Cambo-les-Bains – 14ème Colloque

Cambo-les-Bains – 14ème Colloque

Cambo-les-Bains – 14ème Colloque
La transformation du système de santé: l'hôpital de demain

Cambo-les-Bains – 14ème Colloque
La transformation du système de santé: l'hôpital de demain

Le Regard de la Cour des Comptes

25 septembre 2019

benoit.vallet@ccomptes.fr
benoit_vallet

Annoncée dès le 11 février 2018 : « La Stratégie de Transformation du Système de Santé »…

5 grands chantiers structurants :

- La qualité et la pertinence
- Le financement et les rémunérations
- Le numérique en santé
- Les ressources humaines
- L'organisation territoriale

Présentation par le Président Macron

le 18 septembre 2018

AUJOURD'HUI UN SYSTÈME DEVENU INADAPTÉ

« Ma Santé 2022 » : Annonces du 18 septembre 2018

- “**Mieux prévenir d’abord:** passer du tout curatif à une approche préventive…
- **Notre système de santé prévient mal** et moins bien que celui des voisins européens… »

Intégrer la prévention à tous les cursus et favoriser l’interdisciplinarité : le service sanitaire dès la rentrée 2018

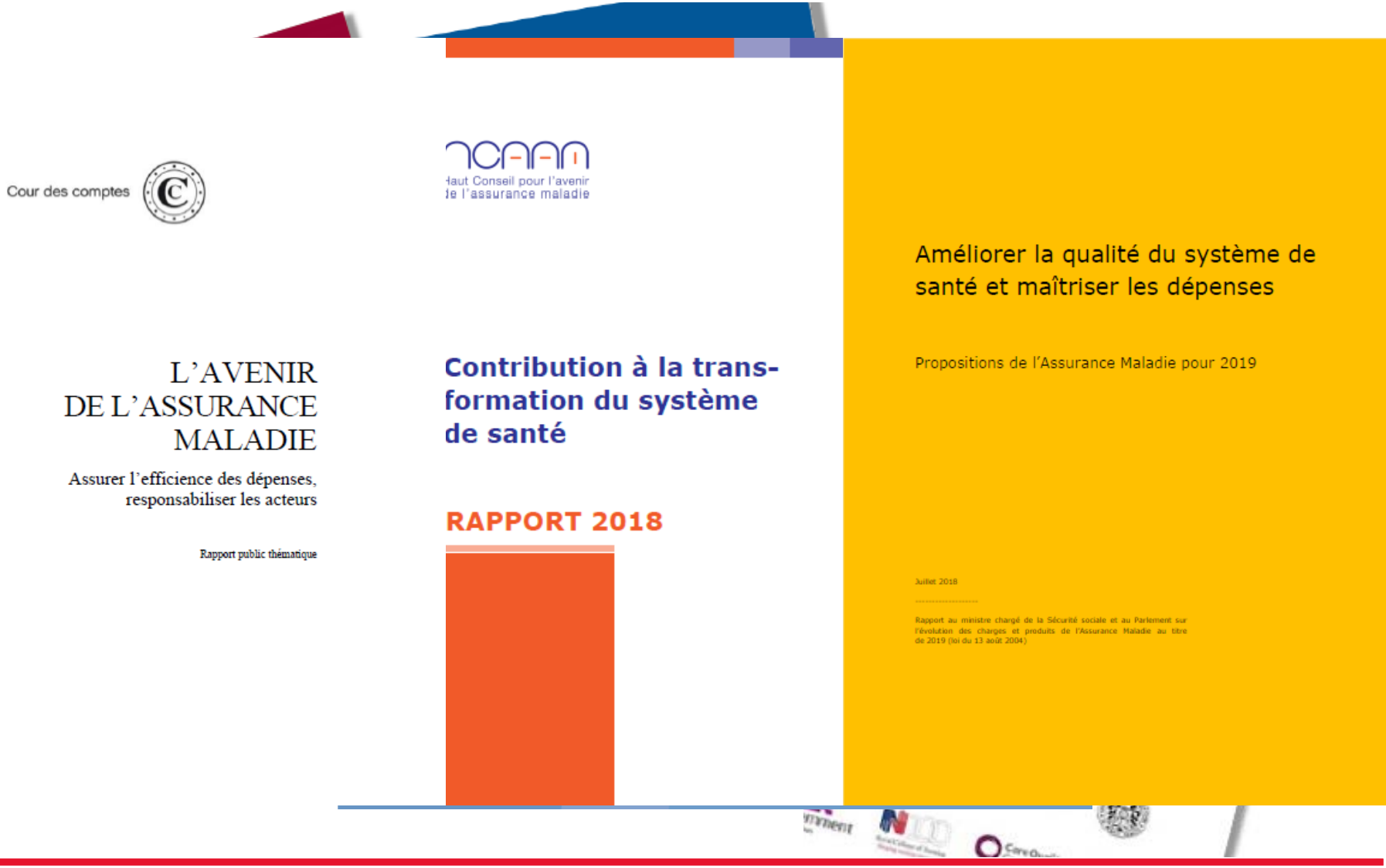
Les interventions de prévention conduites par les étudiants dans le cadre du service sanitaire privilégieront les thématiques relevant d’enjeux prioritaires de prévention et promotion de la santé: alimentation, activité physique, addictions, santé sexuelle. Les étudiants du service sanitaire pourront par exemple se rendre en établissement scolaire ou en université ou au sein d’associations pour sensibiliser aux dangers de l’abus d’alcool ou à la prévention des maladies/infections sexuellement transmissibles.

Des Textes de Référence…

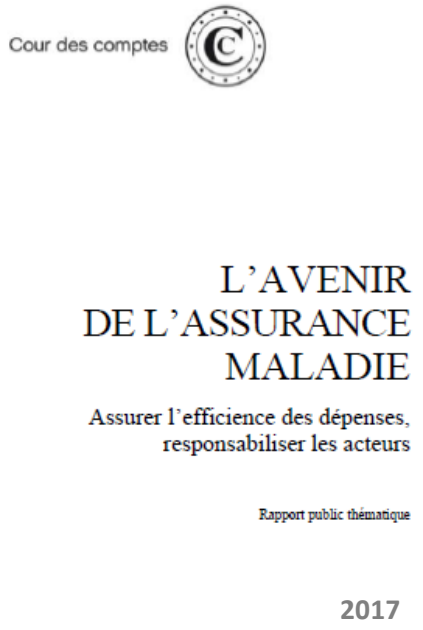
Haut Conseil de la Santé Publique

Des Textes de Référence…

Des Textes de Référence…



Des Textes de Référence… et les Productions de la Cour



- **Le Rapport Public Annuel (RPA)**
- **Le Rapport (annuel) sur l'Application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale (RALFSS)**
- **Les Rapports Publics Thématiques (RPT)**
- **Les Rapports d'Evaluation de Politique Publique**
- **Communication à la commission des affaires sociales du Sénat**
- **Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale**

- Situation et perspectives financières de la **sécurité sociale**: un retour à l'équilibre compromis, une maîtrise des dépenses à renforcer
- Les **indemnités journalières**: des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail
- Partir plus tôt à la **retraite**: des dispositifs nombreux et inégalement justifiés
- Les **transports** programmés dans les secteurs sanitaires et médico-social: des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire
- Les **actes et consultations externes** à l'hôpital: une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins
- La politique des **greffes**: une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser
- ...

- Des dépenses à la hausse :
  - **Les maladies chroniques** touchent **15 millions de Français**: le coût s'alourdit d'autant plus vite que les progrès de la médecine permettent la survie durable des patients
  - La proportion des plus de 65 ans (les plus susceptibles d'occasionner des dépenses à l'assurance maladie) va passer de **17 % à 26 % en 2050**
  - Les prix des **médicaments innovants** et des technologies médicales de pointe atteignent des niveaux considérables
  - Les **affections liées aux comportements et à l'environnement** promettent, pour les années qui viennent, de se multiplier…

- Le niveau des prélèvements obligatoires et les perspectives de croissance pour les prochaines années **réduisent les possibilités d'augmenter les financements publics**.

1. Les Résultats de notre Système de Santé
2. Des Dépenses Très Elevées
3. L'Echec des Modes de Régulation
4. Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation

Notre Système de Santé Aujourd'hui

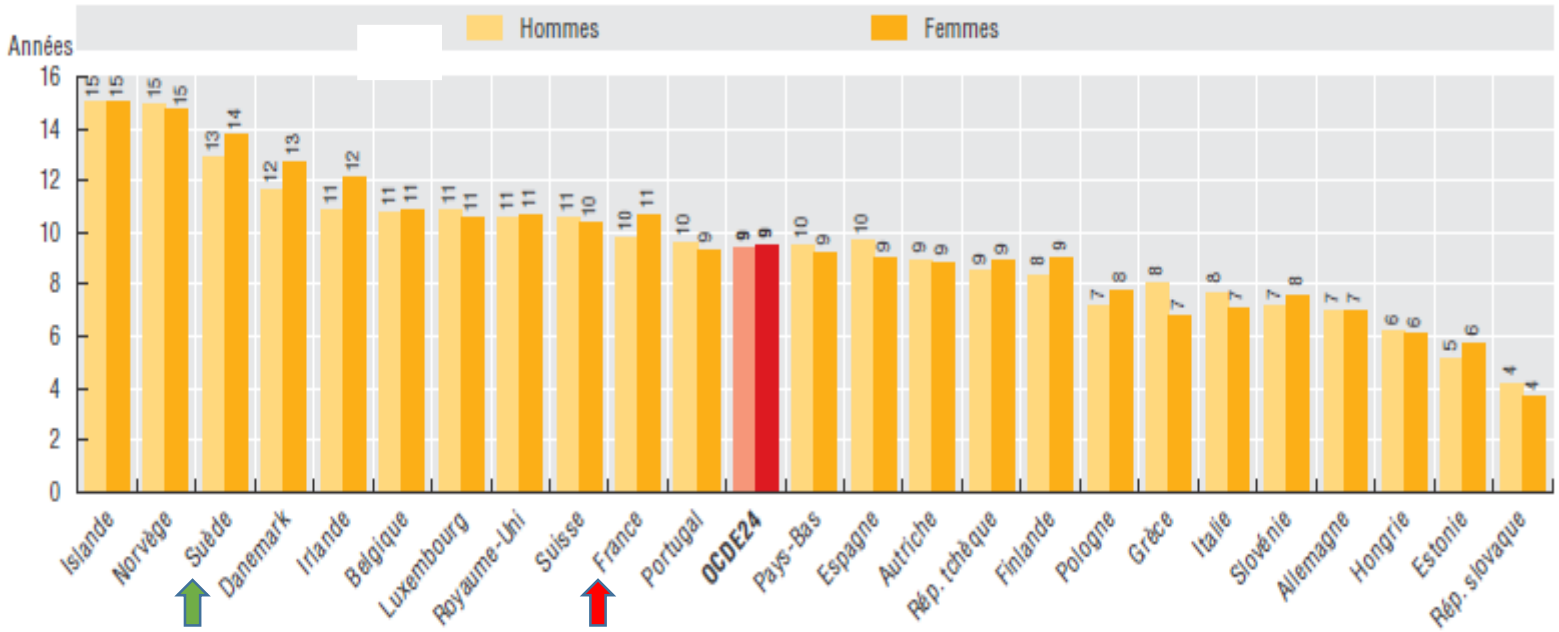
1. **Les Résultats de notre Système de Santé**
2. Des Dépenses Très Elevées
3. L'Echec des Modes de Régulation
4. Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation

Les Résultats de notre Système de Santé

- En Europe, les résultats de la France en termes d'**espérance de vie** nous classent au **troisième rang** derrière l'Espagne et l'Italie.
- **Des faiblesses persistent et des retards sont patents:**
  - La mortalité infantile;
  - La mortalité précoce évitable due au tabagisme, à la consommation nocive d'alcool et à l'usage de drogues…
  - La France ne se situe qu'à la 24ème place des pays industrialisés pour la mortalité prématurée;
  - Les obstacles rencontrés par les usagers pour avoir un accès effectif à des soins sûrs et de qualité se sont accentués.

Années de Vie en Bonne Santé à 65 ans...

11.5. Années de vie en bonne santé à 65 ans, pays européens, 2013



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant d'années de vie en bonne santé pour l'ensemble des habitants

Source : Eurostat Database 2015.

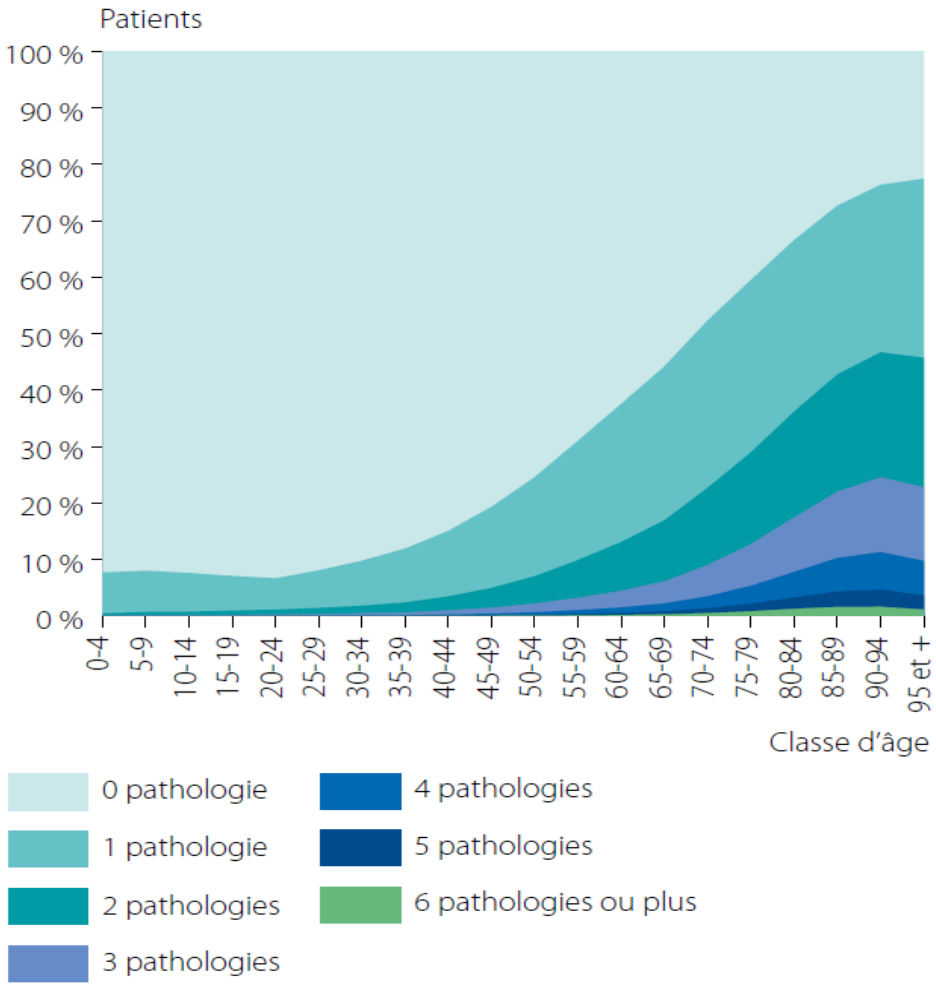
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282319

Informations sur les données concernant Israël : http://oe.cd/israel-disclaimer

... Et années de vie perdues en raison d'incapacités et de morbidité (DALYs*)

***DALY**s: disability adjusted life years

Les Résultats de notre Système de Santé



Drees

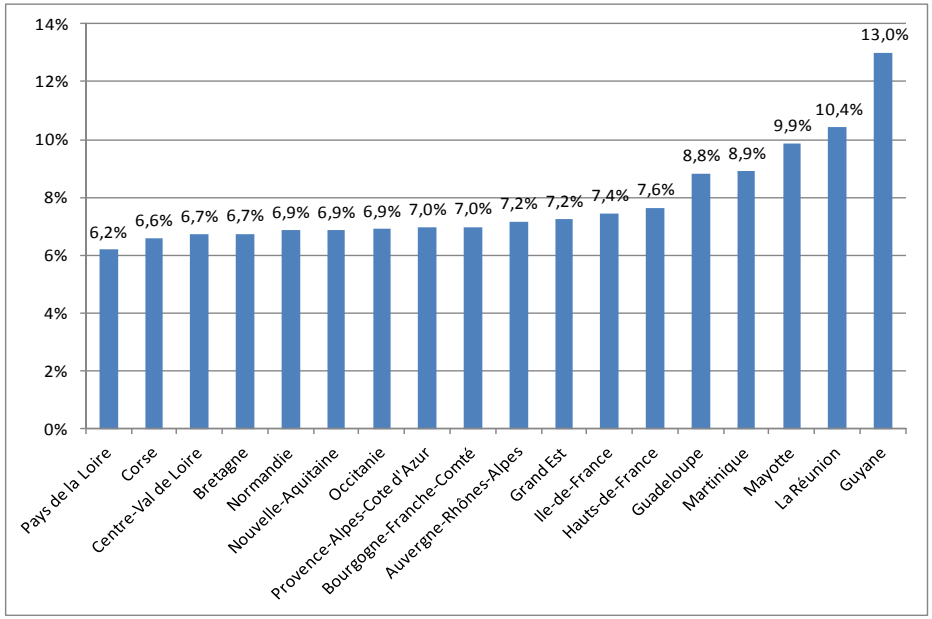
- Vieillissement de la population
- Meilleure survie (cancer, maladies cardio-vasculaires…)

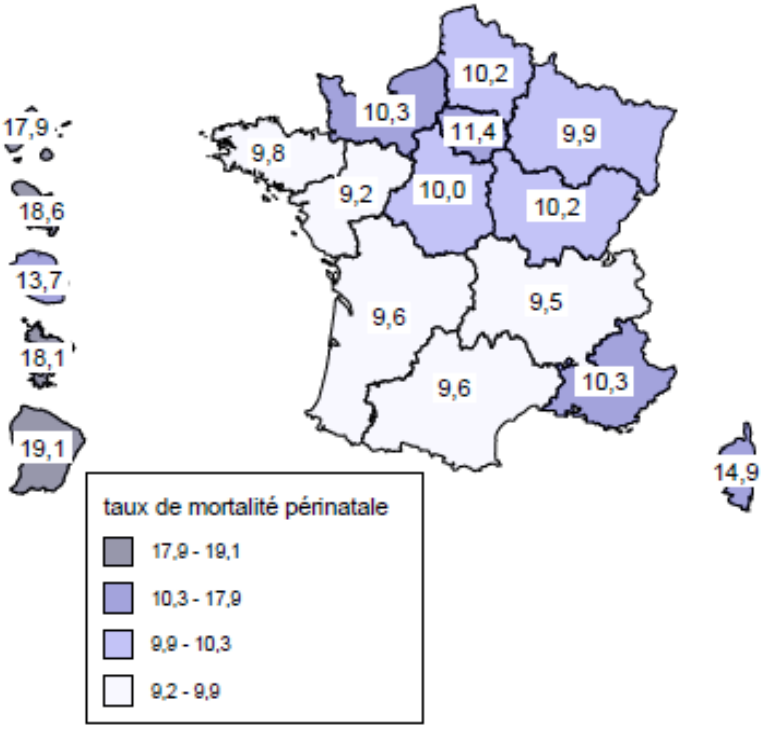
- **35% des assurés du régime général ont reçu des soins liés à au moins un problème de santé chronique** (pathologies cardiovasculaires 20% et santé mentale 13 %)

Inégalités Sociales et Territoriales de Santé: A la Naissance...

• **Taux de mortalité périnatale** (nombre d'enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales): **10,6 en 2014**

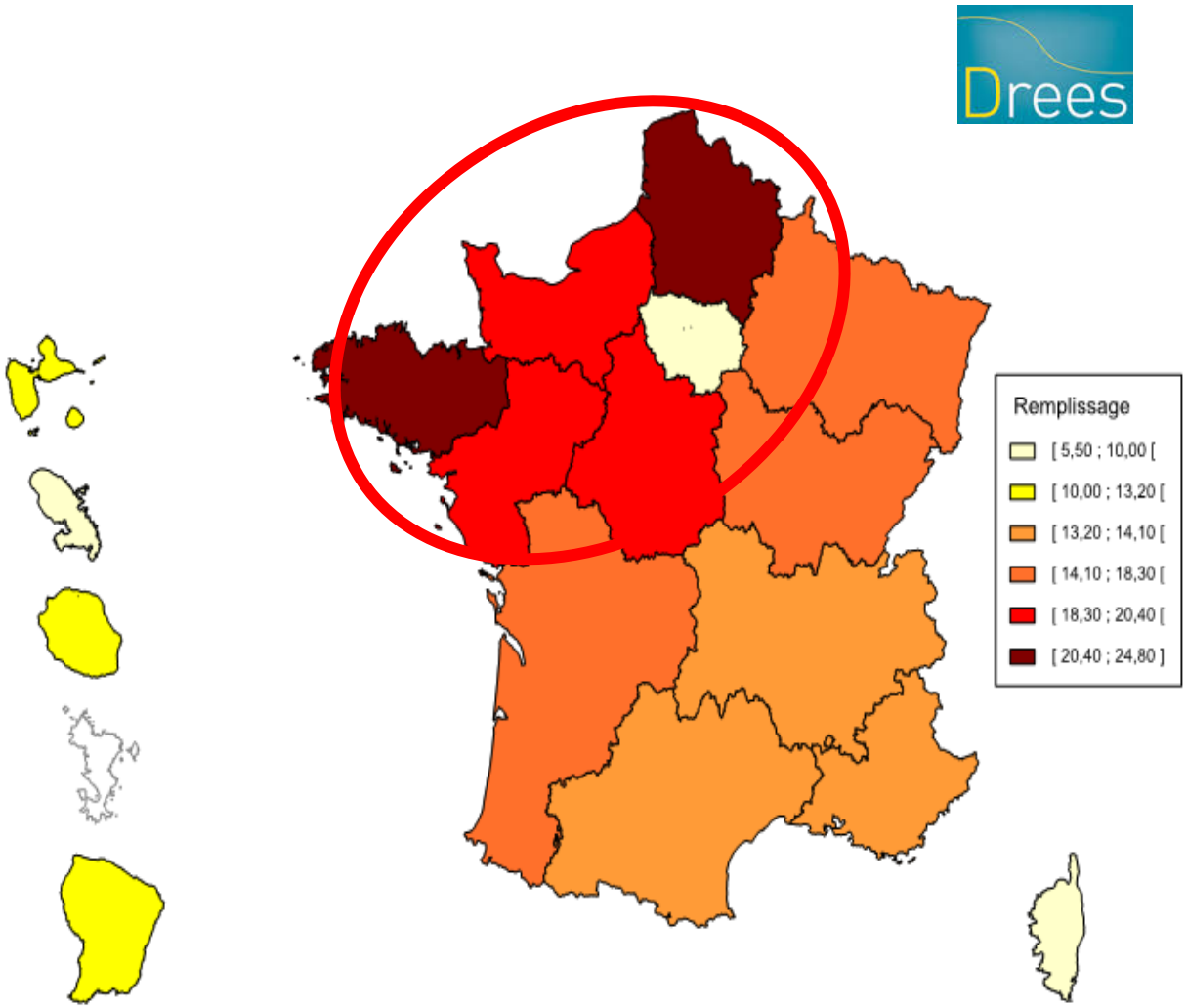
Source : PMSI-MCO, ATIH (exploitation Drees)





Répartition (en %) des **naissances prématurées** selon la région de résidence

Inégalités Sociales et Territoriales de Santé: Mortalité par Suicide



Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises (2012, pour 100.000)

Source: Observatoire national du suicide

Les Résultats de notre Système de Santé

- Sur le plan géographique, en raison de la mauvaise répartition sur le territoire des professionnels de santé, **les 10 % de la population les plus avantagés** ont **trois fois plus de possibilités d'avoir un rendez-vous avec un généraliste que les 10 % les plus défavorisés**.
- Au plan financier, l'augmentation du niveau et de la proportion des services conditionnés à des **dépassements tarifaires**, surtout chez les spécialistes en ville mais également pour les séjours en clinique constitue un autre indice préoccupant.

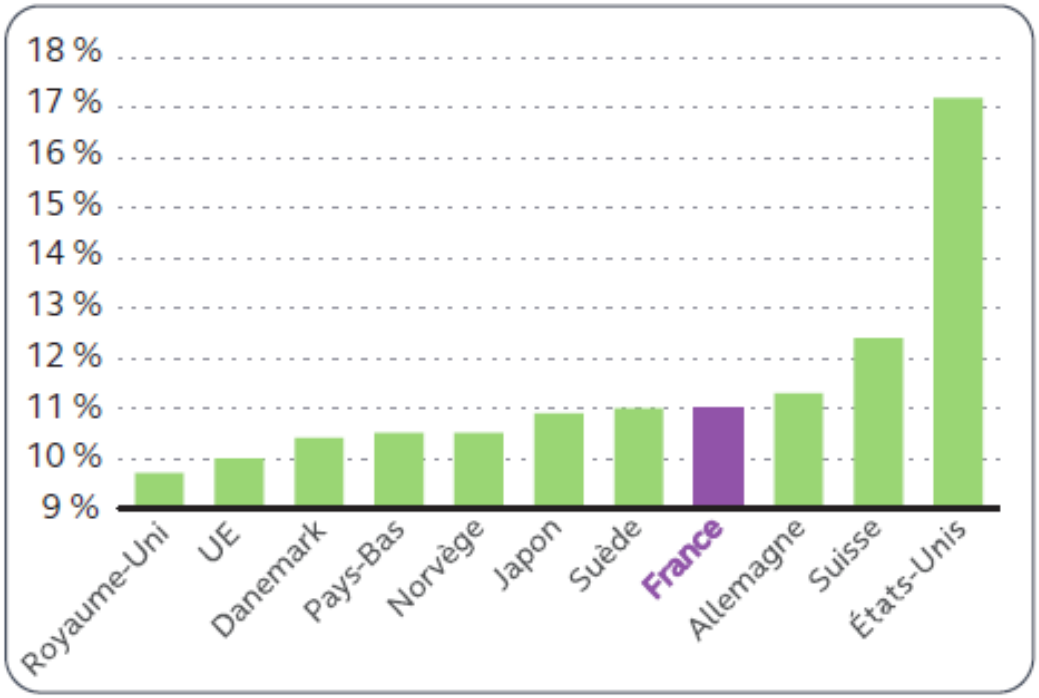
- **Le bilan**, « mitigé » mais qui reste positif dans l'ensemble, **n'est cependant acquis qu'au prix de dépenses très élevées.**

Notre Système de Santé Aujourd'hui

1. Les Résultats de notre Système de Santé
2. **Des Dépenses Très Elevées**
3. L'Echec des Modes de Régulation
4. Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation

En France: Des dépenses de santé qui restent très élevées…

Comparaison des dépenses courantes de santé en 2016, en pourcentage du PIB

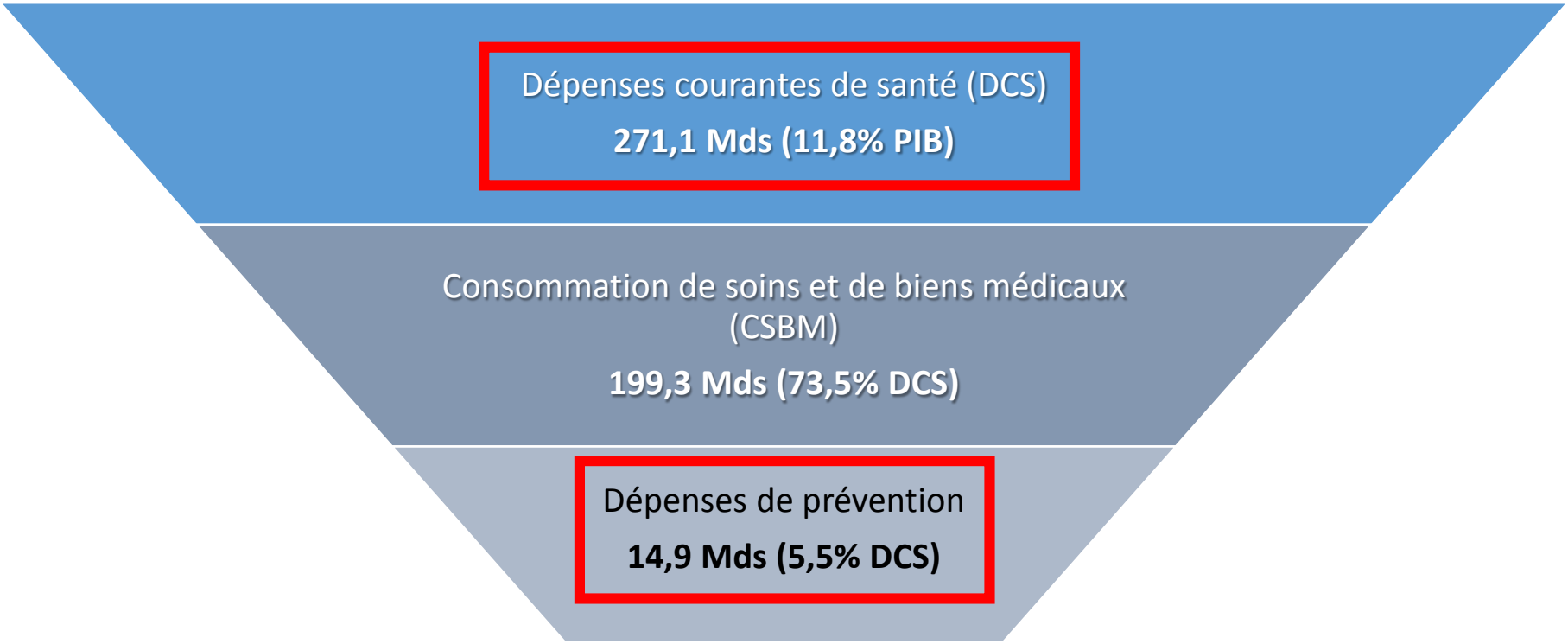


Source : OCDE

En 2017

PIB France: 2.300 Mds€
PIB USA: 20.200 Mds€

Dépenses de Santé en 2017: Faible Part de la Prévention…



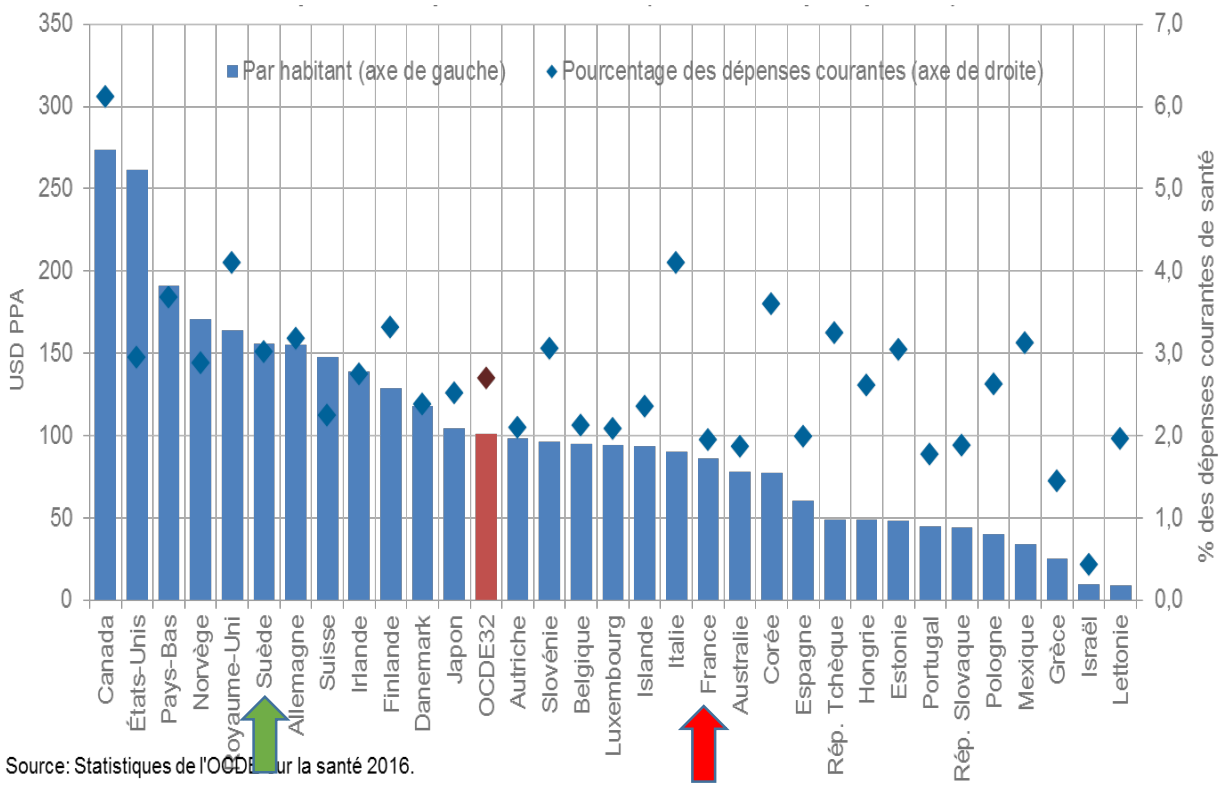
Un **effort global insuffisant en prévention**…

Nous plaçant au 20ème rang sur 32 des nations de l'OCDE en 2016!

Pour la **Cour des Comptes (RPT 2017)**:

individualiser les dépenses de prévention, les regrouper et les protéger des coupes budgétaires

Dépenses de Santé en 2017: Faible Part de la Prévention…



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016.

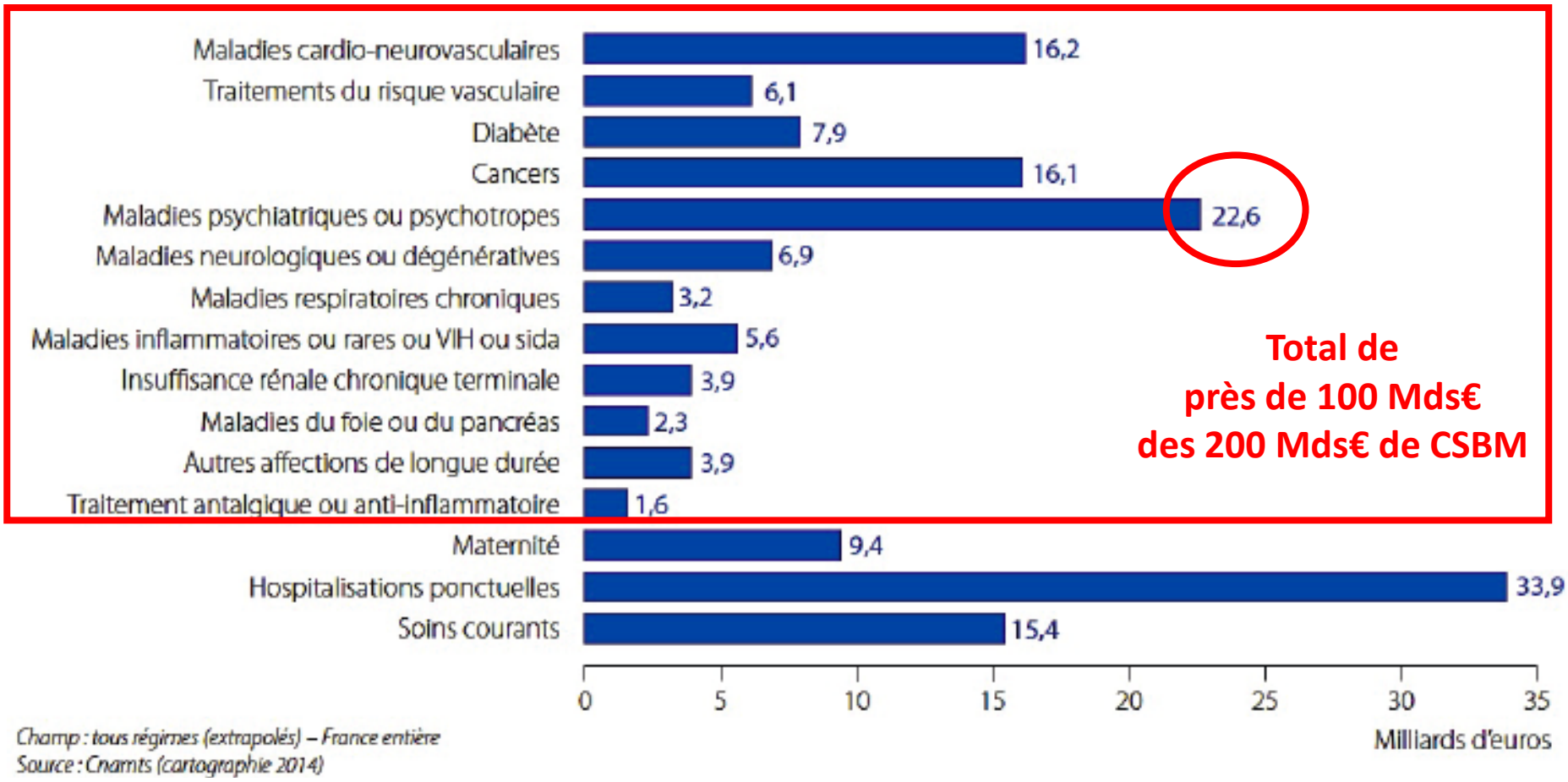
Un **effort global insuffisant en prévention**…

Nous plaçant au 20ème rang sur 32 des nations de l'OCDE en 2016!

Pour la **Cour des Comptes (RPT 2017)**:

individualiser les dépenses de prévention, les regrouper et les protéger des coupes budgétaires

Le Coût des Maladies Chroniques:
Illustration détaillée pour la Santé Mentale…



Total de
près de 100 Mds€
des 200 Mds€ de CSBM

Le Coût des Maladies Chroniques:
Illustration détaillée pour la Santé Mentale…

- ***Estimation du coût de la santé mentale en France (109,2 Md€)*** [*Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I: The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol. 2012 Sep 4*]

  - Prise en charge médico-sociale: 3,2 Md€
  - Allocations de garantie de ressources: 6,2 Md€
  - Système de santé: 13,4 Md€
    - ➢ **Total Dépense formelle = 22,8 Md€** (1/5ème)

  - Soins informels: 1,3 Md€
  - Perte de productivité: 20 Md€
  - Perte de qualité de vie: 65,1 Md€
    - ➢ **Coûts informels = 86,4 Md€** (4/5ème)

Le coût des Maladies Chroniques (y compris Coût Social)

- **Tabagisme:** 120 Md€ (2010) [*P. Kopp. Le coût social des drogues en France. Note OFDT avril 2015*]
- **Alcool:** 120 Md€ (2010) [*P. Kopp. 2015*]
  - 1,3 million séjours hospitaliers pour pathologies liées à l'alcool (2003)
- Les seuls coûts médicaux directs dus à l'**obésité** et aux facteurs de risque associés: de 2,6 à 5,1 Md€ (2002) [*Emery C et al. Presse Med. 2007;36:832-40*]
- **Près de 20 % des hospitalisations: dans le champ d'actions de prévention** [*Estimation DGS in Rapport DREES prospective hospitalisation*]
- **…**

Un **effort global insuffisant en prévention**…

TABAC ET ALCOOL: PRINCIPAUX RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Dans le domaine du tabac et de l'alcool, les évaluations de la Cour ont abouti à des constats en partie comparables.

Les politiques menées se caractérisaient par leur **caractère discontinu et souvent peu coordonné**, s'agissant **notamment de l'articulation entre les différents ministères**.

Les travaux de la Cour ont mis en évidence le défaut de prise en charge des personnes concernées par ces consommations nocives : **budgets de prévention dérisoires**, faible connaissance du repérage précoce et de l'intervention brève, prise en charge très partielle des substituts nicotiniques par rapport aux autres pays.

Dans le domaine du tabac, les recommandations de la Cour ont été suivies d'effet, comme constaté dans une nouvelle enquête de suivi effectuée en 2015 dont il a été rendu compte dans le rapport public annuel de février 2016.

RAPPORT PUBLIC ANNUEL DE LA COUR **EN 2016**

Sur **les 32 recommandations formulées** par la Cour en 2012, **une vingtaine a trouvé une traduction** dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme (PNRT), comme le montre le contenu des trois grands axes qui le constituent :

- « Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme » ;

- « Aider les fumeurs à arrêter de fumer » ;

- « Agir sur l'économie du tabac ».

Prévention: Contribution de la LMSS du 26 janvier 2016 et de son Application

- **Lutte contre le tabagisme** avec la mise en place du paquet neutre (Décret n°2016-334 du 21 mars 2016);
- **Mesures relatives à l'alimentation et la nutrition:** étiquetage nutritionnel (Décret n° 2016-980 du 19 juillet 2016);
- **Lutte contre les phénomènes d'alcoolisation massive** chez les jeunes (Décret n°2016-1329 du 6 octobre 2016);
- **Dispensation de l'activité physique adaptée** (Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016);
- **Prévention de l'impact de la pollution et des dégradations environnementales** : prévention des risques sanitaires liés aux systèmes de brumisation d'eau (Décret n° 2017-657 du 27 avril 2017); information sur la qualité de l'air, lutte contre l'amiante, le radon et le saturnisme, protection de l'audition (Décret n° 2017-1244 du 7 août 2017)…

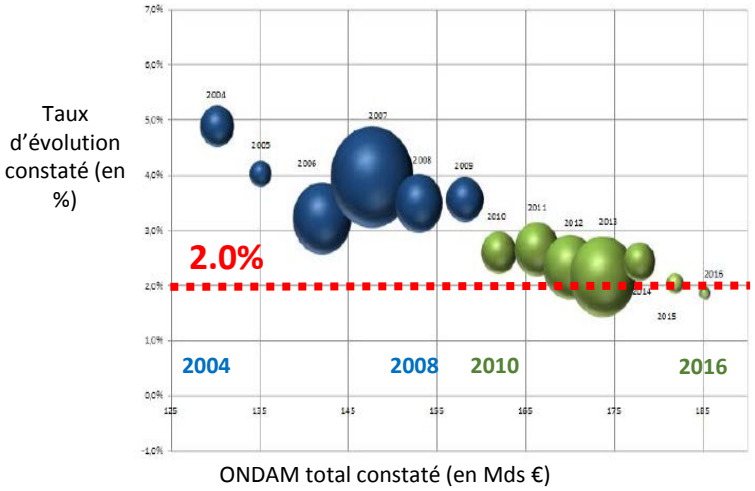
Notre Système de Santé Aujourd'hui

1. Les Résultats de notre Système de Santé
2. Des Dépenses Très Elevées
3. **L'Echec des Modes de Régulation**
4. Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation

ONDAM – Une Régulation Financière à Reconsidérer?

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- **L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé année après année par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et est respecté depuis 2010**



Graphique des niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 2004 ***Source : PLFSS 2017 – Annexe 7***

- L'accent a été mis dans la recherche d'économies sur les baisses de prix ou les mesures conjoncturelles:
  - Les baisses de prix nourrissent **la course aux volumes** tant à l'hôpital qu'en ville;
  - Les mesures conjoncturelles contribuent à la **dégradation des comptes des hôpitaux** et affaiblissent leur capacité à se réorganiser.

- Pas de prise en compte dans sa construction de différents facteurs entrant en jeu de façon différentielle suivant les pathologies :
  - Démographie, épidémiologie, changements de modalités de traitement et de prévention (<-> sécurité et pertinence des actes), évolutions de prise en charge entre la ville et l'hôpital, arrivée de nouveaux médicaments plus coûteux,etc…

L'Echec des Modes de Régulation

- **La rationalisation des soins de ville**
  - Le **système de santé s'est construit autour du traitement des épisodes aigus** des maladies;
  - Le vieillissement, les maladies chroniques, le maintien à domicile comme les innovations techniques et thérapeutiques modifient les **modalités de suivi des patients**;
  - La **construction des parcours de soins** et la coordination entre les professionnels de santé restent largement perfectibles;
  - Des **résultats mitigés** ont été observés pour les initiatives (à hauteur de 466M€) visant à organiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ou pour des pathologies comme le cancer;
  - La coordination se heurte aussi aux retards considérables du **dossier médical partagé**.

L'Echec des Modes de Régulation

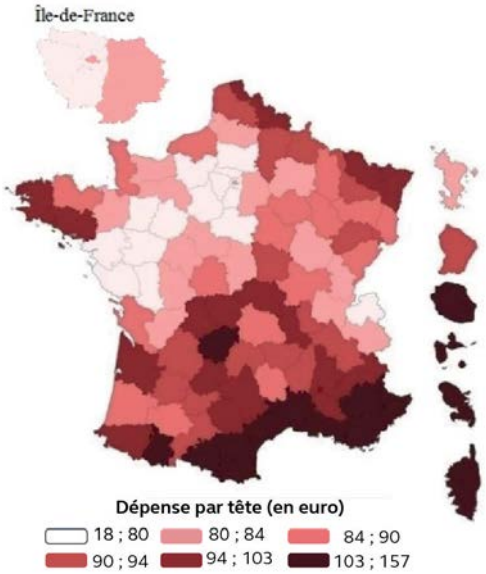
- **La rationalisation des soins de ville (suite)**
  - Les **négociations conventionnelles** (professions de santé-assurance maladie) produisent des **résultats insuffisants**, et masquent mal les échecs tels que les dépassements tarifaires;
  - Elles n'ont **pas accompagné le développement des approches transversales pluri-professionnelles** au cœur des réorganisations de l'offre de soins;
  - Mais plutôt conduit à une **sédimentation des avantages** accordés à chaque profession…
  - Elles pourraient **plus nettement encadrer** les résultats sur les dépassements d'honoraires et l'installation des professionnels en fonction des besoins de santé…
  - Ou **renforcer le rémunération sur objectifs de santé publique** (ROSP).

L'Echec des Modes de Régulation

- **Une aggravation des disparités territoriales…**
- En France métropolitaine, le nombre de médecins généralistes pour 100.000 habitants varie du simple au double entre les départements (encore + en infra départemental), sans que l'âge, l'état de santé ou la précarité des populations suffisent à expliquer ces écarts.
- **L'inégale répartition territoriale au regard des besoins** de santé affecte les pratiques des professionnels et soulève la **question de la pertinence des actes**, voire parfois de leur régularité.
- L'inégale répartition de l'offre et de la **non-qualité en chirurgie** (USA, Europe): vies humaines (risque de décès x3) et volume des complications (x5 ou 10)…

L'Echec des Modes de Régulation

- **Mise en évidence du lien entre densité de professionnels libéraux et dépenses de santé.**



Dépenses d'infirmiers brutes comparées à la densité des professionnels

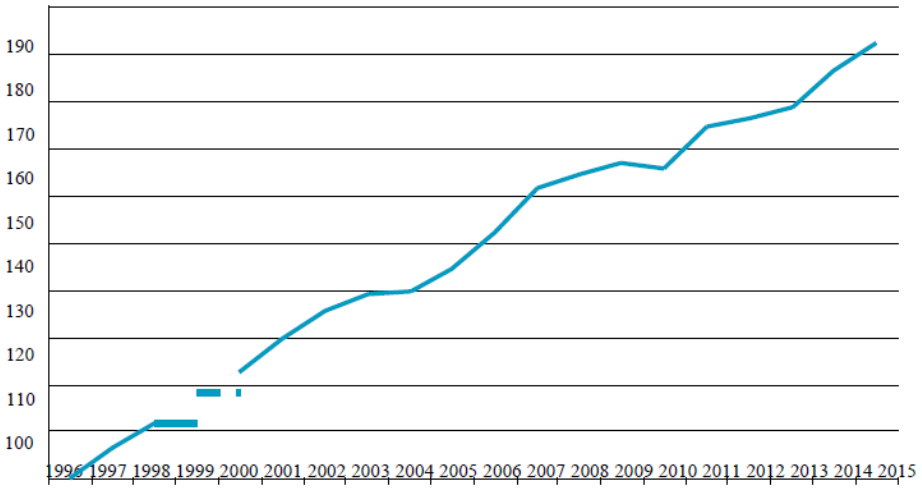
Source: Cour des Comptes RPT Avenir AM 2017

L'Echec des Modes de Régulation

- **Il y a nécessité de renforcer la complémentarité des professions de santé…**
- Rapidité de l'évolution des techniques et complexité des pathologies requièrent une **coordination souple et évolutive des professionnels de santé**…
- Mais leur **organisation est particulièrement rigide en France**.
- Une nouvelle définition des rôles et des compétences des professions de santé permettrait d'offrir de nouveaux services aux patients ou de répondre à des besoins partiellement satisfaits comme en matière d'éducation thérapeutique, en particulier grâce aux **auxiliaires médicaux et infirmiers**.

L'Echec des Modes de Régulation

- **Un renoncement croissant à la restructuration de l'hôpital**
  - La **fréquentation des urgences a augmenté de 41 %** depuis 2001 (**20,3 millions de passages en 2015**); elle avait déjà doublé entre 1990 et 2001;
  - Illustrant **la coupure ville-hôpital** et la **mauvaise organisation de la permanence des soins en ville**…

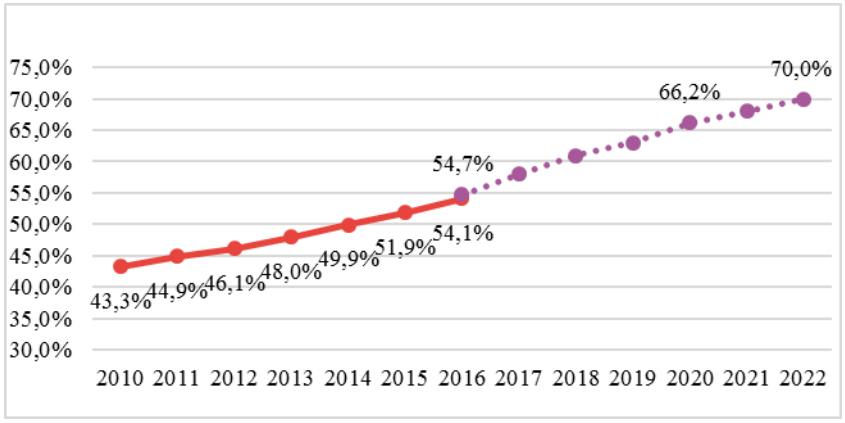


Source : DREES, SAE 2017 (nombre annuel de passages, base 100 en 1996)

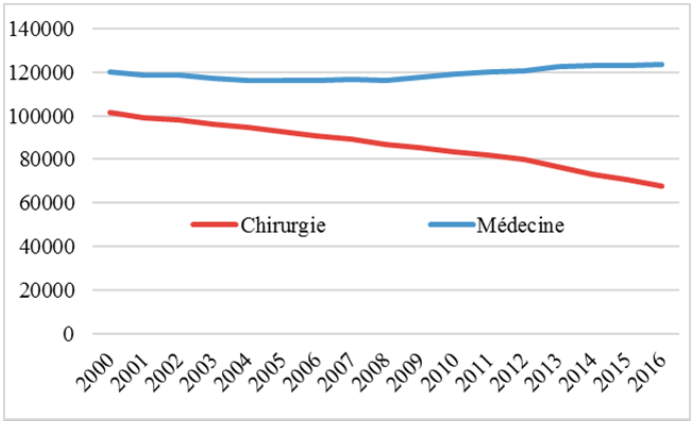
Source: Cour des Comptes RPA 2019

La Place de l'Hôpital dans les Dépenses de Santé

- **Le développement de la chirurgie ambulatoire**
  - **La réduction lente du nombre de structures hospitalières** et de leurs capacités est loin d'être à la hauteur des enjeux de restructuration territoriale;
  - La réduction du nombre de lits à l'hôpital s'est ralentie, alors que le **virage ambulatoire** est pris…



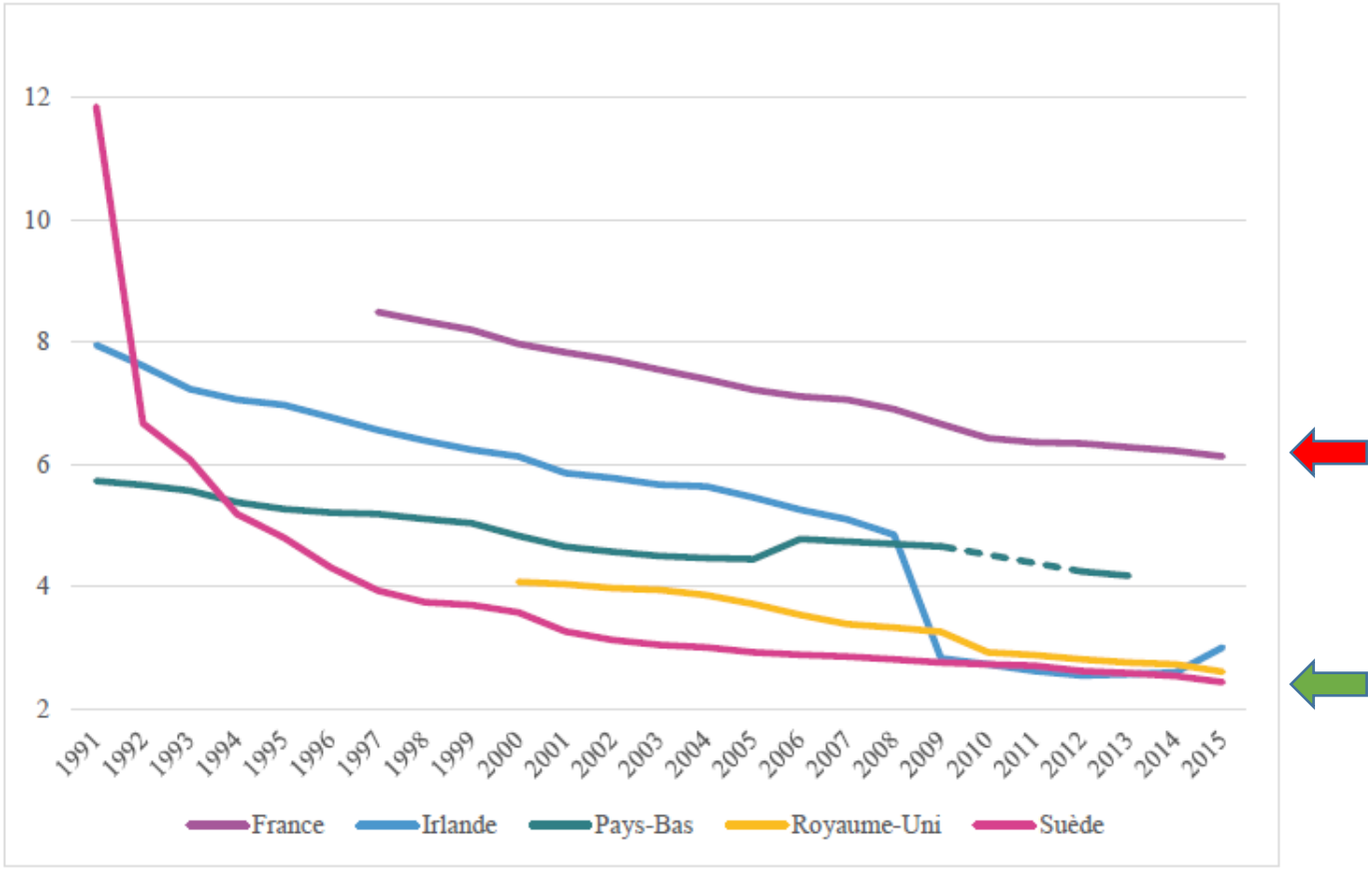
Objectif de taux de chirurgie ambulatoire affiché par le gouvernement



Évolution du nombre de lits en MCO

Source: Cour des Comptes RALFSS 2018

Évolution du nombre de lits d'hôpital pour 1.000 habitants



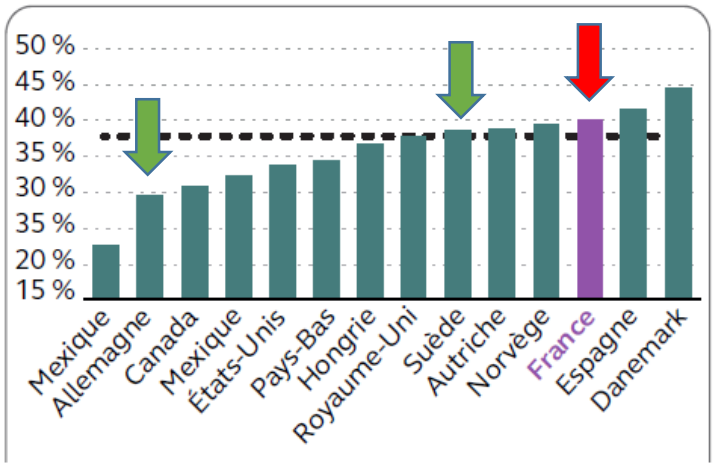
Source : base de données santé, OCDE
Note : rupture de données en 2010 et 2011 pour les Pays--Bas

Source: Cour des Comptes RALFSS 2018

La Place de l'Hôpital dans les Dépenses de Santé

- **Une prédominance de l'hôpital…**
  - La part des dépenses hospitalières représentait **4,2 % du PIB en 2015 en France** (90,8 Md€ selon les comptes nationaux de la santé) contre 3,3 % pour l'Allemagne en 2014.
  - **Soit 40 % des dépenses totales de santé**, ce qui place la France dans le trio de tête des États membres de l'Union européenne.

Poids des dépenses hospitalières (sur le total « santé ») dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE 2015

La Place de l'Hôpital dans les Dépenses de Santé

- **La recomposition de l'offre hospitalière territoriale**
  - **Le format inabouti des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)** et le **retard des signatures des conventions d'association** pour les CHU fragilisent la gradation régionale des soins
  - **Le GHT n'est pas inclusif** pour le privé lucratif et la médecine ambulatoire
  - L'expertise des **collectivités territoriales** est peu sollicitée
  - La **démographie** médicale et soignante est fragile:
    - Soignants et fonctions supports : surmonter les difficultés d'un travail en réseau territorial de soins
    - Faciliter l'exercice territorial dans un modèle plus intégratif
    - Des outils de financement des activités de soin inadaptés à la coopération médicale sur le territoire

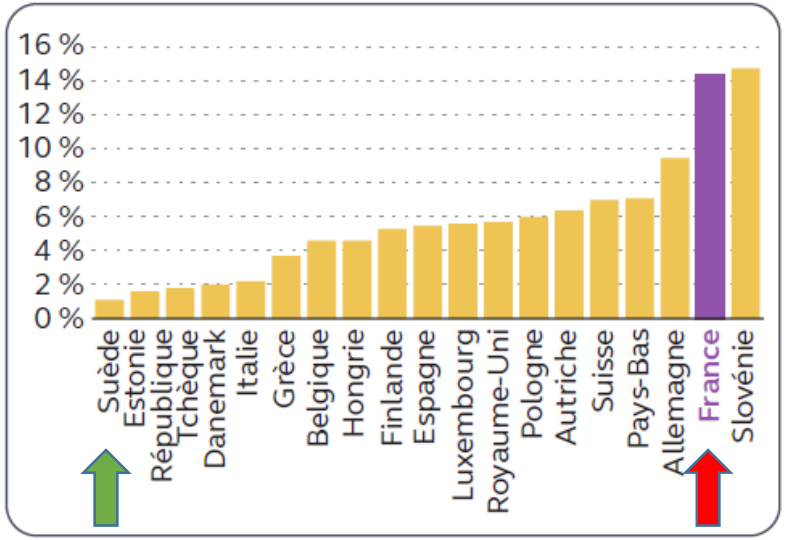
Inégalités sociales de santé

- **L'érosion de la couverture par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)**

  - Des transferts progressifs vers l'assurance maladie complémentaire (AMC) ont été encouragés par des dispositifs coûteux (évalués à 3,6 Md€ en 2016 par la Cour des Comptes):
    - Déremboursement de médicaments;
    - Tickets modérateurs;
    - Augmentation du forfait hospitalier.

  - La France est devenue **le premier des grands pays européens pour les dépenses de santé financées par les assureurs complémentaires.**

Part des assureurs privés dans le financement des Dépenses totales de santé dans les pays européens, en 2014 ou 2015

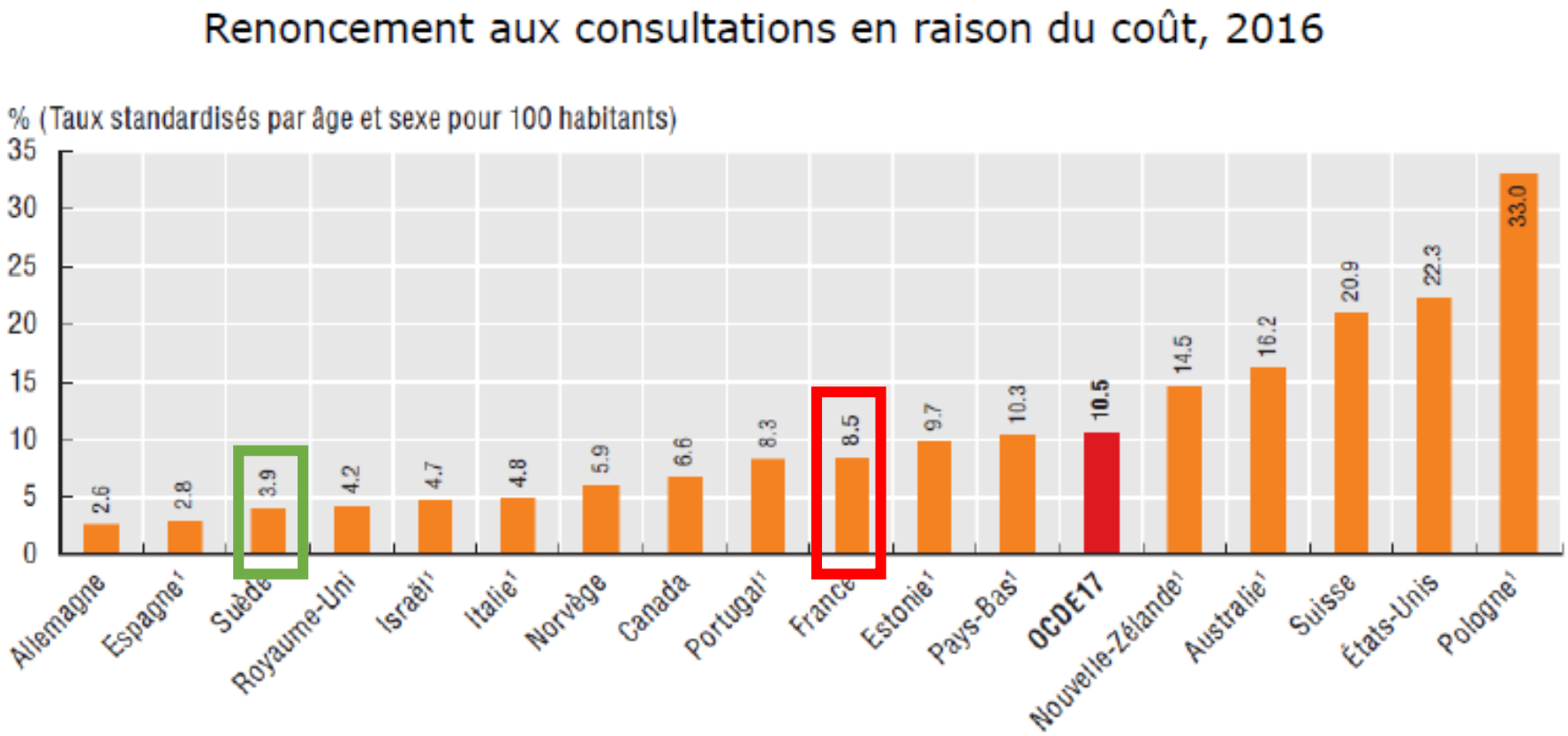


Source : OCDE et Cour des comptes

RALFSS 2018

Le renoncement aux soins

10% des personnes renoncent à des consultations en raison de leur coût (données basées sur 17 pays de l'OCDE)



Source OCDE et « Cour des Comptes – RALFSS 2018 »

Loi « Transformation du Système de Santé »
Un collectif de soins, une offre de soins mieux structurée dans le cadre territorial

- **Définition de projets territoriaux de santé par les communautés professionnelles territoriales de santé** (**CPTS**, 224 fin 2018, dont 60 soutenues, vs. objectif de 1 000 communautés dans « Ma santé 2022 »), qui seront validés par les ARS => application du principe un territoire = une communauté, éviter redondances et zones blanches, participation de l'ensemble des professions, liens avec les établissements hospitaliers et médico-sociaux, adéquation aux orientations du PRS….

- **Redéfinition des missions et de la gouvernance des « Hôpitaux de proximité » (243,5 Md€)**, créés en leur forme actuelle par la LFSS 2015 en remplacement des ex-hôpitaux locaux en vue de la labellisation d'hôpitaux de proximité à partir de 2020 => missions socle + association des professionnels de ville (CPTS) à la gouvernance (habilitation).

- **Réforme du régime des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds, dans un objectif de gradation des soins :** 1ère phase (ordonnance du 3 janvier 2018 : allongement de la durée de validité des autorisations de 5 à 7 ans, réforme des visites de conformité) ; 2ème phase : adaptation des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement de l'ensemble des activités de soins : titularité des autorisations, équipe médicale de territoire, planification de l'organisation et du fonctionnement de certaines activités rares ou à haut risque, évolution de la HAD (habilitation).

- **Renforcement de l'intégration au sein des 135 groupements hospitaliers de territoire** (GHT) (habilitation) :
  - Renforcement des compétences et caractère obligatoire des commissions médicales de groupement, aujourd'hui optionnel (1 GHT sur 5)
  - Mutualisation obligatoire de la compétence de gestion des RH médicales, odontologiques, pharmaceutiques
  - Mutualisation de fonctions supplémentaires sur la base du volontariat

Loi « Transformation du Système de Santé »
Transformation numérique du système de santé et des pratiques des soignants

- **Création d'une Plateforme des données de santé, sous la forme d'un GIP,** qui se substitue à l'Institut national des données de santé et a pour objet de réunir, d'organiser et de mettre à disposition les données du système national des données de santé (SNDS) :
  - le SNDS sera enrichi par l'ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie ;
  - possibilité de recourir aux données du SNDS et au NIR comme identifiant national de santé élargie à l'ensemble des traitements de données à caractère personnel dans le domaine de la santé et plus uniquement ceux relevant des finalités recherche, étude et évaluation ;
  - la CNAM cesse d'être l'unique responsable du traitement et centralisateur ;
  - l'impossibilité de procéder à une ré-identification des données est généralisée.
- **Ouverture pour chaque usager d'un espace numérique santé personnel à caractère facultatif et gratuit d'ici au 1/1/2022.** Contiendra le dossier médical partagé, intègrera des services (échanges sécurisés avec les professionnels et établissements de santé, informations de santé référencées et personnalisées) et sera interfacé avec des objets connectés et des applications mobiles. Coût : 50 M€ sur 2019-2022.
- **Définition d'un cadre juridique pour le télésoin, pratique de soins à distance utilisant les TIC pour mettre en rapport un patient avec des pharmaciens** (bilans médicamenteux, accompagnement ou éducation des patients notamment asthmatiques, adhésion aux traitements) **et auxiliaires médicaux** (accompagnement par les infirmiers des effets secondaires de chimiothérapies orales, séances d'orthophonie et d'orthoptie). Coût : 8 M€ par an.
- **Généralisation progressive de la e-prescription par les médecins, facultative depuis 2004, pour l'ensemble des prestations et biens (habilitation).** Coût : 50 M€ sur 5 années, gain : 20 M€ annuels.

Notre Système de Santé Aujourd'hui

1. Les Résultats de notre Système de Santé
2. Des Dépenses Très Elevées
3. L'Echec des Modes de Régulation
4. **Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation**

Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation

- **Faire de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins l'axe central de toute réforme**
  - La non-qualité représente des coûts considérables; l'OCDE juge que **10 % des dépenses hospitalières** sont consacrées à réparer des erreurs médicales;
  - **La certification** des établissements de soins **ne permet toujours pas de donner une image précise de la qualité** des soins qui sont prodigués dans les hôpitaux et cliniques;
  - **Ni d'en tirer des conclusions pour faire évoluer les pratiques** ou, le cas échéant, prendre la décision de fermeture des établissements ne présentant pas assez de garanties;
  - Elle devrait mettre plus l'accent sur la médicalisation de l'appréciation portée sur la qualité des soins que sur des processus d'organisation administrative;
  - **La médecine de ville n'est pas du tout couverte, alors qu'elle touche le plus grand nombre de patients.**

Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation

- **Faire de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins l'axe central de toute réforme (suite)**
  - Les **données de santé** permettent déjà de mieux réfléchir à la pertinence de certaines dépenses ou de certains modèles de soins et de participer, encore à une très petite échelle, à la veille sanitaire ou au contrôle de l'efficacité de certains produits.
  - Elles pourraient cependant être enrichies (assurances complémentaires) et **davantage partagées**…
  - Leur meilleure exploitation ouvrirait de **nouveaux horizons** en matière:
    - De lutte contre les abus et les fraudes;
    - D'évaluation « en vie réelle » de l'efficacité des traitements et des médicaments;
    - D'appréciation de l'impact des politiques de santé publique et de l'efficacité de la prévention.

Vers une Révision Profonde de l'Ensemble des Modes de Régulation

- **Placer la prévention au cœur de l'action publique**
  - Un **effort global insuffisant en prévention**…
  - … Nous plaçant au 20ème rang sur 32 des nations de l'OCDE en 2016!
  - Une grande **variété d'acteurs** intervenant sans stratégie d'ensemble…
  - Procéder à un **changement de conception** de la médecine centrée sur sa dimension curative…
  - Intégrer la prévention dans des **parcours de soins ou de santé** …
  - … Avec une part beaucoup plus importante de la **ROSP** des professionnels de santé!
  - Pour la **Cour des Comptes (RPT 2017)**: **individualiser les dépenses de prévention**, les regrouper et les protéger des coupes budgétaires, en organisant le suivi de leur bonne mise en œuvre enfin, pour les inclure à terme dans **un sous-objectif de l'ONDAM**.

Un Système Sanitaire Davantage Centré sur la Personne et Davantage Préventif…

Organisation mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe

EUR/RC65/13
+ EUR/RC65/Conf.Doc./7

31 juillet 2015

Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne

- **Abandonner un mode de prestation de services réactifs, épisodiques et axés sur la maladie**
- **Davantage de prévention,** de promotion de la santé, et de soins à domicile
- **Renforcer les systèmes de santé publique**, de soins primaires et de proximité, établir des réseaux de spécialistes et des modèles intégrés de soins pour la prévention des maladies et la promotion de la santé
- **Accroitre l'unité entre les services de santé publique et les services individuels** ; par exemple, en intégrant les opérations essentielles de santé publique dans les soins de santé primaires et hospitaliers

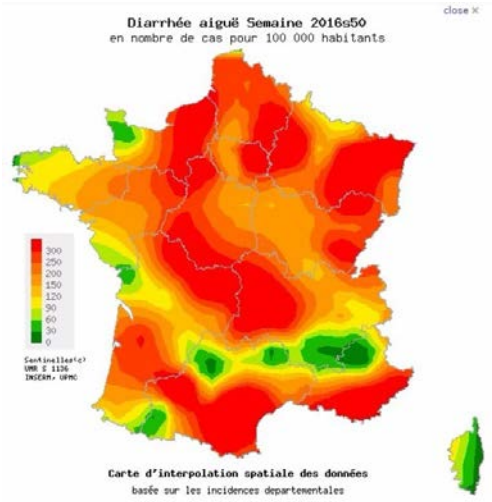
Prévention et promotion de la santé

- **Le groupement hospitalier de territoire (GHT) doit permettre de mieux investir le champ de la santé et des déterminants de santé**

- **Un enjeu pour les pôles de santé publique en s'organisant notamment pour suivre de nouvelles données (« Big Data, AI ») et des indicateurs de morbi-mortalité**

  - La santé publique dans les CHU est porteuse des données épidémiologiques, des données des DIM mais elle doit aussi se rapprocher des problématiques des déterminants sociaux de santé

  - **Il faut investir dans les thèmes autres que les données épidémiologiques** et s'approprier de nouvelles données (ex. données de morbi-mortalité)



Prévention et promotion de la santé

- Le travail autour de **l'épidémiologie** et du suivi des indicateurs doit se faire **en synergie avec les ARS** pour faire entrer les GHT dans une logique de prévention de la santé
- L'une des missions des pôles de santé publique est **l'articulation « Ville-Hôpital »**
- Il est en outre indispensable de concevoir une **articulation/adéquation entre les GHT et les CPTS** (communautés professionnelles territoriales de santé)
- **Les professionnels de santé sont les acteurs clés du projet de santé du GHT**
- Le **financement du parcours de soins** doit permettre qu'une logique de décloisonnement entre la ville et l'hôpital puisse s'engager, en faveur de la prévention et de la promotion de la santé, **et vers la réduction des lits**

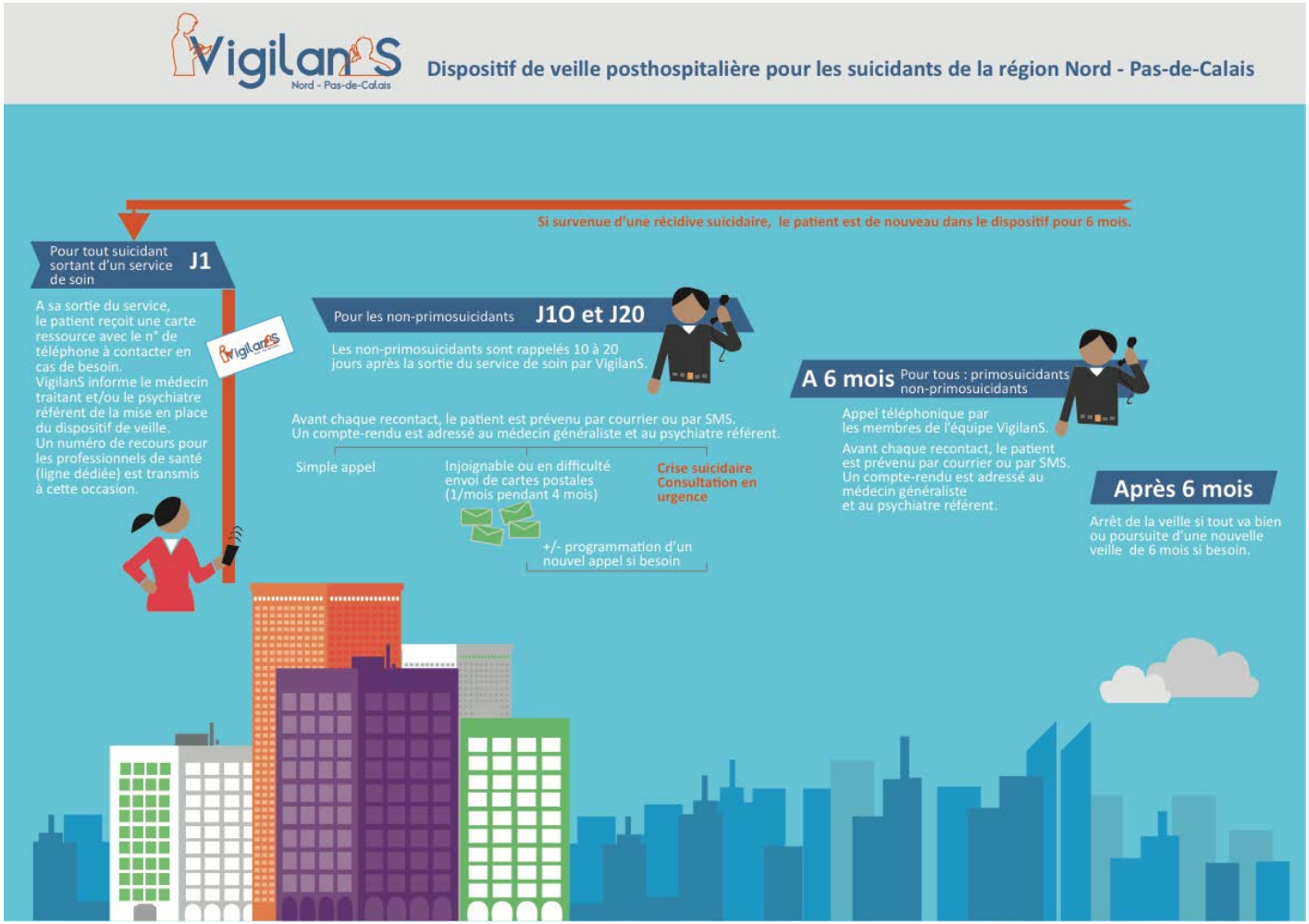
L'exemple du surpoids et de l'obésité…

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

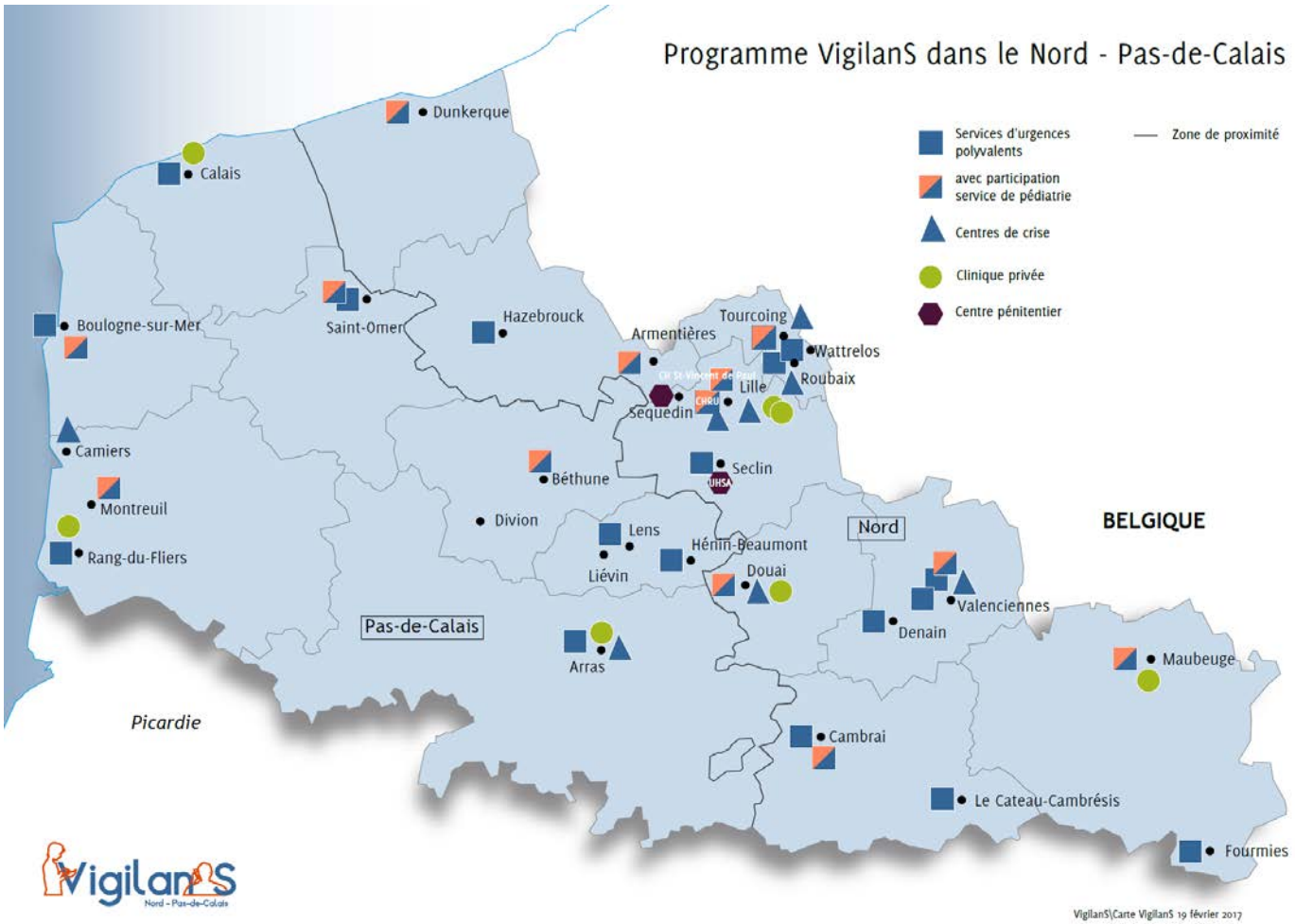
- **10 millions** de personnes en France; coût social: **20,4Md€** (dont 12,8 pour obésité)
- **Risque élevé de morbidité et de mortalité prématurée** (DALYs*) : 8% pour l'alimentation, 1% sédentarité, **7% surpoids et obésité**
- **Chirurgie bariatrique/obésité:** ~ 50.000 interventions/an (hors ablations de matériel et reprises ; source CNAM); soit **190 M€** (tarifs 2017)
- **FIR 2016, prévention** pour lutter contre l'obésité: seulement **3,5 M€** (hors financement des réseaux de santé et parcours de santé coordonnés, hors éducation thérapeutique)
- Autres actions de promotion de la nutrition-santé: **10 M€**
- **Transfert de la « chirurgie » vers « la prévention multidisciplinaire »**
- Les **CPTS** en lien avec les **établissements responsables de la proximité** proposent une **prise en charge graduée** intégrant la prévention (projet territorial de santé, CLS). Les CPTS participent pleinement à l'organisation des **paniers de solutions mobilisables** au niveau de proximité

***DALY**s: années de vie perdues ajustées sur l'incapacité

Un CHU et son territoire pour une action de prévention contre le suicide et les tentatives de suicide (TS)…



L'exemple du suicide et des tentatives de suicide (TS)…



L'exemple du suicide et des tentatives de suicide (TS)…

Passages aux urgences pour TS

Passages TS aux Urgences	2014	2015	2016	*2017*
PAS DE CALAIS	3792	3445	3130	*3017*
NORD	6327	6080	6198	*5767*
NPC	10119	9525	9328	*8784*
Pénétrance VigilanS		*17%*	*35%*	*43%*
Variation totale		***-5,9%***	***-7,8%***	***-13,2%***

Coûts d'un suicide ou d'une TS

Pays	Année	Suicide	Tentative de suicide
Canada [6]	1996	-	11.824 €
Irelande [1]	2001/2	466.480 €	-
Ecosse [2]	2004	464.754 €	-
Nouvelle Zélande [3]	2005	354.373 €	5.025 €
USA [5]	2005	313.976 €	11.146 €
Flandre belge [4]	2011		
Suisse [7]	2011		
France [8]	2011		

1 : Kenelly.B, 2007, The economic cost of suicide in Irland, Crisis, 28(2), 89-94
2 : The economic costs of suicide in scotalnd in 2004, scotland gouv.uk
3 : O'Dea D and Tucker S. 2005. The Cost of Suicide to Society. Wellington: Mir
4 :Coppens.E, 2011, De evaluate van het vlaams actieplan suicidepreventie
5 : Web-based Injury Statistics Query and Reporting System, 2005
6 : Clayton D, Barcel A., The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996
7 : Swiss Med Wkly. 2012;142:w13648
8 : Vinet, Chevreul URC ECO

Le coût de VigilanS:

- VigilanSeurs à mi-temps
- Secrétaire
- Agents administratifs
- Psychiatre

Pour une enveloppe ARS de 485.000 € annuels

Pertinence, Qualité et Sécurité des Soins au cœur de la Transformation du Système de Santé

- **Faire de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins l'axe central de toute réforme**
  - La non-qualité représente des coûts considérables; l'OCDE juge que **10 % des dépenses hospitalières** sont consacrées à réparer des erreurs médicales (soit près de 9Mds€/an)
  - **La certification** des établissements de soins **ne permet toujours pas de donner une image précise de la qualité** des soins qui sont prodigués dans les hôpitaux et cliniques
  - **Ni d'en tirer des conclusions pour faire évoluer les pratiques** ou, le cas échéant, prendre la décision de fermeture des établissements ne présentant pas assez de garanties
  - Elle devrait mettre plus l'accent sur la médicalisation de l'appréciation portée sur la qualité des soins que sur des processus d'organisation administrative
  - **La médecine de ville n'est pas du tout couverte, alors qu'elle touche le plus grand nombre de patients**

Pertinence, Qualité et Sécurité des Soins au cœur de la Transformation du Système de Santé

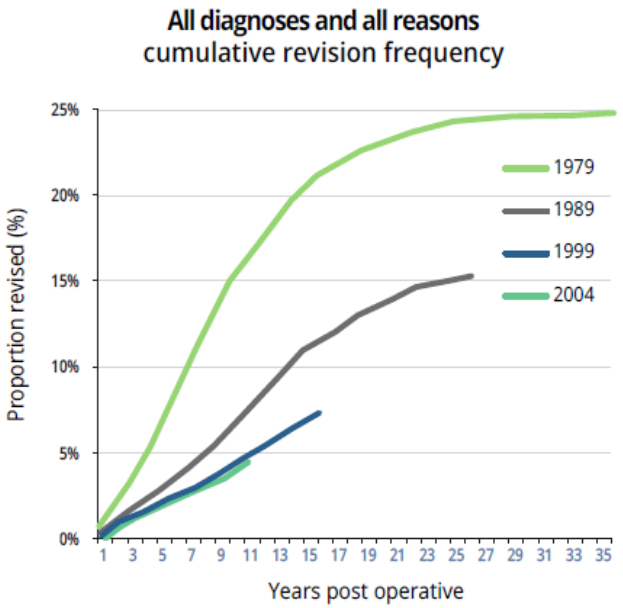
L'incitation financière à l'amélioration de la qualité à l'hôpital (IFAQ)

L'incitation financière est à ce jour assez limitée : elle ne représente que 0,6 % du budget des établissements.

L'expérience suédoise des registres

Les registres qualité

Les registres de suivi de la qualité ont été mis en place dès 1975 en Suède. Si les premiers ont été établis par les chirurgiens sur la base du volontariat, sans aucune contrepartie financière, ils sont désormais pour la plupart obligatoires et suivis par les autorités sanitaires au niveau national, et peuvent donner lieu au versement de bonus ou à des pénalités financières.



International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)

Michael E. Porter and the Harvard Business School

Cette démarche est fondée sur la mesure d'*outcomes*.

Source: Think Tank Économie Santé 2017

Pertinence, Qualité et Sécurité des Soins au cœur de la Transformation du Système de Santé

- **Faire de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins l'axe central de toute réforme (suite)**
  - Les **données de santé** permettent déjà de mieux réfléchir à la pertinence de certaines dépenses ou de certains modèles de soins et de participer, encore à une très petite échelle, à la veille sanitaire ou au contrôle de l'efficacité de certains produits.
  - Elles pourraient cependant être enrichies (assurances complémentaires) et **davantage partagées**…
  - Leur meilleure exploitation ouvrirait de **nouveaux horizons** en matière:
    - De lutte contre les abus et les fraudes;
    - D'évaluation « en vie réelle » de l'efficacité des traitements et des médicaments;
    - D'appréciation de l'impact des politiques de santé publique et de l'efficacité de la prévention.
- **Une place pour l'enseignement supérieur et la recherche? Une place pour les CHU?**

« LES CHU DANS L'OFFRE DE SOINS », COUR DES COMPTES 2018

- **Le déploiement des GHT et l'élaboration des projets médicaux partagés** territoriaux constituent un moment clé de la vie de l'Hôpital en France
- **Le dispositif GHT est complémentaire de la rénovation de la formation des professionnels de santé et de l'évolution des professions de santé** (service sanitaire, rénovation du 3ème cycle des études médicales, formation des professionnels de santé et des réflexions en termes de pratiques avancées notamment pour les infirmiers, …)
- **Les CHU** doivent prendre toute leur place dans cette action de territoire
- **Les réseaux de CHU** doivent permettre la mise en œuvre d'une meilleure gradation des soins entre les GHT et entre eux et les GHT, la rationalisation des investissements et des équipements, et l'optimisation des moyens de recherche
- Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont vocation à s'inscrire dans **une politique de prévention et de promotion de la santé au service de la « santé populationnelle » territoriale**

Source: Communication à la commission des affaires sociales du Sénat: les CHU dans l'Offre de Soins, Cour des Comptes 2018

©1989-2019 APM International -
https://www.apmnews.com/depeche/121012/329263/les-chu-doivent-integrer-la-prevention-comme-4e-mission--benoit-vallet--cour-des-comptes-

DÉPÊCHE DU 14/12/2018

Les CHU doivent intégrer "la prévention comme 4e mission" (Benoît Vallet, Cour des comptes)

Mots-clés : #établissements de santé #soins de ville #CHU-CHR #prévention #Cour des comptes-CRC #coopérations #formation #médecins #patients-usagers #congrès

(Par Jean-Yves PAILLÉ, aux Assises hospitalo-universitaires)

POITIERS, 14 décembre 2018 (APMnews) - Les CHU doivent s'impliquer pleinement dans la prévention et en faire leur 4e mission, a plaidé Benoît Vallet, conseiller maître à la Cour des comptes, lors des 16es Assises hospitalo-universitaires qui se déroulent jusqu'à vendredi au Futuroscope de Poitiers.

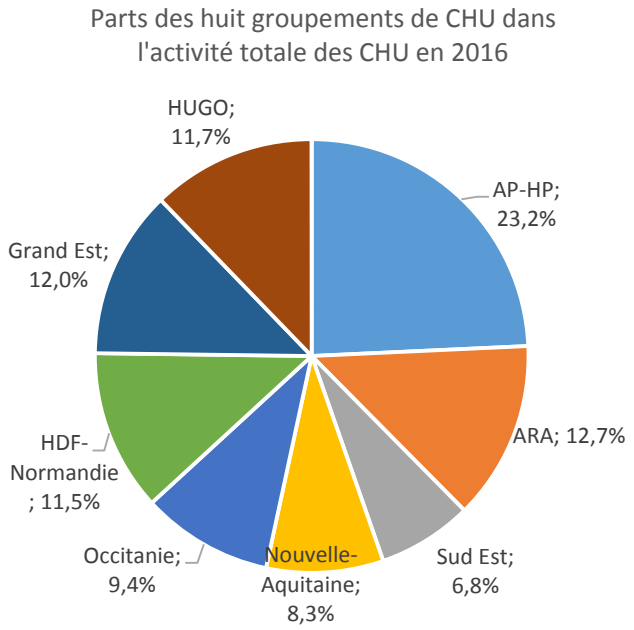
Des réseaux inter-CHU qui peuvent s'établir au niveau régional ou suprarégional

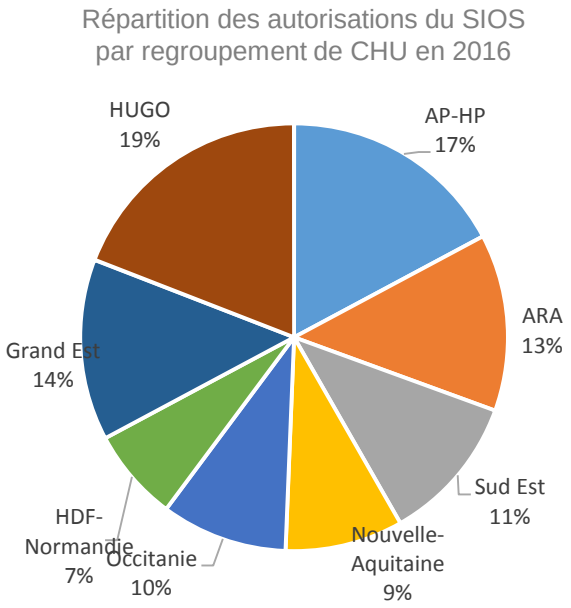
Des structurations en 8 groupements qui ne correspondent pas nécessairement au découpage régional

Source: Communication à la commission des affaires sociales du Sénat: les CHU dans l'Offre de Soins, Cour des Comptes 2018

La place des huit plus gros CHU au sein de possibles regroupements

Répartition des activités et des autorisations SIOS entre les 8 plus gros CHU
et leurs regroupements de niveau régional ou suprarégional





Une organisation en réseaux de CHU pourrait être à même de favoriser
la gradation des soins en matière d'activité de recours et de référence entre les CHU
et la distribution des autorisations des activités du « type SIOS » entre chaque CHU

Source: Communication à la commission des affaires sociales du Sénat: les CHU dans l'Offre de Soins, Cour des Comptes 2018

Dès 1973, Robert Debré revisite sa propre réforme de 1958…

Comment voyez-vous l'hôpital de demain?

- « Viendra bientôt le jour où l'on **regrettera ces grandes bâtisses de pierre** dont on ne saura plus très bien l'emploi, comme on regrette déjà les sanatoriums de nos montagnes.
- L'hôpital de demain doit être le « centre de la santé », avec **une pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitalisés** que de sujets hospitalisés.
- Un **« centre de santé publique »**, et non pas un « centre de santé troublée », c'est-à-dire avec une permanente action de médecine préventive, une permanente pensée d'éviter le malheur avant qu'il n'arrive, de diagnostiquer la maladie avant qu'elle n'éclate… »

Discours de clôture prononcé à Rennes en 1973 au terme d'une semaine consacrée à l'enseignement de la santé publique

- **Quel cadre de responsabilité et d'action?**
  - Une **régulation plus efficace** **(permettant de dégager les gains d'efficience nécessaires) doit reposer sur les besoins de soins réels des populations, qui ne sont pas les mêmes en tout point du territoire et qui, surtout, sont loin de correspondre à l'offre de soins aujourd'hui déployée.**
  - La gouvernance centrale du système, partagée depuis l'origine entre l'État, responsable des hôpitaux, et l'assurance maladie, active dans le secteur de la médecine de ville, représente une dyarchie qui **a conduit à une multiplication d'initiatives non coordonnées et surtout à l'incapacité durable de surmonter la coupure du système de santé français entre la ville et l'hôpital.**
  - La restructuration de leur organisation autour de la logique du parcours de soins du patient exige que cet obstacle soit surmonté…

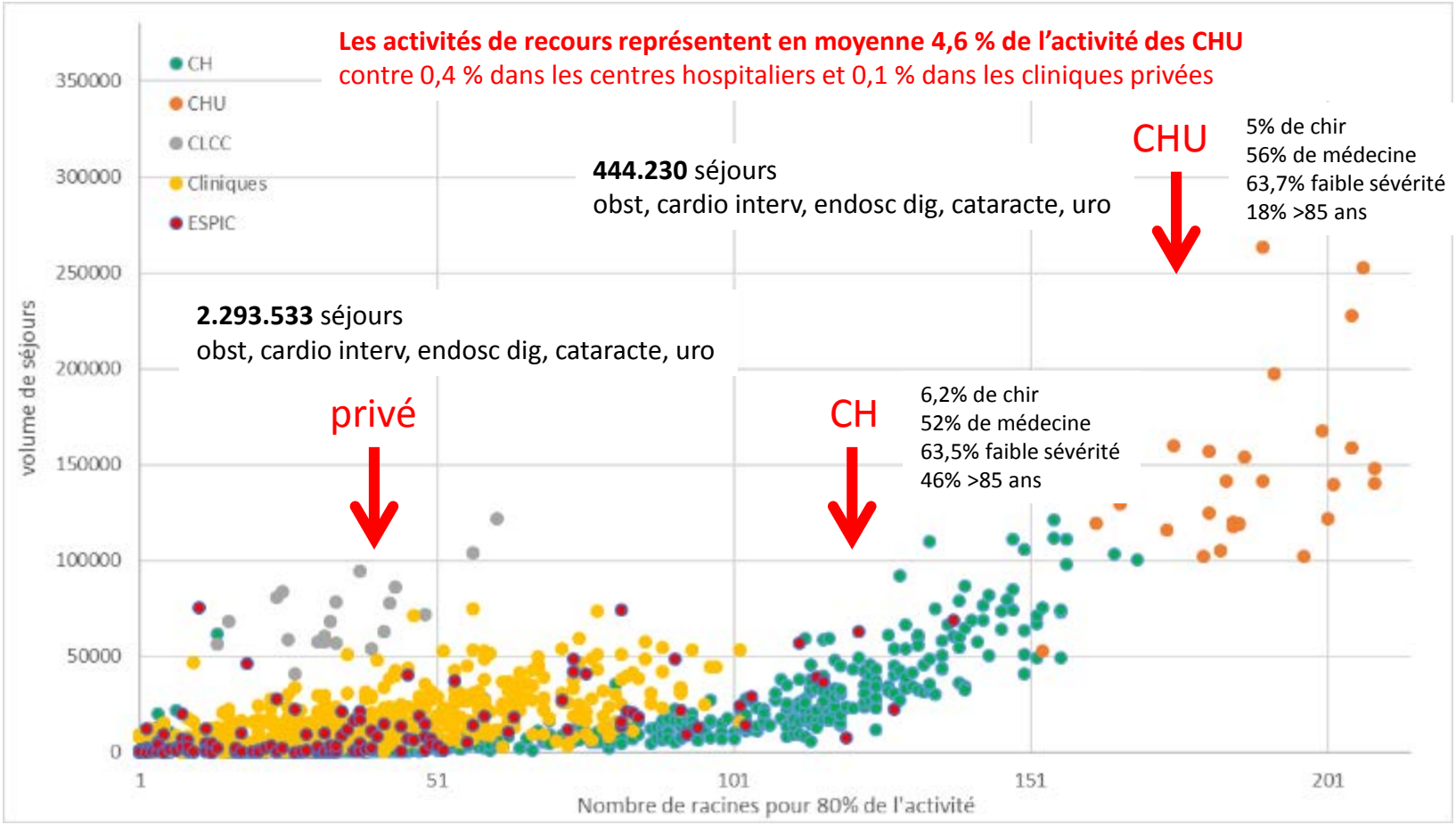
Source: RPT Avenir de l'Assurance Maladie - Cour des Comptes 2017

Questions & Réponses

Merci pour votre attention…

benoit.vallet@ccomptes.fr
benoit_vallet

Les types d'hospitalisation en France (hors APHP)



Source : ATIH, PMSI 2016

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat: les CHU dans l'Offre de Soins, Cour des Comptes 2018

Schéma de la structuration en Réseau Hospitalo-Universitaire

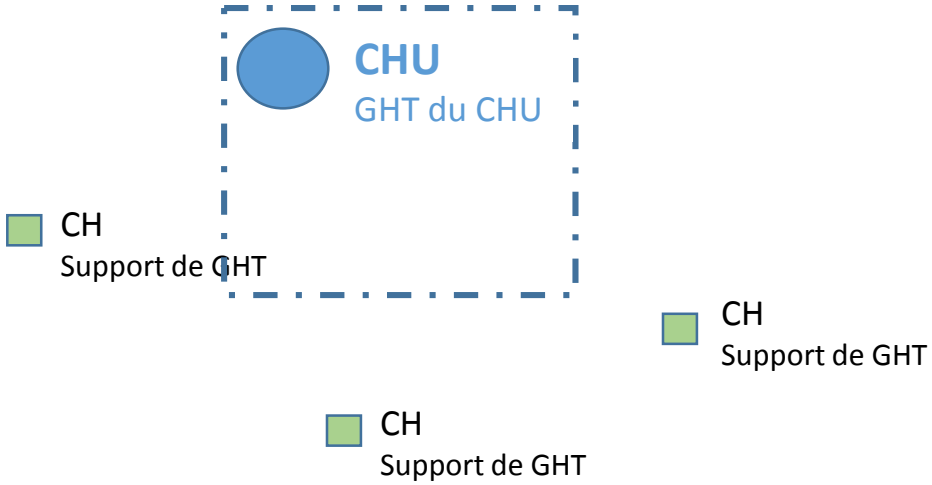
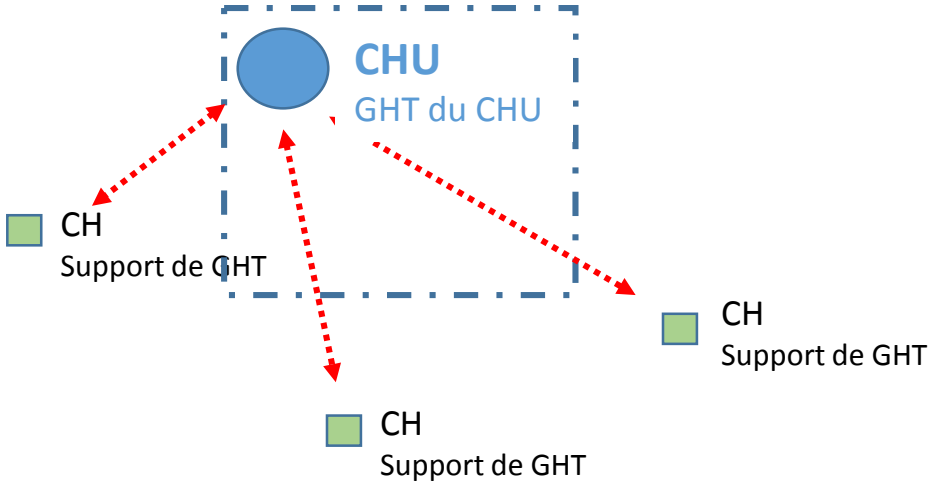
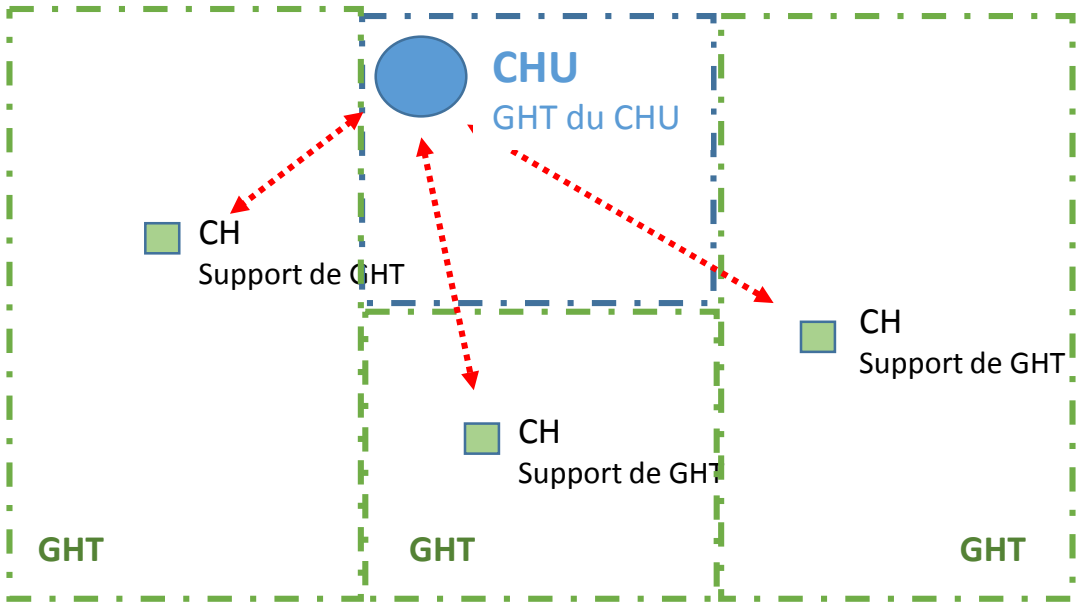


Schéma de la structuration en Réseau Hospitalo-Universitaire



Convention d'association CHU CH

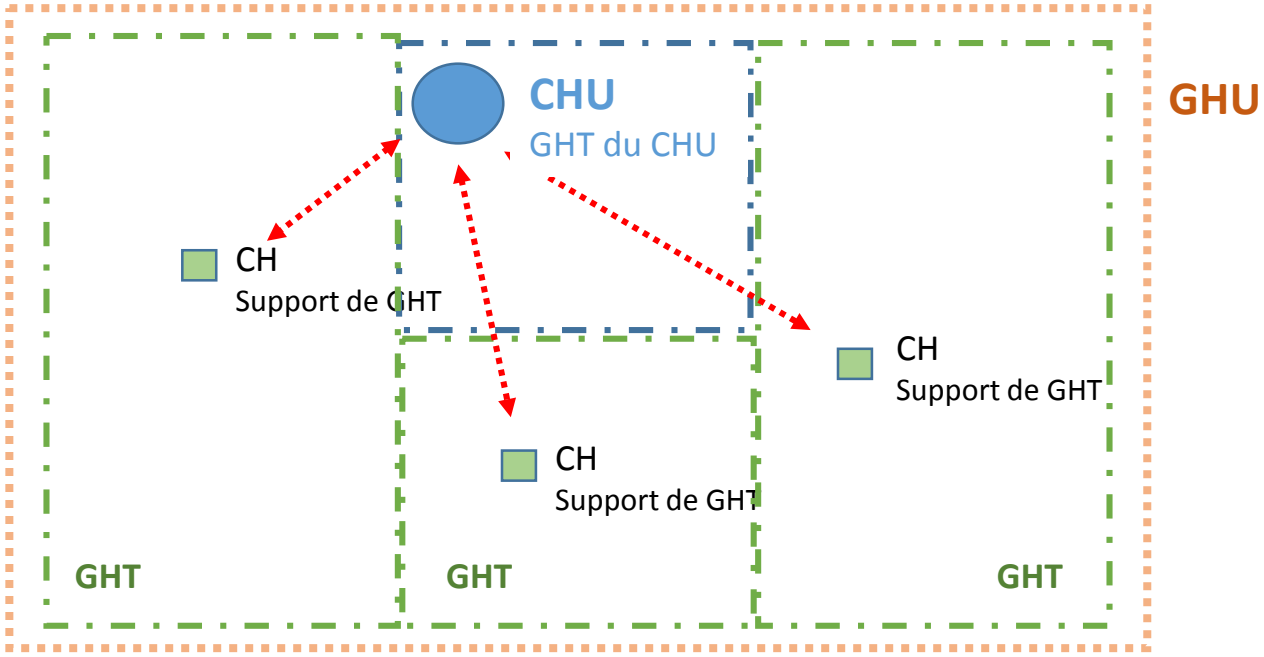
Schéma de la structuration en Réseau Hospitalo-Universitaire



Convention d'association CHU CH

GHT: Groupement Hospitalier de Territoire

Schéma de la structuration en Réseau Hospitalo-Universitaire



Convention d'association CHU CH

GHT: Groupement Hospitalier de Territoire

GHU: Groupement Hospitalier et Universitaire

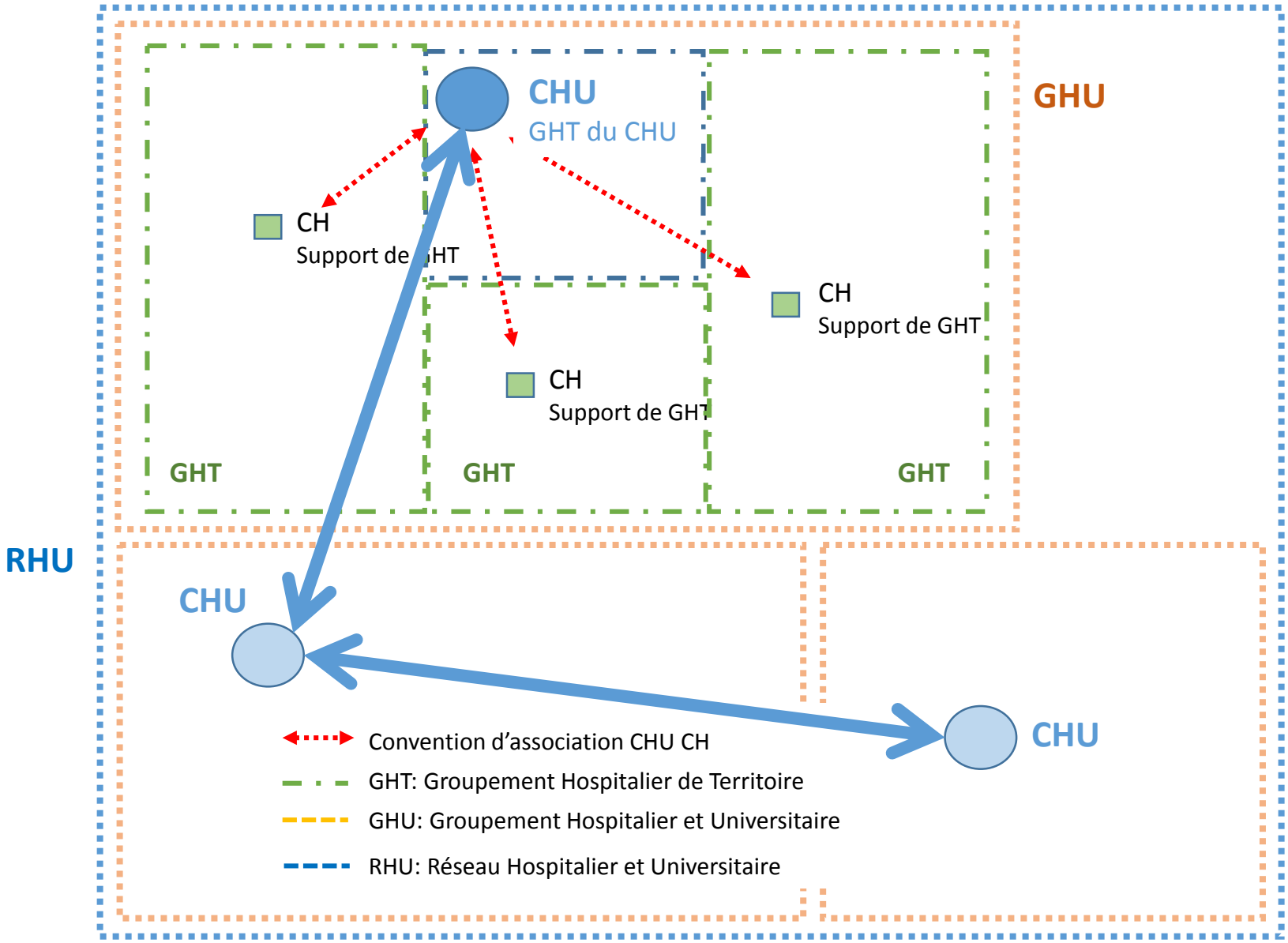



Schéma de la structuration en Réseau Hospitalo-Universitaire