

# AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS : DÉMARCHE ET OUTILS

**Hôpital de demain : quelles perspectives**

Venise, 3 décembre 2010

**[www.anap.fr](http://www.anap.fr)**

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

**2 900 établissements de santé publics et privés :**

**1 000 établissements publics de santé,**

**31 CHU (Centre Hospitalo – Universitaire)**

**860 CH (Centre Hospitalier)**

**91 CHS (Hôpitaux psychiatriques)**

**800 établissements privés à but non lucratif,**

**1 100 cliniques privées**

**1000 sites de chirurgie**

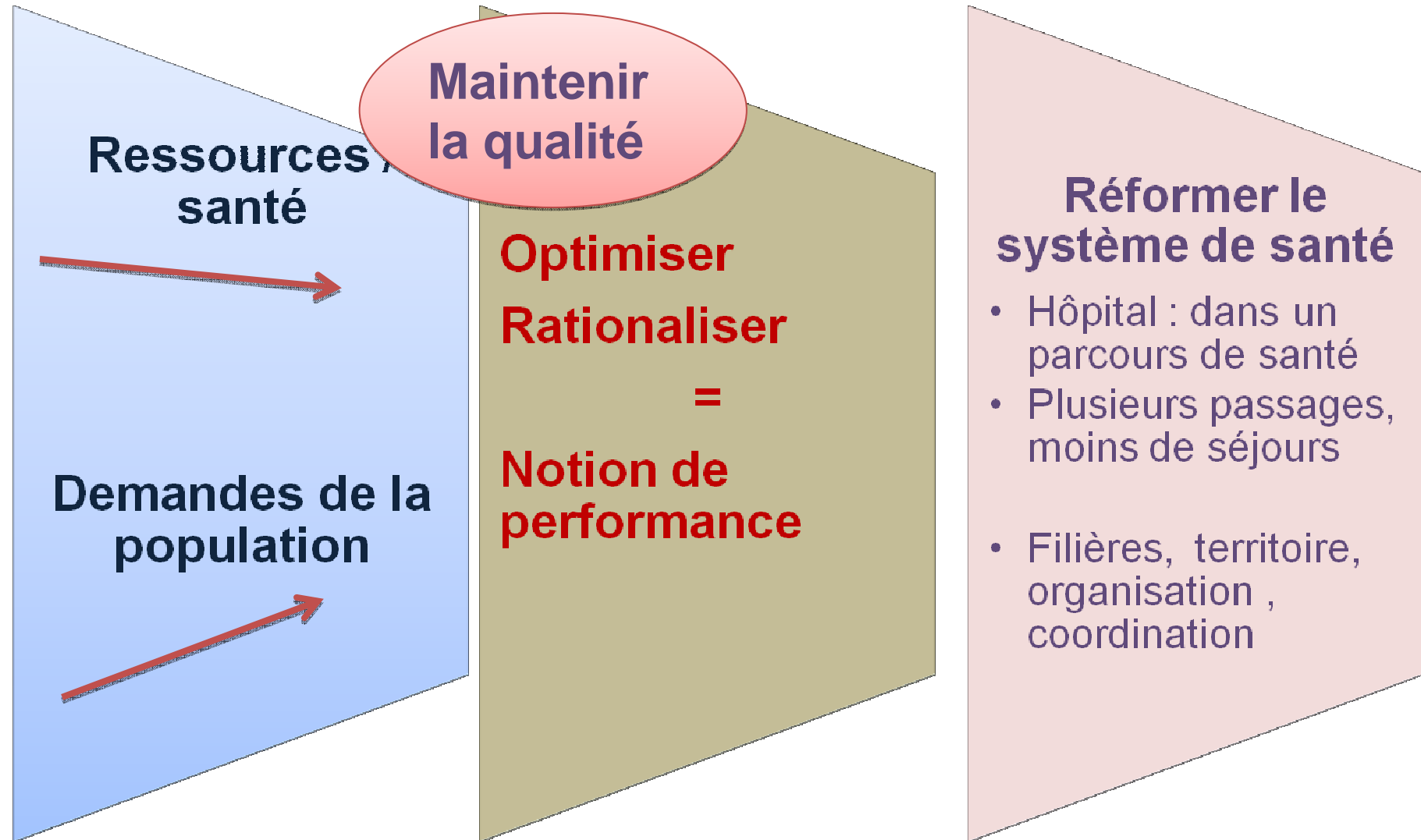
**5,2 millions de séjours de chirurgie /an**

## Alors ... Pourquoi changer ?



pgi0079 www.fotosearch.fr

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



## La performance selon l'ANAP



En référence à la définition de l'OMS

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

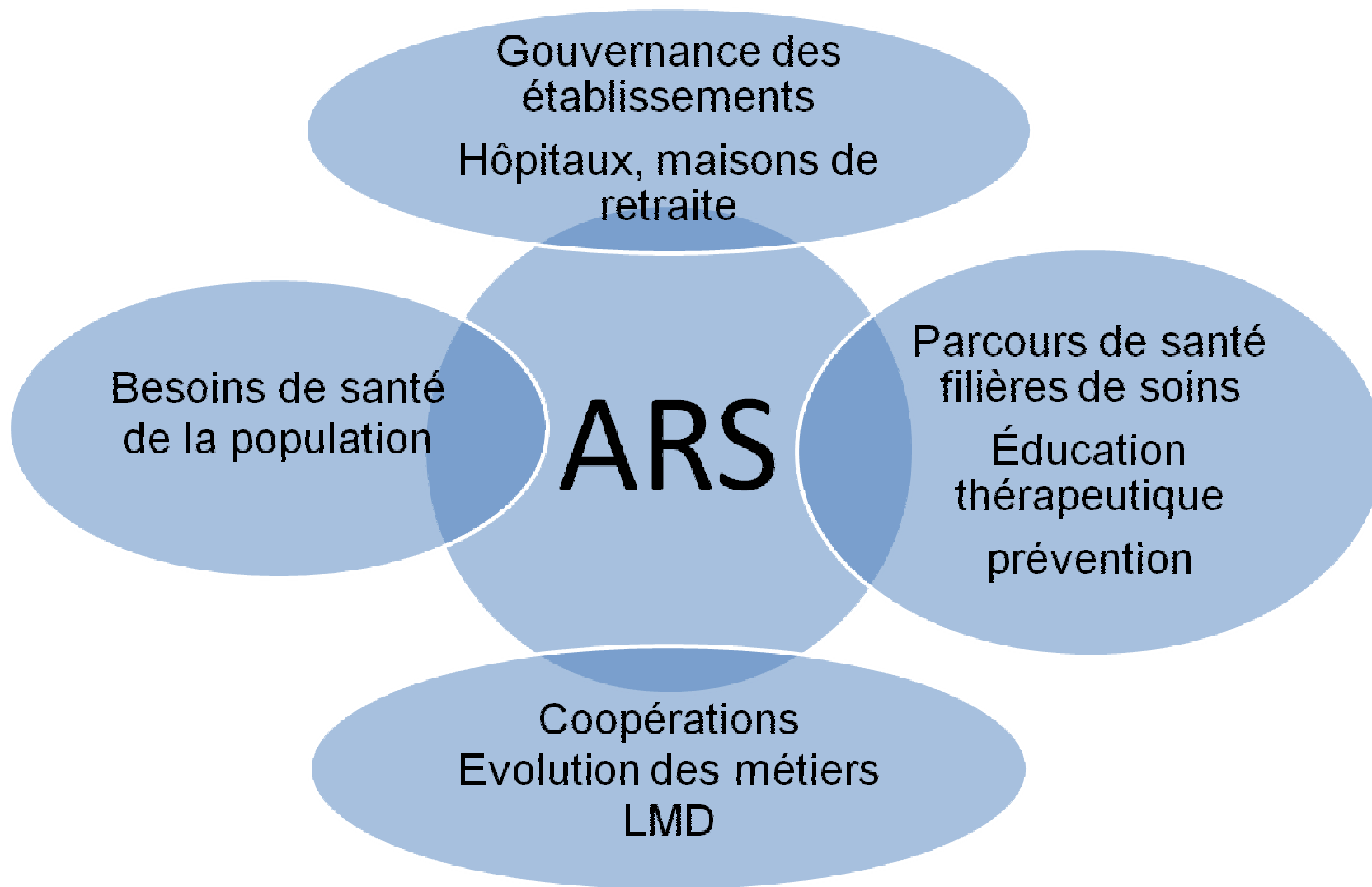
## Loi « **Hôpital, patients, santé et territoires** » :

- **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**
  
- **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**

:

## 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





## Comment faire évoluer le système ?



**Sortie d'hôpital ...**

## 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, (grands brûlés, chirurgie cardiaque, greffes . . .)

## Et la chirurgie ?

- 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 %	<b>35 %</b>

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

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

## 80% 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

## 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 :

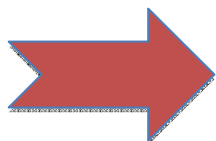
Enquête PNIR 2000-2004 (34 000 patients et à partir des recommandations SFAR 1990) :

➤ **90 % des patients éligibles**

**d'une projection en terme d'actes**

Constaté à l'étranger :

➤ **80 % des actes chirurgicaux**




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

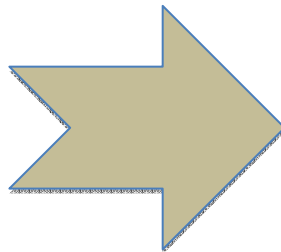
## Perspectives

**Constat : la transformation est en marche**

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



- **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 :**

- ✓ 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



ref:59010 www.fntneqarch.fr

## Réorganiser les structures autour des besoins des patients ?

Quelles capacités de production de soins ?

- Évolution des techniques
- Évolutions de la démographie ( vieillissement des professionnels et des patients, flux de population ...)
- Taille des structures ?
- Évolution des métiers (LMD)
- Parcours professionnels (formation, carrières, mobilité)
- Renforcement et organisation du premier recours
  - Télémédecine, télésanté
  - Éducation thérapeutique

**Conduite du changement**