



DU Oncogériatrie – Session 2008/2009

UPCOG - Université de Nantes

Efficiencce des organisations et système de soins

Pierre Lombrail
Santé Publique

Efficiencia de organizaciones y sistema de cuidados : los desafíos sociales

- **Una situación sanitaria contrastada**
 - OMS 2000 : el « mejor sistema de salud del mundo » pero ... ni el más equitativo, ni el más atento a las necesidades de las personas
 - Alto Comité (consejo desde) de la Salud Pública :
 - 1994 : mortalidad prematura evitable ; déficit de prevención
 - 2002 : Dificil toma en cuenta de las prioridades de salud y de sus determinantes ; Participación insuficiente de los enfermos y de la colectividad ; Organización complicada del sistema de salud
- **Los gastos de la enfermedad deficitarios**
 - Un déficit de financiación ante todo
 - Pero ganancias de « productividad » posibles
- **Necesidad de :**
 - Reorientar el funcionamiento del sistema de salud : *plus d'équité et de prévention*
 - Dominar financiación, oferta y demanda de cuidados : *plus d'efficacité*

La préoccupation d'efficacité : l'affectation des ressources dans le système de santé (HCSP, 2002)

« A priori, la meilleure affectation des ressources est celle qui conduirait au meilleur état de santé pour un coût minimum (...) »

Une démarche satisfaisante consisterait à évaluer les besoins de soins, à déterminer des priorités et à se baser sur la relation entre besoins de soins et services nécessaires à leur satisfaction. »

Mais

« Le concept de besoin de soins est (...) théorique et mouvant »

« Les moyens de satisfaire les besoins donnés sont variables dans le temps et dans l'espace. »

→ *La politique de santé agit de manière incrémentale et nos organisations progressent lentement par accoups*

Un déficit de l'assurance maladie qui appelle des actions de maîtrise (médicalisée et/ou comptable) de l'accroissement des dépenses de santé

- Rétablir l'équilibre des comptes de la branche assurance maladie de la sécurité sociale :
 - Maîtriser le rythme d'accroissement des dépenses en agissant sur l'offre et/ou la demande
 - Augmenter les recettes par une augmentation des cotisations sociales et/ou le recours à l'impôt
- Réorienter le fonctionnement du système de santé selon les besoins de la santé publique

Il y a débat sur le niveau des **recettes**

- Beaucoup pensent qu'augmenter les recettes pénaliserait l'activité économique
 - Même si certains pensent que les bénéfices compenseraient les coûts
- L'essentiel des efforts porte sur la maîtrise des dépenses

Maîtriser l'accroissement des dépenses

MODÉRER LA DEMANDE

- **Participation directe des consommateurs** à l'achat des biens et services :
 - Ticket modérateur, forfait journalier
 - Pénalise les plus modestes, effet indiscriminé
- **Accès gradué au système de soins** :
 - Le médecin de premier recours décide de l'accès aux soins spécialisés
- **Prévention, promotion de la santé**
 - Consommation « responsable »
 - Maîtrise de son capital santé

Maîtriser l'accroissement des dépenses

AGIR SUR L'OFFRE

- **Limiter la taille de « l'appareil de production »**
 - Contrôler la démographie professionnelle
 - Contrôler le volume des équipements (SROS)
 - Évaluer les technologies nouvelles
- **Maîtriser les coûts**
 - Plafonnement des dépenses : « **maîtrise comptable** » (Objectif National de Dépenses de l'Assurance M^{ie})
 - Recherche d'efficience (recommandations de pratique cliniques et évaluation ; « réseaux de santé » : « **maîtrise médicalisée** »)

Efficiencia de organizaciones y sistema de cuidados : las reformas.

Después de las Ordenanzas ditas « Juppé » de 1996

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,

Ordenanzas de 2003 (Plan Hôpital 2007),

Lois de 2004 relatives à la santé publique (9 août) et à l'assurance maladie (13 août),

Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,

Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 (et le décret 2005-421 du 4 mai) simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Lois de financement de la sécurité sociale

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à l'amélioration du système de santé

- **Droits des malades**
 - Accès direct au dossier médical
 - Indemnisation de l'aléa thérapeutique
 - Etc
- **Amélioration du système de santé**
 - Participation des (associations d') usagers
 - Réseaux de santé
 - Etc

2003 : Plan hôpital 2007

- Relance de l'investissement
- **Tarification à l'activité** (« T2A »)
 - Recettes des établissements de santé progressivement proportionnelles à la nature de leur activité (tarifs par Groupes Homogènes de Séjours)
- Simplification de la planification
 - Carte sanitaire → SROS
 - Objectifs quantifiés par activités de soin et par « territoire de santé »
- Facilitation du rapprochement entre structures publiques et privées (GCS)
- Mission d'expertise et d'audit hospitalier

Loi relative à la politique de santé publique (9 août 2004)

- L'état définit une politique de santé publique révisable tous les 5 ans
- Après avis du Haut Conseil de la Santé Publique et de la Conférence Nationale de Santé
- L'annexe de la loi fixe 100 objectifs pour :
 - Réduire la mortalité et la morbidité évitables
 - Diminuer les disparités régionales et sociales de santé

Principes de la politique de santé publique

Loi relative à la politique de SP (9 août 2004)

La définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques s'appuient sur 9 principes :

- Connaissance et précaution
- Réduction des inégalités
- Parité et protection de la jeunesse
- Précocité et prévention
- Efficacité économique
- Intersectorialité
- Concertation
- Evaluation

Actions programmées au niveau national

- 5 plans stratégiques pluriannuels prévus par la loi : cancer, violence, environnement, qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, maladies rares
- Programmes de santé prévus par arrêtés des ministres de la santé et de la sécurité sociale (ACBUS pour la participation des libéraux)
- Autres plans et programmes nationaux : maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme, sida, hépatites, santé des jeunes, etc

Plan national de lutte contre le cancer (2003-2007)

- 70 mesures selon les axes suivants :
 - Renforcement des actions de prévention
 - Amélioration de l'organisation des dépistages
 - Amélioration de la qualité des soins
 - Amélioration de la formation des professionnels de santé
 - Amélioration de la prise en charge sociale
 - Recherche
 - Création de l'Institut National du Cancer, chargé de coordonner l'ensemble des actions de lutte contre leK

Plan régional de santé publique

- Ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région,
- arrêté par le préfet après avis de la *Conférence Régionale de Santé*,
- mis en œuvre par le *Groupement Régional de Santé Publique*

Plan régional de santé publique

Loi relative à la politique de santé publique (9 août 2004)

Le Plan Régional de Santé Publique « comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un PRAPS, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ; il tient compte du droit pour les personnes détenues [...] d'accéder aux dispositifs mis en œuvre.

La majorité des actions du plan régional de santé publique est réalisé au niveau local. Les modalités de relation avec les niveaux départementaux, intercommunaux et communaux [...] sont décrites dans le plan ainsi que les populations et **territoires** prioritaires. »

PRSP des Pays de la Loire (1)

3 grands objectifs stratégiques

- Garantir un égal accès aux dispositifs de prévention et de soins de qualité
- Développer la prévention primaire et secondaire et l'éducation pour la santé, tout en veillant à l'articulation avec les soins
- Améliorer la qualité de vie de tous les Ligériens et notamment des patients et de leur entourage

PRSP des Pays de la Loire (2)

« Objectifs opérationnels »

- Développer l'observation de la santé et de ses déterminants
- Développer l'information et l'éducation pour la santé
- Favoriser la coordination des institutions et des acteurs du sanitaire, du médico-social, du social et de la prévention
- Favoriser la déclinaison territoriale de l'ensemble des programmes

Loi du 13 août 2004

Relative à l'assurance maladie

« Soigner mieux en dépensant mieux »

- Titre I : l'organisation des soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
- Titre II : dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie
- Titre III : dispositions relatives au financement de l'assurance maladie

Loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004

- Dossier médical personnel
- Médecin traitant
- Politique du médicament (génériques, ...)
- Lutte contre les abus et les gaspillages
- Contribution de 1 euro (à la charge du patient pour tout acte médical)
- Complémentaire santé
- *Création d'une Haute Autorité en Santé*

Loi du 13 août 2004

Missions de la Haute Autorité de Santé

- Évaluer et hiérarchiser le service rendu ou attendu des actes, prestations ou produits de santé
- Élaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge dans le cadre du traitement de certaines pathologies dont les affections de longue durée
- Contribuer par son expertise au bien fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement
- Veiller à la diffusion de référentiels de bonne pratique médicale et de bon usage des soins auprès des professionnels de santé et à l'information du public

Loi du 13 août 2004

Titre I : l'organisation des soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

- **Coordination des soins**
Dossier médical Personnel, Médecin traitant, ...
- **Qualité des soins**
Évaluation des pratiques professionnelles, obligation de FMC, ...
- *Recours aux soins*
Forfait de 1 Euro, contrôle renforcé des arrêts maladie, etc
- *Médicament*
Élargissement de la définition du médicament générique, logiciels d'aide à la prescription, etc

Loi du 13 août 2004

Titre II : dispositions relatives à l'organisation de l'A.M.

- Création d'une **Haute Autorité de Santé** chargée d'une évaluation objective et indépendante de l'utilité médicale (en sus des anciennes missions de l'ANAES)
- Objectifs de dépenses et de recettes
- *Compétences des organismes d'assurance maladie en matière de remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables*
- *Dispositif conventionnel*
- *Organisation de l'assurance maladie (UNCAM, etc)*
- *Organisation régionale (Missions régionales de santé ; possibilité de créer et expérimenter une ARS)*

Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

- « Nouvelle gouvernance »
- « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. »

Loi « HPST » du 21 juillet 2009

Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- Modernisation des établissements de santé
- **Accès de tous à des soins de qualité**
 - Médecin généraliste de 1er recours
 - Coopération entre professionnels de santé
 - Art 54 : « un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne
 - Développement professionnel continu
- Prévention et santé publique
- Organisation territoriale du système de santé
 - Création des agences régionales de santé
 - Établissements et services médico-sociaux

Loi du 21 juillet 2009 « HPST »

Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

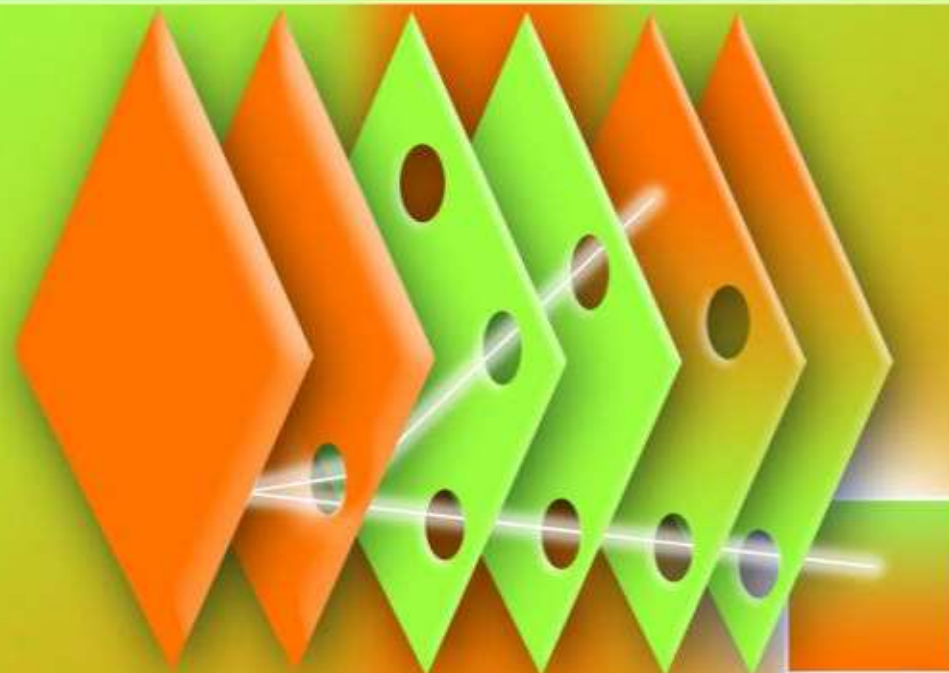
- Titre III : Prévention et santé publique
 - Prévention de l'obésité et du surpoids, etc...
 - **Éducation thérapeutique du patient :**
 - « *L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et médicaments afférents à sa maladie.* »

Efficiencia de organizaciones : el ejemplo de la iatrogenia

Las enseñanzas de ENÉIS



27 juin 2005, Agen



Colloque organisé par
la Direction de la Recherche,
des Études, de l'Évaluation
et des Statistiques
en liaison avec
la Direction de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Événements indésirables liés aux soins en établissements de santé Résultats de l'enquête nationale



Objectifs

- Estimer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) observés en milieu hospitalier
 - EIG causes d'hospitalisation
 - EIG identifiés pendant l'hospitalisation
- En estimer la part évitable
- Analyser les causes latentes et les facteurs contributifs

Définitions

- Événement indésirable lié aux soins
 - Diagnostic, thérapeutique, prévention, réhabilitation
- Grave (EIG)
 - Tous les EIG causes d'hospitalisation
 - Certains EIG identifiés pendant le séjour hospitalier
 - Décès, menace vitale, incapacité
 - Prolongation (≥ 1 jour)
- Évitable
 - Ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante

Exemples

- Hémorragies consécutives à la prescription d'anticoagulants
- Infection liée à un dispositif invasif
- Infarctus aigu du myocarde dans les suites d'une angioplastie
- Troubles de la conscience sous morphine en soins palliatifs

Échantillon

strates	Établissements de santé	
	Nombre	Taux de participation
Sites de CHU	25	96,2
Chirurgie DG	17	89,5
Médecine DG	11	73,3
Chirurgie OQN	6	28,6
Médecine OQN	12	33,3
Total	71	60,7

8 754 patients

35 234 jours

450 EIG

- Strates sous DG : 1600 à 2000 patients
6200 à 7600 jours
- Strates sous OQN : 700 à 1200 patients
3000 à 4200 jours

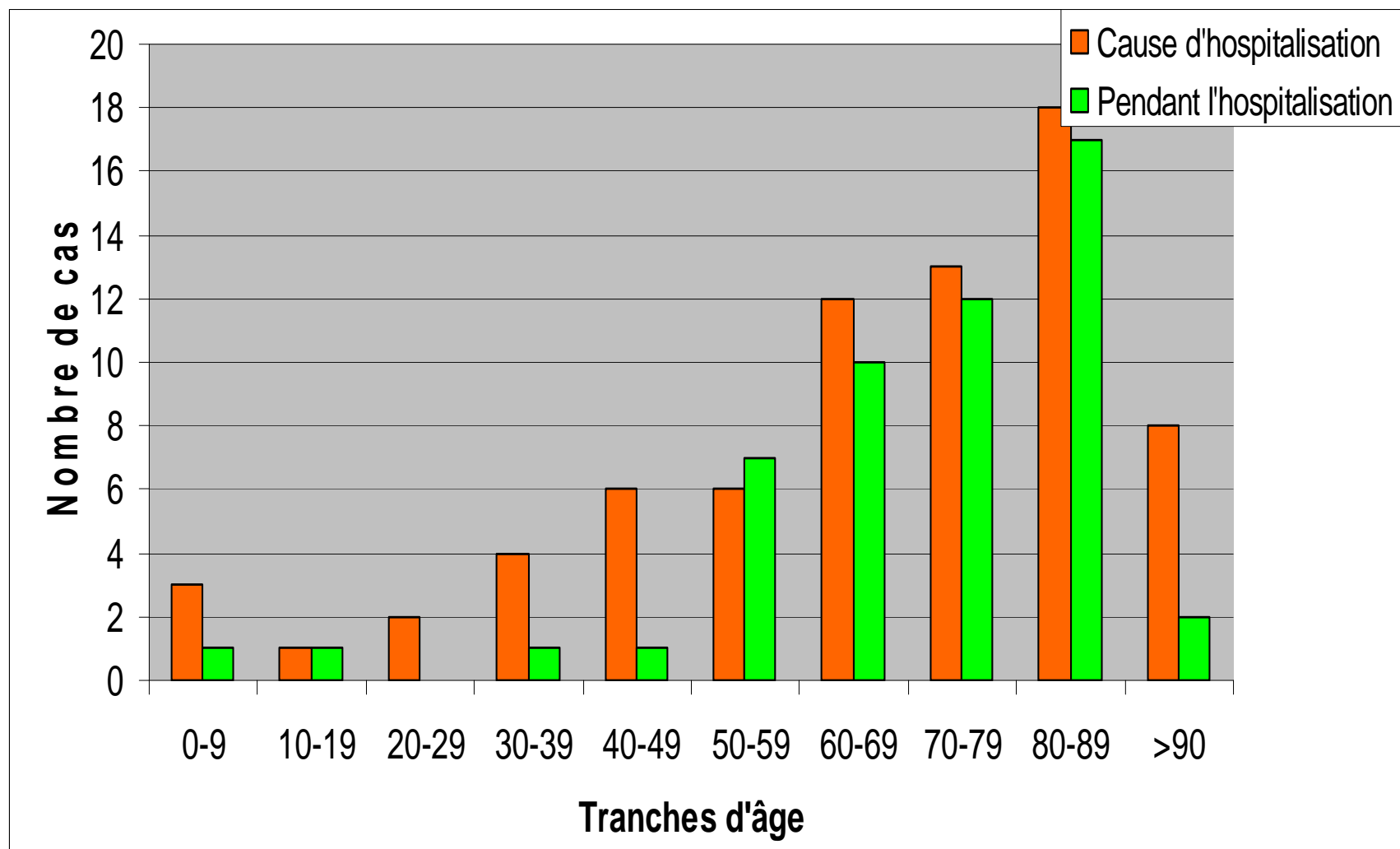
Concerne la plupart des établissements et leurs unités

- 203 EIG en médecine et 247 en chirurgie
- 45,5% présents à l'admission et 54,5% identifiés pendant le séjour
- Pendant le suivi de 7 jours par unité, au moins un EIG dans
 - 66% des unités de chirurgie
 - 58% des unités de médecine

Points marquants sur les EIG évitables

- Entre 120 000 et 190 000 EIG évitables / an surviennent pendant l'hospitalisation
- Les **personnes âgées** sont **plus souvent touchées**
- 3 grands mécanismes ou exposition
 - Interventions chirurgicales
 - Médicaments
 - Psychotropes chez les personnes âgées
 - Prévention du risque thrombo-embolique
 - Infections liées aux soins
- 85% des EIG analysés : présence de **causes latentes**

ENEIS / EIG Répartition en fonction de l'âge



ENEIS /EIG Répartition en fonction de l'âge

	Proportion des admissions		Densité d'incidence	
	Nb	% [IC à 95%]	Nb	‰[IC à 95%]
< 16 ans	4	0,79 [0 ; 1,64]	1	0,14 [0 ; 0,41]
16 – 65	23	0,92 [0,50 ; 1,34]	13	0,83 [0,33 ; 1,33]
> 65 ans	45	2,30 [1,52 ; 3,09]	38	1,83 [1,16 ; 2,50]

ENEIS / EIG Répartition en fonction de la classe thérapeutique et de l'âge

Principales classes pharmacologiques

	Moins de 16 ans (4%)	16 ans à 64 ans (25%)	Plus de 64 ans(70%)
- Anticoagulants	-	4,8 %	23 %
- Méd. cardio-vasc	-	2,4 %	12 %
- Anti-infectieux	-	4 %	4,8 %
- Anti-inflammatoires	-	1,6 %	5,6 %
- Cytostatiques	0,8 %	2,4 %	4 %
- Antalgiques	-	1,6 %	4,8 %
- Psychotropes	-	2,4 %	2,4 %
- Ttt neuro	1,6 %	0,8 %	-

....

ENEIS / Cas particulier des anticoagulants

33,6 % (42 cas) par rapport au nb total EIG

	Moins de 16 ans	16 ans à 64 ans	Plus de 64 ans
Liés aux médicaments			
- AVK	-	1	10 (24%)
- Héparines	-	2	8 (19%)
Liés à la pratique			
- Traitement inadapté	-	3	10 (24%)
- AVK	-	2	6
- Héparines	-	1	3
- Non précisé	-	-	1
- Absence de traitement	-	1	7

ENEIS / Cas particulier des anticoagulants

Répartition des EIG liés à un anticoagulant en fonction de l'âge



Différentes causes

- **Causes immédiates**
 - Erreurs dont on pense qu'elles ont directement provoqué l'EIG
- **Causes et facteurs contributifs latents**
 - Jouent un rôle prépondérant dans la survenue des erreurs
 - Exemples de facteurs le plus souvent cités
 - Surcharge de travail,
 - Problèmes de communication, notamment lors des relais
 - Absence ou insuffisance de supervision, de formation,
 - Absence ou insuffisance de règles écrites, insuffisance de diffusion de l'information,
 - État psychologique des acteurs des soins (fatigue, ennui..), l'environnement stressant

Causes latentes les plus fréquentes

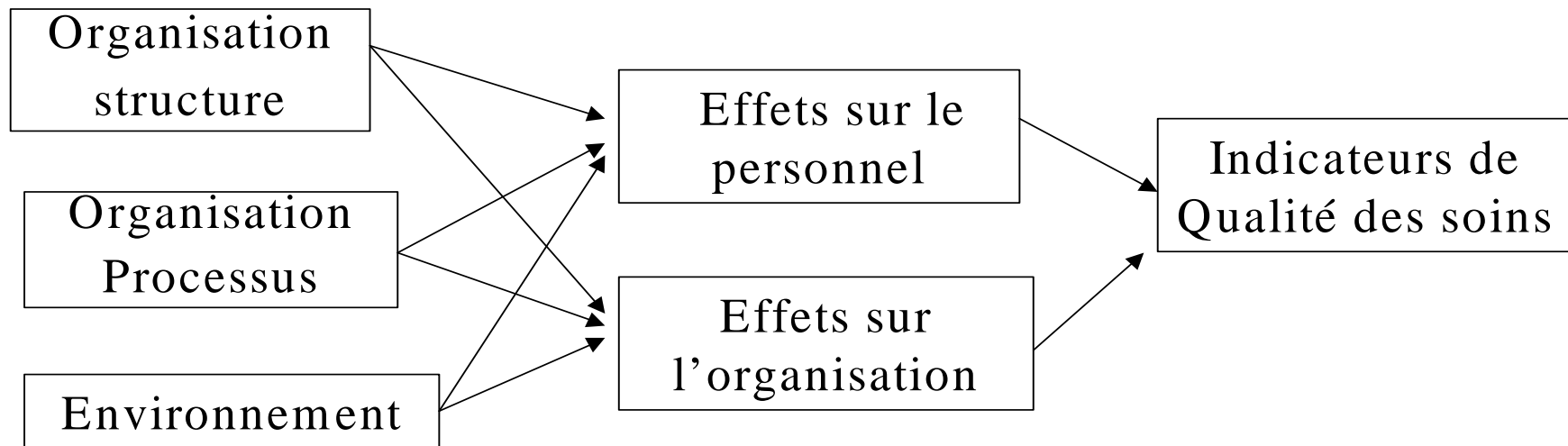
- Absence de protocoles de soins
- Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient
- Charge de travail importante
- Planification des tâches non adaptée
- Défaut de communication interne
- Collaboration insuffisante entre les soignants

Modèle d'impact de l'organisation sur la qualité des soins (West 2001)

Déterminants
(variables indépendantes)

Variables
Intermédiaires
(1/3 facteurs)

Effet
(variables dépendantes)



Elisabeth West. Management matters : the link between hospital organisation and quality of patient care. Quality in Health Care. 2001 ; 10 : 40 - 48

Les principes de sécurité

Principe n° 2 - Admettre et respecter les limites des capacités humaines dans l'organisation des processus de soins :

- ◆ organiser les tâches en vue de leur sécurité ;
- ◆ éviter le recours à la seule mémoire ;
- ◆ utiliser des procédures obligatoires ;
- ◆ éviter le recours à des efforts d'attention ;
- ◆ simplifier les tâches cruciales ;
- ◆ standardiser les procédures.

Les principes de sécurité

Principe n° 3 - Promouvoir un réel travail d'équipe permettant aux contrôles mutuels de s'exercer constamment :

- ◆ former en équipe les personnels destinés à travailler en équipe ;
- ◆ impliquer des patients dans l'élaboration des procédures de soins et des mesures de sécurité.

Kohn L et coll. « To err is human - Building a safer health system » (Rapport) National Academy Press, Washington 2000.
La Revue Prescrire Juillet/Août 2000/Tome 20 n° 208.

Les principes de sécurité

Principe n° 5 - Créer un climat d'apprentissage permanent à partir des erreurs observées :

- ◆ avoir recours aux simulations d'incidents chaque fois que possible ;
- ◆ encourager la déclaration des erreurs et des procédures dangereuses ;
- ◆ assurer l'absence de représailles en cas de déclaration d'erreurs ;
- ◆ développer une culture de travail dans laquelle l'information circule librement indépendamment de la structure hiérarchique ; améliorer la communication de type audit ;
- ◆ mettre en place des retours d'information et des mécanismes d'apprentissage à partir de l'erreur.

Efficiencia de organizaciones

L'enjeu de la gestion de risques
associés aux soins

Fonction « gestion des risques »

Critère 8.b du manuel de certification V 2010

« La gestion des risques en établissement de santé est un projet collectif, animé, coordonné, mis en œuvre et évalué par la fonction gestion des risques. Comme le précise la circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004, « la transversalité de cette fonction permet de mobiliser toutes les compétences utiles et de fédérer les acteurs autour des objectifs du programme ; cette fonction peut être mutualisée entre plusieurs établissements ».

Pratiques exigibles prioritaires et indicateurs définis dans le manuel de certification V 2010

1	Critère 1.f	PEP		Développement de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.
2	Critère 8.b	PEP		Fonction « gestion des risques ».
3	Critère 8.f	PEP		Gestion des évènements indésirables.
4	Critère 8.g	PEP	IND	Maîtrise du risque infectieux.
5	Critère 8.h		IND	Bon usage des antibiotiques.
6	Critère 9.a	PEP		Système de gestion des plaintes et réclamations.
7	Critère 13.a	PEP	IND	Prise en charge de la douleur.
8	Critère 14.a	PEP		Prise en charge et droits des patients en fin de vie.
9	Critère 15.a	PEP	IND	Gestion du dossier du patient.
10	Critère 15.b	PEP		Accès du patient à son dossier.
11	Critère 16.a	PEP		Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
12	Critère 20.b		IND	Troubles de l'état nutritionnel.
13	Critère 21.a	PEP	IND	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.
14	Critère 25.a		IND	Sortie du patient.
15	Critère 26.a	PEP		Prise en charge des urgences et des soins non programmés.
16	Critère 27.a	PEP		Organisation du bloc opératoire.

En guise de conclusion...

L'efficience est un enjeu à tous les niveaux :

- Micro : celui de la bonne **pratique clinique**
- Méso : celui de l'**organisation** au niveau des filières de soins dans un territoire
- Macro : celui de la **politique** de soins et de santé d'une région ou du pays

Retrouvez tous les cours sur
notre site internet :

www.oncopl.com

- ⇒ partie professionnelle
- ⇒ rubrique oncogériatrie

Contact UPCOG

Mme CLOAREC au 02 40 84 76 14