Dialog Health

SPH conseil événements campus éditions

L'INFORMATION MÉDICALE EN ALLEMAGNE : QUELLES PERSPECTIVES POUR LA FRANCE ?

Hambourg, Allemagne

3 jours, du 10 au 13 mars 2019

TABLE DES MATIÈRES

Introduction au système de santé allemand 03

PRÉSENTATION #1 : Le management hospitalier en Allemagne – Dr Obermann, Mannheim Institute of Public Health 03

PRÉSENTATION #2 : le système de santé Allemand – Dr Müller, Stiftung Gesundheit Hamburg 03

1. Principes fondateurs 03
2. Un système décentralisé 03
3. Les différents types d'assurance maladie 04
4. Dépenses de santé 06
5. Offre de soins 07
6. Financement des hôpitaux 08
7. Démographie médicale 10

PRÉSENTATION #3 : Les enjeux de la transformation digitale en santé, Dr. P.-M. Meier – Entscheiderfabrik 11

VISITE #1 : La stratégies de transformation digitale de l'hôpital d'Itzehoe – B. Ziegler, Directeur Général, et T. Schütz, Directeur de l'Information Hospitalière 13

VISITE #2 : Organisation de soins intégrée : l'exemple d'OptiMedis – Pr Hildebrandt 15

VISITE #3 : L'informatique médicale l'hôpital universitaire Schleswig-Holstein (UKSH) – M. Pauls, Directeur 19

VISITE #4 : entreprise Dräger 20

VISITE #5 : Expérience patient : la base de données de la Martiniklinik (Hôpital Universitaire de Hambourg Eppendorf) – Pr Huland 21

INTRODUCTION AU SYSTÈME DE SANTÉ ALLEMAND

PRÉSENTATION #1 :

LE MANAGEMENT HOSPITALIER EN ALLEMAGNE – DR OBERMANN, MANNHEIM INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

Contact : info@konradoberman.de

PRÉSENTATION #2 :

LE SYSTÈME DE SANTÉ ALLEMAND – DR MÜLLER, STIFTUNG GESUNDHEIT HAMBURG

Contact : mueller@stiftung-gesundheit.de

Lien vers le site des experts : http://german-health-care-system.com/

Lien vers l'ouvrage des Dr Obermann et Mueller :
https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/the-german-health-care-system-978-3-86216-293-2

	Allemagne	France
Population totale (2016)	81,000,000	64,000,000
Revenu national brut par habitant (2014)	44,000$	37,000$
Espérance de vie à la naissance h/f (années, 2016)	79/83	80/86
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (2014)	5,182$	4,508$
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2014)	11.3%	11.5%
Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus (2014)	20.8%	18.0%
Part de la population âgée de 80 ans et plus (2015)	5.6%	5.8%

Source : observatoire mondial de la santé

1. PRINCIPES FONDATEURS

Le système de santé en Allemagne repose sur quatre principes de base:

- Assurance obligatoire: toute personne doit obligatoirement cotiser à une assurance maladie, publique ou privée
- Financement via les primes d'assurance: les soins de santé sont principalement financés par les primes versées par les assurés et leurs employeurs. Les excédents de recettes fiscales contribuent également mais de manière minoritaire.
- Solidarité: dans le système de santé allemand, les personnes assurées dans le système obligatoire supportent conjointement les risques liés aux coûts des soins médicaux en cas de maladie.
- Cogestion ou paritarisme: si l'État allemand définit le cadre réglementaire des soins médicaux, la poursuite de l'organisation et du financement des services médicaux individuels relève de la responsabilité des organes représentatifs du système de soins de santé (caisses d'assurance maladie obligatoire, associations des hôpitaux et des médecins).

2. UN SYSTÈME DÉCENTRALISÉ

L'élément fondamental du système politique allemand - et du système de santé en particulier - est le partage des pouvoirs décisionnels entre les Länder, le gouvernement fédéral et les organisations professionnelles.

Au niveau fédéral, l'Assemblée fédérale (Bundestag), le Conseil fédéral (Bundesrat) et le ministère fédéral de la Santé (Bundesministerium für Gesundheit) sont les principaux acteurs du système de santé. Le ministère (composé de 600 employés seulement) a un budget en propre limité à 11,5 milliards d'euros de budget dont 11 milliards sont reversés directement aux caisses d'assurance maladie. Son rôle est donc un rôle de supervision, d'influence politique, mais il est dans l'impossibilité d'imposer quoi que ce soit aux acteurs de santé.

Les 16 gouvernements et législatures des Bundesländer ont un rôle primordial. Aucun des 16 Länder n'a son propre ministère de la santé; au lieu de cela, la responsabilité en matière de santé se combine dans la plupart des cas à celle en matière de travail et aux affaires sociales, tandis que dans d'autres, elle est associée à la famille et de la jeunesse, aux affaires environnementales et / ou à la protection des consommateurs.

Dans le domaine de la santé, les gouvernements des Etats délèguent traditionnellement des compétences à différentes organisations paritaires : celles des « payeurs » (assurances maladie publiques ou privées) et celles de prestataires de soins, auto-réglementés et fondés sur le principe de la représentation. C'est la cogestion (paritarisme à l'allemande), qui est le fondement de l'économie sociale de marché allemande.

Acteurs clés :

<table>
<tr><th colspan="2">Parlement</th><th colspan="2">Ministère de la santé</th></tr>
<tr><td>Secteur ambulatoire
Instances dédiées, et en particulier les fédérations régionales des médecins, conventionnés par les caisses d'assurance maladie</td><td colspan="2">Association fédérale des (110) caisses d'assurance maladie qui négocie des contrats avec le secteur ambulatoire et hospitalier séparément.</td><td>Secteur hospitalier
Fédération des hôpitaux allemands, au niveau régional et national (participation obligatoire pour tous les hôpitaux conventionnés).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Conseil commun fédéral (Joint comitee): pour soutenir l'ensemble des discussions.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Institut pour la qualité et l'efficience en santé :
créé en 2009
Ce que paye la caisse d'assurance maladie/ce qui est pris en charge. Lien entre coût et efficacité = efficience.</td><td colspan="2">Institut de l'assurance
qualité et de la transparence en santé créé en 2017
Assurance qualité supra-sectorielle, qui concerne les soins en ambulatoires et en hospitalier</td></tr>
</table>

Il n'existe pas de numéro de suivi unique des acteurs de santé comme en France avec le numéro FINESS. Plusieurs codes de suivi (IK-Number, BNSR ou LANR) sont attribués aux hôpitaux, cliniques ou médecins, selon des règles différentes. L'analyse des données colligées au niveau fédéral est donc particulièrement complexe voire impossible sans une démarche spécifique (comme celle de la Stiftung Gesundheit par exemple).

3. LES DIFFÉRENTS TYPES D'ASSURANCE MALADIE

Le régime d'assurance maladie allemand se caractérise par un système dual se composant du régime général d'assurance maladie (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) et de l'assurance maladie privée (Private Krankenversicherung, PKV). Alors que le régime général d'assurance maladie est accessible à tous, l'assurance privée est soumise à certaines conditions.

L'assurance soins de longue durée ou dépendance est prise en charge par les mêmes caisses que l'assurance maladie.

- **Régime général d'assurance maladie**

L'assurance maladie obligatoire est la principale source de financement des soins de santé, couvrant 70 millions de personnes, soit 85% de la population en 2012. La population assurée comprend 58% de membres « obligatoires » et leurs personnes à charge, 23% de retraités et leurs personnes à charge et 9% de membres volontaires et leurs personnes à charge (Bundesministerium für Gesundheit, 2013).

Il n'existe pas une caisse unique d'assurance maladie obligatoire en Allemagne mais 132 (en 2014) ayant une base d'assurés régionale ou nationale. Les dix plus grosses caisses d'assurance maladie couvrent les deux tiers de la population.

Les différentes caisses d'assurance maladie, les associations les regroupant, l'association des hôpitaux (publics et privés) et les associations de médecins ont acquis le statut d'organismes parapublics. Ces organismes sont présents au niveau national via des fédérations et au niveau des Länder. Ces organismes corporatistes constituent les structures autorégulées qui gèrent le financement et la fourniture des prestations de soins couvertes par l'assurance maladie. C'est une des illustrations de l'organisation de la démocratie sociale allemande.

Certains groupes de personnes doivent obligatoirement être assurés auprès du régime général d'assurance maladie. En font partie entre autres:
- les employés (dont le revenu brut se situe en dessous du plafond d'assurance obligatoire)
- les retraités (si la période de pré-assurance est remplie)
- les bénéficiaires de l'allocation de chômage I (Arbeitslosengeld I)

Les cotisations du régime général d'assurance maladie dépendent du revenu de l'assuré. Le revenu brut total constitue la base de calcul des cotisations. Un taux de cotisation uniforme de 14,6 % est prélevé de ce montant (situation en 2019). Celui-ci est alors réparti à parts égales entre l'assuré et son employeur à hauteur de 7,3 % respectivement. En outre, chaque caisse d'assurance maladie prélève une cotisation supplémentaire dont le montant varie et qui est également due en deux par l'employé et l'employeur. Les étudiants, les indépendants et les assurés sans revenu paient la totalité de la contribution supplémentaire. Si le plafond de calcul des cotisations est dépassé (2019 : 4.537,50 euros par mois), le revenu n'entre plus en ligne de compte. Dans le cadre du régime général d'assurance maladie, les enfants et conjoints peuvent bénéficier gratuitement d'une assurance familiale.

- **Assurances maladies privées**

Tout le monde ne peut pas prétendre à une affiliation à une caisse d'assurance maladie privée. Les employés peuvent bénéficier d'une assurance privée s'ils disposent d'un revenu brut supérieur au plafond d'assurance obligatoire (2019 : 5.062,50 euros par mois). Les personnes concernées doivent demander l'exonération de l'assujettissement à l'assurance obligatoire. Souvent, les caisses d'assurances maladie privées requièrent une période minimale en ce qui concerne la domiciliation permanente en Allemagne.

Les groupes de personnes suivants sont souvent assurés à titre privé:
- les employés disposant d'un revenu brut supérieur au plafond d'assurance obligatoire
- les fonctionnaires
- les travailleurs indépendants et freelance

Les cotisations d'une assurance maladie privée sont calculées en fonction de l'état de santé de l'assuré, de son âge et de l'étendue des prestations, indépendamment de ses revenus. Les primes sont accordées de manière individuelle à chaque assuré.
La gamme de prestations offerte par l'assurance maladie privée n'est soumise à pratiquement aucune réglementation gouvernementale et est bien plus vaste que l'assurance obligatoire. En outre, les prestations peuvent être adaptées précisément aux besoins de l'assuré.

- **Assurances complémentaires**

Les assurances complémentaires servent à compléter les offres de l'assurance maladie obligatoire. La conclusion d'une assurance complémentaire s'effectue auprès d'une compagnie d'assurance, indépendamment du revenu de l'assuré. Parmi les assurances complémentaires importantes, on peut citer par exemple l'assurance dépendance, l'assurance pour les soins dentaires ou l'assurance hospitalisation.

Idée à retenir :

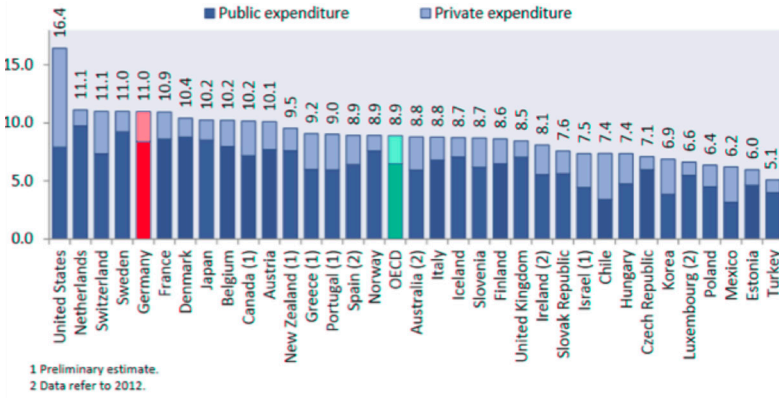
La fragmentation du système de santé allemand est multiple sur plusieurs niveaux : Länder, caisses de sécurité sociales publiques et privées, scission ambulatoire et hospitalier. Cette fragmentation rend complexe la vision d'ensemble de l'organisation du système ainsi que la collecte de données cohérentes sur le fonctionnement des différents acteurs.

4. DÉPENSES DE SANTÉ

Selon l'Office fédéral de la statistique, qui fournit les dernières données disponibles sur les dépenses de santé, le total des dépenses de santé allemandes s'élevait à 300,4 milliards d'euros en 2012. En 2017, c'est un milliard d'euro qui est dépensé chaque jour.

Cela correspond à 11,3% du PIB.

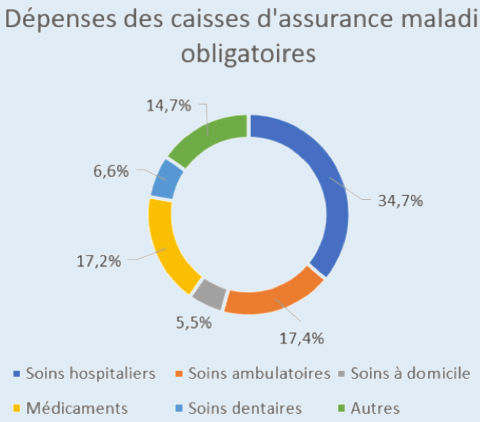
Contrairement à une idée reçue répandue, l'augmentation des coûts reste maîtrisée et s'est limitée à une hausse de 1% en 20 ans.

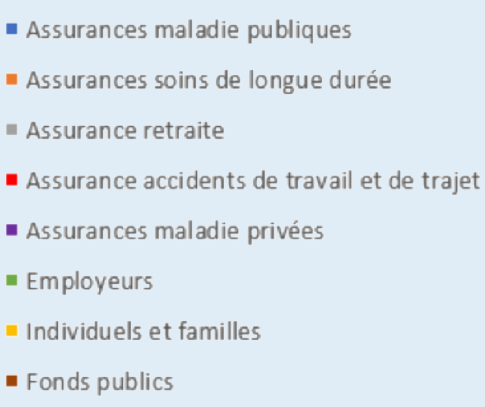


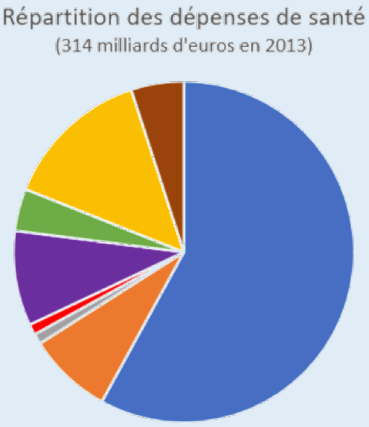
Les dépenses de santé sont financées aux deux tiers par les caisses du régime de sécurité social légal (publiques).

Les caisses autres que celles de l'assurance maladie financent directement les soins qui rentrent dans leur champ dans des établissements dédiés. La rééducation des accidents du travail et du trajet est ainsi mise en place dans des hôpitaux ultraspécialisés dédiés.

La part des dépenses privées dans les dépenses de santé est en augmentation depuis le début des années 2000.







5. OFFRE DE SOINS :

La séparation entre les soins primaires et les soins hospitaliers est très marquée, tant en termes de mode de financement que de régulation.

- **Soins primaires**

En Allemagne, les soins ambulatoires (ambulante Versorgung) sont principalement dispensés par des médecins, des dentistes, des psychothérapeutes et d'autres professionnels de la santé indépendants dans leurs propres cabinets. La plupart des médecins et des dentistes ont un «Kassenzulassung» (accréditation d'assurance maladie obligatoire) leur permettant de traiter toute personne ayant une assurance maladie obligatoire. Lorsque les personnes sont malades ou ont d'autres problèmes de santé, elles consultent d'abord leur médecin de famille (Hausarzt). L'accès aux médecins spécialistes n'est pas régulé.

Outre les cabinets individuels, il existe de nombreux centres de soins médicaux (plus de 2500) réunissant au moins deux médecins ou autres professionnels de la santé. Les centres de santé peuvent souvent offrir des services qui ne sont généralement disponibles que dans les hôpitaux, comme des examens de diagnostic spéciaux ou des actes de chirurgie ambulatoire. Pour cette raison, ces pratiques sont parfois appelées 'Praxiskliniken' ('hôpitaux de pratique').

La coopération entre professionnels de santé est strictement régulée, en particulier dans le cadre de l'alliance entre médecins et pharmaciens. Un médecin peut s'installer dans le même bâtiment qu'un kinésithérapeute mais il ne peut pas s'associer avec lui formellement.

Stiftung Gesundheit :
La Stiftung Gesundheit, dirigée par le Dr Mueller, est une fondation de santé publique qui fonctionne comme une agence digitale à but non lucratif. Sa mission est de surveiller et monitorer tous les médecins en Allemagne avec beaucoup de détails. Leur base de données regroupe plus de 280 000 médecins actifs, en enregistrant leur nom, adresse, email, spécialisation et sub-spécialisation (3500 au total). La fondation publie différentes études statistiques, comme par exemple dans le cadre du projet « Barriere freie Praxis » : qui monitore l'accessibilité des cabinets de santé aux personnes à mobilité réduite ou en situation de handicap.
Le financement de la Stiftung Gesundheit provient de 80 à 90 brevets et licences qui sont achetées par les caisses d'assurance maladie privées ou publiques. Le financement provient également de projets de recherche divers avec des partenaires et financements variés, comme des financements de thèses dans les universités, des projets pour la commission fédérale responsable de la fourniture des soins de santé et les fonds UE Horizon 2020, etc.

- **Soins hospitaliers**

Représentation :

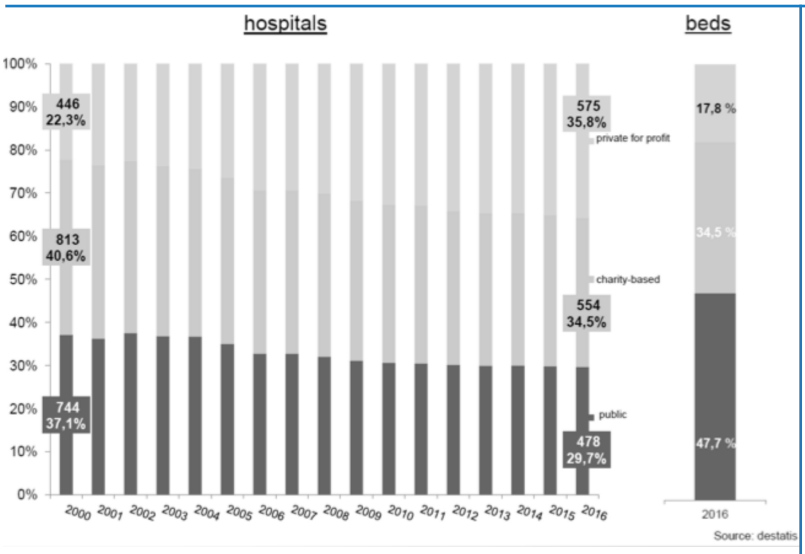
La Deutsche Krankenhausgesellschat (DKG) est la fédération regroupant tous les hôpitaux allemands, quel que soit leur statut (public ou privé). L'appartenance à la fédération est obligatoire pour tous les hôpitaux conventionnés, qui subventionne son fonctionnement. Elle a un rôle de lobbying au niveau fédéral et de promotion des meilleures pratiques.

Elle est constituée de 16 organisations fédérales qui sont impliquées directement dans les négociations avec les autorités régionales dans le cadre des organisations décisionnelles paritaires.

Organisation :

La plupart des hôpitaux allemands traitent tous les patients, qu'ils aient ou non une assurance maladie légale ou privée. Les grands hôpitaux ont généralement un soutien public. Il existe un nombre important d'hôpitaux gérés par des organisations caritatives ou confessionnelles comme la Croix-Rouge ou des groupes religieux. Il existe également de nombreux hôpitaux privés, dont certains ne traitent que des patients assurés à titre privé. Ces hôpitaux sont généralement plus petits et plus susceptibles d'être spécialisés.

Hôpitaux par type de statut :

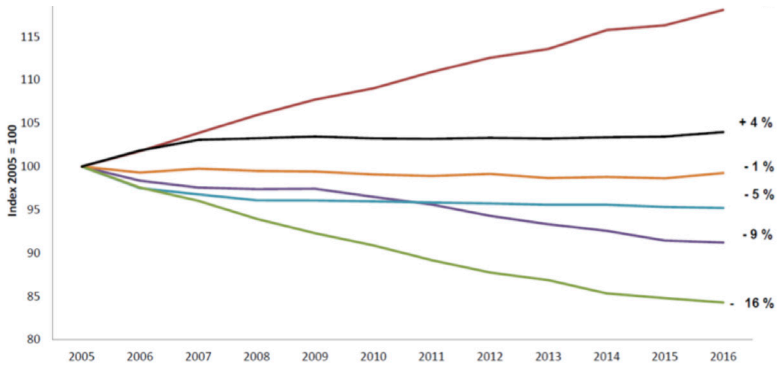


En 2016:

1607 hôpitaux dont :

- **35.8% privés à but lucratif représentant 17.8% des lits d'hospitalisation**
- **34.5% privés à but non lucratif représentant 34.5% des lits**
- **29.7% publics représentant 47.7% des lits**

Source: Key-data of Germany's hospitals – Deutsche Krankenhaus Gesellschaft



- nombre d'hôpitaux
- nombre de lits
- séjours
- journées d'hospitalisation
- durée de séjour
- taux d'occupation

La lutte anticartel empêche les fusions acquisitions et la création de monopole à l'échelle régionale. Il existe quelques grands groupes d'hôpitaux :

Des groupes de cliniques privées à but lucratif avec Rhön Klinikum, Helios Kliniken/Fresenius, Asklepios. Il y a deux CHU privés en Allemagne, à Marburg et Giessen.

Des hôpitaux publics, principalement communaux mais aussi régionaux comme Vivantes (Berlin).

Les principaux hôpitaux liés à des églises sont : Agaplesion (Protestant) et St Franziskus Stifung Münster (Catholic). Ont leur propre droit du travail.

Les Centre Hospitaliers Universitaires et les facultés de médecine relèvent du niveau fédéral.

6. FINANCEMENT DES HÔPITAUX

L'introduction de la tarification à l'activité sur la base des DRG en 2004 a constitué la réforme la plus importante du secteur hospitalier depuis la réforme du financement des hôpitaux en 1972. Les tarifs DRG sont destinés à couvrir les traitements médicaux, les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques et les appareils thérapeutiques, ainsi que les repas et l'hébergement, mais pas les coûts d'investissement qui sont pris en

charge par les Länder ou les municipalités. De plus, les parties contractantes du système allemand sont autorisées à négocier des remboursements qui ne sont pas couverts par les DRG via des frais supplémentaires pour certains services complexes ou à coûts élevés, et / ou pour des médicaments très coûteux.

Le financement des hôpitaux allemands est double depuis 1972 :

- **Subventions aux investissements**

Dans la constitution allemande, il est prévu que tout habitant allemand ait des conditions de vie équitables, qui impose aux régions d'avoir une couverture homogène du territoire, y compris sur la santé. Les frais sont pris en charge par les caisses d'assurance maladie.

Les enveloppes dédiées aux investissements ne correspondent pas aux besoins des hôpitaux ou aux stratégies des caisses d'assurance maladie : elles ont été diminuées de plus d'un milliard de dollars entre 1991 et 2006. En 2009, 54% des financements des investissements venaient d'une autre source que les Etats fédéraux dont 36% de ressources propres des hôpitaux.

- **Système G-DRG (German Diagnostic Related Groups)**

Le système de tarification à l'activité allemand est une adaptation du système australien. Le gouvernement a fait ce choix après une analyse des différents systèmes de T2A. C'est un des systèmes les plus complets qui existent : l'ensemble des soins de santé est couvert par le système de DRG sauf la psychiatrie et la rééducation.

1972 :
per diem identiques pour tous les hôpitaux

1996 :
système mixte introduction du paiement au cas(25%)

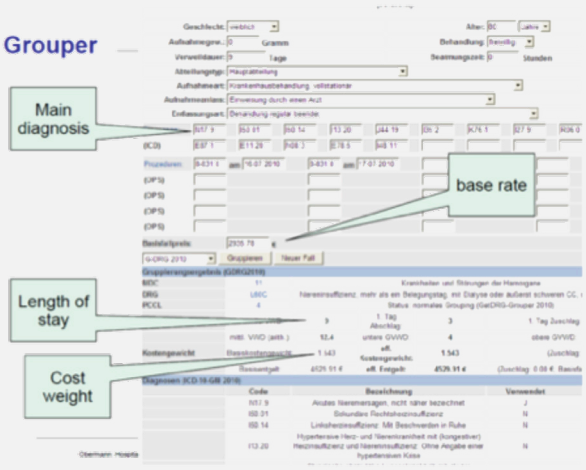
2004 :
passage progressif en T2A avec une convergence à 100%

Le système de DRG allemand est complexe car les tarifs sont soumis à un ensemble de coefficients définis au niveau des Länders. : CHU, offre de formation, région, taille de l'hôpital...

Le système est continuellement amélioré grâce à l'action de l'InEK (Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus) qui recalcule les tarifs à partir d'un algorithme calculé en partenariat avec 600 hôpitaux.

Caractéristiques du système G-DRG, dont l'utilisation est obligatoire dans les hôpitaux

- Repose sur la CIM-10 pour les diagnostics - Modification allemande du code international de classification statistique des maladies et des problèmes de santé connexes.
- Pour les procédures: OPS (" Operationen- und Prozedurenschlüssel ") avec une modification de la CIMP (Classification internationale des procédures médicales).
- Auteur: DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) en collaboration avec le Ministère fédéral de la santé et le Joint Comittee. Le manuel de procédure est publié par InEK.
- Les logiciels de groupage sont développés par des entreprises privées (comme ID-Berlin), certifiées par l'InEK.



Depuis l'application de la G-DRG, le nombre d'hôpitaux et de lits a été réduit (-9% d'hôpitaux et -5% de lits). Le nombre de cas a augmenté de 20% tandis que la durée moyenne de séjour s'est réduite de 16%, engendrant une densification du travail et une augmentation des cadences. Il y a eu beaucoup de fusions / acquisitions, répondant à la volonté politique de restructurer le paysage hospitalier allemand. Il est néanmoins difficile de dire s'il y a eu une amélioration significative de l'offre de soins et de la qualité avec cette réforme.

Idée à retenir :

Le paysage hospitalier allemand a profondément été modifié par l'introduction de la G-DRG (T2A) : réduction du nombre d'hôpitaux via des fusions-acquisitions, réduction de la DMS et augmentation du nombre de cas, engendrant une intensification de la charge de travail des professionnels de santé. Les différentes analyses ne démontrent pas d'amélioration significative de l'offre de soins ni de la qualité avec cette réforme.

7. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

L'Allemagne est confrontée à un enjeu en termes de démographie médicale (il y aura autant d'hommes que de femmes médecins en 2020). Sur les 480 000 médecins exerçant en Allemagne, près de 115 000 n'exercent pas (congé parental, retraite, etc.). Sur les 365 000 restant, la moitié exerce à l'hôpital, et les autres en libéral ou en administration.

Les jeunes médecins se tournent vers l'emploi salarié au nombre d'heures de travail hebdomadaire inférieur à 40 heures, y compris dans les soins primaires (15% en 2018 contre moins de 5% au début des années 2000). Cette évolution met le système de santé allemand sous forte pression.

Idée à retenir :

Le système de santé allemand connait une profonde remise en question du fait de la démographie médicale, avec une orientation de plus en plus importante des jeunes générations vers le salariat.

ID-Berlin :
Le groupe ID a été fondé en 1985 à Berlin. Il est aujourd'hui dirigé par le Docteur Daniel Diekmann. Le groupe compte environ 70 employés qui servent près de 1400 clients (hôpitaux, CHU, cliniques) en Allemagne, en Suisse, en Autriche et aux Pays-Bas. Leur portefeuille de produits comprend des solutions de codage (ID Diacos incluant l'analyse sémantique), des solutions de contrôle de gestion médical (ID Efix), le calcul des rémunérations et le contrôle de plausibilité (ID Medcore Check) et la e-médication / sécurité du traitement médicamenteux (ID medics et ID pharma check).

Contact : d.diekmann@id-berlin.de ou philippe.menke@menke2p.com
Lien vers la présentation : https://www.dropbox.com/s/85n3b13g3f48nx8/2019_ID_Presentation_Frankreich_PM.pdf?dl=0

Sources:

- Obermann K, Müller HH, Müller P, Glazinski B (eds.): Understanding the German Health Care System, 2nd edition, Heidelberg 2016
- https://www.g-drg.de/
- Site de l'assurance maladie allemande : https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-fr#
- European Observatory on Health Systems and Policies - The Health Systems and Policy Monitor https://www.hspm.org/countries/germany28082014/livinghit.aspx?Section=2.1%200verview%20of%20the%20health%20system&Type=Section
- Informed Health Online [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. Health care in Germany: The German health care system. 2015 May 6 [Updated 2018 Feb 8] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/
- How does health spendings in Germany Compare ? OECD 2015 health statistics note http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-GERMANY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) : https://www.dkgev.de/media/file/80631.Hospital_Statistic.pdf

PRÉSENTATION #3 :

LES ENJEUX DE LA TRANSFORMATION DIGITALE EN SANTÉ, DR. P.-M. MEIER – ENTSCHEIDERFABRIK

Contact : Pierre-Michael.Meier@vuig.org

Lien vers la présentation : https://www.dropbox.com/s/5p9fhb7g73ojs0p/Meier_EAHM_Health-IT-in-Germany_v01.pdf?dl=0

La transformation digitale est sur toutes les langues, mais elle est spécifique pour les technologies de l'information en santé. En effet, quand on pense aux technologies de l'information en santé (IT), on commence souvent par optimiser les processus existants : les équipements informatiques, l'infrastructure, les logiciels etc.

Or la transformation est un enjeu bien plus large puisqu'il s'agit de déconstruire les process pour mieux les reconstruire dans une dynamique complètement nouvelle. Ainsi, toute technologie, même mobile, qui se base sur l'écrit (comme l'utilisation de tablettes), reste dans une logique connue. En revanche, l'utilisation de capteurs mobiles, qui envoient automatique des informations bouleverse vraiment les organisations.

Bien saisir les enjeux de la transformation digitale est capital pour les dirigeants du monde de la santé car avec les changements des processus vient un changement des « business model ». En fonction de la vitesse de ces changements et de leur réussite, un système peut être complètement bouleversé. C'est le principe de la disruption développé dans la Silicon Valley. Et la gestion des données (data) est au cœur de la transformation. Ce n'est pas tant une question d'information que de management de l'information.

Pour un manager hospitalier, il est important de connaître son positionnement de départ sur les nouvelles technologies pour élaborer une stratégie. Son établissement bénéficie-t-il :

- D'un paysage en cours de structuration
- D'une liste de projets en cours de réalisation
- D'opérations organisées
- D'une stratégie informatique appliquée à la santé
- D'un plan directeur à 3 à 5 ans)
- D'une production optimisée (industrie)
- D'un réseau permettant un échange d'information avec les différents acteurs (hôpitaux, ambulatoire, PA/PH…)
- D'une stratégie globale de management de l'information en santé

Même avec toutes ces étapes mises en place, il faut être conscient qu'il n'y a qu'un pilote de la transformation digitale, et ce pilote est les données de santé, sur laquelle les organisations ont peu de contrôle. En effet, en 2017, 81% des allemands avaient un smartphone soit 67 millions de personnes. Chacun de ces smartphones collectait des données de santé, et réalisait plus de 100 mises à jour chaque nuit. C'est bien plus que ne peut le faire un hôpital même à la pointe de la modernité.
En Allemagne, la tentative de créer un dossier patient informatisé national a débuté en 2007, sans résultat à ce jour.
Aux Etats-Unis, Apple collecte d'ores et déjà les données de santé de ses clients et a même mis en place un vrai dossier patient informatisé.

Certaines caisses d'assurance maladie allemandes (AOK, Techniker) se positionnent d'ores et déjà sur le marché, en proposant des dossiers patients informatisés à leurs membres (près de 60 millions de personnes).
Une autre tendance révolutionnaire est le « capitalisme de plateforme » : les plateformes, comme booking ou autre site de réservation en ligne, se sont imposées comme intermédiaire entre les clients et les fournisseurs, et ce sont elles qui collectent l'argent en première intention. Les plateformes sont donc les boss virtuels !
Il n'y a pas de raison que les patients ne s'attendent pas à un service fluide de ce type pour accéder à leurs soins.
La simulation du Dr Pierre-Michael Meier de la Entscheiderfabrik pousse à cette réflexion. Les patients subissent actuellement la complexité du système de santé. Ils sont en demande de circuits simplifiés comme leur en propose le secteur privé.

Toutes ces évolutions impactent directement les hôpitaux et posent des questions fondamentales : qui peut utiliser ces données collectées par des opérateurs privés ? Quelle liberté de choix pour les patients ?

Les assurances sont en train de changer fondamentalement le système en se positionnant sur le terrain des dossiers patients. Ils affirment ne pas vouloir jouer de rôle proactif dans l'orientation des patients au sein du système de santé mais in fine ils les informent des « meilleurs soins » et donc influencent leurs choix.

Pour devancer les évolutions, il faut que les managers hospitaliers se tiennent informés et s'appuient sur des exemples concrets. La société de conseil Entscheiderfabrik organise des voyages d'étude et des séminaires internationaux pour accompagner les dirigeants allemands et internationaux dans la transformation digitale en cours.

Idée à retenir :

Quand on parle de digitalisation, il faut penser « transformation » dans sa dimension de renouvellement complet. L'action est indispensable pour faire face aux enjeux des nouvelles technologies en santé. En effet, ce n'est pas parce qu'on n'agit pas que rien ne se passe : les nouvelles technologies sont utilisées par de nombreux acteurs pour transformer le paysage hospitalier (comme par exemple dans le cadre de la création des dossiers patients informatisés par les caisses d'assurance maladie allemandes, obligeant les hôpitaux à suivre et à s'adapter).

Le changement provient aussi des attentes des patients, qui vont profondément bouleverser le fonctionnement des systèmes de santé : ces derniers sont en effet habitués à des prestations de service dématérialisées, comme les sites de réservation en ligne ou les compagnies aériennes, et vont avoir les mêmes exigences vis-à-vis de leurs prestataires de soins.

VISITE #1 :

LA STRATÉGIES DE TRANSFORMATION DIGITALE DE L'HÔPITAL D'ITZEHOE – B. ZIEGLER, DIRECTEUR GÉNÉRAL, ET T. SCHÜTZ, DIRECTEUR DE L'INFORMATION HOSPITALIÈRE

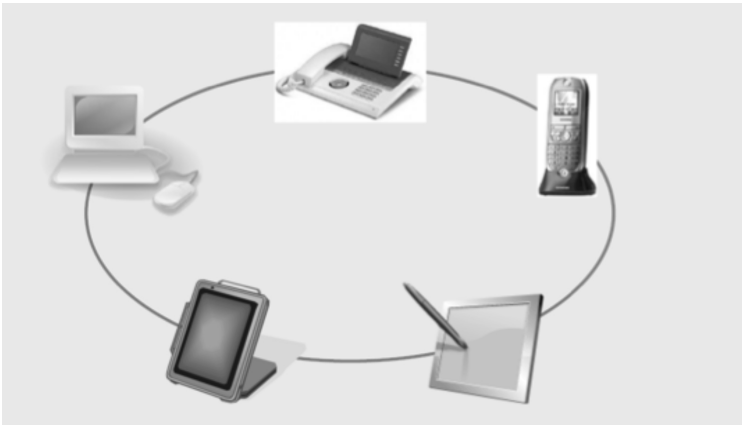
Lien vers les présentations :
https://www.dropbox.com/s/1a5xqhd5ujpqgmr/2019.03.11_Itzehoe_Business.pdf?dl=0
https://www.dropbox.com/s/lei83rgd3wkhs1x/2019.03.11_Itzehoe_IT.pdf?dl=0

L'hôpital d'Itzehoe est l'un des plus grands hôpitaux du Land du Schleswig-Holstein.

Chiffres clés :

- **138 millions d'euros de budget d'exploitation,**
- **83 millions d'euros d'investissement entre 2012 et 2017.**
- **601 lits, 88 places d'HDJ.**
- **8 filiales, 1 Centre pour personnes âgées. plus de 2 300 employés.**

Le projet de digitalisation de l'hôpital d'Itzehoe s'est fait graduellement depuis 10 ans. En 2009, le point de départ a été un projet de téléphonie sans fil, auquel se sont greffés de nombreux projets.



L'investissement dans les chariots de soins, très courants dans les hôpitaux mais très coûteux (4 à 5000 euros pièce), a été évité.

La direction informatique a évité cette étape en s'engageant directement dans l'acquisition de tablettes.

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place pour piloter cette démarche, impliquant l'ensemble des corps de l'hôpital (médecins, soignants, syndicats). Un programme de voyages d'étude et de tests a eu lieu, pour choisir la technologie la plus adaptée à leurs besoins.

Leur choix s'est porté sur des iPads avec un système de protection. 600 appareils mobiles sont à 90% des iPad.

Deux modèles sont disponibles, l'un avec une protection renforcée pour les secteurs mobiles comme le bloc, d'autres avec une protection contre l'eau permettant une désinfection facile. Des stations de charge sont prévues dans chaque unité, permettant de recharger 4 appareils en même temps.

Un gros investissement dans l'infrastructure centrale et la salle des serveurs a été fait, permettant un stockage des données en miroir. Tous les programmes et applications sont en réseau.

Le dossier patient informatisé (DPI) a été lancé en 2008. Après quelques difficultés d'adoption par le corps médical, le passage aux iPads a facilité la transition. Il y a plusieurs modes d'affichage, pour les tablettes et sur ordinateur (différents usages). Le DPI inclut la visualisation de l'imagerie, l'alerte automatique sur les interactions médicamenteuses. Le plan de soins est en général affiché sur le chariot de soins et les médecins circulent avec les tablettes.

La répartition des tablettes se fait à deux niveaux :

- Les médecins chefs disposent d'une tablette individuelle, personnalisée avec leurs emails et informations personnelles.
- Les autres médecins et les infirmiers se servent à leur prise de poste dans un pool de tablette.

Les tablettes sont utilisées pour améliorer l'expérience patient : les médecins les utilisent pour expliquer les traitements, montrer les radios. Des documents de sensibilisation et d'éducation à l'intention des patients vont être digitalisés. La plupart des éditeurs de programme pour la santé s'adaptent à Apple. Cela permet de remplir les documents de consentement de manière dématérialisée et bientôt à domicile.

Le dernier projet de l'hôpital est un système de navigation intégrée pour les patients, consultable sur des écrans, des téléphones et du domicile.

Idée à retenir :

Il faut penser l'infrastructure informatique dans son ensemble et des modules associés même s'ils sont indépendants.

L'utilisation de tablettes mobiles permet de contourner certains problèmes de coûts (des chariots de soins notamment) tout en offrant un fonctionnement flexible aux soignants. Les tablettes doivent être utilisées en complément des ordinateurs. Il faut réfléchir aux conditions pratiques : recharge, nettoyage, répartition, etc.

Il est important de prendre le temps de choisir les technologies en associant le personnel soignant et les médecins. Cela renforce l'adhésion des équipes, en particulier au dossier patient informatisé.

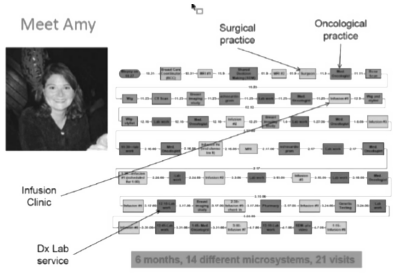
VISITE #2 :
ORGANISATION DE SOINS INTÉGRÉE : L'EXEMPLE D'OPTIMEDIS – PR HILDEBRANDT

Contact : office@optimedis.de
Lien vers la présentation :
https://www.dropbox.com/s/otr4ct36wmfwa95/Delegation%20francais_Hildebrandt_Lessons%20in%20Integration%20of%20care_March%202019.pdf?dl=0
Lien vers la publication sur le modèle d'Optimedis (en anglais) :
https://www.dropbox.com/s/9o7azf0czivdn3a/Article%20sur%20le%20mod%C3%A8le%20d%27Optimedis.pdf?dl=0

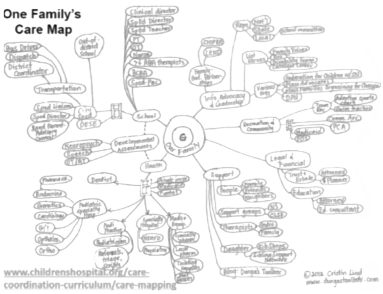
En Allemagne, il y a beaucoup de discussions autour de l'évaluation de la qualité des soins, du point du vue du patient. En effet, en général on évalue la qualité du point de vue médico-soignant : on se concentre sur une procédure, sur un médecin. Quand on se positionne du point de vue du patient, la qualité se concentre sur l'information et la collaboration entre les professionnels de santé.

Ce débat a été lancé en 2006 par Michael E. Porter, qui a lancé le concept de valeur en santé. Il faut mesurer les résultats des soins de santé de manière plus globale. Selon Enthoven and Tollen il ne faut pas se concentrer sur certaines conditions médicales mais avoir plutôt une approche régionale qui fait collaborer l'ensemble des différents acteurs. Seules les organisations proposant des soins intégrés et assumant la responsabilité financière globale de la prestation de services de santé à un population sont incitées à produire des soins de qualités et efficients.

En effet, du point de vue du patient, les soins sont d'une redoutable complexité dans leur fragmentation :



Professor Eugene C. Nelson, DSc, MPH, The Dartmouth Institute, USA



Richard Antonelli, MD, MS Medical Director of Integrated Care Boston
Children's Hospital / Harvard Medical School

Le parcours des soins de chaque patient est très complexe, et il le devient encore plus quand on sort du seul focus médical. La santé est intégrée dans le tissu social d'une personne avec l'école, le travail, les soins de support, les loisirs, etc.

Idée à retenir :

Du point de vue du patient, la qualité des soins repose surtout sur une bonne information et une bonne coordination des différents intervenants. En effet, le système de santé actuel est d'une redoutable complexité pour eux.

Seules les organisations de santé proposant des soins intégrés et assumant la responsabilité financière globale de la prestation de services de santé à une population donnée sont incitées à produire des soins de qualités et efficients.

Pour être efficientes, les organisations de soins intégrées doivent prendre en charge l'ensemble des besoins de santé d'une population et non pas une pathologie unique (diabète ou autre). C'est le principe de la responsabilité populationnelle.

1. La preuve par l'action : l'exemple de Kinzigtal :
Réingénierie du flux de travail, prévention intelligente et numérisation sur la base d'un «contrat d'épargne partagée»

Partenaires :

L'organisation de soins intégrés « Gesundes Kinzigtal » (Kinzigtal en bonne santé) a été créée en 2005. Elle est détenue par l'entreprise OptiMedis pour un tiers et par un réseau de médecins (MQNK e.V.) pour deux tiers.

Elle a noué un partenariat avec trois caisses d'assurance maladie publiques : AOK Baden-Württemberg (depuis 2005), SVLFG (depuis 2006) et Techniker Krankenkasse (depuis 2016 pour certains services).

Les partenaires coopérants sont environ 300 : médecins généralistes et spécialistes, hôpitaux, services de soins à domicile, autres professions médicales, pharmaciens, associations sportives et communautaires, etc.»

Population desservie :

La population qu'elle dessert représente environ 33 000 membres assurés de l'AOK et du SVLFG vivant dans la région du Kinzigtal, dont environ 10 000 inscrits en tant que participants IV (solidarité nationale)

Objectif :

L'objectif de ce projet, lancé en 2003, est de réorganiser l'ensemble de l'offre de soins dans cette région en s'appuyant sur la prévention ciblée, la réingénierie des parcours de soins et la digitalisation. Il s'agissait de définir des mesures incitatives concentrées sur la bonne santé de la population générale, les patients vulnérables en incluant tous les prestataires - bons ou mauvais – et évitant la sélection des patients en fonction de leurs risques.

Modèle médico-économique :

L'organisation « Gesundes Kinzigtal » est responsable de l'ensemble des coûts médicaux et économiques nécessaires pour maintenir la population assurée en bonne santé. Ces coûts recouvrent l'ensemble des soins médicaux sauf les soins dentaires (hospitalisation, soins primaires, SSR…).

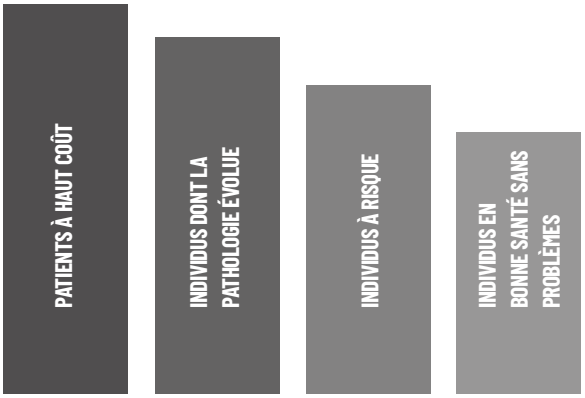
Elle a signé un contrat d'économies partagées avec les caisses d'assurance maladie partenaires stipulant qu'un tiers des économies réalisées dans la prise en charge des patients assurés (par rapport à la moyenne nationale) sont reversées au réseau. L'idée de départ est donc simple : on regarde le scope des soins de santé au sens large dans une région et les budgets qui sont utilisés pour soigner les patients. Ce budget est comparé avec la moyenne nationale. Les économies sont la différence entre les dépenses réelles et les dépenses benchmarkées dans les autres régions. Le calcul des budgets / coûts est complexe mais une fois que c'est en place c'est simple. Le même concept est utilisé dans les économies d'énergie. C'est le même principe que les ACO aux Etats-Unis.

Les économies réalisées sont partagées entre les caisses d'assurance maladie, les médecins et la compagnie Kinzigtal. C'est l'élément fondamental du dispositif et la motivation première pour faire travailler les acteurs ensemble car ce type d'organisation intégrée coûte par nature du temps et de l'argent.

Autant que possible, le système utilise les modes de financement existants. S'il n'y a pas de mode de financement préexistant pour les actions que l'organisation juge nécessaire, c'est l'entreprise Kinzigtal qui paye. Il faut donc qu'il y ait des moyens à investir dès le départ, avant d'atteindre une autonomie financière en réinvestissant les économies réalisées.

Dès 2003, cette démarche partait du principe que des soins de qualité, coordonnés et intégrant l'ensemble des acteurs locaux sont moins coûteux que le système de santé allemand actuel. Cela implique de s'engager sur le long terme : le premier contrat courrait sur dix ans, il a désormais une durée indéterminée.

Exemple d'offre de soins intégrée proposé par « Gesundes Kinzigtal » pour les patients diabétiques :

Population	Exemples d'intervention
	**5% de la population :** Coaching santé personnel, attention à la polymédication, Programme «Médecins et maisons de retraite» **20% de la population :** Soutien actif aux programmes de gestion du diabète, programme "Psychothérapie aiguë", entraînement à la gestion de sa pathologie **40% de la population :** Programmes de sensibilisation « poids et santé » et de « pression artérielle », mise en place d'objectifs santé individuels avec les professionnels de santé, en coopération avec les clubs sportifs **35% de la population :** Prévention primaire : Formation en matière de santé, promotion de la santé dans les jardins d'enfants, les écoles et les entreprises, accompagnement des offres de prévention existantes dans la communauté

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Chairman of the Board of OptiMedis AG

L'accompagnement proposé est gradué, et inclut la prévention primaire. L'organisation réalise un investissement important dans les populations à risque, avec le recrutement de coachs individuels, de psychologues, etc. Une action est aussi menée dans les EHPADs, en collaboration avec les personnes dépendantes.

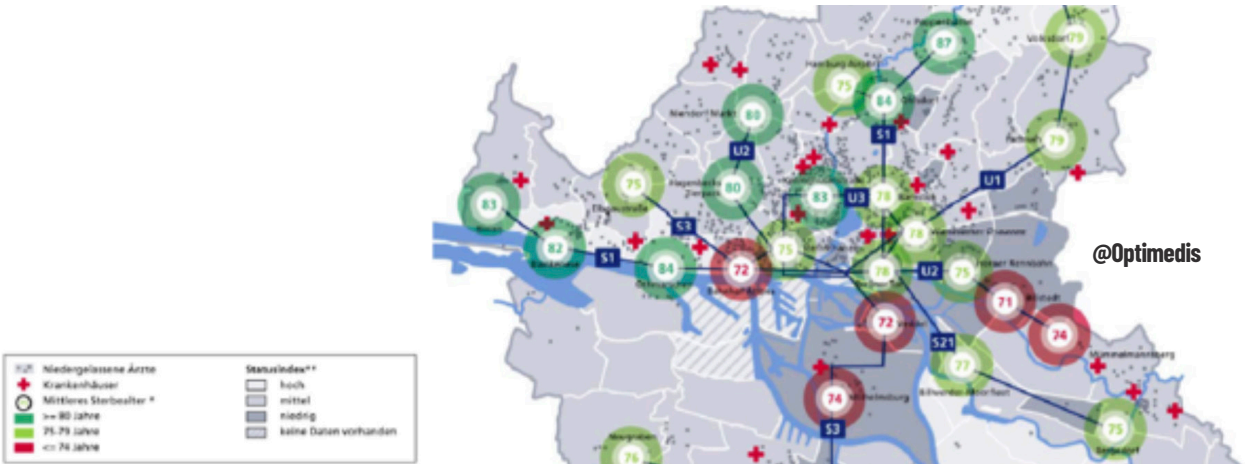
Résultats en 13 ans :

- **Meilleur état de santé :** 1,5 ans de plus de durée de vie pour la population de Kinzigtal
- **Amélioration de la satisfaction des professionnels de santé :** l'attractivité de la région a augmenté (4 postes pourvus par des jeunes médecins formés dans la région et adhérant au modèle) et la satisfaction des praticiens s'est améliorée. Il y a aussi eu une augmentation de la rémunération de 15% par cas traité, mais qui s'accompagne d'une augmentation du temps de travail.
- **Amélioration de l'expérience patient :** 98,9% des patients impliqués recommandent le système et 50% dit être en meilleure santé qu'avant. La moitié a également établi des objectifs de santé avec leur médecin, ce qui est très important pour l'activation des patients.
- **Economies :** de 2007 à 2017 : l'organisation a réalisé 47 millions d'euros d'économies par rapport à la moyenne nationale (15,3 millions en net après déduction des investissements réalisés) pour les assurances participantes. Les caisses d'assurance maladie reversent environ deux tiers des économies nettes à « Gesundheit Kinzigtal »
- **Renforcement de l'attractivité de la région** pour de nouveaux habitants et des entreprises qui apprécient de pouvoir offrir ce service à leurs employés.
- **Développement des connaissances et de la recherche :** le modèle a fait l'objet de multiples publications et évaluations externes. La connexion avec la recherche est forte via 75 partenaires nationaux et internationaux dans le cadre de l'International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) de l'OMS / OCDE – PROMs/PREMs
- I**nnovation :** un centre de l'innovation a été créé. Ainsi, une maison de la santé a été construite, qui propose des activités de prévention et d'éducation à la santé.
- **Autonomie :** de fait, ce système engendre une perte de liberté des patients, qui ont moins de choix dans leurs médecins et opérateurs de santé. Mais cette organisation augmente aussi leur autonomie en les rendant acteurs de leurs soins grâce à une bonne information et à un soutien actif.

Publications:

« Evaluating the impact of an accountable care organization on population health : the quasi experimental design of the German Gesundes Kinzigtal" Population health management : https://www.dropbox.com/s/9o7azf0czivdn3a/Article%20sur%20le%20mod%C3%A8le%20d%27Optimedis.pdf?dl=0

2. Développement du modèle d'organisation de soins intégrés : l'exemple de Billstedt-Horn



La région de Billsdtedt-Horn, dans la banlieue de Hambourg, est une zone très défavorisée.
L'objectif du déploiement d'une organisation de soins intégrée était donc de réduire la différence de mortalité (16 ans aujourd'hui) entre cette banlieue et les autres quartiers de Hambourg.

Ce programme repose sur la mise en place de kiosks de santé animé par des personnels aux profils variés : infirmiers, paramédicaux formés à l'éducation thérapeutique, assistants sociaux…

Il inclut plus d'éléments sociaux qu'à Kinzigtal, avec notamment un soutien pour faire les demandes d'aide sociale, de logement, etc. partant du principe qu'un personne en bonne santé vivant dans un logement insalubre ou ne mangeant pas à sa faim ne le restera pas longtemps. Un effort est également fait dans l'adaptation de la communication avec les patients : les professionnels sont sélectionnés pour parler une multiplicité de langues (polonais, russe, syrien…).

Les trois premières années ont été financées par le Land de Hambourg, en attendant qu'une marge suffisante soit dégagée pour auto-financer la suite du fonctionnement.

Lien vers une vidéo réalisée par la chaine de télévision ZDF : https://www.zdf.de/nachrichten/drehscheibe/drehscheibe-clip-4-804.html

Idée à retenir :

Les facteurs socio-économiques ne peuvent être oubliés quand on s'intéresse à la santé globale d'une population : le logement, l'alimentation impactent fortement l'état de santé, en particulier des populations précaires. Les partenariats doivent intégrer les acteurs en charge de ces sujets (associations, mairie, etc.).

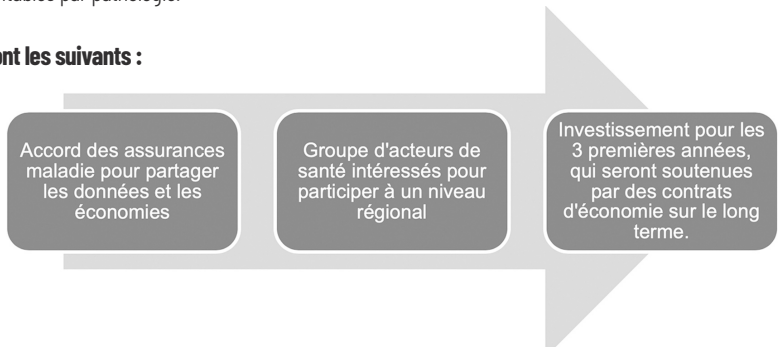
3. Pourquoi ce modèle peut être généralisé

Optimedis se lance en ce moment dans le développement de ce modèle dans différentes régions allemandes (Hessen), aux Pays-Bas et même en France (Discussion en cours à Saverne dans la région de Strasbourg). Ils ont confiance dans ce modèle pour plusieurs régions car les nouvelles technologies sont un vrai support pour développer ce type de modèle intégré, et activer les patients où qu'ils habitent, même à la campagne. Optimedis est ainsi en train de développer une plateforme digitale en support au développement de ses activités.

L'utilisation de l'analyse des données de santé (data analytics ») fournit une vraie mine d'or. Optimedis construit le système de stockage le plus avancé et complet d'Allemagne. Leur base de données met en relation (de manière anonymisée) toutes les informations administratives recueillies par les caisses assurances maladie (activité, factures, etc.) et les informations saisies par les médecins et soignantes données cliniques et médicales). La gestion de cette banque de données est très fastidieuse dans le cadre de la protection des données et de la nécessité de recueillir le consentement de chaque acteur et patient, mais il permet une analyse très pertinente de la situation d'un territoire.

Des recommandations sont élaborées pour mieux répondre aux besoins de la communauté et pour améliorer l'efficience du dispositif, comme par exemple le nombre d'hospitalisations évitables par pathologie.

Les facteurs de succès sont les suivants :



Idée à retenir :

Trois facteurs sont indispensables au succès d'une organisation de soins intégrée :

- *Accord de principe de l'assurance maladie pour partager les données et les économies réalisées entre les acteurs impliqués.*
- *Participation d'un groupe d'acteurs de santé motivés, au niveau d'un territoire de santé, pour participer au projet d'intégration des soins.*
- *Investissement sécurisé pour au moins 3 ans, avec un passage à un financement autonome seulement par la suite grâce aux sommes récupérées via le contrat d'économies partagées.*

VISITE #3 :

L'INFORMATIQUE MÉDICALE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE SCHLESWIG-HOLSTEIN (UKSH) – M. PAULS, DIRECTEUR

Lien vers la présentation :
https://www.dropbox.com/s/zeqa5q8uvghnyl8/2019.03.12_UKSH.pdf?dl=0

UKSH
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Hôpital Universitaire du Land du Schleswig Holstein :

- **2 campus : Kiel et Lübeck**
- **2500 lits**
- **13 000 employés dont 2 000 médecins**
- **Bilan de 1,17 milliards d'euros**

En 2012, le conseil d'administration du CHU du Schleswig-Holstein a pris la décision de transformer son service informatique en SARL. Cette décision a été concrétisée par un appel d'offre à l'échelle européenne pour trouver un partenaire privé à la SARL créée, dont UKSH continue de posséder 51% des parts. VAMED, une filiale du groupe Fresenius, détient donc actuellement 49% des parts de deux SARL dans le cadre de ce partenariat public privé unique en Allemagne :

- une compagnie a acquis les équipements informatiques (PC, serveurs)
- une compagnie a repris le personnel du service informatique

Ce partenariat organique entre des partenaires publics et privés fait l'objet d'un cahier des charges et d'un suivi très précis, avec un niveau de prestation fixé ainsi que des garanties.

Un plan d'action pluriannuel a été élaboré, qui comprend notamment :

- la standardisation du cycle de vie du matériel informatique : chaque service paye 30€/mois par poste de travail pour un PC complet y compris la maintenance et une garantie de remplacement au bout de 5 ans
- la mise en place d'un service dédié au management et au développement du parc de logiciels : DPI, autres fonctions support, avec un engagement de réactivité sur la réparation des bugs et problèmes rencontrés.
- Le regroupement des services informatiques et le développement de la qualification de la main d'œuvre.

Cette transformation du service informatique en prestataire de service a fait ses preuves pour le CHU UKSH, permettant une professionnalisation des équipes et un nouveau positionnement des services soignants, qui sont plus respectueux des compétences et services rendus par l'équipe.

Idée à retenir :

L'externalisation de la fonction informatique dans un hôpital, dans le cadre d'un contrat sécurisant les modalités de fonctionnement et le service attendu, permet d'augmenter la souplesse de la direction et de fournir un service structuré, agile et adapté aux besoins des usagers.

VISITE #4 :
ENTREPRISE DRÄGER

Contact : Tjerk.Raske@draeger.com
Lien vers le site web :
https://www.draeger.com/en_corp/About-Draeger/Draeger-Exhibition

Dräger fabrique des produits de technologie médicale et de sécurité. Leurs produits sont utilisés dans les hôpitaux, les services de pompiers, les mines ou l'industrie.

Fondée à Lübeck en 1889, Dräger est une entreprise familiale (cinquième génération) cotée en bourse. Dräger emploie plus de 13 000 personnes dans le monde et est présente dans plus de 190 pays du monde. La société a généré un chiffre d'affaires d'environ 2,6 milliards d'euros en 2017.

Idée à retenir :

Le « Garage », ouvert en avril 2018, est un espace dédié à l'innovation ouvert à tous les employés 24h / 24 et 7j / 7. Il offre la possibilité de transformer les idées de tous les salariés en modèles commercialisables. Cet espace de liberté est très apprécié de ses utilisateurs, qui l'utilisent à leur rythme. Si une idée semble prometteuse, l'employé est libéré de ses fonctions habituelles pour pouvoir s'y consacrer. L'espace est conçu pour être flexible et modulable, et une zone de relaxation en fait un espace prisé par les collaborateurs. Certaines équipes y viennent aussi pour mener des ateliers plus structurés, dédiés à la créativité et à l'innovation.
https://www.draeger.com/de_corp/Karriere/Karriereblog/2016/09-das-innovationsmanagement-bei-draeger-aus-der-garage

VISITE #5 :

EXPÉRIENCE PATIENT : LA BASE DE DONNÉES DE LA MARTINIKLINIK (HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE HAMBOURG EPPENDORF) – PR HULAND

Contact : Pr Huland – directeur de la Martiniklinik et chef du service d'urologie du CHU UKE
Site web (en français) :
https://www.martini-klinik.de/fr/patienten/martini-klinik-prostaatkankercen/
Etude de Cas de la Harvard Business Review :
https://hbr.org/product/martini-klinik-prostate-cancer-care/714471-PDF-ENG

La Martini-Klinik est une clinique privée hautement spécialisée dans le traitement des patients atteints du cancer de la prostate. Leur offre de soins comprend tous les moyens de diagnostics et de traitements du cancer de la prostate. Chaque année, ce sont quelques 5 000 patients qui bénéficient d'une prise en charge ambulatoire dans leur centre de lutte contre le cancer de la prostate, en collaboration avec la clinique universitaire d'Eppendorf (UKE).

La valeur de la Martiniklinik repose sur trois spécificités :

1. Son ultra-spécialisation dans le cancer de la prostate :
En 2017, la clinique a réalisé 2400 opérations de la prostate, alors que plus de 50% de ces interventions sont réalisées dans des hôpitaux allemands réalisant moins de 50 opérations par an. La Martiniklinik est le leader mondial des opérations de la prostate devant la Mayo Clinic américaine.

À la Martini-Klinik, deux techniques opératoires d'ablation complète de la prostate (prostatectomie radicale rétro pubienne) sont proposées. L'ablation de la prostate lors d'une intervention chirurgicale ouverte se fait par l'extraction de la prostate par une petite incision faite au niveau du bas-ventre. Une technique microchirurgicale est utilisée pour effectuer cette opération ; cette technique prévoit notamment l'utilisation d'un fort grossissement au microscope.

Lors de l'intervention mini invasive assistée par la robotique du système da Vinci®, le chirurgien, dont la vision est extrêmement grossie et 3 dimensionnelle, pilote des instruments microchirurgicaux grâce à une console qui reproduit exactement les mouvements de ses mains. (source : https://www.martini-klinik.de/fr/patienten/martini-klinik-prostaatkankercen/)

2. Son organisation :
La Martiniklinik a un système académique et non pas hiérarchique. Ses douze médecins ont des positions à vie et s'implantent dans la durée. Chaque patient a son propre docteur, ce qui assure un suivi personnalisé. Les chirurgiens opèrent beaucoup (200 à 300 actes par an) et ont tous une sub-spécialité complémentaire. Un réseau d'expertise avec les autres départements du CHU permet d'associer des professeurs qui sont dédiés à l'activité de chirurgie de la prostate: radiologue, anesthésiste, psycho-oncologue, etc.

La Martiniklink constitue une unité de soins intégrée (IPU), qui offre des services transversaux, allant du diagnostic à la thérapie, au style de vie, à la recherche de base.

3. Sa base de données :
Créée en 1992, cette base de données recueille un ensemble de données exhaustives récoltées après la sortie du patient. Au total, cette base comprenait 22.956 patients en juin 2016. En 2019, ce seront plus de 30 000 questionnaires qui seront envoyés.

Ce projet présentait d'importantes difficultés initiales : pas de financement dédié, un système d'information inadapté, des critiques des référents… Il faut un investissement pour monter une base de données telle que celle de la Martiniklinik, et il est venu d'une importante donation d'une famille de Hambourg.

Les questionnaires :
Cette base de données repose sur des questionnaires évaluant les résultats de santé du point de vue des patients (PROM : patient reported outcomes). Ces questionnaires sont envoyés en version papier ou en ligne pour la plupart des patients. Le lien avec le dossier patient informatisé est en cours de construction. Les questionnaires sont envoyés à 4 moments :

- 1 semaine après l'opération : 4 questions sont posées, en particulier sur la continence
- 6 mois après l'opération : évaluation de la Grad ¾ clavien dindo et des complications
- Tous les ans pendant 10 ans : 26 questions validées scientifiquement (en partenariat avec l'université du Michigan) sont posées. Il s'agit de l'étude EPIC 26 qui évalue les résultats fonctionnels : fonctions de la vessie, fonction érectile, transit, hormonothérapie
- Tous les ans toute la vie : 7 questions sont posées pour évaluer les résultats oncologiques.

Cette base de données est importante pour 5 usages :

- **La recherche clinique :**
  La Martiniklinik publie 60 à 70 publications par an.
- **La science :**
  La Martiniklinik est un membre actif de l'International Cancer Genome Consortium et participe à une collecte mondiale. Les résultats de la base de données sont corrélés avec l'analyse ADN.
- **L'information des patients et le conseil :**
  Grâce au recul sur les résultats, il est possible de conseiller les patients et les informer sur leurs chances de guérison et sur le meilleur traitement possible.
- **Les contrôles qualité :**
  L'équipe de chirurgiens analyse ses propres résultats. Tous les ans, le biostatisticien prépare un bilan par chirurgien des résultats des opérations qu'il a pratiquées : préservation des nerfs ; marge positive et comparaison avec l'année précédente.
  Ainsi, il est établi que la moyenne est de 30% de nerfs non touchés en Allemagne et 90% à la Martiniklinik
  Cette démarche permet de se comparer et d'apprendre. Un des chirurgiens avait de meilleurs résultats sur le maintien de la continence que les autres. Il leur a expliqué sa méthode (une meilleure préparation du muscle du sphincter) et du coup toute l'équipe a adopté cette pratique, ce qui a amélioré les résultats de toute l'équipe. Le taux de maintien de la continence est ensuite passé de 80% à 92% en un an.
  L'analyse de la qualité prend en compte les risques, en particulier les comorbidités. La confiance entre les chirurgiens est au cœur du succès du modèle pour que ce soit constructif.
  La bienveillance doit irriguer l'ensemble du fonctionnement de la clinique. Ainsi, il est de coutume que le chirurgien appelle l'époux.se après l'opération ou en aille personnellement chercher son patient dans la salle d'attente.
- **ICHOM – VBHC** (international consortium of health outcome mesurement – value-based healthcare: https://www.ichom.org/)
  La valeur des soins est le rapport entre le résultat de santé des patients (du point de vue du patient et pas du médecin !) et coût pour atteindre ces résultats (coût pour le traitement de toute la pathologie). Il s'agit d'une démarche développée aux Etats-Unis par Michael E. Porter. Selon lui, la mesure du résultat des soins pour les patients est indispensable pour améliorer la valeur des soins. C'est même un manque d'éthique que de ne pas mesurer la valeur des soins.
  Ce focus sur la valeur des soins a un impact organisationnel : la Martiniklinik est un centre de soins intégrés. En effet, le patient n'a que faire de l'organisation hospitalière (radio, chirurgie…) mais il est intéressé par les pathologies et les parcours de soins inhérents : diabète, cancer du sein…
  Cette démarche implique de mesurer les résultats des soins. On se rend compte qu'il y a une variation de 1 à 9 sur la chirurgie de la prostate. Et ni les patients, ni les médecins ne peuvent pas être au courant de ces variations si elles ne sont pas mesurées.
  Pour calculer les résultats de santé, il faut vraiment qu'il y ait une référence des questions à poser : et c'est le rôle de l'ICHOM (international consortium of health outcome mesurement). Des groupes pluridisciplinaires internationaux se réunissent pour définir le périmètre des données collectées. Le dataset doit être minimal pour chaque maladie. Il ne faut pas être perfectionniste sinon on n'arrive à rien.

Moyens humains : au départ, la base de données était administrée par un mi-temps de documentaliste. Aujourd'hui, ils sont quatre, auxquels s'ajoute un biostatisticien et un informaticien.

Résultats :

État de santé de nos patients après 10 ans

*1 Taux de survie en fonction de la maladie /
*2 Absence de récidive biochimique

		*1	*2
pT2	Tumeur localisée uniquement dans la prostate	98%	87%
pT3a	… infiltration capsulaire	98%	53%
pT3b	… infiltration de la vésicule séminale	87%	28%
pT4	… infiltration péri-prostatique	77%	6%

Source : https://www.martini-klinik.de/fr/patienten/martini-klinik-prostaatkankercen/

Qualité / Qualité de vie de nos patients

Qualité du traitement / Qualité de vie de nos patients	dans toute l'Allemagne	Martini-Klinik
	*3	*4
Incontinence nulle	56,7 %	93,5 % [1]
Incontinence sévère [2]	4,5 %	0,4 %
Dysfonction érectile grave (1 an) [3]	75,5 %	34,7 %
Blessure de l'uretère	0,6 %	0,04 %
Septicémie	2,5 %	0,04 %
Embolie pulmonaire	0,8 %	0,1 %
Troubles de cicatrisation	1,7 %	0,9 %
Blessure du rectum	1,7 %	0,2 %
Thrombose	2,5 %	0,4 %

[1] L'incontinence nulle est définie comme suit : de 0 à 1 protection de sûreté
[2] plus de 5 protections par jour
[3] Patients qui présentaient une dysfonction érectile avant l'opération inclus.

Source : https://www.martini-klinik.de/fr/patienten/martini-klinik-prostaatkankercen/

Idées à retenir :

L'évaluation de la valeur des soins pour les patients, par le biais de questionnaires soumis après la sortie de l'hôpital, est indispensable pour mesurer la qualité des soins. Dans le cas des cancers de la prostate, il s'agit d'évaluer les résultats à court, moyen et long terme de l'opération : éradication des cellules cancéreuses mais aussi maintien de la continence, du transit, de la fonction érectile...

L'ICHOM (international consortium of health outcome measurement) développe des références par spécialité pour élaborer ces questionnaires évaluant les résultats des soins du point de vue des patients (PROM – patient reported outcomes).

La création d'une base de données telles que celle de la Martiniklinik implique un important investissement de départ, pour créer l'infrastructure informatique et financer la collecte des données.

La Martiniklinik fonde sa réputation sur l'excellences de ses pratiques dans une seule spécialité. Elle utilise sa base de données pour améliorer en continu la qualité des soins, les pratiques des médecins et la satisfaction des patients (98% d'entre eux recommanderaient la Martiniklink à leurs proches).

DialogHealth

23/25 rue Jean-Jacques Rousseau
75001 Paris

+33 9 86 28 54 22

info@dialog-health.com

www.dialog-health.com

CONTACTEZ-NOUS POUR ORGANISER VOTRE PROCHAIN VOYAGE D'ÉTUDE INTERNATIONAL!

Pour plus d'information sur le contenu du rapport : emilie.lebee@dialog-health.com