

INSTITUT
MONTAIGNE

The background of the cover is a photograph of a street at night, heavily blurred. In the foreground, there is a bright, out-of-focus light source, likely a car's headlight or taillight, which creates a strong lens flare effect. The overall color palette is dominated by deep blues and purples.

L'exemple inattendu des *Vets*
Comment ressusciter
un système public
de santé

Denise SILBER

NOTE JUIN 2007

L'Institut Montaigne est un laboratoire d'idées - *think tank* - indépendant créé fin 2000 par Claude Bébéar. Il est dépourvu de toute attache partisane et ses financements, exclusivement privés, sont très diversifiés, aucune contribution n'excédant 2 % du budget. Il réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des représentants de la société civile issus des horizons et des expériences les plus variés. Il concentre ses travaux sur trois axes de recherche.

Cohésion sociale :

mobilité sociale, intégration des minorités, légitimité des élites...

Modernisation de la sphère publique :

réforme de l'État, éducation, système de santé...

Stratégie économique et européenne :

compétitivité, spécialisation industrielle, régulation...

Grâce à ses chercheurs associés et à ses groupes de travail, l'Institut Montaigne élabore des propositions concrètes de long terme sur les grands enjeux auxquels nos sociétés sont confrontées. Ces recommandations résultent d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique. Elles font ensuite l'objet d'un lobbying actif auprès des décideurs publics.

À travers ses publications et ses conférences, l'Institut Montaigne, *think tank* pionnier en France, souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique.

L'Institut Montaigne s'assure de la validité scientifique et de la qualité éditoriale des travaux qu'il publie, mais les opinions et jugements qui y sont formulés sont exclusivement ceux de leurs auteurs. Ils ne sauraient être imputés ni à l'Institut, ni, a fortiori, à ses organes directeurs.

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

INSTITUT
MONTAIGNE



L'AUTEUR

Denise Silber, citoyenne américaine, MBA Harvard, vit à Paris et dirige Basil Stratégies, société de conseil en santé et nouvelles technologies. Elle a déjà publié, sous l'égide de l'Institut Montaigne, *Hôpital Le modèle invisible* (2005). Elle est également l'auteur de *Case for eHealth* (Commission européenne). Denise Silber est membre du comité de rédaction de la revue *Hôpitaux – Santé, Société*, et Présidente de PharMBA, l'association des MBA internationaux dans le domaine de la santé.

L'exemple inattendu des *Vets*

Comment ressusciter un système public de santé

par Denise SILBER

NOTE - JUIN 2007

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Introduction | 5 |
| Chapitre I. Un système de soins « idéal » ? | 7 |
| Chapitre II. Les déficiences du système de santé aux États-Unis | 9 |
| Chapitre III. Qui sont les <i>Veterans</i> ? En quoi consiste leur système de santé ? | 13 |
| Chapitre IV. La métamorphose d'un « quinquagénaire » | 19 |
| Chapitre V. De nombreux indicateurs attestent le niveau de qualité de la VHA | 29 |
| Chapitre VI. Les contrats de performance, clés de voute de la VHA | 37 |
| Chapitre VII. L'informatisation médicale chez les <i>Veterans</i> | 41 |
| Chapitre VIII. L'organisation du travail en ville à la VHA | 47 |
| Chapitre IX. La noble mission de la VHA | 49 |
| Chapitre X. Leçons et critiques de notre cas exceptionnel | 51 |
| Chapitre XI. Que dire de la qualité des soins en France ? | 53 |
| Chapitre XII. Propositions | 61 |
| Conclusion | 69 |
| Remerciements | 71 |
| Annexes | 73 |

INTRODUCTION

Réformer un système de santé public centralisé et mal en point, est-ce mission impossible ? Cette question, beaucoup se la posent en France. Et pour cause : notre système de santé souffre de multiples imperfections qui le condamnent à un rendement très inférieur à son potentiel. Ce jugement peut paraître sévère. Nos voisins européens ne sont-ils pas de plus en plus nombreux à franchir la frontière pour bénéficier des soins dispensés dans nos hôpitaux ? Le dévouement de nos professionnels de santé n'est-il pas reconnu ? Et l'OMS ne salue-t-elle pas régulièrement la qualité de notre système de soins ?

Certes. Mais cela ne saurait éclipser une autre réalité, beaucoup moins reluisante, et qui peut se résumer ainsi : l'organisation d'ensemble de notre système de santé est largement sous-optimale. L'évaluation de la qualité des soins et de la performance des établissements et des praticiens n'en est encore qu'à ses prémices, alors que de nombreuses études pointent du doigt des lacunes importantes dans les pratiques médicales en vigueur. La coordination des soins est quasi-inexistante entre la médecine de ville et l'hôpital. Les conditions de travail des professionnels de santé sont source d'insatisfactions croissantes. La carte sanitaire relève des iniquités importantes entre régions. Enfin, la mise en place effective du « dossier médical personnel », outil pourtant décisif pour améliorer la qualité des soins et minimiser les risques d'erreurs, se heurte à des obstacles considérables.

Notre système de santé est-il pour autant condamné ? Non. Car réformer un système de santé public, centralisé et mal en point, d'autres l'ont fait. C'est donc bien la preuve que la tâche, si elle est difficile, n'est pas insurmontable. L'exemple nous vient ici des anciens combattants américains, les *Veterans*. Cela peut surprendre car cet exemple est peu connu même aux États-Unis, pays où de surcroît la qualité des soins ne jouit pas d'une très bonne réputation. Qui plus est, la *Veteran Health Administration (VHA)** était au bord de l'agonie au début des années 1990. Sa situation financière délicate et une qualité de soins très discutables ont failli lui faire mettre la clé sous la porte. Mais, et c'est en cela que la VHA est exemplaire, elle s'est, en l'espace de quelques années, littéralement métamorphosée au point de devenir un modèle, tant sur le plan de la qualité des soins qu'en termes de gestion et de maîtrise des coûts. C'est la preuve concrète qu'un système de santé public, centralisé et quinquagénaire, est capable, malgré ses pesanteurs, de se réformer de façon spectaculaire.

* À ne pas confondre avec le système de soins des militaires américains en activité.

L'EXEMPLE INATTENDU DES *VETS* :
COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Certes, la VHA, modèle très spécifique qui ne concerne qu'une fraction de la population américaine, ne peut être copiée en tous points. Il n'empêche, nombre des recettes sur lesquelles la VHA s'est appuyée peuvent utilement inspirer la France.

CHAPITRE I

UN SYSTÈME DE SOINS « IDEAL » ?

À QUOI RESSEMBLERAIT UN SYSTÈME DE SOINS IDÉAL ?

- Les résultats cliniques seraient mesurés et se rapprocheraient des standards les plus élevés ;
- les objectifs d'amélioration seraient révisés à la hausse chaque année ;
- la médecine de ville et l'hôpital fonctionneraient de conserve, grâce, entre autres, à un dossier médical électronique universel où toute consultation, tout résultat biologique, tout examen d'imagerie seraient archivés et accessibles ;
- ce système assurerait aussi bien la formation initiale que la spécialisation et la formation continue ;
- sa recherche médicale déboucherait sur des milliers de publications par an et ses innovations seraient diffusées à travers le monde ;
- les coûts seraient maîtrisés.

« La VHA est un extraordinaire exemple de modernisation réussie d'un système de soins public »

Aussi curieux que cela puisse paraître, il existe un système de soins qui remplit toutes ces conditions : celui des anciens combattants américains, les « *Veterans* ». La *Veterans Health Administration* (VHA) dépend du « *Department of Veterans Affairs*¹ », le ministère des Anciens combattants, à Washington DC. La VHA comprend

à la fois l'organisation des soins et leur financement, grâce à un budget annuel voté par le Congrès américain qui dispose d'un droit de regard sur celui-ci.

¹ Un « *Department* » aux États-Unis est l'équivalent d'un ministère. Chaque *Department* est géré par un Secrétaire, membre du « Cabinet » (conseil des ministres) qui se réunit autour du Président. En 2005, avec un budget de 73 milliards de dollars, le Département des *Veterans Affairs* était le deuxième « ministère » en taille et en budget après celui de la Défense. Il est totalement séparé du Département des *Veterans*. Le Secrétaire des *Veterans* supervise trois pôles : les pensions (*Veterans Benefits Administration*), les cimetières (*National Cemetery Administration*) et la *Veterans' Health Administration* (VHA).

L'EXEMPLE INATTENDU DES VETS : COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

La VHA a remporté, en 2006, le prestigieux prix de l'innovation de Harvard. Mais elle n'a pas toujours été si performante. Elle revient même de très loin ! Ses mauvais résultats ont failli la conduire à la fermeture dans les années 1990 sur décision du Congrès américain. Depuis sa spectaculaire transformation, la VHA obtient aujourd'hui des résultats significativement meilleurs que ceux du reste du système de soins américain tant public que privé. Elle est à cet égard un extraordinaire exemple de modernisation réussie d'un système de soins public et centralisé.

CHAPITRE II

LES DÉFICIENCES DU SYSTÈME DE SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS

Les États-Unis ont été à l'origine de nombreuses innovations visant à améliorer la qualité des soins médicaux : la formation médicale continue, l'accréditation des hôpitaux, les référentiels de qualité, etc. Malgré ces avancées indéniables, les déficiences du système de soins américain persistent. Le rapport le plus connu, « *L'erreur est humaine : construisons un système plus sécurisé* », paru en 1999², révèle que l'erreur médicale est la huitième cause de mortalité aux États-Unis, à égalité avec le cancer du sein et les accidents de la route.

Deux autres publications majeures, plus récentes, confirment l'écart entre ce que les sciences biomédicales « savent » et ce qui est réellement « fait » sur le terrain. Dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*³, le Dr Claude Lenfant relatait en 2003 des faits inquiétants : quinze ans après la publication d'études montrant l'utilité des bêtabloquants, seulement 63 % des victimes d'infarctus du myocarde bénéficient de ce traitement ; seulement 50 à 75 % de ces mêmes patients font l'objet d'un dosage du cholestérol, et ils sont encore moins nombreux à bénéficier d'un traitement contre l'hypercholestérolémie. Par ailleurs, seul un tiers des patients coronariens éligibles à un traitement par l'aspirine bénéficient de cette médication.

Elizabeth McGlynn a publié en 2006 un travail⁴ impressionnant de rigueur, réalisé dans 12 villes américaines et portant sur 430 indicateurs de qualité appliqués à 30 pathologies représentatives selon l'âge des patients. Résultat : qu'il s'agisse de prévention, d'affections aiguës ou de maladies chroniques, les personnes examinées n'ont bénéficié des soins « recommandés » que dans 54,9 % des cas. Fait

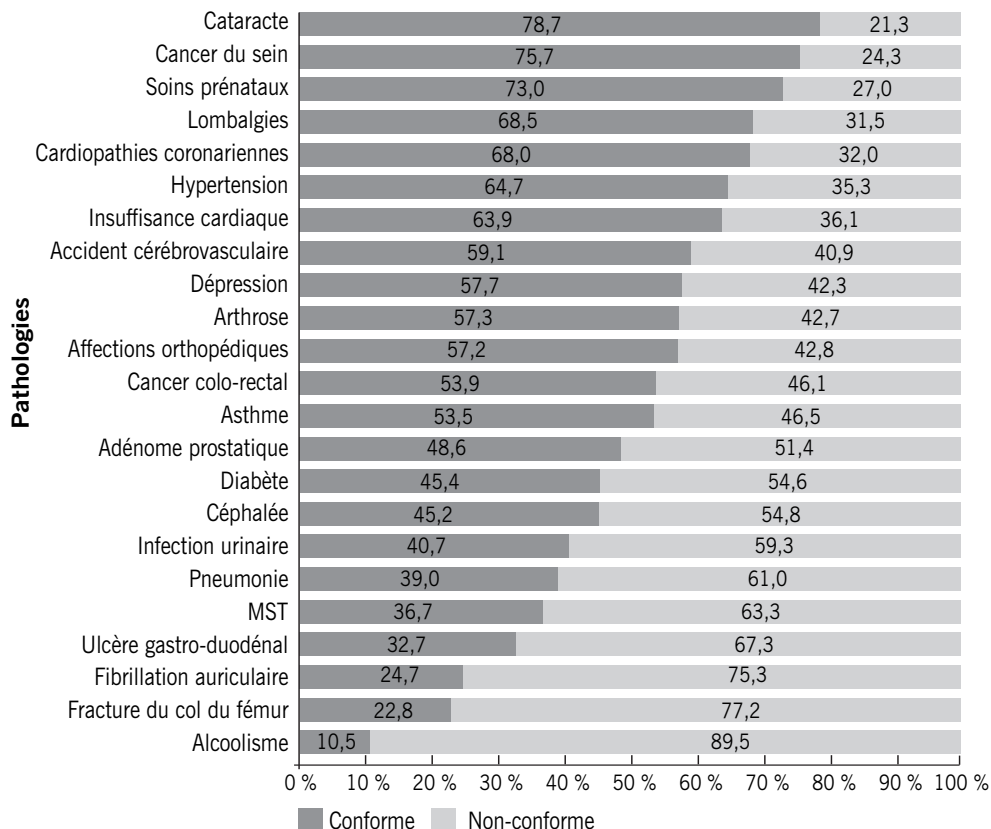
² Cette revue est publiée par l'*Institute of Medicine (IOM)*, qui fait partie de l'Académie nationale des sciences américaine. Cet institut fournit des avis indépendants sur l'état de la médecine basée sur des preuves scientifiques (*evidence-based medicine* - EBM).

³ C. Lenfant, « *From Research to Practice, Lost in Translation* », NEJM, 2003.

⁴ Elizabeth McGlynn, « *The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States* », NEJM 2006. Les chercheurs ont constitué un échantillon randomisé (constitué au hasard) de 4 600 personnes pour lesquelles il a été possible de réaliser des entretiens téléphoniques et de consulter leur dossier médical par l'intermédiaire de leur médecin. Cette approche permet d'éviter les biais inhérents à une sélection des seuls dossiers de patients que le médecin désire montrer.

important, l'étude de McGlynn montre que les Américains issus des milieux sociaux aisés ne sont pas mieux soignés que les autres.

**taux de conformité des soins par rapport aux indicateurs de qualité
(% par pathologie)**



Le Professeur Michael Porter, de la *Harvard Business School*, expert reconnu en compétitivité industrielle, a lui mesuré les performances du système de santé. Il en a fait le fil conducteur de son dernier ouvrage⁵ : « *la déclaration obligatoire des résultats et la mesure de ceux-ci constituent le pas décisif de toute réforme d'un système de santé...* », observe-t-il. « *La vaste majorité des directeurs d'hôpitaux*

⁵ Michael Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care*, HBS Press, Boston, 2006.

(américains) interviewés en 2005 s'opposaient encore à la déclaration publique des erreurs... Or, nous pensons que l'affichage de ces résultats deviendra une condition obligatoire de l'exercice de la médecine... Si un professionnel de santé ne peut démontrer ses bons résultats de façon durable, il faudra s'interroger sur le bien-fondé de la poursuite de son exercice. »

Si Michael Porter a intitulé son ouvrage « La redéfinition du système de soins », c'est bien le signe que l'idée de la transparence des performances chez les professionnels de santé n'est pas encore acquise aux États-Unis.

Quant au dossier médical électronique, ce type d'outil universellement coordonné qui doit permettre de réduire le nombre d'erreurs médicales en unifiant le flux d'informations concernant un patient, il n'existe que de façon marginale⁶ aux États-Unis.

À l'été 2006, si 24 % des médecins de ville américains déclaraient utiliser un dossier médical électronique, 9 % seulement l'utilisaient pour des fonctions clés (prescription de médicaments et d'exams, réception de résultats, accès aux comptes rendus des consultations, etc.). Et ce dossier, s'il est au cabinet de ville, ne comprend pas les informations hospitalières – et inversement.

Dans ce contexte, il est difficile d'imaginer que le système de soins des *Veterans* ait pu s'organiser différemment du reste des États-Unis, et *a fortiori* que ses performances aient été meilleures. C'est pourtant le cas. Voyons maintenant comment celui-ci y est parvenu. Pour ce faire, commençons par décrire la population concernée. Qui sont les *Veterans* ?

⁶ Kaiser Permanente, une organisation de type HMO, est le seul autre système intégré américain à avoir mis en place un système informatique commun à l'hôpital et à la ville. Il a connu des difficultés opérationnelles importantes.

CHAPITRE III

QUI SONT LES *VETERANS* ? EN QUOI CONSISTE LEUR SYSTÈME DE SANTÉ ?

3.1. LES *VETERANS*, UNE POPULATION PLUS ÂGÉE ET PLUS MALADE QUE CELLE DE L'AMÉRIQUE MOYENNE

Selon le bureau de recensement américain, les États-Unis comptaient environ 24,5 millions d'anciens combattants en 2005. C'est une population atypique car les anciens combattants sont en très grande majorité de sexe **masculin** : 7 % seulement sont des femmes. Ils sont **âgés** : 78 % ont plus de 50 ans et la population des plus de 85 ans, anciens soldats de la deuxième guerre mondiale, représente encore une « niche » importante. Ils sont **pauvres** : 70 % ont des revenus annuels inférieurs à 26 000 dollars ; 40 % ont des revenus annuels inférieurs à 16 000 dollars. De surcroît, les *Veterans* constituent une population nettement **plus malade** que celle des Américains moyens. La prévalence du diabète en est un bon exemple : 7 % des Américains souffrent de diabète, contre 20 % chez les *Veterans*.

3.2. LA VHA, UN SYSTÈME DE SOINS INTÉGRÉ À L'HÔPITAL ET À LA VILLE

Comme nous l'avons vu, les *Veterans* ont leur propre système de santé, la *Veterans Health Administration*, ce qui constitue une exception aux États-Unis. C'est un système de soins intégré, à l'hôpital et à la ville, et le seul qui soit implanté dans les cinquante États⁷. Mais en dépit de son déploiement national, la VHA ne peut prendre en charge la totalité des anciens combattants américains.

⁷ Kaiser Permanente est « l'autre » système de soins intégré américain, mais il ne couvre pas tout le territoire et ses membres ne sont pas nécessairement hospitalisés chez Kaiser.

L'EXEMPLE INATTENDU DES VETS : COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Elle est réservée aux anciens combattants démunis et/ou qui souffrent de pathologies et de handicaps consécutifs au service militaire. La VHA comprenait ainsi, en 2006, 5,5 millions de *Veterans*. Pour les servir, 198 000 salariés, dont 14 800 médecins et 61 000 infirmiers, font tourner 150 centres hospitaliers, souvent reliés aux facultés de médecine les plus prestigieuses, et 1 300 centres de consultations externes. Son budget annuel s'élève à 31 milliards de dollars.

La VHA offre quasiment toute la gamme des soins : la consultation de base, les analyses biologiques, l'imagerie médicale, le monitoring à distance, les soins à domicile, l'hospitalisation et les interventions médico-chirurgicales. Cette offre se répartit en trois catégories :

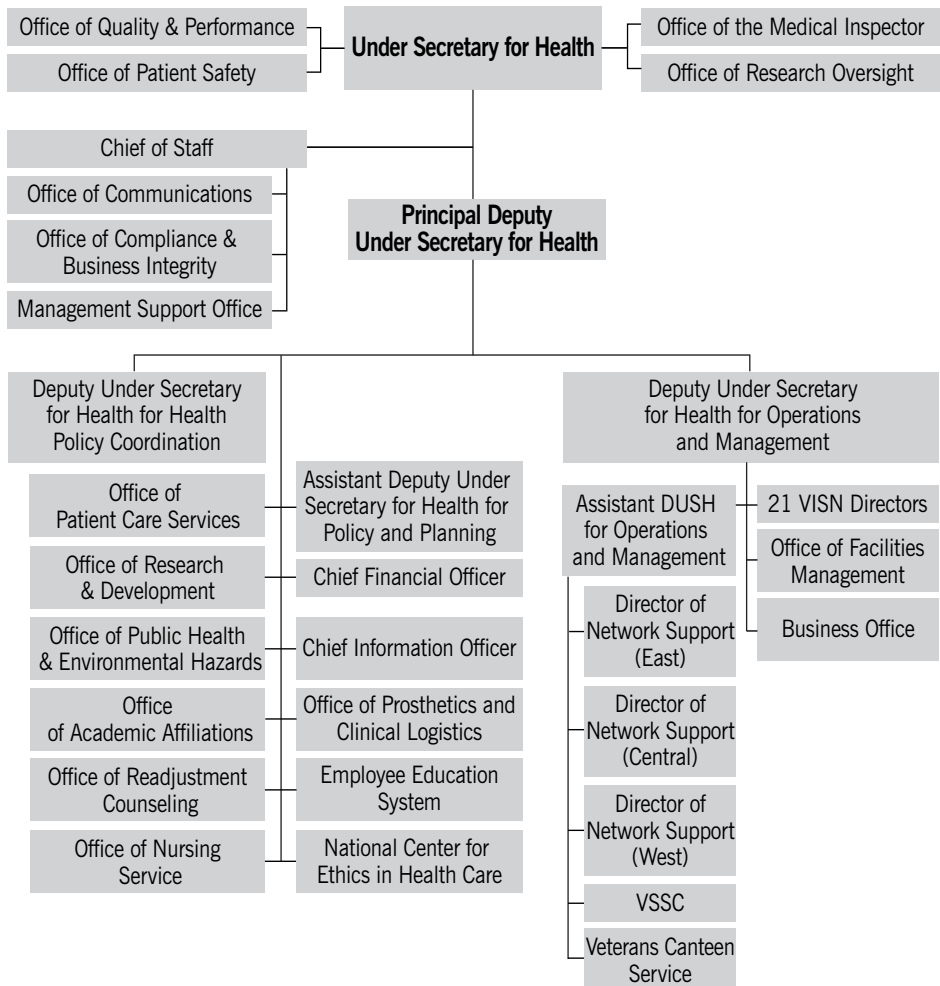
- la consultation externe : l'urgence, les soins de kinésithérapie, la santé mentale, l'accompagnement des patients atteints d'addictions ;
- l'hospitalisation (d'urgence ou programmée) ;
- la prévention : les soins préventifs, parents pauvres du système américain privé – ainsi, d'ailleurs, que du système de santé français – sont un point fort de la VHA. Les soins préventifs comprennent les vaccinations, les bilans ou *check-up*, les dépistages, l'éducation à la santé.

Les centres de consultation externe de la VHA sont appelés « *Outpatient Clinics* ». Ils sont, à certains égards, similaires au concept des maisons de santé à la française. Dans ces centres VHA sont rassemblées la plupart des professions de santé : médecins, infirmiers/éducateurs, radiologues, biologistes. Les patients bénéficient sur place d'installations d'imagerie, de laboratoires de biologie, de salles d'éducation thérapeutique.

Les médicaments et dispositifs de soins sont fournis gratuitement aux *Veterans*. Le choix dépend d'une liste (formulaire) nationale, déterminée par la VHA et négociée avec les fabricants. Les produits génériques y sont très présents. Les *Veterans* peuvent également consulter des médecins n'appartenant pas au système VHA, s'ils le souhaitent ou si la spécialité fait défaut à la VHA.

La VHA a encore d'autres missions. Elle doit former des professionnels de santé, mener des recherches biomédicales, fournir une assistance au Département de la Défense et, en cas d'urgence, soutenir le *National Disaster Medical System* comme, par exemple, à l'occasion de l'ouragan Katrina.

Veterans Health Administration



3.3. LES RÉSULTATS DE LA VHA IMPRESSIONNENT

Les informations que nous livrons ici sont peu connues des Américains. Elles ne manquent pas de susciter quelque inquiétude aux États-Unis chez les partisans de la médecine libérale, qui restent majoritaires. En effet, la plupart des médecins aux États-Unis sont installés dans des cabinets privés.

Compte tenu de sa nature publique, la VHA est le système de santé le plus surveillé des États-Unis, voire du monde. Le Congrès vote le budget annuel de la VHA et les citoyens n'hésitent pas à écrire à leur député ou sénateur, s'ils sont mécontents. Les *Veterans* et les contribuables sont donc les premiers bénéficiaires de cette transparence (transparence qui, au passage, a rendu possible la rédaction de cette note).

« Si la médecine de la VHA continue de dominer son secteur, il va devenir très difficile de défendre la thèse selon laquelle la libre concurrence est la meilleure solution »

Les résultats obtenus par la VHA ne laissent pas indifférents. Et pour cause, comme le note la présidente du Comité national de l'assurance qualité aux États-Unis, « *si la médecine de la VHA continue de dominer son secteur, il va devenir très difficile de défendre la thèse selon laquelle la libre concurrence est la meilleure solution* ».

Sur quelles données est fondée cette remarque ?

- Les patients de la VHA bénéficient du respect des référentiels médicaux dans 67 % des cas, contre 50 % pour les patients de toutes les autres catégories étudiées. De nombreuses études confirment ces chiffres.
- Alors qu'il est établi que 3 à 8 % des prescriptions hospitalières aux États-Unis comportent des erreurs⁸ à la VHA, les ordonnances hospitalières sont rédigées et exécutées quasiment sans erreur grâce aux systèmes d'information.
- Alors que la VHA a doublé le nombre de ses patients, le coût par patient est resté stable, à environ 5 000 dollars par personne et par an depuis 10 ans. En dehors du système VHA, le coût par patient est aujourd'hui estimé à 6 500 dollars par an.
- L'effectif en ressources humaines a diminué de 10 000 personnes par rapport à 1995 et de 40 000 personnes par rapport aux années 1980.

⁸ 30 % seulement des CHU américains utilisent un système électronique d'aide à la prescription (8 % pour l'ensemble du système de soins aux États-Unis), contre 94 % dans les hôpitaux des *Veterans*.

III. QUI SONT LES *VETERANS* ? EN QUOI CONSISTE LEUR SYSTÈME DE SANTÉ ?

- Les patients sont satisfaits. En 2006, pour la sixième année consécutive, les hôpitaux de la VHA (« *VA hospitals* ») ont obtenu un taux de satisfaction de 83 % chez les patients, contre 71 % pour les autres établissements.
- En juin 2006, la VHA a reçu le prix Harvard de l'innovation pour son dossier médical électronique.

Quel responsable de système de soins ne rêverait d'avoir un fonctionnement comme celui de la VHA ?

CHAPITRE IV

LA MÉTAMORPHOSE D'UN « QUINQUAGÉNAIRE »

4.1. LES ORIGINES DU « *MINISTÈRE* » DES *VETERANS* QUI GÈRE LA VHA

La VHA, née à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, a connu plusieurs transformations depuis sa création.

Depuis l'époque des colonies anglaises au XVII^e siècle, les États-Unis fournissent une aide médicale et sociale à ceux qui se sont battus pour le pays. Cette aide était auparavant dispersée entre différentes branches de l'administration américaine, jusqu'à ce qu'un acte du Congrès américain instaure, en 1930, le département des *Veterans Affairs* (équivalent du ministère des Anciens combattants). Ce département réunit désormais tous les responsables de services dédiés aux anciens combattants, quelle qu'ait été leur branche militaire, leur guerre, leur localisation.

La deuxième guerre mondiale provoque le retour d'un million d'anciens combattants, traumatisés physiquement et/ou psychologiquement. Le pays porte alors une attention particulière à ces soldats en adoptant le « *GI Bill* », qui permettait aux anciens combattants de poursuivre leurs études, d'acheter une maison et de bénéficier d'une discrimination positive à l'emploi. Comme il fallait veiller à la bonne exécution de cette loi qui devait transformer la société moyenne américaine d'après-guerre, les responsabilités du Département des *Veterans* s'en trouvèrent élargies.

En 1989, le Département des *Veterans* a pris son appellation actuelle, la *Veterans' Administration*, et a été élevé au rang de cabinet présidentiel : son secrétaire (équivalent d'un ministre en France) dépend désormais directement du Président.

En 1946, sous l'impulsion du chirurgien en chef des armées opérant en Europe pendant la guerre, les *Veterans* ont créé le « *VA Department of Medicine and Surgery* ». Mais celui-ci manquait de médecins. Comme les centres hospitalo-universitaires manquaient, eux, de patients, une collaboration a été mise en place entre la VHA et les centres hospitaliers universitaires, grâce à l'abnégation d'un célèbre héros de la guerre, le général Omar Bradley, qui sut vaincre la réticence des universitaires.

De nombreuses innovations en sont issues comme le pacemaker (1960), le CAT scanner (1961), les radioimmunoessais (1973). Les nouvelles approches thérapeutiques de l'hypertension artérielle sont également le fruit des chercheurs des *Veterans*.

4.2. UNE PÉRIODE NOIRE : LES ANNÉES 1990

La médecine de la VHA reposait essentiellement sur un système d'hôpitaux à l'ancienne. Ces grands centres hospitaliers fournissaient des services chirurgicaux, des soins spécialisés en santé mentale, des soins pour les traumatismes de la colonne vertébrale et des prestations de long séjour (grâce à des partenariats externes). Les hôpitaux, tout en étant supervisés directement depuis Washington, étaient indépendants, tout-puissants et concurrents. Les différences régionales en termes de qualité étaient très marquées. Il n'y avait aucune coordination.

Depuis le retour des nombreux anciens combattants de la guerre au Viêt-Nam, la réputation de la VHA était mise à mal. Se faire soigner chez les *Veterans* constituait un ultime recours pour ceux qui n'avaient pas accès au secteur privé. Même la sortie d'un grand film critique de Hollywood, « *Né un 4 juillet* », ne provoqua pas le moindre début de changement.

Il devenait urgent de procéder à une véritable thérapie de choc. En 1992, les cadavres de deux patients étaient même retrouvés à l'extérieur d'un hôpital de Virginie, alors qu'ils étaient portés « disparus »... Finalement, le Congrès déclara en 1995 son intention de geler le budget de la VHA et d'autoriser les *Veterans* à se faire soigner dans le secteur privé. Ce dernier, avec ses organisations de « *managed care* », se présentait alors comme le seul recours pour sauver un système de santé déliquescant. De surcroît, la population de *Veterans* vieillissait et était de plus en plus malade.

La VHA dut alors résoudre des problèmes structurels. Comment devenir plus efficace, plus compétitive ? Faut-il continuer à proposer seulement des soins hospitaliers et de réhabilitation, alors que les patients vieillissent ? Ou faut-il fournir également des soins primaires et gériatriques ?

4.3. LA TRANSFORMATION A COMMENCÉ PAR UNE NOUVELLE DÉFINITION DE LA MÉDECINE

Ce qu'est une « médecine de qualité » selon la VHA⁹ :

« Une médecine de qualité, ce sont des soins dont l'efficacité est démontrée, dispensés quand ils sont nécessaires, délivrés de façon compétente et diligente, au moment opportun, au moindre coût et au moindre risque. »

La VHA a amorcé un processus de changement en profondeur. L'objectif de cette transformation était de passer d'un système hospitalier vétuste à un système innovant, combinant ville et hôpital, et centré sur le patient. Selon le Dr Jonathan B. Perlin, en charge de la VHA de 2002 à 2006, celle-ci a mis en œuvre avant l'heure les recommandations de l'*Institute of Medicine*¹⁰. Elle a introduit la médecine fondée sur la preuve¹¹, le déploiement généralisé d'un dossier médical électronique, le système de code-barres pour les médicaments à l'hôpital, avec les résultats que l'on sait (voir chapitre V).

Nous avons identifié quatre facteurs de réussite dans cette entreprise de transformation : la présence d'une personne aux mains libres pour agir, une fenêtre d'opportunité, une nouvelle organisation des soins et l'accent mis sur la qualité.

⁹ G Barbour, *Redefining a Public Health System: How the Veterans Health Administration Improves Quality Measurement*, 1996.

¹⁰ Perlin JB, Kolodner RM, Roswell RH. 828-3 *The Veterans Health Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care*. Am J Manag Care. 2004 Nov; 10(11 Pt 2): 828-36.

¹¹ Evidence-based medicine, EBM.

4.3.1. « *The right man in the right place* »

Le sous-secrétaire Ken Kizer, nommé à la VHA en 1994, est, de l'avis de tous, le véritable responsable de cette évolution. « *Champion infatigable de la transformation* », le Dr Kizer, certes doté d'importantes qualités personnelles, a également bénéficié d'une situation favorable¹².

Ken Kizer a succédé à des dirigeants qui ont été « bloqués » dans la mise en œuvre de leurs propres réformes par une certaine fidélité envers leurs anciens collègues. Il a su mettre en place une équipe de leaders mixte, comprenant à la fois quelques collègues « issus du sérail » et des figures nouvelles.

Le Dr Kizer a bénéficié d'une « fenêtre d'opportunité ». Le Congrès voulait un vrai changement. En 1996, une nouvelle loi (*Veterans Health Care Eligibility Reform Act*) a permis d'entreprendre une restructuration complète de la VHA, la faisant passer d'un système purement hospitalier à un réseau diversifié de soins. Les organisations de *Veterans* étaient favorables à cette évolution. C'était le cas également de la VHA.

Kizer avait précédemment dirigé plusieurs types d'organisations de santé, ce qui lui donnait une expérience très complète. Il fut chef d'un service hospitalo-universitaire important, puis directeur de l'assureur HMO Kaiser Permanente en Californie, et enfin responsable du système de santé de l'État de Californie.

Il a pris soin d'instaurer un véritable dialogue avec les députés et sénateurs, les traitant comme des partenaires et non comme des adversaires.

Le Dr Ken Kizer

Architecte de la transformation de la VHA, le Dr Kizer est actuellement le président de Medsphere Systems, une société qui commercialise les logiciels conçus à la VHA. Originaire de Californie, le Dr Kizer a fait ses études à Stanford puis à la Faculté de médecine de UCLA et est certifié dans six spécialités médicales. Il a exercé le métier d'urgentiste, enseigné à la faculté de médecine de UC Davis et USC, et écrit ou co-écrit des centaines d'articles médicaux. Le Dr Kizer a dirigé les services de santé de l'État de Californie pendant plus de cinq ans, a été administrateur de deux HMO et président d'une fondation médicale américaine majeure. Il a fondé l'« International wilderness medical society ».

¹² Gary Young, *Transforming Government: The Revitalization of the Veterans Health Administration*, June 2000, VAHSRDS, School of Public Health, Boston University.

Finalement, les difficultés de la tâche et les divergences d'intérêts entre les parties ont coûté son poste au Dr Kizer. Son mandat fut prolongé de 9 mois sans que sa reconduction ait pu être officiellement entérinée. Kizer a fini par démissionner en 1999. Il est alors retourné en Californie où il dirige aujourd'hui une société, Medsphere, qui commercialise les logiciels édités par... la VHA !

4.3.2. Une vision et une feuille de route

Après plusieurs mois de rencontres et de réunions, le Dr Kizer et ses plus proches collaborateurs publient deux documents, dont l'importance est encore reconnue. En février 1995, « *La Vision du changement* », véritable feuille de route de la transformation, propose une philosophie, des principes de changement et un cadre organisationnel. La vision proposée par la nouvelle équipe est révolutionnaire. Elle accorde une importance capitale à la consultation externe par rapport à l'hôpital. Elle place l'exigence de qualité et les systèmes d'information au centre du dispositif. En janvier 1996, ils publient une seconde note plus opérationnelle, intitulée « *La prescription du changement* ». Elle est porteuse d'un grand défi : « *la VHA doit désormais fournir un niveau de soins au moins égal, si ce n'est supérieur, à ce qui est proposé par ailleurs dans la même région* ».

Principe n° 1 : une vision nouvelle :

- l'activité de la VHA est la santé et non le management des hôpitaux ;
- la santé consiste principalement en une activité de consultation externe ;
- le succès d'un système de santé dépend de la gestion de l'information ;
- la santé doit être au service des patients ;
- la santé doit être responsable ;
- la formation médicale et la recherche doivent répondre au bien public.

Principe n° 2 : le changement doit être collaboratif. Les managers doivent y participer.

Principe n° 3 : le management doit être en phase avec les grandes tendances de la société : l'explosion de la recherche biomédicale, le passage à une société de l'information, le vieillissement de la population des *Veterans*.

Principe n° 4 : les managers seniors doivent s'impliquer personnellement dans le choix du personnel.

Principe n° 5 : il faut assigner des objectifs élevés.

Principe n° 6 : le droit à l'erreur de stratégie est reconnu.

Principe n° 7 : il faut anticiper les problèmes.

4.3.3. La mise en place d'organisations régionales, financées en fonction du nombre de patients enregistrés

La création des *Veterans Integrated Service Networks* (VISN)

La rapidité du changement était impérative pour faire évoluer les mentalités. Une nouvelle structure devait marquer ce nouveau départ. L'objectif du siège n'était plus de gérer, mais d'élaborer des plans et des politiques, et également de fournir un soutien technique aux équipes sur le terrain. Ses effectifs ont été réduits d'un tiers. La nouvelle stratégie était double : coordonner les établissements entre eux à l'échelon régional et déplacer une partie des soins de l'hôpital vers la ville.

La VHA a été réorganisée en 22 territoires¹³, dénommés *Veterans Integrated Service Networks* (VISN). Les VISN sont constitués chacun d'un ensemble de structures, d'établissements, de services et de professionnels. Chaque VISN ou région est doté d'un directeur. Un tiers d'entre eux est recruté à l'extérieur de la VHA.

La VHA a introduit la médecine générale au sein des centres de santé locaux, une définition de soins standardisée et un monitoring des patients à domicile grâce aux lignes téléphoniques. La VHA comptait moins de 200 centres de santé

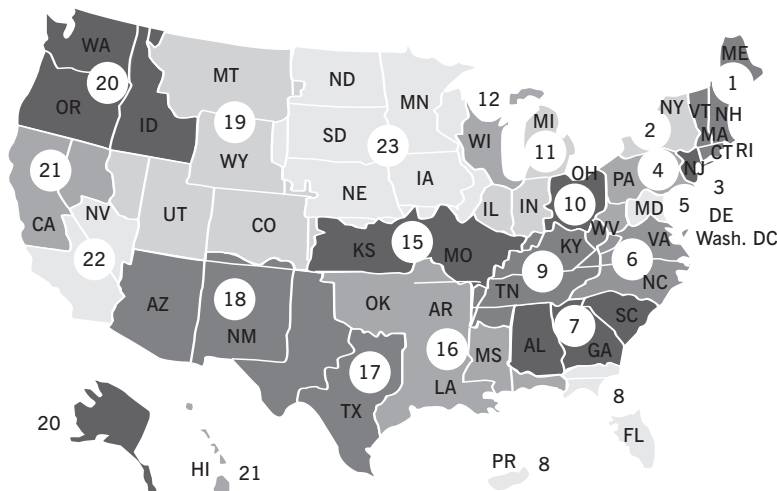
¹³ Ce chiffre a été ramené depuis à 21.

externes en 1996 ; il en existe désormais 850, ce à quoi il faut ajouter plus de 300 autres centres dédiés au long séjour et à des programmes d'assistance à domicile. En moyenne, une région comprend actuellement 7 à 10 hôpitaux, 25 à 30 centres de consultations et 4 à 7 maisons médicalisées de long séjour.

La planification, la budgétisation et la fourniture des soins sont désormais pensées au niveau de chaque VISN. Les régions sont en concurrence entre elles, les résultats étant examinés région par région. Mais elles sont aussi solidaires puisque les VISN ont une obligation de coordination des soins.

Ce système est spécifique aux *Veterans*. Il n'est reproduit nulle part aux États-Unis. En France, s'il existe effectivement des « agences régionales d'hospitalisation », celles-ci n'ont pas en charge la coordination des soins pour l'ensemble de la population d'une même région, puisqu'elles ne se consacrent qu'à l'hôpital. Quant aux dépenses de santé de l'assurance maladie, toujours en France, leur évolution est déterminée, non pas par les besoins d'une population régionale à soigner, mais par un objectif de croissance annuelle nationale à ne pas dépasser (ONDAM)¹⁴.

Découpage de la VHA en 21 régions opérationnelles



¹⁴ ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie. Il est fixé chaque année dans la loi du financement de la Sécurité sociale.

Une politique de financement proportionnelle au nombre de patients enregistrés.

Le financement de la VHA est fonction désormais, non pas du budget de ses structures, mais des besoins de la population. Elle ne cherche pas à financer ou à justifier le maintien de « X » centres médicaux ou hospitaliers existants, mais à organiser l'offre de soins en fonction des besoins de la population et de son profil médical. Grâce à l'outil « *Veterans Equitable Resource Allocation* » (VERA), les directeurs de chaque région bénéficient d'une enveloppe dont le montant est fonction du nombre de patients traités dans la région **au cours de l'année précédente**.

Les patients sont classés dans l'une de trois catégories budgétaires : utilisateur rare, régulier, complexe. L'utilisateur rare consomme un budget annuel minime, au contraire de l'utilisateur complexe qui, lui, absorbe un budget considérable : 96 % de la population bénéficie de 62 % du financement pour les soins de base ; 4 % de la population est bénéficiaire de 38 % des fonds, alloués pour « soins complexes ».

En donnant aux directeurs régionaux le pouvoir de décision, la responsabilité de la qualité et de la maîtrise des coûts, la nouvelle structure s'est dotée d'un important potentiel d'expérimentation. De nouvelles idées ont pu circuler. Lorsque deux structures ou plus étaient proches les unes des autres, la région les a fusionnées. Cela s'est produit à 45 reprises. Les soins primaires et la prévention se sont, eux, vus renforcés.

4.3.4. La VHA a placé l'exigence de « qualité » au cœur de son organisation

Définir la qualité et la mesurer sont devenus deux éléments prioritaires dans cette réorganisation. L'une des premières modifications dans l'organisation du siège a consisté, en 1990, à renforcer le bureau de l'Assurance qualité en le faisant dépendre directement du sous-secrétaire à la Santé des *Veterans*. Mais tout restait à faire. Les professionnels se méfiaient de la collecte des données, craignant les éventuelles mesures punitives. De toute façon, ils ne connaissaient pas le concept de mesure de la qualité. L'institut national d'accréditation des hôpitaux, le JCAHO, était perçu comme un adversaire. Il n'y avait pas de référentiels scien-

tifiques fiables, pas plus que de modèles d'ajustement des mesures selon le niveau de risque des cas. Le nouveau bureau de la qualité, quant à lui, souffrait d'un déficit de notoriété.

En décembre 1990, c'est tenu la réunion annuelle des dirigeants nationaux de la VHA. Le nouveau bureau de la qualité a fait part de sa volonté de faire de la VHA, en cinq ans, un leader sur le plan de la qualité, moyennant trois directives : la

« Il est apparu nécessaire
aux yeux de tous
d'introduire des mesures
de qualité simples
et systématiques »

qualité doit être assurée dès la première consultation ; l'amélioration de la qualité doit être fondée sur des critères objectifs ; les professionnels de santé doivent avoir un retour rapide de la mesure de leur performance. Ce dernier point représentait un changement considérable. Jusqu'alors les don-

nées partaient de la base pour remonter à Washington, sans *feedback* aux gens sur le terrain. Or les professionnels de santé souhaitaient connaître leurs données individuelles et les comparer à celles de leurs collègues. C'est désormais le cas.

Ensuite, les managers de la VHA ont adopté et adapté le concept de « *total quality management* » ou « management de qualité totale », apparu aux États-Unis dans le domaine industriel. Ils ont, dans un premier temps, tenté de faire suivre une formation aux responsables de centres médicaux, mais les professionnels de santé n'ont pas vu l'intérêt d'une telle démarche. Les choses n'ont changé qu'à la suite d'une série de reportages diffusés dans les médias, révélant les mauvais résultats de certains centres. Dès lors, le Congrès s'est fait plus insistant sur la nécessité d'améliorer la qualité des établissements.

La VHA a répliqué sur plusieurs fronts. La recherche a été développée et les travaux cliniques multipliés, aboutissant à de nombreuses publications dans des revues et des congrès de haut niveau. En 1992, la VHA a pu, pour la première fois, comparer ses propres résultats à ceux des hôpitaux universitaires dans un domaine précis : la chirurgie de la prostate. Elle a ainsi pu observer que ses résultats étaient aussi bons pour un coût moindre d'un tiers. D'autre part, et

L'EXEMPLE INATTENDU DES *VETS* :
COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

c'est le plus important, il est enfin apparu aux yeux de tous comme nécessaire d'introduire des mesures de qualité simples et systématiques.

Restait alors à la VHA à mettre en place des indicateurs, à grouper les résultats par grandes procédures et/ou par pathologies, à mettre l'accent sur les soins primaires et à comparer les chiffres nationaux, régionaux, locaux et individuels.

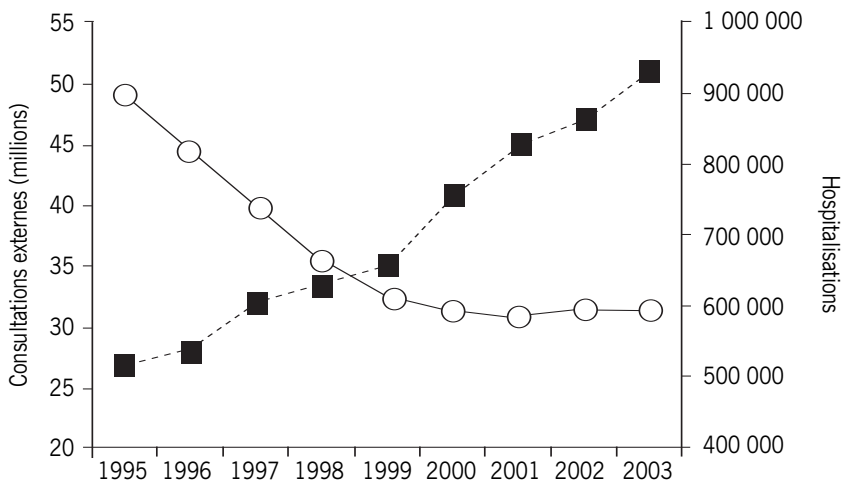
CHAPITRE V

DE NOMBREUX INDICATEURS ATTESTENT LE NIVEAU DE QUALITÉ DE LA VHA

5.1. UNE TRANSFORMATION EN PROFONDEUR

Les *Veterans* ont effectivement réussi leur pari de créer un système de santé performant.

**Diminution des admissions à l'hôpital (ligne continue)
et croissance des consultations externes (pointillé)
dans le *Department of Veteran Affairs*, de 1995 à 2003**



Healthcare Papers 2005, Vol. 5 No.4, Perlin & coll. p. 12

Les résultats les plus visibles de cette réussite sont le doublement du nombre de patients et la création *ex nihilo* d'une médecine de ville. Alors que le nombre de *Veterans* a augmenté de 75 % entre 1995 et 2000, les hôpitaux des *Veterans* sont passés de 92 000 à 53 000 lits. En 2000, il n'y avait plus qu'une hospitalisation pour 49 consultations, comparée à une hospitalisation pour 29 consultations en 1995. Cette baisse a été accompagnée d'une réduction des effectifs et donc du coût par patient, ainsi que d'une augmentation significative du degré de satisfaction des patients.

L'évolution de la VHA 1995-2003

- Réduction des hospitalisations de 36 %
- Fermeture de lits hospitaliers « aigus » de l'ordre de 55 %
- Réduction des journées d'hospitalisation de 68 %
- Augmentation de 35 % à 75 % de la part de la chirurgie ambulatoire dans les actes chirurgicaux
- Réduction des effectifs de 12 %
- Réduction du coût par patient de 25 % (en dollars constants)
- Augmentation, depuis 2001, du taux de satisfaction chez 80 % de patients

5.2. DES RÉSULTATS MEILLEURS QUE CEUX DU SECTEUR PRIVÉ AMÉRICAIN

• Aussi bien selon des indicateurs multiples...

Comment comparer les résultats des *Veterans* avec ceux d'autres systèmes « non intégrés » ? Steven Asch et Elizabeth McGlynn du *Rand Institute*¹⁵ ont publié une étude¹⁶ qui compare les indicateurs de qualité pour deux groupes de patients, ceux des *Veterans* et ceux de non-*Veterans*, dans douze villes américaines. La population des non-*Veterans* devait fournir un exemplaire de leur dossier médical individuel, par l'intermédiaire des médecins. Chez les *Veterans*, les données médicales étaient directement extraites de leur système informatisé. 348 indicateurs ciblant 26 pathologies ont été exploités.

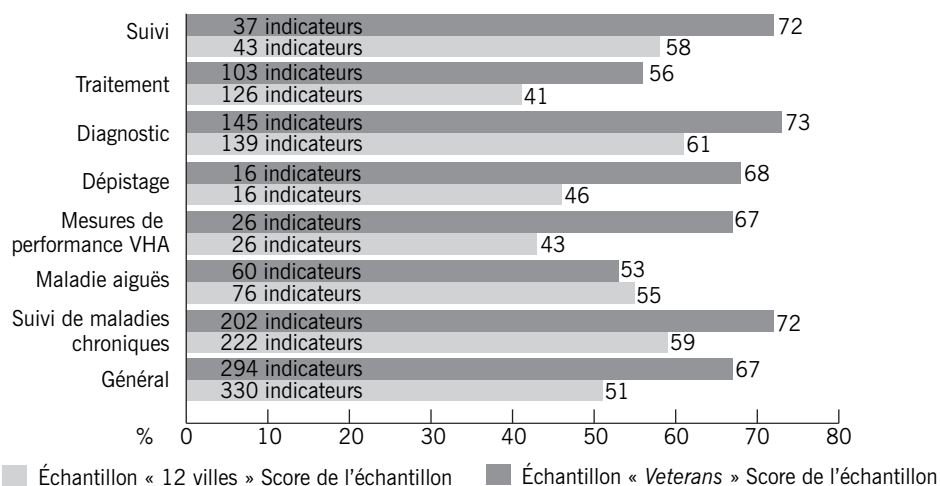
¹⁵ Le *Rand Institute* est une organisation indépendante et à but non lucratif, très connue aux États-Unis. Il réalise des recherches sur des thèmes d'intérêt public.

¹⁶ 21 December 2004 *Annals of Internal Medicine*, Vol 141, Number 12, Asch et coll, *Comparison of Quality of Care for Patients in the Veterans Health Administration and Patients in a National Sample*.

Après homogénéisation, les deux groupes (596 *Veterans* et 992 non-*Veterans*, des hommes âgés de 35 ans et plus) ont été considérés comme comparables sur le plan statistique¹⁷. D'après les résultats de l'étude, les *Veterans* sont mieux soignés que les non-*Veterans* dans presque tous les cas. La moyenne, tous indicateurs confondus, du respect des critères de qualité est de 67 % chez les *Veterans* contre 55 % pour l'échantillon national.

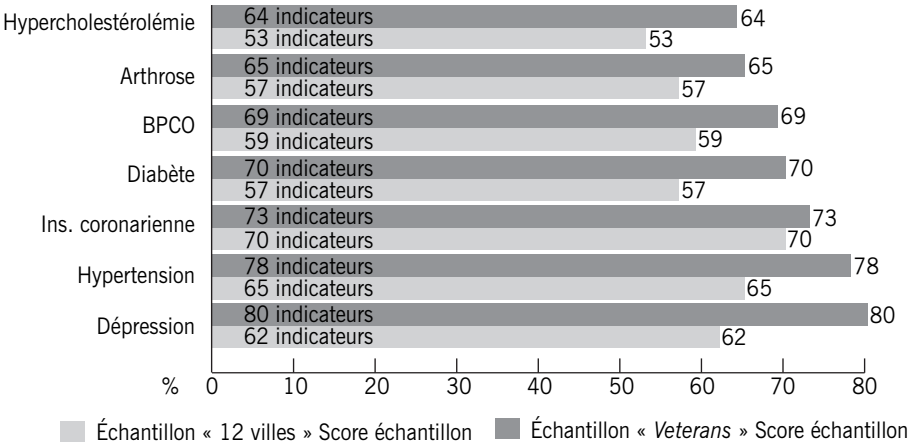
S'agissant des pathologies chroniques, le degré de respect des référentiels constaté par les chercheurs, penche clairement en faveur des *Veterans*. Plus la pathologie est complexe et plus la comparaison joue en faveur du système des *Veterans*. La différence la plus importante est constatée dans le traitement de la dépression (13 à 40 indicateurs) avec 80 % de respect des référentiels chez les *Veterans* et 62 % seulement pour la médecine libérale. La différence la plus faible entre les deux populations est constatée dans l'arthrose (3 indicateurs), avec 65 % pour les *Veterans* et 57 % pour la médecine libérale. Les résultats penchent encore plus lourdement en faveur des *Veterans* dans le domaine du dépistage (68 % de respect des référentiels chez les *Veterans* contre 48 % pour la médecine libérale). Il n'y a qu'un seul domaine où le système de soins national dépasse légèrement celui des *Veterans* : les maladies aiguës. Le système des *Veterans* est, en effet, davantage axé sur la prévention et sur les pathologies chroniques que sur la prise en charge des affections aiguës.

Veterans et non-Veterans : comparaison des indices de qualité



¹⁷ En dehors d'une plus grande prévalence d'arthrose chez les *Veterans*, ainsi que d'un nombre plus important de consultations par an (9,2 contre 7,9).

Veterans et population générale : comparaison des indices de qualité



... que d'après des indicateurs uniques

S'agissant des indicateurs ne portant que sur une seule mesure, les performances des *Veterans* se révèlent encore une fois supérieures. Si les résultats du secteur libéral américain semblent élevés pour certains, rappelons qu'ils n'ont pas fait l'objet d'un audit externe comme c'est le cas chez les *Veterans*.

| Indicateur de performance | Résultats 2005 VHA | Résultats Secteur privé US |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| Dépistage du cancer du sein | 86 % | 73 % |
| Dépistage du cancer cervical | 92 % | 81 % |
| Dépistage du cancer colorectal (52-80 ans) | 76 % | 49 % |
| Bétabloquant prescrit post-infarctus | 98 % | 96 % |
| Diabète : | | |
| • HgbA1c mesuré dans l'année | 96 % | 87 % |
| • HgbA1c bien contrôlé | 83 % | 69 % |
| • Cholestérol LDC-C mesuré | 95 % | 91 % |
| • LDL-C < 130 | 82 % | 65 % |
| • LDL-C < 100 | 60 % | 40 % |
| • Examen oculaire | 79 % | 51 % |
| • Examen rénal | 66 % | 52 % |
| • HTA < 14/9 | 77 % | 67 % |
| Vaccination anti-grippe : | | |
| • 65 ans, ou haut risque | 75 % | 39 % |
| • pneumocoque, si haut risque | 89 % | — |

• Le diabète

Environ 4 à 5 % de la population¹⁸ souffrent de diabète en France¹⁹. Ce chiffre s'élève à 7 % en moyenne aux États-Unis et est de l'ordre de 20 % chez les *Veterans*²⁰, soit plus d'un million de personnes. Les *Veterans* américains « bénéficient » des statistiques portant sur le plus grand groupe de diabétiques étudié dans le monde. Les « *Guidelines* du diabète » de la VHA ont été les premières aux États-Unis à intégrer la mesure des résultats et le programme de dépistage du diabète est soumis à un audit externe permanent de sa qualité.

L'approche du diabète chez les *Veterans* comprend : les soins, l'éducation du patient, la formation des professionnels avec la mise en œuvre de *guidelines*, l'évaluation épidémiologique, la recherche fondamentale, la recherche clinique, la recherche portant sur l'organisation des soins. En octobre 2005, la VHA a lancé un programme national de télé-imagerie de la rétine chez le diabétique.

Résultats 2005 pour le diabète chez les *Veterans*

- 85 % des patients diabétiques ont subi un dosage d'HbA1c annuel
- 73 % des patients diabétiques ont un niveau d'HbA1c < 8 %
- Taux de LDL-C < 120 mg/dl chez 77 % des patients diabétiques
- Tension artérielle < 14/9 chez 75 % des patients diabétiques
- Examen du pied effectué chez 83 % des diabétiques

« Les résultats des *Veterans* dans le traitement du diabète sont spectaculaires. Aucun système en Europe ou en Amérique du Nord ne s'en approche »

Comme les chiffres ci-dessus le démontrent, les résultats des *Veterans* dans le traitement du diabète sont spectaculaires. Aucun système de soins en Europe²¹ ou en Amérique du Nord ne s'en approche même de loin.

¹⁸ International Diabetes Federation, 2003 : "*Diabetes Atlas, Second Edition.*"

¹⁹ 90 à 95 % sont du diabète de type 2 qui survient avec l'âge, chez des personnes prédisposées ayant une mauvaise hygiène de vie.

²⁰ Le diabète est indirectement corrélé au niveau socio-culturel par le manque d'exercice physique et une nourriture mal adaptée que l'on trouve dans les milieux défavorisés.

²¹ Voir l'étude française ENTRED page 47, <http://www.invs.sante.fr/publications/entred/resultats.html>.

En 2006, pour lutter contre le diabète, la VHA et le département de la Santé américain ont initié : un nouveau programme de formation des *Veterans* et de leurs familles, des programmes de lutte contre le surpoids, de nouvelles recherches sur les facteurs de risque et la mesure de la performance du système.

• La télé médecine

La télé médecine permet une prestation de soins de santé à distance²², en rapprochant le patient des professionnels compétents à l'aide de technologies de type électronique. Elle présente plusieurs avantages : la lecture de radiographies à distance par un spécialiste de l'organe examiné est meilleure que celle faite localement par un radiologue non spécialisé ; la pratique de l'électrocardiogramme à distance facilite le dépistage des anomalies à moindre coût ; la surveillance à domicile d'un insuffisant respiratoire ou d'une femme enceinte hypertendue améliore les résultats cliniques. Or, aux États-Unis (comme en France), le recours à la télé médecine est marginal, sauf... chez les *Veterans*.

Chez les *Veterans* atteints de pathologies sérieuses (diabète, insuffisance cardiaque, BPCO, dépression et stress post-traumatique, traumatisme de la colonne vertébrale), la pratique de la télé médecine, sous forme de surveillance à distance, est désormais courante. Chacune des 21 régions est dotée d'un responsable de « la coordination des soins » qui met en œuvre des moyens appropriés en collaboration avec le système informatique national des *Veterans*. Les patients peuvent donc déménager n'importe où sur le territoire américain tout en conservant le même niveau de soins.

L'outil de télé-coordination le plus simple utilisé chez les *Veterans* est le « *Health Hero* », une télécommande avec 4 touches. L'appareil permet au *Veteran* de répondre à des questions personnelles simples, comme son poids, son taux de glycémie s'il est diabétique, le nombre d'oreillers utilisés la nuit s'il est insuffisant cardiaque... Les réponses sont transmises à un infirmier-coordonateur par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique ordinaire, car le haut débit est moins implanté aux États-Unis qu'en France et la population des *Veterans* est parmi les moins reliées au haut débit. Le coordinateur suit les courbes de résultats et contacte le patient en cas d'évolution préoccupante.

²² <http://www.ifremmont.com/ifrelab/index.php?2006/01/01/3-tmt>

V. DE NOMBREUX INDICATEURS ATTESTENT LE NIVEAU DE QUALITÉ DE LA VHA

Les *Veterans* ont adopté d'autres systèmes permettant, toujours à l'aide d'une ligne téléphonique classique, de tenir des conférences vidéo entre le patient et un professionnel de santé et/ou de mesurer à distance divers paramètres cliniques.

Comme le montre l'étude comparative ci-après²³, le groupe de patients bénéficiant du *telemonitoring* a vu réduire le nombre de ses hospitalisations, de ses longs séjours et de ses visites aux urgences.

| Groupe de patients <i>Comparaison par rapport à l'année précédente</i> | Admission à l'hôpital | Journées d'hospitalisation | Admissions long séjour | Journées long séjour | Visites aux urgences | Consultations externes | Pharmacie |
|---|-----------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------|
| Groupe de soins classiques N = 1 120 | + 27 % | + 32 % | + 11 % | + 18 % | + 22 % | + 19 % | + 37 % |
| Groupe bénéficiant du telemonitoring N = 281 | - 60 % | - 68 % | - 81 % | - 94 % | - 66 % | - 4 % | - 59 % |

Alors que la population traitée par la VHA a été multipliée par 2,5 en cinq ans, le nombre de patients admis en séjour de longue durée a, lui, très peu augmenté. Le recours à la télésanté se traduit donc par la diminution du nombre de patients dans les maisons de long séjour.

Évolution du nombre de *Veterans* (patients longue durée) soignés hors et dans les institutions

| Soin de longue durée (recensement moyen par jour) | 2000 | 2005 |
|--|----------------|----------------------------|
| Hors institution | 14 111 (26 %) | 30 372 (40 %) |
| Institutionnels | 36 725 (74 %) | 41 280 (60 %) |
| Recensement total | 53 836 (100 %) | 71 652 (100 %) (+ 30 %) |

La mesure des résultats globaux par région géographique encourage la pratique de la télémédecine, car c'est une donnée objective qui contribue à améliorer la santé

²³ R Kobb, N Hoffman, R Lodge, S Kline, in. *Telemedicine Journal and e-Health*, 2003.

de la population globale et à diminuer les hospitalisations et consultations évitables, dans un système à budget tendu.

- **Les taux de mortalité**

Clôtons ce chapitre sur la question du taux de mortalité chez les *Veterans*. Est-il moins élevé que celui enregistré auprès d'autres populations, compte tenu du respect

des indicateurs de qualité ?

Une étude rétrospective publiée en 2006 a tenté d'apporter une réponse²⁴.

Les auteurs ont comparé les décès de 584 294 patients traités sous *Medicare*, le régime américain de prise en charge des patients âgés de plus de 65 ans, et de 420 514 patients appartenant aux *Veterans*. Le

« Les *Veterans* présentent un taux de mortalité significativement plus faible que le reste de la population »

verdict des statisticiens est sans appel : les *Veterans* présentent un taux de mortalité significativement plus faible que le reste de la population.

²⁴ "Risk-adjusted mortality as an indicator of outcomes: comparison of the Medicare Advantage Program with the Veterans' Health Administration". *Med Care*, Vol. 44, No. 4. (April 2006), pp. 359-365.

CHAPITRE VI

LES CONTRATS DE PERFORMANCE, CLÉS DE VOÛTE DE LA VHA

« L'amélioration permanente de la qualité fait l'objet de "contrats de performance" passés avec tous les acteurs »

Compte tenu de la place majeure accordée aux indicateurs de qualité dans la nouvelle VHA, il était indispensable de mettre en place des outils internes qui incitent à l'exigence de qualité. Les bons résultats enregistrés par la VHA en ce domaine sont liés au fait que l'amélioration permanente de la qualité fait l'objet de « contrats de performance » passés avec tous les acteurs.

6.1. LES ACCORDS DE PERFORMANCE SOUS CONTRAT

Le **système de mesure de la performance** de la VHA introduit des objectifs quantifiables et des indicateurs de performance au quotidien. Les groupes de travail dédiés à la mesure de la performance sont codirigés par des administratifs et des cliniciens. Le système est fondé sur des **contrats** passés entre le professionnel et l'établissement. Des accords de performance (*performance agreements*) assurent l'alignement entre les objectifs et les actions menées par l'organisation.

Depuis 1995, un contrat de performance annuel a été mis en place entre le sous-secrétaire et les dirigeants des 21 régions. Les résultats du contrat de performance sont révisés trimestriellement et diffusés au sein de la VHA, auprès du Congrès, aux associations de *Veterans* et au bureau du Management et du Budget.

6.2. LA MISE EN PLACE DE *CHECK-LISTS* ET D'INDICATEURS À RESPECTER

Malgré tous les défauts potentiels d'un outil d'évaluation de performance des professionnels de santé, la VHA ne pouvait pas échapper à sa mise en place. Si elle ne démontrait pas sa performance, le Congrès supprimerait son budget. La VHA a ainsi commencé par inventer le QUIC ou *check-list* d'amélioration de la qualité, une *check-list* clinique et une *check-list* administrative.

La première *check-list* clinique portait sur les thèmes médicaux mesurables suivants :

- délai avant administration de thrombolytiques aux urgences ;
- durée de séjour pour certaines pathologies ;
- taux de mortalité ;
- problèmes liés au laboratoire ;
- problèmes de salles d'opérations.

La *check-list* administrative portait sur les plannings et l'utilisation des ressources. Par la suite, les *check-lists* se sont régulièrement affinées.

| Objectif de la VHA | Thématique d'évaluation |
|---------------------------------|--|
| Qualité (efficacité, sécurité) | Indices de prévention (vaccins, cancers, dépistage des drogues, tabac) Indices de mesure de l'état des malades chroniques (cœur, poumon, BPCO, diabète) Soins palliatifs (gestion de la douleur) |
| Accès aux soins | Délais d'attente des rendez-vous % de patients vus dans les 20 minutes de leur rendez-vous |
| Satisfaction du patient | Perception bonne ou excellente |
| Fonctionnalité | % des patients ayant un trauma médullaire ou SDF qui redeviennent autonomes |
| Participation à la connaissance | Recherches et publications |
| Coût-efficacité | Respect des budgets |

6.2.1. Des objectifs annuels et par région

Deux programmes sont menés conjointement par le département qualité et performance des *Veterans* : la mesure de la performance et la collaboration avec le

Conseil national des recommandations pour la pratique clinique permettant de définir les référentiels. L'évolution des objectifs est le fruit d'un dialogue entre le département qualité et les équipes opérationnelles dans les régions, d'une part, et des experts « de l'extérieur » issus de la communauté scientifique, d'autre part. Le département qualité et performance recherche des objectifs « ambitieux, porteurs de transformation ». Selon ses propres responsables, il n'est pas rare que la VHA soit « plus exigeante que les sociétés savantes, en termes de définition des référentiels de qualité ».

| Indicateur de performance | Objectifs 2007 |
|--|----------------|
| Dépistage du cancer du sein | 85 % |
| Dépistage du cancer cervical | 85 % |
| Dépistage du cancer colorectal (52-80 ans) | 75 % |
| Bêtabloquant prescrit après infarctus | Acquis |
| Diabète : | |
| • HgbA1c mesuré dans l'année | Acquis |
| • HgbA1c bien contrôlé | 85 % |
| • Cholestérol LDC-C mesuré | Acquis |
| • LDL-C < 130 | 83 % |
| • LDL-C < 100 | 68 % |
| • Examen oculaire | 82 % |
| • HTA < 14/9 | 77 % |
| Immunisation anti-grippe : | |
| • 65 ans, ou haut risque | |
| • pneumocoque, si haut risque | 85 % |
| Satisfaction patient : | |
| • Hôpital | 76 % |
| • Consultations externes | 77 % |

Par ailleurs, la VHA fait effectuer des audits externes par des experts indépendants. Ce programme de revue par les pairs ou *External Peer Review Program* consiste en l'examen de la conformité des données cliniques par rapport aux référentiels. Ces audits physiques viennent compléter le contrôle des données informatisées. La réalisation par la VHA de l'audit de son personnel médical à l'échelle nationale est, à notre connaissance, unique.

6.2.2. Des programmes de recherche portant sur la qualité des soins

La définition des objectifs de qualité médicale, de satisfaction du patient, et de maîtrise des coûts requiert un effort continu de recherche et développement sur la qualité. Huit programmes VHA dits QUERI (*Quality enhancement research initiatives*) portent sur les bonnes pratiques.

Comme nous venons de le voir, le principal moteur de la performance de la VHA a été la mise en place d'un système d'indicateurs et de mesures, qui répond à une obligation de résultats exigée par le Congrès américain. Mais le succès ne serait pas au rendez-vous sans la présence d'autres éléments fondamentaux : des systèmes d'information, une politique de ressources humaines et un esprit de « mission » qui anime les collaborateurs du système VHA.

CHAPITRE VII

L'INFORMATISATION MÉDICALE CHEZ LES *VETERANS*

Le système d'informatisation médicale des *Veterans* est quasi unique au monde. Il s'appelle *VistA (Veterans Health Information Systems and Technology Architecture)* et comprend plus de 100 applicatifs. La plupart des hôpitaux et centres de consultation fonctionnent au « tout électronique ». Ils n'ont qu'un seul cahier papier avec des documents signés à l'encre par le patient, qui contient les procédures de consentement et les instructions du patient en cas de fin de vie ou de dons d'organes.

VistA se résume, pour les non-initiés, à deux pans essentiels : le dossier médical électronique ou CPRS (*Clinical Patient Record System*) créé en 1997, après sept ans d'efforts, et le système des codes-barres, comprenant l'un et l'autre de très nombreux applicatifs. Le dossier médical électronique des *Veterans* inclut la totalité des informations, images, examens, prescriptions et autres actes médico-chirurgicaux effectués par les professionnels de la VHA. Le système de codes-barres assure la distribution du bon médicament à la bonne personne au bon moment.

LE DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE

Seule la VHA a généralisé un dossier médical informatisé unique à l'hôpital et à la ville

Le dossier médical électronique des *Veterans* facilite le contrôle d'interactions médicamenteuses et de réactions allergiques, l'enregistrement des notes lors des consultations, la prescription médicale, la programmation de rendez-vous, la programmation et l'archivage d'examens de laboratoire et d'imagerie, la programmation de rappels d'actions de prévention ou de suivi. C'est un dossier médical électronique très complet²⁵.

²⁵ Pour des illustrations concrètes, cf. annexes 2, 3 et 4.

« La VHA a généralisé un dossier médical unique qui permet à tous les professionnels concernés par un même patient d'avoir accès aux mêmes données »

Ce dossier électronique est exclusif à la VHA. Tous les professionnels concernés par un même patient ont accès aux mêmes données, ce qui est à peu de chose près sans équivalent au monde. Le principe consiste à fournir une interface, très visuelle, identique à l'hôpital et à la ville, permettant aux professionnels de connaître l'histoire du patient, la mise à jour de son dossier et de formuler toutes les prescriptions :

de médicaments, de régimes, de procédures et d'examen en tous genres. Il est aussi bien adapté à l'hôpital qu'à la ville et aux maisons de long séjour. Il y a donc un seul dossier médical électronique pour l'ensemble de la VHA.

Il est par ailleurs de maniement aisé. Sa page de garde, qui fait office de synthèse, permet un accès direct au récapitulatif des problèmes en cours, des allergies, des traitements, des résultats, des signes vitaux, de l'historique des hospitalisations et des consultations. La consultation de la page de garde du CPRS des *Veterans* est rendue plus simple que celle d'un dossier papier, toute l'information y est organisée en toute clarté de sorte que l'on puisse y accéder très facilement. Cette « page de synthèse » du dossier médical électronique permet au professionnel de tout voir en un seul coup d'œil et de cliquer sur l'onglet qui l'intéresse²⁶.

Les résultats sont disponibles en chiffres et sous forme de graphiques et consultables par période, par patient ou par centre médical. Les images sont en trois dimensions et, pour certaines, animées. Le programme *Vista Imaging* fournit les applications multimédias du dossier. CPRS intègre les informations du dossier classique et les images radiologiques, histologiques, dentaires, quel que soit leur format.

Le système de « rappels » (*“reminder”*) permet de connaître les délais intervenus depuis le dernier examen, vaccin, etc. Les rappels ont pour objectif de relier les données réelles aux règles de bonne pratique. Il permet aussi d'alerter les méde-

²⁶ Cf. annexe 2.

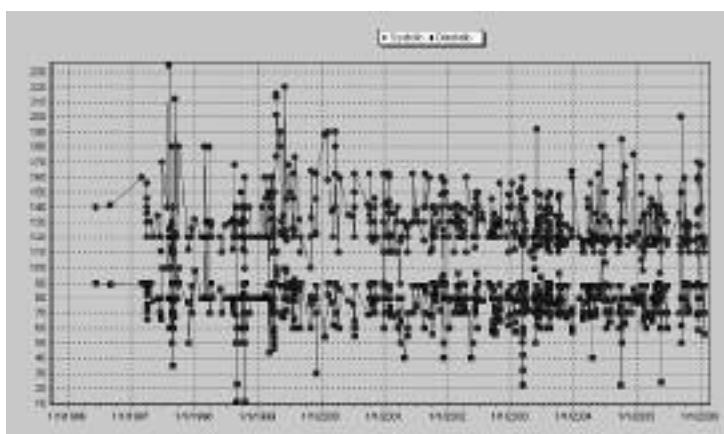
cins concernés. Ce système a permis de sauver 6 000 vies, grâce à l'amélioration du taux de vaccination contre la grippe chez les *Veterans* à risque, et ainsi de réduire de moitié le nombre d'hospitalisations et de faire 40 millions de dollars d'économies par an.

Le système est facile à étendre, puisque les serveurs sur lesquels sont hébergées les données peuvent être dédoublés. Lorsque l'ouragan Katrina a détruit deux centres médicaux, les dossiers de quelque 40 000 *Veterans* concernés ont été immédiatement accessibles aux professionnels partout ailleurs aux États-Unis.

Le système CPRS étant opérationnel depuis dix ans, la VHA bénéficie d'une base de données importante. 577 000 nouveaux documents, 900 000 prescriptions, 600 000 images sont incorporés chaque jour ouvré²⁷. La VHA disposait, par exemple, des informations lui permettant de suspendre la prescription de certains médicaments, bien avant que l'ordre de retrait du marché n'ait été donné par la *Food and Drug Administration* (FDA).

À titre d'exemple, on trouvera ci-après un graphique portant sur la pression artérielle d'un patient sur une période de 10 ans. Ce graphique, qui peut être obtenu pour tous les patients d'un même professionnel de santé ou d'une même équipe, permet d'affiner les analyses sur l'efficacité de chaque centre.

Graphique représentant la pression artérielle d'un patient sur 10 ans



²⁷ *Health Affairs*, 26 Jan 2007, w158.

L'EXEMPLE INATTENDU DES VETS : COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Le module le plus récent du CPRS s'appelle « *My HealtheVet* ». Lancé fin 2006, *My HealtheVet* permet au patient d'accéder à une copie de son dossier. La VHA a décidé d'un lancement par étapes en commençant par intégrer les éléments les plus facilement compréhensibles, avant d'inclure progressivement tous les autres. L'objectif est de fournir au *Veteran* une synthèse, le rappel des actions à mener et la possibilité de commander des médicaments en ligne, ainsi que de prendre rendez-vous et consulter de l'information éducative. Un effort important est fait pour que le patient voie tout de suite l'intérêt qu'il a à accéder à son dossier électronique.

Des obstacles existent cependant : le haut débit, on l'a dit, n'est pas disponible partout aux États-Unis ; les *Veterans* ne sont pas tous informatisés et ils ne s'intéressent pas nécessairement au suivi de leurs données médicales. Toutefois, un effort a été fait dans le but d'offrir un large accès à un service d'information minimal à ceux qui le souhaitent.

Par ailleurs, un système de gestion des médicaments par code-barres est utilisé à l'hôpital. Cet outil, qui peut également fonctionner sur ordinateur portable, permet de vérifier la qualité de l'ordonnance et de s'assurer que le patient a reçu le bon médicament. Les *Veterans* ont été parmi les premiers à se servir du code-barres. Après en avoir diffusé l'usage à l'ensemble des hôpitaux, les erreurs médicamenteuses ont diminué de 70 %.

Le coût du système, amorti sur les 5 millions de patients, est de 80 dollars par personne et par an. Cela correspond au budget du département informatique, 400 millions de dollars, divisé par le nombre de dossiers actifs.

Que dire du système *VistA* ? Est-il de bonne qualité ? On peut répondre ici par l'affirmative. Son rôle est plus large que celui du Dossier médical personnel (DMP, en cours de déploiement en France), puisque c'est l'ensemble du système de soins de la VHA qui est répertorié électroniquement. *VistA* est utilisé de façon identique dans des situations très variées : la consultation externe, l'hospitalisation classique, les soins intensifs, les maisons de long séjour, les soins à domicile et par tous les professionnels : médecins, infirmiers, pharmaciens et autres. Un extrait est secondairement fourni aux patients comme nous venons de le voir.

Pour autant, tout n'est pas parfait et quelques améliorations restent à faire. Certaines mesures biologiques ne sont pas appréciées partout de façon identique. Et, fait plus important, toutes les données ne sont pas hébergées en un seul lieu, ce qui complique la réalisation d'enquêtes nationales. La base de données nationale est en cours de création.

Le 10 juillet 2006, *VistA* a reçu le prestigieux prix Harvard de l'innovation, décerné par l'institut Ash de l'école d'administration publique de Harvard. Ce prix inclut une bourse de recherche de 100 000 dollars. Selon le secrétaire des *Veterans Affairs*, R.J. Nicholson, « *ce prix vient confirmer ce que les Veterans et leurs familles savent depuis des années : le fait que la VHA propose un service de la plus haute qualité dans un environnement professionnel* ».

VistA est disponible gratuitement sur décision du gouvernement américain. Il existe même une version, *WorldVistA*²⁸, qui permet aux pays qui le désirent d'adapter le logiciel *VistA* à leur propre contexte.

²⁸ *WorldVistA* est commercialisé par l'entreprise Medsphere, dirigée par Ken Kizer.

L'EXEMPLE INATTENDU DES *VETS* :
COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

CHAPITRE VIII

L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN VILLE À LA VHA

LA MÉDECINE DE VILLE EST BASÉE SUR UN TRAVAIL COLLABORATIF ENTRE ÉQUIPES DE MÉDECINS ET INFIRMIERS CHEZ LES *VETERANS*

L'une des différences fondamentales entre le système des *Veterans* et la médecine française, du point de vue de l'organisation du travail, tient en deux points :

- la présence d'objectifs médicaux à atteindre ;
- l'absence de médecine libérale, puisque tous les praticiens sont salariés.

Comment cela se traduit-il ? Si vous entrez dans un hôpital des *Veterans*, vous ne serez guère dépaycé par rapport aux hôpitaux que l'on peut trouver en France. Il n'y a aucune différence visible pour le patient. En revanche, s'agissant de la médecine de ville, la différence de pratique entre la VHA et les cabinets libéraux en France est très frappante. La médecine de ville chez les *Veterans* est pratiquée dans un lieu aux allures de maison de santé, d'un ou plusieurs étages, complétée d'un laboratoire de biologie et d'un cabinet de radiologie. On y trouve des médecins, des infirmiers, des biologistes, des radiologues. Le patient vient soit passer des examens biologiques ou d'imagerie, soit pour un rendez-vous médical. Il est reçu à l'heure, d'abord par une infirmière et ensuite par le médecin. Chacun dispose d'un créneau de 20 minutes avec le patient.

L'infirmière aura étudié le dossier du patient la veille et noté les points importants. Elle effectue les examens vitaux et parle avec lui des sujets qui le concernent (l'arrêt du tabac, son régime, ses vaccins, etc.). Elle note les points essentiels dans le dossier électronique. Le patient retourne brièvement dans la salle d'attente afin que le médecin puisse prendre, à son tour, connaissance du dossier médical électronique et échanger avec l'infirmière. Le rendez-vous de vingt minutes sera consacré à l'écoute du patient et à la définition de la stratégie à poursuivre. Le médecin, comme l'infirmière avant lui, sera guidé par des alertes électroniques

(du fait, par exemple, d'une pression artérielle élevée) et le contrôle de la qualité de l'ordonnance. Le patient sera peut-être inscrit à un cours d'éducation sur le tabagisme, l'alimentation ou autre, s'il l'accepte. Le pourcentage de volontaires étant très élevé.

L'infirmier est valorisé par un travail qui libère le médecin de tâches basiques. Ce dernier, libéré des problèmes administratifs et des tâches médicales de routine, peut ainsi pleinement se consacrer à son métier.

La reconnaissance et la formation

« La VHA a sa propre université qui propose des programmes accessibles sur son intranet, et la possibilité de suivre des formations à l'extérieur »

Le système de mesure de la performance, le travail en équipe, l'organisation de la médecine de ville, le dossier médical électronique contribuent chacun à l'efficacité et à la satisfaction du personnel de la VHA. Mais le tableau ne serait pas complet si l'on occultait deux outils intéressants :

- le « *High Performance Model* ». Il s'agit d'un outil de gestion de carrière devant permettre d'identifier et de suivre les professionnels à haut potentiel. Bon profession-

nel, compétent sur le fond, dynamique, apte au travail en équipe ? Ces points font l'objet d'un jugement sur la base d'indicateurs adaptés au poste occupé ;

- la *VA université pédagogique ou Learning University* (VALU).

La VHA a sa propre université, la VALU. Celle-ci n'est pas un institut de formation médicale continue mais un institut de formation continue sur « tous les sujets professionnels » (sciences, communication, gestion, etc.). Gérée depuis Washington DC au siège de la VHA, cette université propose des programmes accessibles sur son intranet, ainsi que la possibilité pour tous de suivre des formations à l'extérieur. L'intéressé et son superviseur identifient ensemble les formations qui lui permettront soit de réaliser au mieux sa mission actuelle au sein de la VHA soit d'évoluer vers autre chose.

CHAPITRE IX

LA NOBLE MISSION DE LA VHA

« Prendre soin de celui qui se sera comporté vaillamment dans la bataille, de sa veuve et de son orphelin. »

Abraham Lincoln

Toute organisation, qu'elle soit de nature commerciale, associative ou publique, poursuit une mission. Une déclaration de mission doit répondre à plusieurs exigences : correspondre à la réalité du travail effectué au quotidien par l'organisation ; permettre à l'individu de se projeter dans l'avenir ; être facile à comprendre et à communiquer. Et si elle est également enthousiasmante, voire noble, alors l'idéal est atteint.

L'une des grandes forces de la VHA, au-delà du fait que cette organisation sauve des vies, c'est qu'elle sauve la vie de ceux qui l'ont risquée pour défendre leur pays. C'est une cause noble, motivante et une mission qui revient sur toutes les lèvres, dès que l'on rencontre des responsables de la VHA, quelle que soit leur position dans la hiérarchie.

C'est ainsi que le département des *Veterans* a choisi pour devise une citation fameuse, tirée d'un discours d'Abraham Lincoln prononcé au début de son second mandat, alors que le pays était encore épuisé par la guerre civile. Cette devise sert de ligne directrice aux employés des *Veterans*.

Elle est complétée par d'autres textes, comme celui qui suit.

Nous nous efforcerons, aujourd'hui et demain, de satisfaire dans notre pays les besoins des anciens combattants et de leur famille :
1) en mettant encore davantage les Veterans au centre de nos préoccupations, de façon à œuvrer comme l'unique fournisseur de services de soins pour tous les hommes et femmes qui ont servi la nation ;

L'EXEMPLE INATTENDU DES VETS :
COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

2) en mettant en place des équipes de collaborateurs hautement qualifiés qui comprennent leur mission, y croient et en sont fiers ;

3) en comparant en permanence la qualité et la mise en œuvre de nos services par rapport à ce qui se fait de mieux, et en faisant appel à des moyens innovants, de haute technicité ;

4) en encourageant avec toutes les agences, organisations et autres parties, des partenariats permettant d'améliorer la qualité du service rendu aux Veterans.

CHAPITRE X

LEÇONS ET CRITIQUES DE NOTRE CAS EXCEPTIONNEL

10.1. COMMENT LA VHA A-T-ELLE RÉUSSI AUX ÉTATS-UNIS À METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'EXCEPTION ?

- La **surveillance exercée par le Congrès** et la menace de fermeture des établissements ont servi de déclencheur au processus d'amélioration de la qualité.
- Un **leader venu de l'extérieur** a piloté le processus de changement.
- La **régionalisation des responsabilités**, couplée à la mesure des performances et à la comparaison entre régions, a permis d'identifier les **objectifs d'amélioration**.
- La **mesure de la performance et le recours à des audits** sont plus efficaces que la formation continue obligatoire.
- Le **système d'informatisation** a rendu possible la coordination des soins, grâce à la collecte et à la mise à disposition des données.
- Le **travail en équipe en ville** a produit une meilleure médecine et satisfait les professionnels qui ont choisi de venir à la VHA ; la médecine de ville est valorisée.
- La **liberté d'utiliser son budget** pour atteindre ses objectifs favorise l'innovation, tel le large emploi de la télémédecine.
- La formation continue des professionnels n'est pas limitée à la médecine. Son objectif est de favoriser le **développement global des compétences** de l'individu.
- La **valorisation de l'organisation** elle-même augmente l'estime, la satisfaction et la performance des individus qui y travaillent et les entraîne dans une spirale vertueuse.

10.2. LES RÉSULTATS DE LA VHA : QUELLES CRITIQUES ?

Le système mis en place par la VHA n'est bien entendu pas vierge de tout questionnement et de toute critique. On peut en particulier se demander pourquoi les États-Unis n'ont pas adopté plus largement un système comme celui des *Veterans* ?

L'EXEMPLE INATTENDU DES VETS : COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Tout d'abord, sa croissance « à l'identique » rencontrerait diverses limites : la VHA occupe des immeubles et sites qui appartiennent à l'État et qui sont disponibles à coût modéré. Cet avantage n'est pas extensible. La VHA collabore déjà avec presque tous les meilleurs centres hospitalo-universitaires. Où en trouver d'autres ?

La VHA n'offre pas de service de pédiatrie ; elle n'a pas non plus vocation à proposer la totalité des services hautement spécialisés dans chaque localité, compte tenu de la dispersion géographique des anciens combattants.

Ensuite, les États-Unis ne cherchent pas à bouleverser l'organisation de la médecine, avec ses grands centres hospitalo-universitaires, ses cliniques, ses hôpitaux secondaires et ses praticiens libéraux. L'idée d'une médecine salariée, fonctionnarisée, n'est pas du tout populaire dans la profession.

Les reproches et commentaires négatifs sur la VHA existent bien entendu. Nombreux sont d'ailleurs les *Veterans* à préférer se faire soigner dans « le privé » pour diverses raisons : ils ont à l'esprit une image dépassée de la VHA ou bien ne sont pas en faveur d'un système étatique et ignorent ses performances. Mais il ne s'agit là que d'une minorité. L'enquête annuelle de satisfaction révèle des taux de satisfaction très élevés chez les *Veterans*.

CHAPITRE XI

QUE DIRE DE LA QUALITÉ DES SOINS EN FRANCE ?

11.1. LES FRANÇAIS DISENT DU BIEN DE LEUR SYSTÈME DE SANTÉ

Les sondages d'opinion sur la qualité des soins en ville ou dans les hôpitaux recueillent un pourcentage très honorable d'avis favorables en France, opinion confor-
tée par la « palme » que nous décerne l'OMS au titre de « meilleur système de santé
au monde ».

« En France, de quelles
informations le patient
dispose-t-il pour juger
de la qualité technique
des soins qui lui sont
administrés à l'hôpital ? »

Fin 2004, IPSOS a effectué une
enquête sur un échantillon de
population. Résultat : 67 % des
personnes interrogées s'estiment
bien informées sur la qualité de
l'ensemble des soins ; 36 %
pensent que l'on évalue réguliè-
rement la compétence des
médecins et 71 % que l'on fait
de même pour les hôpitaux.

La quasi-totalité des sondés sont
d'avis que cette évaluation de la
compétence des médecins et de la qualité des hôpitaux est faite sérieusement et régu-
lièrement, et que ces informations devraient être diffusées aux patients.

En réalité, de quelles informations le patient dispose-t-il pour juger de la qualité tech-
nique des soins qui lui sont administrés à l'hôpital ? Hormis les cas où l'on peut,
s'agissant d'une affection aiguë par exemple, constater rapidement l'efficacité d'un
traitement, ce n'est que sur la qualité de l'accueil, le dialogue, la disponibilité du per-
sonnel que nous sommes capables de donner une appréciation.

Et cette situation vaut également... pour les médecins. Et les conséquences peuvent être dramatiques. Lorsqu'un diabétique mal équilibré devient aveugle dix ans plus tard, ce n'est pas forcément dû à la malchance, même si c'est la première hypothèse qui peut venir à l'esprit de certains professionnels. Or si les praticiens pèchent par ignorance ou manque de coordination, il est très difficile de le savoir. Ni les consommateurs, ni les professionnels de santé ne peuvent apporter la preuve de leurs affirmations, dans quelque sens que ce soit, sur la qualité du système de santé.

11.2. NOUS SOUS-ESTIMONS L'IMPORTANCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

La bonne organisation du système de soins semble secondaire par rapport à la compétence technique. On considère, par exemple, que le dévouement des professionnels de santé pallie les insuffisances en matière de gestion. Or plus le processus à accomplir est complexe, plus le rôle de l'individu – fut-il méritoire – est insuffisant.

Selon le Pr Guy Vallancien (IMM-Paris), le système de santé français n'incite pas à une démarche de qualité puisque « *le traitement [c'est-à-dire la rémunération] à l'acte pousse à l'inflation d'actes et le salaire fixe pousse à ne rien faire. Tous les chirurgiens devraient être payés avec un salaire de base, couplé à un intéressement à l'activité dont le montant dépendrait de la qualité du service rendu* »²⁹.

Certes, une évolution est en cours au sein des établissements hospitaliers, en ébullition avec l'intégration de nouveaux systèmes de gouvernance, une nouvelle forme de tarification et la modernisation des systèmes d'informatisation. Mais les chiffres de base ne sont pas toujours fiables. En mai 2006, la Cour des Comptes a ainsi jugé « surprenant » l'écart sur les effectifs hospitaliers, mesurés par la DREES et par la SAE, deux départements qui relèvent pourtant d'un même ministère...³⁰

De son côté, le praticien libéral en France exerce en grande partie seul. Ses journées sont essentiellement consacrées à la consultation des patients, à quoi s'ajoutent des tâches administratives et des formations médicales devenues obligatoires.

²⁹ IFRAP. <http://www.ifrap.org/Sante/Entretien-Vallancien.htm>.

³⁰ Rapport public thématique « *Les personnels des établissements publics de santé* », mai 2006, Cour des Comptes - Page 65. Ce rapport fait référence à deux autres études officielles sur les effectifs des établissements publics de santé portant sur l'année 2002. L'étude de la DREES (février 2005) recense 1 090 688 personnes dont 146 275 médecins. L'étude de la SAE fait état de 856 000 personnes dont 104 000 médecins.

Tout cela n'est guère rassurant, d'autant que les preuves de l'inefficacité de notre organisation actuelle commencent à se faire jour.

11.3. UN MANQUE DE QUALITÉ VISIBLE DANS DE NOMBREUX DOMAINES

- Dans un CHU (Centre hospitalier universitaire), une étude portant sur 110 patients recevant de l'héparine à bas poids moléculaire dans six services hospitaliers révèle que le pourcentage de prescriptions hors normes est supérieur à 50 %³¹.
- Dans une étude de la CNAMTS portant sur 10 000 hypertendus, il ressort que près de la moitié des patients conservent une tension trop élevée en raison de l'insuffisance de leur traitement³².
- L'étude épidémiologique confiée à l'INSERM de la cohorte Gazel, basée sur le volontariat d'agents d'EDF et de GDF³³, a mis en évidence des insuffisances de diagnostic et des traitements non appropriés dans les états migraineux et dans les épisodes dépressifs majeurs.
- L'étude ENTRED (2001-2003) sur le diabète de type 2 a montré que, sur une population de 10 000 adultes, plus de 50 % des personnes faisaient l'objet d'un contrôle insuffisant du taux d'hémoglobine glyquée ; plus de 50 % également n'avaient pas subi de contrôle du fond d'œil dans l'année écoulée, alors que le diabète est la première cause de la cécité chez les personnes âgées ; quant au contrôle podologique, il était encore plus négligé.
- L'étude épidémiologique nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (Eneis), publiée en décembre 2006, révèle que 125 000 à 205 000 événements iatrogènes graves sont provoqués par la non-coordination et/ou le non-respect des bonnes pratiques par les professionnels de santé.
- Les hémorragies obstétricales restent la première cause de mortalité maternelle en France principalement en raison de retards de diagnostic ou de traitement, alors qu'il est tout à fait possible de faire mieux. Les résultats obtenus par la France dans ce domaine sont en effet inférieurs à ceux de plusieurs pays de l'Union européenne³⁴.

³¹ Presse Med. 2002 Feb 23;31(7):303-11.

³² Revue médicale de l'Assurance maladie, volume 34, n° 3, juillet-septembre 2003 – pp 157 à 165.

³³ La cohorte Gazel de 20 000 volontaires a fait l'objet de diverses publications.

³⁴ Voir notamment : Recommandations pour la pratique clinique - Hémorragies du post-partum immédiat (2004), CNGOF. La mortalité maternelle en France - Numéro spécial du BEH, décembre 2006. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, décembre 2006.

- 600 000 patients sont traités par anti-vitamine K. Les précautions à prendre sont capitales ; les complications les plus graves sont les hémorragies cérébrales (3 à 5 % des cas, dont 0,6 % sont mortelles). Lors d'une évaluation de 2 000 patients sous anti-vitamine K en Ile-de-France³⁵, 92 % déclaraient « être informés ». Mais ce chiffre ne correspond pas à la réalité : la valeur cible du taux de coagulation n'était connue que de 77 % des patients ; côté prescripteurs, 62 % d'entre eux ne remettaient pas le carnet de surveillance à leurs patients ; côté pharmaciens, seuls 70 % interrogeaient leurs clients sur les médicaments utilisés par ailleurs et pouvant donner lieu à des interactions dangereuses ; le carnet de suivi n'était utilisé que par 41 % des malades.

On peut conclure de tout ceci qu'il existe un écart important en France entre ce que la science met chaque jour à notre disposition pour notre santé et l'usage réel qui en est fait dans la pratique à travers notre système sanitaire.

11.4. LES EFFORTS FRANÇAIS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ SE POURSUIVENT POURTANT DEPUIS 20 ANS

11.4.1. L'évaluation des pratiques

De nombreuses mesures gouvernementales, législatives et administratives visant à améliorer la qualité des pratiques médicales ont été prises en France depuis une vingtaine d'années. Dans le domaine de l'évaluation des pratiques, Mme Barzach, ministre de la Santé, crée en 1987 le Comité national de l'évaluation en médecine, relayé ensuite par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1990. La loi Teulade instaure en 1993 les « Recommandations pour la pratique clinique » et les « Références médicales opposables », le non-respect de ces dernières pouvant conduire à des sanctions. Les ordonnances Juppé de 1996 tenteront, par la suite, « *de mettre l'évaluation de la qualité au cœur du système de soins* ». Puis l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) remplace l'ANDEM, avec des fonctions

³⁵ Union régionale des caisses d'Assurance maladie d'Ile-de-France. (U.R.C.A.M.). Paris. FRA : Surveillance des patients sous anti-vitamine K (en Ile-de-France) - Synthèse (2004).

élargies ; elle approuve les référentiels et évalue la qualité des établissements de soins. La loi de financement de la Sécurité sociale crée, en 2000, les accords du bon usage des soins par la profession médicale. La loi d'août 2004 propose que tout médecin s'engage dans une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle (EPP). La Haute autorité de santé (HAS) reprend aujourd'hui les missions de l'ANAES.

« L'évaluation des médecins par des experts extérieurs et la transparence des résultats vis-à-vis du public suscitent encore de fortes réserves »

Suite à un rapport sévère de l'Inspection générale de la santé pointant l'absence d'avancée en matière de mesure de la qualité, la HAS accélère le développement de l'EPP. Le 18 décembre 2006, des certificats officiels sont remis à un millier de praticiens. On voit aussi émerger des initiatives intéressantes comme celle du Collège français d'échographie fœtale, portant sur le contrôle de la qualité de la

mesure de la nuque du fœtus³⁶. Ce contrôle, réalisé sur la base du volontariat, a permis d'identifier les échographistes performants et ceux qui ont encore des progrès à faire.

Si l'élan est donné, les initiatives de ce type sont encore le fait d'une minorité, et la préférence des médecins va encore majoritairement à des approches collectives. L'audit de leur dossier individuel par des experts extérieurs et, *a fortiori*, la transparence des résultats vis-à-vis du public suscitent encore de fortes réserves.

11.4.2. Les objectifs et indicateurs de qualité

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique a mis en place une liste de 100 objectifs, accompagnés d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de

³⁶ Sur environ 900 échographistes français actifs, 197 se sont soumis à une évaluation de leur pratique concernant le dépistage des embryons trisomiques durant le premier trimestre. Le contrôle de la qualité de la mesure de la clarté de la nuque entraînera une diminution du nombre d'amniocentèses. Au final, 109 échographistes ont été effectivement évalués, et 76 % ont montré des résultats satisfaisants. Sur les 24 % « insatisfaisants », 5 % ont amélioré leur pratique par la suite (Fries, Journée nationale des EPP, 18 décembre, 2006).

la santé des Français. Cette entreprise est méritoire. Malheureusement, le premier rapport paru en 2006³⁷ n'apporte pratiquement aucune indication chiffrée sur l'évolution des indicateurs, ni sur la façon dont on compte surveiller cette évolution.

En effet, les objectifs de performance ne sont appliqués ni aux établissements ni aux professionnels individuellement. Pour prendre l'exemple des échographistes, 80 % d'entre eux n'ont pas vu leurs compétences évaluées. Quant à ceux pour qui cela a été le cas et qui ont obtenu de bons résultats, les patients ignorent leur identité...

11.4.3. Le dossier informatisé du patient

Tout commence en 1996 avec l'ordonnance Juppé qui statue sur « *la mise en place d'échanges informatisés*³⁸ pour disposer d'une information plus riche afin de permettre aux professionnels de mieux évaluer leurs pratiques ». Elle institue par ailleurs un carnet de santé papier, « *instrument essentiel de la réussite de la réforme* ».

L'échec de ce dispositif conduit à la loi Douste-Blazy d'août 2004 et à son dossier médical personnalisé pour chaque Français, « *applicable au plus tard le 1^{er} juillet 2007* ». Mais les délais ne pourront être tenus car si la phase d'expérimentation est terminée, le lancement effectif n'a pas encore eu lieu. En réalité, l'échéance probable pour la mise en œuvre est plutôt à l'horizon de dix ans.

11.4.4. La formation continue

La loi de 1996³⁹ dicte « *une obligation de formation continue pour tous les médecins, avec attestation tous les 5 ans du respect de cette obligation* ». La loi de 2004 confirme cette obligation. Si la grande majorité des médecins participe depuis toujours à des congrès, voire à des réunions locales de formation, et lit des revues médicales, cette formation comble-t-elle pour autant les lacunes dans la qualité des soins dispensés ? Il est impossible d'y répondre tant que cette qualité ne sera pas mesurée.

³⁷ *L'état de santé de la population en 2006*, DREES - ministère de la Santé, 2007.

³⁸ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, article 3 du Titre II, article 8 du Titre III – <http://www.admi.net/jo/TASX960042R.html>.

³⁹ Id., Titre 1, Section 1, article 2 de l'exposé des motifs – <http://www.admi.net/jo/TASX960042R.html>.

L'abondance et l'ancienneté des décisions, des structures, des lois successives destinées à améliorer la qualité de la médecine ne peuvent que frapper. Il est vrai cependant que la tâche est difficile⁴⁰. Heureusement, les choses commencent à bouger et les réticences s'estompent peu à peu. Certains en effet encouragent la diffusion de l'information sur la qualité de notre système. Saluons, à cet égard, les propos d'Etienne Caniard, membre du collège de la Haute autorité de santé, qui annonce que la HAS va dès 2007 « *publier des rapports de certification extrêmement simplifiés, synthétiques et appropriables par tous* »⁴¹. Mais un long chemin reste à parcourir avant que la mesure de la performance et la transparence des données ne soient une réalité. Dans ces conditions, comment concrètement avancer ? C'est l'objet du chapitre suivant.

⁴⁰ Annexe 1 : Pourquoi la lenteur du progrès dans la mise en place de la qualité ?

⁴¹ Michel Jouannot, Espace social européen, N° 792, 5-11 jan 2007, p.14.

CHAPITRE XII

PROPOSITIONS

Certains seront tentés d'aborder ce chapitre de propositions avec l'idée que, malgré tout l'intérêt de cette démonstration sur la VHA, le cas est tellement particulier que l'on ne peut en tirer aucun enseignement pour la France. C'est pourquoi nous insistons ici sur le fait qu'il n'est pas question de copier ce système, qui :

- prend en charge seulement 3 % de la population adulte américaine, qui plus est avec un profil très particulier (âge moyen élevé, pourcentage important de handicapés et de défavorisés sur le plan socio-économique) ;
- est organisé et géré comme une entreprise étatique, avec un ministre à sa tête et un personnel entièrement salarié ;
- n'est qu'un des éléments d'un système de santé américain très diversifié, avec une très large part d'activité privée par ailleurs.

En France, où l'on retrouve aussi une grande diversité de structures, on voit mal comment on pourrait reproduire à l'échelle nationale le modèle des *Veterans*. Toutefois, malgré l'impossibilité d'une transposition pure et simple, nous pouvons en tirer des enseignements utiles.

12.1. FAIRE DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ LA COLONNE VERTÉBRALE DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS ET LA RENDRE PUBLIQUE

Proposition 1 : renforcer les chantiers en cours

Les résultats obtenus par les *Veterans* doivent servir de catalyseur pour amplifier et accélérer tous les chantiers ouverts dans notre pays. On peut citer ici :

- la politique d'affichage des objectifs de santé publique (loi de 2004) et de respect des indicateurs ;

- le développement rapide et obligatoire de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation médicale continue ;
- la généralisation du DMP ;
- une coordination réelle entre la ville et l'hôpital ;
- l'accréditation des établissements et les audits *a posteriori* ;
- l'affichage des résultats ;
- la création de maisons médicales ;
- la responsabilisation accrue du patient.

Proposition 2 : réaliser une étude des indicateurs de qualité de santé sur un échantillon national français

La France ne connaît pas, indicateur par indicateur, ses chiffres de performance nationale de la qualité des soins. Les professionnels de santé ne connaissent pas leurs résultats, individuellement ou comparativement. Les citoyens connaissent éventuellement les palmarès des hôpitaux et cliniques, fournis par la presse magazine. Mais ceux-ci ne sont pas basés sur des résultats cliniques détaillés.

Pour le cas de la France, il faut commencer par reproduire à l'échelle du pays l'étude de McGlynn qui permet de comparer les pratiques des professionnels aux référentiels de qualité. Il s'agit de constituer un échantillon « randomisé » national de 5 000 Français auprès desquels il est possible de réaliser un entretien téléphonique, puis de consulter, avec leur autorisation, leur dossier médical papier par l'intermédiaire de leur médecin. Chaque dossier fera l'objet d'une évaluation sur les indicateurs de qualité, déjà déployés par McGlynn et son équipe sur 30 pathologies représentatives de la tranche d'âge étudiée. Cette étude de McGlynn étant récente, il est tout à fait possible, voire souhaitable, de consulter les auteurs au préalable, pour gagner du temps, et connaître, par exemple, les éventuelles améliorations à apporter par rapport à leur travail initial.

Proposition 3 : réaliser une étude équivalente en milieu hospitalier

L'étude de McGlynn ne portant que sur les consultations en ville, il serait intéressant de réaliser la même étude nationale, portant sur un échantillon de patients ayant fait un séjour hospitalier en 2005 ou 2006.

Proposition 4 : expérimenter le recueil d'indicateurs à l'échelle d'une région

Identifier une région volontaire susceptible de recueillir et de publier les résultats de tous les établissements et professionnels concernés, sur une thématique commune de santé publique.

Proposition 5 : fixer des priorités parmi les premiers objectifs de santé publique à atteindre

La liste des 100 indicateurs de santé publique est très ambitieuse et ses objectifs ne peuvent évidemment être atteints d'emblée. Nous proposons de donner la priorité à 3 indicateurs parmi ceux-ci et de demander aux professionnels de santé volontaires de fournir leurs résultats, d'une façon simple :

- le pourcentage de sujets hypertendus normalisés sous traitement ;
- le pourcentage des diabétiques ayant normalisé leur hémoglobine glyquée (mesure préférable à celle du pourcentage de patients ayant subi cet examen à la fréquence voulue) ;
- le pourcentage de sujets âgés vaccinés contre la grippe sur le nombre de sujets âgés recensés.

Proposition 6 : médiatiser les résultats

Les professionnels participant à ces différentes enquêtes pourraient, par exemple, voir leurs noms figurer sur une liste consultable par tous sur Internet et dans les lieux de soins, *via* les CPAM. Cette mise en place devrait être accompagnée d'une communication large auprès de tous les professionnels, puis du grand public.

12.2. FAVORISER LE RECUEIL ÉLECTRONIQUE DES DONNÉES MÉDICALES ET LEUR MISE À DISPOSITION EN TEMPS RÉEL AUPRÈS DE TOUS LES ACTEURS DE SANTÉ

Pour nous qui n'en sommes encore qu'au début de la mise en place du « dossier médical personnel », le risque est de passer à côté d'un exemple déjà opérationnel, sans en tirer tout le bénéfice. Dans un système de santé comme celui des *Veterans* qui se fixe des objectifs de performance, l'importance du dossier informatisé « complet » apparaît de façon claire. Le dossier informatisé contient alors l'ensemble des résultats, consultations, interventions, de tous les patients, et est utilisé par tous les professionnels de santé qui interviennent sur le patient. Ce dossier informatisé intégral rapproche l'hôpital et la ville.

Proposition 7 : organiser une mission d'étude auprès de la *Veterans' Administration* sur la thématique du dossier médical électronique et de la mise en place des objectifs de qualité avec des directeurs et responsables du ministère, de la CNAM, des syndicats médicaux, des mutuelles et des assurances

Cette mission doit permettre la rencontre, non pas tant des informaticiens, mais des professionnels de santé opérationnels.

Proposition 8 : prévoir un « dossier médical personnel » identique à l'hôpital et à la médecine de ville

La multiplicité des dossiers médicaux électroniques (DMP, dossier communiquant en cancérologie, dossier pharmaceutique, dossiers hospitaliers) ne favorise pas la coordination. Essayons de nous inspirer de l'exemple de la VHA, pour l'aspect « dossier électronique unique pour les professionnels de santé » et du DMP dans sa version actuelle pour l'aspect « dossier de synthèse pour le grand public ».

Proposition 9 : améliorer la sécurité de la prescription hospitalière à l'aide du code-barres

Les patients hospitalisés courent le risque de confusion sur la personne, le dosage, le médicament, au moment de l'administration des traitements. Ce risque n'est pas éliminé par le dossier médical informatisé, qui ne vérifie pas la distribution du bon médicament à la bonne personne. C'est la fonction du système de code-barres. Il requiert cependant que les systèmes d'information hospitalière soient performants.

12.3. EXPÉRIMENTER DE NOUVEAUX MODÈLES D'ORGANISATION DES MÉTIERS DE SANTÉ

Les *Veterans* ont innové dans l'organisation des métiers de la santé aux États-Unis en apportant à la consultation de ville une approche d'équipe multidisciplinaire sur place et en introduisant la notion d'accords contractuels. Ceci se rapproche du concept de maison médicale ou maison de santé en France.

Proposition 10 : organiser la visite, par des professionnels de santé français concernés par la création de maisons médicales, des centres médicaux *Veterans* de ville afin d'étudier la répartition et l'optimisation du rôle des professionnels de santé

Le concept de maison médicale ou maison de santé émerge depuis quelques années dans les zones à faible densité médicale en France. Les professionnels de santé, médecins, paramédicaux et secrétaires sont sur place, comme dans les centres de consultations des *Veterans*. Puisque la démographie médicale baisse, il serait intéressant de voir dans quelle mesure l'organisation du travail et des responsabilités au sein des maisons de santé à la française pourrait être enrichie par l'approche des *Veterans*, avec différents types de statuts (salarié et libéral).

Proposition 11 : favoriser la mise en place de moyens innovants (*telemonitoring*, télémedecine...) pour la medecine de ville et à l'hôpital

L'innovation est favorisée chez les *Veterans* par un système de budgétisation régionale, basée sur le profil de la population à soigner. Cette idée pourrait être expérimentée dans les régions volontaires, sur la base de quelques pathologies.

Proposition 12 : expérimenter la régionalisation des soins

L'informatisation du système de soins, nous l'avons vu, est indispensable à la bonne coordination entre l'hôpital et la ville. Mais elle ne permet pas seule d'optimiser la répartition des ressources. La régionalisation de l'offre de soins mérite d'être expérimentée car elle modifie fondamentalement la donne. La régionalisation de l'organisation de l'offre de soins incite à définir, dans chaque région, les structures sanitaires qui répondent au mieux aux besoins de la population et permet de créer une émulation entre les régions.

Proposition 13 : revoir les modalités de contractualisation en faisant évoluer progressivement les professionnels de santé de la contractualisation collective vers une contractualisation individuelle, avec une incitation forte à atteindre les objectifs de qualité

Les hospitaliers, comme les professionnels en ville, peuvent être contractualisés et ainsi bénéficier d'une rémunération liée à des objectifs de qualité, que cette rémunération soit sous forme salariale ou à l'acte.

CONCLUSION

Toute l'histoire de la médecine au travers des siècles nous apprend qu'avant de devenir une science débutante avec Pasteur et Claude Bernard au XIX^e siècle, puis une science fulgurante au milieu du XX^e, son impuissance même cristallisait la relation médecin-malade en la rendant quasi magique, avec ses secrets, voire ses mystères.

Les choses ont-elles réellement changé ? Qui peut aujourd'hui choisir son médecin ou chirurgien autrement que sur les conseils de personnes bien intentionnées, puisque les informations comparatives ne sont pas disponibles ? Les coopérations professionnelles, les critiques d'un pair, le partage des données ne font pas vraiment partie du paysage médical. Comment alors transformer le paradigme de la médecine pour qu'elle puisse aborder le XXI^e siècle ?

Nous avons multiplié en France les tentatives, en faisant se succéder les grandes réformes globales visant « l'accès pour tous à des soins de qualité obtenus au meilleur prix ». Beaucoup reste à faire, et nous connaissons la difficulté du défi⁴². L'intérêt de cette note, à travers l'analyse de l'organisation et des performances d'un système de santé offert à une population spécifique d'anciens combattants américains, est de mettre en évidence, non plus des projets et des plans, mais une transformation réelle et réussie d'un système autrefois à l'agonie.

Les points forts du système des *Veterans*, ce sont ses résultats cliniques évalués et conformes aux référentiels les plus exigeants, sa médecine équilibrée donnant toute sa place à l'hôpital et à la ville, à la prévention et au soin, son dossier électronique médical performant, sa maîtrise des coûts, son soutien exemplaire à la recherche biomédicale.

Soyons clairs. Le système des *Veterans* qui ne prend en charge qu'une fraction de la population américaine n'est pas à reprendre tel quel. Il n'est en effet pas possible de le répliquer en tous points. Il faut l'observer, l'étudier, le comprendre, pour y trouver de façon pragmatique, intelligente, progressive, avec une évaluation permanente des résultats, tout ce qui peut nous faire progresser dans cette entreprise difficile qui consiste à vouloir doter la France d'un système de santé fondé sur une qualité mesurable.

⁴² Voir annexe 1 sur les raisons de la lenteur du progrès dans l'amélioration de la qualité du système de santé.

REMERCIEMENTS

Personnes consultées à la VHA

Nous remercions chaleureusement les équipes de la Veterans Health Administration à Washington, DC et à Tulsa, Oklahoma, pour leur aide et leur disponibilité.

Tulsa, Oklahoma

VA Medical Center

- Adam C. Walms, Medical Center Director
- William Dubbs, Chief of Staff
- Margie Carlton, Chief of Patient Care Services
- Gary Duvall, IRM Chief
- Debbie Perdue, Quality Manager
- Sheila W. Barr-Brown, Program Analyst / Clinical Applications Coordinator

Washington, DC

VA Medical Center

- Ross Fletcher, Medical Center Director

Siège de la VHA

- Thomas Edes, Director, Home and Community-Based Care
- Barbara Fleming, Chief of Quality and Performance
- Joy Hunter, Dean of VA Learning U., Continuing Medical Education
- Randy Taylor, EES National Director Field Operations
- Patricia Vandenberg, Assistant Undersecretary, Policy and Planning
- Susan Dyrenforth, National Center of Organizational Development (Ohio)

L'auteur tient également à remercier les chercheurs suivants :

- Steven Asch, Rand Institute
- Ashish Jha, Harvard School of Public Health, Boston

ANNEXE 1. POURQUOI UNE TELLE LENTEUR DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE ?

Comment justifier la lenteur de la mise en place effective des nouvelles mesures de qualité dans un domaine comme la santé, jugé prioritaire et qui absorbe chaque année 10 % de notre PIB ? Plusieurs explications viennent à l'esprit.

1 - La taille du secteur de santé ne facilite pas le contrôle de sa qualité

Si nous prenons l'exemple français, le secteur de santé, c'est deux millions de personnes : 425 000 infirmiers, 200 000 médecins, 57 000 kinésithérapeutes, 36 000 chirurgiens dentistes, 25 000 pharmaciens... le tout dans un contexte d'évolution permanente, affectant à la fois la science biomédicale et l'organisation elle-même du système.

La qualité du système dépendant de l'activité optimale de chacun de ses composants, on est saisi de vertige, quand on réalise qu'il faut à la fois :

- assurer et mesurer la formation initiale et continue de tous ces professionnels ;
- contrôler tous les établissements ;
- expertiser tous les médicaments et dispositifs ;
- assurer l'équilibre démographique des secteurs professionnels ;
- et doter le tout de ce véritable système nerveux que sont les indispensables systèmes d'information.

2 - La santé est multi-factorielle

Le caractère multi-factoriel de l'état de santé brouille les pistes ; l'intervention médicale est loin d'être le seul déterminant du couple santé-maladie.

- La génétique pèse lourd. Il y a des ethnies où l'on vit plus vieux, des familles de centenaires. La science a commencé à défricher le champ des maladies héréditaires, à aborder les gènes protecteurs ou facilitateurs et même à approcher la question des gènes de longévité...
- L'environnement, la qualité de l'air, de l'eau, de l'alimentation, jouent un rôle considérable.

- Le niveau d'éducation est corrélé positivement à la longévité.
- La longévité des marginaux et des exclus est significativement diminuée.
- Le comportement est en soi un facteur de santé ou de maladie⁴³.
- Il n'est pas aisé de déterminer dans ce puzzle la part des soins, du traitement médicamenteux, de la chirurgie, de l'effet placebo (positif ou négatif) du professionnel de santé et de l'accueil du patient.

3 - La pression sur le système est économique, donc populaire

Nous l'avons vu : l'ignorance quant aux défaillances de qualité du système est réelle. Si quelques scientifiques tirent vigoureusement la sonnette d'alarme, l'opinion demeure indifférente. En revanche, le problème des coûts galopants est constamment cité. De là, il est facile de conclure que toutes les tentatives d'amélioration du système par les politiques visent à réduire les coûts, puisque l'État est le principal payeur. Or, pour chaque individu, « la Santé n'a pas de prix ». Donc la notion de « productivité des acteurs de santé », au sens premier du terme, est très impopulaire. Les citoyens seraient moins indifférents, s'ils réalisaient qu'ils payent un service dont le résultat, s'il était mesuré, se révèle insuffisant.

4 - Les travaux sur la qualité des soins restent peu ou pas connus du public

Un remarquable travail de l'OCDE passe en revue les instruments d'amélioration de la qualité des soins et les classe selon une échelle allant des intentions pures, symbolisées par le serment d'Hippocrate, jusqu'à la mesure et l'affichage des résultats comparatifs des professionnels et des établissements, livrés au grand public. Ce travail ne fait l'objet d'aucune promotion. Donc, il n'y a pas de pression pour aller dans ce sens de la part des électeurs français.

⁴³ Au Nevada, la mortalité des hommes de 40 à 49 ans était de 54 % supérieure à celle de l'Utah, surmortalité due à l'alcool et au tabac, alors que ces deux États frontaliers bénéficiaient du même taux de médecins et hôpitaux par millier d'habitants.

Outils d'amélioration de la qualité énumérés par l'OCDE

1) Approche corporatiste

Traditionnelle

- Serment d'Hippocrate
- Réunions d'échange collégial (le staff)
- Le contrôle par l'Ordre des médecins qui veille au respect de l'éthique et la déontologie professionnelles

Modernisée

- Formations continues réglementées avec système de points
- Cercles de qualité
- Recommandations avec référentiels de bonnes pratiques

Avec contrôle formalisé interne

- Examen des dossiers par un groupe de pairs
- Utilisation d'indicateurs d'activité et de résultats
- Évaluation allant vers la surveillance externe
- Normes de soins dont le respect est validé par des audits internes

2) Obligation de rendre compte à des experts externes

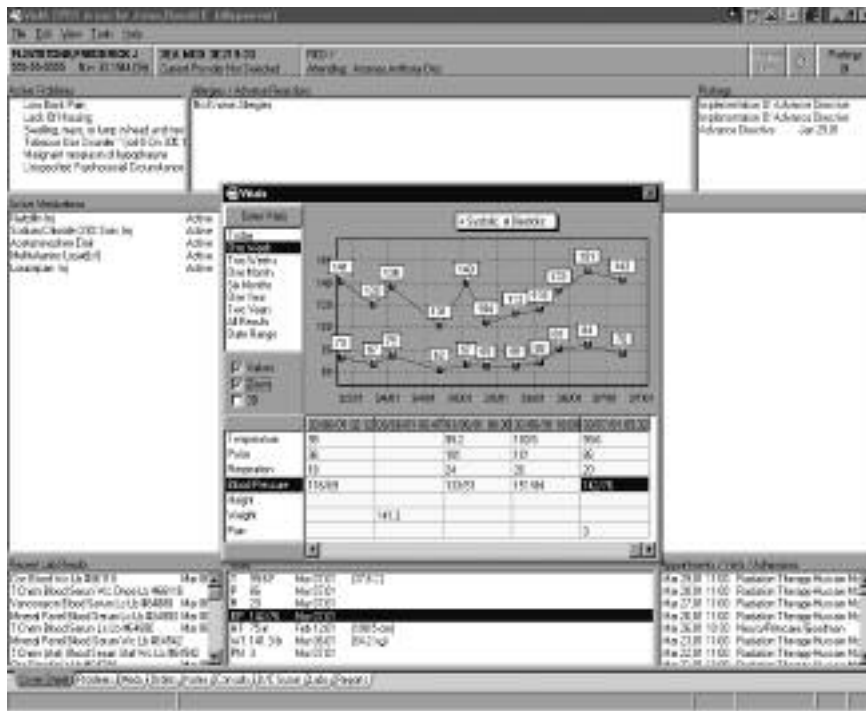
- Étude des dossiers par des enquêteurs externes avec communication des indicateurs de qualité et des résultats aux autorités et aux consommateurs
- Contrats de qualité

3) Obligation totale de rendre compte au public des résultats procédant d'audits externes

- Classement par étoiles
- Bulletins de performance diffusés

ANNEXE 2. PAGE DE SYNTHÈSE ET ONGLETS DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE

Onglets (bas à gauche) : problèmes en cours, médicaments, allergies, notes, consultations, biologie, résumés.



ANNEXE 3. ALERTE OU RAPPEL CONCERNANT UN VACCIN À ADMINISTRER

La figure ci-dessous permet de visualiser les informations concernant le patient et donne au médecin la possibilité de lui commander un vaccin.

Reminder Resolution: Pneumococcal vaccine (pneumovax)

ORDER PNEUMOCOCCAL IMMUNIZATION:

- ☐ Order for pneumococcal vaccine placed.
- ☐ Order for influenza vaccine entered.

PRIOR IMMUNIZATION:

- ☒ Patient indicated that the pneumococcal vaccine was received previously.

Date/Time: 1997 Location: East Orange, NJ

Comment:

REFUSAL/CONTRAINDICATION:

- ☐ Patient indicates a history of contraindication to pneumococcal vaccination.
- ☐ Pt. has an acute illness. Vaccinations will be delayed until recovery from this illness.
- ☐ Patient has a life expectancy of less than 3 months. Evaluation and treatment may not be useful at this time.
- ☐ Patient refuses pneumococcal immunization.
- ☐ Patient refuses all immunizations at this time.

Clear Back Next > Finish Cancel

Pneumococcal vaccine (pneumovax):

Patient indicated that the pneumococcal vaccine was received previously.

Location: East Orange, NJ

Immunizations: PNEUMO-VAC (Historical)

L'EXEMPLE INATTENDU DES *VETS* :
COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

ANNEXE 4. VISUALISATION DE L'IMAGERIE AU SEIN DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE VHA (CAS FICTIF)



LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Vademecum 2007-2012 – Moderniser la France
(mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus
Pour un service civique universel européen
(avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne ?
(mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française
Anna Stellingner
(novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale
(octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information
(août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas
Anne Dumas
(juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité
(juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations...
Comment financer la protection sociale
Jacques Bichot
(mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise
(février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité
(janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment
(décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique
(novembre 2005)

L'EXEMPLE INATTENDU DES VETS :
COMMENT RESSUSCITER UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs
(juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible
Denise Silber
(juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques
(février 2005)
- Mondialisation et dépossession démocratique : le syndrome du gyroscope
Luc Ferry
(décembre 2004)
- Cinq ans après Lisbonne : comment rendre l'Europe compétitive
(novembre 2004)
- Ni quotas, ni indifférence : l'entreprise et l'égalité positive
Laurent Blivet
(octobre 2004)
- Pour la Justice
(septembre 2004)
- Régulation : ce que Bruxelles doit *vraiment* faire
(juin 2004)
- Couverture santé solidaire
(mai 2004)
- Engagement individuel et bien public
(avril 2004)
- Les oubliés de l'égalité des chances
(janvier 2004 - Réédition septembre 2005)
- L'hôpital réinventé
(janvier 2004)
- Vers un impôt européen ?
(octobre 2003)
- Compétitivité et vieillissement
(septembre 2003)
- De « la formation tout au long de la vie » à l'employabilité
(septembre 2003)

- Mieux gouverner l'entreprise
(mars 2003)
- L'Europe présence (tomes 1 & 2)
(janvier 2003)
- 25 propositions pour développer les fondations en France
(novembre 2002)
- Vers une assurance maladie universelle ?
(octobre 2002)
- Comment améliorer le travail parlementaire
(octobre 2002 – épuisé)
- L'articulation recherche-innovation
(septembre 2002)
- Le modèle sportif français : mutation ou crise ?
(juillet 2002 – épuisé)
- La sécurité extérieure de la France face aux nouveaux risques stratégiques
(mai 2002)
- L'Homme et le climat
(mars 2002)
- Management public & tolérance zéro
(novembre 2001)
- Enseignement supérieur :
aborder la compétition mondiale à armes égales ?
(novembre 2001 – épuisé)
- Vers des établissements scolaires autonomes
(novembre 2001 – épuisé)

Les publications peuvent être obtenues auprès
du secrétariat de l'Institut (Tél. : 01 58 18 39 29)
et sont également téléchargeables sur le site internet :

www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



Suez
Dexia
bioMérieux
The Boston Consulting Group
Axa
H. de Clermont-Tonnerre – ERSA
Carrefour
Areva
Renault sas
Rallye – Casino
AGF
Servier Monde
Groupama
Bouygues
BNP Paribas
Urbania & Adyal
Ernst & Young
Bolloré
SNCF Groupe
Aegis Media France
McKinsey & Company
Lazard Frères
CS Communication & Systèmes
J Walter Thompson
A.T. Kearney
Accenture
EADS
Pierre & Vacances
LVMH – Moët-Hennessy – Louis Vuitton
Schneider Electric
Experian
Serono
Caisse des Dépôts
APC – Affaires Publiques Consultants
Groupe Dassault
Amgen
IDI
Eurazeo
Pfizer

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



RTE Réseau de Transport d'Electricité
HSBC France
Tecnet Participations
CNP Assurances
HDF
GL Trade
PricewaterhouseCoopers
Rothschild & Cie
Sodexho
VINCI
JeantetAssociés
The Royal Bank of Scotland France
BearingPoint
Veolia Environnement
Janssen-Cilag, groupe Johnson & Johnson
Capgemini
GE Money Bank
Adom
Microsoft
Vivendi
Média-Participations
Euronext
KPMG S.A.
sia conseil
Tilder
M6
Wendel Investissement
Total
Hameur
3i France
august & debouzy avocats
JT International
Facom
Mercer
WordAppeal
Ricol, Lasteyrie et Associés

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

Imprimé en France
Dépôt légal : juin 2007
ISSN : 1771-6756
Achevé d'imprimer en juin 2007

INSTITUT MONTAIGNE



COMITÉ DIRECTEUR

Claude Bébéar Président

Henri Lachmann Vice-président et trésorier

Philippe Manière Directeur général

Nicolas Baverez Économiste, avocat

Jacques Bentz Président de Tecnet Participations

Guy Carcassonne Professeur de droit public à l'Université Paris X-Nanterre

Christian Forestier Membre du Haut conseil de l'éducation

Marie-Anne Frison-Roche Professeur de droit à l'Institut d'Études Politiques de Paris

Ana Palacio Ancienne ministre espagnole des Affaires étrangères

Ezra Suleiman Professeur de science politique à l'Université de Princeton

Jean-Paul Tran Thiet Avocat associé de CMS Bureau Francis Lefebvre

Philippe Wahl Directeur Général de la Royal Bank of Scotland, France

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Bernard de La Rochefoucauld Fondateur de l'Institut La Boétie

CONSEIL D'ORIENTATION

Olivier Blanchard Professeur d'économie au MIT

Jean-Pierre Boisivon Délégué général de l'Institut de l'Entreprise

Laurent Cohen-Tanugi Avocat international

François Ewald Chercheur, universitaire

Michel Godet Professeur au CNAM

Henri Hude Philosophe, universitaire

Erik Izraelewicz Directeur adjoint de la rédaction, *Les Echos*

Jean-Hervé Lorenzi Économiste, universitaire

Elisabeth Lulin Présidente de Paradigmes et caetera

Yves Mény Politologue, directeur de l'Institut Universitaire Européen de Florence

Sophie Pedder Chef du bureau parisien, *The Economist*

Alain-Gérard Slama Journaliste, universitaire



L'exemple inattendu des Vets Comment ressusciter un système public de santé

Réformer un système de santé public, centralisé, quinquagénaire et mal en point. Beaucoup, en France, aimeraient connaître la recette... Evaluation balbutiante, coordination défailante, inégalités criantes, cohabitation de la pénurie et de la gabegie : à l'hôpital public comme en ville, notre système de soins souffre de multiples imperfections qui le condamnent à un rendement très inférieur à son potentiel.

Mais il n'y a pas de fatalité. Ailleurs, confrontés à la même problématique, d'autres ont su relever le défi. C'est le cas du système de santé des anciens combattants américains : la *Veteran Health Administration* (VHA), donnée pour morte il y a quinze ans, s'est spectaculairement réformée et passe désormais dans le monde entier pour un modèle d'innovation et d'efficacité.

Dans cette nouvelle Note de l'Institut Montaigne, Denise Silber analyse les ressorts de ce succès et en tire des enseignements utiles pour moderniser, tant sur le plan de la qualité des soins qu'en termes de gestion, un système de santé français qui souffre aujourd'hui, à bien des égards, des mêmes maux.

Institut Montaigne

38, rue Jean Mermoz - 75008 Paris

Tél. +33 (0)1 58 18 39 29 - Fax +33 (0)1 58 18 39 28

www.institutmontaigne.org - www.desideespourdemain.fr

10 €

ISSN 1771-6756

Juin 2007