

Table des matières

Remerciements	1
Introduction	3
Chapitre 1. Le défi des maladies chroniques	7
1.1. Les maladies chroniques	7
1.1.1. Le poids des maladies chroniques.	7
1.1.2. Caractéristiques des maladies chroniques.	8
1.1.3. Le cas du diabète de type 2.	11
1.2. La prise en charge des maladies chroniques.	12
1.2.1. Des prises en charge complexes.	12
1.2.2. Caractères d'une prise en charge efficace.	13
1.3. Organisation du système sanitaire et coordination.	15
1.3.1. Déséquilibre organisationnel du secteur sanitaire.	15
1.3.2. Des capacités de coordinations modestes	16
1.3.3. La coordination	17
Chapitre 2. Quelques dispositifs alternatifs pour la prise en charge des maladies chroniques	19
2.1. Des dispositifs de coopération à l'initiative des professionnels. . .	19
2.1.1. Le réseau de soins et de santé	19
2.1.2. La maison pluriprofessionnelle de santé.	22

2.1.3. Des équipes de soins	23
2.2. Des dispositifs de coopération à l’initiative des assureurs	25
2.3. Le <i>chronic care model</i>	27

Chapitre 3. Les difficultés de mise en œuvre d’une PEC efficace 31

3.1. Difficultés techniques	31
3.1.1. La nature des informations	31
3.1.2. Les processus de communication	32
3.2. Difficultés sociales	33
3.2.1. L’influence comme moyen de promotion de l’intérêt des acteurs.	33
3.2.2. La collaboration comme menace sur l’autonomie des acteurs	34
3.2.3. La collaboration comme opportunité.	35
3.3. Difficultés culturelles.	36

Chapitre 4. Redéfinir les conditions d’une prise en charge efficace des maladies chroniques 41

4.1. Qualité des activités participant à la prise en charge	41
4.1.1. La qualité comme attribut des intervenants	41
4.1.2. La qualité comme équilibre entre capacités et exigences des prises en charge	42
4.2. Variété et pertinence de la gamme des soins, services et compétences mobilisables	43
4.3. Coopération des intervenants et coordination de leurs interventions.	46
4.3.1. La coopération entre les intervenants	46
4.3.2. La coordination des interventions dans la prise en charge des patients chroniques.	47

Chapitre 5. Les activités spécifiques d’une prise en charge efficace 51

5.1. Nature des activités spécifiques	51
5.1.1. Les activités spécifiques liées à la qualité des actes	51

5.1.2. Les activités spécifiques liées à la gamme des soins et services mobilisables	52
5.1.3. Les activités spécifiques liées à la coopération et coordination	53
5.2. Mise en œuvre et financement des activités spécifiques	54
5.2.1. Les problèmes de mise en œuvre des activités spécifiques	54
5.2.2. Le financement des activités spécifiques	55
Chapitre 6. Processus dynamiques de production d'une prise en charge efficiente	57
6.1. Blocage et efficacité	57
6.2. Qualité de la prise en charge et coûts	59
6.3. Taille du dispositif et coûts	61
6.4. Financement d'un dispositif collectif et paiement à l'acte	64
Chapitre 7. Financement forfaitaire, efficacité et développement	67
7.1. Différentes modalités du financement forfaitaire	67
7.1.1. Le budget	67
7.1.2. La capitation	69
7.1.3. La capitation globale	70
7.2. Capitation globale et développement	71
7.3. Des limites au développement endogène.	73
Chapitre 8. Une illustration	77
8.1. Présentation du réseau de soins	77
8.2. Analyse du fonctionnement et du développement de RSD	80
8.2.1. La réduction des coûts	81
8.2.2. La croissance de la taille	82
8.3. Portée et limites de l'illustration	83
8.3.1. Intérêt de l'illustration	83
8.3.2. Les limites de l'illustration	85

Chapitre 9. Des processus aux structures organisationnelles	87
9.1. Un dispositif organisé	87
9.1.1. La différenciation	87
9.1.2. La coordination	89
9.2. Pratiques de la coordination.	90
9.3. Une fonction de pilotage.	93
Chapitre 10. Des configurations de relations contractuelles	95
10.1. Des relations structurantes	95
10.1.1. Les relations d'une coordination ordonnée	95
10.1.2. Les relations d'une coordination complexe	96
10.1.3. Des relations contractuelles.	99
10.2. Une configuration organisationnelle.	100
10.2.1. Un champ d'action structuré	100
10.2.2. Zones et instances	101
10.2.3. Des dynamiques organisationnelles.	102
10.2.3.1. La collaboration complète	102
10.2.3.2. Une coalition de blocs.	104
Chapitre 11. Stratégie de mise en œuvre	105
11.1. Deux conceptions du changement	105
11.1.1. Un changement synoptique	105
11.1.2. Un changement stratégique	106
11.2. La réussite d'une réforme condamnée	107
11.2.1. La réforme britannique de 1991	107
11.2.2. Une double dynamique	108
11.2.3. Déterminants de la dynamique de changement.	109
11.3. Éléments de stratégie	110
11.3.1. Principes et logique d'action	110
11.3.2. Gestion stratégique	113
11.3.3. Une instance de direction	115

Chapitre 12. Le DI dans la recomposition du système de santé	117
12.1. L'organisation du système de santé en déséquilibre	117
12.1.1. Une organisation inadaptée	117
12.1.2. Un mouvement de dissociation	118
12.2. Le DI dans l'évolution de l'organisation du système	120
12.2.1. Des structures intermédiaires	120
12.2.2. Le modèle des opérateurs de santé	121
12.3. Promouvoir les DI	123
12.3.1. Des mesures plus ou moins efficaces	123
12.3.2. Obstacles structurels à la création de DI	125
12.3.3. Quelques principes pour une réforme	128
12.3.3.1. L'objectif	128
12.3.3.2. Le modèle	128
12.3.3.3. L'allocation des ressources	129
12.3.3.4. Les possibilités de généralisation	129
 Bibliographie	 131
 Index	 137