

Introduction

Les pages qui suivent se rattachent à la réflexion générale relative à la prise en charge des maladies chroniques¹, et plus précisément aux formes organisationnelles susceptibles d'en favoriser l'efficacité et l'efficience. Cette réflexion part (i) du constat de la croissance des maladies chroniques dans la structure de la morbidité, (ii) des difficultés du système de santé à traiter ce problème, (iii) et cherche donc à définir de nouveaux modèles de prise en charge.

Une abondante littérature s'intéresse à ces questions ; elle adopte dans la majorité des cas, une approche à la fois descriptive et prescriptive. Plus précisément, elle décrit les caractéristiques de formes alternatives (HMO : *Health Maintenance Organization*, Réseaux de soins, Maisons pluri-professionnelles de santé, etc.) et formule des recommandations sur des conditions à remplir pour améliorer la qualité de la prise en charge des maladies chroniques.

Cependant, ces descriptions et recommandations énoncent des listes de conditions (nécessaires ou suffisantes ?), tout en restant assez discrètes sur la façon de les mettre concrètement en œuvre pour obtenir les dispositifs de prise en charge efficaces et efficients.

C'est pourquoi, tout en s'inscrivant dans cette démarche de recherche, on porte ici une attention particulière à l'analyse des processus dynamiques de

1. L'expression « prise en charge des maladies chroniques » est une simplification métonymique de « prise en charge des patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques ou psychosociales ».

changement susceptibles d'aider au développement de ces dispositifs innovants (DI).

Plus précisément, le raisonnement présenté se décompose selon les étapes suivantes : (i) La situation et les problèmes de la prise en charge des maladies chroniques sont traités dans les chapitres 1 à 3. (ii) Les conditions de la qualité-efficacité de la prise en charge des maladies chroniques sont abordés dans les chapitres 4 et 5. (iii) La dynamique de développement d'un dispositif innovant est développée dans les chapitres 6 à 8, (iv) la structure organisationnelle du DI dans les chapitres 9 et 10 et la (v) mise en œuvre du DI et la transformation de l'organisation du système de santé dans les chapitres 11 et 12.

I.1. La situation et les problèmes de la prise en charge des maladies chroniques

Dans cette partie, on rappelle la place des maladies chroniques, les exigences particulières de leur prise en charge et l'inadaptation de l'organisation traditionnelle (cabinet médical individuel et hôpital) pour y répondre (chapitre 1). Dans le chapitre 2, on évoque les différentes catégories d'expériences, de recommandations et de modèles qui cherchent à élaborer des formes organisationnelles mieux adaptées à ces prises en charge. Dans le chapitre 3, on examine les obstacles techniques, sociaux et culturels à l'adoption de ces nouvelles formes.

I.2. Les conditions de la qualité-efficacité de la prise en charge des maladies chroniques

Dans un premier temps (chapitre 4), on redéfinit la qualité de la prise en charge des maladies chroniques en distinguant (i) la qualité intrinsèque des actes, (ii) la variété et la pertinence de la gamme des soins et services mobilisables pour répondre aux besoins des patients et (iii) les capacités de coopération des intervenants et de coordination de leurs interventions. Dans un second temps (chapitre 5), on essaie d'identifier les activités permettant de concrétiser les trois conditions de la qualité qui viennent d'être présentées. Ces activités peuvent être qualifiées de « spécifiques », dans la mesure où elles sont absentes ou n'ont qu'un rôle secondaire dans le fonctionnement

des dispositifs traditionnels, alors qu'elles participent pleinement à la qualité de la prise en charge. Il s'agit par exemple de la prévention, de l'éducation thérapeutique des patients, d'une fonction de gestion de la coopération-coordination, de cercles de qualité pluriprofessionnels, de services médico-sociaux, etc.

I.3. Dynamique de développement d'un dispositif innovant (DI)

Dans le chapitre 6, on élabore le modèle d'une combinaison de processus capable de produire une prise en charge efficiente. La qualité de la prise en charge et la taille du dispositif occupent, semble-t-il, une place importante dans cette configuration de relations. Dans le chapitre 7, on complète le modèle en portant attention à la question du financement, et en examinant en particulier comment un financement forfaitaire de type capitation contribue à doter le DI d'une possibilité de développement endogène. Le chapitre 8 est consacré à une illustration détaillée, dans laquelle on analyse le développement d'un dispositif qui met en œuvre concrètement certaines des relations présentées dans le modèle.

I.4. Structure organisationnelle du DI

Le chapitre 9 rappelle les principales dimensions d'une organisation et plus précisément, la différenciation des activités et leur coordination, ainsi que les formes génériques qu'elles permettent de construire (marché, hiérarchie, réseau). Les conditions de la coopération et de la coordination sont également précisées, ainsi que la nécessité qui en découle, d'une fonction de pilotage. Le chapitre 10 s'intéresse aux différents types de relations, notamment contractuelles, qui structurent le DI. Il s'intéresse aussi aux relations qui forment des zones concentriques autour du DI, en fonction de leurs densités relatives, et finalement, à la dynamique organisationnelle à travers les diverses formes de collaboration.

I.5. Mise en œuvre du modèle DI et transformation de l'organisation du système de santé

Le chapitre 11 propose des éléments de stratégie pour le développement d'un DI ; éléments qui sont illustrés avec l'exemple de la réussite d'une

réforme initialement condamnée (la réforme britannique de 1991). On détaille une stratégie de développement liée à la taille du dispositif et les étapes de la gestion stratégique correspondante. Le chapitre 12 traite du rôle possible du DI comme structure intermédiaire, dans l'évolution souhaitable de l'organisation du système. Finalement, on évoque les mesures, les principes et les obstacles relatifs à la promotion d'une réforme visant explicitement l'efficacité et l'efficacité de la prise en charge des maladies chroniques.

À l'évidence, le modèle présenté ne prétend pas constituer la solution à tous les problèmes que pose la prise en charge des maladies chroniques. En développant par étapes, une analyse simple, illustrée par des exemples concrets, on se propose de rappeler quelques options susceptibles d'alimenter utilement le débat.