

Organisation, place et financement de l'hospitalisation : quelles perspectives ?

12 avril 2012

Yann Bourgueil

IRDES (Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé) - www.irdes.fr

Équipe émergente PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PrEmiers Recours)
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Projets/Prospere/index.htm>

Contexte : quelques rappels

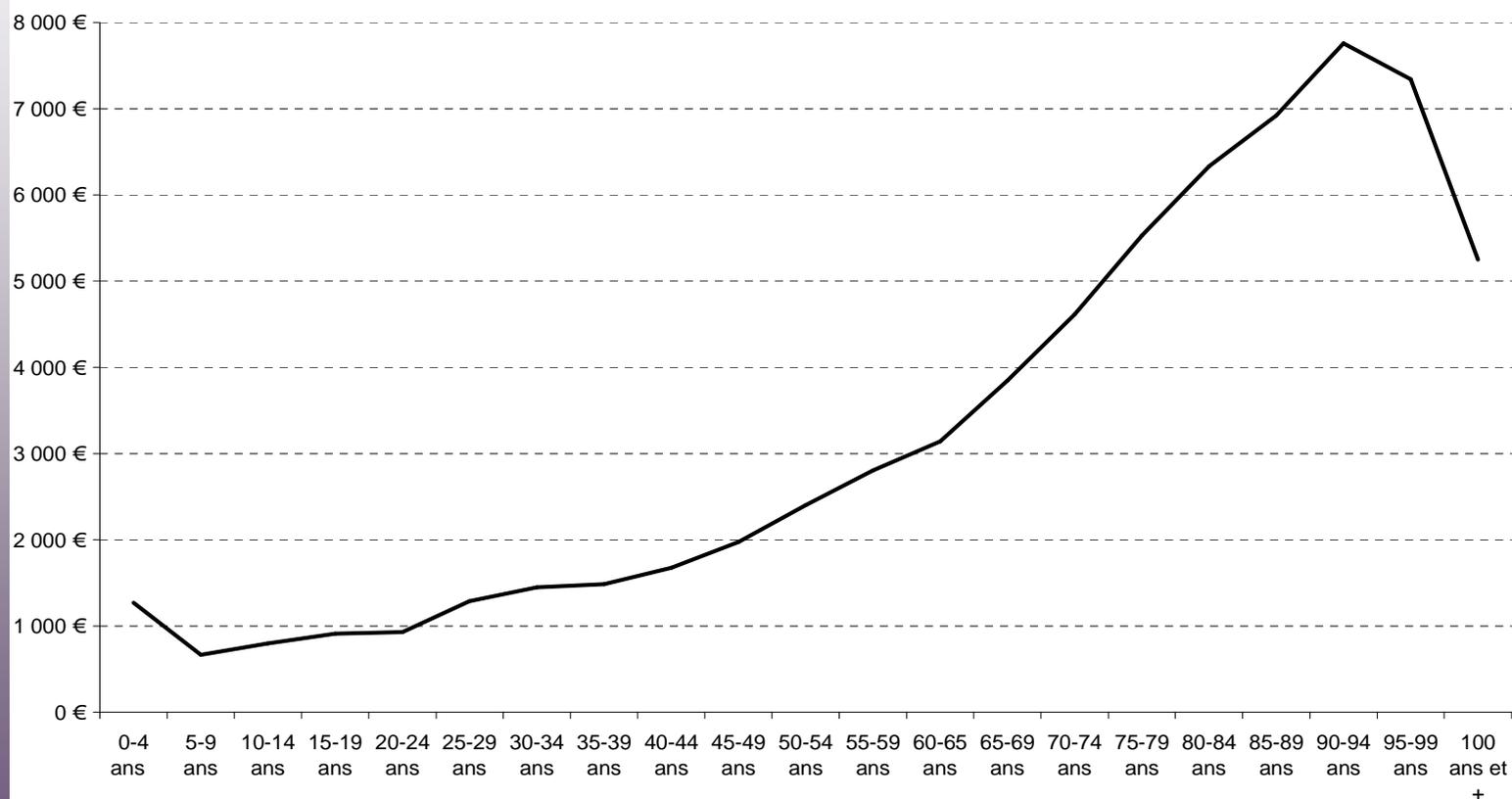
- Transition épidémiologique
- Évolution de la ressource humaine
- Spécialisation et progrès technique
- Maintien/renforcement des inégalités sociales de santé ?
- Contrainte budgétaire (ONDAM)

L'importance des maladies chroniques

- 30 affections longue durée (ALD) concernent 14,6% des assurés pour 62,3% du total des dépenses remboursées par l'AM (2008)
- Augmentation des ALD de 5,7%/an entre 1994 et 2004, de 3,5% entre 2005 et 2007 - 8,3 Millions de personnes en ALD en 2008 (source CNAM – TS 2009)
- Enjeu financier pour l'AM (prévalence et coût) : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, affections psychiatriques et le diabète : passer d'une situation administrative à un suivi organisé
- Des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé (liste d'actes remboursés, guide médecin, guide patient)
- l'éducation thérapeutique un financement contractuel global (source reco HAS mai 2006)
- Un élargissement aux autres maladies chroniques

Dépense croissante avec l'âge

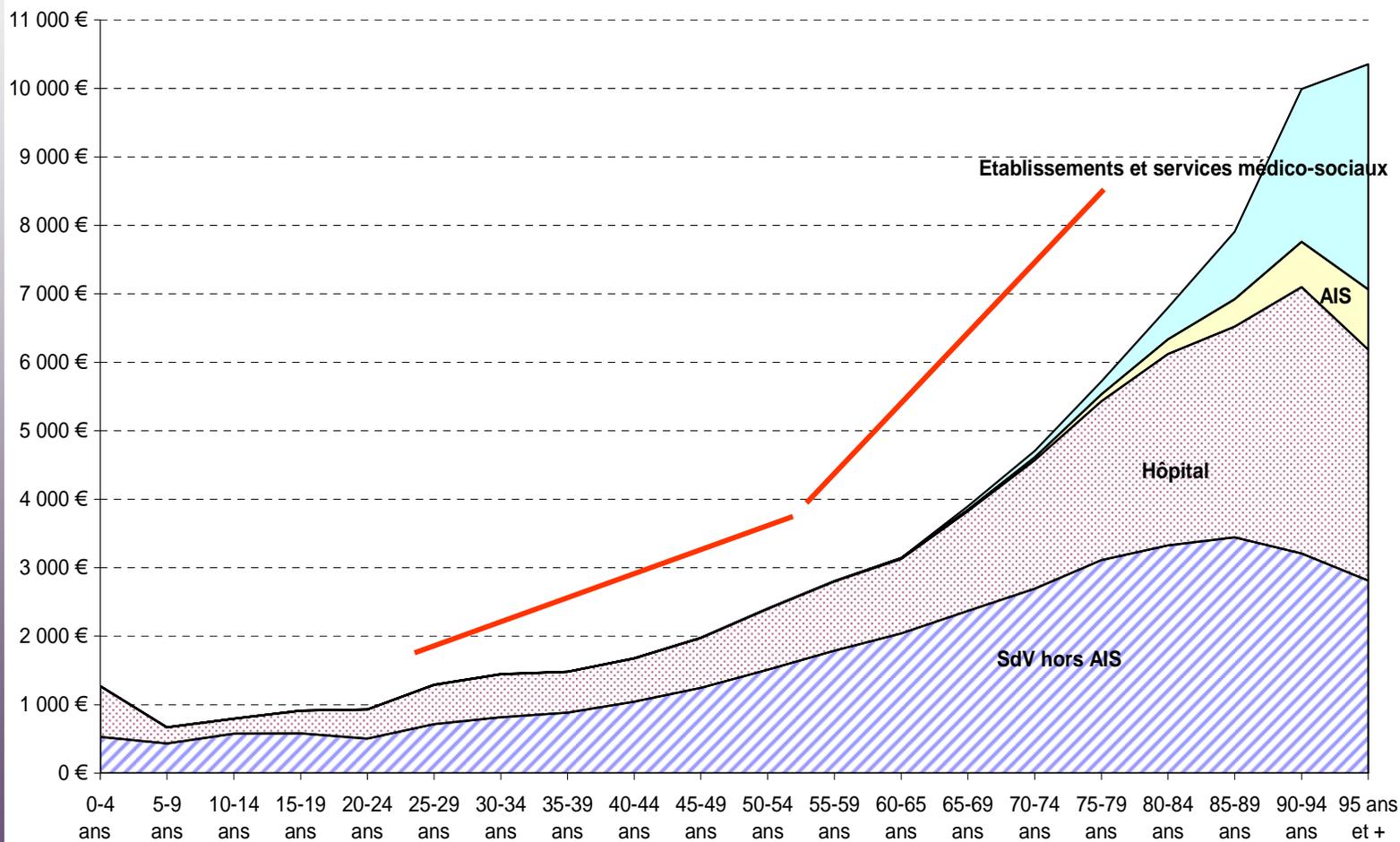
Dépense totale de soins par habitant et par classe d'âge en 2008



Source : note HCAAM personnes âgées avril 2010

Postes de dépenses variables selon l'âge

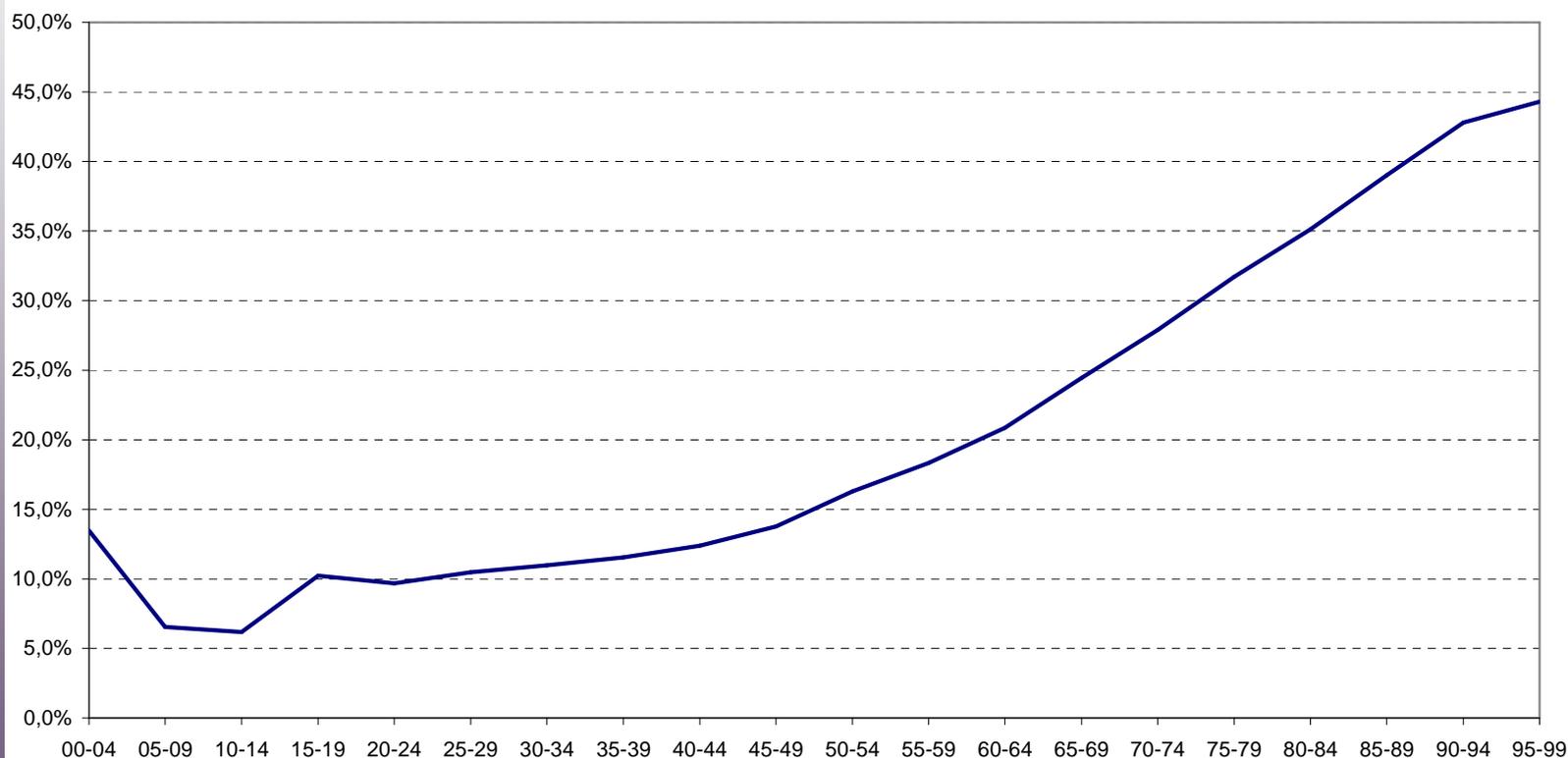
Dépenses médicales par habitant en 2008



Source : note HCAAM personnes âgées avril 2010

Recours hospitalier plus important avec l'âge et ...la polypathologie

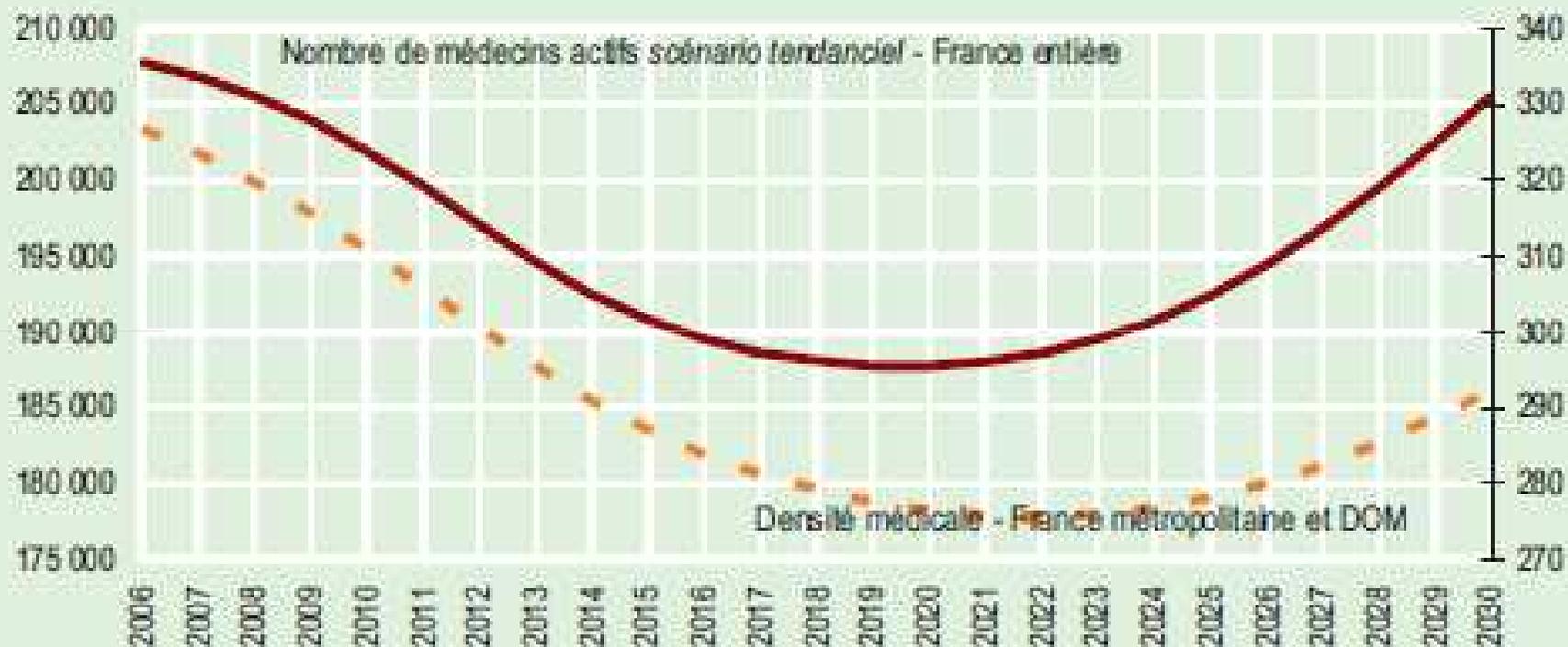
Taux d'hospitalisation en MCO, HAD et SSR (2008)
hors CMD 28, 14 et 15
Tous régimes



Source : note HCAAM personnes âgées avril 2010

UNE BAISSSE CERTAINE DE MEDECINS DANS LES 10 ANS ASSOCIEE A UNE AUGMENTATION DE LA POPULATION

Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario tendanciel



Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

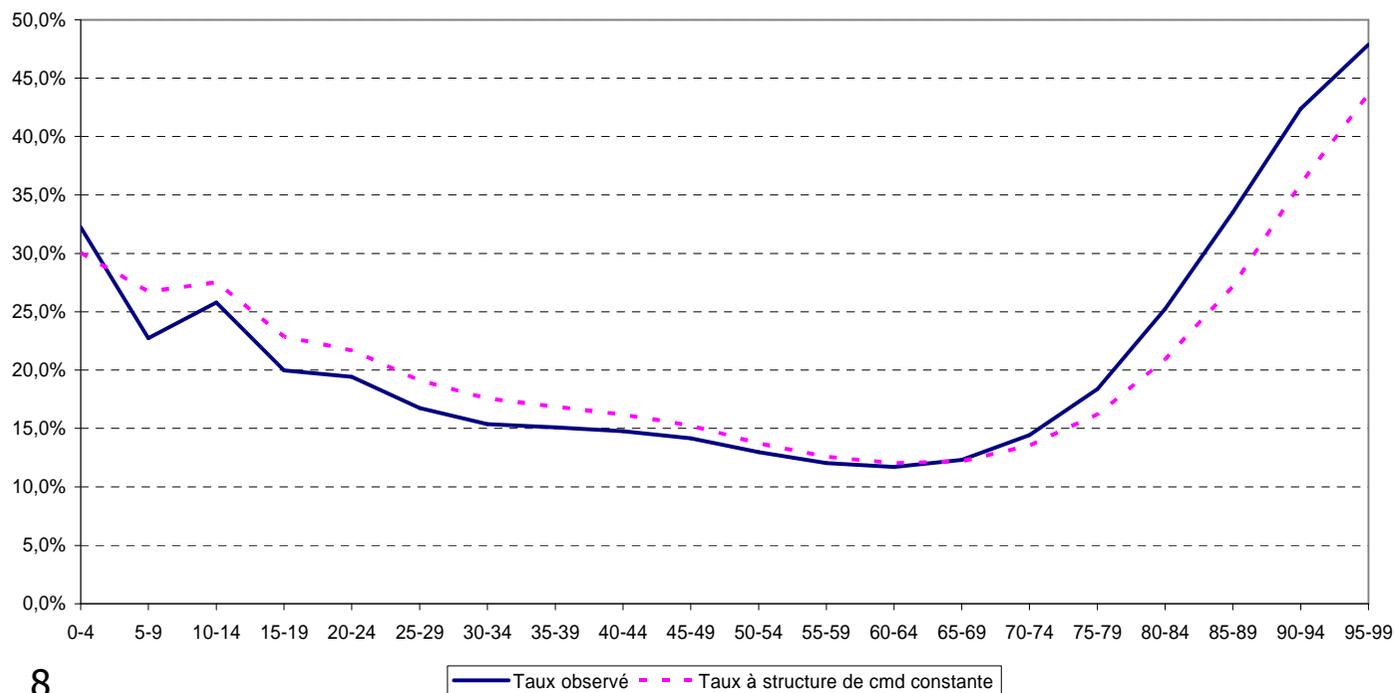
Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Source : Etudes et Résultats DREES n°679 – février 2009

Le passage par les urgences plus fréquent avec l'âge

Taux d'hospitalisation suite à une entrée par les urgences (hospitalisations non programmée)

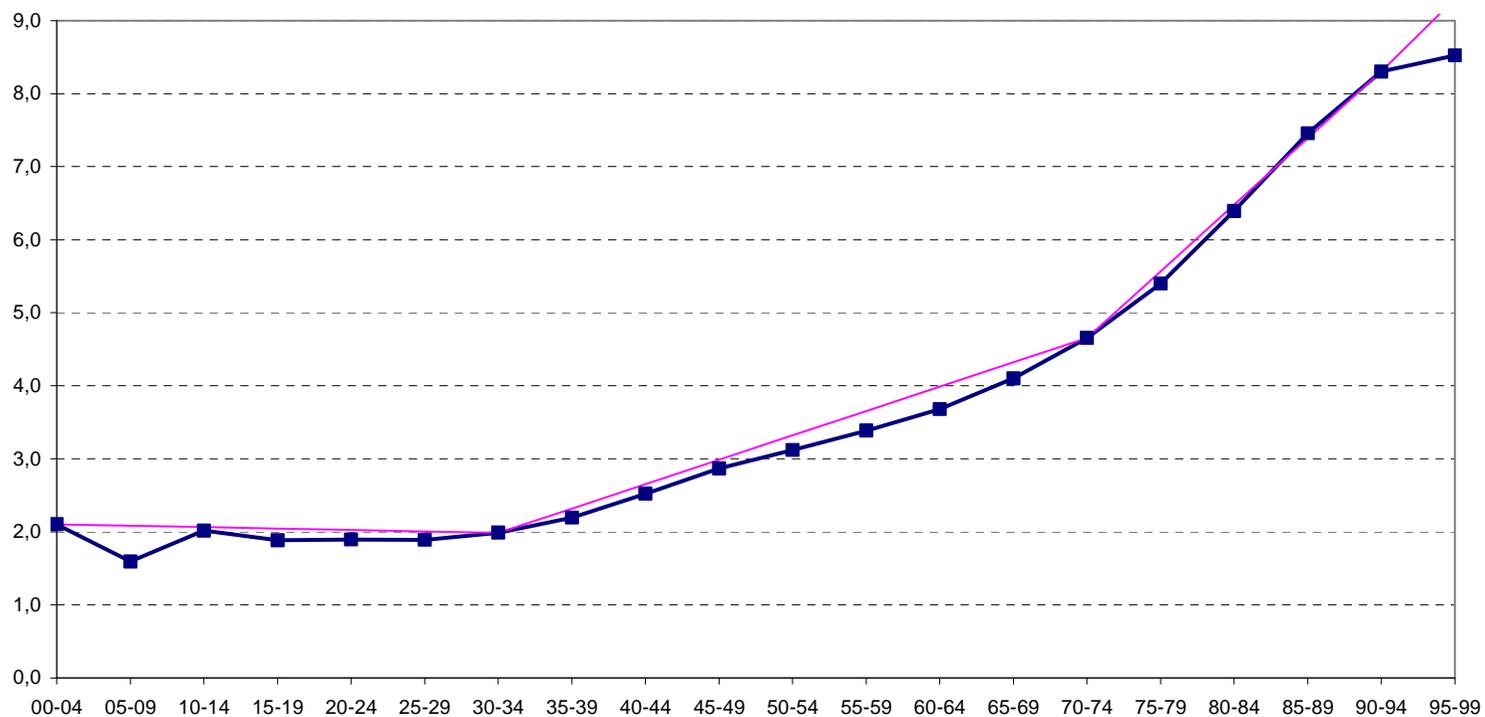
Part des séjours hospitaliers en MCO pour lesquels les patients sont arrivés par les urgences
 2008
 hors cmd 14, 15, 28
 Tous régimes



Hospitalisations plus longues

Durée moyenne de séjour par tranches d'âge en MCO

Durée moyenne de séjour en MCO (2008)
hors CMD 28, 14 et 15
Tous régimes



Source :
note
HCAAM
personnes
âgées
avril
2010

Causes structurelles ?

- Une augmentation légitime
- Mais aussi un décalage offre et besoins
 - Court séjour spécialisé curatif pour patients chronique poly-pathologiques
 - Réponses médicales pour situations médico-sociales
 - Tarification à l'acte et segmentée par acteurs
 - Hiérarchie symbolique : recherche, formation, prestige et rémunération pour la technique et la spécialité

Remèdes ?

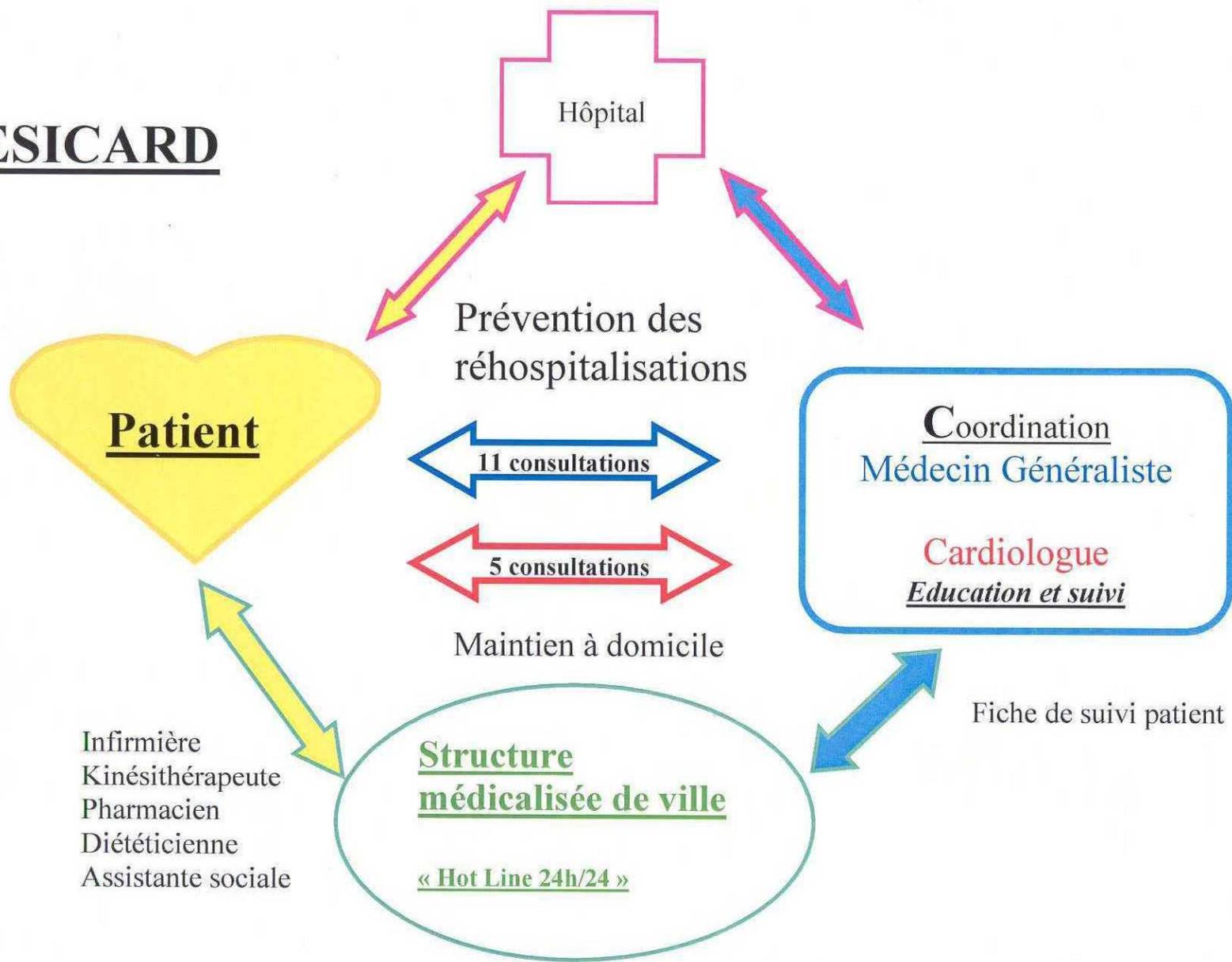
- Coordination et réseaux...spécialisés
- Le mirage de l'information...DMP ?
- Les fonctions/métiers de la coordination ? redéployer l'hôpital en ville ?
- Les tarifications ? La gouvernance ? Médecin traitant ?
- Reconnaître pour re-connaître ?

L'exemple d'un réseau de prise en charge des insuffisants cardiaques

- Améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques en augmentant leur autonomie (prévention secondaire) et en intensifiant leur suivi (poids, poussées IC)
- Ce qui se traduit par une meilleure observance (régime, traitements) et la maîtrise des hospitalisations (notamment urgentes)

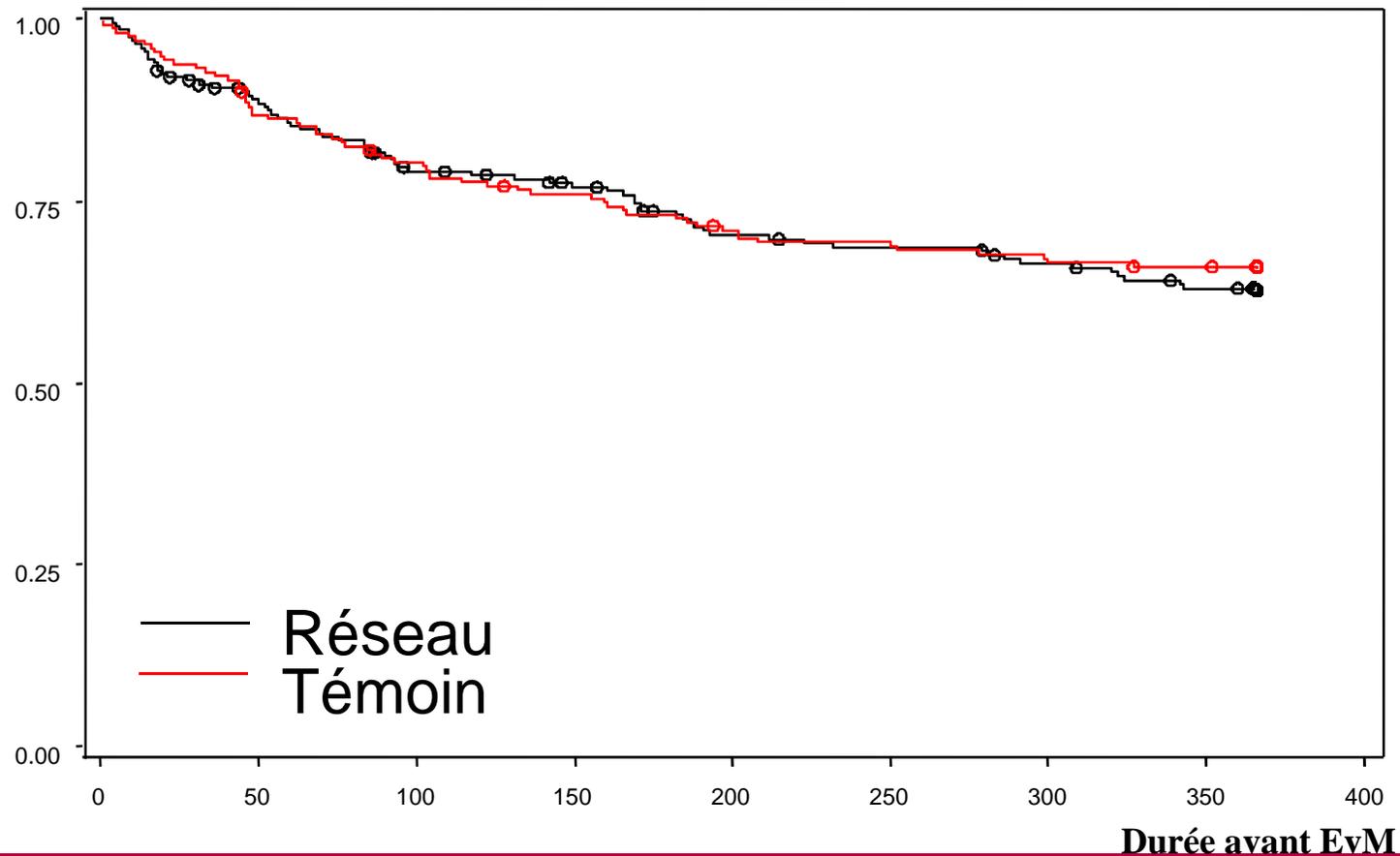
■ (RESICARD: East Paris network for the management of heart failure: Absence of effect on mortality and rehospitalization in patients with severe heart failure admitted following severe decompensation. Assyag P., [Renaud T.](#), Cohen-Solal A., Viaud M., Krys H., Bundalo A., Michel P.-L., Boukobza R., [Bourqueil Y.](#), Cohen A., Archives of Cardiovascular Diseases, vol 102, Issue 1, 2009/01, 29-41

RESICARD

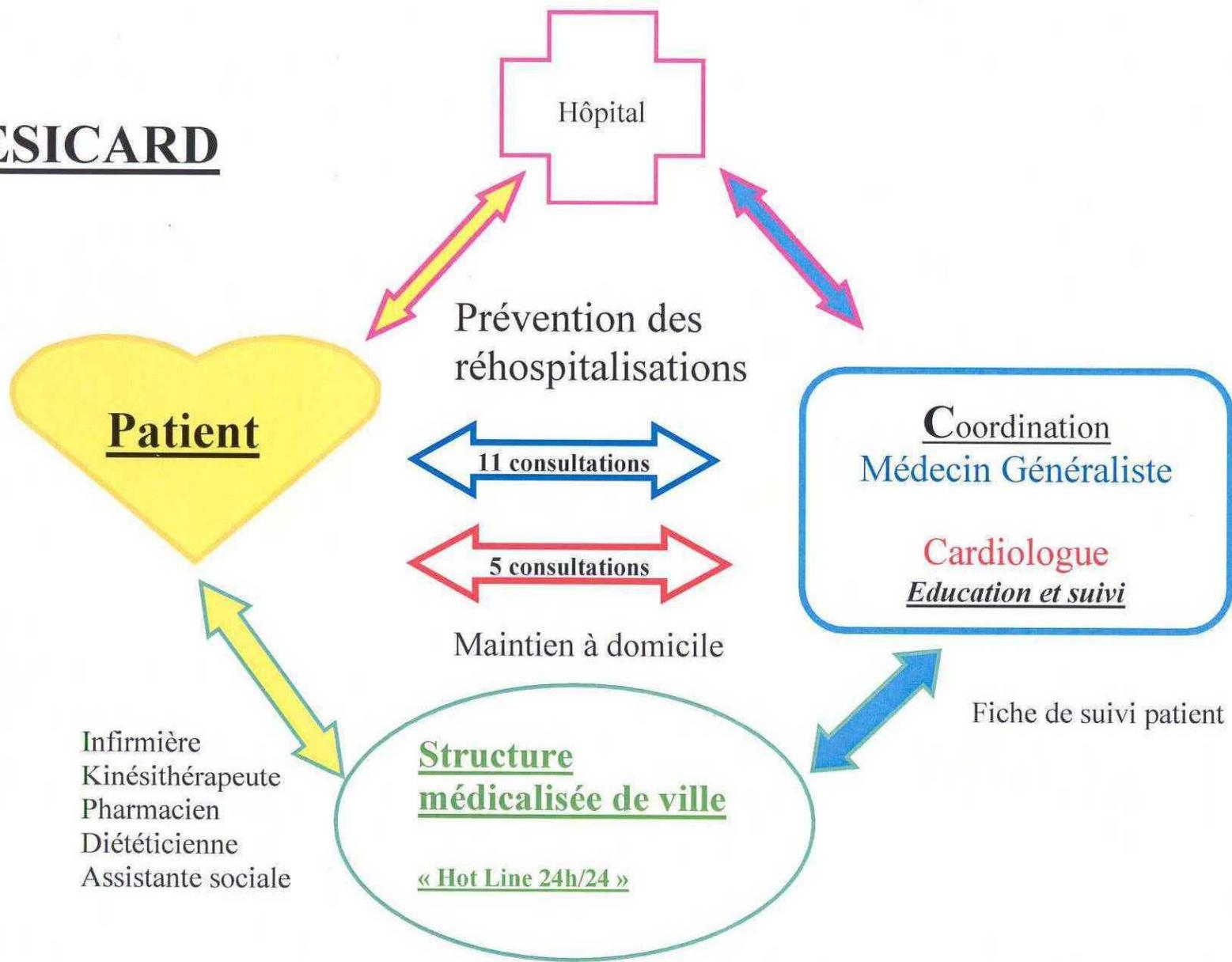


Aucune différence entre phases Témoin et Réseau

Pas d'effet global de Résicard (en phase expérimentale) sur l'amélioration de la morbi/mortalité des patients insuffisants cardiaques



RESICARD



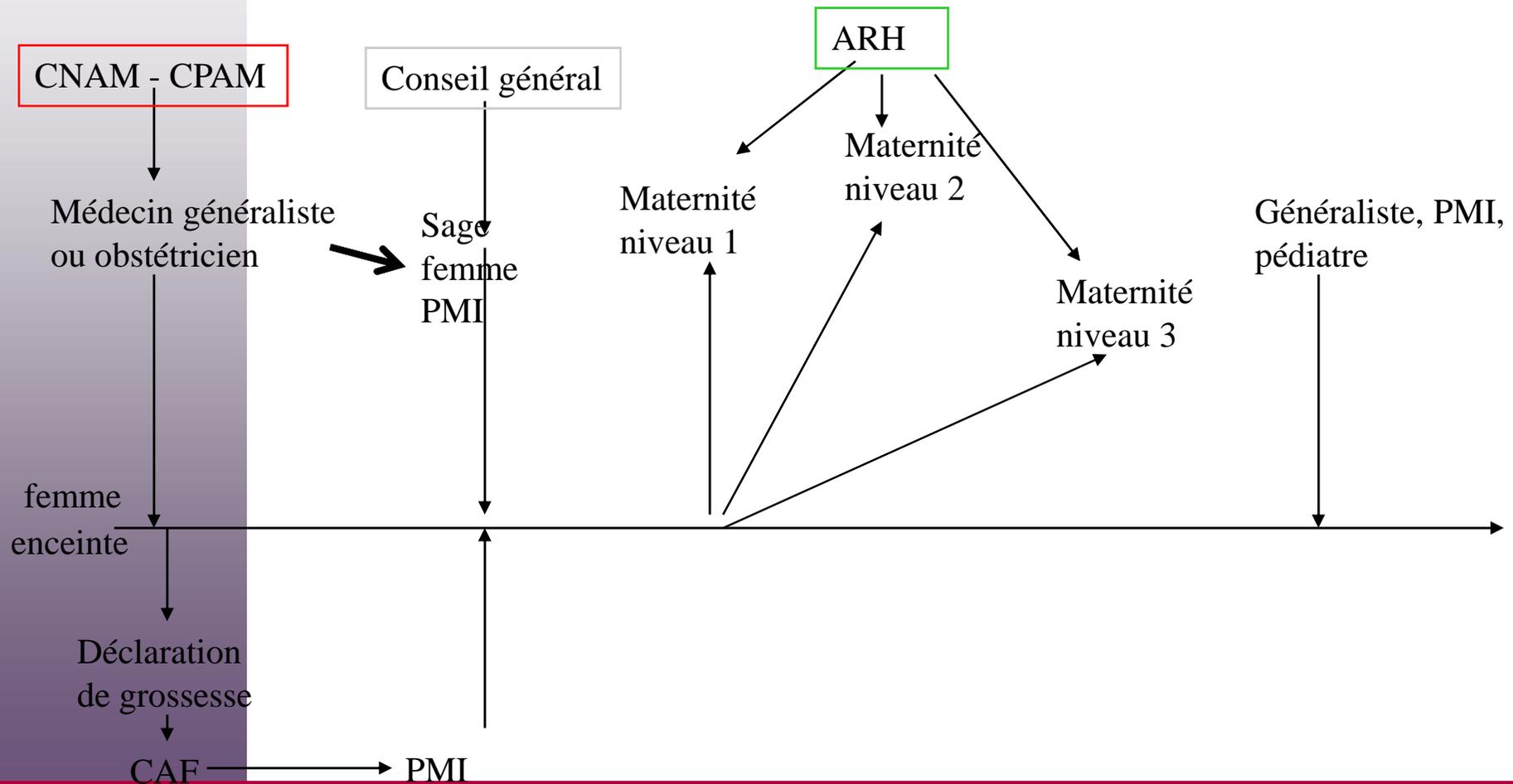
L'exemple du dépistage des situations à risques en périnatalité

- Gestion du haut risque médical : adaptation des lieux de naissance par transfert anténatal
 - A l'étranger : 80 à 90% de transfert antenatal pour les enfants à risques (petits poids et grand prématurés). En France en 1991 : seulement 16% (enquête Gain) des enfants à risques naissaient dans des lieux adaptés

- L'amélioration des résultats de santé à la naissance passe
 - par un repérage et une gestion précoce des situations à risques (sociaux et médicaux), une orientation adaptée au risque présenté, la mise en place d'actions préventives (soins au domicile, repos....)
 - ce qui suppose coordination entre les professionnels et les institutions

Ceci passe principalement par un changement de cultures et de pratiques autant que des structures !

Prévention secondaire : l'exemple du dépistage des situations à risques en périnatalité(2)



L'exemple des personnes âgées aux urgences hospitalières

- Augmenter les capacités d'accueil à l'hôpital (ARH)?
- Anticiper la crise avec des dispositifs de maintien au domicile (SSIAD, CLIC, libéraux) et/ou gérer la crise au domicile avec des équipes d'urgences de soins au domicile 24h/24H (AM, conseil général)?
- Favoriser le retour rapide? Quelle articulation hôpital ville?(SSIAD, CLIC, libéraux)

L'organisation des soins : de quoi parle-t-on ?

- La coordination des soins se fait par la standardisation des qualifications et l'ajustement mutuel (Mintzberg)
 - Processus de formation
 - Niveau élevé de qualification
 - Autonomie professionnelle
- Vers la standardisation des procédures (EBM – HAS)
- Vers la standardisation des résultats (P4P – CAPI)

Comment modifier les organisations de soins ?

- D'abord une évolution des représentations et des pratiques
- Des acteurs de soins incontournables
- Gestion de projets en système ouvert
- Résolution de problèmes, partir de la non qualité ou des problèmes de santé
- Le système d'info en support et secondaire

La ressource humaine principal levier

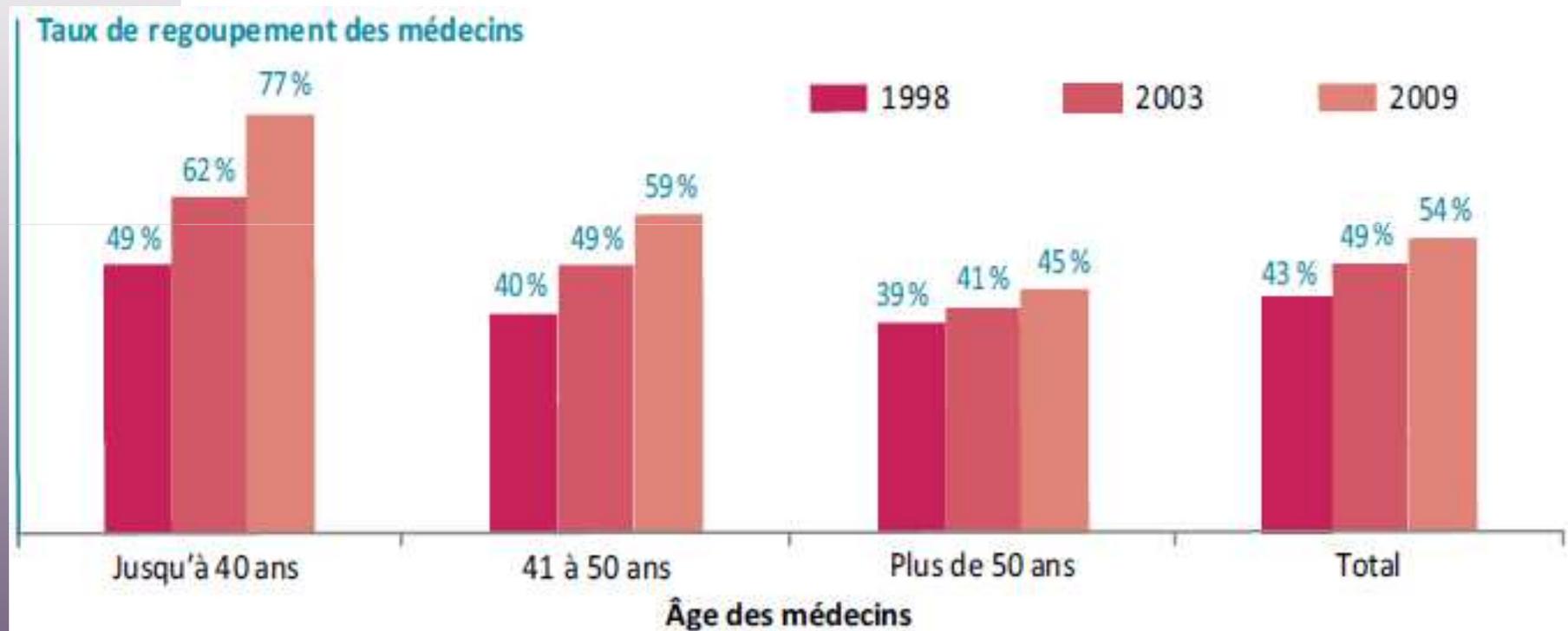
- Baisse programmée du nombre de médecins
- Evolutions sociales et démographiques
- Espaces ouverts pour travailler les changements
 - Exercice en équipe : partenaires
 - Evolution des rôles et des modes de paiements possible : fonctions de coordinations et nouveaux rôles

L'organisation des soins ambulatoires : une voie pour adapter les prises en charges aux besoins des patients

- Approche populationnelle (médecin traitant)
- Proximité et accès
- Continuité relationnelle avec les patients
- Mais
 - Cadre libéral (charte 1927) et morcellement du champ
 - Domination de la technique et de la spécialité (héritage réforme Debré)
 - Cadres de pratique inadaptés (solo, paiement à l'acte,
 - Déficit de reconnaissance des savoirs et pratiques (EBM et poly-pathologie...)

Le regroupement des MG en France, une illustration des préférences des jeunes généralistes

Une croissance > 10 pts. en 10 ans, très marquée chez les jeunes...
 mais une taille qui reste modeste (3 PS) et un phénomène principalement monodisciplinaire



Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.
 Exploitation : Irdes.

Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé Irdes n° 157. 2010/09.

Connaître et re-connaître

- Production et transmission de savoirs
 - Cadre et outils de production des pratiques – Recherche sur les pratiques cliniques ambulatoires et hospitalières : nommer, classer, documenter, évaluer...
 - Transmettre : des maîtres et des lieux pour former (SUMGA ?)
 - Un enjeu de reconnaissance symbolique académique et financier (ENMR – MSP – Poles – Centres de santé)
 - Cadre conceptuel et opérationnel de la performance : équité pour une population sur un territoire : accès et résultat à terme – soins primaires et santé publique ?

Conditions du partenariat ville- Hôpital - médicosocial

- Instance de pilotage : lieux d'échanges et de rencontre
- Incitations économiques à coopérer ou à intégrer – financement épisode ?
- Gestion par projet, analyses de cas, mobilisation du concept de trajectoire, parcours...