

Chapitre 1

Développement de la e-santé : et si l'innovation inversée pouvait aider à pallier la désertification médicale ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'état de santé est un des droits fondamentaux de tout être humain. En France, le plan gouvernemental Ma Santé 2022 a prévu « de créer sur les territoires un véritable collectif de soins qui associe les professionnels de santé de tous les métiers, les hôpitaux, les professionnels de ville et du secteur médico-social. Tous ces acteurs [...] doivent rassembler leurs compétences, leurs moyens et leurs énergies, et les mettre pleinement au service de la santé des patients de leur territoire ». La loi Santé a été votée le 24 juillet 2019. Ce qui vaut dans l'absolu vaut plus encore en cette période de pandémie de Covid-19, qui nous amène à reconsidérer nos modes de consommation et de production, ou plus généralement nos modes de vie.

Les systèmes de santé de certains pays anciennement industrialisés sont à bout de souffle, tandis que ceux des pays moyennement avancés sont en cours de construction, s'appuyant notamment sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Et si les systèmes mis en œuvre en Afrique ou en Inde nous aidaient à lutter contre les conséquences du déclin de la démographie médicale en France ?

Afin de répondre à cette question, nous proposons une réflexion sur l'innovation inversée comme source de progrès dans le maillage territorial pour une équité de l'accès aux soins dans un pays comme la France. L'innovation inversée (Govindarajan et Trimble, 2009 et 2012) est celle qui s'adapte localement dans les pays émergents (innovation

frugale), puis revient vers les pays développés qui se réapproprient les usages et prouvent son efficacité sur le terrain.

Notre réflexion s'inscrit dans une approche systémique pour appréhender correctement les interconnexions et interrelations, puis nous réfléchissons à l'approche des expériences africaines au titre des *best practices* pour les considérer comme une aide contre la désertification médicale sur les territoires français.

Pour répondre à cette question de l'accès aux soins pour tous et en tous lieux, nos réflexions sont menées grâce à une lecture multidisciplinaire reposant sur la fertilisation de deux mondes, médical et managérial.

L'enjeu des ressources médicales

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa Fondation, postule que l'état de santé est un des droits fondamentaux de tout être humain et qualifie la qualité des soins et services de santé comme la garantie pour chaque patient d'un ensemble « d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement durable des Nations Unies (adoptés en 2000, puis réactualisés en 2015), il est stipulé qu'il convient de¹ :

- « réduire le taux mondial de mortalité infantile à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes ;
- éliminer les décès évitables de nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans ;
- mettre fin à certaines maladies (Sida, tuberculose, paludisme, etc.) ;

.....
1 Nations Unies, « Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », www.un.org.

- réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles [...];

Et, enfin d'assurer l'accès universel aux médicaments [...], de renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en développement notamment, en matière de réduction et gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux ».

En France, le plan gouvernemental Ma Santé 2022 (2018) dévoilait son ambition « de créer sur les territoires un véritable collectif de soins qui associe les professionnels de santé de tous les métiers, les hôpitaux, les professionnels de ville et du secteur médico-social. Tous ces acteurs (médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers...) doivent rassembler leurs compétences, leurs moyens et leurs énergies, et les mettre pleinement au service de la santé des patients de leur territoire. » La loi Santé a été votée le 24 juillet 2019, précisant dans son titre II qu'il convient de « créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ».

La médecine est un élément structurant de toutes les sociétés industrielles. La santé relève des dimensions sociales et économiques, individuelles et collectives (Herzlich et Pierret, 2010).

On considère la notion de territoire comme un « périmètre de vie [...] représentant une certaine cohésion géographique, sociale, économique et culturelle. C'est un espace vécu par des acteurs individuels et collectifs, publics, privés et associatifs caractérisés par des statuts multiples et avec des enjeux variés et des rationalités différentes » (Zardet et Noguera, 2013).

Le plan gouvernemental et la loi Santé qui en découle se basent sur dix objectifs, dont l'un fait état du problème d'accès aux soins, pour lequel il est prévu « d'améliorer les soins de proximité grâce à l'exercice coordonné entre tous les professionnels de santé [...], libérer du temps médical grâce à la création de la nouvelle fonction d'assistants médicaux [...], accompagner la réorganisation des hôpitaux [...], rassembler la ville et l'hôpital autour d'un projet de santé de territoire ».

Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait 226 000 médecins en activité, mais le Conseil de l'Ordre des médecins estime qu'en 2025, les

généralistes exerçant de façon régulière ne seront plus que 77 000. Hors de toute projection, la fracture médicale est une réalité : en 2014, on comptait 334 médecins pour 100 000 habitants en France avec des disparités considérables selon les territoires – le taux était de 798 à Paris et de 180 dans l’Eure ! En outre, « l’identification de territoires potentiellement en difficulté d’offre de soins ne peut se limiter à une seule analyse croisée des populations médicale et générale. Ces territoires cumulent en effet un ensemble de fragilités socio-territoriales, sanitaires et autres : accessibilité aux soins, précarité, enclavement, desserte numérique insuffisante, etc. ».

Afin d’affiner les chiffres et de comparer les ressources médicales aux besoins en soins, le Conseil de l’Ordre² a utilisé un indicateur, l’APM (accessibilité potentielle localisée). L’APM met en exergue les disparités d’offres de soins non prises en compte par les indicateurs de densité traditionnels, car il est calculé à l’échelle des communes et non des départements ; il tient également compte de la structure par âge de la population qui influence forcément les besoins de soins. Dès lors, les chiffres s’échelonnent de 0 à 2,2 consultations par an et par habitant à 4,1 à 28,7 consultations par an et par habitant.

Les systèmes de santé des pays anciennement industrialisés, tels que la France, semblent à bout de souffle, tandis que ceux des pays moyennement avancés sont en cours de construction ; la réussite de ces derniers repose sur les nouvelles technologies de l’information et de la communication.

Et si, *mutatis mutandis*, les systèmes mis en place en Afrique nous aidaient à lutter contre les conséquences du déclin de la démographie médicale en France et de l’accès aux soins pour tous et en tous lieux ?

Afin de répondre à cette question, nous proposons une réflexion sur l’innovation inversée comme source de progrès dans le maillage territorial pour une équité et une médecine inclusive dans un pays comme la France. Le concept d’innovation inversée popularisé par Govindarajan et Trimble (2009 et 2012) consiste en une innovation qui non seulement s’adapte localement dans les pays émergents

.....
 2 Dr Patrick Bouet, « Atlas de la démographie médicale en France », www.conseil-national.medecin.fr, 2018.

(innovation frugale), mais revient aussi vers les pays développés qui se réapproprient les usages, mais qui reste encore à être démontrée sur le terrain.

Nous inscrivons notre réflexion dans une approche systémique pour appréhender correctement les interconnexions et interrelations, puis nous réfléchissons à l'approche des expériences africaines notamment au titre des *best practices* pour les considérer dans une aide à l'accès aux soins en France dans la grille de lecture des innovations inversées.

Ces réflexions sont ici menées grâce à une lecture multidisciplinaire reposant sur la fertilisation de deux mondes – médical et managérial – *via* une réflexion tripartite basée sur le triptyque médecin-praticien/enseignant-chercheur/consultant. La collaboration des univers permet la validation réciproque des concepts et des réalités.

Des systèmes mouvants de santé requérant une lecture systémique

L'OMS définit un système de santé comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé ».

En France, le système s'appuie sur des structures multiples : organisations sanitaires pour la prise en charge des patients en milieux hospitaliers, entités sociales et médico-sociales pour subvenir aux soins des publics qualifiables de fragiles ou handicapés, structures ambulatoires pour l'organisation et la gestion des soins dits « de ville ».

On parle donc de systèmes ou de sous-systèmes en interrelation qui équivalent aux unités chez Bertalanffy (1948) ou à des éléments en interaction organisés en fonction d'un but (Rosnay, 1975), ou encore d'une « unité globale organisée d'interrelation entre éléments, actions ou individus » (Morin, 1977) ou « un objet qui, dans un environnement doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pourtant son identité unique » (Le Moigne, 1977).

Selon Le Moigne (1977), un système dit général peut se décrire par une ou des actions enchevêtrées (les soins) dans un environnement assis sur des processus pour des projets à des fins données (dimension téléologique) qui fonctionnent (dimension fonctionnelle) et se transforment dans le temps.

Le système est créé *ex nihilo*, car n'existant pas au niveau naturel. L'approche systémique amène alors à une lecture dudit système et de ses composantes internes, le tout étant recontextualisé dans le ou les environnements. Au-delà de ce contexte, l'approche considère que le tout est davantage que la simple somme algébrique des sous-systèmes (Le Moigne, 1977).

L'approche systémique prend donc en compte les interrelations et interconnexions, permettant de considérer les expériences vécues en mettant en exergue les *best practices*, mais également les considérations sociétales des populations, consacrant alors les innovations inversées. *In fine*, une procédure *bottom-up*, ou à tout le moins participative pour une co-construction, permettra de faire adhérer tous les acteurs (professionnels de santé et patients) et en conséquence, de faire gagner la confiance dans le nouveau système, essentielle dans la relation patient-médecin.

Selon Emery et Trist (1965), une organisation est un système ouvert, composé d'un système technique et d'un système social en interaction. Aloui (2007), reprenant Meinadier (1998), définit le système hospitalier tel un système sociotechnique complexe afin de bien replacer l'homme au cœur de ce système : « Un ensemble composite de personnels, de matériels et de logiciels organisés pour que leur interfonctionnement permette, dans un environnement donné, de remplir les missions pour lesquelles il a été conçu. » Ladite définition peut également s'appliquer au système de santé.

En reprenant la matrice SAGACE de Penalva (1997), également suggérée par Aloui, on va chercher à modéliser pour comprendre le ou les (dys)fonctionnements du système, pour agir ensuite en termes d'optimisation des performances (techniques, humaines et sociétales selon nous) et d'organisation du pilotage, afin de faire vivre ou évoluer ledit système (voir tableau 1.1).

La méthode s'articule alors autour de trois perspectives d'analyse (mission, fonctionnement et évolution) et de trois visions (fonctionnelle, organique et opérationnelle). Elle permet de répondre aux questions du quoi, comment et quand, en s'appuyant sur les individus, partie prenante de tout système ou organisation.

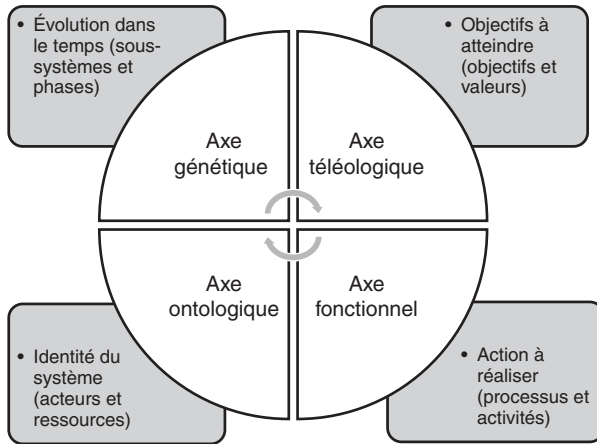
Nous proposons ci-après d'appliquer cette matrice au système de santé.

TABEAU 1.1 Matrice SAGACE appliquée à un système de santé

Visions	Perspectives d'analyse			
	Mission (vue fonctionnelle)	Fonctionnement (vue structurelle)	Évolution (vue comportementale)	
<i>Vision fonctionnelle</i>	<i>Rendre disponibles à tous des soins de qualité</i>	<i>Actes de prévention Diagnostic Traitement</i>	<i>Parcours de soins du patient / continuité de la prise en charge</i>	<i>⇔ ce que fait le système</i>
<i>Vision organique</i>	<i>Professionnels de santé et patients</i>	<i>Territoires de santé</i>	<i>E-santé, dont télémédecine</i>	<i>⇔ ce qu'est le système</i>
<i>Vision opérationnelle</i>	<i>Tutelle ou initiatives privées</i>	<i>Adhésion / consensus des parties prenantes</i>	<i>Innovation inversée ?</i>	<i>⇔ ce que décide le système</i>
	<i>⇔ performances</i>	<i>⇔ stabilité</i>	<i>⇔ pérennité</i>	

Source : adapté de Penalva et Aloui.

Jean *et al.* (2011), approchant les prestations de télémédecine *via* la systémique, corroborent ces définitions, remarques et méthodes. Ils reprennent la définition d'un système de Schindler *et al.* (2007) pour développer et schématiser les axes téléologique, fonctionnel, ontologique et génétique, tels que présentés dans la figure 1.1.

FIGURE 1.1 Approche systémique de la télémédecine

Source : Jean et al., 2011.

Cette posture nous permet de saisir les dimensions multiples d'un système de santé en répondant aux questions d'ordre :

- **Téléologique** : l'objectif à atteindre est celui d'un accès aux soins pour tous les patients et en tous lieux, tant dans les pays anciennement industrialisés que dans les pays émergents ou moyennement avancés.
- **Fonctionnel** : les activités voulues sont les soins.
- **Ontologique** : les éléments constitutifs reposent sur les professionnels de santé aidés des nouvelles technologies d'information et de communication.
- **Génétique** : le système et sa structure évoluent dans le temps grâce aux technologies.

L'OMS (2008), consciente de l'intérêt de l'approche systémique quant à sa capacité à prendre en compte la complexité des systèmes de santé, reprend les caractéristiques des systèmes pour les appliquer au domaine de la santé : les systèmes de santé sont auto-organiseurs (leur organisation résulte de leur structure interne), en constante évolution (ils s'ajustent et se réajustent à de nombreuses échelles de temps interactives), étroitement liés (avec un degré de connectivité important), régis par des rétroactions non linéaires (les relations

internes ne peuvent pas être arrangées selon un simple modèle entrée-sortie), dépendants de l'histoire, et résistants au changement. Les deux dernières dimensions sont fondamentales. Le rapport de l'OMS de 2008 conclut en précisant que si la systémique ne résout pas tous les problèmes des pays en voie de développement, elle permet *a minima* de restructurer les relations au sein de ces systèmes, car « plus les acteurs et exécutants de différents niveaux peuvent dialoguer, plus ils peuvent aller au fond des choses pour communiquer, partager et résoudre les problèmes, plus grandes sont les chances des initiatives lancées pour renforcer les systèmes de santé. Pour faire vraiment la différence, il faudra sans aucun doute du temps, des mutations profondes et un soutien à la dynamique engagée pour renforcer les capacités dans l'ensemble du système et promouvoir des démarches multipartites en vue de la conception et de l'évaluation d'interventions systémiques. Il est indispensable d'évoluer, et il faut le faire maintenant. »

Cette conclusion peut sans doute s'appliquer aux pays développés. Dès lors, pourrait-on parler d'innovation inversée ?

Pour des innovations sociétales : de l'innovation disruptive à l'innovation systémique ?

En France, selon le ministère de la Santé (2018), 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste, mais 8,1 % de la population fait face à une situation de faible accessibilité (9 000 communes et 5,3 millions d'habitants). Plus encore, si l'on prend en compte les communes dont les médecins ont plus de 65 ans, c'est 12,4 % de la population qui fait face à une situation de faible accessibilité actuelle ou à venir. Ces chiffres viennent corroborer les statistiques mentionnées plus haut, tout particulièrement l'APM.

La e-santé est une innovation. Comment doit-on alors la qualifier ? L'OMS entend par e-santé (ou cybersanté) « les services du numérique au service du bien-être de la personne. [Elle] se caractérise également par l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales. » En aucun cas, selon l'OMS, la