L'HÔPITAL SOUS TENSION

Jeudi 29 mars 2012

Alain Guinamant, Centre hospitalier d'Albi
GdR MACS Ecole des Mines d'Albi

Un malaise ?

Santé!
RIEN NE VA PLUS!
NE VOUS INQUIÉTEZ PAS, ON VA S'OCCUPER DE VOUS.
SYSTÈME DE SANTÉ

Une dynamique de transformation profonde et inachevée

De l'hospice des années 50, synonyme de relégation et de pauvreté …

… aux Centres hospitaliers universitaires équipés de plateaux techniques très performants.

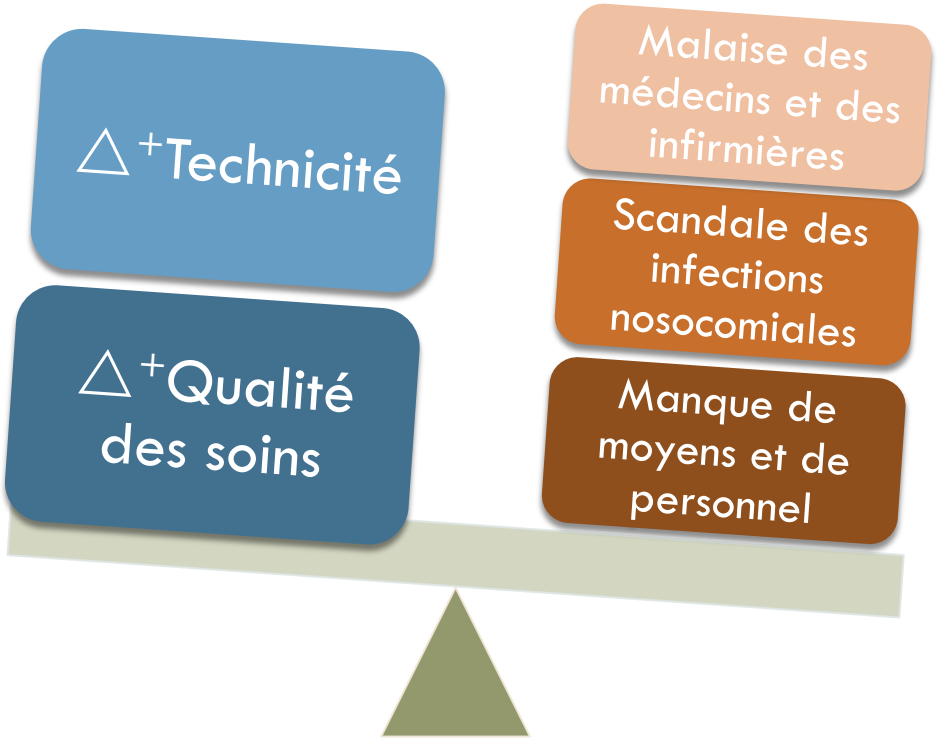
« La transformation de l'hôpital vers un modèle proche de l'industrie bouleverse son organisation et modifie les pratiques professionnelles. »

Paradoxe

Prouesses de la médecine technique

≠

Mise en scène de la crise hospitalière



Explications possibles

1. Les tensions croissantes engendrées par la recherche conjointe d'impératifs économiques, sociaux ou technologiques.
2. Autre interprétation : la profonde transformation du « système productif » hospitalier, au cœur duquel se trouve l'activité de prise en charge des patients.

   Vue comme un « processus », cette prise en charge s'est largement complexifiée ces vingt dernières années :

   - Elle s'est <u>intensifiée</u> : les impératifs économiques ➔ diminution de la durée de séjour et donc par une accélération de ce processus.
   - Elle s'est <u>diversifiée</u> : dans la nature des pathologies à traiter et dans les options possibles lors de son déroulement.
   - Elle s'est <u>étoffée</u> sur d'autres versants tels que le volet social ou le consumérisme revendiqué par les "patients-usagers" et leur famille.

« Gérer la singularité à grande échelle »
E. Minvielle, 1997

↗Complexité : ↗Coordination des tâches, gestion des aléas

- L'activité soignante est perçue comme plus linéaire et certaine qu'elle ne l'est réellement. Et quand il s'agit de réduire le risque clinique, l'important n'est pas tant de rationaliser le fonctionnement des services que de maîtriser la trajectoire des patients.
- La rationalisation est donc forcément négociée car elle se fonde sur la flexibilité et la capacité des médecins et des équipes à ajuster leurs façons de travailler. Cela requiert des savoirs organisationnels encore largement méconnus.

« Conjuguer précision et rapidité … à grande échelle. »

Illustration : prendre en charge les urgences

- <u>Problématique hospitalière</u> :
  - Conjuguer « programmé » et « non programmé ».
  - Il ne s'agit pas que d'une histoire de flux et de lits : missions de service public, problématiques de prises en charges et de démographie, pression budgétaire, …
- <u>Problématique sociale et politique</u> :
  - la permanence des soins entre la ville et l'hôpital, et ses évolutions actuelles
  - L'organisation du système de santé : renverser la « pyramide de santé » (OMS), lutter contre l'hospitalo-centrisme, … tout en accédant à un meilleur confort de vie personnelle.
  - Une vieille histoire (premiers Rapports STEG : fin des années 80), qui n'est pas prête de se régler

Des carences organisationnelles

François-Xavier Schweyer, 2005

- *« … il est frappant de constater que les réponses organisationnelles nécessaires à cette évolution ne sont pas clairement dessinées, tant s'en faut.*

  Ni les choix en matière de doctrine gestionnaire, sur ce que pourrait être une organisation du travail centrée sur la prise en charge, ni ceux qui touchent aux conditions du changement ne sont en effet très clairs. »
- Mais des efforts réels depuis 2005 (MEAH, ANAP).

Le modèle social français

- 1946 : un pays en reconstruction, qui va connaître 30 années de croissance ininterrompues.
- Les principes fondateurs du modèle social:
  - Solidarité,
  - Liberté.
- Une réussite incontestable : « *le meilleur système de santé au monde* »; un système mixte, unique.
- Les limites actuelles : le modèle français à la croisée des chemins (la crise / la démographie)
- L'enjeu, pour l'avenir : préserver / transformer, ou …?

L'efficience … ou la décroissance ?!

- « L'échec de la régulation » (G. Johanet, 2009) : Plan d'un jour, échec toujours ?
  - La recherche de la performance médicale va de soi
  - La performance sociale (égalité d'accès aux soins) et financière (transfert de la dette vers les générations futures) également
- Des milliers de décideurs, un pilotage qui ne peut être exclusivement réglementaire
- Maitrise médicale, maitrise comptable
- Une régulation légitime et opportune

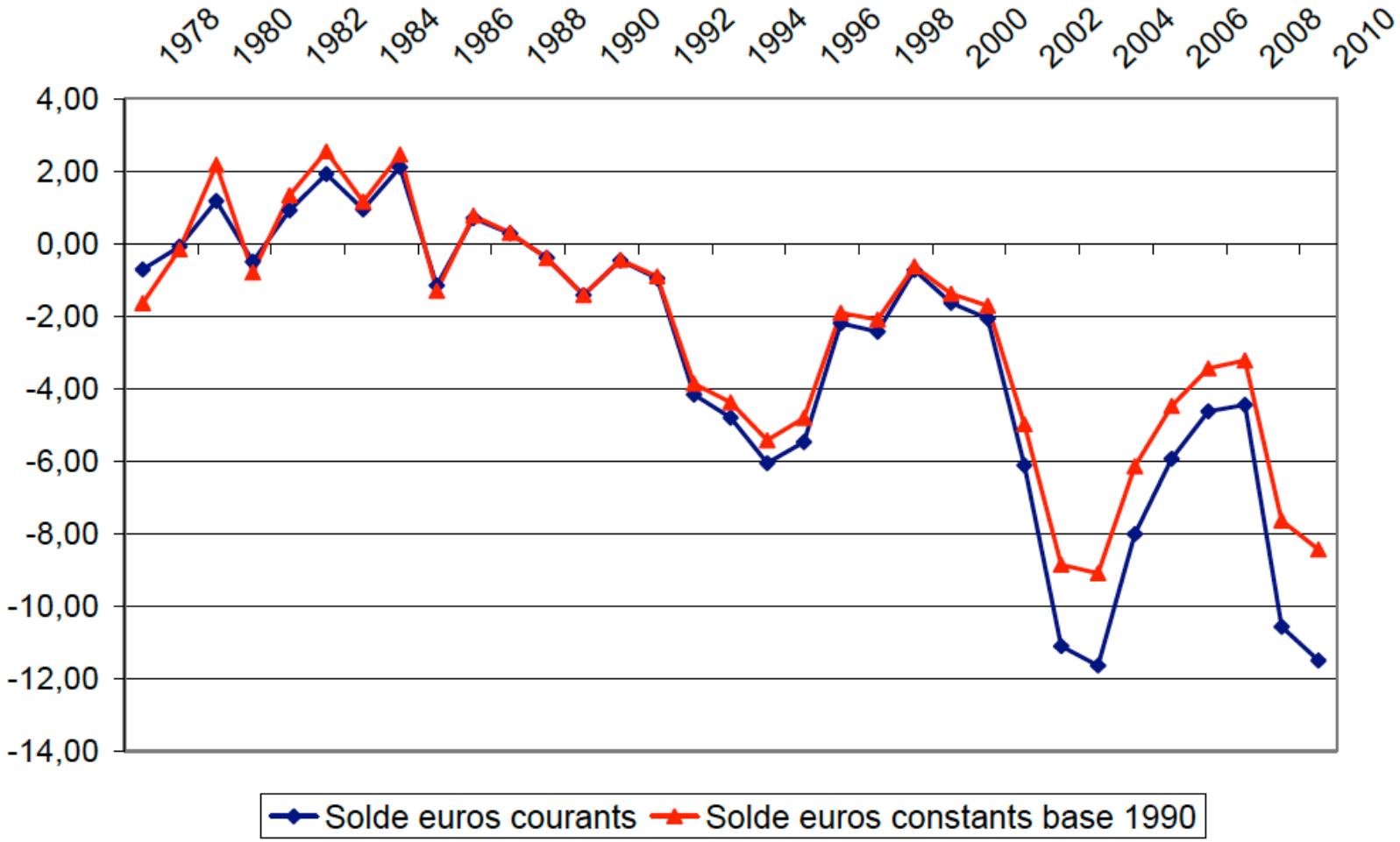
Les 3 leviers de la restructuration

- La situation financière des hôpitaux,
- Les perspectives de la démographie médicale,
- Les impératifs sanitaires et économiques tels qu'exprimés par les procédures d'autorisation d'activités et d'équipements (*et dans la planification sanitaire en cours d'élaboration*).

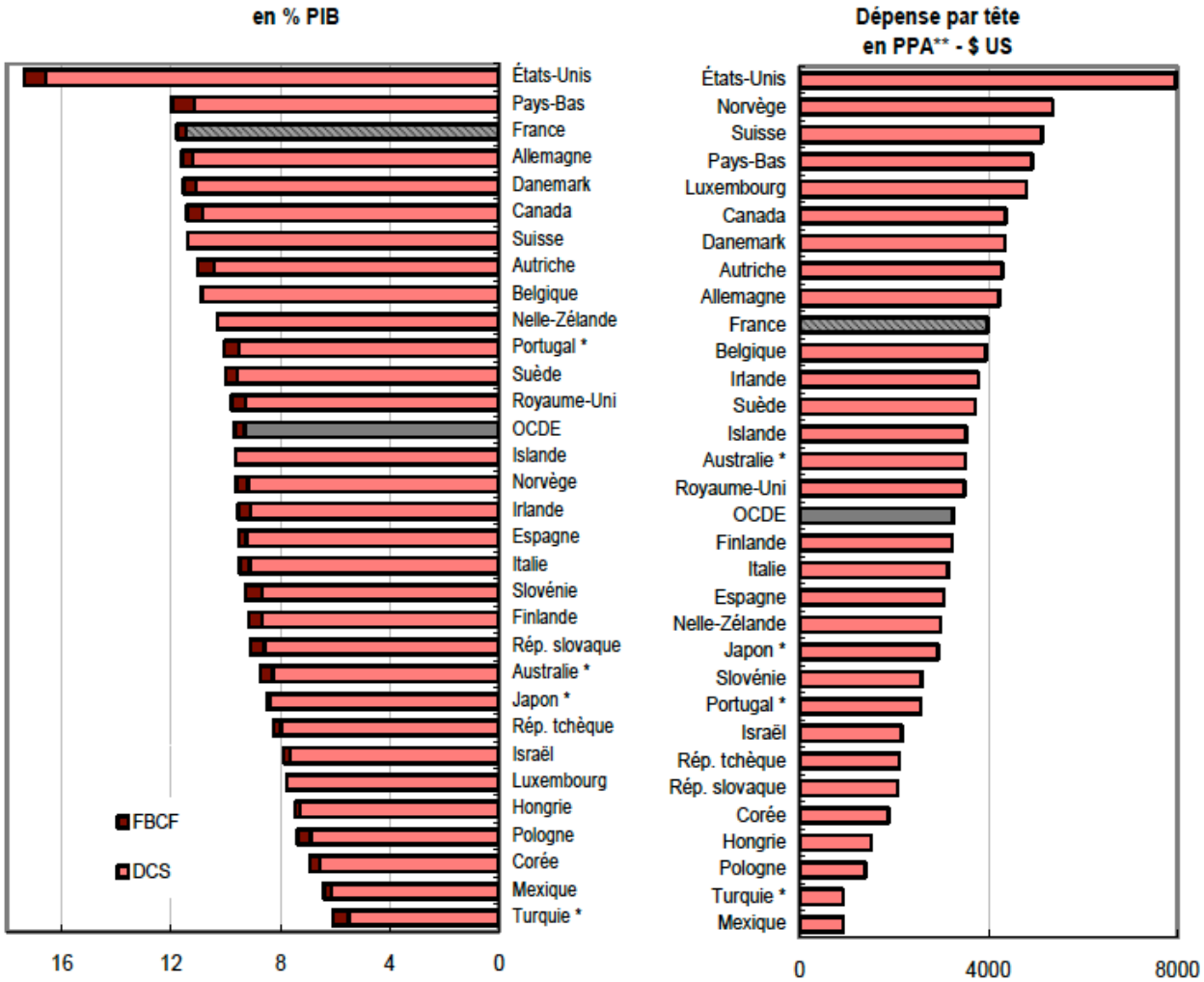
En toile de fond, la progression continue des dépenses de protection sociale …

- Des prestations de protection sociale perçues par les ménages en 2009 (597,5 Md€), en progression de +4,7% (euros courants).
- Un taux de redistribution sociale en forte hausse (prestations de protection sociale / PIB) : 31,3% en 2009, contre 29,0% en 2007 et 29,3% en 2008.
- Le taux de socialisation des revenus (prestations de protection / revenu disponible brut ajusté des ménages) augmente aussi : 36,7% en 2009 contre 35,4% en 2007 et 35,6% en 2008.
- Dépenses totales de protection sociale (prestations de protection sociale + frais de gestion de 26,9 Md€) : 624,5 milliards d'euros

… et le plongeon du déficit de la CNAMTS

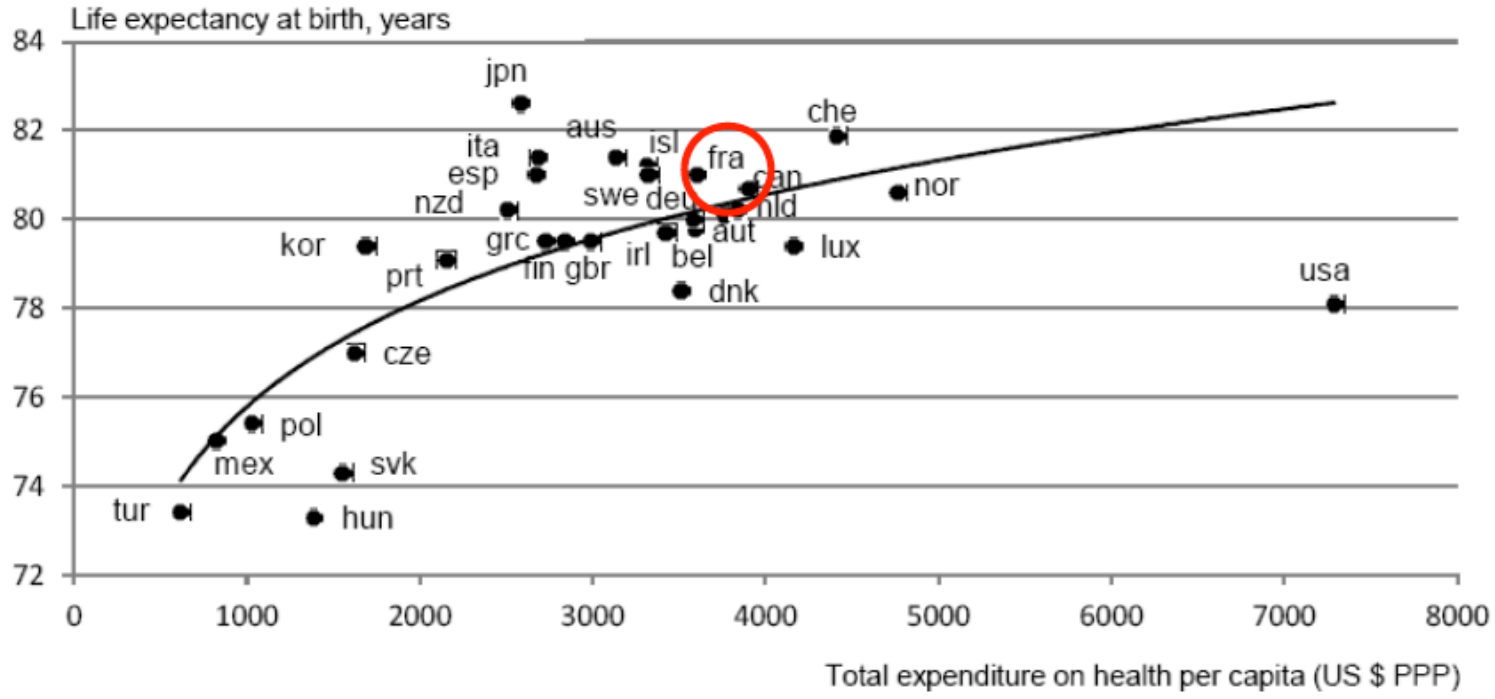


La France a un haut niveau de dépenses de santé



L'OCDE comme l'OMS estiment qu'une fraction importante de la dépense est inefficiente…

Panel C. Large differences in health status and spending across OECD countries persist, 2007[3]



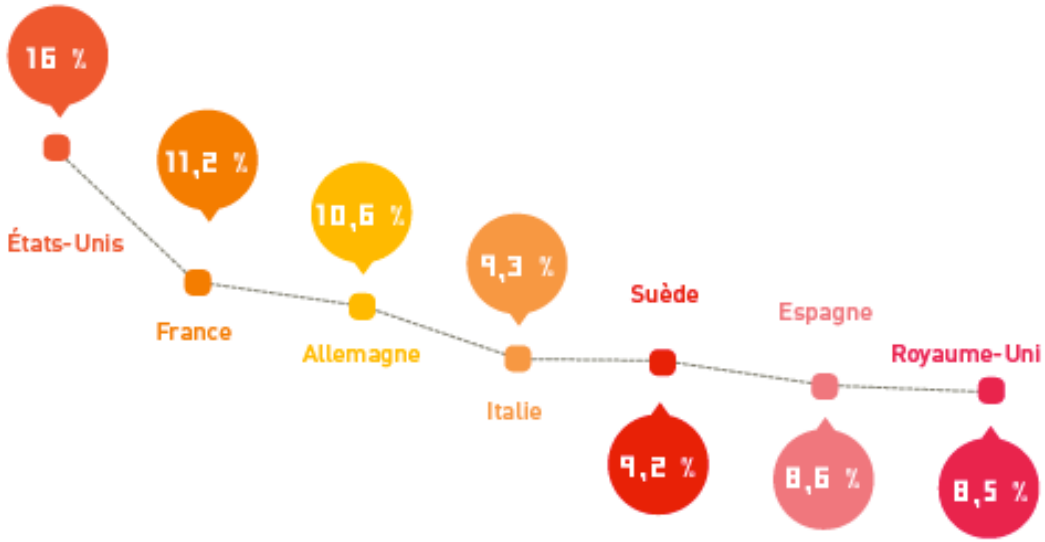
1. 1995-2005 for Turkey; 1995-2006 for Australia, Japan, Luxembourg and Portugal; 1997-2007 for the Slovak Republic.
2. 1995-2006.
3. Or latest year available.

Source: OECD Health Data 2009.

Poids économique

Part des dépenses nationales de santé en % dans le PIB en 2008

Source Eco-Santé OCDE 2009



Dépenses réalisées dans le champ de l'Ondam

Source Irdes - En milliards d'euros

	2007	2008	2009
Dépenses de soins de ville	69,7	71,5	74,2
Établissements de santé	65,5	68,1	70,0
Médico-social	11,8	12,6	13,2
Ondam	147,8	153,0	158,2

L'hôpital, un acteur central du système de santé

- 50% des professionnels de santé y travaille (> 800.000) et la majorité y a été formée.
- Un poids économique considérable : les soins hospitaliers représentent 43 % des dépenses de soins et de biens médicaux soit 61,5 milliards d'euros en 2003 avec une croissance, cette même année, de 6 % en valeur, légèrement inférieure à celle des médicaments (+ 6,5 %) et des soins ambulatoires (+ 7,4 %).
- Le système hospitalier est divers et complexe, composé d'établissements de tailles et de statuts variables (publics ou privés, lucratifs ou non...), distinctions auxquelles s'ajoutent des critères d'activité et d'environnement.

Des engagements communs

- L'engagement d'évoluer
  - Culture de moyens > de résultats
  - L'enjeu de la gouvernance
- L'engagement de développer une activité de qualité adaptée aux moyens
  - Culture de la qualité
  - Révolution de la T2A : un système qui va évoluer
- L'engagement de tendre vers l'efficience
  - Les outils du contrôle de gestion
  - Les système d'information
  - La valorisation des compétences

Prérequis du changement

- Détermination des acteurs
  - Expliquer
  - Choisir
- Une nouvelle définition des opérateurs de service public
  - Graduation des soins
  - Articulation ville-hôpital
- La responsabilité contractuelle
  - Interne
  - Externe

Parvenir à un partage territorial raisonné

- HPST, projet médicaux de territoire, soins de premiers recours et soins spécialisés
- La dimension locale : les choix, l'espace du débat
- La notion du juste de soin, de la pertinence des soins

Des questions d'actualité pour une vieille institution

Quelles missions ?

L'accueil, le soin, l'ordre public, la lutte contre la pauvreté, … ?!

Quel financement ?

Souvent insuffisant, à la charge de qui ?

Quels pouvoirs ?

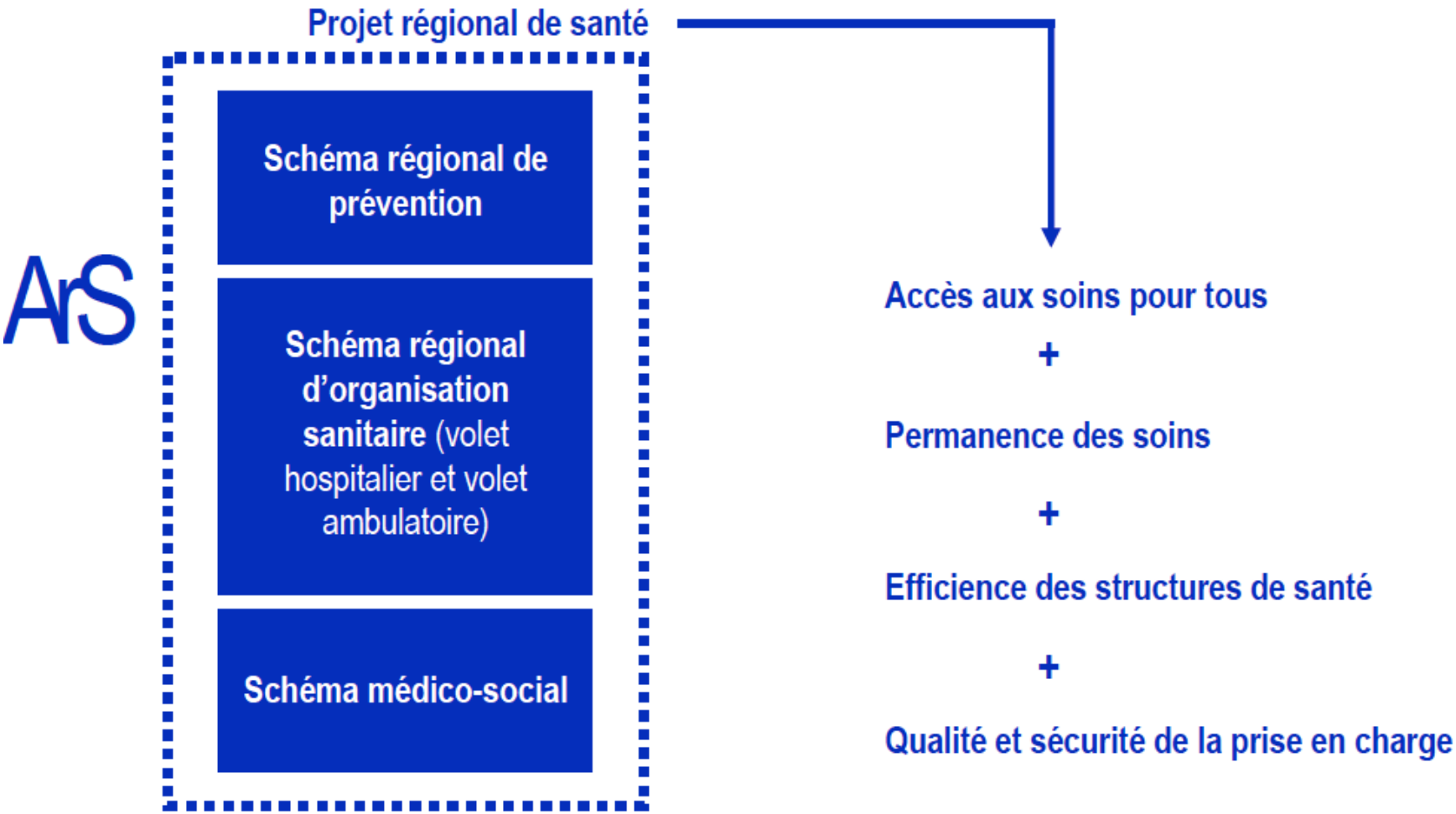
Hier les congrégations, les élus, …,

… aujourd'hui les pouvoirs publics, les médecins, les syndicats, …

Quels espaces ?

L'hôpital urbain, délocalisé à la périphérie, la définition des territoires et des populations servis, …

Politique régionale de santé



L'invention de « l'hospitalo-centrisme »

- La médecine hospitalière, entendue comme pratique médicale à temps plein, est récente, issue des ordonnances de 1958 qui ont réformé l'enseignement médical
- La croissance significative des hôpitaux au cours des années 70 a manifesté le développement de l'Etat providence.
- La généralisation de la Sécurité sociale a permis le financement des hôpitaux grâce au mécanisme généreux et inflationniste des prix de journées.
- Médecins et directeurs ont été solidaires pour servir le mythe fondateur de l'hôpital moderne : mettre les progrès médicaux au service de tous.

Personnel hospitalier

- La mutation de l'hôpital a exigé un personnel qualifié de plus en plus fourni. Des écoles paramédicales ont été créées, un appareil de formation continue mis en place.
- L'accroissement des effectifs a été spectaculaire : 9 082 médecins et 55 000 infirmières salariés en 1965, respectivement 56 500 et 179 000 en 2002.
- Les hôpitaux sont devenus des acteurs économiques importants, souvent le premier employeur d'une région.
- On comprend dès lors pourquoi la logique de planification hospitalière doit souvent composer avec celle d'aménagement du territoire.

L'économique sur la scène médicale

- La progression des dépenses hospitalières est une préoccupation politique depuis les années 60, mais ce n'est qu'au début des années 80 que le gouvernement a décidé de modifier le mode de financement des hôpitaux en instaurant le budget global.
- Cette mesure n'a pas eu les effets bénéfiques escomptés mais a introduit deux changements importants :
  - La pauvreté des outils de gestion hospitaliers est apparue au grand jour et l'Etat s'est doté peu à peu d'instruments et de dispositifs qui, sans être parfaits, représentent un progrès.
  - Les questions économiques ont fait irruption sur la scène médicale. Il a été demandé aux professionnels de santé de participer à la gestion de l'hôpital et d'intégrer la dimension économique à leur pratique.

Les médecins sont le cœur de l'hôpital

- De leur activité et de leur compétence dépendent l'image et la survie de l'établissement. Mais leurs conditions de travail ont changé. Ils exercent dans un cadre devenu contraignant pour de bonnes raisons (la sécurité des patients, la qualité des soins) ou de moins bonnes (la bureaucratie, la peur des procès).
- En matière de soins médicaux : explosion des savoirs / des techniques.
  - Les appareils et les équipements (le plateau technique) ont transformé l'hôpital, son architecture comme son fonctionnement.
  - L'automatisation change le travail au sein des laboratoires, la miniaturisation permet la multiplication des appareils, la biologie, l'imagerie et l'informatique transforment les dispositifs de soins.
- Le médecin, qui hier était un artisan seul responsable de son service, travaille désormais dans le cadre d'une organisation complexe et partiellement industrielle.

Une organisation complexe

- Il est faux de croire que les médecins se plient à une logique technique exogène et imposée. Car la technique oblige les professionnels devenus interdépendants à ajuster leurs rôles.
- Les savoir-faire techniques, l'initiative et l'inventivité développés par certains médecins leur permettent de remodeler leurs pratiques. La dynamique des spécialités médicales ne se réduit pas à une nécessité technique mais traduit la mobilisation de groupes qui transforment l'organisation du travail en s'appropriant une technique.
- Par ailleurs, la complexité peut être source de satisfaction quand il s'agit de trouver une solution pour un patient.

RALFSS 2011
Conclusion

- *« Le rôle majeur des coopérations hospitalières dans la loi HPST dans la recomposition territoriale de l'offre de soins dans le double souci d'une meilleure prise en charge des patients et d'une maîtrise plus rigoureuse des dépenses, rend indispensable à tous égards leur pilotage beaucoup plus ferme et rigoureux par les tutelles aux différents niveaux, sauf à risquer l'échec de la recomposition de l'offre de soins qui s'impose de manière pressante compte tenu de l'ampleur du déficit de l'assurance maladie. »*

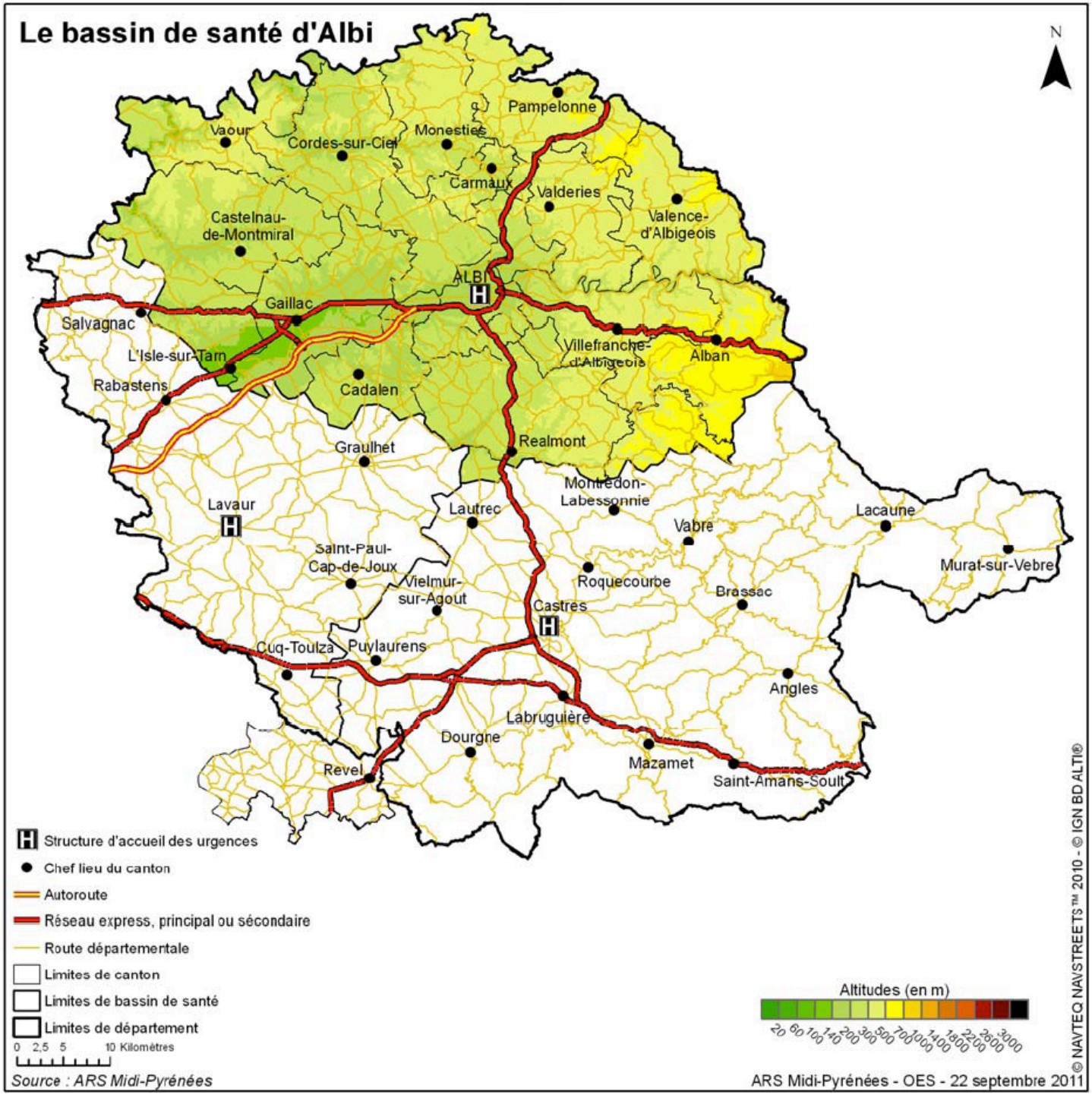
Rapprochement des CH d'Albi et de Gaillac

1. Consolider le service public hospitalier dans le nord du Tarn;
2. Rapprocher les deux établissements, après le départ du précédent directeur de l'hôpital de Gaillac en janvier 2012;
3. Partager une vision commune sur les besoins de santé sur le territoire et l'organisation de l'offre de soins à la population.

Garantir l'accès au service public hospitalier

- Les Centres hospitaliers de Gaillac et d'Albi sont les deux établissements publics de santé du nord du Tarn.
- Ils garantissent l'accès de la population à des soins spécialisés et de qualité dans le cadre de leurs missions de service public.
- Les deux hôpitaux sont proches l'un de l'autre (25 minutes d'accès), complémentaires, et situés dans des bassins de vie dynamiques d'un point de vue économique et démographique.

- Population (2007) : 167.674 habitants (*45,4% du Tarn*)
- Superficie : 2.454 km^2 (*42,6% du Tarn*)
- Densité de population : 68 hab./km^2 (*64 dans le Tarn, 62 en Midi-Pyrénées*)
- Population urbaine : 55,9% (*56,5% dans le Tarn*)
- Nombre de communes : 157 (*48,6% du Tarn*)
- Évolution de la population (1999-2007) : +13.128 habitants, soit +1% de variation annuelle moyenne (*+0,9% dans le Tarn*)



Deux hôpitaux complémentaires

Le Centre hospitalier d'Albi

- 1200 agents;
- Médecine, chirurgie, obstétrique (Maternité : 1200 accouchements / an);
- Bloc opératoire et services de réanimation et de soins intensifs + UNV
- Plateau technique complet d'imagerie + PUI + Laboratoire
- Urgences (30.000 passages annuels), siège du SAMU 81;
- Filière gériatrique complète

>90M Euros

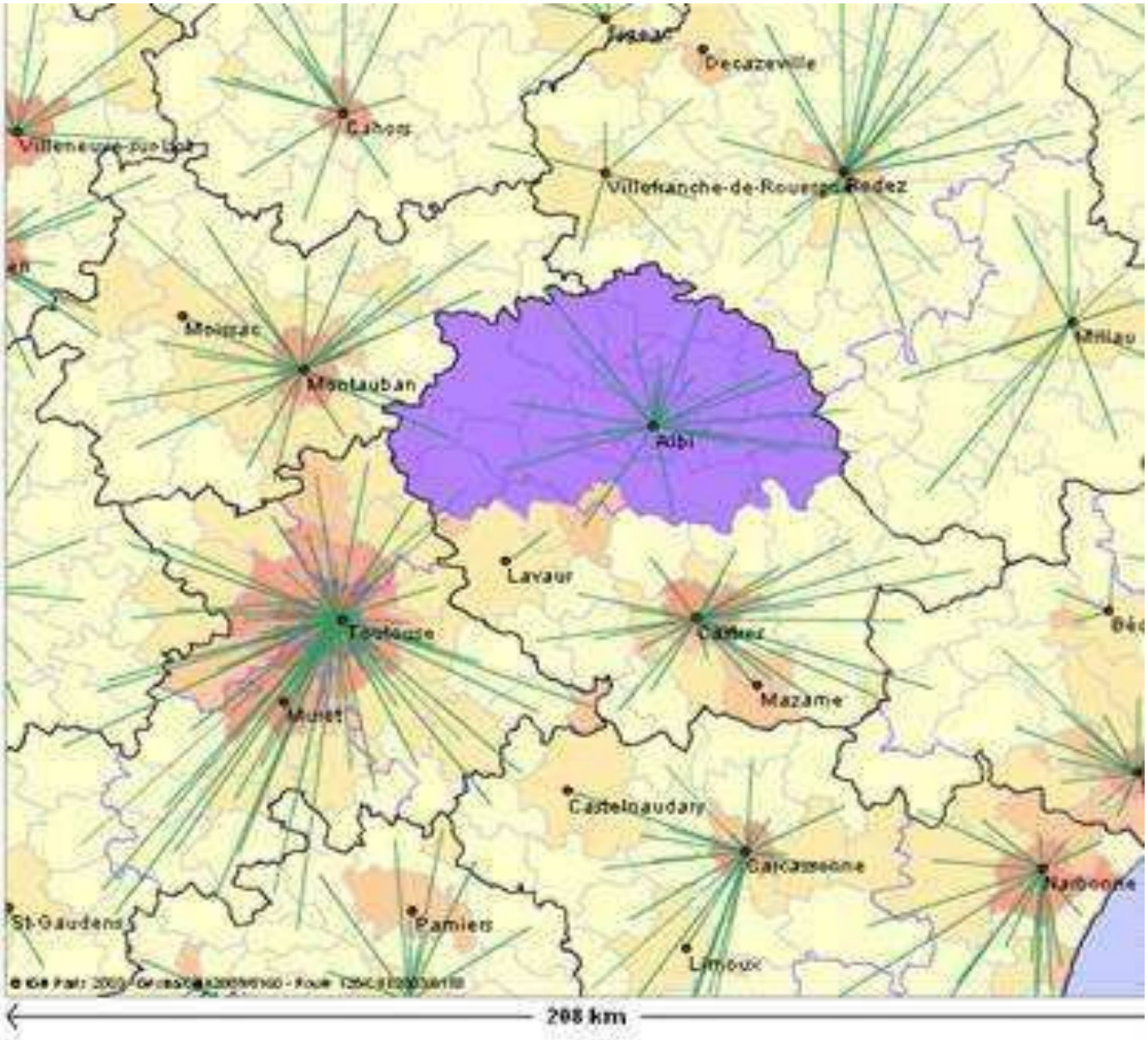
Le Centre hospitalier de Gaillac

- 400 agents
- Court séjour;
- SSR;
- Filière gériatrique

>20M Euros

Une forte densité d'offre de soins, *caractérisée par :*

- L'attraction de l'agglomération toulousaine (à 45 min. d'Albi et à 25 min. de Gaillac) : *Toulouse dispose d'une offre de soins publique et privée très importante et de grande qualité ;*
- La présence de deux cliniques privées à Albi (médecine, chirurgie, obstétrique), à l'activité importante et de qualité, en situation d'exclusivité dans certaines spécialités ; *les deux hôpitaux coopèrent de longue date avec ces deux cliniques, mais également avec la Polyclinique Ste-Barbe de Carmaux ;*
- Un nombre important de structures de soins de suites et de rééducation (SSR) publiques et privées et dont la coordination est jugée insuffisante par les acteurs eux-mêmes ; *les deux hôpitaux sont associés depuis 2011 à l'UMT, la PSB et le CSSR de la Clauze (Aveyron) dans une réflexion prospective sur l'organisation des SSR sur le Bassin de santé ;*
- Une filière gériatrique dispersée nécessitant une meilleure coordination ; *les deux hôpitaux ont récemment renforcé leurs actions de coopération avec les EHPAD situés sur leurs bassins de vie ;*
- Des relations fortes et diversifiées avec l'ensemble des professionnels de santé libéraux, médicaux et paramédicaux ; *ces relations pourront (devront) se consolider dans le cadre de l'élaboration du futur projet médical de bassin.*


Decazeville
Villefranche-de-Rouergue
Rodez
Montauban
Albi
Lavaur
Castres
Mazamet
Castelnaudary
Carcassonne
Narbonne
St-Gaudens
Pamiers
Limoux
208 km

Une communauté d'intérêts et de projets

- La mise en place d'une direction commune est destinée à permettre aux deux hôpitaux d'imaginer leur avenir en commun :
  - L'évolution des besoins, des attentes de la population, la nécessaire et constante adaptation des modalités de prise en charge des patients, et les moyens requis pour y parvenir ne permettent plus de le faire isolément mais supposent une réflexion partagée et des actions concertées.
- La direction commune doit favoriser la réflexion et l'élaboration d'un projet commun, équilibré, établi en concertation et tenant compte des spécificités et des compétences de chaque établissement :
  - Ce projet doit être la clé de voute du partenariat, permettant de rechercher toutes les synergies possibles avec la préoccupation de l'efficience médicale (la recherche de la meilleure qualité et sécurité de prise en charge des patients) et économique.
- Ce partenariat s'inscrit dans une logique plus large à l'échelle du bassin et du territoire de santé (en particulier concernant la filière gériatrique) :
  - D'autres partenaires (établissements sanitaires et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux) seront associés à la définition des orientations communes, qui seront compatibles avec celles du futur SROS et du futur Projet médical de territoire.

Complémentarités à court-terme

- La mise en place de l'équipe de direction commune s'accompagne d'actions définies de façon concertée, destinées à consolider le partenariat existant (complémentarités) et accompagner la mise en œuvre d'un projet médical partagé :
  - Développement de l'antenne HAD de Gaillac ;
  - Convention Urgences CHA / Court-séjour CHG / EHPAD du Bassin de vie de Gaillac ;
  - Transfert d'autorisation de 30 lits de soins de longue durée du CH d'Albi vers le CH de Gaillac ;
  - Développement de la coopération en SSR (filières) ;
  - Mise en œuvre de consultations avancées au CH de Gaillac par des spécialistes du CH d'Albi (chirurgie viscérale, puis gynécologie obstétrique, dans un premier temps).

Coopération médicale

- La consolidation des relations va se traduire par un engagement respectif des deux établissements à prioriser l'orientation des patients sur le site hospitalier proposant la prise en charge la plus adaptée (Albi ou Gaillac) :
  - Vers le plateau technique le plus adapté (technicité, réactivité) ;
  - Dans la logique du soin le plus adapté (spécificité, proximité) ;
  - Dans une logique de filière de prise en charge (gériatrie, médecine, chirurgie, gynécologie, cancérologie, urgences, …) ;
  - Avec l'appui des activités transversales (équipes mobiles, éducation thérapeutique, …) et des secteurs médicotechniques (pharmacie, laboratoire, imagerie, médecine nucléaire) et du DIM.