



MALADIES CHRONIQUES ET CREATION DE VALEUR DANS UN PARCOURS DE SANTE

CHRONIC DISEASES AND VALUE CREATION IN A HEALTHCARE PATHWAY

Établissement **Université de Montpellier**

École doctorale **EDEG - Economie Gestion**

Spécialité **Sciences de Gestion**

Unité de recherche **MRM - Montpellier Recherche en Management**

Directeur de la thèse **Ariel EGGRICKX**

Co-Encadrant **Agnès MAZARS-CHAPELON**

Financement du 01-10-2019 au 30-09-2022 *origine* **Contrat doctoral Employeur Etablissement**

Concours pour un contrat doctoral

Début de la thèse le **1 octobre 2019**

Date limite de candidature **27 juin 2019**

Mots clés - Keywords

Maladies chroniques, Création de valeur, Parcours de soins, Parcours de santé

Chronic diseases, Value creation, Healthcare pathway, Health pathway

Profil et compétences recherchées - Profile and skills required

Connaissance des institutions (Agence Régionale de Santé, Fondations, etc.), du secteur médical, médico-social et social, de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de patients souffrant de maladies chroniques.

Expérience sur les modes de développement de réseaux, et si possible sur les modes d'accompagnement de patients souffrant d'une maladie chronique.

Knowledge of institutions (Regional Public Health Authorities - Agence Régionale de santé - ARS ; Foundations, ...), of the medical, medico-social and social sectors, of all the actors involved in the care of patients suffering from chronic diseases.

Experience on how to develop networks and, if possible, how to support patients suffering from a chronic illness

Description de la problématique de recherche - Project description

1. CONTEXTE

Premier poste des dépenses de santé, les maladies chroniques nécessitent une prise en charge globale et transversale du patient via le parcours de soins ou parcours de santé, alors que la tarification à l'activité (hôpitaux) ou à l'acte (médecine de ville) contribue à renforcer les cloisonnements. Avec le vieillissement de la population, le système de santé est donc confronté au double défi de l'essor des maladies chroniques et d'un système de financement de plus en plus inadapté pour assurer la prise en charge globale et coordonnée des maladies chroniques sur un territoire. Pourtant, le ministère de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) appellent à une meilleure organisation du parcours de santé, c'est-à-dire une meilleure articulation du parcours de soins en amont avec la prévention primaire et sociale, et en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Tout acteur du parcours de santé intègre in fine la valeur pour le patient : survie, autonomie, temps de rétablissement, durabilité de l'état de santé, qualité de vie. Une première recherche sur la relation coût/valeur dans le parcours de soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) montre qu'il est possible d'impulser des démarches plus transversales de création de valeur, en mettant en visibilité des dysfonctionnements ou goulots d'étranglement (ressources non disponibles, problèmes de coordination) générant sur le long terme des surcoûts importants (coûts de rééducation, etc.) pour le patient et le système de santé (Domingo et al., 2018). Dans le prolongement, cette recherche doctorale a pour objectif d'explorer comment faire évoluer les acteurs du parcours de santé vers des approches plus transversales, comment favoriser une meilleure coordination entre les multiples parties prenantes du parcours de santé pour une (voire deux) maladies chroniques (par exemple cancer). L'objectif est de mettre en évidence des voies possibles de création de valeur pour l'ensemble des parties prenantes, et in fine le patient et le système de santé. Ce projet de recherche s'intègre dans les thématiques

structurantes d'I-Site Muse - SOIGNER Et Economie de la Santé-, et ouvre à terme des perspectives de projets PREPS (Programme de REcherche sur la Performance du Système de soins).

2. PROBLEMATIQUE, CADRAGE THEORIQUE ET METHODOLOGIE

Les maladies chroniques nécessitent une prise en charge globale car elles font intervenir aussi bien des acteurs professionnels de la santé que des acteurs ne relevant pas de la santé. Ces acteurs ont une connaissance - à des degrés variables - du parcours de soins, et plus largement du parcours de santé, et intègrent tous dans leurs pratiques la valeur pour le patient (survie, autonomie, qualité de vie), même si le concept de valeur est par nature ambigu. Le parcours de santé constitue un objet intermédiaire (plus ou moins visible), mobilisable par les multiples parties prenantes (y compris le patient) pour repenser les modes de coordination, favoriser une approche plus transversale et optimiser la relation coûts/valeur ou coûts/résultats de soins (Porter et al., 2016). En d'autres termes, ce projet vise à explorer les modalités possibles de fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) : comment un CHU coordinateur peut contribuer à développer la coordination sur un parcours de santé ? Comment impulser une logique de création de valeur pour les multiples parties prenantes (patient, organisations de santé, organisations du secteur médico-social et social, système de santé).

Cette évolution des modes de fonctionnement des différents acteurs du parcours de santé suppose un processus de traduction (Callon et Latour, 2013), avec plusieurs entités (acteurs humains et non humains) ou processus interagissant autour d'un même objectif. Callon (1986) distingue quatre moments dans le processus de traduction :

- la problématisation : formulation d'une question capable de faire converger les intérêts des différents acteurs et de les conduire à coopérer, en s'appuyant sur la vision consensuelle de la performance dans les hôpitaux (Minvielle et al., 2008), vision a priori partagée dans le secteur médico-social.
- l'intéressement : effort consenti pour démontrer l'utilité du projet et ainsi orienter les intérêts des différentes parties prenantes vers les intérêts du réseau ; l'intéressement suppose d'identifier des porte-parole légitimes et de réaliser des investissements de forme (supports de communication, système d'information partagé, etc.),
- l'enrôlement : attribution de rôles définis à des acteurs qui les acceptent, dans le but de réaliser les objectifs,
- le fait de durer : ce qui suppose de la vigilance et transparence, mais aussi d'agglomérer des entités nouvelles pour solidifier le réseau, et donner une consistance plus grande aux projets.

La recherche est de type qualitatif, voire de type « recherche action » avec un double objectif de changement concret dans le système social et de production de connaissances (David, 2000). Dans la mesure du possible (compatibilité des durées thèse et processus de traduction), la recherche action suit un processus cyclique : diagnostic, planification et réalisations d'actions, évaluation et apprentissage (Susman et Evered, 1978). Le choix du périmètre (maladies chroniques) se fait par exemple avec le CHU de Montpellier en croisant plusieurs critères : fréquence de la maladie chronique, importance des coûts, fréquence des (ré)hospitalisations évitables, manque de coordination sur le parcours de santé, degré d'acceptabilité du projet de recherche par le Pôle prenant en charge la maladie chronique. Le diagnostic consiste à identifier le parcours de santé, et à mobiliser à partir du parcours type « objet intermédiaire » la connaissance intime des professionnels afin de susciter la réflexion, et d'aider au repérage de dysfonctionnements ou possibilités d'améliorer la coordination dans une logique de création de valeur. Le diagnostic indispensable pour la planification des actions, s'appuie sur une analyse bibliographique et documentaire, et la réalisation d'entretiens auprès de professionnels et représentants d'institutions. Le diagnostic aide à planifier des actions possibles et à les mettre en œuvre. Enfin, la phase évaluation et apprentissage contribue à des apports managériaux et théoriques sur le processus de traduction.

1. BACKGROUND

While chronic diseases account for the bulk of healthcare costs and require the global and transversal care of patients via healthcare pathways, activity-based tariffs (hospital, city medicine, ...) reinforce divisions. With the aging of the population, the health system faces the double challenge of the rise of chronic diseases and a funding system that is increasingly inadequate to ensure the global and coordinated management of chronic diseases in a territory. However, the French Ministry of Health and the High Authority for Health (HAS) call for a better organization of the health pathway, that is to say a better articulation of the healthcare pathway, upstream with primary and social prevention, and downstream with medico-social and social support, home care and return home services.

Any actor in the healthcare pathway ultimately takes into account the value for the patient: survival, autonomy, time required to achieve complete or partial recovery, sustainability of health, quality of life. An initial research on the cost/value relationship in stroke care pathway shows that it is possible to stimulate more transversal approaches to value creation by highlighting dysfunctions or bottlenecks (unavailable resources, coordination problems) generating in the long term significant additional costs (rehabilitation costs, etc.) for the patient and the health system (Domingo et al., 2018). As a follow-up, this doctoral research aims to explore how to change the actors of the health pathway towards more transversal approaches, how to promote a better coordination between the multiple stakeholders of the health pathway for one (or two) chronic diseases (for example: cancer). The objective is to highlight possible ways of creating value for all stakeholders, and ultimately the patient and the health system. This research project is part of the structuring themes of I-Site Muse - Health and Health Economics - and opens prospects for PREPS projects (Program of Research on the Performance of the Healthcare System).

2. RESEARCH QUESTIONS, THEORETICAL FRAMING AND METHODOLOGY

Chronic diseases require comprehensive care because they depend upon both healthcare professionals and other professionals outside the health sector. These actors have knowledge - in varying degrees - about the healthcare pathway, and more broadly about the health

pathway, and all take into account in their practices the value for the patient (survival, autonomy, quality of life), even if the concept of value is inherently ambiguous. The health pathway is an intermediary object (more or less visible) that can be mobilized by multiple stakeholders (including the patient) to rethink modes of coordination, favor a more transversal approach and optimize the relationship between costs and value or cost and results of care (Porter et al., 2016). In other words, this project aims to explore the possible organizational modalities within an hospital territory group (groupement hospitalier de territoire - GHT): how can a university-affiliated hospital (CHU) as a coordinator in the hospital territory group help develop the coordination within a health pathway? How to stimulate a shared logic of value creation for multiple stakeholders (patient, health organizations, and organizations of the medico-social and social sectors, health system)? This change in the operating modes of the various actors of the care path requires a process of translation (Callon and Latour, 2013), with several entities (human and non-human agents) or processes interacting around the same objective. Callon (1986) distinguishes four moments in the process of translation:

- problematization: the formulation of an issue allows the actors to converge their interests and leads them to cooperate, based on the consensual vision of performance in hospitals (Minvielle et al., 2008), a priori shared vision in the medico-social sector.
- 'interressement': an effort to demonstrate the usefulness of the project and thus to direct the interests of the various stakeholders towards the interests of the network; interressement involves identifying legitimate spokespersons and making formal investments (communication media, shared information system, etc.),
- enrolment : it consists in assigning defined roles to actors who accept them, in order to achieve the objectives,
- irreversibility of the network : it implies to be vigilant and transparent, but also to agglomerate new entities to solidify the network, and to give greater consistency to projects.

The research is a qualitative research, or even an 'action research' with a dual objective of concrete change in the social system and the production of knowledge (David, 2000). As far as possible (considering the compatibility of the thesis duration and the translation process), the action research follows a cyclical process: « diagnosing, action planning and action taking, evaluating and specifying learning » (Susman and Evered, 1978). Considering the case of one of the central organizations of the GHT, for instance the CHU of Montpellier, the studied chronic disease will be chosen by crossing several criteria : frequency, importance of the costs, frequency of avoidable (re) hospitalizations, lack of coordination in the health pathway, degree acceptability of the research project by the Department in charge of chronic disease. The diagnosis consists first in identifying the health pathway ; secondly, starting from the pathway 'intermediate object', in mobilizing the intimate knowledge of the professionals in order to stimulate reflection ; and finally in helping identify the potential dysfunctions or possible ways to improve coordination in a logic of value creation. The essential diagnosis for the planning of the actions will be based on bibliographical and documentary analysis, but also on interviews conducted with professionals and representatives of institutions. The diagnosis will help plan and conduct actions. Finally, the evaluation and learning phase of the research action allows for managerial and theoretical contributions on the translation process.

Thématique / Domaine / Contexte

MALADIES CHRONIQUES ET CREATION DE VALEUR DANS UN PARCOURS DE SANTE : Vers une meilleure articulation du parcours de soins, en amont avec la prévention primaire et sociale, en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Management de la santé

Premier poste des dépenses de santé, les maladies chroniques nécessitent une prise en charge globale et transversale du patient via le parcours de soins ou parcours de santé, alors que la tarification à l'activité (hôpitaux) ou à l'acte (médecine de ville) contribue à renforcer les cloisonnements.

Objectifs

Meilleure compréhension des modalités pour faire évoluer les acteurs du parcours de santé vers des approches plus transversales, et favoriser une meilleure coordination entre les multiples parties prenantes du parcours de santé d'une maladie chronique.

Méthode

Recherche qualitative, voire recherche action à visée transformative suivant un processus cyclique : diagnostic, planification et réalisations d'actions, évaluation et apprentissage (Susman et Evered, 1978). La recherche portera sur le parcours de santé d'une (voire deux) maladies chroniques (par exemple cancer)

Résultats attendus - Expected results

L'objectif est de mettre en évidence des voies possibles de création de valeur sur le parcours de soins d'une maladie chronique, création de valeur pour l'ensemble des parties prenantes, et in fine le patient et le système de santé.

Précisions sur l'encadrement - Details on the thesis supervision

Comité de suivi individuel composé de trois enseignants chercheurs, habilités à diriger des recherches

Conditions scientifiques matérielles et financières du projet de recherche

Mise à disposition d'un bureau. Soutien pour la négociation avec le terrain de recherche

Objectifs de valorisation des travaux de recherche du doctorant : diffusion, publication et confidentialité, droit à la propriété intellectuelle,...

Publications académiques, congrès académiques et professionnels

Collaborations envisagées

CHU de Montpellier, Agence Régionale de Santé

Ouverture Internationale

Université de Sherbrooke

Références bibliographiques

Callon, M. (1986), *Eléments pour une sociologie de la traduction : La Domestication Des Coquilles Saint-Jacques Et Des Marins-pêcheurs Dans La Baie De Saint-Brieuc*, *L'Année Sociologique (1940/1948) Troisième Série*, 36: 169-208

Callon, M., & Latour, B. (Eds.). (2013). *La science telle qu'elle se fait: anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise. La découverte.*

Domingo, H., Eggrickx, A., Naro, Bourret, R. (2018). *Le Time Driven Activity Based Costing (TDABC), modèle de calcul de coût adapté au parcours de soins des maladies chroniques ? Cas du parcours de soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)*. *Revue Gestion & Management Public*, Vol. 6, n° 3 :71-93.

Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Jeantet, M., Préaubert, N., ... & Richard, C. (2008). *Hospital performance: Competing or shared values?*. *Health Policy*, 87(1), 8-19.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2016). *From volume to value in health care: the work begins*. *Jama*, 316(10), 1047-1048.

Susman, G. I., & Evered, R. D. (1978). *An assessment of the scientific merits of action research*. *Administrative science quarterly*, 582-603.

Dernière mise à jour le 23 avril 2019