

Les unités sous la pression économique

II. A l'heure de la précarité

Dr Bernard DEVALOIS, Président de la SFAP

La pression économique exercée sur les USP ne risque-t-elle pas de remettre en cause leur pérennité ? Le secteur public ou le PSPH représentent la majeure partie des USP, même s'il existe des USP privées, dont le mode de financement est complètement différent. On peut appliquer un autre critère différenciant concernant le mode de financement, à parts égales : le SSR ou la MCO. En MCO, la T2A est appliquée, sachant que sa part atteint 35 % des financements en 2006.

Les situations sont donc extrêmement hétérogènes en matière de financement des unités de soins palliatifs. Le principe de la tarification à l'activité consiste à rémunérer le séjour, quelle que soit sa durée, entre 2 et 35 jours.

MCO

Si la durée du séjour est inférieure à deux jours, trois possibilités de financement sont proposées, en fonction du devenir du patient (retour à domicile, décès, transfert). Si le patient reste entre 2 et 35 jours, l'établissement perçoit 9 000 euros. Une subvention de 429 euros par jour est octroyée au-delà de 35 jours. Ces tarifs diffèrent dans le privé.

Qu'il s'agisse du tarif public ou privé, le tarif payé à l'établissement en lits identifiés est seulement de 10 % inférieur au tarif en USP, alors que le déploiement des moyens en lits identifiés et en USP est incomparable. Le système encourage le développement des lits identifiés et freine celui des USP.

D'une manière générale, ce système de financement des soins palliatifs encourage la diminution de la durée moyenne du séjour. En outre, le taux d'occupation n'est pas significatif de l'activité. Cette évolution m'inquiète quelque peu : les conséquences de l'application de la tarification à l'activité à une USP méritent d'être évaluées.

Un lit USP occupé de 360 jours rapporte 1,08 million d'euros pour 120 séjours de trois jours et 162 000 euros pour 18 séjours de 20 jours ! Imaginez un lit avec un taux d'occupation de 98 % (10 séjours de 35 jours), il représente 90 000 euros contre 270 000 euros pour un taux d'occupation de 50 % (30 séjours de six jours). Or, la durée moyenne de séjour ne revêt pas de sens en matière de soins palliatifs !

Pour assurer la rentabilité économique, les USP devraient raccourcir les séjours d'une durée médiane. Le constat est terrifiant : un décès dans les 48 heures « rapporte » un peu moins de 2 000 euros, contre 9 000 euros au-delà de deux jours. Plus le temps passe, moins le malade en soins palliatifs « rapporte » (puisque le subventionnement est divisé par 10).

SSR

Le système en SSR est tout à fait différent, puisque les séjours classifiés en soins palliatifs entraînent la classification du séjour dans le CMC20 concernant les soins palliatifs et qui

comprend 6 GHJ. Ce système préfigure ce que pourrait être une T2A appliquée au SSR.

J'ai constaté que les prises en charge très lourdes avec un acte classant rapportaient le plus d'argent, ce qui inciterait, d'un point de vue financier, à effectuer des actes lourds. Nous sommes donc confrontés à un véritable problème : les actes classants ne correspondent absolument pas à l'esprit qui prévaut aux soins palliatifs.

Conclusion

Au total, nous sommes confrontés à huit cas de figures différents, ce qui aboutit à la mise en difficulté des USP en SSR, des USP en secteur privé (leur financement est moitié moindre que celui du secteur public) et des USP MCO (le rapport coût/tarif est plus favorable aux lits identifiés).

Le développement des USP n'est pas considéré comme une priorité par les pouvoirs publics. Force est de constater qu'il n'a pas été affirmé une quelconque volonté de développement des USP au travers du 1^{er} ou du 2nd plan. Nous avons assisté à une légère diminution des ressources des USP. En l'absence d'une réaffirmation forte, nous risquons d'assister à la disparition progressive de l'indispensable ossature du programme de soins palliatifs.

Nous devons définir clairement les missions des USP au travers d'un référentiel précis, sachant qu'il existe une grande disparité parmi les 78 USP. Sur cette base, il sera possible d'appliquer le principe « à missions équivalentes, financement égal ». Je ne suis pas certain que la tarification à l'activité soit la plus pertinente, c'est pourquoi il serait intéressant de mener une étude sur ce point.

Si le développement des lits d'USP doit être une priorité en termes de santé publique, il est nécessaire d'allier le cœur et la raison en soulignant l'importance des USP auprès des décideurs et en acceptant une évaluation des pratiques et de la mise en conformité avec un cahier des charges précis.