

Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques.

1. La coopération entre partenaires distants

Organizational innovation and chronic care.

1. Cooperation between distant partners

Huard P¹, Schaller P²

Résumé

L'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques et psychosociales exige plus de coopération de la part des intervenants et plus de coordination de leurs interventions. De nombreuses initiatives innovantes, comme les réseaux, cherchent à faire progresser l'intégration des soins, mais se heurtent très souvent aux distances qui séparent les participants et pérennisent les cloisonnements et la dispersion.

L'article s'efforce d'abord de définir les différentes formes de distances qui sont à l'origine de ces difficultés. Il s'intéresse ensuite aux mesures susceptibles de réduire ces distances entre les professionnels. Qu'il s'agisse de renforcer la communication entre eux, de les mobiliser autour d'un projet de coopération, de mettre en place une instance de pilotage capable de faire converger leurs objectifs et leurs comportements. L'article analyse enfin les processus dynamiques permettant aux dispositifs innovants de se développer et de constituer de nouvelles références utiles pour orienter l'évolution du système sanitaire.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):111-118

Mots-clés : Maladie chronique ; organisation des soins ; coopération ; communication ; innovations dans fonctionnement.

Summary

Improvement in the treatment of chronic diseases and psychosocial ailments depends to a great extent on better cooperation and coordination between the various stakeholders. A number of innovative initiatives such as networks have been launched to promote care integration, but they very often come up against the problem of the distances between participants, which leads to compartmentalisation and dispersion.

First, the article tries to define the different forms of distances causing the problems.

Next, it focuses on measures that might reduce the distance between professionals. Such measures might involve strengthening the communication between them, mobilising them around a cooperation project or setting up a steering process to reconcile their various objectives and attitudes.

Lastly, the article analyses the dynamic processes that enable innovative projects to develop and become new benchmarks for the healthcare system.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):111-118

Keywords: Chronic disease; health services administration; cooperation; organizational innovation.

¹ Professeur des universités, Sciences-Po, F-13090 Aix-en-Provence, France.

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

Adresse pour correspondance : P^r Pierre Huard, 1085, Chemin du Puy du Roy, F-13090 Aix-en-Provence.
E-mail : huard.pierre@wanadoo.fr

La prise en charge des maladies chroniques et psychosociales suppose la coopération de différents intervenants et la coordination de leurs interventions. Mais ces conditions ne sont pas faciles à réaliser, comme en témoignent les nombreuses mesures qui, depuis des années, peinent à atteindre cet objectif. Deux précédents articles ont essayé, d'une part de clarifier la nature des problèmes que pose la coopération des professionnels de santé [1] et, d'autre part, de proposer une stratégie d'accompagnement d'initiatives innovantes pouvant jouer le rôle de « prototypes » ou de « pilotes », c'est-à-dire de nouvelles références pour la recomposition du système sanitaire [2].

Le présent article se propose d'apporter des précisions en examinant successivement les points suivants :

- la nature des distances qui rendent malaisée la coopération entre intervenants dans la prise en charge des pathologies chroniques ;
- des mesures susceptibles de réduire ces distances ;
- des processus dynamiques de développement de la coopération.

Un article complémentaire applique ces cadres d'analyse aux observations réalisées dans deux dispositifs innovants.

DISTANCES ENTRE PROFESSIONNELS, ET DIFFICULTÉS DE LA COOPÉRATION

1. Coopération et forme d'organisation

La coopération entre des acteurs (individus, groupes, institutions) aux compétences complémentaires donne naissance à une forme d'organisation en réseaux (alliances, constellations, communautés, groupes, etc.) [3-5] qui a quelques caractéristiques spécifiques. Tout d'abord, ces acteurs restent autonomes ; ce ne sont pas les exécutants de directives émanant d'une autorité supérieure, comme l'est la direction d'une entreprise. Cependant, dans le cadre d'un réseau, ils prennent des engagements les uns vis-à-vis des autres ; par ces engagements (plus ou moins complets et réversibles), ils limitent volontairement leur autonomie et acceptent d'ajuster certains aspects de leurs activités à celles de leurs partenaires. On peut penser qu'ils ne le font que si les avantages qu'ils en retirent sont supérieurs aux contraintes que représente cette coopération ; dans le cas contraire, ils se retirent du dispositif pour retrouver leur pleine indépendance. À l'évidence, on est en présence d'une forme organisationnelle dont l'équilibre et la viabilité sont fragiles.

Sans entrer dans le détail, il paraît utile de distinguer quatre grandes catégories de dispositifs coopératifs, obtenues en croisant les dimensions : taille (nombre de partenaires) et variété des interventions (tableau I).

Tableau I
Quatre catégories de dispositifs innovants.

	Effectif des partenaires	
	–	+
–	1	2
Variété des interventions		
+	3	4

- Les configurations 1 et 2 sont des réseaux de coopération horizontale, c'est-à-dire dans lesquels les professionnels ont des statuts similaires (par exemple, des médecins de premier recours).
- La configuration 3 correspond à une coopération verticale, c'est-à-dire associant des professionnels de catégories différentes, mais la taille modeste signifie sans doute que l'on s'intéresse à une population particulière (patients diabétiques, asthmatiques, toxico-manes, etc.).
- La configuration 4 représente un réseau de santé global ou polyvalent s'intéressant à l'ensemble des problèmes sanitaires (et sociaux) d'une population correspondant à un territoire donné.

À l'évidence, les problèmes liés aux distances entre participants concernent toutes ces configurations, la quatrième étant sans doute celle qui a le plus besoin et le plus de difficultés à promouvoir la coopération.

2. Diverses modalités de la distance

La mise en œuvre de la coordination des soins peut se heurter à des difficultés liées à des formes différentes de distance que l'on peut observer au sein de dispositifs innovants.

En premier lieu, les projets d'organisation innovante de la prise en charge des patients sont généralement initiés par différents groupes d'acteurs (groupes de professionnels de santé, pouvoirs publics, assurance maladie, industrie pharmaceutique). Dans tous les cas, il est possible de distinguer des promoteurs qui conçoivent et lancent un projet, et doivent recruter des participants pour le faire fonctionner. Ces deux catégories d'acteurs (internes et externes) sont séparées par de nombreuses différences, notamment le niveau de mobilisation vis-à-vis du projet. Les premiers s'identifient à leur projet, les seconds sont initialement dans une position de méfiance, d'indifférence ou d'attente. C'est aux premiers de devoir convaincre les seconds de les rejoindre en adhérant au projet, ce qui implique d'adopter de nouvelles pratiques en matière de coopération et de coordination. À l'évidence, la distance qui sépare les deux acteurs n'est pas facile à réduire et représente bien un obstacle au rapprochement des pratiques qui constitue l'objectif principal des dispositifs innovants.

En second lieu, l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques et psychosociales passe par un renforcement de la coopération entre différents groupes d'intervenants (médecins de premier recours, diverses catégories de paramédicaux, spécialistes de ville, hospitaliers, établissements médico-sociaux, travailleurs sociaux, etc.). Les diversités techniques, sociales et culturelles créent au sein de cet ensemble des clivages et des cloisonnements qui favorisent les conflits, et sont donc peu propices à une véritable coopération. Dans cette perspective, chaque groupe de professionnels a tendance à développer un langage spécifique à partir de l'expérience et des connaissances tacites propres, ce qui ne facilite pas la communication avec les autres groupes de professionnels [6-8].

En troisième lieu, outre les diversités qui viennent d'être évoquées, les groupes composant le dispositif ont des lieux d'exercice plus ou moins éloignés les uns des autres. Cette distance géographique accentue l'isolement et renforce la tendance naturelle à la dispersion des interventions [9].

En quatrième lieu, un dispositif étant créé, les groupes de participants peuvent choisir entre deux orientations opposées. Dans la première, les participants retiennent une perspective collective consistant à établir entre eux un partenariat stable, articulant des expertises variées mais complémentaires, et adoptant une gouvernance reposant sur des routines et des relations sociales de confiance. Dans la seconde orientation, chaque groupe modifie ses relations en fonction de ses intérêts propres, son appartenance provisoire au dispositif n'étant considérée que comme un moyen de faciliter l'accès à des relations profitables. Les expertises spécialisées peuvent être valorisées en dehors du dispositif. La gouvernance est plutôt formelle et administrative. La première orientation (polygamie) est sans doute la plus souhaitable, mais la moins probable. Elle repose sur l'hypothèse que les difficultés de la coopération sont résolues. La seconde (promiscuité), plus probable, résulte de ces difficultés et les perpétue [10].

En cinquième lieu, les difficultés sont aussi liées au niveau d'ambition des objectifs du dispositif : amélioration de, ou alternative à l'organisation initiale [11,12]. L'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques peut prendre des formes très variées (dossier médical informatisé, éducation thérapeutique des patients, cercle de qualité, programme de case management, etc.). Le plus souvent, ce genre de mesure ne suscite pas de réactions négatives, d'autant moins qu'elles ne sont pas contraignantes, mais se présente comme un élargissement des services mis à la disposition des professionnels du dispositif. Ces derniers conservent la liberté de les utiliser plus ou moins systématiquement. Il faut donc s'attendre à ce que les améliorations puissent

rester périphériques, et ne pas toujours entraîner une modification profonde de l'organisation de l'activité. Au contraire, une initiative innovante peut se donner pour objectif une organisation différente de ce qui existe, au motif, en particulier, que les améliorations n'améliorent que marginalement les pratiques et qu'il faut donc envisager de changer les bases mêmes de la prise en charge des pathologies chroniques et psychosociales. Dans ce cas, aux difficultés ordinaires vont s'ajouter des oppositions explicites de type politique des organisations professionnelles pour défendre la préférence de leurs mandants pour le *statu quo* et leurs réactions émotionnelles à des projets de changement.

Plus généralement, les efforts visant à rapprocher les comportements des intervenants dans la prise en charge des pathologies chroniques se heurtent à l'inertie du système sanitaire organisé autour du principe de l'autonomie (autonomie de la décision médicale, de la relation médecin – malade, de la gestion de l'activité, etc.). Dans ce cadre, le cabinet médical apparaît comme la forme canonique des activités sanitaires, forme par rapport à laquelle s'opère un clivage entre les changements compatibles et assimilables par le système, et les changements plus éloignés qui ne le sont pas. Ainsi, par exemple, les améliorations évoquées plus haut sont retenues dans la mesure où elles ne perturbent pas l'organisation existante ; dans le cas contraire, elles sont progressivement remodelées jusqu'à devenir inoffensives, ou elles sont rejetées. Les changements cherchant à introduire une forme alternative d'organisation se trouvent par définition à distance de l'organisation dominante, et sont donc plus difficiles à phagocytter ; mais en contrepartie, elles sont souvent l'objet d'attaques explicites et directes.

Ces différents types de distance entre les différents groupes constitutifs d'un dispositif innovant font obstacle à leur coopération, mais sont également à l'origine des conflits : conflits de travail (désaccords sur le contenu des activités, sur les frontières, etc.), conflits affectifs ou interpersonnels (angoisse ou hostilité entre les personnes), conflits relatifs aux processus (méthodes de travail, priorités, responsabilités, etc.) [13].

MESURES VISANT À RÉDUIRE LES DISTANCES ENTRE PROFESSIONNELS

Les distances entre les professionnels concernés par la prise en charge des pathologies chroniques se combinent pour entraver leur coopération. On peut donc essayer de s'intéresser à certains problèmes qui découlent de ces distances et aux mesures susceptibles de les réduire ; ces problèmes portent en particulier sur la communication et la mobilisation des acteurs, ainsi que sur le pilotage de leurs activités.

1. Améliorer la communication entre professionnels

Outre les langages en partie spécifiques des différents groupes, la communication est perturbée par l'insuffisante connaissance mutuelle de l'activité de chacun. Lorsque les échanges ont lieu sans tenir compte des informations, connaissances, capacités d'interprétation, conditions de réception et de traitement, il faut s'attendre à ce que les erreurs et distorsions viennent altérer les messages et la qualité des relations entre intervenants qui vont y voir la preuve d'une attitude non coopérative de leurs partenaires. En conséquence, tout ce qui améliore la communication entre les participants peut favoriser leur coopération [14-16].

Un premier axe d'intervention concerne la normalisation des échanges (codification, nomenclatures, etc.). Mais une partie importante des connaissances spécifiques mises en œuvre dans chaque groupe ne se prête pas facilement à la normalisation, parce qu'il s'agit de routines, de connaissances tacites, de compétences, de pratiques étroitement insérées dans le contexte particulier de l'activité de chacun de ces groupes.

Un deuxième axe d'intervention consiste, en conséquence, à concevoir des mesures capables d'aider chaque groupe à comprendre l'activité des groupes partenaires. Dans cette perspective, une série de solutions peut être rappelée [17, 18] :

- l'information réciproque entre personnes de groupes différents, utilisant des supports variés (téléphone, notes écrites, messages électroniques, diapositives, etc.), sachant que les échanges face-à-face sont les plus efficaces du fait de la communication non verbale qu'ils véhiculent et des possibilités immédiates de rétroaction et de correction permises par la présence des personnes concernées ;
- ces échanges peuvent être formels, par exemple dans le cadre de réunions officielles, mais aussi informels à l'occasion de rencontres ordinaires répétées (cafétéria, etc.). Ces conversations peuvent faire circuler des informations sur les aspects les plus concrets et les plus quotidiens des activités et spécificités des groupes, c'est-à-dire sur les aspects les plus difficiles à normaliser ;
- la mobilité consistant à intégrer temporairement des personnes d'un groupe dans un autre groupe permet à ces personnes d'observer et de comprendre sur le terrain ces spécificités difficiles à décrire ;
- les fonctions d'intermédiaires (agents de liaison, comités *ad hoc* ou permanent, etc.) doivent faciliter, expliquer, traduire, corriger les informations et connaissances échangées entre les groupes ;
- la narration, c'est-à-dire la description détaillée de situations, d'événements, de réussites et d'échecs permet de rendre concrètement compte du fonctionnement interne d'un groupe particulier.

2. Mobiliser les acteurs autour d'un projet innovant de coopération

Les changements que se propose de réaliser un dispositif innovant suscitent, le plus souvent, de la réticence de la part des professionnels « distants » concernés. Diverses conditions et plusieurs types de mesures sont envisageables pour faciliter le recrutement et la coopération [19].

En premier lieu, il s'agit de réduire l'incertitude en précisant en quoi consiste le dispositif. De cette façon, chacun des éventuels partenaires peut se faire une idée assez précise de la position qu'il pourrait y occuper, du rôle qu'il pourrait y jouer, et aussi des ajustements à négocier qui rendraient le projet plus attractif pour lui. Sur ces différentes dimensions, chaque projet est spécifique ; néanmoins, on peut évoquer certains aspects communs à tous les réseaux, et notamment : les objectifs, les principales conditions et conséquences pour les acteurs, les instances et leurs fonctions, la programmation du développement du dispositif. Il importe que, dans un premier temps, le projet soit clair, simple et flexible, c'est-à-dire qu'il soit présenté comme un objet destiné avant tout à favoriser les discussions.

En second lieu, les discussions visent à produire des accords s'inscrivant dans des arrangements contractuels. Ces contrats sont d'abord des contrats relationnels définissant des objectifs, principes, conventions, obligations et droits. Ce sont des engagements généraux (charte) qui sont progressivement spécifiés à travers des confrontations et des négociations de plus en plus précises. Il s'agit essentiellement pour les participants d'assurer la réciprocité dans la collaboration pour éviter les comportements opportunistes permettant à certains de profiter de la coopération sans y contribuer vraiment. En l'absence d'autorité, la sanction s'exprime en termes de réputation et d'exclusion de fait des partenaires opportunistes.

En troisième lieu, le dispositif innovant doit disposer, pour être crédible, des ressources nécessaires à la réalisation du projet de coopération dont il est porteur. Cela suppose des compétences spécifiques, techniques et relationnelles (gestion des relations, des négociations, des conflits), et des ressources financières pour couvrir les coûts correspondants. Il convient, ici, de distinguer les différentes catégories de coûts (investissement / fonctionnement ; création / fonctionnement courant).

En quatrième lieu, il convient évidemment, lorsque le dispositif est stabilisé au stade du fonctionnement courant, d'évaluer le niveau de coopération entre les partenaires ainsi que les résultats obtenus (cliniques, satisfaction des patients et des professionnels), afin de savoir dans quelle mesure les objectifs ont été atteints, et donc quelles corrections éventuelles il faudrait mettre en œuvre [20-22].

3. Mettre en place une instance de pilotage

Si la conception et le démarrage d'un projet sont à l'initiative des promoteurs, un dispositif innovant doit assez rapidement se doter d'une instance de pilotage représentative des différents groupes d'intervenants, pour remplir les fonctions habituelles d'une direction [23-26] : une fonction de finalisation et d'anticipation, une fonction de mobilisation et une fonction d'organisation. La particularité de cette instance est qu'elle n'a généralement pas l'autorité suffisante pour coordonner les différentes activités au moyen de directives contraignantes ; elle doit donc surtout compter sur ses capacités à expliquer, négocier, convaincre les partenaires, et à leur inspirer confiance. La légitimité des décisions collectives dépend beaucoup de la composition des instances de pilotage ; elle dépend aussi des compétences reconnues que ces instances peuvent progressivement acquérir.

DYNAMIQUE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COOPÉRATION

1. Mise en œuvre et efficacité des mesures

Les mesures évoquées plus haut doivent être déployées dans une perspective dynamique [2] leur permettant d'atteindre le niveau d'efficacité exigé pour produire les effets attendus (réduire les distances entre partenaires, favoriser leur coopération). En matière de communication par exemple, on peut rappeler la séquence des implications qui doit être réalisée pour qu'un progrès soit possible (figure 1).

Le caractère récursif et cumulatif de la séquence assure la répétition des expériences grâce à laquelle les acteurs vont pouvoir faire l'apprentissage de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences qui conditionnent l'apparition d'un comportement coopératif.

Mais, à l'évidence, rien n'assure que les étapes successives de ce genre de séquence s'enchaînent de façon automatique. Rien n'assure, par exemple, que les interactions issues de la mise en œuvre des mesures soient suffisamment pertinentes et durables, qu'elles portent sur les connaissances mutuelles relatives aux contextes et conditions des activités des différents partenaires, etc. L'amélioration de la communication, quand elle a lieu, reste une condition nécessaire plutôt que suffisante. Elle peut se révéler inutile si, par exemple, les partenaires jugent trop faibles les avantages de la coopération. De ces considérations découlent deux conséquences :

- si les choses ne se font pas automatiquement, il faut intervenir pour que la mise en œuvre des mesures produise progressivement les configurations dynamiques grâce auxquelles les changements nécessaires

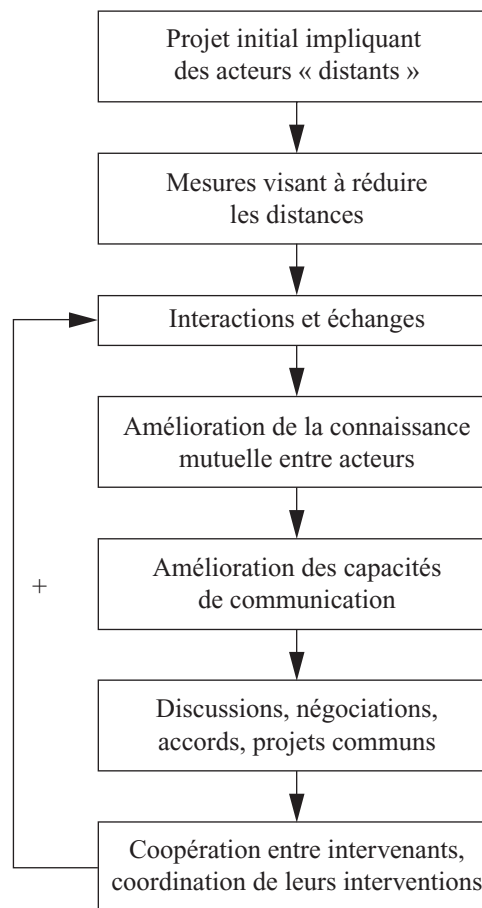


Figure 1. Mesures d'amélioration de la communication entre partenaires.

peuvent avoir lieu. À leur tour, ces interventions supposent une fonction spécifique d'analyse et d'accompagnement des diverses mesures qui visent à promouvoir la coopération ; c'est la gestion continue du changement par le dispositif innovant ;

- des configurations dynamiques sources de changement sont potentiellement nombreuses. Dans chaque situation particulière se pose le problème de leur identification, sélection et articulation en un ensemble cohérent et légitime ; c'est la conception de la stratégie interne de développement du dispositif innovant.

2. Conditions de développement d'un dispositif innovant

Les progrès de la coopération entre partenaires ne se font pas de manière linéaire en mettant en place une dynamique sur un aspect particulier parce que ces progrès peuvent susciter des blocages liés à d'autres aspects : par exemple, des progrès de la communication neutralisés par des réactions liées à des oppositions d'intérêt entre acteurs. L'adoption d'une forme de financement à la capitation, d'un programme d'accompagnement

personnalisé des patients, du regroupement des activités sur un site unique, etc. peut se traduire par de multiples effets en partie imprévisibles. Il s'agit donc d'articuler des mesures portant sur différents points d'application, ce qui suppose des efforts de conception et des possibilités d'ajustement en fonction de situations qui apparaissent. Les interventions initiales, les réactions de blocage de la coopération qui s'en suivent, et les réponses qu'elles suscitent, mettent le dispositif en mouvement et fournissent des opportunités pour réaliser les nécessaires changements dans les pratiques.

Ces processus d'équilibration doivent donc viser la cohérence au regard de l'objectif de coopération. Il s'agit de faire progressivement converger les actions et réactions articulées, de façon à construire un dispositif stable fonctionnant de manière coopérative. Outre la cohérence, un dispositif innovant doit disposer suffisamment de légitimité pour se protéger des attaques les plus directes et avoir ainsi quelques chances de survivre.

La légitimité se construit, en l'occurrence, en montrant que les progrès de la coopération entre intervenants vont dans le sens des critères les plus indiscutables dans le domaine de la santé, à savoir notamment : la qualité, l'efficacité, l'efficience des prises en charge. Ainsi, lorsqu'un dispositif innovant peut démontrer qu'il a réussi à faire coopérer les intervenants et qu'il renforce l'efficacité de son activité de prise en charge des pathologies chroniques, il devient plus difficile pour ses opposants d'argumenter leurs critiques parce qu'ils doivent le faire en utilisant eux aussi le critère de l'efficacité. Par ailleurs, un dispositif innovant paraît vulnérable aux erreurs, défaillances et incidents qui seront généralement mis sur le compte de la nouvelle organisation, et affecteront sa légitimité. Il lui faut donc introduire dans ses principes de fonctionnement une attention particulière à la fiabilité, d'autant qu'il s'agit d'un des objectifs visés par la coopération, étant entendu que le cloisonnement et la dispersion des interventions peuvent donner naissance à des distorsions (non transmission d'informations cliniques, décisions contradictoires, orientations erronées, etc.) conduisant à des incidents.

3. Principes d'organisation d'un dispositif innovant

Nous venons d'évoquer quelques mesures et conditions facilitant la réduction des distances entre partenaires et les progrès de leur coopération au sein des dispositifs innovants. Cependant, un dispositif de type réseau ne possède pas une direction dotée d'une autorité lui permettant d'imposer ces mesures et conditions ; le mieux qu'il puisse faire est de convaincre les différents groupes de partenaires de les adopter. Pour y parvenir, c'est un principe général de réflexivité que l'instance de pilotage doit retenir. Par réflexivité, on entend ici l'aptitude d'un acteur à suspendre périodiquement sa

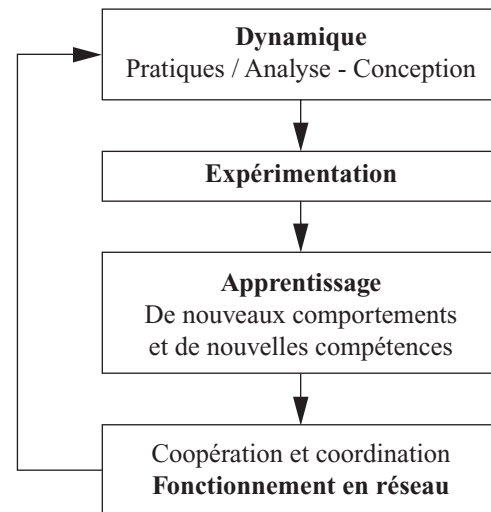


Figure 2. Dynamique de développement de la coopération entre partenaires.

représentation naturelle de la situation, pour l'analyser, la confronter à celle de ses partenaires, et éventuellement de la faire évoluer. L'organisation d'un dispositif innovant doit ménager des occasions invitant régulièrement les acteurs à se livrer à cet exercice d'examen de leurs pratiques dans un cadre collectif. Les « objets intermédiaires » dont il a déjà été question [2], sont les supports des discussions à travers lesquelles se fait l'apprentissage de la négociation et de la coopération.

Concernant le développement des dispositifs innovants, la réflexivité est une mise en relation des pratiques actuelles (plus ou moins innovantes) avec une activité d'analyse de ces pratiques et de conception de nouvelles pratiques, comme sur la figure 2.

La réflexivité est également présente dans les processus de liaison entre le développement de dispositifs innovants et la transformation progressive de l'organisation du système sanitaire (figure 3).

De plus, les deux mécanismes s'articulent pour renforcer les capacités de changement (figure 4).

En conclusion, nous rappelons que, dans cet article, nous avons présenté quelques-uns des moyens capables d'aider aux progrès de la coopération au sein d'un dispositif de prise en charge des maladies chroniques et psychosociales.

Nous rappelons également que la stratégie proposée dans un article antérieur [2] consistait à accompagner le développement d'innovations organisationnelles susceptibles de servir de références dans le nécessaire processus de recomposition du système sanitaire.

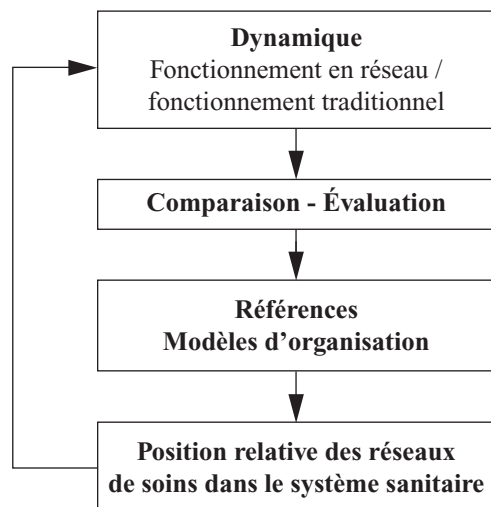


Figure 3. Dynamique de renforcement de la position des dispositifs innovants dans le système.

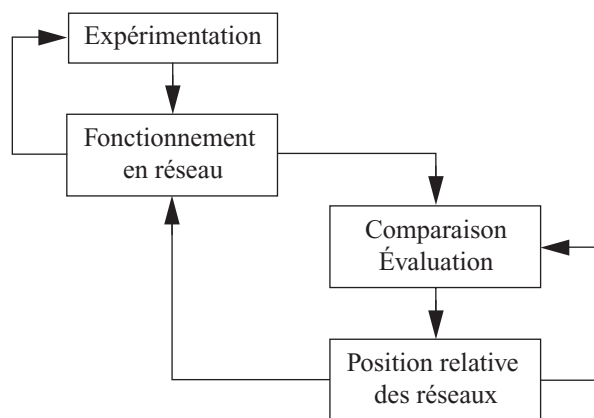


Figure 4. Articulation des dynamiques locales et globales..

Remerciements

Cet article est tiré d'une étude réalisée avec le soutien de la Fondation Leenaards (Lausanne, Suisse).

RÉFÉRENCES

- Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématique. *Prat Organ Soins*. 2010;41:237-45.
- Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 2. Stratégie. *Prat Organ Soins*. 2010;41:247-55.
- Gremy F. Filières et réseaux : vers l'organisation et la coordination du système de soins. *Gestion Hospitalière*. 1997;367:433-8.
- Cohendet P, Kirman A, Zimmermann JB. Émergence, formation et dynamique des réseaux ; modèles de la morphogénèse. *Revue d'Économie Industrielle*. 2003;103:15-44.
- Huard P. Revisiter l'organisation du système de santé. *Journal d'Économie Médicale*. 2005;23(7-8):457-67.
- Cramton C. The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization Science*. 2001;12:346-71.
- Bechky B. Sharing meaning across occupational communities: the transformation of understanding on a production floor. *Organization Science*. 2003;14:312-30.
- Carlile P. Transferring, translating and transforming: an integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization Science*. 2004;15:555-68.
- Hinds P, Mortensen M. Understanding conflict in geographically distributed teams: the moderating effects of shared identity, shared context and spontaneous communication. *Organization Science*. 2005;16:290-307.
- Jones C, Hesterly W, Fladmoe-Lindquist K, Borgatti S. Professional service constellations: How strategies and capabilities influence collaborative stability and change. *Organization Science*. 1998;9(3):396-410.
- March J. Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*. 1991;2:71-87.
- Raisch S, Birkinshaw J, Probst G, Tushman M. Organizational ambidexterity: balancing exploitation and exploration for sustained performance. *Organization Science*. 2009;20:685-95.
- Fiol M, O'Connor E. When hot and cold collide in radical change processes: lessons from community development. *Organization Science*. 2002;13(5):532-46.
- Cramton C. The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization Science*. 2001;12:346-71.
- Brown J, Duguid P. Knowledge and organization: a social-practice perspective. *Organization Science*. 2001;12:198-213.
- Orlikowski W. Knowing in practice: enacting a collective capability in distributed organizing. *Organization Science*. 2002;13:249-73.
- Daft R, Lengel R. Organizational information requirements, media richness and structural design. *Management Science*. 1986;3:554-71.
- Griffith T, Neale M. Information processing on traditional, hybrid and virtual teams: from nascent knowledge to transactive memory. *Research in Organizational Behavior*. 2001;23:379-421.
- Levesque J-F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Gagné V. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Prat Organ Soins*. 2009;40:251-65.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Réseaux de santé, guide d'évaluation. Paris : ANAES ; 2004.

21. Boyer L, Chanut C, Horte C, François P, Auquier P. L'évaluation des réseaux de santé en France : enseignements d'une revue critique de la littérature. *Journal d'Économie Médicale*. 2006;24(1):41-53.

22. Buttard A. L'évaluation du réseau de santé : des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques. *Revue de Politique et de Management Public*. 2008;27(4):87-110.

23. Park S. Managing an inter organizational network: a framework of the institutional mechanism for network control. *Organization Studies*. 1996;17(5):795-824.

24. Brault I, Roy D, Denis JL. Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Prat Organ Soins*. 2008;39(3):167-73.

25. Denis JL, Contandriopoulos AP. Gouvernance clinique : discussion et perspectives. *Prat Organ Soins*. 2008;39:249-54.

26. Moisdon JC. Gouvernance clinique et organisation du processus de soins : un chaînon manquant ? *Prat Organ Soins*. 2008;39:175-81.

Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques.

2. Deux études de cas

Organizational innovation and chronic care.

2. Two case studies

Huard P¹, Schaller P²

Résumé

Cet article applique à deux dispositifs innovants de prise en charge, situés à Genève, les principes présentés dans l'article précédent : analyse des processus de développement et mesures susceptibles de renforcer l'intégration des soins.

Le premier de ces dispositifs est un réseau de soins qui, en une quinzaine d'années, a connu un fort développement en termes de nombre de médecins et d'assurés qui y adhèrent. On s'efforce de mettre en évidence les dynamiques qui sous-tendent ce développement ainsi que ses effets sur l'intégration.

Le second est un projet d'espace de santé pluridisciplinaire dont la construction est en cours d'achèvement. Il s'agit, dans ce cas, d'examiner les caractéristiques de cette initiative : les partenaires et les activités prévues, et d'avancer des hypothèses sur les éléments d'une stratégie permettant d'y faire progresser la coopération et la coordination.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):119-126

Mots-clés : Maladie chronique ; organisation des soins ; innovation organisationnelle ; études de cas.

Summary

This article applies the principles elucidated in the preceding article (analysis of development process and measures promoting care integration) to two innovative healthcare projects in Geneva.

The first of these projects is a care network which has grown considerably in terms of the number of doctors and insured persons who have joined it since its foundation some fifteen years ago. Here, the emphasis is on revealing the dynamics underlying this development, as well as its impact on integration.

The second project is a pluridisciplinary medical centre which is in the final stages of construction. In this case, the focus is on examining the characteristics of this initiative, the partners foreseen and the planned activities, as well as suggesting the possible components of a strategy that will promote cooperation and coordination.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):119-126

Keywords: Chronic disease; community health services, organization; organizational innovation; case studies; case report.

¹ Professeur des universités, Sciences-Po, F-13090 Aix-en-Provence, France.

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

Adresse pour correspondance : P^r Pierre Huard, 1085, Chemin du Puy du Roy, F-13090 Aix-en-Provence.
E-mail : huard.pierre@wanadoo.fr

Le présent article a pour objet d'éprouver la pertinence du cadre d'analyse présenté dans les articles précédents [1-3], en l'appliquant à deux dispositifs innovants genevois. Il s'agit :

- d'un réseau de soins – le Réseau de soins Delta – créé il y a une quinzaine d'années et ayant connu un fort développement ;
- du projet d'un espace de santé – Cité générations – visant une activité pluridisciplinaire au sein d'un site dont la construction doit être achevée en décembre 2011.

L'article porte successivement sur les points suivants :

- la présentation des deux dispositifs ;
- l'analyse de la dynamique de fonctionnement du Réseau de soins Delta, et de l'orientation stratégique susceptible d'y renforcer la coopération de manière à améliorer la prise en charge des pathologies chroniques et psychosociales ;
- quelques réflexions sur des éléments de stratégie pour le développement de Cité générations.

PRÉSENTATION DES DEUX DISPOSITIFS

1. Réseau de soins Delta (RSD)

Créé en 1992, le RSD [4, 5] a connu un développement progressif pour atteindre aujourd'hui un effectif de 60 000 assurés, provenant de dix assureurs qui financent le réseau à la capitation. Comptant plus de 180 médecins de premier recours, il fonctionne de la manière suivante :

- Le RSD est piloté par la petite équipe de promoteurs du début.
- Chaque assureur travaillant avec le RSD propose à ses assurés d'adhérer au réseau, ce qui suppose, de leur part, de choisir un médecin traitant parmi ceux de la liste du RSD. C'est ce médecin traitant (*gatekeeper*) qui décide de les orienter en cas de besoin vers d'autres prestataires. En contrepartie de la limitation de leur choix, les assurés adhérant bénéficient d'une réduction de leur prime.
- Le RSD négocie avec chaque assureur une capitation globale, dont le montant reste inférieur au coût moyen des remboursements effectués par l'assureur pour l'ensemble de ses assurés.
- Les généralistes du canton de Genève peuvent adhérer à RSD en signant une charte [6], et en s'engageant à participer aux cercles de qualité que le RSD organise dans différents endroits du canton, cinq fois par semaine.
- Le fonctionnement et les résultats de ces cercles de qualité constituent (avec la capitation et le *gatekeeping*) une des caractéristiques spécifiques du RSD. Chaque cercle de qualité réunit, pendant une heure, au moment du déjeuner, les mêmes médecins, au nombre de dix ou quinze, avec un médecin animateur

formé pour cette fonction. Des cas issus de dossiers y sont collectivement discutés, avec l'objectif de réduire les incertitudes et d'aboutir à des consensus relatifs aux décisions à prendre dans des situations particulières.

- Ces cercles de qualité contribuent à la forte réduction des coûts de prise en charge des patients du RSD par rapport aux moyennes cantonales [7]. Diverses évaluations situent la réduction des coûts entre 15 et 23 %. Cette réduction est d'autant plus significative que la sélection des risques est limitée par la formule de calcul de la capitation qui intègre l'âge, le sexe et des indices de morbidités basés sur la consommation de médicament.
- La réduction des coûts permet de dégager un résultat jusqu'à présent positif, c'est-à-dire un excédent dont dispose le RSD.
- Cet excédent est utilisé de deux manières. En premier lieu, il finance des activités communes : la fonction de pilotage (négociations avec les assureurs, projets, programmes de prévention, promotion du réseau) et de gestion de l'ensemble (gestion du budget), un poste de coordinatrice (administration, relations courantes avec les assureurs, interlocutrice des médecins du réseau), le système d'information (système informatique très performant « Delta data », mettant une large gamme d'informations à la disposition des médecins). En second lieu, le solde de l'excédent sert à rémunérer les médecins pour leur participation aux séances des cercles de qualité.
- Le RSD est un dispositif innovant très médiatisé, souvent perçu, à tort, comme une structure lourde, comme peut le laisser penser son site [6] qui présente une liste impressionnante de services aux assurés.

2. Espace de santé Cité générations (CG) [8]

À l'origine, il s'agit d'un projet de construction pour une activité de dialyse, élaboré par un groupe médical (le Groupe médical d'Onex : GMO), auquel les promoteurs du RSD appartiennent. Des événements contingents font évoluer la situation jusqu'à offrir l'opportunité d'un bâtiment important permettant d'envisager un espace de santé pluridisciplinaire dont l'objectif serait de développer une perspective de santé globale pour une population locale. À partir de 2002, ce nouveau projet est progressivement précisé, le financement trouvé, le bâtiment est en cours de construction et devrait être achevé en décembre 2011. Il s'agit d'une construction de 4 000 m², située dans une commune de la banlieue de Genève, au centre d'un bassin de population de 100 000 habitants environ.

Quant aux activités du dispositif CG, leur choix est conditionné par deux contraintes : d'une part, trouver des prestataires pouvant contribuer au financement du loyer des surfaces construites, sachant que ce projet ne bénéficie d'aucun subventionnement public ; d'autre

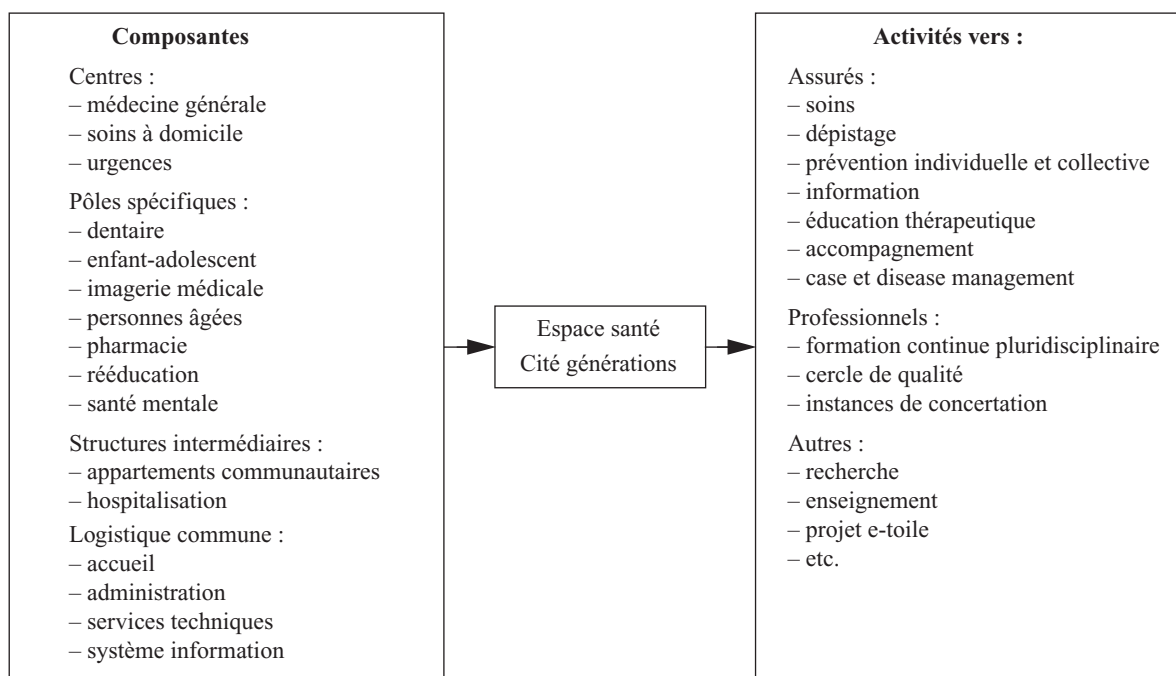


Figure 1. Les composantes et activités de Cité générations.

part, constituer une gamme cohérente d'activités susceptibles d'être combinées conformément à l'objectif du projet. Assez tôt, la Fédération des services d'aide et de soins à domicile (FSASD), une structure publique, réserve 20 % de la superficie et prend ainsi en charge une dimension importante du projet. Pour les autres activités, les promoteurs prospectent principalement du côté des jeunes médecins hospitaliers intéressés par le projet, en leur proposant notamment des modalités particulières de paiement des charges, sur la période de démarrage de leurs activités.

La liste des partenaires n'est pas définitivement établie, mais la configuration à venir du dispositif devrait être celle indiquée par le schéma présenté sur la figure 1.

3. Comparaison des deux dispositifs

À partir de ces descriptions rapides, on peut essayer de comparer les deux dispositifs en utilisant les cadres d'analyse présentés dans l'article précédent [3].

a) Références

- RSD conserve le modèle du cabinet médical puisque les médecins continuent à exercer dans leur cabinet, et que les activités sont celles de la médecine de premier recours.
- CG renvoie à un modèle de santé globale dans lequel une large gamme de prestataires et d'interventions est mobilisée.

b) Type d'innovation

- RSD représente un effort d'amélioration de l'organisation conventionnelle. Amélioration de la qualité de la décision médicale à travers les cercles de qualité, qui contribuent également, avec la capitation et le *gatekeeping*, à l'amélioration de l'efficacité en parvenant à réduire les coûts. Ces mesures innovantes par rapport à l'organisation conventionnelle n'ont pas, semble-t-il, d'impact important sur la coopération, hormis un programme embryonnaire de *disease management*.
- CG représente un effort pour élaborer une alternative à l'organisation conventionnelle. Le regroupement de nombreuses activités complémentaires, impliquant de la coopération, constitue bien un changement marqué.

c) Localisation

- RSD s'appuie sur de nombreux médecins dont les lieux d'exercice sont très dispersés.
- CG regroupe sur un site unique l'ensemble de ses activités.

d) Complexité des activités

- RSD est principalement constitué par 180 médecins généralistes travaillant en parallèle ; il n'y a pas à proprement parler de problème d'articulation entre leurs activités.

- CG regroupe des activités très variées et complémentaires devant être combinées pour donner naissance à des trajectoires de prise en charge continues, cohérentes et globales.

e) Type de relation entre les partenaires

- RSD s'efforce d'harmoniser les comportements des médecins grâce aux cercles de qualité, mais les pratiques restent juxtaposées plutôt qu'articulées les unes aux autres. Pour une part, les médecins adhèrent au dispositif parce que c'est, pour eux, le moyen d'augmenter leur clientèle. Leur adhésion au réseau correspond à un avantage individuel plutôt qu'à un engagement militant. Dans ces conditions, l'intégration dans une communauté de pratique n'est pas une priorité, d'autant que la coopération n'est pas une nécessité pour le fonctionnement du RSD.
- CG suppose coopération entre les partenaires et coordination de leurs activités, pour que son potentiel d'efficacité dans les prises en charge soit véritablement exploité. On voit que l'intérêt du projet est conditionné par sa capacité à mobiliser les participants de manière sérieuse et durable.

DYNAMIQUES DE DÉVELOPPEMENT DE RSD

Les processus dynamiques de développement [2] sont des combinaisons de relations qui sous-tendent l'évolution des dispositifs innovants. Ce n'est donc qu'en analysant ces processus avec précision que l'on peut concevoir des stratégies crédibles. On s'efforce donc de dégager des informations relatives au fonctionnement du RSD, les dynamiques les plus significatives.

1. Processus de réduction des coûts

La réduction des coûts par rapport à la moyenne cantonale est la caractéristique centrale du RSD, dans la mesure où elle rend le réseau attractif pour tous les acteurs impliqués dans son activité. La réduction des coûts est en effet à l'origine de :

- la réduction des primes et de l'intérêt des assurés ;
- la réduction du montant des remboursements et de l'intérêt des assureurs ;
- l'augmentation du nombre d'assurés adhérents et de l'intérêt des médecins.

Cette réduction des coûts est réalisée en combinant plusieurs causes. En premier lieu la capitation introduit la forfaitisation des recettes pour le RSD. Il y a donc un risque financier pour le RSD si ses dépenses sont supérieures à ses recettes forfaitaires. Concernant ce risque, il faut préciser qu'il ne porte pas directement sur les médecins du réseau, mais qu'il incombe aux seuls promoteurs, à travers une société particulière

(Filières et réseaux SA), ayant la responsabilité des contrats passés avec les assureurs. Cette société joue donc le rôle d'intermédiaire entre les assureurs et le RSD ; elle permet en particulier que les médecins du réseau débarrassés de la crainte d'une réduction de leur revenu puissent adhérer plus facilement. Néanmoins, ils savent que la pérennité du réseau exige de leur part une certaine retenue quant aux dépenses entraînées par leurs décisions.

En second lieu, la réduction des coûts est également liée aux cercles de qualité qui influencent les comportements des médecins de plusieurs manières. À travers la présentation de cas, les décisions et les opinions de chaque médecin sont visibles pour ses collègues, ce qui doit contribuer au progrès de la qualité et de la réduction des coûts. Le caractère collectif des conclusions issues des cercles de qualité rend les médecins moins vulnérables aux demandes injustifiées des patients. Par ailleurs, le groupe des pharmaciens travaillant pour le RSD est amené à donner des avis sur les choix en matière de médicament. L'atténuation des coûts ne heurte pas l'éthique des médecins dans la mesure où elle est étroitement liée à la recherche d'une meilleure qualité des soins. De la même manière, les médecins ne perçoivent pas un bonus en fonction de la réduction des coûts, mais un défraiement pour leur participation aux cercles de qualité qui sont reconnus comme des programmes de formation leur permettant d'acquérir une partie des points annuels exigés de tous les médecins suisses. Cependant, la rémunération par RSD de la participation des médecins aux cercles de qualité dépend du montant de l'excédent annuel réalisé, c'est-à-dire que plus les coûts sont faibles, plus la rémunération des médecins est forte.

Finalement, la réduction des coûts tient bien une place centrale dans le fonctionnement du RSD parce que, d'un côté elle joue un rôle dans l'attraction exercée par le RSD sur les assurés (prime, qualité, incitation par les assureurs), et que le nombre des assurés se traduit par une augmentation des ressources (capitation), et d'un autre côté elle contribue à faire augmenter le montant de l'excédent (ressources moins coûts).

2. Processus dynamiques de renforcement

Le processus central qui vient d'être décrit est renforcé par plusieurs processus complémentaires.

En premier lieu, l'excédent dégagé par la réduction des coûts est d'abord utilisé pour financer des services communs (pilotage, gestion, système d'information, projet de programme de *case management*, et de *disease management*, etc.) qui contribuent à la qualité des prises en charge des patients. Mais certains de ces services concernent directement les assurés. Ainsi, pour un

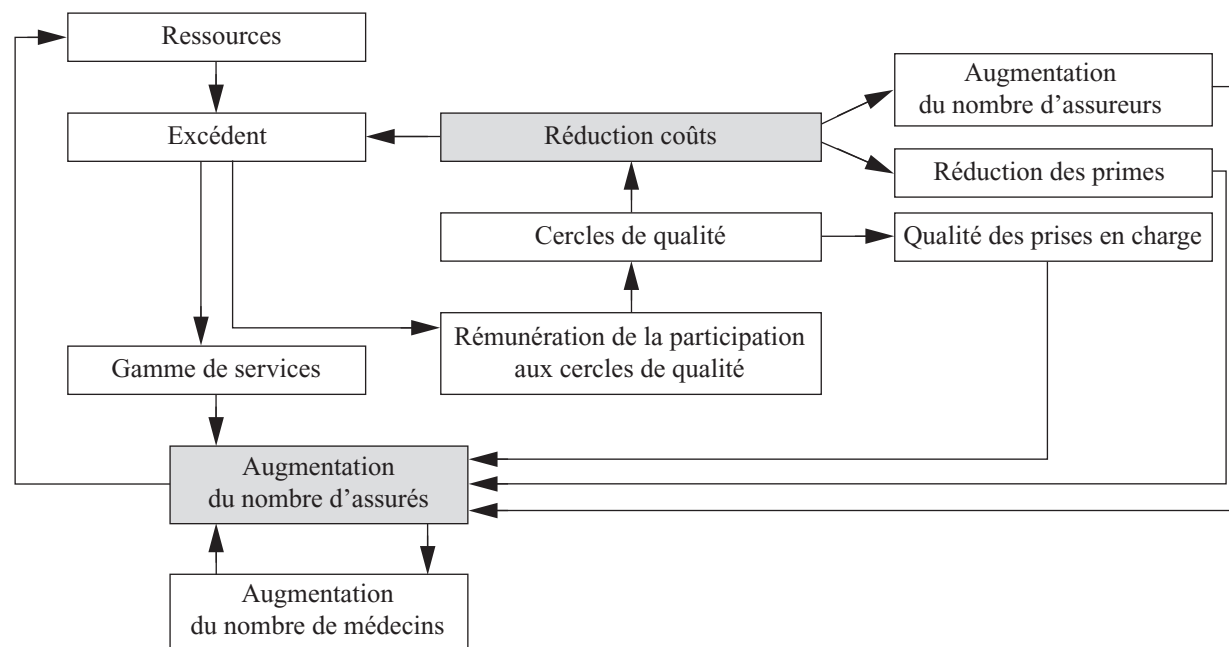


Figure 2. Les processus dynamiques de développement du RSD.

grand nombre d'activités de prévention et de bien-être, l'accès est gratuit ou à un tarif réduit, parce que RSD prend à sa charge tout ou partie du coût payé aux prestataires¹. Naturellement, ces avantages constituent un motif important d'adhésion des assurés, et contribuent à en augmenter le nombre, alors même que le nombre des assurés détermine l'importance des recettes du RSD.

En second lieu, un processus dynamique se développe entre le nombre d'assurés et le nombre de médecins. D'un côté, le fonctionnement du RSD a pour conséquence, comme on vient de le voir, l'augmentation du nombre des assurés qui adhèrent au dispositif. Cette augmentation permet au RSD de recruter de nouveaux médecins, notamment parce que certains, déjà inscrits sur la liste, ne souhaitent plus s'occuper d'assurés supplémentaires. Mais l'augmentation du nombre des médecins est sans doute un nouveau facteur d'augmentation du nombre des assurés parce qu'elle élargit leur choix en leur proposant une liste plus fournie dans laquelle ils ont plus de chance de trouver un médecin qu'ils connaissent ou dont le cabinet est situé à proximité de chez eux (figure 2).

Comme le montre le schéma, tous ces processus dynamiques sont articulés les uns aux autres. Ils sont récursifs et cumulatifs et permettent de rendre compte de la

façon dont le RSD a pu se développer jusque-là. Reste à estimer la stabilité de ce développement et son intérêt au regard de la prise en charge des maladies chroniques et psychosociales.

3. Développement horizontal et prise en charge des pathologies chroniques

La stabilité du développement est liée à la réduction des coûts. Or, non seulement cette réduction ne peut se poursuivre indéfiniment, mais elle peut laisser la place à une tendance inverse de retour au niveau moyen des coûts. Une telle régression peut s'expliquer de la manière suivante :

- concernant les médecins adhérant au RSD, il leur est probablement difficile de fonctionner durablement selon deux types de pratique : une pratique routinière pour leurs patients personnels (hors RSD), et une plus normalisée pour leurs patients du RSD. En conséquence, dans la mesure où, d'une part les médecins participant au réseau sont nombreux dans le canton et, d'autre part, ils adoptent les pratiques issues des cercles de qualité pour l'ensemble de leur clientèle, il va en résulter une baisse des coûts cantonaux et donc une plus grande difficulté pour le RSD de maintenir son avance en la matière ;
- concernant les patients, il en va de même. Ils adhèrent sans doute avec de bonnes résolutions relatives à

¹ La présentation du RSD dans un article précédent [2] indique qu'une partie de l'excédent finance des investissements visant à élargir la gamme des services proposés aux assurés. Il ne s'agit pour le réseau que de participer aux dépenses correspondant à ces services qui sont produits par des prestataires extérieurs au réseau.

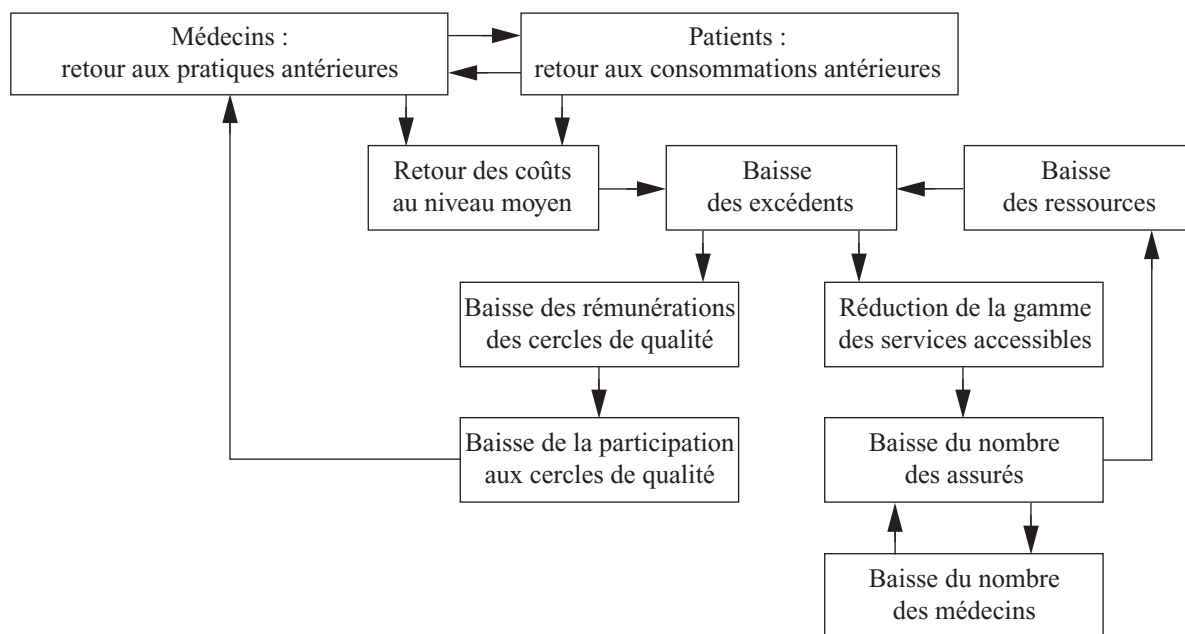


Figure 3. Processus possible d'augmentation des coûts.

la modération de leur consommation, résolutions qui ne vont pas toujours se maintenir sur le long terme. Comme le montrent habituellement les observations, les nouveaux assurés consomment nettement moins les premières années, puis leur consommation rejoint la moyenne. Il peut s'agir d'un comportement opportuniste consistant à penser que si les autres continuent à faire des efforts, on n'a peut être pas besoin d'en faire (figure 3).

Quant à l'intérêt du développement observé pour l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques et psychosociales, il appelle plusieurs remarques.

Le développement du RSD peut être qualifié d'horizontal dans la mesure où il ne concerne qu'une catégorie de professionnels : les médecins de premier recours. Assurément, grâce aux cercles de qualité, ils améliorent leurs propres interventions grâce, notamment, à l'élaboration de principes et de recommandations issus de l'*evidence based medicine*. Mais les exigences des prises en charge des pathologies chroniques en matière de coopération des intervenants et de coordination de leurs interventions ne sont que partiellement concernées. Aussi, pour que des progrès significatifs soient faits quant à la qualité de ces prises en charge, il faudrait que le RSD élargisse sensiblement son périmètre d'activité. Mais les médecins de premier recours possèdent déjà leurs propres circuits de spécialistes et de prestataires auxquels ils sont attachés. Par ailleurs, l'élargissement de la prise en charge (prévention, dépistage, éducation thérapeutique, suivi, etc.) suppose deux

choses : d'une part des délégations d'activités des médecins généralistes vers d'autres professionnels, notamment les infirmières ; d'autre part, des financements correspondant pour les investissements en moyens matériels et humain de cet élargissement, des conditions dont l'organisation du RSD ne facilite pas la réalisation.

QUELQUES ÉLÉMENTS POUR UNE STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT DE CG

1. Positionnement de CG

On peut rappeler certaines dimensions de la situation de départ.

L'ambition de CG est de mettre en place et faire fonctionner un dispositif innovant produisant une prise en charge continue, cohérente et globale des maladies chroniques, c'est-à-dire une approche de santé globale pour une population locale, ce qui suppose de la communication, de la concertation, de la coopération et de la coordination entre une large gamme d'intervenants participant directement à CG, mais aussi appartenant à son environnement.

Dans cette perspective, CG possède quelques caractéristiques qui peuvent être des facteurs de réussite : l'expérience accumulée par les promoteurs avec le RSD et le Groupe médical d'Onex, l'éventuel déplacement de certaines activités de ces dispositifs vers CG, l'orientation prioritaire de patients du réseau vers des activités de CG complémentaires de celles de RSD, la forte visibilité

et la réputation du RSD qui peuvent bénéficier à CG, le site unique, la gamme initiale d'activités, la capacité de CG à recruter des professionnels intéressés par l'expérience grâce à ses relations avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Genève.

Mais persistent des difficultés et des obstacles relatifs au besoin de soutien et au financement. Concernant le financement, si le dispositif doit, à moyen terme, accéder à l'autonomie (coûts du fonctionnement en routine, investissement de renouvellement et de capacité), il doit faire face pendant la période de démarrage à des coûts exceptionnels (investissement de création, coûts d'apprentissage de nouvelles pratiques) qui sont ceux de l'innovation. Par ailleurs, une nouvelle organisation comme CG peut avoir besoin que la réglementation existante soit aménagée pour qu'elle s'adapte à son fonctionnement particulier (dérogation, autorisation, réinterprétation). Par exemple, CG sollicite les pouvoirs publics pour des contrats de prestation spécifiques portant sur des missions de santé publique et d'intérêt général, ainsi que pour des programmes d'enseignement de la médecine ambulatoire, mais aussi pour que ses activités d'hospitalisation de court et de long séjour puissent être rattachées à la réglementation générale et bénéficier des financements correspondants.

Les difficultés tiennent enfin aux exigences de coopération et de coordination associées au projet, qu'il s'agisse des relations de CG avec les acteurs extérieurs ou qu'il s'agisse des relations de collaboration entre ses composantes internes.

2. Dynamique des relations avec les acteurs extérieurs

Le projet CG représente une expérimentation en vraie grandeur d'une innovation organisationnelle correspondant aux préoccupations des principaux acteurs du système sanitaire (pouvoirs publics, organisations représentatives des professionnels, assureurs maladie, industrie pharmaceutique, population). Mais pour qu'une curiosité plus ou moins bienveillante donne naissance à un véritable intérêt, encore faut-il que le projet fasse la preuve de ses mérites, c'est-à-dire qu'il apparaisse possible et souhaitable. Un indicateur rustique mais assez convaincant est le volume de l'activité de CG. Un niveau élevé d'activité, mesuré en particulier par le nombre des usagers, démontre que le projet peut fonctionner et qu'il le fait à la satisfaction de ses usagers et de ses professionnels.

À la condition qu'évidemment le dispositif réalise au moins en partie ses ambitions d'innovation, le volume d'activité lui donnera une forte visibilité et une forte capacité de négociation avec les acteurs extérieurs ; ces derniers ne pourront négliger le critère que constitue l'adhésion de la population locale au projet.

En d'autres termes, le volume est à la fois la condition et le résultat de l'intérêt porté au projet par les acteurs extérieurs et donc de leur soutien. Le développement rapide du volume d'activité constitue un axe majeur de la stratégie de CG, mais ce développement résultera du fonctionnement interne du dispositif.

3. Dynamique des relations internes à l'espace de santé CG

Pour convaincre les acteurs extérieurs susceptibles de lui apporter leur soutien, CG doit viser un développement rapide en volume, mais ce développement apparaît également indispensable pour lui assurer un fonctionnement conforme à ses objectifs. Plus précisément, le volume est en relation avec l'attractivité de CG pour les professionnels participants, pour des professionnels partenaires extérieurs, pour la population locale des assurés.

Concernant les professionnels participants, le volume permet la mutualisation de certaines activités, notamment administratives, ce qui libère du temps pour leur activité spécifique, pour la formation ou la vie privée. Le volume permet également des économies d'échelle, un allègement des coûts fixes et des charges. Le volume signifie, enfin, une plus forte activité, des recettes plus élevées et la possibilité pour CG d'opérer plus facilement des péréquations de recettes entre les diverses composantes pour garantir l'équilibre du fonctionnement de l'ensemble ; comme par exemple une réallocation de moyens, des activités techniques vers les activités de base comme les consultations des généralistes et les urgences.

Concernant les partenaires extérieurs (les hôpitaux et spécialement le CHU, les établissements médico-sociaux, la médecine scolaire, la médecine du travail, les services sociaux, etc.), le volume d'activité de CG lui confère une meilleure visibilité et une plus forte capacité de négociation.

Concernant la population locale, le volume permet de proposer une gamme étendue d'activités répondant aux demandes des assurés : information, conseil, orientation, mais aussi services complémentaires (dépistage, prévention, éducation, etc.), c'est-à-dire un ensemble d'offres qui traduit l'attention particulière dont les assurés bénéficient en adhérant à CG.

4. Une stratégie de démarrage

En examinant les conditions du fonctionnement interne de CG, le volume se confirme comme étant à la fois la cause et la conséquence de l'attractivité de ce dispositif. Ceci pose la question de la stratégie de démarrage à retenir. D'un point de vue très général, deux impératifs

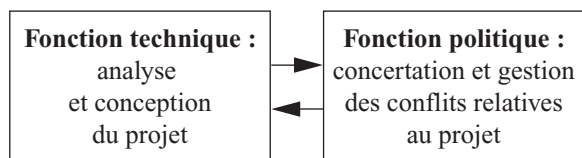


Figure 4. Processus d'élaboration du projet et du dispositif.

doivent être rappelés. En premier lieu, s'agissant de faire converger les pratiques de participants autonomes, il convient de les associer dès le début à la conception d'un projet qui, compte tenu de son caractère innovant, ne possède pas de modèle de référence. En second lieu, la construction progressive du projet suppose une démarche réflexive fondée sur des échanges continus entre deux principales instances dont les fonctions sont les suivantes :

- une fonction plutôt technique d'analyse et de conception visant à observer et décrire les pratiques, identifier les dysfonctionnements, analyser les situations, concevoir des solutions, évaluer et approfondir les propositions avancées par les participants, construire une stratégie de développement consensuelle et efficace ;
- une fonction plus politique de discussion et de concertation visant à susciter l'expression par les participants de leurs positions par rapport aux états successifs du projet, expliciter les conflits d'intérêts, de gérer ces conflits, d'accompagner les négociations et la concertation (figure 4).

Au point de départ, ce processus général d'élaboration suppose, non seulement un projet, mais également un dispositif de gouvernance capable de mener à bien la gestion de cette dynamique.

Cette démarche suppose deux préalables :

- l'élaboration par les promoteurs d'un premier projet écrit justifiant la création de CG, rappelant la situation de départ (objectifs, participants, moyens, forces et faiblesses, etc.) et proposant une représentation mobilisatrice de la situation à venir et des moyens de l'atteindre ;

- la mise en place d'une instance de décision provisoire, ouverte et flexible, ayant pour mission de faire fonctionner la procédure réflexive de développement concerté du projet. Cette instance devrait permettre d'expérimenter diverses configurations et de préfigurer ainsi la forme à donner ultérieurement à la gouvernance de CG.

C'est à ces deux tâches que se consacrent actuellement les promoteurs de l'espace santé Cité générations.

Remerciements

Cet article est tiré d'une étude réalisée avec le soutien de la Fondation Leenaards (Lausanne, Suisse).

RÉFÉRENCES

1. Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématique. *Prat Organ Soins*. 2010;41:237-45.
2. Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 2. Stratégie. *Prat Organ Soins*. 2010;41:247-55.
3. Huard P, Schaller P. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques – 1. La coopération entre partenaires distants. *Prat Organ Soins*. 2011;42:111-118.
4. Schaller P. Le Managed Care en Suisse Romande. *Care Management*. 2008;1(4).
5. Schaller P. Le Réseau de Soins Delta. *Care Management*. 2008;1:4-6.
6. Site du Réseau de Soins Delta [www.reseau-delta.ch].
7. Schaller P, Raetzo MA. Diminution du coût du système sanitaire en Suisse. *Rev Med Ass Maladie*. 2002;33:61-5.
8. Schaller P, Chichignoud C. Cité Générations Espace Santé : une structure au cœur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Gérontologie et société*. 2008;(124)129-47.