

TAHIRI Samy

Université de Lille 2

Faculté Ingénierie et Management de la santé

Master 2

2017



Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Master 2 spécialité Management Sectoriel

La réduction des dépenses des établissements de santé privés et l'innovation : entre paradoxe et réalité

Sous la direction de : Mme. Sabine Lamy

Date de la soutenance : 25/10/2017

Composition de jury :

- Président de jury : M. Stanislas Woch, Responsable de la spécialité Management Sectoriel
- 1er membre de jury : Mme. Sabine Lamy, Directrice de mémoire
- 2nd membre de jury : Mme. Elsa Vermeeren, 3^{ème} membre du jury

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

Remerciements

Je tiens à remercier :

- ❖ M. Stanislas Woch, Président de jury, pour l'attention qu'il portera à ce mémoire et pour sa participation à la soutenance orale ;

- ❖ Mme. Sabine Lamy, Directrice de mémoire, pour son aide quant au choix du sujet de ce mémoire et pour sa disponibilité pour les éventuelles questions et conseils avisés ;

- ❖ Mme. Elsa Vermeeren, Membre du jury, pour l'intérêt qu'elle a porté à ce mémoire et pour sa participation à la soutenance orale.

Sommaire

Introduction	4
I) Le financement des Etablissements de santé privés et l'impact des réformes budgétaires	5
A) La représentation des établissements de santé en France	5
1. Les acteurs historiques du secteur	5
2. Leurs parts de marché respectives.....	6
B) Le financement des établissements de santé.....	8
1. ONDAM et T2A	8
2. Les MIGAC/MERRI/ FIR.....	10
3. Les baisses tarifaires.....	11
C) Les conséquences des baisses tarifaires sur le secteur privé lucratif.....	11
1. Une redistribution du financement jugée inéquitable	12
2. La situation économique des établissements suite à ces baisses.....	18
II) L'innovation, un moyen d'améliorer le parcours de soins du patient ?.....	21
A) L'émergence de différentes innovations médicales	21
1. Les innovations technologiques existantes.....	21
2. Les innovations organisationnelles et managériales	28
3. Les nouvelles techniques opératoires.....	31
B) La prise en charge du patient dans cette refonte du système de santé	33
1. L'écoute : l'élément déclencheur d'une démarche d'innovation	33
2. Les opportunités de cette nouvelle prise en charge.....	34
C) Les points de ruptures possibles de l'innovation.....	35
1. Cibler les freins à l'innovation	35
2. L'intervention et le rôle de l'état dans l'innovation.....	37
III) La perception de cette course à l'innovation conjointe à la restriction budgétaire	38
A) La perception des cliniques privées : Questionnaire Google Form	38
B) Un cas technique : présentation d'une technique innovante mise en place en gastro-entérologie à la clinique X	43
1. La pathologie en question	43
2. L'objectif de la technique	44
3. Le principe de la technique	44
4. Le dispositif opératoire innovant	45

5. Les résultats.....	45
6. Le coût financier	46
C) Les établissements de santé en difficulté : nouvelles perspectives et innovations entreprises 47	
1. Synthèse du diagnostic : Le secteur privé dans l'innovation	47
2. Quelles sont donc les marges de manœuvre possibles d'innovations au sein de ce système financier restreint ?	49
Conclusion	53
Bibliographie	57
Glossaire.....	61
Table des matières	63
Table des illustrations	65
Annexes.....	67

Introduction

Le monde de la santé se trouve en pleine mutation depuis plus d'une décennie et est entré dans une ère d'innovations radicales. Robotique, séquence génétique ou encore télémédecine, ces pratiques médicales naissantes et aux progrès incroyables vont provoquer l'avènement d'une médecine plus prédictive, préventive, personnalisée et participative.

Alors que la France entre de plain-pied dans l'ère du digital, le système affiche en la matière pas moins d'une quinzaine d'année de retard et se retrouve aujourd'hui dans une phase de mutation accélérée.

Malgré cela, aujourd'hui, les structures de santé, en proie à de fortes inerties, rencontrent le défi de leur adaptation en continue. Freinées par un cadre réglementaire rigide, elles traversent une période marquée par un contexte très contraint et des enjeux toujours plus prégnants : restriction budgétaire et économique de plus en plus importante, recherche de marges de manœuvre, mutations organisationnelles, administration en manque de réactivité, lutte contre les déserts médicaux, structures lourdes et ressources financières limitées voir même situations de plan de retour à l'équilibre financier.

En plein cœur de cette révolution technologique et tarifaire aussi rapide que radicale, le monde de la santé doit faire preuve d'initiative, de réactivité et de flexibilité dans le but de se maintenir à la pointe de la modernité et d'assurer aux patients une qualité et une sécurité des soins optimales.

Dans ce contexte de restriction budgétaire, comment l'innovation peut-elle être source de marges de manœuvre ? Comment l'innovation doit être perçue comme un levier ; nouvelles disciplines, réorganisations spatiales et techniques ; n'étant pas forcément source de dépenses complémentaires, dès lors qu'elle concerne les pratiques, les organisations, les modes de fonctionnement voir même la gouvernance propre d'un établissement de santé, permettant de redonner un nouveau souffle aux équipes, d'être plus « ouvert » sur l'extérieur et de se préparer par une réflexion continue aux évolutions en cours et futur d'un système qui place la prise en charge du patient au cœur de ses préoccupations ?

La réduction des dépenses et l'innovation : entre paradoxe et réalité.

I) Le financement des Etablissements de santé privés et l'impact des réformes budgétaires

A) La représentation des établissements de santé en France

1. Les acteurs historiques du secteur

Les structures de santé telles que nous les connaissons aujourd'hui ont évolué au cours du temps en fonction des besoins de la population et au gré des décisions politiques. La distinction entre hôpital public et établissement privé remonte au Moyen Âge ; puis au fil du temps ; l'hôpital public fut repris par les autorités municipales. C'est à cette période que l'ère du secteur privé voit le jour avec la naissance des établissements privés sous l'égide d'associations religieuses.

Le système de santé français se compose aujourd'hui de 3 grandes catégories d'établissements : des établissements de santé public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif dit des établissements de santé privés à intérêt collectif (ESPIC).

Bien que leur typologie soit différente, ces 3 catégories d'établissements exercent les missions prévues par l'article L6111-1 du Code de la santé publique concernant le diagnostic, la surveillance, le traitement et les actions de prévention et d'éducation à la santé.

En 2014, on dénombre en France 1416 établissements du secteur public, 1000 établissements de santé privés à but lucratif et 683 ESPIC qui se répartissent en 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 662 établissements privés à but non lucratif.

Leurs objectifs sont similaires, néanmoins ils se distinguent par les points présentés dans le tableau suivant, tout en étant complémentaires.

	E. Public	E. Privé lucratif	ESPIC
Personnalité juridique	Morale droit public	Morale droit privé	Morale droit privé
Mission	Mission service public	Mission service public et/ou privé	Mission service public
Autorité	Etat	Actionnaire(s)	Association(s), fondation(s), mutuelle(s)

Types de structure	Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier, Centre Hospitalier Psychiatrie, Hôpital d'Instruction des Armées	Médecine Chirurgie Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation, Clinique psychiatrique, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Centres spécialisés	Etablissement santé privé, Centres Lutte contre le cancer, Structure Hospitalisation A Domicile
Mode financement	T2A (tarification à l'activité) Prix journée (Hors champ T2A)	T2A (tarification à l'activité) Prix journée (Hors champ T2A)	T2A (tarification à l'activité) Prix journée (Hors champ T2A)

Figure 1 : Tableau comparatif entre les établissements publics, privés et ESPIC.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dans les établissements publics, ESPIC et privés, le modèle de financement est une tarification à l'activité : T2A.

Il est à préciser que malgré des objectifs communs aux 3 secteurs pour lesquels s'applique la T2A, chacun se voit néanmoins appliquer des tarifs différents. Ce point sera développé au paragraphe « C) Les conséquences des baisses tarifaires sur le secteur privé lucratif ».

2. Leurs parts de marché respectives

Au 31 décembre 2014, on dénombre en France 3 111 structures hospitalières (tout statut confondu) disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel. En matière de répartition des établissements en France, 60% des lits et places sont situés dans les établissements de santé publics, 15% dans les ESPIC et 25% dans les cliniques privées à but lucratif.

Avec 88,6 milliards d'euros en 2014, les soins hospitaliers représentent 46,5% de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8% de la consommation finale effective des ménages.

	En millions d'euros								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation de soins et de biens médicaux	153 655	159 772	164 762	169 901	173 570	178 373	182 178	185 909	190 636
Consommation de soins hospitaliers, dont :	70 534	72 881	75 299	78 258	80 212	82 370	84 496	86 622	88 573
soins hospitaliers en secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 821	68 267
soins hospitaliers en secteur privé	16 150	16 640	17 360	18 047	18 511	19 075	19 544	19 801	20 306
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)	45,9	45,6	45,7	46,1	46,2	46,2	46,4	46,6	46,5

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources > DREES, Comptes de la santé.

Figure 2 : Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et de biens médicaux depuis 2006

Source DRESS Compte de la Santé 2016

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins s'est élevée à 20,3 milliards d'euros en 2014, soit environ un quart de la consommation de soins française¹ prise en charge globalement par le secteur public.

Des disciplines globalement spécifiques au statut privé à but lucratif

Les cliniques privées représentent plus de la moitié de l'activité chirurgicale (65%) du système de soins.

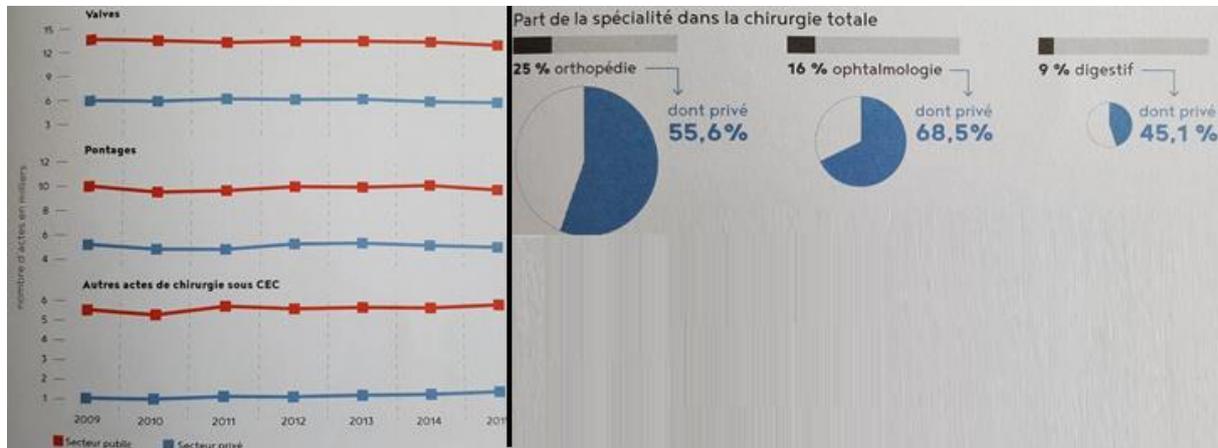
Le secteur privé où exercent des intervenants libéraux (chirurgien ou non) occupe une place incontournable dans l'organisation de l'offre chirurgicale.

Il est important de noter que les patients accueillis en chirurgie sont plus âgés dans le secteur privé. L'âge moyen des patients est de 54,68 ans contre 51,82 au niveau du public

¹ Fiche 31 : La part des établissements de santé dans la consommation de soins >Les établissements de santé > édition 2016 > DREES

tout en ayant une durée moyenne de séjours inférieure aux établissements publics (4,32 jours contre 6,77 jours).²

Le secteur privé pratique plus d'interventions par salle que le secteur public explicable par la forte part de leur activité en chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins de 24H et recouvre des actes dans la grande majorité programmée.



Source DATA MCO-Juin 2017 n°2 -Chirurgie

Figure 3 : Répartition du champ de chirurgie cardiaque dans le public et privé

La chirurgie bariatrique, orthopédique, l'ophtalmologie, notamment la chirurgie de la cataracte, l'arthroscopie, la chirurgie des varices sont des activités largement développées dans les établissements de santé privés car les médecins spécialisés ont souvent choisi un mode d'exercice libéral à la différence du public qui sont salariés visible à l'**ANNEXE I**.

Les activités chirurgicales emblématiques restent stables concernant le champ d'activité de la chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle (CEC) malgré l'augmentation du vieillissement de la population entre 2009 et 2015 : + 0,9%.

Concernant la place de la chirurgie lourde, le secteur privé prend en charge 38% de la chirurgie lourde nationale représentant 11% de l'activité du secteur privé.

De plus, le secteur privé reste le leader de l'activité interventionnelle cumulant 1 900 000 séjours en 2015 contre 1 750 000 en 2009.

B) Le financement des établissements de santé

1. ONDAM et T2A

Le financement des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés (mode unique de financement) émane de dispositifs complexes.

² Comparaison de l'âge moyen de la patientèle des 2 secteurs > DATA FHP MCO Juin 2017 n°2 CHIRURGIE

Depuis 2004, les structures de santé sont plongées dans une importante réforme budgétaire par la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) constituant le mode unique de financement concernant les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) des établissements publics (anciennement la Dotation Globale : DG) et du secteur privé (anciennement l'Objectif Quantifié National : OQN).

Les ressources sont maintenant calculées à partir d'une mesure de l'activité produite permettant une estimation de recettes.

De ce fait, le financement des établissements de santé publics et privés, visible en **ANNEXE II**, se compose donc pour l'essentiel de 2 blocs de recettes :

- Le bloc « **ODMCO : Objectif des Dépenses en Médecine Chirurgie Obstétrique** » (**tarifs de l'activité**) qui évolue en fonction d'un arrêté annuel fixant le montant de chaque tarif dans ces activités, pris fin février avec effet au 1^{er} mars de l'année ;
- Le bloc financement « **DAF (Dotation Annuelle de Fonctionnement) / MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) / USLD (Unité de Soins Longues Durées) / FMESPP (Fonds de Modernisation des Etablissement de Santé Publics et Privés)** » dont la répartition est déterminée par une circulaire diffusée début mars, avec effet au 1^{er} janvier de l'année en cours.³

Ces 2 blocs sont régis par des modalités et un calendrier différents, déterminés en amont par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) et la fixation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

L'ONDAM est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance Maladie. Il intègre un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

L'ODMCO (Objectif National des Dépenses de Médecine, Chirurgie et Obstétrique) qui recouvre l'ensemble des dépenses d'assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

³ Diaporama Campagnes budgétaires et tarifaires des établissements de santé > Direction Générale de l'Offre de Soins 2010

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des Groupes Homogènes de Séjours / Groupes Homogènes de Malade (GHS/GHM).

Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

2. Les MIGAC/MERRI/ FIR

De nombreuses missions assurées par les établissements de santé sont financées par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont l'objet, défini par l'article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale, permet principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple. La liste des missions d'intérêt général est fixée par arrêté.⁴

Cette dotation, regroupée en trois catégories, comporte de nombreuses missions :

- Les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI), destinées à financer la recherche clinique et l'enseignement « au lit du malade » des étudiants.
- Les Missions d'Intérêt Général (MIG) comme la participation à l'étude nationale des coûts (mise en œuvre des politiques publiques), l'aide médicale urgente (missions de santé publique), la prise en charge des publics précaires (populations spécifiques)
- Les Aides à la Contractualisation (AC) pour supporter les établissements dans la restructuration de l'offre de soins.

Des enveloppes telles que le Fond d'Intervention Régional (FIR) et le Fond de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) peuvent être de mêmes allouées par l'ARS (Agence Régionale de Santé), garant de la gestion budgétaire et comptable.

Le FIR a pour but de financer des projets qui ne sont pas soutenus par la T2A et le FMESPP, de financer des opérations de modernisation des établissements de santé.

⁴ JORF n°0060 du 11 mars 2017 >texte n° 18> Arrêté du 8 mars 2017 portant détermination pour 2017 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale

3. Les baisses tarifaires

Depuis l'instauration de la T2A en 2005, les tarifs hospitaliers (tout secteur confondu) déterminent le montant des remboursements par l'assurance maladie aux établissements hospitaliers pour les 2.300 actes de soins répertoriés, et donc une grande part de leur budget.

Chaque année et depuis 2013, ces montants sont impactés par des baisses tarifaires.

L'objectif de ces baisses tarifaires annuelles est de respecter la fixation de l'ONDAM. Cette année, l'ONDAM a augmenté de 2% comparé à 2016 portant un total des dépenses à 79,2 milliards d'euros.

Cette augmentation implique aux établissements de santé la réalisation de 1,1 milliard d'économies.

Pour cela, des diminutions tarifaires s'exécutent sous la forme de 3 baisses :

- Une baisse des tarifs MCO : pour le secteur public et privé
- Une dépréciation pour "neutraliser" le CICE : pour le secteur privé
- Une baisse pour compenser le Pacte de responsabilité : pour le secteur privé

C) Les conséquences des baisses tarifaires sur le secteur privé lucratif

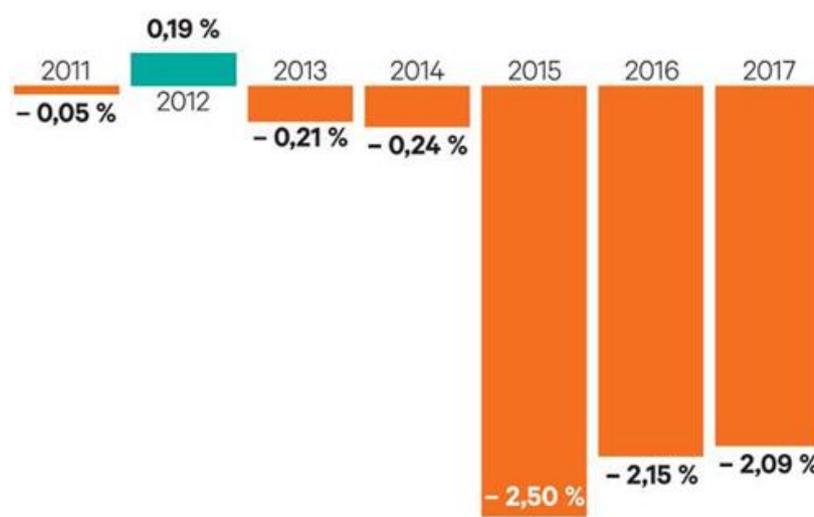


Figure 4 : La variation des tarifs des établissements hospitaliers du secteur privé : Cinq années de baisse consécutive

Source : Les échos/ Ministère de la santé / Moody

Le secteur privé se voit affecter cinq années de baisse consécutive au niveau de ses tarifs.

La hausse de 0,19% des tarifs des établissements hospitaliers du secteur privé de 2012 ; visible dans la partie « 2. La situation économique des établissements suite à ces baisses » ; a été accompagnée de la mise en place du CICE ; permettant une augmentation des investissements et de la rentabilité nette des structures effective le 1^{er} janvier 2013. Cette hausse a permis une diminution de l'endettement des cliniques.

Mais c'est à partir de 2012 que les réformes de restriction budgétaire ont été mises en œuvre et reconduites chaque année affectant les tarifs des cliniques à un pourcentage tels que ceux de 2016 soient inférieurs à ceux de l'année 2004.

La baisse de 2,5% des tarifs de 2015 correspond à la baisse la plus importante de ces douze dernières années par la neutralisation de CICE et par des baisses tarifaires des séjours hospitaliers.

Le 8 mars 2016, la parution de l'arrêté ministériel fixant les montants des tarifs MCO a annoncé une baisse des tarifs de l'ordre de 2,15% dont 0,5% de coefficient prudentiel et 0,65% sont repris des allègements de charge du pacte de responsabilité et du CICE pour le secteur privé.

1. Une redistribution du financement jugée inéquitable

Des tarifs hospitaliers sous pression...

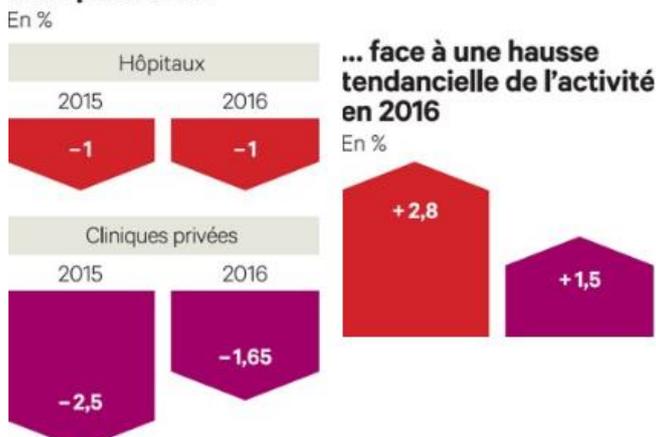


Figure 5 : Réparation tarifaire des hôpitaux et cliniques entre l'année 2015 et 2016 et l'année 2017 :

Source Les Echos SOLVEIG GODELUCK 15/09/16 et Publication FHP MCO 5 Minutes pour comprendre Mai 2017

Bien que le mode de financement des établissements de santé soit unique, il existe une divergence entre les tarifs hospitaliers publics et privés.

Sur les années 2015 et 2016, les hôpitaux se sont vus affecter une baisse tarifaire annuelle de 1% face à une hausse de leurs activités de 2,8% en 2016.

A l'inverse, les cliniques privées ont subi une baisse beaucoup plus conséquente sur l'année 2015 de 2,5% de la tarification de leurs actes et de 1,65% sur l'année 2016, tout en ayant eu une légère hausse de 1,5% de leurs activités ; ce qui représente la moitié de celle des hôpitaux.

En 2017, la baisse tarifaire diminue légèrement avec 0,9% pour les hôpitaux et 1,4% pour les cliniques.

Les cliniques privées sont donc impactées par ces baisses tarifaires sur le champ de la T2A tout en sachant que le bloc ODMCO représente leur majeure partie de financement.

Visible à l'**ANNEXE III**, en 2014, l'ONDAM hospitalier a fixé le bloc ODMCO à 49 440 millions ⁵ d'euros pour le public et privé dont 43 786 millions d'euros pour la part tarifs.

La tarification des activités d'une clinique privée à but lucratif

	Nombre de séjours	%	Tarifs	%
Etablissements publics	16 894 955	60%	27 931 445 388 €	75%
Cliniques privées	11 186 937	40%	9 254 008 665 €	25%

Figure 6 : Comparaison de la répartition de l'activité et des tarifs (Perspective « Assurance Maladie ») de l'ensemble des séjours entre établissements de santé publics et privés de 2014.

Sur la part T2A, les cliniques privées prennent en charge 40% des séjours totaux et perçoivent un quart des financements de l'Assurance Maladie liés à leurs activités.

Cette différence de tarification entre public et privé ne semble pas corrélée à l'activité mesurée en nombre de séjours.

Effectivement, les tarifs de l'Assurance Maladie concernant les actes médicaux sont différents entre les 2 secteurs et généralement moins élevés lorsqu'un acte s'effectue dans une clinique.

Dans l'exemple ci-dessus, l'acte concerné est la ténosynovectomie du poignet.

⁵ La décomposition de l'ONDAM Hospitalier en 2014 >>> **Les établissements de santé** > édition 2016 > DREES

Racine	Libellé	Effectif :	public	privé	France	P.M privée
08C59	Ténosynovectomies du poignet	1 728	12 570	14 298	87,9 %	



P.M privée : Part de Marché du privée

Source DATA-MCO Juin 2017 n°2 Chirurgie et Application T2A
2017 Société HEVA Analyse

Figure 7 : Part de marché de l'acte « Ténosynovectomies du poignet » du secteur public et privé 2015 et le tarif de ce GHS en ambulatoire dans le public et dans le privé

Pour ce même acte, le tarif est deux fois plus élevé (x 2,4) s'il est effectué dans un établissement public. Cet acte est pratiqué dans 87,9% des cas dans des établissements privés.

D'après la Fédération Hospitalière Privée, les tarifs du privé sont déjà inférieurs de 22% à ceux du secteur hospitalier public.⁶

Cette différence de tarif entre les 2 secteurs peut être la conséquence de plusieurs facteurs :

- Le **case-mix** : les activités lourdes sont plus nombreuses dans le public avec plus d'un tiers des séjours chirurgicaux, mais pour des actes plus complexes.

⁶ Communiqué de Presse FHP >10 Mars 2016> Bridge Communication

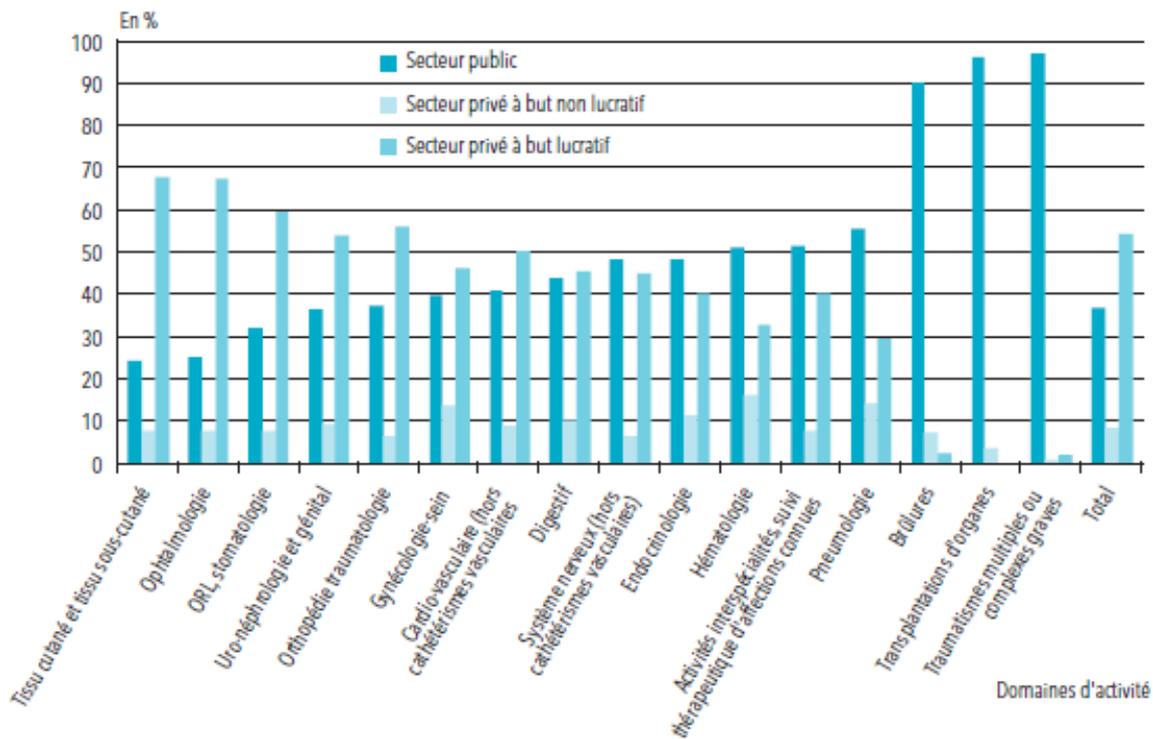


Figure 8 : Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2014

Les établissements de santé publics ont le monopole de certaines activités telles que les transplantations d'organes, la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves ou celle des brûlures telles les greffes de peau. D'autres interventions majoritairement pratiquées relèvent de la neurochirurgie comme la chirurgie du système nerveux central. L'hôpital public offre aux patients un panel de soins complet allant de la médecine, la chirurgie et la maternité, à la différence du privé, qui lui, est plus spécialisé.

- Les **caractéristiques des patients** : Les deux périodes extrêmes de la vie (nourrissons et personnes âgées) sont principalement prises en charge dans les hôpitaux publics, visible à l'**ANNEXE IV**.
- Les **missions spécifiques du public** : Il faut notamment entendre par l'expression de « service public hospitalier » la notion de permanence des soins 24H/24 et leur ouverture à tous ceux qui en ont besoin. Celle-ci entre de plein droit dans les missions de service public confiées à l'hôpital et c'est le service des urgences qui illustre le mieux cette notion traditionnelle de continuité.
- Et en dernier point la compensation du **crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi** (CICE) et le **Pacte de responsabilité** ; s'appliquant aux seuls

établissements privés ; correspondant à un avantage fiscal des entreprises par une baisse des cotisations sociales relatives au frais de personnel, qui a permis une augmentation de l'Excédent Brut d'Exploitation (EBE) (la soustraction du chiffre d'affaire par les charges d'exploitations). Ce CICE a été mis en place en 2013 et « neutralisé » en 2015 via ces baisses tarifaires.

Une analyse a été menée par QuintilesIMS, à la demande du Bloc et de l'Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français (UCCSF), visant à comparer l'ensemble des financements dédiés aux établissements de santé pour dresser le panorama le plus complet possible de potentielles disparités entre hôpitaux publics et cliniques privées.

Elle en conclut que si les tarifs publics étaient adoptés pour les séjours privés, une dépense supplémentaire d'environ 330 millions serait enregistrée. À l'inverse, une économie de 325 millions serait réalisée si les tarifs privés étaient adoptés pour les séjours publics.⁷

[Le bloc de financement des cliniques privées à but lucratif](#)

Source Analyse menée par QuintilesIMS pour l'Union Collégiale, V2 : 10 mars 2017

⁷ Analyse QuintileIMS pour l'Union Collégiale> Version n°2> 10 Mars 2017 > #1139119 > Etude comparative des financements et de l'efficacité en hôpital public et établissements privés

Evolution de l'enveloppe MIG parmi les MIGAC entre 2013-2015 (M€)

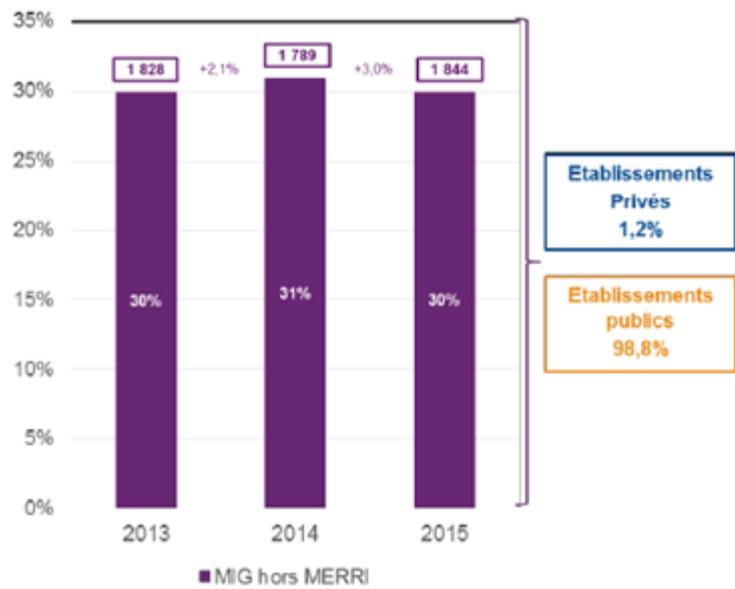


Figure 10 : Répartition des MIG entre missions et selon le type d'établissement de santé

Evolution de l'enveloppe MERRI parmi les MIGAC entre 2013-2015 (M€)

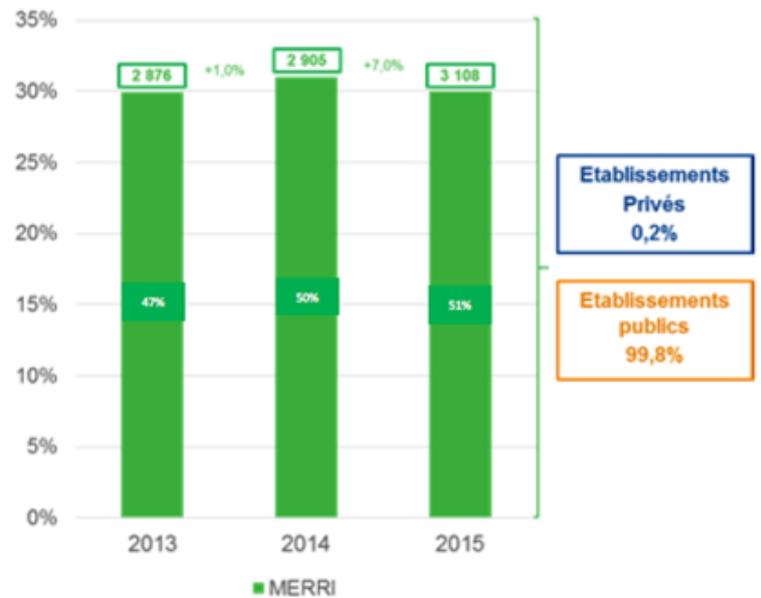


Figure 9 : Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé

En plus de l'analyse tarifaire de la part T2A, l'analyse Quintiles IMS comprend une analyse sur les financements existants comme les éléments liés à l'activité.

En 2015, une enveloppe de 1,7M€ a permis de financer les missions relatives aux MIG.

Le secteur public s'est acquis de 98,8% de cette enveloppe afin de œuvrer à la réalisation de projets contre 21M€ de dotations aux cliniques.

Concernant la dotation MERRI, on observe une disparité entre les 2 secteurs avec 99,8% des MERRI revenant au public contre 0,2% allouées au privé malgré l'augmentation du montant des MERRI entre 2013 et 2015 atteignant 3M€.

Les autres financements, visibles dans la figure ci-dessous, conservent le même principe de redistribution.

	Etablissements publics		Cliniques privées	
ODMCO	<i>GHS</i>	30 854M€ (79%)	8 343M€ (21%)	14 538M€ (24%)
	<i>Liste en sus</i>	3 420M€ (72%)	1 344M€ (28%)	
	<i>Autres</i>	11 566M€ (94%)	785M€ (6%)	
	<i>Honoraires privés</i>	0M€ (0%)	4 066M€ (100%)	
		45 840M€ (76%)		
MIGAC	<i>MERRI</i>	2 639M€ (99,8%)	5M€ (0,2%)	
	<i>AC</i>	1 041M€ (96,5%)	38M€ (3,5%)	
	<i>MIG</i>	1 653M€ (98,8%)	20M€ (1,2%)	
FIR	2 290M€ (97%)	81M€ (3%)		
FMESPP	237M€ (83%)	48M€ (17%)		
Total	53 700M€ (78%)		14 730M€ (22%)	

Figure 11 : Répartition de l'ensemble des financements selon le statut de l'établissement de santé en 2014

Source Analyse menée par QuintilesIMS pour l'Union Collégiale, V2 : 10 mars 2017

Au niveau du champ T2A MCO, les cliniques privées ont reçu 24% de la fixation globale de l'ONDAM MCO à la différence des hôpitaux publics ayant reçu 76%, ce qui montre bien l'impact contraignant des baisses tarifaires du secteur privé.

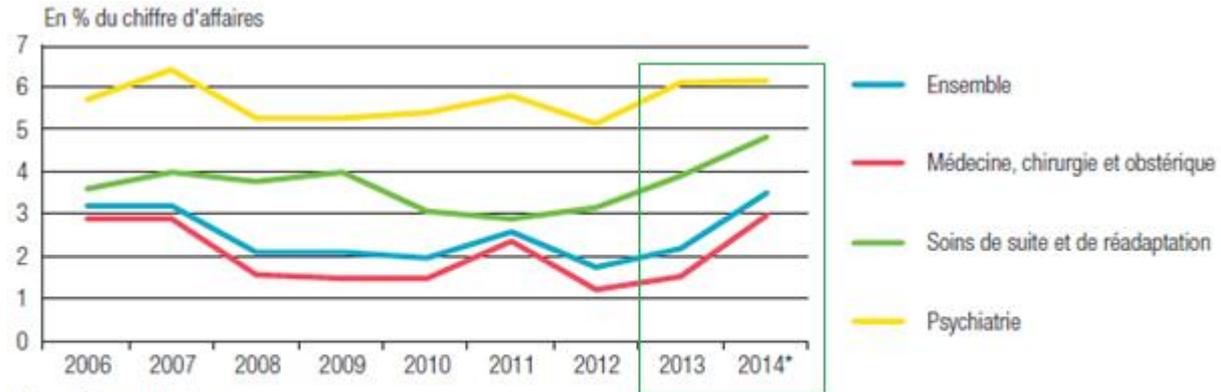
Ce principe de redistribution semble être appliqué de même pour l'ensemble des dotations de financement.

Le secteur privé reçoit moins d'un tiers du financement global des établissements de santé en France.

2. La situation économique des établissements suite à ces baisses

On dénombre 63% des établissements MCO en dessous du seuil des 3% de rentabilité nette qui correspond au pivot d'investissement et de création d'emplois à long termes. De 2005 à 2016, une baisse de 1,1% des tarifs de remboursements est identifiée sur ces douze années alors qu'une inflation de 16% s'est établie accompagnée d'une augmentation des charges de 56% visible à l'ANNEXE V.

D'après les premières estimations de la DRESS concernant l'année 2014 visible à l'ANNEXE VI, le chiffre d'affaire de l'ensemble des cliniques privées atteindrait 14 milliards malgré une baisse en 2012. Une rentabilité nette est visible depuis 2013 pour atteindre 3,5% du chiffre d'affaire en 2014.



* Données provisoires

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

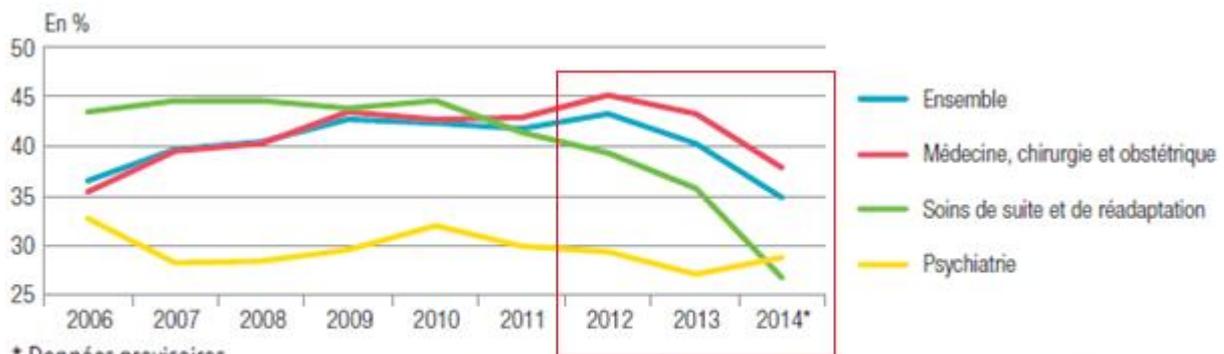
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2014, calculs DREES.

Figure 12 : Evolution de la rentabilité nette des cliniques privées entre 2006 et 2014

Source les établissements de santé > édition 2016 > DREES

Effectivement, cette amélioration des années 2013 et 2014 est le résultat de la mise en place du CICE.

Ce CICE a été atténué puis neutralisé en 2015 par des baisses tarifaires des séjours hospitaliers.



* Données provisoires

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2013, calculs DREES.

Figure 13 : Evolution du taux d'endettement des cliniques privées (en % des capitaux permanents)

Source les établissements de santé > édition 2016 > DREES

Bien qu'une majorité des cliniques diminue leurs taux d'endettements, d'importantes disparités sont encore présentes. On dénombre 1/5 des cliniques en situation de déficit, c'est-à-dire 23% dans le secteur du MCO et des cliniques de SSR.

Les cliniques et hôpitaux privés se trouvent donc ; actuellement et depuis de nombreuses années ; dans un contexte d'équilibre financier précaire.

Ces restrictions budgétaires ne font que creuser l'écart déjà présent avec des établissements en déficit et en plan de redressement économique.

Certains tarifs d'actes médicaux se retrouvent même en dessous des coûts de production.

Depuis 1992, le nombre de clinique MCO s'est vu se réduire de moitié. ⁸

La disparité de financement entre public et privé reste assez conséquente après plus de 10 ans de la mise en œuvre de la T2A.

En plus de la baisse tarifaire de 2017, de nouvelles dépenses verront le jour en 2017 pour les établissements de santé privés :

- La mise en place de mesure de sécurisation par le plan Vigipirate : 56M€
 - Le relèvement du taux de TVA concernant la restauration : 2,5M€
L'augmentation de la taxe foncière : 2,59%
- Les contraintes réglementaires et normatives liés aux pharmaciens internes et à la formation d'Infirmière de Bloc Opératoire

Ces dispositifs tarifaires qui perdurent depuis plusieurs années provoquent de nombreux contrastes dans le secteur du privé alors que le système de santé actuel cherche à promouvoir et instaurer une nouvelle vision de la prise en charge du patient, beaucoup plus sécurisée, performante, efficiente et à la fois innovatrice, à la pointe des nouvelles technologies naissantes sur le marché.

« Les cliniques ne survivent depuis dix ans que grâce à des efforts phénoménaux de productivité. Je rends hommage à la résilience des établissements qui ont su, à coup de restructuration forcée, d'efforts de gestion et de gains de productivité, s'adapter à une telle pression. Malheureusement, d'autres n'ont pas tenu le coup et ont mis la clé sous la porte ou ont dû être repris. Mais nous ne pourrons pas subir très longtemps un tel joug économique, administratif et réglementaire » Lamine Gharbi.

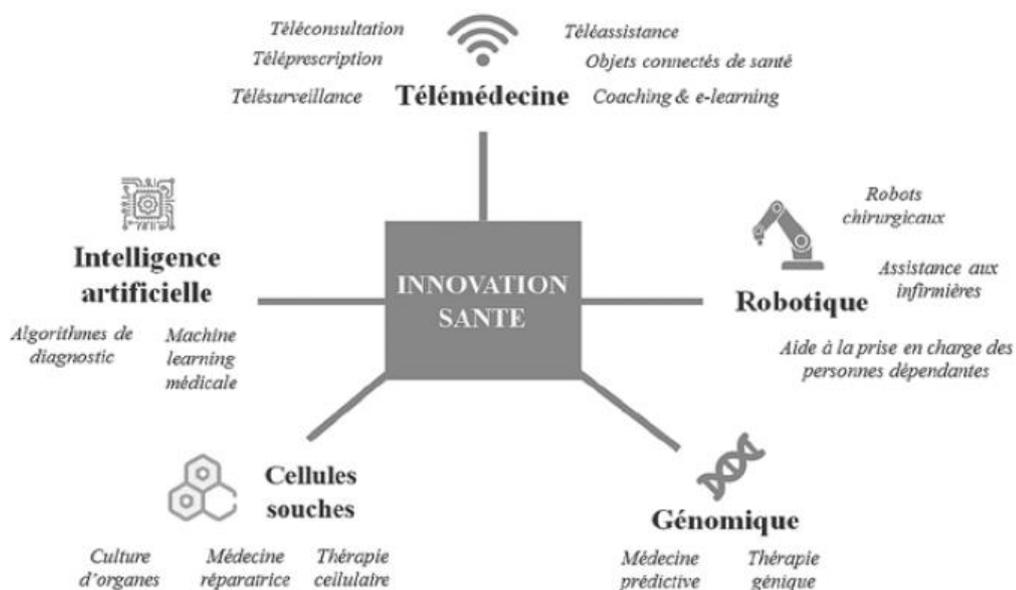
⁸ **Le privé, variable d'ajustement de l'incapacité à restructurer le paysage sanitaire**>Communiqué de Presse FHP >10 Mars 2016> Bridge Communication

II) L'innovation, un moyen d'améliorer le parcours de soins du patient ?

L'espérance de vie augmente, la qualité de prise en charge des patients s'améliore constamment mais leur coût a tendance à augmenter, dans un contexte budgétaire limité. Comment les cliniques privées peuvent-elles donc améliorer la qualité et sécurité de prise en charge des patients ? L'innovation peut-elle être la réponse à cette problématique ?

A) L'émergence de différentes innovations médicales

1. Les innovations technologiques existantes



Source : Étude prospective, *La santé en 2030*, Asterès, 1^{er} semestre 2015²

Figure 14 : Les cinq branches les plus disruptives de l'innovation en santé

[Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication \(NTIC\) de soins : le cas de la Télémedecine.](#)

L'e-santé, télésanté ou santé connectée, désigne tous les aspects numériques touchant de près ou de loin la santé. Elle apparaît être de plus en plus une solution pour pallier aux difficultés de notre système de soins qui est confronté aujourd'hui.

Les NTIC permettent une pratique médicale à distance (la télémedecine principalement).

Il s'agit de technologies orientées vers le soin du malade sous la forme de diagnostic, traitement et surveillance. On y distingue 5 catégories :

- Les téléconsultations : des consultations délivrées à distance.
- Les télésurveillances : le suivi et l'interprétation à distance de données cliniques.
- Les téléexpertises : un médecin obtient l'avis d'un ou de plusieurs confrères éloignés.
- La régulation médicale : lorsqu'un premier diagnostic est réalisé à distance par un médecin du service d'aide médicale urgente.
- Les téléassistances : lorsqu'un ou plusieurs médecins assistent à distance la réalisation d'actes de santé.

- [La télémédecine](#)

La télémédecine représente une solution pertinente à de nombreux défis du système de santé telle que la prise en charge et le suivi des malades chroniques, des individus à risque et à la lutte contre la désertification médicale (milieu rural principalement) dont souffrent de nombreuses localités.

Elle est considérée de même comme une garantie de la permanence des soins.

En 2030, les visio-consultations deviendront la principale porte d'entrée des parcours de soins ⁹: au domicile du patient ou ailleurs avec l'aide ou non d'une infirmière. Elles pourront être réalisées de même au sein d'une pharmacie avec l'appui d'un pharmacien¹⁰.

Une des applications pertinentes de la télémédecine est celle de la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : la « Télé-AVC dit Téléstroke ».

⁹ Hôpital : LIBERER L'INNOVATION : Christophe Marques, Nicolas BOUZOU Février2017 /Fondation pour l'Innovation Politique

¹⁰ Hôpital : LIBERER L'INNOVATION : Christophe Marques, Nicolas BOUZOU Février2017 /Fondation pour l'Innovation Politique



Figure 15 : La Télé-AVC, arme contre les inégalités

Source *Quotidien du Médecin, Hauts de France*

La télémédecine permet donc aux neurologues d'effectuer une consultation à distance par le biais de la téléconsultation qui se déroule en visioconférence. Le praticien examine le patient (avec l'aide de son confrère) et confirme le diagnostic d'AVC. Il peut aussi consulter les images du scanner par la télé-radiologie (tout comme les radiologues) qui l'aideront à faire son diagnostic. Elle permet de pallier au problème de pénurie de neurologue dans certaines régions.

Plus généralement, la télémédecine répondrait au besoin de rendre le système de santé plus efficient dans un contexte de budget limité. Elle est basée sur l'accessibilité.

- Autre catégorie appartenant à la télémédecine et de plus en plus démocratisé : [les dispositifs de la santé connectée.](#)

La santé connectée est le journal de bord personnalisé de la santé.

Ces objets peuvent être utilisés dans le cadre d'un traitement médical nécessitant un contrôle rigoureux ou tout simplement à titre consultatif, afin de recevoir des conseils personnalisés pour entretenir une bonne forme quotidienne.

Voici 6 exemples d'objets e-santé connectés largement répandus en France : le bracelet connecté, la balance connectée, le tensiomètre connecté, la montre connectée, la bague connectée et le pilulier intelligent.

Selon un sondage de l'Institut Français de l'Opinion Publique (IFOP) réalisé en novembre 2013 et paru sur le site de la Mutuelle Générale, 11% des français sont déjà équipés d'un objet connecté et 12% des français envisageraient d'acquérir un objet connecté d'ici 3 ans. La visualisation de **l'ANNEXE VII** permet d'affirmer que ce marché de la santé connectée est en pleine expansion.

- [L'Intelligence artificielle](#)

La 2^{ème} branche de l'innovation en santé correspond à l'Intelligence artificielle.

L'Intelligence Artificielle (IA) et la « Big data », associant algorithmes et banque de données, prennent part au monde de la santé comme une aide aux diagnostics complexes. Systèmes d'aide à la décision, intelligence artificielle, systèmes experts, ils s'appuient sur « un ensemble de données pour aboutir à une décision médicale automatisée normalement prise par un professionnel de santé ».

Les ordinateurs peuvent aujourd'hui repérer « des anomalies pathologiques sur des images et radiographies, les classer selon leurs gravités et prédire les risques encourus ». Plusieurs applications sont recensées à l'heure d'aujourd'hui pour traiter différents types de pathologies parmi lesquelles l'aide au diagnostic, la modélisation, la simulation, l'aide à la rédaction de comptes rendus médicaux, l'assistance à l'observance et au suivi thérapeutique...¹¹ Elles doivent permettre aux médecins de faire face à une médecine qui s'appuie de plus en plus sur les données, ainsi qu'à la montée en charge des maladies chroniques.

Avec l'avancée de l'Intelligence artificielle, les médecins évolueraient vers des fonctions et compétences plus « humaines », favorisant l'écoute et le soutien psychologique des patients.

L'objectif pour les établissements de santé est donc l'amélioration de la prise en charge des patients en combinant IA et leurs importantes bases de données (symptômes, résultats d'analyses, diagnostic de patients similaires, prescription et évolution de la pathologie) afin de développer une médecine personnalisée où le traitement serait optimisé pour chaque patient.

¹¹ Génétique > Transhumanisme > 07/06/2017

- La robotique

Une des innovations dont les prouesses s'accroissent de jours en jours est la robotique. Même si celle-ci est omniprésente dans le domaine tertiaire (logistique, construction voir même militaire), elle progresse en particulier dans les domaines de la santé.

Robotique chirurgicale, de réhabilitation, d'assistance à la personne, compagnon robot domestique, surveillance, dépendance, handicap, nous assistons à une véritable révolution de la robotique de services.

De surcroît, la démographie vieillissante des populations dans le monde corrélée à la multiplication des handicaps moteur/sensoriel incitent à mettre en œuvre des systèmes diversifiés tels que la téléassistance, l'assistance physique ou rééducation, ou encore les assistants « intelligents » ou multitâches.

Robots de téléopérations ou robots interventionnels, les professionnels de santé peuvent piloter ces dispositifs à distance par le biais d'une interface électromécanique qui reproduit les déplacements des mains directement sur la table d'opération. En France, ces machines sont répandues le plus souvent dans la chirurgie viscérale et thoracique¹².



Figure 16 : Le robot médical « DaVinci » par l'entreprise Intuitive Surgical

Le robot « DaVinci » ; par exemple ; est un robot médical dirigée par un chirurgien pour réaliser des opérations principalement au niveau de l'abdomen. Le chirurgien qui opère est en position assise depuis une console située près du patient et l'aide opératoire du chirurgien se trouve aux côtés du patient durant l'intervention et aide le chirurgien dans ses opérations.

¹² Rapports : L'aide au geste chirurgical par les navigateurs et les robots > C.H Chouard et F.Dubois > Académie Nationale de Médecine

- Une catégorie de robot faisant ses preuves dans le monde de la santé : [le robot de guidage](#).

Aujourd'hui, un des problèmes majeurs pour les praticiens est de pouvoir localiser la maladie du patient. Avec les systèmes de guidage robotique, l'organisme peut désormais être visualisé de différentes manières : voir l'organisme mais aussi son aspect physiologique et donc pouvoir déceler immédiatement la zone malade grâce à diverses méthodes dont la plus connue est par IRM. Elle permet d'analyser plusieurs parties du corps que d'autres techniques ne peuvent pas faire correctement.

Egalement, une IRM peut être installée au milieu du bloc opératoire. Cette possibilité permet de visualiser le cerveau du patient tout au long de l'opération.

- [La sélection génomique, une innovation pour l'amélioration génétique](#)

Les innovations génomiques se distinguent selon 2 spécialités : la médecine prédictive et la thérapie génétique.

La médecine prédictive est une discipline qui permet de prévoir l'apparition des maladies dont nous risquons de souffrir au cours de notre vie, bien avant qu'en apparaissent les premiers signes. Ce diagnostic « présymptomatique » est réalisé grâce aux tests génétiques.

La thérapie génique quant à elle ; consiste à corriger un gène malade, le plus souvent en transférant à l'intérieur des cellules un autre gène sain, qui le remplacera. On peut aussi renforcer un gène pour permettre à l'organisme de fabriquer ses propres médicaments permettant de lutter contre la maladie.

Malheureusement, les programmes de thérapie génique en France ne peuvent démarrer qu'après autorisation ministérielle et sous de multiples contrôles par diverses commissions et les programmes sont rigoureusement coordonnés. Actuellement, on peut estimer que plusieurs centaines d'essais de thérapie génique sont en cours dans le monde dont plusieurs dizaines en France.

Dans un premier temps, on pourrait espérer contrôler des maladies dites « monogéniques » (avec un seul gène impliqué) ce qui serait beaucoup plus long pour le cancer, maladie où interviennent de nombreux gènes.

Les tests génétiques, principaux vecteurs de la médecine prédictive, sont encore loin d'être généralisés.¹³

Dans son rapport de 2016, [Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie \(HCAAM\)](#) a effectué une synthèse de différentes analyses sur l'évolution du système de santé produits au cours de ces dernières années. La réflexion porte sur les différents facteurs pouvant avoir un impact sur le système de soins et ce qu'ils pourront induire comme évolutions. Le progrès technique est considéré comme une donnée extérieure au système de soins venant modifier les équilibres, le système devant s'y adapter.

3 scénarios possibles ont été explicités : un scénario tendanciel, un scénario technique et un scénario de santé organisée disponibles à **l'ANNEXE VIII**.

Par ailleurs, les différents rapports et scénario évoquent de façon constante les thèmes suivants :

- Le développement des NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et Communication)

Ces outils sont perçus comme un moyen de répondre à des besoins ressentis des patients et praticiens et jugés comme un moteur de diffusion de pratiques collectivement soumis à une volonté collective. On entend par NTIC le dossier médical informatisé, les systèmes de diagnostic, la télémédecine et les appareils d'imagerie.

- Les biotechnologies

Les domaines diagnostiques et thérapeutiques connaîtraient un développement spécifique lié à la connaissance du génome mais les thérapies géniques sont discutées avec prudence. Il est reconnu qu'elles pourront prendre une place importante mais de façon limitée en raison de leur complexité et coût ainsi qu'au niveau réglementaire et éthique.

- Les techniques d'imagerie médicale

Avec une plus grande précision des images, ces techniques seraient de moins en moins invasives : reconstructions 3D, image moléculaire.

- La chirurgie ambulatoire

¹³ La médecine prédictive peut-elle réduire les dépenses de santé ? > Camille Wong > Le Figaro Economie > 04/08/2017 >

Un point important est mis sur le développement de la chirurgie minimale avec la miniaturisation et la robotisation permettant des interventions précoces par des procédés peu invasifs. La télémédecine s'est largement diffusée dans le domaine de l'ambulatoire.

Bien que les 3 scénarios soient différents, la projection future du système de santé s'accompagne d'une démarche d'innovation médicale.

2. Les innovations organisationnelles et managériales

Expériences de modernisation de l'organisation ou de nouvelles pratiques (encadré par un cadre procédural et protocolaire), les innovations organisationnelles et managériales correspondent aux formes d'organisation des soins et de gestion des structures de santé.

Notamment, la chirurgie ambulatoire est une des formes de l'innovation organisationnelle.¹⁴

De nos jours, la Fédération Hospitalière Privé (FHP) ; représentante de l'univers de la santé privée en France et interlocutrice privilégiée des pouvoirs publics sur les grands thèmes qui engagent l'avenir du système de santé, regroupe 1.000 cliniques et hôpitaux privés qui assurent chaque année la prise en charge de 9 millions de patients. Les établissements privés prennent en charge près de 68% de la chirurgie ambulatoire.¹⁵

Sur l'année 2014, plus de 20 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire.¹⁶

Le domaine de l'ambulatoire est considéré comme l'alternative à l'hospitalisation traditionnelle et connaît un virage majeur dans son développement.

Le patient subit des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou une opération chirurgicale. Il pourra toutefois retourner chez lui le jour même. Actuellement, la chirurgie ambulatoire est assimilée à une sortie précoce.

La [prise en charge d'un patient en ambulatoire](#) se divise selon 4 phases principales :

- *Une évaluation préopératoire* : la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise : évaluer le rapport bénéfice/risque, anticiper les effets secondaires prévisibles et préparer la sortie du patient

¹⁴ La chirurgie ambulatoire en 12 questions > « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire > Haute Autorité de Santé et Agence National d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux > Avril 2012

¹⁵ A propos de la FHP > Signature Communiqué de Presse > 28 Juin 2017 Bridge Communication

¹⁶ **Panorama établissement de santé 2016** > édition 2016 > DREES

- *Une phase opératoire*
- *Une phase d'autorisation de sortie* : évaluation médicale : un bulletin de sortie est remis par un des médecins de la structure qui précise les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins
- *Le suivi du patient* est assuré par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention. La coordination renforcée des différents acteurs permet le bon déroulement de ces étapes et d'optimiser le flux des patients au sein de la structure.¹⁷

Une anesthésie régionale, sur une partie du corps, est privilégiée face à une anesthésie générale afin de prendre en charge la douleur de façon optimisée.

La sécurité et la qualité de la prise en charge sont identiques, notamment en matière anesthésique ou de surveillance postopératoire.

- La chirurgie ambulatoire présente des avantages aussi bien pour le patient :
 - Actes moins invasifs, une localisation régionale de la chirurgie
 - Un délai d'hospitalisation réduit : 12H (sortie précoce)
 - La qualité et la sécurité des soins par une limitation de l'exposition aux risques
 - Des habitudes de vie conservées compte tenu du retour à domicile le jour même
 - Et la diminution des risques de thromboses, phlébites et infections (nosocomiales par exemple)

- Mais aussi des avantages pour l'établissement de santé :
 - L'optimisation et l'organisation des ressources et des plateaux techniques
 - La satisfaction des personnels par l'amélioration des conditions de travail
 - Et le désengorgement des cliniques dans certains services

Cette chirurgie est en constante évolution, grâce à d'une part l'innovation des actes chirurgicaux et d'autre part des dispositifs médicaux innovants.

Actuellement, [2 principes innovateurs](#) reconnus interviennent au niveau de ces différentes phases :

¹⁷ La chirurgie ambulatoire en 12 questions > « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire > Haute Autorité de Santé et Agence National d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux > Avril 2012

- **La Récupération Rapide Après Chirurgie (RRCA)**

Initiée dans les années 1990 dans les pays nordiques par le Professeur Henrik Kehlet en chirurgie digestive, la RRCA correspond à un mode de prise en charge innovant centré sur le patient. Elle vise à permettre au patient de récupérer plus vite ses capacités fonctionnelles après une intervention chirurgicale, et ainsi retrouver plus rapidement son environnement familial et ses activités quotidiennes, en toute sécurité.

Elle s'appuie sur plusieurs principes fondamentaux tels qu'une dynamique d'équipe pluridisciplinaire pour sécuriser le parcours de soins, une information détaillée (connaissances des différentes étapes de la prise en charge du patient notamment par le dossier médical partagé), une prise en charge de la douleur avant, pendant et après l'intervention et une alimentation avant et après intervention (le jeûne moderne est privilégié : le patient peut s'alimenter jusqu'à 6 heures et boire une boisson sucrée jusqu'à 2 heures avant l'intervention : plus en forme pour lutter contre le stress provoqué par l'opération).

Il a été prouvé que la mise en place de la RRAC diminue de manière importante le risque de complications postopératoires.¹⁸

- **La télémédecine en chirurgie ambulatoire** : une prise en charge postopératoire pour un meilleur suivi et contrôle

La télémédecine s'est invitée dans le domaine de la consultation, de l'expertise, de la surveillance et de l'assistance, notamment en matière de chirurgie ambulatoire.

Le suivi post opératoire d'opérations chirurgicales ; à faible risque ; réalisées en ambulatoire peut se faire à distance par téléconsultation et sans risque de complications supplémentaires avec un niveau de satisfaction acceptable.

"Aujourd'hui, beaucoup de séjours de 48h à l'hôpital se justifient seulement par un besoin de surveillance post-opératoire" ¹⁹.

La télémédecine pourrait probablement résoudre cette problématique.

¹⁸ Récupération Rapide Après Chirurgie > La RRAC : pour un retour rapide à la normale > Médecine Moderne > Groupe CAPIO > Article du 23 Mai 2017

¹⁹ Pierre Simon : La télémédecine peut aider à structurer les GHT et développer l'ambulatoire > TICSANTE > Article 23/04/2015

Un exemple de télémedecine dans la chirurgie ambulatoire de la main a été effectué à l'hôpital de Nantes par le Docteur Edward De Keating-Hart.

5 patientes ont été opérées en chirurgie ambulatoire pour un syndrome du « canal carpien » ou « un doigt à ressaut » et se sont vues proposer une téléconsultation. Un formulaire de consentement avec l'information du caractère non sécurisé de l'entretien a été signé par toutes les patientes. L'entretien, réalisé le lendemain matin de l'acte entre le praticien et la patiente, débutait par un appel téléphonique pour réaliser la connexion Internet et débiter la téléconsultation enregistrée. Une série de 11 questions standardisées était posée à la patiente. Toutes les cicatrices étaient montrées en présence d'une infirmière à domicile. 2 mois plus tard, les patientes étaient revues en consultation et remplissaient un questionnaire de satisfaction. Les enregistrements vidéo de l'entretien ont été intégrés au dossier informatique du patient.

En conclusion, cette prise en charge a été bénéfique pour toutes les patientes. L'entretien a été rassurant, adapté et préféré à l'entretien téléphonique simple post opératoire. Toutes les patientes ont été très satisfaites de l'entretien et du caractère ludique de la téléconsultation.²⁰

Ces résultats mettent en avant le rôle bénéfique de cette prise en charge. La téléconsultation serait un outil d'avenir à développer dans le domaine ambulatoire.

3. Les nouvelles techniques opératoires

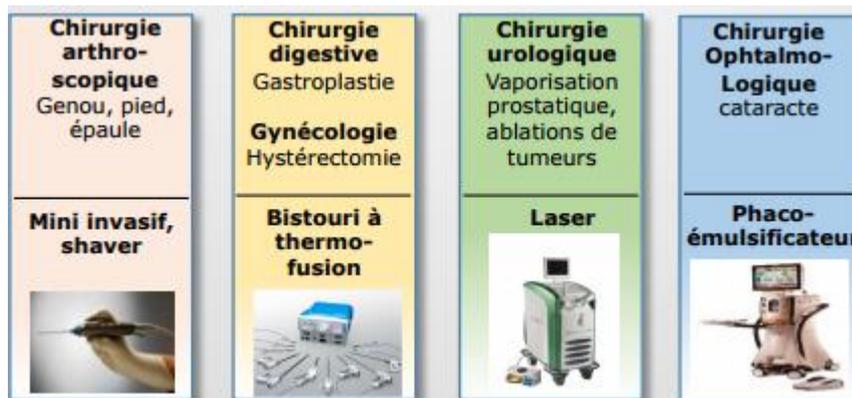


Figure 17 : Quelques dispositifs médicaux innovants utilisés dans la chirurgie ambulatoire

²⁰ Skype@Ambu : la télémedecine dans la chirurgie ambulatoire de la main > ScienceDirect > Edward De Keating-Hat, Pierre-Yves Milliez, Isabelle Auquit-Auckbur > 3 Décembre 2014

Aujourd'hui, les innovations majeures sont à distinguer notamment dans les nouvelles techniques opératoires. Ces techniques innovatrices pour la prise en charge de certains actes se sont développées dans les établissements avec pour objectif des suites opératoires beaucoup moins lourdes pour le patient du fait d'une technicité beaucoup plus précise et sophistiquée.

Ces dispositifs médicaux ont permis une meilleure prise en charge d'acte ambulatoire. Le développement de techniques mini-invasives et microchirurgicales permet effectivement de limiter les lésions musculaires et de diminuer le taux d'infections nosocomiales par 7²¹ sans compromis sur l'efficacité du geste réalisé, en modifiant et en adaptant la voie d'abord chirurgicale. Les avantages pour le patient sont nombreux : une diminution notamment de la douleur, du saignement peropératoire, une levée précoce et une réduction de la durée d'hospitalisation permettant très souvent l'intervention en chirurgie en ambulatoire et donc une récupération plus rapide.

Un exemple concernant la spécialité gastro-entérologie : la pose d'une endoprothèse œsophagienne, visible à l'**ANNEXE IX**.

La pose d'une endoprothèse œsophagienne est une méthode endoscopique ayant pour objectif de restaurer la perméabilité de l'œsophage. Elle va permettre la déglutition (pouvoir avaler) et d'améliorer le statut nutritionnel (reprendre du poids).

La pose se déroule de la manière suivante : dans un premier temps, le praticien va effectuer un état des lieux, c'est-à-dire la mesure, la pose de repères, et la mise en place d'un fil guide. Et dans un second temps, la pose de la prothèse peut s'effectuer grâce au fil guide, sous contrôle radiologique.

Généralement, les techniques opératoires innovantes sont utilisées pour des actes ambulatoires tels que l'ablation de la cataracte, les dents de sagesse ou la cure de varices.

Aujourd'hui, des interventions de plus en plus complexes sont aussi réalisées en ambulatoire avec ces nouvelles techniques opératoires comme l'ablation de la vésicule biliaire, certaines interventions gynécologiques, le traitement de ligament du genou ... ou des interventions plus audacieuses encore comme l'ablation du côlon pour cancer ou encore d'un by-pass pour les personnes obèses...

²¹ Chirurgie Mini Invasive > Dr Raphael Jameson > Centre Francilien du Dos Paris-Versailles

On peut donc considérer que le progrès des techniques d'opérations est l'un des vecteurs du développement de la chirurgie ambulatoire.

B) La prise en charge du patient dans cette refonte du système de santé

1. L'écoute : l'élément déclencheur d'une démarche d'innovation

Dans un établissement de santé, l'écoute est essentielle : elle est l'unité élémentaire du soin.

Une innovation ne provient généralement pas d'une seule et même personne.

Cette idée ne se forge qu'en entraînant des échanges, en rencontrant des divergences.

*« L'innovation commence toujours par une impertinence ».*²²

Certaines cliniques ont pris le parti de donner la parole à leurs employés, peu importe le poste et de les faire échanger entre eux afin de faire émerger des idées inédites et d'améliorer la condition et la pratique de leurs activités.

L'interaction entre les individus fait émerger des conditions de renouveau.

Il faut pour cela être à l'écoute des managers de l'innovation, qui se trouvent au sein même des établissements de santé, comme par exemple un médecin souhaitant intégrer un robot chirurgical dans son unité.

Il existe différents types d'écoutes :

- L'écoute en **interne** : c'est-à-dire une demande faite par des médecins, des salariés.

Un établissement doit s'appuyer sur une démarche d'écoute pour répondre aux évolutions constantes et répondre aux besoins de ses salariés. La prise en compte de l'avis des agents directement concernés est donc essentielle.

Cette écoute permet d'obtenir une confiance au sein même de l'établissement et avec les collaborateurs.

²² Pascal Picq > Conférencier Paléoanthropologue

- L'écoute en **externe** : c'est-à-dire ce que font les autres établissements notamment par la méthode du « benchmarking »

Pour un établissement, il s'agit de se comparer aux « leaders » qui se positionnent sur le marché, de s'inspirer de leurs idées, de leurs pratiques, de leurs fonctionnements et de leurs expériences afin que les pratiques en interne s'améliorent.

- L'écoute des **prestataires et entreprises d'innovations médicales start-up**

Il est important d'entretenir une relation de confiance avec les prestataires. Cette démarche permettra de mieux cerner la qualité, et ainsi de minimiser la prise de risques.

Tendre l'oreille aux entreprises d'innovations médicales et start-up permet à un établissement d'être au cœur des nouvelles informations et donc d'être flexible en terme décisionnel. Il est de même important d'écouter les médias.

- Et surtout **l'écoute du patient**

Le patient est au cœur des préoccupations et joue un rôle pivot au sein de l'établissement de santé. Les établissements sont en recherche constante d'amélioration de la prise en charge et qualité et sécurité des soins. De plus, l'expérience du patient sera au cœur de la stratégie de l'hôpital de demain.

Son écoute est primordiale et indispensable dans la recherche de modernisation de son parcours de soin avec comme objectif la satisfaction de ses besoins.

2. Les opportunités de cette nouvelle prise en charge

L'innovation est reconnue comme un facteur essentiel à la pérennité des établissements de santé.

Si les avantages de l'innovation médicale (c'est-à-dire les échanges avec d'autres patients, une meilleure compréhension de l'action du professionnel de santé) sont réels, il convient de s'assurer que ce phénomène ne crée pas d'inégalités de santé et qu'il vise à améliorer la qualité de vie et sécurité de tous.

La mise en place de celle-ci soutient et promeut la qualité et la sécurité des soins d'une part, en réduisant le risque d'erreur médicale.

Elle permet de même de renforcer la coordination des professionnels de soins et la multidisciplinarité de la prise en charge par une meilleure qualité de prise en charge, de

suivi médical et thérapeutique, de partage des informations patient, de contrôle et surveillance.

Cette démarche induit donc une innovation et efficacité dans la coordination et optimisation du parcours de soins du patient.

Un objectif majeur est d'aider le patient à devenir un partenaire actif de sa santé.

Il s'agit bien d'un acteur de santé qui joue un rôle primordial dans le système de santé. L'évolution de ce droit est révélatrice d'un renforcement de la connaissance des patients, de leurs pathologies et de leurs droits, mais elle reflète également une plus grande maturité de la société pour reconnaître le rôle et l'implication du patient expert.

La promotion de l'éducation thérapeutique est un moyen d'accéder à ce rôle du patient « innovateur » : c'est-à-dire apprendre, comprendre, construire sa prise en charge par le biais d'une médecine innovante plus personnalisée grâce à une meilleure autonomie du patient.

C) Les points de ruptures possibles de l'innovation

1. Cibler les freins à l'innovation

Si la démarche d'innovation de santé est aujourd'hui identifiée comme une vision stratégique pour les établissements de santé privés et un avantage conséquent pour le système de santé, les professionnels ainsi que les patients ; il n'en demeure pas moins que la démarche présente des limites.

Effectivement, le coût de l'investissement de l'innovation est globalement élevé malgré les efforts d'investissements en baisse des établissements privés vu dans la première partie tarifaire de ce mémoire.

De plus, la T2A reste peu favorable à une innovation spontanée vu le contexte actuel.

Un acte innovant coûtant cher le serait de même pour l'établissement ainsi que pour la Sécurité Sociale, d'où l'intérêt de prouver la réalité de la pertinence et bénéfique de l'acte pour le patient, les professionnels de santé ainsi que l'établissement.

Une innovation ou un acte innovant ne se planifie pas mais se constate par le succès qu'il rencontre ; c'est son application qui en fait une innovation dans un contexte de rupture par rapport à une situation antérieure. L'innovation en santé est ainsi dépendante des politiques qui s'interrogent sur son coût, sa mise en œuvre et son acceptation par la société.

Egalement, les risques possibles générés par l'innovation peuvent être de natures différentes : le stockage et la perte de données, le piratage, la panne des dispositifs ...

En termes de confidentialité des informations, il existe de nombreuses applications de télémédecine sur le marché et de nombreuses informations sont à gérer et se rapportent tant aux patients qu'au personnel soignant et qu'à leurs collaborateurs. Cela pose évidemment le problème de la confidentialité et de la sécurité se rapportant à de telles applications.

Vis-à-vis de l'éthique, la télémédecine est une médecine à distance. L'éthique en télémédecine devrait a priori être superposable à l'éthique médicale. Malgré cela, l'introduction au sein de la relation médecin-patient d'une machine permettant cette relation à distance complexifie la situation. Cette complexification croît avec le stade de télémédecine.



Figure 18 : Caricature des objets connectés

Une problématique éthique se poserait de même concernant les objets connectés e-santé. « Le scénario dans lequel une assurance santé ou une mutuelle conditionnerait l'obtention d'un tarif avantageux à l'accomplissement d'un certain nombre d'activités physiques, chiffres à l'appui, se dessine ²³ ». « Dans les années à venir, les individus pourraient être priés d'apporter les preuves d'un comportement sain ».²⁴ Effectivement, une des

²³ Un objet connecté en cadeau ? N'oubliez pas de sécuriser son utilisation ! > 08/11/2016 > Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

²⁴ Extrait du rapport de la CNIL mai 2014 « Le corps, nouvel objet connecté »

conséquences de ce monde de réseau et de communication est que nous avons tendance à laisser de plus en plus de traces numériques.

Concernant la problématique d'inégalité d'accès aux nouvelles technologies, on ne peut affirmer que l'innovation de la télémédecine pallierait cette inégalité ou creuserait le fossé d'accès aux nouvelles technologies.

Frein organisationnel, les innovations managériales et organisationnelles (organisation des services, organisation des soins) doivent faire l'objet de démarches volontaristes et de conduite de changement ; elles ne vont pas s'imposer par elles-mêmes.

2. L'intervention et le rôle de l'état dans l'innovation

L'état possède un rôle de fédérateur dans la démarche de l'innovation de santé.

Il a de même le rôle de régulateur par le biais de l'ONDAM, de distributeur et d'investisseur dans l'innovation, la formation et le savoir.

Il existe plusieurs modes de financement concernant l'innovation médicale comme par exemple des crédits expérimentaux consentis par l'état, les subventions de l'état allouées aux établissements de santé et le forfait innovation de la HAS.

Le forfait innovation consiste en une prise en charge de technologies de santé innovantes lorsqu'elles sont en phase précoce de développement clinique²⁵. Basée sur la réalisation d'une étude visant à en confirmer l'intérêt, cette prise en charge dérogatoire est décidée par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, après avis de la HAS. L'éligibilité est appréciée au regard du caractère innovant de la technologie et de la pertinence du protocole de l'étude.

Au vu du contexte budgétaire actuellement restreint, la vision des établissements privés reste tout de même mitigée : un cadre réglementaire et administratif rigide, des procédures d'autorisation longue et complexe et une réglementation en retard comparé aux autres pays de l'Union Européenne et à l'Internationale.²⁶

Le déficit chronique de l'Assurance Maladie affecte l'ensemble des acteurs de santé, limitant de fait leur capacité à investir et à innover. Deux formes de restriction financière sont à l'œuvre :

²⁵ Forfait innovation > Haute Autorité de Santé > 16 Juillet 2015

²⁶ Hôpital : Libérer l'innovation > Christophe MARQUES, Nicolas BOUZOU > Fondation pour l'innovation politique > Février 2017

- D'une part, la récurrence du déséquilibre budgétaire se traduit par des enveloppes de financement destinées à l'innovation largement insuffisantes aux regards des enjeux de la modernisation de l'offre de soins
- D'autre part, en recherche d'économies, l'Assurance Maladie limite fortement la revalorisation des tarifs pour contraindre les établissements à comprimer leurs coûts et à gagner en efficacité

La promotion de ce secteur par les pouvoirs publics reste encore limitée dans les faits.²⁷

Obtenir un avis direct des établissements de santé privés permettrait de conforter ces propos.

III) La perception de cette course à l'innovation conjointe à la restriction budgétaire

Après avoir discuté et analysé le contexte de financement actuel des établissements de santé privée ; leur représentation dans le système de santé ainsi que les baisses tarifaires ; et avoir fait un état des lieux des différents types d'innovations présents sur le marché représentant un bénéfice privilégié pour le patient, je me suis donc intéressé à la vision interne ainsi que l'opinion des établissements privés, étant les premiers impactés ; leur avis est donc fondamental. Comment perçoivent-ils cette démarche à l'innovation dans le système de santé ?

A) La perception des cliniques privées : Questionnaire Google Form

Par un contexte budgétaire restreint, la problématique des hôpitaux privés est d'assurer une pérennité de façon efficace parallèlement à une démarche de l'innovation en pleine expansion en France.

J'ai choisi de faire ce questionnaire afin d'obtenir la vision et le sentiment des établissements dans cette situation de contrainte budgétaire. L'avantage de leur adresser ce questionnaire permet de recueillir une vision intégrée, concrète et réelle de la gestion de leur

²⁷ Santé : faire le pari de l'innovation > Institut Montaigne > Rapport Décembre 2013

établissement dans le système actuel. Mon objectif est d'analyser si ces structures privées ont eu des impacts de différentes natures causés par la baisse tarifaire et quels moyens d'innovation (ou autres) **ont-ils mis en œuvre afin d'y pallier.**

L'élaboration de ce questionnaire s'est fait au moyen de 11 questions fermées et mixtes et a été destiné aux établissements de santé privés de spécialité Médecine, MCO, SSR et PSY.

Les réponses des établissements ont été recueillies avec l'application Google Form pour sa facilité de diffusion du questionnaire avec un simple lien partageable et l'analyse automatique de l'ensemble des réponses recueillies de la direction des établissements de santé privés.

Lien : https://drive.google.com/open?id=1ENkkA9fNRwUy_9k3HJEJhUFNaIMIOmTePuU8mcJHtXE

Résultats :

- *Traitements statistiques*

Afin de recueillir un maximum de réponses, la diffusion du questionnaire s'est effectuée par email et démarchage téléphonique directement au niveau des directions des établissements de santé privés afin d'obtenir l'accord du remplissage du questionnaire avec une date limite.

De même, une prise de contact avec la Fédération de l'Hospitalisation Privée Hauts de France a permis ; grâce à la Déléguée Régionale Mme BECUWE ; la diffusion de ce questionnaire aux adhérents FHP Hauts de France.

Ces diffusions ont permis de récolter 21 réponses d'établissements de santé privés de 6 régions différentes, de tailles différentes, se répartissant selon 2 activités : MCO et SSR.

L'échantillon recueilli touche aussi bien la France Métropolitaine que l'Outre-Mer Français. La majorité des établissements ayant répondu possède entre 100 et 150 lits (40%) et concerne pour 65% le domaine de la MCO et 35% du SSR.

- *Analyses des résultats (Graphiques et résultats disponibles à [l'ANNEXE X](#))*

1) Avez-vous été impacté par l'application de ces nouveaux tarifs ?

20 réponses

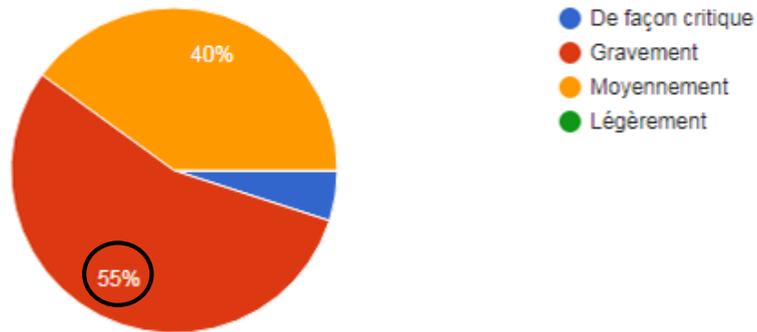


Figure 19: Résultat de l'application des nouveaux tarifs

55% des établissements estiment avoir été gravement impactés et 40% des établissements d'un impact moyen. 5% des établissements restants ont été impactés de façon critique.

Les conséquences de ces baisses tarifaires au niveau des structures ont été majoritairement de l'ordre financier (pour 95,2% des établissements), suivi de conséquences organisationnelles (85,7%) et managériales (pour 47,6%).

3) Quelles actions avez-vous mis en œuvre pour pallier à cette baisse ?

21 réponses

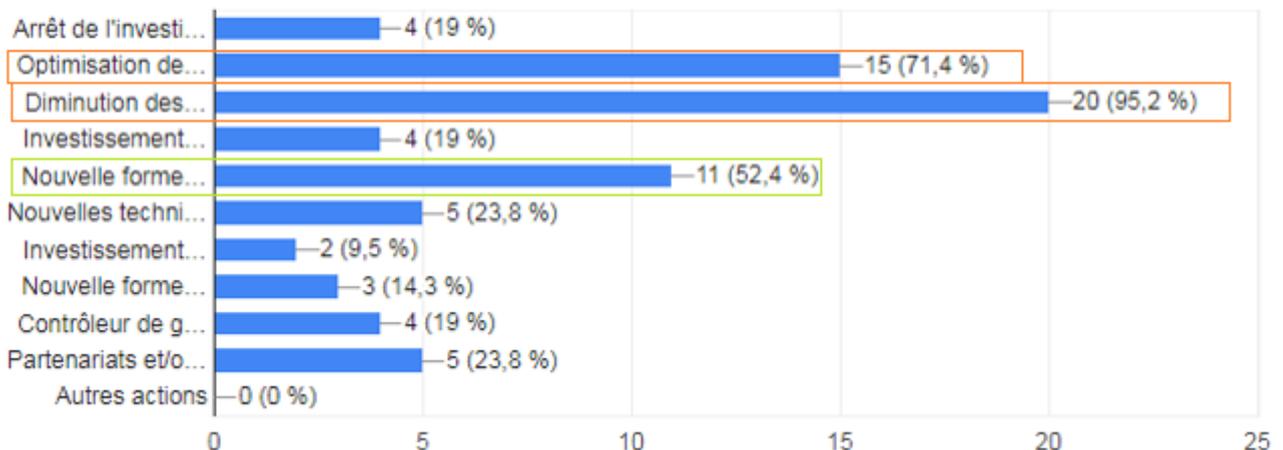


Figure 20 : Résultats des actions mises en œuvre pour pallier à la baisse

Afin de pallier à cette baisse, différentes actions ont été mises en place telle que la diminution des dépenses globales (pour 95,2% des structures), l'optimisation de la masse salariale

(71,4%) et la mise en place de nouvelles formes organisationnelles (pour 52,4%). La mise en place de nouvelles techniques opératoires a été effectuée pour 23,8% des établissements.

4) Votre établissement entreprend-il une démarche d'innovation de santé ?

21 réponses

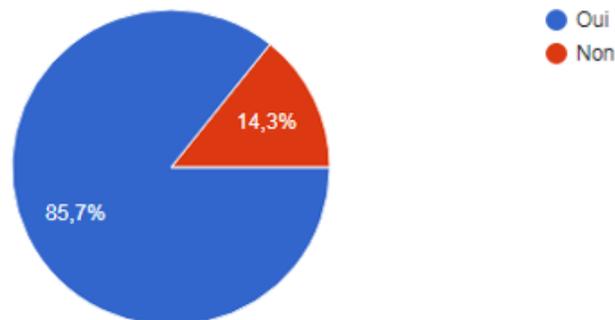


Figure 21: Résultats de la mise en place d'une démarche d'innovation

85,7% de ces structures de santé ont entrepris une démarche d'innovation de santé dont plus de 15 établissements sur 21 dans le but de pallier cette restriction budgétaire et de rentrer dans une démarche d'innovation continue.

Les innovations organisationnelles correspondent à 75% de l'ensemble des établissements, 55% pour des nouvelles techniques opératoires et 50% des établissements ont effectué des innovations hôtelières. La télémédecine a été mise en place pour 45% des structures.

L'ensemble des innovations mises en place correspond à 66,7% d'innovation au domaine de la chirurgie ambulatoire et 57,1% des établissements ont rencontré des difficultés à leurs

9) Quelles aides avez-vous reçu dans la réalisation de ces nouvelles techniques/ activités ?

21 réponses

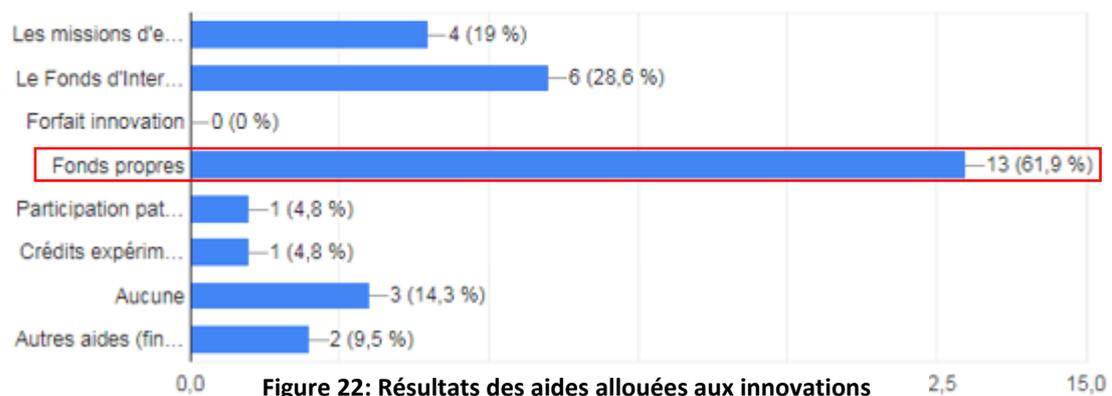


Figure 22: Résultats des aides allouées aux innovations

mises en place, en particulier au niveau de l'impact organisationnel des salariés et de leurs adaptations.

En termes d'investissement, l'ensemble des innovations mises en place par ces établissements a été financé pour 61,9% des établissements par des fonds propres, pour 28,6% par des FIR et 19% des structures par les MERRI.

Au niveau de la qualité de prise en charge du patient, ces innovations ont été plutôt satisfaisantes à 70% et très satisfaisantes à 15%. Les bénéfices de cette démarche innovatrice ont été de l'ordre économique pour 80% des structures de santé avec un gain de temps et de qualité (pour 70%) ; et une pratique simplifiée pour 45% des établissements.

Les réponses globales de ce questionnaire tendent à un scénario de ce type :

Cela a eu un impact sur les ressources :

Les actions mises en œuvre ont été :



o Financières : 95,2 %

o Diminution dépenses globales: 95,2 %

55%

Des établissements ont été gravement impactés par les nouveaux tarifs



o Organisationnelles : 85,7 %

o Optimisation masse salariale : 71,4 %



o Managériales : 47,6 %

o Nouvelles formes organisationnelles: 52,4 %

Les innovations ont été :



o Organisationnelles : 75 %



o Nouvelles techniques opératoires : 55 %



o Innovations hôtelières: 50 %



o Télémédecine : 45 %

Dont :

o 67 % des établissements les destine à l'ambulatoire :



58%

Ont rencontré des difficultés à la mise en place de ces innovations

En particulier au niveau de l'impact organisationnel des salariés et leurs adaptations



L'investissement s'est fait pour 62% par des fonds propres



70% ont été plutôt satisfait de l'impact de la qualité de prise en charge des patients avec ces innovations



80% ont eu un bénéfice économique



70% ont eu un bénéfice en terme de temps



70% ont eu un bénéfice sur la qualité

B) Un cas technique : présentation d'une technique innovante mise en place en gastro-entérologie à la clinique X

1. La pathologie en question

La « polypose colique » est une maladie héréditaire. Elle se caractérise par la présence d'une grande quantité de polypes : des excroissances pouvant se développer dans la paroi du côlon ou du rectum. Les polypes sont des cellules (du côlon ou du rectum) qui prolifèrent anormalement. Cette agrégation de cellules crée alors une protubérance plus ou moins arrondie (ressemblant à une verrue), puis grandit jusqu'à ressembler à un champignon.

Il existe différents types de polypes. Parmi eux, les « polypes adénomateux » (lésions précancéreuses) qui peuvent avec le temps évoluer en cancer ou tumeur cancéreuse.

L'importance est donc d'effectuer des coloscopies pour les identifier et les retirer avant qu'ils ne dégèrent. Les polypes retirés sont examinés par un anatomopathologiste pour voir si des cellules cancéreuses y sont retrouvées. Si c'est le cas, une autre intervention peut être programmée afin de retirer plus largement le cancer.

2. L'objectif de la technique

Les patients subissant une chirurgie traditionnelle du côlon vivent une période de rétablissement longue et douloureuse car il faut « ouvrir » l'abdomen, ce qui est une méthode très invasive. Le chirurgien doit dans la majorité des cas pratiquer une longue incision. La durée de séjour est longue (1 semaine minimum) ainsi que le rétablissement (6 semaines).

L'objectif de cette technique innovante, la polypectomie, est donc l'ablation et l'extraction de ces polypes ou tissus lésés effectuées par le gastroentérologue lors d'une coloscopie donc sans « ouverture » de l'abdomen.

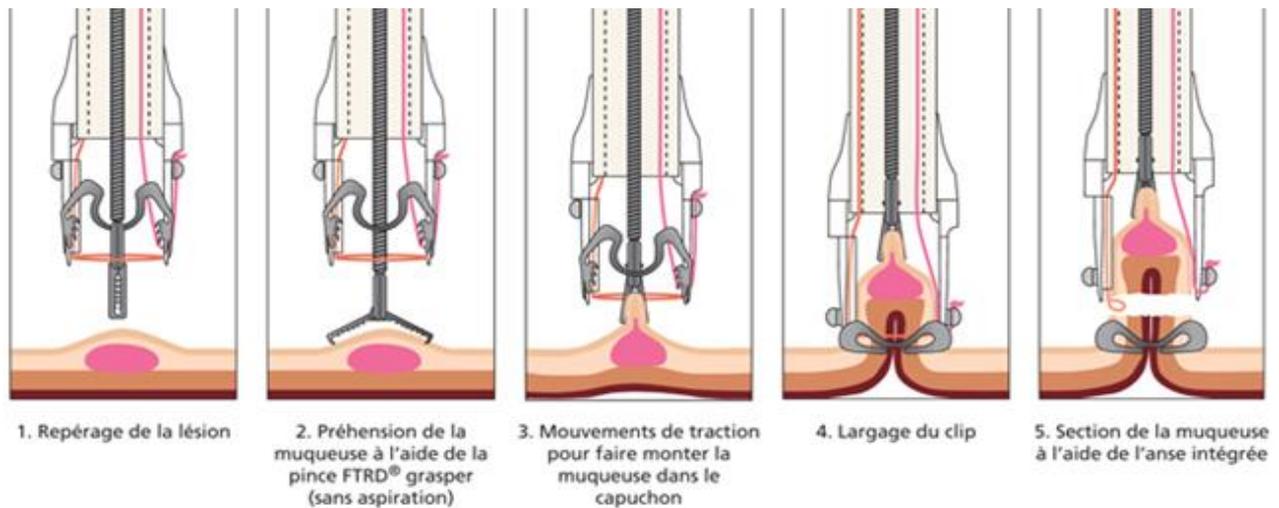
3. Le principe de la technique

Le nouveau système de « Résection Transmurale Endoscopique pré-monté FTRD » permet la résection (retrait chirurgical d'un polype) au niveau de l'épaisseur de la paroi rectale ou colique (transmurale) sans ouverture de la cavité péritonéale lors d'une endoscopie souple.

La lésion ciblée est capturée par traction dans un capuchon. Le chirurgien coupe les polypes ou tissus à l'aide d'un endoscope muni d'un instrument tranchant et un courant électrique (anse diathermique intégrée) est ensuite envoyé afin de coaguler les tissus et de stopper le saignement (hémostase). Ensuite, la fermeture de la paroi colique se fait par le largage d'un clip qui sécurise la zone.

Cette technique nécessite donc un dispositif de résection comportant un clip spécifique, un

Figure 23 : Déroulement d'une section de muqueuse à l'aide du FTRD System Set



« couteau » et un capuchon.

4. Le dispositif opératoire innovant

La nouvelle technique de résection transmurale endoscopique pré-monté « FTRD System Set » : Full Thickness Resection Device (Dispositif de Résection d'Épaisseur Plein) par l'entreprise Ovesco Endoscopy AG, visible à l'**ANNEXE X**.

Ce dispositif « le FTDR System Set » est composé de :

- Le **système de largage** de clip et de **résection** permettant l'ablation de la paroi et le prélèvement des tissus en question appelé « FTDR System »
- Le **capuchon** : « FTDR prOVE Cap »
- La **pince** permettant de saisir et maintenir les tissus : « FTDR Gasper »
- L'**électrode de marquage** permettant le marquage de tissus par coagulation haute fréquence superficielle : « FTDR Marking Prob »

5. Les résultats

Cette technique innovante ; au moyen d'une coloscopie ; remplace une intervention chirurgicale beaucoup plus lourde. Elle est un outil transluminal mini-invasif rapide novateur pour la résection diagnostique et thérapeutique des lésions appropriées par l'endoscope flexible dans le côlon et le rectum.

L'avantage de cette technique est d'avoir un champ de vision clair avec une résection beaucoup plus précise pour maintenir l'intégrité du colon.

Elle représente une procédure efficace avec un gain de temps et une meilleure visualisation.

Pour le patient, l'acte est moins invasif et peu de complications postopératoires sont observables. Le patient a un rétablissement beaucoup plus rapide. La pratique de cette technique permet d'éviter le recours systématique à la chirurgie.

6. Le coût financier

Financièrement, le coût de ce dispositif « FTRD System set » s'élève à 1 500€ Hors Taxes pour chaque procédure car il est à usage unique. Par ailleurs, le Groupe Homogène de Séjours (GHS) de l'acte en question est d'environ 400 euros.

L'utilisation de cette technique engendre une perte sèche pour la clinique du fait de l'usage unique du dispositif malgré une meilleure qualité et sécurité des soins du patient.

Cette technique pose la question du reste à charge qui s'élève à environ à 1400 euros TTC.

On peut dès lors se poser la question du reste à charge.

Par qui ce coût important est-il supporté si cette technique innovante ne dispose pas d'une cotation adaptée ?

La Clinique X ? L'établissement peut en effet faire le choix de supporter ce coût afin de proposer des soins « de pointe » aux patients du territoire qu'elle couvre. Néanmoins on comprend au regard du reste à charge important et des situations financières des établissements qu'elle ne pourra pas « absorber » ce coût pour de nombreuses interventions.

Alors pourquoi l'établissement choisirait-il de proposer cette technique ?

Le principe est celui de l'attractivité. En effet, le fait de proposer cette opération innovante va permettre, à court et moyen terme, de se faire connaître et de se différencier de la concurrence. De plus, la clinique va donc attirer une patientèle ayant besoin de cette opération, et d'orienter la patientèle vers d'autres spécialités proposées au sein de l'établissement.

Le fait que la clinique réalise cette opération innovante de polype pourrait provoquer chez ce patient un sentiment de sécurité et une vision à la pointe de la technologie de la clinique.

Cela pourrait être une volonté d'amélioration de l'image de marque et de la notoriété

Le patient ?

La notion de reste à charge est de plus en plus présente dans le secteur de la santé. De nombreux établissements financent les activités innovantes en facturant la différence GHS-coût au patient auquel il est donné le choix entre 2 techniques pour le traitement de sa pathologie. Néanmoins, on est en droit de se poser la question de l'éthique lorsque le choix proposé intègre une notion de cout puisque le choix n'existe plus dans le cas ou les moyens financier du patient ne lui permettrai pas de bénéficier de l'intervention innovante.

C) Les établissements de santé en difficulté : nouvelles perspectives et innovations entreprises

1. Synthèse du diagnostic : Le secteur privé dans l'innovation

Une analyse SWOT²⁸; outil d'aide à la prise de décision ; permet d'évaluer l'environnement interne et externe d'un établissement de santé privé pour savoir si l'émergence de l'innovation lui est favorable.

Une analyse SWOT a été effectuée et a permis de globaliser les éléments en un ensemble cohérent et de tirer une conclusion du travail effectué.

²⁸ Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces)

		Forces	Faiblesses
Interne		<ul style="list-style-type: none"> • Part de marché dans les soins de court séjours (MCO) • Part de marché dans l'ambulatoire • Ambulatoire largement développé • Expertise des praticiens libéraux • Large panel des spécialités chirurgicales • Flexibilité en termes de décision d'investissement innovant • Bénéfice multiple de l'innovation (Economique/Qualité/Sécurité/Pratique simplifiée.) • Impact de l'innovation sur la qualité de prise en charge du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparité des financements comparé au public • Tarifs des actes T2A réduits d'année en année • Subventions dont financements innovations accordées moindre • Coût important de l'innovation • Conséquence de la mise en place de l'innovation (conduite de changement, organisationnel)
Opportunités			
Externe		<ul style="list-style-type: none"> • Marché de l'innovation médicale en pleine expansion • Forte concurrence entre les entreprises biomédicales • Accessibilité des commerciaux marketing biomédicaux • Possibilité d'achat d'équipement biomédicaux en centrale d'achat interne nationale voir même mondiale • Emergence de l'électronique et informatique • Bénéfice de l'innovation sur le développement durable (0 papier, tout informatisé) • « Télémédecine » peut pallier les besoins des déserts médicaux • Force d'attractivité avec la proposition de nouvelles spécialités ou actes innovants • Innovation vitrine pour la patientèle et concurrence 	<ul style="list-style-type: none"> • Concurrence des établissements du secteur privé dans la course de l'innovation • Fixation de l'ONDAM restreinte • Demande de subvention/forfait innovation longue et complexe • Administration rigide • Retard du système de réseau et informatique dans certaines régions • « Innovation globale » peut créer des disparités avec les déserts médicaux • Piratage, confidentialité des données informatisées • Question éthique du reste à charge possible pour le patient
		Menaces	

2. Quelles sont donc les marges de manœuvre possibles d'innovations au sein de ce système financier restreint ?

D'après l'analyse du questionnaire, du contenu bibliographique ainsi qu'aux recherches annexes effectuées, on pourrait dire que les innovations dans le secteur médical arrivent dans un contexte de grandes tensions sur le financement de notre système de soins.

Effectivement, l'innovation représente l'avenir des établissements privés malgré le coût financier que cette démarche engendre.

De plus les fonds propres restent la majorité du financement de nouvelles activités, projets et dispositifs (dont la technique du FTRD).

Il est vrai que les établissements ont plusieurs pistes pour se démarquer de la concurrence comme la différenciation : nouvelles techniques, innovations robotiques ...

L'innovation organisationnelle de l'ambulatoire quant à elle combine avancée et efficacité du système, notamment poussée par le ministère de la santé établissant un pilotage renforcé de la chirurgie ambulatoire.

De même, l'amélioration de la prestation hôtelière est un axe suivi par de nombreux établissements afin de dégager du profit en proposant de nouvelles prestations aux patients.

En termes d'innovation technologique, la télémédecine s'est particulièrement renforcée depuis quelques années notamment par son rapport qualité/prix et sa facilité de mise en place et d'utilisation. Son développement ainsi que son déploiement représentent en effet un atout majeur pour la mise en complémentarité des compétences des professionnels et des structures. Elle permet de faciliter le développement de l'organisation de l'offre territoriale de proximité.

Par ailleurs la robotisation est une marge de manœuvre nouvelle et grandissante mais est tout de même freinée par un coût financier important dont les structures doivent se doter afin d'investir au niveau de leur parc. Les innovations du génome se développent à l'heure d'aujourd'hui mais sont freinées par la présence d'un cadre réglementaire et législatif complexe tentant d'éviter le risque d'eugénisme.

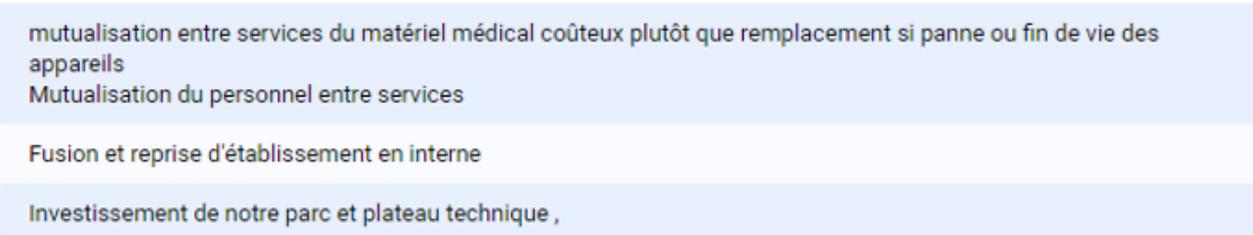
Pour faire face aux évolutions actuelles du système de santé, il apparaît primordial que les établissements de santé privés mettent tout en œuvre pour faire naître et pérenniser une culture de l'innovation au sein de leur communauté.

Cette innovation doit avant tout être perçue comme un moteur capable de moderniser et améliorer les pratiques, les organisations et les fonctionnements actuels au service de prises en charge efficaces et plus en accord avec les nouveaux besoins, aspirations, valeurs, habitudes et comportements des usagers.

Deuxièmement, les structures peuvent aussi se démarquer par la fusion et/ou le regroupement : c'est-à-dire la notion d'économies d'échelles.

Précisez-l'(les) actions(s) cochée(s) et si autres actions :

3 réponses



mutualisation entre services du matériel médical coûteux plutôt que remplacement si panne ou fin de vie des appareils
Mutualisation du personnel entre services

Fusion et reprise d'établissement en interne

Investissement de notre parc et plateau technique ,

Figure 24 : Réponses recueillies lors de l'analyse du questionnaire

Effectivement, depuis quelques années, on remarque que le nombre de cliniques décroît. Leur taille moyenne augmente et de plus en plus de groupes d'établissements de santé privés se forment par des fusions ou rachats ; représentant des innovations structurelles et investissements immobiliers ; au moyen de fonds d'investissements.

Ces fonds permettant l'émergence d'acteurs plus grands et plus solides sont même devenus des interlocuteurs lors de discussions avec les tutelles.

Cette évolution, générant de nouvelles capacités d'investissement et d'innovation, permet ensuite aux groupes de reprendre le modèle de **différenciation** évoqué ci-dessus : l'apparition de nouvelles technologies ; plus précisément de nouvelles techniques opératoires ; et le développement de la prise en charge du patient en ambulatoire impliquant une meilleure qualité et sécurité des soins dans la prise en charge du patient et de multiples bénéfices vis-à-vis de la structure ainsi que du personnel (Financier, pratique simplifiée, Qualité de l'acte ...).

Ce développement de l'ambulatoire croît parallèlement à la digitalisation/informatisation du parcours de soins du patient permettant un meilleur suivi et l'optimisation de la prise en charge.

Si oui, précisez

7 réponses

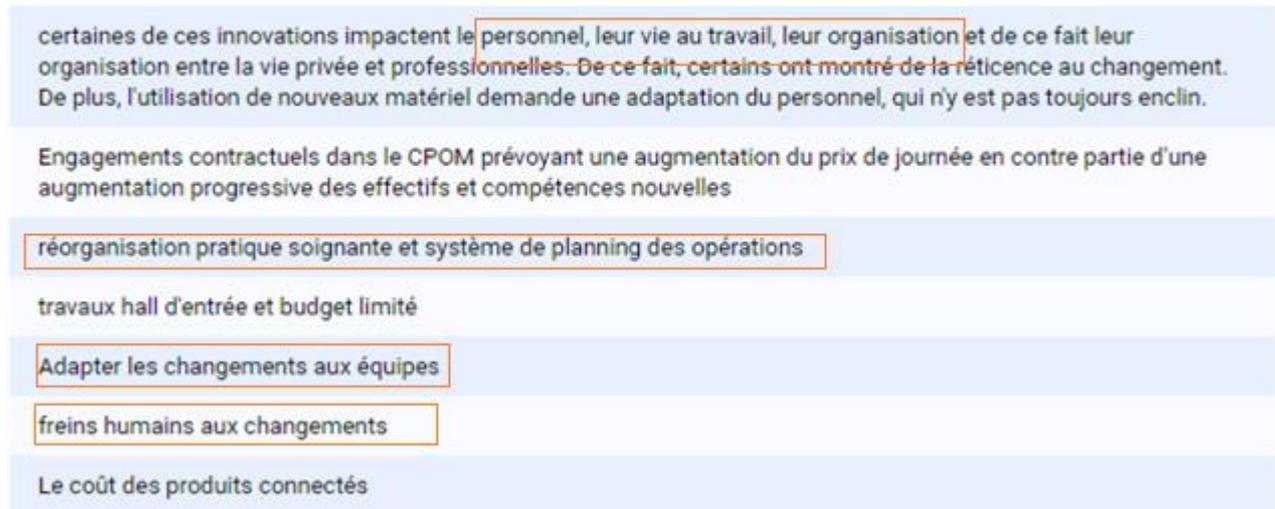


Figure 25 : Réponses recueillies lors de l'analyse du questionnaire

Malheureusement, les conséquences générales sont une modification radicale des pratiques de management et de gouvernance des structures de santé privées mais aussi de l'organisation du personnel et à leur adaptation.



Figure 26 : Réponses recueillies lors de l'analyse du questionnaire

En ce qui concerne la création de partenariats, de conventions inter-établissements et pluridisciplinaires voir même de mutualisation inter-service, elle reste une innovation pertinente grâce à une mutualisation des moyens et des ressources tout en élargissant le panel des spécialités, des activités médicales et des dispositifs médicaux coûteux.

Il est vrai l'importance de l'innovation est portée de même par les institutions considérant l'innovation comme la clé de la compétitivité et de la croissance, étant le bénéfice premier pour le patient ayant le meilleur soin avec la meilleure sécurité.

Mais le dilemme de l'équilibre entre innovation et coût engendré se pose.

Les innovations demandent généralement un coût d'achat élevé et un coût engendré par la maintenance.

Les établissements effectuent donc des estimations et prévisionnels du coût de l'innovation sur plusieurs années afin de prédire une tendance financière de celle-ci pour plus de sécurité.

Au niveau de la tarification, les établissements considèrent que la sécurité sociale quant à elle n'évolue conjointement à la démarche d'innovation alors qu'elle-même la promeut.

Conclusion

Le système de santé tend-il vers une « clinique ambulatoire ? » Il est vrai que les bénéfices de la chirurgie ambulatoire semblent indéniables notamment en termes de qualité et sécurité des soins, satisfaction des patients et d'efficacité organisationnelle.

De nos jours, certaines opérations nécessitant un rétablissement prolongé, voient leur prise en charge se réduire et tendre vers l'ambulatoire. La mise en place d'une prothèse totale de hanche nécessitait auparavant au moins une semaine d'hospitalisation, à l'heure actuelle cet acte peut être pris en charge en ambulatoire.

Au-delà des incitations nationales, cette évolution des pratiques professionnelles ne peut se faire sans le partenariat solide entre le personnel et l'équipe de direction, d'un aspect managérial solide.

D'une part, cette évolution organisationnelle peut et doit bénéficier à l'ensemble de la prise en charge du patient et cibler les structures sur leurs besoins réels : un plateau technique spécialisé. Les établissements de santé privés doivent s'insérer dans le parcours de santé du patient pour son recours optimal, le plus proche possible du « juste soin ». D'autre part, cette démarche demande tout de même un investissement des fonds propres des établissements ou par des subventions allouées même si celles-ci sont assez complexes à obtenir à l'heure d'aujourd'hui.

De plus, réglementées par un cadre législatif, les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) représentent l'innovation avec le plus grand potentiel de développement et d'évolution du système de santé.

Les plus grands groupes d'hospitalisation privés, malgré la baisse tarifaire, arrivent tout de même à dégager du chiffre d'affaire grâce à de lourds investissements qu'ils effectuent aussi bien sur le plan immobilier qu'au niveau de leurs parcs biomédicaux ainsi que les TIC. L'avantage de cet investissement par fonds propres est de dégager des excédents bénéficiaires ; en obtenant de même un patrimoine immobilier par exemple ; mais creuse d'autant plus l'écart déjà présent entre les cliniques de petites et moyennes tailles.

La mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, restent une marge de manœuvre pertinente et efficiente réparties entre les acteurs dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et le parcours du patient. En partageant les actions menées, en mutualisant les expériences ou activités développées par d'autres, chaque acteur trouvera les outils qui lui paraissent pertinents afin de répondre à ses besoins.

Par exemple, le groupe RAMSAY GDS, malgré les contraintes tarifaires fortes, a été capable d'augmenter leur chiffre d'affaire de part des fusions et intégrations entre Ramsay Santé et Générale de Santé et avec l'acquisition du groupe HPM de Lille. De plus, les achats qui émanaient à la base de la centrale d'achat interne du groupe en France se sont développés à un niveau mondial avec des fournisseurs maintenant mondiaux notamment à Singapour, constituant donc une cellule d'achat monde, ce qui montre donc un contexte incitant une gestion efficiente du budget d'achats et d'approvisionnement.

De plus, l'innovation sert aussi de vitrine à la structure, visant à augmenter la notoriété d'une structure dans le but d'augmenter le nombre de patient.

Par exemple, une structure se dotant du « robot Da Vinci » peut se voir accueillir plus de patients par l'image innovante que reflète ce robot sans forcément que des études statistiques aient été faites sur le bénéfice de celui-ci étant hautement dépendants de l'habileté et de l'expérience de l'utilisateur.

Nous avons pu constater par l'analyse du questionnaire que 35% des établissements se sont vus obtenir un gain de notoriété par la mise en place de leur innovation.

De plus, certaines structures peuvent investir des dispositifs pour des actes moins répandus afin de prôner une notion d'attractivité qui porterait des résultats futurs : une nouvelle spécialité dont la concurrence ne pratiquerait pas voire très peu, un nouveau dispositif dont la concurrence n'aurait pas fait l'investissement. Cet investissement provoquerait une augmentation de la patientèle par besoin et par notoriété et pourquoi pas non plus une modification du coût de l'acte d'ici quelques années par les institutions et qui placerait cette structure pionnière de cette activité grâce à cet investissement stratégique effectué au préalable ?

Par ailleurs, une question éthique se pose concernant le financement de certaines activités innovantes en facturant une différence GHS-coût de l'innovation au patient pour un acte par exemple s'effectuant à la base en hospitalisation et pouvant avoir lieu dorénavant en

ambulatoire. Le choix de l'acte intègre une notion de cout et peut ne plus exister si les moyens financiers du patient ne lui permettent pas.

Au niveau institutionnel, l'avenir de l'assurance maladie représente un enjeu politique majeur de la Santé pour la France.

De plus, les institutions et tutelles s'engagent à porter une attention privilégiée à la notion de pertinence du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins au niveau de la pertinence des prescriptions (médicamenteuses, examens de biologie), des actes (prise en charge médicale, chirurgicale) et des prestations (modalités d'hospitalisation, parcours de soins) considérant que des soins inutiles (c'est-à-dire non pertinents) peuvent faire courir des risques aux patients et ce, engendrant des coûts supplémentaires pour la société.

Projeter une Assurance Maladie au service d'une politique de santé s'appuyant sur une médecine de « parcours de soins » ne pourrait s'appliquer sans questionner certains équilibres et piliers actuels : les établissements de santé privés et publics de ce système de soins.

Les CHU par exemple, sont considérés comme les précurseurs de l'innovation en termes de recherche, d'enseignement, de « test » d'activités et dispositifs innovants. Mais ne tendent/tendront-ils pas aussi à une réflexion de gestion d'établissement privé ?

Outre la logique prévisionnelle de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), les agences régionales de santé et l'Assurance maladie déclinent un plan triennal auprès des établissements de santé public. La maîtrise des dépenses devra être assurée par une politique plus dynamique sur les achats, par la mutualisation de fonctions supports et, plus largement, par l'adaptation des structures aux prises en charge ambulatoires. Il s'agit de les mobiliser autour de transformations ambitieuses : une modification des pratiques qui vise à la fois une amélioration des prises en charge et, conséquence, la réalisation des économies attendues.

De plus, les GHT donnant les grandes lignes l'organisation et la gestion des fonctions mutualisées (systèmes d'information, information médicale, achats, biologie, radiologie) prouvent d'une volonté de rationalisation et d'optimisation de ces établissements publics.

Malgré tous ces freins actuels, les établissements privés sont obligés de s'adapter à cette révolution technologique qui ne fait que croître malgré un cadre réglementaire plus lent que celle-ci tout en respectant le concept « faire plus avec moins ».

Un rapport remis par le député de l'Isère « Olivier Véran » a alimenté diverses dispositions du prochain PLFSS sur le financement notamment de la médecine ambulatoire ou encore des soins critiques et d'autres propositions sur le financement des parcours ou de la recherche précisant notamment la priorité d'aujourd'hui de trouver un mode de financement au parcours correspondant mieux à la prévalence actuelle des maladies chroniques.

La T2A tendrait plus à une priorisation des activités/actes moins coûteuses/coûteux d'où le développement massif de l'ambulatoire et la recherche d'une rentabilité de soins.

Le financement actuel à la T2A ne permettrait pas de soutenir l'innovation et les investissements lourds affirment les professionnels de santé qui déplorent la lenteur des modifications. La T2A a sans doute vécu ? S'attendrait-t'on à un futur mode de financement ?

Néanmoins, quelle vision de l'établissement de santé du futur pourrions-nous avoir ?

Un projet inédit d'hôpital du futur est à l'œuvre : « Ville du Futur II - Hôpital du Futur ». Cet établissement évoluera selon plusieurs axes qui sont la transition numérique, l'architecture, l'organisation de l'espace, ainsi que le développement durable. Par exemple, un tapis roulant transporterait les personnes blessés ou âgées ou encore amènerait le patient en salle d'opération, le « robot-ami » pourrait faciliter l'intégration des plus jeunes au sein de l'établissement et permettrait de les rassurer, les objets connectés seraient largement répandus et même un sol intelligent serait capable de détecter les chutes, mais surtout de savoir si la personne s'est relevée, ou au contraire est inconsciente.

L'innovation doit et devra être perçue comme une réponse concrète aux principaux enjeux qui sont et seront à relever par les établissements de santé privés sous le soutien d'un cadre tarifaire institutionnel évoluant parallèlement.

Bibliographie

Textes législatifs, réglementaires et normatifs :

- Arrêté du 8 mars 2017 portant détermination pour 2017 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, JORF n°0060 du 11 mars 2017 > texte n° 18
- Article L6111-1 Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (VT) et LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 99 (V) concernant les Missions des établissements de santé.
- LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

Ouvrages et documents

- ANALYSE QUINTILEIMS POUR L'UNION COLLEGIALE, Version n°2, 10 Mars 2017. « Etude comparative des financements et de l'efficience en hôpital public et établissements privés », 50 pages
- ANNE BELLANGER, CHRISTIAN ESPAGNO, STANISLAS JOHANET, Ecole des dirigeants de la protection sociale, n°44 Novembre 2013. « La chirurgie ambulatoire préfigure l'hôpital de demain », 12 pages
- C.H CHOUARD et F. DUBOIS, Académie Nationale de Médecine, 25 juin 2002. Rapports : « L'aide au geste chirurgical par les navigateurs et les robots »
- CHRISTOPHE MARQUES, NICOLAS BOUZOU, Fondation pour l'Innovation Politique, Février 2017. « Hôpital : LIBERER L'INNOVATION », 44 pages
- COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 08 Novembre 2016. « Un objet connecté en cadeau ? N'oubliez pas de sécuriser son utilisation ! »
- COOPERATION SANTE ASSOCIATION loi 1901, Colloque Toulouse Business School, Jeudi 17 novembre 2016 Toulouse « Quel rôle pour le patient dans le parcours de soins 3.0 ? »
- CORRESPONDANCES EN ONCO-HEMATOLOGIE, Vol. XI - n° 2, Mars-Avril 2016. « E-santé- Objets connectés et télémédecine », 6 pages

- DATA FHP MCO, Juin 2017. N°2 CHIRURGIE « Comparaison de l'âge moyen de la patientèle des 2 secteurs ».
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), Edition 2016, 183 pages
- DR OLIVIER VERAN, Une nouvelle échelle de valeur. « L'évolution des modes de financements des établissements de santé », 132 pages
- Extrait du rapport de la CNIL, Mai 2014. « Le corps, nouvel objet connecté », 62 pages
- FHP MCO DIALOGUE SANTE, Ségolène Benhamou, Mars 2017. « L'hospitalisation privée, promoteur en recherche et innovation », 4 pages
- FHP MCO, 5 minutes pour comprendre, Mai 2017. « Campagne tarifaire 2017 : -1,4% », 6 pages
- FONDATION DE L'AVENIR ET MUTUALITE FRANCAISE, Professeurs Hervé Dumez Etienne Minvielle Laurie Marraud, Novembre 2015. « Etat des lieux de l'innovation en santé numérique », 90 pages
- FREDERIC SPINHIRNY Directeur adjoint, groupement hospitalier Nord, Hospices civils de Lyon, « Qualité du système de santé et maîtrise des dépenses », 3 pages
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM), rapport 2016. Tome 1 : « Innovation et système de santé », 154 pages
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM), rapport 2016. Tome 2 : « Innovation et système de santé », 132 pages
- HAUTE AUTORITE DE SANTE ET AGENCE NATIONAL D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX, Avril 2012. La chirurgie ambulatoire en 12 questions, « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »
- INSTITUT MONTAIGNE, Décembre 2013. Rapport « Santé : faire le pari de l'innovation », 85 pages
- PASCALE GRAMAIN-KIBLEUR, ADSP n° 39, juin 2002. « Innovation en santé », 60 pages
- PLFSS 2017, Annexe 7, 2017. « ONDAM ET DEPENSES DE SANTE »
- RAPPORT ANNUEL SECURITE SOCIALE, 2009. « Chapitre 7 : La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours », 41 pages
- RENCONTRES DU G5 SANTE, Synthèse 4e Rencontres ICM, 5 octobre 2015. « Développement de l'ambulatoire : enjeux et perspectives », 32 pages

Sites Internet :

- www.lefigaro.fr

Camille Wong, Le Figaro Economie, 04 aout 2017. « La médecine prédictive peut-elle réduire les dépenses de santé ? »

- www.cfdos.com/

Dr Raphael Jameson, Centre Francilien du Dos Paris-Versailles. « Chirurgie Mini Invasive »

- www.em-consulte.com

Edward De Keating-Hat, Pierre-Yves Milliez, Isabelle Auquit-Auckbur, 3 Décembre 2014. ScienceDirect, Skype@Ambu : « la télémédecine dans la chirurgie ambulatoire de la main »

- www.pascalpicq.fr/

Pascal Picq, Conférencier Paléoanthropologue

- www.bridge-communication.com

Signature Communiqué de Presse FHP de Bridge Communication, 10 Mars 2016. « Le privé, variable d'ajustement de l'incapacité à restructurer le paysage sanitaire »

Signature Communiqué de Presse FHP de Bridge Communication, 28 Juin 2017. « A propos de la FHP »

- <http://solidarites-sante.gouv.fr>

Direction Générale de l'Offre de Soins, Diaporama, Juin 2010. « Campagnes budgétaires et tarifaires des établissements de santé »

- www.ticsante.com

Pierre Simon, TICSANTE, Article 23 Avril 2015. « La télémédecine peut aider à structurer les GHT et développer l'ambulatoire »

- <https://www.has-sante.fr>

Haute Autorité de Santé, 16 Juillet 2015. « Forfait innovation »

- <https://siecledigital.fr>

SiècleDIGITAL, 24 Février 2017. « L'intelligence artificielle Watson d'IBM bientôt dans les hopitaux »

- <http://www.capio.fr>

Groupe CAPIO, Article du 23 Mai 2017. Médecine Moderne : « Récupération Rapide Après Chirurgie, la RRAC : pour un retour rapide à la normale »

- <https://iatranshumanisme.com/>

Transhumanisme, 7 Juin 2017. « Génétique »

Glossaire

- AC** : Aide à la Contractualisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- AVC** : Accident Vasculaire Cérébrale
- CEC** : Circulation ExtraCorporelle
- CICE** : Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi
- CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer
- DAF** : Dotation Annuelle de Financement
- DG** : Dotation Globale
- DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EBE** : Excédent Brut d'Exploitation
- ESPIC** : Etablissement de Santé Privé à Intérêt Collectif
- FHP** : Fédération Hospitalière Privé
- FIR** : Fonds d'Intervention Régional
- FMESPP** : Fonds de Modernisation des Etablissement de Santé Publics et Privés
- FTRD** : Full Thickness Resection Device (Dispositif de Résection d'Épaisseur Plein)
- GHM** : Groupe Homogène de Malade
- GHS** : Groupe Homogène de Séjour
- IA** : Intelligence Artificielle
- IFOP** : Institut Français d'Opinion Publique
- LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MERRI** : Les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
- MIG** : Missions d'Intérêt Général
- MIGAC** : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
- NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
- ODMCO** : Objectif des Dépenses en Médecine Chirurgie Obstétrique
- ONDAM** : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
- OQN** : Objectif Quantifié National
- PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- RRCA** : Récupération Rapide Après Chirurgie

SSR : Soin de Suite et de Réadaptation

TIC : Technologie de l'Information et de la Communication

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces).

T2A : Tarification à l'activité

UCCSF : Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français

USLD : Unité de Soins Longues Durées

Table des matières

Introduction	4
I) Le financement des Etablissements de santé privés et l'impact des réformes budgétaires	5
A) La représentation des établissements de santé en France	5
1. Les acteurs historiques du secteur	5
2. Leurs parts de marché respectives.....	6
Des disciplines globalement spécifiques au statut privé à but lucratif	7
B) Le financement des établissements de santé.....	8
1. ONDAM et T2A	8
2. Les MIGAC/MERRI/ FIR.....	10
3. Les baisses tarifaires.....	11
C) Les conséquences des baisses tarifaires sur le secteur privé lucratif.....	11
1. Une redistribution du financement jugée inéquitable	12
La tarification des activités d'une clinique privée à but lucratif	13
Le bloc de financement des cliniques privées à but lucratif.....	16
2. La situation économique des établissements suite à ces baisses.....	18
II) L'innovation, un moyen d'améliorer le parcours de soins du patient ?.....	21
A) L'émergence de différentes innovations médicales	21
1. Les innovations technologiques existantes.....	21
Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) de soins : le cas de la Télémedecine.	21
• La télémedecine.....	22
• L'Intelligence artificielle.....	24
• La robotique.....	25
• La sélection génomique, une innovation pour l'amélioration génétique	26
2. Les innovations organisationnelles et managériales	28
3. Les nouvelles techniques opératoires.....	31
B) La prise en charge du patient dans cette refonte du système de santé	33
1. L'écoute : l'élément déclencheur d'une démarche d'innovation	33
2. Les opportunités de cette nouvelle prise en charge	34
C) Les points de ruptures possibles de l'innovation.....	35
1. Cibler les freins à l'innovation	35

2.	L'intervention et le rôle de l'état dans l'innovation.....	37
III)	La perception de cette course à l'innovation conjointe à la restriction budgétaire	38
A)	La perception des cliniques privées : Questionnaire Google Form	38
B)	Un cas technique : présentation d'une technique innovante mise en place en gastro-entérologie à la clinique X	43
1.	La pathologie en question	43
2.	L'objectif de la technique	44
3.	Le principe de la technique	44
4.	Le dispositif opératoire innovant	45
5.	Les résultats.....	45
6.	Le coût financier	46
	Par qui ce coût important est-il supporté si cette technique innovante ne dispose pas d'une cotation adaptée ?	46
	Alors pourquoi l'établissement choisirait il de proposer cette technique ?	46
	Le patient ?.....	47
C)	Les établissements de santé en difficulté : nouvelles perspectives et innovations entreprises	47
1.	Synthèse du diagnostic : Le secteur privé dans l'innovation	47
2.	Quelles sont donc les marges de manœuvre possibles d'innovations au sein de ce système financier restreint ?	49
	Conclusion	53
	Bibliographie	57
	Glossaire.....	61
	Table des matières	63
	Table des illustrations	65
	Annexes.....	67

Table des illustrations

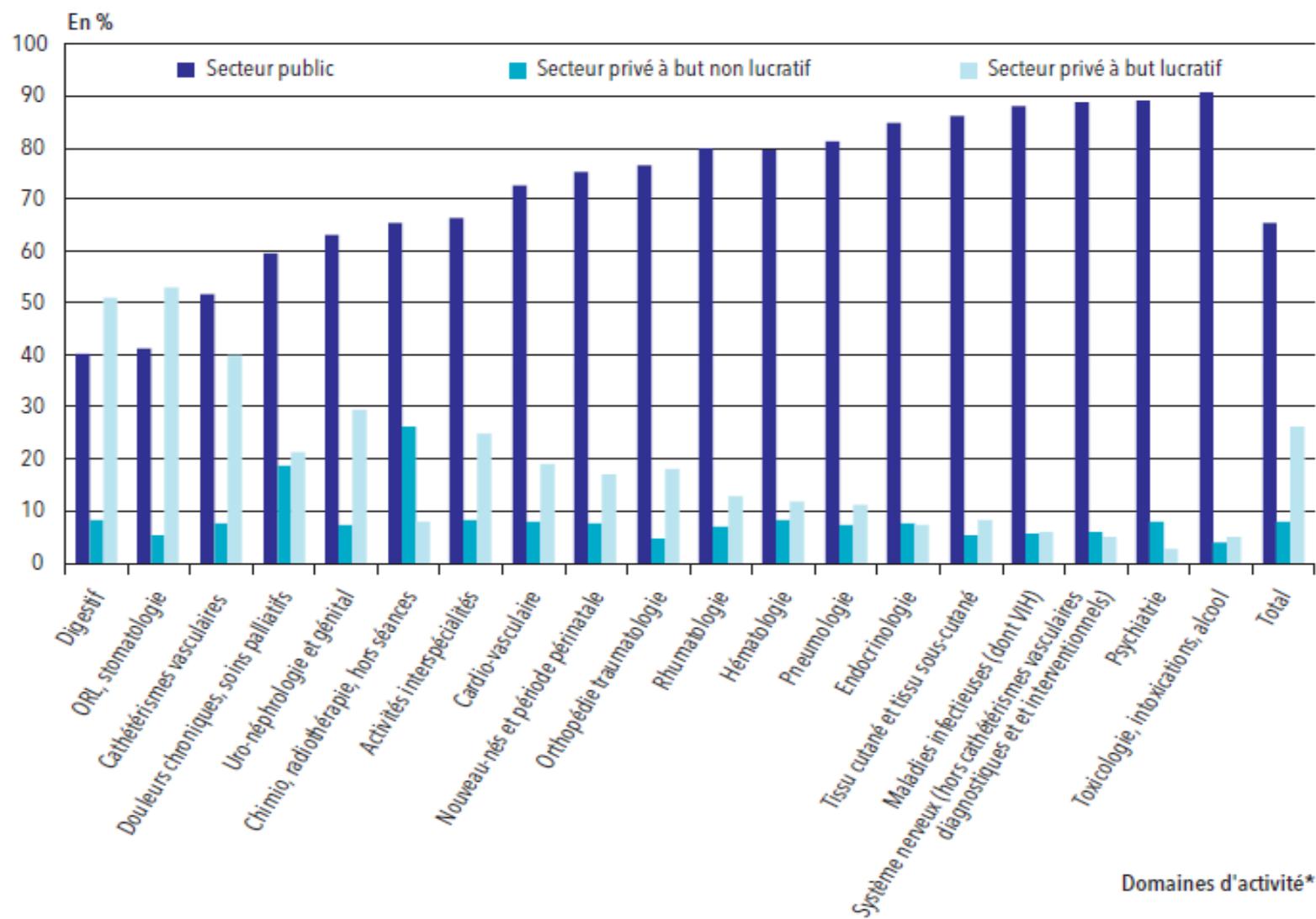
Figure 1 : Tableau comparatif entre les établissements publics, privés et ESPIC.	6
Figure 2 : Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et de biens médicaux depuis 2006.....	7
Figure 3 : Répartition du champ de chirurgie cardiaque dans le public et privé	8
Figure 4 : La variation des tarifs des établissements hospitaliers du secteur privé : Cinq années de baisse consécutive.....	11
Figure 5 : Réparation tarifaire des hôpitaux et cliniques entre l'année 2015 et 2016 et l'année 2017 :	12
Figure 6 : Comparaison de la répartition de l'activité et des tarifs (Perspective « Assurance Maladie ») de l'ensemble des séjours entre établissements de santé publics et privés de 2014.....	13
Figure 7 : Part de marché de l'acte « Ténosynovectomies du poignet » du secteur public et privé 2015 et le tarif de ce GHS en ambulatoire dans le public et dans le privé	14
Figure 8 : Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2014	15
Figure 9 : Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé	17
Figure 10 : Répartition des MIG entre missions et selon le type d'établissement de santé	17
Figure 11 : Répartition de l'ensemble des financements selon le statut de l'établissement de santé en 2014	18
Figure 12 : Evolution de la rentabilité nette des cliniques privées entre 2006 et 2014.....	19
Figure 13 : Evolution du taux d'endettement des cliniques privées (en % des capitaux permanents).....	19
Figure 14 : Les cinq branches les plus disruptives de l'innovation en santé	21
Figure 15 : La Télé-AVC, arme contre les inégalités.....	23
Figure 16 : Le robot médical « DaVinci » par l'entreprise Intuitive Surgical	25
Figure 17 : Quelques dispositifs médicaux innovants utilisés dans la chirurgie ambulatoire	31
Figure 18 : Caricature des objets connectés.....	36
Figure 19 : Résultat de l'application des nouveaux tarifs	40
Figure 20 : Résultats des actions mises en oeuvre pour pallier à la baisse.....	40

Figure 21: Résultats de la mise en place d'une démarche d'innovation	41
Figure 22: Résultats des aides allouées aux innovations	41
Figure 23 : Déroulement d'une section de muqueuse à l'aide du FTRD System Set.....	45
Figure 24 : Réponses recueillis lors de l'analyse du questionnaire	50
Figure 25 : Réponses recueillis lors de l'analyse du questionnaire	51
Figure 26 : Réponses recueillis lors de l'analyse du questionnaire	51

Annexes

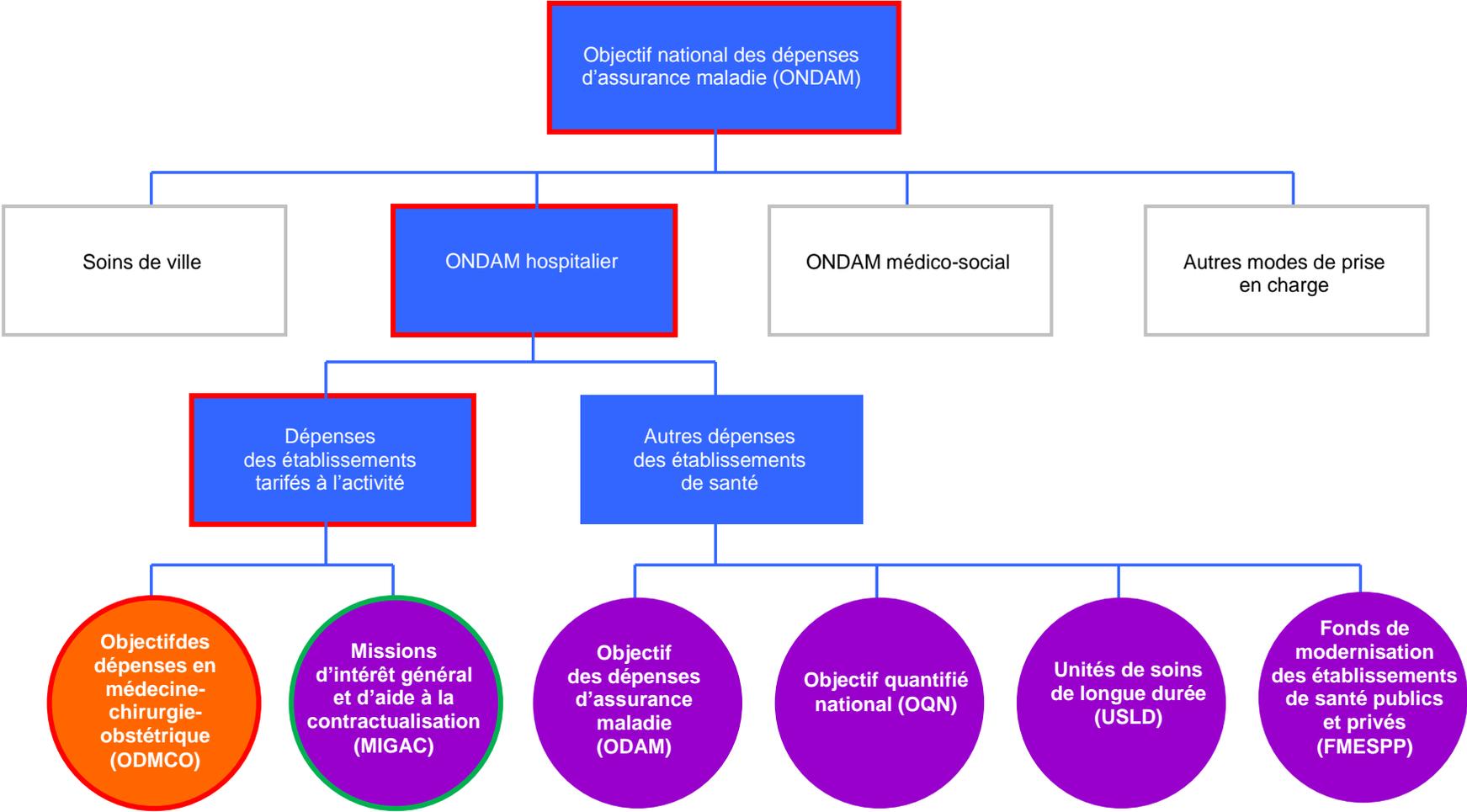
Annexe I : Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2014.....	1
Annexe II : Le bloc financement des établissements de santé publics et privés.....	2
Annexe III : La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2014.....	3
Annexe IV : La prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2014, dans les secteurs public et privé à but lucratif.....	4
Annexe V : L'évolution des tarifs face à l'inflation et la montée des charges des établissements privés depuis 2004.....	5
Annexe VI : Le compte de résultats des cliniques privées entre 2009 et 2014.....	6
Annexe VII : 10 chiffres sur le déploiement de l'e-santé.....	7
Annexe VIII : Synthèse des 3 scénarios.....	8
Annexe IX : Questionnaire en ligne à destination des établissements privés.....	10
Annexe X : Résultat du questionnaire en ligne	16
Annexe XI : Le « FTRD System Set ».....	22
Annexe XII : Fiche technique « FTRD System Set ».....	23

ANNEXE I : Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2014



Source DRESS

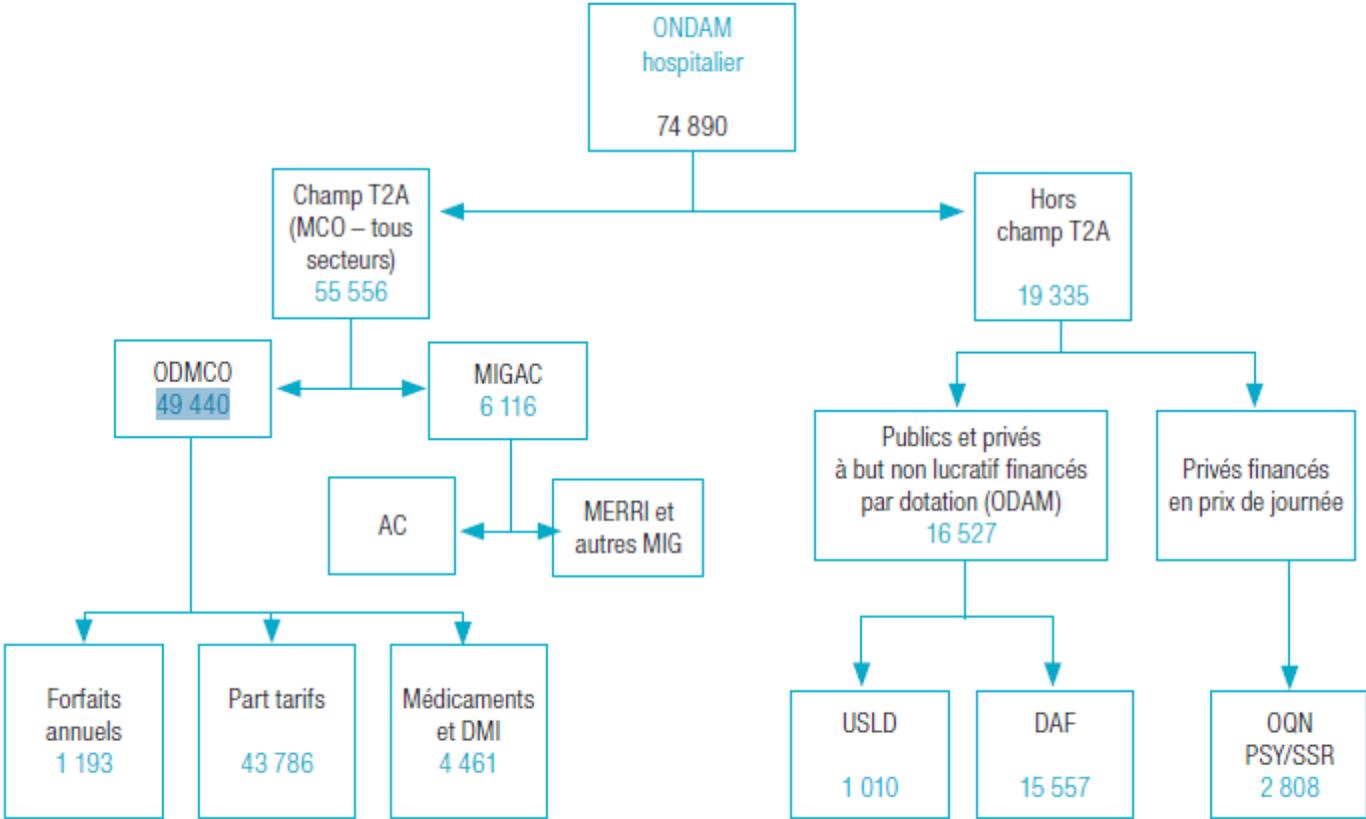
ANNEXE II : Le bloc financement des établissements de santé publics et privés



Annexe III : La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2014

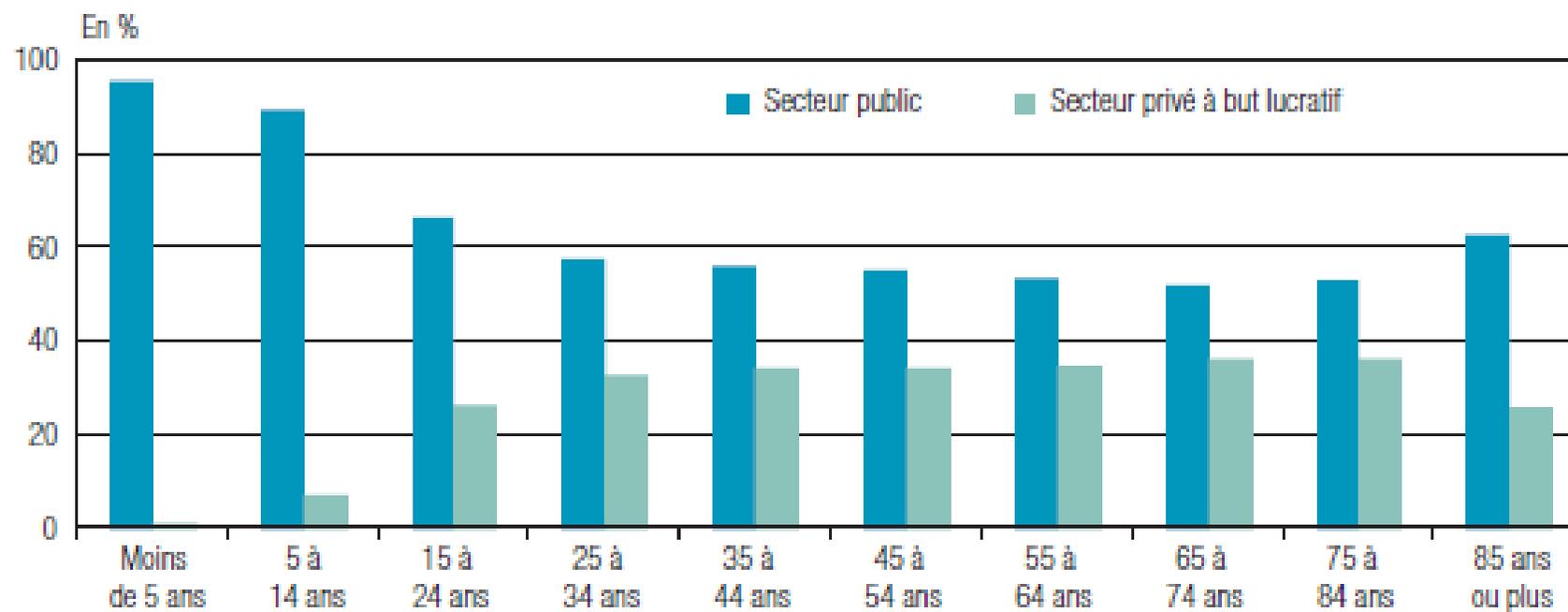
Schéma La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2014¹

En millions d'euros

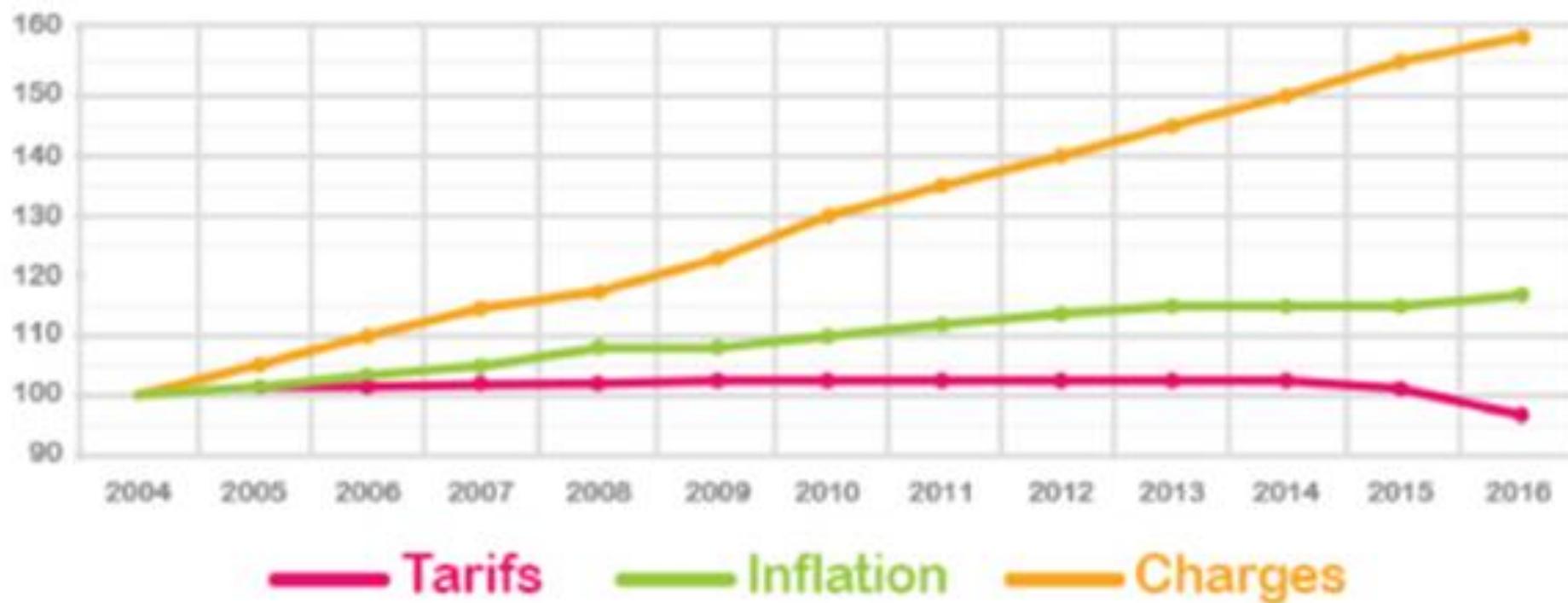


1. Objectifs, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.
Sources > DGOS.

Annexe IV : La prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2014, dans les secteurs public et privé à but lucratif



Annexe V : L'évolution des tarifs face à l'inflation et la montée des charges des établissements privés depuis 2004



Source FHP

Annexe VI : Le compte de résultats des cliniques privées entre 2009 et 2014

Tableau Compte de résultat des cliniques privées entre 2009 et 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Chiffre d'affaires total (en milliards d'euros)	12 334	12 508	13 050	13 583	13 938	13 994
Nombre de cliniques	1 095	1 084	1 076	1 064	1 039	1 027
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	11,3	11,5	12,1	12,8	13,2	13,6
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,1	-45,0	-45,3	-45,2	-44,8	-44,8
achats consommés	-17,4	-17,7	-17,4	-17,2	-16,7	-17,1
autres achats et charges externes	-27,8	-27,3	-27,9	-28,0	-28,1	-27,8
variation de stocks	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-43,8	-44,0	-43,9	-43,9	-43,3	-43,0
salaires bruts	-31,6	-31,2	-31,0	-31,2	-31,6	-31,3
charges sociales	-12,2	-12,8	-12,9	-12,8	-11,7	-11,6
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	-5,0	-5,0	-5,1	-5,3	-5,3	-5,1
impôts, taxes et versements assimilés	-5,9	-5,7	-5,7	-6,0	-5,9	-5,9
subvention d'exploitation	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	6,1	6,1	5,7	5,6	6,5	7,1
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-1,8	-1,8	-2,1	-2,2	-2,2	-2,2
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	4,2	4,4	3,7	3,5	4,3	4,9
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	0,0
produits financiers	0,7	0,6	1,0	0,9	0,6	0,8
charges financières	-1,1	-1,1	-1,3	-1,2	-0,9	-0,7
Résultat courant (exploitation + financier) [en % du chiffre d'affaires]	3,8	4,0	3,4	3,2	4,0	4,9
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	0,1	-0,2	1,1	0,1	-0,5	-0,1
produits exceptionnels	2,3	2,5	3,0	2,1	2,1	1,8
charges exceptionnelles	-2,1	-2,6	-1,9	-2,0	-2,7	-1,9
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,4	-1,4	-1,5	-1,2	-0,9	-0,9
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	2,1	2,0	2,6	1,8	2,2	3,5

Source DRESS

Annexe VII : 10 chiffres sur le déploiement de l'e-santé

L'e-santé en France

- Le potentiel du marché de l'e-santé est estimé entre **2,2 et 3 milliards d'euros par an** (les logiciels de santé pèsent pour 1,5 milliard d'euros)
- Le marché de la télésanté (l'une des branches de la e-santé) est évalué à **340 millions d'euros en France en 2014**
- **70% du chiffre d'affaires** du secteur est réalisé par des ETI (elles représentent 45% des entreprises de la filière)
- **30% des acteurs du marché** sont des start-up, qui réalisent moins d'un million d'euros de chiffre d'affaires
- **66% des pharmaciens d'officine** se disent prêts à vendre des objets connectés, **50%** en ont déjà vendus
- **80 millions d'euros** ont été investis pour soutenir le secteur de la e-santé dans le cadre du «programme Territoire de soins numérique»
- Le marché d'achat d'équipements connectés (tous secteurs confondus) atteindra **15 à 23 milliards d'euros d'ici 2020-2025** (donnée AT Kearney reprise dans l'étude de la DGE)
- **59% des Français** jugent les objets connectés de santé trop coûteux
- **370 PME** interviennent à **Paris et en Île-de-France** dans le secteur de l'innovation dans la santé
- L'Aquitaine est la première région française en matière d'e-santé: **45% du chiffre d'affaires national** y est généré, on y trouve **50% des effectifs de la filière TIC santé**

Source French Web e santé

Annexe VIII : Synthèse des 3 scénarios

Scénario tendanciel	Scénario technique	Scénario santé organisée
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des techniques pas anticipée : sous pression des professionnels, industrielles et usagers • Industriels développent technique biomédical • Technique diagnostique diversifié • Progrès imagerie 3D, robotisation et miniaturisation (intervention précoce par des procédés peu invasifs) • Thérapie génique pratiquée dans les centres autorisés suivant autorisation européens et internationaux : comité éthique a donné son accord pour traitement des maladies mono géniques • Médecine à l'acte reste le principe d'organisation et financement des soins • Nombre de lits hospitaliers réduit • Prise en charge ambulatoire se multiplie • Associations usagers se développent 	<ul style="list-style-type: none"> • Maitrise dépenses sociale de soins : laisser une large part financement des soins aux fonds privés pour ouvrir éventail réponses technique du système de santé • Usagers incités à faire arbitrages entre charge financière et avantages qualité (confort, temps. ; etc.) • Objectif santé : faire reculer les limites actuelles entre maladie et mort • Laisser les techniques donner la pleine mesure de potentialités et favoriser développement indépendamment du coût et de l'impact • Médecins regroupés en réseaux spécialités • Innovations intégrées à l'arsenal thérapeutique et professionnels mettent en place système de certification obligatoire préalable à l'exercice d'une nouvelle technique • Centres soins ambulatoires se multiplie 	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de maitrise des dépenses cadrées • Tous les 5 ans objectifs de réduction de la mortalité évitable par ministère • Techniques curatives ayant démonté leur efficacité se développent • Acharnement thérapeutique et technique supplétives lourdes remises en cause • Nombre de lits hospitalisation réduit de 60% • Système de soins de proximité : suivi en ambulatoire mis en œuvre grâce au développement des techniques d'auto-surveillance, des logiciels d'aide à l'auto médication, de systèmes d'aide au diagnostic et de consultations par vidéo téléphone

<ul style="list-style-type: none"> • Maitrise des dépenses obtenue mais personne n'est satisfait, débats parcellaires et conflictuels • Régulation à court terme développement des techniques se traduit par prolongation significative de l'espérance de vie mais effet sur l'espace de vie sans incapacité sont insuffisant : scénario d'extension de la morbidité 	<ul style="list-style-type: none"> • Expansion technique doit permettre retarder l'âge moyen d'apparition des maladies dégénératives et de sénescence • Faible niveau de prise en charge publique crée rapidement problème d'accès aux techniques nouvelles et amplifie les différences d'état de santé liées aux conditions économiques et sociales individuelles • La dépense de santé pèse de plus en plus lourd dans le budget des ménages et dans le PIB 	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques mises en place pour réduire dépendance et handicap • Espérance de vie globale augmente peu • Education sanitaire s'est élevée : situation de compression de la morbidité • Dépense médicale et sociale élevée, arbitrages financiers remis en cause, besoin de trouver d'autres modes de solidarité + privés
--	--	--

Source HCAAM

ANNEXE IX : Questionnaire en ligne à destination des établissements privés

La réduction des dépenses des établissements de santé privés et l'innovation : entre paradoxe et réalité.

Actuellement étudiant en Master 2 spécialité Management Sectoriel, à la Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) de Lille 2, je réalise une enquête dans le cadre de mon mémoire de recherche.

Celui-ci est destiné aux établissements de santé privés à but lucratif concernant les récentes réformes tarifaires.

A l'heure actuelle, les structures de santé rencontrent le défi de leur adaptation en continue. Freinées par un cadre réglementaire rigide, ils traversent une période contraignante avec des enjeux toujours plus prégnants : restriction budgétaire et économique de plus en plus importante, recherche de marges de manœuvre, mutations organisationnelles, une administration en manque de réactivité, des ressources financières limitées voir même des situations de plan de retour à l'équilibre financier.

Alors que la France intègre une démarche d'innovation médicale, elle se retrouve aujourd'hui dans une phase de mutation accélérée.

En plein cœur de cette révolution technologique et tarifaire aussi rapide que radical, le monde de la santé doit faire preuve de bon sens et de flexibilité dans le but de se maintenir à la pointe de la modernité et d'assurer aux patients une qualité et une sécurité des soins optimales.

Dans ce contexte de restriction budgétaire, comment l'innovation peut-elle être source de marges de manœuvre ?



Région de l'établissement

Votre réponse

Taille de l'établissement

Sélectionner ▼

Activité de l'établissement

Sélectionner ▼

1) Avez-vous été impacté par l'application de ces nouveaux tarifs ?

- De façon critique
- Gravement
- Moyennement
- Légèrement

2) Quelles ont été les conséquences de ces baisses tarifaires au niveau de votre structure ?

- Financières
- Organisationnelles
- Managériales
- Infrastructures, Hôtelières
- Techniques
- Technologiques
- Autres conséquences

Précisez-la(les) conséquence(s) cochée(s) et si autres conséquences :

Votre réponse

3) Quels actions avez-vous mis en œuvre pour pallier à cette baisse ?

- Arrêt de l'investissement
- Optimisation de la masse salariale
- Diminution des dépenses globales
- Investissement dans l'innovation technologique
- Nouvelle forme organisationnelle
- Nouvelles techniques opératoires
- Investissement dans des projets de structures
- Nouvelle forme managériale
- Contrôleur de gestion
- Partenariats et/ou conventions inter-établissements
- Autres actions

Précisez-l'(les) actions(s) cochée(s) et si autres actions :

Votre réponse

4) Votre établissement entreprend-il une démarche d'innovation de santé ?

- Oui
- Non

5) Avez-vous entrepris des innovations dans le but de

	Oui	Non
Pallier la restriction budgétaire en trouvant de nouvelles marges de manœuvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De rentrer dans une démarche d'innovation continue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Quels types d'innovations avez-vous entrepris ?

- Robots (ex: Robot téléopération ...)
- Télémédecine (ex: Téléconsultations, Télésurveillance, Objets connectés)
- Génomiques (ex: Thérapie génique, Médecine prédictive ...)
- Cellules souches (ex: Thérapie cellulaire, Cultures d'organes ...)
- Intelligence artificielle (ex: Algorithmes de diagnostic, logiciel aide à la décision ...)
- Innovations organisationnelles (ex: Développement ambulatoire ...)
- Nouvelles techniques opératoires (ex: Mini invasif, laser ...)
- Nouveaux équipements biomédicaux (ex: Nouvelle IRM ...)
- Innovations hôtelières (ex: Restauration, chaîne télévision, cafétéria ...)
- Innovations structurelles, agencements (ex: Nouvelle chambre patient, salle d'attente ...)
- Partenariats et conventions inter-établissements (ex: Partage plateaux techniques, laboratoire ...)
- Autres options

Précisez-l'(les) activité(s) cochée(s) et si autres innovations :

Votre réponse

7) Ces innovations sont elles destinées au domaine de la chirurgie ambulatoire ?

- Oui
- Non

8) Avez-vous rencontré des difficultés à la mise en place de celle(celles)-ci ?

- Oui
- Non

9) Quelles aides avez-vous reçu dans la réalisation de ces nouvelles techniques/ activités ?

- Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)
- Le Fonds d'Intervention Régional (FIR)
- Forfait innovation
- Fonds propres
- Participation patient
- Crédits expérimentaux
- Aucune
- Autres aides (financement)

Précisez si autre aides (financement) :

Votre réponse

10) Quels impacts ont eu ces innovations sur la qualité de prise en charge du patient ?

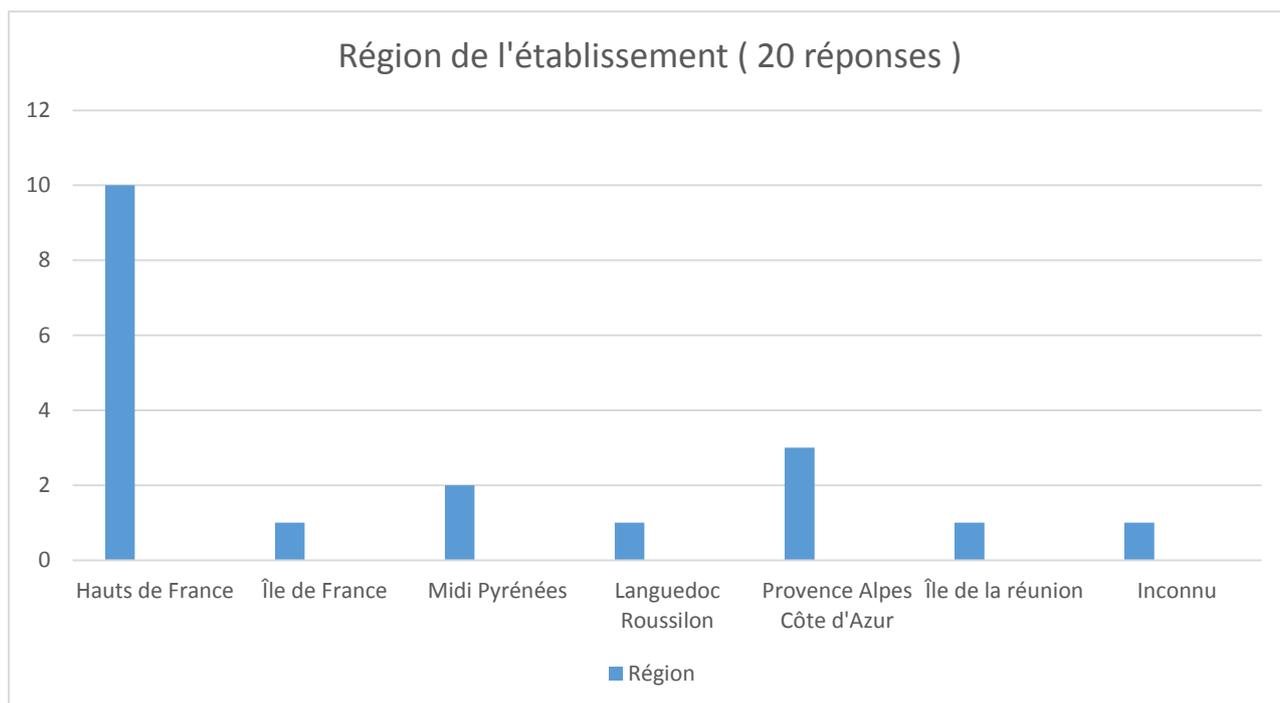
- Très satisfaisant
- Plutôt satisfaisant
- Plutôt insatisfaisant
- Très insatisfait

11) Quels bénéfices ont apporté ces innovations ?

- Economique
- Temps
- Qualité
- Sécurité
- Pratique simplifiée
- Notoriété

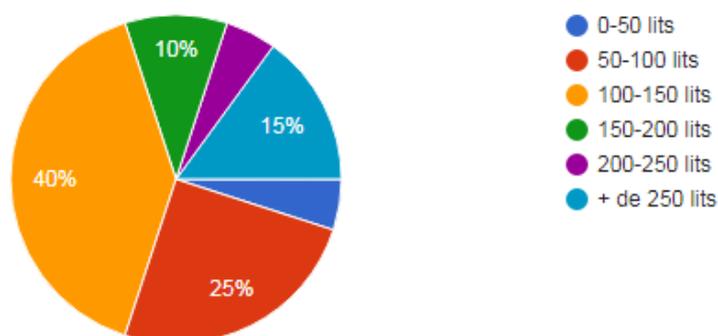
Merci à vous !

ANNEXE X : Résultat du questionnaire en ligne



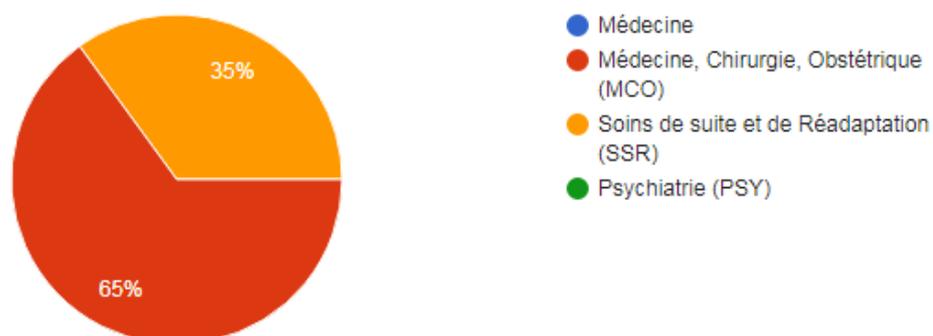
Taille de l'établissement

20 réponses



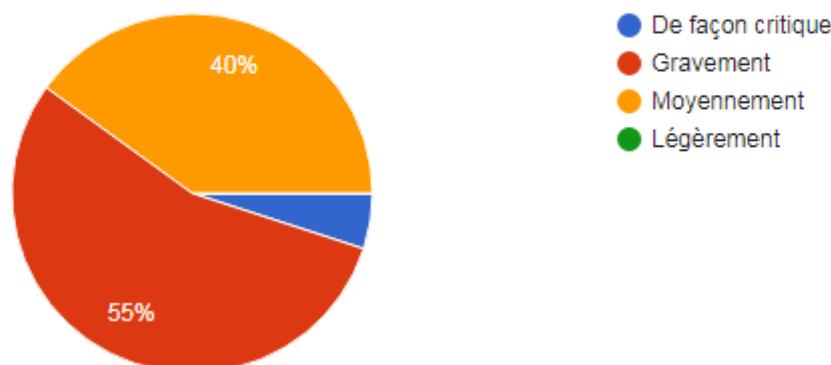
Activité de l'établissement

20 réponses



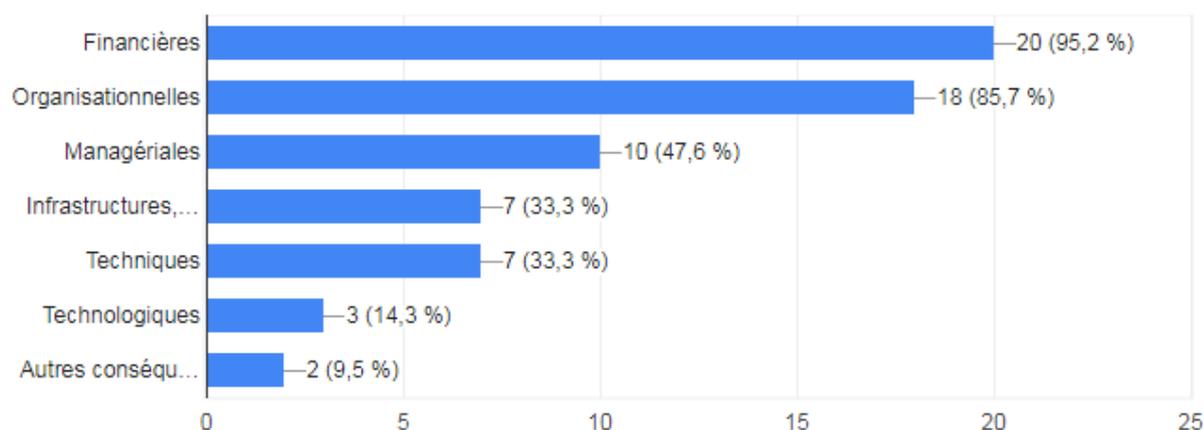
1) Avez-vous été impacté par l'application de ces nouveaux tarifs ?

20 réponses



2) Quelles ont été les conséquences de ces baisses tarifaires au niveau de votre structure ?

21 réponses



Précisez-la(les) conséquence(s) cochée(s) et si autres conséquences :

5 réponses

Ressources humaines (effectif, remplacement,...), Qualité de vie au travail (tension, augmentation de la productivité sans compensation)

Arrêt du recrutement, limitation des dépenses non liées aux soins (communication, bureautique, infrastructure...)

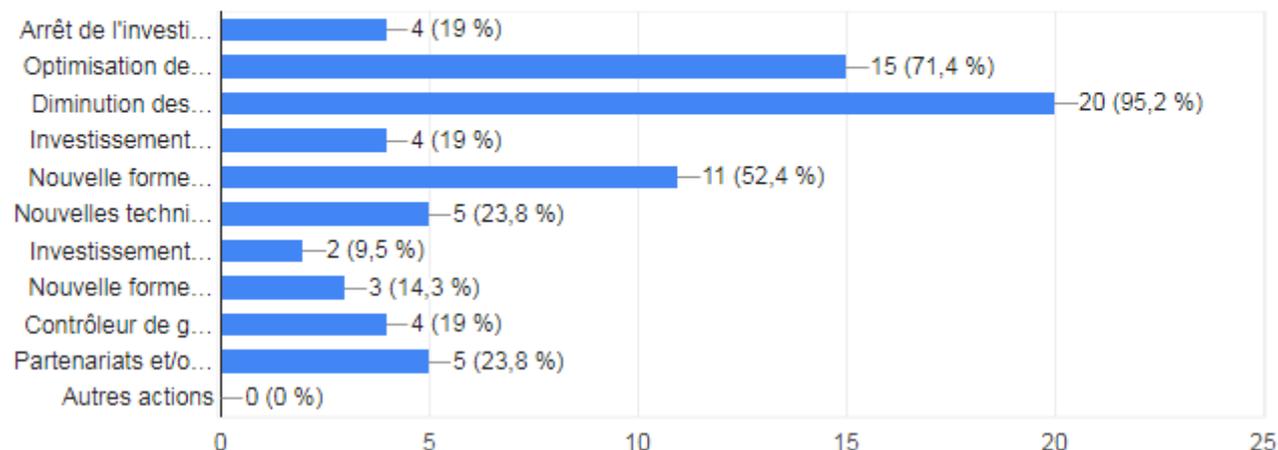
Cette nouvelle réforme venue se cumuler avec des baisses tarifaires récurrentes depuis quatre ans et sans commune mesure vient remettre en cause les propositions adaptées que peuvent faire aujourd'hui les SSR en aval du MCO les conséquences principales se traduiront par des mesures sociales et une perte de chance pour les patients déjà fortement touchés par les mesures déployées en MCO

culture traçabilité et codage à renforcer, gestion des DMS renforcée, maîtrise accrue de la masse salariale

LIMITATION DES INVESTISSEMENTS

3) Quels actions avez-vous mis en œuvre pour pallier à cette baisse ?

21 réponses



Précisez-l'(les) actions(s) cochée(s) et si autres actions :

3 réponses

mutualisation entre services du matériel médical coûteux plutôt que remplacement si panne ou fin de vie des appareils

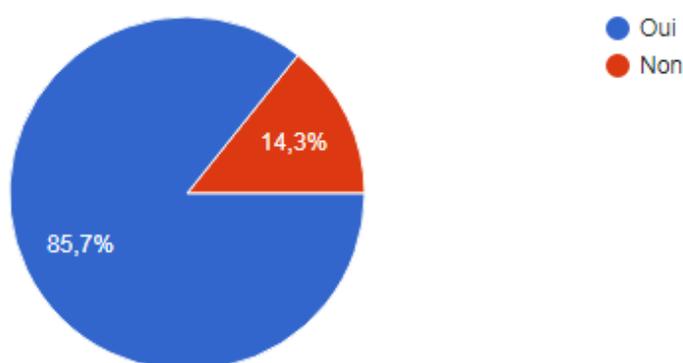
Mutualisation du personnel entre services

Fusion et reprise d'établissement en interne

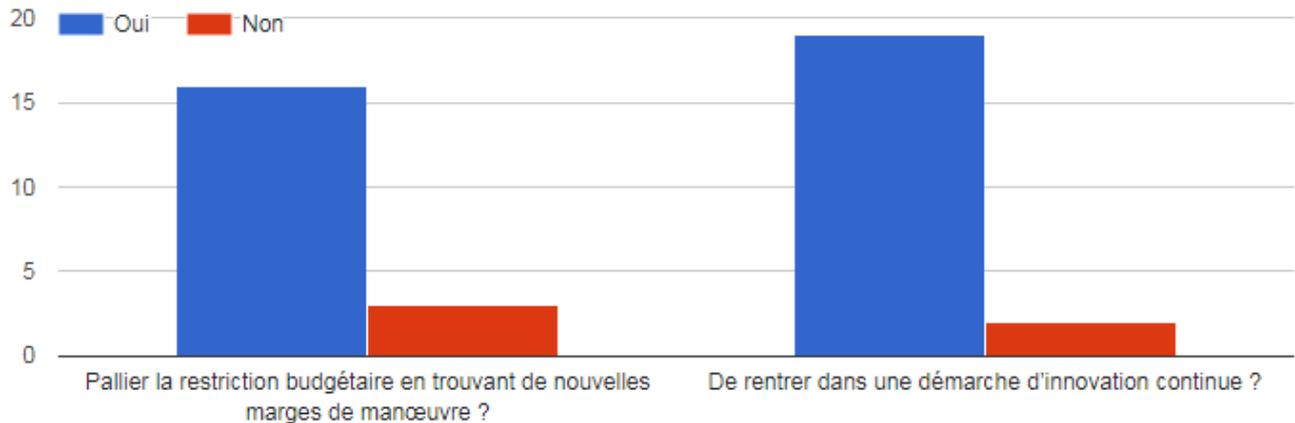
Investissement de notre parc et plateau technique ,

4) Votre établissement entreprend-il une démarche d'innovation de santé ?

21 réponses

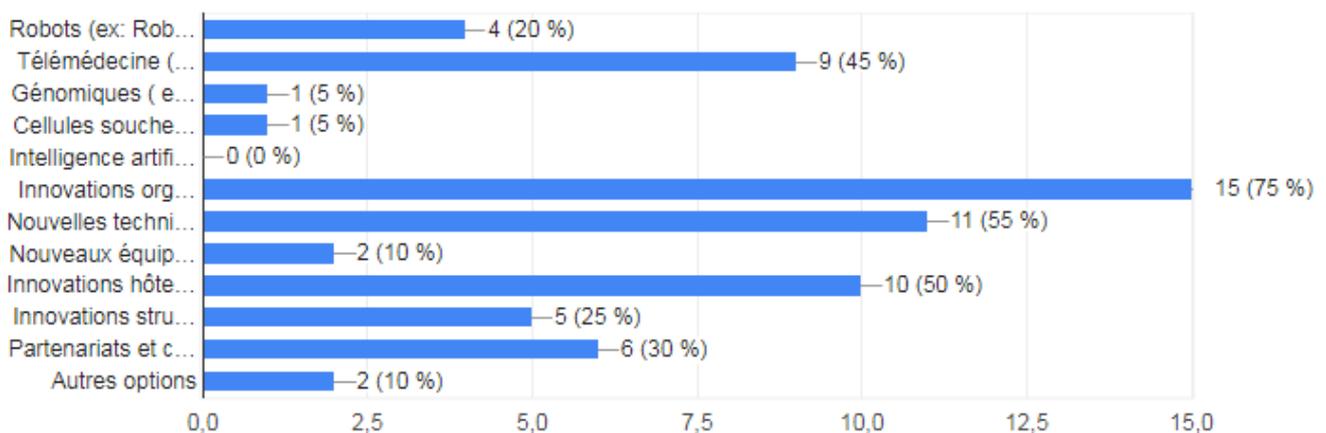


5) Avez-vous entrepris des innovations dans le but de



6) Quels types d'innovations avez-vous entrepris ?

20 réponses



Précisez-l'(les) activité(s) cochée(s) et si autres innovations :

4 réponses

Dépôt de dossier d'autorisation pour lits de SSR spécialisés, Demande d'augmentation du prix de journée en contrepartie d'une augmentation des effectifs et compétences nouvelles

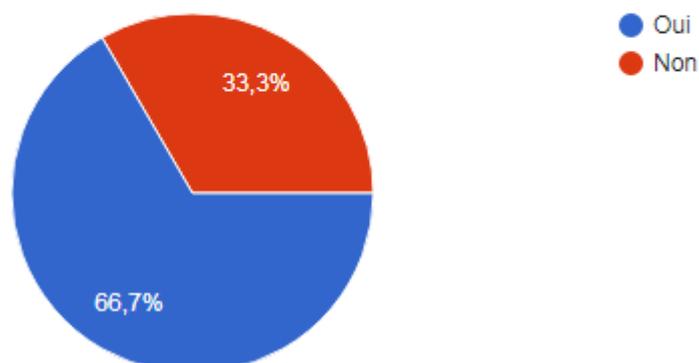
digitalisation du parcours de soins , dvlpment massivement de l'ambulatoire

cafeteria neuve + marchand de journaux avec cadeau fleur chocolat

Bloc mini invasive = diminution DMS

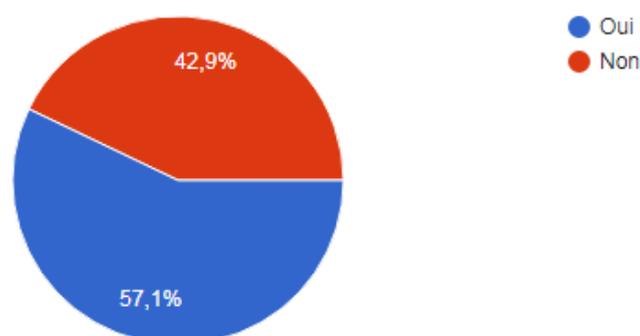
7) Ces innovations sont elles destinées au domaine de la chirurgie ambulatoire ?

21 réponses



8) Avez-vous rencontré des difficultés à la mise en place de celle(elles)-ci ?

21 réponses



Si oui, précisez

7 réponses

certaines de ces innovations impactent le personnel, leur vie au travail, leur organisation et de ce fait leur organisation entre la vie privée et professionnelles. De ce fait, certains ont montré de la réticence au changement. De plus, l'utilisation de nouveaux matériel demande une adaptation du personnel, qui n'y est pas toujours enclin.

Engagements contractuels dans le CPOM prévoyant une augmentation du prix de journée en contre partie d'une augmentation progressive des effectifs et compétences nouvelles

réorganisation pratique soignante et système de planning des opérations

travaux hall d'entrée et budget limité

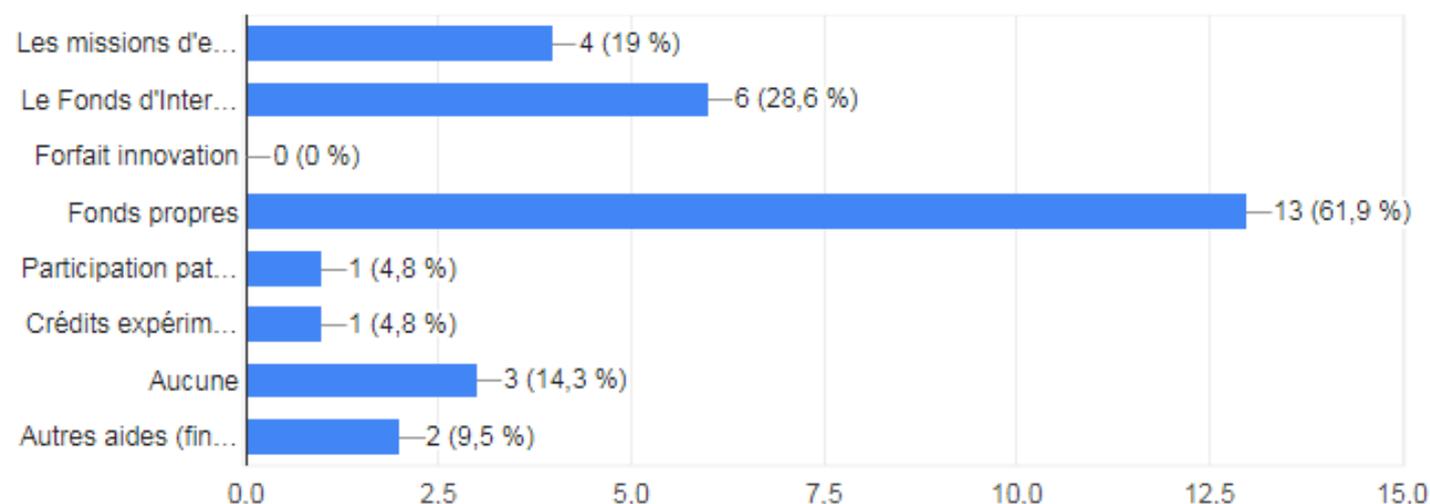
Adapter les changements aux équipes

freins humains aux changements

Le coût des produits connectés

9) Quelles aides avez-vous reçu dans la réalisation de ces nouvelles techniques/ activités ?

21 réponses



Précisez si autre aides (financement) :

2 réponses

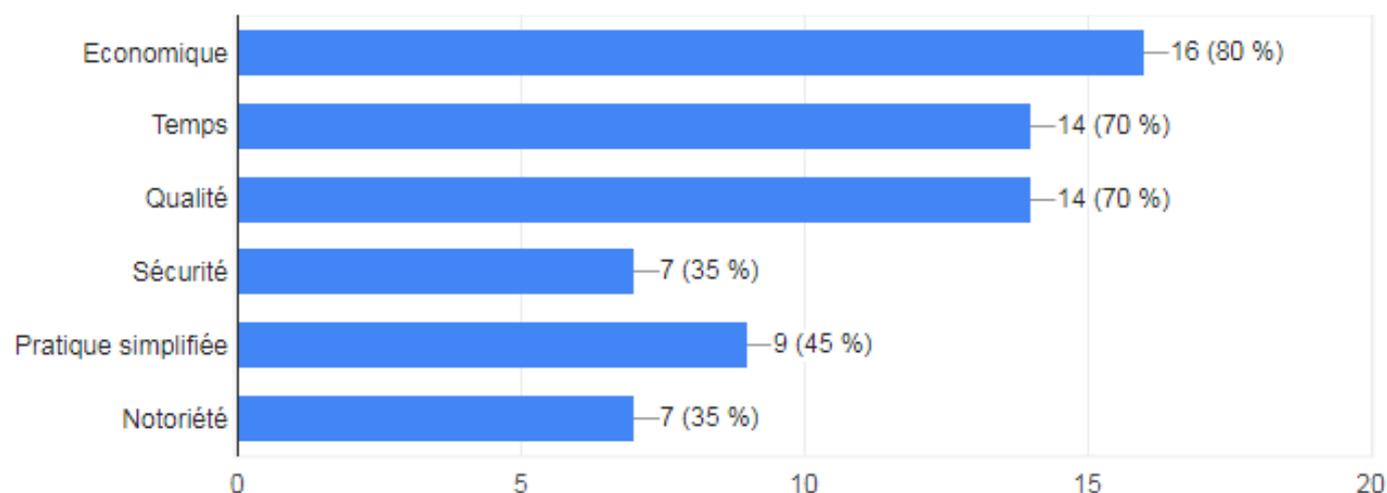
prix de journée sur le secteur OQN pour anticiper la T2A SSR : demandé mais n'a finalement pas fait l'objet d'une contractualisation

emprunt

11) Quels bénéfices ont apporté ces innovations ?

20 réponses

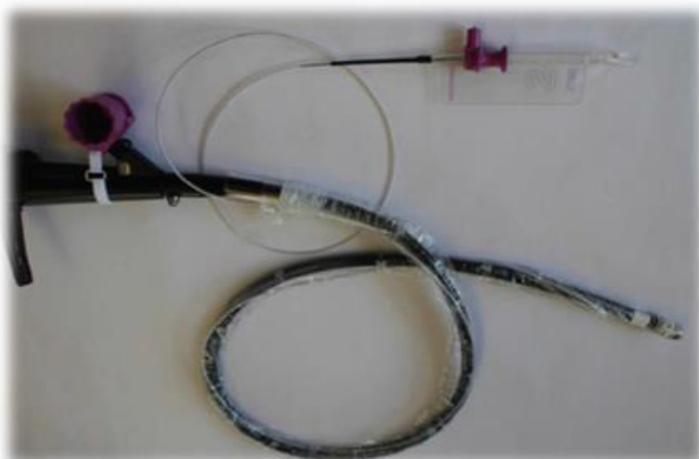
;



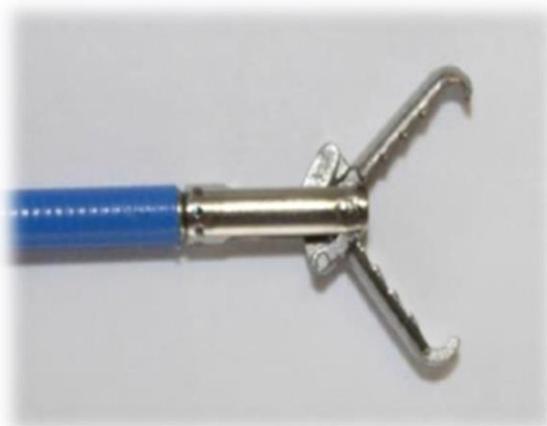
ANNEXE XI : le « FTRD System Set »

Ce dispositif « FTDR System Set » est composé de :

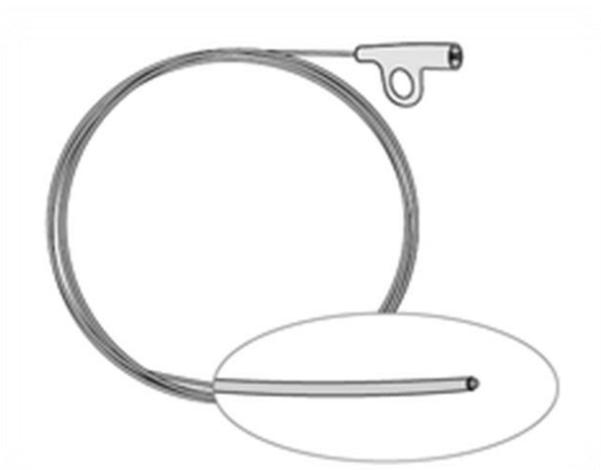
- Le **système de largage de clip et de résection** : FTDR System
- Le **capuchon** : FTDR prOVE Cap



- La **pince** : FTDR Gasper



- L'**électrode de marquage** FTDR Marking Prob *Source Ovesco*



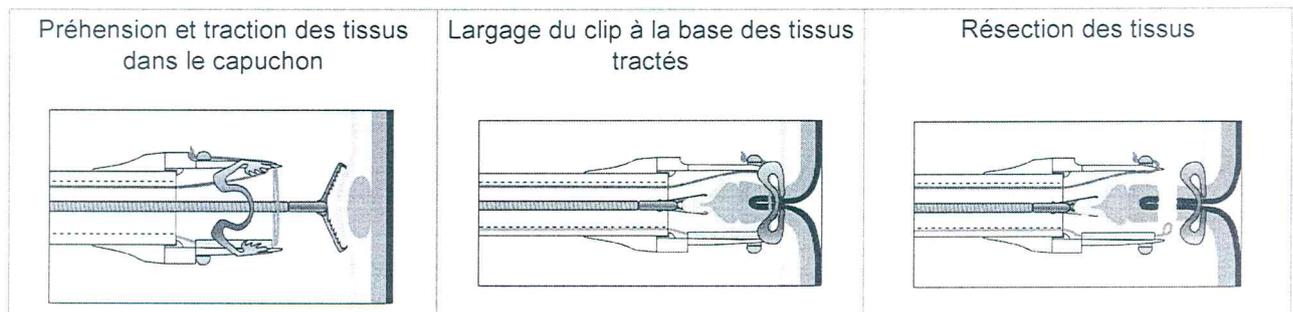
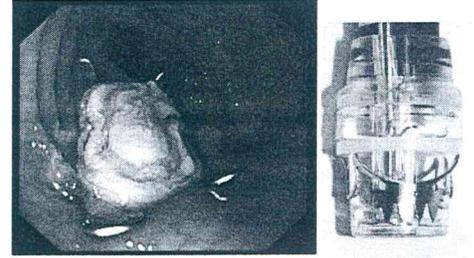
ANNEXE XII : Fiche technique « FTRD System Set »

Technique FTRD® (Full Thickness Resection Device)

STERILE EO 



La technique FTRD® permet la résection transmurale de la paroi rectale ou colique sans ouverture de la cavité péritonéale. La lésion ciblée et l'intégralité de la paroi environnante sont capturées par traction dans un capuchon, un clip circulaire sécurise la zone (hémostase et fermeture) avant la résection des tissus par une anse diathermique intégrée.



Références	Description	QML *
OV/200.70	FTRD® system set : FTRD® system + FTRD® marking Probe + FTRD® grasper	1
OV/200.71	FTRD® prOVE Cap	2
OV/200.73	FTRD® Grasper	5

* Unité de commande = Quantité minimale de livraison (QML) : **indiqué dans le tableau**
Type d'emballage individuel : **blister stérile**
Type d'ensemble conditionnement : **boîte cartonnée**

FTRD® System set

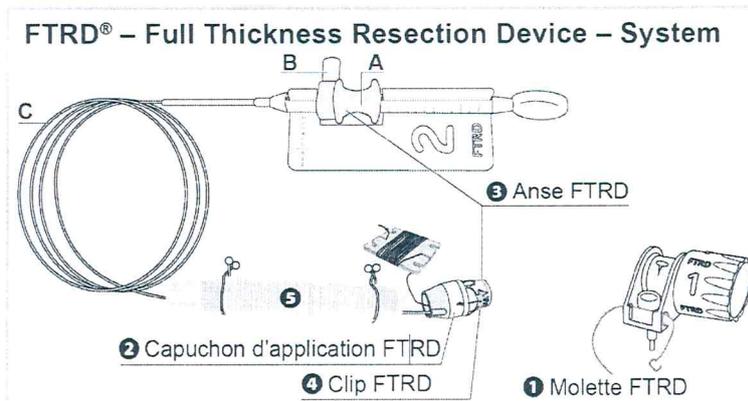
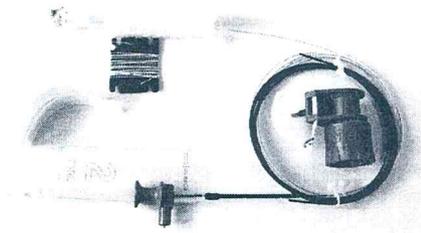
Le **FTRD® System set** se compose de 3 éléments indépendants :

- FTRD® System : système de largage de clip et de résection
- FTRD® Marking probe : électrode de marquage monopolaire.
- FTRD® Grasper : pince de préhension

FTRD® System

Indication : ablation de la paroi et prélèvement des tissus à des fins de diagnostic dans le côlon et le rectum au cours d'une endoscopie souple.

- Capuchon FTRD® diamètre extérieur maximal 21 mm.
- Anse diathermique multibrin intégrée dans le capuchon
- Clip FTRD® prémonté
- Housse de protection
- Système de montage et de largage



Compatible avec des endoscopes de diamètres de 11,5 à 13,2 mm.

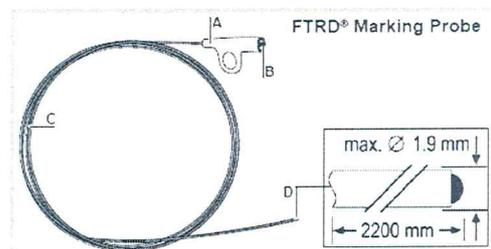
Une formation spécifique de l'équipe médicale est obligatoire avant utilisation de ce dispositif.

Consulter en détail les notices d'utilisations.

FTRD® Marking probe

Indication : marquage de tissus par coagulation
Haute Fréquence superficielle avec endoscope souple

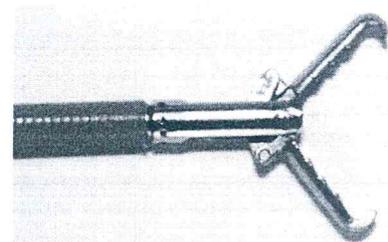
- Longueur : 220 cm
- Diamètre canal opérateur requis > 2,8 mm
- Connexion type Olympus



FTRD® Grasper

Indication : Instrument permettant de saisir et maintenir les tissus dans le tractus gastro-intestinal via un endoscope flexible, en particulier dans le cadre d'interventions avec FTRD® System.

- Pince à mors crantés munis à leur extrémité de crochets
- Angle d'ouverture maximal des mors : 130°
- Longueur cathéter : 220 cm
- Diamètre canal opérateur requis > 2,8 mm pour un usage **sans** le kit FTRD® System
- Diamètre canal opérateur requis > 3,2 mm pour un usage **avec** le kit FTRD® system



FTRD® prOVE Cap

Indication : FTRD® prOVE Cap est un capuchon qui correspond aux dimensions du capuchon FTRD® et est appliqué sur un endoscope flexible afin de vérifier la possibilité d'utilisation de FTRD® System Set au préalable.

La **FTRD® prOVE Cap** n'est pas inclus dans le kit. Il est disponible par boîte de 2 unités.



Matériaux :

FTRD®System :

Capuchon : Styène acrylonitrile SAN Luran®
 Clip : Nitinol
 Poignées : ABS, Acier inoxydable, colle Locite, silicone-rubber, Terlux
 Tire-fil : Polyamide
 Anse : Acier inoxydable
 Housse d'endoscope : Polyéthylène faible densité (LDPE)
 Scotch : PVC

Marking probe :

Sonde : Acier inoxydable
 Cathéter : HD Polyéthylène
 Poignée : Polypropylène
 Connecteur : Acier inoxydable

Grasping Forceps :

Mors et câble: Acier inoxydable
 Cathéter : PTFE
 Tube protecteur : PE
 Poignée et clamp : ABS et ST-EC-60-001

Présence de :

Latex : Oui Non
 Produit d'origine animale : Oui Non
 PVC : Oui Non
 Phtalate : Oui Non
 Nanoparticules : Oui Non
 Bisphénol A : Oui Non

Stérilité :

Stérile : Oui Non
 Mode de stérilisation : Oxyde d'Ethylène
 Nombre d'utilisations : Usage Unique

STERILE EO



Conservation :

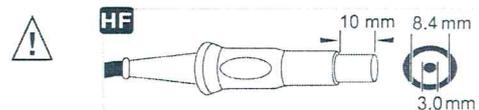
Conditions de conservation: Stocker à température ambiante, à l'abri de l'humidité et de la poussière
 Durée de péremption : 3 ans

Autres données :

Classement GMDN : 61455
 Présence d'un code barre : GS1-128 HIBC Non
 Avec les informations : Référence N° de lot Date de péremption

Utilisation :

Sécurité d'utilisation, Conseils d'utilisation (mode d'emploi, précaution et contre-indications), Indications (destination marquage CE) : Cf. Notice
 Connecteur HF : connecteur 3 mm



Fabricant :

Fabricant : Ovesco Endoscopy AG
 Pays : Allemagne

Marquage CE

Marquage CE accordé par Dekra, N° d'organisme : 0124
 Selon la directive Européenne 93/42/CEE - Annexe II.
 OVI/200.70 : dispositif médical de classe IIb, selon la règle 9
 OVI/200.71 : dispositif médical de classe I stérile
 OVI/200.73 : dispositif médical de classe I stérile

La réduction des dépenses des établissements de santé privés et l'innovation : entre paradoxe et réalité

Le système de santé français est reconnu pour sa **qualité** de prise en charge et est envié par de nombreux pays. Tout converge pour demander aux structures et aux professionnels de santé toujours plus de **sécurité**, de qualité, **transparence**. Néanmoins, la France entre de plain-pied dans l'ère de **l'innovation** et se retrouve dans une phase de **mutation** accélérée.

Les établissements de santé privés rencontrent actuellement le **défi** de **pérennité** face à un contexte **budgétaire** restreint des **institutions** et **tutelles**.

De ce fait, impactés sur différents fronts, ils doivent tout de même faire preuve d'une meilleure réactivité et **gestion** afin de préserver une qualité et sécurité des **soins** optimaux.

L'objet de ce mémoire vise à démontrer et analyser si l'innovation, qui ne cessera d'évoluer dans les années à venir, pourrait servir de **levier** à ces établissements ; se trouvant au cœur d'un contexte tarifaire **difficile** ; pour pallier à cette restriction budgétaire. La réduction des **dépenses** de **l'Assurance Maladie** pourrait-elle corrélérer à une **démarche** d'innovation **continue** en respectant la notion du « faire plus avec moins ».

Mots-clés : Qualité, sécurité, transparence, innovation, mutation, défi, pérennité, gestion, levier, difficile, dépenses, Assurance Maladie, démarche, continue

The reduction of expenses from private healthcare and innovation institutions: between paradox and reality

The French healthcare system is well known for its **quality** response toward patients and it is quite envied by many countries that don't necessarily have the same quality of infrastructures. Everything converges to expect from these infrastructures and from health professionals always more **security**, quality and **transparency**. Nevertheless, France is entering the era of **innovation** and at the same time the country is in a phase of accelerated **change**.

Private healthcare institutions are currently facing the **challenge** of **sustainability** in a context of limited **budgetary** for **institutions** and **trusteeships**.

As a result, impacted on different fronts, they must still show a better **management** responsiveness to preserve optimal quality and safety in providing healthcare services.

The purpose of this thesis is to demonstrate and analyze whether innovation, which will continue to evolve in the years, could serve as **leverage** for these institutions; being at the heart of a **difficult** tariff environment; to **compensate** for this budgetary restriction. Could the reduction of health Insurance expenses correlate to a **continuous** improvement **approach** respecting the notion of "doing more with less", and being as lean as possible.

Key-words: Quality, security, transparency, innovation, change, challenge, sustainability, budgetary, institutions, trusteeships, management, leverage, difficult, compensate, continuous, approach