

PILOTER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ?

Université Paris Dauphine, Executive MBA Santé -
12 mars 2011

Véronique Billaud, directrice associée, ANAP

Le système de santé français : un système (presque) parfait

2784 établissements de santé publics et privés :

1 000 établissements publics de santé,

31 CHU

970 CH (Centres Hospitaliers) dont 90 psy

1 047 cliniques privées commerciales

750 cliniques sans but lucratif (ESPIC)

1000 sites de chirurgie et 5,2 M de séjours de chirurgie /an

14 M de passages aux urgences / an

400 PASS (permanence d'accès aux soins de santé)

209 000 médecins dont 122 000 libéraux et 87 000 hospitaliers

Alors ... Pourquoi changer ?



pgi0079 www.fotosearch.fr

**Du labyrinthe ...
au parcours de
santé**

Les données de 1958 ont considérablement changé

▪ Les malades ne sont plus les mêmes :

- Diminution des pathologies aiguës au profit des pathologies chroniques
- **ALD = 60% des dépenses d'Assurance maladie, demain 70%**
- Des patients plus âgés, des dépenses de santé qui se concentrent sur la dernière partie de la vie

▪ Les soins ont profondément évolué

- Plus techniques, moins invasifs : développement de l'imagerie et des examens de biologie
- Personnalisation des traitements,
- Hyper spécialisation : des équipes pluri disciplinaires plus que des médecins, émergence des consultations pluri disciplinaires et des protocoles
- Développement de la télé santé
- Diminution des DMS (durée moyenne de séjour)
- Diminution du temps médical disponible (nombre de médecins et temps de travail)

▪ La notion de maladie elle-même a changé

- culturellement : passage d'un « corps muet » à un « corps parlant » (F. Aballéa)
- Être en bonne santé : pas seulement ne pas être malade
 - ✓ La prévention
 - ✓ La demande de soins

Du système de soins au système de santé ?

XX^{ème} Siècle

Maladies infectieuses
Pathologies aiguës
+ de 65 ans : 11,4%
« la santé n'a pas de prix »

L'hôpital comme lieu de soins
avec hébergement

**Un système construit
autour du médecin**

XXI^{ème} Siècle

Pathologies chroniques
Vieillessement
+ de 65 ans : 16,8%
« la santé a un coût »

L'hôpital comme lieu de diagnostic, de
soins sans hébergement, d'évaluation, de
définition de protocole, d'expertise à
distance (télémédecine) ...

**Un système construit pour (et
avec ?) le patient ?**

La loi du 21 juillet 2009 réforme l'ensemble du système de santé

Loi « **Hôpital, patients, santé et territoires** » :

- **Le patient au centre du système :**
 - Coordination entre médecine de ville, hôpital, maisons de retraite
 - Parcours de soins / parcours de santé
- **adapter le pilotage interne de l'hôpital : plus de souplesse, une capacité à évoluer**
- **Renforcement du niveau régional avec les Agences Régionales de Santé (**ARS**) et approche par territoire**
- **Création de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (hôpitaux, maisons de retraite, établissements pour personnes handicapées) : **ANAP****

I- Une réforme globale

1. Simplifier le pilotage, le fonctionnement et la gestion des hôpitaux

- clarifier les responsabilités
- liberté d'organisation

2. Penser « territoire »

- Le territoire de santé comme référence de prise en charge des besoins
- Un nouvel acteur de régulation et d'organisation : l'agence régionale de santé (ARS)
- De nouveaux outils de coopération

3. L'accès aux soins

- L'ARS veille à la bonne répartition des acteurs et des missions de service public
- Des incitatifs pour la répartition des médecins sur le territoire
- La coordination des soins et des prises en charge : parcours de santé

Simplifier le pilotage, le fonctionnement et la gestion des hôpitaux

▪ Des responsabilités clarifiées : un directeur qui dirige

- Le directeur préside le directoire
- Il fixe l'EPRD
- Médicalisation du management : président de CME n°2, chefs de pôles (facteur de performance)
- Remplacement du CA par le conseil de surveillance
- Le président du CS n'a plus de pouvoir sur le budget (et ne peut plus recréer à la place du directeur ...)

▪ Un contrôle renforcé

- Le chef d'établissement rend des comptes au DG de l'ARS
- Le DG d'ARS choisit les chefs d'établissements
- Objectifs, contractualisation, évaluation
- Sanctions graduées : Plan de retour à l'équilibre, CREF, intervention CGES – IGAS, CRC, mise sous administration provisoire
- Des contrôles qualité : certification (HAS), Indicateurs de qualité obligatoires, sanctions financières

▪ Une liberté d'organisation interne

- Seuls les pôles sont obligatoires (dérogations)
- Suppression des 40 sous commissions de CME : organisation précisée dans le règlement intérieur

Penser « territoire »

- **Un constat : les études sur les consommations de soins par territoire montre des « fuites de population » vers d'autres territoires, et des recours de populations extérieures**
= Inadéquations entre offre de soins et besoins de la population

- **Ce décalage est encore plus fort dans le domaine médico-social :**
 - Concentrations d'Ehpad sur certains territoires
 - Manque criant de structures d'accueil et d'hébergement pour personnes handicapées, et relégation de celles-ci hors des villes
- **Dans le même temps :**
 - Excédent de places d'hospitalisation en MCO
 - Maintien de plateaux techniques non performants
 - Absence de filières de soins et de coordination entre les différentes modalités de prise en charge

Surcoûts de la non qualité

La loi HPST définit les territoires de santé

- La loi HPST dispose que « *l'agence régionale de santé définit **les territoires de santé pertinents** pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* » (Art. L. 1434-16. du CSP)
- **3 grands changements par rapport à l'ordonnance du 4 septembre 2003 :**
 1. Le **champ d'application** des territoires de santé comprend **l'ensemble de l'activité des ARS, notamment la santé publique et le secteur médico-social**, et non plus seulement le sanitaire
 2. Elle identifie des **niveaux d'accès aux soins de premier recours**
 3. Elle introduit **pour chaque territoire de santé une conférence de territoire** avec les missions suivantes :
 - ✓ **Mise en cohérence des projets** territoriaux sanitaires avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique
 - ✓ Faire toute **proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PRS**

Territorialisation et gradation des soins (1)

Objectif : « le bon soin, au bon moment, au bon endroit »

- **Le territoire de santé = unité de base de l'organisation des soins**
 - Peut être découpé en territoires de proximité ou territoire de projets ...

- **En proximité (niveau 1)**
 - **Les soins de premier recours :**
 - ✓ Médecine ambulatoire
 - ✓ Centres de santé
 - ✓ Maisons de santé pluri disciplinaires
 - ✓ Soins infirmiers et de rééducation
 - Les activités d'urgence
 - Petit plateau technique (radiologie...)
 - Certaines spécialités médicales (psychiatrie, ophtalmologie, gynécologie, dermatologie, cardiologie ...)

Territorialisation et gradation des soins (2)

Les niveaux de plateaux techniques (source : Pr Carli, président du Conseil national de l'urgence hospitalière)

■ Niveau 2 :

- Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) : recours infra régional accès 24/24
- Permanence des soins hospitalière (PDSH) avec imagerie, biologie, psychiatrie

■ Niveau 3 :

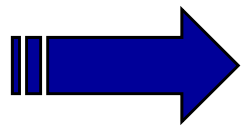
- Médecine chirurgie obstétrique (MCO) avec spécialités
- Recours régional , **plateau technique lourd** à l'exception de quelques spécialités
- PDSH en conséquence

■ Niveau 4 :

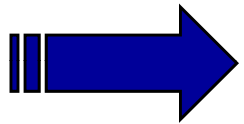
Inter régional : schéma inter régional d'organisation des soins (SIOS) : grands brûlés, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, greffes ...

Le maillage territorial : sécurité, proximité

DEUX LOGIQUES EN EQUILIBRE DYNAMIQUE



CONCENTRATION (économie des ressources rares, taille des équipes, qualité due à la répétition des actes)



PROXIMITE (sécurité par l'accessibilité, qualité due à l'absence de rupture sociale)



TERRITOIRES DE SANTE,
espaces de régulation
de cet équilibre

L'accès aux soins

▪ Une notion géographique :

- Proximité / recours
- La possibilité pour l'ARS d'octroyer des missions de service public à des établissements privés
 - ✓ Objectif de service rendu à la population
 - ✓ Des obligations de qualité : continuité, orientation, accessibilité financière

▪ L'accessibilité financière aux soins

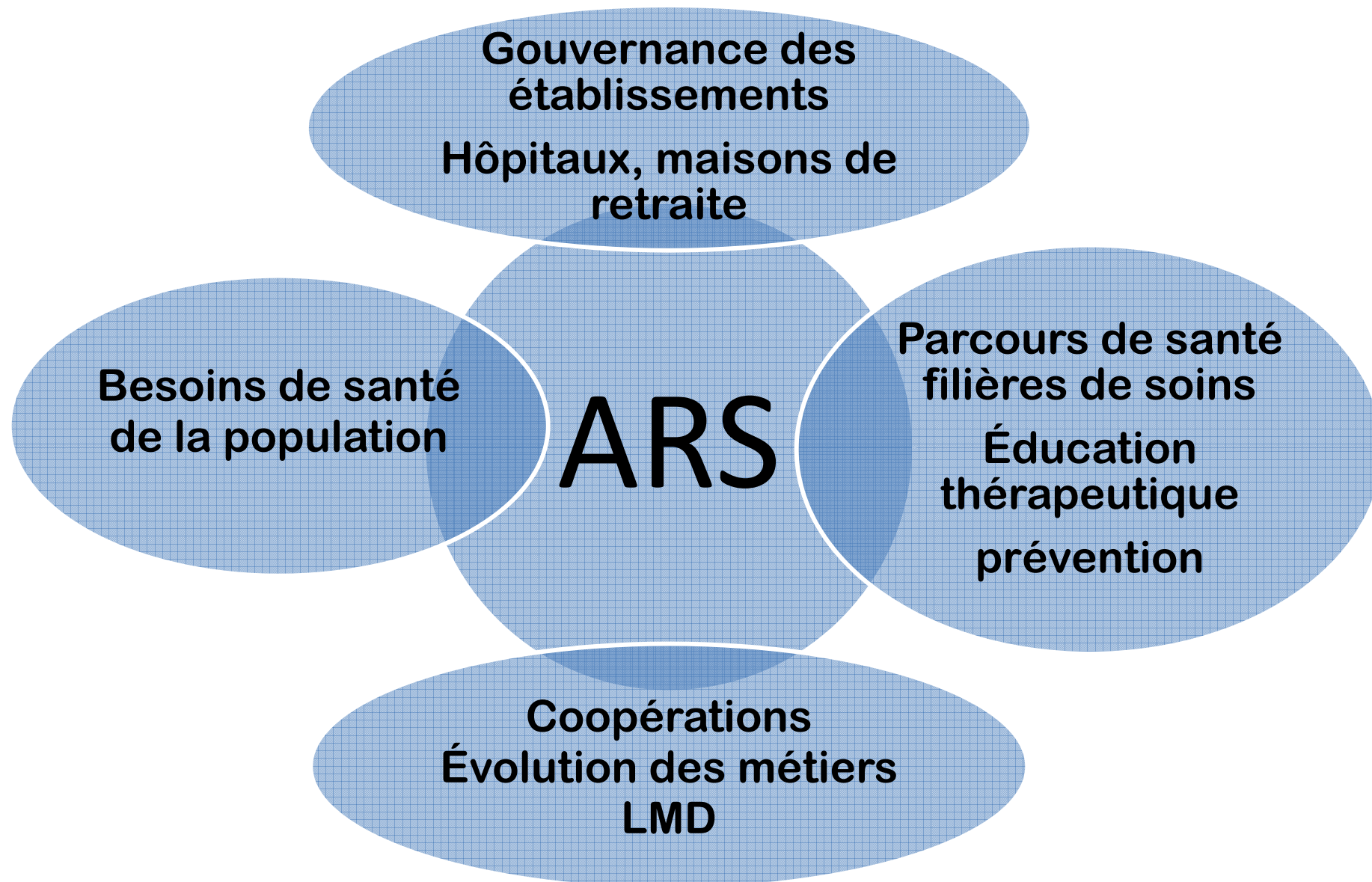
- Les établissements qui ont une mission de service public ont une obligation de secteur conventionné dit secteur 1 pour toute la prise en charge de la personne entrée via une mission de SP
- Une information des patients sur les tarifs (site de la CNAMTS)

▪ L'accessibilité cognitive

- L'éducation thérapeutique : renforcer la capacité du patient à prendre en charge ses soins et sa santé
- L'éducation à la santé et la prévention : des missions de l'hôpital

▪ Des professionnels de santé aux responsabilités renforcées :

- De nouveaux métiers à venir : infirmiers spécialisés en cancéro, IRC, maladies chroniques, psychiatrie ... ? (cf rapport de Laurent Hénart février 2011)
- La coopération entre professionnels de santé pour étendre les compétences



Comment faire évoluer le système ?



Sortie d'hôpital ...

Sortir de l'hospitalo-centrisme ...

II- Les nouveaux modes de pilotage

- 1. Une régulation régionale : les agences régionales de santé**
- 2. Un pilotage national : le comité national de pilotage**
- 3. Une agence d'appui à la performance : l'ANAP**

Réguler le système au niveau régional : les ARS

- Une mesure des besoins de la population
- Un projet global : le projet régional de santé : un cadre pour fédérer les initiatives des acteurs et adapter les réponses aux besoins de la population
= Transversalité et lisibilité de la politique conduite par les Ars
- Un plan d'action : le **plan stratégique régional de santé** pour orienter **les schémas régionaux** :
 - de prévention,
 - d'organisation des soins
 - d'organisation médico-sociale+ des programmes opérationnels thématiques dédiés
- Un **programme pluri annuel de gestion du risque**
 - des objectifs pluriannuels communs aux 3 caisses (L 182-1-1 CSS)
 - des actions régionales complémentaires spécifiques
- Des **outils nouveaux** : organisation, contrats : ES et EMS, fongibilité asymétrique , outils de suivi et indicateurs ...

Un pilotage national : le comité national de pilotage

▪ Un pilotage centralisé interministériel :

- Santé (DGOS, DSS)
- Comptes
- Solidarité

Assuré par le secrétariat général des ministères sociaux

▪ Une logique de contractualisation

- Etat / ARS
- ARS / établissement

▪ Des priorités d'action et des indicateurs nationaux

- Feuille de route ARS
- Le comité national des indicateurs : définir un périmètre d'indicateurs de référence
- Un programme de gestion du risque financier

▪ Un renouveau de l'action publique :

- L'association des ARS : véritable concertation, dialogue de gestion
- L'accompagnement des réformes (formations-actions, séminaires, rencontres, site internet, implication des parties prenantes)

Outiller les établissements et les ARS : l'ANAP

- **L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux :**

- a été créée en octobre 2009, après une période de préfiguration de 6 mois.
- résulte de la fusion de la MeaH, de la Mainh et du Gemsih.

- **Objectifs :**

Contribuer à la modernisation du système de santé et à la transformation des établissements, accompagner ses évolutions

- ✓ Améliorer la qualité des soins et des prise en charge – cercle vertueux de la « bientraitance »
- ✓ améliorer les organisations et les conditions de travail des personnels
- ✓ L'efficacité comme impératif éthique

Un appui aux ARS et aux établissements

■ **Méthodologie :**

- **L'ANAP expérimente et conçoit des outils, au contact des professionnels et à partir de projets conduits sur le terrain**
 - ✓ Circuit du médicament
 - ✓ RH : l'évaluation des professionnels, GPMC
 - ✓ HPST, les clés pour comprendre
 - ✓ Guide des coopérations (centre de ressources – 450 pages)
- **L'agence pilote des projets de transformation au sein des établissements, dans une relation contractuelle avec le directeur et l'ARS**
 - ✓ Projets performance (30 hôpitaux en 2011)
 - ✓ Filières de santé (3 territoires)
 - ✓ systèmes d'information (450 établissements)
- **L'ANAP assure le déploiement de ses outils :**
 - ✓ Accompagnement des ARS, transfert de compétences
 - ✓ Prototypes de formations

La performance : une démarche qui repose sur la recherche de qualité

L'ANAP se réfère à l'OMS pour qui la performance d'un système de santé repose sur :

1. L'amélioration de la santé des individus, la qualité du service rendu

- ✓Qualité des soins,
- ✓qualité des prises en charge

2. La réactivité du système

- ✓Qualité des organisations,
- ✓Conditions de travail

3. L'efficience

- ✓Pertinence des activités
- ✓Efficience économique et financière

La performance selon l'ANAP



Exemple d'outil : HOSPIDIAG

Un outil de référence de l'ensemble des acteurs pour la mesure de la performance des établissements MCO

- Il permet **d'établir un premier diagnostic de performance**
- Il explore **toutes les dimensions de la performance**
- Il repose sur un **socle commun de 67 indicateurs produits automatiquement** à partir des remontées dans les bases nationales
- Il permet **le benchmark entre établissements de santé comparables**

Hospi Diag est **un support de dialogue avec un établissement de santé** permettant d'amorcer la discussion avec les principaux acteurs de l'établissement sur ses forces, ses faiblesses et donc ses gisements de performance.

Un exemple d'action : le développement de la chirurgie ambulatoire

- Environ 1000 sites de chirurgie en France
= 5 millions de séjours par an
- Un projet de décret avec un seuil minimal d'activité à 1500 séjours de chirurgie (moyenne sur les 3 dernières années), quel que soit le mode de prise en charge (**hospitalisation complète ou ambulatoire**)

Les centres de chirurgie ambulatoire

- centre autonome / établissements de santé : critères d'environnement médical (médecin anesthésiste sur place)
- La qualité : travaux de la Haute autorité de santé en cours

Retard français confirmé des pratiques ambulatoires

2009	Public + Privé non lucratif	Privé lucratif	Total
Taux d'ambulatoire	24 %	44 %	35 %

83 % USA
79 % GB
70% pays nord européens
45 % Portugal

Source France : PMSI 2009
Source USA : SMG Marketing Group, Chicago
Source Portugal : CNADCA 2009

60% de prise en charge en chirurgie ambulatoire ?

« La carotte et le bâton »

■ Incitations tarifaires :

- tarif unique pondéré (moyenne des taux les plus élevés en chirurgie ambulatoire)
- Des tarifs au-dessus du coût réel

■ Contraintes :

- procédure de mise sous accord préalable de l'Assurance maladie en cas de pratique insuffisante de l'ambulatoire
- un programme de gestion du risque financier : objectifs d'économie fixés à 50 M€ en 2011

■ Accompagnement :

- Des méthodes, des guides de bonne pratique ...
- Formations, échanges de pratiques ...
- Projets pilotes au sein d'établissements

Quel potentiel de développement ambulatoire en France ?

Le calcul du potentiel français est le résultat :

☐ **d'une approche en terme d'éligibilité des patients**

Constaté français :

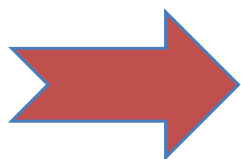
Enquête PNIR 2000-2004 (34 000 patients et à partir des recommandations SFAR 1990) :

➤ **90 % des patients éligibles**

☐ **d'une projection en termes d'actes**

Constaté à l'étranger :

➤ **Jusqu'à 80% des actes chirurgicaux**



Près de 2 millions d'actes pourraient être faits en ambulatoire

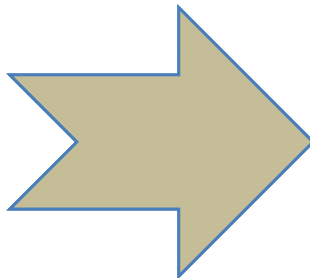
Perspectives

Constat : la transformation est en marche

**Le développement de la chirurgie ambulatoire
pose la question de la conception de
l'HÔPITAL de DEMAIN**

L'ANAP

- **optimiser la gestion des flux autour de 3 pôles :**
 - un plateau technique interventionnel,
 - un plateau de consultations
 - un plateau d'urgences
- **définir un niveau d'environnement minimal : qualité – sécurité**
(rapport bénéfices / risques)



**Quel dimensionnement hospitalier optimal ?
Quel impact financier ?
Quel plan d'accompagnement ?**

Préparer l'hôpital de demain : rôle de l'ARS

- **Une vision stratégique**
 - ✓ Identification des étapes
 - ✓ Objectifs pluri annuels
- **Des outils de coopération : pour recomposer l'offre**
 - ✓ Une stratégie de groupe pour les hôpitaux publics : les communautés hospitalières de territoire (CHT)
 - ✓ Des coopérations public – privé (ou public-public ou privé –privé) : les groupements de coopération sanitaire (GCS)

Des outils de contractualisation pour responsabiliser sur les objectifs (cf LOLF) :

- ✓ Etat – ARS : contrat pluri annuel d'objectif et de moyens
- ✓ ARS – établissement : CPOM établissement
- ✓ Intra hospitalier : contrat de pôle entre le directeur et le chef de pôle

Conclusion

Manager la santé ?

Quelles capacités de production de soins ?

- Évolution des techniques
- Évolutions de la démographie médicale
- Nouveaux métiers (LMD)
- Taille des structures ? Le maillage ?
- Où est l'optimum ?
- Le premier recours ?
- Impact de : télésanté, éducation thérapeutique

Quelles méthodes de production ?

- Soins personnalisés → chemins cliniques
- Soins coordonnés → parcours de soins
- Les transports ? L'accueil, le départ ?
- Gestion des flux

Quelles mesures de la qualité et de l'efficience ?

**Libérer du temps soignant pour
soigner la relation**

