

Joachim P. Sturmberg, Bruno Kissling

# Soins intégrés et Managed Care sous l'angle de la complexité

**Les soins intégrés et le Managed Care sont les deux boîtes secrètes sensées résoudre les problèmes économiques de notre système de santé. Les spécialistes de la santé semblent souvent utiliser ces deux termes comme des synonymes pour des interventions pourtant très différentes. Nous analysons dans cet article les concepts du Managed Care et des soins intégrés sous l'angle de la complexité (Complex Adaptive Systems [CAS] Sciences). Pour évaluer leur valeur et leurs effets potentiels sur la qualité, l'efficacité et l'économie de la santé, il faut impérativement une terminologie uniforme.**

## Managed Care top-down linéaire versus soins intégrés bottom-up complexes

Dans notre système de santé, des assureurs et des prestataires de soin défendent des points de vue différents. Les assureurs ont pour priorité le bien de leur collectif d'assurés et pensent «le collectif avant l'individu»; l'individu est pour eux avant tout une grandeur statistique. Les prestataires de soins sont au contraire en contact directe avec les personnes sollicitant une aide et pensent avant tout «l'individu avant le collectif». Les deux points de vue trouvent évidemment une justification propre [1]. Ils sont cependant diamétralement opposés, jugent l'efficacité et la qualité du système de santé sur la base de critères différents et préconisent par conséquent des solutions fondamentalement divergentes. Le *Managed Care* des assureurs fonctionne sur la base d'une gestion «top-down», se concentre sur des diagnostics spécifiques (diseases) et exige des protocoles et des budgets prédéterminés avec ou sans co-responsabilité budgétaire des médecins (principe de contrôle linéaire). Les *soins intégrés* reposent sur un concept «bottom-up», centrés sur l'individu et son mal-être (illness); le traitement se fonde sur une concertation entre le patient, le médecin et le cas échéant d'autres soignants (principe complexe de l'auto-organisation). Concilier des approches aussi différentes s'apparente à la quadrature du cercle.

## Des facteurs d'incitation définis d'un commun accord sont une condition au succès du système

La dynamique d'un CAS résulte des interactions entre ses éléments. Le système est dirigé par un ou plusieurs facteurs d'incitation communs, acceptés par tous ses intervenants, qui régulent les comportements des uns par rapport aux autres à l'intérieur du système, ainsi que les interactions avec les systèmes environnants. Chaque intervenant agit selon ses possibilités propres, si bien que les différents éléments d'un CAS choisissent, dans des conditions apparemment identiques, des solutions certes différentes, mais acceptées par tous. Les variabilités qui en résultent sont des signes de bonne santé du système, qui permet d'obtenir les meilleurs résultats en fonction des données locales. En revanche, si certains éléments suivent des facteurs d'incitation différents, il en résulte une instabilité susceptible de compromettre l'existence même du système.

## Adéquation et co-production – deux facteurs d'incitation pour des soins intégrés adaptatifs-complexes, centrés sur le patient

Le système de santé est un CAS. Pour sa «bonne» gestion, il s'agit donc de trouver des facteurs incitatifs acceptables à la fois par les individus en bonne santé et les malades, par les prestataires de soins et les assureurs.

Le facteur d'incitation «adéquation» vise une prise en charge centrée sur le patient et en aucun cas sur les intérêts financiers. Le facteur d'incitation «co-production» requiert l'intégration encore trop peu prise en compte de nos attentes et de nos exigences en cas

de maladie. Retrouver la santé est un processus co-productif interactif entre le patient et tous les soignants s'occupant de lui [2,3]. Pour assurer un processus de guérison qualitativement optimal, il n'est pas toujours nécessaire ni souhaitable d'engager toutes les interventions et toutes les ressources disponibles. A plus forte raison lorsque des effets indésirables potentiels contrebalancent un résultat thérapeutique déjà modeste. Un conseil centré sur la situation propre au patient joue ici un rôle particulièrement important et permet des économies substantielles [4].

L'adéquation [5] et la co-production sont des facteurs d'incitation parfaitement appropriés pour un système de santé centré sur le patient, adaptatif-complexe et financièrement supportable. Nous le savons bien: sur 1000 personnes, 750 présentent un problème de santé, 250 consultent leur médecin de premier recours, 32 un spécialiste, 8 doivent être hospitalisés, dont moins d'un dans un hôpital universitaire [6,7]. Ces chiffres considérables parlent d'eux-mêmes. Environ 20 pourcents du nombre croissant de patients polymorbides absorbent un volume de soins médico-sociaux de moins en moins maîtrisable. C'est précisément pour ceux-ci qu'un modèle de *soins intégrés* centré sur le patient au sein d'un environnement multidisciplinaire a le plus d'intérêt – dans la perspective de la qualité de soins à chacun des patients, mais aussi des coûts supportés par l'ensemble des assurés.

## Conclusion

Le modèle des *soins intégrés* – un processus centré sur le patient, orienté vers les besoins de chacun en soins, dirigé selon le principe adaptatif complexe et selon les impératifs d'adéquation et de co-production de tous les intervenants de la santé – a le potentiel nécessaire à l'établissement d'une couverture de soins juste pour les patients, médicalement responsable, positive sur un plan psychosocial et financièrement efficiente, surtout pour les malades chroniques. Le modèle du *Managed Care* avec sa composante linéaire implicite empêche le fonctionnement de *soins intégrés* complexes. Ces éléments a priori inconciliables et que la loi entend réunir sous un seul et même chapeau, expliquent-ils le scepticisme d'une partie de la population et des prestataires de soins, ainsi que le blocage de la réforme de l'assurance maladie?

## Références

- 1 Sturmberg JP, Martin CM. Knowing – in Medicine. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(5):767–70.
- 2 McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. New York Oxford: Oxford University Press; 1989.
- 3 Sturmberg JP. *The Foundations of Primary Care. Daring to be Different*. Oxford San Francisco: Radcliffe Medical Press; 2007.
- 4 Hart JT. Expectations of health care: promoted, managed or shared? *Health Expect*. 1998;1(1):3–13.
- 5 Kissling B. Du Managed Care au «Care Managing». *PrimaryCare*. 2003;3(13):222–5.
- 6 White K, Williams F, Greenberg B. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med*. 1961;265(18):885–92.
- 7 Green L, Fryer G, Yawn B, Lanier D, Dovey S. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021–5.

## Correspondance:

Dr Joachim P. Sturmberg  
A/Prof of General Practice, PO Box 3010, Wamberal, NSW 2260, Australia  
jp.sturmberg@gmail.com

Bruno Kissling  
Elfenuweg 6, 3006 Bern, kissling@primary-care.ch