



HAL
open science

Innover, imiter ou disparaître : à quoi ressemblera l'hôpital du futur ?

Anne Albert-Cromarias, Malik Albert, Christian Fillatreau, Khaled Meflah,
Benoit Nautré

► To cite this version:

Anne Albert-Cromarias, Malik Albert, Christian Fillatreau, Khaled Meflah, Benoit Nautré. Innover, imiter ou disparaître : à quoi ressemblera l'hôpital du futur ?. *Gestions hospitalières: la revue du management hospitalier*, 2017, 569. hal-02330079

HAL Id: hal-02330079

<https://hal.science/hal-02330079>

Submitted on 14 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Innover, imiter ou disparaître : à quoi ressemblera l'hôpital du futur ?

Anne ALBERT-CROMARIAS, Malik ALBERT, Christian FILLATREAU, Khaled MEFLAH, Benoît NAUTRE

La question de l'innovation à l'hôpital n'est pas nouvelle : nombreux sont les praticiens, spécialistes et autres experts à proposer des pistes permettant de préfigurer « l'hôpital 2.0 »¹. Notre propos, ici, est de montrer que si des transformations profondes sont d'ores et déjà à l'œuvre, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour que ces innovations puissent s'enraciner, au-delà de l'impact somme toute restreint d'une expérimentation locale. Ainsi, les innovations technologiques et organisationnelles, porteuses de promesses en termes de progrès thérapeutiques et d'amélioration du bien-être des patients, doivent s'accompagner d'innovations politiques et managériales courageuses.

Issu de la charité du Moyen-Âge puis de la bienfaisance de la Renaissance, l'hôpital français est historiquement soumis à des évolutions de fond. Sa version du XXI^e siècle n'y déroge pas, largement impactée par les principes du New Public Management qui l'ont profondément transformé au cours des deux dernières décennies, avec comme point de départ l'ordonnance d'avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (plan Juppé), faisant de la concurrence la voie de la performance. La création *de facto* d'un « quasi-marché » a produit nombre d'effets pervers au premier rang desquels la multiplication des actes sous l'effet de la T2A et le renforcement des clivages entre secteurs public et privé, hôpital et médecine de ville. La deuxième salve de réformes est celle des lois HPST (2009) et de modernisation du système de santé (2016), qui recentrent les efforts sur les parcours de soins et les territoires de santé, dans une logique de coopération – parfois imposée – entre acteurs. En parallèle, les progrès de la médecine sont incontestables et la digitalisation du monde de la santé ne fait que commencer...

Dans ce contexte, l'innovation n'est pas un vain mot, mais une réalité quotidienne pour l'ensemble des parties prenantes, patients, établissements, collaborateurs, médecins, laboratoires pharmaceutiques, financeurs, etc. Pourtant, au-delà de démarches expérimentales initiées au plan local ou national sous l'impulsion d'un ou plusieurs porteurs de projet volontaires et engagés, voire visionnaires, la transformation de l'hôpital semble encore bien longue et complexe pour aboutir à ce qu'il pourrait devenir en intégrant les avancées les plus prometteuses.

Un modèle « en étoile » et de nouveaux services

Dans un futur proche – une dizaine d'années – l'hôpital aura probablement opéré sa mue, depuis sa configuration actuelle d'un lieu physique tentaculaire évaluant son importance au nombre de ses lits et rassemblant des compétences et des ressources techniques et technologiques pointues, vers un modèle d'hôpital en étoile, allégé et en partie dématérialisé, proposant des plateaux techniques mutualisés entre opérateurs publics et privés (y compris industriels) et ayant développé en amont et en aval des services nouveaux, le domicile devenant lui aussi un espace de prise en charge médicale,

¹ Voir notamment les dossiers des numéros 555 (avril 2016) ou 559 (octobre 2016) de Gestions Hospitalières

désormais envisageable « hors les murs ». La possibilité de se connecter à distance et les perspectives apportées par la télémédecine initieront de nouvelles formes de proximité, vis-à-vis des patients mais aussi pour les équipes de professionnels de santé qui ne seront plus nécessairement sur un même site.

Les progrès médicaux et thérapeutiques couplés à l'intelligence artificielle ouvrent également de nouvelles perspectives : le développement de la bio-informatique et du profilage génomique des maladies préfigurent la montée en puissance d'une médecine prédictive, « troisième âge de la médecine »² ; des techniques opératoires « augmentées », moins intrusives, plus précises et mieux tolérées... Autant d'innovations technologiques déjà à l'œuvre qui vont révolutionner les approches diagnostiques et thérapeutiques.

Or cette vision à dix ans de l'hôpital n'est pas une utopie ; elle existe déjà, certes par bribes, sous forme de micro-innovations disséminées ici ou là grâce au bon vouloir d'acteurs moteurs, défenseurs d'une nouvelle vision de l'hôpital.

Vous avez dit « innovation » ?

Toutes les innovations ne se valent pas. La distinction classique entre innovation incrémentale (dite également d'amélioration) et innovation radicale (ou de rupture) pose bien la différence entre, d'une part, celle qui va apporter un bénéfice – plus ou moins important – pour l'utilisateur sur la base d'un concept déjà existant (par exemple une nouvelle posologie permettant d'espacer les prises d'un médicament) et celle qui va révolutionner tout un écosystème, voire impacter profondément notre système de valeur et nos croyances. Ainsi les biotechnologies ouvrent des perspectives dignes de la science-fiction en annonçant la mort de la mort³, qui au-delà du roman à succès de Marc Lévy⁴, attisent les appétits des tycoons de la Silicon Valley, tel Elon Musk avec Neuralink.

Mais l'innovation va bien au-delà des seules avancées techniques, diagnostiques ou thérapeutiques issues du progrès technologique. Comme nous le rappelle la typologie de l'innovation élaborée par l'OCDE en 2005, l'innovation ne concerne pas seulement le produit (ou la prestation de service) puisque l'on peut aussi parler d'innovation de procédé, de commercialisation ou d'organisation⁵.

C'est probablement dans ce dernier domaine, celui de l'organisation, que les changements vont et doivent être les plus forts. La coopération entre établissements, appelée de ses vœux par les lois HPST et de modernisation du système de santé mais aussi par certaines injonctions institutionnelles, ne va pas de soi. En effet, les acteurs de la santé fonctionnent depuis des années en silo, dans des logiques obsolètes centrées sur un établissement qui vise le maintien d'avantages acquis. Il s'agit donc d'en prendre l'exact contre-pied, en acceptant un effacement des frontières et le développement du travail en réseau.

Des initiatives existent déjà, telles des stratégies de coopération entre établissements, par ailleurs concurrents au niveau d'un territoire géographique donné, permettant, par exemple de mutualiser

² Cf. Grimadi A., Caillé Y., Pierru F., Tabuteau D. (2017), *Les maladies chroniques, vers la troisième médecine*, Editions Odile Jacob, https://www.odilejacob.fr/catalogue/medecine/medecine-generale/maladies-chroniques_9782738135261.php

³ Cf. Alexandre L. (2011), *La mort de la mort*, Editions JC Lattès, <http://www.editions-jclattes.fr/la-mort-de-la-mort-9782709636803>

⁴ Cf. Lévy M. (2016), *L'horizon à l'envers*, Editions Robert Laffont, http://www.laffont.fr/site/l_horizon_a_l_envers_&100&9782221157848.html

⁵ Manuel d'Oslo de l'OCDE « principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation » <https://www.oecd.org/fr/sites/strategiedelocdepourlinnovation/definirlinnovation.htm>

efficacement l'offre de radiothérapie locale tout en laissant la concurrence s'exercer sur d'autres actes comme la chirurgie ou la chimiothérapie, préservant ainsi l'indépendance des établissements partenaires tout en améliorant la qualité de prise en charge des patients.

La réduction notable, ces dernières années, de la durée moyenne d'hospitalisation, et le développement simultané de l'hôpital de jour et de l'ambulatoire, rendus possibles grâce aux évolutions de la science, aux nouveaux savoir-faire et à l'organisation des établissements, ne font que commencer. Les flux de patients, complexes et volumineux, seront à terme gérés par des établissements de grande taille, à même de conduire des opérations de haute technologie H24, et dotés de centres de coordination opérationnelle assurant un suivi en temps réel en lien direct avec les équipes de médecins et de soignants.

Au niveau macro-économique, le système de santé français est bâti sur un héritage lourd de régulation par l'Etat, plutôt concluant jusqu'à présent, mais qui devra impérativement se réformer. S'inspirer d'autres modèles semble donc indispensable, afin de privilégier l'action de terrain à la conception centralisatrice. Les pays d'Europe du Nord peuvent nous apprendre beaucoup, par exemple dans le principe de flexicurité appliqué à la santé, qui finance entre autres des actions de prévention secondaire pendant les phases curatives. De même, le Canada, confronté à un environnement peu favorable dû à l'étendue de territoires médicalement désertifiés, a su, sur les provinces de Montréal, Ottawa ou Québec, explorer de nouvelles modalités d'organisation, à travers, par exemple, des centres de dialyse mobiles ou le développement de la télépathologie qui permet d'interpréter une lame de biopsie à distance.

Quelle performance ?

Les enjeux actuels portent donc sur le pilotage de l'innovation, en maîtrisant le foisonnement des idées et en définissant des priorités, sans occulter la délicate question du financement qui s'avère majeure : la tarification à l'activité a montré ses limites, de même que le modèle de concurrence – plus ou moins pure. En filigrane, c'est en réalité la question de la performance qui se pose. Dans la droite ligne du New Public Management, les réformes des vingt dernières années ont d'abord conduit à une hybridation de la mission de service public avec des préoccupations marchandes, dans un objectif revendiqué d'accroissement de la performance. Mais de quelle performance parle-t-on ?

La logique première est celle de la performance économique, étroitement liée à la question du financement. Cependant, l'introduction de la T2A, malgré un objectif initial louable d'appliquer un tarif unique entre secteurs public et privé dans la logique de main invisible chère à Adam Smith, s'est avérée perverse. Aujourd'hui, force est de constater que les comportements évoluent peu, toujours centrés sur la protection du capacitaire et la propriété exclusive de plateaux techniques, induisant ainsi une forme de mimétisme institutionnel, alors que, comme nous l'avons montré, le besoin est dans l'ambulatoire et le lien hôpital-domicile, en même temps que le coût et la spécialisation des équipements rendent illusoire leurs financements autonomes... La logique purement comptable qui s'est peu à peu répandue pose *in fine* la question d'un autre type de performance, cette fois-ci centrée sur le bien-être des individus : qualité des soins et personnalisation de la prise en charge pour les usagers ; sens de l'action et qualité de vie au travail pour les collaborateurs.

Il serait donc restrictif de penser la performance comme une obligation induite par la contrainte économique. C'est autour d'une performance multidimensionnelle qu'il faut travailler, collectivement, pour permettre aux différentes parties prenantes de trouver un chemin partagé, réellement porteur d'innovations permettant d'aborder les transformations nécessaires dans les meilleures conditions possibles.

Mais la route est longue...

Pourtant, le chemin à parcourir est encore long et la question de l'acceptabilité d'un tel modèle se pose.

Au niveau des professionnels de santé, tout d'abord. Les changements parfois brutaux amenés par les nouvelles technologies – par exemple dans l'imagerie médicale ou l'intelligence artificielle – peuvent provoquer des résistances au changement d'autant plus fortes qu'elles renvoient à des évolutions culturelles et des jeux de pouvoir. En effet, les mondes sociaux qui structurent le secteur de la santé cohabitent aujourd'hui plus qu'ils ne coopèrent : les médecins, les soignants et les administratifs constituent des populations distinctes qui ne parlent pas toujours le même langage et ne partagent ni les mêmes codes, ni les mêmes valeurs.

Au niveau des patients ensuite. Ils seront *a priori* les premiers bénéficiaires d'un hôpital disrupté. Même si, dans le système français, le coût d'un traitement est aujourd'hui encore souvent invisible pour le patient, d'autres facteurs peuvent conduire celui-ci à aspirer à ces évolutions de fond et à faire pression dans ce sens. Ainsi, les problèmes d'équité et de l'égalité de l'accès aux soins sont aujourd'hui autant de sujets sensibles qui peuvent trouver des réponses au travers de modalités nouvelles, telle la santé hors les murs, ou des solutions compagnon, de type application, assurant la connexion d'un patient atteint de cancer entre les cures et permettant, entre autres, un accompagnement personnalisé, un renforcement de l'autonomie, la limitation de certains effets indésirables et une meilleure gestion de certains symptômes. D'autres innovations restent, quant à elles, plus difficiles à accepter, rien ne pouvant remplacer la relation singulière médecin-patient.

Enfin, la situation actuelle dénote un paradoxe intenable sur le plan économique : les établissements qui s'inscrivent aujourd'hui pleinement dans l'évolution des pratiques et qui appliquent une stratégie de prise en charge des patients hors les murs manquent de moyens parce qu'aucun modèle économique n'accompagne réellement leur démarche et ne valorise les modes de prestations mis en œuvre. Les efforts à fournir en termes d'innovations organisationnelles sont aujourd'hui très conséquents à la fois sur le plan qualitatif (dans le cadre de pathologies complexes nécessitant une surveillance rapprochée des patients par exemple) mais aussi sur le plan quantitatif, ce type d'innovations, coûteuses, n'étant pas financé dans le système actuel qui privilégie un financement sur des épisodes de soins et non sur des parcours. De façon très concrète et un peu provocatrice, nous pouvons ainsi remarquer qu'un établissement n'a aucun intérêt à investir dans un appareil de radiothérapie stéréotaxique – qui permet de traiter le patient en 10 séances au lieu de 35 – alors qu'il est rémunéré à la séance...

Les conditions : courage et audace

A la lecture de ce constat, deux conditions *sine qua non* apparaissent : le courage politique au niveau macro-économique d'une part et l'audace managériale au niveau micro d'autre part.

Nous l'avons dit, l'Etat est un acteur incontournable du système de santé, dont le rôle peut consister soit à encourager ces évolutions, soit à les entraver. Actuellement, c'est plutôt la deuxième option qui semble à l'œuvre ; en effet, on constate une frilosité avérée des autorités de tutelle qui semblent considérer que toute innovation dans le domaine sanitaire est génératrice de surcoûts à plus ou moins long terme pour le système de santé. Pourtant cette vision court-termiste est clairement contre-productive puisque c'est bien en finançant l'innovation réelle que le système pourra évoluer. L'Etat ne peut concevoir seul l'hôpital de demain. Le courage politique passe par l'accompagnement à la prise de risque, par un aplanissement des obstacles de nature institutionnelle et réglementaire pour faciliter les innovations de terrain durables et préfiguratrices de l'hôpital de demain. Il s'agit *in*

fine d'en finir avec la démarche top-down traditionnelle héritée de l'Etat providence pour donner aux acteurs la capacité de prendre des risques et de mener des expérimentations pour transformer le système.

Dans cette logique, l'audace managériale est aussi de mise. Ce sont les acteurs eux-mêmes qui sont au cœur de cette transformation : établissements, collaborateurs – aussi bien médecins que soignants ou administratifs – mais aussi patients, médecins de ville et l'ensemble des parties prenantes de l'écosystème de la santé. S'il existe indéniablement des réussites locales sur certains territoires, la mise en place d'un hôpital disrupté nécessite un bond collectif, passant de modèles prescrits à des modèles construits. La coopération à mettre en œuvre consiste à coordonner un parcours de soins sur un territoire, à construire des innovations porteuses de sens et capables de mobiliser l'ensemble des groupes sociaux qui composent les différents acteurs. Au niveau managérial, il appartient à ces mêmes acteurs de planifier les évolutions en fonction du degré d'appétence pour le changement des différentes populations concernées, voire même des individus.

Rappelons que selon la théorie de l'évolution, adaptable aux organisations, le dilemme se pose de façon simple : s'adapter ou mourir. C'est donc aux acteurs du système de santé eux-mêmes de s'emparer de cette transformation et d'œuvrer pour un hôpital disrupté.

Le Club des Directeurs d'Etablissements de Santé regroupe des dirigeants de structures privées et publiques, qui se réunissent régulièrement pour partager leur vision de leur secteur et de leur métier. L'objectif du Club est de capitaliser des connaissances sur la base de l'expérience de ses membres et de contribuer à l'évolution du secteur de la santé, en pensant de manière proactive les enjeux et opportunités du secteur, et en diffusant ses travaux. Il est accompagné par Anne ALBERT-CROMARIAS, docteur en sciences de gestion HDR, enseignant-chercheur au Groupe ESC Clermont.