

SAGA 2018 - Tour d'Europe des systèmes de santé

Episode n°1 : Les modes d'organisation et de financement des systèmes de santé Européen

Publié le 28/06/2018

Des différences de modèles économiques

Chaque système de santé se définit selon plusieurs axes, le financement, l'accès aux soins, la gestion, la répartition des rôles et des responsabilités des acteurs publiques et privés. Nous proposons de confronter différents systèmes de santé européen mais cela ne peut se faire sans quelques rappels primordiaux et contextuels quant à leurs origines et leurs créateurs.

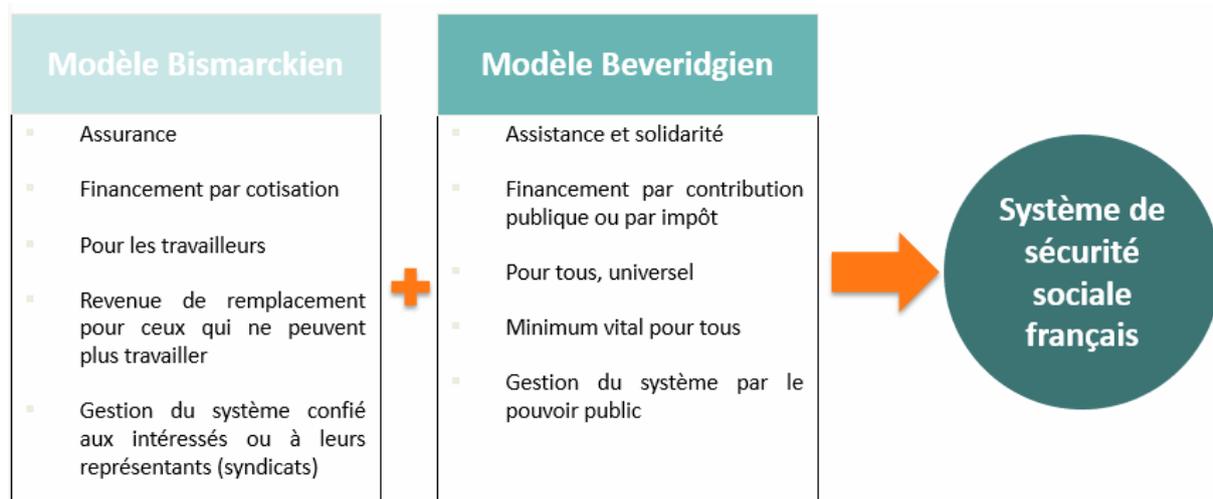
Pierres angulaires de tout débat autour des systèmes de santé, les termes modèle « Beveridgien » et modèle « Bismarckien » semblent aujourd'hui encore, rester nébuleux pour un grand nombre d'initiés.

Origines et orientation des système Bismarckien et Beveridgien

Le système de santé Bismarckien tire ses origines en Allemagne, à la fin du XIXe siècle. Il est mis en place par le Chancelier Bismarck, qui instaure les premières assurances sociales obligatoires. Elles comprennent l'assurances contre les risques relatifs à la maladie, la vieillesse et les accidents du travail. Ce modèle est dit « assurantiel » car il peut être rapproché d'une assurance professionnelle : le travailleur cotise sur son salaire à des caisses cogérées par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

Le système Beveridgien a lui été créé par Sir Beveridge, en Angleterre, en 1942 et sera appliqué à la fin de la guerre. Il est dit « assistanciel » car repose sur le principe de l'assurance universelle : le citoyen finance la protection de toute personne dans le besoin par ses impôts. Le contrôle est effectué par les parlementaires et géré par un organe unique (le National Health Service en Angleterre).

La France, a puisé au sein de ces deux modèles afin de construire son système de sécurité sociale actuel.



Si notre modèle français est basé sur un modèle mixte, mêlant des principes beveridgien (universalité du système) et bismarckien (logique assurantielle avec recours à l'assurance privée), et a donc su tirer parti des avantages de chaque système tout en conservant des spécificités qui lui sont propres, certains de nos voisins européens disposent de modèles plus affirmés dans un sens comme dans l'autre.

Des modèles différents, oui, mais dans quelles mesures se différencient-ils les uns des autres ?

Pour le principal, par les sources de financement et les modalités de gestion qui dépendent du modèle historique que suit le pays. Soumis à de nombreuses polémiques, les modes de financement sont régulièrement remis en cause ; il est souvent d'actualité de critiquer la part du budget alloué à la santé. Intéressons-nous aux différences de financement entre nos trois protagonistes.

Le système de santé britannique, le National Health Service, est financé par l'impôt. L'État fixe le montant total des dépenses. Le Royaume-Uni consacre quasiment 10 % de son PIB à la santé, une proportion qui, pendant des années, a été l'une des plus faibles des 21 pays de l'OCDE. La couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme, accordée sur la base d'un critère de résidence et non d'un critère professionnel. Cela signifie notamment qu'il n'existe pas de caisses d'assurance maladie ni de systèmes de remboursement des soins puisque la couverture maladie est assurée par l'accès à des services et non par des remboursements.

A l'inverse, l'Allemagne est restée fidèle à la tradition bismarckienne : toutes les assurances sociales sont gérées par des organismes de droit public où les salariés et les employeurs sont représentés à égalité. Le financement de l'assurance-maladie est donc toujours assuré par les revenus du travail, par une cotisation partagée pour moitié entre le salarié et son entreprise. Les caisses fixent, dans les limites posées au niveau fédéral, leur taux de cotisation. Dans le cadre de l'assurance-maladie légale, chacun participe selon ses ressources. Le montant de la cotisation dépend uniquement des revenus du travail, il est proportionnel à ce revenu (principe de

solidarité), et indexé aux taux de cotisation de la caisse-maladie dont dépends l'assuré. La cotisation est donc indépendante de l'âge, du sexe ou des risques de santé présentés par l'assuré.

Notre troisième pays étudié, l'Espagne, se place au centre des débats et adopte un positionnement mixte. Le système de santé Espagnol a connu un bouleversement significatif ces trente dernières années et nous offre un aperçu intéressant tant dans son financement que dans sa gestion. Auparavant, la protection de la santé se fondait sur le modèle de Bismarck, où la sécurité sociale couvre les soins maladie de la population salariée et de ses ayants-droits. Depuis 1986, date de l'approbation de la Loi Générale sur la Santé, le modèle espagnol subit un changement radical, avec la création du Service de Santé National. Aujourd'hui, il adopte à la fois une logique beveridgienne pour ce qui concerne la maladie, avec le SSN créé en 1986, et une logique plus assurantielle concernant la vieillesse.

Le système de santé espagnol a été largement décentralisé en faveur des communautés autonomes entre 1978 et le 1er janvier 2002, date à laquelle la totalité des communes s'est vu conférer la plupart des compétences de santé. Conséquence, une cohabitation de plusieurs modes de fonctionnement : celui qui correspond aux compétences de l'administration centrale et ceux qui deviennent du ressort des communautés autonomes. Ces différents changements ont, intrinsèquement, entraîné une modification dans la structure du financement du système de santé. En 1960, les cotisations sociales représentaient 90% du financement, depuis les années 2000 elles se stabilise à 27%. En contrepartie, cela implique que l'apport de l'Etat se situe à 70% environ, ce qui image bien le passage d'une logique assurantielle vers une logique de système de santé nationalisé.

Quels sont les avantages et inconvénients des modèles et quelles sont les conséquences observées ?



Grâce à son statut national, le système anglais simplifie considérablement les formalités : suppression de l'affiliation, suppression du circuit des feuilles de maladie et de remboursement, et de ce fait simplification des vérifications et contrôles liés puisque tout, ou presque, est pris en charge à 100 % par le système. Une utopie administrative pour la France ! Autre avantage, le NHS couvre tous les citoyens du Royaume-Uni avec une couverture santé complète. Cela signifie que chaque personne ou immigrant qui doit obtenir la citoyenneté britannique peut avoir une assurance maladie qui est

fournie et financée par le gouvernement. Il n'y a aucune exception à cela.

Assurément, un système de santé universel implique certains inconvénients tel que les délais d'attente d'accès aux soins, une faible attractivité des métiers de la santé dû au manque de financement ou encore les freins bureaucratiques. Conséquences directes ou indirectes, aujourd'hui, le modèle anglais est en crise. Les caisses sont vides : dans les budgets des hôpitaux, les déficits ne cessent de se creuser. Les files d'attentes se rallongent, les patients sont toujours plus nombreux à devoir attendre plus de quatre heures avant d'être pris en charge aux urgences et dans certains cas les opérations sont annulées. Le personnel est insuffisant, comme le prouve le nombre croissant de postes non pourvus.

Du côté espagnol, 90% des résidents utilisent la couverture publique, ce qui induit à fortiori que le système fonctionne correctement et que la population en est satisfaite. Effectivement, si le

patient suit le parcours de soin qu'il lui a été imposé, il n'aura aucune somme d'argent à déboursier. Pour autant, la décentralisation génère des disparités géographiques liées à des déséquilibres internes des ressources et des compétences. Comme dans d'autres pays européens, les listes d'attente pour les spécialistes, les traitements spéciaux et les opérations non urgentes se sont allongés faisant le lit des systèmes d'assurances privées. Le système de santé Espagnol peut-il garder la tête hors de l'eau face à de telles disparités ?

Comme chaque système s'inscrit dans un contexte social, institutionnel et politique qui lui est propre, les approches utilisées diffèrent à bien des égards. Il est cependant difficile de déterminer si une approche donne des résultats supérieurs aux autres.

Quels liens et problématiques peuvent être établis avec le système français ?

Le système Allemand est très proche du notre, tant dans son financement que dans son organisation. On peut surtout s'y comparer au vu de défis que rencontre nos deux systèmes, à savoir le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Selon les estimations de l'Insee, un Français sur trois aura 60 ans ou plus en 2050, contre un sur cinq en 2005. Un constat qui va de pair avec l'augmentation des maladies chroniques, 15% environ de la population représentent plus de 65 % des dépenses de l'assurance maladie chaque année en France, soit environ 100 milliards d'euros sur 180 milliards. Cette nouvelle tendance démographique est un véritable enjeu pour nos systèmes de santé et nos politiques. Au-delà du traitement purement médical, des problématiques de protection sociale liée à la dépendance se font de plus en plus nombreuses. Une problématique s'ouvre à savoir, faut-il obliger une assurance pour ce risque ? L'idée étant d'alléger considérablement les coûts supportés par les proches. Nous serons tous concernés car nous vivrons plus longtemps avec plus de maladies chroniques ; près de deux millions de personnes âgées seront dépendantes en 2040.

Le système anglais, tout comme le système français ont été, par le passé, classés comme les meilleurs au monde. Paradoxalement, le taux d'insatisfaction ne cesse de grimper au sein des deux populations. La France se place à l'avant dernière place du classement d'appréciation du système de santé par les citoyens. Le Royaume-Uni lui se situe 13 points devant mais reste en fin de classement également. Un point les relie, le manque d'implémentation de nouveaux outils s'appuyant sur les nouvelles technologies. Si nos Millenials sont férus de nouvelles technologies, nos systèmes de santé, eux, sont encore un peu à la traîne et mettent du temps à se lancer.

L'Allemagne et l'Espagne, à l'inverse, ont déjà pris le virage du digital et utilisent des nouvelles technologies pour développer des solutions innovantes. Pour exemple, l'hôpital La Fe de Valence a travaillé sur quatre ans d'historique patients pour identifier les marqueurs clés. La mise en œuvre d'actions ciblées sur les patients identifiés comme à risque a notamment permis de réduire les dépenses de 7 à 9 %.

Le panel des possibilités ne cesse de s'élargir avec le progrès permanent qui accompagne notre siècle. Ce sujet passionnant sera évoqué dans le deuxième épisode de notre saga qui étudiera plus en détails les différentes avancées technologiques et leurs impacts sur les modèles économiques.

Sources :

<https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/030558170161-la-dependance-doit-etre-une-priorite-pour-letat-2114290.php>

[file:///C:/Users/Claire%20Collavet/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1335-le-financement-de-la-sant%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Claire%20Collavet/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1335-le-financement-de-la-sant%20(1).pdf)

http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0209_ETRANG.pdf

<https://www.vivamagazine.fr/blog/article/espagne-un-systeme-national-de-sante-tres-decentralise-172678>

<https://www.formosapost.com/pros-and-cons-of-universal-health-care-in-the-united-kingdom/>

http://www.lepoint.fr/economie/dans-quel-etat-est-vraiment-notre-systeme-de-sante-18-09-2017-2157945_28.php

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er475.pdf>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090.pdf>

<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

<https://essentiel-autonomie.humanis.com/comprendre-perde-autonomie/evaluer/vieillesse-dependance-constat-prise-charge>

Episode n°2 : Les innovations technologiques et leurs impacts sur les systèmes de santé

Publié le 24/07/2018

Viellissement de la population, prévalence accrue des maladies chroniques, voilà les enjeux identifiés dans notre premier épisode, auxquels font face la France et l'Allemagne. Nous avons également pu constater que l'Espagne faisait face à de fortes inégalités d'accès aux soins dû à la décentralisation de son système de santé et que les listes d'attentes sont longues pour avoir accès à un spécialiste, tout comme le Royaume-Uni.

Après une première analyse organisationnelle des différents modèles de santé espagnols, anglais et allemands, Synaxia Conseil vous propose dans ce deuxième épisode de se pencher sur les dernières innovations technologiques dans le domaine de la santé. Ces nouvelles tendances sont articulées autour du parcours de soin, de la prévention jusqu'à l'accès aux soins puis le suivi, où de nouveaux outils apparaissent comme les objets connectés, la télémédecine, les applications e-santé.

La mise en place de nouvelles organisations de soins basées sur ces technologies, pour structurer et faciliter les prises en charge complexes sur une période plus ou moins longue du suivi du patient, devient notamment l'objectif de nombreux services.

Dans quelles mesures les différentes innovations technologiques peuvent-elles pallier ces problématiques ? Quelles sont les initiatives mise en place et en cours de d'études en Europe ?

La prévention passe-t-elle par de nouveaux outils digitaux ?

Aujourd'hui, les objets connectés et leurs applications nous offrent des systèmes sous la forme d'une part d'appareils de prise de mesures et de données et d'autre part d'applications intégrées à un Smartphone ou à une tablette avec gestion des data qui peuvent être adressées à un proche ou à un médecin référent. Ces dispositifs offrent aux patients la possibilité de se responsabiliser sur le suivi de leur état de santé et d'améliorer la qualité de la relation patient/médecin par un meilleur partage d'informations. Ces dispositifs permettent également d'optimiser l'observance de traitements médicamenteux.

Le vieillissement de la population et la croissance des maladies chroniques stimulent la demande de services de soins de santé connectés. Combinée à la numérisation croissante de la société, la prise de conscience autour des enjeux liés au maintien de la santé parmi la population a ouvert la voie aux solutions de santé mobile. En Allemagne, ce marché est extrêmement dynamique. Les applications médicales les plus populaires en Allemagne sont celles liées à la nutrition (par exemple, les compteurs de calories et podomètres). On peut voir différentes offres se développer comme celle de la start-up fabUlyzer qui offrent un dispositif d'aide dans les programmes de perte

de poids. (En expirant dans le capteur avant et après une séance d'entraînement, cela indique à l'utilisateur combien de graisses ont été brûlées). Ou la start-up Qompium qui a développé une application qui permet de détecter les rythmes cardiaques inhabituels et déclencher une alerte. Au total, plus de 3 milliards d'euros seront investis en Allemagne sur ces segments.

L'Angleterre, possède également un marché en pleine expansion dans le domaine de la santé connectée et de nombreuses start-up anglaises se sont lancées dans le développement de solutions de prévention. L'une d'entre elles, DoctorLink, propose aux utilisateurs une plateforme interactive sur la santé et qui y accèdent via le site Web de leur cabinet de médecine générale. Le principe est simple, les utilisateurs répondent à une série de questions sur leur état physique général qu'un algorithme clinique analyse ensuite avant de répondre par des conseils médicaux adaptés. L'objectif étant de permettre aux personnes de prendre soin d'elle et d'adopter un rythme de vie sain pour prévenir des maladies. Les patients peuvent prendre rendez-vous en face-à-face ou consulter un médecin par le biais de DoctorLink si la situation l'exige.

Des initiatives semblables sont observables en France, une des marques redevenue bleu blanc rouge a été l'une des pionnières dans le domaine de la e-santé. Fondée en 2008, la marque française Withings conçoit, fabrique et commercialise des objets connectés, comme les montres tracker d'activité ou les balances intelligentes qui accompagnent les patients dans leurs régimes alimentaires. L'objectif est de : permettre aux utilisateurs de prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches en toute simplicité.

La start-up Lili smart, a elle, développé une application pour les aidants, une montre pour les proches fragiles et des capteurs installés à leur domicile. Grâce à un système algorithmique, la start-up peut ainsi analyser les habitudes de vie du proche et détecter des changements de comportement qui peuvent alerter.

La télémédecine, remède contre la difficulté d'accès aux soins ?



L'expansion des déserts médicaux inquiète de plus en plus et la médecine 2.0 commence à être utilisée pour parer à la pénurie de temps médical.

Les technologies numériques offrent la possibilité de s'affranchir de la contrainte géographique pour accéder aux médecins grâce en outre à la mise à disposition de cabines de télé-consultation. En parallèle le déploiement d'une offre de télé-expertise, permet aux médecins généralistes de faire appel à un spécialiste lors de prise en charge de patient complexe. La télémédecine est donc un outil majeur permettant de garantir l'égalité d'accès aux soins pour le patient et un appui pour le professionnel de santé.

Dans les Etats fédéraux comme l'Allemagne et l'Espagne, ce sont les gouvernements locaux qui gèrent le développement de la santé connectée. Il n'y a pas de programme national et le développement de la télémédecine est très inégal d'une région à l'autre. Ainsi en Espagne, la télémédecine est surtout développée en Catalogne, en Galice et en Andalousie. De même en Allemagne, seuls trois Landers (Baden-Wurtemberg, Bavière, Berlin) ont un programme très structuré en matière de télémédecine, avec un développement essentiellement hospitalier.

L'Espagne est une bonne élève en matière de santé connectée ; Dès 2013, les îles espagnoles de Tenerife et de La Palma déployaient un service de télémédecine. Particulièrement utile dans les îles Canaries, il n'est maintenant plus nécessaire de se déplacer d'île en île pour rencontrer un

spécialiste. L'accès aux soins est donc plus rapide, moins coûteux et évite des déplacements pour les patients. En Galice, le programme de santé connectée intègre la téléconsultation (appelée e-consultation) et la téléexpertise entre professionnels de santé (appelée e-interconsultation). Ils ont notamment réussi le développement du dossier médical personnel digitalisé et des plateformes intégrées pour le télésuivi de différentes pathologies chroniques.

Un peu plus loin derrière, notamment en raison d'obstacles juridiques, l'Allemagne peine à suivre la tendance. Néanmoins, avec des modèles économiques différents, les entreprises sont également actives dans le pays dans le domaine de la télémédecine. Par exemple, TeleClinic, une start-up munichoise, propose aux patients une consultation médicale par vidéo ou appel téléphonique. Un autre acteur, Patientus, propose les mêmes services, mais contrairement à TeleClinic, la consultation télémédicale est gratuite pour les patients. Les médecins doivent se créer un compte et payer des frais. En raison du grand potentiel de la télémédecine, on prévoit que de nouvelles entreprises avec une variété d'offres vont émerger sur le marché. Une telle croissance devrait augmenter la pression sur les législateurs pour un ajustement de la réglementation légale et d'avantage de libéralisation.

En Angleterre, le NHS pilote les programmes de télémédecine et de e-santé. Aujourd'hui, le développement de la télémédecine n'est pas homogène et varie d'une maladie chronique et d'une région à l'autre. Plusieurs solutions de télémédecine ne portent que sur un très faible nombre de patients dont les besoins sont élevés ainsi que les coûts associés, tandis que d'autres solutions sont centrées sur une approche plus préventive notamment concernant l'aggravation des maladies chroniques et les hospitalisations. Cependant de nombreuses start-up permettant de faciliter la prise de rendez-vous médicaux ou donnant accès à un médecin en physique, visio ou tchat voient le jour ces dernières années. Pour faciliter l'accès aux soins, Push Doctor, un service de médecin généraliste en ligne, connecte les patients à un médecin par vidéo dans les minutes suivant leur demande. Ils peuvent par la suite, envoyer des ordonnances à leur pharmacie locale le jour même du rendez-vous. Dans le même registre, en 2012, DrDoctor a développé une application de rendez-vous intelligente conçue pour transformer la façon dont les patients communiquent avec les hôpitaux et résoudre le problème des annulations de dernière minute. Ils estiment que 70% des annulations faites dans les 24 heures suivant la date de rendez-vous ne sont pas remplies, ils recherchent donc automatiquement les emplacements vides dans les cliniques et les offre aux patients sur les listes d'attente.

L'accompagnement technologique pour un accompagnement plus personnalisé

On observe aujourd'hui le développement de nouveaux outils technologiques qui vont accompagner le patient dans son suivi médical. On retrouve également ici la problématique d'une population vieillissante, qui mérite plus d'attention et qui se retrouve parfois en situation d'isolement.

En Allemagne, une application reliée à un petit capteur portable, développée par Insulin Angel, aide les patients à garder leurs médicaments avec eux et qu'ils restent à la bonne température. Le capteur connecté au smartphone permet aussi de déclencher des rappels pour la prise du traitement à heure fixe. Cette solution est particulièrement utile pour les diabétiques qui ont régulièrement besoin de leur dose d'insuline. Il existe aussi un assistant numérique "Blood

Pressure Assistant” qui permet aux patients de rentrer quotidiennement leur pression sanguine afin que celui-ci l’analyse et aide les patients à en interpréter les résultats.

En France on observe également de nouvelle initiative e-santé dans le domaine de suivi et de l’accompagnement. Comme exemple, la société Docapost, filiale du groupe La Poste dédiée au numérique, a de son côté annoncé au CES le lancement de l’application mobile "La Poste e-santé", qui sert à la fois de "carnet de santé numérique" et d’outil de suivi des patients après une hospitalisation. Une entreprise française, spécialisée dans l’observance des traitements médicaux développe des solutions connectées comme la Medipac box qui contient les médicaments des patients en doses et hors doses pour la semaine ainsi que leur ordonnance. Elle est couplée à l’application mobile Observance pour les rappels de prise automatiques et le suivi du traitement.

L’Angleterre n’est pas en reste avec le développement de la plateforme Pharmacy2U. La plateforme pharmaceutique en ligne propose ainsi aux utilisateurs du NHS un service gratuit de renouvellement en ligne des prescriptions. Ce service qui vise d’abord principalement les patients atteints de troubles chroniques, et nécessitant ainsi des renouvellements réguliers de leurs prescriptions, devrait permettre aussi bien de réduire la pénibilité du traitement que de simplifier le travail des médecins. De cette façon, plutôt que d’écrire une prescription qui peut notamment être perdue, celle-ci sera numérisée et insérer directement dans Pharmacy2U. Elle intégrera également la régularité du traitement, à savoir le nombre de médicament et la fréquence par jours que doit respecter le patient.

L’espagnol, Medtep a bien compris le besoin de responsabiliser le patient dans sa démarche de santé afin de faciliter le processus d’accompagnement des médecins traitants. Ils ont prouvé qu’un patient plus autonome, obtiendrait de meilleurs résultats de récupération et s’engagerait dans une meilleure hygiène de vie. La solution qu’ils ont développée, permet aux médecins de suivre les patients avec un outil en ligne qui suit l’observance des médicaments, les symptômes, l’activité physique et d’autres paramètres. La solution peut être personnalisée pour diverses conditions et s’adapte aux besoins du patient. Le médecin peut concevoir un plan d’action personnalisé pour chaque patient.



La transformation numérique répond donc à plusieurs objectifs, celui de rendre l'accès aux soins pour tous, de rationaliser les coûts cachés et les tâches chronophages et de donner de la cohérence au parcours patient grâce aux nouveaux services. Ce nouveau parcours patient démarre n'importe où, chez lui, dans la rue, au bureau et l'élément déclencheur est facilité par la valorisation d'une expérience bénéfique pour sa santé.

Le « décentrage » du système de soins sous l'influence et grâce au numérique peut être envisagé sous trois angles : la prévention avec de nombreuses initiatives de santé connectés, l'accès aux soins facilité à tout point de vue autant pour la médecine générale pour les domaines à plus haute expertise et enfin par l'amélioration du suivi des patients lorsqu'ils ne sont pas en contact direct avec le corps médical.

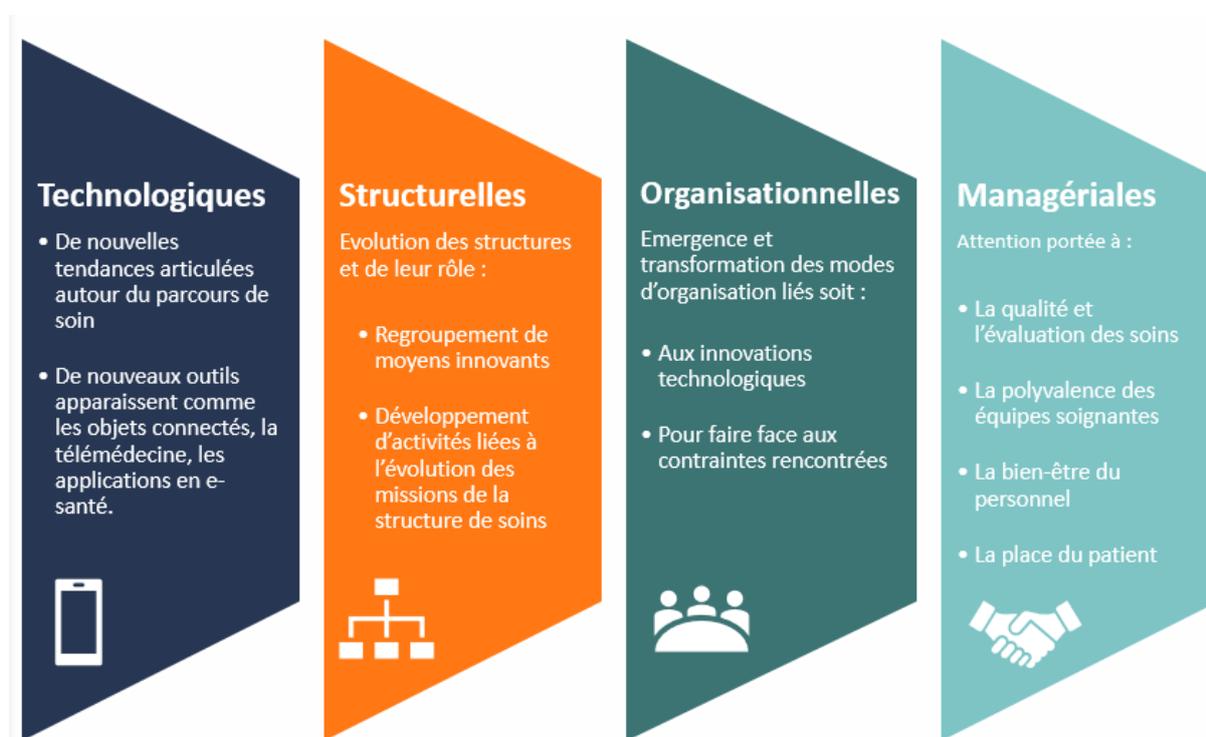
Source :

<https://www.pole-scs.org/wp-content/uploads/sites/www.pole-scs.org/files/plaquette%20Conhit.pdf>
<https://www.gtai.de/GTAI/Navigation/EN/Invest/Industries/Life-sciences/digital-health.html#1165964>
<https://atelier.bnpparibas/health/article/pharmacy2u-premiere-etape-politique-large-e-sante-royaume-uni>
<https://www.phemium.com/fr/home>
http://observateurocde.org/news/fullstory.php/aid/2682/Les_bienfaits_de_la_t_E9l_E9m_E9decine.html
https://madrid.impacthub.net/wp-content/uploads/2017/10/Informe_MS_Takeda_IH.pdf
<http://www.plataformatecnologiasanitaria.es/>
<https://www.latribune.fr/technos-medias/innovation-et-start-up/dix-startups-qui-disruptent-dans-l-e-sante-745522.html>
<https://www.ticpharma.com/story.php?tag=21&story=465>
<http://innovationesante.fr/le-suivi-du-patient-revolutionne-par-les-applications-de-la-sante-connectee/>
<http://www.telemedaction.org/426495079>
<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/diplomatie-scientifique/veille-scientifique-et-technologique/allemande/article/rapport-sur-l-e-sante-en-allemande>
<https://www.dr-hempel-network.com/growth-of-digital-health-market/mhealth-mobile-health-apps-market-in-germany-next-10-years/>
<https://www.techworld.com/picture-gallery/startups/uk-healthtech-startups-watch-3653416/>

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