis des recommandations sur la chirurgie ambulatoire en Europe.

Le rationnel médical pour le développement de la chirurgie ambulatoire est qu'elle permet de fournir des soins dans des conditions de sécurité médicale au moins analogues à celles de la

chirurgie classique, en utilisant des procédures médicales de qualité identique tout en apportant un meilleur confort aux malades et une durée de séjour plus faible (93). Cela a pu être possible en raison du développement de procédures chirurgicales moins invasives, et de la mise au point de nouvelles techniques d'anesthésie (95).

La littérature économique rapporte que la chirurgie ambulatoire permet une baisse des coûts par rapport à la chirurgie classique (93). Pour autant, la baisse des coûts n'est pas toujours effective, car si des lits d'hospitalisation classiques ne sont pas fermés, il peut y avoir cumul des deux types de lits (93).

► **Fréquence par pays**

Une étude réalisée par l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) et l'OCDE (93) auprès de leurs membres correspondants a permis de montrer la variabilité des pratiques en chirurgie ambulatoire pour 37 procédures chirurgicales de référence (classées en fonction de la CIM9) fréquentes et pratiquées aussi bien en chirurgie classique qu'en chirurgie ambulatoire. Les résultats pour l'Europe (12 pays ayant répondu à l'enquête) sont présentés dans le Tableau 23.

Tableau 23. Pourcentage d'actes pratiqués en chirurgie ambulatoire dans les différents pays d'Europe

	Myringotomie	Tonsillectomie	Rhinoplastie	Broncho-médiastinoscopie	Cataracte	Strabisme	Extraction dentaire	Stérilisation endoscopique	Avortement légal	Dilatation /curetage	LAVH	Cytorectomie ??re ctale ???	Circoncision
Belgique	94,6	93,6	18	24,9	87	81	96,8	67,2	-	79	0,2	5,1	88
Danemark	81	30	52,5	67	98	65	91,7	90	97	86,9	3,1	7,3	92,9
Angleterre	82	7	17	3,5	90	80	87	84	-	70	0,2	1	74
Finlande	-	24	-	-	91,5	-	-	89	-	-	-	-	75
France	90	20	9	32	45	19	52	5	87	45	0	0	82
Allemagne	61,4	18	16,6	85,8	42	46	96	41,5	5,1	40	1,3	19,1	53,6
Italie	50	15,7	5,7	22	62	21	58	22	84	33,5	0,1	1	56
Pays-Bas	98	64	-	56	92	90	-	93	90	69	0	0,5	96
Norvège	87	28	64	27	93	50	96	52	97	73	1	4	86
Portugal	15	9,2	1,5	-	31	29	44,8	23,5	Non légal	34,8	0	-	41,9
Espagne	0-78	1-42	-	1-10	42-90	2-69	-	0-73	0-2	-	-	6-50	34-94
Suède	80	14,3	32,5	48	97	65	95	80,6	92	-	1,4	1,7	89

Tableau 23 (suite). Pourcentage d'actes pratiqués en chirurgie ambulatoire dans les différents pays d'Europe

	Chirurgie testiculaire	Stérilisation masculine	TURP	Réduction mammaire	Abdomen pendens	Varices	Arthroscopie genou	Arthroscopie ménisque	Retrait d'implant	Déformation des pieds	Canal carpien	Baker cyst	Dupuytren
Belgique	52	97	0,6	0,9	4	66	69	79	75	41	93	37,8	84,5
Danemark	63,7	99,8	1,3	5,4	6,3	89,3	92	91	83,5	72	78	76,4	86,6
Angleterre	57,8	97	1	1	-	54	65	70	-	28	88	-	42
Finlande	-	-	1,9	-	-	56,7	74	-	-	50,8	81	-	-
France	29	0	0	1	1	17	29	36	40	2	79	15	54
Allemagne	39	84,8	3,2	3	3	30,5	17	32,5	33	42,5	62,5	19	60
Italie	18,2	58	0,4	2,1	2,1	40	32	28,7	35	20,5	73,5	52	48
Pays-Bas	63,7	97,5	0,7	0,3	0,3	69	93	92	64	27	95	57	81
Norvège	38	99	0	54	54	79	76	88	60	61	83	79	42
Portugal	29,7	-	0	-	-	13,3	1,9	1,8	4,7	-	39	-	21
Espagne	-	50-99	-	0-1,8	0-1,8	19-52	-	6-53	-	3-59	13-88	-	-
Suède	41	98,7	1,3	4,2	4,2	80,8	88	93	51	45	79	79	64

Tableau 23 (fin). Pourcentage d'actes pratiqués en chirurgie ambulatoire dans les différents pays d'Europe

	Ligaments croisés	Disc	Excision mammaire	Mastectomie	Lap. Chol.	Antireflux	Hémorroïdes	Hernie	Coloscopie ??? Coloscopie ou Côlonoscopie ???	Polypes colon	Pilonidal cyst
Belgique	14,7	1,9	58	3	1,2	0,1	29,1	19,9	69	74,8	33,6
Danemark	55,7	1,6	45,3	7,2	18,8	6,1	82	73	92,9	94,4	91
Angleterre	-	1	-	2	3	-	18	42	86	-	34
Finlande	-	-	16,5	-	10,3	-	14,7	46	-	-	-
France	1	0	24	7	0	0	6	8	67	73	10
Allemagne	46	4,2	35	8,7	0,5	3,2	19,5	6	90	85	99
Italie	2,2	2,5	64	1,8	1,6	1	16,6	29,6	26	39	64
Pays-Bas	5,1	0,4	41	0,4	2	0	53	38	-	98	14
Norvège	22	6	46	12	12	6	73	63	78	85	87
Portugal	-	0,8	28,7	1,1	1,2	-	12,5	14,9	-	-	28,8
Espagne	-	0-0,6	-	-	0-10	0-11	2-42	6-52	-	-	-
Suède	-	0,6	41	5,7	11	2,9	79,6	68,9	80	87	92

Pour ces 37 interventions, il existait une très forte hétérogénéité entre les pays. Les pays ayant le plus développé la chirurgie ambulatoire sont le Danemark, la Norvège et la Suède. Dans ces pays le nombre d'interventions effectuées en chirurgie ambulatoire pour les procédures de référence dépasse souvent les 70 %. La France pratiquait en 2003 encore moins de 50 % des actes de référence en chirurgie ambulatoire, à l'exception de la myringotomie (90 %), de l'avortement légal (87 %), de la circoncision (82 %) et de la coloscopie (67 %).

Il est nécessaire d'interpréter ces données avec une grande prudence, compte tenu des difficultés méthodologiques afférentes à leur collecte, notamment concernant les bases de données utilisées, ainsi que les difficultés de comparabilité des procédures médicales entre elles. Par ailleurs il existe de grandes différences entre les pratiques à l'intérieur d'un même pays entre les hôpitaux, et en fonction des régions, comme l'a mis en évidence le rapport de la CNAMTS pour la France sur des données de l'année 1999 (96) :

- on notait un déséquilibre entre les deux secteurs de financement au niveau de l'activité de chirurgie ambulatoire. Le secteur privé sous OQN réalisait 55 % des interventions chirurgicales en hospitalisation complète mais était à l'origine de 87 % des interventions chirurgicales en ambulatoire ;
- les régions Île-de-France, PACA et Rhône-Alpes concentraient 36 % des interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation complète et 42 % des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire.

► Facteurs influençant le recours à la chirurgie ambulatoire

Les causes de cette hétérogénéité ont été recherchées par Kroneman *et al.* (94) à partir d'une enquête qualitative par questionnaire réalisé en 1996-1997 auprès de 25 experts de 12 pays⁴. Ce travail a permis de montrer que la chirurgie ambulatoire s'est développée à des périodes différentes. Elle était déjà assez fortement développée avant 1980 en Autriche, au Danemark, en Italie, en Norvège, en Suisse et en Grande-Bretagne. Son essor se situe entre 1980 et 1985 pour la Belgique et les Pays-Bas. Il remonte à 1985-1990 pour la Finlande et la Suède et est postérieur à 1990 pour la France et l'Allemagne.

Les remarques des experts sur les facteurs encourageant ou freinant le développement de la chirurgie ambulatoire ont permis d'élaborer un jeu d'hypothèses à tester, résumées dans le Tableau 24.

⁴ Autriche, Danemark, Italie, Norvège, Suisse, Grande-Bretagne, Belgique, Pays-Bas, France, Allemagne, Finlande, Suède.

Tableau 24. Facteurs influençant le développement de la chirurgie ambulatoire Kroneman, 2001 (94)			
Facteurs	Pays où les experts citent cette cause	Hypothèses à tester	Résultat
Facteurs encourageant le développement			
Nombre limité de lits d'hospitalisation classique (A)	Pays-Bas et Danemark	H1 : dans les pays avec un nombre élevé de lits pour 1 000 habitants, la chirurgie ambulatoire est la moins développée. H2 : les pays ayant fortement réduit leurs lits d'hospitalisation se sont tournés vers la chirurgie ambulatoire.	Validée par test de Spearman $r=0,78$, $P=0,01$. Validée par test de Spearman $r=0,83$; $P=0,03$
Implication forte du secteur des soins primaires dans la prise en charge posthospitalisation	Grande-Bretagne, Danemark	H3 : dans les pays qui ont un fort secteur de soins secondaires, la chirurgie ambulatoire s'est moins développée que dans ceux avec fort secteur primaire (mesuré par le nombre de GP pour 1 000 et le rapport GP/spécialistes, le nombre d'infirmières à domicile). H4 : dans les pays qui n'ont pas de services de consultations externes hospitalières, la chirurgie ambulatoire est plus faible que dans les pays avec des consultations externes.	Non validées que ce soit par le nombre de GPs (test de Spearman $r=0,40$, $P=0,25$) ou le ratio GP/spécialistes (test de Spearman $r=0,18$, $P=0,63$). Validée par le nombre d'infirmières à domicile test de Spearman $r=0,72$, $P=0,02$ Non validé, seul le Danemark et l'Allemagne n'ont pas de consultations externes, mais leur situation vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire est très différente.
Facteurs freinant le développement			
Manque d'incitatif financier et/ou financement désincitatif	7 pays sur 12	H5 : dans les pays où l'hôpital est financé par un budget global la chirurgie ambulatoire est plus importante que dans ceux financés par jour. H6 : dans les pays où les médecins sont rémunérés à l'acte, la chirurgie ambulatoire est plus développée que dans ceux où les médecins sont salariés. H7 : dans les pays où les coûts de la chirurgie ambulatoire sont financés à hauteur de leur importance, la chirurgie ambulatoire est plus développée.	Non validée, pas de relation trouvée. Non validée. Ce sont les pays où les médecins sont salariés qui ont le plus développé la chirurgie ambulatoire. Non validée.
Nombre trop important de lits d'hospitalisation classique	Autriche	<i>Idem</i> que A	
Implication des proches nécessaire dans la prise en charge posthospitalisation.	Autriche	Non testée.	

En conclusion, il était difficile d'établir une liste des facteurs influençant le développement de la chirurgie ambulatoire. Les facteurs qui semblent contribuer à son développement étaient le faible nombre (pénurie) ou la diminution forte du nombre de lits d'hospitalisation classique ainsi que le nombre d'infirmières à domicile. Par ailleurs, contrairement à ce qui était attendu, ce sont dans les pays où les médecins salariés que la chirurgie ambulatoire s'est le plus développée.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est aussi lié à l'existence de délais d'attente jugés trop importants pour la chirurgie non-urgence et à la volonté de forte de réduire ces délais dans certains pays. Toftgaard (95) évoque également le poids des traditions et d'éléments culturels.

L'enquête réalisée par la CNAMTS (96) en France a montré que « le développement de la chirurgie ambulatoire nécessitait avant tout une évolution des mentalités et des comportements des acteurs, replaçant le patient au centre de l'organisation. Cela implique une évolution de la culture centrée sur le service et l'acte de spécialité vers une nouvelle culture d'organisation tout entière centrée sur le patient. Cela nécessite donc que soit assurée l'information la plus large possible des professionnels travaillant dans les établissements de santé, en sensibilisant en particulier les équipes qui ne la pratiquent pas encore, le personnel infirmier pouvant être un relais important. Il convient aussi d'y associer les médecins généralistes et d'amplifier l'information auprès des patients. »

► Modèles d'organisation

Récemment une typologie de quatre modèles d'organisation pour la chirurgie ambulatoire a été dressée par l'Observatoire européen des politiques et des systèmes de santé (93) Cet organisme distingue ainsi :

- **les services de chirurgie ambulatoire intégrés à l'hôpital** : il s'agit de lits dédiés à la chirurgie d'un jour dans un service d'hospitalisation classique. Les lits de chirurgie ambulatoire partagent ainsi avec la chirurgie classique les salles d'opération, les salles de réveil, ainsi que le personnel médical et infirmier ;
- **les unités de soins spécifiques à l'intérieur de la structure hospitalière** : les salles d'opération et les chambres sont dédiées à la chirurgie ambulatoire. Ce service est distinct des autres dans l'hôpital. Plusieurs spécialités chirurgicales existent dans l'unité de chirurgie ambulatoire et partagent les équipements ainsi que le personnel non médical ;
- **les unités de chirurgie ambulatoire spécifiques en dehors de l'hôpital** : de plus en plus, la chirurgie ambulatoire se pratique dans ces centres dédiés. Le SCS 2000 en donne une définition précise : les centres indépendants de chirurgie ambulatoire comprennent les établissements où exercent des médecins et d'autres personnels médicaux dont l'activité principale consiste à pratiquer la chirurgie en mode ambulatoire (par exemple, chirurgie orthoscopique et chirurgie de la cataracte). Les établissements de chirurgie ambulatoire disposent de locaux spécialisés, notamment des salles d'opération et de réveil, ainsi que d'équipements spécialisés comme du matériel d'anesthésie et de radiologie ;
- **la chirurgie ambulatoire pratiquée dans le cabinet du médecin** : il s'agit de petites annexes (salle) jouxtant les salles de consultation des chirurgiens.

L'observatoire recommande le développement d'unités de chirurgie ambulatoire multidisciplinaires, complètement distinctes des unités de chirurgie classiques et dirigées par une personne spécifique. En effet, les services intégrés à la chirurgie classique créent une confusion d'activité ou une concurrence de pratique, renforcée dans certains cas par les modes de rémunérations plus avantageux de la chirurgie classique. La chirurgie pratiquée au cabinet du médecin ne permet pas toujours de remplir les conditions de sécurité nécessaires à ce type d'intervention.

La stratégie de développement d'unités indépendantes permet selon l'observatoire d'éviter les fermetures de lits, d'augmenter le nombre de cas traités et de libérer des lits hospitaliers pour les hospitalisations classiques.

Le choix entre les unités indépendantes ou non de l'hôpital n'est pas tranché. Il existe en effet des arguments pour et contre dans chacun des modèles. Les unités indépendantes de l'hôpital occasionneraient moins de risque de transmission d'infections nosocomiales, permettraient une rotation plus rapide des patients et assureraient globalement une plus grande satisfaction des patients, notamment parce qu'il s'agit de structures proches du domicile des patients, à la différence de l'hôpital. En revanche, elles augmenteraient les coûts pour le financeur car elles nécessiteraient de développer des structures autonomes de stérilisation, des espaces de stockage, du personnel propre en anesthésie et réanimation. Par ailleurs, l'accès à l'hôpital y serait plus difficile en cas de complication.

Conclusion

La chirurgie ambulatoire est encore très insuffisamment développée en France par rapport à d'autres pays d'Europe. Il existe encore un fort potentiel de développement. Ce constat est bien connu et a fait l'objet de plusieurs travaux dont l'objectif est de déterminer les actes ayant un potentiel de développement (97). Il reste à déterminer sur quelles interventions elle doit être plus particulièrement développée, ce qui sort du cadre de ce rapport. Pour assurer son développement rapide, les unités de chirurgie ambulatoire doivent être distinctes et complètement indépendantes des structures de chirurgie classique. En revanche, ces structures peuvent ou non faire partie des structures hospitalières. Il faut veiller à ce que le financement par rapport à la chirurgie classique ne soit pas désincitatif.

3.3 Développer les structures de soins en aval de l'hôpital, en particulier pour les personnes âgées

Au cours de cette section on part des constats effectués sur le phénomène dit de blocage des lits hospitaliers (3.3.1) puis on analyse le concept de soins intermédiaires (3.3.2) et les structures qui se sont développées pour les assurer (3.3.3).

3.3.1 Le phénomène de blocage des lits hospitaliers

Le nombre de personnes de plus de 65 ans, et surtout de plus de 80 ans, qui souffrent de handicaps liés à plusieurs maladies chroniques a conduit plusieurs pays à s'interroger sur la mise en place de structures adaptées à leur prise en charge, particulièrement à l'issue d'une hospitalisation (98). Ces personnes sont en effet encore trop malades pour rentrer chez elles, mais ne nécessitent plus une hospitalisation, en particulier dans un service de soins aigus. Leur maintien en hospitalisation plus longtemps que médicalement nécessaire conduit au « blocage » de certains lits hospitaliers. Ces personnes se retrouvent donc dans les structures hospitalières de manière inappropriée.

Il est cependant difficile de mettre en évidence d'un point de vue empirique ce phénomène, en particulier parce qu'il est difficile d'identifier le moment précis où une personne est fonctionnellement et socialement capable de rentrer chez elle (98).

Quelques études ont été réalisées pour la Suède (99), la Grande-Bretagne (100) et la Norvège (101) pour tenter de quantifier ce phénomène.

Styrborn et Thorslund (99) avaient analysé l'évolution du pourcentage de patients bloquant des lits en Suède sur la période 1989-1992. Dans ce pays, depuis 1989 un inventaire des patients qui pourraient sortir de l'hôpital de court séjour mais qui ne le peuvent pas faute de capacités dans les structures relais est systématiquement réalisé par les comtés. Cet inventaire est réalisé le même jour dans tout le pays. Le nombre de blocage de lits était évalué à 3964 en 1989 soit 15,4 % des hospitalisations. Il était passé à 1491 soit environ 6,6 % des hospitalisations en Septembre 1992 suite à l'introduction d'une réforme sur les personnes âgées qui donnait aux municipalités la responsabilité de l'hébergement et des soins infirmiers pour cette population.

Smith *et al.* (100) avaient analysé rétrospectivement 821 dossiers médicaux de patients admis aux urgences dans un hôpital de district au Royaume-Uni. L'objectif était d'évaluer la pertinence des hospitalisations, au moment de l'admission et les jours suivants. L'analyse avait été effectuée en utilisant le protocole AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*). 6,2 % (51/821) [IC 95 % ; 4,6 %-7,9 %] des admissions et 45 % (2195/4885) des journées [IC 95 % ; 56,5-63,9 %] ont été jugées inappropriées. 38 % des durées de séjour inappropriées l'étaient du fait d'une durée d'hospitalisation trop longue après la fin de l'épisode médical pour lequel le patient avait été admis. Dans 42 cas sur 51, les patients auraient pu être pris en charge par une structure ambulatoire, et dans 9 cas sur 51, les patients relevaient de maisons de soins infirmiers. L'auteur compare ses résultats à ceux de quatre études britanniques plus anciennes, et dont le taux d'hospitalisation variait entre 11 et 62 %.

Une étude norvégienne avait montré qu'en 2000, 30 % des patients de 75 ans et plus séjournaient à l'hôpital en attendant d'être transférés dans des structures de soins de premier recours (101).

Conclusion

Les études sur le phénomène des blocages de lits hospitaliers étaient peu nombreuses et les méthodologies employées différentes. Pour autant, il apparaissait significatif (variant de 6 à 30 % des hospitalisations) dans les pays qui avaient tenté de le mesurer. Des études devraient être conduites en France pour évaluer l'ampleur de ce phénomène. Pour tenter de remédier à cette situation, des structures de soins intermédiaires se sont développées.

3.3.2 Définitions des soins intermédiaires

Différents pays ont donc entamé une réflexion pour développer des structures de soins intermédiaires afin d'accueillir ces populations (102). Leur objectif était de réduire la durée de séjour hospitalier et/ou de prévenir l'admission ou la réadmission à l'hôpital. La définition de ces soins intermédiaires restait ambiguë et hétérogène en fonction des pays (102).

La société Britannique de gériatrie et le Royal College of Physicians of London ont donné une définition en cinq points (103) qui a été reprise dans une circulaire du système de santé britannique (104). Les services de soins intermédiaires :

- sont destinés à des personnes qui, autrement, auraient eu à être hospitalisées de manière inappropriée et prolongée en soins aigus, en soins résidentiels de long terme ou en soins continus fournis par le NHS ;
- sont fournis sur la base d'une évaluation individuelle qui donne lieu à un plan de soins comprenant des soins de traitement et de récupération ;
- sont fournis sur une durée limitée, de six semaines au plus, et fréquemment d'une à deux semaines ;
- sont effectués sur la base d'une collaboration entre différents professionnels de santé, sur la base d'un même protocole d'évaluation et du même dossier médical.

Pour Melis (103), les structures de soins intermédiaires regroupent les institutions qui fournissent des soins et des services à des personnes qui n'ont pas besoin des prises en charge que les hôpitaux ou les services de soins infirmiers spécialisés fournissent, mais qui vont au-delà des services d'hébergement, tout en étant au-dessus des compétences des structures de primary care.

Les soins intermédiaires ne doivent pas être confondus avec les soins de transition qui sont destinés à accueillir des patients, en attendant qu'une place de soins de longue durée se libère (105).

3.3.3 Les différentes structures assurant des soins intermédiaires

Les structures qui sont à même de fournir des soins intermédiaires sont multiples. Steiner a réalisé, à partir d'une analyse de la littérature publiée entre 1992 et 2000, une typologie en fonction des objectifs recherchés. Elle est présentée dans le Tableau 25.

Type de service	Modèle de soins
Soins évitant les admissions	
Équipe de réponse rapide	Méthode de tris des patients par téléphone, assuré la plupart du temps par des infirmières, dans le but de limiter au maximum les admissions à l'hôpital.
Lits de généralistes dans les maisons de soins infirmiers	Accords entre des généralistes exerçant dans le cadre des soins primaires et des maisons de soins infirmiers, afin de dédier certains lits à l'observation ou à la récupération.
Soins posthospitalisation	
Hospitalisation dans des lits d'unités soins infirmiers	Soins infirmiers intensifs fournis à l'hôpital par des infirmières en direction de patients en fin de séjour hospitalier, ou devant recevoir des soins de réadaptation ou exclusivement des soins infirmiers.
Protocole d'accompagnement de sorties	Ensemble de services multidisciplinaires (gériatrie, services sociaux, soins primaires) destinés à préparer la sortie, comprenant la visite du domicile du patient.
Hospitalisation à domicile	Soins médicaux ou infirmiers à destination de patients qui sont dans une structure sociale leur permettant de recevoir des soins de la part d'aidants informels.
Services sociaux de réadaptation	Soins résidentiels de réadaptation intensive. L'objectif est d'éviter l'institutionnalisation en long séjour.
Soins post- ou préhospitalisation	
Hôpital de communauté	Structures fonctionnant comme un hôpital ou une unité locale de soins primaires. Ils fournissent un ensemble de services de réadaptation, de convalescence, une organisation de la sortie, des visites de médecins et un accès direct à certains actes médicaux et de petite chirurgie.
Centres de santé de communauté	Les centres de santé peuvent fournir des soins peu techniques et des services d'hébergement courts. Ils sont coordonnés par des infirmières et les soins sont fournis par des généralistes.
Lits hôteliers/hôtels de patients	Initiative suédoise à l'origine, il s'agit de lits de convalescence, dans un environnement agréable, pour des patients demandant des soins peu intensifs.

Les structures sont diverses mais sont généralement sous la responsabilité d'infirmières ou de généralistes. Par ailleurs l'organisation de la prise en charge se fait dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire et comprenant des services sociaux. Les soins intermédiaires proposent généralement un ensemble de services qui vont au-delà de la prise en charge médicale et infirmière.

Dans une enquête réalisée au Royaume-Uni, entre 2003 et 2004, auprès des PCT (*Primary Care Trusts*) (taux de réponse 35 %) Martin (107) a recensé 396 structures de soins intermédiaires totalisant 7371 places dont la localisation est précisée dans le tableau 25.

Localisation des soins	Nombre de services
------------------------	--------------------

Non résidentiel	
Services à domicile	151 (38 %)
Hospitalisation ou centre de jour	15 (4 %)
Résidentiel et non résidentiel	
Plus d'une localisation en résidentiel et non résidentiel.	68 (17 %)
Résidentiel	
Nursing homes ou résidence aménagée	60 (15 %)
Hôpital de communauté	39 (10 %)
Structures de soins intermédiaires dédiées	26 (7 %)
Hôpital de soins aigus	14 (4 %)
Pas de réponse sur la localisation	23 (6 %)
Total	396

La majorité (38 %) des soins intermédiaires était donc réalisée à domicile ; pour autant, 36 % des soins intermédiaires étaient réalisés exclusivement dans une structure résidentielle. Le taux de réponse était relativement faible et les réponses peu précises, mais cette étude a permis de confirmer l'existence de dispositifs variables pour la réalisation des soins intermédiaires. Par ailleurs, la majorité des soins étaient fournis posthospitalisations (83 %) et seulement 17 % étaient destinés à éviter les hospitalisations.

► Évaluation

Une synthèse des conclusions portant de l'évaluation des soins intermédiaires a été réalisée par Steiner (106). Des difficultés méthodologiques fortes (taille des échantillons, absence d'un nombre suffisant d'articles, difficulté de comparaison des structures entre les pays) sont soulignées dans les deux revues. Ils concluent qu'il existe un mélange de bénéfice, de déficit et une incertitude considérable sur l'intérêt médical et économique de ces structures (106). Il constate que le modèle organisationnel qui a fait l'objet du plus grand nombre de travaux est celui qui permet de fournir des soins posthospitalisation et de faire sortir les patients plus vite.

Dans ce cadre, Parker *et al.* (108) ont réalisé une analyse de la littérature incluant 45 essais publiés entre 1988 et 1998 et permettant d'évaluer les coûts, la qualité et l'efficacité de différentes structures pour la prise en charge des patients âgés. Leurs conclusions étaient les suivantes :

- il n'y a pas d'évidence montrant qu'une localisation particulière pouvait avoir un effet sur la mortalité. Néanmoins les structures spécialisées de prise en charge après une attaque augmentaient significativement les chances de survie, mais ce différentiel de chance diminuait avec le temps. Par ailleurs, lorsque les personnes étaient prises en charge par des unités de réadaptation spécialisées, la mortalité était significativement moins importante ;
- quelques études montraient que des réadmissions étaient nécessaires, mais pas de manière significativement plus importante que pour la prise en charge hospitalière simple ;
- il était très difficile de comparer les structures du point de vue du coût, et les résultats étaient divergents.

Il n'y a pas d'évidence permettant de soutenir l'intérêt médical ou économique d'un modèle de soins intermédiaires. En revanche, la prise en charge dans des structures posthospitalisations n'induit pas de perte de chance pour les personnes âgées. Lorsque cela est possible, la mise en place de structures spécialisées dans un type de soins ou de pathologies a des effets sur la mortalité, par rapport à des structures généralistes. Ces structures permettraient de réduire les coûts qui autrement incombaient aux structures sociales ou aux patients, mais des études supplémentaires sont nécessaires (108). L'étude récente de Mayhew et Laurence (109) dans la banlieue de Londres comparait 12 « paquets » de soins intermédiaires. Elle concluait que les soins intermédiaires étaient moins coûteux que les soins hospitaliers. En revanche, lorsque l'on

comparait les soins hospitaliers aux soins dispensés à domicile, ces derniers étaient moins coûteux et efficaces.

Même si les évaluations médicoéconomiques ne permettent pas de trancher, ces structures se sont développées et font l'objet d'une politique active au Royaume-Uni, en Norvège, aux Pays-Bas et en Suède. Les soins intermédiaires sont ainsi un aspect majeur du plan 2000 du NHS britannique pour les personnes âgées (109).

Dans ce cadre, trois types de structures de soins intermédiaires font plus particulièrement l'objet d'une littérature abondante : les unités hospitalières de soins infirmiers, les maisons de soins infirmiers et les hôpitaux locaux ou de communauté. Elles seront présentées ci-dessous.

► Les unités hospitalières de soins infirmiers

Les unités hospitalières de soins infirmiers (NLU) sont des services hospitaliers, dirigés par des infirmières, dont le but est d'assurer la prise en charge des patients (principalement des personnes âgées) après la phase aiguë de l'hospitalisation, et avant le retour à domicile. Les infirmières disposent de l'autorité pour admettre, mais également pour faire sortir les patients de la NLU. Ce mode de prise en charge s'est développé en Europe essentiellement au Royaume-Uni. Pour autant, aucun document permettant d'apprécier l'importance de son développement d'un point de vue quantitatif n'a été trouvé.

Évaluation

Une revue Cochrane réalisée en 2004 et actualisée en 2007 (110) avait pour but d'évaluer, à l'aide d'une méta-analyse, l'intérêt de ce mode de prise en charge par rapport à l'hospitalisation classique (services dirigés par un médecin). Dix études proposant des essais randomisés (dont 8 britanniques et 2 américaines) et incluant 1800 patients avaient été incluses. Ces travaux avaient montré que les patients pris en charge dans les unités hospitalières de soins infirmiers pouvaient plus souvent rentrer chez eux au bout de trois mois d'hospitalisation (mais pas de différence entre les deux types de prise en charge après six mois d'hospitalisation). Par ailleurs, un nombre plus faible de patients devait être réadmis à l'hôpital peu de temps après leur sortie, lorsqu'ils avaient été préalablement pris en charge par une unité hospitalière de soins infirmiers. La durée d'hospitalisation dans la NLU avait néanmoins été plus longue. Il n'y avait pas de différence significative concernant le taux de décès après trois ou six mois d'hospitalisation. Enfin, il n'y a pas d'évidence concernant l'intérêt en matière de coût des NLU, même si les études britanniques montrent que les NLU sont plutôt moins coûteuses que l'hospitalisation classique.

Conclusion

Le fonctionnement et l'étendue des unités hospitalières de soins infirmiers sont peu documentés dans la littérature. L'intérêt médical de ce mode de prise en charge est établi pour le Royaume-Uni, et son intérêt économique est probable. Des travaux plus approfondis sur ce mode d'organisation des soins sont nécessaires pour pouvoir mesurer sa transposabilité et le recommander en France.

► **Les maisons de soins infirmiers**

Une « maison de soins infirmiers » est une institution qui fournit des soins infirmiers de base 24 heures sur 24 et de longue durée, mais pas de soins spécialisés (111). Par ailleurs elle offre généralement aux résidents un suivi d'autres soins paramédicaux, notamment de kinésithérapie, un suivi psychosocial, un hébergement adapté, et des soins d'hygiène (112).

Ces maisons de soins infirmiers se caractérisent par l'intensité des soins qui sont prodigués. Elles se distinguent donc des structures dont la fonction principale est l'hébergement, la fourniture de services de restauration et d'hygiène (112).

Historiquement, les maisons de soins infirmiers se sont surtout développées dans les années soixante-dix et quatre-vingt (113). Une étude réalisée en 1997 avait comparé les maisons de soins infirmiers dans 10 pays (États-Unis, Japon, Islande, Suède, Danemark, Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suisse, Italie, France) (cf. Tableau 27). Elle avait montré qu'en France il n'existait pas de structure comparable aux nursing homes. Les patients des maisons de soins infirmiers étaient pris en charge en France dans les services hospitaliers de long séjour (qui représentaient 70 000 lits au moment de l'étude) ou dans les sections médicales des maisons de retraite (qui représentaient 96 000 lits au moment de l'étude). Il y avait environ 2 % des personnes âgées qui résidaient dans ce type de structure.

Tableau 27. Comparaison des maisons de soins infirmiers dans 9 pays Ribbe 1997 (112) en 1993

Pays	Nb nursing homes	Nb résidents	Nb de lits pour 1 000 personnes âgées	Type de population
États-Unis	21 000	1,5 million	53	- personnes transférées de l'hôpital pour réadaptation (court séjour). - personnes en soins palliatifs (court séjour). - personnes en soins de longue durée car souffrant de handicap physique ou mental. - certaines structures sont dédiées à des problèmes particuliers (maladie d'Alzheimer, traumatismes crâniens...).
Japon	2 800	196 000	12	Pas réellement des nursing homes : résidences pour personnes âgées La plupart des personnes sont prises en charge en long séjour à l'hôpital.
Islande		Skilled : 2060 Unskilled : 1210	Skilled : 69 Unskilled : 41	Personnes âgées distribuées dans les structures en fonction du handicap.
Suède		31 000	21	Maladies chroniques Démences Patients en phase terminale En développement : soins aux personnes âgées, réadaptation.
Danemark	1074	39 000	48	En fonction des besoins, développement de la prise en charge des démences. Fermeture de lits de nursing homes.
Pays-Bas	325	53 800	26	Long terme (50 %), réadaptation (40 %), phase terminale (5 %), coma et assistance respiratoire (5 %). Personnes âgées handicapées. Maladies psychogériatriques
Grande-Bretagne	5 088	183 200	20	Soins de repos, soins aux personnes âgées. La réadaptation est généralement réalisée à l'hôpital.
Suisse		72 000	70	Certains nursing homes sont plutôt des résidences d'hébergement. Le nursing home tend à disparaître au profit des soins à domicile.
Italie			23	Personnes âgées. Les soins sont surtout fournis dans les familles et à l'hôpital.

Les maisons de soins infirmiers s'adressent donc à trois types de population : les personnes en réadaptation, mais cela paraît peu développé et plutôt assuré par les hôpitaux, les personnes âgées handicapées nécessitant des soins de long terme et les personnes en phase terminale ou en soins palliatifs.

Le ratio pour 1 000 était très différent d'un pays à l'autre. Il dépendait du nombre de personnes âgées et de leur répartition sur le territoire ou conditions de vie, mais également de l'importance des autres structures de prise en charge.

Dans les pays du Sud (Espagne, Italie et Portugal), ces structures sont peu développées car ce sont surtout les familles qui les fournissent.

Peu de pays semblent miser réellement sur ce mode d'organisation, le Danemark qui en avait développé beaucoup dans les années quatre-vingt a baissé le nombre nursing homes entre 1987 et 1996 au profit des visites à domicile des infirmières (10), notamment car la législation sur les nursing homes avait été modifiée.

Cas des Pays-Bas

Depuis 1967 les maisons de soins infirmiers sont financées par l'assurance pour les dépenses de santé exceptionnelles AWBZ (*exceptional Medical expenses act*) (113) ; les coûts étaient donc intégralement pris en charge par l'assurance-maladie. Cela a permis un très fort développement de ce type de structures. Les nursing homes sont des structures privées sans but lucratif. Dans les années quatre-vingt-dix, la norme du nombre de lits était de 5 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus dont au moins 2,9 pour 1 000 réservés aux patients souffrant de problèmes psychologiques ou psychiatriques.

Comparés aux autres pays d'Europe, les Pays-Bas ont le nombre le plus élevés de maisons de soins infirmiers et de maisons résidentielles pour personnes âgées (13). Les maisons de soins infirmiers se composent d'une équipe multidisciplinaire qui comprend un médecin généraliste. Ce dernier est responsable des soins et chaque personne a son médecin généraliste. Ces services relèvent de la municipalité. Il y a des maisons pour les personnes handicapées et des maisons pour les soins psychogériatriques. Pour autant, ces établissements sont de moins en moins populaires, et les personnes préfèrent les soins à domicile. Ce sont surtout les patients de plus de 80 ans qui utilisent ces services. Les maisons de soins infirmiers traditionnellement spécialisées dans les soins de longue durée développent de nouveaux services comme les soins de jours, et l'accueil après une hospitalisation. De plus, durant ces dernières années, des départements de gériatrie se sont développés dans les hôpitaux généraux.

Dans ce pays, le modèle des maisons de soins infirmiers ne se développe plus aujourd'hui, mis à part pour la prise en charge de patients en soins intermédiaires posthospitalisation. Pour les soins de long terme, les soins infirmiers à domicile constituent le modèle d'organisation en développement.

Évaluation

Une revue Cochrane (114) dont l'objectif était de comparer l'impact pour les personnes des soins fournis dans les maisons de soins infirmiers, par rapport aux soins dispensés à l'hôpital ou à ceux dispensés au domicile du patient, avait été réalisée en 2003. Elle avait conclu qu'aucune des études trouvées dans la recherche bibliographique ne satisfaisait aux critères d'inclusion. En conséquence, il était recommandé de mener des études rigoureuses sur ce type de prise en charge.

Conclusion

Le modèle des maisons de soins infirmiers s'est fortement développé, dans les années quatre-vingt, dans plusieurs pays. Il ne fait plus aujourd'hui l'unanimité, y compris aux Pays-Bas où il

s'était largement implanté. Il est peu à peu remplacé par des soins infirmiers à domicile. Les données de la littérature sont insuffisantes pour permettre d'évaluer l'intérêt des maisons de soins infirmiers par rapport à l'hôpital ou aux soins à domicile.

► Les hôpitaux locaux ou de communauté

Définition

Le terme « hôpitaux de communauté » ou hôpitaux de médecins généralistes est utilisé dans la littérature. En France, on parle d'hôpitaux locaux.

Une revue de la littérature a été effectuée en 2006 (115). Heaney *et al.* analysent et synthétisent quatre définitions trouvées dans la littérature (les références sont toutes britanniques). Il en conclut que ces hôpitaux sont souvent dirigés par des médecins de famille généralistes qui possèdent leurs propres lits. Il existe également des établissements dirigés par des infirmières ou des sages-femmes. Les soins sont fournis à proximité du domicile du patient. Ces services sont multiples et comprennent l'hospitalisation, mais également des consultations externes, des soins de jours, des soins primaires et de proximité. Ils sont assurés par des équipes pluridisciplinaires (115).

Importance en Europe

Ce type d'hôpitaux s'est particulièrement développé en Norvège pour des raisons d'accessibilité géographique. Il s'agit d'institutions médicales, généralement de petite taille (autour de 20 lits en Norvège) (116). Ils sont localisés à proximité des consultations de généralistes et des nursing homes, dans le cadre d'une offre de soins globale (117). On en trouve également en Grande-Bretagne et en Finlande, ainsi qu'aux Pays-Bas qui favorise ce type de prise en charge depuis 1996 (118).

- Cas britannique

La politique de santé récente du NHS britannique a mis en évidence la nécessité de fournir des soins aux patients, proche de leur domicile. En 2001 on recensait 471 hôpitaux communautaires dans lesquels exerçaient 7425 généralistes et regroupant 18 579 lits, principalement localisés dans les zones rurales (119). Les trois quarts des lits concernaient la médecine ou les personnes âgées ; 16 % des hôpitaux communautaires avaient des services d'obstétrique.

Le rôle de ces hôpitaux est de diminuer la pression sur les services aigus des hôpitaux généraux, en fournissant des soins plus intensifs que dans le cadre des prises en charge à domicile. Ils sont à la fois un relais posthospitalisation et un relais des soins primaires, particulièrement pour les personnes âgées et les patients en phase terminale. Il n'y a cependant pas de consensus dans la littérature pour savoir où doit se situer l'hôpital de communauté dans la continuité des soins (115,118).

- Cas français

En France, on dénombrait en 2004 341 hôpitaux locaux totalisant 22 487 lits et 76 places (42). L'hôpital local est un établissement public de santé à part entière, en application de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. Pour autant, parallèlement à sa vocation sanitaire, cet établissement développe des activités médico-sociales (120).

L'hôpital local constitue un premier niveau de prise en charge. À ce titre :

- il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD...);
- il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité.

Cette double vocation lui confère ainsi une première spécificité. Une seconde est son fonctionnement médical qui repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux : l'hôpital local constitue un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

Pour autant, la variabilité des missions dévolues à l'hôpital local en fonction des régions. Ainsi, il était souligné dans la circulaire que :

- « certaines régions avaient privilégié une organisation des soins graduée à partir des hôpitaux locaux (ou des hôpitaux dispensant des soins de proximité) dans la prise en charge des personnes âgées, ou en matière de soins de suite : l'hôpital local constituait ainsi le premier niveau de prise en charge dans le cadre d'une filière de soins. Un véritable maillage du territoire s'était mis en place, en préservant les missions à la fois sanitaires et médicosociales de ces établissements ;
- d'autres régions avaient mis l'accent sur les activités d'hébergement et les activités médicosociales de l'hôpital local. »

La prise en charge des personnes âgées est une activité importante de l'hôpital local en France. Pour autant, en fonction des situations locales, certains établissements ont également développé des consultations d'alcoologie, ou de surveillance de la grossesse et de préparation à la naissance, et des prises en charge des populations en situation de précarité (120).

Évaluation

La revue de la littérature de Heaney *et al.* (115) a permis de recenser 113 références pertinentes qui traitaient d'études expérimentales, de revues systématiques, de commentaires ou d'opinion d'experts sur les hôpitaux communautaires. Les auteurs signalaient qu'il y avait peu d'études économiques ou présentant l'intérêt à long terme de ce type d'organisation. Ils concluaient que l'on manquait d'études sur les hôpitaux communautaires qui permettraient de faire des conclusions robustes sur leur intérêt dans le processus de soins.

Cinq études réalisées après 1990, et évaluant plus particulièrement l'intérêt des hôpitaux de communauté dans leur capacité à réduire le recours à l'hôpital général ont été retrouvées (116). Elles ne concernent que la Grande-Bretagne et la Norvège. Leurs résultats sont présentés dans le Tableau 28.

Les cinq études concluaient que l'existence d'hôpitaux de communauté permettait de limiter le recours à l'hôpital général ou de district, particulièrement pour les personnes âgées et concernant les disciplines de médecine et de gériatrie. Ces travaux confirment les résultats des études plus anciennes (menées avant 1990) rapportées par les auteurs (121). Une seule étude (117) avait réalisé une évaluation de coût mais avec un intervalle de confiance qui ne permettait pas de conclure.

Certaines limites doivent cependant être soulignées. Ces études postulaient implicitement que la qualité des soins fournis dans les deux types de structures était équivalente. Par ailleurs, le mode de calcul des coûts était souvent global ne permet pas toujours de savoir si le patient admis directement à l'hôpital général est plus ou moins coûteux que celui qui fait un séjour en hôpital local, avant d'être admis à l'hôpital général.

Conclusion

L'hôpital de communauté ou local est une alternative intéressante qui limite le recours à l'hôpital de soins aigus. Sous réserve de réaliser des études approfondies (aucune étude comparant les recours n'a été retrouvée en France) quant au mode d'organisation et aux coûts, cette alternative à l'hospitalisation en soins aigus, doit continuer à être développée en France, particulièrement pour les personnes âgées afin de limiter le recours à l'hôpital général.

Tableau 28. Évaluation de l'impact de l'hôpital local sur le recours aux soins à l'hôpital général

Étude et pays	Méthodologie	Date étude	Conséquence sur l'utilisation de l'hôpital général	Conclusion
Aaraas, 1998 (117), Norvège, comté de Finnmark	Évaluation des modes alternatifs de prise en charge pour 415 admissions (8 semaines d'observation) dans 15 « GP hospitals. » Estimation des coûts sur la base des données comptables des municipalités et des hôpitaux.	1992	Le mode alternatif de prise en charge était l'hôpital pour 214 patients et les soins à domicile ou nursing home pour 126. 76 patients ont dû être transférés à l'hôpital général. Prise en charge par le GP hospital coûtait 32 234 millions NORK ₁₉₉₂ contre 35 920 millions NORK ₁₉₉₂ [sensibilité : 31 875 – 39 017] pour les modes de prise en charge alternatifs.	La prise en charge par le GP hospital permet de limiter le recours à l'hôpital et semble permettre de limiter le coût de prise en charge.
Aaraas, 1998 (116), Norvège, comté de Finnmark	Étude observationnelle (35 435 admissions sur 5 ans) comparant le taux d'admission à l'hôpital général (2 hôpitaux étudiés) dans les zones avec GP hospitals, par rapport à celles sans cette structure.	1994	Standardisé par l'âge, le taux d'admission était de 26 % inférieur pour les hommes (420 versus 566 admissions pour 1 000 habitants) et de 28 % inférieur pour les femmes (415 versus 578), dans les municipalités avec un GP hospital. Le taux d'occupation des lits hospitaliers était inférieur de 38 % pour les hommes et de 52 % pour les femmes.	Les GP hospitals semblent réduire l'utilisation de l'hôpital général, aussi bien en termes d'admission que d'occupation des lits.
Garåsen, 2007 (122) Norvège	Essai contrôlé randomisé sur 142 patients de plus de 60 ans admis à l'hôpital général. Pour les soins postépisode aigus, 72 sont dirigés vers un hôpital de communauté et 70 restent à l'hôpital général.	2003-2004	14 (19,4 %) patients ont été réadmis dans le groupe de l'hôpital de communauté contre 25 patients (35,7 %) dans le groupe contrôle. Après 26 semaines 25 % des patients indépendants dans l'hôpital de communauté versus 10 % dans le groupe contrôle. Pas de différence significative dans la mortalité ou le nombre de jours.	Les soins dans l'hôpital de communauté diminuent significativement les réadmissions à l'hôpital et favorisent l'indépendance des patients.
Hine, 1996 (123), Grande-Bretagne, district de Bath	Étude observationnelle, 334 260 patients de plus de 60 ans répartis en 2 groupes. 235 770 ont accès à un hôpital communautaire 98 490 non.	1992	Taux d'utilisation des lits était de 7 % supérieur en 1992-1993 et de 3 % supérieur en 1991-1992 dans les zones où les patients n'ont pas accès à un hôpital de communauté. Ces taux étaient de 11 % et 9 % pour lits de médecine et de gériatrie.	L'accès à des soins en hôpital communautaire réduisait sensiblement le taux d'utilisation de l'hôpital de district.

Tableau 28 (suite et fin). Évaluation de l'impact de l'hôpital local sur le recours aux soins à l'hôpital général

Étude et pays	Méthodologie	Date étude	Conséquence sur l'utilisation de l'hôpital général	Conclusion
Stark, 2000 (121) Grande-Bretagne, Highlands d'Écosse	Étude observationnelle, 215 069 patients répartis en 2 groupes 47 802 ont accès à un hôpital communautaire et 167 267 non.	1995-1997	Les patients ayant accès aux soins communautaires utilisent 18 % de moins de jours d'hospitalisation pour 1 000 patients en chirurgie, 34,5 % pour la gériatrie, 4,9 % pour les autres disciplines.	L'accès à des hôpitaux de communauté permet de diminuer sensiblement le recours aux lits d'hôpital général, particulièrement en médecine et gériatrie.

4 Conclusion

Ce rapport a permis de dresser un premier bilan de l'organisation de l'hôpital en Europe et sur sa place dans le système de santé.

Il a d'abord rappelé qu'il existait des définitions internationales normées sur l'hôpital. Elles permettent d'effectuer des comparaisons macroéconomiques relativement fiables sur l'activité des hôpitaux dans les pays d'Europe retenus dans l'analyse. La place de l'hôpital au sein du système de santé apparaît variable d'un pays à l'autre, certains (Suisse, Norvège, Autriche, Luxembourg) y consacrant visiblement plus de ressources que d'autres (Espagne, Danemark, Suède). Pour autant ces informations étaient difficilement interprétables sans aller plus loin dans l'analyse.

Une étude de l'organisation de l'ensemble des soins s'est donc avérée indispensable.

L'organisation des soins primaires était très variable, certains pays s'appuyant sur des centres de santé multidisciplinaires (Grande-Bretagne, Suède, Portugal, Espagne, Finlande, Grèce) alors que d'autres reposent sur la pratique individuelle de praticiens en exercice libéral (France, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Pays-Bas, Suisse). Dans la plupart des pays, le médecin généraliste est considéré comme le point d'entrée à privilégier pour le premier recours.

Pour l'hôpital les statuts, la taille des établissements et les modes de gouvernance sont également variables. La plupart des pays restreignent l'accès à l'hôpital pour le premier recours par un système d'orientation recommandé ou imposé, mais qui est souvent contourné. Il n'a en revanche pas été possible de conclure sur l'organisation par type d'activité, les données trouvées dans la littérature exploitée sur l'organisation des soins d'urgence, les consultations externes, la psychiatrie et des soins de suite étant insuffisantes.

Le rôle de l'hôpital est donc variable d'un pays à l'autre, sans qu'il soit possible de dresser une véritable typologie, même si les pays à système d'assurance sociale ont une organisation plus hospitalocentrée que les pays à système national de santé, qui s'appuient sur un fort réseau de structures de soins primaires intervenants en amont et en aval de l'hospitalisation. Des similitudes existent pourtant, notamment dans la volonté de recentrer l'activité hospitalière aux soins qui ne peuvent être réalisés qu'en hospitalisation. Ainsi la problématique de diminution du recours à l'hôpital se retrouve partout. Il existe également une volonté de faire dépendre la gouvernance des structures de soins et la prise en charge des patients du niveau local, en favorisant le critère de proximité et une délégation de responsabilité aux services de soins primaires.

Ces tendances de fond conduisent à l'émergence de multiples innovations organisationnelles, souvent spécifiques à un pays. Ce rapport s'est attaché à en dresser une typologie en distinguant les phases de prise en charge avant, à la place et après l'hospitalisation. Il en a présenté le rationnel, a fourni les principaux indicateurs d'évaluation, sans prétendre à l'exhaustivité. On note ainsi que :

- les pays dans lesquels les médecins spécialistes exerçaient exclusivement à l'hôpital ont cherché à développer des consultations techniques et spécialisées en soins primaires, et à développer l'hospitalisation à domicile ;
- le recours à l'hôpital étant en partie lié aux difficultés d'accès aux soins primaires, en particulier en dehors des jours et heures ouvrables, des initiatives se sont multipliées afin d'y remédier. Le modèle des coopératives de médecins qui a pris la forme des maisons médicales de garde (MMG) en France est une des solutions. Mais certains pays, comme le Royaume-Uni, sont allés plus loin en favorisant des unités de soins de premiers recours prenant en charge les petites blessures ou traumatismes jusque-là pris en charge par l'hôpital. Un modèle alternatif consiste à renforcer la plate-forme de services proposés à l'hôpital en y intégrant, à côté des services d'urgence, des services de soins primaires ;
- la mauvaise orientation des patients au sein du système de soins est également soulignée. Pour l'améliorer, la Suède et la Grande-Bretagne ont développé des centres

- d'appels et d'orientation permettant d'effectuer un tri des patients et de les orienter vers les structures de prise en charge les plus adaptées ;
- la chirurgie ambulatoire est un des secteurs d'activité sur lequel les pays européens misent fortement pour désengorger l'hôpital ;
- une idée ancienne et toujours d'actualité consiste à développer des structures intermédiaires de prise en charge, afin d'écourter le séjour dans les hôpitaux généraux en la limitant à la phase aiguë de la maladie, en particulier pour les personnes âgées. Des unités hospitalières de soins infirmiers, des maisons de soins infirmiers et des hôpitaux locaux ou de communauté se sont ainsi développés.

Ces innovations organisationnelles ont fait la plupart du temps l'objet d'évaluations multiples qui ont été analysées ensuite dans des revues Cochrane. Si certaines ne permettaient pas de conclure sur leur intérêt pour réduire le recours à l'hôpital (consultations de spécialistes hospitaliers en soins primaires, centres de soins de premier recours, tris des patients, maisons de soins infirmiers, coopératives de médecins), d'autres sont plus favorables (renforcement des plates-formes de services de soins primaires dans ou près de l'hôpital, unités hospitalières de soins infirmiers, hôpital local ou de communauté, chirurgie ambulatoire).

Pour autant le système de santé dans lequel s'intègrent ces innovations est parfois très différent de celui rencontré en France. Il est donc nécessaire de faire des études en complément des informations fournies dans ce rapport.

Perspectives

Ce travail est la première étape d'une réflexion plus large sur la diminution du recours à l'hôpital en France. Afin de poursuivre l'analyse, les recommandations suivantes sont formulées :

- il conviendrait d'analyser les différences entre pays, concernant l'impact des perspectives démographiques sur le rôle et l'implantation des hôpitaux ;
- pour limiter le recours aux urgences de l'hôpital, la création de centres de soins primaires ouverts 24 heures/24 ayant des compétences générales, et réalisant des actes techniques (radiologie, laboratoire) devrait être mise à l'étude, notamment pour les zones où il existe une pénurie de médecins libéraux. Leur localisation reste à définir, mais l'intégration de ces services dans l'hôpital semble préférable. Elle pourrait également compléter l'offre de soins proposée dans les maisons médicales de garde et se situer au même endroit ;
- la littérature organisationnelle sur l'intérêt de l'hospitalisation à domicile pour limiter le recours à l'hospitalisation traditionnelle apparaissait insuffisante. Il apparaît nécessaire de favoriser dans le cadre de l'évaluation des services d'HAD, la mise en place d'études évaluant son impact sur l'hospitalisation et sur les structures de soins primaires. Il est également important d'étudier les modalités d'organisation de l'HAD en France, afin de distinguer clairement ce qui relève des soins se substituant à l'hospitalisation de ce qui relève du maintien à domicile ;
- des études sur le phénomène de blocage de lits hospitaliers devraient être conduites en France pour évaluer l'ampleur de ce phénomène ;
- des travaux plus approfondis sur les unités de soins infirmiers (nurse led units) sont nécessaires pour pouvoir en mesurer la transposabilité et les recommander en France. Ils nécessitent en particulier un examen approfondi des tâches attribuées à chaque type de professionnels de santé, ainsi que des études de coûts ;
- l'hôpital de communauté ou local est une alternative intéressante qui limite le recours à l'hôpital de soins aigus. Sous réserve de réaliser des études approfondies (aucune étude comparant les recours n'a été retrouvée en France) quant au mode d'organisation et aux coûts, cette alternative à l'hospitalisation en hôpital général, notamment pour les personnes âgées, doit continuer à être développée en France ;
- il est nécessaire de recréer une nouvelle dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire. Cela passe auparavant par l'examen approfondi des solutions par pathologies et par l'analyse des facteurs organisationnels et financiers qui en freinent le développement aujourd'hui en France ;

- chaque pays a des attentes vraisemblablement différentes concernant le rôle l'hôpital dans son système de santé à chaque niveau. En particulier, il est rappelé qu'il conviendrait de ne pas confondre la mission dévolue en France à l'hôpital universitaire, qui est avant tout un hôpital de 3^e niveau, avec les missions d'un hôpital de proximité qui accueille les populations locales. Il est également rappelé que le coût d'un séjour en hôpital universitaire est plus élevé et qu'il convient de limiter ce recours aux populations qui ont réellement besoin de ces soins ;
- il a été rappelé que les modalités de financement des soins ont un impact très important en termes d'incitation à développer certaines activités hospitalières. Une étude des modalités de financement des hôpitaux en Europe, en particulier concernant la mise en place du paiement par cas serait nécessaire ;
- des études approfondies par pathologies ou par techniques médicales devraient être menées. Elles pourraient donner lieu à des recommandations sur les structures de prise en charge les plus adaptées en fonction des caractéristiques du patient (degré d'évolution de la pathologie, âge, isolement...);
- une consultation des acteurs de terrain en France, dans les services hospitaliers serait bienvenue. Ils connaissent bien les problèmes rencontrés et les types de soins pour lesquels l'hospitalisation est à leur sens injustifiée, en particulier concernant le phénomène de blocage des lits hospitaliers.

Identification des travaux en cours ou à venir

Points de convergence avec le rapport Larcher

Le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, a rendu public en avril 2008 un diagnostic et des solutions, dans le cadre français, afin d'améliorer la prise en charge et l'organisation de l'hôpital.

Par rapport au travail de la commission Larcher, le présent rapport propose une analyse internationale sur certains thèmes proches. Il est donc complémentaire aux travaux conduits par M. Gérard Larcher.

Le principal axe de recoupement des deux rapports porte sur l'Orientation 1 du rapport Larcher visant à améliorer les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge. Ainsi, le rapport Larcher précise notamment qu'il faut :

- développer les formes d'exercice pluridisciplinaires en ville et améliorer l'organisation des soins non programmés. Ces modes d'exercice et d'organisation, très différents en fonction des pays d'Europe, ont été étudiés dans la partie 3.1. du présent rapport qui pourrait nourrir la réflexion sur la mise en place de solutions organisationnelles innovantes ;
- favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une structure d'aval adaptée, en redéployant l'offre vers le moyen et long séjour et en y intégrant les hôpitaux locaux. Ce redéploiement pourrait se faire en étudiant plus avant les solutions organisationnelles de soins intermédiaires en Europe présentées dans la partie 3.3 du présent rapport.

Étude nationale des inadéquations hospitalières

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins envisage de réaliser une étude portant sur les inadéquations hospitalières. L'objectif de cette étude est de déterminer le niveau des inadéquations hospitalières en France métropolitaine, et en particulier la part de celles qui seraient évitables, leurs origines et l'impact économique de leur réduction.

Étant donné l'analyse préliminaire réalisée et les travaux en cours, la HAS propose deux pistes de poursuite de ses travaux :

- une analyse centrée sur le développement d'alternatives à la prise en charge en hospitalisation complète. Elle devra être menée, sur la base de la littérature disponible et des expériences internationales, en collaboration avec les professionnels concernés. Le développement de la chirurgie ambulatoire fait l'objet à la fois d'une priorité politique et de freins. Plusieurs travaux ont porté sur cette question. La HAS organisera un séminaire sur les conditions permettant le développement effectif de la chirurgie ambulatoire. Le premier thème proposé pour 2009 est l'amygdalectomie, les thèmes complémentaires étant définis à l'issue de ces premiers travaux ;
- une réflexion plus globale sur les champs de compétence et les modes d'organisation respectifs des différentes modalités de prise en charge des patients au domicile (HAD, maintien à domicile, soins infirmiers à domicile, etc.) pourra également être menée, sur la base de la littérature disponible et des expériences internationales, en collaboration avec les professionnels concernés.

Participants

Ce travail a été réalisé par M^{me} Isabelle HIRTZLIN, Chargée de Projet, sous la direction de M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON, responsable du Service d'Évaluation Économique et de Santé Publique (SEESP).

La recherche et le suivi documentaire ont été effectués par M^{me} Emmanuelle Blondet, avec l'aide de M^{me} Julie Mokhbi, sous la direction de M^{me} Frédérique Pagès.

Références bibliographiques

1. Larcher G, Présidence de la République, Premier ministre, Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. Les missions de l'hôpital. Paris: La Documentation française; 2008.
2. European Observatory on Health Care Systems and Policies. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Brussels: WHO European Centre for Health Policy; 2006.
3. Les hopitaux dans les 25 pays de l'union européenne. Paris: Dexia Editions; 2003.
4. European Hospital and Healthcare Federation. DRGs as a financing tool. Brussels: HOPE; 2006.
5. Krukemeyer MG. Structural problems in the German hospital system. *Cent Eur J Public Health* 2004;12(3):161-5.
6. Organisation de coopération et de développement économiques. Système de comptes de la santé. Paris: OCDE; 2000.
7. European Observatory on Health Systems and Policies. Hospitals in a changing Europe. Brussels: WHO European Centre for Health Policy; 2002.
8. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2005 - Les indicateurs de l'OCDE. Paris: OCDE; 2005.
9. Kroneman M, Siegers JJ. The effect of hospital bed reduction on the use of beds: a comparative study of 10 European countries. *Soc Sci Med* 2004;59(8):1731-40.
10. Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbæk K. Denmark. Health system review. *Health Systems in Transition* 2001;3(7).
11. Busse R, Riesberg A. Germany. Health system review. *Health Systems in Transition* 2004;6(9).
12. Corens D. Belgium. Health system review. *Health Systems in Transition* 2007;9(2).
13. Den Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Netherlands. Health system review. *Health Care Systems in Transition* 2004;6(6).
14. Donatini A, Rico A, D'Ambrosion MG, Lo Scalzo A, Orzella L, Cicchetti A, *et al.* Italy. Health system review. *Health Systems in Transition* 2001;3(4).
15. Duran A, Lara JL, van Waveren M. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition* 2006;8(4).
16. European Observatory on Health Care Systems and Policies. Health Care Systems in Transition: Switzerland. Brussels: WHO European Centre for Health Policy; 2000.
17. Glenngard AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in

- Transition: Sweden. Brussels: WHO European Centre for Health Policy; 2005.
18. Hofmarcher MM, Rack HM. Austria. Health system review. Health Systems in Transition 2007;8(3).
19. Johnsen JR. Norway. Health system review. Health Systems in Transition 2006;8(1).
20. Sandier S, Paris V, Polton D. Health Care Systems in Transition: France. Copenhague: WHO; 2004.
21. European Observatory on Health Care Systems and Policies. Health Systems in Transition: United Kingdom. Brussels: WHO European Centre for Health Policy; 1999.
22. Organisation de coopération et de développement économiques. Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse. Paris: OCDE; 2006.
23. Organisation for Economic co-operation and development. OECD reviews of health systems. Finland. Paris: OECD; 2005.
24. Wendt C, Thompson T. Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. Int J Health Serv 2004;34(3):415-33.
25. Landrain E. Rapport d'information déposé par la Délégation de l'Assemblée nationale pour l'Union européenne sur les réformes de l'assurance maladie en Europe 2004. <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/europe/rap-info/i1672.pdf>>
26. Hofmarcher MM. Health policy in Austria after the november 2002 election. Eurohealth 2003;9(1):24-7.
27. Lopez Casasnovas G, Costa Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities in the spanish «system of health care services». Health Econ 2005;14:221-35.
28. Jarvelin J. Finland. Health system review. Health Systems in Transition 2002;4(1).
29. European Parliament. Health care systems in the EU. A comparative study 1998. <http://www.europarl.europa.eu/workingpaper/s/saco/pdf/101_en.pdf> .
30. Jordan A, McCall J, Moore W, Reid H, Stewart D. Health Systems in Transition: Northern Ireland. Copenhague: WHO; 2006.
31. Giannoni M. Universality and decentralisation: The evolution of the Italian health care system. Eurohealth 2006;12(2):10-3.
32. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Portugal. Copenhague: WHO; 2004.
33. Lian OS. Convergence or divergence? Reforming primary care in Norway and Britain. Milbank Quat 2003;81(2):305-30, 173.
34. Organisation for Economic co-operation and development, Guichard S. The reform of the health care system in Portugal. Paris: OECD; 2004.
35. Antonopoulou L. Grèce. Régulation et réformes du système national de santé. Chronique Internationale de l'IRES 2006;(98):17-24.
36. Hutten JBF, Kerkstra A. Home care in Europe : a country-specific guide to its organization and financing. Aldershot: Arena; 2007.
37. Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. J Health Serv Res Policy 2006;11(3):167-71.

38. Pedersen KM, Christiansen T, Bech M. The Danish health care system: evolution--not revolution--in a decentralized system. *Health Econ* 2005;14(Suppl 1):S41-57.
39. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Krasnik A, Vrangbæk K. Is Denmark prepared to meet future health care demands? *Eurohealth* 2006;12(4):7-10.
40. Linnala A, Aromaa A, Mattila K. Specialist consultations in primary health care--a possible substitute for hospital care? *Health Policy* 2006;78(1):93-100.
41. Tjerbo T, Kjekshus L. Coordinating health care: lessons from Norway. *Int J Integr Care* 2005;5:e28.
42. Direction de la recherche des études des évaluations et des statistiques. Les établissements de santé . Un panorama pour l'année 2004. Paris: La Documentation Française; 2006.
43. Goransson KE, Ehrenberg A, Ehnfors M. Triage in emergency departments: national survey. *J Clin Nurs* 2005;14(9):1067-74.
44. Crilly T, Plant M. Reforming emergency care: primary care trust power in action research. *Health Serv Manage Res* 2007;20(1):37-47.
45. Organisation for Economic co-operation and development Siciliani L, Hurst J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. Paris: OECD; 2003.
46. Organisation de coopération et de développement économiques. Vers des systèmes de santé plus performants. Paris: OCDE; 2005.
47. Organisation for Economic co-operation and development. Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. Paris: OECD; 2003.
48. MojonAzzi SM, Mojon DS. Waiting times for cataract surgery in ten European countries: an analysis using data from the SHARE survey. *Br J Ophthalmol* 2007;91(3):282-6.
49. Cooper B. Public-health psychiatry in today's Europe: scope and limitations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(4):169-76.
50. Wistow G. Decentralisation from acute to home care settings in England. *Health Policy* 1997;41(Suppl):S91-108.
51. Grol R, Giesen P, van UC. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Aff* 2006;25(6):1733-7.
52. Shoen C, Osborn R, Trang Huynh P, Doty M, Zapert K, Peugh J, *et al.* Taking the pulse of Health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff* 2005;10(W5):509-25.
53. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003;20(3):311-7.
54. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe : comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. *Rev Fr Aff Soc* 2006;(2-3):121-40.
55. van Uden CJ, Ament AJ, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, van Schayck OC, *et al.* Out-of-hours primary care. Implications

- of organisation on costs. *BMC Fam Pract* 2006;7:29.
56. Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *Br J Gen Pract* 1998;48(433):1497-9.
57. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur LA PERMANENCE DES SOINS 2003.
<http://164.131.244.17/htm/dossiers/respect_droits_usagers/docs/droits_fondamentaux/rapport_descours.pdf> .
58. Gentile S, Devictor B, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. *Santé Publ* 2005;17(2):233-40.
59. Grall JY. Les maisons médicales de garde. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
60. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998;316(7143):1502-5.
61. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med* 2005;20(7):612-7.
62. Ménard B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. Mémoire ENSP de directeur d'hôpital. Rennes: Ecole Nationale de la Santé Publique; 2004.
63. Langin N. Activité du service des urgences du centre hospitalier de Romans avant et après ouverture de la maison médicale de garde. [Thèse de médecine]. Villeurbanne: Université Claude Bernard Lyon 1; 2006.
64. Union Régionales d'Assurances Maladies de Haute Normandie. Maisons médicales de garde et régulation en Haute-Normandie. Evaluation. Mont Saint Aignan: URCAM; 2006.
65. Picatto G. Évaluation de l'activité de la maison médicale de garde de Fréjus Saint Raphaël. [Thèse de médecine]. Nice: Faculté de médecine; 2005.
66. Havez E. Maisons médicales de garde et hôpital: l'articulation entre services d'urgence et permanence des soins de ville à Saint-Etienne. Mémoire ENSP d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Rennes: Ecole Nationale de la Santé Publique; 2005.
67. Union Régionales d'Assurances Maladies de Rhones Alpes. Évaluation des maisons médicales de garde (MMG) financée par le FAQSV Rhône-Alpes. Résultats intermédiaires et comparaisons inter-sites. Lyon: URCAM; 2004.
68. Department of Health. NHS boost for faster patient access 2003.
<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4047475> .
69. Department of Health. National evaluation of NHS walk-in centres begins 2000.
<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4004910> .
70. Department of Health. The configuring hospitals evidence file: part one. London: DH; 2004.
71. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract* 2002;53(486):53-9.
72. Salisbury C, Hollinghurst S, Montgomery A, Cooke M, Munro J, Sharp D, *et al.* The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments. *Emerg Med J* 2007;24(4):265-9.

73. Cooke M. Minor injury services: the present state. *Emerg Nurse* 2001;9(2):12-6.
74. Dolan B, Dale J. Characteristics of self referred patients attending to minor injury units. *Emerg Med J* 1997;14(44):212-4.
75. Cooke M, Fisher J, Dale J, McLeod E, Szczepura A, Walley P, *et al.* Reducing attendance and waits in A&E departments: A review and survey of present innovations. London: NCCSDO; 2004.
76. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001;18(6):482-7.
77. Hsu RT, Lambert PC, xon-Woods M, Kurinczuk JJ. Effect of NHS walk-in centre on local primary healthcare services: before and after observational study. *BMJ* 2003;326(7388):530.
78. Chalder M, Montgomery A, Hollinghurst S, Cooke M, Munro J, Lattimer V, *et al.* Comparing care at walk-in centres and at accident and emergency departments: an exploration of patient choice, preference and satisfaction. *Emerg Med J* 2007;24(4):260-4.
79. Griffiths B, Collier H. Working with NHS direct. *Nurs Times* 2000;96(49):42.
80. Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. Impact of NHS direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ* 2000;321(7254):150-3.
81. O'Cathain A, Knowles E, Munro J, Nicholl J. Exploring the effect of changes to service provision on the use of unscheduled care in England: population surveys. *BMC Health Serv Res* 2007;7:61.
82. Temmink D, Francke AL, Kerkstra A, bu-Saad HH. Dutch transmural nurse clinics for chronic patients: a descriptive study. *Patient Educ Couns* 2000;39(2-3):177-84.
83. van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy* 2001;55(2):111-20.
84. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract* 1996;13(3):264-79.
85. Hickman M, Drummond N, Grimshaw J. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Public Health Med* 1994;16(4):447-54.
86. Bailey JJ, Black ME, Wilkin D. Specialist outreach clinics in general practice. *BMJ* 1994;308(6936):1083-6.
87. Departement of Health. Keeping the NHS local: a new direction of travel. Londres: DH; 2003.
88. Departement of Health. Lift off for first 'super surgery' 2004. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4096392 .
89. Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(3):177-83.
90. Waghorn A, Mckee M, Thompson J. Surgical outpatients: challenges and responses. *Br J Surg* 1997;84(3):300-7.
91. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;Issue3.
92. De Lathouwer C, Poullier JP. How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends? *Ambul Surg* 2000;8(4):191-210.

93. Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, Mckee M. Day Surgery: making it happen. Brussels: WHO; 2007.
94. Kroneman M, Westert G, Groenewegen P. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe : the case of day surgery. *Ambul Surg* 2001;9(3):147-54.
95. Toftgaard C. World Wide Day Surgery Activity 2003 The IAAS Survey on Ambulatory Surgery 2003. <<http://www.iaas-med.com/modules/content/survey.pdf>> .
96. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des professions indépendantes. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête 2003. <http://www.ile-de-france.assurance-maladie.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/gestionRisque/organisation_offre_soins/chirurgie_ambulatoire/synthese.pdf> .
97. Sourty le Guellec MJ. La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs. *Questions Econ Santé* 2002;50.
98. Victor CR, Healy J, Thomas A, Seargeant J. Older patients and delayed discharge from hospital. *Health Soc Care Community* 2000;8(6):443-52.
99. Styrborn K, Thorslund M. 'Bed-blockers': delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden. *Health Policy* 1993;26(2):155-70.
100. Smith HE, Pryce A, Carlisle L, Jones JM, Scarpello J, Pantin C. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *J R Coll Physicians Lond* 1997;31(5):527-32.
101. Kjekshus LE. Primary health care and hospital interactions: effects for hospital length of stay. *Scand J Public Health* 2005;33(2):114-22.
102. Ploch T, Delnoij DM, van der Kruk TF, Janmaat TA, Klazinga NS. Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC Health Serv Res* 2005;5(1):38.
103. Melis RJ, Olde Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? *BMJ* 2004;329(7462):360-1.
104. Katsaliaki K, Brailsford S, Browning D, Knight P. Mapping care pathways for the elderly. *J Health Organ Manag* 2005;19(1):57-72.
105. British Geriatrics Society. Intermediate care. Guidance for commissioners and providers of health and social care 2004. <http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_4-2.htm> .
106. Steiner A. Intermediate care--a good thing? *Age Ageing* 2001;30(Suppl 3):33-9.
107. Martin GP, Hewitt GJ, Faulkner TA, Parker H. The organisation, form and function of intermediate care services and systems in England: results from a national survey. *Health Soc Care Community* 2007;15(2):146-54.
108. Parker G, Bhakta P, Katbamna S, Lovett C, Paisley S, Parker S, *et al*. Best place of care for older people after acute and during subacute illness: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2000;5(3):176-89.
109. Mayhew L, Lawrence D. The costs and service implications of substituting intermediate care for acute hospital care. *Health Serv Manage Res* 2006;19(2):80-93.

110. Griffiths P. Effectiveness of intermediate care delivered in nurse-led units. *Br J Community Nurs* 2006;11(5):205-8.
111. Wiley MM. The acute hospital sector in selected OECD countries: an analysis of expenditure and utilization. *World Hosp Health Serv* 1996;32(1):5-13.
112. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, Topinkova E, Hawes C, Ikegami N, *et al.* Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing* 1997;26(Suppl 2):3-12.
113. Van den Heuvel WJA. Long-term nursing home care in the Netherlands. *Can J Aging* 1996;15(suppl):46-58.
114. Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Issue 2.
115. Heaney D, Black C, O'donnell CA, Stark C, van TE. Community hospitals--the place of local service provision in a modernising NHS: an integrative thematic literature review. *BMC Public Health* 2006;6:309.
116. Aaraas I, Forde OH, Kristiansen IS, Melbye H. Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark county in north Norway. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(4):243-6.
117. Aaraas I, Sorasdekkkan H, Kristiansen IS. Are general practitioner hospitals cost-saving? Evidence from a rural area of Norway. *Fam Pract* 1997;14(5):397-402.
118. Moll van Charante E, Hartman E, Yzermans J, Voogt E, Klazinga N, Bindels P. The first general practitioner hospital in The Netherlands: towards a new form of integrated care? *Scand J Prim Health Care* 2004;22(1):38-43.
119. Seamark D, Moore B, Tucker H, Church J, Seamark C. Community hospitals for the new millennium. *Br J Gen Pract* 2001;51(463):125-7.
120. Ministère de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. 2003. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital_lo cal/circ030528.pdf> .
121. Stark C, Oliver K, Hopkins P. Effect of general practitioner hospitals on district general hospital bed use in the Highlands of Scotland. *Health Bull (Edinb)* 2000;58(5):385-9.
122. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2007;7:68.
123. Hine C, Wood VA, Taylor S, Charny M. Do community hospitals reduce the use of district general hospital inpatient beds? *J R Soc Med* 1996;89(12):681-7.

Achévé d'imprimer en xxxxxx - Imprimerie Moderne de l'Est - Dépôt Légal Mois aaaa