

en collaboration avec les laboratoires



**Kimberly-Clark**

*Trusted Clinical Solutions\**

## 3<sup>èmes</sup> Assises Nationales des Dirigeants d'Établissements de Santé



### L'innovation dans l'hospitalisation privée

Judi 10 décembre | 9H45 à 17H00  
Maison des Arts & Métiers | Paris 16

# Compte-rendu

# 3<sup>èmes</sup> Assises Nationales des Dirigeants d'Établissements de Santé

## L'innovation dans l'hospitalisation privée

### Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
Alain COULOMB, Consultant - Ancien Directeur de la HAS Yvon BERTEL-VENEZIA, Président Directeur Général CAHPP Jean-Loup DUROUSSET, Président de la FHP	
<b>L'internalisation des fonctions logistiques comme vecteur d'innovation</b>	<b>5</b>
Yves NOEL, PNBA, Bordeaux	
<b>L'innovation en GRH : recentrer sur la mission essentielle de l'infirmière</b>	<b>8</b>
Laurence DUBOURG, CPA, Rennes	
<b>L'innovation sociale</b>	<b>10</b>
Jean-Dominique MOUCHARD, Le Millénaire/OC Santé, Montpellier	
<b>Le dépistage de la surdité chez le nouveau-né comme axe d'innovation</b>	<b>11</b>
Marc WASILEWSKI, Le Colombier, Limoges	
<b>L'accès au marché de l'innovation et leurs modes de financement</b>	<b>13</b>
Marc BOUILLER, Ethicon Endo Surgery	
<b>Le bloc intégré comme vecteur d'innovation</b>	<b>15</b>
Y. ISMAIL, Stryker	
<b>Clôture</b>	<b>13</b>
Philippe BURNEL, FHP	

## **Introduction**

**Alain COULOMB**  
**Consultant - Ancien Directeur de la HAS**  
**Yvon BERTEL-VENEZIA**  
**Président Directeur Général CAHPP**  
**Jean-Loup DUROUSSET**  
**Président de la FHP**

### **Alain COULOMB**

L'innovation paraît le seul projet susceptible de nous permettre de sortir de la crise. Or il existe un différentiel de vitesse entre le travail d'invention des ingénieurs, l'adoption de la découverte des ingénieurs par les professionnels et sa prise en charge par la société sous forme de remboursement. Les médecins et gestionnaires d'établissements relèvent d'une culture différente de celle de l'ingénieur et appréhendent son invention sous l'angle du bénéfice qu'ils peuvent en tirer. L'ingénieur et les professionnels doivent ensuite essayer de convaincre le régulateur que l'invention permet de répondre à un problème majeur de santé publique et de réduire le déficit de la sécurité sociale. La difficulté pour le régulateur est de voir si l'innovation est majeure ou mineure, si elle répond au problème posé et quel est son retour sur investissement. Par conséquent, le problème de l'innovation est le problème d'une rencontre aléatoire entre ces trois milieux qui avancent à des rythmes très différents. Par exemple, seul un nouveau dispositif médical sur dix est adopté par le système. La problématique de l'innovation en médecine consiste donc à réconcilier trois métiers, trois cultures et trois points de vue légitimes mais dont les interactions fonctionnent mal. L'innovation immatérielle, qui devrait accompagner l'innovation technologique, est insuffisante.

Nous vivons une crise d'adaptation entre l'évolution très dynamique des métiers de la médecine et la grande stabilité des structures. De ce point de vue, la loi HPSP constitue une tentative de réconciliation entre ces vitesses d'évolution. Il existe un extraordinaire différentiel de vitesse d'évolution entre les structures de production et les techniques de production. Par conséquent, l'accent doit être mis sur l'innovation interne aux structures et aux organisations, notamment en termes de gestion des ressources humaines internes. La valorisation de l'humain, qui constitue un capital essentiel pour les établissements de santé, n'est pas considérée comme un investissement. Par conséquent, on ne peut que se réjouir que les établissements découvrent le chemin de l'innovation immatérielle, qui est le seul moyen de sortir de la crise.

### **Yvon BERTEL-VENEZIA**

L'innovation constitue une arme concurrentielle forte pour toute entreprise, dont l'application soulève de nombreuses difficultés qui ne sont pas toujours discernées. Par ailleurs, alors que l'innovation constitue un thème récurrent des discours managériaux actuels, elle est relativement peu mise en pratique. N'innove pas qui veut, car se consacrer à des projets innovants nécessite d'importants moyens. Néanmoins, toute entreprise qui n'innovera pas rencontrera des difficultés et sera absorbée par ses concurrents qui auront pris de l'avance. Par conséquent, il faut savoir prendre des risques pour progresser. Associée inévitablement à la notion de compétitivité, la conception

moderne de l'innovation peut être définie comme la mise en valeur économique de la créativité au sein de l'entreprise, dont elle constitue une nouvelle source de croissance et non une contrainte.

En quoi l'innovation est-elle un processus difficile à maîtriser ? Quelles sont les caractéristiques de l'organisation novatrice ? Ces questions sont fondamentales car si l'innovation constitue un potentiel de croissance permettant d'avoir un avantage concurrentiel, elle constitue une condition de réussite. La réussite dépend également de l'intégration de la démarche d'innovation dans le système de management de l'entreprise. La question de l'innovation est aujourd'hui au cœur de toutes les actions présentes et futures en santé, tant la dimension dynamique de ce phénomène est prépondérante devant une concurrence extrêmement rude. Qu'il s'agisse des matériels, des pratiques, des produits, des personnels, de la diffusion ou encore des connaissances, tous les secteurs de la santé sont concernés : industriels, pouvoirs publics, financeurs, investisseurs, professionnels de la santé et la communauté des chercheurs dont celle des économistes.

L'innovation consiste à trouver des solutions à des problèmes ou à des besoins. Souvent, elle réunit les meilleurs atouts et les meilleures circonstances pour amener des percées qui amélioreront la qualité de vie et surtout l'organisation de l'établissement et sa compétitivité. Le secteur privé a longtemps été ignoré comme novateur parce que personne ne s'y intéressait et la FHP tente depuis longtemps de faire valoir que les cliniques privées sont à la pointe du combat en termes d'innovation. Nous avons le droit et le devoir de présenter l'hospitalisation privée comme l'auteur de projets essentiels. Il ne s'agit pas nécessairement de créer de nouveaux produits ou services mais bien souvent de perfectionner ceux qui existent déjà et de proposer aux clients des nouvelles solutions viables en tenant compte des divers paramètres environnementaux ou technologiques tout en maîtrisant les constituants du changement. Nul doute que l'entreprise pérenne aura misé sur l'innovation, véritable gage de survie, en contribuant au plein développement et au renforcement de l'image de marque qui permet de se distinguer de nos concurrents des autres secteurs.

Il convient de souligner que l'innovation et la recherche sont étroitement liées et qu'elles constituent les deux principaux facteurs de développement du progrès. De part son aspect relutif, l'innovation est un processus qui part de la recherche, dont elle constitue l'objectif avec l'amélioration des conséquences. Elle se poursuit dans le cadre des activités de développement avec le préalable nécessaire qu'est la mesure de l'impact médical et économique sur l'établissement.

Le nombre de propositions réceptionnées dans le cadre de l'organisation de ces 3<sup>èmes</sup> Assises prouve que le travail réalisé par les établissements privés dans le domaine de l'innovation est extraordinaire. Ils le réalisent souvent avec l'aide des laboratoires qui les accompagnent, dans un intérêt commun. L'accélération des innovations au cours des dernières années et les coûts qu'elles induisent nous poussent à envisager une réflexion globale. Par conséquent, les nouveaux modes de gestion constituent un champ d'investigation au travers de plusieurs points fondamentaux dans la recherche de la preuve d'efficacité en termes de diagnostic, de thérapeutique ou d'amélioration de la qualité offerte au patient. Il faut tenir compte de la prise en charge financière dans un système de gestion spécifique car le secteur privé ne bénéficie pas de subventions, tout autant que de la mesure de l'impact sur l'organisation des soins en général. En prenant le pari de l'engagement au plus profond dans l'innovation, nous serons d'autant plus prêts pour rendre directement des comptes à nos patients, bénéficiaires ultimes de nos efforts et de cette remise en question.

Ce début de XXI<sup>ème</sup> siècle annonce une accélération du progrès dans tous les secteurs avec l'avènement des nouvelles technologies et une concurrence accrue. Le système de l'hospitalisation privée est fort mais fait bien des envieux dans un milieu politiquement très vigilant. Néanmoins, il

est impératif de se souvenir que tout changement sollicite fortement l'individu et plus particulièrement sa capacité à réagir, à s'adapter et à modifier ses méthodes de travail et ses relations professionnelles sur le fond et la forme. Nos personnels attendent également de nous des solutions participatives.

Au travers de ces dynamiques, la CAHPP déploie ses efforts pour sans cesse trouver les opportunités susceptibles de satisfaire aux besoins et attentes de ses 1 800 actionnaires et adhérents, qui représentant à ce jour 162 000 lits et un volume d'achats de 3,5 milliards d'euros. Cette démarche proactive de conseil et de référencement intègre notamment l'information, la sensibilisation et l'accompagnement des établissements de santé quelle qu'en soit la taille, au travers de démarches de valorisation des gains de productivité, qui passent obligatoirement par des potentiels novateurs. Négocier des marchés en qualité de partenaire et en respectant l'originalité des 1 800 établissements que représentent la CAHPP est déjà une innovation. Participer à des actions en qualité d'allié objectif de la FHP et des laboratoires est une seconde preuve d'innovation. La troisième innovation que nous revendiquons réside dans le désir du Conseil d'administration de la CAHPP d'apporter un plus en pénétrant l'ensemble des marchés économiques auxquels font face les établissements de santé.

### **Jean-Loup DUROUSSET**

L'innovation est un sujet qui nous préoccupe sur le terrain et nous inquiète au plan national, pour plusieurs motifs. L'innovation a toujours fait partie du quotidien de l'hospitalisation privée. La recherche permanente de volume a amené une certaine convergence d'intérêt entre nos praticiens, payés à l'acte, et les établissements, payés à la tarification à l'activité. Nous avons donc innové dans le sens d'une recherche permanente visant l'accès d'un plus grand nombre possible de patients à nos établissements. Sur le plan de l'hospitalisation chirurgicale par exemple, l'hospitalisation privée française a développé la chirurgie cœlio-scopique, qui constitue aujourd'hui une référence dans le monde entier. L'une des caractéristiques du secteur privé réside dans la généralisation la plus rapide possible d'une innovation.

L'hospitalisation privée a également mis en place l'innovation organisationnelle que constitue la chirurgie ambulatoire. Actuellement, 85 % de la chirurgie ambulatoire est réalisée dans le secteur privé et le secteur public a du mal à la mettre en place. Une autre innovation réside dans la rénovation du parc hospitalier privé, pour la plus grande satisfaction des populations locales. Enfin, sur le plan administratif, la mise en place de la tarification à l'activité, qui accroît la transparence dans les relations avec l'administration et les patients, fait partie des innovations soutenues par la FHP. L'hospitalisation privée fait donc preuve d'initiatives dans le domaine de l'innovation chirurgicale, organisationnelle, structurelle et administrative.

Néanmoins, le monde hospitalier privé n'est pas autant reconnu par l'Etat que l'est l'hôpital public. Par conséquent, il convient de rester vigilant pour ne pas être de nouveau délaissé. Lorsque le monde hospitalier privé prend des initiatives, elles sont perçues comme un fait accompli et contestées par l'Etat. Le fait accompli a constitué le fondement même de l'hospitalisation privée. Faut-il s'arrêter et faire confiance à l'Etat ou poursuivre la méthode du fait accompli en expliquant que c'est la seule façon de préserver les établissements privés ? Nous sommes en permanence soumis à la difficulté majeure que constitue l'équilibre économique de nos structures. Personne n'aidera l'hôpital privé s'il est en difficulté. Par conséquent, l'hôpital privé recherche en permanence le volume et la qualité des soins pour ne pas disparaître.

La création des forfaits GHS induit également une modification substantielle. Faut-il définir la composition et la technique du forfait ou laisser le forfait le plus vague possible pour permettre des initiatives à l'intérieur ? Dans le premier cas, une modification de la technique utilisée pour un acte chirurgical nécessite une renégociation du prix. Dans le second cas, l'hospitalisation privée est renvoyée vers les fournisseurs pour que l'innovation puisse inclure une maîtrise des coûts, voire une diminution des coûts collectifs. Avec un forfait fixe, le but de l'innovation est d'améliorer non seulement la qualité du soin mais également le coût de l'opération.

L'innovation en matière hospitalière est multifactorielle. C'est pourquoi la FHP mène plusieurs projets de nature sociale, relationnelle, économique et communicationnelle. L'ensemble des établissements doit gérer des enjeux en termes de ressources humaines, de technique ou de logistique. C'est uniquement en envisageant l'innovation dans sa dimension multifactorielle que l'hospitalisation privée restera attirante pour les patients. Nous ne devons jamais oublier que notre seule préoccupation réside dans la satisfaction des patients et de leurs accompagnants. C'est pourquoi il est également important de cultiver la transparence de nos savoirs-faire et nos savoirs-être.

## **L'internalisation des fonctions logistiques comme vecteur d'innovation**

**Yves NOEL**  
**PNBA, Bordeaux**

Un bon directeur de clinique est un directeur économe. Partant de ce principe, l'internalisation des fonctions logistiques ne constitue pas un retour en arrière mais une démarche innovante, ayant pour but de générer des économies.

Le PNBA est un groupe de 9 établissements sur un territoire limité, pour un millier de lits, postes et places et un chiffre d'affaires de 140 millions d'euros. La stratégie d'internalisation des fonctions logistiques vise à maintenir ou améliorer le service rendu au patient tout en réduisant les coûts de fonctionnement. La plupart du temps, les prestations logistiques (services, hôtellerie et restauration) sont externalisées et le mécontentement des patients porte parfois sur ces prestations. Par conséquent, il est dommage de gâcher une prise en charge médicale de haut niveau par un service hôtelier dégradé. Enfin, la démarche d'internalisation a pour but d'élargir la stratégie sociale du groupe au personnel logistique.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2008, nous avons créé une filiale de fonctions logistiques, LOGHOS, sous forme d'un GIE intégré réalisant les prestations d'hôtellerie, restauration, distribution automatique, parking et boutiques pour le compte des établissements de notre groupe. L'encadrement et les salariés du sous-traitant avec lequel nous travaillions à l'époque étaient extrêmement motivés par le projet.

La société LOGHOS n'est pas intégrée au statut des établissements de soins. Elle relève de la convention collective de l'hôtellerie et de la restauration collective. Par ailleurs, LOGHOS refacture ses charges aux établissements à prix coûtant et ne constitue donc pas une source de profit mais une source d'économies. LOGHOS est une entreprise sœur autonome, spécialisée, qui doit être aussi performante techniquement que les entreprises du marché. LOGHOS, dont le personnel appartient pleinement au groupe, se veut également performante socialement.

La réussite d'un tel projet réside dans la volonté des dirigeants sachant que le personnel des fonctions logistiques est souvent complexe à gérer. Le succès de LOGHOS résulte également d'un appui essentiel de la CAHPP, qui a permis d'assurer la continuité des approvisionnements. Enfin, le GIE s'est rapidement inscrit dans une logique de performance, concrétisée par l'obtention de la norme ISO 9001 en novembre 2009 pour la totalité de la chaîne de restauration.

Après une année de fonctionnement, l'objectif social est atteint avec la mise en place d'une stratégie de progression de salaire liée à l'ancienneté allant jusqu'à 9 % contre 3 % pour la convention collective. Nous avons également mis en place une stratégie de formation et de stabilisation du personnel. L'objectif d'entreprise a été atteint puisque le système fonctionne. Enfin, l'objectif économique est également réalisé.

Les points à surveiller tout spécialement résident dans un relâchement des salariés, qui ont eu le sentiment qu'ils seraient moins surveillés et se sont sentis dispensés de respecter certaines règles. Sur le long terme, il existe un risque de perte de repères en termes de stratégie économique. Par

conséquent, une gestion budgétaire stricte devra être entretenue pour ne pas revenir à des coûts logistiques plus élevés que ceux du marché.

S'agissant des perspectives de développement, nous avons lancé la construction d'une cuisine centrale et l'extension du champ de LOGHOS avec la probable acquisition de nouvelles cliniques en Gironde permettra d'améliorer les processus. Enfin, nous souhaitons diversifier l'offre de LOGHOS en l'élargissant à la gestion des dossiers médicaux et en créant un magasin général pour économiser sur les achats.

Les économies générées par l'internalisation des fonctions logistiques proviennent à part égale de l'effet TVA, des remises de fin d'année et réductions de charges sociales, et de l'effet marge directe, marge commerciale et frais de région.

Entre 2007 et 2008, les dépenses ont été ramenées de 8 à 7 millions d'euros, soit un gain de 0,8 % en termes de marge directe du groupe.

Au-delà de la dimension économique du projet, la professionnalisation des équipes logistiques et la recherche de la performance sociale pour l'ensemble du personnel font partie du métier de directeur d'un établissement de soins. Le soin n'est pas tout et l'optimisation du coût des fonctions logistiques permet de dégager des stratégies médicales plus aisément grâce à la création de marges nouvelles.

### **Yvon BERTEL-VENEZIA**

Je suis convaincu qu'une restauration gérée en interne est de meilleure qualité qu'une restauration sous-traitée et permet de réaliser des économies. Le travail d'Yves NOEL est remarquable et exemplaire.

#### **De la salle**

A quel niveau situez-vous l'effet de seuil ?

### **Yves NOEL**

J'estime que le seuil à partir duquel l'internalisation est viable se situe à 400 ou 500 lits. Le seuil peut être atteint en constituant un GIE entre établissements de santé appartenant à différents groupes, ce qui induit néanmoins de partager les marges avec les concurrents de proximité.

#### **De la salle**

Les organisations syndicales n'ont-elles pas demandé l'application de la convention FHP à l'ensemble du personnel ?

## **Yves NOEL**

C'est la loi qui détermine la convention en fonction de l'activité exercée par l'entreprise. Par conséquent, l'Inspection du travail a convenu que l'application de la convention de l'hôtellerie et de la restauration à LOGHOS était indiscutable. Néanmoins, il me paraît justifié de revoir à la hausse la progression de salaire liée à l'ancienneté.

## **De la salle**

Quel a été le coût d'investissement en frais de conseils et de recrutement ?

## **Yves NOEL**

Le contrat global de Sodexho comprenait de nombreux sous-contrats dont les frais de rupture se sont avérés largement supérieur à ce que nous avions estimé, soit 400 000 euros. Néanmoins, Sodexho a convenu que certains contrats étaient abusifs et un accord a été trouvé. En termes de recrutement, nous avons repris l'ensemble du personnel et j'ai moi-même assuré la direction de LOGHOS pour maîtriser l'ensemble du projet. Je recruterai un directeur issu de l'hôtellerie prochainement.

## **L'innovation en GRH : recentrer sur la mission essentielle de l'infirmière**

**Laurence DUBOURG**  
CPA, Rennes

### **Laurence DUBOURG**

Le CHP de Saint Grégoire regroupe trois établissements pour quatre blocs opératoires, 25 salles d'opération, trois salles de surveillance post-interventionnelle et trois zones d'induction. Nous réalisons en moyenne 150 opérations par jour. Les chirurgiens disposent de 3 400 heures de vacation par mois, utilisées à 80 %, auxquelles s'ajoutent 250 heures de débordement. Le coût du débordement est très élevé.

Les postes de logisticiens ont été créés en 1999 lorsque les aides-soignants ont quitté le bloc opératoire. A cette époque les logisticiens étaient chargés de l'approvisionnement des dispositifs médicaux, de l'organisation des zones de stockage, de l'adaptation des stocks aux variations d'activité, du rangement, de l'entretien des arsenaux et du décartonnage. Les postes de logisticiens ont ensuite évolué pour prendre en charge certaines tâches effectuées auparavant par les infirmières ou les aides soignants. L'un d'eux gère l'équipement anesthésique à l'intérieur du bloc. En contrepartie, nous avons créé un poste de magasinier pour assurer le décartonnage.

Désormais, le logisticien prépare les consommables, ancillaires et équipements pour chaque intervention et met à jour les fiches, ce qui permet de libérer du temps infirmier, de réduire le temps séparant deux interventions et d'améliorer la qualité du travail en amont.

Cette organisation avait également pour but de revaloriser le poste des infirmières, d'augmenter l'activité en recrutant un logisticien au lieu d'une infirmière et d'optimiser le temps des préparateurs en pharmacie afin de respecter le CBUM.

Les médecins étaient convaincus de la pertinence du projet. Les ASH étaient disposés à prendre des tâches supplémentaires parce qu'ils se sentaient valorisés. Les préparateurs en pharmacie ont accepté d'être remplacés par les logisticiens pour la visite dans les étages. En revanche, trois mois ont été nécessaires pour convaincre les infirmières parce qu'elles craignaient de perdre certaines responsabilités tout en ayant à assumer les conséquences en cas de problème.

La nouvelle organisation a permis de démarrer les opérations 15 minutes plus tôt tous les jours pour chaque salle d'opération, d'accroître l'utilisation du temps de vacation et de réduire le temps de débordement. Au total, le poste de magasinier a permis d'économiser 224 heures d'infirmières et préparateurs en pharmacie par mois, soit une économie nette de 18 000 euros par an, le magasinier étant payé au SMIC. Enfin, la présence d'une personne dédiée au magasinage permet de réduire fortement les incidents de stock.

Les personnels paramédicaux et les ASH se sentent désormais revalorisés. Par ailleurs, l'efficacité a été améliorée en diminuant les coûts. Néanmoins, la réussite de cette organisation suppose un minimum de volume pour pouvoir transférer 35 heures de travail par semaine sur un magasinier.

L'objectif est que les professionnels de la santé puissent prendre en charge les patients dès leur arrivée au bloc.

### **De la salle**

Avez-vous utilisé les définitions de l'AMEA pour effectuer vos mesures ?

### **Laurence DUBOURG**

Il est impossible de gérer un bloc opératoire sans en mesurer l'activité. Nous avons utilisé les mesures de l'AMEA, qui sont basées sur des mesures internationales. L'AMEA considère que les débordements doivent être aux alentours de 6 %. Je pense que cela vaut uniquement pour les cliniques dont un bloc seulement est dédié aux urgences. Pour les autres, un débordement de 9 % est acceptable.

### **Yvon BERTEL-VENEZIA**

Comment résoudre le problème des chirurgiens qui arrivent en retard au bloc le matin ?

### **Laurence DUBOURG**

La seule solution pour démarrer les blocs à l'heure est d'amener les patients en avance afin que les cliniciens n'aient aucun temps d'attente. Dans notre établissement, toutes les vacations du matin sont préparées la veille et toutes celles de l'après-midi sont préparées le matin.

### **Alain COULOMB**

Comment avez-vous mesuré la revalorisation des soignants ?

### **Laurence DUBOURG**

Nous organisons des forums dans nos établissements pour permettre à chacun de s'exprimer librement. Les échanges font ressortir beaucoup d'éléments positifs depuis la création du poste de magasinier.

## **L'innovation sociale**

**Jean-Dominique MOUCHARD**  
**Le Millénaire/OC Santé, Montpellier**

Dans un établissement de soins, le sujet de la discrimination dépasse largement le cadre des ressources humaines et renvoie à l'accès à la prévention ou aux soins.

La clinique du Millénaire a élaboré un accord d'entreprise sur l'égalité de traitement afin de créer du lien entre les effectifs autour d'un autre thème que celui du soin, sachant que l'établissement a ouvert fin 2003. Le projet a été facilité par la rencontre avec un club d'entrepreneurs, qui s'est chargé du financement. Il a permis de nettoyer les processus de recrutement et avait pour objectif de donner une chance à des personnes en difficulté.

L'action a consisté à former l'encadrement intermédiaire au risque de discrimination, impliquer certains cadres dans des opérations de parrainage auprès de demandeurs d'emploi et participer au programme « Profilères » qui a pour but d'accompagner des personnes dans le retour à l'emploi avec une formation ESH soutenue par la FHP. Les instances représentatives du personnel ont été formées pour participer au projet. Enfin, nous avons développé un tableau de bord spécifique à l'égalité de traitement.

Le projet d'accord d'entreprise était un moyen de développer le message au plus près des salariés. Il affirmait les valeurs de l'entreprise en matière de lutte contre les discriminations et incluait des actions simples en faveur de l'emploi des jeunes, des personnes handicapées et des seniors. Néanmoins, les négociations avec le syndicat se sont avérées beaucoup plus difficiles que prévu et il a été nécessaire de retirer l'article sur l'emploi des seniors.

L'objectif de progression du taux d'emploi des handicapés (une personne recrutée chaque année) a été atteint et Profilères a été citée comme l'une des quatre actions remarquables de la certification V2007. L'encadrement s'est approprié la démarche et nous avons obtenu le premier prix de l'innovation sociale de la FHP.

Face à la croissance des réclamations déposées à la HALDE, les hôpitaux doivent être vigilants à ne pas se rendre coupables de discrimination, même inconsciemment, sachant que 16 critères discriminatoires sont inscrits dans la loi.

### **Jean-Loup DUROUSSET**

Même si nous n'en avons pas conscience, les femmes enceintes ont encore du mal à accéder à leurs propres droits. Par conséquent, nous devons veiller à respecter le droit des usagers dans nos propres établissements. Par ailleurs, l'hospitalisation a besoin de redonner du sens à son action face aux usagers et aux salariés, surtout dans les cliniques à actionnariat financier. Enfin, la FHP a mis en place un projet social parce que nous sommes confrontés à de réelles difficultés dans l'instauration de messages plus modernes. Il n'est pas normal que l'Etat ait été amené à nous imposer d'ouvrir des discussions sur l'emploi des seniors et des personnes handicapées ou sur l'épargne salariale. Ces discussions auraient dû naître naturellement. Il nous appartient d'innover pour que notre système social évolue au bénéfice des salariés.

## **Le dépistage de la surdité chez le nouveau-né comme axe d'innovation**

**Marc WASILEWSKI**  
**Le Colombier, Limoges**

*Une vidéo présentant le dépistage de la surdité chez le nouveau-né à la clinique des Emaillieurs est projetée.*

La clinique des Emaillieurs est un établissement médico-obstétrico-chirurgical qui a fait le choix d'intégrer la politique qualité et le développement durable à son action. Elle a souhaité compléter ses missions curatives par la prévention et l'éducation à la santé. Le dépistage de la surdité chez le nouveau-né fait partie des actions mises en œuvre dans ce cadre. Le dépistage est proposé à toutes les femmes accouchant dans la clinique et est entièrement gratuit. Il s'agit d'une opération très simple et indolore, ne nécessitant pas d'anesthésie. Si la surdité est avérée, une plaquette d'information est remise aux parents pour anticiper la prise en charge du handicap.

La tutelle n'a jamais accepté de financer cette opération de prévention en deux ans de réclamation. En revanche, après avoir visionné la vidéo, le directeur de l'ARH a étendu le dispositif à toutes les maternités publiques et privées du Limousin. Nous souhaitons maintenant développer le dépistage de l'amblyopie du nourrisson.

Nous ne pouvons compter sur la politique de santé pour être reconnus et faire financer certains actes innovants. Au-delà du dépistage de la surdité, l'équipe de la clinique des Emaillieurs s'est inscrite dans une démarche d'éco-maternité en travaillant sur le wifi et en utilisant des produits 100 % biodégradables pour le nettoyage des sols. Grâce à cette démarche, le personnel déclare retrouver les vraies valeurs de son métier en se recentrant sur le nourrisson.

Les prochaines innovations relèvent du domaine du management et notre mode de management de demain doit reposer sur une idée maîtresse telle que le développement durable et ses trois piliers à savoir l'économique, l'environnemental avec l'utilisation de produits biodégradables et le sociétal avec la prévention et l'éducation à la santé. Je pense également que les hôpitaux ont le devoir de proposer le sevrage tabagique à leurs salariés et de gérer la question du stress au travail. Il serait grand temps de comprendre pourquoi la durée de vie des infirmières dans leur métier est si faible.

Nous devons revoir nos modes de management pour redonner de la valeur à tous nos métiers, ce qui nécessite d'innover en permanence et de considérer la prévention et l'éducation à la santé comme une règle absolue. L'hôpital privé a la possibilité d'être beaucoup plus réactif que l'hôpital public. Le management d'un établissement de santé doit consister à proposer un projet motivant pour le personnel. Le climat social dépend également de l'attention portée à des sujets qui peuvent paraître comme des points de détail tels que l'ergonomie du poste de travail et la luminothérapie.

Enfin, nous devons former nous-mêmes les cadres de demain. C'est pourquoi l'IAE de Limoges a créé une section de formation au management des établissements sanitaires et sociaux. C'est en participant activement à la formation que nous trouverons les personnels dont nous avons besoin. Il est temps de transformer nos sociétés à responsabilité limitée en sociétés à responsabilité économique et sociétale.

**De la salle**

La surdité est le premier handicap chez le nouveau-né. Comment accepter la discrimination sur un handicap aussi lourd alors que le coût est de l'ordre d'une à deux années universitaires par sujet non dépisté ? Comment expliquer à une personne sourde qu'elle ne peut obtenir un développement normal du langage alors que le dépistage précoce l'aurait permis ? Je ne comprends pas que cette expérimentation ne se concrétise pas par une généralisation du dépistage de la surdité chez tous les nourrissons qui naissent en France.

**Marc WASILEWSKI**

Nous demandions à la tutelle 10 euros par GHS, ce qui est largement suffisant pour financer l'équipement.

**Jean-Loup DUROUSSET**

La consultation de pédiatrie devrait nécessairement inclure le test de dépistage, puisqu'elle a pour objectif de détecter si le nouveau-né présente un problème particulier. L'exemple de Marc WASILEWSKI démontre que la stratégie du fait accompli peut être efficace puisque l'ARH a décidé de généraliser le dépistage après avoir constaté que la procédure mise en place était pertinente. Prendre l'initiative d'inclure un certain nombre de dépistages complémentaires est un moyen de relancer les maternités privées.

**Marc WASILEWSKI**

Le dépistage de l'amblyopie avant l'âge de 10 mois serait essentiel sachant que la récupération passe de 100 % avant 10 mois à 0 % à 4 ans. Ce dépistage coûterait un demi-poste d'orthoptiste pour une maternité de 1 500 accouchements.

**De la salle**

Si le phénomène du stress avait été mieux pris en compte par l'entreprise, nous n'en serions pas à parler de « souffrance au travail ».

**Alain COULOMB**

Notre système de soins nous a amenés à hyper-développer la médecine curative et l'attention portée à la pathologie au détriment de la biomédecine et de l'attention portée à la personne. Aujourd'hui, 16 % de la population consomme 63 % dépenses de santé des pathologies chroniques. Par conséquent, nous devons développer une vision transversale de la santé en tant que continuum. Réconcilier Hygiène et Panacée, c'est mieux être pour mieux vivre.

## **L'accès au marché des produits de santé innovants et les modes de financement**

**Marc BOUILLET**  
**Ethicon Endo Surgery**

Dix ans de recherche et développement et deux à trois ans de procédures administratives sont nécessaires à un nouveau médicament. Le temps d'exploitation du brevet est donc relativement court. Par ailleurs, avec la complexité accrue de la recherche, le déplacement du traitement symptomatique vers le curatif et l'augmentation de la taille des essais cliniques, la recherche est devenue de plus en plus coûteuse.

La grille de cotation HAS d'évaluation de l'amélioration du service attendu ou rendu comporte cinq échelles allant de l'amélioration majeure à l'absence d'amélioration. Cette grille d'évaluation joue un rôle majeur dans la négociation du remboursement avec la Commission de Transparence pour les médicaments ou la CNEDIMTS pour les dispositifs médicaux. L'essentiel des innovations relève du niveau V (absence d'amélioration).

Le circuit de remboursement et d'inscription d'un dispositif médical sur la LLP demande une année tandis que le circuit d'inscription d'un acte à la CCAM demande deux ans. Néanmoins, des autorisations temporaires d'utilisation peuvent être accordées à titre dérogatoire et permettent de financer les produits en assurant une étude de suivi. L'innovation peut également être financée dans le cadre d'une mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ou un programme de soutien des innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses (STIC). Hors cancérologie, le PHRC a retenu 176 projets pour un montant de 48 millions d'euros et le STIC a financé 7 projets à hauteur de 11,4 millions d'euros en 2009.

Par ailleurs, la loi de finance de la sécurité sociale pour 2009 a apporté en son article 51 une solution visant à favoriser un accès au marché plus rapide des actes et dispositifs médicaux innovants. Enfin, la loi HPST vise à limiter les centres autorisés pour les innovations et le contrôle de la diffusion des innovations est accru. La DHOS ne souhaite plus inscrire systématiquement sur la liste en sus les DMI innovants dès leur inscription sur la LPP.

Par conséquent, les modalités de financement et de remboursement des dispositifs médicaux en France sont complexes et l'industriel n'est officiellement acteur que pour l'inscription sur la LPP. Les autres procédures sont à l'initiative des médecins, sociétés savantes ou de l'administration. Enfin, la disposition prévue par l'article 51 de la LFSS doit encore être étendue et coordonnée.

### **Alain COULOMB**

Très peu d'innovations sont retenues, ce qui montre que les systèmes de contrôle sont très rigoureux, au risque de passer à côté d'une invention géniale. A l'inverse, si la société admettait toutes les innovations sans contrôle, elle encouragerait les innovations « gadget ». La difficulté réside donc dans le niveau de rigueur des contrôles.

Par ailleurs, la maîtrise des instruments juridiques de l'innovation est un enjeu décisif pour l'hospitalisation privée. Le paradoxe est que l'hôpital privé est à l'origine des dispositifs médicaux innovants alors que l'hôpital public en récupère le mérite.

### **De la salle**

La recommandation de la HAS concernant l'usage du collagène dans les implants de réfection de parois n'est appliquée que depuis l'intégration dans les GHS, c'est-à-dire pour des raisons économiques. Le contrôle du bon usage n'était donc pas efficace.

### **Marc BOUILLET**

L'intégration de ces produits dans les GHS a été retardée pour permettre à la HAS de finir son évaluation.

### **Alain COULOMB**

Une aventure industrielle est-elle encore possible pour un petit entrepreneur isolé ?

### **Marc BOUILLET**

Les barrières à l'entrée du dispositif médical innovant sont de plus en plus élevées et rejoignent désormais celles du médicament. Elles nécessitent un haut niveau d'expertise et des études cliniques coûteuses. Par conséquent, un inventeur isolé n'a d'autre solution que de signer avec un grand groupe un accord avantageux pour les deux parties.

### **Marc WASILEWSKI**

Les grands groupes n'ont-ils pas intérêt à ce que l'accès au marché des produits innovants soit complexe ?

### **Marc BOUILLET**

Les grands groupes demandent la reconnaissance des exigences en *evidence based medicine*, non par mercantilisme mais dans l'intérêt du patient.

### **Marc WASILEWSKI**

La concurrence est très limitée, ce qui a un impact sur les prix. Les grands groupes ont trouvé un équilibre qui leur convient mais qui pénalise les hôpitaux.

## **Le bloc intégré comme vecteur d'innovation**

**Y. ISMAIL**  
**Stryker**

L'évolution des technologies et des techniques chirurgicales a conduit à l'inflation des équipements médicaux, des outils de diagnostic et des systèmes de visualisation et de contrôle. Dans ce contexte, le bloc intégré vise à améliorer l'ergonomie et l'efficacité, intégrer les équipements, optimiser l'accès à l'information et faciliter le partage par visioconférence.

Il est possible d'améliorer les flux du personnel soignant dans la salle d'opération et de maximiser l'espace autour du patient grâce à l'implantation de bras embarquant un maximum d'équipements, en tenant compte de la spécialité. Une plateforme de routage et de contrôle permet de centraliser l'information et de gérer des équipements médicaux embarqués tout en s'affranchissant des problématiques de connexion d'appareils en cours d'opération. La centralisation des commandes permet de limiter les déplacements de l'infirmière et de la recentrer sur sa fonction première qui est de supporter l'acte chirurgical, de réduire le stress et d'améliorer la gestion des risques. Par ailleurs, le système intégré permet la mutualisation des systèmes d'affichage. Il est également possible d'intégrer des systèmes de navigation pour la chirurgie assistée par ordinateur et la planification préopératoire. Enfin, les systèmes d'information permettent d'accéder au dossier patient et aux examens, d'archiver les données de l'intervention et de communiquer par visioconférence, notamment avec une salle de formation.

En termes de gestion de projet, il est important de considérer l'interface entre l'équipement et le bâtiment dès la conception de celui-ci, notamment pour tenir compte des contraintes posées par les équipements en termes de renouvellement de l'air. Par ailleurs, associer le fournisseur d'équipement dès la construction du bâtiment permet de réduire les coûts.

### **De la salle**

Le système permettrait d'enregistrer l'opération sur film. Avec l'évolution du droit des patients, il est envisageable que celui-ci se voit remettre un CD-Rom comportant l'enregistrement de son opération.

### **Y. ISMAIL**

Il est effectivement probable que le dossier du patient s'enrichira de vidéos et photos peropératoires. Néanmoins, la généralisation de cette pratique nécessiterait la normalisation des formats d'acquisition.

### **Laurence DUBOURG**

En Australie, certains patients choisissent d'être opérés par un hôpital privé parce qu'il leur remet l'enregistrement vidéo de l'opération, contrairement aux hôpitaux publics.

## **Alain COULOMB**

Chaque fois qu'une technologie permet d'apporter un nouveau service, elle le fait dès lors qu'elle répond à une demande. La machine pourra remplacer le soignant dans certains domaines, lui permettant de se consacrer à l'irréductible de l'humain.

### **De la salle**

Tous nos blocs opératoires ne seront pas intégrés parce que le bloc intégré induit un surcoût important. Par ailleurs, lorsqu'un chirurgien a fait l'expérience du bloc intégré, il ne souhaite plus travailler en bloc traditionnel alors que le bloc intégré n'est pas totalement justifié pour toutes les spécialités.

## **Y. ISMAIL**

Le cahier des charges varie selon les spécialités et il est possible de n'intégrer qu'une partie des modalités. La plateforme de routage coûte de 30 à 70 000 euros. Il est possible de réaliser une intégration simple répondant aux attentes des utilisateurs tout en tenant compte des contraintes économiques.

### **De la salle**

L'évaluation du rapport coût/efficacité des nouvelles technologies demande du temps.

## **Y. ISMAIL**

L'établissement doit s'assurer que l'équipementier l'accompagnera pendant toute la durée de vie du bloc opératoire.

### **De la salle**

Le retour sur investissement du bloc intégré réside uniquement dans le fait qu'il permet d'attirer les meilleurs chirurgiens.

### **De la salle**

De même, le service médical rendu du robot n'est pas certain, même si les chirurgiens y croient. En revanche, les nouvelles technologies permettent d'attirer les professionnels et les patients.

### **De la salle**

Le retour sur investissement d'une innovation peut être humain plus que financier.

**Yvon BERTEL-VENEZIA**

Investir dans les technologies innovantes induit une part de risque. Néanmoins, c'est en les utilisant que nous pouvons les faire progresser.

## **Clôture**

**Philippe BURNEL**  
**FHP**

L'innovation concerne tous les champs d'activité et peut être à caractère managérial, social ou organisationnel. Le manager possède lui-même un champ d'innovation extrêmement vaste. Or dans le secteur de la santé, la qualité est souvent associée à la capacité d'innovation médicale. Par conséquent, il est important de rappeler que la qualité du service rendu au patient dépend d'un ensemble d'éléments. L'hôpital privé est capable d'innover sur des terrains où on ne l'attend pas, le terrain social notamment. Par ailleurs, il convient de tenir compte de l'élargissement du champ des bénéfices attendus d'un investissement ou d'une innovation pour en assurer une évaluation exhaustive.

Sur le plan technique, les équipements dotés d'une intelligence artificielle paraissent être une innovation de nature à modifier substantiellement l'organisation des soins à horizon 2020. Il existe également un champ d'innovation résidant dans les rapports entre les acteurs et de nature à modifier les frontières entre les métiers. Les prochaines années seront très probablement marquées par l'émergence des financeurs complémentaires dans la prise en charge du soin. Or les financeurs complémentaires souhaiteront intervenir dans la régulation et les prises de décision dès lors qu'ils participeront à la prise en charge du soin. Les hôpitaux devront donc traiter avec un nouvel interlocuteur porteur de nouvelles exigences dans l'organisation des soins. Par conséquent, le renouvellement des relations avec les assureurs complémentaires constitue un champ d'innovation. Enfin, l'organisation de la prise en charge devra innover pour tenir compte de l'accroissement de la part des patients chroniques, récurrents et ayant besoin d'une prise en charge coordonnée.

**Document rédigé par la société Ubiquis – Tél. 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – [infofrance@ubiquis.com](mailto:infofrance@ubiquis.com)**