

Introduction

Les établissements de santé publics et privés doivent s'adapter au contexte démographique, socio-économique et réglementaire.

Créer les conditions favorables tant pour les patients que pour les personnels de santé est devenu plus que jamais, un enjeu majeur. Les réponses à apporter exigent de revisiter les modes d'organisation, de management et d'appliquer de nouveaux outils.

Si les organisations sont devenues de plus en plus fiables grâce à la certification, les patients sont devenus plus exigeants, les salariés sont de plus en plus nombreux à souffrir du stress et de nombreux établissements sont en difficulté financière. Les cadres, loin de leur équipe, accaparés par les tâches administratives ressentent également un véritable malaise. Les élus s'inquiètent des inégalités sociales de santé et des disparités de l'offre de soins sur le territoire. La crise actuelle relance les interrogations sur notre merveilleux système de sécurité sociale. Allons-nous connaître une médecine à deux vitesses ?

Si les établissements veulent mener de pair : performance, qualité des soins et qualité de vie au travail, ils auront à établir un diagnostic de l'existant et à mettre en place une vision partagée du futur, soutenue à la fois par un management de proximité et de la logistique. Une logistique au service de l'humain c'est-à-dire axée à la fois sur les attentes des patients et des personnels. Ces nouveaux modes de fonctionnement et ces outils auront pour but d'encourager le lien social, la compétence collective au service des patients. Ces changements tiendront compte de la culture de l'établissement et seront accompagnés de manière à lever les peurs et à favoriser la réussite.

Il ne faudra surtout jamais perdre de vue que la logistique sert l'humain et non l'inverse !

Chapitre 1

L'évolution du secteur de la santé

Le système de santé est au service du patient. Il regroupe l'ensemble des moyens et activités mis en œuvre à des fins :

- curatives : restaurer la santé ;
- préventives : renforcer les capacités des individus pour créer les conditions essentielles à la santé et de réaliser leur potentiel de santé ou réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé ;
- éducatives afin de les responsabiliser, d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens leur permettant de promouvoir leur santé et d'améliorer leur qualité de vie.

La demande de soins

Au fil des années, une amélioration globale et incontestable de la santé a eu lieu dans les pays industrialisés. Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. L'espérance de vie est plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes : 84,8 ans pour les femmes et 78,1 ans pour les hommes en 2010... et elle continue de progresser. Toutefois, les femmes vivent plus longtemps avec

des incapacités. La situation de la France apparaît beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée que dans les autres pays européens de développement comparable. Ces décès avant 65 ans représentent environ 20 % de l'ensemble des décès et concernent les hommes à 70 %. Les causes initiales de ces décès prématurés sont les tumeurs responsables de 41,3 % des décès prématurés (1 décès sur 3 chez les hommes et 1 sur 2 chez les femmes), suivies des morts violentes (accidents, suicides...) et des maladies de l'appareil circulatoire (13,4 % des décès prématurés).

Au sein de l'Europe des 27, la France se situe dans le groupe des pays à plus forte fréquence de suicides. En ce qui concerne la mortalité infantile, la France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15 mais le taux de mortalité infantile continue de baisser dans bon nombre de pays européens alors qu'il reste globalement stable depuis cinq ans en France¹.

En France, comme dans les autres pays développés, la demande de santé évolue à cause du vieillissement de la population, de l'apparition de pathologies plus complexes, de l'augmentation de pathologies chroniques, de cancers, de maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, de maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, il existe des inégalités sociales de santé et des disparités sur le territoire :

- l'espérance de vie à 35 ans selon ces indicateurs d'incapacité montre que les cadres vivent dix années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, huit années de plus sans gêne dans les activités et sept ans de plus sans dépendance² ;
- le taux de prématurité varie du simple au triple en fonction du niveau scolaire de la mère ;
- 15 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières³ (l'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement aux soins dentaires, d'optique et médecins spécialisés) ;
- la pollution atmosphérique des régions industrielles et urbanisées par rapport aux zones rurales ;
- les enfants des ménages les plus modestes sont moins nombreux à bénéficier d'un suivi en orthodontie mais ils ont également plus de caries⁴, plus d'asthme, de surpoids et d'obésité ;

1. L'état de santé de la population en France, rapport 2011, www.sante.gouv.fr

2. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011 www.sante.gouv.fr

3. Enquête IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.

4. www.inpes.sante.fr

- les enfants scolarisés en ZUS présentent des troubles de la vue (21 % des élèves), des difficultés au niveau de la maîtrise du langage ;
- le nombre d'accidents des jeunes enfants est lié à la vétusté des bâtiments ;
- certaines catégories de population sont plus vulnérables ou surexposées aux risques professionnels (les jeunes travailleurs, les travailleurs occupant un emploi précaire ou saisonnier, les travailleurs « au noir », les travailleurs plus âgés, les travailleurs migrants, les femmes enceintes). La crise économique est un contexte aggravant pour un certain nombre de ces populations ;
- les salariés des BTP, travaux forestiers, industrie automobile, agroalimentaire, industrie des biens de consommation et/ou l'exposition des travailleurs à des niveaux sonores élevés, scieries, chantiers de construction navale, secteur de la santé restent particulièrement exposés ;
- l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- les inégalités de répartition des professionnels de santé dans certains territoires et baisse de la démographie médicale.

Il existe plusieurs facteurs déterminants à cette inégalité sociale de santé : âge, sexe, facteurs héréditaires, le mode de vie et les comportements à risque (tabac, alcool, drogue illicite, psychotrope), les conditions de travail, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

La première circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs et à l'accompagnement des malades en phase terminale voit le jour pour la première fois en 1986. Depuis, si l'impulsion législative a permis de développer des structures ou des lits de soins palliatifs en court séjour au cours de ces dernières années, de fortes inégalités territoriales demeurent. On constate notamment que certains établissements de santé confrontés à un nombre annuel élevé de fins de vie ne disposent pas de capacité de prise en charge adaptée en soins palliatifs.

Le besoin d'informations, d'explications, et de transparence exprimé par le patient a été entendu par la loi du 4 mars 2002. Désormais, le patient a des droits. Il est informé ainsi que son entourage sur sa maladie, son traitement, les risques et les conséquences, son consentement est recueilli, ses droits sont inscrits dans une charte, sa douleur est prise en charge, la continuité des soins et la qualité sont assurées, il a accès à son dossier médical et peut s'aider d'une personne de confiance. De plus en cas de litige, les professionnels de santé doivent faire la preuve de la transmission effective de l'information ce qui explique l'ardeur des établissements depuis 1997 à formaliser l'information au patient, à assurer la traçabilité, la mise en place du dossier du patient

informatisé, les systèmes de recueil des plaintes. La représentation des usagers dans les instances de santé publique, hospitalières ou non, permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de ces représentants, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé.

Les usagers sont présents dans les instances de santé publique, hospitalière ou non, permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de ces représentants à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé. Les usagers sont présents dans les instances de santé publique, les agences régionales de santé, les commissions régionales de santé, les conférences de santé, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI), les établissements de santé (CRU).

Le classement des établissements par les médias, les résultats des certifications connus du grand public, l'accès à l'information par Internet, ont joué certainement un rôle sur les nouvelles exigences des patients notamment sur la qualité de la prise en charge globale (qualité de l'accueil, délai d'attente, hôtellerie, sécurité, personnalisation des soins...). Le site Platines établi par le Ministère de la santé sert à fournir une information grand public sur l'activité et la qualité des établissements de santé de court séjour dits MCO (activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique) et de soins de suite et réadaptation fonctionnelle (dits SSR) de France métropolitaine et des départements d'outre-mer (DOM).

Autrefois, le malade s'en remettait entièrement au médecin. Aujourd'hui, le patient est devenu un client qui a non seulement des besoins mais aussi des attentes et des ressentis vis-à-vis de sa prise en charge. Il revendique la gestion de sa maladie. Il a besoin de savoir qui fait quoi? Où? Selon quelles conditions tarifaires? Avec quelles garanties de service rendu? Il se sent trop souvent abandonné dans son parcours de soins et livré à lui-même pour trouver des solutions. Il souhaite à la fois une information de nature collective, mais aussi à titre individuel, selon ses pathologies ou celles de son entourage. Le recours à Internet et aux forums de discussions dédiés à la santé démontre l'importance de l'information mais aussi les manques des institutions dans cette information appropriée donnée au patient.

Les directeurs d'établissement se doivent alors non seulement d'être des gestionnaires efficaces mais également de travailler sur la qualité de l'environnement périphérique à la prise en charge médicale afin de rendre attractif leur clinique ou leur hôpital sans pour autant faire le choix de leur clientèle. Et ce, d'autant plus que la loi du 21 juillet 2009, comprend une

série de mesures prônant une plus grande transparence encore vis-à-vis des patients comme par exemple la représentation accrue des usagers au conseil de surveillance des hôpitaux, la publication d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en lien avec l'HAS (Haute Autorité de Santé) et un rôle réaffirmé des CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

Ces représentants des usagers ont pour mission de participer aux groupes de travail, de faciliter le dialogue avec les professionnels de santé, de transmettre les informations aux usagers et aux associations et d'intervenir dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Les associations de patients et d'usagers s'impliquent non seulement dans la vie à l'hôpital et la qualité des soins, mais aussi dans la recherche, l'élaboration des recommandations sur l'organisation et la rédaction de guides destinés aux patients et aux professionnels.

Cette évolution des besoins nécessite à la fois une évolution des pratiques de soins, d'une culture palliative et une maîtrise des dépenses de santé. La crise économique et financière actuelle relance les défis de gestion de la sécurité sociale, les enjeux d'une politique de responsabilisation des Français, par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation et l'élargissement des missions du directeur hospitalier.

L'offre de soins

La santé publique a pour objectif d'assurer une offre de soins adaptée à la diversité des besoins de santé et la plus grande égalité possible des citoyens face à la maladie. La notion d'offre de soins peut s'appréhender par l'accès aux soins de premier et second recours et par les acteurs : professionnels de santé et établissements de santé et l'organisation du parcours de soins centrée autour du patient.

La pertinence d'une intervention de santé doit obéir aux cinq principes suivants :

- la balance entre les bénéfices et les risques ;
- la probabilité d'aboutir aux résultats attendus ;
- la qualité de l'intervention de santé ;
- la prise en compte des préférences des patients ;
- la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.

L'organisation de l'offre de soins doit répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Les enjeux géographiques et démographiques doivent donc être pris en compte dans le respect des principes de continuité, de sécurité et de coordination du parcours de soins du patient.

Les Français considèrent qu'ils sont de moins en moins bien remboursés et que le système est de moins en moins équitable et performant. Le renoncement aux soins pour des raisons financières est en constante progression. La tendance sur les cinq dernières années montre une diminution de la prise en charge par l'assurance-maladie et une augmentation de la part des complémentaires.

Le constat sur notre système de santé est alarmant :

- la capacité annuelle de remboursement est inférieure au déficit constaté ;
- le parcours de santé ressemble plutôt à un parcours du combattant pour les patients à cause du manque de coordination entre les professionnels, la défense des intérêts corporatistes, par peur de perte de pouvoir ou de moyens ;
- la prévention primaire n'a pas été privilégiée ;
- il existe des déserts médicaux ;
- la France a un retard important dans la numérisation du système de soins : les systèmes informatiques sont non communicants entre eux ;
- il reste à promouvoir le plan de formation continue pour les médecins, pharmaciens, infirmières, manipulateurs radios... ;
- il faut faire de la qualité et de l'efficacité médico-économique une vraie priorité.

L'état a aujourd'hui pour ambition :

- de favoriser l'accès à des soins de qualité, mieux répartir les médecins sur le territoire, organiser la permanence des soins au niveau de chaque région ;
- d'assumer la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention, éducation, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux... ;
- de coordonner les différents acteurs afin qu'ils apprennent à travailler ensemble autour du patient dans le but d'assurer la continuité des soins ;
- de faciliter l'accès à l'information et simplifier le parcours de santé des patients ;
- d'améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

Dans l'exposé des motifs portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires en France, le législateur a affirmé son « ambition d'engager l'indispensable modernisation de notre système de santé, en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins. Il appelle des modifications d'organisation à la fois dans le secteur sanitaire, hospitalier et ambulatoire et dans le secteur médico-social. Une gestion transversale par un acteur unique au plan régional est une condition nécessaire. C'est la raison d'être de la réforme organisationnelle que constituent les agences régionales de santé. Enfin, ce projet de loi propose des actions de prévention qui contribueront à l'amélioration de la santé de nos concitoyens. »

De plus, l'état a fait un double constat :

- les dépenses de santé ne cessent d'augmenter ;
- des disparités importantes subsistent entre les régions.

Rappel de la loi HPST

Promulguée le 21 juillet 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » appelée communément « loi HPST » prévoit la modernisation du système de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique et l'organisation territoriale du système de santé.

Nous vous proposons un schéma récapitulatif de cette loi en page suivante.