



La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique retenait cinq priorités parmi lesquelles « la qualité de la vie des patients atteints de maladie chronique<sup>2</sup> ». Même si le « plan stratégique » qui devait concrétiser cette priorité est encore en cours d'élaboration, son affichage montre que les maladies chroniques<sup>3</sup> sont devenues un problème majeur de santé publique. Elles sont aussi une source de préoccupation économique du fait de leur part croissante dans les dépenses de santé.

Cette problématique n'est pas propre à la France mais concerne l'ensemble des pays développés. Pour faire face à ce défi, de nouveaux modes de prise en charge des patients chroniques, souvent désignées par le terme de *disease management* (DM), sont apparus dans les pays étrangers. Ce terme prend un sens différent et recouvre des pratiques distinctes selon les contextes nationaux ; il désigne, aux Etats-Unis où il est né, des interventions auprès des malades atteints de maladies chroniques visant à leur permettre de mieux prendre en charge leur maladie dans la perspective d'améliorer leur état de santé et ainsi d'éviter des complications et des hospitalisations<sup>4</sup>.

L'objet de cet article est de décrire l'origine, le contenu et les résultats du *disease management* aux Etats-Unis, avant d'examiner la manière dont il a été transposé en Angleterre et en Allemagne. L'examen de ces expériences étrangères permet de dégager des enseignements pour la France.

## LE DISEASE MANAGEMENT AUX ETATS-UNIS

### 1. Une démarche en fort développement

Il est admis, depuis longtemps, que le malade chronique est « acteur de sa propre maladie et du travail médical nécessaire à sa gestion », notamment par les sociologues américains [1]. Toutefois, ce constat classique n'a été mobilisé que récemment pour améliorer les processus de soins. Les premiers programmes de *disease management* ont été développés au début des années 90 par des entreprises pharmaceutiques. A partir du milieu des années 90, de nouvelles entreprises spécialisées dans le *disease management* sont apparues, les laboratoires pharmaceutiques ne jouant plus qu'un rôle marginal.

La démarche connaît un développement soutenu. La quasi-totalité des *health plans* – les assureurs maladie qui contractent avec les employeurs américains pour la couverture de leurs salariés et qui couvrent 68 % des américains – proposent aujourd'hui une prestation de

*disease management* associée à la couverture des dépenses maladie. Certains de ces assureurs développent eux-mêmes ces programmes en interne, d'autres ont recours à des entreprises spécialisées ou combinent les deux approches. Les entreprises qui assurent elles-mêmes la couverture de leurs salariés recourent également de manière croissante au *disease management* en s'appuyant sur les prestations 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 ; il atteint 1,2 milliards de dollars en 2005 contre 78 millions en 1997 soit un taux de croissance annuel moyen de 40 %<sup>5</sup>.

Le *disease management* s'est déployé, jusqu'à présent, principalement auprès de patients plutôt jeunes et actifs. Une expérimentation de grande ampleur (160 000 personnes concernées dans le cadre de huit expériences) pour les assurés de Medicare, pour l'essentiel des personnes de plus de 65 ans, vient d'être lancée par les autorités américaines. Les résultats en seront connus fin 2007 et permettront d'apprécier si la démarche est également pertinente auprès des personnes âgées.

### 2. Une réponse à l'épuisement du *managed care*

La forte expansion du *disease management* à la fin des années 90 s'explique par deux exigences : la nécessité de rechercher de nouvelles voies de maîtrise des dépenses, le souci d'améliorer la qualité des soins dispensés aux malades chroniques.

Le *disease management* se développe dans un contexte marqué par l'épuisement du modèle traditionnel du *managed care* datant des années 80. Le *managed care* consiste à intégrer la délivrance des soins sous la supervision de l'organisme assureur ou de structures spécialisées (*managed care organisation*). Dans ce cadre, les décisions des patients, des médecins et des établissements de santé sont contrôlées et contraintes (conventionnement sélectif des médecins et des établissements, mise en place de protocoles de soins contraignants, passage obligé par le généraliste, autorisation préalable pour certains actes, listes limitatives de médicaments, etc.). L'efficacité de certains dispositifs a été mise en doute à la fin des années 90. De plus, et surtout, les contraintes induites par le *managed care* ont suscité un mouvement de rejet des patients et des médecins. Les organismes assureurs ont donc dû desserrer

<sup>2</sup> Les autres priorités étaient le cancer, la santé et l'environnement, les maladies rares, la violence et les comportements à risque.

<sup>3</sup> Il n'existe pas de définition consacrée des maladies chroniques mais l'on peut considérer que le terme désigne les maladies nécessitant des traitements de longue durée et qui affectent profondément les conditions de vie des patients.

<sup>4</sup> Une traduction littérale de *disease management* par « gestion de la maladie » serait source de confusion ; il faudrait pour rendre compte de la notion la traduire par « soutien à la prise en charge thérapeutique des patients chroniques ». Les Canadiens francophones utilisent « gestion des soins thérapeutiques ». Un souci de concision nous fait retenir le terme américain dans cet article, une traduction française ne pourra s'imposer que lorsque cette démarche aura été éventuellement transposée en France.

<sup>5</sup> Boston Consulting Group, (D. Matheson, A. Wilkins, D. Psacharopoulos), *Realizing the promise of disease management*, février 2006. Ces données ne rendent pas compte de la totalité des sommes consacrées au *disease management* car elles ne prennent pas en compte les dépenses réalisées en interne par certains assureurs.

le réseau des contraintes imposées aux assurés et aux producteurs de soins [2]. De nouvelles voies de maîtrise des dépenses sont donc actuellement explorées aux États-Unis [3]. La première consiste à transférer les dépenses vers le « consommateur » par l'augmentation des franchises et des tickets modérateurs [4]. La seconde est constituée par le *disease management*. Les contrôles sur le recours aux soins (*utilization management ou utilization review*) étant de moins en moins bien acceptés, les assureurs, d'une part, concentrent leur action sur les patients les plus coûteux ou qui risquent de le devenir, soit les personnes atteintes de maladies chroniques, et d'autre part, s'efforcent d'influencer leur comportement plutôt que de les contraindre [5].

Motivé par la nécessité de maîtriser les dépenses, le développement du *disease management* a également été favorisé par des constats convergents sur les insuffisances de la prise en charge des maladies chroniques aux États-Unis. Un rapport de référence publié en 2001 par l'*Institute of Medicine* (IOM) est à cet égard emblématique<sup>6</sup>. Il met en exergue, parmi les facteurs de non-qualité du système de santé américain, son inadéquation pour la prise en charge des malades chroniques, attestée par de nombreuses études qui révèlent des écarts entre les soins reçus et les recommandations professionnelles [6]. La source de cette inadéquation résiderait dans les conditions de la pratique médicale. Le plus souvent, le médecin consulté pour un épisode aigu concentre son intervention sur cet épisode ; il ne peut pas, matériellement, consacrer aux malades chroniques le temps nécessaire pour répondre aux standards en matière d'éducation, de suivi de l'observance et de la compliance [7]. De plus, l'absence de travail en équipe (40% des médecins américains travaillent seuls) ne lui permet pas de mobiliser d'autres professionnels de santé pour contribuer à la prise en charge de ces patients. Ces constats de carence sont à la base de la démarche du *disease management* qui prend en charge des fonctions que le médecin ne semble pas pouvoir assumer.

### 3. Des interventions proactives, centrées sur les patients

Pour l'essentiel, un programme de *disease management* se matérialise par des communications téléphoniques de professionnels de santé, nommés *disease managers*, vers les patients à partir de centres d'appels. La grande majorité des appels sont des appels sortants à l'initiative du *disease*

*manager* même si le patient peut de lui-même s'adresser à un centre d'appels. La « proactivité » est une caractéristique essentielle de la démarche ; alors que dans les prises en charge traditionnelles, on attend que le patient exprime une demande au système de soins, le *disease management* vise à anticiper les besoins et à provoquer un changement d'attitude, plus particulièrement de la part des patients dont le comportement à l'égard de leur maladie n'est pas « optimal ».

Même si elles sont mêlées dans la pratique, il est possible de distinguer quatre fonctions autour desquelles s'articulent les appels : éducation thérapeutique du patient, soutien à la motivation (*coaching*), coordination des soins, suivi et alerte.

La première fonction du *disease management* est l'éducation thérapeutique dont il est admis qu'elle est particulièrement importante pour l'efficacité du processus de soins. L'entretien téléphonique est l'occasion d'une démarche individualisée à partir du niveau de compétence et de connaissance du patient et des problèmes qu'il rencontre. Parfois, le patient peut être orienté vers des structures ou des groupes d'éducation thérapeutique. La démarche téléphonique est confortée par l'envoi de documents ou de mails adaptés à la problématique des patients.

L'éducation thérapeutique n'est pas, dès lors qu'elle reste simplement didactique (transmission de connaissances, développement d'apprentissages, etc.), suffisante pour provoquer les changements de comportements parfois souhaitables. Aussi, au-delà de la simple éducation, les entretiens téléphoniques visent à aider les patients à surmonter les barrières psychologiques et sociales qui font obstacle à une prise en charge optimale de leur pathologie. Le *manager*, lors des entretiens téléphoniques, tente de motiver le patient pour qu'il adopte des comportements adéquats. La priorité est le plus souvent d'assurer l'observance médicamenteuse. Au-delà, le *manager* essaie d'agir sur les comportements du patient (diététique, exercice physique, addictions, etc.) déterminants pour l'évolution de sa pathologie. Il ne se limite pas à indiquer au patient l'ensemble des actions qu'il devrait dans l'idéal entreprendre (attitude qui conduit le plus souvent au découragement), mais évalue les domaines où des progrès sont particulièrement indiqués et semblent possibles compte tenu du degré de motivation du patient. Le dialogue lui permet donc d'établir des priorités. A partir de ces priorités, il s'efforce de formuler des objectifs atteignables par le patient et d'obtenir un « engagement »

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

de sa part. Il vérifiera lors de l'entretien ultérieur si cet engagement a été tenu.

Les *managers* contribuent également à la coordination des soins. Ainsi, ils peuvent orienter l'assuré dans le système de soins, l'informer sur les divers recours en fonction des problèmes rencontrés et lui rappeler, le cas échéant, qu'il doit consulter son médecin ou pratiquer un examen. Ils peuvent aussi pour qu'une consultation soit fructueuse, la préparer avec le patient en listant les questions à aborder et les informations à apporter au médecin [8].

Enfin, l'organisme de *disease management* peut assurer un suivi des malades et intervenir en cas d'alerte dès lors que des signes prédictifs d'une possible complication apparaissent. Le *manager* se rapproche du patient pour le conseiller sur l'attitude adaptée et le plus souvent l'inciter à consulter son médecin. Ces signes peuvent provenir du système de soins (résultat d'un examen biologique), il peuvent dans certains cas provenir de dispositifs de suivi que l'organisme de *disease management* installe au domicile du patient et grâce auxquels le patient transmet certains paramètres (poids, chiffres tensionnels, etc.). Ces données provoqueront un appel du *disease manager* si elles révèlent un problème potentiel.

Les *disease managers* sont pour l'essentiel (90 %) des infirmières. Leur métier suppose une maîtrise des connaissances cliniques relatives aux pathologies prises en charge mais aussi des capacités d'écoute et de dialogue, et une aptitude à développer des relations d'empathie avec leurs patients. Leurs interventions s'appuient sur les recommandations de bonne pratique relatives à la pathologie considérée. Les entreprises mettent à leur disposition des logiciels ergonomiques qui, à partir de ces recommandations et des données recueillies à propos des patients, les aident à organiser l'entretien (points à traiter, définition des priorités d'action, etc.). La supervision des programmes est le plus souvent assurée par un médecin (*medical director*).

Un appel type de 20 minutes est décrit dans le cadre 1.

Cadre 1  
Un appel téléphonique type

- Introduction, plaisanteries (2 minutes) ;
- Discussion sur le statut clinique, passage en revue des différents éléments (3 minutes) ;
- Discussion sur les médicaments (3 minutes) ;
- Passage en revue d'une problématique propre à la personne (5 minutes) ;
- Poser des objectifs de soins, éduquer (5 minutes) ;
- Programmer un nouvel appel et saluer (2 minutes).

#### 4. Des interventions ciblées sur les patients à risque

Pour que la démarche puisse être efficace, la pathologie prise en charge doit présenter certaines caractéristiques : des recommandations professionnelles doivent être disponibles ; des écarts avec les recommandations doivent être constatés ; les patients, à travers leurs comportements, doivent pouvoir influencer de façon significative les résultats sanitaires ; les complications et les hospitalisations, dont certaines évitables, doivent être fréquentes.

En cohérence avec ces critères, le *disease management* s'est principalement développé autour de cinq pathologies chroniques : le diabète, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance coronarienne.

En règle générale, lors de la mise en place d'un programme pour un groupe d'assurés, tous les patients atteints de la pathologie visée, sont recensés à partir des données de remboursement qui, aux Etats-Unis, comportent un codage des pathologies. Les patients éligibles sont inclus dans le programme sur la base d'un consentement implicite ; on ne sollicite pas formellement leur accord mais ils ont la faculté de demander à être exclu du programme. En effet, lorsqu'un consentement exprès est exigé, il n'est obtenu que d'une faible part des patients (30 % et au prix d'un effort coûteux de marketing du programme) et pas toujours de la part de ceux pour lesquels le programme serait le plus utile.

Les patients inclus dans les programmes sont stratifiés, c'est-à-dire répartis en plusieurs groupes de risque, le plus souvent trois. L'intensité de l'intervention dépend du groupe de risque. Pour les patients les plus « à risque » (3 à 5 % des patients inclus), l'intervention est plus intense avec des appels plus fréquents. Elle mobilise un *manager* pour environ 100 patients<sup>7</sup>. Pour ce groupe, dans certains cas, des visites à domicile peuvent s'ajouter aux démarches téléphoniques. Le groupe intermédiaire, constitué de 20 à 40 % des patients, bénéficie d'une intervention plus légère : une équipe de dix *managers* peut ainsi prendre en charge environ 6 000 à 7 000 patients. Les patients du troisième groupe, ceux pour lesquels le risque est faible, ne sont pas véritablement « managés », ils peuvent contacter l'organisme de *disease management* et reçoivent des informations (courrier, mails) adaptées.

La qualité de la stratification est essentielle pour affecter correctement les ressources du programme. Elle est effectuée à partir du traitement des données dont disposent les organismes de *disease management* et repose sur de nombreux critères (parfois plus d'une centaine). Certains organismes de *disease management* développent des modèles prédictifs des complications pour cibler les interventions.

<sup>7</sup> Ces chiffres ainsi que les suivants varient fortement selon les pathologies, les groupes pris en charge, les objectifs du programme, les pratiques de l'organisme en charge de l'intervention ; ils sont donc donnés à titre d'ordre de grandeur.

## 5. Une question sensible : les relations avec les praticiens

Les organismes de *disease management* insistent tous sur l'importance de développer des relations de coopération étroite avec les médecins des patients inclus dans le programme. Malgré ce discours convenu, il semble que la démarche du *disease management* se développe en parallèle de l'action du médecin sans de réelles interactions. Ainsi, les organismes de *disease management* recueillent à travers les entretiens des données et des informations qui pourraient potentiellement être utiles aux médecins. Ils essaient donc de les mettre à disposition des praticiens mais l'expérience montre que ces transmissions d'information sont considérées par les praticiens davantage comme une charge (il faut traiter ces informations...) que comme un appui. Les organismes de *disease management* limitent dans les faits leurs démarches à l'égard des médecins.

Lorsqu'ils constatent que l'action du médecin (prescription médicamenteuse par exemple) semble s'écarter des recommandations professionnelles, ils n'interviennent que très prudemment. Ils peuvent conseiller au patient d'évoquer le problème avec son médecin ou le contacter eux-mêmes ; dans ce cas, le contact avec le médecin sera établi le plus souvent, non par un *manager*, mais par un médecin. L'ambition des programmes de *disease management* est de modifier les comportements des patients et non celui des praticiens, sachant que les interventions auprès des patients peuvent avoir un effet en retour sur le comportement des praticiens confrontés à des patients mieux formés et plus compliant.

Les organismes de *disease management* sont très soucieux d'éviter tout conflit avec les médecins. Leur action peut en effet être perçue comme une intrusion dans le champ professionnel des médecins et une remise en cause de leur magistère. Ils insistent donc sur le fait que le médecin reste, en tout état de cause, le décideur en matière de stratégie thérapeutique, et présentent leur intervention comme un prolongement de son action. Pour éviter les conflits, les organismes créent des comités locaux de surveillance des programmes auxquels ils associent des médecins et notamment des personnalités reconnues. Ils veillent également à informer les médecins sur le contenu de leur intervention et sur les recommandations de bonne pratique qui guident leur action.

Les représentants des médecins ne rejettent pas le *disease management* et ne contestent pas qu'il remplisse des fonctions utiles ; cette attitude est d'ailleurs un signe de la légitimité acquise par la démarche dans le système de santé américain. Toutefois des tensions sont perceptibles. Ainsi, une des associations professionnelles majeure des médecins

américains (*l'American college of physicians*) promeut un modèle alternatif où les fonctions assumées par le *disease management* seraient prises en charge au sein des cabinets médicaux ; les médecins seraient rémunérés pour cette mission et accepteraient un contrôle de leurs résultats<sup>8</sup>. Il existe un conflit latent entre médecins et *disease management* 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 *disease management*).

La situation décrite précédemment concerne la majorité des médecins américains qui exercent dans des cabinets indépendants rémunérés, le plus souvent, à l'acte. Elle est radicalement différente dans les organismes où les fonctions d'assurance et de dispensation des soins sont totalement intégrées<sup>9</sup>. Le groupe Kaiser permanente est l'archétype de ce mode d'organisation. Il prend en charge 8,2 millions de personnes. Les médecins de premier recours y sont salariés. Les performances des cabinets de groupes (centre de soins) et des médecins sont évaluées à partir d'indicateurs de résultats cliniques. Une part de la rémunération dépend de cette évaluation. Les médecins exercent dans des centres de soins (20 à 40 médecins). Ils disposent tous d'un assistant et sont par ailleurs aidés par des infirmières aux compétences élargies ainsi que, dans certains centres, par des nutritionnistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des éducateurs de santé, des psychologues. Dans ce cadre, le *disease management* est piloté par les médecins eux-mêmes qui s'appuient pour sa mise en œuvre concrète, sur leurs assistants et sur les autres professionnels du centre de santé<sup>10</sup>. Ils disposent d'un système d'information performant permettant un suivi de la situation des patients. Le *disease management* est alors un prolongement de la relation de soins patient/médecin mis en œuvre sous l'autorité du médecin par l'équipe qui l'entoure. Les caractéristiques propres à ce système de soins intégré (association et intéressement du médecin aux objectifs globaux de qualité et d'efficacité, organisation en équipe, système d'information performant, etc.) permettent une telle approche. Elle n'est pas possible dans un contexte plus classique ; comme l'indique un observateur : « les *success stories* des *staff model* ou des systèmes intégrés ne se transposent pas vers les réseaux de petits cabinets indépendants<sup>11</sup> ».

## 6. Des résultats sanitaires positifs

De nombreuses études ont montré que l'éducation thérapeutique avait une influence favorable sur la prise en charge des malades chroniques et que plus que les simples interventions didactiques, les démarches visant à soutenir

<sup>8</sup> Sur les prises de position des représentants des médecins américains, cf. notamment Position de l'AMA / résolution H-255.994 relative au *disease* et au *demand management*, disponible sur le site de l'AMA ; American college of physicians, *Written comments of the american college of physicians regarding chronic care improvement program*, 25 mai 2004 ; American college of physicians, *A position paper, Reform of the dysfunctional healthcare payment and delivery system*, 2006 ; American college of physicians, *The advanced medical home : a patient centered, physician-guided model of health care, A policy monograph*, 2006.

<sup>9</sup> On désigne ces organisations qui sont parties des *health maintenance organisations* (HMO) par le terme de *staff model* ; pour une présentation de la gestion intégrée des soins cf. G. Borgès Da Silva *et al* [9] et G. Duhamel [10].

<sup>10</sup> P.J. Wallace « *Physician involvement in disease management as part of the CCM* », *Health care financing review*, 2005, vol 27, n° 1

<sup>11</sup> Extrait de Disease Management Association of America (DMAA), *Physician involvement in disease management, roundtable discussion*, 7<sup>th</sup> annual disease leadership forum, San Diego, Californie, 16 octobre 2005.

la motivation des patients étaient essentielles. Au-delà des connaissances théoriques sur la maladie, la capacité des patients à changer leur hygiène de vie, à résoudre les problèmes pratiques de la vie quotidienne, à se conformer aux traitements prescrits semblent déterminants, notamment chez les diabétiques [11-15]. L'ambition du *disease management* est de mobiliser le potentiel de progrès sanitaire révélé par ces études.

Il y a consensus aux Etats-Unis pour considérer que le *disease management* améliore les résultats sanitaires des patients. Ce consensus existe malgré la persistance de problèmes méthodologiques pour l'évaluation des résultats et le choix d'indicateurs pertinents. Les résultats sanitaires sont le plus souvent appréciés à partir des indicateurs les plus accessibles et les plus communément mesurés soit des indicateurs relatifs aux processus de soins (par exemple, dans le cas du diabète, la fréquence des dosages de l'HbA1c) ou des indicateurs intermédiaires (par exemple, taux d'HbA1c).

En particulier, dans le cas du diabète, si les résultats de tous les programmes ne sont pas positifs [16], la plupart des données publiées convergent sur l'intérêt sanitaire du *disease management*. Une méta-analyse publiée en 2005 synthétise les résultats de 24 études contrôlées, parues entre 1987 et 2001, sur le diabète [17]. Toutes les études montrent un meilleur équilibre glycémique dans les groupes de patients pris en charge dans des programmes de *disease management*. L'amélioration du taux d'HbA1c est significative aux plans clinique et statistique. Toutes études confondues, ce taux est réduit en moyenne de 0,5 % (intervalle de confiance de 95 % : 0,3 à 0,6 %). Ces résultats sont loin d'être négligeables. En effet, une réduction de 1 % du taux d'HbA1c réduit de 35 % la survenue de complications micro vasculaires : rétinopathie (risque de cécité), néphropathie (risque d'insuffisance rénale terminale), neuropathie (risque d'amputations aux membres inférieurs) [18].

D'autres études, publiées depuis, viennent corroborer les résultats positifs du DM sur la prise en charge du diabète [19-21]. Une étude plus récente [22] a concerné plus de 43 000 patients et a permis des comparaisons à la fois avant/après et vis-à-vis d'un groupe contrôle. Elle a montré que plusieurs indicateurs intermédiaires ont été améliorés chez les participants au programme : amélioration significative du suivi du fond d'œil, de la micro albuminurie, du dosage du cholestérol ainsi qu'une diminution du tabagisme. En revanche, la tendance positive concernant le suivi de l'HbA1c et la prescription d'anti-hypertenseurs n'était pas statistiquement significative.

## 7. Des résultats économiques controversés

Les promoteurs américains du *disease management* soutiennent qu'il n'est pas seulement efficace sur le plan sanitaire mais qu'il est aussi rentable pour l'assureur qui le met en place. Les dépenses d'hospitalisation évitées seraient supérieures aux coûts engagés pour la mise en œuvre du programme et à ceux induits en ville (médicaments, analyses essentiellement).

Compte tenu des coûts de mise en œuvre des programmes, il est nécessaire de parvenir à une réduction importante du taux d'hospitalisation ; elle doit se situer entre 10 et 30 % et cela à court terme, les assureurs attendant un retour sur investissement à brève échéance (un à deux ans) [23]. La rentabilité du *disease management* suppose donc un « rendement » important et rapide du processus : intervention, changement des comportements, réduction des complications, hospitalisations évitées. L'entreprise Healthways, leader du secteur, revendique effectivement en moyenne, une diminution des admissions hospitalières de 15,4 % pour les diabétiques et de 26,8 % pour les insuffisants cardiaques, après un an d'intervention<sup>12</sup>.

Toutefois la réalité de tels résultats fait l'objet de controverses. Certaines études confirment que les programmes produisent des économies nettes et attestent de réductions rapides et importantes des taux d'hospitalisation [21, 22, 24], d'autres concluent soit que le *disease management* améliore les résultats sanitaires sans perspective d'économies [25], soit que des économies peuvent être espérées mais à plus long terme [26]. Il n'y a pas de consensus aux Etats-Unis sur la rentabilité à court terme du *disease management*. Cette absence de consensus est notamment liée aux difficultés méthodologiques rencontrées pour évaluer les résultats économiques des programmes. Ces difficultés persistent malgré les nombreux travaux qui ont permis de repérer les biais majeurs à éviter ou à contrôler<sup>13</sup>.

La mise en cause la plus nette des prétentions des organismes de *disease management* en matière de rentabilité émane du *Congressional Budget Office* (CBO). Il a réalisé en octobre 2004 une analyse des études publiées dans des revues à comité de lecture<sup>14</sup>. Il conclut que de nombreuses études sont entâchées par un traitement inadéquat des difficultés méthodologiques évoquées précédemment (biais de sélection, régression à la moyenne, prise en compte des éventuels facteurs de confusion, etc.), ne fournissent pas des données pertinentes pour conclure (coût du programme non pris en compte, délai de suivi des coûts trop resserré, etc.) ou sont

<sup>12</sup> D'après la plaquette de présentation de l'entreprise : *Healthways for health plans*.

<sup>13</sup> Le document de référence sur cette question est le rapport de la DMAA, *Disease Management Program Evaluation Guide*, 2004.

<sup>14</sup> *Congressional Budget Office, An analysis of literature about disease management programs*, 2004. Cf. également une revue de littérature plus récente aboutissant à une conclusion plus positive et différenciée selon les pathologies prises en charge [27].

conduites dans des environnements ou sur des groupes trop spécifiques pour que les conclusions puissent être généralisées. Au total, s'il existe un bon niveau de preuve que le *disease management* favorise une meilleure prise en charge de la maladie (respect des protocoles, meilleure compliance, etc.), il n'est pas encore avéré qu'il est économiquement rentable en règle générale.

Toutefois, il convient de souligner que dans le cadre des relations commerciales les acheteurs de *disease management* exigent et obtiennent des engagements de la part des prestataires sur des niveaux d'économie et de rentabilité. Ces engagements, sous forme de clauses de garanties, sont un élément essentiel de la concurrence entre les fournisseurs de programmes. Sauf à imaginer que les vendeurs parviennent systématiquement à utiliser des méthodes tronquées, la rentabilité économique de ces interventions doit être présumée. Par ailleurs, les programmes expérimentaux de Medicare ont été conçus dès l'origine pour pouvoir faire l'objet d'une évaluation rigoureuse (affectation aléatoire de patients à des groupes d'intervention et de contrôle). Les prestataires ont pris l'engagement d'aboutir à des économies nettes (- 5 % à trois ans) sous peine de devoir reverser les rémunérations perçues. Il ne fait pas de doute que les résultats de ces expérimentations (les premiers seront disponibles fin 2007) seront déterminants pour l'issue du débat sur la rentabilité.

Au total, à l'heure actuelle, le *disease management* n'a donc pas fait la preuve qu'il était systématiquement rentable à court terme et pour toutes les pathologies prises en charge. Son efficacité économique fait l'objet d'un débat nourri. Les promoteurs du *disease management* considèrent que son expansion est aujourd'hui freinée par ces incertitudes. Tous les intervenants s'accordent pour souhaiter un développement de la qualité des évaluations et une standardisation des méthodes de mesure et de présentation des résultats.

Il n'est, bien sûr, pas question de prétendre trancher un débat mobilisant autant de compétences et d'énergies aux Etats-Unis. Il en ressort toutefois certains éléments qui méritent d'être soulignés :

- La plupart des analystes admettent que le *disease management* produit pour les maladies chroniques « cœurs de cible » une réduction des hospitalisations et une économie sur les dépenses de santé. Le débat sur la rentabilité porte essentiellement sur le fait de savoir si ces économies sont supérieures aux coûts d'administration des programmes.
- Le débat se concentre sur une rentabilité de court terme (un an à 18 mois après la mise en œuvre du programme). Cette focalisation est conforme aux préoccupations d'assureurs qui souhaitent des résultats rapides,

notamment du fait d'un turn-over important parmi leur clientèle. Il est souvent avancé que cette optique de court terme minore l'apport du *disease management* (les effets de l'éducation thérapeutique, des changements de comportement suscités perdureraient après l'intervention). Des analyses de moyen/long terme qui ne sont pas disponibles, conduiraient à un bilan plus favorable.

- L'appréciation de la rentabilité financière rapporte les dépenses de santé évitées au coût de mise en œuvre des programmes. Ce bilan pourrait être élargi, pour les patients d'âge actif, à l'absentéisme évité et à l'amélioration de la productivité des salariés présents. Cette extension entraînerait une amélioration sensible de la rentabilité [28].

- Au-delà de la stricte rentabilité financière, il semble admis que le *disease management* est producteur de « valeur sociale » (amélioration de la santé, souffrances évitées, satisfaction et estime de soi de la part des patients). Par ailleurs, le fait même que son retour sur investissement soit proche de un ou supérieur à un laisse penser qu'il se compare favorablement à d'autres dépenses ou investissements réalisés pour améliorer la santé.

## LE DISEASE MANAGEMENT DANS DEUX PAYS EUROPÉENS

### 1. Le *disease management* en Angleterre : le levier du paiement à la performance

En Angleterre, le ministère de la santé a mis en place une politique initialement définie par pathologie ou par population, puis élargie à l'ensemble des malades atteints de pathologies chroniques (*Long Term Conditions*<sup>15</sup>). Un modèle national de prise en charge, le *NHS and social care long term conditions model*, a été défini<sup>16</sup>. Il cherche à favoriser un transfert de prise en charge de l'hôpital vers les services de santé primaires et le médecin généraliste, et à s'appuyer autant que possible sur l'intervention sociale et associative. Cette politique, inspirée des expériences américaines, poursuit les mêmes objectifs qu'aux Etats-Unis : essentiellement une amélioration de la qualité des prises en charge et une réduction des hospitalisations. L'objectif national affiché est une réduction de 5 % des journées d'hospitalisation non programmées d'ici 2008.

Le modèle s'inspire des démarches de stratification utilisées aux Etats-Unis [29] afin de mettre en œuvre des approches proportionnées au risque des patients. Trois groupes de risques ont été définis parmi les malades chroniques qui correspondent à trois niveaux d'intervention<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Le terme « conditions » a été préféré à celui de « maladies » car moins stigmatisant et pour sa connotation non exclusivement sanitaire mais également sociale.

<sup>16</sup> Cf les informations sur le site : [www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/Nsf/LongTermConditions.cmsx](http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/Nsf/LongTermConditions.cmsx)

<sup>17</sup> Department of Health, *The NHS improvement plan. Putting people at the heart of public services*, Londres, Department of Health. 2004.

Les interventions vers les patients les plus à risque (niveau 3) concernent les quelques 200 000 personnes ayant le plus recours aux soins hospitaliers de façon non programmée. Bien évidemment la prise en charge de ces personnes relève des généralistes mais il est prévu qu'elles bénéficient, également, d'un soutien assuré au cas par cas (*case management*) par des professionnels spécifiquement dédiés. Ce programme a débuté en 2003, sous le nom d'Evercare, dans neuf *Primary care trusts*<sup>18</sup>, et était mis en œuvre par un prestataire américain (United Health). Le Department of Health a décidé en 2005 de généraliser ces expériences. Le programme fait intervenir des infirmières seniors (*community matrons*) qui agissent en dehors des cabinets médicaux, par téléphone et au domicile des patients [30]. Ces infirmières ont reçu une formation complémentaire dans les domaines de l'expertise clinique, de la coordination des soins, de la communication, de l'appui aux patients et de la prise en compte de leurs choix. Elles agissent de façon proactive, en lien plus ou moins étroit avec le médecin traitant. Elles identifient les personnes à risque dans la localité, effectuent un bilan individuel à domicile et définissent un plan personnalisé. Une infirmière prend en charge une cinquantaine de patients. Les liens avec les services sociaux et les médecins ou leur équipe s'avèrent cruciaux. Tout comme le sont les systèmes d'information pour bien identifier les patients et permettre de suivre au jour le jour leur prise en charge. Les expérimentations ont montré des premiers résultats encourageants<sup>19</sup>. Outre le degré de satisfaction des patients, des infirmières et, dans une moindre mesure, des médecins dont la charge de travail se voit réduite, une diminution des hospitalisations a été notée [31]. Financées à l'origine par le ministère, ces interventions ont vocation à être prises en charge, demain, par les cabinets de généralistes. Ils seront donc juges de leur pertinence.

Les actions en direction des patients les moins à risques (70 à 80 % des malades chroniques, niveau 1) sont limitées et visent essentiellement à développer la capacité des malades à prendre en charge leurs maladies notamment en favorisant des réunions de groupes de pairs (programme *expert patient*).

Les autres patients dont le niveau de risque est intermédiaire ne font pas l'objet de programmes spécifiques au plan national. On attend du généraliste, point de passage obligé dans le système de santé britannique, qu'il mette en œuvre une démarche de *disease management* à leur égard. Par exemple, les généralistes disposent de dossiers médicaux permettant de repérer les

patients souffrant d'insuffisance coronarienne, ils doivent utiliser ces dossiers pour inviter les patients qui ne consulteraient pas régulièrement à vérifier leurs chiffres tensionnels et leur niveau de cholestérol, et les encourager à cesser de fumer et à faire de l'exercice<sup>20</sup>. Le terme de *disease management* (parfois *care management*) est réservé en Angleterre aux actions de ce type, il ne désigne donc pas comme aux Etats-Unis, l'intervention de centres d'appels mais renvoie à l'action des cabinets de premier recours.

De telles pratiques ne se développeront auprès des généralistes anglais que s'ils sont incités à agir en ce sens. Aussi le développement du *disease management* est-il étroitement lié à la mise en place d'un dispositif de rémunération en fonction des performances sanitaires. Pour les responsables du *National health service* (NHS), c'est ce nouveau système de rémunération, le *Quality and outcomes framework*, qui constitue l'élément fondamental pour que se mettent en place de nouvelles pratiques dans les cabinets.

Le dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en avril 2004 dans le cadre des nouveaux contrats passés entre le NHS et les médecins généralistes, puis revu en 2006. Il se compose de 146 indicateurs. A chaque indicateur est attribué un certain nombre de points et à chaque point une rémunération supplémentaire en sus de la dotation à la capitation. Au total, un maximum de 1 050 points pouvait être obtenu en 2005. De nombreux indicateurs de performance reflètent une amélioration de l'état de santé des patients, en particulier, de ceux atteints de maladies chroniques. Ainsi, dans le cas des patients diabétiques, 18 indicateurs sont pris en compte pour une valeur de 99 points. Trente-neuf de ces points sont attribués si au moins respectivement 50, 55 et 60 % des patients de la clientèle du médecin ont un taux d'HbA1c, des chiffres de tension artérielle et un taux de cholestérol égaux ou inférieurs à un certain seuil<sup>21</sup>. L'objectif à terme est d'augmenter les revenus des médecins généralistes de 25 % avec une part de la rémunération liée à la performance s'établissant à 20 %.

En 2005, il semble que les objectifs fixés aient été peu contraignants ; le taux de participation des médecins, sur la base du volontariat, a été très important. Les généralistes ont obtenu en moyenne 91,3 % du total des points [32, 33, 34]. La révision du dispositif négociée avec les représentants des médecins tient compte de ces bons résultats et a prévu pour 2006 un plus grand nombre d'indicateurs cliniques pour un plus grand nombre de maladies et des critères un peu plus exigeants.

<sup>18</sup> Les *Primary Care Trusts* (PCT) 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 de la prise en charge et des soins primaires ainsi que le recours aux prestations spécialisées hospitalières. Les cabinets de généralistes anglais qui dispensent des soins dans le cadre du *National Health Service* exercent dans le cadre de contrats avec les PCT. Au nombre d'un peu plus de 300, leur nombre devrait être réduit de moitié environ.

<sup>19</sup> United Health Europe, *Assessment of the Evercare programme in England 2003-2004. Final report*, Londres, Février 2005.

<sup>20</sup> Pour une illustration concrète par un praticien de cette démarche cf. la communication de Sweeney K. « La collaboration entre médecins et infirmières dans le Service National de Santé au Royaume-Uni : l'expérience de Foxhayes, Exeter, Devon », au colloque « recherche et médecine générale » satellite du colloque « Approches sociologiques de la médecine générale » de l'AFS et du LAPSS (Ecole nationale de santé publique, Rennes, Juin 2006).

<sup>21</sup> Respectivement 7,4 %, 145/85 mmHg et 5 mmol/l pour la première année de mise en œuvre.

Au total, l'ambition du NHS est d'engager au niveau national une dynamique similaire à celle de certaines organisations de soins intégrées aux Etats-Unis. Un travail en équipe avec des incitations financières selon les résultats sanitaires obtenus est censé modifier l'attitude des praticiens à l'égard de la prise en charge des malades chroniques et déboucher sur une démarche de *disease management*. Il est encore trop tôt pour apprécier si cette dynamique vertueuse va s'enclencher. En effet, pour en favoriser l'acceptation, le nouveau dispositif de rémunération a été mis en place sur la base d'un degré d'exigence qui s'est révélé particulièrement faible.

## 2. Le *disease management* en Allemagne : le risque de la bureaucratie

L'Allemagne a mis en place, à partir de 2001, une politique de *disease management*<sup>22</sup>. Elle vise deux objectifs : d'une part améliorer les pratiques des médecins en ville à travers des recommandations professionnelles opposables ; d'autre part contribuer à égaliser le poids des risques entre les caisses. Les caisses d'assurance maladie, en concurrence entre elles, reçoivent un financement (par exemple, 1200 € par an pour un patient diabétique) d'un fonds de péréquation pour tout patient inclus dans un programme<sup>23</sup> ; cette inclusion est en effet le signe que le patient présente un risque particulier. Les caisses ont donc un intérêt direct à ce que de nombreux patients soient inclus dans les programmes.

S'il revient aux caisses de définir des programmes, leur contenu est fortement encadré au niveau national. La loi définit dans le détail les éléments que les programmes doivent obligatoirement comporter :

- la désignation d'un médecin référent (*gatekeeper*), qui coordonne l'ensemble des soins et le recours aux autres médecins et professions de santé ;
- la définition d'un protocole de soins fondé sur des recommandations professionnelles ; le contenu de ces recommandations étant lui-même défini au niveau national ;
- des exigences d'implication personnelle des patients ;
- un système d'échange d'informations entre les intervenants en santé et entre ces derniers et les caisses ;
- une formation spécifique pour les patients et les professions de santé participant au programme ;
- des modalités d'évaluation.

Un comité tripartite de coordination (*B-GA*) rattaché au

ministère fédéral de la santé définit les recommandations professionnelles qui serviront de base aux programmes ; il est composé par des représentants des pouvoirs publics, de l'assurance maladie et de l'union des médecins conventionnés. Des recommandations ont été établies pour le diabète de type 2, le cancer du sein, les pathologies coronariennes, le diabète de type I et pour les maladies chroniques respiratoires (asthme et BPCO). L'office fédéral des assurances sociales (*BVA*) autorise les programmes proposés par les caisses pour une durée de trois ans ; il en contrôle la mise en œuvre ; une équipe de médecins a été recrutée spécifiquement pour cela depuis 2002.

Le *disease management* en Allemagne est organisé autour du médecin généraliste. Il décide de l'inclusion des patients dans les programmes. Il est incité à participer aux programmes par une rémunération spécifique sous forme de suppléments d'honoraires liés aux actions accomplies dans le cadre du programme (par exemple, dans le programme des caisses de Rhénanie, 20 € pour l'inclusion d'un patient dans le programme, 20 € pour la tenue des dossiers d'information sur l'état de santé du patient, 15 € pour la réalisation d'une séance d'éducation thérapeutique, etc.). Cette incitation est d'autant plus efficace qu'elle complète les budgets alloués annuellement par les caisses dans le cadre du système *Praxisbudget*. Les patients sont également incités à participer aux programmes par des réductions de ticket modérateur et de franchises.

Le nombre des personnes incluses dans un programme de *disease management* s'élève à 1,9 million à la mi-2006 dont 74 % sont diabétiques.

Le médecin doit produire des données relatives aux soins pratiqués et aux résultats pour les patients inclus dans un programme et les transmettre aux caisses<sup>24</sup>. La production de ces données doit favoriser le respect des recommandations et permettre le contrôle de leur mise en œuvre : les caisses adressent des courriers réguliers aux médecins à partir de ces données éventuellement pour leur recommander une évolution de leur pratique. Par ailleurs, les médecins doivent proposer aux patients de participer à des sessions d'éducation thérapeutique traditionnellement prises en charge par les caisses en Allemagne et le patient s'engage à y assister. Les caisses sont censées développer une démarche de soutien et de conseil auprès des patients inclus dans les programmes mais elles n'ont pris jusqu'à présent que peu d'initiatives en ce sens. Elles perçoivent les financements reçus dans le cadre de la péréquation plus comme une contribution au rééquilibrage des risques

<sup>22</sup> Le rapport du Pr Karl Lauterbach est à l'origine de la loi de 2001 qui crée les programmes de *disease management*, voir K Lauterbach, *Disease Management in Deutschland - Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation*, Köln, 2001.

<sup>23</sup> Sur ce point, P Reschke, S Sehlen, G Schiffhorst et al, *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich*, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005.

<sup>24</sup> On trouve une description de ces données dans Institut für gesundheit und Sozialforschung, *Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme*, Baden Baden, 2004.

que comme une incitation à développer des services supplémentaires.

Le dispositif allemand se différencie fortement des précédents. A la différence de l'américain, il n'est pas centré sur le soutien aux patients mais vise autant à modifier les pratiques des médecins que des patients ; les actions engagées vers ces derniers sont de faible intensité et peu différenciées selon les risques. A la différence du système anglais, les incitations ne sont pas liées à des résultats mais à la simple inclusion dans les programmes. Les résultats à ce stade semblent très limités [35] 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 d'où un sentiment répandu que se développe une bureaucratie inutile. Le dispositif se traduit par des rémunérations supplémentaires pour les médecins sans que leur influence sur les pratiques puisse être, pour l'instant, vérifiée. Il n'en a pas moins suscité des réactions fortes de rejet de certains médecins et le *disease management* est source de conflits entre les médecins et les caisses [36].

Le dispositif actuel pourrait, toutefois, constituer une étape vers le développement de prestations plus actives centrées sur le patient et adossées à des indicateurs de performance des praticiens. A travers les programmes, les caisses ont collecté une information médicale sur leurs assurés qui pourrait leur permettre d'intervenir auprès des patients et de demander aux médecins de justifier leur pratique clinique. Il semble y avoir consensus, en Allemagne, sur le fait que la politique de *disease management* a vocation à évoluer vers un modèle plus proche des expériences américaines.

## LES ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE

### 1. Une démarche à expérimenter

L'étude des expériences étrangères, notamment celle des Etats-Unis, montre qu'une démarche de type *disease management* permet d'espérer des progrès sanitaires en engageant des dépenses qui, même si leur rentabilité à court terme n'est pas avérée, peuvent se comparer favorablement à d'autres investissements en matière de santé.

Il semble que nous soyons en France confrontés à des problèmes similaires à ceux qui ont conduit d'autres pays

à adopter la démarche *disease management*.

Par exemple, dans le cas du diabète, les études ENTRED<sup>25</sup> et ECODIA<sup>26</sup> [38] révèlent la persistance d'écart entre les recommandations et les pratiques. S'il faut souligner que les médecins semblent avoir depuis 1998 significativement amélioré le suivi et la prise en charge thérapeutique de cette pathologie, l'étude ENTRED a montré d'importantes difficultés en ce qui concerne l'éducation et l'accompagnement des patients. Moins d'un patient diabétique sur deux déclare avoir entendu parler de l'hémoglobine glyquée ; 61 % des médecins qui traitent un patient diabétique considèrent qu'ils manquent de temps ; 59 % qu'ils manquent de matériel d'éducation adapté et 56 % éprouvent des difficultés à fournir des conseils hygiéno-diététiques ; 78 % jugent que les patients comprennent mal leur maladie et signalent la fréquence de problèmes psychologiques. Une autre étude, consacrée à la mise en œuvre des recommandations professionnelles, souligne que les écarts aux recommandations s'expliquent essentiellement par la nécessité pour les médecins d'adapter leurs pratiques aux capacités de compréhension et d'observance des patients. Les médecins considèrent donc que l'éducation des patients devrait être privilégiée mais aussi « que ce n'est pas à eux de faire cette éducation, car ils n'ont pas le temps et que cet acte n'est pas reconnu par les financeurs » [39].

Diverses initiatives révèlent une prise de conscience de ces difficultés. L'avenant n°12 à la convention médicale fixe trois priorités à l'action du médecin traitant dont la prise en charge du diabète et insiste notamment sur la nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique. La politique de développement des réseaux, pour ce qui concerne les pathologies chroniques, vise des objectifs similaires à ceux poursuivis par le *disease management*. La convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) d'août 2006 retient comme un objectif majeur de « déployer une stratégie d'information des assurés et de prévention axée sur le ciblage des actions avec une priorité donnée aux patients atteints de pathologies chroniques ». Une réflexion est engagée pour développer les structures d'éducation thérapeutique avec pour objectif, dans un premier temps, de recenser l'existant.

Il est trop tôt pour apprécier les résultats que l'on peut espérer de ces politiques qui sont pour l'instant des déclarations d'intention. A partir de l'expérience du *disease management*, on peut toutefois avancer deux remarques. Tout d'abord, nous continuons à attendre du

<sup>25</sup> Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques (ENTRED) : voir le n° 49-50 du BEH [37] et le dossier Bilan de l'état de santé des personnes diabétiques et de leur prise en charge. L'étude nationale Entred était disponible sur le site de l'INVS ([www.invs.fr](http://www.invs.fr)) le 29 juin 2004.

<sup>26</sup> Les résultats d'une deuxième vague de l'étude ECODIA sont en cours de publication.

médecin, si ce n'est qu'il mette en œuvre, du moins qu'il contrôle l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients chroniques. Le *disease management* s'est développé aux Etats-Unis sur la base d'un constat bien plus radical<sup>27</sup> : d'une part, le médecin n'a pas le temps d'assurer les fonctions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients, d'autre part ce serait gâcher du temps médical et des compétences que de lui demander de « négocier » avec chacun de ses patients la manière dont il cuisine ou d'entrer dans le détail des activités physiques qu'il pourrait entreprendre. Les initiatives de ce type (développement des structures d'éducation thérapeutique, mise en place de réseaux de santé<sup>28</sup>, programmes d'observance des laboratoires pharmaceutiques, etc.) restent en France parcellaires, émietées ; elles ne peuvent concerner qu'un nombre restreint de personnes, souvent celles qui sont d'ores et déjà les plus averties, alors que le *disease management* est une démarche systématique, professionnelle, évaluée et orientée vers les patients qui en ont le plus besoin.

Si nous sommes confrontés à des problèmes similaires à ceux qui ont conduit à développer le *disease management* dans d'autres pays, rien ne garantit que les résultats obtenus ailleurs le seront si la démarche est transposée dans le contexte sanitaire, économique et culturel français. L'épidémiologie des maladies est différente (par exemple la prévalence du diabète varie selon un rapport de un à deux entre la France métropolitaine (3 %) et les Etats-Unis (5,1 %) <sup>29</sup>). Les rapports médecins-patients et les pratiques médicales sont différents. Aux Etats-Unis, une diminution de l'activité hospitalière se traduit par des économies immédiates, ce devrait être le cas avec la tarification à l'activité en France, mais il n'est pas encore avéré que cette réforme fonctionnera effectivement<sup>30</sup>. Enfin, on peut légitimement s'interroger, par exemple, sur la réaction des patients français face au « *coaching* », ne seront-ils pas plus « rebelles » que les américains à cette tentative d'influencer leur comportement ?

Au total, si les problèmes auxquels nous sommes confrontés en France et les résultats obtenus ailleurs incitent à s'inspirer des démarches de *disease management*, on ne peut garantir que ces derniers sont directement transposables dans le contexte français. Aussi il apparaît nécessaire, dans un premier temps, d'envisager une expérimentation selon des modalités qui permettront d'en apprécier rigoureusement les résultats.

## 2. Les questions préalables

Si l'on admet qu'il est opportun de s'inspirer de la démarche du *disease management*, il convient d'en préciser les modalités. On ne peut qu'esquisser les principales questions qui se posent sachant qu'il est impératif qu'elles fassent l'objet d'un débat avec toutes les parties prenantes et notamment les médecins et les représentants des patients ; débat qui n'a pu s'engager jusqu'à présent, car la notion même est relativement méconnue en France<sup>31</sup>. Dans cette attente, on ne peut que proposer un premier éclairage sur les principales questions qui ne manqueront pas d'être posées.

### a) *Faire ou faire faire ?*

Dès lors qu'il serait envisagé de développer une démarche du type *disease management*, la question se poserait de savoir si les programmes doivent être mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie et notamment par la CNAMTS, ou si ceux-ci doivent plutôt se positionner en tant qu'acheteurs de service. On a vu que cette question est celle que se posent tous les grands assureurs privés aux Etats-Unis et que les assureurs publics (Medicaid et Medicare) ont opté pour la position d'acheteurs de service. La CNAMTS et les autres caisses nationales pourraient considérer que le *disease management* est le prolongement naturel des initiatives prises dans le cadre de la gestion du risque ou du service aux assurés (notamment le développement des plates-formes téléphoniques d'infosoins). Toutefois la mise en œuvre de programmes de *disease management* suppose de mobiliser des compétences professionnelles (infirmières, etc.), managériales et technologiques que l'Assurance maladie ne possède pas alors qu'elles ont déjà été développées par des entreprises qui, il est vrai, sont plutôt des entreprises étrangères. Malgré certaines similitudes avec des actions engagées par les caisses, le *disease management* constitue un « métier » à part entière et, pour les caisses, un nouveau métier. Plus fondamentalement, il apparaît qu'il est essentiel de pouvoir développer une concurrence et qu'il est donc pertinent de placer les caisses en position d'acheteurs de services<sup>32</sup>. Le recours à un prestataire externe permettrait aux caisses d'expérimenter des programmes de natures diverses plutôt que de mettre en œuvre un modèle unique et faciliterait l'abandon des expérimentations peu concluantes au profit des plus performantes. Elle garantirait un meilleur contrôle de l'efficacité des

<sup>27</sup> Du moins pour ce qui concerne l'exercice médical le plus courant, hors des structures intégrées, mode d'exercice qui est le plus proche de celui que nous connaissons en France.

<sup>28</sup> Sur les résultats « le plus souvent potentiels mais rarement évalués et démontrés » des réseaux, cf. le rapport de l'IGAS : Daniel C, Delpal B, Duhamel G, Lannelongue C. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR). Paris ; mai 2006.

<sup>29</sup> Selon le Center for Disease Control and Prevention (voir <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/prev/national/figage.htm>), ces données ne prennent pas en compte les diabètes non déclarés.

<sup>30</sup> On peut craindre que les structures hospitalières soient en mesure de préserver leurs ressources quelle que soit l'évolution de leur activité.

<sup>31</sup> Cette méconnaissance pose en elle-même question. Alors que deux de nos voisins européens ont tenté "d'acclimater" le *disease management*, la France ne semble même pas s'être posée la question.

<sup>32</sup> Les caisses peuvent, seules, être les financeurs du service. Dans la mesure où les économies à attendre du *disease management* sont des économies sur les coûts hospitaliers, les organismes complémentaires d'assurance maladie qui ne prennent en charge qu'une part très limitée des coûts hospitaliers n'ont pas d'intérêt à agir. Ils pourraient toutefois du fait des compétences qu'ils ont développées pour certains d'entre eux, être des opérateurs.

programmes en permettant de les comparer. Faire faire peut aussi, éventuellement, permettre de partager les risques financiers avec les offreurs de la prestation en les rémunérant en fonction des résultats.

Il semble donc préférable que les caisses nationales achètent des prestations de *disease management*. Le processus de mise en concurrence devrait impliquer la Haute autorité de santé (HAS) pour la définition du cahier des charges et la sélection des offreurs. La mission de l'HAS serait notamment de veiller à la qualité médicale des programmes proposés : validité des références utilisées, pertinence des schémas d'intervention, qualité et compétence des personnes ayant la responsabilité médicale du programme et des intervenants.

### **b) Disease management et protection de la vie privée**

On l'a vu, le mode de recrutement des patients qui, sur la base de l'expérience américaine, semble le plus efficace, repose sur la constitution de fichiers nominatifs d'assurés atteints d'une pathologie, assurés qui seront ensuite inclus dans le programme à partir d'un consentement présumé (*opting out*).

La constitution sans consentement de tels fichiers ne paraît pas aujourd'hui possible dans l'état de notre droit. Par ailleurs, le consentement présumé pour participer au programme ne correspond pas à un consentement « libre et éclairé » exigé pour tout « acte ou traitement médical » par l'article L 1111-4 al.3 du code de santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002. Bien évidemment, il serait possible de soutenir que le *disease management* n'est pas assimilable à un « acte ou un traitement ». Il s'en rapproche suffisamment, toutefois, pour que l'on s'interroge sur les modalités du consentement.

Pour contourner ces difficultés, on pourrait envisager, comme les allemands, de demander aux médecins de prescrire l'intervention des organismes de *disease management* : le médecin est naturellement informé des affections dont souffre le patient et peut donc vérifier son éligibilité au programme ; le consentement recueilli par le médecin est présumé éclairé. Toutefois, cette modalité de recrutement qui fait dépendre la mise en œuvre des programmes du bon vouloir des médecins, risque de peser sur leur efficacité.

Si l'on souhaite développer le *disease management* en France, il est donc nécessaire de prévoir une intervention du législateur pour autoriser cette activité et en encadrer la

pratique. L'intervention du législateur devrait s'inscrire dans l'espace dégagé par la décision du Conseil constitutionnel à propos du dossier médical personnel<sup>33</sup>, qui considère « que la liberté proclamée par l'article 2 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 implique le droit au respect de la vie privée ; que ce droit requiert que soit observée une particulière vigilance dans la collecte et le traitement de données à caractère personnel de nature médicale ; qu'il appartient toutefois au législateur de concilier, d'une part le respect de la vie privée et, d'autre part les exigences de valeur constitutionnelle qui s'attachent tant à la protection de la santé, qui implique la coordination des soins et la prévention des prescriptions inutiles ou dangereuses, qu'à l'équilibre financier de la sécurité sociale ». Le législateur, s'il estime que les effets positifs du *disease management* le justifient, pourrait donc, en s'appuyant sur cette jurisprudence, rechercher un équilibre entre le respect de la vie privée et les nécessités pratiques du développement du *disease management*.

Cette intervention du législateur permettrait également de préciser les garanties que les organismes de *disease management* doivent présenter vis-à-vis des bénéficiaires de leur intervention, non seulement lors du recrutement mais également tout au long du déroulement du programme. Il conviendrait ainsi de fixer des exigences quant à la protection de la confidentialité des données sur le mode de celles exigées des hébergeurs de données dans le cadre du dossier médical, et d'astreindre formellement au secret les professionnels qui auront accès à ces données dans le cadre de leur action.

### **c) La légitimité du coaching**

Dans la réflexion sur l'éducation thérapeutique, le respect de l'autonomie est considéré comme devant guider toute démarche. Toutefois, cette notion est elle-même problématique.

Une conception extrême de cette autonomie consiste à considérer que l'éducation thérapeutique doit se borner à apporter les connaissances et à favoriser les apprentissages nécessaires au patient pour prendre en charge activement sa maladie. Il appartiendrait alors au patient, ainsi éclairé, de prendre les décisions et d'effectuer les choix qui lui apparaissent opportuns pour faire face à sa maladie.

Toutefois, il est admis, en termes d'efficacité, que la simple acquisition de compétences ne suffit pas pour

<sup>33</sup> Décision n° 2004-504 DC - 12 août 2004.

provoquer les changements de comportement jugés souhaitables : des barrières psychosociales (dénî, inertie, marchandage, etc.) s'opposent à ce que des attitudes conformes à son « intérêt sanitaire » soient adoptées par le patient. Au plan des principes, il est possible de considérer que ces barrières sont un obstacle à une réelle autonomie. Dès lors, un travail pour les lever, ou du moins aider le patient à les surmonter, devient légitime. Le patient autonome n'est pas seulement le patient compétent mais le patient rendu capable d'une « maîtrise de soi ». L'éducation thérapeutique ne vise pas simplement à diffuser des compétences mais admet qu'elle vise à exercer une influence sur le patient, influence<sup>34</sup> qui devient le gage d'une véritable autonomie.

Développer de telles stratégies d'influence vers les patients n'est toutefois pas sans risque. Même s'il est « bienveillant », ou d'ailleurs parce qu'il est « bienveillant » et peut s'autoriser de cette « bienveillance », l'intervenant peut être conduit à imposer ce qu'il considère être l'attitude correcte vis-à-vis de la maladie et à priver le patient d'une réelle capacité de décision. Les changements psychologiques et sociaux induits pour les patients par les maladies chroniques, les conduisent à développer des stratégies complexes d'ajustement par rapport aux normes médicales en fonction de leurs préférences, de leurs valeurs, des ressources et contraintes de leur environnement social [40, 41]. Il y a donc un risque de substituer à ces arrangements une norme abstraite, la « bonne » attitude du patient compliant, et de remettre en cause les efforts de chaque patient pour rechercher un équilibre avec sa maladie.

On ne peut par ailleurs exclure que le *disease management* conduise à utiliser, dans certains cas, des leviers psychologiques discutables et que, sous couvert de « responsabilisation », se développent des stratégies de culpabilisation vis-à-vis de personnes déjà fragilisées par la maladie.

Il conviendrait de se donner les moyens de contrôler d'éventuelles dérives éthiques dans les modes d'intervention. Les prestataires devraient être astreints à mettre en place une capacité de contrôle interne. Une instance de contrôle externe, sous l'égide de la HAS, devrait, de plus, assurer une surveillance des pratiques.

#### d) *Quel rôle pour les médecins ?*

Comme on l'a vu, il semble admis que les programmes de *disease management* sont plus légitimes et donc plus

efficaces s'ils se développent à l'initiative et sous le pilotage des médecins. Les expériences étrangères nous apprennent toutefois que ce type d'interventions ne peut se développer que si certains pré-requis sont respectés, pré-requis dont la réalisation n'est effective que dans des organisations intégrées. Les difficultés du modèle allemand du *disease management*, confié au médecin sans réorganisation de sa pratique, en sont une illustration.

La mise en œuvre du *disease management* en France pourrait théoriquement emprunter deux voies. La première, la plus ambitieuse, consisterait à créer en France les éléments de succès des organisations intégrées américaines : elle exige un regroupement des praticiens pour mutualiser des postes d'infirmières, un changement des modes de rémunération pour financer ces postes à partir d'un intéressement aux performances cliniques ; un développement important des systèmes d'information pour mesurer les performances. Du fait des bouleversements qu'il implique dans l'organisation de notre système de soins, ce scénario ne peut être considéré que comme un objectif à moyen terme. Il semble difficile à expérimenter. En effet, de tels bouleversements de leurs pratiques ne peuvent être imposés aux médecins et ne peuvent s'envisager que sur la base du volontariat. Or, une « expérimentation » sur la base du volontariat de certains médecins ne serait pas conclusive quant aux possibilités d'extension du fait d'un biais de sélection évident. Toutefois, il est possible d'envisager d'appuyer les médecins volontaires qui s'engageraient dans cette démarche : soutien, en contrepartie d'engagements sur des résultats, à des médecins qui constitueraient des équipes avec des professionnels de santé pour développer des pratiques inspirées du *disease management*.

Cette démarche restera donc nécessairement marginale. Une seconde voie, relativement déconnectée de la pratique médicale, comme aux Etats-Unis, paraît donc mieux adaptée au caractère peu intégré de notre système de soins. Elle permet un mode de recrutement plus efficace des patients. Elle évite de demander un effort supplémentaire aux médecins et peut même, dans certains cas, faciliter leur travail. Elle est plus économique dès lors qu'elle ne suppose pas *a priori* une rémunération supplémentaire des médecins. Elle ne fait pas dépendre le développement des actions du bon vouloir des médecins. Elle doit donc être privilégiée.

Il est clair toutefois que dans ce domaine l'attitude à prendre ne relève pas d'une simple analyse technique avantage/inconvénient. Si l'on devait s'inspirer du *disease*

<sup>34</sup> Dans le cas du médecin, exercer cette influence dans l'intérêt du malade reste un devoir déontologique car même s'il est affirmé à l'article 1111-4 que « toute personne prend, avec le professionnel de santé... les décisions concernant la santé », le médecin ne doit pas se borner à aider à la prise de décision, il est de ses « devoirs envers les patients » de « s'efforcer... d'obtenir la bonne exécution » de ses prescriptions (art.34 du code de déontologie). Sauf à considérer que cette dernière exigence, de niveau réglementaire, est en contradiction avec la loi postérieure...

*management* en France, la question de la place du médecin serait certainement un enjeu majeur tant en termes symboliques et de pouvoir qu'en termes financiers. Le fait même qu'un tiers vienne, en quelque sorte s'immiscer dans le colloque singulier, risque d'être perçu par les médecins moins comme un appui à leur pratique que comme une mise en cause de leur magistère. Ils craindront certainement que les interventions du *manager*, au lieu de les conforter, n'entrent en contradiction avec leurs propres efforts et stratégies pour améliorer l'observance et la compliance. L'évocation de résultats positifs à l'étranger ne semble pas de nature à lever aisément ces réticences naturelles.

Sans préjuger plus avant de l'attitude des médecins, il semble que le *disease management* sera d'autant mieux accepté qu'il sera clairement distinct des démarches de contrôle des pratiques médicales, qu'il restituera de l'information aux médecins et viendra en appui de leur intervention sans induire de charge supplémentaire.

### 3. Un scénario d'expérimentation

Compte tenu de la complexité des questions évoquées au paragraphe précédent, une expérimentation ne pourra être envisagée que lorsque les diverses parties prenantes auront eu l'occasion de préciser leur position sur la démarche et que le Parlement en aura débattu. Un scénario d'expérimentation peut toutefois, dans l'hypothèse où ces débats auraient abouti, être esquissé.

L'expérimentation serait centrée sur des pathologies qui pourraient être le diabète et l'insuffisance cardiaque. Elle concernerait trois à quatre régions ; une taille suffisante est nécessaire pour tirer des conclusions. Elle serait contrôlée : les patients éligibles à l'intervention ; sélectionnés à partir des données des fichiers des caisses, seraient affectés aléatoirement au groupe bénéficiant de l'intervention et à un groupe témoin. Seule cette procédure garantit que les résultats cliniques et économiques pourront faire l'objet d'analyses fondées.

Les caisses lanceraient un appel d'offre pour sélectionner les organismes ou entreprises opérateurs du programme. Cet appel d'offre inviterait les candidats potentiels à définir et à décrire le mode d'intervention qu'ils proposent, les objectifs qu'ils se fixent et les garanties qu'ils apportent.

Les candidatures feraient l'objet d'un avis de la HAS sur la pertinence clinique des modalités d'interventions proposées et des objectifs affichés. Pour formuler cet avis, la HAS mobiliserait notamment des représentants des spécialistes de la pathologie, des représentants des médecins généralistes et des associations de patients.

Les caisses décideraient de la sélection finale des prestataires en s'appuyant sur l'avis de la HAS. Elles auraient notamment vocation à apprécier les objectifs

économiques affichés et les engagements pris par le prestataire à l'égard du payeur (part du risque assumé par le prestataire).

Idéalement, il conviendrait que la sélection des prestataires aboutisse à retenir des modes d'intervention différents (stratification des patients, intensité des interventions, mode de relation avec les médecins, etc.) afin que l'analyse permette non seulement d'apprécier la pertinence de la démarche en soi, mais aussi de repérer les modes d'intervention les plus efficaces dans notre pays.

L'évaluation clinique des résultats devrait être réalisée sous l'égide de la HAS et l'évaluation économique sous l'égide des caisses. Les données de base de l'évaluation devraient faire l'objet d'une large publicité pour permettre des analyses contradictoires.

A l'issue de cette analyse des expériences de *disease management*, il apparaît que la question la plus sensible dans la perspective d'un développement de cette démarche en France est celle du rôle des médecins. Comme le répètent tous les ministres de la santé : « on ne peut faire de réformes du système de soins *sans ou contre* les médecins ». L'introduction du *disease management* en France est-elle une réforme que l'on peut faire *avec* les médecins ? Ce sera d'autant plus délicat qu'elle exige des médecins qu'ils acceptent, tout en restant les maîtres de la stratégie thérapeutique, de partager la relation quasi-exclusive qu'ils entretiennent aujourd'hui avec leurs malades.

## RÉFÉRENCES

1. Carricaburu D, Ménoret M. *Sociologie de la santé, institutions, professions, maladies*. Paris : Armand Colin ; 2004.
2. Robinson JC. *The end of managed care*. *JAMA* 2001;285:2622-8.
3. Mays GP, Claxton G, White J. *managed care rebound ? Recent changes in health plans'cost containment strategies*. *Health Aff* 2004;suppl web exclusive 4:427-36.
4. Robinson JC. *Reinvention of health insurance in the consumer era*. *JAMA* 2004;291:1880-6.
5. Robinson JC, Yegian JM. *Medical management after managed care*. *Health Aff* 2004, suppl web exclusive 4:269-80.
6. Mc Glynn EA, Asch M, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. *The quality of health care delivered to adults in the United States*. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
7. Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. *Is there any time for management of patients with*

- chronic diseases in primary care ? *Ann Fam Med* 2005;3:209-14. ([www.annfammed.org](http://www.annfammed.org)).
8. Bodenheimer T. Helping Patients improve their health related behaviours : what system changes do we need ? *Dis Manag.* 2005;8:319-30.
  9. Borgès Da Silva G, Borgès Da Silva R. La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA. *Rev Med Ass Maladie* 2005;36 :323-35.
  10. Duhamel G. Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Paris : La Documentation française, rapport de l'Inspection générale des affaires sociales ; 2002.
  11. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes. A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002;25:1159-71.
  12. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease. A systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164:1641-9
  13. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician* 2005;72: 1503-10.
  14. Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24:561-87.
  15. American diabetes association, Third-party reimbursement for diabetes care, self-management education, and supplies. *Diabetes Care* 2006;29: S68-9.
  16. Krein SL, Klamerus ML, Vijan S, Lee JL, Fitzgerald JT, Pawlow A, et al. Case management for patients with poorly controlled diabetes : a randomized trial. *Am J Med.* 2004;116: 732-9.
  17. Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselblad V, Gano AD Jr, Ofman JJ, et al. A systematic review of diabetes disease management programs. *Am J Manag care* 2005;11:242-50.
  18. UK prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352: 837-53. erratum in : *Lancet*, 1999, 354 : 602).
  19. Montori VM, Dineen SF, Gorman CA, Zimmerman BR, Rizza RA, Bjornsen SS, et al. The impact of planned care and a diabetes electronic management system on community-based diabetes care. *Diabetes Care* 2002;25:1952-7.
  20. Norris SL, Nichols PJ, Casperen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Preventive Med*, 2002, 22(4 suppl):15-38.
  21. Sidorov J, Shull R, Tomcavage J, Girolami S, Lawton N, Harris R. Does diabetes disease management save money and improve outcomes ? *Diabetes Care* 2002;25:684-9.
  22. Villagra VG, Ahmed T. Effectiveness of a disease management program for patients with diabetes. *Health Aff* 2004;23:255-66.
  23. Linden AL. What will it take for disease management for disease management to demonstrate a return on investment , New perspective on an old theme. *Am J Manag Care* 2006;12:217-22.
  24. Gertler P, Simcoe TS. disease management. Social science research network, Working paper ; 2006 (<http://ssrn.com/abstract=900577>).
  25. Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health cost by improving quality, *Health Aff* 2004;23:63-75.
  26. Beaulieu ND, Cutler DM, Ho KE, Horrigan D, Isham G. The business case for diabetes disease management at two managed care organizations. New York: The Commonwealth fund, field report ; 2003.
  27. Goetzel RZ, Ozminskiowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management : a review. *Health Care Financing Review* 2005;26(4):1-19. (<http://www.cms.hhs.gov/apps/review/05summer/05summerpg1.pdf>).
  28. Nicholson S, Pauly MV, Poslky D, Baase CM, Billotti GM, RJ Ozminskiowski, et al. How to present the business case for health-care quality to employers. University of Pennsylvania ; 2005. (<http://knowledge.wharton.upenn.edu/papers/1303.pdf>).
  29. Wagner EH. Chronic disease care. Insights from managed care in the United States will help the NHS. *BMJ* 2004;328: 177-8.
  30. Sargent P, Boaden R. Implementing the role of the community matron. *Nurs Times* 2006;102:23-4.
  31. Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1427-34.
  32. National quality and outcomes framework statistics for England 2004/5. *Statistical Bulletin* 2005/04/HSCIC. London : Health and Social Care Information Centre ; 2005.
  33. Sutton M, McLean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract : cross sectional study. *BMJ* 2006;332:389-90.
  34. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006;355:375-84.
  35. Velasco-Garrido M, Busse R, Hishashage A. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions ? Copenhagen : WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network; 2003.
  36. Hassenteufel P. Allemagne : les mobilisations multiples des médecins, *Chronique Internationale de l'IRE* 2006;99 :26-36.

37. Rédaction BEH ed. Surveillance du diabète. Etude Entred : bilan d'étape. BEH 2003;49-50: 237-44.

38. Detournay B, Cros S, Charbonnel B, Grimaldi A, Liard F, Cogneau J, et al. Managing Type 2 diabetes in France : the ECODIA survey. Diabetes Metab 2000;26:363-9.

39. J. Bachimont, J. Cogneau, A. Letourmy. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de

bonne pratique cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sciences Sociales et Santé 2006;24:75-104.

40. I. Baszanger. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. Revue française de sociologie 1986;18.

41. G. Levasseur. A propos de la « maladie du malade » diabétique de type 2. Education du Patient et Enjeux de Santé 2004;22(3).