

## Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques.

### 2. Deux études de cas

#### *Organizational innovation and chronic care.*

##### *2. Two case studies*

Huard P<sup>1</sup>, Schaller P<sup>2</sup>

#### 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.

<sup>1</sup> Professeur des universités, Sciences-Po, F-13090 Aix-en-Provence, France.

<sup>2</sup> M.Sc. Réseau de soins Delta, Genève, Suisse.

Adresse pour correspondance : P<sup>r</sup> Pierre Huard, 1085, Chemin du Puy du Roy, F-13090 Aix-en-Provence.  
E-mail : [huard.pierre@wanadoo.fr](mailto: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 m<sup>2</sup>, 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

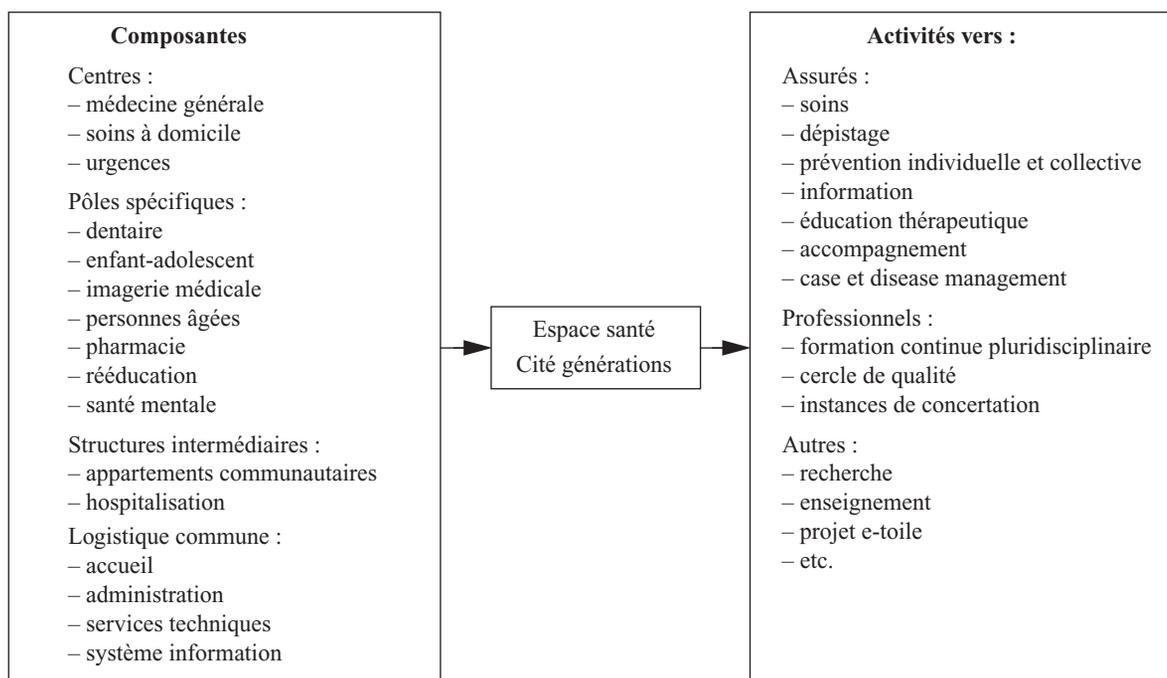


Figure 1. Les composantes et activités de Cité générations.

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

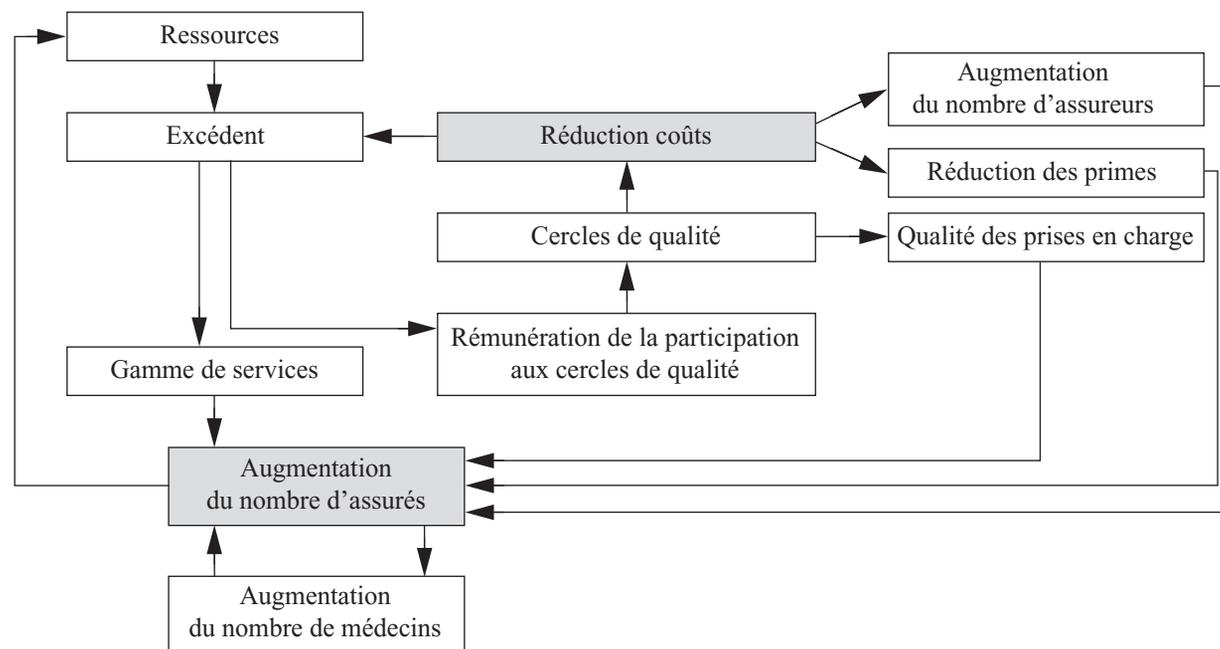


Figure 2. Les processus dynamiques de développement du RSD.

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 prestataires<sup>1</sup>. 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

<sup>1</sup> 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.

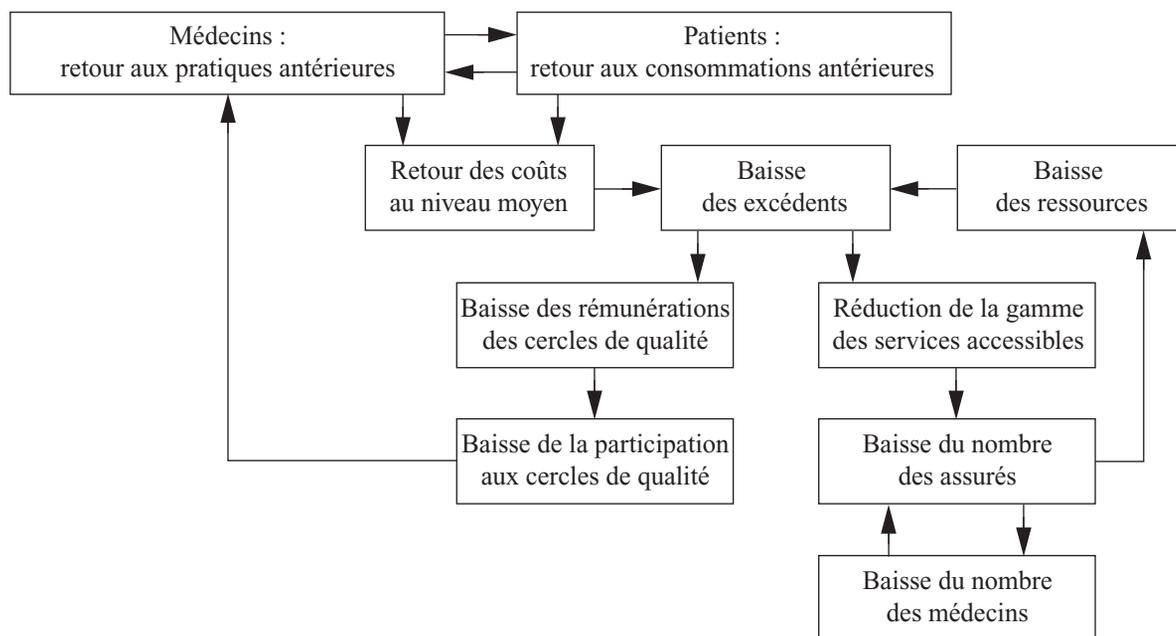


Figure 3. Processus possible d'augmentation des coûts.

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

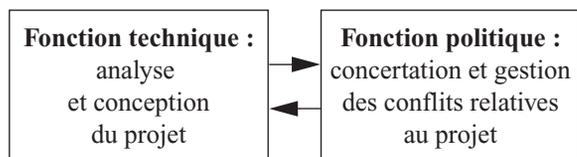


Figure 4. Processus d'élaboration du projet et du dispositif.

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](http://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.