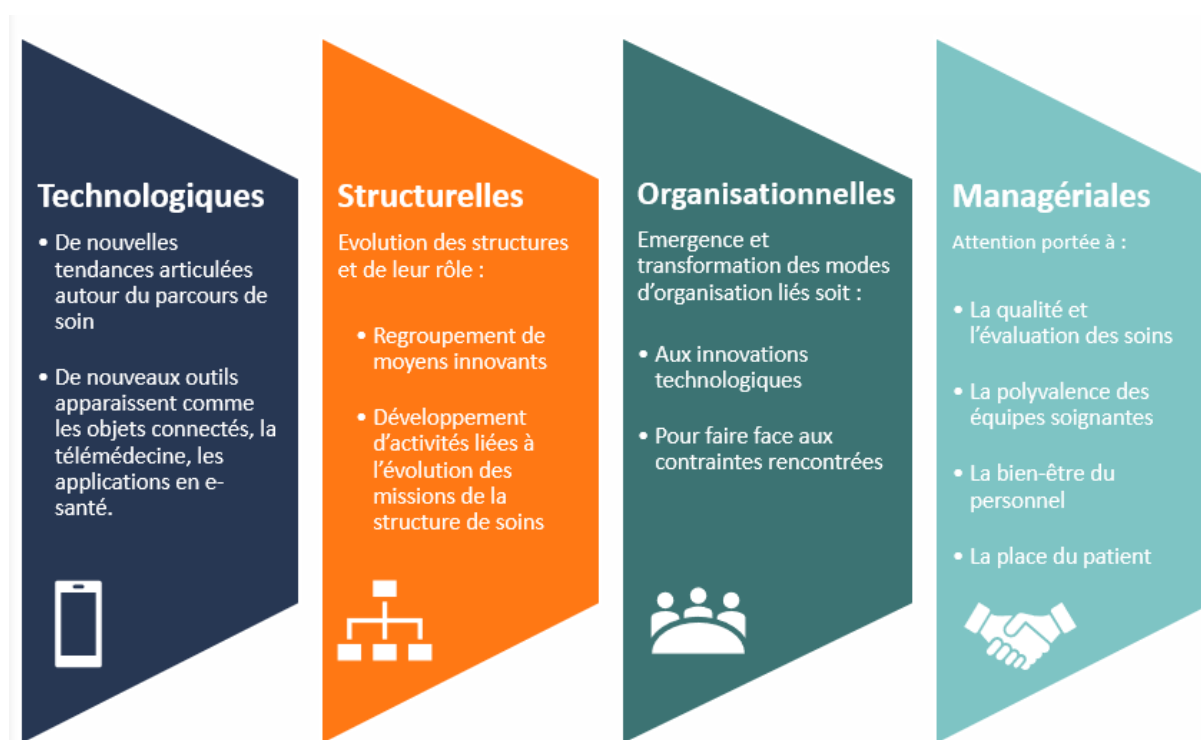


SAGA 2018 - Tour d'Europe des systèmes de santé Episode n°3 : Les innovations organisationnelles et managériales des systèmes de santé européens

Publié le 01/08/2018

Notre saga avait cette année pour objectif d'être dans une démarche de comparaison prospective auprès des différents systèmes de santé européens. Après avoir étudié dans un premier temps les différences de modèles et d'organisation économiques, puis les innovations technologiques développées, un axe reste à étudier pour clore notre saga : les innovations organisationnelles et managériales.



Quelles innovations organisationnelles ou managériales sont aujourd'hui mise en œuvre pour améliorer le parcours et la qualité des soins ? C'est ce que nous vous proposons de découvrir dans ce dernier épisode.

« L'innovation n'est pas un flash de génie. C'est un travail difficile. Et ce travail devrait être organisé comme une activité régulière de chaque unité de l'entreprise et ce à chaque niveau du management ».

Cette citation illustre bien la problématique sous-jacente à l'innovation, qu'elle soit technologique, organisationnelle ou managériale. L'innovation doit en effet être intégrée dans un processus systémique (puisque partagée par toute l'entité, avec des impacts sur les différents processus une fois mise en œuvre et intégrée par les différentes composantes). Cette innovation doit également être portée d'un point de vue managérial puisqu'un projet d'innovation non porté et sponsorisé au sein de l'entité voir du pays (comme avec une politique publique incitative par exemple) a souvent peu de chances d'aboutir.

En Europe, différents pays ou entreprises ont mis en œuvre plus ou moins récemment des innovations à la fois sur le plan organisationnel comme managérial afin d'améliorer le parcours patient, la qualité des soins, voir les services rendus aux patients. En réalité, la majeure partie de ces innovations ou évolutions répondent souvent à une impulsion liée aux conséquences des problèmes rencontrés (engorgement des services d'urgences en France, liste d'attente en Angleterre, vieillissement de la population, inégalité d'accès aux soins...) mais également aux progrès technologiques. Ainsi la création de plateaux techniques plus légers pouvant être décentralisés vient soulager l'engorgement dont souffrent l'hôpital par exemple. Les pouvoirs publics jouent également un rôle dans la progression et la diffusion de ces innovations au niveau national.

Innovations organisationnelles et structurelles

Répondre aux problématiques de l'accès aux soins

En termes d'innovation organisationnelle, un des exemples le plus parlant au niveau européen reste celui de l'hôpital. Nous l'avons vu précédemment, l'Angleterre souffre d'un engorgement important (délais d'attente pour l'accès aux soins, annulations d'opération faute de personnel soignant...) qui du reste est commun à l'Espagne comme à la France, sans pour autant avoir les mêmes conséquences. L'un des principaux objectifs consiste donc à déterminer comment désengorger les hôpitaux.

Le développement de l'ambulatoire autour de structures non hospitalières

Un des premiers axes d'évolution notable est le développement de la médecine ambulatoire. Cette tendance est notamment permise grâce aux innovations technologiques. Les interventions devenant moins invasives pour le patient et les plateaux techniques étant plus légers, les interventions deviennent donc « exportables ». La pratique ambulatoire permet ainsi de ne pas occuper de lits à l'hôpital tout en assurant des soins plus que « primaires ». Ainsi, on observe le développement de structures de soins « alternatives », sorte d'entre-deux entre hôpitaux et cabinet de médecins (spécialistes ou généralistes). En Allemagne, le développement de MVZ (Medizinische Versorgung Zentren), qui sont des centres de santé ambulatoires pluridisciplinaires illustrent bien cette tendance. Les MVZ se distinguent par la coexistence obligatoire en leur sein d'au moins deux spécialités distinctes, et par leur équipement plus large qu'un simple cabinet médical, permettant d'effectuer des soins de « 2nd niveau » (par opposition au 1^{er} niveau que représente une simple consultation). Ce type de structures de soins s'observe aussi au Royaume Uni avec les « Intermediate care clinic » et « Maggie centers » (cancérologie), et en Espagne avec les Centres de soins primaires (« Centros de atención primaria »).

Le développement de ces entités permet à la fois de désengorger les hôpitaux en déplaçant la réalisation de certains actes hospitaliers vers la médecine de ville mais également de lutter contre l'inégalité d'accès aux soins en se positionnant dans des lieux où les centres hospitaliers ne sont pas ou peu représentés. Ainsi en Allemagne, 55,8% des MVZ se situent dans des zones urbaines et 54,2% en zone rurale dont 26,4% dans de petites villes rurales.

L'émergence de groupements médicaux multidisciplinaires disposant d'une délégation financière publique ou privée

Concomitamment à l'émergence de structures de soins multidisciplinaires, on observe des innovations portées par le secteur public et visant à revaloriser le rôle de structures régionales dans le cadre du parcours et de la qualité des soins. Ces aspects passent notamment par une délégation de pouvoir financiers, comme au Royaume Uni où depuis 5 ans, les cabinets de médecine généraliste sont obligés de former des réseaux de soins, tenus pour responsables de la santé de la population dans leur localité. En 2014, le NHS a ainsi délégué environ 60% de son budget à ces structures, qui sont responsabilisées sur l'achat de la plupart des services de santé de leur localité (urgences, hospitalisations programmées, maternités,...).

On peut noter une initiative intéressante aux Pays-Bas, où les maladies chroniques type diabète, ou asthme sont prises en charge de façon innovante ici encore par des groupements de santé multidisciplinaires. Ainsi, les assureurs santé négocient un budget annuel par patient avec ces structures, qui assurent en contrepartie une prise en charge médicale intégrale du patient. Le forfait est défini selon le profil du patient et des protocoles de soins appliqués. Si cette initiative est valable aux Pays-Bas où le financement du système de santé se base sur l'assurance privée, les assureurs santé français pourraient s'en inspirer dans le cadre des maladies chroniques pour définir des paniers de soins spécifiques par exemple.

L'intervention des pouvoirs publics dans la mesure de la qualité des soins

Pour améliorer l'accès et le parcours de soins, plusieurs pays européens ont développé des outils d'analyse et de suivi (qualité des soins, variabilité des pratiques médicales...). Ainsi au Royaume-Uni, les caisses primaires d'assurances maladies locales peuvent cartographier des parcours de soins (« clinical pathways ») pour leur localité avec un outil de planification de l'offre (Map of Medicine) à partir des recommandations de bonnes pratiques médicales. En parallèle, le niveau national du NHS, dans le cadre du « quality outcomes framework » offre des outils de benchmarking relatifs à la pertinence, à la qualité des soins, ainsi qu'aux hospitalisations et réadmissions qui auraient pu être évitables. A noter que le NHS offre également des incitations financières en offrant des paiements à la performance pour les hospitalisations considérées comme évitables pour les malades chroniques. De la même manière, en Espagne, des indicateurs d'hospitalisations évitables pour les malades chroniques mesurent la qualité des soins primaires effectués et les taux d'hospitalisations considérés comme « évitables » des centres de soins primaires sont recueillis avec des incitations financières à la clé.

En France, un parallèle peut être fait avec les Agences de Santé Régionales (ARS), qui ont notamment pour objectif « d'assurer la qualité, la sécurité des prises en charge et l'efficacité au meilleur coût ».

Comme nous venons de le voir, les innovations à la fois structurelles et organisationnelles présentées sont souvent le résultat de contraintes et de conséquences délétères spécifiques

auxquels les pouvoirs publics et les institutions essaient de pallier. Les évolutions technologiques (plateaux techniques allégés, analyse de données permettant d'effectuer des évaluations quantitatives et qualitatives de plus en plus fines) jouent à la fois un rôle d'impulsion ; l'apparition d'une innovation technologique faisant évoluer les pratiques et les organisations ; comme un rôle d'accompagnement notamment dans l'évaluation du parcours et de la qualité des soins.

Après avoir étudié différents cas d'innovations organisationnelles, il nous reste à nous pencher sur les pratiques et innovations managériales en vigueur au sein des différents pays européens observés.

L'évolution des pratiques managériales en milieu sanitaire

Dans toutes structures, publiques ou privées, le management joue un rôle clé dans la qualité du travail et du service rendu, et ceci est également vrai dans le secteur sanitaire. Il est donc possible d'établir une corrélation entre la qualité des pratiques managériales existantes et la qualité des soins. Nous nous concentrerons ainsi sur deux aspects : l'amélioration continue par le droit à l'erreur et la place du patient au sein du parcours de soins.

Le droit à l'erreur...

« Une personne qui n'a jamais commis d'erreur n'a jamais tenté d'innover. »

De prime abord, la notion « d'erreur » dans le domaine médical a plutôt tendance à faire frémir (se faire amputer la jambe gauche plutôt que droite paraît en effet assez terrifiant). Néanmoins, l'histoire médicale regorge d'exemples concrets où un simple oubli (ex : découverte de la pénicilline par Alexander Fleming) ou une inattention (Wilson Greatbatch et le pacemaker) a permis de faire de grandes avancées médicales. Dans notre monde actuel qui privilégie la recherche de la performance et du résultat, certaines entreprises européennes du secteur médical cherchent à l'inverse à déterminer collectivement les sources d'erreur et à trouver les leviers qui permettront d'en venir à bout. Cette attitude leur permet notamment de proposer des solutions innovantes ou de faire progresser la qualité du service proposé à leurs clients.

A titre d'illustration en Allemagne, la société Heiligenfeld qui gère des cliniques de soins psychiatriques, réunit hebdomadairement la moitié de ses collaborateurs sur différents sujets, dont le rapport à l'erreur et à l'échec. Les participants répartis en petits groupes doivent réfléchir sur ce sujet ainsi que sur les modalités de gestion et de réaction en cas d'erreur individuelle ou collective, sur le plan professionnel comme individuel. La restitution plénière effectuée par groupe permet de partager le fruit de ces réflexions. Au Danemark, la société Buurtzorg qui offre des services de soins à domicile, responsabilise ses employés qui doivent déclarer leurs erreurs et s'efforcer de trouver collectivement des solutions préventives. Des accompagnateurs non hiérarchiques aident les équipes à trouver une solution en apportant une expertise ou un feedback sur des pratiques adoptées par d'autres salariés dans des situations similaires.

En France, la Haute Autorité de Santé produit également de la documentation à destination des instituts de santé pour les accompagner dans l'évolution de leurs pratiques managériales, par le biais d'un auto-diagnostic.

L'innovation managériale dans la place dévolue au patient : l'apparition du patient partenaire ou patient expert

La place du patient, du latin « patiens » qui signifie souffrir ou endurer, peut-elle évoluer, pour passer d'un patient « attentiste » à un acteur à part entière des thérapies mises en place ?

Depuis le 15 novembre 2002, la Charte européenne des droits des patients, qui a pour but d'unifier les droits des patients dans les différents pays européens, définit 14 droits et notamment celui de participer aux décisions le concernant. Ce droit a probablement été un préalable à l'apparition de la notion de « patient partenaire » ou « patient expert ». Ce patient partenaire se définit comme : « une personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe ». Le principe est le suivant : un patient atteint d'une maladie au long cours (cas typique des maladies chroniques) acquiert certaines compétences concernant la gestion de sa maladie et peut dès lors apporter un appui à l'équipe soignante en apportant des conseils ou des retours d'expérience sur les traitements administrés voire accompagner des patients « débutants » dans leur traitement, en relais des équipes soignantes. Certains peuvent même devenir des « professionnels de santé » à part entière à condition de suivre une formation ad hoc. Ainsi, en France, l'Université Pierre et Marie Curie a créé en 2009 le premier dispositif pédagogique qui intègre des patients experts dans les parcours universitaires en éducation thérapeutique. Elle permet aux patients de devenir experts, formateurs, ou intervenants dans les programmes d'éducation thérapeutique. Par exemple, dans le cadre du projet européen de recherche EMILIA (Empowerment of Mental Illness service users through-Life-long Learning Integration and Action) qui vise à favoriser la réinsertion de personnes atteintes de troubles psychiques, les hôpitaux Saint Maurice ont recruté deux patients experts sous contrats et totalement intégrés à l'équipe soignante.

En Angleterre, on peut noter l'initiative EPP pour « Expert Patients Programme », lancé par le ministère de la Santé en 2001, et visant à développer un programme de formation axé sur l'autogestion du patient. On trouve en Allemagne des ateliers thérapeutiques animés par des assistantes médicales avec une formation complémentaire, ayant un impact positif sur la mortalité des patients. Aux Pays-Bas, l'éducation thérapeutique s'effectue via les nouvelles technologies et notamment internet. Le patient est orienté par ses professionnels de santé vers un site web adapté où il accède à des cours sur sa maladie et sur son auto-prise en charge, lui permettant de développer des connaissances théoriques et pratiques sur la gestion de sa maladie.

Il semble donc manifeste que la place du patient au sein du système de santé s'affirme et évolue, pour passer d'un rôle « attentiste » à un rôle de plus en plus « actif » dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique. Ce positionnement s'avère bénéfique pour le patient qui est responsabilisé et surtout valorisé pour son apport « expérientiel » auprès à la fois du corps médical et des autres patients (retours d'expérience, conseils, ...). Pour le corps médical, la prise en compte de la parole et du ressenti du patient face aux protocoles de soins établis est également un atout, puisqu'elle permet d'adapter certaines pratiques médicales voire de faire évoluer certains protocoles de soins, en fonction des ressentis patients exprimés. Cette tendance s'institutionnalise de plus en plus (cf développement de dispositifs de formations ad hoc). On peut également noter en France l'apparition du « patient traceur », soit un patient hospitalisé faisant l'objet d'un entretien pour « évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent ». Cette méthode d'évaluation a été développée directement par la HAS, et vise à faire rentrer les établissements hospitaliers dans une logique d'amélioration continue vis-à-vis de la qualité des soins et de la prise en charge des patients.



Indépendamment des choix d'organisation et de financement des systèmes de santé nationaux réalisés dans la seconde moitié du siècle dernier, notre étude sur les trois pays européens montre que les défis à résoudre pour chacun d'eux présente de fortes similarités.

Chacun des pays étudiés répond aux nouvelles contraintes émergentes en s'appropriant les opportunités offertes par les nouvelles technologies, l'évolution des pratiques managériales et de la relation patient-médecin, et avec la volonté manifeste de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue.

Si les nouvelles technologies permettent de répondre à ces problématiques partagées, telles que la lutte contre l'inégalité d'accès aux soins, et à accompagner des évolutions organisationnelles, le rôle des pouvoirs publics reste essentiel, par les incitations à la fois réglementaires et financières mises en œuvre pour encourager (ou contraindre) l'évolution des pratiques et des modes d'organisation.

Un des défis que doit donc relever l'Europe de demain est de définir comment capitaliser sur les best practices identifiées et surtout comment encourager et pérenniser leur développement. C'est ici que les assureurs santé et les mutuelles peuvent se positionner, en relais de l'action publique, selon des modalités qui restent encore à définir et à construire.

Notre deuxième saga prend ici fin, mais nous vous donnons rendez-vous l'été prochain pour une nouvelle étude. D'ici là, n'oubliez pas de nous suivre sur twitter et LinkedIn pour rester informé des dernières actualités et tendances de fond de votre secteur.

Sources :

Peter Drucker, théoricien du management

Albert Einstein

HAS - Service évaluation économique et santé publique - mars 2009

HCAAM - L'organisation du parcours de soins : les expériences étrangères (2015)

<https://thoracotomie.com/2012/08/04/alexander-fleming-et-la-decouverte-de-la-penicilline/>

<https://gizmodo.com/5844558/wilson-greatbatch-the-man-who-accidentally-invented-the-pacemaker-has-died>

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management_2006_10_06_10_04_53_949.pdf

<http://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2018/06/27/patient-partenaire-reprendre-pouvoir-maladie>

<http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html>

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1309.pdf>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/innovation-en-sante/article/les-3-champs-de-l-innovation-en-sante> :

<https://www.techniques-hospitalieres.fr/article/1101-le-virage-de-lambulatoire-lexemple-de-la-grande-bretagne.html>

http://worldmanagementsurvey.org/wp-content/images/2011/11/WMS_report2011_healthcare_FRENCH.pdf

<http://www.innovationmanageriale.com/concepts/tour-du-monde-des-entreprises-qui-valorisent-les-erreurs/>

<http://www.innovationmanageriale.com/concepts/tour-du-monde-des-entreprises-qui-valorisent-les-erreurs/>

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-87.htm>

<https://thoracotomie.com/2012/08/04/alexander-fleming-et-la-decouverte-de-la-penicilline/>

<https://gizmodo.com/5844558/wilson-greatbatch-the-man-who-accidentally-invented-the-pacemaker-has-died>

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management_2006_10_06_10_04_53_949.pdf