

UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE PHARMACIE

---

—  
ANNÉE 2008

N°2

**THÈSE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Par**

**Sophie Quinio**

-----  
*Présentée et soutenue publiquement le 29 Janvier 2008*

Le Disease Management : de l'origine à l'application par  
l'industrie pharmaceutique

**Président du jury : M. Christian MERLE, Professeur de Galénique, Nantes**

**Membres du jury : M. Alain TRUCHAUD, Doyen de la faculté de pharmacie, Nantes**  
**M. Fabrice CLERFEUILLE, Maître de Conférences et Directeur**  
**de l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Nantes**

---

## Sommaire

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
--------------------------	----------

### **PARTIE 1 : DE LA NAISSANCE DU DISEASE MANAGEMENT À SON UTILISATION PRATIQUE . 6**

#### **I LE DISEASE MANAGEMENT : CONSTANTES ET VARIATIONS INTERPAYS..... 7**

A	CONTEXTE ET HISTORIQUE .....	7
1	<i>Contexte</i> .....	7
2	<i>Historique</i> .....	7
B	LE DISEASE MANAGEMENT AUX USA.....	9
1	<i>Une démarche en fort développement</i> .....	9
2	<i>Une réponse au contexte économique et social local</i> .....	9
3	<i>Des interventions ciblées sur des patients à risque</i> .....	10
4	<i>Des interventions proactives, centrées sur les patients</i> .....	11
5	<i>Les relations avec les médecins : une question sensible</i> .....	12
6	<i>Les résultats sanitaires</i> .....	13
7	<i>Les résultats économiques</i> .....	13
8	<i>Le débat du Disease Management aux Etats Unis</i> .....	14
C	LE DISEASE MANAGEMENT EN BELGIQUE.....	15
1	<i>Approche médicale</i> .....	15
2	<i>Efficacité en matière de qualité et de coûts</i> .....	16
3	<i>Quelques exemples d'actions à venir</i> .....	16
4	<i>Aujourd'hui</i> .....	20
D	LE DISEASE MANAGEMENT EN ANGLETERRE.....	20
E	LE DISEASE MANAGEMENT EN ALLEMAGNE.....	22
F	LE DISEASE MANAGEMENT EN FRANCE .....	23
1	<i>Le contexte</i> .....	23
2	<i>Les initiatives de projets proches du Disease Management</i> .....	26

#### **II LES OUTILS NÉCESSAIRES ..... 33**

A	DÉFINITION ET HISTORIQUE .....	33
B	EN PRATIQUE.....	34
1	<i>Le sujet d'étude</i> .....	34
2	<i>Les objectifs</i> .....	35
3	<i>Les moyens</i> .....	36
4	<i>Les intervenants</i> .....	37
5	<i>Le planning</i> .....	37
6	<i>Le coût</i> .....	45
7	<i>L'amélioration continue des schémas de déroulement clinique</i> .....	45
C	CONCLUSION .....	46

### **PARTIE 2 : MISE EN PLACE D'UN PROJET DE DISEASE MANAGEMENT PAR LE LABORATOIRE ROCHE ..... 47**

Cette partie sera traitée dans le tome 2, confidentiel de cette thèse.

### **PARTIE 3 : POINTS DE RÉFLEXION ..... 48**

<b>I L'IMPORTANCE DE LA DIFFÉRENCIATION.....</b>	<b>49</b>
<b>II L'INTÉRÊT POUR LA VISITE MÉDICALE .....</b>	<b>49</b>
<b>III LES DIFFICULTÉS DE LA GESTION DE PROJET .....</b>	<b>50</b>
A    DIFFICULTÉS POUR LE CHEF DE PROJET.....	50
B    LES DIFFICULTÉS DE POSITIONNEMENT EN INTERNE .....	51
<b>IV L'ÉVOLUTION DU DISEASE MANAGEMENT CHEZ ROCHE .....</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>54</b>

## Table des illustrations

### TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : MODELE D'INTERVENTION DES CENTRES D'APPEL DU GROUPE HEALTHWAYS .....	12
FIGURE 2 : SCHEMA D'ORGANISATION TECHNIQUE (OU WORK BREAKDOWN STRUCTURE WBS) ADAPTE A LA PRISE EN CHARGE D'UNE PATHOLOGIE .....	36
FIGURE 3 : ORGANIGRAMME FONCTIONNEL OU ORGANIZATIONAL BREAKDOWN STRUCTURE (OBS) .....	37
FIGURE 4 : MODELE DE RESEAU LOGIQUE PERT .....	40
FIGURE 5 : RESEAU PERT POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT A L'HOPITAL .....	41
FIGURE 6 : LIENS LOGIQUES DANS UN DIAGRAMME DE GANTT .....	43
FIGURE 7 : EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT A L'HOPITAL .....	44
FIGURE 8 : ROUE DE DEMING .....	45

### TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : METHODOLOGIE DE CHOIX DU THEME D'UN PROJET .....	35
TABLEAU 2 : EXEMPLES D'OBJECTIFS A ATTEINDRE POUR UN SCHEMA DE DEROULEMENT CLINIQUE .....	36
TABLEAU 3 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DU RESEAU PERT .....	39
TABLEAU 4 : TABLEAU DES RANGS POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT A L'HOPITAL .....	41

## **Introduction**

Nous avons aujourd'hui, en France, la chance de pouvoir vivre avec nos familles sur 2 ou 3 générations. Les arrières grands-parents peuvent espérer voir leurs petits enfants donner à leur tour la vie. Cette avancée humanitaire n'est pas sans conséquences pour notre société. Avec l'optimisation des stratégies thérapeutiques, la population peut vivre plus âgée et meure moins prématurément de pathologies autrefois incurables. Le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique s'élève aujourd'hui à 20 %<sup>1</sup> de la population et entraîne par conséquent de nouveaux défis en terme de santé publique et de gestion économique.

Pour faire face à ces nouveaux enjeux, un nouveau mode de prise en charge a vu le jour aux Etats-Unis sous le nom de Disease Management<sup>2</sup>. Il n'y a, à ce jour, pas de consensus clairement établi sur la définition du DM mais on peut le décrire comme une démarche médicale globale intégrant toutes les étapes de la maladie et du parcours de soins du patient : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi.

Différents pays s'intéressent aujourd'hui à ce concept innovant. Des autorités sanitaires aux industries pharmaceutiques, l'ensemble des acteurs de santé publique s'investit aujourd'hui dans cette approche inhabituelle. Quel est l'intérêt pour ces intervenants de mettre en place des projets de telle envergure? Quels sont les moyens dont ils disposent? Quelles sont les attentes des différents acteurs concernés par ces nouveaux enjeux?

L'objectif de cette thèse est de soulever les problématiques liées à la « chronicisation » de certaines pathologies et de mieux comprendre les objectifs, intérêts et limites de cette nouvelle approche qu'est le DM. Pour cela, nous avons souhaité traiter ce sujet en deux parties. La première pour vocation de décrire le DM au travers des expériences réalisées dans différents pays (Etats-Unis, Belgique, Angleterre, Allemagne, France). Elle expose également comment, au sein d'un programme de DM, les méthodes de gestion de projet peuvent optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. La seconde partie, aborde le DM sous un angle plus pratique en détaillant un exemple concret de mise en place d'un projet par un laboratoire pharmaceutique : le laboratoire Roche.

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé et des solidarités, *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*, avril 2007

<sup>2</sup> Nous utiliserons parfois l'abréviation « DM » pour désigner le Disease Management

## **Chapitre 1**

# **De la naissance du Disease Management à son utilisation pratique**

## **I Le Disease Management : constantes et variations interpays**

Le Disease Management est un concept moderne dont la définition varie en fonction des pays. Cependant, comme nous allons l'étudier par la suite, l'objectif poursuivi par tous les intervenants reste constant : optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

### **A Contexte et historique**

Nous allons dans un premier temps exposer les circonstances économiques et sanitaires qui ont permis à ce concept de se développer, puis, décrire les organismes qui sont à l'origine de cette innovation.

#### *1 Contexte*

Avec l'apparition continue de nouvelles thérapeutiques, les maladies chroniques sont devenues un problème majeur de santé publique. Responsables de 60 % des décès, elles sont la toute première cause de mortalité dans le monde<sup>3</sup>. Cette « chronicisation » des maladies concerne aujourd'hui l'ensemble des pays développés. C'est pourquoi de nouveaux modes de prise en charge se développent pour permettre aux pays de faire face à ce nouvel enjeu, tant au niveau de la santé publique qu'au niveau économique.

#### *2 Historique*

La démarche du Disease Management est née aux Etats-Unis au début des années 90. L'association américaine du Disease Management (DMAA) le définit comme : « *un système coordonné d'intervention et de communication en matière de soin, dirigé vers des populations pour lesquelles les efforts des patients eux-mêmes ont un impact significatif. Le DM :*

- *Soutient la relation entre le médecin et le patient dans le cadre d'un plan de soins ;*
- *Se concentre sur la prévention des complications en utilisant des recommandations scientifiquement fondées et des stratégies visant à accroître les capacités des patients à se prendre en charge « empowerment » ;*
- *Evalue ses résultats humains, cliniques et économiques de manière continue dans le but*

<sup>3</sup> Site de l'OMS : [http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_disease/fr/)

*d'améliorer globalement la santé des patients. »*

Il n'existe pas à ce jour de consensus autour du DM en France. Depuis peu, les autorités françaises se penchent sur cette question et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a publié, en septembre 2006, un rapport intitulé « *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de Disease Management* »<sup>4</sup>. Ce rapport a en outre préconisé la mise en place de programmes de DM pour la France.

Les principaux objectifs du DM concernent l'optimisation de la gestion médicale et économique des soins et l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Au niveau économique, le principal objectif du DM est de réduire les coûts des complications en prévenant leur survenue par une meilleure prise en charge globale du patient tout le long de la chaîne des soins.

Les méthodes et outils utilisés pour mettre en place un projet de DM diffèrent en fonction de chaque pays. Pour mieux comprendre ce concept, nous pouvons citer quelques exemples d'actions possibles :

- Interventions **proactives**, centrées sur les patients, par l'intermédiaire d'appels téléphoniques (aux Etats-Unis : développement de l'éducation thérapeutique, du soutien à la motivation et de la coordination des soins des patients par l'intermédiaire d'appel téléphonique) ;
- Développement de **l'éducation des patients** en particulier pour les pathologies chroniques et coûteuses (en France : développement de sites Internet, de documents explicatifs de la maladie et de la prise en charge destinés aux patients) ;
- **Formation des intervenants** : médicaux, paramédicaux, travailleurs sociaux, etc (France, Allemagne) ;
- Développement de **systèmes d'information partagée** permettant d'échanger toutes les données concernant un patient (en France et en Belgique : création en cours du Dossier Médical Partagé) ;
- **Coordination des soins** : orientation vers des acteurs clés de la prise en charge, mise en place de réseaux de santé (en France : création de réseaux de santé, notamment dans le domaine de l'oncologie) ;

---

<sup>4</sup> Rapport de Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel et Etienne Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de Disease Management*, Rapport RM2006-136P, 2006

- **Optimisation du parcours patient** (en Belgique ou aux Etats-Unis : développement des schémas de déroulement clinique permettant de planifier et organiser la prise en charge des patients).

Nous allons maintenant détailler les expériences de DM dans différents pays (USA, Belgique, Angleterre et Allemagne), avant de poursuivre sur les opportunités en France de mise en place de projets de DM.

## **B Le Disease Management aux USA**

Le concept de DM est né aux USA dans les années 90. Depuis cette période, plusieurs études ont été menées pour évaluer l'intérêt du Disease Management dans le système de santé américain. Qu'en est il aujourd'hui?

### *1 Une démarche en fort développement*

Au début des années 90, face aux besoins croissants de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des industries pharmaceutiques ont développé des programmes pour optimiser le processus de soin. Ce principe de prise en charge a petit à petit éveillé l'intérêt de nouvelles entreprises qui, à partir du milieu des années 90, se sont spécialisées dans le Disease Management, ne laissant aux laboratoires pharmaceutiques qu'un rôle marginal. La démarche se développe alors de façon intensive. Les assureurs, à leur tour, s'intéressent au DM et proposent des programmes qu'ils gèrent eux-mêmes en interne ou pour lesquels ils font appel à des entreprises spécialisées.

La croissance du chiffre d'affaire global des entreprises spécialisées dans le Disease Management atteste de la vigueur du développement de la démarche : 2 milliards de Dollars en 2005 contre 78 millions en 1997, soit un taux de croissance annuel moyen de 40%<sup>5</sup>.

### *2 Une réponse au contexte économique et social local*

Cette forte expansion du DM dans les années 1990 s'explique par la nécessité de rechercher de nouvelles voies de maîtrise des dépenses mais aussi par le souci d'améliorer la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques.

---

<sup>5</sup> Boston Consulting Group. (D. Matheson, A.Wilkins, D.Psacharopoulos), *Realizing the promise of Disease Management*, février 2006

Les Etats Unis étaient, jusqu'aux années 90, entrés dans une démarche de « Managed Care », que l'on peut traduire par « gestion des soins ». Ce modèle consistait à intégrer la délivrance de soins sous la supervision de l'organisme assureur ou de structures spécialisées. Dans ce cadre, les décisions des médecins, des établissements de santé et des patients étaient contrôlées et contraintes (convention sélective des médecins et des établissements, autorisation préalable pour certains actes, liste limitative de médicaments,...).

Un rapport de référence publié en 2001 par l'Institute of Médecine (IOM)<sup>6</sup> met en exergue, parmi les facteurs de non qualité du système de santé américain, son inadaptation pour la prise en charge de maladies chroniques. Elle est attestée par de nombreuses études qui révèlent des écarts entre les soins reçus et les recommandations professionnelles. La principale difficulté résiderait dans les conditions de pratiques médicales. Le médecin travaille en effet le plus souvent seul et ne peut prendre en charge que l'épisode aigu du patient. Il ne peut concrètement répondre aux standards en matière d'éducation et de suivi de l'observance du patient atteint d'une maladie chronique.

Dans ce contexte, de nouvelles voies de maîtrise des dépenses sont actuellement explorées aux Etats-Unis. La première consiste à transférer les dépenses de santé vers le consommateur par l'augmentation des franchises et des tickets modérateurs. La seconde est constituée par le Disease management.

### 3 Des interventions ciblées sur des patients à risque

Le Disease Management s'est principalement développé aux Etats-Unis autour de cinq pathologies chroniques : le diabète, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance coronarienne. Ces pathologies ont été sélectionnées car elles correspondent à certaines caractéristiques :

- Recommandations professionnelles disponibles ;
- Ecart avec les recommandations constatés ;
- Influence possible du comportement des patients sur les résultats sanitaires ;
- Complications et hospitalisations fréquentes et évitables.

Si la pathologie du patient correspond aux critères précités, le patient est intégré

---

<sup>6</sup> Institute of Médecine, *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*, Washington DC, mars 2001

automatiquement par son assureur dans un programme de Disease Management (aux Etats Unis les données de remboursement comportent un codage des pathologies). Son autorisation est implicite mais il peut demander à être exclu du programme. En effet, seuls 30% des patients acceptent quand un consentement est demandé préalablement et au prix d'un effort coûteux de marketing.

Les patients inclus dans les programmes sont ensuite répartis en plusieurs groupes de risque (le plus souvent trois) desquels découle l'intensité de l'intervention.

#### *4 Des interventions proactives, centrées sur les patients*

Aux Etats-Unis, le Disease Management consiste principalement à émettre des communications téléphoniques vers des patients à partir de centres d'appel. La proactivité est la caractéristique essentielle de cette démarche qui vise à anticiper les besoins et provoquer un changement d'attitude de la part des patients. Les appels téléphoniques ont principalement quatre fonctions :

- **L'éducation thérapeutique** du patient. Le « Disease Manager », au cours de l'entretien téléphonique va évaluer le niveau de connaissance du patient et soulever les problèmes rencontrés. Il pourra ainsi l'orienter vers des structures ou groupes d'éducation thérapeutique ou envoyer des documents ou mails répondant à la problématique du patient ;
- Le **soutien à la motivation**. Le « Disease Manager » a pour ambition d'aider les patients à surmonter les barrières psychologiques et sociales qui font obstacles à une prise en charge optimale. Il évalue les domaines où des progrès sont particulièrement nécessaires ;
- La **coordination des soins** : orientation vers des acteurs clés de la prise en charge, mise en place de réseaux de santé ;
- Le **suivi des malades**. Le « Disease Manager » intervient en cas d'alerte dès lors que les signes prédictifs d'une complication apparaissent (poids, chiffres tensionnels, résultats d'examens,...).

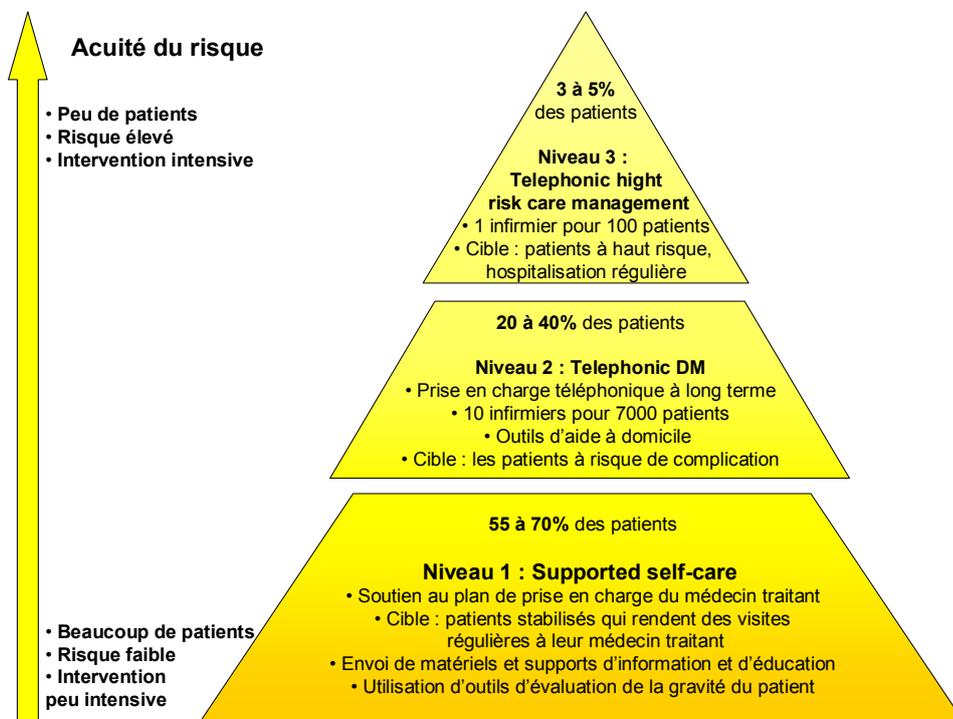


Figure 1 : Modèle d'intervention des centres d'appel du groupe Healthways  
Source : American Healthways : [www.healthways.com](http://www.healthways.com)

##### 5 Les relations avec les médecins : une question sensible

L'objectif des organismes de DM est de développer des relations étroites avec les médecins traitants des patients inclus dans le programme. Les données qu'ils recueillent sont en effet utiles aux médecins et la connaissance de leurs efforts respectifs serait une plus value. La collaboration entre les « Disease Managers » et les médecins traitants n'est pas facile. Ces derniers considèrent l'analyse des données apportées par les organismes de DM comme une charge de travail supplémentaire mais aussi parfois comme un empiètement sur les droits des patients. Dans les faits, les organismes de Disease Management limitent leurs démarches à l'égard des médecins. Ils refusent que leurs actions soient perçues comme une remise en cause du monopole du médecin, et, pour cela, insistent sur le fait que le médecin reste le décideur en matière de stratégie thérapeutique. Ils présentent leurs actions comme un prolongement de l'action du médecin.

Les représentants des médecins reconnaissent l'utilité du DM. Cette attitude démontre la légitimité de la démarche dans le système de santé américain. Ainsi, une des associations professionnelles majeures de médecins américains « l'American College of Physicians » promeut un modèle alternatif où les fonctions assumées par le DM seraient prises en charge au sein des cabinets médicaux (les médecins seraient ainsi rémunérés pour cette mission). Cependant, il existe toujours un conflit latent entre les médecins et le DM autour d'enjeux de pouvoir (maîtrise de la relation avec le malade) et d'enjeux financiers (rémunération des fonctions prises en charge à travers le DM).

#### 6 Les résultats sanitaires

De nombreuses études ont permis de mettre en évidence l'intérêt de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des malades chroniques<sup>7</sup>. C'est dans ce contexte que le Disease Management fait consensus aux Etats-Unis du fait de l'amélioration des résultats sanitaires des patients. Ce consensus existe malgré la persistance de problèmes méthodologiques pour l'évaluation des résultats et le choix d'indicateurs pertinents.

Dans le cas du diabète, les résultats sont mesurés par des indicateurs relatifs au processus de soin (fréquence des dosages de l'HbA1c) ou par des indicateurs intermédiaires (taux d'HbA1c). Une méta analyse publiée en 2005 synthétise les résultats de 24 études contrôlées parues sur le diabète entre 1987 et 2001. Chez les patients pris en charge dans des programmes de Disease Management, le taux d'HbA1c a diminué de façon significative sur plan clinique. Toutes études confondues, ce taux est réduit en moyenne de 0.5% (intervalle de confiance de 95% : 0.3 à 0.6 %). En clinique<sup>8</sup>, on considère qu'une réduction de 1% du taux d'HbA1c réduit de 35% la survenue de complications micro vasculaires (rétinopathie, néphropathie, neuropathie).

#### 7 Les résultats économiques

Outre l'optimisation de la gestion médicale, le Disease Management a pour objectif de réduire les dépenses liées aux soins. Compte tenu des coûts de mise en œuvre des programmes, une

---

<sup>7</sup> Knight K, Badamgarav E, Henning JM, et al., *A systematic review of diabetes disease management programs*, Am J Manag care, 2005, n°11 : 242-250

<sup>8</sup> UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group., *Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS33)*, Lancet, 1998, 352:837-853. (publication des corrections, 1999, 354:602)

réduction de 10 à 30 % du taux d'hospitalisation doit être possible à court terme (1 à 2 ans)<sup>9</sup>.

Les résultats obtenus sont cependant controversés. Certaines études attestent que ces programmes produisent des économies nettes<sup>10 11 12</sup> (par des réductions importantes des taux d'hospitalisation) alors que d'autres concluent que le DM améliore les résultats sanitaires sans perspectives d'économies<sup>13</sup> (ou économies à plus long terme)<sup>14</sup>.

A l'heure actuelle, il n'y a donc pas de consensus aux Etats-Unis sur la rentabilité à court terme du Disease Management.

### 8 Le débat du Disease Management aux Etats Unis

S'il est impossible de trancher sur le retour sur investissement du DM, certains éléments méritent cependant d'être soulignés :

- La plupart des analystes admettent aujourd'hui l'intérêt de Disease Management en termes de santé publique. La controverse réside dans l'intérêt du Disease Management en termes de gestion économique ;
- L'optique de court terme en fonction de laquelle est évaluée aujourd'hui le Disease Management minore son apport. Des analyses longitudinales, non disponibles aujourd'hui, conduiraient, sans doute, à un bilan plus favorable ;
- L'évaluation des programmes se concentre sur le coût de la réduction du nombre d'hospitalisations. Le bilan pourrait être élargi, pour les patients d'âge actif, à l'évaluation de l'absentéisme évité et à l'amélioration de la productivité des salariés présents.

Après avoir étudié l'histoire du Disease Management aux Etats-Unis, nous allons maintenant voir comment nos voisins européens abordent ce nouveau concept.

---

<sup>9</sup> Linden A., *What will it take for disease management to demonstrate a return on investment. New perspective on an old theme*, Am. J. Manag.Care, vol.12, n°4, 2006

<sup>10</sup> Sidorov J., Shull R., Tomcavage J. et al., *Does Diabete Disease Management save money and improve income*, Diabetes care 2002, n° 25: 684-689

<sup>11</sup> Villagra V.G., Ahmed T., *Effectiveness of a Disease Management program for patients with diabetes*, Health Affairs 2004, 23, n°4 : 255-266

<sup>12</sup> Gertler P., Simcoe T., *Disease Mangement*, working paper, disponible à SSRN : <http://ssrn.com:abstract=900577>

<sup>13</sup> Fireman B., Bartlett J., Selby J., *Can DM reduce health cost by improving quality*, Health Affairs, Vol.23, n°6, 2004

<sup>14</sup> Beaulieu N.D., Cutler D.M., Ho K.E., *The business case for diabete Disease management two managed care organization*, Field report, The comonwealth Fund, 2003

## C Le Disease Management en Belgique

En Belgique, en dépit des vagues d'innovations profitant à tous les secteurs de l'économie, l'évolution du système de santé serait en marge de créer une médecine à deux vitesses : la première financée par les ressources publiques et la seconde par un système privé favorisant les patients les plus aisés. Cette hypothèse part du principe qu'un système de soins entièrement financé par les cotisations sociales ou par l'impôt n'est pas tenable, dans un pays qui concentre des taux élevés de taxation.

C'est pour faire face à cette évolution du secteur de la santé sous forme de privatisation des soins de santé que les mutualités libres s'organisent et innovent pour mettre en place un nouveau concept : le Disease Management.

*« Confinés dans des marchés nationaux voire régionaux, confrontés à des problèmes très spécifiques, notre système de soins de santé conserve une approche très traditionnelle voire conservatrice face aux défis à venir. Il nous appartient de lancer des pistes innovatrices qui permettent de maintenir une couverture sociale équivalente pour tous, tout en maintenant une médecine accessible et de qualité. »* Pascal Mertens - Directeur Général des mutualités libres<sup>15</sup>.

### 1 Approche médicale

L'approche belge, décrite par les mutualités libres, est basée sur un aspect intégrant essentiellement la qualité du suivi des patients. Dans ce système, le DM s'assimile à la notion de trajets de soins ou, au niveau hospitalier, de « Clinical Pathway » (encore appelé « schémas de déroulement clinique » ou « chemins cliniques ») (concept que nous détaillerons par la suite). En ambulatoire, il s'adressera essentiellement aux patients chroniques dont la prise en charge est multidisciplinaire.

Dans cette nouvelle organisation de la prise en charge des patients, les médecins généralistes sont les pivots essentiels de la communication entre les différents intervenants et deviennent les conseillers de leurs patients. Le rôle et la responsabilité des infirmières sont amplifiés sous la forme du « Data Nursing » (conseil aux patients pour améliorer la prise en charge de leur maladie). Le développement informatique par l'« e-learning » et la mise en place de « plateformes de soins » sont également des éléments clés de ce nouveau concept.

---

<sup>15</sup> Fax Medica, Magazine d'information de l'Union National des Mutualités Libres, décembre 2006

## 2 Efficacité en matière de qualité et de coûts

La baisse des coûts n'est pas le principal objectif recherché. Comme nous l'avons vu au Etats-Unis, la littérature semble montrer que l'approche du DM amène une meilleure garantie de qualité dans la prise en charge et son suivi. Il semble, cependant, très difficile de démontrer objectivement, par des analyses longitudinales, si les coûts liés à cette approche seront équivalents, moindres ou plus élevés, pour une qualité au moins équivalente et de préférence améliorée. Ceci est dû soit à des carences dans les analyses réalisées (pas de mesures des coûts, périodes étudiées trop courtes, ...), soit à des difficultés méthodologiques empêchant de comparer diverses études entre elles dans la littérature. Pour les mêmes raisons (études trop courtes ou indicateurs non analysés), la littérature ne montre pas d'effets clairs sur la mortalité ou la qualité de vie. Cette carence d'information claire et objective n'implique pas l'absence d'effets positifs sur les coûts, la mortalité ou la qualité de vie, mais découle simplement d'études insuffisamment développées sur ces sujets.

La Belgique s'attache à évaluer cette notion d'« outcome » (résultats). Il ne s'agit pas, pour ce pays d'évaluer ce système et de l'abandonner si les coûts sont trop élevés mais d'évaluer la nouvelle approche basée sur le rapport coût-qualité. L'objectif étant de tirer des enseignements afin d'améliorer sans cesse le système de santé et de le maintenir accessible à tous et, en particulier, aux plus démunis.

## 3 Quelques exemples d'actions à venir

L'approche globale du patient dans le cadre des maladies chroniques implique une connaissance clinique du malade ainsi que de son environnement socio-familial et professionnel mais aussi une appréhension précise des aspects scientifiques liés à la pathologie concernée et aux trajets de soins conseillés. Différents volets de ce concept de DM sont aujourd'hui en cours de réflexion ou d'élaboration par les mutualités libres :

- L'élaboration de « clinical pathway » ;
- Le « coaching » des patients par les médecins généralistes ;
- Le développement de nouvelles technologies et de l'e-santé ;
- La mise en première ligne de « Data nurses » ;
- La création de « plateformes ».

### 3.1 L'élaboration de « clinical pathway »

L'élaboration de trajectoires de soins concernant différentes pathologies chroniques est en cours de discussion au niveau de la Commission Nationale Médico-Mutualiste (CNMM). Cette commission analyse conjointement les données médicales et les données de facturation ainsi que le suivi de la situation clinique des patients (par exemple les complications et les coûts liés). Une collaboration étroite entre les prestataires de soins concernés et les organismes de financement (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et organismes assureurs, représentant aussi leurs assurés) avait déjà permis, en 2005, d'aboutir à la conception de deux trajets de soins concernant les patients diabétiques et les insuffisants rénaux.

### 3.2 Le « coaching » des patients par les médecins généralistes

Une fois ces trajets de soins définis, le patient est pris en charge par un médecin généraliste. Ce dernier entre alors dans une approche de **coaching** de son patient. Il l'accompagne, le stimule et, s'il le faut, le remet sur la voie du trajet de soins adapté à sa pathologie et cela aussi longtemps que sa pathologie existe. Ce médecin devra rester en contact étroit avec son patient selon l'importance des besoins médicaux.

### 3.3 La mise en première ligne de « Data nurses »

De nouveaux modèles organisationnels comme celui de l'« Evidence-Based Nursing » (EBN) né en 1996 aux Etats-Unis sous forme de télénursing tendent à se développer aujourd'hui en Belgique.

#### - Mise en place<sup>16</sup>

Outre les infirmières habituelles, le modèle belge prévoit pour l'heure des infirmières « relais » en matière de soins palliatifs, soins de plaie et diabète. Concernant le diabète, des dispositions légales concernant la prise en charge existent depuis le 01.07.2003. Ce projet consiste donc à éduquer les nouveaux patients qui s'adressent aux soins à domicile avec une prescription pour des injections d'insuline, pour qu'ils puissent réaliser les actes de façon autonome. Selon une estimation prudente, le patient pourrait, après cette formation donnée par

<sup>16</sup> Laperche J. et Chevalier P., *Généralistes et infirmières, partenaires pour le suivi des patients chroniques*, Minerva Revue d'Evidence Based Medecine Vol 5, n° 7

une infirmière relais en diabétologie, s'injecter lui-même l'insuline dans 13 % des cas. Il en coûterait 27 euros par an à l'assurance maladie, mais ce coût serait, selon le ministre des Affaires Sociales de l'époque, récupéré 16 fois parce que les patients ne sont plus dépendants d'une infirmière à domicile pour les injections quotidiennes. Selon les évaluations, les économies ainsi réalisées pourraient se monter à 410 euros par patient sur une base annuelle.

- Exemple aux Pays Bas<sup>17</sup>

Une étude néerlandaise a montré que le pourcentage d'appels à des infirmières spécialisées pour des affections chroniques est passé de 14 % à 30 % entre 1999 et 2004. Les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques (co-morbidité) ont continué à souvent faire appel à une infirmière spécialisée. Le nombre de patients atteints d'une seule affection et faisant appel à une infirmière spécialisée a lui aussi augmenté de manière significative (de 8 % à 26 %). Par ailleurs, cela n'a engendré aucune diminution des contacts entre les malades chroniques et handicapés et leur médecin généraliste.

### 3.4 Le développement de nouvelles technologies et de l'e-santé

Que ce soit, en Belgique, en France ou aux Etats-Unis, l'informatique prend une part croissante dans le domaine de la santé. Les mutualités libres voient en cet outil, une possibilité d'optimiser la prise en charge des patients par les médecins grâce à différentes actions :

- L'élaboration d'un dossier médical partagé

Ce concept est équivalent aux démarches françaises de mise en place d'un dossier médical personnel entre les acteurs concernés et pour les domaines qui les concernent. Le médecin généraliste doit avoir une vision globale et complète des informations, le tout dans les règles liées à la législation sur la protection de la vie privée. Qui dit accessibilité partagée et réglée dit Dossier Médical Informatisé (DMI), utilisant un langage commun et implique la gestion des accès aux données (en partie) partageables.

- L'accès à une information fiable pour le professionnel de santé et le patient

Il s'agirait d'élaborer des outils offrant aux professionnels de santé et aux patients un accès à une information fiable, de qualité et impartiale. Si les professionnels de la santé disposent déjà d'outils propres pour la recherche d'articles spécialisés, ils ne peuvent précisément vérifier le

---

<sup>17</sup> Nivel (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Publication site Internet dossier 09.2006 : Chronisch zieken gaan steeds vaker naar gespecialiseerde verpleegkundige. <http://www.nivel.nl/>

niveau de preuve de ces articles. Un site comme le Belgian Center for Evidence-Based Medicine (CEBAM - [www.cebam.be](http://www.cebam.be)) répond, notamment, à ce besoin et devrait aider les professionnels à répondre aux questions des patients, des questions souvent critiques et parfois revendicatives quant à l'usage d'une nouvelle technologie médicale. Pour le patient, confronté à une information souvent pseudo scientifique, la vérité est plus difficile à trouver. Une piste pourrait être la mise à disposition par des organismes indépendants d'informations validées. Au départ d'une application Web en lien avec son médecin généraliste, le patient pourrait sélectionner des informations personnelles et scientifiques en fonction de ses besoins.

### 3.5 S'investir dans le dépistage et le traitement précoces des maladies chroniques

Les Mutualités Libres ont à ce jour lancé deux plateformes sur les maladies chroniques : l'une, en 2005, sur le diabète, l'autre, en 2006, sur l'obésité. Un de leurs objectifs principaux est de permettre le diagnostic précoce des personnes à risque via une intervention financière et une approche structurée de la consultation de dépistage. Dix-sept mois après son lancement, 2.153 membres utilisent la plateforme diabète, et après 5 mois, 989 membres utilisent la plateforme obésité. Le bilan est donc encourageant.

Concrètement, pour le dépistage du diabète, les Mutualités Libres remboursent les tickets modérateurs de la consultation auprès du médecin généraliste dans le but d'encourager les personnes à risque. Les Mutualités Libres interviennent ensuite dans le prix de la visite éventuelle chez le diététicien pour les personnes présentant certains risques de prédisposition au diabète.

L'approche en ce qui concerne l'obésité est identique. Le dépistage est plus facile et se base sur le calcul de l'indice de masse corporelle ou « Body Mass Index » (BMI) et sur la mesure de la circonférence abdominale. Si l'indice de masse corporelle dépasse 25, le patient peut choisir un accompagnement professionnel via un diététicien, ou via un centre spécialisé dans la prise en charge de l'obésité. Les interventions financières de l'assurance complémentaire incitent le patient à changer son mode de vie et à suivre un trajet de soins. Quand le patient arrive à réduire son indice de masse corporelle de 5%, une prime est prévue pour qu'il soutienne son effort.

#### 4 Aujourd'hui

Le Centre fédéral d'expertise de soins de santé de Belgique (KCE) prône une approche Disease Management. En mai 2006, il a plaidé, dans la thérapie du diabète, pour une approche globale dans le cadre du Disease Management.

« *Le diabète de type 2 prendra dans les prochaines années des proportions épidémiques. Comment garantir dans le futur des soins de santé de qualité à ces patients ?* » se demandait le KCE qui lançait au printemps 2006 un projet ambitieux en collaboration avec l'association flamande du diabète (VDV) et quatre centres universitaires de médecine générale (UZ Gent, UZ Antwerpen, KU Leuven et UCL).

L'approche du KCE reprend sur de nombreux points celle des Mutualités Libres notamment :

1. La nécessité, selon le Centre, d'évoluer vers une approche spécifique pour les maladies chroniques ;
  2. L'implication active du patient (« patient empowerment ») ;
  3. La valorisation du rôle du médecin généraliste, en concertation avec le spécialiste ;
  4. La proposition d'indicateurs qui permettent de mesurer la qualité des soins délivrés ;
  5. La prise de conscience que des interventions isolées ne peuvent agir sur la qualité des soins.
- Les initiatives dispersées doivent laisser place à une politique de santé coordonnée à l'échelon national et orientée vers le Disease Management.

Ainsi, le Disease Management va naître en Belgique sous différentes formes (chemins cliniques, coaching, plateforme,...). Nous allons voir maintenant ce qu'entendent les anglais par le terme Disease Management.

#### **D Le Disease Management en Angleterre**

En Angleterre, le « Department of Health » (équivalent de notre ministère de la santé) a mis en place une politique de prise en charge des maladies chroniques initialement définies par pathologie ou par population, puis élargie à l'ensemble des affections de longue durée. Un modèle national de prise en charge est alors instauré, le *National Health Service (NHS) and social care long term conditions model*. Inspiré des expériences américaines, ce modèle poursuit les mêmes objectifs qu'aux Etats-Unis : une amélioration de la qualité des prises en charge et une réduction des hospitalisations. Grâce à cette démarche innovante, le ministre de la santé cherche à favoriser un transfert de prise en charge de l'hôpital vers le médecin

généraliste et à s'appuyer, autant que possible, sur une intervention sociale et associative forte. L'objectif national affiché est une réduction d'ici 2008, de 5% des journées d'hospitalisation non programmées.

Ce modèle s'inspire des démarches de stratification utilisées aux Etats-Unis<sup>18</sup> afin de mettre en œuvre des approches proportionnées au risque des patients. Trois stratégies ont été définies en fonction du niveau de risque des patients :

- Pour les **patients à plus haut risque**, un programme de prise en charge a été mis place, en 2003, par un prestataire américain (United Health) sous le nom d'*Evercare*. Instauré à l'origine dans neuf *Primary Care Trust (PTC)*<sup>19</sup>, il s'est généralisé en 2005 à tout le pays. Ce projet fait intervenir des infirmières seniors. Elles interviennent de façon proactive en dehors des cabinets médicaux par téléphone et au domicile des patients. Elles identifient les personnes les plus à risque dans la localité, effectuent un bilan individuel à domicile et définissent un plan personnalisé. Elles travaillent en lien avec les services sociaux, les médecins ou leur équipe. Financées à l'origine par le ministère de la santé, les interventions auprès des patients à plus haut risque ont vocation à être prises en charge demain par les cabinets de généralistes ;
- Pour les **patients les moins à moindre risque** (70 à 80% des malades), les actions sont plus limitées. Elles visent essentiellement à développer la capacité des malades à prendre en charge leur maladie, notamment en favorisant des réunions de groupes de pairs ;
- Les **patients à niveau de risque intermédiaire** ne font pas l'objet de programmes spécifiques au plan **national**. On attend cependant du généraliste qu'il mette en place, de façon individuelle, une démarche de Disease Management à l'égard de son patient. Par exemple, les généralistes par l'intermédiaire de dossiers médicaux peuvent repérer les patients souffrant d'insuffisance coronarienne. Ils peuvent ainsi utiliser ces dossiers pour inciter les patients ne consultant pas régulièrement à surveiller leur tension et leur taux de cholestérol, les encourager à cesser de fumer et à faire de l'exercice. Ainsi, le terme DM, est réservé, en Angleterre, à ce type d'actions.

De telles pratiques ne peuvent se développer auprès des généralistes anglais (passage obligé dans le système de santé britannique) que s'ils sont incités à agir dans ce sens.

---

<sup>18</sup> Wagner EH, *Chronic disease care. Insights from managed care in the United state will help the NHS*, BMJ. 2004, n° 328: 177-178

<sup>19</sup> Les PTC sont responsables de l'état de santé de la population de leur ressort territorial. Ils doivent améliorer cet état de santé et réduire les inégalités, identifier les besoins et assurer la bonne organisation des soins primaires ainsi que le recours aux prestations spécialisées hospitalières. Les cabinets de généralistes anglais qui dispensent des soins dans le cadre du NHS exercent dans le cadre de contrats avec les PCT.

Aussi un dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en avril 2004 dans le cadre d'un contrat passé entre les généralistes et le National Health Service. L'objectif à terme est d'augmenter le revenu des généralistes de 25% avec une part de rémunération liée à la performance s'établissant à 20%<sup>20</sup>.

L'impact de ces programmes n'est pas quantifiable aujourd'hui faute de recul suffisant. Les résultats ne pourront se mesurer que sur le moyen terme.

### **E Le Disease Management en Allemagne**

L'Allemagne a mis en place, en 2002, des programmes de DM gérés directement par les caisses d'assurance maladie. En concurrence entre elles, ces caisses reçoivent un financement (par exemple 1200 euros pour un patient diabétique) d'un fond de péréquation pour tout patient inclus dans un programme de DM. Les caisses ont donc intérêt à ce que de nombreux patients soient inclus dans les programmes.

Le DM en Allemagne est centré sur le médecin généraliste et sur le respect des recommandations professionnelles. Ce dernier décide de l'inclusion des patients dans un programme. Afin de favoriser le respect des bonnes pratiques, le médecin doit produire des données relatives aux soins pratiqués pour les patients inclus dans le programme. Il doit proposer au patient de participer à des sessions d'éducation thérapeutique qui sont traditionnellement prises en charge par les caisses d'assurance maladie en Allemagne. Les médecins sont invités à participer aux programmes par une rémunération spécifique sous forme de suppléments d'honoraires liés aux actions accomplies dans le cadre du programme (75 à 150 euros). Les patients sont également incités à participer aux programmes par des réductions de tickets modérateurs et de franchise.

Les résultats à ce stade semblent très limités et aucun bilan économique ne semble avoir été établi. Le dispositif conduit à la production d'un volume important d'informations sans que celles-ci soient réellement exploitées. Un sentiment de bureaucratie inutile se développe ainsi chez les médecins.

Le dispositif allemand se différencie fortement des précédents :

- Contrairement au système américain, il vise autant à modifier les pratiques des médecins

---

<sup>20</sup> Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel et Etienne Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de Disease Management*, Rapport RM2006-136P, 2006

que des patients. Cependant les outils de contacts directs avec les patients sous la forme de centre d'appels sont très peu développés ;

- Contrairement au système anglais, les incitations ne sont pas liées à des résultats mais à la simple inclusion des patients dans des programmes.

Il semble toutefois y avoir consensus en Allemagne, sur le fait que la politique de DM a vocation à évoluer vers un modèle plus proche des expériences américaines.

## **F Le Disease Management en France**

### *1 Le contexte*

En France, les problèmes sanitaires concernant les pathologies chroniques sont comparables à ceux rencontrés aux Etats-Unis, en Belgique, en Angleterre et en Allemagne. Avec 15 millions de personnes touchées (soit 20% de la population française)<sup>21</sup>, les maladies chroniques soulèvent de nouvelles problématiques pour les patients, mais aussi pour l'ensemble des acteurs du système de santé : le personnel soignant, les institutionnels, les payeurs et les industriels. Quelles sont les particularités du système de santé français? Quels organismes peuvent intervenir pour faire face à ces nouveaux enjeux? Quels sont les atouts des différents intervenants?

#### 1.1 Les nouvelles problématiques

Dans un contexte de réduction des dépenses de santé, réduire les complications liées aux pathologies chroniques pourrait aboutir à un ralentissement de la progression des dépenses de **l'assurance maladie**. Des chiffres illustrent l'importance croissante des maladies chroniques dans les dépenses de santé<sup>22</sup> :

- 4 milliards d'euros par an ont été consacrés, en 2006, à la prise en charge des 7,5 millions de personnes qui bénéficient du régime d'affection de longue durée, ALD (prise en charge à 100%) ;
- 10 millions de patients pourraient entrer dans le régime ALD d'ici 2010 ;
- Pour 2010, la croissance de ces charges pourrait représenter 1,25 point de la

---

<sup>21</sup> Rapport BAS, Ministère de la santé 2007

<sup>22</sup> Rapport BAS, Ministère de la santé 2007

Contribution Sociale Généralisée (CSG)<sup>23</sup>.

La découverte continue de nouvelles molécules permet aux **patients** atteints de pathologies chroniques de vivre aujourd'hui plus longtemps. Pour autant, leurs conditions de vie ne sont pas toujours optimales. Vivre avec une maladie chronique demande un apprentissage : savoir gérer son quotidien, ses relations avec les autres, connaître sa maladie pour reconnaître les signes d'alertes. Pour cela, une éducation est souvent nécessaire et des structures de prise en charge, de conseil et de soutien doivent se mettre en place pour soutenir le patient dans sa nouvelle approche du quotidien.

Face à une maladie chronique, **le médecin** ne peut plus aborder la maladie sous un angle strictement thérapeutique. Les problèmes de réinsertion sociale et ou professionnelle, la prise en charge des effets secondaires et des conséquences psychologiques des traitements se posent avec une acuité nouvelle. Des recommandations de prise en charge ont été établies en fonction des pathologies, cependant, on observe aujourd'hui un décalage entre les recommandations et les pratiques professionnelles. Ces écarts peuvent s'expliquer en partie par la difficulté pour les médecins à adapter leurs pratiques à la capacité de compréhension des patients. Les médecins s'estiment assez largement démunis pour faire face à ces nouveaux enjeux et considèrent qu'ils n'ont pas le temps d'assumer pleinement ce nouveau rôle.

Au-delà de ces nouvelles responsabilités, de nombreuses réformes dans le système de santé font que **le personnel hospitalier** est soumis à de plus en plus de contraintes et de pression :

- Pression économique liée aux réformes hospitalières (tarification à l'activité). Les hôpitaux sont soumis à un contrôle de leurs dépenses pour faire face au déficit de la sécurité sociale<sup>24</sup> ;
- Evaluation constante des connaissances des médecins par l'obligation de formation médicale continue (FMC)<sup>25</sup> et évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP)<sup>26</sup> ;
- Pénurie de personnels hospitaliers et en particulier de médecins ;

---

<sup>23</sup> Le produit de la CSG est destiné au financement d'une partie des dépenses de Sécurité sociale

<sup>24</sup> La Commission estime que le déficit du régime général devrait atteindre 12 milliards d'euros en 2007 et dépasser celui prévu par la loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2006 (8 milliards d'euros). Cette dégradation est en grande partie imputable à la branche maladie accusant un déficit de 6,4 milliards d'euros en 2007 (<http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/securite-sociale-enrayer-deficit-croissant.html>)

<sup>25</sup> La loi de santé publique du 9 août 2004 (JO du 11 août 2004), par ses articles 98 et suivants, a généralisé l'obligation de formation continue à l'ensemble des professions de santé

<sup>26</sup> L'EPP est une démarche individuelle ou collective devenue obligatoire par l'article 14 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie (JO du 17 août 2004).

Pour l'**industrie pharmaceutique**, le contexte juridique et la pression de la concurrence incitent les laboratoires à innover dans leur manière d'aborder les médecins :

- La loi des Diverses Mesures d'Ordre Social (DMOS), revue en 2002, a modifié la réglementation autour des pratiques de l'industrie pharmaceutique : l'article L. 4113-6 de 1993 du code de la santé publique modifié, stipule qu'il « est interdit pour les membres des professions médicales (...), de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages. ».
- Depuis la fin des années 70 et au début des années 80, en France, nombreux furent les laboratoires qui développèrent des gammes de produits « me-too » pour concurrencer les marques nationales sur le prix, s'inspirant de leurs caractéristiques pharmacologiques et physico chimiques, de leur nom et/ou de leur packaging. Aujourd'hui, pour le traitement de certaines pathologies (hypertension artérielle, VHC,...) des médicaments bioéquivalents se partagent le marché. La différenciation en terme d'approche des professionnels de santé devient donc un enjeu majeur pour le laboratoire.

## 1.2 Qui peut intervenir dans la mise en place d'un projet de DM ?

La notion de DM est relativement méconnue en France. Cependant, en fonction des expériences étrangères, nous pouvons identifier différents acteurs susceptibles d'intervenir dans la mise en place d'un projet de DM en France :

- Les **pouvoirs publics** pourraient légiférer affirmant ainsi la légitimité du DM. Cette intervention du législateur permettrait d'encadrer la pratique et de préciser les garanties que les organismes de DM doivent présenter vis à vis des bénéficiaires de leur intervention ;
- Les **assurances, mutuelles** ainsi que les **organismes d'assurances maladies**, notamment la CNAM, pourraient considérer que le DM est le prolongement naturel des initiatives prises dans le cadre de la gestion des risques ou du service aux assurés (notamment par le développement de plates formes téléphoniques d'informations) ;
- Les **laboratoires**, devant aujourd'hui communiquer avec les médecins de façon innovante, pourraient se différencier en instaurant un rapport particulier avec eux, une relation de confiance. Au-delà des outils déjà existants, ces programmes permettraient aux

laboratoires de devenir les partenaires du médecin dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ;

- Des **prestataires externes**, employés ou non par les acteurs précédents, pourraient mobiliser des ressources humaines, managériales et techniques et proposer ainsi des projets variés sur la prise en charge globale des patients ;
- Les **médecins ou d'autres professionnels de santé des structures hospitalières** : dans le contexte français, il paraît difficile de mettre en place un projet de DM sans le soutien du médecin. Cependant, celui-ci ne possède pas le temps nécessaire pour se consacrer à la coordination de projet de telle ampleur.

Certains de ces acteurs ont déjà commencé à s'engager dans cette voie : les laboratoires pharmaceutiques mais aussi les assurances et mutuelles.

## 2 Les initiatives de projets proches du Disease Management

A ce jour, les autorités françaises réfléchissent sur l'intérêt et les modalités de mise en place d'un projet de DM. Cependant, des intervenants dans le domaine de la santé ont déjà réfléchi à des stratégies d'amélioration des pratiques médicales, permettant d'approcher au mieux la réalité de la prise en charge des patients ou de suivre les objectifs institutionnels assignés aux structures de soins. A la différence des programmes de DM, qui visent une approche globale, ces projets se concentrent le plus souvent sur un thème particulier : soutien aux réseaux de soins, attributions de bourses, création de programmes d'éducation thérapeutique. Nous allons donc étudier dans la suite de ce document, les différents projets mis en place par les organismes français.

### 2.1 Les assurances

Pour diversifier leurs activités au delà des prestations financières, les assurances s'investissent aujourd'hui dans des services innovants.

#### - Mondial Assistance

Cet organisme développe des programmes d'accompagnement auprès de personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques ou pulmonaires ou l'hypertension (hypertension). Ils consistent en un « coaching » actif du patient par des professionnels de santé (le plus souvent des infirmières spécialisées). Ces derniers peuvent

recevoir des informations par téléassistance (exemple : le monitoring du patient par télécardiologie, où la technique sensorielle permet de prendre des mesures et de s'informer ainsi sur l'état du patient) et ainsi conseiller le patient sur les actions à entreprendre, les personnes à consulter.

- Swisslife

Par son programme « Carte blanche », Swisslife mise sur la prévention en assurant une prise en charge par un réseau de professionnels de santé partenaires, des conseils et de l'information santé, et en proposant des programmes de prévention sur Internet : « coaching » pour l'arrêt du tabac ou nutrition.

## 2.2 Les laboratoires pharmaceutiques

L'ensemble des laboratoires d'envergure internationale s'investit aujourd'hui dans des programmes d'optimisation de la prise en charge des patients. Leur engagement varie en fonction de leurs choix stratégiques, d'une simple contribution financière à la création de concepts innovants.

- Soutien aux réseaux de soins

Il s'agit de l'action la plus récurrente, mais là encore la nature de l'investissement varie d'un laboratoire à l'autre : simple soutien financier, support technique au développement de réseaux informatiques, voire ingénierie partielle (**Novartis** pour les réseaux Alzheimer) ou totale du projet. Aucun laboratoire n'est promoteur unique de réseau, sans doute pour des raisons politiques et/ou de légitimité. Au mieux une co-promotion via une association a été mise en œuvre (cas d'**Astra-Zeneca** pour le réseau Asthme).

- Attribution de bourses

1. **Bayer** pour des projets visant à améliorer la qualité des soins ;
2. **Sanofi Aventis** par l'opération « Tremplins pour la création d'entreprise » qui accompagne sur la durée de jeunes scientifiques pour la création d'entreprise ;
3. Des bourses spécifiques aux réseaux de soins sont financées par **Bristol Meyer Squibb (BMS)** et **Sanofi-Aventis**.

- Création de programmes d'éducation thérapeutique

Les laboratoires souhaitent également s'investir auprès des soignants et des patients pour les

aider à mieux comprendre leur pathologie et ainsi optimiser la prise en charge. Différents programmes sont ainsi mis en place par les laboratoires.

1. Programme « *motiv'asthme* » initié en 2001 par le laboratoire **GlaxoSmithKline (GSK)**. L'objectif de ce projet est d'aider les médecins généralistes et spécialistes à développer la motivation du patient asthmatique à se traiter. Outre des réunions de réflexion animées par des médecins formés, il s'appuie sur un questionnaire d'évaluation de la motivation des malades et des conseils pratiques pour le médecin ;
2. Programme « *Schiz'osedire* » conçu par l'**Institut Lilly** en collaboration avec un groupe d'experts : psychiatres et infirmiers en psychiatrie. Au-delà des informations destinées aux patients et aux professionnels de santé, Schiz'osedire vise également à sensibiliser l'entourage des malades et le grand public à la prise en charge de cette maladie. Cette réflexion a permis la création de fascicules Schiz'osedire traitant de la nature des troubles schizophréniques, des traitements et des modalités de soins. Des livrets plus spécifiques destinés aux patients abordent des thèmes particuliers tels que l'hébergement, la prise en charge, etc... ;
3. Création d'un site Internet « *Pl@nète* » par le laboratoire Roche, destiné aux professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes et pharmaciens,...) proposant des informations sur l'actualité en fonction de chaque pathologie, de l'e-learning, des fiches patients,...

- Mise en place d'actions de sensibilisation, d'éducation ou de dépistage en allant à la rencontre du grand public

Les laboratoires souhaitent se rapprocher des patients en allant à leur rencontre. Pour cela, ils s'investissent dans différentes actions allant du dépistage de la maladie à l'éducation du patient.

1. Présence des laboratoires **Pfizer** et **MSD** sur les marchés pour des actions de dépistage concernant l'hypercholestérolémie et le diabète : stands d'informations, dépistage gratuit et cycle de conférences ;
2. Opération « *Ostéotour* ». Il s'agit d'un programme européen initié en 2002, en partenariat avec le laboratoire **Sanofi Aventis**. Un camion de dépistage et d'information sur les risques de l'ostéoporose se déplace à la rencontre des femmes dans toute l'Europe. Lors de leurs venues, les patients sont renseignés sur leurs facteurs de risques face à l'ostéoporose

par l'intermédiaire d'un test réalisé par des infirmières spécialisées. Les personnes à haut risque de développer une ostéoporose pourront bénéficier gratuitement d'un examen approfondi par densitométrie osseuse. Les résultats seront analysés par un médecin ;

3. Action d'évaluation du dépistage en oncologie par le projet Edifice (**Roche**). Roche a souhaité apporter son soutien au Plan Cancer en lançant une enquête auprès des médecins et des patients sur leurs comportements face à la démarche de dépistage des cancers. Ce premier état des lieux national a été réalisé par la TNS SOFRES, sous l'égide d'un comité scientifique auprès de plus de 1500 personnes et de 600 médecins généralistes.

- Développement de nouveaux concepts

Les laboratoires développent aujourd'hui des programmes variés permettant d'accompagner les médecins et les patients de façon innovante.

1. Le programme « *ERI* ». Il s'agit d'un concept fondé en 2001 par la Ligue Nationale contre le Cancer, **Sanofi-Aventis France** et l'Institut de cancérologie Gustave Roussy. Ces Espaces de Rencontre et d'Information (ERI) ont pour ambition d'offrir, par l'intermédiaire d'un animateur, une écoute et des conseils aux patients et à leur entourage. Des rencontres et débats avec les patients sont organisés pour permettre aux patients de s'exprimer. Ces programmes permettent également la diffusion d'informations auprès des patients et de leur entourage autour de la prise en charge du cancer (libre service de différents supports d'information : livrets, brochures, borne d'information multimédia, journaux,...). Il existe 23 ERI en France localisés dans les centres de lutte contre le cancer et les hôpitaux publics.
2. La « *proximologie* », soutenue par le laboratoire **Novartis** depuis 2001. Elle se consacre à l'étude des relations entre le malade et ses proches. Elle cherche notamment à mieux comprendre la nature du lien et des relations qui unissent une personne atteinte d'une pathologie chronique lourde, ou handicapée, avec ses proches (famille, voisins, amis...). Le laboratoire Novartis met en place ce nouveau concept en interne et se donne trois missions principales :
  - Mieux comprendre les contours de cette discipline encore émergente. Pour cela, un groupe d'experts pluridisciplinaires travaille à la définition des concepts de cette discipline. En parallèle, le laboratoire soutient des travaux d'étude (Exemple : Etude COMPAS menée auprès des conjoints de patients

parkinsoniens, étude PIXEL menée auprès de l'entourage des patients atteints de maladie d'Alzheimer) ;

- Offrir un espace d'information, via Internet, aux professionnels de santé, aux patients et à leur entourage ;
- Un Prix de « Proximologie », lancé en 2002, est destiné à favoriser l'émergence d'initiatives en faveur de l'entourage. Les associations et réseaux de soins sont invités à soumettre tout projet novateur qui participe à la reconnaissance des aidants et facilite ou optimise le rôle des proches auprès des personnes malades.

3. Les relais "*Parcours de femmes*" conçus par le laboratoire **Bristol-Myers Squibb** sont des espaces d'informations et de services destinés à aider les femmes à résoudre les difficultés rencontrées au quotidien, qu'elles soient de nature médicale, psychologique, personnelle, sociale ou administrative. Une personne relais est ainsi disponible dans les services hospitaliers prenant en charge les patientes cancéreuses pour leur apporter un soutien. Des brochures informatives et des fiches conseils sur la maladie et sa prise en charge sont mis à disposition des patients, par le laboratoire, au sein du service.

- Création de fondations ou filiales

Au-delà de ces projets, de nombreux laboratoires ont créé leur propre fondation ou filiale qui s'attache à l'accompagnement des malades : Fondation **Roche**, Fondation **Bayer** Santé, Fondation **Novartis** ou Alliance Medica pour **GSK**.

L'engagement des laboratoires dans des actions sans rentabilité commerciale immédiate car à priori déconnectées des produits semble être une constante, même si l'ampleur des fonds mobilisés varie en fonction de la taille de l'entreprise et de ses choix stratégiques.

### 2.3 Les projets de DM et le laboratoire Roche

La plupart des laboratoires pharmaceutiques mettent aujourd'hui en place des actions de nature institutionnelle ou de soutien financier. Mais, les projets de DM, diffèrent de ces actions par leur ampleur. Ils prennent en charge de façon plus globale la maladie en intervenant sur toutes les phases du parcours patients.

Le laboratoire Roche s'est investi depuis 1999 dans des projets de DM. **Le projet oRchestra Toulouse** (*Hôpital Purpan, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du Professeur*

*Massip*) a été le premier programme mis en place. Initié en 1999, en partenariat avec les institutions régionales, ce programme avait pour vocation d'optimiser, réorganiser, et coordonner les soins hospitaliers et extra hospitaliers liés à l'infection au VIH dans la région Toulousaine. Quatre thèmes d'amélioration avaient été définis : accueil des patients, harmonisation des pratiques professionnelles au quotidien, organisation des soins et création de nouvelles prestations. L'évaluation de ce programme a mis en avant l'impact sur la satisfaction des patients. Une analyse médico-économique grâce à un partenariat avec l'assurance-maladie a montré une réduction des hospitalisations et des résultats bénéfiques en termes de consommation de soins des patients, avec une baisse de l'ordre de 4%<sup>27</sup>. Ce projet s'est déroulé sur 3 ans. Il a fait l'objet de nombreuses communications orales et écrites lors des congrès en suscitant l'attention médiatique de la presse régionale et spécialisée.

Après ce premier succès, Roche a souhaité renouveler l'expérience dans d'autres centres. Trois projets ont alors été initiés :

- **Le programme oRchestra Saint-Antoine** (*Hôpital Saint-Antoine (AP-HP), Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du Professeur Girard*), qui consiste en une action globale de prévention, dépistage et prise en charge des co-morbidités chez les patients VIH+.
- **Les projets oRchestra Tenon** (*Hôpital Tenon (AP-HP), Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du Professeur Pialoux*) et **conceRto Cochin** (*Hôpital Cochin (AP-HP), Service de Médecine Interne du Professeur Salmon*) initiés en 2006 qui sont toujours en cours. Ils ont pour vocation d'optimiser la prise en charge des patients co-infectés VIH/VHB et VIH/VHC.

Le laboratoire s'investit dans chacun de ces projets sur une durée de deux à trois ans. Pendant cette période, le laboratoire peut espérer des retours médicaux, relationnels voire institutionnels face à son engagement. En fonction des projets, ces retours peuvent se présenter sous différentes formes et ainsi permettre de :

- Améliorer la connaissance des différents acteurs institutionnels et hospitaliers ;
- Augmenter le dépistage et le diagnostic dans les domaines thérapeutiques où le laboratoire est bien implanté ;
- Optimiser le traitement et le suivi du patient pour renforcer la promotion du bon usage du médicament et par ce biais réduire la survenue d'événements indésirables ;
- Se positionner comme partenaire de Santé Publique capable d'apporter au delà de la mise

---

<sup>27</sup> Massip P, Cuzin L, Delpierre C, Bez J, Rousselle-Koch B, Detournay B, Voinet C., *Evaluation du programme oRchestra d'amélioration de la prise en charge globale des patients infectés par le VIH*, Gestions Hospitalières, 2002, n° 539826 : 722-727

à disposition de thérapeutiques, une réelle expertise dans la pathologie concernée et dans sa prise en charge ;

- Instaurer une relation avec les autorités de santé régionales : l'Agence Régionale pour l'Hospitalisation (ARH), les Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM), les Caisses Régionales d'Assurance-Maladie (CRAM), qui jouent un rôle de plus en plus décisif dans le système de soins français ;
- Donner une image d'innovation liée à la mise en place de programmes originaux ;
- Renforcer la communication institutionnelle générale nationale (présentation du programme dans des revues spécialisées nationales) ;
- Renforcer le positionnement du laboratoire à l'hôpital avec extension vers d'autres professionnels de santé.

Nous détaillerons plus en détail dans le deuxième tome, confidentiel, de cette thèse, comment ce laboratoire aborde le DM par l'analyse du projet oRchestra Saint Antoine dans le domaine du VIH.

## II Les outils nécessaires

Comme nous l'avons vu précédemment, les projets de Disease Management diffèrent d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. En fonction de la pathologie, du centre hospitalier et de l'objectif du projet, les méthodes utilisées, pour optimiser la prise en charge des patients, seront différentes. Cependant, les professionnels de santé admettent aujourd'hui la nécessité d'outils validés, permettant aux acteurs de terrain d'assurer aux patients les soins les plus adaptés au meilleur coût. Les schémas de déroulement clinique se veulent une réponse à cette attente.

### A Définition et historique

« On entend par schéma de déroulement clinique un document écrit, organisant, jour après jour, pour une pathologie donnée, la totalité des actes à accomplir, depuis l'entrée de la personne en établissement de soins, jusqu'à sa sortie, et dont la préparation est également prise en compte. »<sup>28</sup>

Née aux Etats-Unis dans les années 1970, l'objectif de cette démarche était d'évaluer les coûts pour la santé. Pour cela, un recensement des pratiques avait été nécessaire<sup>29</sup> et avait montré que d'un établissement à l'autre, voir même entre deux services ayant des activités cliniques similaires, les pratiques étaient très variables, tant en terme d'organisation, qu'en terme de coordination des soins. Suite à ces constats, les laboratoires pharmaceutiques et autres organismes ont souhaité appliquer leurs connaissances dans la gestion de projet à la prise en charge d'une pathologie. Ainsi, des outils d'optimisation des soins et du coût de la prise en charge des malades ont été élaborés. Ces outils, autrefois utilisés dans des domaines autres que la santé, sont à ce jour utilisés aux USA, en Angleterre et en Belgique pour la prise en charge d'une pathologie. On peut ainsi retrouver les schémas de déroulement clinique sous différents noms dans la littérature : « *clinical pathway* », « *care protocol* », « *collaborative* », « *care plan* », « *care profile* », « *clinical guideline* », « *decision path* », « *collaborative care document* », « *clinical protocol* », « *care map* », « *integrated care plan* », « *care package* », « *expected recovery path* », « *anticipated recovery path* ».

<sup>28</sup> Per Göthberg et le Docteur Robert Handschurh, *Les schémas de déroulement clinique*, Décision santé, Octobre 2001, n°178 : 29-30-37

<sup>29</sup> Per Göthberg et le Docteur Robert Handschurh, *Les schémas de déroulement clinique*, Décision santé n°178, Octobre 2001, n°178 : 29-30-37

## **B En pratique**

Inscrits au sein d'un projet de DM, ces schémas impliquent une coordination entre les différents intervenants de la prise en charge du malade et un engagement de la part des responsables de service et des responsables d'établissement. Ces derniers doivent alors comprendre ce qui se passe dans la pathologie concernée, cela suppose :

- L'observation des procédures au sein de l'hôpital pour une pathologie donnée ;
- La connaissance des recommandations en vigueur dans cette pathologie ;
- Une comparaison, à partir de critères strictement identiques, de ce qui de fait dans ce service par rapport à d'autres établissements ou d'autres services ;
- Le repérage après étude de dossiers de patients atteints de cette pathologie, des éléments clés de prise en charge et des difficultés les plus fréquemment rencontrées ;
- La constitution de groupes de travail.

Nous allons maintenant voir comment se fait la création d'un tel document en analysant l'ensemble des étapes réalisées en amont :

- Le choix du sujet d'étude ;
- L'analyse des objectifs à atteindre ;
- Les intervenants concernés ;
- Les moyens employés ;
- Le planning ;
- Le budget alloué au projet.

La dernière étape consiste à évaluer le « *clinical pathway* » en enregistrant les déviations et en mettant en place des actions correctives.

### *1 Le sujet d'étude*

Le choix du sujet d'étude consiste à déterminer une pathologie et à identifier, pour cette dernière, une problématique de prise en charge, qui pourrait être optimisée par une planification des actes, dans le cadre d'un schéma de déroulement clinique.

Pour choisir la pathologie, il est possible de s'appuyer sur des critères bien précis tels que :

- Pathologie coûteuse, chronique, de forte prévalence, représentant une priorité en santé publique ;

- Existence de consensus thérapeutiques, facteurs de risque connus, existence de critères cliniques et biologiques pour le suivi de la pathologie ;
- Prise en charge multidisciplinaire, existence d'associations de patients structurées ...

La problématique de prise en charge est ensuite à identifier. Pour cela, différentes méthodes sont mises à notre disposition :

<b>Méthodologie</b>
Réalisation d'une bibliographie exhaustive sur le sujet (pathologie, coût, etc...).
Bilan des initiatives passées : échecs et réussites (autres pathologies, autres thèmes, ...) avec identification des facteurs clés et des écueils.
Entretiens avec des experts de compétences complémentaires (cliniciens, économistes, épidémiologistes, etc...).

**Tableau 1 : Méthodologie de choix du thème d'un projet**

Dans le cas d'un schéma de déroulement clinique mis en place par un laboratoire, il faudra aussi tenir compte des objectifs de ce dernier. Le choix se portera donc, au-delà des critères sus cités, sur une pathologie stratégiquement importante pour le laboratoire, concernant une gamme potentielle de produits.

## 2 Les objectifs

Suite au choix de la pathologie et du thème, les objectifs à atteindre par ce projet seront à définir en fonction des patients, de l'équipe soignante, et des institutionnels. Le tableau numéro 2 reprend les objectifs qu'il est possible d'atteindre par un tel projet :

<b>Objectifs par rapport aux patients</b>
Augmenter le dépistage
Informier
Améliorer la prévention
Améliorer la qualité de vie
Changer les comportements
Améliorer la prise en charge globale
Augmenter le niveau de satisfaction
Guérir

Objectifs par rapport à l'équipe soignante
Faciliter la vie des soignants
Créer/améliorer un système d'information adapté
Optimiser la communication avec les patients
Améliorer la coordination des soins au sein d'un même service
Améliorer la coordination interservices
Améliorer la coordination ville/hôpital
Mettre en relation les équipes soignantes et les acteurs institutionnels

Objectifs institutionnels
Etre en adéquation avec les objectifs de santé publique
Diminuer les coûts de prise en charge hospitaliers et ambulatoires
Proposer un élément différenciant donc une offre compétitive à un établissement

Tableau 2 : Exemples d'objectifs à atteindre pour un schéma de déroulement clinique

### 3 Les moyens

L'ensemble des actes à réaliser doit ensuite être répertorié sous la forme d'un organigramme (organisation technique).

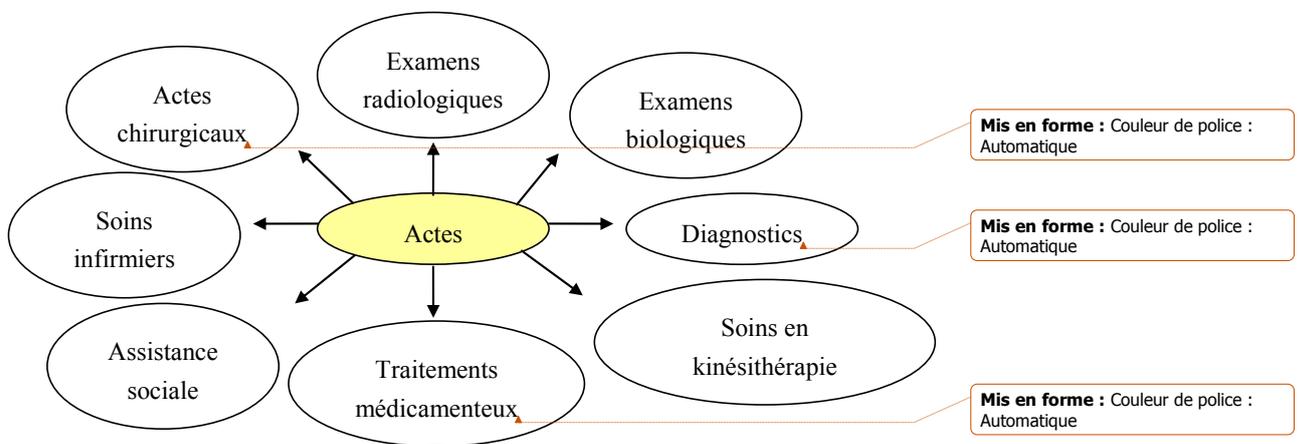


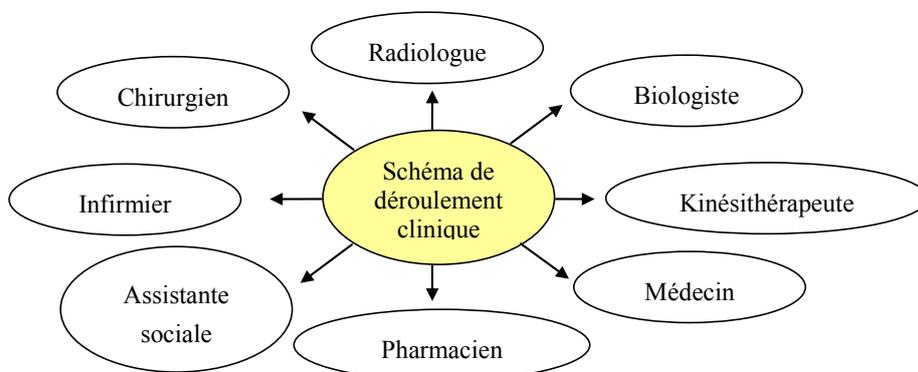
Figure 2 : Schéma d'organisation technique (ou Work Breakdown Structure WBS) adapté à la prise en charge d'une pathologie  
 Source : Massard C., Hocdé T., Faisabilité des méthodes de management de projet à la prise en charge d'une pathologie, Faculté de pharmacie Nantes, 2002

Par la suite, en fonction de chaque axe, on pourra déterminer un responsable, le temps imparti, et le coût.

#### 4 Les intervenants

Pour une bonne coordination, il est important de déterminer les responsabilités et le rôle de chacun, on pourra ainsi identifier :

- **Un chef de projet** : extérieur à l'hôpital (représentant l'organisme qui met en place le projet (industrie, société prestataire, assurance) qui coordonnera la mise en place du projet du début jusqu'à la fin. Il sera garant de l'avancement du projet, de son exploitation, de l'animation des réunions et de la gestion du budget ;
- **Un coordinateur projet** : interne à l'hôpital. Cette personne (souvent un médecin), aura la responsabilité de l'avancement du projet et de la motivation des groupes de travail ;
- **Des groupes de travail pluridisciplinaires** composés d'intervenants meneurs : spécialistes, médecins, infirmiers, pharmaciens. Les différents intervenants du projet peuvent être identifiés grâce à un organigramme fonctionnel. Ils seront ensuite réunis régulièrement sous forme de groupes de travail pour identifier les pratiques courantes, le timing et l'enchaînement des soins spécifiques à cette pathologie.



**Figure 3 : Organigramme fonctionnel ou Organizational Breakdown Structure (OBS)**

Source : Massard C., Hocdé T., Faisabilité des méthodes de management de projet à la prise en charge d'une pathologie, Faculté de pharmacie Nantes, 2002

#### 5 Le planning

La mise au point de schémas de déroulement clinique procède à un aménagement en unité de lieu et de temps de la prise en charge de patients atteints d'une pathologie donnée. Dans la prise en charge d'une pathologie, de nombreuses tâches, de durée plus ou moins longue,

doivent être exécutées dans un certain ordre (certaines peuvent être exécutées en parallèle). Deux méthodes peuvent être utilisées pour trouver la meilleure organisation possible pour que le projet soit terminé à la date voulue : Le réseau PERT et le diagramme de GANTT.

### 5.1 Le réseau PERT (Programm Evaluation and Review Technique)

#### - Historique et définition<sup>30</sup>

Le réseau PERT est une méthode conçue initialement par la marine américaine permettant de coordonner les travaux de plusieurs milliers de personnes pour aboutir à la réalisation de missiles à ogives nucléaires POLARIS. C'est grâce à cette méthode qu'il a été possible de construire en 2 ans seulement une machine aussi gigantesque que le transatlantique « Queen Mary II ».

Elle consiste à mettre en ordre sous forme de réseaux plusieurs tâches qui, par leur dépendance et leur chronologie, concourent toutes à la réalisation des objectifs. Son but est de trouver la meilleure organisation possible pour qu'un projet soit terminé dans les meilleurs délais, et d'identifier les tâches critiques, c'est-à-dire les tâches qui ne doivent souffrir d'aucun retard sous peine de retarder l'ensemble du projet.

Jusqu'à aujourd'hui, cet outil a été utilisé entre autre dans l'industrie du bâtiment mais peu dans l'industrie pharmaceutique. Cependant, nous allons voir par un exemple très simple concernant la prise en charge d'un patient à l'hôpital comment il pourrait être appliqué au domaine de la santé.

#### - Représentation<sup>31</sup>

Avant de pouvoir réaliser un réseau PERT, il faut comprendre la signification des différents symboles utilisés. On emploiera ainsi les termes « tâches » et « étapes » tout au long du processus.

---

<sup>30</sup> Site Internet : <http://www.transdata.fr/bois/Cours/PERT/PERT.htm>

<sup>31</sup> Site Internet : [www.polytech.unice.fr/~hugues/GL/Projet/PERT\\_Gantt.html](http://www.polytech.unice.fr/~hugues/GL/Projet/PERT_Gantt.html)

Termes	symboles	Descriptifs	Utilisations
<b>Réseau</b>		Ensemble des tâches et des étapes qui forment le projet.	Un réseau possède toujours une étape de début et une étape de fin. On lit un réseau de la gauche vers la droite. Les flèches sont orientées dans ce sens. Il n'y a jamais de retours.
<b>Tache</b>		Activité faisant avancer le projet vers son état final.	Habituellement, on nomme les tâches (A, B, C...) et on indique leur durée en minutes ou jours (5).
<b>Etape</b>		Début ou fin d'une tâche. Chaque tâche possède une étape de début et une étape de fin. A l'exception des étapes initiales et finales, chaque étape de fin est étape de début de la tâche suivante.	Habituellement on numérote les étapes (1). On indique aussi leur temps de réalisation au plus tôt (10) et au plus tard (12)*.
<b>Tâche fictive</b>		Contraintes d'enchaînement entre certaines étapes.	

Tableau 3 : Représentation graphique du réseau PERT

\* Dans la méthode PERT, on calcule deux valeurs pour chaque étape :

- La **date au plus tôt** : il s'agit de la date à laquelle la tâche pourra être commencée au plus tôt, en tenant compte du temps nécessaire à l'exécution des tâches précédentes. Pour déterminer cette date, il faut parcourir le diagramme de gauche à droite et calculer le temps du plus long des chemins menant du début du projet à cette tâche.
- La **date au plus tard** : il s'agit de la date à laquelle une tâche doit être commencée à tout prix si l'on ne veut pas retarder l'ensemble du projet. Pour déterminer cette date, il faut parcourir le diagramme de droite à gauche et soustraire à chaque date la durée de la tâche précédente. S'il y a plusieurs sous-chemins, on effectue le même calcul pour chacun et on choisit la date la plus petite.
- La différence entre la date au plus tôt et la date au plus tard d'une tâche s'appelle la **marge totale**.
- Les tâches possédant une date au plus tôt égale à leur date au plus tard font partie du **chemin critique**, c'est-à-dire le chemin sur lequel aucune tâche ne doit avoir de retard pour ne pas retarder l'ensemble du projet.

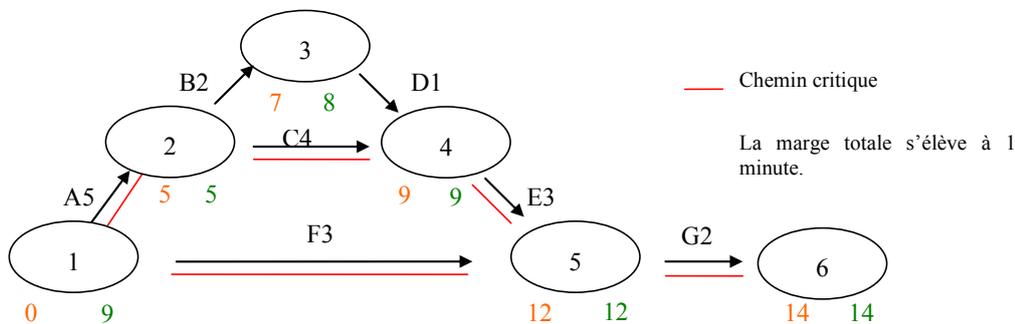


Figure 4 : Modèle de réseau logique PERT  
 Source : Présentation réseau PERT, Méthode d'ordonnement des tâches, Site Internet : www.ac-  
 rennes.fr

- Exemple : Prise en charge d'un patient à l'hôpital, dans le cadre d'une consultation

Nous allons maintenant expliquer les étapes nécessaires à la construction d'un réseau logique en prenant l'exemple de la prise en charge d'un patient à l'hôpital, dans le cadre d'une consultation. Cet exemple pourrait être réalisé dans le cadre d'un projet de Disease Management pour planifier et ainsi optimiser l'enchaînement des étapes lors de la venue d'un patient à l'hôpital pour une consultation dans un service particulier.

Avant la construction du graphique en lui-même, il faut ainsi :

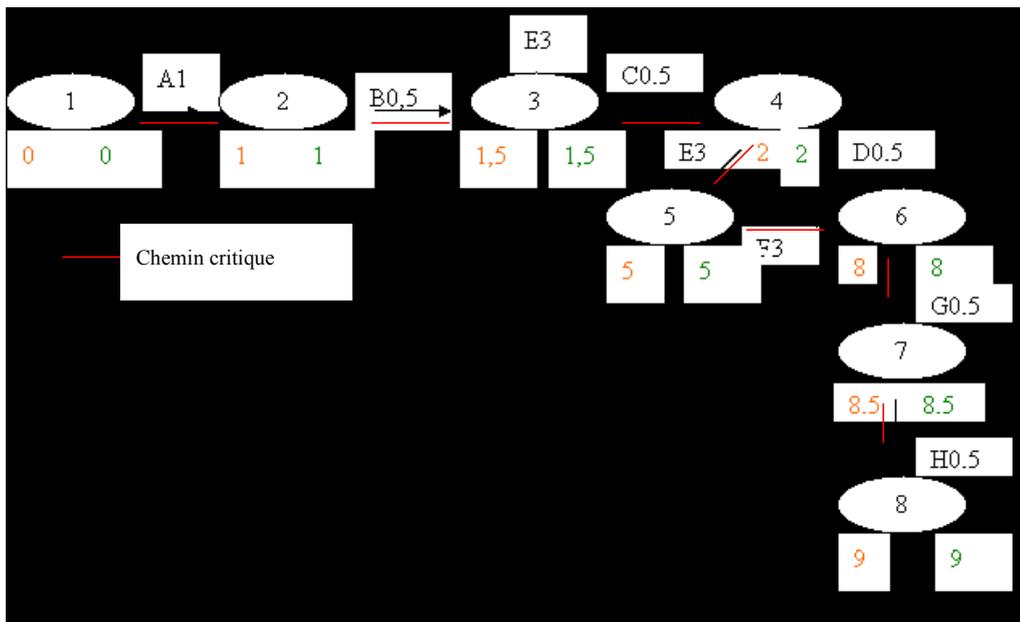
1. Faire la liste des tâches ;
2. Attribuer un symbole à chaque tâche (par exemple : A, B, C ... ) ;
3. Déterminer la durée de chaque tâche ;
4. Déterminer pour chaque tâche la ou les tâches immédiatement antérieures.

Ces informations pourront ensuite être renseignées au sein d'un tableau, appelé « tableau des rangs » nécessaire à la construction du réseau PERT.

Symbole	Tâche	Durée en heures	Tâche immédiatement antérieure
A	Accueil : réalisation des papiers administratifs	1	
B	Admission en consultation	0,5	A

C	Consultation : Examen clinique	0,5	B
D	Analyse de l'examen clinique et suspicion de diagnostic	0,2	C
E	Examens biologiques	3	C
F	Examens complémentaires	3	E
G	Consultation : confirmation du diagnostic	0,5	D, F
H	Prescription du traitement	0,5	G

Tableau 4 : Tableau des rangs pour la prise en charge d'un patient à l'hôpital



Dans cet exemple, la date au plus tôt est équivalente à la date au plus tard.

Après cet exemple d'utilisation pratique du réseau de PERT dans la prise en charge d'un patient à l'hôpital dans le cadre d'une consultation, nous allons étudier un autre exemple d'outil utilisé dans la gestion de projet : le diagramme de GANTT.

## 5.2 Le diagramme de GANTT

Comme le réseau PERT, le diagramme de GANTT permet de planifier un enchaînement complexe d'opérations de façon à pouvoir suivre leur exécution et à pouvoir effectuer les rajustements éventuellement nécessaires.

### - Historique et définition

Ce diagramme a été inventé, en 1917, par Henry L. GANTT<sup>32</sup>. Aujourd'hui utilisé dans la plupart des logiciels de gestion de projet tels que Microsoft Project, GanttProject, OpenWorkBench, TrioProject ou Planner (anciennement MrProject), cet outil est la représentation la plus courante de la planification de projet.

Le diagramme de GANTT est une technique et représentation graphique permettant de renseigner et situer dans le temps les phases, activités, tâches et ressources du projet. Il répond à deux objectifs : planifier de façon optimale et communiquer sur le planning établi et les choix qu'il impose.

### - Construction d'un diagramme de GANTT<sup>33</sup>

Dans un diagramme de GANTT chaque tâche est représentée par une ligne, tandis que les colonnes représentent les jours, semaines ou mois du calendrier selon la durée du projet. Le temps estimé pour une tâche se modélise par une barre horizontale dont l'extrémité gauche est positionnée sur la date prévue de démarrage et l'extrémité droite sur la date prévue de fin de réalisation. Les tâches peuvent s'enchaîner séquentiellement ou bien être exécutées en parallèle. Cette représentation graphique met en exergue le lien temporel entre chaque activité. Les activités sont reliées entre elles par un lien logique tel que :

---

<sup>32</sup> Site Internet : [www.eurosfairerprd.fr/news/EpyZkuvAkkzsEiFYpK.html](http://www.eurosfairerprd.fr/news/EpyZkuvAkkzsEiFYpK.html)

<sup>33</sup> C Massard, T. Hocdé, *Faisabilité des méthodes de management de projet à la prise en charge d'une pathologie*, février 2002

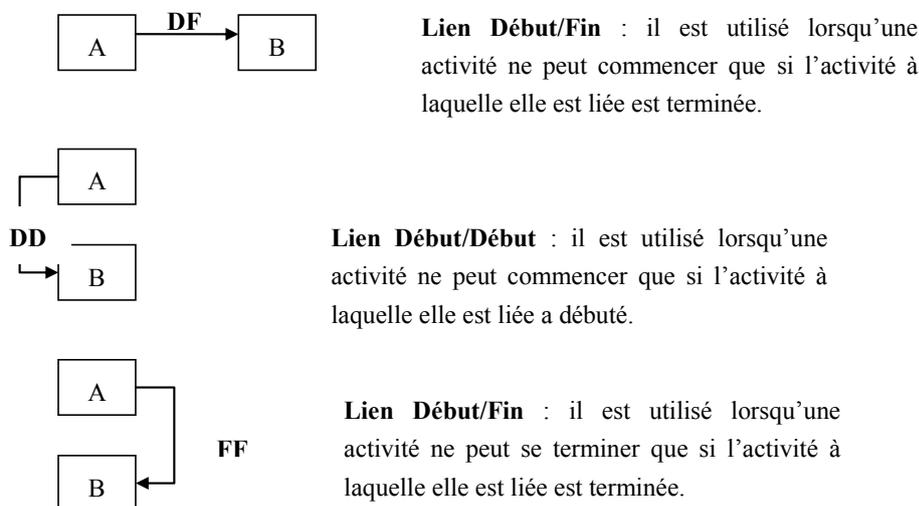


Figure 6 : Liens logiques dans un diagramme de GANTT

De plus, il est possible de faire apparaître sur le planning des événements importants autres que les tâches elles-mêmes, constituant des points d'accroche pour le projet : il s'agit des tâches jalons (en anglais « milestones »). Les jalons permettent de scinder le projet en phases clairement identifiées (exemple : production d'un document, la tenue d'une réunion ou bien encore un livrable du projet). La durée d'un jalon est nulle. Ils sont représentés sur le diagramme par un triangle à l'envers ou un losange.

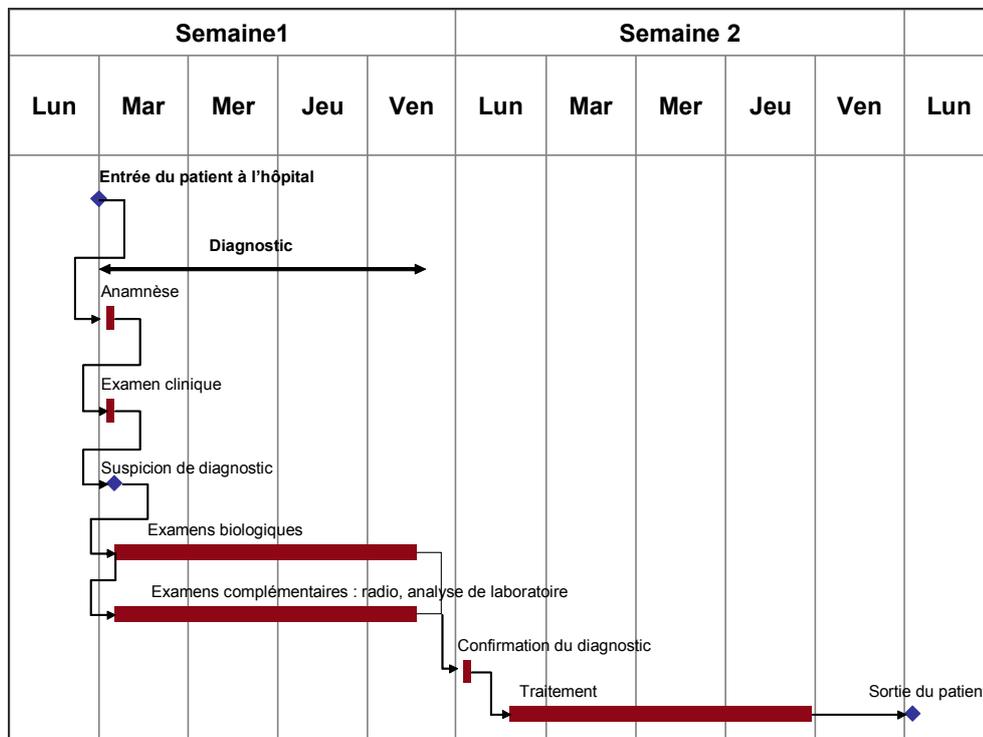
Idéalement, un tel diagramme ne devrait pas posséder plus de 15 ou 20 tâches afin qu'il puisse tenir sur une simple page A4. Si le nombre de tâches est plus important il est possible de créer des diagrammes annexes détaillant la planification des tâches principales.

- Exemple de prise en charge d'un patient à l'hôpital<sup>34</sup>

L'exemple ci-dessous, concernant la prise en charge d'un patient à l'hôpital, est un travail qui a été réalisé sous la direction du Professeur Truchaud, Doyen de la faculté de Pharmacie, en Février 2002. Cette étude s'est déroulée au sein du service de médecine polyvalente d'urgence (MPU) du Professeur Potel (Chef du Service MPU à l'hôpital Hôtel Dieu de Nantes). Il a été possible de consulter différents dossiers de patients et ainsi retracer la prise en charge du

<sup>34</sup> C. Massard, T. Hocdé, *Faisabilité des méthodes de management de projet à la prise en charge d'une pathologie*, février 2002

patient de son arrivée à l'hôpital, jusqu'à sa sortie. La figure qui suit reprend donc de façon générale, la prise en charge d'un patient à l'hôpital.



**Figure 7 : Exemple de prise en charge d'un patient à l'hôpital**  
 Source : C. Massard, T. Hocdé, *Faisabilité des méthodes de management de projet à la prise en charge d'une pathologie*, février 2002

### 5.3 Les intérêts de ces méthodes

Des outils tels que le réseau PERT ou le diagramme de GANTT sont intéressants à utiliser dans la gestion de projet concernant une pathologie donnée. Ils permettent en effet une:

- Synthèse claire et complète du schéma de déroulement clinique ;
- Représentation chronologique de ces activités et de leurs dépendances ;
- Cohérence entre les activités ;
- Minimisation de la durée du séjour ;
- Utilisation aisée ;
- Modification du schéma sans difficulté ;
- Aide à la précision de décision ;
- Suppression des incertitudes concernant l'accomplissement des actes de soins.

## 6 Le coût

Une première évaluation du budget doit être réalisée au début du projet. Il devra être affiné au fur et à mesure de son avancement.

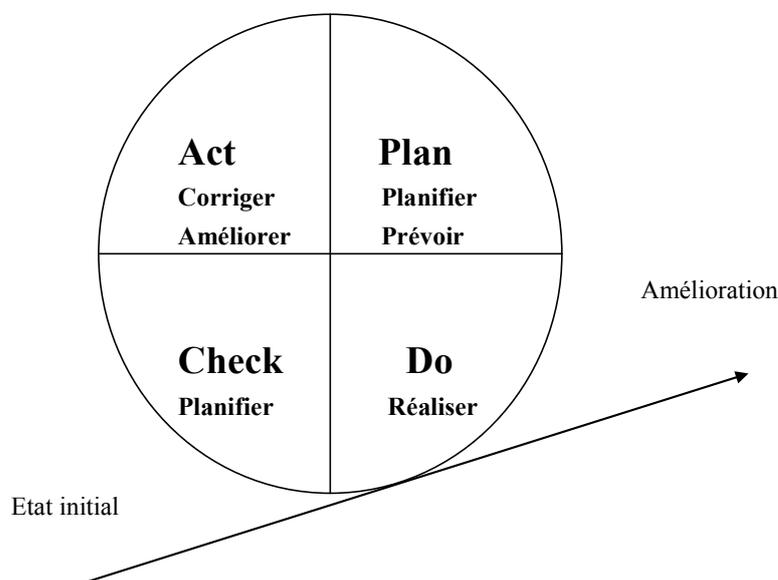
## 7 L'amélioration continue des schémas de déroulement clinique

Cette amélioration consiste à mettre à jour les déviations par rapport au schéma de déroulement clinique et à analyser celles-ci. Sans recueil de ces déviations, le schéma de déroulement clinique devient désuet et inutilisable par le personnel soignant concerné.

Ce recueil des déviations se fait en quatre étapes :

- Identification de la déviation ;
- Etiologie de la déviation ;
- Elaboration d'une action correctrice ;
- Modification du schéma de déroulement clinique.

Ce souci d'amélioration continue de la qualité se rapproche de la roue de Deming selon la norme ISO 14001<sup>35</sup>.



**Figure 8 : Roue de Deming**

<sup>35</sup> La norme ISO 14001 est un des éléments du trio ISO 9001 (qualité), ISO 14001 (environnement), OSHAS 18001 (sécurité). Elle est établie sur le même modèle que la norme ISO 9001/2000.

## C Conclusion

Les « clinical pathway », sont des outils de bonnes pratiques utilisés dans 60% des hôpitaux américains<sup>36</sup>, pour intégrer et organiser tous les actes de soins effectués par une équipe pluridisciplinaire. Cette maîtrise des processus deviendra probablement incontournable dans les programmes de DM pour :

- Mieux comprendre les méthodes de prise en charge d'une pathologie ;
- Rassembler l'ensemble des interlocuteurs pour réfléchir à l'optimisation de cette prise en charge ;
- Continuer à assurer des soins de qualité ;
- Se prévenir de toute action en justice par une prise en charge réfléchie et structurée;
- Gérer au mieux le personnel hospitalier.

En France, ces outils sont utilisés dans des domaines variés de l'industrie, il pourrait être aujourd'hui intéressant de les développer dans des projets de DM.

---

<sup>36</sup> Per Göthberg et le Docteur Robert Handschurh, *Les schémas de Déroulement clinique*, Décision santé n°178, Octobre 2001, n°178 : 29-30-37

## **Chapitre 2**

# **Mise en place d'un projet de Disease Management par le laboratoire Roche**

Cette partie sera traitée dans le deuxième tome de la thèse pour des raisons de confidentialité.

## **Chapitre 3**

### **Points de réflexion**

J'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage de fin d'étude au sein des laboratoires Roche et de m'investir dans différents projets de DM en virologie. Ce type d'approche m'était totalement étranger avant mon arrivée dans ce stage, cependant je me suis laissée séduire par le côté original et novateur de ces projets. Ces six mois passés à travailler sur le Disease Management m'ont amené à comprendre les enjeux et les difficultés de tels projets pour le système de santé en général mais aussi pour l'industrie pharmaceutique.

## **I L'importance de la différenciation**

A l'heure où le médecin est de moins en moins accessible pour les laboratoires pharmaceutiques, la différenciation en terme d'approche devient primordiale. Le laboratoire Roche, bien que détenteur d'un portefeuille de produits très innovants, souhaite se différencier en personnalisant sa communication auprès des médecins. Ainsi, le laboratoire Roche a la chance de disposer d'une certaine avance par rapport à la concurrence, en particulier en terme d'approche régionale et de contacts. Le fait d'être le seul laboratoire à proposer ces services fait du laboratoire Roche un partenaire privilégié pour la prise en charge des patients. Bien entendu, les autres laboratoires vont eux aussi être amenés à modifier voire adapter leur approche auprès des médecins. Vont-ils se lancer sur les traces de Roche et le concurrencer par des projets parallèles? Si d'autres laboratoires venaient à mettre en place ce type de projet, l'intérêt n'en deviendrait il pas moindre pour le laboratoire? Le risque ne serait il pas de voir la valeur ajoutée apportée par les projets de Disease Management s'amoinrir aux yeux des médecins ?

## **II L'intérêt pour la visite médicale**

Le métier de la Visite Médicale est en pleine évolution. Dans des marchés concurrentiels (comme les hépatites), informer sur le produit ne suffit plus. Il faut apporter aux médecins un service qui réponde à leurs attentes et aux besoins de leurs patients. Le visiteur doit continuer à promouvoir son produit mais ce type de projet peut l'aider dans sa démarche. En discutant avec une déléguée médicale attachée au projet oRchestra Tenon, j'ai pu me rendre compte de l'opportunité pour le visiteur d'allier la promotion de projets à celle du produit. Cette même personne a su m'expliquer avec passion, les opportunités que ce projet lui apportait : *« Il est évident que ma connaissance de l'hôpital a énormément évolué et je pense que cela me sert aussi dans mes autres centres. Je comprends mieux le fonctionnement d'un service, d'un hôpital et les relations entre les membres de l'équipe soignante. Et puis, mes échanges avec*

*l'équipe hospitalière ont pris un nouveau visage,...., je me suis rendue compte que ce type de projet pouvait non seulement m'aider à créer de nouveaux liens avec le service mais aussi avoir un impact important sur mon business ».*

### **III Les difficultés de la gestion de projet**

L'industrie pharmaceutique est aujourd'hui confrontée aux difficultés inhérentes à la mise en place d'un projet. En effet, la gestion de projet génère des modifications organisationnelles devant être acceptées par les différents intervenants.

#### **A Difficultés pour le chef de projet**

Manager un projet c'est :

- Mobiliser sur un même objectif et pour une durée déterminée des individus et des ressources consacrés habituellement à d'autres activités ;
- Manager les individus qui interviennent pour apporter leur compétence dans les projets.

Puisqu'il s'agit aujourd'hui de développer des projets plus vite et au mieux, la capacité à coordonner et à faire collaborer des spécialistes de métiers différents devient une clé du succès.

Mais, manager une équipe-projet est délicat. Dans le cas des projets de DM mis en place par l'industrie pharmaceutique, le chef de projet doit faire face à des contraintes et difficultés qui sont doubles par rapport au management plus classique. Il doit pouvoir manager deux équipes qui sont totalement indépendantes : une équipe interne qui participe pour les intérêts de l'entreprise (marketing, promotion,...) et une équipe externe, au niveau du centre hospitalier (membres des groupes de travail : spécialistes, infirmiers, associations de patients,...). Ainsi, le chef de projet doit réussir à composer avec les objectifs de son laboratoire et ceux de l'hôpital, et aboutir à un consensus sur les actions à entreprendre.

Une autre difficulté réside dans le fait que le chef du projet n'est pas le hiérarchique des intervenants sur le projet qui restent rattachés à leur service d'origine. Il peut même avoir à manager des intervenants qui ont un statut « supérieur » au sien dans l'organigramme de l'entreprise. Ainsi, le chef de projet doit réussir à se faire respecter comme responsable et coordinateur de ce projet. Qui plus est, au sein de l'hôpital, les spécialistes, les intervenants qui vont travailler avec lui sont de métiers différents avec chacun son langage, ses enjeux, sa façon de voir le projet. C'est donc un management « transversal multiservices ».

Le rôle du chef de projet est donc de transformer une simple addition d'experts, au départ, en une véritable équipe. C'est un management où l'équipe se crée au début du projet.

## **B Les difficultés de positionnement en interne**

L'efficacité du « management par projet » suppose la mise en place d'une organisation spécifique, au niveau de l'entreprise, pour favoriser la réalisation des projets tout en assurant la pérennité de l'entreprise. L'organisation par projet amène à faire coexister deux logiques différentes dans l'entreprise :

- La logique du métier, qui conduit à devoir être rentable et à produire dans la durée ;
- La logique du projet qui conduit à assurer la réalisation effective du projet en optimisant les trois paramètres interdépendants : délais, coûts, technique.

Le fonctionnement par projet nécessite la mise en place d'une organisation spécifique permanente ou non qui va se superposer à la structure de l'entreprise. Les deux structures vont devoir cohabiter. Souvent, le projet perturbe le fonctionnement de l'organisation permanente, les structures projet entrant en contradiction avec les formes traditionnelles de l'organisation. Le management de projet crée ainsi une double contrainte, source de conflits entre l'entreprise « verticalisée » et l'entreprise « transverse ».

Ainsi, pour ces projets de DM, le laboratoire Roche a fait le choix de créer un département qui se positionne comme transversal et indépendant par rapport aux services marketing et vente. Il est composé de plusieurs chefs de projet spécialisés dans une aire thérapeutique. Cette caractéristique a des côtés positifs comme négatifs.

Ce type de positionnement donne au département une identité forte. La relation entre les chefs de projet s'en trouve renforcée. Ils bénéficient d'une vision plus globale, permettant de mutualiser leurs connaissances et leurs idées et de les valoriser dans d'autres domaines. L'indépendance du département par rapport au marketing donne aussi aux chefs de projet plus de liberté dans la gestion de leur projet. Ainsi, le département est perçu chez Roche comme spécialiste du DM, il attire les personnes en attente de conseils concernant la gestion de projet de DM ou les problèmes de prise en charge sur une pathologie.

Ce positionnement transversal connaît aussi des revers négatifs. En premier lieu, le positionnement de ce département ne favorise pas la communication. En effet, il n'est pas toujours facile pour les collaborateurs en interne de connaître le rôle et les compétences de

chacun et de comprendre la particularité d'un projet de DM. En second lieu, la non intégration dans les équipes marketing est parfois perçue comme une problématique par le département. Des projets sont mis en place au sein des départements marketing mais les équipes Roche ne sont pas tenues au courant de l'ensemble des actions. Faire intégrer le projet dans la stratégie marketing demande alors un travail en amont relativement important pour bien mettre en exergue que les objectifs du projet sont en adéquation avec ceux du marketing.

Ainsi, dans ce choix de positionnement, une communication permanente doit être mise en place pour permettre à chaque collaborateur de cerner le rôle du département et les contours d'un projet de Disease Management. L'objectif étant de donner plus de visibilité aux collaborateurs sur l'intérêt de ce type de projet : l'aspect « Business » n'apparaissant pas toujours dans les projets, il est important de mettre l'accent sur les intérêts à plus long terme de ces projets.

#### **IV L'évolution du Disease Management chez Roche**

Depuis 10 ans, le laboratoire Roche a acquis une expertise solide dans le DM. Plusieurs programmes ont été menés dans leur globalité dans des centres précis et ont permis aux équipes Roche d'acquérir des bases solides dans la gestion de projet. Aujourd'hui quel est l'avenir du DM au sein du laboratoire Roche?

Comme tout projet, les programmes de DM ont vocation à évoluer, plusieurs scénarii sont envisageables. D'ici quelques années, on pourrait imaginer que le laboratoire décide de développer de plus en plus de projets de ce type. Les actions réalisées au cours de ces expériences pourraient servir de base pour une exploitation plus large : cibler un plus grand nombre de centres par des projets de plus petite envergure. Les projets mis en place intègreraient ainsi une ou plusieurs actions des projets de DM. Une alternative pourrait consister à mettre en place des projets de même envergure, non plus dans des grands CHU mais sur des centres hospitaliers de plus petites tailles. Cette approche permettrait de mieux cibler les problématiques régionales et ainsi de décliner les actions mises en place aux autres centres de la même région. Ainsi, les programmes de DM cibleraient un plus grand nombre de « petits » centres mais avec des interventions plus adaptées aux enjeux régionaux.

## **Conclusion**

Les programmes de Disease Management semblent aujourd'hui donner des résultats particulièrement positifs en terme d'optimisation de la qualité des soins. Cependant, le Disease Management est encore un concept novateur dont les contours vont devoir être affinés au cours de ces prochaines années. Dans l'avenir, deux principaux défis vont contribuer à la pérennisation de ces projets.

Le premier consiste à découvrir les outils les plus adaptés pour la réalisation de ces projets. La découverte continue de nouvelles molécules nécessite d'innover continuellement pour optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Différents moyens existent en fonction des pays et des pathologies. Quelles sont les méthodes les plus adaptées, dans le contexte Français pour mettre en place des projets de Disease Management ? Certains outils sont en cours d'évaluation : les schémas de déroulements cliniques, la création de plateformes de soins, le « coaching »,...

Le second défi consiste à définir la légitimité pour les différents intervenants à mettre en place ce type de projet en France. Le laboratoire Roche s'investit depuis près de 10 ans dans les projets de Disease Management. Au-delà de mettre à disposition des patients des thérapies innovantes, ce laboratoire souhaite contribuer à l'optimisation de la prise en charge de ces patients. Cependant, ce concept commence à intéresser d'autres intervenants du système de santé (les assureurs, les pouvoirs publics, ...). Les laboratoires pharmaceutiques s'intéressant au Disease Management arriveront-ils à affirmer leurs compétences et la pertinence de leur intervention dans ce domaine ? D'autres acteurs sauront-ils justifier leur légitimité à mettre en place ce type de projet ?

Une chose reste sûre : jusqu'à ce que les scientifiques découvrent les molécules permettant de prendre en charge de façon curative ces pathologies, le Disease Management trouvera son intérêt dans l'optimisation de la prise en charge des patients...

## **Bibliographie**

1. Ministère de la santé et des solidarités, *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*, avril 2007
3. Site de l'OMS : [http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_disease/fr/)
4. Rapport de Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel et Etienne Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de Disease Management*, Rapport RM2006-136P, 2006
5. Boston Consulting Group. (D. Matheson, A.Wilkins, D.Psacharapoulos), *Realizing the promise of Disease Management*, février 2006
6. Institute of Médecine, *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*, Washington DC, mars 2001
7. Knight K, Badamgarav E, Henning JM, et al., *A systematic review of diabetes disease management programs*, Am J Manag care, 2005, n°11 : 242-250
8. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group., *Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS33)*, Lancet, 1998, 352:837-853. (publication des corrections, 1999, 354:602)
9. Linden A., *What will it take for disease management to demonstrate a return on investment. New perspective on an old theme*, Am. J. Manag.Care, vol.12, n°4, 2006
10. Sidorov J., Shull R., Tomcavage J. et al., *Does Diabete Disease Management save money and improve income*, Diabetes care 2002, n° 25: 684-689
11. Villagra V.G., Ahmed T., *Effectiveness of a Disease Management program for patients with diabetes*, Health Affair 2004, 23, n°4 : 255-266
12. Gertler P., Simcoe T., *Disease Mangement* , working paper, disponible à SSRN : <http://ssrn.com:abstract=900577>
13. Fireman B., Bartlett J., Selby J., *Can DM reduce health cost by improving quality*, Health

Affairs, Vol.23, n°6, 2004

14. Beaulieu N.D., Cutler D.M., Ho K.E., The business case for diabete Disease management two managed care organization, Field report, The comonwealth Fund, 2003
15. Fax Medica, Magazine d'information de l'Union National des Mutualités Libres, décembre 2006
16. Laperche J. et Chevalier P., *Généralistes et infirmières, partenaires pour le suivi des patients chroniques*, Minerva Revue d'Evidence Based Medecine Vol 5, n° 7
17. Nivel (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Publication site Internet dossier 09.2006 : Chronisch ziekten gaan steeds vaker naar gespecialiseerde verpleegkundige. <http://www.nivel.nl/>
18. Wagner EH, *Chronic disease care. Insights from managed care in the United state will help the NHS*, BMJ. 2004, n° 328: 177-178
20. Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel et Etienne Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de Disease Management*, Rapport RM2006-136P, 2006
21. Rapport BAS, Ministère de la santé 2007
22. Rapport BAS, Ministère de la santé 2007
24. Site Internet : <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/securite-sociale-enrayer-deficit-croissant.html>
25. Loi de santé publique du 9 août 2004 (JO du 11 août 2004), articles 98 et suivants
26. Loi de santé publique n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie (JO du 17 août 2004), article 14
27. Massip P, Cuzin L, Delpierre C, Bez J, Rousselle-Koch B, Detournay B, Voinet C., *Evaluation du programme oRchestra d'amélioration de la prise en charge globale des patients infectés par le VIH*, Gestions Hospitalières, 2002, n° 539826 : 722-727

28. Per Gôthberg et le Docteur Robert Handschurh, *Les schémas de Déroulement clinique*, Décision santé, Octobre 2001, n°178 : 29-30-37
29. Per Gôthberg et le Docteur Robert Handschurh, *Les schémas de Déroulement clinique*, Décision santé, Octobre 2001, n°178 : 29-30-37
30. Site Internet : <http://www.transdata.fr/bois/Cours/PERT/PERT.htm>
31. Site Internet : [www.polytech.unice.fr/~hugues/GL/Projet/PERT\\_Gantt.html](http://www.polytech.unice.fr/~hugues/GL/Projet/PERT_Gantt.html)
32. Site Internet : [www.ac-rennes.fr](http://www.ac-rennes.fr)
33. Site Internet : [www.eurosfairerprd.fr/news/EpyZkuyAkkzsEiFYpK.html](http://www.eurosfairerprd.fr/news/EpyZkuyAkkzsEiFYpK.html)
34. C Massard, T. Hocdé, *Faisabilité des méthodes de management de projet à la prise en charge d'une pathologie*, février 2002
35. Per Gôthberg et le Docteur Robert Handschurh, *Les schémas de Déroulement clinique*, Décision santé n°178, Octobre 2001, n°178 : 29-30-37

---

**Nom – Prénoms :** Quinio Sophie

**Titre de la thèse :** Le Disease Management : de l'origine à l'application par l'industrie pharmaceutique

---

**Résumé de la thèse :**

Avec l'optimisation des stratégies thérapeutiques et la découverte continue de nouvelles molécules, le nombre de patients atteints de pathologies chroniques n'a cessé de croître ces dernières années. Suite à ce constat, la prise en charge de ces patients est devenue un enjeu de santé publique au niveau mondial. C'est dans ce contexte qu'est né dans les années 90, aux Etats-Unis, le « Disease Management ».

Ce concept s'est ensuite étendu peu à peu en Europe. Il désigne des projets d'optimisation de la prise en charge globale des patients atteints de pathologies chroniques. Il peut se présenter sous diverses formes allant du « coaching » du patient par son médecin généraliste à la création d'outils permettant une meilleure coordination des soins.

Aujourd'hui, cette notion est encore trop peu connue en France. C'est pourquoi, cette thèse ambitionne de mieux comprendre la naissance et l'évolution de ce nouveau concept au niveau mondial. Elle aborde également, en fonction du contexte Français, comment un laboratoire pharmaceutique peut mettre en place un projet de Disease Management. Quels sont les défis pour le laboratoire, les difficultés rencontrées, les objectifs en terme de santé publique ?

---

**MOTS CLÉS :**

DISEASE MANAGEMENT, MALADIES CHRONIQUES, GLOBALITE,  
DIFFERENCIATION, INNOVATION

---

**JURY**

PRÉSIDENT : M. Christian MERLE, Professeur de Galénique, Nantes

ASSESEURS : M. Alain TRUCHAUD, Doyen de la faculté de pharmacie, Nantes

M. Fabrice CLERFEUILLE, Maître de Conférences et Directeur de  
l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Nantes

---

**Adresse de l'auteur :** Quinio Sophie, Pont Toulhouat, 56320 Meslan