L'HÔPITAL DE JOUR, UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION CLASSIQUE ? L'EXEMPLE DES HOSPICES CIVILS DE LYON (*)

par

Maryse GADREAU (**) et Marie-Aude POISSON (***)

RÉSUMÉ. — Comment appréhender le coût social d'opportunité de l'hôpital de jour, alternative à l'hospitalisation classique ? C'est-à-dire plus précisément, quel est le rôle fonctionnel de l'hôpital de jour ? Quels sont les rapports entre l'hospitalisation classique et l'hôpital de jour ? Peut-on apprécier la rentabilité sociale de l'hôpital de jour ? Pour apporter quelques éléments de réponse à ces interrogations, nous nous référons explicitement à une recherche réalisée de 1980 à 1982 aux Hospices Civils de Lyon. A partir d'une information entièrement créée, tant pour approcher le coût réel de l'hospitalisation par malade que les caractéristiques réelles de la clientèle, il apparaît en fin de compte que l'hôpital de jour n'est pas fondamentalement une filière de soins concurrente de l'hospitalisation classique. C'est dans une perspective de restructuration de l'ensemble du secteur hospitalier, voire de son articulation avec la médecine de ville qu'il faut concevoir à long terme l'extension de l'hôpital de jour.

ABSTRACT. — IS HOSPITAL DAY CARE AN ALTERNATIVE TO TRADITIONAL HOSPITAL CARE: THE LYONS' PUBLIC HOSPITAL SYSTEM. *How to measure the social opportunity cost of hospital day care which is often thought of as an alternative to traditional hospital care? More precisely, what are the functions of hospital day care? In what relation does it stand to traditional hospital care? So as to answer those questions, we present here a survey conducted from* 1980 *to* 1982 *in the Lyons' Hospital System (Hospices Civils de Lyon). Using specially collected data on the real cost of hospital treatment and on the characteristics of the patients, we show that in the end hospital day care does not compete with traditional hospital care. The development of hospital day care must therefore be considered in a perspective of the long term restructuring of the whole hospital system or in relation with general practice.*

(*) Cet article s'appuie sur la recherche « prospective de l'hôpital de jour aux Hospices Civils de Lyon » réalisée dans le cadre du Groupement d'Intérêt Scientifique « Économie de la Santé » constitué par le C.N.R.S. et les Hospices Civils de Lyon. Le rapport intégral est disponible au secrétariat du G.I.S., 162, avenue Lacassagne, 69424 Lyon.

(**) Professeur de Science Économique à l'Université de Dijon, 4, boulevard Gabriel, 21100 Dijon.

(***) Attachée de direction aux Hospices Civils de Lyon, 162, avenue Lacassagne, 69424 Lyon.

© Credoc-Bordas

SOMMAIRE

Introduction 76

1. Quel est le rôle fonctionnel de l'hôpital de jour ? 77

2. Quels sont les rapports entre hospitalisation classique et hôpital de jour ? 79

3. Peut-on apprécier la rentabilité sociale de l'hôpital de jour ? 81

3.1. Coût réel de l'hospitalisation par malade 83
3.2. Coût réel et caractéristiques de la clientèle 84

Conclusion 89

Annexes 90

Institution sociale relativement ancienne puisque pilier fondamental de l'organisation charitable au Moyen-Age, l'hôpital n'a réellement accédé au statut d'institution de soins qu'au XVIII[e] siècle avec l'avènement de la pratique médicale. Mais c'est autour du lit que, jusqu'à ces dernières années, cette pratique s'est développée. Et la primauté « historique » de la fonction d'hébergement de l'hôpital subsiste d'ailleurs aujourd'hui dans les représentations que l'on donne de l'infrastructure hospitalière, bien souvent encore appréhendée en nombre de lits malgré le développement des moyens d'investigation technique communément désignés sous le nom de plateau technique.

La loi hospitalière de 1970 qui posait les fondements d'une planification sanitaire envisageait pourtant implicitement certaines formes de recours à l'hôpital autres que l'hospitalisation classique. C'est ainsi que la carte hospitalière met l'accent sur la complémentarité entre le dispositif hospitalier traditionnel et le dispositif ambulatoire, réservant ainsi la possibilité de développer des formes d'hospitalisation ambulatoire qui limitent l'hébergement comme en hôpital de jour, ou le suppriment, comme en hospitalisation à domicile.

Mais ce n'est qu'à une date récente, dans le contexte de la crise économique que nous traversons, qu'on a pris conscience (vraisemblablement sous l'effet d'une contrainte de coût et de la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé) de ce que la diversification des structures hospitalières pouvait dépasser le cadre de la psychiatrie et de la gériatrie. L'extension des filières hospitalières plus légères, substituables (*a*) ou complémentaires de l'hospitalisation classique, est devenue l'un des objectifs de la dernière réforme hospitalière. Et l'on peut penser que dans ce domaine des « alternatives à l'hospitalisation », l'intérêt financier de la collectivité rencontre peut-être l'intérêt sanitaire et social bien compris des usagers.

Pour apprécier la réalité de l'hôpital de jour et compte tenu de la diversité de ses modalités, on se réfère le plus souvent au critère de l'individualisation tarifaire qui consacre officiellement l'existence de l'hôpital de jour. Or l'obligation tarifaire a constitué jusqu'à présent un obstacle à l'extension de l'hôpital de jour et une rigidité dans l'organisation de l'activité hospitalière. L'hôpital de jour est précisément conçu pour limiter l'hébergement et privilégier une utilisation intensive du plateau technique. Et on fonde son financement, donc son existence, sur la journée d'hospitalisation ! Cet illogisme tient plus généralement aux modalités de financement des dépenses hospitalières qui lient les recettes de l'hôpital à la durée du séjour. Il devrait donc disparaître en même temps que le prix de journée. Le budget global offre théoriquement aux établissements, à compter du 1er janvier 1984, la possibilité de réorganiser les moyens dont ils disposent en fonction d'objectifs où l'hôpital de jour peut avoir sa place. Dans ce contexte, l'extension de l'hôpital de jour apparaît nettement comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. D'autant qu'en période de rigueur la nécessité de choisir se renforce et avec elle, l'obligation de justifier les choix qui sont faits.

— Quel est le rôle fonctionnel de l'hôpital de jour ?

— Quels sont les rapports entre hospitalisation classique et hôpital de jour ?

— Peut-on apprécier la rentabilité sociale de l'hôpital de jour ? Pour apporter quelques éléments de réponse à ces interrogations, nous nous référerons explicitement à une recherche réalisée de 1980 à 1982 aux Hospices Civils de Lyon (1).

1. QUEL EST LE RÔLE FONCTIONNEL DE L'HÔPITAL DE JOUR ?

L'exemple des Hospices Civils de Lyon montre que les hôpitaux de jour de court séjour revêtent une grande diversité de formes et d'objectifs et que la définition de l'hôpital de jour doit, en tout état de cause, être dépouillée d'une approche tarifaire.

On finance en effet très souvent, sous la terminologie « hôpital de jour », une *activité ambulatoire* trop lourde techniquement ou trop compliquée pour être rémunérée selon la nomenclature des consultations externes, mais qui

(1) GADREAU (M.) et POISSON (M. A.), Contribution à une prospective de l'hôpital de jour aux Hospices Civils de Lyon, Rapport au G.I.S. « Économie de la Santé », Lyon, septembre 1982.

GADREAU (M.) et POISSON (M. A.), L'hôpital de jour. A la recherche d'une information pertinente, Note de travail n° 12, G.I.S. « Économie de la Santé », Lyon, 1983.

Cf. en annexe 1 une brève présentation des méthodes d'observation.

n'est pas pour autant assimilable au contenu d'une journée d'hospitalisation classique. La dénomination « hôpital de jour » traduit alors bien davantage le souci de l'hôpital d'obtenir une rémunération en rapport avec les dépenses engagées qu'une formule nouvelle d'hospitalisation. De ce fait, on a pu trouver sous cette rubrique, à partir de 1978, des investigations techniques particulières qui s'adressent d'ailleurs aussi bien à des hospitalisés qu'à des malades externes. Ainsi en va-t-il de l'oxygénothérapie, de la médecine nucléaire ou de la radiologie, des explorations fonctionnelles ou encore de l'endoscopie.

Si l'on s'attache aux seuls *services cliniques* qui développent une prestation « hôpital de jour », une certaine ambiguïté subsiste :

– tantôt l'hôpital de jour recouvre une activité particulière qu'il est possible de programmer de façon spécifique, au sein du service. Il s'agit par exemple d'explorations diagnostiques pré-opératoires ou d'une séance de chimiothérapie, formules que l'on peut trouver dans des spécialités aussi différentes que la gastro-entérologie, la pneumologie, la gynécologie... La plupart du temps, ces interventions repérées au plan administratif sous la rubrique « hospitalisation de moins de 24 heures » sont noyées dans l'activité de l'hospitalisation classique;

– dans d'autres cas beaucoup plus rares, le poids de ce genre d'activité est suffisamment important pour qu'on ait jugé utile d'individualiser un secteur particulier intitulé « hôpital de jour ». On en recensait quatre aux Hospices Civils de Lyon au moment de l'enquête : en gastro-entérologie, hématologie, pédiatrie et pneumologie.

A quoi tient cette diversité de formes? Vraisemblablement à l'évolution de la pratique médicale liée à celle de la technologie. Le plateau technique autrefois circonscrit aux limites aisément repérables de la radiologie, des laboratoires et des blocs opératoires, a essaimé dans les services cliniques grâce à l'innovation technologique. On ne peut plus opposer de façon aussi nette qu'auparavant plateau technique et hébergement. De même, les frontières s'estompent entre l'hospitalisation classique et les consultations externes; l'innovation technologique permet à présent de soigner « debout » des malades qu'on hospitalisait auparavant dans un lit.

En ce sens, l'hôpital de jour est une résultante de la pratique médicale. Mais il contribue aussi parfois à l'enrichir. Nous en avons rencontré un exemple au service d'endocrinologie de l'hôpital de l'Antiquaille : les « tests » qui constituent des interventions très limitées dans le temps et très concentrées techniquement, se sont développés grâce à la mise en place de l'hôpital de jour, alors qu'il n'était guère possible de les intégrer dans le plan de travail d'une unité d'hospitalisation classique ou d'une simple consultation.

Plutôt qu'une structure de soins spécifiquement identifiée au sein de l'établissement hospitalier, l'hôpital de jour apparaît en fin de compte davantage comme une *fonction de soins* particulière aux contours matériels flous, qui entretient certains rapports avec les unités bien repérées que constituent l'hospitalisation classique et les consultations externes.

2. QUELS SONT LES RAPPORTS ENTRE HOSPITALISATION CLASSIQUE ET HÔPITAL DE JOUR ?

L'étude rétrospective du fonctionnement de l'hôpital de jour et de l'hospitalisation classique au sein du service d'hématologie de l'hôpital Édouard Herriot, entre 1972 et 1980, a mis en évidence une phase initiale (1972-1977) au cours de laquelle on assiste au développement de l'hôpital de jour au détriment de l'hospitalisation classique. On constate au tableau I que le rapport des malades admis en H.C. aux malades en hôpital de jour, diminue régulièrement. Un examen plus approfondi montre qu'au-delà du stade aigu de la maladie, l'hôpital de jour récupère progressivement le suivi des malades : il recrute principalement parmi les malades déjà connus du service alors que les nouveaux malades sont systématiquement admis en hospitalisation classique. Sur cette phase de suivi, il apparaît donc bien comme une *alternative* à l'hospitalisation classique.

TABLEAU I

Effectifs annuels des malades admis en hospitalisation classique et en hôpital de jour, 1972-1980

Années	Effectifs annuels	Dont malades admis (*a*)		(1)/(2)
		Hospitalisation classique (1) (Unité 1 + Unité 2)	Hôpital de jour (2) (Unité 3)	
1972	1 149	980	308	3,2
1973	1 099	934	271	3,4
1974	1 125	921	397	2,3
1975	1 040	766	503	1,5
1976	1 047	730	571	1,3
1977	1 120	751	568	1,3
1978	1 076	827	528	1,6
1979	1 034	798	478	1,8
1980	858	703	376	1,9

(*a*) Les malades ayant fréquenté simultanément les deux structures au cours d'une même année sont comptabilisés en (1) et en (2).

En revanche, après 1977 on assiste à une réorientation des malades en hospitalisation classique et le rapport précité se stabilise à un niveau intermédiaire entre ceux de 1974 et 1975. En analysant plus à fond la fréquentation

des deux filières, on s'aperçoit que l'hôpital de jour est de plus en plus utilisé en complément de l'hospitalisation classique. Le tableau II montre qu'à partir de 1978 le rapport du nombre de malades admis au cours d'une même année en hospitalisation classique et en hôpital de jour, au nombre de malades traités exclusivement en hôpital de jour, est supérieur à l'unité, alors qu'auparavant il variait entre 0,6 et 0,9.

TABLEAU II

Effectifs annuels de malades admis successivement en H.C. et H.J.; et exclusivement en H.J. 1972-1980

Années	Malades admis		(1)/(2)
	en hôpital classique + hôpital de jour (1)	en hôpital de jour seulement (2)	
1972	139	169	0,8
1973	106	165	0,6
1974	193	204	0,9
1975	229	274	0,8
1976	254	317	0,8
1977	199	369	0,6
1978	279	249	1,1
1979	242	236	1,0
1980	221	155	1,4

Or, on note que ce renversement de tendance coïncide avec l'installation de médecins chefs de clinique du service, dans les hôpitaux périphériques (Chambéry, Valence, Annecy). D'où l'hypothèse que nous formulons : la redistribution des compétences médicales sur la région entraîne vraisemblablement la rétention sur place d'une clientèle soignée antérieurement dans le service. Par voie de conséquence, le degré de gravité de la pathologie traitée à Lyon s'élève, ce qui limiterait la probabilité du recours à l'hôpital de jour.

Cette analyse monographique ne peut être généralisée à l'ensemble des hôpitaux de jour. Elle met cependant en évidence la difficulté de l'approche chronologique d'un phénomène où interfèrent potentiellement plusieurs facteurs explicatifs. Dans le cas qui nous préoccupe, comment déterminer les parts de responsabilité de la technologie et de la pratique médicale, de la composition du corps médical et de celle de la clientèle dans l'évolution des rapports de substitution-complémentarité ? Il est de ce fait très délicat de se prononcer sur les perspectives de développement de l'hôpital de jour. La dimension technologique est certes essentielle. Le progrès technologique a supprimé pour maintes catégories de malades la nécessité d'une hospitalisation continue. Par exemple les neuroleptiques en psychiatrie, le remplacement de l'urine par le sang comme support d'examen des bilans de diabète... Mais s'il constitue une condition nécessaire à l'extension de l'hôpital de jour, il n'en

est pas pour autant une condition suffisante. Les paramètres d'offre jouent un rôle déterminant. Pour que l'hôpital de jour augmente significativement sa zone d'influence dans l'ensemble du dispositif hospitalier, encore faudrait-il neutraliser l'incidence négative éventuelle de l'éloignement par la mise à disposition d'une structure d'hébergement légère et banalisée à l'extérieur ou dans l'hôpital. A défaut de quoi l'hôpital de jour restera limité aux usagers résidant à proximité de l'établissement. L'impact du corps médical est par ailleurs prépondérant puisque c'est le médecin qui décide de l'orientation du malade en hospitalisation classique et en hôpital de jour, en fonction des caractéristiques du patient mais aussi parfois dans l'intérêt de son service. Car dans la configuration actuelle de l'hôpital, cloisonné en services trop souvent étanches, où le pouvoir du chef de service est fonction du nombre de lits et de malades qu'il supervise, il serait utopique de croire que seul l'intérêt des malades guide les choix du corps médical. De la même façon, la contrainte d'un tarif journalier pour une activité qui s'apprécie intrinsèquement en charge de soins, peut bloquer la bonne volonté des gestionnaires hospitaliers préoccupés en premier lieu d'équilibrer leur budget.

En ce sens, les deux axes principaux de la réforme hospitalière, globalisation du financement et départementalisation, sont favorables à l'extension de l'hôpital de jour : le budget global parce qu'il permet davantage d'initiative et de latitude dans la répartition interne des ressources allouées à chaque établissement; la départementalisation, en affaiblissant les droits de propriété implicites des médecins sur les services et en instaurant autour du malade une collaboration entre des compétences différentes, favorise une programmation des interventions susceptibles alors, grâce à la suppression des temps morts, de s'inscrire dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

3. PEUT-ON APPRÉCIER LA RENTABILITÉ SOCIALE DE L'HÔPITAL DE JOUR?

Limiter l'hospitalisation à la journée, de façon régulière ou épisodique par un recours intensif mais ponctuel au plateau technique, peut permettre tout à la fois d'économiser une grande partie des frais hôteliers et de traiter davantage de malades avec une même infrastructure. Cette thèse a ses adversaires, qui invoquent l'augmentation des frais administratifs résultant d'une organisation spécifique de l'hôpital de jour et de la coordination des activités de jour avec les activités classiques, pour l'utilisation d'un même plateau technique.

Comment vérifier ces diverses assertions? Les informations financières fournies par la comptabilité analytique des établissements hospitaliers sont créées, recueillies et ordonnancées essentiellement en vue de l'établissement des tarifs, qui eux-mêmes ont pour objectif principal de générer les recettes de l'hôpital, et non pas d'informer sur le coût réel des soins. La critique du prix de journée n'est plus à faire et la réforme hospitalière en cours l'a

consacrée. On sait que, si le prix de journée est un instrument commode de recouvrement des recettes, qui sauvegarde l'autonomie de l'établissement vis-à-vis des organismes de tutelle, il possède un certain nombre d'inconvénients dont le moindre n'est pas de lier le montant des recettes encaissées à la durée du séjour. Par son mode de calcul, il est dépendant du taux d'occupation. Ce qui conduit à la conséquence économiquement absurde suivante : une durée de séjour plus courte, significative d'une productivité accrue obtenue grâce à des techniques de soins plus performantes entraîne, à court terme, un déficit budgétaire et, à long terme, une hausse du prix de journée, toutes choses interprétées à tort comme des signes de mauvaise gestion.

Si l'on veut tenter de répondre honnêtement à la question ainsi posée : l'hospitalisation de jour est-elle moins coûteuse que l'hospitalisation classique? Il importe de raisonner à partir de statistiques fiables, ce qui nécessite, dans la plupart des cas, la création de ces statistiques.

Mais il faut souligner que cette question telle qu'elle vient d'être formulée peut prêter à confusion. Trop longtemps, l'approche économique de l'activité hospitalière a été limitée à l'étude des coûts, comme si l'économie de l'hôpital se limitait aux dépenses engagées. Ceci relève d'une conception trop restrictive, voire erronnée, de la dimension économique d'une activité, comme de l'approche que l'on peut faire de cette activité. Une activité économique, marchande ou non marchande, se définit par la combinaison de ressources rares, en vue d'un objectif déterminé. On oublie trop souvent qu'à l'hôpital, comme ailleurs, la mise en œuvre de moyens en hommes et en matériels n'est pas une fin en soi, mais vise à soigner des malades. Et il importe, économiquement parlant, au sens cette fois exact du terme, de les soigner au mieux, compte tenu des ressources disponibles. Il s'agit d'utiliser ces ressources de façon optimale, c'est-à-dire sans gaspillage. Il faut penser : organisation des moyens en fonction des objectifs recherchés alors qu'on raisonne généralement en termes de restriction ou d'augmentation de budgets, ... selon que l'on est financeur ou financé.

On ne peut donc se contenter, dans une approche économique de l'hôpital de jour, d'apprécier sa rentabilité sur la seule base du coût comparé des traitements en structure classique et en structure de jour. Il importe de définir les clientèles respectives de ces deux structures, dans toutes leurs caractéristiques : médicales, démographiques, économiques et sociales. Car ces caractéristiques sont significatives du besoin à satisfaire donc du résultat potentiel à obtenir.

C'est alors la mise en relation des informations relatives à cette clientèle, aux traitements appliqués et à leur coût, qui permettra d'appréhender la rentabilité de l'activité hospitalière, c'est-à-dire la façon dont les besoins existants sont satisfaits. En cela, la pratique encore expérimentale en France, de l'audit médical, visant à apprécier l'opportunité et la qualité des soins rendus aux malades, est indissociable de la recherche d'une bonne gestion. Médecins, gestionnaires... et économistes doivent être étroitement associés dans la réalisation d'un objectif commun : soigner au mieux les malades, avec

des ressources nécessairement limitées. Le concept de moindre coût est un concept dont la signification est relative par rapport à l'objectif fixé. L'interpréter de manière absolue n'aurait aucun sens. La façon la plus radicale de réduire les coûts n'est-elle pas de ne pas soigner les malades?

C'est le *coût d'opportunité* de l'hospitalisation de jour par rapport à l'hospitalisation classique qu'il faut apprécier; c'est-à-dire le coût des moyens qu'il faut renoncer à mettre en œuvre en hospitalisation classique pour atteindre les objectifs qu'on s'est fixés, par la voie de l'hospitalisation de jour.

– La comparaison des coûts d'hospitalisation classique et de jour impose une recherche du coût réel de l'hospitalisation, au-delà d'un prix de journée sans grande signification, et dans toute la mesure du possible, par référence au malade, support et finalité ultime de l'activité hospitalière.

– La mise en relation des objectifs et des moyens nécessite en premier lieu que l'on s'informe sur les caractéristiques et les besoins de la clientèle; et que par ailleurs on rapproche dans chaque filière, ces caractéristiques avec le coût de l'hospitalisation.

Nous illustrerons cette démarche à partir de l'enquête conduite dans deux hôpitaux de jour lyonnais à finalités différentes couplés avec les services d'hospitalisation classique correspondants : l'un à dominante thérapeutique en hématologie à l'hôpital Édouard-Herriot; l'autre à vocation diagnostique en endocrinologie à l'hôpital de l'Antiquaille.

3.1. Coût réel de l'hospitalisation par malade

Sans nous attarder sur la méthodologie d'individualisation des coûts par malade, nous attirerons cependant l'attention sur les difficultés rencontrées lors de la décomposition du coût selon les postes de dépenses retenus qui concernent les coûts directement engagés par les activités de soins considérées (personnels soignant et médical, consommation pharmaceutique, actes médico-techniques, prestations hôtelières, amortissements). Dans les deux services enquêtés, il a fallu arbitrer entre le niveau de précision de l'information désirée et les possibilités effectives de mise à jour de cette information... et, en conséquence, transiger sur le degré d'individualisation des coûts dans des proportions variables selon la nature de l'information et la spécificité du service enquêté. Ainsi par exemple :

– pour évaluer les coûts en personnel médical et soignant, il n'était pas envisageable d'apprécier et de valoriser le temps passé par chaque membre de l'équipe médicale auprès de chaque malade. Nous avons donc déterminé un forfait reflétant au mieux la relation entre activité médicale, et coût en personnel. En endocrinologie comme en hématologie, le coût en personnel pour chaque secteur classique et de jour a été calculé à partir du montant brut des rémunérations et de la part relative du temps hospitalier consacré par chaque intervenant à ce secteur. Mais en hématologie, à dominante thérapeutique, le coût global a été imputé à chaque malade proportionnellement à sa durée de séjour, alors qu'en endocrinologie, à vocation diagnostique, où l'importance de l'activité médicale n'est pas liée au temps de présence

du malade mais au type d'hospitalisation, le coût global a été imputé à chaque malade proportionnellement aux effectifs de malades. On a procédé à la même adaptation s'agissant des dépenses en personnel soignant. Ceci nous a conduit à retenir comme terme de comparaison le coût du séjour et non le coût journalier moyen comme en hématologie : il est apparu en effet que l'utilisation de l'hôpital de jour en endocrinologie, sous forme d'un recours itératif de trois jours, se substituait à un séjour de durée équivalente en hospitalisation classique.

— La diversité des médicaments et des produits utilisés et leur inscription non exhaustive sur la feuille de température n'ont pas permis une évaluation strictement individualisée. Le coût en médicaments par malade a donc été obtenu par addition d'un coût véritablement individualisé pour les médicaments et les produits sanguins figurant sur la feuille de température, valorisé sur la base du prix de revient unitaire calculé par la pharmacie centrale, et d'un montant forfaitaire pour les dépenses non individualisées mais néanmoins engagées, d'après les bons de commande des services à la pharmacie centrale.

— On ne pouvait approcher le coût en actes médico-techniques par malade ni en utilisant systématiquement les tarifs de responsabilité qui ne sont pas des prix de revient, ni en retenant les prix de revient des lettres clés calculés par la comptabilité analytique des Hospices puisque certains actes sont réalisés à l'extérieur. Il s'est donc avéré indispensable, lors du décompte des actes par malade, de repérer non seulement leur nature (actes en B, Z ou Ziso, K) mais aussi leur provenance afin d'appréhender au mieux le coût pour l'hôpital : en valorisant les actes demandés à l'extérieur, au tarif de responsabilité de ville, facturé à l'hôpital, et qui constitue donc bien un coût pour lui; alors que les actes produits aux Hospices sont évalués à partir des informations de la comptabilité de prix de revient ([1]).

3.2. Coût réel et caractéristiques de la clientèle

Les caractéristiques démographiques (âge, sexe) *et socio-économiques* (environnement et charges familiales, activité professionnelle...) ne semblent pas déterminantes, alors que la *distance* joue un rôle essentiel et dissuasif à l'encontre de l'hôpital de jour (*cf.* tableau III).

En revanche, dans les deux services enquêtés, l'analyse des clientèles montre que les *caractéristiques médicales* ont un poids prépondérant dans l'orientation du recours aux unités classiques et de jour, le stade d'évolution de la maladie (appréhendé par le type d'intervention du service auprès du malade : diagnostic, traitement, surveillance) intervenant bien davantage que la nature de la

(1) *Cf.* en annexe 2 une présentation succincte du mode d'évaluation du coût en actes médico-techniques par malade.

TABLEAU III

Le recours aux filières classique et de jour en hématologie et en endocrinologie. Répartition du nombre de malades en pour-cent

Proximité en kilomètres	Hématologie			Endocrinologie		
	H.C.	H.J.	Total	H.C.	H.J.	Total
< 30	46	60	53	52	79	61
30 – 70	19	18	18	25	11	20
> 70	35	22	29	23	10	19
	100	100	100	100	100	100

pathologie. Le recours aux unités classique et de jour en hématologie et en endocrinologie selon la pathologie apparaît aux tableaux IV et V; et selon le type d'intervention, au tableau VI.

Quant *au niveau et à la structure des coûts*, ils sont présentés au tableau VII. Mais les comparaisons et commentaires que l'on peut formuler n'ont de sens que par rapport aux caractéristiques des clientèles qui génèrent ces coûts. C'est donc à l'interprétation simultanée des tableaux IV, V, VI et VII qu'on doit se livrer.

A) On constate alors qu'en *hématologie* le coût journalier moyen plus faible en H.J. qu'en H.C. et la disparité entre les deux unités d'hospitalisation classique elles-mêmes (633 F en H.J. contre 729 F et 1 629 F dans les unités classiques) s'expliquent par des profils de clientèle différents :

— l'unité classique 1 est doublement hétérogène. Au plan des finalités, elle partage son activité presque également entre interventions thérapeutiques (43 % des motifs) et interventions diagnostiques (31 %), ce qui transparaît clairement dans la structure du coût journalier moyen par la prépondérance du coût des actes et des médicaments (respectivement 36 % contre 23 %); son intervention dans le suivi des malades n'est pas négligeable pour autant (26 % des motifs d'hospitalisation). Au plan de la pathologie, le champ des affections que traite l'unité classique 1 est diversifié; et on peut supposer que le degré de morbidité de sa clientèle est moyen;

— l'unité classique 2 est en revanche très typée. Sa finalité thérapeutique, nettement affirmée, apparaît dans 68 % des cas. Le champ des affections qu'elle traite est très concentré sur la pathologie leucémique, plus particulièrement les leucémies aiguës à degré de morbidité très élevé. Ceci explique que le poste « médicaments-produits sanguins et petit matériel médico-chirurgical » constitue près de la moitié du coût journalier moyen;

— l'unité de jour présente un profil de pathologie intermédiaire puisque le pourcentage de leucémies (43 %) est à la fois plus élevé qu'en unité classique 1 (20 %) et plus faible qu'en unité classique 2 (74 %). Mais sa vocation de service de suite est essentielle, presque au même niveau que son activité de traitement au sens strict (respectivement 43 contre 51 % des motifs

TABLEAU IV

Le recours aux unités classique et de jour selon la pathologie, en hématologie.
Répartition du nombre de malades en pour-cent

Pathologie	Hospitalisation classique (recours exclusif et alternatif) (*)						Hospitalisation de jour						
	Nombre de malades			(%) ↓			Recours alternatif		Recours exclusif		Total		
	Unité 1	Unité 2	Ensemble	Unité 1	Unité 2	Ensemble	Nombre de malades	(%) →	Nombre de malades	(%) →	Nombre de malades	(%) ↓	(%) →
Pathologie leucémique .	36	50	75	20	74	33	33	40	51	60	84	43	100
Dont leucémies aiguës .	14	48	51	8	71	23	5	–	25	–	26	24	–
Autres pathologies	143	18	150	80	26	67	27	25	83	75	110	57	100
TOTAL	179	68	225	100	100	100	60	–	134	–	194	100	–

(*) Il s'ensuit que le nombre de malades distincts hospitalisés en structure classique (unité 1 et unité 2) est inférieur ou égal à la somme des malades hospitalisés en unité 1 d'une part et en unité 2 d'autre part.

TABLEAU V

Le recours aux unités classique et de jour selon la pathologie, en endocrinologie. Répartition du nombre de malades en pour-cent

Pathologie	H.C.	H.J.
Hyperthyroïdies	41	65
Diabètes	25	10
Maladies gonadiques	7	12
Obésité, maigreur, anorexie mentale	11	3
Autres pathologies	16	8
TOTAL	100	100

TABLEAU VI

Le recours aux filières classique et de jour selon le type d'intervention, en hématologie et en endocrinologie. Répartition du nombre de recours en pour-cent

Type d'intervention	Hématologie					Endocrinologie		
	Unité 1	Unité 2	H.C. Ensemble	H.J.	Total	H.C.	H.J.	Total
Activité diagnostique	31	22	28	6	14	36	50	42
Traitement	43	68	51	51	51	31	0	22
Surveillance-contrôle	26	10	21	43	35	33	50	36
	100	100	100	100	100	100	100	100

d'hospitalisation) alors que les interventions diagnostiques sont exceptionnelles (6% des motifs); ceci explique le faible poids des actes dans le coût journalier moyen (17%) et la prépondérance du poste médicaments (49%).

B) *En endocrinologie* où la détermination des coûts a porté sur des séjours, les coûts sont sensiblement plus élevés en hospitalisation classique où la durée de séjour est plus importante. Par contre les structures internes des coûts sont très voisines dans les deux cas : les actes entraînent la moitié des dépenses alors que les coûts en personnel médical et para-médical constituent 30%. On note toutefois la part plus importante du poste « personnel médical » en hôpital de jour, qui s'explique par la prépondérance de l'activité diagnostique (42% des motifs) plus onéreuse en temps par le travail de synthèse médicale qu'elle détermine, que l'activité de traitement dont l'incidence est plus forte pour le personnel soignant : or celle-ci, inexistante en hôpital de jour, concerne 31% des séjours en hospitalisation classique. Sur le plan des patholo-

TABLEAU VII

Niveau et structure du coût journalier moyen dans les unités d'hospitalisation classique et de jour, en hématologie et en endocrinologie

	Hématologie						Endocrinologie			
	Hospitalisation classique				H.J.		H.C.		H.J.	
	Unité 1		Unité 2							
	(F)	(%)	(F)	(%)	(F)	(%)	(F)	(%)	(F)	(%)
Personnel médical	39	5	99	6	56	9	63	6	125	15
Personnel infirmier et paramédical	134	18	379	23	78	12	282	25	117	14
Médicaments, produits sanguins et petit matériel médico-chirurgical	166	23	649	40	307	49	45	4	36	5
Actes	265	36	304	19	105	17	572	50	427	52
Dépenses hôtelières	120	17	185	11	85	13	152	13	110	14
Amortissements	5	1	13	1	2	–	24	2	–	–
TOTAL	729	100	1 629	100	633	100	1 138	100	815	100

gies traitées, l'hyperthyroïdie constitue le recrutement principal du service, mais concerne plus particulièrement l'hôpital de jour avec 65 % des malades admis contre 41 % en hospitalisation classique. Inversement, les diabètes qui représentent 25 % des malades soignés en hospitalisation classique ne représentent que 10 % des malades admis en hôpital de jour.

*
* *

Il apparaît en fin de compte que l'hôpital de jour n'est pas fondamentalement une filière de soins concurrente de l'hospitalisation classique.

Chaque forme de soins correspond à une technologie de prise en charge différente : l'hospitalisation classique est bien adaptée à la phase de traitement au sens strict et tout spécialement aux pathologies aiguës; alors que l'hôpital de jour convient parfaitement aux interventions diagnostiques et aux activités de suite. Si l'hôpital de jour apparaît parfois comme concurrent de l'hospitalisation classique, c'est parce qu'il attire une clientèle qui lui revient potentiellement mais qui était auparavant accaparée par l'hospitalisation classique. En ce sens, la concurrence, si l'on tient à utiliser ce terme, est une concurrence saine qui favorise l'allocation optimale des ressources accordées au secteur hospitalier.

Pour une partie de la clientèle, le service est rendu en hôpital de jour dans des conditions plus favorables sur le plan qualitatif et psychologique puisque le contact avec l'environnement familial et professionnel est préservé. Par contre les coûts ainsi engagés ne sont pas aussi faibles qu'on aurait pu le penser : entre autre, on n'économise pas autant qu'on l'avance parfois sur le poste « dépenses hôtelières » qui constitue encore 15 % environ du prix de revient (coût direct) pour les deux services étudiés.

Dans le cas de l'endocrinologie, la comparaison des coûts engagés par des malades présentant le même profil (bilan d'hyperthyroïdie) dans les deux filières de soins « concurrentes » se traduit par un bilan défavorable à l'hôpital de jour dont le coût journalier de fonctionnement s'établit à 1 126 F contre 980 F en hospitalisation classique. Ce constat s'explique par l'utilisation insuffisante qui se fait de l'hôpital de jour : à ressources constantes pour le service, l'imputation à l'hôpital de jour de sa clientèle potentielle encore traitée en hospitalisation classique aboutirait à un rééquilibrage des charges de fonctionnement; on obtiendrait ainsi des coûts sensiblement analogues dans les deux filières de soins : 881 F en hospitalisation classique pour 788 F en hôpital de jour.

Cet exemple montre que c'est dans une perspective de restructuration de l'ensemble du secteur hospitalier, et voire même de son articulation avec la médecine ambulatoire, qu'il faut concevoir, à long terme, l'extension de l'hôpital de jour.

Et dans cet esprit il faut d'ailleurs noter que les résultats de l'enquête évoquée sont limités au champ de l'enquête elle-même. C'est la taille et le degré de spécialisation du complexe hospitalier lyonnais qui nous ont conduites à mettre l'accent, parmi les alternatives à l'hospitalisation, sur l'hôpital de

jour. Mais il n'est pas certain que dans d'autres établissements de moindre importance l'opportunité économique et sociale de l'hôpital de jour se révèle dans les mêmes termes. Ainsi par exemple, pour des établissements plus petits, des pathologies plus légères, et des degrés de gravité moindres, il est probable que le recours aux consultations externes (c'est-à-dire aux modalités de soins strictement ambulatoires dans les locaux et avec le support technique de l'hôpital) serait d'une rentabilité sociale supérieure à celle d'un hôpital de jour.

ANNEXE 1

Présentation du champ de l'enquête et des méthodes d'observation

L'enquête s'est déroulée dans le cadre de deux services de nature très différente :

– le service d'hématologie de l'hôpital Édouard-Herriot au pavillon Ebis (52 lits en hospitalisation classique dont 8 lits destinés à recevoir des pathologies particulièrement lourdes, et 10 lits en hôpital de jour à finalité essentiellement thérapeutique);

– l'unité Delore en endocrinologie à l'hôpital de l'Antiquaille (29 lits en hospitalisation classique, 2 lits et 2 couchettes en hôpital de jour, à finalité essentiellement diagnostique).

L'échantillon est constitué tant en hématologie qu'en endocrinologie par l'ensemble des malades sortis entre le 1.11.1979 et le 31.1.1980, dont on observe les séjours à travers un questionnaire permettant de cerner :

– les caractéristiques propres aux malades dont on peut penser qu'elles orientent sa prise en charge dans tel service d'hospitalisation plutôt que dans tel autre (caractéristiques socio-économiques : âge, sexe, nationalité, situation de famille, niveau de revenu, localisation..., et médicales : diagnostic, antécédents médicaux, modalités d'accès au service...);

– les caractéristiques propres au séjour qui permettent d'apprécier le rôle fonctionnel des différents secteurs d'hospitalisation dans le service (type d'hospitalisation, motif de l'hospitalisation : diagnostic, traitement, surveillance..., dernière structure de soins connue avant l'hospitalisation, devenir du malade à la sortie...).

– les informations relatives aux coûts (en personnel médical et soignant, en produits pharmaceutiques, en actes médico-techniques, en prestations hôtelières).

Les insuffisances structurelles de la comptabilité analytique et la nécessité pour satisfaire à notre problématique de rapprocher les coûts par malade de leurs caractéristiques, nous ont obligées à créer l'information tant en ce qui concerne les quantités de prestations reçues que la valorisation unitaire de ces prestations. L'annexe 2 présente succinctement la méthode mise au point pour évaluer le coût en actes par malade.

Ajoutons enfin qu'une rétrospective de 1972 à 1980 a été réalisée sur la clientèle de l'hôpital de jour en hématologie afin de préciser les rapports de complémentarité et de substitution entre les deux structures de soins, classique et de jour en hématologie.

ANNEXE 2

L'évaluation du coût en actes par malade

1. Le repérage des actes à valoriser

Le relevé a été effectué *a posteriori* par le service informatique des Hospices Civils de Lyon. Il fait ressortir pour chaque malade le détail des actes effectués pour chaque séjour selon le laboratoire ou service médico-technique prestataire. Ainsi, en hématologie, la presque totalité des actes en B est assurée par les trois laboratoires de biochimie et par le laboratoire d'hématologie de l'hôpital Édouard-Herriot; il a donc été convenu de calculer un coût moyen du B de biochimie applicable à tous les B de biochimie demandés par le service ainsi qu'un coût moyen du B d'hématologie applicable à tous les B d'hématologie. En endocrinologie, tous les B ont été considérés comme produits par le laboratoire de biochimie de l'Antiquaille qui satisfait la quasi-totalité des demandes du service. Par ailleurs ont été regroupés à part, pour chaque séjour, les actes demandés à l'extérieur, qui sont facturés uniformément au tarif de ville.

2. La détermination des coûts unitaires (pour les actes produits à l'intérieur de l'hôpital)

Pour les actes cotés en K, l'information disponible ne permettait pas de repérer le type d'acte réalisé (fonds d'œil, endoscopie...). Il n'était donc pas possible de déterminer un prix de revient unitaire par type d'acte. Par convention, on a appliqué aux actes en K le tarif applicable au secteur public car la comptabilité analytique ne permet pas de connaître le prix de revient des K réalisés en dehors des blocs opératoires ce qui était précisément le cas des actes recensés.

Pour les actes en B et Z consommés par le service d'endocrinologie et pour les actes en Z consommés par le service d'hématologie, l'étude a bénéficié de deux recherches originales de la cellule d'analyse de gestion, sur les prix de revient des actes médico-techniques à l'Antiquaille, et sur les prix de revient du Z de radiologie à Édouard-Herriot. Restaient à évaluer les prix de revient du B de biochimie des trois laboratoires de biochimie et du laboratoire d'hématologie. Les calculs ont été effectués à partir des inputs nécessaires à leur production (en personnels, en réactifs et produits divers, en amortissements des matériels...) selon une méthodologie relativement complexe mais précise.

CONSOMMATION-REVUE DE SOCIO-ÉCONOMIE

AU SOMMAIRE DES DERNIERS NUMÉROS

1982

N° 2. — L'évolution du rapport patrimoine/revenu au cours du cycle de vie : une comparaison France-Canada. — Les déterminants de la mobilité matrimoniale. — Allocation rationnelle du temps des ménages en Colombie. — La planification, les coûts et les avantages des actions médicales.

N° 3. — Confluences. — Convergence dans les systèmes nationaux de relations professionnelles. — Relations industrielles, rapport salarial et régulation : l'inflexion néo-libérale. — La prise en compte des ressources dans l'attribution des aides monétaires aux familles. — Conditions de vie et aspirations des Français. Premiers résultats de la quatrième phase.

N° 4. — Le langage de l'abstention. – Les jeux de la précision et du silence. – La gestion sociale des silences. – Le malaise de la macro-économie et l'économie invisible. – La consommation élargie en Autriche. – Extrapolation des tableaux de la consommation par C.S.P.

1983

N° 1. — Les modes de consommation de quelques pays occidentaux : comparaison et lois d'évolution (1960-1980). — Les ressources des familles et l'impact des prestations familiales. — Mobilité sociale des ménages et évolution économique.

N° 2. — L'évolution de la consommation marchande en Europe et aux USA depuis 1960. — L'indice des prix de la C.G.T. : une analyse critique. — Remarques sur une critique de l'indice C.G.T. — L'élasticité-revenu des dépenses publiques : les problèmes théoriques et empiriques de son évaluation.

N° 3. — Construction d'indicateurs de redistribution. — Endettement des ménages et rationnement du crédit. — Réflexions sur la relation fécondité-mobilité sociale. — La demande d'éducation post-obligatoire des familles paysannes. — Conditions de vie et aspirations des Français. Premiers résultats de la cinquième phase d'enquête.

N° 4. — Plaidoyer et agenda pour la prise en compte des ressources humaines dans la recherche relative aux pays sous-développés. — Trajectoires professionnelles des femmes et vie familiale. — L'économie polonaise vue à travers des circuits parallèles.

1984

N° 1. — La variance des salaires réels, indicateur d'inégalité. — La T.V.A., un impôt inégalitaire mal connu. — La semaine d'un enfant scolarisé. — Comportement en cours d'étude et emploi.

N° 2. — Quel mode de développement pour l'Économie Sociale ? — Automédication et perceptions à l'égard de la médecine. — Pourquoi y-a-t-il peu de pauvres en H.L.M. ? — Conditions de vie et aspirations des Français. Premiers résultats de la sixième phase d'enquête.

AU SOMMAIRE DU PROCHAIN NUMÉRO

Travail familial et travail salarié : un modèle de formation du revenu des artisans. — Insertion professionnelle, mobilité, salaire : le cas des sortants de l'enseignement technique court. — La complexité de la force de travail dans les services marchands et non marchands : une estimation. — La perception du travail au noir par les jeunes. — L'organisation de l'Université française à la lumière de ses processus de certification.

COPYRIGHT

The appearance of the code at the bottom of the first page of an article in this journal indicates the copyright owner's consent that copies of the article may be made for personal or internal use, or for the personal or internal use of specific clients. This consent is given on the condition, however, that the copier pay the stated per-copy fee through the Copyright Clearance Center, Inc., Operations Center, 21, Congress St., SALEM, MASS. 01970, U.S.A. for copying beyond that permitted by Sections 107 or 108 of the U.S. Copyright Law. This consent does not extend to other kinds of copying, such as copying for general distribution, for advertising or promotional purpose, for creating new collective works, or for resale.

Imprimerie GAUTHIER-VILLARS, France
Dépôt légal 1984 : Imprimeur : 2631 — Éditeur : 020 — CPPP 56687
2163-84 septembre 1984 *Imprimé en France*
Le Directeur de la publication : Jean-Manuel BOURGOIS

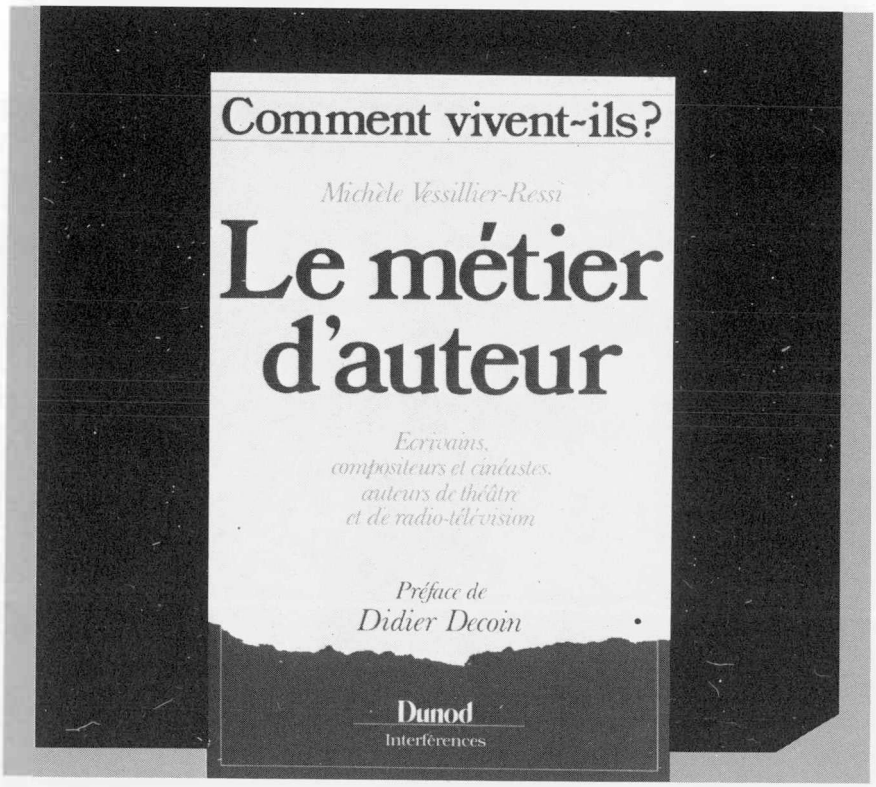
Dunod

Le métier d'auteur

Michèle Vessillier-Ressi
Préface de Didier Decoin

Une synthèse socio-économique
des questions qui se posent à tous les créateurs

écrivains • compositeurs et cinéastes •
auteurs de théâtre et de radio-télévision



Dunod

tel père, tel fils ?

Position sociale et origine familiale

Claude Thélot

Préface de Jean Fourastié

Collection L'œil économique

Qui monte et qui descend l'échelle sociale ?

Une analyse, chiffres à l'appui, de l'évolution des statuts sociaux en France

Dunod

Spécial gestion sociale

Le nouveau droit de la gestion sociale
N. Communod – M. Féron
Ce qu'il faut connaître du Droit du travail en 1983.

Le bilan social, outil d'information et de gestion
R.-P. Danziger
Grand Prix Harvard-L'Expansion
L'entreprise vue sous un angle différent

Les relations du travail
Employeurs, personnel, syndicats, Etat.
D. Weiss
L'indispensable. Edition 1983.
5e éd.

DUNOD entreprise

Dunod

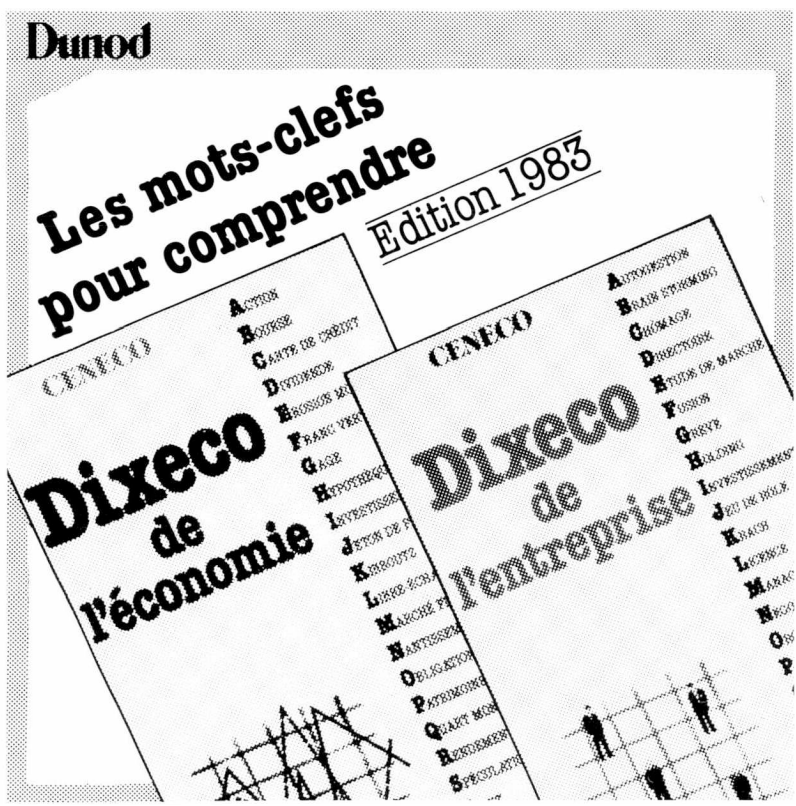
SOCIOLOGIE
DU TRAVAIL

Numéro spécial 3/84

Travail des femmes et famille

4 numéros par an

Renseignements et abonnements :
CDR - Centrale des Revues
11, rue Gossin - 92543 Montrouge - France



CREDOC

Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie

Le C.R.E.D.O.C., Association sans but lucratif régie par la loi de 1901, est un organisme scientifique placé sous la tutelle administrative du Commissariat Général du Plan. Fondé en 1953 pour effectuer des études statistiques des structures et tendances de la demande, le C.R.E.D.O.C. a élargi son activité. Ses travaux portent sur les conditions de vie de la population et les politiques les concernant. Quels que soient les domaines abordés, il s'agit toujours de recherches et d'études socio-économiques dans lesquelles les comportements des ménages sont les préoccupations centrales du C.R.E.D.O.C.

Il en est ainsi notamment des travaux d'économie médicale, de ceux relatifs à la redistribution des revenus et au fonctionnement des services publics, comme l'enseignement, de ceux qui ont trait à la consommation et aux conditions de vie des ménages, ainsi que de ceux qui portent sur des groupes particuliers de la population.

Le C.R.E.D.O.C. effectue des travaux pour le compte des administrations publiques, pour celui d'organismes internationaux ou de droit privé; ces travaux sont publiés sous la responsabilité du C.R.E.D.O.C.

C.R.E.D.O.C., a non profit organization, is a research center supervised by the French Planning Authority. Founded in 1953 to study the patterns and trends of households' demand, C.R.E.D.O.C. has broadened its activities. The research now deals with the living conditions of the population and policies that concern them; whatever the field, investigations are centered on the behaviour of families.

Such is the case of the work on health care economics, on income redistribution and the functioning of public services such as education, on household consumption and living conditions and on particular groups of the population.

The work is commissioned by public bodies, international organizations or private institutions, and published under the responsibility of C.R.E.D.O.C.

Président :
Hubert PREVOT
Commissaire au Plan

Vice-Présidents :
Philippe HUET
Président des Charbonnages de France
Edmond MALINVAUD
Directeur Général de l'I.N.S.E.E.

Directeur :
André BABEAU
Professeur à l'Université de Paris-X

Sommaire

JULIAN LE GRAND	Évaluation de l'impact redistributif des dépenses publiques. Quelques problèmes méthodologiques	3
NICOLE TABARD	Mobilité sociale, fratrie et descendance	19
ALBERT BEMMAOR	Durée de vie des biens durables : modèles et tests	51
MARYSE GADREAU et MARIE-AUDE POISSON	L'hôpital de jour, une alternative à l'hospitalisation classique ? L'exemple des Hospices Civils de Lyon	75

1984 n° 3 **JUILLET/SEPTEMBRE**

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE
ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE