



HAL
open science

Les logiques d'innovation à l'hôpital

Faridah Djellal

► **To cite this version:**

Faridah Djellal. Les logiques d'innovation à l'hôpital. Soins Cadres, 2014, n°91, pp.16-20.
10.1016/j.scad.2014.06.002 . hal-01095564

HAL Id: hal-01095564

<https://hal.science/hal-01095564>

Submitted on 26 Jan 2015

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

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

Résumé

La question de l'innovation à l'hôpital ne peut pas être envisagée, aujourd'hui, indépendamment d'un certain nombre de problématiques générales, qui orientent l'évolution du secteur hospitalier et du système de santé dans son ensemble. Par ailleurs, l'effort d'innovation dans les hôpitaux est sous-estimé voire méconnu dans certains cas. Il s'agit dans cette contribution d'appréhender l'innovation dans toute sa diversité à travers la construction d'une grille d'analyse qui nous conduira à une typologie de logiques d'innovation. Celles-ci seront illustrées par des exemples concrets.

Mots clés : Hôpital, Innovation, services

Parmi l'ensemble des activités de services, les services hospitaliers (et les services médicaux en général) occupent une position particulière dans le questionnement relatif à l'innovation à l'hôpital. **L'effort d'innovation dans les hôpitaux est sous-estimé voire méconnu dans certains cas.** L'objectif ici est de fournir une grille générale d'analyse de l'innovation à l'hôpital, qui permette de rendre compte de cette innovation dans toute sa diversité. Pour cela, nous envisageons l'hôpital comme un fournisseur de services complexe et un noeud de réseau. Le patient n'est pas seulement un malade qu'il faut soigner, mais aussi le client d'une prestation de service complexe, client qu'il faut s'efforcer de satisfaire et dont il faut également s'efforcer de satisfaire les proches. Nous nous éloignons de la perception standard selon laquelle l'hôpital ne serait qu'une boîte noire ou une somme de technologies médicales plus ou moins élaborées et spectaculaires (*hôpital-plateau technique et biopharmacologique*).

Pour appréhender l'innovation hospitalière dans sa globalité, il est nécessaire d'opérer une effraction dans la boîte noire de l'organisation. Cette effraction permet de mettre en valeur des acteurs de l'innovation et des fonctions-supports (hôtellerie, restauration, blanchisserie, transport...) également négligés dans les travaux consacrés aux services médicaux et hospitaliers. On peut dire que la prestation hospitalière est une activité complexe dont on peut rendre compte en articulant ou en mettant en correspondance 4 variables :

1^{ère} variable : Les prestations de services élémentaires (S_i)

Le « service de base » de l'hôpital est constitué de la prestation médicale (ou de soins) à proprement parler. Mais la prestation hospitalière ne se réduit pas à ce service de soins. On divise généralement l'ensemble des services élémentaires qui composent la prestation hospitalière en trois groupes : (1) les services de type médical et paramédical, (2) les services de type hôtellerie-restauration, (3) les services de type administration-gestion, Mais, en réalité, il y a bien d'autres services élémentaires. Par exemple, les activités commerciales (les boutiques), les activités récréatives, les activités de soins esthétiques, les activités de garderie.

2^{ème} variable : Le support principal de la prestation de service

Conformément à la représentation du triangle du service (Gadrey J 2000), les supports de la prestation de service peuvent être la matière (M), l'information (I), la connaissance (K) ou l'individu (R). A ces différents supports sont associés des *fonctions élémentaires ou groupes d'opérations* ainsi que des

¹ Contact : faridah.djellal@univ-lille1.fr

² Adresse postale : Faculté des Sciences Economiques et Sociales, Bât SH2, Cité Scientifique, 59655Villeneuve d'ascq

familles technologiques données. On distingue ainsi 4 groupes d'opérations :

- Les opérations de logistique et de transformation de la matière (M), qui consistent à traiter des objets tangibles, c'est-à-dire à les transporter, les transformer, les entretenir, les réparer.
- Les opérations de logistique et traitement de l'information (I), qui consistent à collecter et traiter de l'information codifiée, c'est-à-dire à la produire, la saisir, la transporter, l'archiver, la mettre à jour...
- Les opérations de traitement intellectuel des connaissances (K) par des méthodes, des routines codifiées, des techniques immatérielles.
- Les opérations de service en contact ou relationnelles (R) dans lesquelles le support dominant est le client, et qui consistent en un service direct en contact plus ou moins interactif avec le client.

Chaque prestation de service élémentaire (Si) combine, dans des proportions diverses (variables selon l'hôpital et selon le moment), ces différents groupes d'opérations.

3^{ème} variable : Les caractéristiques de service ou valeurs d'usage (Y)

Ces caractéristiques se situent « en aval » de la décomposition du produit. Elles décrivent les utilités dérivées de la mobilisation (dans le cadre des différents types d'opérations constitutives de la prestation) : des composants techniques internes ; et/ou des compétences.

4^{ème} variable : Les compétences des prestataires (C)

Ces compétences sont situées en « amont » de la décomposition fonctionnelle du produit hospitalier. Les *compétences du prestataire* se rapportent à l'individu (le médecin, le soignant, le cuisiner, la secrétaire...) ou à un collectif restreint (l'équipe ou les équipes impliquées dans la réalisation de la prestation hospitalière). Il peut s'agir de compétences sur les techniques et les différents types d'opérations réalisées ou de compétences mobilisées directement (sans médiation technique) pour produire des utilités (Y). Elles peuvent être d'ordre scientifique et technique, relationnelles (internes ou externes), créatives, opératoires (manuelles). Ces compétences sont issues de sources diverses : la formation initiale, la formation continue, les expériences, et plus généralement les interactions diverses, sources d'apprentissage.

Le tableau ci-dessous fournit ainsi une représentation relativement simple du « produit hospitalier », dans toute sa diversité fonctionnelle et technologique.

Tableau 1 : une décomposition fonctionnelle du produit ou de la prestation hospitalière

Services élémentaires	Compétences mobilisées	Support du service, opérations ou fonctions correspondantes et technologies associées				Caractéristiques (« externes ») de services
		M	I	K	R	
S _i	C					
S ₁ : Médecine, soins		XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX			
S ₂ : Hôtellerie						
Maintenance						
Accueil, réception						
Transport						
Gestion, administration						
Restauration						
Crèche						
Buanderie						
Loisir						
Commerce						
Funéraire						
Nettoyage, traitement des déchets						
Etc.						

* La surface grisée désigne les préoccupations principales de la littérature consacrée à l'innovation à l'hôpital.
Source : Djellal F., Gallouj C. et F. (2004).

Ainsi, la prestation hospitalière peut être représentée simplement comme l'agrégation de services élémentaires de différents types (S_i) : soins médicaux, hôtellerie, restauration.... Chacun de ces S_i peut lui-même être envisagé comme la combinaison, à des degrés divers, d'opérations élémentaires portant sur des objets, de l'information, de la connaissance ou des individus.

La représentation générale du produit hospitalier que nous venons de présenter peut se transformer en une grille générale d'analyse de l'innovation à l'hôpital. **L'usage de cette grille permet de mettre en évidence, d'une manière analytique, la grande diversité des formes d'innovation à l'hôpital.** En effet, en simplifiant, on peut dire que l'innovation peut se dérouler dans n'importe quelle case du tableau. Elle peut également consister à ajouter ou à éliminer des cases. Mais, au-delà de l'extrême diversité des types d'innovation, il est possible, sur la base de cette grille, de mettre en évidence un nombre restreint de *logiques d'innovation* à l'œuvre à l'hôpital.

On distingue **4 logiques d'innovation** : les logiques de l'innovation extensive, régressive, intensive et combinatoire.

UNE LOGIQUE D'INNOVATION EXTENSIVE

La logique de « l'innovation extensive » va consister en quelque sorte à « ajouter des lignes au tableau ». C'est l'adjonction de services élémentaires (S_i) au service existant. La logique d'innovation

extensive fonctionne au niveau organisationnel, mais aussi au niveau intra-organisationnel et inter-organisationnel. Les services élémentaires ajoutés, dans cette logique de l'innovation extensive, peuvent appartenir a priori à n'importe lequel des grands groupes de services hospitaliers : (1) les services de type médical et paramédical ; (2) les services de type hôtellerie-restauration-commerce, (3), les services de type administration-gestion comme le montrent les différents exemples ci-dessous.

I) Services de type médical et paramédical

- La mise en place d'un service mobile d'urgence psychiatrique.
- Les prestations de traitement de la douleur depuis le milieu des années quatre-vingt.
- La création de l'hôpital de jour.- L'adjonction de services de soins palliatifs, il y a une quinzaine d'années.

II) Les services de type hôtellerie-restauration-commerce

- L'ouverture d'hôtels hospitaliers ou de maisons familiales hospitalières destinés à accueillir les malades en soins ambulatoires et/ou les familles.
- L'introduction de diverses formes de commerce hospitalier : la librairie, la boutique de cadeaux, le mini-supermarché, le fleuriste, le magasin de jouets, la banque, le cordonnier, le nettoyage à sec, l'agence de voyage, la cellule de conseil juridique, le photographe, le salon de coiffure, la pharmacie, les services postaux, la confiserie, le magasin de nourriture diététique...
- La création d'un restaurant pour les résidents et leur famille.
- L'offre de suites hospitalières de luxe.

III) Les services de type administration-gestion

- L'adjonction d'un département de contrôle de gestion dans un hôpital général.
- La création d'une direction de la communication.
- La création d'une direction de la qualité.

IV) Autres services

- La mise en place d'activités récréatives pour enfants hospitalisés.
- L'ouverture d'un service de garde d'enfants.

UNE LOGIQUE D'INNOVATION « REGRESSIVE »

Cette logique est une logique de suppression de services élémentaires, c'est-à-dire de suppression de « lignes » du tableau. Il peut paraître paradoxal d'associer ainsi les termes innovation et régression. Il n'en demeure pas moins que, dans de nombreuses activités de services, les processus d'innovation peuvent suivre une trajectoire de réduction *du ou des* services. On peut considérer que cette logique se manifeste, de différentes manières, dans les situations suivantes :

- Elle se manifeste, dans une certaine mesure, dans l'opposition entre l'hôpital local (qui offre un service minimum) et le CHR et/ou le CHU.
- Elle est également à l'œuvre dans la création d'établissements hospitaliers étroitement spécialisés, par ex dans le domaine de la chirurgie de la main ou de la prise en charge des lésions des pieds chez les diabétiques. Exemple d'un établissement privé qui ne traite qu'un seul type de patients : ceux qui souffrent d'une hernie inguinale. Cet hôpital a poussé la spécialisation (autrement dit, la logique d'innovation régressive) à un tel degré, qu'il refuse, par exemple, les obèses souffrant d'une hernie ou les patients déclarant des antécédents cardiaques.
- Un autre exemple est le développement du MinuteClinic concept aux Etats-Unis. Il s'agit d'établissements qui traitent (sans rendez-vous et en s'engageant sur un délai d'attente de moins de quinze minutes) un nombre limité d'affections otorhino-laryngologiques basiques.

UNE LOGIQUE D'INNOVATION INTENSIVE

La logique d'innovation intensive va consister, pour un service élémentaire S_i donné (médecine et soins, prestations hôtelières, propreté...), à intervenir sur une des différentes composantes internes ou externes du produit hospitalier. Cette intervention va consister :

- soit à ajouter des compétences et/ou des technologies (matérielles ou immatérielles) nouvelles (ce qui peut se traduire par la suppression des compétences et/ou des technologies anciennes),
- soit à augmenter (parfois à réduire) le poids (la valeur) des compétences et/ou des technologies existantes. Ainsi, la logique de l'innovation intensive se traduit par une action (positive ou négative) sur les « colonnes » de la grille analytique.

Cette logique de l'innovation intensive peut suivre 5 trajectoires différentes :

1. La trajectoire de logistique et transformation matérielle

La trajectoire de logistique et transformation matérielle est à l'œuvre dans la composante du service relevant de la logistique et de la transformation matérielle. Cette trajectoire traduit les évolutions technologiques relatives au transport et à la transformation de la matière (qu'elle soit humaine ou physique). Différents exemples repris dans l'encadré ci-dessous illustrent cette trajectoire :

- systèmes de transport des individus ou des biens,
- systèmes de cuisson et de réfrigération,
- systèmes de nettoyage,
- distributeurs de produits variés
- remplacement des bistouris électriques par des dissecteurs ultrasoniques
- introduction de médicaments nouveaux ou améliorés sur le plan thérapeutique.
- déplacement motorisé de lits,
- mise au point de nouveaux systèmes de transport de la nourriture
- véhicule multifonctionnel adapté aux multiples usages de la logistique hospitalière.
- dans le cas des services de blanchisserie, l'introduction (en leur temps) d'engageuses automatiques, d'empileurs automatiques et tunnels de finition

2. La trajectoire de logistique et de traitement de l'information

Cette trajectoire prend forme dans la composante informationnelle du produit hospitalier. Elle correspond bien évidemment à la dynamique des systèmes d'information et de communication. Cette trajectoire informationnelle est, bien entendu, particulièrement présente dans les services (élémentaires) de gestion et d'administration des flux informationnels. Nous pouvons citer à titre d'exemples : l'encaissement des recettes hospitalières par bornes automatiques de paiement, la mise au point d'un système (interactif) d'aide à la confection des plannings d'infirmier(e)s, l'installation de centres ultra-perfectionnés de traitement et de régulation des appels d'urgence. Cette trajectoire informationnelle pénètre, de plus en plus, également les services de gestion des flux matériels (gestion des stocks, des cuisines, logiciels de suivis des déchets hospitaliers, etc.) et les services médicaux (télémédecine, codes barres sur poignée des patients pour suivi des prises de médicaments, caméra portable pour détection de cancer de la peau).

3. La trajectoire méthodologique

Cette trajectoire est à l'œuvre dans la composante cognitive du produit hospitalier (K). Elle rend compte

de la production et de l'évolution de méthodes formalisées de traitement de la connaissance. En ce qui concerne les services médicaux, ces trajectoires désignent la mise au point et l'amélioration des protocoles de diagnostic, des protocoles de soins, des stratégies thérapeutiques, des protocoles de maintien de l'hygiène (et de lutte contre les maladies nosocomiales). Citons par exemples la mise au point par les sages-femmes de cycles de préparation à l'accouchement ou dans les services de soins aux personnes âgées les méthodes d'évaluation du degré de démence, de risque (de chute, par exemple), de dépendance, de mémoire, de douleur, etc.

- En ce qui concerne maintenant les services non médicaux, s'inscrivent dans cette trajectoire, par exemple,
 - la mise au point de protocoles de nettoyage adaptés à l'hôpital (en particulier, les protocoles de traitement des déchets toxiques),
 - la mise en place d'une démarche qualité au sein des équipes de brancardiers
 - la mise au point de dispositifs de lutte contre les falsifications d'ordonnances médicales
 - la conception de tableaux de bord de la gestion de la qualité et des risques

4. La trajectoire « servicielle » pure

La trajectoire d'innovation servicielle décrit la mise en œuvre et l'évolution d'innovations de service indépendamment de tout support technique. Ces innovations de service s'appuient sur la mobilisation directe de compétences (C) pour fournir les caractéristiques de service (Y). Elles peuvent s'incarner dans une organisation particulière et sont donc en partie des innovations organisationnelles (dans lesquelles les systèmes techniques ne sont pas importants). La trajectoire d'innovation servicielle relève ainsi de l'idéal-type (dans la mesure où il est rare qu'une technique, même rudimentaire, ne soit pas utilisée dans la réalisation d'une prestation donnée). Cette trajectoire servicielle semble particulièrement vigoureuse dans les activités de front-office, en contact direct avec les clients-usagers (services d'accueil, admissions, etc.). Par exemple : les services d'accueil destinés à des publics spécifiques, tels que les patients en situation de précarité ou de nationalité étrangère...

5. La trajectoire relationnelle

La composante « service en contact » du produit hospitalier est, elle aussi, le champ d'une dynamique d'innovation. Cette dynamique (ou trajectoire) d'innovation décrit l'introduction de fonctions ou de caractéristiques de service en contact ou de nouvelles modalités de mise en relation du client et du prestataire ainsi que leur évolution dans le temps. La trajectoire relationnelle est souvent difficilement dissociable des autres trajectoires comme l'illustrent les trois situations suivantes :

- Les démarches de fidélisation (en particulier, dans les cliniques privées) relèvent à la fois de trajectoires méthodologiques et relationnelles.
- Il est probable que les innovations dans les systèmes de transport interne ou externe des biens et des personnes (véhicules automobiles, chaises roulantes, robots) relèvent à la fois des trajectoires matérielles et relationnelles.
- Les expériences de mise en place de bornes interactives de communication ou de paiement menées relèvent à la fois de la trajectoire relationnelle et de la trajectoire informationnelle.

UNE LOGIQUE D'INNOVATION COMBINATOIRE

- L'innovation combinatoire ou architecturale constitue la quatrième logique de l'innovation hospitalière. Elle est la plus fréquente. Cette logique d'innovation est bien connue dans le domaine de la microélectronique et des biotechnologies. Elle constitue une logique d'innovation encore plus

fondamentale dans les activités de service, en particulier, dans les services de type assemblage d'assemblages, comme l'hôpital. Elle intègre l'ensemble des mécanismes d'innovation associés aux différentes logiques précédentes (extensive, régressive et intensive). Autrement dit, la logique d'innovation combinatoire s'appuie sur les principes d'association et de dissociation des services élémentaires et des technologies et compétences correspondantes. Dans notre grille analytique du produit hospitalier (cf. Tableau ci-dessus), cette logique combinatoire n'affecte pas une ligne ou une colonne particulière, mais plusieurs lignes et/ou plusieurs colonnes, qu'elle associe et/ou dissocie pour élaborer une innovation. Le processus d'innovation s'apparente ici à un jeu de puzzle où l'on combine différentes cases de la grille pour obtenir un service nouveau. Elle peut également être envisagée aux niveaux organisationnels, intra-organisationnels et inter-organisationnels. Les exemples d'innovation issus de cette logique combinatoire sont très nombreux. On peut citer :

→ Des technologies différentes (colonnes du tableau) et les trajectoires correspondantes peuvent être associées (combinées) tout en restant « séparées », pour produire des caractéristiques de service données.

→ Elles peuvent également être combinées dans le sens d'une hybridation. Il y a de nombreux exemples d'hybridation de trajectoires matérielles et informationnelles. Ex : vidéo-chirurgie, robot chirurgical, diagnostic assisté par ordinateur, robots de transports...

→ La plupart des expériences de type réseau (réseaux ville-hôpital, réseaux de soins coordonnés...) s'inscrivent dans une logique d'innovation combinatoire. Les expériences de réseaux sont diverses en fonction du nombre d'acteurs impliqués, de la nature de ces acteurs, des objectifs visés, des éventuelles technologies mobilisées.

Exemples :

- les réseaux gérontologiques
- les réseaux VIH
- les réseaux constitués autour d'autres domaines médicaux ou médico-sociaux : le diabète, l'hépatite C, la précarité, la périnatalité.
- les réseaux constitués à l'intersection de différentes problématiques : par exemple, des réseaux articulant les problématiques de la périnatalité et de la précarité dans le domaine de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants.
- simple co-acquisition de matériels lourds par plusieurs établissements,
- convention de co-utilisation des matériels (scanner, IRM)
- fusion d'hôpitaux, absorption d'un établissement par un autre

Conclusion

L'hôpital est une organisation de service complexe, qui intervient sur une gamme large et ouverte de prestations de service, qui accompagnent et influencent la qualité des soins. C'est un complexe « multi-services » qui regroupe et coordonne des services médicaux et non médicaux. Les formes et les modes d'innovation y sont donc également multiples. L'hypothèse qui a guidé ce travail est que *l'innovation médicale n'est pas synonyme d'innovation hospitalière*, autrement dit que l'innovation hospitalière est une catégorie beaucoup plus large que l'innovation médicale. Il est donc nécessaire à la fois pour les acteurs hospitaliers, pour les autorités de tutelle, mais aussi pour la recherche en sciences sociales de prendre en compte ces différents gisements d'innovation et leurs acteurs, de manière autonome, mais aussi dans leurs interactions (leurs effets réciproques, leurs conflits).

Bibliographie

- De Pourville G. (1996a), Hôpitaux : la double contrainte, *Revue Française de Gestion*, Juin-Août, p. 72-79.
- Djellal F., Gallouj F. (2008), Measuring and improving productivity in services : issues, strategies and challenges, Edward Elgar Publishers.
- Djellal F., Gallouj C. et F. (2004), L'hôpital innovateur : de l'innovation médicale à l'innovation de service, Editions Masson.
- Fuchs V. (1996), Economics, values and health care reform, *The American Economic Review*, 86, p. 1-24.
- Gadrey J. (1989), La productivité des systèmes hospitaliers : une méthode critique, *Cahiers Lillois d'Economie et de Sociologie*, n° 14, 2^{ème} semestre, p. 109-122.
- Gadrey J. (1991), Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion, *Politiques et Management Public*, Vol. 9, n° 1, mars, p. 1-24.
- Gadrey J. (1996b), *Services : la productivité en question*, Desclée de Brouwer, 358 p.
- Gadrey J. (2000), The Characterization of Goods and Services : an Alternative Approach, *the Review of Income and Wealth*, series 46, n° 3, septembre, 369-387.
- Gallouj C., Gallouj F. (1996), *L'innovation dans les services*, Paris : Economica Poche, 112 p.
- Gallouj F. et Weinstein O. (1997), Innovation in services, *Research Policy*, 26, p. 537-556.
- Mougeot M. (1994), Systèmes de santé et concurrence, *Economica*, Paris, 213 p.