

Les inégalités sociales et la santé, inextricable jeu de dominos !

Où et quelles sont ses pièces ? Le microsysteme clinique...

Karim V. Laaribi*

Mots clés : soins centrés sur le malade, sécurité, qualité, efficacité, efficience, iniquité en faveur des défavorisés, microsysteme clinique.

Résumé : le rapport « Quality Chasm » de l'Institute of Medicine (IOM) en 2001 définit six objectifs en qualité des soins : les soins doivent être sûrs, efficaces, centrés sur le patient, à temps, efficaces et équitables. Le même rapport préconise une dizaine de recommandations pour revoir le système de soins. Les efforts de réforme se focalisent d'abord sur l'environnement, ensuite sur l'organisation des soins et surtout celle des interactions entre patients et professionnels de soins connues par les actions en microsysteme clinique.

Face à un sentiment pérenne d'injustice de la population, à une croissance des dépenses de santé et à la demande de soins, à l'émergence de nouvelles maladies et donc de nouveaux problèmes de santé publique, à une technologie médicale très innovante, au désert médical dans certaines régions, à la pénurie de certains métiers en soins, à la compétitivité économique et aux restrictions budgétaires publiques, la situation semble complexe et inextricable pour revoir le système et pour répondre aux objectifs de l'Institute of Medicine (IOM).

De toute évidence, les nouvelles technologies et les technologies de l'information auront une grande partie de la solution. Grâce à leur vitalité et à leur créativité, les professionnels de soins, qui connaissent le mieux le patient et créent de la valeur, peuvent résoudre cette équation difficile en optant pour des approches intelligentes de la prise en charge basée sur le principe de l'iniquité en faveur des défavorisé(e)s.

Keywords: patient centred care, safety, quality, effectiveness, efficiency, inequity in favour of disadvantaged, clinical microsystem.

Abstract: in 2001, the « Quality Chasm » report of the Institute of Medicine (IOM) defines six aims: care should be safe, effective, patient-centered, timely, efficient and equitable. It mentioned 10 rules for care delivery redesign. Collection of efforts focuses reform at three different overlapping levels of the system: the environmental level, the level of the health care organization, and mainly the interface between patients and professionals known by clinical microsystem actions.

Faced with a permanent injustice sense by population, a growth of health spending and the demand of care, the emergence of new diseases and therefore the new public health problems, a highly innovative medical technology, medical desert in some areas, lack of some healthcare professionals, economic competitiveness and public budget cuts, the situation seems complex and inextricable to review the system and to meet the six mentioned "Institute of Medicine" goals.

* Économiste et doctorant, Laboratoire d'éthique médicale de l'Université de Paris Descartes [k.laaribi@france-accreditation.fr].

Obviously, new technologies and information technology have a large part of the solution. Thanks to their vitality and creativity, frontline professionals, know the patient and create value, may solve this difficult equation by opting for intelligent treatment approaches based on the principle of inequity in favour of disadvantaged.

Vers la fin du XX^e siècle, et face à de nouveaux défis émergents des systèmes de santé, l'Institute of Médecine a défini, dans un rapport diffusé en 2001, « the Quality Chasm », six objectifs pour des soins de qualité : centrés sur le patient, sûrs, efficaces, efficaces, à temps et équitables (1) :

– Les soins centrés sur le patient signifient que le patient évolue vers un statut de « consommateur actif » (2). Lui et son entourage n'ont plus de relation paternaliste avec le médecin. La nouvelle relation maintient certes la confiance entre le médecin et son patient mais nécessite information, consentement du patient et transparence du médecin. Selon les systèmes de santé et leur maturité, le patient (et sa famille) se trouve de plus en plus impliqué dans son parcours de soins par des droits mais aussi par des devoirs. Diverses approches et stratégies ont été choisies. En France, les états généraux de la Santé de 1998 et 1999 étaient l'expression d'un débat ouvert et démocratique avec les Français et une affirmation claire et forte des droits des patients (3). La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner adoptée le 4 mars 2002 (4), inscrit cette dimension dans le Code de la santé publique. Plusieurs pays ont d'ailleurs adopté des lois similaires : la Finlande en 1992, les Pays-Bas en 1995, la Grèce en 1997, le Danemark en 1998 et la Belgique en 2002 (5). Cette loi (4) a pu traduire en termes concrets, les souhaits exprimés par les citoyens au cours des états généraux de la Santé. Même si le concept de droits des malades a toujours existé, notamment en déontologie médicale et dans différents textes réglementaires exigeant que les établissements de santé respectent la Charte du patient hospitalisé. Ces droits n'ont jamais été listés et rassemblés et n'ont pas fait l'objet d'une feuille de route et de plan pérenne d'actions ciblées. Le texte souligne d'abord la valeur de la démocratie sanitaire et affirme notamment les droits de la personne (comme la confidentialité et le secret professionnel, la bienveillance, le respect de la dignité et de l'intimité, etc.). Le consentement éclairé, l'information de l'état de santé et l'accès de l'utilisateur à son dossier sont soulignés. Elle précise ensuite le cadre de la participation des usagers au fonctionnement du système de santé via des associations de malades et leur organisation à l'échelle nationale et locale. Des commissions de relation avec les usagers ont été également créées dans les structures de santé avec une implication significative de ces associations.

Par ailleurs, l'éducation thérapeutique a été inscrite dans les priorités de la prise en charge des malades. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Selon l'OMS (6), l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle peut comprendre plusieurs actions organisées notamment le soutien psychosocial afin que les patients soient conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des parcours de soins, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Elle aide le malade (ainsi que sa famille) à comprendre la maladie et son traitement, à collaborer et à assumer les responsabilités dans la propre prise en charge. Le but est d'aider le patient à maintenir et améliorer sa qualité de vie. Les finalités de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autogestion de ses soins (6) comme l'acquisition de compétences liées à sa sécurité ;
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (8) du malade grâce à son vécu et à son expérience antérieure.

La modernisation du système de santé intègre enfin le patient et sa famille dans l'équipe de soins. Ils deviennent eux-mêmes acteurs. Il existe de nombreuses façons de faire participer les patients/familles aux soins. Ils jouent le rôle de conseillers pour les outils d'éducation, l'amélioration de la qualité et l'établissement de relations avec les autres patients/familles. Certains de ces rôles peuvent être formalisés et permanents, d'autres sont ponctuels et informels. À certaines occasions, il peut être intéressant de recueillir des informations et l'opinion des patients/familles sur un point spécifique. L'ensemble de ces actions est nécessaire pour garantir des soins véritablement centrés sur les besoins, les priorités, les objectifs et la valeur créée auprès des personnes malades (notamment chroniques) (9).

La prise en charge holistique repose enfin sur un travail d'équipe pluridisciplinaire et professionnel, intégrant et impliquant d'une part le patient/sa famille, et veillant, d'autre part, à mieux répondre à leurs attentes, leurs besoins et leurs droits en général mais aussi à des besoins spécifiques à chaque individu. Une telle prise en charge ne peut s'évaluer que par le service rendu ou la valeur créée auprès du patient selon ses variables certes cliniques mais aussi ses variables liées à la satisfaction du patient, aux coûts directs et indirects, et surtout aux contrôles des risques de son environnement pour lui garantir un optimum de bien-être physique, mental et social (10).

- La sécurité des soins est devenue une priorité des politiques des systèmes de santé. Une nouvelle perception accrue des risques s'est développée suite à des événements indésirables liés aux soins, à la médiatisation d'accidents médicaux et à des

crises, à l'exigence de transparence et à la judiciarisation des risques médicaux (11). Le sujet de la sécurité des soins est souvent en lien étroit avec la gestion des risques. Il a souvent été traité selon des approches morcelées connues par les vigilances (par ex. hémovigilance, pharmacovigilance, etc.). La nouvelle approche opte pour une stratégie plus globale et plus systémique (12).

La formation à la gestion des risques et l'accompagnement au changement de la pratique hospitalière et médicale sont préconisés (13).

La déclaration des événements indésirables et des accidents, l'évaluation et l'analyse des risques notamment médicaux, la diffusion des actions correctives, la communication et la simulation des professionnels représentent les principaux axes de la sécurité des soins et la gestion des risques (12).

Les règles et les dispositifs de la gestion des risques contribuent au changement souhaité des organisations en place et au changement d'attitude et de la culture statique des vigilances. La priorité est donnée à la sécurité du patient, à la sensibilisation via la formation, à l'alignement des objectifs en faveur de la sécurité, à l'implication et à la sensibilisation du patient et sa famille, au travail en équipe, au climat ouvert permettant, à titre d'exemple, la remontée et l'analyse rigoureuse des événements indésirables sans crainte de sanction ou de blâme. Le dispositif touche, à titre indicatif, les risques externes, internes, environnementaux, écologiques, épidémiques, financiers, professionnels et structurels.

Les actions de sécurité des soins sont fondées sur les preuves et guidées (13) par une meilleure connaissance de l'impact des pratiques sur les résultats qu'il s'agisse des pratiques cliniques (infarctus aigu du myocarde par exemple), des pratiques organisationnelles (la réduction des bactériémies sur cathéters vasculaires centraux en unités de réanimation) ou des pratiques agissant sur la culture des professionnels (déclarations des événements).

Pour construire une continuité pérenne du dispositif, les acteurs des soins et les leaders concernés doivent investir dans une collecte régulière des indicateurs (12). Les indicateurs peuvent être classés en mesures applicables à l'ensemble de l'organisation de soins et en mesures thématiques. On peut citer des indicateurs portant sur la culture de sécurité notamment le taux des déclarations, la lutte contre les infections notamment du site opératoire, les hémorragies et hématomes en post-opératoire, l'hygiène des mains mesurée par la consommation de produits alcoolisés, etc.

Une partie de la loi Kouchner (4) traite de la réparation des conséquences des risques sanitaires. Les médecins doivent avoir une assurance de responsabilité civile relative à leurs activités soit par leurs propres moyens (médecins libéraux) ou

indirectement par les assurances de responsabilité civile de leurs employeurs (par ex. établissements publics de santé). Ils doivent informer et déclarer tout accident lié aux soins. Des médiateurs médicaux et non médicaux ont ainsi vu le jour dans les établissements de soins pour éviter les recours aux litiges.

Comme toutes les autres industries, la sécurité ne cesse d'occuper une place importante dans le parcours de soins programmés et non programmés. Le contrôle, les vigilances et la gestion des risques (*a priori*, *a posteriori* ainsi que les crises) sont devenus des éléments de performance. Une culture de non-blâme ne cesse d'être encouragée entre professionnels de soins pour mieux déclarer les événements indésirables qu'ils peuvent rencontrer (12).

– L'efficacité, l'efficience et la pertinence des soins sont des sujets liés. Ils n'ignorent pas la sécurité et la prise en charge centrée sur le patient. Ces sujets révèlent une question cruciale pour l'avenir de nos systèmes de santé, celle de la variation injustifiée dans la pratique médicale et du gaspillage des ressources et des technologies de la santé. Ceci se traduit par le sur-usage, le sous-usage, et le mauvais usage des soins.

Le sous-usage des soins « reconnus efficaces » est courant (par ex. la non-prescription des bêtabloquants pour les personnes ayant eu déjà des crises cardiaques, le non-dépistage des diabétiques suite aux premiers signes de la maladie de la rétine, etc.). Les causes du sous-usage sont souvent liées à la discontinuité et le manque de coordination des soins (qui s'aggravent avec l'implication de plusieurs médecins dans la prise en charge du patient) et le manque de dispositif d'aide à l'usage approprié des soins (14).

Le mauvais usage des soins se réfère aux situations où il existe des compromis importants entre les options de soins disponibles et reconnus efficaces. Ces choix devraient ainsi être fondés sur la création de la valeur et du service rendu au patient (par ex. le choix entre une mastectomie ou une tumorectomie pour le cancer du sein au stade précoce). Le mauvais usage des soins est souvent dû au manque de précision de l'évaluation du risque-bénéfice des soins et aux orientations thérapeutiques non fondées sur la valeur créée auprès du patient et ses préférences (14).

Le sur-usage des soins est particulièrement évident dans la prise en charge des maladies chroniques (comme l'admission à l'hôpital de patients souffrant de maladies chroniques — telles que le diabète ou la gériatrie — plutôt que de les traiter en ambulatoire). Les causes sont souvent une dépendance excessive du secteur des soins aigus comme les structures hospitalières mais aussi un manque d'infrastructure pour

appuyer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques dans d'autres lieux (14).

Le sous-usage des soins reconnus efficaces est largement répandu parce que nos systèmes de soins n'ont pas encore les moyens de suivre systématiquement la conformité de la pratique professionnelle avec les recommandations de bonnes pratiques. Certes les dispositifs de développement professionnel continu, de la formation continue, et de l'évaluation des pratiques professionnelles (15) sont des outils utiles mais ils sont insuffisants pour améliorer le bon usage et l'offre appropriée de soins. Les solutions préconisées seraient probablement — le repérage des patients ayant besoin d'une prise en charge spécifique grâce à une veille intelligente et un suivi continu et coordonné entre acteurs de soins — de nouvelles incitations économiques influençant le comportement des patients et des prestataires : on se demande toujours les raisons de sous-payer les diagnostics annuels de la vue, puis de sur-payer la prise en charge de ceux qui finissent malvoyant ? Il va falloir inventer un dispositif de récompense des prestations efficaces des soins. Il encouragerait la prescription des soins à tous les patients éligibles (16), d'où l'émergence de la question de l'équité.

L'équité des soins est le sixième et dernier objectif de la qualité des soins. Certes, le bien-être physique, mental et social recherché par l'individu et la population ne peut être garanti seulement par les systèmes de santé. Les soins « offerts » à la population, quelque soit leur caractère, soins préventifs, soins curatifs, soins chroniques ou soins palliatifs, ne peuvent garantir seuls ce bien-être. Néanmoins, la demande, le besoin en santé, et la consommation des soins ne cessent de croître pour diverses raisons, notamment l'évolution rapide des technologies médicales et les technologies de la santé, l'accessibilité notamment géographique, le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques et des affections de longue durée, l'effet générationnel, etc. L'égalité et la non-discrimination face aux soins relèvent aussi des droits du malade (4). Les dépenses de santé ne cessent de croître et la prise en charge des malades devient parfois inextricable pour les décideurs notamment politiques et les systèmes de couverture sociale. Depuis son existence, l'humanité n'a jamais bénéficié d'une telle offre de soins : infrastructure, équipements, établissements de soins, facultés de médecine, écoles de soins, personnel de santé, etc. La technologie de l'information et la télémédecine contribuent significativement à l'accès aux soins des populations habituellement marginalisées (17).

Tous les pays émergents et riches doivent résoudre des équations de plus en plus complexes, celles de garantir un accès aux soins de qualité et de trouver les financements pour. Il est important de souligner que la contribution directe au

financement des dépenses de santé des individus ne cesse de croître. Elle peut dépasser dans plusieurs pays les 45 % des dépenses de santé. Conscients de cette complexité, les décideurs politiques et les tiers payants doivent étudier et proposer des solutions.

Par ailleurs, et face à la compétitivité économique, le jeune contribuable actif, principal bailleur des systèmes sociaux et de couverture sanitaire, est de plus en plus ébranlé par une fiscalité et des cotisations qui freinent sa consommation, son épargne et ses investissements. Lui aussi éprouve un sentiment d'injustice. Il finance un dispositif social « généreux ». Retrouvera-t-il un retour sur investissement plus tard quand il sera âgé et malade (18) ?

Ces situations engendrent des approches souvent divergentes pour remédier à ce sentiment d'injustice. Deux écoles d'équité émergent :

– D'abord, une école plutôt libérale basée sur un principe reconnu comme « individualiste » (19) : la société ne peut offrir à une population donnée des soins chers et gratuits. L'individu aura la liberté de choisir son assurance santé selon ses moyens financiers et ses comportements. Un minimum de soins préventifs est toutefois garanti par l'impôt des contribuables. La charité joue un rôle crucial pour l'accès des populations pauvres et vulnérables aux soins. La croissance économique est toutefois le garant d'une amélioration des conditions de vie et de la santé pérenne d'une population donnée. La croissance économique induit l'attractivité en investissement des capitaux notamment étrangers. L'emploi, la baisse des taxes et des impôts, l'entrepreneuriat et la consommation permettent aux individus et à une société d'évoluer et de bénéficier d'une assurance santé « pourquoi pas privée ! » généreuse. Le fruit de la croissance engendrerait une abondance des recettes fiscales pouvant améliorer les conditions de vie, l'infrastructure ainsi que le panier de biens et de services collectifs (réseau de distribution de l'eau, des habitations, des écoles, des services culturels, sociaux et de santé, etc.).

– Ensuite, une école plutôt égalitariste basée sur le principe humaniste de « la couverture universelle » (20). Toute population donnée sur un territoire donné (quels que soient ses revenus, son genre, sa couleur, sa nationalité, etc.) a un accès gratuit ou presque gratuit à des soins (préventifs, curatifs, chroniques et palliatifs) de qualité. Les impôts, les taxes (approche biverdienne) et la contribution des individus, les employés et les entreprises (approche bismarkienne) ou les deux confondues financent ce dispositif. Un tel système nécessite un contrôle des parcours et des filiales de soins. L'Organisation mondiale de la santé préconise cette école à travers sa pyramide de soins (20), soit des soins primaires, ensuite des soins secondaires et enfin les soins de

pointe ou tertiaires. Dans ce cas de figure, il est évident que la liberté de choix prôchée par les libéraux se limite à quelques rares systèmes de santé comme probablement celui de la France.

Selon ses orientations et sa situation économique, le décideur aligne sa politique selon les écoles mentionnées, plus de libéralisme, de liberté de choisir et moins d'égalitarisme ou plus d'égalitarisme, d'accès universel et moins de libéralisme.

L'iniquité en faveur des défavorisé(e)s est une troisième école qui émerge (19). Connue comme « la troisième voie » dans les encyclopédies politiques ou socioéconomiques, cette école trouve bien sa place dans les systèmes de santé. Elle prévoit déjà un dispositif plutôt humaniste, privilégiant un accès gratuit aux soins aux individus ayant un capital santé bas à leur naissance (par ex. handicapés) ou ayant détérioré ce même capital via des facteurs aléatoires que l'individu ne peut contrôler (par ex. vieillesse).

Naître de genre féminin, naître handicapé, naître séropositif, naître dans une communauté marginalisée, naître dans un milieu défavorable ou difficile, naître dans un milieu rural, etc., est fréquent et a des répercussions directes et indirectes sur l'état général et l'avenir de la personne et de sa santé. Le courage et la volonté de l'individu de se sortir de ces situations difficiles sont souvent cités comme des exemples à suivre dans l'école de l'équité libérale. La réalité est souvent différente. La volonté ne peut seule assurer un bien-être meilleur. La charité individuelle et sociétale, la société civile et l'implication de l'État « providence » sont des facteurs cruciaux pour l'amélioration de la qualité de vie. Source des externalités négatives et d'un sentiment d'injustice de certaines populations et de certaines classes sociales, certains métiers ou certaines professions, l'État providence, souvent considéré comme le remède à l'inégalité et l'injustice sociale, ne cesse d'être mis en cause.

Le sentiment d'injustice ne cesse ainsi de croître suite aux crises économiques et face à la restriction des budgets publics alloués aux actions sociosanitaires, les deux écoles mentionnées se confrontent. Pourquoi ne seraient-elles complémentaires ? Offrir une médecine personnalisée et de précision à des malades atteints du cancer rare et/ou qui échappent à des protocoles thérapeutiques reconnus efficaces (21), repérer des patients âgés complexes et mettre en place une coordination personnalisée de leur parcours de soins (ambulatoires sociosanitaires et hospitaliers), prendre en charge des populations vulnérables et/ou marginalisées et les accompagner dans leur parcours de soins (22), mettre en place un dispositif d'éducation thérapeutique auprès d'une population donnée via des actions ciblées et personnalisées sont des traductions concrètes de cette « troisième voie » dans nos systèmes de soins.

Plusieurs facteurs garantissent un état satisfaisant de santé d'un individu et d'une population sur un territoire donné. Parmi ces facteurs on peut citer le capital santé de l'individu. Souvent, les facteurs comportementaux et environnementaux contribuent à sa dégradation ou à son amélioration. Les conditions d'hygiène des individus, l'accès à l'eau et à l'assainissement, les conditions d'habitation, la scolarisation des enfants et des filles en particulier sont quelques facteurs déterminants au bien-être et la santé.

La qualité des soins est en effet un déterminant crucial à l'amélioration du capital santé. Le rapport « Quality Chasm » de l'Institute of Medicine enjoint toutes les parties prenantes de la santé (les assureurs santé publics et privés, les établissements de santé, les cliniciens et les patients) à travailler ensemble pour repenser les parcours et les filières de soins. Il établit une dizaine de recommandations (1) :

Les patients doivent recevoir des soins quand ils en ont besoin, avoir la garantie d'une continuité des soins. Le système de soins doit être très réactif (24 heures par jour, tous les jours) et l'accès aux soins doit être garanti par tous moyens disponibles tels Internet, le téléphone ou autres et pas seulement par des visites.

Les soins doivent être personnalisés en fonction des besoins et des valeurs du patient. Le système de soins doit être conçu pour répondre aux besoins les plus courants, mais devrait avoir la souplesse nécessaire pour répondre aux choix et préférences d'un patient individuel.

Le patient doit être la source du contrôle et recevoir les informations nécessaires pour exercer un optimum de contrôle relatif au choix et aux décisions thérapeutiques qui le concerne. Le système de santé doit être en mesure de prendre en considération les différentes préférences des patients et encourager le partage de prise de décision.

Ce système devrait également encourager le partage des connaissances et la libre circulation de l'information. Les patients devraient avoir un accès sans entrave à leurs propres dossiers médicaux et à l'information clinique. Les cliniciens et les patients doivent communiquer efficacement et partager les informations.

La prise de décision doit être fondée sur des preuves. Les patients doivent recevoir des soins fondés sur les meilleures connaissances scientifiques disponibles et les soins ne devraient pas varier de façon illogique d'un clinicien à un autre ou d'un endroit à un autre.

La sécurité devrait être une priorité du système de soins et les patients doivent être assurés des risques liés aux soins. Réduire les risques et assurer la sécurité exigeront des dispositifs pour prévenir et atténuer les erreurs.

Le système doit être transparent et rendre l'information disponible aux patients et à leurs familles pour une prise de décision éclairée lors d'un choix thérapeutique, d'un

hôpital, d'une pratique clinique ou d'un traitement alternatif. Les patients doivent être informés de la performance du système à propos de la sécurité, de la pratique professionnelle et de la satisfaction des prestations fournies.

Le système devrait anticiper les besoins des patients, être proactif plutôt que de réagir aux événements.

Le système doit constamment chercher à réduire le mauvais usage des soins. Il ne devrait pas gaspiller les ressources ou le temps des patients.

Le système devrait encourager la coopération entre les cliniciens. Les cliniciens et les institutions doivent activement collaborer et communiquer les uns avec les autres pour s'assurer que les patients reçoivent les soins appropriés.

Les efforts de réforme, comme ceux de la loi Hôpital Patient Santé Territoire en France, se focalisent sur l'environnement, puis l'organisation des soins et enfin sur les interactions entre patients et professionnels de soins (1-23).

Quelles que soient l'organisation et la gouvernance des systèmes, la production des soins est conçue selon une structure cohérente telle la chaîne d'effet favorisant l'amélioration de la qualité : Patient-communauté, microsystème de production de soins, macrosystème, environnement. Cette structure hiérarchise les soins comme suit :

- l'autogestion par le malade ;
- la relation malade-médecin ;
- le microsystème clinique ;
- le mesosystème ;
- le macrosystème.

Les grands systèmes (macrosystèmes) sont composés de petits systèmes, (microsystèmes). Ces derniers assurent la qualité, la sécurité et les résultats attendus des consommations et dépenses de soins dans un parcours ou une filière de soins (mesosystème). Les différents parcours et leurs interactions et leur cohérence avec les axes stratégiques forment les macrosystèmes. Les résultats ou la valeur ajoutée des microsystèmes et leurs analyses peuvent être source de changement, afin de créer plus de valeur pour les malades et un progrès des systèmes de soins (24).

Par ailleurs, la mise en relation entre les organisations de soins et les usagers garantit la pérennité des améliorations et des corrections. Cette unité de rencontre « organisation-usager », n'est que le microsystème (« *smallest replicable unit* » ou « *minimum replicable unit* », la plus petite unité d'action). Elle est la place cruciale du

« noyau » stratégique dans une organisation de soins. Souvent l'effet domino [des réformes] n'arrive pas à agir sur le système par manque ou absence de pièces du jeu : le micro-système. Utile à toute gouvernance intelligente, le micro-système occupe une place importante dans la conception stratégique et la définition des objectifs à long terme, de la technologie de l'information. Les dirigeants s'attachent à développer des actions en micro-unités, garant de l'amélioration continue de la performance de leurs structures (24).

Les micro-unités sont semblables à des cellules vivantes créant qualité et valeur pour les usagers ou des cordons ombilicaux, appelés « *sharp end* » : source de vie entre usager et organisation.

Le micro-système clinique est caractérisé par un petit groupe de personnes qui travaillent ensemble sur une base régulée pour soigner une sous-population de patients potentiels. Il a des objectifs cliniques et financiers, des processus associés et un environnement d'informations partagées, il produit des résultats performants. Les micro-systèmes sont évolutifs et font souvent partie d'organisations plus larges.

Les micro-systèmes cliniques sont des systèmes d'adaptation à la complexité, puisqu'ils coordonnent des actions essentielles en articulation avec les objectifs, concilient les besoins des professionnels en interne et les maintiennent comme unité clinique tout le temps (24).

Conclusion

La santé et les inégalités sociales sont souvent étudiées dans le cadre de l'éthique et de la qualité des soins. Ceux-ci doivent être centrés sur le patient, sûrs, efficaces, efficients, à temps et équitables. Une revue des systèmes de santé semble ainsi nécessaire. Le patient devient un acteur actif dans un micro-système, la brique élémentaire du système de soins. Il comprend tous les lieux où sont délivrés ces soins, que ce soit le domicile, le service de consultation ou l'hospitalisation. Le micro-système est le lieu où les personnes apprennent à devenir des professionnels compétents à partir de leur propre expérience ; où on teste les changements, on observe et on comprend la complexité ; où la fierté du travail bien fait se construit ou se perd ; où se trouve le point de contact avec les autres micro-systèmes pour assurer un continuum de la prise en charge ; où la prise en charge réelle traduit la réalité de la pratique et ses difficultés notamment sociales ; où sont générés les coûts et la sécurité, où la confiance se gagne ou se perd ; où les patients/familles reçoivent une réponse satisfaisante ou non à leurs attentes. L'information fait partie du micro-système. La créativité, la vitalité, le leadership de chaque micro-système contribuent à corriger et améliorer la prise en charge des malades les plus éligibles. Son intelligence et sa veille permettent de repérer

les besoins spécifiques et de les anticiper. Le soutien et la reconnaissance des décideurs (macrosystème) sont cruciaux. Ils peuvent se traduire par une récompense des microsystèmes les plus performants.

Bibliographie

1. IOM (Institute of Medicine) Washington, DC, National Academy Press, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, 2001.
2. *États généraux de la Santé, une démarche innovante pour plus de démocratie*, actualité, ADSP n° 27, juin 1999.
3. P. Batifoulier, « La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché », in 18^e journées des économistes de santé français, Université de Bourgogne, 23-24 novembre 2006.
4. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
5. F. Bourdillon, *Santé publique*, Université Pierre et Marie Curie, 2005.
6. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998.
7. Décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. World Health Organization, Centre for Health Development, *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*, Kobe, WHO, 2004.
8. Compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci, World Health Organization, *Skills for Health*, Geneva, WHO, 2003.
9. E. Jeppson et J. Thomas, *Essential Allies: Families as Advisors*, Institute for Family-Centered Care, Bethesda, MD, États-Unis, 1994, révisé en 2005.
10. P. B. Batalden, E. C. Nelson, W. H. Edwards, M. M. Godfrey, J. J. Mohr, « Microsystems in health care: Part 9. Developing small clinical units to attain peak performance », *Jt C. J. Qual. Saf.*, 2003.
11. Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la santé (DGS), Haute autorité de santé (HAS), Programme national pour la sécurité des patients, 2013-2017.

12. IOM (Institute of Medicine) Washington, DC, *To err is human : Building a safer Health System*, 1999.
13. E. G. Campbell, S. Singer, B. T. Kitch *et al.*, « Patient safety climate in hospitals: act locally on variation across units », *Jt Comm. J. Qual. Patient Saf.*, 2010.
14. *Effective care, Dartmouth Atlas project topic brief*, Center for the Evaluative Clinical Sciences, 2007 [www.dartmouthatlas.org].
15. *Développement professionnel continu, Méthodes et modalités de DPC*, Haute autorité de santé, mise à jour janvier 2015.
16. E. A. McGlynn, S. M. Asch, J. Adams, J. Keeseey, J. Hicks, A. DeCristofaro et E. A. Kerr, « The quality of health care delivered to adults in the United States », *N. Engl. J. Med.*, 2003.
17. B. Majnoni d'Intignano et P. Ulmann, *Économie de la santé*, 1^{re} éd., PUF, coll. « Thémis », 2001.
18. V. Fargeon, *Introduction à l'économie de la santé*, 2^e éd., PUG, coll. « Economie en + », sept. 2014.
19. J. Rawls, *A Theory of Justice*, 3^e éd., Harvard, HUP, 1999.
20. *L'organisation de l'offre des soins selon l'OMS* [www.who.int/fr/].
21. www.carislifesciences.eu
22. S. Emery et C. Hervé, « Modèle d'articulation Pass-Réseau de santé. Exemple du Cash de Nanterre », 2005. [www.asdes.fr].
23. *Loi HPST et la régionalisation du système de santé, Premier bilan et perspectives à l'horizon 2015*, Les études de l'Observatoire de la régionalisation du système de santé, mai 2011.
24. E. C. Nelson *et al.*, « Microsystems in healthcare : Part 1. Learning from high performing front line clinical units », *Jt Comm. J. Qual. Improv.*, 2002, 28, p. 472-493.