

Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 2. Stratégie

*Improving chronic disease management – 2. Strategy*Huard P¹, Schaller P²**Résumé**

Ce deuxième article, « Améliorer la prise en charge des maladies chroniques – 2. Stratégie », vise à dégager des options stratégiques susceptibles de réduire les difficultés de mise en œuvre identifiées dans le premier article. Pour y parvenir, les points suivants sont successivement abordés ;

- en premier lieu, nous opposons des interventions apparemment pertinentes qui ne donnent pas les résultats escomptés, à des réformes apparemment difficiles qui réussissent (la réforme britannique de 1991) ;
- en second lieu, nous montrons que des processus dynamiques locaux peuvent produire les changements nécessaires, et perturber l’inertie du système ;
- en troisième lieu, à partir de ces analyses, nous retenons une stratégie consistant à aider des initiatives de terrain, en matière de prise en charge des maladies chroniques, à se développer et à devenir de nouvelles références pour le système. Une illustration est proposée avec un dispositif engagé dans ce type de dynamique (le réseau Delta de Genève).

Prat Organ Soins. 2010;41(3):247-255

Mots-clés : Organisation des soins ; gestion intégrée des soins ; réseau et filière de soins ; gouvernance professionnelle ; gouvernance clinique ; pratiques de soins ; stratégie de changement ; réformes des soins de santé.

Summary

In the second article, “Improving chronic disease management – 2. Strategy”, the authors identify strategies that may help reduce the implementation difficulties described in the first article. The following points are successively discussed:

- the authors first compare and contrast seemingly relevant measures that fail to produce the desired results and apparently difficult reforms that succeed (the British reform of 1991);
- this description is followed by a demonstration of how local dynamic processes may cause necessary changes in the system and interfere with its overall inertia;
- the preceding analyses are used to elaborate a strategy that promotes the development of field initiatives in the area of chronic disease management and their establishment as new references for the global system. The case of the Delta network in Geneva is used to illustrate this type of dynamics.

Prat Organ Soins. 2010;41(3):247-255

Keywords: Community health services, organization; delivery of health care, integrated; health care networks; professional governance; clinical governance; health care practices; strategy of change; health care reform.

¹ Professeur, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II, France.

² M.Sc. Réseau de soins Delta, Genève, Suisse.

Comme l'a souligné le précédent article, l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques suppose la modification des pratiques de nombreux acteurs du système de santé. Or, l'observation montre que la multiplication des interventions ne s'est révélée jusqu'ici que modestement efficace. Il convient donc d'ouvrir plus largement la réflexion sur les modalités possibles des changements nécessaires ; c'est ce que propose le présent article :

- dans une première partie, on distingue un changement planifié, d'un changement émergent, dans le champ sanitaire ;
- dans une seconde partie, on cherche à dégager les principes d'une dynamique de changement des pratiques ;
- dans une troisième partie, sont avancés les éléments d'une stratégie de mise en œuvre de la dynamique de changement vers une prise en charge plus efficace des maladies chroniques.

CHANGEMENT PLANIFIÉ, CHANGEMENT ÉMERGEANT

L'efficacité des interventions est naturellement associée à la rigueur de leur conception et de leur mise en œuvre, cependant cette relation n'est pas toujours vérifiée.

1. Des interventions sérieuses qui échouent

Généralement, les interventions visant à modifier le fonctionnement et les résultats de l'activité sanitaire s'appuient sur des principes d'information, de contrainte et d'incitation :

- l'information porte par exemple, sur des modèles de prise en charge [1, 2] qui énumèrent les aspects qu'il faudrait faire progresser : renforcer l'utilisation de l'*evidence-based medicine*¹ et la planification des soins, réorganiser la délivrance des soins et les rôles respectifs des professionnels, améliorer l'aide aux patients pour leur propre prise en charge, faciliter l'accès aux expertises, rendre les informations cliniques plus accessibles, fournir de l'aide à la décision pour les professionnels, mobiliser les ressources communautaires, etc. [3, 4]. Assurément, ces différentes dimensions conditionnent le progrès de la prise en charge des maladies chroniques ; mais ces modèles restent statiques, et représentent même un facteur supplémentaire d'inertie dans la mesure où ils laissent penser que rien ne peut se produire tant que toutes les conditions énumérées ne sont pas satisfaites ;
- la contrainte est présente dans les modifications des règles de fonctionnement qu'introduisent les pouvoirs publics, usant de leur autorité légitime, sur la base de l'hypothèse que les règles définissent les

décisions et les actions des acteurs considérés. Cette hypothèse néglige le fait que, dans le système sanitaire, les acteurs disposent d'une marge discrétionnaire importante, que ce ne sont pas de simples exécutants appliquant des procédures standardisées. En conséquence, leur autonomie leur permet d'esquiver, de neutraliser, d'infléchir une partie des interventions, et de réduire d'autant l'efficacité de ces dernières ;

- l'incitation consiste à concevoir des règles qui amènent les acteurs à adopter spontanément des comportements conformes, parce que ces comportements servent aussi leurs intérêts. Mais là encore, faute d'estimer correctement les avantages et inconvénients d'un changement pour un acteur, le changement n'a pas lieu.

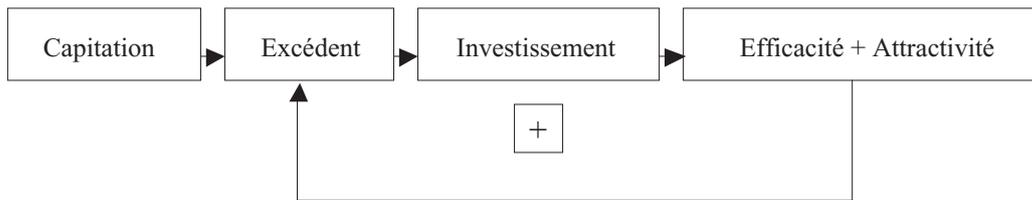
Ces difficultés récurrentes tiennent donc au fait que souvent les interventions sont construites à partir de représentations réductrices qui ignorent la complexité concrète des pratiques. Une pratique [5-7] est complexe parce qu'elle se développe dans un contexte matériel et social particulier qui lui donne sa signification, et qui détermine l'identité sociale des acteurs qui y participent. Elle n'est donc pas superposable à la définition technique et abstraite de l'activité qui sert de base à la conception des interventions évoquées plus haut. En dépit de ces difficultés, certaines réformes réussissent, quelquefois au-delà de ce qui était prévu.

2. Des réformes condamnées qui réussissent [8, 9]

Une illustration de cette situation peut être trouvée (en simplifiant un peu les choses) dans la réforme du système sanitaire de Grande-Bretagne. Le système britannique étant marqué par son caractère bureaucratique et une faible efficacité, le gouvernement Thatcher mit en œuvre, en 1991, une réforme ayant pour objectif d'introduire dans le système une relation fournisseur/client inspirée du marché concurrentiel. L'idée étant que les patients ne pouvant être des consommateurs avisés, faute de pouvoir juger les services dont ils bénéficient, ce rôle d'acheteur pouvait être tenu par des groupes de médecins de premier recours, les *fundholders*.

Il faut se rappeler qu'avant même cette réforme, les généralistes étaient déjà rémunérés à la capitation ; chacun d'eux recevait pour son activité propre, un forfait pour chaque assuré s'étant inscrit sur sa liste. Avec la réforme, on propose à des groupes de généralistes, de recevoir une capitation globale destinée à financer non seulement l'activité propre du groupe, comme précédemment, mais aussi à payer les services de prestataires extérieurs au groupe (spécialistes, hôpitaux, etc.) choisis par ces généralistes (*gatekeepers*) pour leurs

¹ Voir note page 253.

Figure 1. Structure de la dynamique de développement des *fundholders*.

patients. Le groupe de généralistes a intérêt à sélectionner les prestataires les plus efficaces et à se détourner des autres ; si ces derniers ne veulent pas être privés d'une partie de leurs patients, ils sont contraints d'améliorer leur efficacité. Il y a donc comme sur un marché, une concurrence incitant les producteurs à mieux faire. Le groupe de généralistes dispose d'un budget important dont il décide de l'utilisation, et dont il conserve en fin d'année, un éventuel excédent qu'il peut affecter à l'amélioration des moyens du groupe, en matériel, en personnel, en activités complémentaires (locaux, équipements, secrétaires, assistants, prévention, dépistage, éducation thérapeutique des patients, programme de *disease management*, système d'information, etc.). Une explication du développement de cette réforme peut être élaborée en proposant une combinaison particulière des relations déterminées par ces nouvelles mesures.

La réaction des acteurs du système à ce projet fut un rejet massif, au motif qu'ils avaient pour mission de soigner les malades, plutôt que de gérer un budget en mettant les différents fournisseurs en concurrence, ou pour ces derniers de faire passer les préoccupations de coûts avant les soins. Ainsi, la réforme semblait définitivement enterrée avant d'avoir vu le jour. Néanmoins, quelques groupes de généralistes acceptèrent la proposition ; ils reçurent des budgets importants, dégagèrent des excédents, les investirent dans des moyens et des activités complémentaires, améliorant la qualité de la prise en charge de leurs patients, ce qui se traduit par un afflux d'assurés souhaitant s'inscrire sur leur liste. Comme le revenu de ces généralistes regroupés est fonction du nombre des assurés dont ils ont la responsabilité, leurs revenus augmentèrent, au détriment des généralistes opposés à la réforme ; une partie des assurés inscrits chez ces derniers, se déplaçant vers les groupes de ces *fundholders*. Il n'en fallait pas plus pour que les opposants à la réforme deviennent des partisans, que la réforme se généralise rapidement, et marque encore le système, malgré le changement politique de 1997.

Les effets sur les revenus ont sans doute joué un rôle important dans le revirement des médecins vis-à-vis de la réforme. Mais l'explication de la réussite durable des changements ne peut se limiter à une incitation

financière, d'autant que les différences initiales de revenu provoquées par la réforme, se sont résorbées au fur et à mesure que l'adoption de la capitation globale s'étendait et réduisait les déplacements d'assurés. Par contre, la possibilité pour les groupes de généralistes, de dégager des excédents permettant d'élargir la gamme des moyens et des services, pour eux et pour leurs patients, a modifié très sensiblement le contexte, contribuant à faire évoluer les pratiques. Les professionnels s'adaptent au contexte qu'ils modifient par leurs décisions d'investissement au sein du groupe. Se met ainsi en place un processus dynamique d'interactions entre contexte et pratiques, qui bien que moins visible, semble beaucoup plus important que les aspects financiers que l'on trouve au démarrage du processus. C'est ce processus de changement qu'il convient d'examiner de plus près.

DES PROCESSUS DYNAMIQUES DE CHANGEMENT

Si l'on reprend l'exemple britannique, on peut distinguer deux niveaux de changement, d'abord la formation et le développement de groupes de médecins, puis la diffusion de cette forme d'organisation au sein du système de santé.

1. Formation et développement d'une organisation locale innovante

Les changements qui donnent naissance à de nouveaux dispositifs de prise en charge des patients, combinent plusieurs éléments :

- une structure constituée d'une séquence stable de conditions ;
- un processus d'apprentissage qui sous-tend l'adoption par les acteurs de nouvelles pratiques ;
- l'émergence d'une communauté de pratiques.

Un exemple de structure de dispositif innovant, en reprenant la réforme des *fundholders*, peut être représentée comme suit.

Le financement forfaitaire [10] permet de dégager un excédent d'autant plus important que le groupe porte attention à ses coûts et qu'il sélectionne correctement

ses prestataires. Cet excédent sert à faire des investissements, à améliorer le fonctionnement du groupe et l'éventail des services rendus aux patients. Les investissements permettent d'attirer de nouveaux assurés, de faire augmenter la taille, la différenciation des tâches, les économies d'échelle, etc. ; c'est-à-dire d'accroître l'efficacité, les ressources et les excédents.

Ainsi, au moins pendant une période correspondant au développement du dispositif, ce processus est récursif (les relations forment une boucle), cumulatif (les relations sont positives), temporairement irréversible, sensible à de petits changements initiaux (un premier excédent suffit sous certaines conditions, à mettre le processus en marche). En d'autres termes, une fois lancé, le changement se réalise tout seul ; il devient endogène à la nouvelle organisation mise en place [11-13]. Mais cet automatisme apparent ne fonctionne que si les acteurs concernés font l'apprentissage de nouvelles pratiques, c'est-à-dire que leurs décisions et leurs actions sont à même de tirer parti du potentiel de changement [14, 15] inscrit dans la structure schématisée plus haut.

L'apprentissage se définit comme une modification durable des connaissances, compétences et pratiques, en fonction des acquisitions liées à l'expérience. Très grossièrement, le mécanisme est le suivant [16, 17]. Confronté à un problème nouveau, on lui applique une solution dont on dispose déjà (l'assimilation), mais cela exige le plus souvent d'ajuster la solution (l'accommodation). Ces ajustements sont toujours modestes, ils représentent de petits déplacements par rapport à la solution initiale ; car si le problème est trop nouveau, trop différent de ce que l'on sait faire, on devra renoncer à le traiter. Mais les ajustements marginaux successifs se traduisent par un élargissement progressif de la gamme de réponses que l'on peut mobiliser. On a ainsi deux conditions sous-jacentes à l'apprentissage : d'une part, les problèmes nouveaux ne doivent pas être trop nouveaux (proximité), sinon l'ajustement à réaliser est trop important, d'autre part, il faut cependant être confronté à des problèmes différents (variété) pour être amené à multiplier les ajustements qui diversifient notre capacité de réponse. Par ailleurs, outre les mécanismes cognitifs, l'apprentissage repose sur des mécanismes sociaux ; il est notamment renforcé lorsqu'il a lieu au sein d'un groupe, ainsi que par l'action d'un médiateur qui aide à réaliser les ajustements. Finalement, dans un contexte qui se transforme, de nouveaux problèmes se posent, et l'on observe que certaines conditions facilitent l'apparition d'initiatives collectives locales qui permettent à des acteurs de collaborer pour trouver de nouvelles solutions et de les mettre en œuvre, c'est-à-dire de produire de nouvelles pratiques et une nouvelle organisation. Cet apprentissage ne se contente pas de modifier l'action initiale en

fonction des résultats obtenus (*single loop learning*), mais modifie également les représentations de la situation (*double loop learning*) [18]. On peut dire aussi que cet apprentissage ne cherche pas seulement à améliorer la solution existante (exploitation), mais s'efforce de trouver des alternatives (exploration) [19]. Dans le cours de ces processus, toutes les composantes des pratiques (connaissances, compétences, significations sociales des activités, identités des acteurs) sont remises en question et doivent se recomposer progressivement, ce qui amène les acteurs à redéfinir le contenu et les frontières de leurs activités, et à renégocier les modalités de leurs relations, c'est-à-dire à faire évoluer continuellement la structure [20-23]. Ainsi, une fois introduite la modification initiale (la capitation globale), les acteurs impliqués vont progressivement apprendre à explorer les opportunités et à construire, étape par étape, une trajectoire de changement du couple pratiques/structures. Dans ce processus, l'apprentissage porte principalement sur le renforcement de la participation de chacun à une activité collective, jusqu'à faire émerger une communauté de pratique.

La communauté de pratique [24, 25] est un ensemble dans lequel les apprentissages vont converger les pratiques vers une véritable collaboration entre les participants. Avant d'être une forme d'organisation, une communauté de pratiques est un processus dynamique de développement. Une participation initiale minimale permet, sous certaines conditions, aux acteurs concernés d'apprendre à collaborer, d'acquiescer une identité dans le cadre de la communauté, d'en comprendre le fonctionnement et d'en tirer des avantages, de renforcer leur motivation à collaborer. Cet apprentissage s'appuie sur des « objets intermédiaires » (*boundary objects*) [26] qui servent de base de discussion et de négociation aux acteurs. Il peut s'agir de projets, de procédures, d'objectifs, de règles, de modalités d'allocation de ressources, de processus de décision, de répartition de l'autorité, de définition des frontières entre les intervenants, etc., c'est-à-dire d'objets sensibles, sur lesquels les acteurs vont devoir soit expliciter leurs positions et donc accepter d'échanger, soit se retirer du dispositif collectif en cours de constitution.

Dans la mesure où des interactions se développent autour d'objets intermédiaires, les acteurs ont l'occasion de mieux comprendre comment fonctionnent leurs partenaires ; quels sont leurs objectifs, leurs contraintes et leurs stratégies pour promouvoir leurs intérêts. Se crée ainsi un début de connaissance commune qui facilite grandement la communication et permet de réduire les risques de blocage et d'abandon. En particulier, les différences et les dépendances entre les catégories de participants, qui sont au cœur des négociations, vont pouvoir être explicitées et servir d'indicateurs des progrès et des difficultés des processus d'apprentissage.

Ces interactions peuvent faire évoluer les interprétations jusqu'à ce qu'une situation de juxtaposition d'activités autonomes soit finalement vue comme une activité collective. Pour chacun des acteurs, l'objectif n'est plus uniquement de s'intéresser à l'efficacité de son activité propre, mais aussi à la pertinence de sa contribution à l'efficacité de la prise en charge globale des patients.

L'ajustement continu entre des éléments provisoires de structure et des pratiques qui évoluent, fait apparaître de nouvelles contraintes et opportunités, auxquelles la communauté doit trouver des réponses. Parmi les démarches collectives de recherche mises en œuvre, on peut noter la place qu'occupe la narration [27, 28]. Des recherches dans des domaines différents, montrent comment la découverte de solutions innovantes est favorisée lorsque les acteurs rendent compte de manière détaillée, d'expériences récentes ou plus anciennes, ayant des similitudes avec le problème actuel. Ces échanges permettent à chacun de s'appropriier les expériences des autres, et de les croiser avec les siennes ; l'ensemble de ces combinaisons donne naissance à un large registre à partir duquel de nouvelles réponses peuvent être plus facilement dégagées. Ce partage des expériences [29-32] suppose que tous les acteurs susceptibles de contribuer utilement à la réflexion, soient sollicités indépendamment de leur position centrale ou périphérique.

Finalement, on est en présence d'un processus auto-entretenu de construction sociale qui renforce la collaboration des membres de la communauté de pratiques, en réinterprétant le cadre de leurs activités, et leurs identités. Très certainement, les relations sociales sont déterminantes dans cette affaire, par rapport aux aspects techniques comme les recommandations issues de l'*evidence-based medicine* ou l'accès à un système d'information et de communication sophistiqué.

2. Des dispositifs innovants locaux, au système sanitaire global

Lorsque les conditions le permettent (partage du risque financier, possibilité d'investir les excédents, dans le cas des *fundholders*), des formes alternatives de prise en charge des patients, caractérisées par l'intégration plus ou moins complète des différentes interventions, peuvent voir le jour. Reste à examiner comment ces innovations organisationnelles sont susceptibles d'engendrer des modifications structurelles du système sanitaire dans son ensemble [33, 34].

Du fait de la complexité des relations et de l'attitude défensive de nombreux acteurs, le système de santé présente une forte inertie. Cette inertie est aggravée par l'absence de véritables références alternatives. En

matière de prise en charge des pathologies chroniques, le système reproduit, pour l'essentiel, l'organisation dominante marquée, en particulier, par l'autonomie des intervenants et par les carences de coopération et de coordination. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait, non pas des modèles normatifs prescrivant ce que devrait être l'organisation idéale, mais des initiatives innovantes concrètes capables de démontrer leur supériorité relativement à l'efficacité (résultats et qualité des prises en charge, satisfaction des acteurs, principalement des patients), et relativement à l'efficience, par la limitation de leurs coûts. Plus des expériences d'organisation alternative de prise en charge des maladies chroniques prouvent leur supériorité et leur faisabilité, plus elles résistent aux critiques, plus elles s'imposent à l'attention de tous les acteurs. Elles introduisent dans le système, un élément de comparaison qui en perturbe l'équilibre, contribuant à rendre crédibles et souhaitables des changements qui jusque là relevaient de l'incantation. Pour que ces changements se réalisent, il faut que les expériences acquièrent un pouvoir d'attraction sur de nouveaux acteurs, ce qui peut nécessiter la modification de certaines réglementations aux effets contre incitatifs. Dans la mesure où l'adoption des nouvelles formes d'organisation s'élargit, le déséquilibre s'accroît et déplace le centre de gravité du système en matière de prise en charge des maladies chroniques, jusqu'à ce que les nouvelles formes deviennent dominantes. On a là les principes généraux d'une stratégie de changement [35-38] : créer de nouvelles références attractives pour les acteurs, qui mettent le système en mouvement. Demeurent cependant beaucoup d'inconnues, pour que cette stratégie puisse être appliquée :

- à quoi reconnaît-on une organisation supérieure de la prise en charge des maladies chroniques ? Les modèles normatifs énumèrent des propositions comme « renforcer la coopération entre les intervenants », qui sont des résultats plutôt que des moyens opératoires, et sont pour cette raison, de peu d'utilité. Ce qui compte c'est le potentiel de développement d'un dispositif ; c'est l'inscription de son fonctionnement dans un processus dynamique de progrès de l'efficacité et de l'efficience ;
- mais un tel processus est malaisé à définir *a priori*. L'exemple de la réforme des *fundholders*, nous a permis de mettre en évidence par l'analyse, une modalité de dynamique, mais d'autres variantes sont sans doute possibles. En dépit de ces difficultés, on peut essayer de faire avancer cette stratégie de changement déséquilibré.

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

Plusieurs points doivent être rappelés :

- le but visé est l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques ;

- la stratégie pour y parvenir consiste à créer des prototypes d'organisation innovante qui soient des références alternatives à l'organisation dominante de cette prise en charge ;
- cette stratégie est celle d'acteurs intervenant dans la régulation du système, à des titres divers (administrations publiques sanitaires, assurances maladie, fondations, associations de professionnels de la santé, etc.) ;
- il ne s'agit pas pour ces acteurs, d'élaborer un modèle ou des recommandations, et d'en faire la promotion au sein du système, mais de venir en appui et d'accompagner les initiatives de terrain qui présentent un potentiel significatif de changement ;
- ci-dessous, la procédure de mise en œuvre de cette stratégie est précisée, puis illustrée à l'aide d'un exemple détaillé.

1. Procédure de mise en œuvre de la stratégie

Faute de savoir définir très précisément et *a priori*, un processus dynamique de progrès de la prise en charge, et de savoir comment une telle dynamique, une fois précisée, pourrait être mise en place et développée, la stratégie doit privilégier une démarche inductive consistant à partir d'initiatives prises par différents acteurs sur le terrain [39]. En conséquence, les différentes étapes de la procédure peuvent être formulées de la façon suivante.

a) Première étape

- identifier des initiatives innovantes en matière de prise en charge des maladies chroniques, qui s'écartent significativement de l'organisation dominante ;
- analyser et évaluer leur potentiel de changement vers plus d'efficacité ;
- sélectionner les initiatives les plus prometteuses.

b) Seconde étape

- établir des programmes de collaboration avec ces dispositifs innovants, de manière à les soutenir dans leur développement ;
- analyser les processus de développement pour en tirer des enseignements sur la nature des difficultés et les conditions de réussite de ces expériences ;
- synthétiser ces enseignements pour dégager les configurations capables de produire les dynamiques recherchées.

c) Troisième étape

- diffuser, en collaboration avec les initiatives, les principaux résultats obtenus, en direction de tous les acteurs du système sanitaire ;
- organiser une réflexion collective fondée sur les expériences ;
- proposer des modifications du contexte général (réglementation, formes de financement et de rémunération, etc.) susceptibles de lever les principaux obstacles et de faciliter le déploiement de ces nouvelles formes.

2. Un exemple de déploiement d'une nouvelle référence : le réseau Delta (Genève)

Le réseau Delta [40, 41] fait partie de ces dispositifs qui se sont créés, dans le cadre du *managed care* prévu par la LAMal ; il possède les principales caractéristiques d'un tel dispositif. Le partage du risque financier :

- il est financé par une capitation par assuré, versée par les assureurs avec lesquels le réseau a contracté ;
- il doit donc se préoccuper de contenir ses coûts, ce à quoi il est parvenu en mettant en place des cercles de qualité au sein desquels les médecins participant au réseau mènent régulièrement une réflexion sur leurs pratiques. Le soutien mutuel qu'ils en retirent, leur permet de rationaliser, de normaliser et d'améliorer la qualité de leurs décisions ;
- en conséquence, le réseau dégage des excédents qu'il utilise d'une part, sous forme d'incitatifs en direction des participants ; et d'autre part, sous forme d'investissements dans des infrastructures matérielles (locaux, équipements, systèmes d'information, etc.) et immatérielles (formation, réunions, gestion, administration, nouvelles activités, programmes de *disease management*, etc.). Ces investissements enrichissent la gamme des services que le réseau rend aux professionnels, aux assurés, aux patients, ce qui rend le réseau plus attractif pour tous ces acteurs qui s'y engagent plus fortement. Par ailleurs, ces divers mouvements peuvent attirer l'attention et susciter l'intérêt d'acteurs extérieurs susceptibles d'y adhérer.

Le processus dynamique qui sous-tend le fonctionnement du réseau Delta est très similaire à celui de *fundholders* examiné plus haut. On y retrouve une boucle concernant l'efficacité (investissement et taille) et une autre concernant l'attractivité vis-à-vis des professionnels et des patients. Mais les assureurs peuvent sans doute être également intéressés, parce qu'ils négocient avec le réseau, des capitations inférieures aux coûts moyens, parce que si leurs assurés adhérents au réseau sont satisfaits, ils resteront dans l'assurance qui leur permet d'accéder aux services proposés par le réseau. Comme dans le cas des groupes de *fundholders*, on a une interdépendance entre le développement de la gamme des activités et les pratiques des participants. La création d'infrastructures, de capacités, d'activités nouvelles n'est pas arbitraire, elle est plus ou moins explicitement liée à la perception par les participants, de problèmes à résoudre et d'opportunités d'amélioration à saisir. Ces investissements se situent donc dans le prolongement des activités existantes ; il y a une continuité et une cohérence qui facilitent l'ajustement

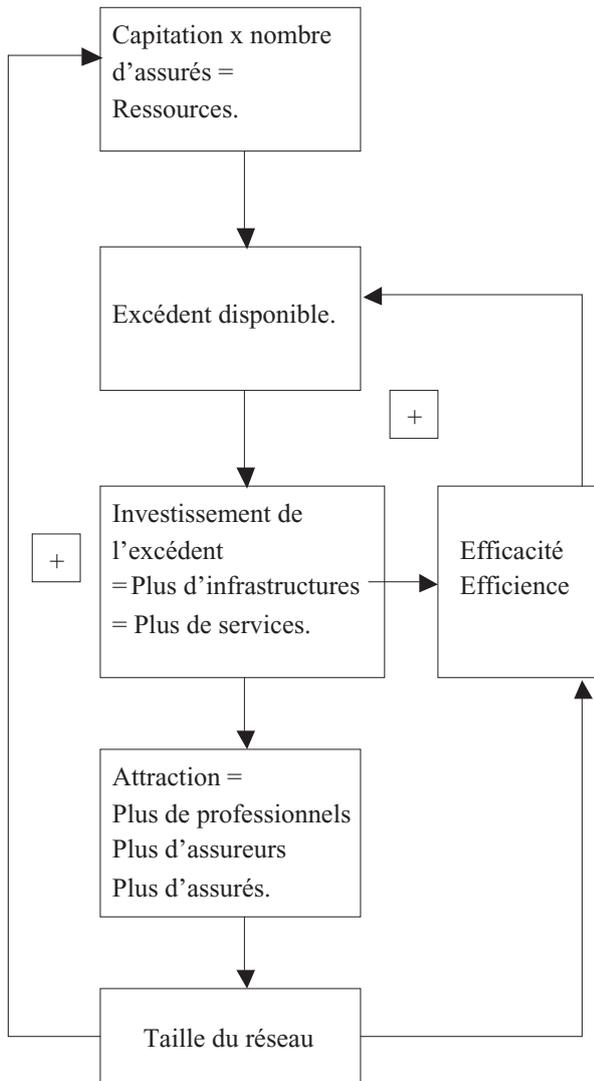


Figure 2. Structure de la dynamique de développement du Réseau Delta.

naturel des pratiques, et leur évolution à travers la succession de ces ajustements. Dans ce mouvement d'apprentissage, les acteurs acquièrent des connaissances et des compétences, notamment en gestion et administration des soins, qui dotent le réseau d'une gouvernance professionnelle [42], un élément supplémentaire de l'attractivité du dispositif.

Les cercles de qualité, mis en place par le réseau Delta, fournissent l'exemple d'un autre mécanisme de changement intéressant. Toutes les occasions de rencontre et d'échange entre les participants sont favorables à une mutuelle compréhension qui permet d'améliorer la

communication, condition préalable à la coopération. La littérature sur la collaboration entre partenaires distants, question importante pour beaucoup d'entreprises internationales, insiste sur les occasions de rapprochement entre participants à un même projet. Il en va de même pour un réseau de soins, toutes les situations qui réunissent, diffusent des informations sur les activités des uns et des autres, et permettent aux participants de mieux se connaître, font progresser la cohésion entre les différentes composantes du dispositif. Mais les cercles de qualité qui servent de cadre à une réflexion collective des professionnels, sur leurs propres pratiques, constituent une forme spécifique d'échange. En effet, les discussions approfondies ayant pour objet des situations, des interprétations, des décisions particulières, permettent non seulement de transmettre des informations, mais surtout d'enrichir le stock d'expériences de chacun, par comparaison, combinaison, c'est-à-dire par accommodation des anciennes. Sans doute, les cercles de qualité sont des lieux de concertation où des procédures normalisées sont discutées et adoptées (*evidence-based medicine*¹), mais ce sont aussi des lieux de narration d'histoires particulières qui jouent un grand rôle dans la création progressive de schémas de pensée plus efficaces et partagés.

Les investissements et les cercles de qualité qui caractérisent la dynamique du réseau Delta, donnent naissance à des processus de changement qui rapprochent les professionnels concernés, améliorent les pratiques et la coopération dans la prise en charge des patients chroniques. Reste que le comportement de ces derniers revêt une grande importance dans le renforcement de l'efficacité d'un tel dispositif. Il s'agit, dans cette optique, de parvenir à modifier l'observance et les habitudes de vie des patients, de faire de ceux-ci des acteurs de leur propre prise en charge, et des partenaires des professionnels avec lesquels ils sont en rapport. Pour acquérir ces nouveaux comportements, l'information des patients n'est pas suffisante parce que dans de nombreux cas, les recommandations qui leur sont faites, sont trop éloignées de leurs capacités de compréhension et de mobilisation ; l'écart est trop grand, l'effort à réaliser trop important. Pour que l'apprentissage se fasse, il faudrait un intermédiaire qui ajuste les messages aux caractéristiques de chaque patient, qui mette en place un dialogue stable et confiant, qui suive les progrès, et qui aide à trouver des solutions aux difficultés rencontrées. Un exemple récent d'un service de ce type est le programme Sophia, d'accompagnement téléphonique personnalisé des patients diabétiques, mis en place en France de manière

¹ L'*evidence-based medicine* ou médecine fondée sur des preuves, ou médecine factuelle, se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques telles que des essais contrôlés randomisés, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites.

expérimentale, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [43].

À ce propos, on peut penser qu'un dispositif d'éducation thérapeutique et d'accompagnement doit assez naturellement, à terme, développer des services complémentaires : répondre aux demandes d'information des patients sur les prestataires de proximité, transmettre aux médecins traitants des informations sur leurs patients (diagnostic éducatif, progrès, incidents particuliers), diffuser à l'ensemble des intervenants des informations relatives aux trajectoires des patients, etc. Le dispositif peut ainsi devenir un partenaire indispensable et contribuer à l'émergence de relations de coopération et de coordination.

Finalement, nous avons mis en évidence, à titre d'exemples concrets, trois processus d'apprentissage de nouvelles pratiques (le développement des capacités et de la variété d'activités complémentaires, par l'investissement d'un excédent ; la réflexion collective sur leurs pratiques par les professionnels ; l'accompagnement personnalisé des patients). Ces processus, séparément ou en combinaison, sont aptes à faire progresser la prise en charge des pathologies chroniques, selon les trois axes analysés plus haut :

- l'efficacité des décisions et des prises en charge par les professionnels ;
- les comportements d'observance et de style de vie des patients ;
- la coopération des intervenants et la coordination de leurs interventions [44-46].

Sans doute, cette tendance à l'intégration d'activités différenciées doit s'accompagner d'une délimitation de son champ d'application à un territoire et à une population donnés, c'est-à-dire qu'elle conduit normalement à un dispositif sanitaire de type communautaire dans lequel d'autres acteurs locaux peuvent intervenir utilement (écoles, associations, administrations, travail social, etc.). Cette intégration est également propice à l'émergence de nouvelles relations entre professionnels et population, et à l'émergence d'un patient consommateur de soins [47, 48]. Elle favorise enfin la prise en considération des trajectoires de santé sur la longue période, en relation avec les interactions entre les contextes et les systèmes de régulation bio-comportementale (*Lifé course health development*) [49].

Des dispositifs de ce type devraient pouvoir bénéficier d'un accompagnement, d'un soutien financier et d'éventuelles dérogations réglementaires, afin de leur permettre de réaliser plus complètement leur potentiel de progrès en matière de prise en charge des maladies chroniques, et de fournir ainsi les références alternatives dont la recomposition du système sanitaire a besoin.

RÉFÉRENCES

1. *Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. Pour une prise en charge efficiente des maladies dites « affections de longue durée »*. Paris : Ministère de la santé ; 2005. [www.sante.gouv.fr].
2. *Concil of State Governments. State official's guide to chronic illness*. [www.csg.org].
3. *Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff. 2001;20(6):64-78.*
4. *Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288:1775-9. Part 2. 2002;288:1909-14.*
5. *Bourdieu P. Le sens pratique*. Paris: Éditions de Minuit ; 1980.
6. *Brown J, Duguid P. Knowledge and organization: a social-practice perspective. Organization Science. 2001;12:198-213.*
7. *Orlikowski W. Knowing in practice: enacting a collective capability in distributed organizing. Organization Science. 2002;13:249-73.*
8. *Goldacre M, Lambert T, Parkhouse J. Views of doctors in the United Kingdom about their own professional position and the National Health Service reforms. J Public Health Med. 1998;20:86-92.*
9. *Le Grand J. Markets, hierarchies and networks: further tales from the British National Health Service*. Londres : London School of Economics ; 2002.
10. *Enthoven AC, Tollen LA, eds. Toward a 21st century health care system, the contribution and promise of prepaid group practice*. San Fransisco : Jossey-Bass ;2004.
11. *David P. Clio and the economics of QWERTY. American Economic Review. 1985;75:332-7.*
12. *Arthur B. Positive feedbacks in the economy. Scientific American. 1990;262(2):92-9.*
13. *Arthur B. Increasing returns and path dependence in the economy. Ann Arbor: University of Michigan press. 1995.*
14. *Barel Y. Le paradoxe et le système*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble ; 1979.
15. *Paulré B. Apprentissage et systémique, Economie et Société. 1993;27(5):25-61.*
16. *Piaget, J. Six études de psychologie*. Genève : Gonthier ; 1964.

17. Piaget J, Inhelder B. *La psychologie de l'enfant*. Paris : PUF ; 1966.
18. Argyris C. *On organizational learning*. Oxford (UK) : Blackwell ; 1992.
19. March J. *Exploration and exploitation in organizational learning*. *Organization Science*. 1991;2(1):71-87.
20. Boland R, Tenkasi R. *Perspective making and perspective taking in communities of knowing*. *Organization Science*. 1995;6:350-72.
21. Bechky B. *Sharing meaning across occupational communities: the transformation of understanding on a production floor*. *Organization Science*. 2003;14:312-30.
22. Kellog K, Orlikowski W, Yates J. *Life in the trading zone: structuring coordination across boundaries in postbureaucratic organizations*. *Organization Science*. 2006;17:22-44.
23. Majchrzak A, Jarvenpaa S, Hollingshead A. *Coordinating expertise among emergent groups responding to disasters*. *Organization Science*. 2007;18:147-61.
24. Wenger E. *Communities of practice, learning, meaning and identity*. Cambridge UK: Cambridge university press; 1998.
25. Thompson M. *Structural and epistemic parameters in communities of practices*. *Organization Science*. 2005;16:151-64.
26. Carlile, P. *Transferring, translating and transforming: an integrative framework for managing knowledge across boundaries*. *Organization Science*. 2004; 15:555-68.
27. Brown J, Duguid P. *Organizational learning and communities of practice, toward a unified view of working, learning and innovation*. *Organization Science*. 1991 2:40-57.
28. Orr, JE. *Talking about machines: an ethnography of modern job*. Ithaca: Cornell university press; 1996.
29. Weick K, Roberts K. *Collective mind in organizations; heedful interrelating on flight decks*. *Administrative Science Quarterly*. 1993;38.
30. Weick K, Sutcliffe, K. *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
31. Carroll J, Rudolph J, Hatakenaka S. *Learning from experience in high-hazard organizations*. *Research in Organizational Behavior*. 2002;24:87-137.
32. Hargadon A, Bechky B. *When collections of creatives become creative collectives; a field study of problems solving at work*. *Organization Science*. 2006;17:484-500.
33. Naiditch M, Bourgueil Y, Grignon M, Midy F, Develay A, Mino JC, et al. *Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins*. *Perspectives Soignantes*. 2000;(9):6-28.
34. Huard P. *Revisiter l'organisation du système de santé*. *Journal d'Économie Médicale*. 2005;23(7-8):457-67.
35. Hirschman A, Lindblom C. *Economic development, research and development, policy-making: some converging views*. *Behavioral Science*. 1962;7.
36. Nelson R, Winter S. *An evolutionary theory of economic change*. Cambridge, MA: Belknap; 1982.
37. Katz M, Shapiro C. *Systems competition and network effects*. *Journal of Economics Perspectives*. 1994;8:93-115.
38. Anderson P. *Complexity theory and organization science*. *Organization Science*. 1999;40:216-32.
39. Kerr E. *Clinical management strategies and diabetes quality: what can we learn from observational studies ?* *Med Care*. 2004;42:825-8.
40. Schaller P, Gaspoz JM. *Coordination des soins : de la théorie à la pratique*. *Rev Med Suisse*. 2008;4:2034-9.
41. Schaller P. *Le réseau de soins Delta*. *Care Management*. 2008;1:4-6.
42. Denis JL, Contandriopoulos AP. *Gouvernance clinique: discussion et perspectives*. *Prat Organ Soins*. 2008;39:249-54.
43. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). *Sophia : le service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les maladies chroniques*. Paris : CNAMTS ; 2008. [www.ameli.fr].
44. Wagner E. *Effective teamwork and quality of care*. *Med Care*. 2004;42:1037-9.
45. Lawrence D. *From chaos to care: the promise of team-based medicine*. Cambridge, MA: Perseus; 2002.
46. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : états des lieux et perspectives*. Paris : Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Rapport 1675 ; 2007.
47. Domin JP. *De la démocratie sanitaire à la construction d'un marché de la santé*. *Lettre du Collège*. Collège des économistes de la santé. 2007;18(4):2-3.
48. Moutel G. *Médecins et patients, l'exercice de la démocratie sanitaire*. Paris : L'Harmattan ; 2009.
49. Halfon N, Hochstein M. *Life course health development: an integrated framework for developing health, policy and research*. *Milbank Mem Fund Q*. 2002;80:433-79.

