

Entre réel et virtuel, quels choix pour l'hôpital¹ de demain ? Que sera l'hôpital dans 30 ans ? La synthèse des 71èmes journées est un difficile exercice visionnaire pour décrire de façon pragmatique et sans aucune ambition d'exhaustivité, quelques orientations fortes et contribuer ainsi à l'anticipation du fonctionnement optimal du système de santé.

De façon schématique, le recours à l'hôpital est motivé par l'accès coordonné à :

- des **médecins**,
- un **plateau technique** en adéquation en termes de composition et de délai avec les symptômes éprouvés,
- un **hébergement** à la mesure des soins requis et des besoins du patient en fonction de son âge, de son habitat, de son niveau culturel, etc.

On peut considérer que ce recours est nécessaire dans deux contextes : la prise en charge ou le suivi **programmé** d'une maladie aiguë ou chronique ou d'un événement **intercurrent** dans l'état de santé (avec ou sans menace fonctionnelle ou vitale).

On peut doré et déjà en déduire que le positionnement des structures hospitalières pour l'avenir est **lié à l'évolution de l'organisation extrahospitalière** de la prise en charge médicale et médico-sociale.

Parmi les déterminants qui vont modifier les prestations nécessaires à la population, on peut retenir notamment :

- l'évolution des données **épidémiologiques**. Avec les progrès thérapeutiques, la maîtrise de nombre de pathologies aiguës, notamment infectieuses traditionnelles et l'allongement de la durée moyenne de vie sans incapacité, **la part de la chronicité** va prédominer sur les épisodes aigus. Le profil **des pathologies** à prendre en charge change donc avec, à ce jour, une augmentation des pathologies chroniques et notamment dégénératives, particulièrement cognitives. Cependant l'analyse des périodes antérieures récentes illustre l'imprévisibilité relative des projections compte-tenu de l'émergence de nouvelles pathologies.
- l'évolution **démographique** :
 - l'incertitude sur la population résidant sur le territoire du fait des flux migratoires imprévisibles et d'une natalité fluctuante avec les générations qui se succèdent,
 - une modification de la **pyramide des âges** du fait de la génération particulièrement nombreuse du « baby boom ». A ce jour les personnes âgées de plus de 80 ans sont porteuses pour la plupart de plusieurs maladies chroniques, seule une sur dix est en perte d'autonomie.
 - un accroissement probable du **différentiel social**, la fragilité sociale allant de pair avec celle de la santé en influant sur les pathologies et les parcours de soins. Le différentiel des situations de santé et de profil des pathologies varie selon le territoire (ville versus campagne) et selon les régions.

Des changements surviennent dans la **Société** avec des conséquences sur le système de santé. Ils concernent notamment :

- **Le rapport de la société et de chacun à la maladie, à la qualité de vie et à la mort** : bien vivre aussi longtemps que possible devient l'objectif principal.
- **Le rapport des individus entre eux**, tant entre professionnels qu'avec les patients, lequel évolue vers un mode collaboratif horizontal (partage de l'information et utilisation des réseaux sociaux). Les professionnels demeurent attachés à leur reconnaissance par la Société et à la possibilité d'entreprendre, d'inventer en responsabilité, luttant contre une marchandisation des soins et/ou leur réduction à une « prestation de services » banale à laquelle voudraient la

¹ Nous entendons par « hôpital » les établissements d'hospitalisation de tous types, public et privé, le maillage étant une autre thématique de réflexion à part entière.

réduire certaines officines alors que la santé concerne le bien estimé de façon constante comme étant le plus précieux de la Personne.

- Le **lien avec l'environnement socio-familial** est constitutif du traitement et a pour corollaire d'éviter certaines hospitalisations.
- La **perception des délais** et des **distances** varie selon les circonstances.
- La valeur accordée à la **vie personnelle** prédomine actuellement.

Les **stratégies diagnostiques, thérapeutiques et de surveillance** connaissent des évolutions marquantes :

- Les prises en charge sont de plus en plus **spécifiques** faisant appel notamment à des compétences professionnelles pointues et un plateau technique complexe.
- L'automatisation croissante des équipements permet la délocalisation et la délégation de nombre d'actes à condition que la compétence du professionnel de référence demeure prépondérante.
- La fréquence des **traitements invasifs** diminue globalement du fait
 - d'une plus faible part des épisodes aigus notamment par l'amélioration du dépistage initial et du suivi des maladies chroniques ;
 - des améliorations des matériels, molécules et techniques ;
 - des techniques de communication (monitorage, télésurveillance, ...).
- La nécessité en toutes circonstances d'une « synthèse » de la prise en charge prenant en compte la Personne et pas seulement l'organe ou la système défaillant au travers des disciplines que sont notamment la médecine dite générale, la médecine interne, la gériatrie et la pédiatrie.

L'évolution **démographique des professionnels** est aussi cause et conséquence de celle du système de santé. Elle se caractérise par :

- Une pénurie relative à court et moyen terme des médecins, et une interrogation sur le nombre optimal d'infirmiers et de professionnels de santé dits « paramédicaux » avec une projection à moyen terme en augmentation significative.
- Une complexification des savoirs à l'origine de la poursuite du phénomène de spécialisation ciblée dans plusieurs domaines et le développement du travail collaboratif pour une prise en charge globale du patient, ce qui nécessite le retour à des qualités humaines, notamment relationnelles.
- La possible apparition de nouvelles professions intermédiaires dans le cadre d'une redéfinition des métiers de la santé et notamment des fonctions supports et ancillaires.

Au terme de l'intervention des différents conférenciers et des travaux de réflexions, le GERHNU a identifié quelques propositions pour l'hôpital de demain.

Au vu des évolutions de la société et de la science, on peut affirmer que dans 30 ans l'hôpital sera beaucoup moins un lieu présentiel tant pour la population que les professionnels, et encore davantage qu'aujourd'hui un lieu de l'expertise collective appuyé sur la haute technicité médicale et des moyens techniques sophistiqués dont l'utilisation pertinente et coordonnée sera un des critères déterminants de son efficience au bénéfice des patients et de la santé publique.

La politique nationale de santé a pour **objectif** prioritaire d'offrir à chaque patient, le meilleur soin possible dans des délais compatibles avec les enjeux de sa santé, quel que soit l'endroit du territoire où il se trouve et le type de pathologie dont il soit atteint. L'égalité d'accès aux soins pour tous et le risque zéro sont des objectifs théoriques, tempérés par les réalités de la science, de la démographie, de l'économie, les spécificités territoriales et le niveau d'acceptabilité de la société, notamment en termes d'éloignement de ressources dédiées.

L'accès optimal aux soins doit concilier **plusieurs réalités** : démographique, sociale et sanitaire. Elle doit avoir une déclinaison territoriale sur la base de **territoires pertinents** qui prennent en compte les habitudes de la population concernée au regard de ses caractéristiques et de l'accessibilité. Ceci implique de valider une grande **hétérogénéité** du découpage. Ce sont les **filières des grandes pathologies** qui doivent structurer l'organisation sanitaire.

Pour les construire, il faut utiliser des **indicateurs composites** incluant la dimension sociale. Les informations doivent être **standardisées** et provenir de tous les acteurs et de toutes les sources sans exclusive : professionnels de santé et sociaux, usagers,

L'évolution des **techniques** et des investissements doit être prise en compte mais seulement pour les données **scientifiquement validées** par les sociétés savantes et les organisations compétentes reconnues pour leur expertise. Le rythme des décisions de la **planification** sanitaire doit s'adapter à ces impératifs.

Pour être pertinent **le financement** doit être basé sur le coût de la prestation fournie par chaque acteur et/ou chaque structure **dans le cadre du parcours global de soins pour une personne donnée et une pathologie donnée**.

L'implantation du DMP avec le respect strict de la confidentialité et de l'anonymisation sans interférence possible des payeurs peut seul permettre l'extension du codage PMSI au secteur extrahospitalier et la globalisation de l'information médicale au niveau du patient. Le dispositif en vigueur l'aurait permis si la volonté politique des organismes détenteurs des données était allée dans ce sens. Le PMSI aura évolué pour redevenir un outil de description médicale avec sa déclinaison économique sans être dévoyé par d'autres considérations et arrière-pensées.

« La Classification commune des actes des professions de santé » (**CCAPS**) ou équivalent permettra de décrire et de coder l'activité de tous les professionnels. Ceci permettra de mettre en place la répartition du financement dans une démarche apparentée à celle menée à ce jour en HAD. Une part du financement découlera du **niveau global de la qualité** de l'établissement. La qualité sera évaluée au travers des processus de certification et des indicateurs nationaux incluant les dimensions de processus, de pratiques professionnelles et de résultats.

Une réflexion sur la prise en compte du **coût de la non qualité** dans la rémunération des établissements sera également menée.

L'assurance maladie sera déchargée de la prise en charge de la solitude et de la détresse sociale.

L'hôpital doit être positionné comme **un maillon du parcours de santé**.

La prévention des hospitalisations doit s'imposer avec comme objectif de voir disparaître les hospitalisations potentiellement évitables.

La finalité doit être d'étendre les **prises en charge graduées** à la plupart des problématiques de santé et ainsi de rendre fluides les parcours de soins, de la consultation de médecine générale à l'hospitalisation hyper spécialisée.

Le **pivot coordonnateur** doit être le **médecin traitant généraliste**. Il sera aidé par des **professionnels dédiés à l'organisation du parcours de soins et de la prise en charge sociale**, disponibles au moment où ils sont nécessaires pour les patients, au sein d'une « maison de santé ». Ils exerceront avec l'appui de **collègues médecins généralistes et spécialistes, de pharmaciens et de paramédicaux** dans le cadre des nouvelles définitions des contours des métiers de la santé. Ils pourront disposer sans délai d'un **plateau technique de premier recours adapté aux besoins**, notamment en biologie et imagerie dans le cadre de l'organisation du territoire de santé.

La « **maison de santé** », sera un **centre d'accueil permanent**, téléphonique au moins, offrant aux patients, selon l'organisation du territoire de santé et leur libre choix individuel, la possibilité d'un recours organisé au(x) professionnel(s) de santé nécessaires à la prise en charge de sa situation pathologique. L'appartenance des professionnels ne doit pas être subordonnée à leur présence

physique dans le lieu d'implantation de la maison médicale. La contribution de la maison de santé à la télésurveillance sera à définir.

Pour chaque usager, **le lien humain personnalisé** sera maintenu avec un « référent » dans **chacune des catégories professionnelles de recours** et particulièrement avec le **médecin généraliste**, ceci dans le respect de son **libre choix**.

L'organisation hospitalière aura **officialisé un échelon intermédiaire de recours** à l'hôpital, entre urgent et « programmé » que l'on pourrait qualifier de « **non programmé** ». Les consultations de spécialités comporteront des plages horaires disponibles à court terme pour le jour même ou le lendemain, accessibles à la demande des patients du parcours de soins suivi ou des médecins externes. Les prestations **d'imagerie hospitalière et de biologie** seront aussi rendues **accessibles sans délai** sur demande d'un partenaire extérieur, sans passage en consultation hospitalière d'urgence, sur la base de contrats, en cohérence avec l'organisation territoriale et celle de l'établissement. Ceci viendra en renforcement de l'efficacité de la permanence des soins de ville et allègera la charge des services d'urgence.

Les établissements et les professionnels se seront organisés pour offrir le **niveau d'expertise et de technicité** nécessaire en niveaux **gradués** pour toutes les pathologies, en cohérence avec les compétences rassemblées dans les équipes disposant des équipements nécessaires et assurant les volumes d'activité recommandés par les sociétés savantes. Les parcours de soins incluront autant que possible **plusieurs structures d'hospitalisation**, animés par **une même équipe**.

La prestation de soins sera dissociée de la structure d'hébergement mais coordonnée avec elle.

Les limites actuelles à la prise en charge ambulatoire pourront être repoussées par l'introduction d'un niveau d'hébergement intermédiaire du type « **hôtel hospitalier** » situé dans le périmètre hospitalier ou à proximité. Y séjourneront principalement les patients dont le domicile est éloigné et pour lesquels l'organisation des soins nécessitant des plages horaires de présence contraignantes d'une part et aussi tous les patients hospitalisés sans indication de thérapeutique ou de surveillance pendant la nuit. Le recours à l'équipe hospitalière référente sera possible par les moyens modernes de communication (téléphone, télé médecine, ...). Ce mode de prise en charge contribuera à la préservation du bien-être et du lien social. Le financement de cet hébergement sera inclus dans le forfait. Il sera de nature à générer des économies significatives et une amélioration de la qualité de vie des professionnels de l'hospitalisation.

L'hospitalisation complète sera réservée aux patients nécessitant une prise en charge continue, en termes de surveillance, de traitement et/ou d'aide médicalisée. Un même « séjour » pourra faire l'objet des deux types d'hébergement.

Cette organisation doit être d'ores et déjà prise en compte dans la planification architecturale des établissements hospitaliers.

La **polypathologie**, de plus en plus fréquente de nos jours, est un poids pour l'efficacité du système dont l'organisation est conçue sur la médecine d'appareil. Elle sera prise en compte : consultations de plusieurs spécialistes regroupées dans un espace temps bref, modification de la répartition des lits d'hospitalisation,

La **télé médecine** sera une méthode d'accès supplémentaire aux prestations hospitalières : plages horaires de suivi de surveillance et consultation, de télé expertise, de télé concertation,

La prise en charge et la prévention du handicap seront intégrées dans les séjours hospitaliers afin d'anticiper sa survenue et de minimiser la dépendance : composition des équipes professionnelles, conception des chambres et équipements, activités de support,

L'organisation en amont des parcours de soins et le renforcement de **l'évaluation précoce des besoins pour les sorties des courts séjours**, au mieux avant l'admission doit diminuer le nombre de journées non justifiées

Un prérequis à la réflexion sur les séjours hospitaliers futurs implique la mise en place des éléments de surveillance et d'assistance susceptibles de favoriser autant que possible le retour à domicile, en utilisant notamment les moyens informatiques d'avenir (domotique, surveillance à distance, etc.). Les sorties devront s'appuyer sur un **maillage territorial renforcé en structures de soins de suite, en places de prise en charge médico-sociale et toutes les modalités qui sont susceptibles d'y contribuer**. Les **hôpitaux locaux** constituent une des ressources possibles. Le retour à domicile sera privilégié selon les souhaits des personnes concernées ; il s'appuiera sur des **professionnels de soins et d'aide à la personne** en nombre approprié.

De nouveaux périmètres auront du voir le jour en fonction de la **répartition nouvelle des rôles des différentes professions de santé**.

Les infirmiers auront un rôle pivot du fait d'une médecine que l'on pressent moins invasive. La **délégation d'actes** devra avoir progressé, incluant des consultations notamment de suivi. Les actions **d'information et d'éducation** des patients seront amplifiées, notamment en raison de l'augmentation des pathologies chroniques. Le rôle des **infirmiers cliniciens** sera prépondérant avec des formations en adéquation (LMD). Ce rôle s'inscrira aussi dans les stratégies de prise en charge diagnostique et dans l'expertise.

La fonction des **aides-soignants**, maintenant reconnus comme **profession de santé**, interface entre les fonctions de soins et ancillaires, sera amplifié tant en hospitalier qu'en ville, parallèlement au renforcement des missions remplies par les autres professionnels (infirmiers et pharmaciens pour la sécurisation du circuit du médicament en milieu hospitalier et en ville). Ceci permettra de répondre aux **besoins d'une population de plus en plus âgée et dépendante** (soins corporels et relationnels, aide à la gestuelle, surveillance de la sécurité de base) et devrait contribuer à la **réduction du nombre des séjours** hospitaliers et en structures d'hébergement.

La nouvelle organisation du parcours de soins va de pair avec une évolution des **modalités de l'exercice médical** qui se devra s'exercer sur un **mode collaboratif autour de deux axes : un axe patient** pour l'ensemble de son parcours de santé et **un axe soins techniques**. Le travail en commun sera basé sur **l'équipe de même discipline** avec des compétences et des lieux d'intervention différents d'une part, et sur la **concertation pluridisciplinaire** d'autre part.

La hiérarchie symbolique qui place actuellement le médecin spécialiste en haut de l'échelle sera alors de facto obsolète

Une réflexion sur le **temps médical** aura du être engagée, la durée du temps de travail n'étant probablement pas **l'aune de mesure du bien être** dans 30 ans. Toutes proportions gardées, c'est, probablement, la qualité de l'exercice professionnel, en termes de responsabilité, de collégialité, d'intérêt intellectuel, la pertinence des tâches dévolues à chacun, tant aux médecins qu'aux autres professionnels qui est susceptible de rendre attractif chacune des professions. Quoi qu'il en soit, le temps médical individuel nécessaire est voué à **décroître** avec une organisation des soins appropriée et ne fera alors que suivre l'évolution d'une démographie professionnelle qu'il convient d'anticiper dès maintenant en fonction de **l'augmentation des effectifs** provoquée par la modification du **numerus clausus**, du **partage des rôles** avec les IDE et autres paramédicaux (techniciens de laboratoire, orthoptistes, techniciens d'imagerie, ...) qui seront eux aussi plus nombreux. Par ailleurs l'évolution des techniques tant médicales (indications, modalités de réalisation des actes...) que de l'information (télémédecine, meilleur agencement de l'information...) rendra **moindre le temps nécessaire** aux mêmes prises en charge. Les professionnels auront du par ailleurs s'approprier **une culture de la performance fondée sur les faits et l'objectivité du meilleur soin au regard des besoins individuels de chaque patient à l'exclusion des jugements de valeurs et la course aux volumes qui ont dévoyé le concept**.

Les échanges avec les patients et les collègues devront s'appuyer pour part sur les outils de la **télé médecine**. Le temps spécifique consacré à ce mode (consultations, réunions, avis, ...) ne sera **pas**

exclusif des modalités traditionnelles. Notamment les « primo consultations » requièrent en général un contact direct et personnel avec le patient et il demeure souhaitable qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'un colloque traditionnel. Il en va de même pour certaines réunions dans le souci de maintien du lien socioprofessionnel. Il sera **identifié et intégré dans les organisations.**

Les médecins auront à travailler de plus en plus dans le cadre de la **prise en charge d'une population d'un territoire de santé, avec différents modes d'exercice,** allant des maisons de santé au centre d'hospitalisation hyper spécialisé, **selon les disciplines et les choix individuels et en cohérence avec les besoins spécifiques des territoires,** identifiés par des commissions médicales de territoires.

Ce mode de fonctionnement doit être de nature à faciliter le maintien pour tous d'un **niveau scientifique** performant tout au long de la carrière du professionnel.

Rien ne se fera sans une **réflexion approfondie pour modifier les modes de rémunération des professionnels** avec pour fil conducteur la reconnaissance de la **prestation intellectuelle** et en anticipant les dérives éthiques que le mode choisi peut engendrer. La rémunération devra être modulaire, incitative pour un exercice **multi sites et multi niveaux.**

Bon nombre de **fonctions support** devront être **mutualisées** et/ou externalisées chaque fois que la proximité n'est pas requise, notamment les fonctions de gestion. Il en sera de même probablement pour les services informatiques et biomédicaux.

En conclusion, on peut dire que l'hôpital de demain plus qu'aujourd'hui se devra d'être le **pivot de l'expertise collective et de la haute technicité mais dans un autre mode relationnel que la forme hégémonique qu'il avait hier et qui est encore aujourd'hui résiduelle. En effet, c'est dans le plein exercice de l'autonomie – avec son corolaire, la responsabilité assumée individuellement et collectivement – que l'hôpital trouvera pleinement sa place, à condition aussi que ce soit dans le respect mutuel de l'ensemble des professionnels de santé amenés à concourir aux soins de chacun des patients.** La restauration des valeurs éthiques est donc bien au centre de l'avenir des activités de soins et de l'hôpital, même si les usagers et les professionnels de santé y seront moins présents.

Les enjeux organisationnels sont au fonctionnement fluide d'un dispositif complexe en respectant la **répartition** des rôles de chacun des différents acteurs et des structures sur un **territoire de santé** donné, et ce pour une **prise en charge globale performante de chaque Personne,** ce qui passe par une réflexion stratégique spécifique, menée par l'ensemble des partenaires. Cette dynamique repose par définition sur une analyse fine et réaliste des évolutions probables de la population et des progrès de la science, ensemble de données dont l'anticipation n'est jamais trop précoce pour opérer en temps et sans violence les adaptations nécessaires.

Même s'il est toujours hasardeux d'être visionnaire, on peut avancer que l'hôpital de demain aura moins de bureaux, moins de lits et des lieux d'intervention de soins remodelés. Il y aura partout plus d'« intelligence » au sens informatique du terme : information, imagerie, robotique, domotique, ... et moins de « papiers » inutiles souvent générateurs de dysfonctionnements, parfois majeurs !

Une grande partie de l'hôpital sera probablement virtuel et « hors les murs ».

N'oublions pas cependant les dangers d'une médecine constamment inscrite dans la dynamique du progrès mais qui ne sera jamais une science exacte. Cet idéal de la perfection inatteignable est le ferment du **dévoisement de l'usage des outils modernes en suscitant l'orgueil de la toute puissance et l'illusion** qu'ils peuvent remplacer l'homme. C'est un réel danger.

In fine, la part de **l'intelligence** et de la **relation humaine** doit rester primordiale et continuer d'être le fondement des pratiques. La qualité de notre système de santé en dépend.