

# Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et Coordonnée

---

« Une utopie ... ou une chance à saisir »

Etude stratégique

Rédigé par Yves Kühne

Version finale

Novembre 2010

*« Quel que soit le projet que vous pouvez réaliser et que vous rêvez de réaliser, mettez-le en œuvre. Il y a du génie, du pouvoir et de la magie dans l'audace. »*

*Goethe*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>6</b>
1.1 Intention du comité du Réseau Nord Broye .....	6
1.2 Objectifs de l'étude .....	6
1.2.1 Objectif Général.....	6
1.2.2 Objectifs spécifiques.....	6
1.3 Méthode .....	6
1.4 Organisation de l'étude .....	7
1.4.1 Comité de pilotage et bureau du comité de pilotage.....	7
1.4.2 Rôles .....	8
1.5 Remerciements.....	8
<b>2. Pourquoi cette étude ?.....</b>	<b>9</b>
2.1 Contexte démographique et épidémiologique.....	9
2.1.1 Transition démographique .....	9
2.1.2 Transition épidémiologique.....	10
2.1.3 Maladies chroniques : Un défi sanitaire pour ces prochaines années .....	11
2.1.4 La santé mentale : un enjeu sanitaire, mais pas seulement !.....	12
2.2 Evolution de la loi sur l'assurance maladie (LAMal).....	12
2.2.1 Nouveau mode de financement des hôpitaux .....	13
2.2.2 Soins aigus et de transition.....	13
2.2.3 Introduction du Managed Care .....	14
2.3 Pénurie de professionnels de la santé .....	16
2.4 Augmentation des coûts de la santé.....	17
<b>3. Un nouveau modèle de soins est nécessaire .....</b>	<b>18</b>
3.1 Le système de santé est a bout de souffle !.....	18
3.2 Continuum des soins : un but à atteindre.....	18
3.3 La coordination des soins : La prestation devenue indispensable.....	19
3.4 Nouvelles compétences et répartition des tâches : une nécessité.....	20
3.5 Les soins primaires : au cœur du système .....	20
3.6 L'Approche globale : un système valorisant la santé et le bien-être .....	21
3.7 La responsabilité populationnelle : une dimension collective .....	21
3.8 le financement intégré : une logique de réallocation de ressources.....	22
3.9 La promotion de la santé et la prévention : des actions à développer.....	22
3.10 Vers un changement de paradigme .....	23
<b>4. Intention régionale .....</b>	<b>24</b>
4.1 Le Réseau de soins Nord Broye (RNB).....	24
4.2 Les activités du Réseau Nord Broye et la collaboration.....	25
4.3 Pourquoi l'organisation régionale doit-elle évoluer ?.....	26
4.4 Proposition d'évolution vers une organisation sanitaire intégrée.....	27
4.5 Une organisation intégrée, est-ce la voie à suivre ? .....	28
4.6 De l'autonomie à l'intégration .....	28
4.7 Hypothèse .....	29
4.8 Axes prioritaires de développement.....	29
<b>5. Une organisation intégrée .....</b>	<b>31</b>
5.1 Définition de l'intégration.....	31
5.1.1 Intégration horizontale.....	31
5.1.2 Intégration verticale .....	31
5.1.3 Organisation sanitaire intégrée et coordonnée (objectif régional) .....	31
5.2 Fondements d'une organisation sanitaire intégrée.....	32
5.2.1 Accessibilité, continuité et qualité des prestations .....	32
5.2.2 Intégration multidimensionnelle .....	32
5.2.3 Efficacité de gestion et efficience du système.....	32
5.2.4 Système d'information .....	32
5.2.5 Responsabilité populationnelle / budgétaire / clinique .....	32

5.3	Processus d'intégration.....	32
5.3.1	Domaines d'intégration .....	32
5.3.2	Dimensions de l'intégration.....	33
5.4	Exemples de mise en œuvre .....	35
5.4.1	Kaiser Permanente' (USA).....	35
5.4.2	Le Managed Care en Suisse, à l'initiative des médecins.....	36
5.4.3	Cité génération & espace santé (Genève) .....	36
5.4.4	Le projet de santé et bien-être en Montérégie (Canada).....	36
5.5	Limites d'une organisation intégrée .....	38
<b>6.</b>	<b>Modèle régional d'organisation sanitaire intégrée.....</b>	<b>39</b>
6.1	Rappel de la volonté commune .....	39
6.2	Objectifs du modèle.....	39
6.3	Système collectif de représentations et de valeurs .....	40
6.3.1	Valeurs de références.....	40
6.3.2	Principes fondateurs.....	40
6.4	Système de gouverne.....	41
6.4.1	Organisation .....	41
6.4.2	Compétences de l'organisation : .....	41
6.4.3	Système de gestion.....	42
6.4.4	Organigramme général.....	42
6.4.5	Le système de financement .....	43
6.5	Système clinique .....	43
6.5.1	Prestations (couverture des besoins) .....	43
6.5.2	Coordination et intégration des soins .....	44
<b>7.</b>	<b>Implications et position des partenaires face au modèle.....</b>	<b>45</b>
7.1	Les partenaires régionaux.....	45
7.1.1	Membres affiliés .....	45
7.1.2	Membres associés .....	46
7.1.3	Communes.....	47
7.2	Les institutions cantonales.....	47
7.2.1	AVASAD.....	47
7.2.2	AVDEMS.....	48
7.2.3	CHUV / DP.....	48
7.2.4	CORES .....	48
7.2.5	FEDEREMS.....	49
7.2.6	FHV .....	49
7.2.7	SVM.....	49
7.2.8	Séance de coordination cantonale .....	49
7.3	L'Etat de Vaud .....	50
7.4	Les Assurances .....	50
<b>8.</b>	<b>Conditions de réussite du processus d'intégration .....</b>	<b>51</b>
<b>9.</b>	<b>Perspectives.....</b>	<b>53</b>
<b>10.</b>	<b>Recommandations .....</b>	<b>55</b>
10.1	Objectifs du projet et phasage.....	56
10.2	Pilotage du projet.....	57
10.3	Population et territoire .....	58
10.4	1 <sup>ère</sup> étape : proposition de fonctionnement du projet .....	58
10.5	2 <sup>ème</sup> étape : évaluation du projet .....	59
	<b>Références (par ordre alphabétique).....</b>	<b>60</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>62</b>
	Annexe 1 : Développement des « managed care » en suisse .....	62
	Annexe 2 : Synthèse des positions des communes de l'ex-district de cossonay.....	63
	Annexe 3 : Soins intégrés – note interne du Service de la Santé Publique .....	64
	Annexe 4 : Lien Région - Canton.....	65
	<b>Glossaire des abréviations .....</b>	<b>66</b>

## RÉSUMÉ

Le diagnostic semble clair : le système sanitaire est en crise. A court ou moyen terme, son organisation actuelle, basée notamment sur une approche fragmentée, ne répondra plus adéquatement aux impacts du vieillissement démographique, des changements épidémiologiques ou de l'évolution des besoins de la population. Pour répondre aux futurs défis de santé publique, le système sanitaire doit se réorganiser...

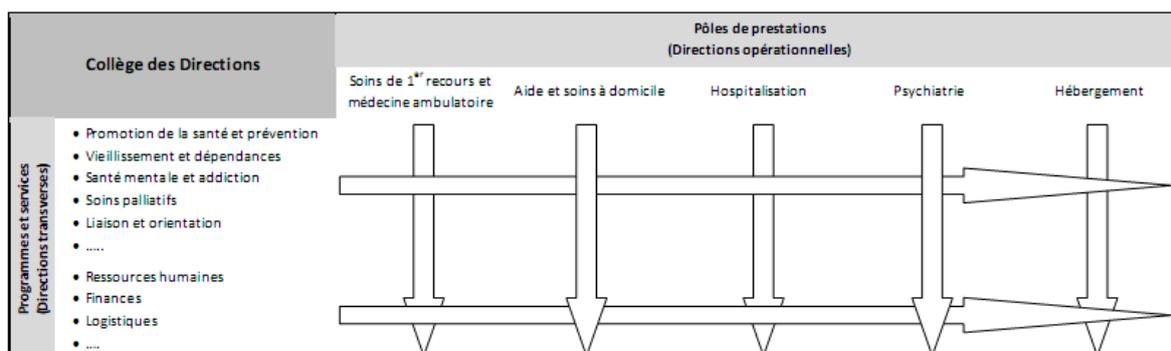
La présente étude, mandatée par le comité du Réseau Nord Broye, a pour objectif principal d'évaluer l'opportunité stratégique de mener un projet-pilote d'organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée : intégrée car l'organisation viserait le regroupement volontaire de certains membres et coordonnée car elle maintiendrait néanmoins les liens de coopération avec les autres membres ou partenaires.

La première partie du rapport (chapitres 2 et 3) analyse ainsi les éléments contextuels ou enjeux (démographique, épidémiologique, révision de la LAMal, pénurie de personnel et croissance des coûts de la santé) sous l'angle des risques et des opportunités et **exprime la nécessité de penser un nouveau modèle de soins**. Ce nouveau modèle doit permettre notamment d'assurer la continuité des prestations, de favoriser la défragmentation des modes de financement, de positionner les soins primaires au cœur du système et de favoriser une approche populationnelle basée sur les besoins. Le changement de paradigme initié depuis quelques années devra ainsi être renforcé. La reconnaissance par les partenaires de leur interdépendance et la nécessité d'une coopération accrue deviendront des éléments déterminants des changements et se situeront au centre du processus d'évolution des modèles de soins.

La deuxième partie du rapport (chapitres 4, 5 et 6) dresse un bilan des actions menées dans le réseau de soins depuis une dizaine d'année, expose la volonté régionale d'évoluer vers une organisation intégrée, définit les concepts liés à l'intégration (en incluant les fondements, le processus et des exemples de mise en œuvre) et décrit le modèle proposé par le comité de pilotage (lequel met en relation trois domaines : le système collectif de valeurs, le système de gouverne et le système clinique). Pour le comité de pilotage, les efforts doivent effectivement aller au-delà d'un simple renforcement de la coordination ou des collaborations pour s'orienter vers une véritable stratégie d'intégration favorisant l'approche globale et la responsabilisation commune. Une telle approche cherche à atteindre de manière concomitante la qualité des soins, l'accessibilité et la continuité des prestations, l'efficacité du système et la satisfaction des usagers.

Le regroupement des différents partenaires en une organisation intégrée doit rendre le dispositif global plus cohérent, tout en respectant les domaines de compétences des partenaires et en favorisant le déploiement de stratégies, d'actions ou de services transverses. Il doit tendre à la réalisation d'un projet collectif régional.

Le comité de pilotage se base sur une structure organisationnelle matricielle permettant de mettre l'accent tant sur les activités opérationnelles que sur les activités transverses. Cinq pôles de prestations ont été identifiés, correspondant à la mise en œuvre actuelle des soins primaires et secondaires dans la région. La structure matricielle proposée est ainsi la suivante :



L'organigramme proposé dans le chapitre 6 (fig. 22, page 42) décrit, à terme, les relations entre l'organisation et les autres membres du réseau de soins.

La troisième partie du rapport (chapitres 7 et 8) reprend la position des partenaires régionaux et cantonaux quant à une éventuelle mise en œuvre d'un projet-pilote régional et décrit les conditions de réussite du processus d'intégration, telles que la base volontaire, l'évolution progressive, le respect de l'autonomie de gestion interne, la confiance, le management collégial basé sur la recherche du consensus et les incitatifs financiers.

Six institutions du Réseau Nord Broye (*l'Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile – les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois – l'EMS La Veillée – la Fondation des Jardins de la Plaine – la Fondation Mont Riant – le Secteur Psychiatrique Nord*) ont manifesté leur intention de participer au projet-pilote et d'expérimenter la voie du regroupement volontaire.

Au niveau cantonal, malgré une opposition claire de la part de l'AVDEMS, et dans une moindre mesure de la FEDEREMS, au modèle proposé par l'étude, une plateforme de coordination a pu être constituée. Elle aura comme mission, en cas de développement du projet-pilote, de proposer des conditions cantonales cadres et de veiller à la bonne articulation des liens entre la région et le canton.

Le chapitre 9 évoque les perspectives. Il semble de plus en plus manifeste que l'organisation actuelle ne permettra plus d'absorber les changements qui s'annoncent et que le statu quo n'est plus possible. Le système de santé doit s'orienter vers une stratégie active de coopération.

L'étude a mis en évidence que l'intégration verticale regroupant l'ensemble de la chaîne de prestations est une voie opportune, une chance à saisir. Elle favoriserait, face aux enjeux qui attendent les professionnels de santé, une approche globale (défragmentée) et une responsabilisation commune (projet collectif), ciblant tant la poursuite de l'amélioration qualitative que la performance économique.

Une telle démarche est un véritable défi. Elle doit non seulement fédérer l'ensemble des partenaires regroupés autour d'une vision commune et d'un projet collectif, mais également réussir, d'une part, la coopération du dispositif avec les autres membres du réseau et, d'autre part, l'articulation de ce dispositif avec les instances cantonales. Enfin et surtout, cette démarche doit favoriser la résolution régionale des problèmes de santé publique prioritaires.

Dans ce chapitre, il est rappelé que la finalité du processus n'est pas la fusion, mais la qualité des prestations dans un continuum de soins et la mise en relation d'un système devenu interdépendant.

Le dernier chapitre propose les recommandations. Le comité de pilotage, estimant que les conditions sont réunies pour envisager l'évolution du modèle d'organisation actuelle, **recommande au Chef du Département de la santé et de l'action sociale de mandater le Réseau Nord Broye pour la mise en œuvre d'un projet-pilote d'une durée de 5 ans permettant d'expérimenter une organisation sanitaire régionale intégrée, basée sur une approche populationnelle visant l'accessibilité, la continuité, la qualité des prestations, tout en assurant l'efficacité du système de santé régional.**

Néanmoins, pour tenir compte des réserves émises par le groupe des EMS, des modes d'organisation de la corporation médicale et de l'expression des membres pour que la démarche soit progressive, le comité de pilotage propose que celle-ci soit réalisée en 3 étapes :

1. Regroupement (holding) volontaire des membres (3 ans)
2. Evaluation intermédiaire de l'organisation mise en place
3. Ajustement et adaptation en fonction des résultats de la 2<sup>ème</sup> étape (2 ans supplémentaires).

L'organisation du projet, le phasage, les objectifs et les budgets sont également décrits dans le chapitre.

*« Le futur n'est pas un moment à venir, mais un choix que l'on fait maintenant. »* Guy Finley

---

## 1. INTRODUCTION

---

### 1.1 INTENTION DU COMITÉ DU RÉSEAU NORD BROYE

---

Le contexte de la prochaine modification de la LAMal, la pénurie annoncée de personnels soignants, le vieillissement de la population et les changements épidémiologiques, avec l'augmentation « programmée » de la prévalence des maladies chroniques et des situations de dépendance, doivent inciter les acteurs de la santé à rechercher des solutions ou des stratégies originales pour y faire face.

Les filières de soins, la coordination des services (tant au niveau des soins que de la prévention et promotion de la santé), le recours aux technologies de l'information et l'orientation de la population dans le système sanitaire sont autant d'éléments essentiels amenés à se développer rapidement. D'une organisation horizontale par catégorie de prestations, l'intervention devra tendre vers une approche axée sur une intégration plus verticale, orientée population.

La mise en place des réseaux de soins, légitimés par la loi cantonale du 30 janvier 2007, a été un premier pas dans cette direction. Par leur mission, qui s'inscrit dans les perspectives évoquées, et par leur position, à l'interface des institutions qui en sont les membres, les réseaux de soins offrent un cadre propice à l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation, notamment dans le sens d'une plus grande intégration régionale des prestations.

Convaincu de l'importance de ces enjeux futurs, le comité du Réseau Nord Broye (ci-après, RNB) a manifesté clairement et à l'unanimité son intention d'étudier la faisabilité d'une organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée, objet du présent rapport.

---

### 1.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE

---

#### 1.2.1 Objectif Général

Etudier la faisabilité et l'opportunité de proposer la mise en œuvre d'un projet-pilote d'organisation sanitaire régionale intégrée

#### 1.2.2 Objectifs spécifiques

- Identifier les risques liés à l'évolution du système de santé
- Identifier les opportunités et les conditions de réussite d'une démarche intégrative
- Déterminer le modèle conceptuel
- Déterminer le territoire et la population concernés
- Déterminer les prestations / les services à intégrer (axes prioritaires)
- Déterminer les modalités de gouvernance
- Déterminer les responsabilités cliniques et budgétaires (mandat des pouvoirs publics)
- Déterminer les modalités de collaboration/intégration avec les membres du RNB
- Déterminer les modalités de collaboration avec le DSAS
- Déterminer les modalités de collaboration avec les partenaires cantonaux
- Identifier les opportunités de collaboration avec les assurances
- Elaborer des scénarii d'organisation (y compris les modalités de financement)
- Proposer, le cas échéant, un scénario pour un projet-pilote

---

### 1.3 MÉTHODE

---

La méthodologie choisie a privilégié dans un 1<sup>er</sup> temps une approche régionale centrée sur une analyse réflexive des enjeux (menaces et opportunités) futurs et des stratégies pour y répondre. Cinq directions d'institutions issues du comité exécutif du RNB ont entrepris cette démarche et ont constitué un premier

groupe de travail se réunissant tous les 15 jours. Ce groupe est devenu par la suite le bureau du comité de pilotage de l'étude.

Les réflexions du bureau du comité ont été appuyées par une recherche de littérature non systématique portant notamment sur les réseaux de soins, le Managed Care, la coordination et l'intégration des soins.

Les orientations/hypothèses choisies (modèle et organisation) par le comité de pilotage, ainsi que les conditions de réussite, ont ensuite été présentées et confrontées aux membres régionaux et partenaires cantonaux à l'occasion d'entretiens individuels ou de rencontres collectives. Des ajustements ont ainsi pu être opérés sur la base des différentes observations.

#### **Limite de l'étude :**

Cette étude ne se veut pas exhaustive. La démarche souhaitée par les membres du comité de pilotage se veut pragmatique et propose des éléments de réflexion autour des enjeux actuels. Elle ne prétend pas aboutir à une analyse complète et détaillée des hypothèses, mais à la pose des jalons (conditions) et des principes d'une éventuelle expérience pilote, laquelle permettrait justement de confirmer ou infirmer l'orientation choisie dans un contexte de mise en application.

### **1.4 ORGANISATION DE L'ÉTUDE**

---

L'étude s'articule autour du :

- comité de pilotage, composé du comité du RNB élargi aux instances dirigeantes des partenaires
- bureau du comité de pilotage
- chargé de l'étude

#### **1.4.1 Comité de pilotage et bureau du comité de pilotage**

Le comité de pilotage est composé du comité incorporé du Réseau Nord Broye élargi à une représentation des instances dirigeantes des partenaires. En encadré la composition du bureau du comité de pilotage.

• Olivier Bettens	<i>Médecin de famille</i>	<i>Président du comité du RNB</i>
• Jo Montandon	<i>Directrice médicale, SPN</i>	<i>Membre du comité du RNB</i>
• Monique Gerber	<i>Directrice, EMS La Veillée</i>	<i>Membre du comité du RNB</i>
• Anne-Marie Vitti	<i>Directrice, CSSC</i>	<i>Membre du comité du RNB</i>
• André Allmendinger	<i>Directeur Général, eHnv</i>	<i>Membre du comité du RNB</i>
• Yvon Jeanbourquin	<i>Directeur, ASPMAD</i>	<i>Membre du comité du RNB</i>
• Raymond Guyaz		<i>Président de l'association du RNB</i>
• Cinzia Di Marino	<i>Directrice, EMS Marc-Aurèle</i>	<i>Membre du comité du RNB</i>
• Janine Berney	<i>Municipale, L'Abbaye</i>	<i>Membre du comité du RNB</i>
• Catherine Jacot	<i>Direction des soins, eHnv</i>	<i>Membre du comité du RNB (→ 22.4.10)</i>
• Jean-François Cardis	<i>Direction des soins, eHnv</i>	<i>Membre du comité du RNB (01.06.10 →)</i>
• Gérald Tinturier	<i>Chef de service adjoint, SSP</i>	<i>Observateur au comité du RNB</i>
• Bernard Keller	<i>Président, ASPMAD</i>	
• André Perret	<i>Président, eHnv</i>	
• Robert-T. Haartpaintner	<i>Président, CSSC</i>	
• François Payot	<i>Président, EMS Château de Corcelles</i>	<i>Membre du comité du RNB (suppléant)</i>
• Patrice Guex	<i>Chef de département, DP CHUV</i>	
• Kurt Frutig	<i>Membre comité Hôpital de zone de Payerne, Municipal, Lucens</i>	
• Gilbert Abetel	<i>Médecin de famille, Président AMENOV</i>	

## 1.4.2 Rôles

### Comité de pilotage :

- Valide le modèle conceptuel d' « organisation sanitaire régionale intégrée » retenu
- Elabore et valide les scénarii d'organisation du modèle (gouvernance, responsabilité, forme juridique)
- Valide les hypothèses de fonctionnement déterminées du modèle
- Détermine la modélisation du projet-pilote
- Valide et libère les documents

### Bureau du comité de pilotage :

- Soutient le chargé de l'étude dans l'avancement des travaux
- Préavise, le cas échéant, pour le comité de pilotage les différents documents ou les hypothèses/propositions (fonctionnement, modèle du projet-pilote, gouvernance, ...)
- Coordonne les actions/l'information continue avec son groupe et les partenaires cantonaux

### Chargé de l'étude :

- Conduit les travaux de l'étude
- Soumet les propositions et les documents au bureau du comité
- Coordonne les groupes de travail et les séances nécessaires à la réalisation de l'étude
- rédige le rapport de l'étude

## 1.5 REMERCIEMENTS

---

Participer à une telle réflexion, qui bouscule les pratiques et les organisations, n'est déjà pas simple en soi. Cela demande une ouverture d'esprit et le dépassement des frontières institutionnelles ou professionnelles que chacun n'est pas prêt à affronter.

La remise en question, l'incertitude liée à tout processus de changement, la crainte de perdre certaines prérogatives, le « un tiens vaut mieux que deux tu l'auras » ou les positions idéologiques sont souvent des freins à toute velléité ou toute tentative d'aborder les choses sous un autre angle.

Que ceux qui ont participé à ce travail, de près ou de loin, en soient donc tout particulièrement remerciés !

*« L'impossible recule devant celui qui avance. »*

*Ella Maillard*

## 2. POURQUOI CETTE ÉTUDE ?

Dans ce chapitre sont abordés les éléments contextuels répondant à l'analyse des risques (menaces) qui pèsent sur le système sanitaire et les opportunités ou les adaptations qui peuvent en découler.

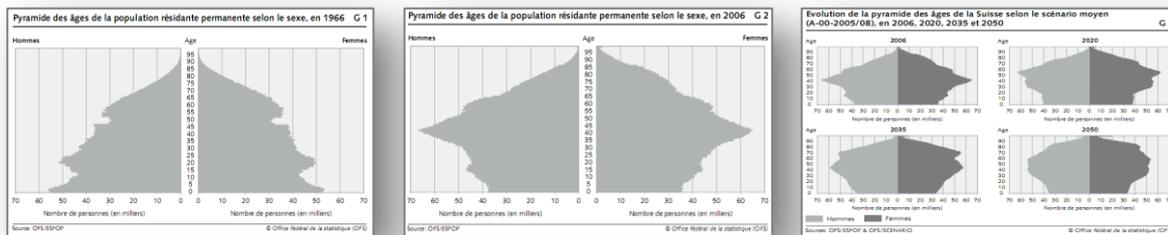
### 2.1 CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE

#### 2.1.1 Transition démographique

« La transition démographique désigne le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles »<sup>1</sup>.

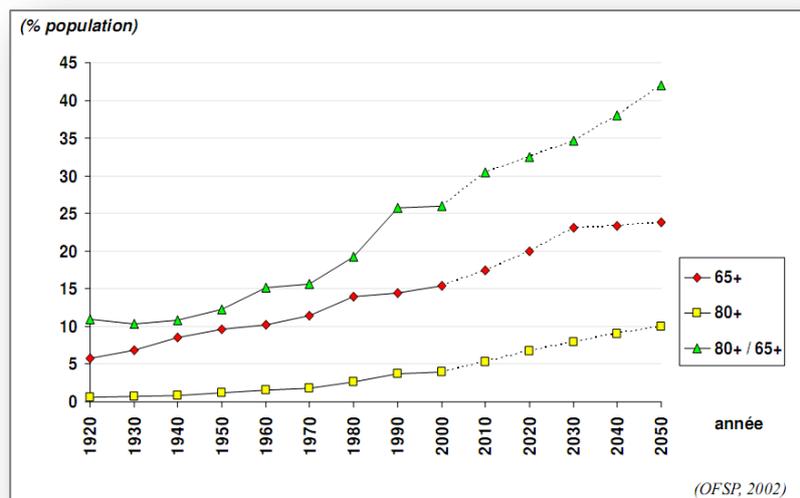
Le vieillissement de la population est attendu, programmé. Depuis plusieurs années, on observe une transformation de la pyramide des âges (fig. 1, 2 et 3), compte tenu de la diminution du taux de natalité (vieillesse par le bas) et de l'augmentation de l'espérance de vie (vieillesse par le haut). Si c'est une bonne nouvelle dans le deuxième cas, elle l'est moins pour le premier, occasionnant ainsi une situation nouvelle de la structure de la population : *si chaque génération d'enfants est moins nombreuse que celle des parents, l'effectif de la population diminue et vieillit nécessairement à long terme.*

Fig. 1 – 2 – 3 : pyramide des âges<sup>2</sup>



Comme le montre la fig. 4, la proportion des personnes âgées, notamment celle de plus de 85 ans, s'accroît de manière importante durant les 50 prochaines années.

Tableau 4 : Evolution de la population âgée en Suisse



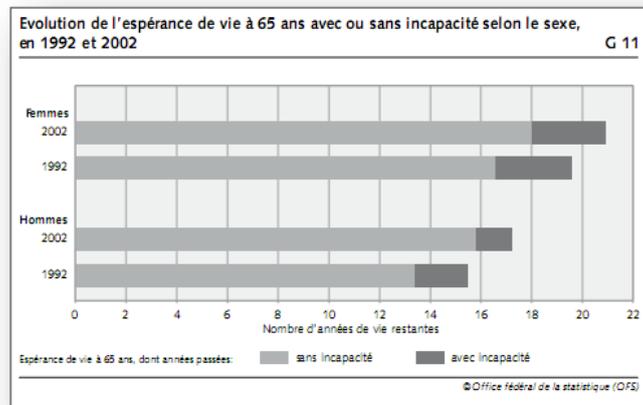
<sup>1</sup> Schmid Botkine C, Rausa-de Luca F, « Vieillesse démographique et adaptations sociales », Démos, Bulletin d'information démographique, OFS, n° 4/2007, p. 4

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 13

## Quels sont les risques ?

Bien que les années gagnées en espérance de vie le soient aussi en bonne santé (Fig. 5), le vieillissement de la population, compte tenu de l'augmentation tant de la prévalence et que de l'incidence des maladies chroniques avec l'âge, présente le risque d'une sollicitation accrue du système de santé.

Fig.5 : espérance de vie en bonne santé



La capacité de soutien des aidants naturels (entourage) risque également d'être atteinte. Il n'est en effet plus surprenant de voir des enfants de plus de 70 ans devant fournir de l'aide à un parent de plus de 90 ans.

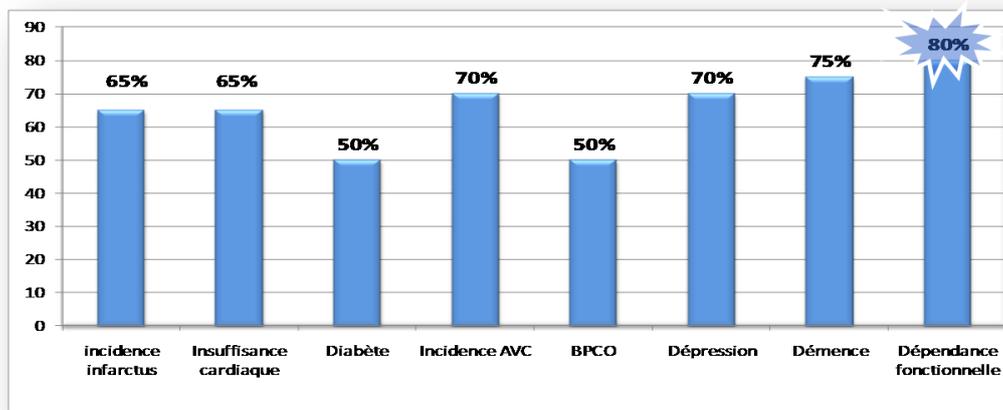
Les réponses tant des autorités sanitaires que des communautés devront s'orienter vers de nouvelles formes. La créativité et l'innovation devront être promues, notamment dans le cadre d'une prise de conscience et d'une responsabilité commune.

### 2.1.2 Transition épidémiologique

« La transition épidémiologique qui accompagne la transition démographique correspond à la période de baisse de la mortalité due à une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation, de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents »<sup>3</sup>.

Ainsi, parallèlement au vieillissement de la population, un changement épidémiologique est en cours, à savoir le passage d'une prédominance des maladies aiguës ou infectieuses à une prédominance des maladies chroniques. **Les perspectives d'évolution des maladies chroniques à l'horizon 2030 (fig. 6) montrent que leur prise en charge représentera l'un des défis majeurs des systèmes de santé.**

Fig. 6 : Pourcentage d'augmentation des maladies chroniques à l'horizon 2030<sup>4</sup>



<sup>3</sup> Schmid Botkine C, Rausa-de Luca F, *op. cit.*, p. 5

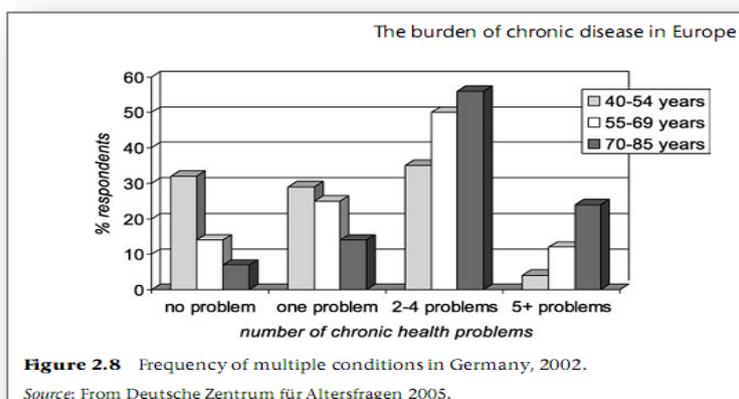
<sup>4</sup> Paccaud F et al., « Vieillesse : éléments pour une politique de santé publique », IUMSP, Lausanne, 2006

### 2.1.3 Maladies chroniques : Un défi sanitaire pour ces prochaines années

En Angleterre, les **maladies chroniques constituent 80% des consultations des généralistes**. Des estimations pour les Etats-Unis placent le coût de la maladie chronique à environ 75% des dépenses nationales de santé<sup>5</sup>.

Plus les personnes avancent en âge, plus le risque de co-morbidité et de dépendance augmentent. Une étude réalisée en Allemagne, en 2002, montre que 70% des personnes interrogées de plus de 70 ans rapportaient être atteintes de plus de deux maladies chroniques.

**Fig. 7 : Fréquence des maladies chroniques en Allemagne, 2002**



A l'horizon 2050, le nombre de personnes à la retraite aura doublé et le nombre d'octogénaires aura triplé. Les maladies chroniques, les maladies dégénératives et les limitations fonctionnelles augmentant avec l'âge avancé, restreindront d'une part l'autonomie et accroîtront d'autre part la demande en soins.

Une étude menée aux Etats-Unis<sup>6</sup> a estimé, en 2004-2005, la prévalence de la dépendance à 46% de la population de plus de 85 ans (aide dans plus de 2 activités de la vie quotidienne). En Suisse, Höpflinger et Hugentobler<sup>7</sup> proposent les estimations suivantes pour la prévalence de la dépendance dans la population non institutionnalisée : 2.5% à 65-69 ans, 5-6% à 70-74 ans, 8-10% à 75-79 ans, 18-20% à 80-84 ans et 30-35% à plus de 85 ans.

Le système de santé dans le canton de Vaud, à l'instar de la majorité des pays industrialisés, est basé, tant au niveau du financement que de la couverture des besoins, sur une organisation en silo, par catégorie de prestations. Si ce mode d'organisation, fragmenté, pouvait convenir lors de la prédominance des maladies aiguës, où la prise en charge est séquentielle, il semble devenir insuffisant, dans la situation à prédominance de maladies chroniques, **où la prise en charge est plus simultanée, requérant plus de collaboration et de coordination** (coordination collective, cf. point 3.3).

#### Quelles sont les opportunités ?

La littérature montre, par exemple, que la fragmentation des soins donnés aux personnes âgées augmente les risques d'hospitalisation inappropriée et une institutionnalisation prématurée et qu'une approche coordonnée peut réduire<sup>8</sup> ces risques, tout en optimisant la trajectoire des personnes âgées dans le réseau socio-sanitaire.

Le développement des actions de prévention, qu'elles soient au niveau primaire durant les 3 âges ou secondaire (diagnostic précoce – dépistage), représente un moyen important pour freiner tant l'apparition des maladies chroniques que leurs conséquences (déclin fonctionnel).

<sup>5</sup> Nolte E, Mckee M, « Caring for people with chronic conditions: a health system perspective », European Observatory on Health System and Policies Series, Mcgraw-Hill, Open University Press, 2008, p. 3

<sup>6</sup> Paccaud F et al., *op. cit.*, p. 77

<sup>7</sup> Paccaud F et al., *op. cit.*, p. 78

<sup>8</sup> Béland et al., « A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada », J Gerontol A Biol Sci Med Sci, Mai 2006, 61,5, p. 472-3

### 2.1.4 La santé mentale : un enjeu sanitaire, mais pas seulement !

Il n'y a pas de santé sans santé mentale : la santé mentale doit être considérée comme une partie intégrante des stratégies de santé publique<sup>9</sup>.

La santé mentale est influencée par de multiples conditions interdépendantes comme les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Son périmètre dépasse le champ sanitaire et relève aussi du domaine social, de l'éducation, de la justice, de la police et concerne de multiples politiques publiques<sup>10</sup>

Selon le rapport sur la santé mentale en Europe précité, les troubles mentaux stigmatisent et mènent à la discrimination. Dans les pays européens, les personnes souffrant de troubles mentaux sont à bien des égards les plus marginalisées. Les difficultés associées telles que la pauvreté, la criminalité, la toxicodépendance, l'itinérance (sans domicile) conduisent souvent à un très bas niveau de qualité de vie.

Les troubles psychiques représentent ainsi un enjeu majeur en termes de santé publique. En Suisse, on estime que près d'une personne sur deux souffre, durant sa vie, de troubles psychiques nécessitant un traitement<sup>11</sup>.

Le Département de la santé et de l'action sociale a adopté un plan d'actions en santé mentale pour la période de 2007 à 2012. Cinq programmes prioritaires ont été retenus :

- Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination
- Lutte contre les conduites suicidaires
- Amélioration de la prise en charge des situations de violence
- Amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique
- Handicap mental et psychiatrie.

#### Quelles sont les opportunités ?

Les troubles mentaux sont observés à tous les âges et peuvent concerner chaque secteur de soins, que cela soit en milieu hospitalier aigu, ambulatoire ou à domicile, en hébergement ou en structures intermédiaires. L'intégration de compétences ou la mise à disposition de ressources spécifiques et le déploiement transverse d'actions en psychiatrie auprès des différents partenaires peuvent s'avérer déterminants pour assurer une réponse qualitative et adaptée aux besoins des personnes dans le milieu où elles se trouvent. Une opportunité réelle existe ainsi de renforcer la coordination et la coopération entre la psychiatrie et les autres secteurs afin de garantir une prise en charge régionale cohérente.

Le plan d'actions cantonal mentionne le recours aux Réseaux de soins comme appui au déploiement régional des programmes prioritaires. L'implication des Réseaux, en coordination avec le canton, peut certainement être plus forte permettant de passer d'un rôle de soutien à un rôle d'acteur coresponsable de la mise en œuvre de la politique régionale en santé mentale.

## 2.2 EVOLUTION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (LAMAL)

---

La nouvelle révision de la LAMal prévoit l'introduction de plusieurs adaptations devant permettre une meilleure maîtrise de l'évolution des coûts de la santé.

Dans le cadre de cette étude nous en retiendrons trois, que nous jugeons principales :

- Nouveau mode de financement des hôpitaux
- Introduction des soins aigus et de transition
- Introduction de nouveaux modèles basés sur le « Managed Care »

---

<sup>9</sup> Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V, « Public Health Approach on Mental Health in Europe », National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, Ministry of Social Affairs and Health, 2000

<sup>10</sup> « Politique de Santé Mentale : Plan d'actions 2007 – 2012 », Etat de Vaud, CHUV, Fondation de Nant, Novembre 2008

<sup>11</sup> *Ibid.*,

### 2.2.1 Nouveau mode de financement des hôpitaux

Le 1<sup>er</sup> janvier 2012, un nouveau mode de financement des hôpitaux sera introduit à l'échelle nationale suite à l'adoption, en septembre 2007 par le parlement, de la loi sur le financement des hôpitaux. En conséquence, les séjours hospitaliers ne seront plus rémunérés en fonction de leur durée ou du nombre d'actes thérapeutiques, mais seront indemnisés de manière forfaitaire. Ces forfaits, liés aux prestations, se basent sur les diagnostics médicaux (*DRG = diagnostic related group ou groupe homogène de patients en français*) réunissant les patients dans des groupes de cas, en fonction de données médicales et économiques. Ainsi, si le patient reste plus longtemps que le nombre de jours prévus pour « son cas », l'hôpital perd de l'argent. A contrario, si la durée de séjour est plus courte, l'hôpital réalise des économies.

Quatre impacts majeurs peuvent être mis en avant dans le contexte de la présente étude :

- pression sur les durées de séjour hospitalier
- pression sur le processus d'orientation ou de coordination durant l'hospitalisation
- pression sur les organisations de soins à domicile pour une réduction des délais d'intervention
- pression sur les établissements d'hébergement pour une réadmission rapide de leurs résidents.

#### Quels sont les risques ?

Si la maîtrise des coûts de la santé passe également par une gestion efficace des hôpitaux et une facilitation des comparaisons entre hôpitaux, les effets pervers des pressions évoquées ci-dessus (bien qu'un système de qualité soit mis en place), pour maintenir une cible économique, pourraient être une précipitation des sorties augmentant les risques de :

- ré hospitalisation,
- inadéquation de l'orientation (orientations par défaut dans des structures ne répondant pas aux besoins des usagers)
- acceptation intempestive de situations médicalement non stabilisées ou trop complexes par les organisations de soins à domicile ou les établissements médico-sociaux.

#### Quelles sont les opportunités ?

Le nouveau mode de financement des hôpitaux peut également être perçu, dans un tel contexte, comme une opportunité de collaborer en amont et en aval de l'hospitalisation, afin d'éviter, par exemple, les journées inappropriées soit parce que le plateau technique n'est pas nécessaire, soit parce qu'il ne l'est plus. Des perspectives de partenariat accru peuvent être envisagées dans le sens d'un renforcement de la coordination, de l'utilisation rationnelle des ressources et du développement de processus transverses assurant la continuité des prestations. Restera à trouver les formes permettant le décloisonnement des modalités de financement !

### 2.2.2 Soins aigus et de transition

Ce sont des soins qui sont nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier, qu'ils soient prodigués en milieu stationnaire ou ambulatoire. Prescrit par un médecin de l'hôpital, ils ne peuvent pas dépasser une durée de 14 jours. Cette nouvelle application de la LAMal souhaite favoriser le retour de la personne dans son lieu de vie et éviter clairement l'« engorgement » des sites de soins aigus.

L'introduction des soins aigus et de transition dans le projet de révision de la LAMal semble plus répondre à des besoins institutionnels (moins dans le canton de Vaud, compte tenu du développement des CTRs et des unités de courts séjours), qu'à ceux des assurés. En effet, le recours aux soins aigus et de transition uniquement sur la base d'une prescription d'un médecin hospitalier témoigne plutôt d'une volonté de gestion de flux que d'une volonté de proposer des orientations adéquates en fonction des besoins de la population. Si tel était le cas, la prise en considération des situations ambulatoires serait également possible.

A ce jour, on sait ce que les soins aigus et de transition ne sont pas (des soins aigus) et ce qu'ils ne devraient pas être (de la réadaptation), mais on ne sait pas encore exactement ce qu'ils seront (les courts-séjours « plus », ...). Des réflexions sont actuellement en cours dans le canton.

Ce que nous savons : dans le cadre de la révision de la LPFES, le Conseil d'Etat propose que les soins aigus et de transition soient fournis soit par les établissements médico-sociaux, soit par les organisations d'aide et de soins à domicile.

### **Quels sont les risques ?**

Pour le canton de Vaud, l'un des risques majeurs, de ce nouvel article de la révision de la LAMal, est la mise à mal du concept de prise en soins développé dans les CTRs. Les assurances continueront-elles à reconnaître cette particularité suite à l'apparition des soins aigus et de transition ?

L'autre risque concerne la juste adéquation des orientations de cette prestation entre l'aide et les soins à domicile et les établissements médico-sociaux, sachant que des ressources sont « en jeu ». Les critères d'orientation et les objectifs de la prescription devront être bien définis.

Enfin, compte tenu que la prescription n'est possible que depuis l'hôpital, une augmentation du flux vers celui-ci ne sera-t-elle pas observée, alors que justement un des objectifs de l'organisation du système de santé est d'éviter les hospitalisations inappropriées ?

### **Quelles sont les opportunités ?**

Cette nouvelle disposition légale peut également représenter une opportunité, face à l'évolution et la complexification des besoins, pour :

- revisiter la trajectoire de la prise en charge de la personne âgée
- favoriser une utilisation rationnelle des ressources existantes (adéquation et coûts)
- adapter ou ajuster certains modèles d'organisation et cadres d'intervention en place.

Il importe nonobstant que ces réflexions soient menées de manière partenariale et concertée afin de favoriser l'intégration cohérente de cette nouvelle prestation dans la chaîne de soins et d'éviter ainsi une concurrence nuisible entre les possibles fournisseurs de la prestation.

### **2.2.3 Introduction du Managed Care**

Dès 2012, les assurances devront proposer des modèles alternatifs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, sous forme de « réseaux de soins intégrés », communément appelés « Managed Care » (sous réserve de l'adoption de la révision de la LAMal). Le projet de loi décrit laconiquement ce qu'il faut entendre par « réseaux de soins intégrés » :

1. Le processus thérapeutique du patient doit être coordonné tout au long de la chaîne de soins (le réseau doit offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins)
2. L'échange de données, l'assurance de la qualité et le remboursement des prestations doivent être réglés par contrat entre les assureurs et les fournisseurs de soins.
3. La coresponsabilité budgétaire des réseaux doit être assumée par voie contractuelle

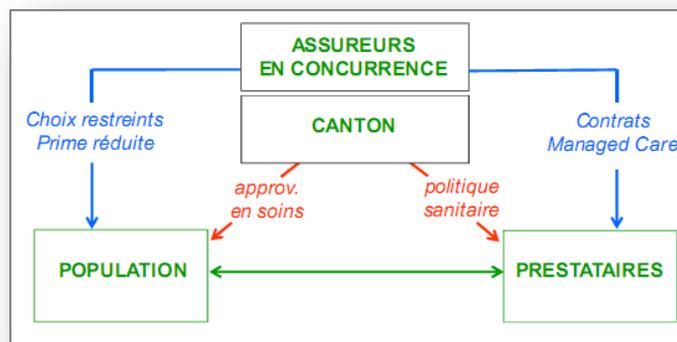
En Suisse, les premiers modèles ont été développés au début des années nonante. Selon le Forum Managed Care (FMC), on trouvait, en 2008, 86 réseaux de médecins<sup>12</sup> relativement diversifiés. Le rapport D. Widmer et T. Bischoff<sup>13</sup> présente une carte des médecins (Annexe 1) de premiers recours (MPR) engagés dans des réseaux en Suisse. On observe que ces modèles sont surtout développés en Suisse alémanique (et à Genève).

<sup>12</sup> Cassis I, « Managed Care en Suisse, où en sommes-nous ? », Bulletin des médecins suisses, éditorial, 2008;89 :47, p. 2017

<sup>13</sup> Widmer D, Bischoff T, « Médecine de 1<sup>er</sup> recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud », Avril 2010, IUMG, Lausanne, p. 24

Jusqu'à ce jour, on constate donc que les réseaux se sont développés sur l'impulsion des assurances, s'appliquant essentiellement aux soins ambulatoires prodigués par des MPR (réseaux horizontaux de type HMO : Health Maintenance Organization<sup>14</sup>).

**Fig. 8 : Modèles Managed Care promus par les assurances jusqu'à ce jour**



Dans son message au symposium FMC, Le Conseiller Fédéral, M. D. Burkhalter<sup>15</sup>, mentionne qu' « il faut maintenant saisir le potentiel inemployé que représente la mise en réseau verticale ».

### Quels sont les risques ?

Des modèles exclusivement pilotés par les assurances présentent les risques, au nom de la maîtrise des coûts et d'une concurrence érigée en dogme plutôt qu'en modèle fonctionnel, de mettre à mal la liberté de contracter, d'encourager le rationnement des soins (à contrario de la rationalisation des soins qui sert un objectif de pertinence des prestations) et de favoriser la sélection des risques (malgré la mise en place d'un système de compensation des risques).

De plus, face à l'incertitude des modèles et aux hésitations d'un certain nombre de médecins, soignants ou institutions de se regrouper, le démarchage des assurances pour développer cette offre peut amener à une multiplication des réseaux intégrés, favorisant peut-être la volonté de concurrence de certains, mais certainement pas des conceptions telles que la cohésion, l'équité et la solidarité.

### Quelles sont les opportunités ?

La coordination des soins, le continuum de prestations, le partenariat interprofessionnel et interinstitutionnel, la responsabilité budgétaire (et par extension populationnelle) sont autant de notions implicites au « Managed Care » ou à la gestion intégrée des soins. **Elles constituent une formidable opportunité** pour les soignants et les institutions d'être proactifs dans le domaine de la santé, de prendre en main leur avenir et de mettre en avant des modèles innovants permettant peut-être de développer une vision globale et structurée, au détriment des approches individuelles et fragmentée.

Cette introduction pourrait ainsi devenir un vecteur ou un incitatif de changement déterminant. Charge aux professionnels de la santé de saisir l'occasion de construire ensemble (en associant les assurances) un ou des modèles qui correspondent à leurs valeurs et répondent tant aux besoins de la population qu'à ceux des instances politiques, plutôt que de subir des modèles encouragés par des gestionnaires.

De plus, le « Managed Care » pourrait représenter une opportunité de renforcer les soins de 1<sup>er</sup> recours et la médecine ambulatoire comme pivot du système de santé.

<sup>14</sup> Une organisation HMO est un réseau de soins composé de médecins réunis dans un cabinet de groupe. Non seulement des généralistes, mais aussi certains spécialistes, de même que des thérapeutes de diverses spécialités, travaillent dans ces collectifs médicaux. Si ce modèle est choisi, le médecin traitant devra toujours être consulté en premier lieu (sauf en cas d'urgence). Si nécessaire, celui-ci enverra le patient chez un spécialiste (extrait du site de la confédération suisse : [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch))

<sup>15</sup> Burkhalter D, Conseiller fédéral, Symposium FMC, « Managed Care : qualité et efficacité au service de l'être humain », allocution du 17.06.2010

## 2.3 PÉNURIE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

---

... Ou chronique d'une pénurie annoncée !!! Que cela soit dans le domaine de l'assistance aux soins, dans le domaine infirmier, dans le domaine spécialisé ou dans le domaine médical, cela fait de nombreuses années que le constat est fait. Malgré cela, la situation est restée préoccupante.

Dans son rapport sur les besoins en effectif dans les professions de santé<sup>16</sup>, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'organisation faïtière nationale du monde du travail Santé (OdASanté) relèvent que « *si l'on met en parallèle les besoins de relève et le nombre de personnes formées à l'heure actuelle, on constate que la cote d'alerte est dépassée* ».

Pour l'observatoire suisse de la santé (Obsan)<sup>17</sup>, les besoins en personnel de santé pourraient augmenter entre 13 et 25% d'ici 2020 en raison des changements démographiques et épidémiologiques. La profession médicale, comme mentionné précédemment, n'échappe pas à ce constat. La relève ne pointe pas au portillon de manière à couvrir les besoins futurs. Que la pénurie ait pour origine la clause du besoin, l'amélioration des conditions de travail hospitalières, la féminisation de la profession, le temps partiel ou simplement l'attrait de la profession, des mesures incitatives devront être imaginées.

Ainsi, à l'instar de nombreux cantons, le Conseil d'Etat vaudois a inclus dans sa politique sanitaire une ligne directrice claire, comprenant 7 actions, devant assurer et renforcer une offre en personnel de santé suffisante, qu'elle soit soignante ou médicale.

### Quels sont les risques ?

Nous citerons le rapport de la CDS et OdASanté, suffisamment éloquent pour résumer ce point : « *Si des mesures substantielles ne sont pas prises rapidement en vue de corriger le tir, la couverture en personnel suffisamment qualifié dans les hôpitaux et les cliniques, les établissements du long séjour, les institutions semi-hospitalières et les services d'aide et de soins à domicile ne pourra pas être garantie. Ce problème n'épargnera pas les cabinets, les laboratoires et les instituts privés* ».

La couverture des besoins pour la population en souffrira, que cela soit en termes de prestations ou d'accessibilité.

Ces risques évoqués sont d'autant plus élevés que les besoins accrus en personnel de la santé surviennent à une période où la « taille » de la population de moins de 65 ans augmentera peu et durant laquelle le recrutement de personnel de santé deviendra plus difficile<sup>18</sup>.

### Quelles sont les opportunités ?

A quelque chose, malheur est bon ! Outre la prise de conscience collective du besoin de revaloriser non seulement socialement mais également économiquement les professions de la santé (attractivité), cette situation peut poser les jalons d'une réflexion innovante, bousculant certains modèles devenus parfois obsolètes et offrant des perspectives nouvelles. On peut penser à une nouvelle répartition des tâches entre professionnels, par exemple médecins-infirmiers (utilisation optimale et développement des compétences), au développement de nouvelles professions (à l'image de l'ASSC), au déploiement de fonctions encore peu utilisées (gestionnaires de cas), au soutien à l'installation des MPR, au renforcement des synergies interinstitutionnelles dans la gestion des ressources humaines ou à l'amélioration des conditions de travail, notamment au niveau de la santé au travail.

A ces orientations, une attention accrue doit être portée sur la promotion de la santé, laquelle, en améliorant la santé de la population (âgée notamment), permettrait de réduire les besoins en soins, donc en ressources.

---

<sup>16</sup> Dolder P, Grünig A, « Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009 », CDS et OdASanté, Berne, décembre 2009

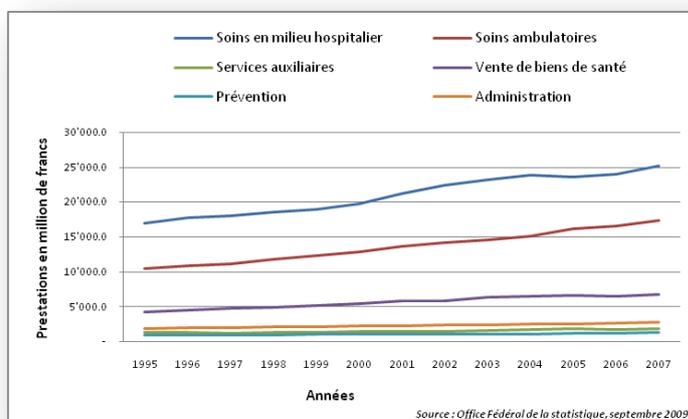
<sup>17</sup> Jaccard Ruedin H, Weaver F, Roth M, Widmer M, « Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020 », Observatoire suisse de la santé, fact sheet, février 2009

<sup>18</sup> *Ibid.*

## 2.4 AUGMENTATION DES COÛTS DE LA SANTÉ

De 1995 à 2007, les coûts totaux du système de santé suisse ont augmenté de 54%, représentant 55 milliards de francs en 2007, soit 10.6% du PIB (9.6% en 1995). En comparaison internationale, le système suisse compte parmi les plus coûteux.

Fig. 9 : Evolution 1995 – 2007 des coûts du système de santé en Suisse, par prestation



Dans le cadre d'une étude<sup>19</sup> réalisée par l'OFS, la prévision estime que, à l'horizon 2030, les coûts de la santé seront multipliés par 2,2 à 2,4 selon l'hypothèse que l'état de santé général de la population s'améliore ou reste inchangé. Ces coûts représenteront alors entre 14.4 et 17.2% du PIB. La prévision repose sur une politique de santé inchangée et n'intègre pas des mesures visant à promouvoir l'efficacité du système et à favoriser une maîtrise des coûts, telles que proposées par la révision actuelle de la LAMal par exemple.

L'analyse sur les déterminants des dépenses de santé, menée dans l'étude précitée, montre également que le vieillissement de la population, souvent perçu comme une cause importante de la hausse des coûts, n'est pas le principal facteur de cette évolution. Il ne représenterait que 10% à 25% de la croissance des coûts. Les causes sont plutôt multiples et dépendent plus d'une complexité de fond constituée de plusieurs phénomènes, tels que le nombre de patients (démographie, probabilité de recours aux soins), le volume de prestations (progrès techniques, évolution des attentes des patients, consommation induite par les prestataires, abaissement du seuil pathologique), le coût des prestations (coût des ressources humaines, coût des nouveaux traitements ou des nouvelles technologies) et les caractéristiques propres de chaque système de santé (organisation).

### Quelles opportunités ?

Considérant les facteurs énoncés, de réelles opportunités d'amélioration peuvent être entrevues tant au niveau des actions de promotion de la santé et de la prévention (qui ne représente que le 2% des coûts) que de la capacité à développer les modèles de coordination et d'intégration des soins permettant d'assurer une gestion plus efficace des processus, des interfaces et des capacités sanitaires (adéquation de l'offre au besoins).

<sup>19</sup> Vuillemier M, Pellegrini S, Jeanrenaud C, « Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse », revue de littérature et projection à l'horizon 2030 ; Office Fédéral de la statistique ; DFI ; 2007

---

### 3. UN NOUVEAU MODÈLE DE SOINS EST NÉCESSAIRE

---

#### 3.1 LE SYSTÈME DE SANTÉ EST A BOUT DE SOUFFLE !

---

Tant l'évolution démographique et les changements du tableau épidémiologique que les évolutions de la LAMal et la rareté des ressources à venir (humaines, financières et structurelles) poussent dans le sens de nouveaux modèles de prise en charge favorisant la mise en réseau, le partenariat, l'approche globale. **Le système actuel ne répondra en effet plus de manière satisfaisante à l'évolution des besoins de la population. Un changement, une évolution est nécessaire !**

Si tout le monde s'accorde sur ce point, les chemins pour y répondre sont différents, que l'on se trouve du côté des assureurs, des autorités politiques, à gauche ou à droite de l'échiquier politique, des fournisseurs de soins reconnus d'intérêt public ou indépendants et finalement des patients, qui sont et doivent rester au cœur des préoccupations.

Les coûts de la santé continuent de progresser... et il en sera ainsi à l'avenir ! Mais peut-être peut-on mieux contrôler leur évolution, assurer une meilleure répartition des ressources, éviter une redondance de prestations, améliorer l'efficacité du système tout en garantissant certaines valeurs essentielles que sont, entre autres, l'équité, l'accessibilité, la qualité des prestations ?

Dans une intervention à l'Assemblée Générale de l'Association du réseau de soins de la Broye et du Nord vaudois en novembre 2009, le Chef de service adjoint de la santé publique<sup>20</sup> exprimait la nécessité de penser, d'imaginer un nouveau modèle de soins permettant (liste non exhaustive) de :

- Assurer la continuité de la prise en charge dans le temps et la coordination des soins entre tous les prestataires
- Impliquer les patients dans leur traitement et les soutenir dans le maintien de leur autonomie
- Utiliser les technologies de l'information et de la communication pour échanger les données entre les différents acteurs concernés (système d'information partagé)
- Assister les professionnels dans la prise de décision (recommandations, plan de soins, guidelines, ...)
- Favoriser l'approche interdisciplinaire et une nouvelle répartition des compétences entre professionnels
- Favoriser la promotion de la santé et la prévention auprès de la population et des groupes à risque
- Intégrer les systèmes de financement pour une réallocation des ressources en fonction des besoins
- Favoriser une approche populationnelle basée sur les besoins de la population.

Les sous-chapitres suivants reprennent plus en détails les points énoncés, qui, comme nous le verrons, supposent un véritable changement de paradigme pour leur mise en œuvre, pouvant même représenter une évolution des cadres de référence.

---

#### 3.2 CONTINUUM DES SOINS : UN BUT À ATTEINDRE

---

*« Critère de qualité et stratégie de réduction des coûts de la santé, la continuité des soins est une notion généralement mal définie et comporte plusieurs acceptations. Elle renvoie tour à tour à la nécessaire globalité de l'offre en soins (véritable continuum de la prévention aux soins palliatifs, en passant par la réhabilitation, ou alors offre couvrant tous les âges de la vie), à la coordination des activités des intervenants (professionnels ou organismes) impliqués dans les soins, ou encore à la disponibilité des soins 24 heures/24 et 7 jours/7.*

*Elle est un des objectifs visés par la création des réseaux de soins et, comme eux, suppose la complémentarité et la coordination entre prestataires de soins dans un but d'optimisation et d'efficacité du système de santé. Les moyens propres à éviter les ruptures de continuité, et en particulier la duplication inutile de certaines*

---

<sup>20</sup> Gérald Tinturier, Chef de service adjoint au SSP est impliqué depuis de nombreuses années dans la réflexion sur l'évolution du système de santé. Il a notamment participé activement au développement des NOPS (nouvelles orientations de la politique sanitaire)

interventions dans les trajectoires de santé des individus, sont notamment le carnet de santé, le dossier unique informatisé, les systèmes d'information, le référent ou coordinateur des soins<sup>21</sup>».

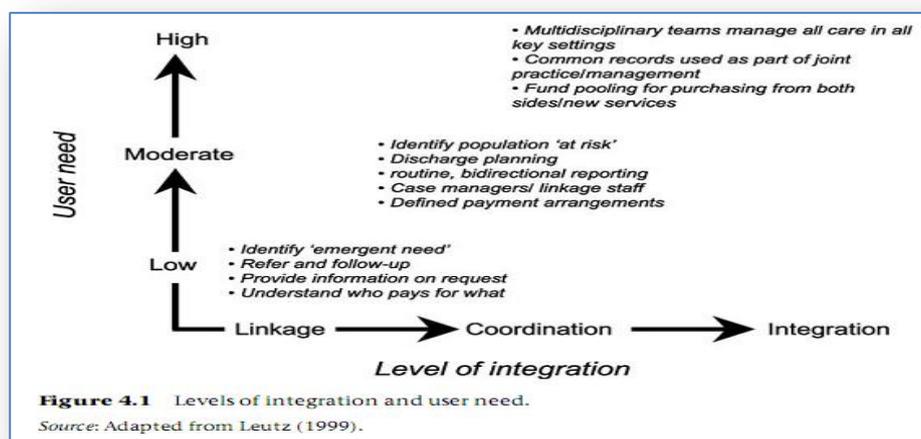
P. Schaller et J.-M. Gaspoz estiment, dans un article paru dans la Revue Médicale Suisse<sup>22</sup>, que « la continuité des soins est un élément clé de la qualité des services ». Selon les auteurs, la fragmentation du système de santé et le manque de coordination entre les professionnels entraînent une rupture du continuum des prestations. Une étude menée aux HUG en 2002 confirme les conclusions de plusieurs experts, à savoir que « le manque de coordination ... peut avoir comme conséquence des hospitalisations ou des institutionnalisations inappropriées<sup>23</sup> ».

De plus, ils soulignent que « la coopération et la coordination, associées à l'intégration des différents professionnels et institutions, permettent cette continuité accrue des soins ».

### 3.3 LA COORDINATION DES SOINS : LA PRESTATION DEVENUE INDISPENSABLE

Le tableau 9 ci-dessous, extrait de « *Caring for people with chronic conditions : a health system perspective, Observatoire européen sur les systèmes et politique de santé, 2008* », relate clairement la nécessité accrue en coordination, voire intégration, plus les besoins en santé des usagers augmentent.

Fig. 10 : Niveau d'intégration et besoins en santé des usagers



Pour le professeur André-Pierre Contandriopoulos<sup>24</sup>, la coordination peut être vue comme « l'ensemble des arrangements permettant un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée ». Elle viserait, dans le domaine des organisations, à s'assurer que tous les moyens nécessaires à l'atteinte des buts sont disponibles, que l'accès aux biens et aux services est garanti et que les différentes composantes de l'organisation interagissent de manière harmonieuse au cours du temps. Il mentionne que le degré de coordination qui doit exister entre les acteurs et les institutions dépendra de l'ampleur du projet collectif qui les amène à interagir.

Dans le domaine de la santé, le professeur Contandriopoulos distingue 3 degrés de coordination : la coordination séquentielle, la coordination réciproque et la coordination collective.

- Coordination séquentielle

⇒ Le diagnostic est généralement clair. Peu d'incertitude.

Le patient rencontre successivement les professionnels ou les institutions durant un épisode de maladie. Il existe peu de relations entre les professionnels ou les institutions.

<sup>21</sup> Extrait du Dictionnaire suisse de politique sociale : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=751>

<sup>22</sup> Schaller P, Gaspoz JM, « Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique Revue médicale suisse, 2008, Vol. 4, n° 172, p. 2034-2039

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Contandriopoulos AP et al., « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, n°2, 2001, pp 38-52

- Coordination réciproque

⇒ Le problème de santé n'est pas trop complexe, sans trop d'intervenants, avec un épisode de soins assez bien circonscrit.

Le patient est traité simultanément par plusieurs professionnels ou organisations. Chaque professionnel doit tenir compte du travail de l'autre pour une prise en charge adéquate (interdépendance). Le patient est souvent encore son propre agent de coordination.

- Coordination collective

⇒ Les problèmes de santé sont multiples ou complexes et leur évolution est incertaine.

L'interdépendance devient élevée entre les professionnels ou les institutions. Ce sont des équipes de professionnels ou d'institutions qui assurent conjointement la responsabilité de la prise en charge selon des modalités décidées ensemble. La coordination collective requiert une prise en charge organisée et des ententes formelles entre les acteurs ou les institutions.

**Il relève que plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire.** Ce qui correspond bien souvent aux problèmes des maladies chroniques qui menacent l'autonomie et l'indépendance des personnes fragilisées.

Pour les patients, la coordination est un élément indispensable à la satisfaction de leurs besoins, comme le montrent certaines études<sup>25</sup>, en tant que composante importante de la qualité globale, spécialement lorsqu'ils sont atteints de maladies chroniques.

**Il semble ainsi que la coordination des soins soit belle et bien au cœur du problème et que les nouveaux modèles devront porter une attention particulière à sa mise en œuvre, d'autant plus qu'elle est l'un des garants d'une bonne continuité des soins.**

### **3.4 NOUVELLES COMPÉTENCES ET RÉPARTITION DES TÂCHES : UNE NÉCESSITÉ**

---

Pour maîtriser les nouveaux défis thérapeutiques (besoins des personnes atteintes de maladies chroniques par exemple), les professionnels de santé doivent acquérir des compétences leur permettant de travailler de manière plus efficace dans le cadre de nouveaux modèles de soins médicaux et infirmiers<sup>26</sup>. Selon les auteurs, ces compétences portent notamment sur l'assistance à l'autonomie des patients (éducation thérapeutique, empowerment) et sur les collaborations interdisciplinaires (prise en considération des différentes dimensions du patient et de ses proches).

A ces nouvelles compétences doit s'associer la réflexion sur une nouvelle répartition des tâches entre professionnels non seulement comme remède à la pénurie de personnel, mais également pour augmenter la qualité et l'efficacité de la fourniture en soins. De nouveaux profils professionnels peuvent apparaître, tels que des infirmiers en pratique avancée travaillant en étroite collaboration et sur délégation avec des médecins ou des gestionnaires de cas assurant le suivi et la coordination des projets thérapeutiques mis en place.

Enfin, l'ensemble des professionnels devrait bénéficier d'une assistance à la prise de décision, laquelle se base sur un large éventail de recommandations, de programmes de soins, de protocoles de traitement ou d'outils d'évaluation (disease management, guides de bonnes pratiques élaborés dans le cadre de cercles de qualité).

### **3.5 LES SOINS PRIMAIRES : AU CŒUR DU SYSTÈME**

---

Les soins primaires représentent le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Nolte E, Mckee M, *op. cit.*, p. 223

<sup>26</sup> Giger M, De Geest S, "De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires", *Bulletin des médecins suisses*, 2008;89: 43, p. 1839-1843

<sup>27</sup> Tiré de la banque de données en santé publique (BDSP), Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Traditionnellement, les soins primaires sont assimilés à la médecine générale (médecine de 1<sup>er</sup> recours = MPR). Quant à l'expression « soins primaires étendus » (extended primary care), elle renvoie de façon plus large au 1<sup>er</sup> contact avec un professionnel de la santé.

L'Organisation mondiale de la santé a émis, parmi ses principes fondamentaux<sup>28</sup>, « la nécessité pour les systèmes de santé européens d'être orientés vers les soins de santé primaires et de permettre, à travers ces soins primaires en tant que philosophie, d'assurer la promotion de la santé, l'amélioration de la qualité de vie, la prévention ... tout en renforçant la participation des patients dans la prise de décision concernant leur santé, la globalité et la continuité des soins, en tenant compte du contexte culturel spécifique».

Selon l'Organisation mondiale de la santé<sup>29</sup> : « L'expérience montre que les meilleurs résultats sont obtenus dans des systèmes de santé dotés de soins de santé primaires intégrés et efficaces, probablement parce qu'ils permettent d'assurer des services longitudinaux plus complets et coordonnés ».

Les études<sup>30/31</sup> montrent, d'une part, que plus le système de santé a une forte orientation vers les soins primaires, plus les coûts de soins de santé sont bas et, d'autre part, qu'un système de soins primaires solide, avec des caractéristiques telles que la régulation de l'offre, la continuité des soins, la coordination et l'orientation, est associé avec une meilleure santé de la population.

Les soins primaires occupent ainsi une place centrale dans le système de santé, qu'ils soient abordés à partir de l'offre de service ou à partir de la demande. Observés à partir de l'offre de service, les soins primaires représentent la base de la pyramide. Ils sont non segmentés ni par âge, ni par sexe, ni par problème de santé et sont sensés répondre à 90% des problèmes de santé d'une population<sup>32</sup>. Le niveau secondaire regroupe la médecine spécialisée et le niveau tertiaire est celui de la médecine de haute technologie.

### **3.6 L'APPROCHE GLOBALE : UN SYSTÈME VALORISANT LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE**

---

Comme le rappelle la définition de l'OMS, la santé n'est pas juste l'absence de maladie. Elle renvoie à un état de bien-être de la personne dans ses différentes dimensions. Le rappel de cette « évidence » permet, à l'instar de toute approche soignante qui doit prendre en considération la personne dans sa globalité, d'envisager le système sanitaire comme une démarche globale, favorisant la rencontre de la santé individuelle et de la santé publique.

Dans un contexte d'accroissement potentiel des besoins en soins, l'amélioration de l'état de santé de la population devient une priorité. Celle-ci passe par des services et des soins globaux comprenant, non seulement le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le soutien à la fin de vie mais également la promotion de la santé et la prévention, le dépistage, le suivi attentif, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale.

### **3.7 LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : UNE DIMENSION COLLECTIVE**

---

La notion de responsabilité populationnelle implique que les acteurs qui offrent des services à la population d'un territoire déterminé seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son égard, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible. Avec l'objectif de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population, la responsabilité populationnelle favorise la convergence des efforts et vise à coordonner l'offre de services en fonction des besoins de la population plutôt qu'en fonction des individus qui consomment des services.

Cela implique de cibler une population de référence de taille raisonnable dans un territoire donné en utilisant un modèle favorisant l'intégration dans la distribution des services et en évaluant ses performances grâce à un

---

<sup>28</sup> The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, OMS, 1996

<sup>29</sup> Beaglehole R, Irwin A, Prentice T, « Rapport sur la santé dans le monde – Façonner l'avenir », OMS, 2003, p. 121

<sup>30</sup> Starfield B, Shi L, « Policy relevant determinants of health: an international perspective », Health Policy, juin 2002, 60(3), p. 201-18

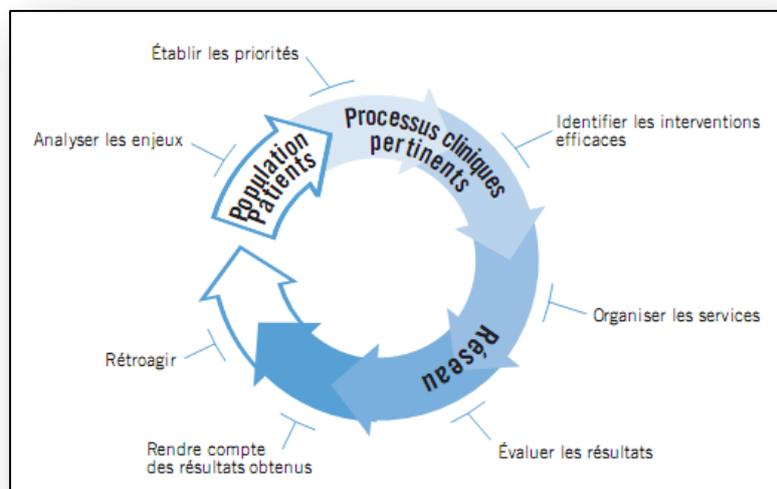
<sup>31</sup> Macinko et al, 2003 / 2005

<sup>32</sup> Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J, « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe », Questions d'économie de la santé, n°141, avril 2009, IRDES, Paris

système global d'information sur la santé<sup>33</sup> (données démographiques, épidémiologiques et socio-économiques, déterminants de la santé, groupes à risque/vulnérables, ...).

Dans une logique populationnelle, le premier et principal objet d'attention est la population et ses besoins. L'organisation des services (couverture des besoins) doit être mise en place pour y répondre. Néanmoins, pour être efficace, elle doit prendre en considération les réalités institutionnelles (ressources et contraintes)<sup>34</sup>.

**Fig. 11 : étape de la démarche populationnelle (exemple)<sup>35</sup>**



### 3.8 LE FINANCEMENT INTÉGRÉ : UNE LOGIQUE DE RÉALLOCATION DE RESSOURCES

La fragmentation, observée au niveau des soins, reste encore plus marquée au niveau du financement. Qu'il soit réalisé à travers des rémunérations à l'acte ou segmenté par catégorie de prestations, le système de financement actuel n'encourage nullement, ou interdit tout simplement, la mutualisation, la perméabilité ou la coordination des moyens existants.

Si d'un côté la logique des besoins tend vers le continuum et la coordination des soins, la logique de financement actuelle pousse encore dans le sens opposé perturbant l'ensemble de la chaîne de soins.

Ainsi, à l'instar du système de prise en charge, le système de financement doit être revu et devrait tendre également vers une logique intégrative, laquelle favoriserait notamment la réallocation des ressources en fonction des besoins ou le développement de nouvelles formes d'interventions. Cela semble être une condition sine qua none pour optimiser la qualité des soins ou la performance du système de santé.

### 3.9 LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION : DES ACTIONS À DÉVELOPPER

Beaucoup de choses ont déjà été dites et écrites sur le sujet, notamment sur son potentiel de freiner le recours aux soins par une amélioration de l'état de santé de la population. Or, on observe encore que trop peu de moyens sont consacrés à ces prestations. Peu de prestations sont remboursées et peu d'incitatifs sont existants.

Dans le rapport « vieillissement : éléments de réflexion pour une politique de santé publique »<sup>36</sup>, les auteurs recommandent par exemple d'encourager la prévention primaire permettant de diminuer la fréquence des maladies chroniques chez les personnes âgées, d'assurer la promotion sélective du dépistage précoce de certaines pathologies pour améliorer le pronostic et de développer des stratégies combinant la prévention populationnelle et la prévention individuelle (conseils personnalisés).

<sup>33</sup> Boelen C, « Vers l'unité dans la santé », OMS, 2001, p. 19

<sup>34</sup> Pineault R, Davelay C, « la planification stratégique », Editions nouvelles, 1996

<sup>35</sup> L'approche populationnelle, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et sociaux, Québec, novembre 2004, p. 5

<sup>36</sup> Paccaud F. et al, *op. cit.*, p. 89-91

Des efforts devront ainsi être entrepris dans ce sens, que cela soit au niveau régional ou au niveau cantonal. Néanmoins, il est à relever que le développement et le déploiement de stratégies en matière de promotion de la santé et de prévention nécessitent une coordination forte et une cohérence des mises en œuvre, non seulement entre les régions et le canton mais également entre les partenaires d'une région. Une approche globale pour une région donnée est certainement un facteur favorisant la vigilance à ce double impératif.

L'OMS rappelle que la majorité des ressources est dépensée en services curatifs, négligeant la prévention et la promotion de la santé, qui sont pourtant susceptibles de réduire de 70% la charge de morbidité mondiale<sup>37</sup>.

### 3.10 VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME ...

Atteindre les objectifs évoqués dans les points précédents, tels que le continuum des soins, la coordination collective, la responsabilité populationnelle ou le financement intégré, requiert, de la part des acteurs de la santé, **une reconnaissance de leur interdépendance et de la nécessité d'une coopération accrue entre eux**. Ces points deviennent ainsi deux éléments clés des changements et se situent au centre du processus d'évolution des modèles de soins.

L'enjeu, selon P. Schaller et J.-M. Gaspoz, est de passer, par exemple, des réseaux de médecins et des filières thématiques vers de vrais réseaux de santé ou d'une logique d'établissement vers une logique de réseau ayant pour objectif une approche globale de la santé pour une population circonscrite.

Fig. 12 : changement de paradigme<sup>38</sup>

Organisation actuelle	Organisation souhaitée
Système axé sur la maladie	Système valorisant la santé et le bien-être
Une responsabilité envers le patient	Une responsabilité populationnelle
Une réponse aux demandes	Une réponse aux besoins
Fragmentation des prestations	Continuum des prestations
Logique d'établissement	Logique de réseau
Un contexte de concurrence	Un contexte de partenariat
Un budget par mission	Un budget par population, programme, capitation
Des objectifs de soins	Des objectifs de prévention, de soins et de soutien
Multidisciplinarité	Interdisciplinarité

Seulement, ce changement de paradigme ne va pas de soi. Il implique par exemple que :

- les mentalités changent : « *Si la fragmentation résulte du maintien, par différents intervenants et groupes d'intérêts, de leurs intentions de protéger leurs privilèges et d'atteindre leurs propres objectifs, on peut raisonnablement s'attendre à ce que l'unité dans l'action ne puisse être acquise que si ces intentions sont modifiées par une vision et un engagement communs. Dans un monde où la concurrence l'emporte et où l'approche réductionniste prévaut sur l'approche globale, nous ne devrions pas nous attendre à ce que l'unité survienne spontanément. L'unité doit être souhaitée, planifiée, créée<sup>39</sup>* ».
- les pratiques individuelles évoluent dans le sens d'une communauté de pratiques, à travers un processus d'apprentissage (non normatif) permettant de tirer parti du potentiel de changement et d'amener les acteurs à redéfinir le contenu et les frontières de leur activité<sup>40</sup>.

« *Le problème d'aujourd'hui, c'est que l'avenir n'est plus ce qu'il était ...* » Paul Valéry

<sup>37</sup> Van Lerberghe W et al, « les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2008

<sup>38</sup> Tableau adapté de Fleury et Ouadahi (2002) in Schaller P, Gaspoz JM, *op. cit.*, p. 2037

<sup>39</sup> Boelen C, *op. cit.*, p.23

<sup>40</sup> Huard P, Schaller P, « Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 2. Stratégie », *Prat Organ Soins*, 2010, 41(3), p. 247-255

## 4. INTENTION RÉGIONALE

Au-delà des éléments détaillés précédemment, qu'est-ce qui pousse les dirigeants du RNB à réfléchir ensemble à un nouveau modèle d'organisation sanitaire régional ? Comment en sont-ils arrivés à cette perspective ?

Avant d'aborder l'intention régionale, nous proposons un état des lieux du réseau et des actions menées depuis plus de 10 ans.

### 4.1 LE RÉSEAU DE SOINS NORD BROYE (RNB)

Le RNB est une association reconnue d'intérêt public. Elle a été constituée le 8 novembre 2004, suite à la fusion des trois réseaux régionaux de 1<sup>ère</sup> génération.

Sa mission, définie dans la loi sur les réseaux de soins (LRS) du 30 janvier 2007, art. 5, prévoit :

- L'amélioration de la coordination des soins et l'orientation des usagers dans le système de santé, la liberté de choix des patients étant réservée
- La promotion de la collaboration interinstitutionnelle au niveau régional
- Le rôle d'instance de préavis pour le département de la santé et de l'action sociale en matière de politique sanitaire régionale

Son activité principale, LRS art. 6, consiste en la collaboration à la mise en œuvre de la politique sanitaire régionale, en particulier à la réalisation de programmes cantonaux de santé publique qui visent l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des coûts. Le réseau favorise l'échange entre ses membres de données utiles à une prise en charge coordonnée. Il peut conduire, sur mandat de ses membres, des projets spécifiques dans le cadre de ses missions.

L'association regroupe (tableau 10) l'ensemble des fournisseurs de soins reconnus d'intérêt public. Elle compte également en son sein les associations régionales des médecins extrahospitaliers et des membres associés.

Fig. 13 : Le Réseau Nord Broye



## 4.2 LES ACTIVITÉS DU RÉSEAU NORD BROYE ET LA COLLABORATION

Jusqu'en 1999, la collaboration entre les partenaires s'est réalisée autour de réseaux informels. Avec l'arrivée des réseaux de 1<sup>ère</sup> génération (Aroval, Renova et Santé Broye dans le nord du canton), suite aux nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise (NOPS), on a pu observer le développement des projets régionaux interinstitutionnels et la mise en place du programme cantonal d'information et d'orientation sous la forme des BRIOs (bureau régional d'information et d'orientation). L'heure était à l'expérimentation du décroisement.

Dès 2005, après la fusion des 3 réseaux du Nord et la constitution du RNB, les premiers efforts se sont orientés vers la consolidation du dispositif BRIO et la mise en œuvre de deux nouveaux programmes cantonaux (Soins palliatifs et Hygiène, prévention et lutte contre l'infection), ainsi que la poursuite des projets communs initiés sous l'ère des 3 réseaux.

En 2008, suite à l'entrée en vigueur de la LSR, intégrant les communes au réseau et instaurant la mission de préavis régional en matière de politique sanitaire, l'accent a été mis sur le renforcement de la collaboration et la coordination régionale. Les objectifs, conformément aux statuts, étaient clairement de :

- Assurer et améliorer la coordination des soins et l'orientation adéquate des usagers dans le système de santé, la liberté de choix des patients étant réservée;
- Promouvoir la qualité des soins et la maîtrise des coûts;
- Contribuer à la planification de l'offre en l'adaptant aux besoins de la population;
- Informer la population et les collectivités locales sur les prestations à disposition;
- Promouvoir la formation des professionnels à l'échelle régionale;
- Promouvoir la collaboration interinstitutionnelle au niveau régional et cantonal;
- Poursuivre et développer la collaboration inter-cantonale.

Le tableau synoptique (Fig. 14) présente brièvement l'état des principales actions menées en 2010.

**Fig. 14 : Activité du RNB en 2010**

Programme cantonaux	Coordination régionale	Projets régionaux en cours
Orientation et liaison : Brio intégré Soins palliatifs Hygiène, Prévention et contrôle de l'infection	Plateforme psychiatrie réhabilitation Plateforme psychiatrie de l'âge avancé Plateforme structures intermédiaires Plateforme Long Séjour (définition des besoins)	Filière prothèse totale de hanche Filière diabète Cycle de conférences Formation continue Développement d'unités de court séjour Démarche d'évaluation gériatrique globale Accueils de jour en psychiatrie adulte Amélioration du processus de liaison, d'orientation et de coordination en psychiatrie adulte

D'autres projets transverses régionaux sont en cours de réflexion. Nous citerons ici plus particulièrement :

- La médecine du personnel, la santé et sécurité au travail à l'échelle du réseau
- La coordination et la mise en commun des programmes de formation continue
- La mise en place d'une coordination gériatrique et la recherche d'un gériatre transverse.

De plus, par son implication aux interfaces des institutions, il participe notamment avec ses membres à/au :

- La réflexion sur l'organisation future des Etablissement Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)
- Soutien de la mise en place d'une équipe mobile par l'Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile (ASPMAD) favorisant la prise en charge précoce des sorties hospitalières

- Déploiement des équipes mobiles en psychiatre de l'âge avancé et en psychiatrie adulte mises en œuvre par le Secteur Psychiatrique Nord (SPN)
- La définition des besoins pour les projets institutionnels (hébergement long séjour par exemple)
- L'élaboration d'un projet, en collaboration avec la société vaudoise de médecine (SVM) et la commune de Vallorbe, dans le cadre des difficultés de relève médicale dans la dite commune.

D'autres exemples de prestations coordonnées, développées de manière bilatérale par les partenaires et notamment dans le champ de la psychiatrie, peuvent également être cités, tels que la psychiatrie de liaison en milieu somatique hospitalier, en hébergement long séjour et les lits de pédopsychiatrie dans le service de pédiatrie des eHnv.

#### **4.3 POURQUOI L'ORGANISATION RÉGIONALE DOIT-ELLE ÉVOLUER ?**

Avec une lecture quelque peu simplifiée ou réductionniste, on peut dire que la mise en réseau vise essentiellement deux niveaux d'actions :

1. Le niveau individuel ou de la population « atteinte dans sa santé », avec une amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'utilisation rationnelle des ressources disponibles (notamment au niveau médico-social), par une meilleure coordination des soins et une meilleure coopération entre les professionnels
2. Le niveau systémique, avec une transformation du mode de fonctionnement et d'organisation du système de soins, par un renforcement des collaborations et une approche globale.

Cette double attente renvoie en fait à une double lecture de la notion de réseau<sup>41</sup> :

1. *D'une part, le réseau est une structure, une organisation, qui produit des services/soins à des usagers : en ce sens, le regard que l'on peut porter sur lui n'est pas fondamentalement différent de celui que l'on peut porter sur toute organisation, si ce n'est que le propre de cette organisation en réseau est précisément d'être innovante par rapport aux formes traditionnelles de production de soins.*
2. *D'autre part, le réseau est aussi une dynamique d'acteurs, un espace de construction collective de nouvelles références professionnelles, de nouvelles manières d'envisager le travail en commun, de nouvelles valeurs : un espace de créativité institutionnelle où peuvent se renégocier les rôles de chacun et s'inventer des solutions nouvelles, en d'autres termes un lieu d'expérimentation.*

Après 10 ans ... force est de constater que les actions se sont surtout focalisées sur le niveau des soins et peu sur le niveau systémique, maintenant une organisation sanitaire cloisonnée, tant des responsabilités que des financements.

Or, les enjeux majeurs qui attendent l'ensemble des acteurs de la santé mèneront inévitablement les actions vers une coopération croissante. Coopération qui ne semble plus possible sans une perméabilité financière permettant la réallocation des ressources là où elles sont nécessaires, sans une interdépendance accrue de l'ensemble des prestataires de soins assurant la qualité de la prise en charge, sans un partage des responsabilités favorisant l'adéquation des interventions, et, in fine, sans un projet collectif orienté vers l'efficacité du système.

Les efforts doivent ainsi aller au-delà d'un simple renforcement de la coordination ou des collaborations pour s'orienter vers un développement d'une véritable stratégie d'intégration des soins favorisant non seulement une vision globale, mais également une responsabilisation commune. Une telle approche, qui se veut holistique, chercherait à atteindre de manière simultanée la qualité des soins, l'accessibilité et la continuité des prestations, l'efficacité du système et la satisfaction des usagers.

<sup>41</sup> Bourgeuil Y, Brémond M, Delevay A et al, « L'évaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations », CREDES, Bibio n°1343, 2001

#### 4.4 PROPOSITION D'EVOLUTION VERS UNE ORGANISATION SANITAIRE INTÉGRÉE

Durant plus de 10 ans, les partenaires ont ainsi pu expérimenter, dans le cadre du réseau de soins, le décloisonnement, la coordination et la « gestion des interfaces » institutionnels. Ils ont acquis une confiance et une maturité dans la collaboration permettant d'envisager un pas supplémentaire, lequel se traduit par la volonté régionale de :

« Evoluer progressivement d'une instance de coordination vers une organisation sanitaire basée sur une approche populationnelle visant l'accessibilité, la continuité et la qualité des prestations, tout en assurant l'efficience du système régional de santé ».

Fig. 15 : Evolution



Par cette volonté, les partenaires régionaux souhaitent poursuivre la transformation du mode de fonctionnement et d'organisation du système sanitaire régional, initiée dans le cadre des NOPS. Ils souhaitent notamment :

- expérimenter de nouvelles formes et modalités de partenariat
- réduire les « frontières » institutionnelles
- encourager la complémentarité et la coordination des actions
- encourager la responsabilité populationnelle collective
- favoriser une approche globale (tant du système de santé que de la prise en charge auprès du patient).

L'extrait<sup>42</sup> ci-dessous reflète bien l'orientation souhaitée par le comité de pilotage de l'étude :

##### Créer la convergence dans un milieu fragmenté

La figure 6 dépeint l'ambiance de deux situations où le serpent symbolise le système de prestation de services de santé. La situation idéale (A) est celle où les principaux intervenants partagent une vision et un engagement vers l'unité dans l'action en matière de santé. En revanche, la situation actuellement la plus courante (B) est celle où les intervenants se préoccupent davantage de leurs domaines d'intérêt, au risque de fragmenter le système et de l'empêcher de bien fonctionner. Le passage du scénario du « serpent en colère » (B) à celui du « serpent heureux » (A) représente un défi majeur.

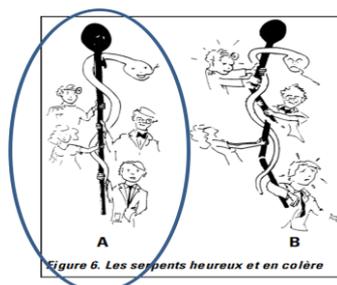


Figure 6. Les serpents heureux et en colère

<sup>42</sup> Boelen C, *op. cit.*, p. 12

Le développement du Bureau régional d'information et d'orientation (Brio), et sa future extension, sous une forme encore à définir, dans le domaine de la psychiatrie et la gestion de cas (« case management ») des situations complexes, témoigne tant de la volonté que de la capacité des dirigeants des institutions de mettre au profit d'intérêts communs (le réseau) leurs intérêts particuliers (institutions).

#### 4.5 UNE ORGANISATION INTÉGRÉE, EST-CE LA VOIE À SUIVRE ?

---

Le renforcement des collaborations est bien sûr possible, des alliances stratégiques sont envisageables ... Mais répondront-ils à l'évolution des besoins de plus en plus complexes ? Permettront-ils d'assurer le continuum des prestations ? Assureront-ils une vision globale du système régional ? Garantiront-ils la transversalité des développements ? Favoriseront-ils la maîtrise des coûts ?

Pour P. Schaller et J.-M. Gaspoz<sup>43</sup>, l'organisation sanitaire n'a guère le choix, elle devra évoluer vers une intégration des soins, vers des réseaux de santé. **Tel est le défi qui nous attend !**

Etre prêt à relever ce défi est déjà un défi en soi, car il représente, comme mentionné précédemment, un changement de paradigme qui ne correspond souvent pas à un mouvement spontané (lequel est plutôt individuel que collectif, réductionniste que global, concurrentiel que partenarial, fragmenté qu'unifié, de protection de territoire que de partage et d'ouverture). **Il requerra en plus une délégation d'une partie de l'autonomie et de l'autorité au profit du processus commun et du projet sanitaire collectif.**

L'évolution vers une organisation intégrée n'est peut-être pas la seule voie à suivre, mais elle présente clairement quatre avantages :

- Premièrement elle s'inscrit dans une suite logique des travaux menés dans le cadre du réseau de soins.
- Deuxièmement, elle offre un potentiel inexploité pour faire face collectivement aux enjeux sanitaires décrits, dans une région territoriale étendue, mi-rurale et mi-urbaine comme le Nord vaudois et la Broye.
- Troisièmement, tout en étant en mesure de garantir, d'une part la spécificité des partenaires, et, d'autre part, les valeurs et les prestations de base du système sanitaire, elle favorise la créativité et l'innovation en assurant une mise en commun de talents, des expertises et des ressources.
- Quatrièmement, elle représente, telle que proposée, une démarche novatrice. Des réalisations ont été menées autour d'un hôpital ou initiées par des médecins ou par des assurances, mais peu ou prou à partir d'un groupe d'institutions représentant l'ensemble de la chaîne de soins.

#### 4.6 DE L'AUTONOMIE À L'INTÉGRATION

---

L'intégration a ses détracteurs et ses partisans. Cette opposition est encore plus marquée lorsqu'on évoque l'intégration structurelle, que celle-ci soit verticale ou horizontale. Bien que cette dernière puisse être l'aboutissement du processus, bien qu'elle représente une vision, une direction à prendre, elle ne sera pas inévitablement le but du voyage. **L'idée force des acteurs sanitaires du RNB peut être comparée à celle contenue dans le document de l'OMS « Vers l'unité pour la santé », qui consiste à « créer une dynamique d'intégration et de partenariat afin d'encourager l'expérimentation sur le terrain, pour trouver les meilleures approches permettant de créer et pérenniser l'unité de l'action ».**

Des murs doivent être abattus autour des institutions afin d'envisager l'émergence d'une culture commune en matière de santé. La démarche a débuté mais le chemin est encore long. Une comparaison des différents concepts d'autonomie, coordination et intégration, extraite du document de l'OMS, est présentée à la page suivante afin de permettre leur compréhension et favoriser celle d'une évolution possible dans le sens d'une intégration.

---

<sup>43</sup> Schaller P, Gaspoz JM, *op. cit.*

**Fig. 16 : Comparaison des concepts d'autonomie – coordination – intégration**

	AUTONOMIE	COORDINATION	INTÉGRATION
INFORMATIONS DE SANTÉ	Circulent principalement au sein d'un groupe de partenaires identiques	Circulent activement entre groupes de partenaires différents	Orientent le travail des différents partenaires pour répondre à des besoins consensuels.
VISION du SYSTÈME DE SANTÉ	Influencée par la perception de chaque partenaire et peut-être par leurs intérêts propres	Fondée sur un engagement partagé vers l'amélioration de la performance globale du système	Inspirée des valeurs de référence communes renforçant le sens de la responsabilité sociale de chaque partenaire
UTILISATION des RESSOURCES	Essentiellement pour atteindre des objectifs déterminés par eux-mêmes	Souvent pour assurer la complémentarité et le renforcement mutuel	Conformément à un cadre de référence commun, pour la planification, l'organisation et l'évaluation des activités
PROCESSUS DÉCISIONNEL	Co-existence indépendante de modes de prise de décision	Processus de consultation dans la prise de décision.	Les partenaires délèguent certains pouvoirs à une instance unique de décision.
NATURE du PARTENARIAT	Chaque groupe a ses règles et peut à l'occasion chercher un partenariat	Des initiatives de coopération existent pour des projets limités dans le temps	Le partenariat institutionnalisé est soutenu par des déclarations de mission ou des textes législatifs

Source : Vers l'unité pour la santé, OMS, 2001

#### 4.7 HYPOTHÈSE

Conscient des différents enjeux et considérant l'ensemble des éléments contenus dans le présent rapport, ainsi que du besoin d'évoluer, le comité de pilotage **formule l'hypothèse que le regroupement de ses membres en une organisation sanitaire intégrée et coordonnée** permettra, à termes de :

- Améliorer l'efficacité globale du système régional (coût – efficacité)
- Améliorer la continuité des prestations
- Améliorer la complémentarité et la coordination des services
- Assurer la couverture des besoins de la population en matière de santé, que cela soit au niveau de l'offre ou des ressources en personnel de santé (ajuster l'offre aux besoins)
- Assurer une utilisation rationnelle des ressources tout en garantissant l'accessibilité et la qualité des soins (pertinence et équité)
- Orienter ses actions en faveur de la santé et du bien-être de la population régionale (promotion de la santé et prévention)

**Le comité de pilotage se base sur le modèle d'intégration verticale pour atteindre les objectifs et les changements visés.**

#### 4.8 AXES PRIORITAIRES DE DÉVELOPPEMENT

De nombreux défis attendent une organisation sanitaire régionale telle que celle que le comité du RNB souhaite développer. Le premier consiste déjà à entraîner les acteurs régionaux vers un processus de changement. Or les leviers sont faibles. Les premières actions devront ainsi porter sur des problèmes améliorant le fonctionnement des partenaires, les incitant à la collaboration, tout en se centrant sur les besoins de la population.

Quelques premières pistes ont été identifiées :

- Le soutien au recrutement des médecins de 1<sup>er</sup> recours (MPR) dans les régions de pénurie
- Le soutien à la mise en place du système de garde médicale dans le Nord vaudois, en intégrant les soins à domicile dans les réflexions actuelles entre l'hôpital et les médecins libres praticiens
- La couverture des besoins médico-sociaux, notamment en termes de lits long et court séjour
- La diminution des journées hospitalières inappropriées
- La coordination de la prise en charge des maladies chroniques (ex. : expérience CaP'Diab dans le cadre du diabète)
- Le développement d'une stratégie gériatrique régionale (filière « vieillissement et dépendance »)
- La couverture des besoins régionaux et la coordination des soins dans le cadre de la filière « santé mentale et addictions »
- La médecine du personnel et la santé au travail (amélioration des conditions de travail)
- L'expérimentation régionale de l'échange de données patient entre les partenaires
- L'organisation d'un symposium de 2 jours sur le thème des soins intégrés permettant d'une part d'échanger sur les enjeux sanitaires et, d'autre part, de véhiculer régionalement les fondements d'une organisation sanitaire intégrée (l'appropriation des valeurs et du système collectif des représentations étant un élément fondamental du travail en partenariat)

*« Il faut faire aujourd'hui ce que tout le monde fera demain. »*

*Jean Cocteau*

## 5. UNE ORGANISATION INTÉGRÉE

### 5.1 DÉFINITION DE L'INTÉGRATION<sup>44</sup>

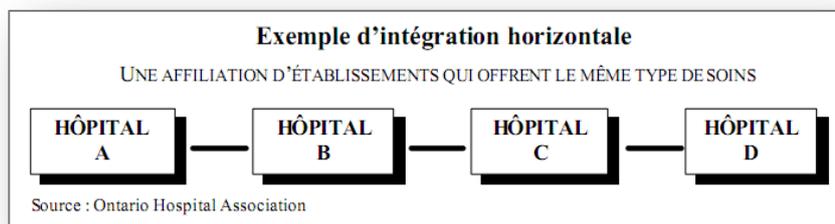
L'intégration peut être définie comme un « processus qui consiste à créer et à maintenir une gouvernance commune entre des institutions autonomes dans le but de coordonner leur interdépendance pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » (*il y a interdépendance quand des acteurs autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs*).

#### 5.1.1 Intégration horizontale

Il s'agit d'une affiliation d'institutions qui fournissent des services similaires. Elle constitue un ensemble d'activités consolidées et de services semblables dispensés dans un même secteur de soins ou de services (ex : regroupement hospitaliers ou EMS ou ASAD).

**Bénéfices :** Economie d'échelle, partage des dépenses de gestion et des fonctions de support, offre de services mieux coordonnée.

Fig. 17

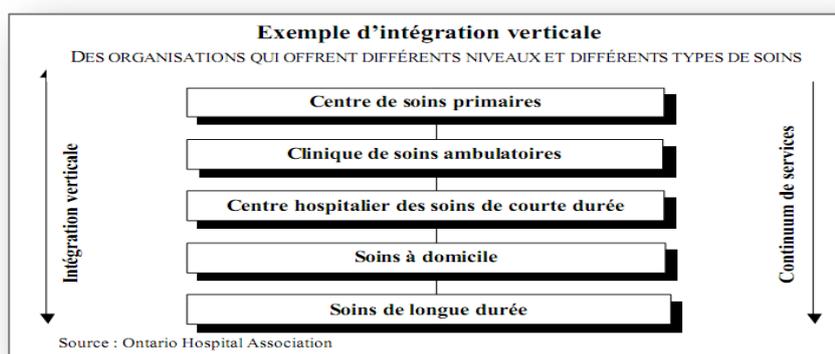


#### 5.1.2 Intégration verticale

Il s'agit d'une consolidation et d'un regroupement de secteurs différents mais interdépendants.

**Bénéfices :** Identiques à l'intégration horizontale + Amélioration coordination et cohérence intersectorielle + Création d'une vision plus globale du système + Prise en charge globale des problèmes de santé + Continuum des services.

Fig. 18



#### 5.1.3 Organisation sanitaire intégrée et coordonnée (objectif régional)

Une organisation sanitaire intégrée est un ensemble d'entités interdépendantes et complémentaires qui s'organisent pour assurer un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie. Elle interagit dans un processus d'intégration verticale.

<sup>44</sup> Bélard D, Carbonneau M, Pagé L et al, « Réseau de services intégrés : ses principes, concepts et composantes », Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, octobre 2001

## 5.2 FONDEMENTS D'UNE ORGANISATION SANITAIRE INTÉGRÉE<sup>45</sup>

---

L'organisation sanitaire régionale et intégrée doit être basée sur des fondements communs permettant l'interaction, la coopération et la coordination entre ses différents membres.

### 5.2.1 Accessibilité, continuité et qualité des prestations

- Toute la gamme de services de première ligne (prévention, diagnostic, traitement, réadaptation, soutien, etc.) doit être assurée le plus près des milieux de vie de la population
- Offrir le bon service, à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment
- Mécanismes d'accès aux soins, d'orientation, de suivi, de coordination

### 5.2.2 Intégration multidimensionnelle

- L'intégration devrait toucher les diverses dimensions et professions en regard des aspects cliniques, notamment par une participation active des médecins de 1<sup>er</sup> recours (MPR)

### 5.2.3 Efficacité de gestion et efficience du système

- L'utilisation optimale des services et l'obtention de meilleurs résultats avec un même niveau de ressources (hiérarchisation/rationalisation) doivent être visés. Au même titre que la qualité, la performance doit être recherchée.

### 5.2.4 Système d'information

- Une mise en lien efficace des différents acteurs permettant l'échange de données pertinentes à la prise en charge et au maintien de la qualité doit être encouragée (dossier patient, e-health)
- Une accessibilité et une information sur les coûts, la qualité et la satisfaction des usagers doivent être permises (suivi des résultats et impacts)

### 5.2.5 Responsabilité populationnelle / budgétaire / clinique

- Pour une population identifiée sur un territoire défini, les services doivent être offerts dans l'optique de répondre aux besoins des individus mais aussi de la population desservie = **responsabilité populationnelle**
- Associé à la responsabilité populationnelle, le budget donnera la possibilité réelle d'orienter l'utilisation des services/ressources vers une plus grande efficacité (perméabilité, planification, ...) = **responsabilité budgétaire**
- Une responsabilité complète doit être assumée en regard des soins de santé offerts aux personnes ciblées dans la communauté ou en institution, qu'ils soient d'ordre préventif ou curatif, de réadaptation ou palliatif = **responsabilité système**

## 5.3 PROCESSUS D'INTÉGRATION

---

Pour ce chapitre, Nous nous référons au modèle conceptuel élaboré par le Professeur André-Pierre Contrandriopoulos et al<sup>46</sup>.

### 5.3.1 Domaines d'intégration

Le modèle identifie trois domaines (systèmes) à mettre en relation dans le cadre d'un processus d'intégration, à savoir un système de valeurs, un système de gouverne et un système clinique.

---

<sup>45</sup> Bélard D, Carbonneau M, Pagé L et al, *op. cit.*

<sup>46</sup> Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N et al, « Intégration des soins : dimensions et mises en œuvre », Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, Vol. 8, n°2, 2001, p. 38-52

- **Un système collectif de représentations et de valeurs**

C'est ce système qui fournit aux différents acteurs les éléments pour s'entendre sur une philosophie d'intervention, pour interagir dans un climat de confiance et pour évaluer positivement de façon réciproque leur travail. De même, ce système est nécessaire pour que la gouvernance commune et les différents projets cliniques soient reconnus comme légitimes.

- **Un système de gouverne ou gouvernance**

Le système de gouverne est formé d'un système de gestion et management, d'un système de financement et d'un système d'information. Le système de gouverne établit les modes de collaboration et de coopération, redéfinit les interactions et l'interdépendance des partenaires impliqués.

La littérature et internet offrent de nombreuses définitions de la gouvernance. Sur le site Wikipedia, la gouvernance d'entreprise est définie comme l'ensemble des organes et règles de décision, d'information et de surveillance permettant aux ayants droits et partenaires d'une institution, de voir leurs intérêts respectés et leurs voix entendues dans le fonctionnement de celle-ci.

Cependant, pour certains auteurs, la gouvernance des systèmes de santé intégrés diffère de la gestion d'entreprise (management) en ce sens qu'elle amène les citoyens, les experts et les représentants élus ou nommés à travailler ensemble à créer les politiques et à les mettre en œuvre.

- **Un système clinique**

Le système clinique est constitué, entre autres, des modalités de prise en charge des patients, des mécanismes d'accès aux soins et des règles de bonnes pratiques. Il doit assurer l'intégration des soins dans le temps, l'espace et entre les professionnels.

### 5.3.2 Dimensions de l'intégration

Pour les auteurs du modèle, les 3 domaines (systèmes) précités constituent l'espace dans lequel interagissent les acteurs (organisations) et dans lequel les efforts d'intégration vont se déployer, et ce autour de 5 dimensions : intégration des soins, intégration médicale, intégration fonctionnelle, intégration normative et intégration systémique.

- **L'intégration des soins et des services**

Fait référence à la coordination des prestations autour des problèmes de santé. L'intégration des soins et des services consiste à coordonner de façon durable les pratiques autour des problèmes de santé. Elle constitue la finalité recherchée du processus d'intégration.

Des stratégies doivent être développées pour favoriser la réussite du processus. Elles tournent notamment autour de la mise en œuvre d'outils et de mécanismes permettant d'assurer la continuité des soins et la coordination des prestations (liaison, suivi transverse, coordination par un gestionnaire de cas ou un intervenant pivot assumant la responsabilité de l'ensemble de la prise en charge, guidelines, disease management, gatekeeper, équipes pluridisciplinaires de 2<sup>ème</sup> ligne, ...).

- **L'intégration médicale**

Fait référence à la collaboration et à l'articulation des professionnels de la santé, notamment des médecins avec l'organisation ou le réseau. A la fois pierre angulaire et pierre d'achoppement, l'intégration de la médecine ambulatoire privée au processus doit être traitée spécifiquement. Certains facteurs de succès, tels que les garanties de l'autonomie décisionnelle, de la pratique libérale ou du rôle clé du MPR, ainsi que la mise en place d'incitatifs, doivent être pris en considération (sans oublier les modes de rémunération).

- **L'intégration fonctionnelle**

Fait référence au mode de fonctionnement de l'organisation et à la stratégie de gouvernance commune permettant d'assurer la prise de décision et la responsabilité de l'organisation. Elle vise l'articulation cohérente des systèmes de gestion, de financement et d'information. Elle implique, d'une part, des parties constituantes un engagement continu et une responsabilité conjointe et, d'autre part, de déterminer le degré d'autonomie que maintiendront ces parties constituantes<sup>47</sup>. Pour P. Schaller et J.-M. Gaspoz, il est important que chaque partenaire garde l'autonomie dans la conduite de ses activités à l'intérieur de son organisme. Par contre, les décisions prises par le réseau engagent les partenaires et des conséquences doivent exister pour ceux qui y dérogent.

Dans un article paru en 2009<sup>48</sup>, les Professeurs Colerette et Heberer, constatent, que malgré la « popularité » du concept « réseau », la littérature est relativement pauvre en termes de gouvernance et de gestion (management). Dans le cadre d'une étude exploratoire, relatée dans l'article précité et menée auprès de 6 organisations en réseau (3 dans le secteur de la santé et 3 dans d'autres secteurs), les auteurs relèvent que, pour tous les cas étudiés, une coordination structurée à trois niveaux semble nécessaire : **la gouvernance stratégique** (alignement des objectifs, accords et règles de fonctionnement de base, vision stratégique, ...), **la gestion opérationnelle** (communication, coordination des hiérarchies et des questions transverses, coordination entre les partenaires, ...), **la coordination des programmes** (protocoles et recommandations communes, réunions d'experts, comités cliniques, ...). Un 4<sup>ème</sup> niveau peut être mis en place, par une petite unité indépendante de coordination, afin de faciliter les relations au jour le jour, spécialement au niveau opérationnel, et d'assurer les relations publiques du réseau.

Il ressort aussi que **la gouvernance doit être collégiale et basée sur un mode de décision consensuel**. Les mécanismes mis en place devront favoriser l'implication des partenaires dans la prise de décision, le partage du pouvoir et le respect des règles. Un processus d'arbitrage devra également être déterminé.

Pour le Professeur Contandriopoulos, **« l'intégration fonctionnelle n'implique pas nécessairement une intégration structurelle des acteurs et des organisations. Des organisations peuvent conserver de larges marges d'autonomie tout en étant soumises à des incitations fortes pour coopérer »**.

- **L'intégration normative**

Fait référence à l'articulation cohérente entre, d'une part, le système collectif de représentation et de valeurs et, d'autre part, l'organisation intégrée souhaitée et le système clinique. La littérature montre que la présence d'un leadership fort est nécessaire pour porter la stratégie au sein de chaque partenaire et que le processus global doit être porté par des personnes influentes localement.

Il ressort également de la quasi-totalité des auteurs qu'une volonté de partenariat et une intention claire de développer des liens doivent être affichées, voire formalisées.

Enfin le sentiment d'appartenance au réseau intégré doit être développé pour remplacer la culture « institutionnelle », notamment en ce qui concerne le fonctionnement global du système.

- **L'intégration systémique**

Fait référence au cadre organisationnel sur lequel s'appuie le projet d'intégration. Fait également référence à la structure et aux mécanismes qui régissent les collaborations (ententes, partenariats, alliances, regroupements, fusions ...).

---

<sup>47</sup> Bélard D, Carbonneau M, Pagé L et al, *op. cit.*

<sup>48</sup> Colerette P, Heberer M, « Hospital networks : lessons from hospital and non hospital alliances », octobre 2009

Une intégration verticale, unie par une mission et des buts communs, semble offrir le meilleur potentiel de coordination et de continuité des prestations. Cependant, cette perspective ne fait pas consensus auprès des différents auteurs et, surtout, n'a jamais pu faire l'objet d'une pratique durable permettant son évaluation.

D'aucun préfère une intégration de type virtuel maintenant l'autonomie et le pouvoir de chacun des acteurs, lesquels coordonnent leurs actions afin d'offrir des services diversifiés et continus à la clientèle<sup>49</sup> (relations contractuelles). Ce type d'intégration peut comporter certains risques pour l'atteinte de certains objectifs fondamentaux du réseau (rupture du continuum, duplication des prestations, fragmentation du système de financement)<sup>50</sup>.

In fine, il est nécessaire de relever, et l'expérience le montre, qu'un projet clinique qui répond à la complexité et à l'incertitude des problèmes ne peut résulter que d'une simple entente entre professionnels ou organisations. Il soit d'appuyer sur un cadre organisationnel favorisant la coopération<sup>51</sup>.

## 5.4 EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

---

Les exemples décrits ci-après n'ont pas d'autre prétention que de donner un aperçu des réalisations ou des projets en cours dans le domaine, permettant d'ajouter quelques pièces à l'édifice de la réflexion.

### 5.4.1 Kaiser Permanente<sup>52/53</sup> (USA)

Kaiser Permanente est la plus ancienne et la plus importante organisation de soins intégrés, de type HMO, à but non lucratif des Etats-Unis. Elle a été fondée en 1945 par l'industriel Henry Kaiser, en collaboration avec le Dr. Sydney Garfield. Aujourd'hui, elle compte plus de 8.6 millions de membres dans 9 Etats.

Kaiser Permanente est un réseau de soins intégrés, organisé sous la forme d'un consortium regroupant une compagnie d'assurance (Kaiser Foundation Health Plan), une fondation d'hôpitaux (Kaiser Foundation Hospitals) et un large groupe de médecins indépendants (Permanente Medical Group). L'organisation n'emploie donc pas les médecins indépendants. Elle les contracte par l'intermédiaire des différents Permanente Medical Group et les rembourse sous forme de capitation (il peut en être de même avec certains hôpitaux de certaines régions des Etats-Unis). Les groupements des médecins indépendants ont la responsabilité de fournir et d'organiser les soins pour les membres (assurés) dans chacune des régions. Les médecins travaillent au sein d'équipes pluridisciplinaires.

L'organisation de Kaiser Permanente se caractérise par deux axes de développement prioritaires :

- **L'utilisation des technologies de l'information** pour contrôler les coûts, intégrer les soins, réduire le temps administratif et améliorer l'état de santé des membres/assurés (dossiers médicaux, information et conseils-santé aux assurés, consultation et échange entre professionnels, accès à des ressources cliniques, mise en commun des innovations, ...).
- **La promotion de la santé et la prévention** par les équipes de soins primaires qui insistent sur la prévention, la gestion de la maladie et l'intervention précoce. Des formations en communication sont données et des directives sont édictées concernant le suivi des activités de prévention. Kaiser Permanente offre également des séances d'informations régulières à ses membres et diffuse les messages de prévention par l'intermédiaire de son site internet, de bulletins ou l'accès gratuit à une ligne téléphonique. L'éducation thérapeutique du patient est ainsi un élément clé dans les stratégies.

---

<sup>49</sup> Fleury MJ, « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système socio-sanitaire », Revue Santé mentale au Québec, Editorial, Vol. 27, n° 2, 2002

<sup>50</sup> Bélard D, Carbonneau M, Pagé L et al, *op. cit.*

<sup>51</sup> Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N et al, *op. cit.*

<sup>52</sup> Slama-Chaudhry A et al; "Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente", Revue médicale Suisse, n° 172, 2008

<sup>53</sup> Le Goff P, Madore O, « Kaiser Permanente : portrait d'une organisation de soins de santé intégrés », Bibliothèque canada

Malgré les succès et la satisfaction affichés par l'organisation Kaiser Permanente<sup>54</sup>, le Managed Care à l'américaine peine à démontrer son efficacité<sup>55</sup>, même si son développement a favorisé la création d'outils tels que le disease management, le case management ou les protocoles de soins standards et a encouragé la prévention

#### 5.4.2 Le Managed Care en Suisse, à l'initiative des médecins

Le rapport « Médecine de premier recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud », déjà largement cité, recense et décrit les différentes expériences significatives menées en Suisse (chapitre 1.6) dans le domaine du Managed Care. Nous citerons ci-dessous deux exemples :

- **Le réseau « Eastcare »** (Thurgovie) : souvent cité en exemple, ce réseau regroupe en fait 7 réseaux et compte près de 300 médecins. Il y a 100'000 assurés et des contrats avec 23 assureurs. Eastcare négocie avec les assurances, récolte les données et fournit diverses aides (contrat, projet, établissement des budgets, assurance qualité, ...). Le cercle de qualité est la cheville ouvrière du réseau. Il s'en tient entre 8 et 15 annuellement.
- **Le réseau « Delta »** (Genève) : Il regroupe plus de 160 médecins, compte environ 60'000 assurés et contracte avec 12 assurances. La philosophie du réseau est basée sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins coordonnés. Il existe une charte du réseau qui stipule la gestion collective du budget, le système du gate-keeping, la nécessité d'une médecine de relation, la participation aux cercles de qualité, la circulation de l'information, le maintien du paiement à l'acte selon le tarif en vigueur. Depuis 2001, la capitation a été introduite. Elle est négociée avec chaque assurance sur la base d'une évaluation des morbidités qui peut varier selon l'assureur. L'assurance maladie anticipe une économie par rapport à un collectif à risque comparable hors réseau. Les éventuels bénéfices réalisés sont investis dans la formation continue, les cercles de qualité et des activités préventives hors LAMal. Selon les concepteurs, 1/3 des économies seraient des vraies économies réalisées par une meilleure efficacité grâce aux cercles de qualité.

#### 5.4.3 Cité génération & espace santé (Genève)

Basé sur les observations d'une articulation insuffisante entre les différentes structures de soins, d'une carence en structures d'hébergement intermédiaire, d'une fragmentation tant des prises en charge que du financement, le projet « Cité génération & espace santé » souhaite se placer au cœur d'un réseau de services de soins primaires à orientation thérapeutique et constituer ainsi un pivot régional du système de santé (réseau territorialisé axé sur la coordination des pratiques institutionnelles et professionnelles).

L'idée est de construire un centre intergénérationnel et plurifonctionnel au cœur d'une région de 60'000 habitants, en périphérie du canton de Genève, regroupant un centre de soins primaires ouvert 24/24h, un lieu d'hébergement de courts-séjours, des appartements médicalisés et d'autres services tels que crèche, restaurant et un centre de bien-être.

Le projet a l'ambition, entre autres aspects, de favoriser une coopération volontaire de l'ensemble des acteurs publics et privés, d'encourager le travail multidisciplinaire, de développer la coordination des soins au niveau régional, de contribuer au développement de l'enseignement et la recherche en médecine ambulatoire et d'organiser les prises en charge selon des programmes de soins.

#### 5.4.4 Le projet de santé et bien-être en Montérégie (Canada)<sup>56</sup>

Pour assurer à tous les citoyens l'accès équitable à des soins et à des services de qualité, la Loi canadienne sur les services de santé et sociaux propose un modèle d'organisation qui repose sur trois paliers de gouvernance et sur la complémentarité d'établissements regroupés en réseaux. Il s'agit des paliers central, régional et local.

<sup>54</sup> Aelony Y, Tschopp JM, « un grand réseau de soins médicaux intégrés : l'exemple de Kaiser Permanente en Californie. Témoignage d'un praticien », Revue Médicale Suisse, n° 99, 2007

<sup>55</sup> Widmer D, Bischoff T, *op. cit.*, p. 20-21

<sup>56</sup> Les textes sont extraits du site internet "Santé Montérégie Québec" : <http://www.santemonteregie.qc.ca>

Au palier central, on trouve le Ministère de la santé et des services sociaux. Au palier régional, l'Agence de la santé et des services sociaux est responsable de la coordination de la mise en place des services sur son territoire respectif. Au palier local, 11 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux regroupent l'ensemble des partenaires, dont font partie les médecins de famille, afin de partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire.

**Au cœur du réseau local de services**, on trouve 11 centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui sont l'assise d'une offre de services intégrée et qui assurent la responsabilité de la santé, l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services pour des populations variant de 25'000 à 245'000 personnes.

Les **centres de santé et de services sociaux (CSSS)** sont nés en 2004 de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH). Ces centres :

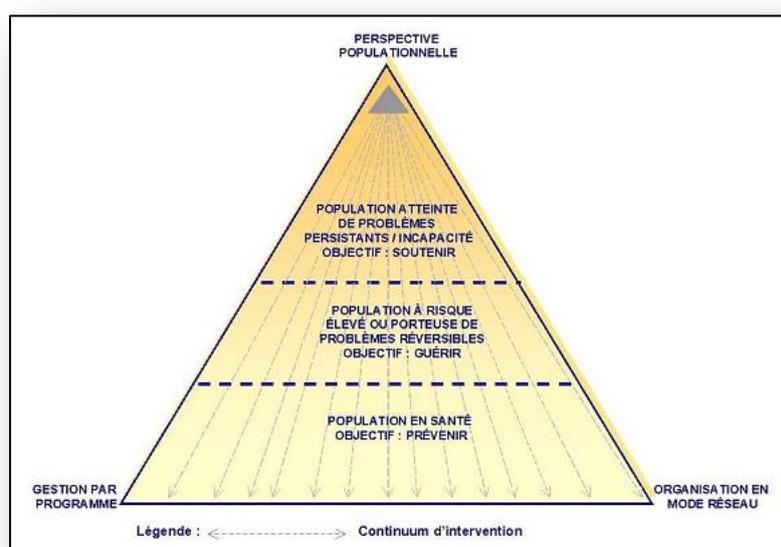
- assurent à la population d'un territoire local la prestation de services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement institutionnel public ;
- coordonnent les services offerts par l'ensemble des intervenants exerçant sur le territoire local ;
- offrent des services hospitaliers généraux et spécialisés (urgence, services ambulatoires, spécialités médicales locales et plateaux diagnostiques de base).

**La vision stratégique** développée dans le cadre du projet montréalais préconisait :

- une perspective populationnelle visant à répondre équitablement aux besoins des différents groupes qui composent la population
- une approche centrée sur la personne gérée par programme, intégrant un ensemble cohérent et équilibré d'interventions (prévention, dépistage, diagnostics de base et spécialisés, soins palliatifs, ...)
- une organisation en mode réseau caractérisée par l'autonomie des acteurs, l'interactivité, la collaboration et la coopération dans une optique de responsabilité partagée.

Des continuums d'interventions, permettant de réunir pour une problématique particulière un ensemble de prestations visant la prévention, la guérison ou le soutien des populations cibles, ont ainsi été développés pour traduire concrètement les trois approches préconisées.

**Fig. 19 : La vision au cœur du projet régional de la Montérégie<sup>57</sup>**



<sup>57</sup> 4<sup>ème</sup> colloque montréalais sur les réseaux locaux de services : le projet de santé et de bien-être de la Montérégie

## 5.5 LIMITES D'UNE ORGANISATION INTÉGRÉE

Les limites d'une organisation intégrée dans le secteur de la santé n'ont pas pu être démontrées, ni la preuve de son efficacité d'ailleurs, pour la simple et bonne raison qu'il existe peu d'expériences qui ont pu être réalisées concrètement sur le terrain, dans un territoire défini.

Au-delà de celles propres aux acteurs de santé ou que ceux-ci veulent bien instaurer collectivement, l'intégration a-t-elle vraiment des limites ? Doit-elle seulement en avoir ou justement ne doit-elle pas garder toute liberté sachant que c'est avant tout une affaire de regroupement de forces ou de compétences entre des gens ou des institutions qui partagent une vision ou un intérêt collectif ?

Les sceptiques pourront toujours se raccrocher au fait que la preuve d'efficacité n'est pas démontrée, que la complexité d'un dispositif intégré ne représentera qu'une lourdeur administrative supplémentaire freinant, d'une part, les initiatives personnelles et limitant, d'autre part, l'autonomie des acteurs.

Les convaincus, au contraire, s'appuieront sur les expériences en cours ou sur la littérature foisonnante en éléments conceptuels démontrant les plus-values d'un processus intégratif pour la qualité et la continuité des soins.

S'il semble clair qu'une organisation intégrée n'est pas un remède à tous les maux, il est aussi évident que l'organisation fragmentée ne favorise pas une approche cohérente de la complexité, ni une coordination des actions en faveur de la santé.

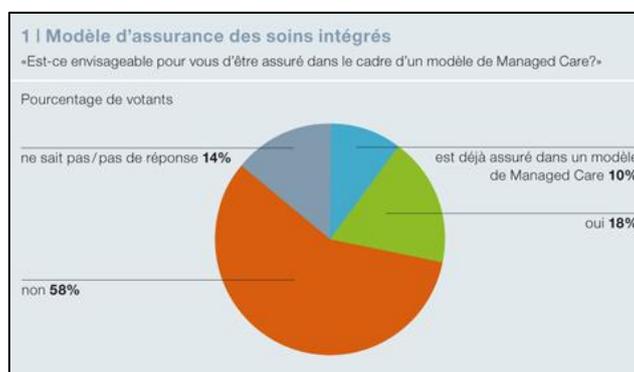
Qui a tort, qui a raison ? Faut-il avoir tort ou avoir raison ? Ne vaut-il pas mieux s'interroger sur les éléments qui rassemblent les sceptiques et les convaincus, à savoir, par exemple, que l'organisation actuelle du système de santé a atteint ses limites face aux enjeux futurs tels que décrits dans les chapitres 2 et 3 ?

« *Les problèmes importants auxquels nous sommes confrontés ne peuvent pas être résolus avec les habitudes de pensée qui ont été à l'origine de leur apparition* ». Cette citation d'Albert Einstein résume à elle seule le besoin d'évoluer, de changer, de repousser les limites connues pour inventer de nouvelles réponses aux nouveaux défis qui se présentent devant les acteurs de la santé.

Certes, la prudence et la vigilance doivent rester de mise car elles permettent de se questionner et de jalonner le chemin. Le système de santé compte parmi les plus complexes. Toute démarche de réorganisation devra donc s'inscrire dans une logique de complexité et surtout de gestion de changement. Une non prise en compte de ces éléments risque d'être un facteur important d'échec.

**Et le citoyen dans tout cela ? Sceptique ou convaincu ?** Une récente enquête menée par l'institut gfs.bern<sup>58</sup> auprès de 1'200 personnes montre que les Suisses ont encore une attitude prudente face au Managed Care (sous la forme actuelle d'un modèle d'assurance). Qu'en serait-il d'une organisation régionale intégrée ?

**Fig. 20 : Les Suisses face au Managed Care**



Source: gfs.berne, Moniteur de la santé 2010 (N = 1200)

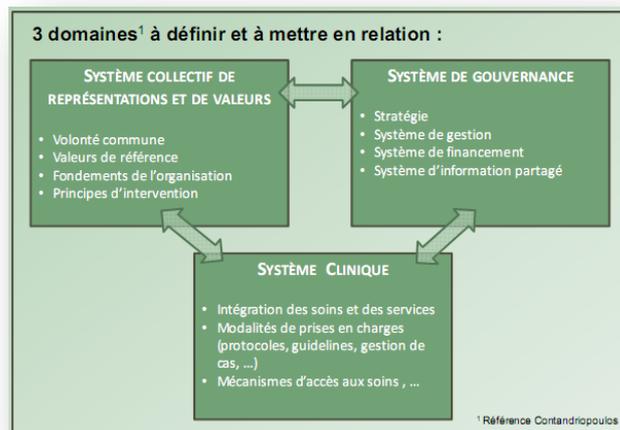
<sup>58</sup> Institut Gfs.bern : institut actif dans le domaine de la recherche au moyen de sondage

## 6. MODÈLE RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE INTÉGRÉE

Le modèle présenté ci-après correspond aux discussions et aux orientations émises par le comité de pilotage de l'étude. Il s'agit d'un modèle conceptuel. Son développement devrait se réaliser par étape et sera repris dans le cadre du chapitre « Propositions pour un projet-pilote », lequel projet devrait permettre de consolider, affiner ou adapter les éléments de base décrits.

Le modèle prend en considération les différents éléments contenus dans les chapitres précédents. Il vise à définir et mettre en relation les 3 domaines identifiés par le Prof. Contandriopoulos et al. (cf. chapitre 5.3).

Fig. 21



### 6.1 RAPPEL DE LA VOLONTÉ COMMUNE

Comme indiqué précédemment, **le modèle se base sur une volonté d'intégration verticale**, comprenant un ensemble de partenaires interdépendants et complémentaires qui souhaitent s'organiser, sur une base volontaire, pour assurer un continuum de services coordonnés à la population desservie par le Réseau Nord Broye, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de cette population.

La démarche souhaitée s'inscrit **dans une logique adaptative** au contexte sociétal de la santé et à l'évolution des besoins en soins de la population. Elle suppose néanmoins **un leadership fort, une vision commune et un engagement clair des directions des institutions**, car ce type d'intention peut être facilement déprécié face aux inconvénients supposés (perte d'autonomie, perception de complications de fonctionnement, bénéfice de l'intégration difficile à mesurer à priori, ...)

Cette volonté commune doit se traduire par une délégation de certaines compétences décisionnelles et de gestion au profit du projet collectif (⇒ mandat des institutions à la nouvelle organisation).

### 6.2 OBJECTIFS DU MODÈLE

L'organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée doit permettre et garantir :

- L'accessibilité des prestations à l'ensemble de la population
- La continuité des prestations, notamment pour les besoins complexes ou liés aux maladies chroniques
- La complémentarité des prestations, en évitant la redondance des interventions
- La qualité des prestations et la satisfaction des usagers
- L'efficacité de gestion.

En d'autres termes, à ressources constantes, l'organisation devra être capable de fournir des prestations supplémentaires ou complémentaires utiles à la population.

## 6.3 SYSTÈME COLLECTIF DE REPRÉSENTATIONS ET DE VALEURS

---

### 6.3.1 Valeurs de références

La mise en place de toute organisation, intégrée ou non, s'appuie sur un système de valeurs partagées par l'ensemble des acteurs (décideurs politiques, gestionnaires, professionnels de la santé, communauté, ...). Le modèle développé dans le cadre de cette étude se base sur les 4 valeurs de référence contenues dans la stratégie de l'OMS « Vers l'unité pour la santé »<sup>59</sup> :

**Qualité** : Le maintien et l'amélioration de l'état de santé individuel est le fondement d'une organisation sanitaire. La qualité peut être définie comme l'aptitude à fournir des réponses satisfaisantes et adaptées aux problèmes de santé d'une personne

**Équité** : Toute personne du territoire desservi doit avoir un accès garanti aux services de santé appropriés

**Pertinence** : Utilisation rationnelle et adéquate des ressources pour répondre aux besoins prioritaires de la population permettant de garantir à la fois la qualité et l'équité

**Efficience** : Favoriser le meilleur usage des ressources disponibles pour dispenser un service donné (coût-efficacité)

Une 5<sup>ème</sup> valeur de référence est intégrée, laquelle doit être interrogée tout au long des réflexions :

**Liberté de choix** : Toute personne du territoire desservi a le libre choix de son praticien et de son établissement de santé

### 6.3.2 Principes fondateurs

En complément aux valeurs de référence, il est nécessaire de définir les principes fondateurs qui régissent l'approche de la santé voulue par l'organisation. Aucune volonté normative n'est sous-entendue par ces principes. Ils constituent une base de référence « philosophique » des modèles d'intervention et de collaboration, permettant de répondre au contexte démographique et épidémiologique identifié.

**Approche centrée sur la personne** : nous visons le maintien, au centre de nos préoccupations, de la personne avec ses besoins en soins. La réponse en soins doit être adaptée à ces besoins, tout en favorisant la responsabilisation, la promotion de la santé et la prévention.

**Approche populationnelle** : nous visons la responsabilité populationnelle, à savoir la couverture et l'accessibilité des services de santé en fonction des besoins de la population.

**Approche communautaire** : nous visons la participation active de la population cible, l'articulation des services de santé avec la communauté et la prise en compte des facteurs environnementaux.

**Approche basée sur les soins primaires** : nous visons l'intégration et le renforcement de soins primaires, lesquels doivent répondre aux besoins de base de la population et permettre l'articulation avec les soins de niveau secondaire et tertiaire.

**Approche basée sur le modèle fonctionnel de l'OMS et des niveaux de prévention** : nous visons par cette approche le renforcement des actions de prévention, notamment secondaire et tertiaire, permettant de retarder ou limiter les conséquences des maladies chroniques ou dégénératives.

**Approche basée sur la gestion intégrée des soins** : nous visons la valorisation des mécanismes de liaison entre partenaires, la coordination et la continuité des prestations (ex : case management). Elle peut s'articuler avec des guidelines ou des modèles de prise en charge des maladies (ex : disease management). Elle favorise le suivi de la clientèle avec des besoins complexes ou multiples.

---

<sup>59</sup> Boelen C, *op. cit.*

## 6.4 SYSTÈME DE GOUVERNE

### 6.4.1 Organisation

Le regroupement des différents partenaires en une organisation intégrée doit rendre le dispositif global plus cohérent, tout en respectant les domaines de compétences des partenaires (prestations = corps métier) et en favorisant le déploiement de stratégies, d'actions ou de services transverses. Il doit également favoriser la responsabilité commune au profit du projet collectif.

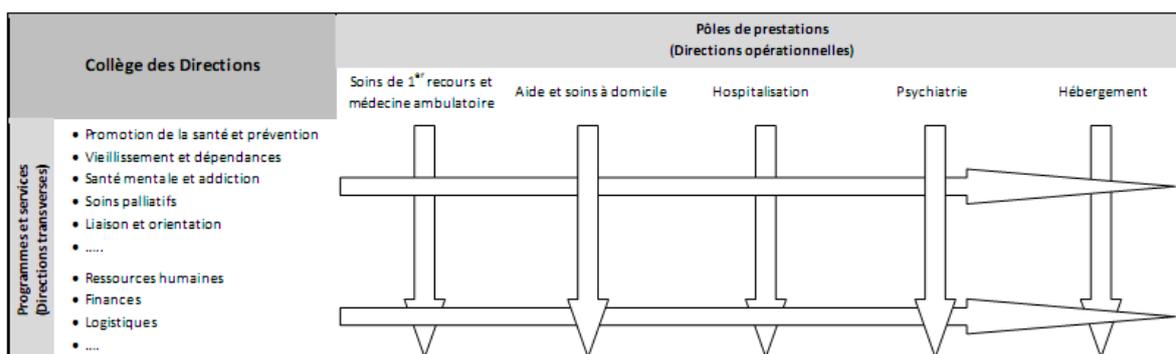
Le comité de pilotage se base sur une structure organisationnelle matricielle permettant de mettre l'accent tant sur les activités opérationnelles (les produits = les prestations) que sur les activités transverses (les processus = programmes de soins, coordination, protocoles, fonctions supports, ...). Cinq pôles de prestations ont été identifiés, correspondant à la mise en œuvre actuelle des soins primaires et secondaires dans notre région. La structuration matricielle proposée est ainsi la suivante :

#### 1. 5 pôles de prestations, soins primaires et secondaires

-  Soins de 1<sup>er</sup> recours et médecine ambulatoire (médecins, pharmaciens, indépendants, ...)
-  Aide et soins à domicile ou ambulatoires
-  Hospitalisation (soins stationnaires aigus, suite de traitement, réadaptation)
-  Psychiatrie
-  Hébergement médico-social

#### 2. Programmes et services transverses

- Programmes : gestion intégrée des soins, coordination
- Services : supports



### 6.4.2 Compétences de l'organisation :

**A terme**, l'organisation régionale aura comme principales compétences de :

- Déterminer les objectifs stratégiques de la région
- Assurer la couverture régionale des besoins sanitaires de la population (planification – responsabilité populationnelle)
- Gérer l'enveloppe budgétaire régionale (voir le point 6.4.5)
- Mettre en œuvre et piloter :
  - les pôles de prestations
  - les programmes transverses
  - les services transverses
- Définir les modalités de collaboration avec les partenaires :
  - Lien entre l'organisation et les institutions/partenaires autonomes
  - Lien entre l'organisation et les instances cantonales (Etat, Département Psychiatrie, Faïtiers, CHUV)
- Mettre en œuvre un système d'information permettant l'échange des données pertinentes à la prise en charge des usagers et le monitoring du système.

### 6.4.3 Système de gestion

En référence aux travaux de recherche des Professeurs Collerette et Heberer, la proposition est de structurer la gouvernance à 4 niveaux, en fonction de la structure matricielle précitée :

#### 1. La gouvernance stratégique

Il s'agit du collège des directions des pôles de prestations et des programmes/services transverses. Il peut être complété par des représentants des communes et de l'Etat. Il garantit l'autonomie dans la conduite des activités internes des institutions partenaires.

Compétences : Alignements des objectifs, accords et règles de fonctionnement, vision stratégique, coordination externe avec les partenaires, les assurances et le canton

#### 2. Les directions opérationnelles

Il s'agit des instances dirigeantes des pôles de prestations.

Compétences : Mise en œuvre opérationnelle des prestations, coordination interne (inter-pôle)

#### 3. Les directions transverses (coordination)

Il s'agit des instances dirigeantes des programmes et services transverses.

Compétences: Mise en œuvre des processus transverses favorisant la coordination et l'intégration des soins et des services supports auprès des différents pôles de prestations

#### 4. L'unité de coordination

Cette unité est « hors hiérarchie fonctionnelle ». Elle est composée d'une représentation par membre de l'organisation.

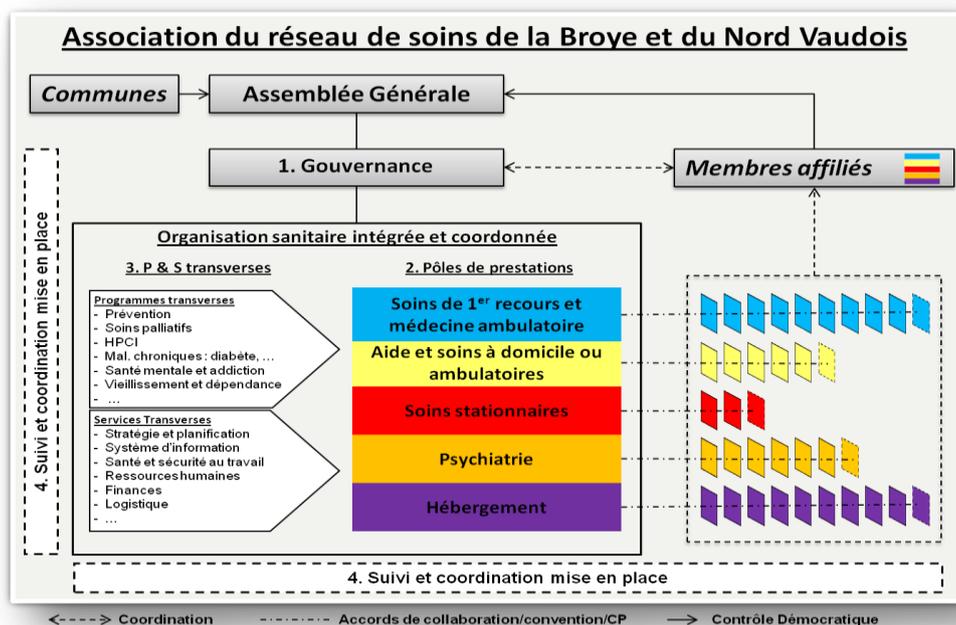
Compétences : Coordination du développement de l'organisation, lien au quotidien, facilitateurs de relations entre les différentes instances internes et externes de l'organisation

### 6.4.4 Organigramme général

A terme, le RNB devrait compter :

- une organisation intégrée, regroupant un ensemble de partenaires, responsable du système sanitaire régional (cf. les compétences énoncées sous le point 6.4.2),
- des membres affiliés « autonomes » dont les collaborations seraient régies par des formes contractuelles.

Fig. 22 : Organigramme général à terme



#### 6.4.5 Le système de financement

Pour assumer pleinement son rôle novateur ou sa mission de responsabilité populationnelle, il sera nécessaire d'y associer, à terme, la responsabilité budgétaire. Or celle-ci, comme exprimé dans le chapitre 3.8, ne pourra plus être basée sur un financement fragmenté par catégorie de prestations. Le financement devra couvrir l'ensemble de la chaîne des soins/prestations, que cela soit pour la part à charge des assurances ou pour la part à charge de l'Etat.

La responsabilité budgétaire n'a pas pour objectif de centraliser les flux financiers et ne devrait pas alourdir les procédures administratives. **Elle vise, qu'elle soit sous forme de capitation par les assurances ou sous forme d'enveloppe globale par l'Etat, la responsabilité partenariale, la transparence et l'allocation des ressources en fonction des besoins.** Elle ne nécessite pas pour autant une modification des règles actuelles de financement, de tarification ou de facturation en vigueur.

En effet, la capitation ou l'enveloppe globale peut prendre la forme d'une cible budgétaire négociée prospectivement en fonction de la population desservie. En fin d'exercice, les recettes réalisées consécutivement aux prestations fournies, dans le respect des structures tarifaires et des tarifs, fond l'objet d'un décompte et sont comparés à la cible négociées. L'écart positif ou négatif est réglé en fonction des engagements arrêtés par conventions tarifaires ou par contrats de prestations.

### 6.5 SYSTÈME CLINIQUE

---

#### 6.5.1 Prestations (couverture des besoins)

La mise en œuvre des prestations doit répondre aux besoins prioritaires de santé d'une population dans un territoire défini. La composition des prestations requises peut se faire selon différentes approches<sup>60</sup>. Une option consiste à se référer aux étapes du processus de la maladie, en incluant les services de promotion, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation. Une autre démarche serait de se référer au cycle de la vie en ciblant différentes périodes. Quant à l'approche épidémiologique, elle se focalise sur les maladies prévalentes, les handicaps ou les groupes à risques. Enfin, la sélection des services peut aussi s'inspirer des fonctions essentielles de la santé publique.

Il appartient au Canton de définir la politique sanitaire et de s'assurer de la juste distribution des soins dans l'ensemble des régions, en combinant les éléments issus de ces différentes approches.

Le développement d'une organisation régionale intégrée doit permettre, de son côté, un déploiement et une déclinaison efficaces des services et des prestations de proximité couvrant l'ensemble de la chaîne de soins primaires et secondaires, pour l'ensemble de la population.

Le système clinique devra ainsi s'appuyer sur une organisation de soins primaires forte centrée sur la communauté, garantissant un accès équitable aux soins et la continuité de ceux-ci, tout en favorisant le déploiement de pratiques dans les domaines de la prévention et de l'éducation thérapeutique par exemple.

**L'évolution devra amener les soins primaires, et notamment les MPR, à jouer un rôle croissant en tant que pivot du système de santé, afin d'optimiser son efficacité** (régulation de l'offre par exemple). Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a écrit dans un éditorial<sup>61</sup>: *« Avant toute chose, les soins de santé primaires offrent le moyen d'organiser la gamme complète des soins, du foyer à l'hôpital, en donnant autant d'importance à la prévention qu'à la guérison et en investissant les ressources de manière rationnelle aux différents niveaux de soins ».*

Enfin, le degré de spécialisation nécessaire à la couverture des besoins régionaux, ainsi que les interfaces et les articulations avec les soins tertiaires déployés au niveau cantonal, devront être précisés.

---

<sup>60</sup> Boelen C, *op. cit.*

<sup>61</sup> Samarasekera U., « Margaret Chan's vision for WHO », *Lancet*, juin 2007, 369(9577), p. 1915-6.

### 6.5.2 Coordination et intégration des soins

Comme développé à diverses reprises dans le cadre de ce rapport, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge passera, à l'avenir, notamment par une meilleure coordination des soins.

La mise en œuvre de **programmes de soins visant une approche globale** (vieillesse et dépendance, santé mentale et addictions, promotion de la santé et prévention, ...) **ou une approche plus ciblée** (diabète, soins palliatifs, ...) est un des moyens préconisé pour atteindre cet objectif. Ces programmes permettent en effet de traduire, au niveau opérationnel, la volonté d'assurer la continuité et la cohérence des interventions tout au long de la chaîne des soins.

La structure matricielle proposée par le comité de pilotage (cf. point 6.4.1) souhaite justement inscrire ces programmes dans une approche transverse par processus, favorisant leur intégration auprès chaque pôle de prestations de l'organisation. **L'interdépendance entre les fournisseurs de soins prendra ainsi sens dans un continuum d'actions coordonnées en elles.**

Ces programmes devront être accompagnés d'autres initiatives facilitant la coordination et l'intégration des soins sur le terrain. Des démarches devront, par exemple, être réalisées dans les domaines suivants (liste non exhaustive) :

- Développement d'outils d'aide à la décision, tels que les protocoles de traitement (médication), les guidelines, les grilles d'évaluation commune, ...
- Renforcement et consolidation du dispositif d'orientation-liaison, favorisant l'utilisation rationnelle des ressources
- Gestion de cas, permettant d'assurer le suivi longitudinal et la coordination de la prise en charge des patients à risque ou en situation complexe
- Déploiement d'équipes pluridisciplinaires de 2<sup>ème</sup> ligne, favorisant l'évaluation complémentaire, l'aide, les conseils et le soutien dans les situations difficiles ou fragiles
- Déploiement de « cercles de qualité » entre pairs ou interdisciplinaires, favorisant l'échange et l'harmonisation des pratiques, tout en assurant une mission de formation continue
- Utilisation des technologies de l'information permettant la transmission de données pertinentes pour le suivi de la clientèle.

*« Nous appelons impossible ce qui n'a jamais été tenté. »*

*Alexis de Tocqueville*

---

## 7. IMPLICATIONS ET POSITION DES PARTENAIRES FACE AU MODÈLE

Quels seraient les impacts et les implications d'une organisation intégrée sur les partenaires, tant au niveau régional qu'au niveau cantonal ? La mise en œuvre du modèle est-elle réalisable ?

Ce chapitre résume les différents entretiens et réflexions qui ont été réalisés durant l'étude.

---

### 7.1 LES PARTENAIRES RÉGIONAUX

#### 7.1.1 Membres affiliés

Ce sont les partenaires concernés prioritairement par la démarche. Rassemblés autour de 6 groupes dans l'organisation actuelle, ils couvrent une partie importante de la chaîne de soins et constituent les organes tant législatifs qu'exécutifs du réseau de soins (les communes qui forment le 7<sup>ème</sup> groupe seront abordées dans le point 7.1.3). La réorganisation du système sanitaire régional proposé supposera non seulement un changement de paradigme tel que décrit dans cette étude, mais également une modification du rôle des membres affiliés au sein du réseau et une reconsidération des modalités de coopération entre eux.

Si le maintien de l'autonomie de gestion des activités internes aux institutions doit être préservé et fait partie des conditions de réussite du processus d'intégration, la délégation de compétences, la reconnaissance d'une interdépendance, les intérêts collectifs plutôt qu'individuels, la logique « réseau » plutôt que la logique « établissement » ou la responsabilité commune sont autant d'éléments clés devant aboutir à de nouveaux modes de faire et à de nouvelles formes de collaborations.

Chaque maillon de la chaîne des soins est important et chaque maillon doit s'imbriquer harmonieusement et judicieusement avec son voisin afin d'obtenir la meilleure force possible pour garantir l'efficacité de l'action. « Une chaîne n'est pas plus forte que son maillon le plus faible ». Chaque intention individuelle doit ainsi s'articuler dans une intention collective et chaque intention collective doit pouvoir s'articuler avec une intention individuelle.

**Un rapprochement doit donc se réaliser et ce rapprochement implique d'être prêt à renoncer à une partie de son autonomie et de son autorité au profit du projet commun.** Si les modalités pratiques doivent être construites dans le cadre du projet, le modèle propose que le pilotage de l'organisation soit confié à un collègue des directions des institutions regroupées. « L'autorité » opérationnelle se déclinerait autour de 5 pôles de prestations et des programmes transverses, lesquels auraient la responsabilité d'assurer les mises en œuvre cohérentes sur le territoire déterminé.

Qu'en est-il de la position des membres ?

#### **Un 1<sup>er</sup> noyau :**

Six institutions ont déjà clairement mentionné leur volonté d'effectuer ce rapprochement. Il s'agit de l'ASPMAD, des eHnv (avec les divisions C et les EMS gérés par eux), du SPN, de l'EMS La Veillée, de la Fondation des Jardins de la Plaine et de la Fondation Mont Riant. D'autres institutions se disent prêtes à collaborer étroitement dans le cadre du futur projet-pilote. Il s'agit notamment de l'EMS Cottier Boys et de la future fondation Prérisa, lesquelles se prononceront sur la base du présent rapport.

Concernant plus particulièrement le CSSC, il se prononcera après les résultats du rapport intermédiaire lequel devrait comporter notamment une évaluation des indicateurs de coûts et de pertinence du modèle, ainsi que du mode de fonctionnement. A ce titre, il participera en tant qu'observateur au futur projet-pilote régional. Par ailleurs, le Conseil d'administration a émis l'intention, en associant pleinement le Réseau Nord Broye, de développer et financer un projet pilote local dont les objectifs seraient d'expérimenter, à plus petite échelle, les hypothèses d'enveloppe budgétaire ou de gestion intégrée local et de proposer des modèles assurant la couverture des besoins des régions excentrées.

## **Le groupe des Etablissements médico-sociaux :**

Les autres EMS ont décidé, à une « quasi unanimité » de ne pas adhérer au projet à ce stade (16 septembre 2010) et de proposer que l'AVDEMS puisse accompagner le groupe en cas de développement du projet. Cinq points ont été relevés pour argumenter leur position : 1) le mode de travail ne favorise pas la participation active des délégués, 2) le projet conduira à un amoindrissement des responsabilités des directeurs, ces derniers ne souhaitant pas déléguer leurs tâches, 3) la perspective de fusions est refusée en bloc, tout comme le principe d'enveloppe budgétaire, 4) aucune étude n'a été effectuée pour démontrer scientifiquement la plus-value des réseaux intégrés pour les résidents, 5) le regret que la validation finale du projet ne soit pas votée en Assemblée Générale.

## **La corporation médicale**

Approchés lors d'une rencontre d'information, les médecins se montrent encore très hésitants face au développement d'une organisation intégrée ou plus généralement face au Managed Care. Le rapport réalisé par les Drs Widmer et Bischoff, préalablement cité, donne des éléments plus détaillés concernant la position des médecins sur ce dernier point, laquelle semble différente qu'ils soient de l'ancienne ou de la nouvelle génération !

Néanmoins, des opportunités se dessinent actuellement autour de la constitution d'une association unifiée des médecins du Nord vaudois (hors Broye) : l'AMENOV. Celle-ci pourrait devenir l'interlocuteur de l'organisation et déléguer son représentant au sein du collège de directions. Elle pourrait devenir le point d'ancrage régional de la coordination des actions en lien avec les médecins, que cela soit autour des problèmes de la garde, de la pénurie de médecins ou de la constitution des cercles de qualité mono ou pluridisciplinaires.

## **Les partenaires de la Broye**

Associés aux travaux, au même titre que l'ensemble des membres du RNB, les partenaires de la Broye ont suivi l'évolution de la démarche avec un intérêt particulier. En effet, depuis plusieurs années, l'orientation régionale tend vers une démarche inter-cantonale, avec une volonté claire des acteurs régionaux d'unifier leurs efforts de manière à assurer une réponse cohérente aux besoins pour la population vaudoise et fribourgeoise. Le RNB préside, à ce titre, une plateforme de réflexion dans la Broye

La « Broye » est ainsi un observateur attentif, compte tenu qu'une organisation intégrée s'inscrit dans un objectif de responsabilité populationnelle dans un territoire défini, correspondant à un espace approprié symboliquement et administrativement par une population. La « Broye » pourrait, dans ce contexte, être séduit par une telle expérience dans sa région, en synergie tant avec l'organisation du Nord vaudois qu'avec l'organisation du canton de Fribourg.

Cette perspective n'empêche pas dans l'intermédiaire les volontés des partenaires institutionnels de participer à l'élaboration du modèle dans le Nord vaudois.

### **7.1.2 Membres associés**

Bien que les membres associés soient surtout représentés au sein du RNB par les foyers socio-éducatifs et les homes non médicalisés, ils peuvent aussi concerner les pharmacies ou tout autre acteur indépendant. Le RNB a d'ailleurs reçu dernièrement des demandes d'affiliation de la part des infirmiers ou infirmières indépendants. Pour rappel, ils ont une voix consultative dans l'organisation actuelle.

A ce stade de l'étude, aucune approche concrète n'a été effectuée auprès des membres associés ou des représentants d'associations indépendantes. Par contre, dans le cadre d'une organisation intégrée, leur rôle pourrait être développé et une action spécifique devra être envisagée en cas de développement du projet. Ils représentent en effet un des maillons de la chaîne de soins, que cela soit au niveau de la santé mentale (foyers socio-éducatifs par exemple) ou des soins de 1<sup>er</sup> recours (pharmacies par exemple), et leur intégration dans les pôles de prestations ou dans les processus transverses s'avère pertinente. Des modalités de collaboration devront être définies spécifiant les engagements et les attentes réciproques.

### 7.1.3 Communes

Depuis l'adoption de la loi sur les réseaux le 31 janvier 2007, les communes représentent le 7<sup>ème</sup> groupe des membres affiliés de l'Assemblée Générale du RNB. Elles sont actuellement au nombre de 162 et leur appartenance au RNB correspond au découpage géographique déterminé par la directive du Chef de Département de la santé et de l'action sociale du 25 février 2007. Cette directive comporte des zones de dérogations arrivant à échéance le 30 juin 2012. Pour rappel, la première intention était de faire correspondre le découpage des réseaux au nouveau découpage des districts. Or certaines communes, dont la majorité de celles de l'ancien district de Cossonay, avaient demandé de maintenir une appartenance à leur ancien réseau, en l'occurrence le RNB, notamment pour des raisons liées à l'aide et les soins à domicile et au site hospitalier de St-Loup.

Compte tenu de l'échéance prochaine de la dérogation et du contexte de l'étude menée dans le RNB, qui fait référence à la notion de réseau territorialisé, le Chef du Département a demandé que les communes puissent communiquer leur volonté à l'échéance de la directive afin d'anticiper les éventuelles implications. L'annexe 2 rend compte de l'expression des différentes volontés, lesquelles se sont exprimées en grande partie pour un maintien dans le RNB.

Hormis dans le cadre de l'aide et les soins à domicile, et bien que membres d'un certain nombre d'institutions sanitaires, les communes ne sont actuellement pas directement concernées par la mise en œuvre de l'offre sanitaire sur leur territoire. Le projet d'organisation intégrée avec une responsabilité populationnelle peut changer cette situation. Elles seront en effet, en tant que membre affilié au réseau et au même titre que les autres partenaires, intéressées par les délégations de compétences de l'Etat à l'organisation et donc par la distribution des soins dans leur région.

## 7.2 LES INSTITUTIONS CANTONALES

---

Les partenaires ont été rencontrés individuellement et réunis dans le cadre d'une séance de coordination cantonale. Les positions communiquées ci-dessous ont été validées par les personnes concernées.

### 7.2.1 AVASAD

L'AVASAD, par sa Direction, soutient un éventuel développement de projet mais relève le paradoxe : d'une part, suite à la nouvelle loi sur l'aide et les soins à domicile voulue par le DSAS, la politique d'aide et soins à domicile est réalisée dans un esprit d'harmonisation cantonale et, d'autre part, une réflexion régionale incluant les prestations d'aide et soins à domicile est encouragée par le DSAS. Bien que la concordance des deux systèmes ne soit pas impossible, la Direction de l'AVASAD mentionne qu'il faudra rester attentif à la distribution équitable des prestations de base. Un cadre cantonal est souhaité.

La Direction est consciente que les frontières entre les institutions doivent diminuer et que de nouvelles dynamiques doivent être instaurées, notamment entre les soins à domicile et l'hôpital (délais d'intervention raccourcis pour les sorties hospitalières) et entre les soins à domicile et les médecins (suivi de la clientèle à « bas bruit », ou de la clientèle « hors standard » de prise en charge). La rencontre des besoins des partenaires porte tout son sens dans le contexte actuel, mais il est rappelé qu'elle doit aller dans les 2 voies.

L'introduction de la notion de Managed Care dans le cadre de la révision de la LAMal interroge également l'AVASAD. Des médecins devenus responsables budgétaires seront-ils amenés à remettre en question la prise en charge par les centres médico-sociaux, voire à engager d'autres prestataires (infirmières) ? Une organisation régionale avec cette responsabilité budgétaire serait-elle mieux à même de réguler ces difficultés potentielles ?

Dans le cas d'un futur projet régional, une réflexion devra être apportée quant à l'autonomie nécessaire de l'ASPMAD pour jouer pleinement son rôle auprès des partenaires, notamment au niveau financier. La Direction de l'AVASAD rappelle que le financement actuel de l'aide et soins à domicile est basé sur un principe de solidarité tant canton/communes que intercommunal (participation communale calculée en Francs/habitant, la même pour toutes les communes) et ne prévoit pas de différenciation entre régions pour les communes.

### 7.2.2 AVDEMS

L'AVDEMS regrette vivement de ne pas avoir été intégrée dès le commencement de ce projet, elle l'a fait savoir au chef de département et au secrétaire général du réseau RNB. L'un et l'autre ont confirmé que l'association pourrait pleinement faire partie du projet. Malheureusement, l'AVDEMS estime qu'elle a été intégrée marginalement (*Note de l'auteur : L'AVDEMS a été associée aux travaux de la même manière que les autres associations faitières*). N'ayant pu participer au projet, l'association a pris une position sur les établissements de soins intégrés au travers de la consultation officielle sur la LPFES. Cette position a été prise à l'unanimité des membres AVDEMS présents lors de la consultation interne à l'association. En conclusion, l'AVDEMS est opposée au modèle d'établissements de soins intégrés. Par contre l'AVDEMS soutient et collabore activement avec les réseaux de soins, sous leur forme actuelle et entend développer un contre-projet au modèle du RNB.

Par ailleurs, les établissements médico-sociaux du Nord vaudois ont confirmé à la quasi unanimité leur refus du modèle de réseaux de soins intégrés, tel que présenté, pour leur région et souhaitent que leurs associations faitières puissent représenter leurs intérêts dans la suite du processus du projet au travers de la plateforme de coordination cantonale entre autres.

### 7.2.3 CHUV / DP

Pour la Direction Générale du CHUV, la vision de la région doit être exprimée clairement. Si l'objectif est une organisation sanitaire intégrée, celui-ci doit être défini et doit représenter la cible à atteindre ou à expérimenter. Même si des étapes pour une évolution progressive sont nécessaires, il est important de « ne pas rester au bord de la piscine » ! Dans un tel contexte, la Direction générale est prête à étudier les modalités permettant au Secteur Psychiatrique Nord de bénéficier de l'autonomie nécessaire pour être un acteur actif dans le processus d'intégration.

Le Département de Psychiatrie rappelle que le projet, s'il se développe, devra se réaliser en parfaite collaboration et en coordination avec l'opération triptyque, qui vise notamment à harmoniser les pratiques, à favoriser une équité cantonale des développements, des actions et des prestations prévus dans le cadre du plan de santé mentale, à renforcer les liens académiques entre les secteurs et à créer une culture commune autour du Département de Psychiatrie. Sur un plan conceptuel, cette démarche est plutôt horizontale, alors que le processus dans le RNB est plutôt vertical. A l'instar de l'aide et des soins à domicile, ces démarches ne sont pas antinomiques, elles ont des objectifs différents, qu'il s'agit d'articuler adéquatement entre eux. La capacité des dirigeants, tant du DP, du secteur que du réseau, de favoriser le « maillage » entre les deux approches sera déterminante et permettra à l'ensemble des professionnels du SPN de maintenir une double appartenance, évitant ainsi un « grand écart » permanent.

La Direction Générale insiste enfin pour que, tant au niveau somatique que psychiatrique, les articulations des collaborations, des prises en charge et des flux « patients » avec le niveau tertiaire soient réfléchies et « intégrées » au processus dans un même esprit de continuité que la démarche régionale.

### 7.2.4 CORES

La CORES est l'instance de coordination des réseaux de soins. Elle n'a pas de forme juridique, mais elle est instituée par la loi sur les réseaux du 30 janvier 2007. Composée des secrétaires généraux et des présidents des réseaux, elle veille à l'harmonie et à l'équité des développements des programmes dans les régions, traite les dossiers cantonaux et représente les réseaux dans les commissions ou comités de pilotage cantonaux.

Dans le contexte de l'évolution vers une forme intégrative, la CORES respecte la position de chaque région. Elle a exprimé sa volonté de s'impliquer dans le suivi de l'éventuel projet favorisant ainsi le relais avec les autres régions et la recherche de cohérence dans les actions ou les développements.

### 7.2.5 FEDEREMS

Uniquement 2 EMS du RNB sont membres de la FEDEREMS. Pour la FEDEREMS, les enjeux sont autour du maintien et des modalités de collaboration avec les formes commerciales. Des discussions et des échanges devront avoir lieu avec les membres concernés. Les risques perçus sont l'appauvrissement de l'offre, la perte de la liberté de choix et l'étatisation.

### 7.2.6 FHV

La FHV soutient la démarche et se dit prête à collaborer. Elle estime que c'est une voie intéressante à expérimenter compte tenu des enjeux qui attendent les acteurs de la santé. Les rapprochements institutionnels avec de nouvelles formes de coopération et le décloisonnement des modalités de financement semblent aller dans le sens de l'histoire. Accompagner une telle démarche pose inévitablement la question du rôle de la FHV, ou des organismes faïtiers en général, dans des modèles d'intégration. Pour la FHV, le risque de perdre certaines tâches est présent, que cela soit au niveau des négociations des conventions tarifaires hospitalières ou de défense des intérêts généraux des membres actuels. Néanmoins, aller contre le cours de l'histoire ou faire de la résistance n'amènerait rien de plus. Par contre, une attitude pro active permettant la mise en avant du savoir faire et des compétences développées permettra de suivre ou s'adapter à l'évolution.

### 7.2.7 SVM<sup>62</sup>

La SVM n'a pas de position doctrinaire par rapport à des organisations intégrées, tout en mettant en garde contre un système monopolistique. Elle reste néanmoins d'une extrême vigilance autour de certains points fondamentaux en lien avec la pratique médicale : le respect de la liberté de décision thérapeutique, le maintien et le développement de la pratique libérale, le frein à la responsabilité budgétaire individuelle du médecin, (ouverture dans le cadre d'une responsabilité collective).

En tant que représentant de l'ensemble de la corporation médicale, elle recommande que tout médecin, y compris le médecin spécialiste, puisse être éligible comme médecin traitant, terme qu'elle trouve plus approprié que « médecin de 1<sup>er</sup> recours » (lequel exclut les médecins spécialistes).

Concernant la participation des médecins à des organisations intégrées, la SVM pense que ces derniers doivent percevoir l'intérêt à coopérer. Le développement d'outils facilitant la coordination des soins, la transmission de données informatisées vers le médecin ou les incitatifs sont autant de moyens intéressant le médecin.

Pour la SVM, les aspects de coordination et de conditions cadres au développement des organisations intégrées sont les points à reprendre et à préciser au niveau cantonal. Elle est ainsi prête à coopérer dans le cadre du futur projet.

### 7.2.8 Séance de coordination cantonale

Cette séance a permis de présenter les objectifs de la démarche et les travaux réalisés à l'ensemble des partenaires cantonaux précités (les représentants des EMS, occupés dans les négociations tarifaires, étaient absents). Un échange des positions de chacun sur la démarche a également pu être réalisé à cette occasion. L'ensemble du groupe s'est montré favorable au projet et a montré un intérêt à suivre l'évolution de la démarche.

La mise en place d'une plateforme de coordination cantonale regroupant l'AVASAD, l'AVDEMS, la CORES, le CHUV-DP, la FHV, la FEDEREMS, la SVM et le SSP a été proposée. Elle aura pour mission :

- de proposer des principes généraux cantonaux (conditions cadres et règles à respecter) en cas de développement de projets intégrés
- d'être une interface cantonale de résolution/d'arbitrage/de conseils/d'appui
- de suivre ponctuellement l'évolution des projets dans le domaine.

---

<sup>62</sup> La position de la SVM sur le Managed Care est détaillée dans le rapport des Drs Widmer et Bischoff, *op. cit.*

### 7.3 L'ÉTAT DE VAUD

---

Conscient des futurs défis sanitaires, les autorités cantonales ont entrepris, dès la fin des années 90, une démarche voulant favoriser la réforme du système de santé vaudois, mieux connue sous l'acronyme « NOPS ». De nouveaux modes de collaboration en réseau ont ainsi pu se développer dès le début des années 2000, notamment par la mise en œuvre de programmes cantonaux et d'incitatifs à la création des réseaux de soins. Cependant, la vision et les orientations décrites dans les NOPS n'ont pas pu se concrétiser aussi intensément que souhaitées. Une nouvelle impulsion a alors été donnée par l'élaboration de la Loi sur les Réseaux de Soins, acceptée par le Grand Conseil le 30 janvier 2007. Le rôle et la légitimité des réseaux de soins vaudois ont été renforcés.

Fort de sa volonté d'encourager de nouveaux modèles de soins permettant de répondre à l'évolution des besoins, le Département de la Santé et de l'Action Sociale a fait part de son intérêt de voir un réseau de soins ou un groupe d'institutions expérimenter une organisation sanitaire intégrée, couvrant l'ensemble de la chaîne des prestations. Dans le cadre de la révision de la LPFES, actuellement à l'étude par le Grand Conseil, le Conseil d'Etat propose un nouvel article permettant la création d'établissements intégrés reconnus d'intérêt public.

Récemment, une note interne du Service de la Santé Publique a été rédigée sur le sujet des soins intégrés. Elle rappelle les approches promues par la LAMal (Managed Care) et par le canton (organisme de soins intégrés et budget global), tout en mettant l'accent sur leur complémentarité, à savoir que : « *A terme la double approche – celle à l'initiative de l'assureur et celle à l'initiative de l'Etat - peut s'intégrer selon les mêmes principes dans un contrat unique* » (cf. Annexe 3).

### 7.4 LES ASSURANCES

---

A ce stade de l'étude, aucun contact n'a été pris avec les assurances. L'hypothèse de travail est de rendre le projet compatible avec le cadre LAMal sur le Managed Care, permettant dans le futur à l'organisation sanitaire de mener d'éventuelles négociations avec les assurances.

---

## 8. CONDITIONS DE RÉUSSITE DU PROCESSUS D'INTEGRATION

La réussite de tout processus d'intégration, qu'il soit horizontal ou vertical, ou de changement repose sur plusieurs facteurs identifiés dans la littérature et généralement bien connus. Nous citerons ici uniquement ceux qui ont été priorités par le comité de pilotage :

### 1. Base volontaire

La participation au processus d'intégration doit rester libre.

### 2. Engagement formel des partenaires

Le processus d'intégration ne peut pas reposer sur une simple intention de la Direction. Il doit être formalisé par un engagement écrit et accompagné d'un mandat de délégation de compétences décisionnelles et de gestion au profit du projet collectif.

### 3. Leadership fort des Directions des institutions

Le projet collectif doit être porté à l'intérieur des institutions. Une communication régulière doit être réalisée afin de garantir la compréhension de la stratégie proposée, le suivi du processus et le partage des valeurs du projet collectif par l'ensemble des collaborateurs.

### 4. Processus progressif

La démarche d'intégration doit garantir une évolution progressive, basée sur un processus d'évaluation et de validation itératif.

### 5. Développement d'une culture réseau

Le sentiment d'appartenance à l'organisation intégrée doit être développé. La logique « établissement » doit être progressivement remplacée par la logique « réseau », notamment pour les activités essentielles au bon fonctionnement du système.

### 6. Management collégial basé sur la recherche de consensus

La gouvernance de l'organisation intégrée doit être articulée autour de mécanismes impliquant les partenaires dans la prise de décision, garantissant le partage du pouvoir et le respect des règles. Un processus d'arbitrage doit être mis en place.

### 7. Maintien de l'autonomie de gestion à l'interne de l'institution et de la pratique (métier)

Chaque partenaire doit pouvoir conserver son autonomie dans la conduite de ses activités à l'interne de son institution.

### 8. Délégation progressive de compétences et de responsabilités de l'Etat

Une fois la gouvernance mise en place, l'organisation doit pouvoir compter sur une délégation de compétences et de responsabilités de l'Etat au profit de la région. Les modalités pourraient être définies dans le cadre d'une convention entre l'Etat et l'organisation sanitaire régionale. Une progression doit être envisagée annuellement en fonction de l'atteinte des résultats. Les perspectives d'enveloppe budgétaire globale doivent être explicites.

### 9. Incitatifs financiers pour la mise en œuvre de l'organisation

Les partenaires œuvrant en faveur du processus d'intégration doivent compter sur un incitatif financier extra budgétaire durant les 2 premières années pour faire face aux frais inhérents au processus de changement (participations aux séances, remplacements internes, ...)

## **10. Les intentions, les résultats et les indicateurs d'évaluation doivent être définis**

Au-delà du diagnostic partagé par les partenaires amenant au processus d'intégration, la vision stratégique, les objectifs et des indicateurs d'évaluation doivent être définis et décrits. Ils permettront un engagement éclairé des partenaires et une évaluation de la performance de l'organisation.

## **11. Intégration médicale**

Les médecins doivent jouer un rôle central dans la coordination des actions concernant leurs patients et être représentés à la gouvernance de l'organisation intégrée.

## **12. La liberté thérapeutique devrait être préservée**

« L'existence des guidelines est certes utile, mais elle ne devrait pas être contraignante; en cas de nécessité argumentée il serait possible de suivre d'autres voies. Cela signifie aussi que les réseaux Managed Care ne devraient pas se contenter de cercles de qualité établissant des règles communes mais que le modèle supervision/intervision devrait être maintenu »<sup>63</sup>

## **13. «Unité » de coordination régionale de suivi**

Une unité de coordination hors hiérarchie<sup>64</sup> doit être mise en place afin d'assurer un lien régulier entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Cette unité sert également de zone de partage et de discussion.

---

<sup>63</sup> Widmer D, Bischoff T, *op. cit.*, p. 45

<sup>64</sup> ColletteP, Heberer M, *op. cit.*

---

## 9. PERSPECTIVES

*Et maintenant ...?*

Les données sont claires, les enjeux sont posés, la volonté est affichée, la direction est proposée ... Le statu quo est-il encore possible ? Est-il encore envisagé ? A-t-il encore un sens alors que, manifestement, l'organisation actuelle du système de santé ne permettra pas d'absorber les changements qui s'annoncent ? Peut-on aujourd'hui raisonnablement penser un système de santé qui ne soit pas orienté par une stratégie active de coopération ?

Qu'elle vienne des acteurs de la santé... qu'elle vienne des instances politiques... qu'elle vienne des assurances... que nous le voulions ou non... **la réorganisation du système de santé se fera !**

La question n'est donc pas tellement de savoir si nous la voulons ou pas, mais plutôt si nous souhaitons subir ou construire cette réorganisation, si nous souhaitons être spectateurs ou acteurs de son évolution, si nous souhaitons des « Managed Care » en tant que modèles d'assurance ou si nous souhaitons des « Managed Care » en tant que modèles de soins ?

Poser la question aux acteurs de la santé, c'est déjà pratiquement y répondre. Mais il y a un pas de l'intention au geste qu'il est souvent difficile de franchir. Même pour les plus audacieux. Et c'est ce pas que nous proposons de franchir.

*« La folie est de se comporter toujours de la même manière et de s'attendre à un résultat différent », disait Albert Einstein.*

Evoluer de l'autonomie vers l'intégration suppose en effet d'appréhender les choses sous un angle différent, de renoncer peut-être à quelques prérogatives, mais ces changements ne sont-ils pas nécessaires pour découvrir de nouveaux horizons, de nouveaux espaces d'innovations ? Ceux-ci ne sont-ils pas souhaitables s'ils permettent d'améliorer la continuité, la coordination et la qualité des soins ? Le jeu n'en vaut-il pas la chandelle ? Qu'elle soit patiente, malade, usagère, résidente, cliente, la personne atteinte dans sa santé ne mérite-t-elle pas que nous nous engagions dans un projet collectif permettant de lutter contre la fragmentation des prises en charge ?

A travers cette étude, nous avons pu mettre en évidence les enjeux qui attendent les professionnels de la santé, qu'ils se situent au niveau sociétal (vieillesse de la population, changement épidémiologique, pénurie de personnel), stratégique (amélioration de la qualité de la prise en charge, continuité des soins, couverture de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins) ou économique (rationalisation des coûts). Nous avons essayé de montrer que le processus d'intégration vertical des soins est une voie opportune. Tout en visant l'amélioration qualitative, il cible aussi la performance économique (faire plus avec les mêmes moyens) et la satisfaction. Il favorise, par son approche globale valorisant la santé et le bien être, le développement de la prévention, parent pauvre des actions de santé (moins de 2% des coûts). Or, éviter la maladie, préserver l'autonomie, ralentir le déclin fonctionnel ne sont-ils pas les clés d'un système de qualité ?

La finalité du processus d'intégration n'est pas la fusion des structures, la finalité c'est la qualité des prestations dans un continuum des soins et la mise en relation d'un système devenu, au gré de l'évolution des besoins, de plus en plus interdépendant. Si elle devait conduire à une fusion dans certains cas, cela ne serait que l'aboutissement d'un processus envisagé naturellement et de manière volontaire par les acteurs concernés.

La voie du regroupement volontaire a été choisie par six institutions du Réseau Nord Broye. Elles ont choisi de prendre leur destin en main et d'oser mettre le pied sur un terrain encore peu exploré à cette échelle. Et ce choix, elles le font dans le cadre du réseau de soins et non pas en marge, chose qui aurait été tout à fait envisageable. Preuve que la volonté de coopération accrue et la confiance dans le réseau sont présentes et qu'il est possible de mettre au profit d'un projet collectif un intérêt individuel.

Les perspectives, aussi favorables qu'elles puissent apparaître sur le papier, ne doivent néanmoins pas cacher l'ampleur des défis qui attendent les institutions ou les partenaires qui souhaitent s'engager dans un processus expérimental de réorganisation verticale du système sanitaire régional. Rien n'est gagné d'avance et tout reste à prouver sur le terrain. En plus des objectifs d'efficacité, de qualité, de continuité et d'accessibilité des soins, il s'agira de démontrer qu'une telle organisation est capable :

- d'être un interlocuteur fiable et efficace de l'Etat de Vaud pour résoudre, au niveau régional, les problèmes de santé publique prioritaires,
- de fédérer l'ensemble des partenaires regroupés (directions et collaborateurs) autour d'une vision commune et d'un projet collectif,
- d'adopter un mode de fonctionnement (gouvernance) collégial, basé sur la concertation, la recherche du consensus et la confiance
- de collaborer dans le respect des positions et de l'autonomie de chaque institution membre du réseau de soins,
- d'associer les médecins, les pharmaciens et les autres professions indépendantes au processus pour permettre le développement des collaborations opérationnelles,
- de proposer des formes de prises en charge innovantes,
- de réussir la coopération du dispositif régional avec les instances cantonales, qu'elles soient faitières ou des services de l'Etat, pour garantir la cohérence et l'articulation entre deux approches pouvant paraître antinomiques (la première qui souhaite couvrir, dans une région, l'ensemble de la chaîne des prestations dans un esprit de continuum de soins, et la seconde qui souhaite assurer, dans l'ensemble du canton, le développement équitable par catégorie de prestations).

D'autres éléments viendront certainement s'ajouter à cette liste... mais comme disait Eleanor Roosevelt : « *L'avenir appartient à ceux qui croient en la beauté de leurs rêves* ».

Pour conclure, nous citerons le rapport 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde, intitulé les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais : « *Plutôt que d'améliorer leur capacité d'intervention et d'anticiper les nouveaux défis, les systèmes de santé semblent dériver d'une priorité à court terme à une autre, de plus en plus fragmentées et sans direction claire* ». C'est justement ce que nous proposons... une direction claire !

Espérons que celle-ci puisse être choisie, même à pas feutrés, par la « quasi-unanimité » des partenaires de la région avant que... d'autres choix ne leur soient imposés !

*« Avec l'envie, la force et le courage... le froid, la peur ne sont que des mirages ... »*

*Grégoire*

## 10. RECOMMANDATIONS

Considérant les résultats de la présente étude et notamment ...

- les risques liés au vieillissement de la population,
- les risques liés au changement du tableau épidémiologique
- les risques de pénurie de professionnels de la santé
- les prévisions d'augmentation des coûts de la santé
- la fragmentation du système de soins
- les risques et les opportunités suscités par le projet de révision de la LAMal
- les besoins accrus des prestations de coordination
- l'interdépendance croissante entre les partenaires de la santé
- la nécessité d'améliorer la régulation de l'accès aux soins
- la nécessité de développer la prévention et la promotion de la santé

et que ...

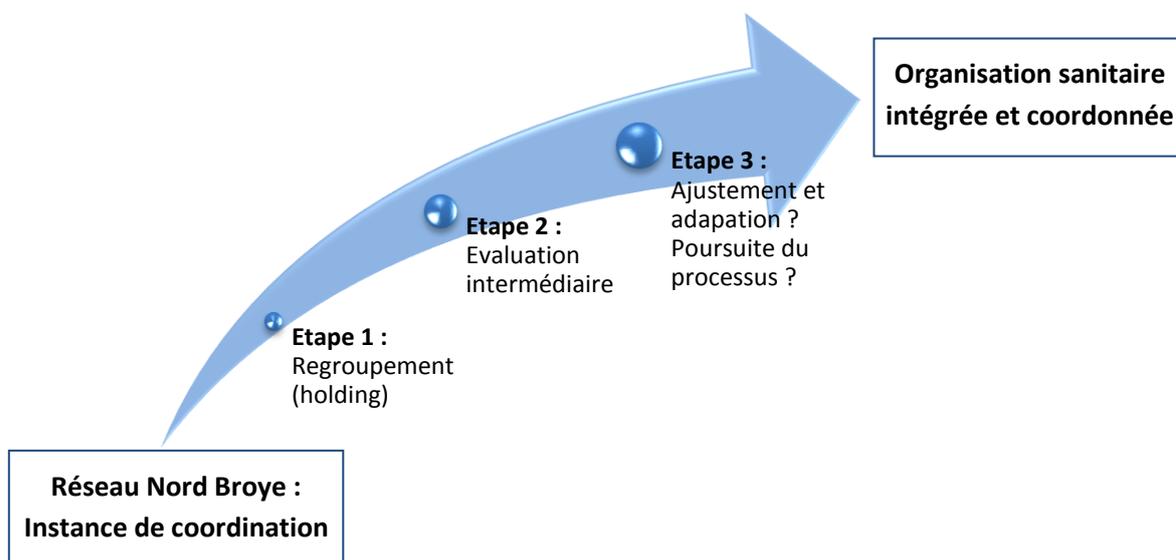
- des partenaires clés ont manifesté leur intention de se regrouper
- les instances cantonales faitières ou responsables sont prêtes à collaborer dans le cadre d'une coordination cantonale,

**Le comité de pilotage estime que les conditions sont réunies pour envisager l'évolution du modèle d'organisation actuelle du réseau de soins vers une organisation intégrée et recommande au Chef du Département de la santé et de l'action sociale de :**

- **mandater le Réseau Nord Broye pour la mise en œuvre d'un projet-pilote d'une durée de 5 ans permettant d'expérimenter une organisation sanitaire régionale intégrée, basée sur une approche populationnelle visant l'accessibilité, la continuité, la qualité des prestations, tout en assurant l'efficacité du système de santé régional**

Tenant compte des réserves émises par le groupe des EMS, des incertitudes qui demeurent au sein de la corporation médicale et de l'expression des membres pour que la démarche soit progressive (avec possibilité de réversibilité du processus), le comité de pilotage propose que le projet soit réalisé en 3 étapes :

4. La première étape consistera en un regroupement (holding) volontaire des membres (3 ans)
5. La deuxième étape consistera en une évaluation intermédiaire de l'organisation mise en place (6 mois)
6. Le résultat de la 2<sup>ème</sup> étape déterminera la suite du processus (2 ans supplémentaires)



## 10.1 OBJECTIFS DU PROJET ET PHASAGE

L'articulation des objectifs et du phasage s'inscrit dans les trois domaines à mettre en relation dans le cadre du processus d'intégration et identifiés dans le présent rapport, à savoir, le système de gouvernance, le système de représentations et de valeurs et le système clinique.

Des actions dans ces trois domaines devront être menées de manière concomitante afin de permettre des résultats concrets (« quick win ») auprès des directions, des collaborateurs et au niveau des soins.

<b>Système de gouvernance</b>	<b>Quand ?</b>
<b>1. Stratégie régionale</b>	
1.1. Déterminer les objectifs stratégiques régionaux (priorités, programmes, ...)	1 <sup>er</sup> trimestre 2011
1.2. Déterminer les modalités de gouvernance et le niveau d'autonomie des institutions regroupées	1 <sup>er</sup> trimestre 2011
1.3. Elaborer les stratégies et le processus de changement à mettre en œuvre	1 <sup>er</sup> semestre 2011
1.4. Déterminer les modalités de collaborations avec les membres du RNB externe au projet de regroupement	1 <sup>er</sup> semestre 2011
1.5. Réaliser une cartographie des risques et des impacts financiers	1 <sup>er</sup> semestre 2011
1.6. Réaliser un inventaire des prestations existantes et identification des prestations manquantes ou répétitives	2011
1.7. Identifier les conditions requises à l'exercice de la responsabilité de la planification de l'offre sanitaire régionale	1 <sup>er</sup> semestre 2011
<b>2. Système de financement (responsabilité budgétaire)</b>	
2.1 Pas de changement / financement par institution et programme (CP)	2011
2.2 Déterminer les possibilités et les modalités de réallocation des ressources financières (perméabilité financière)	2012
2.3 Disposer du budget investissement régional	2012
2.4 Disposer d'une enveloppe budgétaire régionale	Selon évaluation
<b>3. Système de gestion / services transverses / formation</b>	
3.1 Réaliser la consolidation comptable	2012
3.2 Déterminer les modalités et les conditions d'intégration des services supports : RH (yc formation), logistiques, financiers	Dès 2012
3.3 Intégrer les services supports (management transverse)	Selon évaluation
3.4 Mettre en œuvre les prestations de médecine du personnel et santé au travail	2011-2012
<b>4. Système d'information</b>	
4.1 Expérimenter un projet-pilote régional d'échange de données informatisées	2011-2012
4.2 Développer un monitoring commun	2011

<b>Système de représentation et de valeurs</b>	
<b>5. Valeurs de référence et principes fondateurs</b>	
5.1 Informer, partager et communiquer avec les collaborateurs des différentes institutions sur le projet en cours	1 <sup>er</sup> semestre 2011
5.2 Organiser un congrès de 2 jours sur le thème de l'intégration	2 <sup>ème</sup> semestre 2011

<b>Système clinique</b>	
<b>6. Première ligne de soins</b>	
6.1 Contribuer à l'organisation du nouveau système de garde régional avec les médecins, l'hôpital et les services de soins à domicile	1 <sup>er</sup> semestre 2011
6.2 Développer en partenariat avec les communes, la SVM et les médecins régionaux des actions permettant d'assurer la relève médicale dans les régions de pénurie	2010 - 2011
6.3 Développer un projet d'hôpital de jour de réadaptation	2011-2012
6.4 Développer les cercles de qualités mono et pluridisciplinaires	2011
6.5 Organiser la réponse régionale au nouveau cadre légale des soins aigus et de transition	2011

<b>7. Programme vieillissement et dépendance</b>		
7.1	Mettre en œuvre le projet d'évaluation globale gériatrique ambulatoire	2011
7.2	Mettre en œuvre la consultation mémoire en synergie avec l'EGGA et l'EMPAA	2011
7.3	Développer la gestion de cas par le Brio	2011
7.4	Elaborer la politique gériatrique régionale en coordination avec le canton	2011-2012
7.5	Ouvrir une unité de court séjour	2011
<b>8 Programme santé mentale et addiction</b>		
8.1	Mettre en œuvre le dispositif d'orientation-liaison-coordination en psychiatrie	2012
8.2	Développer les unités d'accueil temporaire en Psychiatrie	2011
8.3	Réaliser un état des lieux et évaluer les besoins de la filière « addiction » dans le RNB	2011
<b>9 Programme prévention et promotion de la santé</b>		
9.1	Elaborer la stratégie régionale	2013

## 10.2 PILOTAGE DU PROJET

### Mandant :

- Le comité du RNB soutenu de manière contractuelle par le DSAS

### Comité de pilotage :

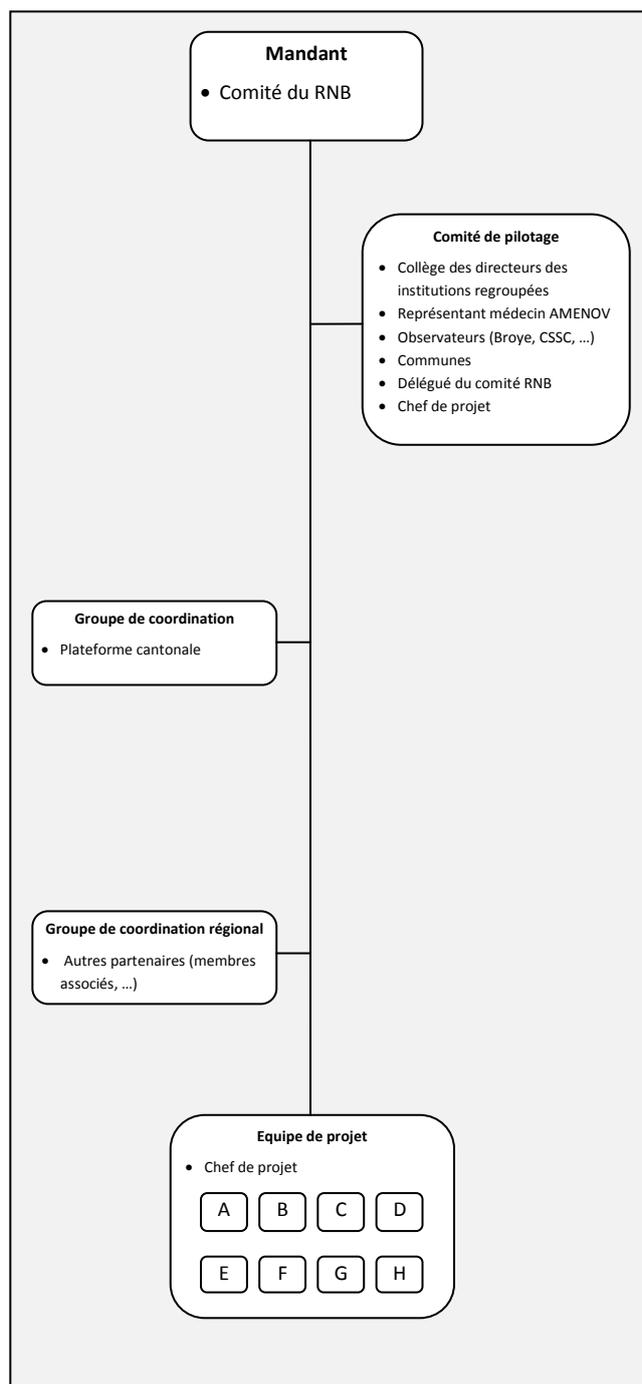
- Collège des Directeurs des institutions regroupées
- Représentant des médecins (AMENOV ?)
- Délégué du comité du RNB
- Délégué des communes
- Observateur (Broye, CSSC, ...)

### Groupes de coordination :

- Plateforme cantonale
  - AVASAD
  - AVDEMS
  - Direction Générale CHUV
  - Direction DP CHUV
  - CORES
  - FEDEREMS
  - FHV
  - SVM
  - SSP
- Autres partenaires
  - Membres associés, ...

### Equipe de projet :

- **Chef de projet**
- **Equipe de projet**
  - Soins 1<sup>er</sup> recours (A)
  - Aide et soins à domicile (B)
  - Hospitalisation (C)
  - Psychiatrie (D)
  - Hébergement (E)
  - Programmes de soins (F)
  - Services support (G)
  - Système d'information (H)



### 10.3 POPULATION ET TERRITOIRE

Le territoire du Réseau Nord Broye couvre les districts du Jura-Nord vaudois, de la Broye-Vully et une partie des districts de Morges et du Gros-de-Vaud.

**Le projet-pilote concerne**, dans la 1<sup>ère</sup> étape, la population des communes du district du Jura-Nord vaudois et des communes de l'ex-district de Cossonay ayant exprimé leur volonté d'adhérer au Réseau Nord Broye. Le bassin desservi compte entre 90'000 et 95'000 personnes.

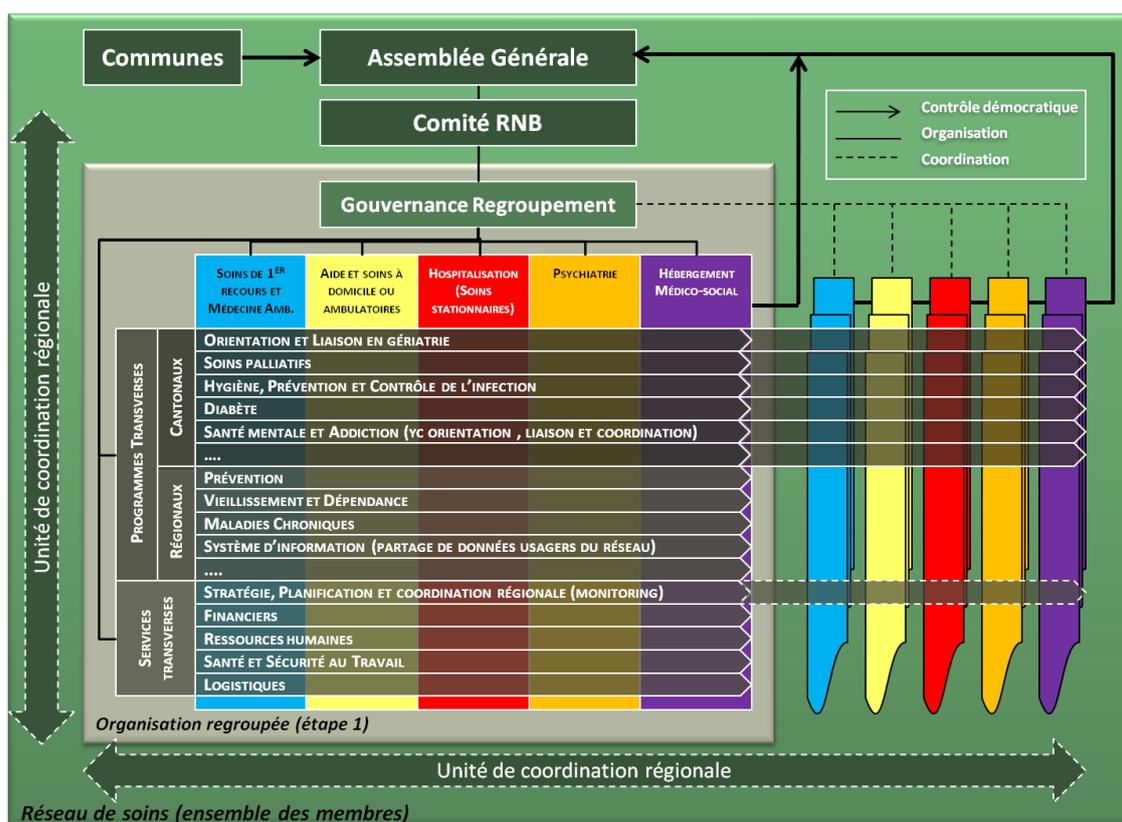
En fonction des résultats de l'évaluation intermédiaire et de la volonté des partenaires de la Broye, un 2<sup>ème</sup> projet pourrait être mis en œuvre. La Broye inter cantonale compte environ 55'000 habitants.

### 10.4 1<sup>ÈRE</sup> ÉTAPE : PROPOSITION DE FONCTIONNEMENT DU PROJET

Le RNB reste l'interlocuteur de l'Etat. Aucune modification statutaire n'est prévue au stade initial. L'assemblée générale maintient son rôle d'organe législatif du réseau et le comité, son rôle d'organe exécutif.

Dans le cadre du projet (étape 1), le comité du RNB délègue à la gouvernance de l'« organisation regroupée », à savoir le comité de pilotage du projet (cf. point 10.2), la mise en œuvre opérationnelle des programmes cantonaux et la réalisation des objectifs énumérés sous le point 10.1.

**Le dispositif permanent poursuit sa mission d'instance de coordination avec l'ensemble des membres du RNB. Il garantit la disponibilité et le respect des règles de mise en œuvre des programmes cantonaux pour tous.**

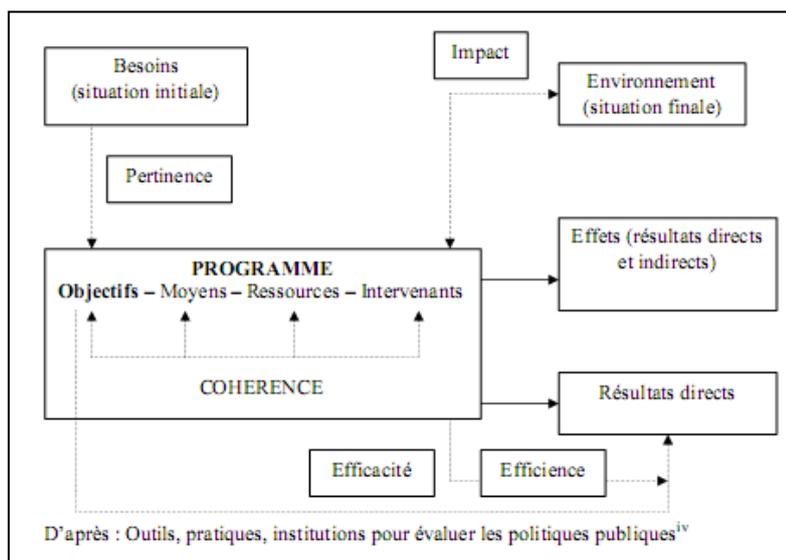


## 10.5 2<sup>ÈME</sup> ÉTAPE : ÉVALUATION DU PROJET

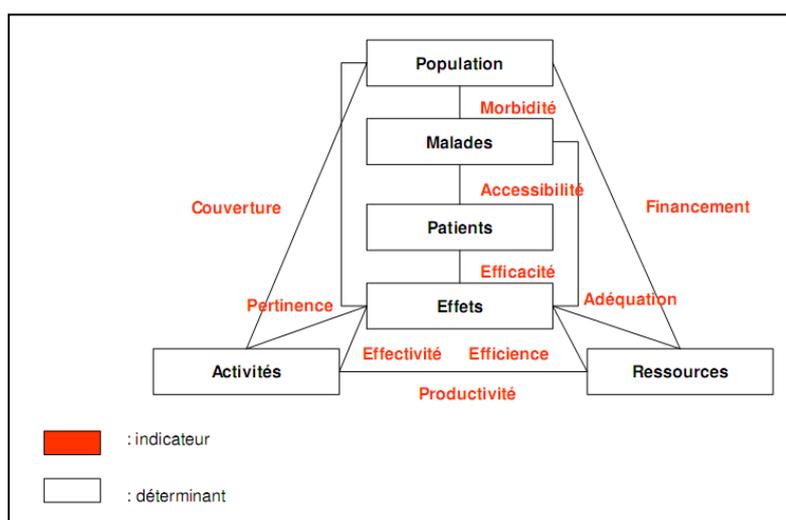
Pour assurer toutes les garanties de neutralité et d'objectivité, le comité de pilotage suggère que l'évaluation soit confiée à un organisme externe. Pour favoriser l'analyse comparative, l'intérêt de co-construire certains indicateurs avec les autres régions du canton est également relevé.

L'évaluation pourra notamment porter sur<sup>65</sup> :

- La pertinence : Bien fondée de l'organisation en regard des besoins identifiés au départ
- L'impact : Conséquences globales de l'organisation en tenant compte des effets positifs et négatifs
- L'efficacité : Adéquation des résultats avec les objectifs fixés
- La cohérence : Adéquation des moyens, des ressources et des acteurs avec les objectifs
- L'efficience : Relation entre les résultats obtenus et les moyens engagés (financiers, humains et matériels)



Le tableau<sup>66</sup> ci-après donne un autre exemple des différents déterminants à prendre en considération pour l'évaluation et des indicateurs qui peuvent en être extraits.



<sup>65</sup> Castiel D, « Les réseaux de santé : enjeux économiques et éthiques », Actualités en économie de la santé, juin 2006

<sup>66</sup> Egli Y, institut d'économie et de management de la santé, formation CORES, indicateurs, 2010

## RÉFÉRENCES (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

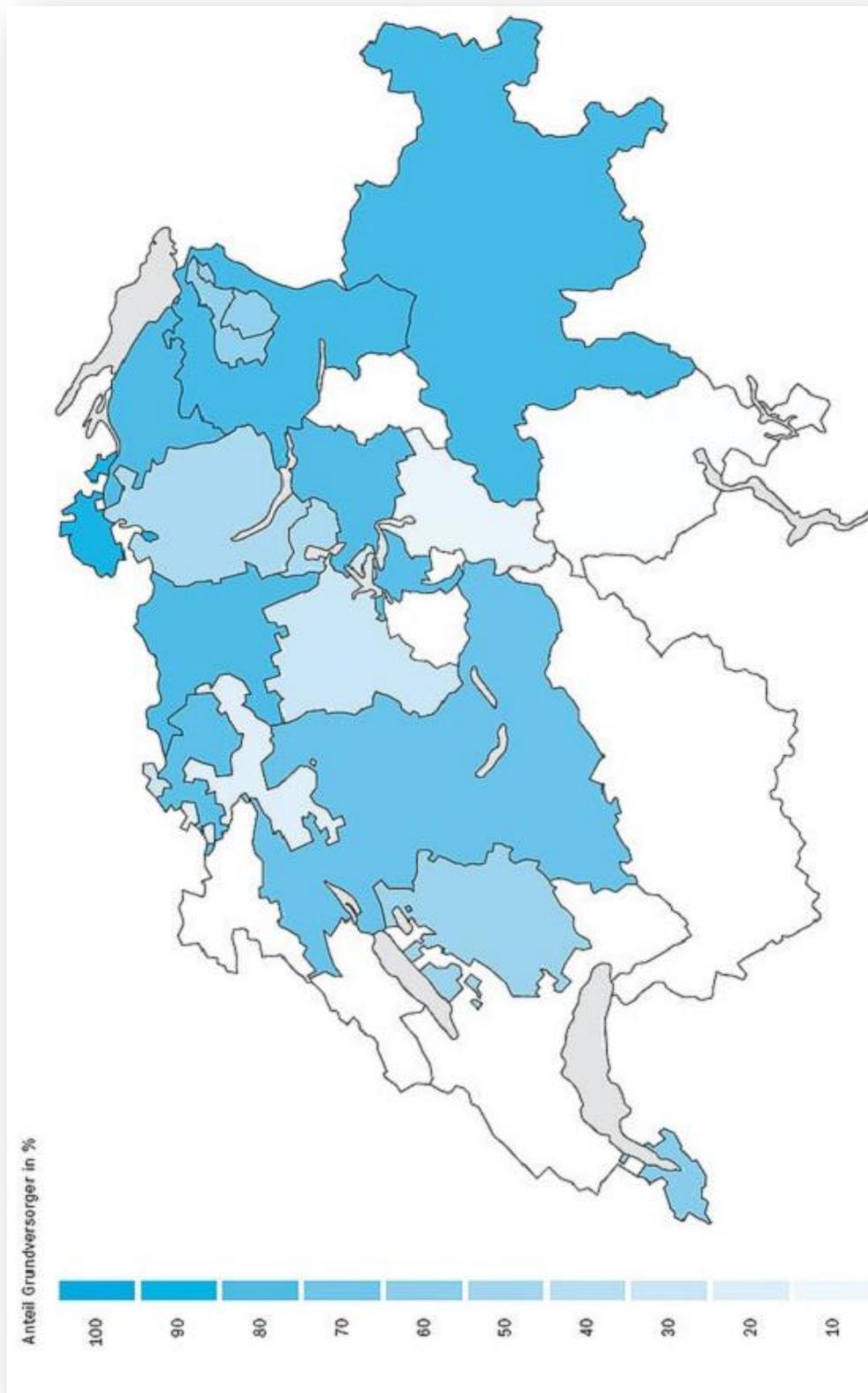
- Aelony Y, Tschopp JM, « un grand réseau de soins médicaux intégrés : l'exemple de Kaiser Permanente en Californie. Témoignage d'un praticien », Revue Médicale Suisse, n° 99, 2007
- Béland et al, « A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada », J Gerontol A Biol Sci Med Sci, Mai 2006, 61,5, p. 472-3
- Beaglehole R, Irwin A, Prentice T, « Rapport sur la santé dans le monde : Façonner l'avenir », OMS, 2003
- Bélard D, Carbonneau M, Pagé L et al, « Réseau de services intégrés : ses principes, concepts et composantes », Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, octobre 2001
- Boelen Ch, « Vers l'unité dans la santé : défis et opportunités pour les partenaires pour le développement pour la santé », document de travail, OMS, 2001
- Bourgeuil Y, Brémond M, Delevay A et al, « L'évaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations », CREDES, Bibio n° 1343, 2001
- Brunswicker C, « Faisabilité d'un organisme de gestion intégrée des soins pour le canton de Berne », Rapport présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil, ACE n° 2041/2009, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
- Cassis I, « Managed Care en Suisse, où en sommes-nous ? », Bulletin des médecins suisses, éditorial, 2008;89: 47, p. 2017
- Castiel D, « Les réseaux de santé : enjeux économiques et éthiques », Actualités en économie de la santé, juin 2006
- Charfeddine M, Montreuil B, « une approche de mappage stratégique de réseaux de santé intégrés », CIRRELT, Bibliothèque nationale du Canada, 2008
- Collerette P, Heberer M, « Hospital networks : lessons from hospital and non hospital alliances », octobre 2009
- Contandriopoulos AP et al, « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, n°2, 2001, pp 38-52
- Contandriopoulos AP, « Réformer le système de santé : une utopie pour sortie d'un statut quo impossible », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 1, n° 1, 1994, p. 8-26
- Denis A et al, « Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance : le projet de santé et de bien-être de la Montérégie », 4<sup>ème</sup> colloque Montérégien sur les réseaux locaux de services, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Québec, mai 2006
- Dolder P, Grünig A, « Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009 », CDS et OdASanté, Berne, 9 décembre 2009
- Fleury MJ, « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système socio-sanitaire », Revue Santé mentale au Québec, Editorial, Vol. 27, n° 2, 2002
- Giger M, De Geest S, « De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires », Bulletin des médecins suisses, 2008;89: 43, p. 1839-1843
- « Highlights on Health in Switzerland », World Health Organization Europe, 2005
- Huard P, Schaller P, « Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématique », Pratiques et organisations des soins, 2010, vol.41, n°3, p. 237-245
- Huard P, Schaller P, « Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 2. Stratégie », Pratiques et organisations des soins, 2010, vol.41, n°3, p. 247-255
- Jaccard Ruedin H, Weaver F, Roth M, Widmer M, « Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020 », Observatoire suisse de la santé, fact sheet, février 2009

- Kutzin J, « Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs », Organisation Mondiale de la Santé, 2008
- Macinko J, Starfield B, Shi L, « The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OCDE) countries, 1970-1998 », Health Serv Res, juin 2003, 38(3), p. 831-865
- Macinko J, Starfield B, Shi L, « Contribution of primary care to health systems and health », Milbank Q, 2005, 83(3), p. 457-502, Revue
- Nolte E, Mckee M, « Caring for people with chronic conditions: a health system perspective », European Observatory on Health System and Policies Series, Mcgraw-Hill, Open University Press, 2008
- Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V, « Public Health Approach on Mental Health in Europe », National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, Ministry of Social Affairs and Health, 2000
- Paccaud F, Peytremann Bridevaux I, Heiniger M, Seematter-Bagnoudet L, « Vieillesse : éléments pour une politique de santé publique », IUMSP, Lausanne, 2006
- Pineault R, Davelay C, « la planification stratégique : concepts, méthodes, stratégies », Editions nouvelles, Montréal, 1996
- Pineault R, Levesque JF, Roberge D, « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche », Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne, Québec, 2008
- « Politique de Santé Mentale : Plan d'actions 2007 – 2012 », Etat de Vaud, CHUV, Fondation de Nant, Novembre 2008
- Rapport du Conseil d'Etat vaudois sur la politique sanitaire 2008 – 2012
- Rapport Nops, « Nouvelles orientations de la politique sanitaire », Etat de Vaud, juin 1997
- Samarasekera U, « Margaret Chan's vision for WHO », Lancet, juin 2007, 369(9577), p. 1915-6
- Schaller P, Gaspoz JM, « Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique Revue médicale suisse, 2008, Vol. 4, n° 172, p. 2034-2039
- Schaller P, Chichignoud C, « Cité génération & espace santé : une structure au cœur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé », document de travail
- Schmid Botkine C, Rausa-de Luca F, « Vieillesse démographique et adaptations sociales », Démos, Bulletin d'information démographique, OFS, n° 4/2007
- Shortell M, Gillies R, Anderson D, « The new world of managed care : creating organized delivery systems », Health Aff (Millwood), 1994, 13(5), p 46-64
- Sigrist S, « L'avenir du marché de la santé : facteurs de coûts et opportunité de croissance », Gottlieb Duttweiler Institute, DFI, Berne, 2006
- Slama-Chaudhry A et al; "Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente", Revue médicale Suisse, n° 172, 2008
- Starfield B, Shi L, « Policy relevant determinants of health: an international perspective », Health Policy, juin 2002, 60(3), p. 201-18
- Van Lerberghe W, Evans T, Rasanathan K, « Rapport sur la santé mentale dans le monde : les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais », Organisation Mondiale de la Santé, 2008
- Vuillemin M, Pellegrini S, Jeanrenaud C, « Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse », revue de littérature et projection à l'horizon 2030 ; Office Fédéral de la statistique ; DFI ; 2007
- Widmer D, Bischoff T, « Médecine de 1<sup>er</sup> recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud », Avril 2010, IUMG, Lausanne

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : DÉVELOPPEMENT DES « MANAGED CARE » EN SUISSE<sup>67</sup>

L'intensité de la couleur est proportionnelle au pourcentage des médecins de premier recours engagés dans un réseau.



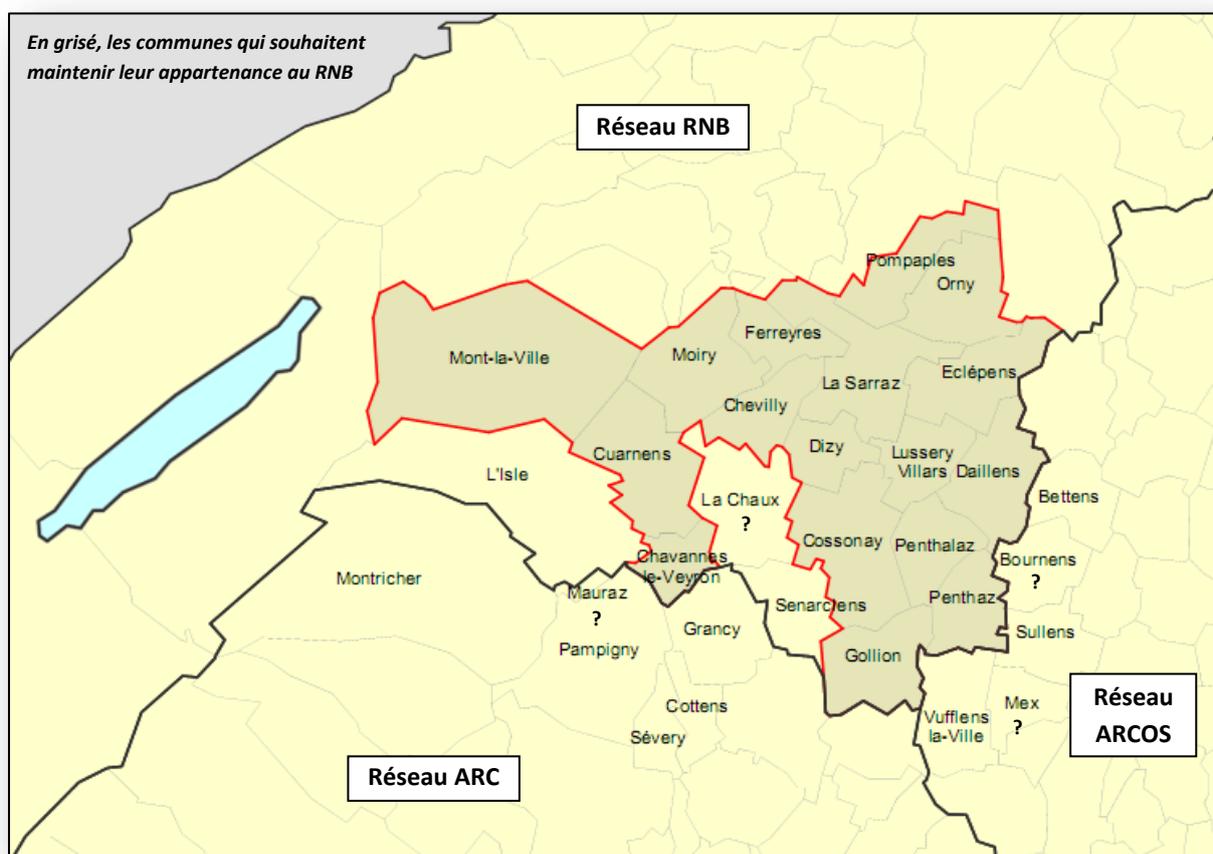
<sup>67</sup> Wldmer D, Bischoff T, *op. cit.*, p. 24

## ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DES POSITIONS DES COMMUNES DE L'EX-DISTRICT DE COSSONAY

La liste ci-dessous rend compte de l'expression des communes quant à leur choix d'appartenance à un réseau ou à l'autre.

Position transmise formellement par les communes, situation au 6 novembre 2010			
Réseau Nord Broye	ARC	ARCOS	En réflexion
La Sarraz	L'isle	Boussens	Mex
Ferreyres	Montricher	Bettens	La Chaux
Gollion	Grancy	Sullens	
Penthaz	Cottens	Vufflens-la-Ville	
Pompaples	Pampigny	Bournens ?	
Lussey-Villars	Senarclens		
Orny	Sévery		
Moiry	Mauraz ?		
Cuarnens			
Eclépens			
Chavannes-le-Veyron			
Dizy			
Daillens			
Penthalaz			
Mont-la-Ville			
Chevilly			
Cossonay			

### Visualisation sur la carte de l'expression des communes de l'ex-district de Cossonay



Il manque encore les positions des communes de **Bournens** et de **Mauraz**, bien que ces deux communes de l'ex-district de Cossonay ne soient pas directement concernées par la dérogation.



Service : Service de la santé publique

Division : Etat-major

Date : 12 octobre 2010

Réf. : GT/eb

Note interne

Dossier suivi par : G. Tinturier



### Soins intégrés : deux modèles complémentaires

Tout le monde est d'accord : les soins intégrés sont le cœur de l'indispensable réforme à apporter au système de soins. A cela près que chacun en a une idée différente. Essayons d'y voir plus clair.

#### Le financement à la prestation n'incite pas à coordonner les soins

En toile de fond des débats politiques sur la réforme du système de soins : une véritable transition épidémiologique, les maladies chroniques prenant le pas sur les maladies aiguës. Cette transition implique de revoir l'organisation du système dans son ensemble. En raison de leurs caractéristiques et de leur durée, la prise en charge des maladies chroniques nécessite en effet des pratiques non cloisonnées, mettant l'accent sur la coordination et la continuité des soins, ce que l'on appelle aussi des soins intégrés.

Le financement à la prestation – tarif des prestations hospitalières (DRG), tarif des prestations médicales (TARMED), tarif des soins de longue durée, tarif des soins aigus et de transition... – va à fin contraire. Il comporte une incitation à éviter de fournir les prestations non rentables et à développer celles qui présentent un intérêt économique. En toute logique, il débouche sur des pratiques autonomes, cloisonnées et exerce un effet inflationniste sur les coûts de la santé par habitant.

Pour contrebalancer ces effets négatifs, la législation fédérale ouvre deux voies qui peuvent se développer en parallèle : celle du contrat Managed Care à l'initiative des assureurs et celle du contrat de prestations relevant des tâches publiques déléguées par l'Etat cantonal.

#### Solution LAMal : le Managed Care

Pour inciter à l'intégration des soins et à la maîtrise des dépenses, la LAMal prévoit un produit d'assurance où les assurés renoncent volontairement à une partie de leur liberté de choix et où, en contrepartie, les fournisseurs de soins sous contrat – en principe des médecins – s'engagent à se préoccuper de la prise en charge globale des assurés et à assumer une responsabilité budgétaire sur l'ensemble des prestations LAMal consommées, qu'elles aient été fournies au cabinet du médecin, à domicile, à l'hôpital, à la pharmacie, ou encore en EMS.

La responsabilité budgétaire globale – appelée communément financement à la capitaution – est fixée contractuellement entre un assureur et un groupe de médecins pour un collectif d'assurés donné. Elle peut prendre différentes formes. Une application courante consiste à comparer a posteriori le coût de toutes les prestations LAMal consommées par le collectif d'assurés avec une cible globale négociée prospectivement par l'assureur et le groupe de médecins. Le solde positif ou négatif qui en résulte est traité selon les dispositions arrêtées contractuellement. En général, un résultat positif est acquis et est réinvesti par le groupe de médecins, dans l'intérêt de leurs patients.

Cette manière comptable de procéder présente l'avantage d'être compatible avec les règles de facturation associées au financement à la prestation et, dès lors, de

permettre aux fournisseurs de soins de facturer leurs prestations indépendamment du produit d'assurance de leurs patients.

Le Managed Care LAMal a cependant des limites importantes. Il confère un pouvoir disproportionné aux assureurs en termes d'organisation des soins, responsabilité qui choisis ce produit d'assurance – et ne porte que sur la part à charge de l'assurance. Il n'implique pas directement en termes de responsabilité les services à domicile, les hôpitaux, les EMS, les pharmacies... Enfin, il amène le patient à changer de médecin de famille si ce dernier n'est plus au bénéfice d'un contrat Managed Care.

#### Solution cantonale : organisme de soins intégrés et budget global

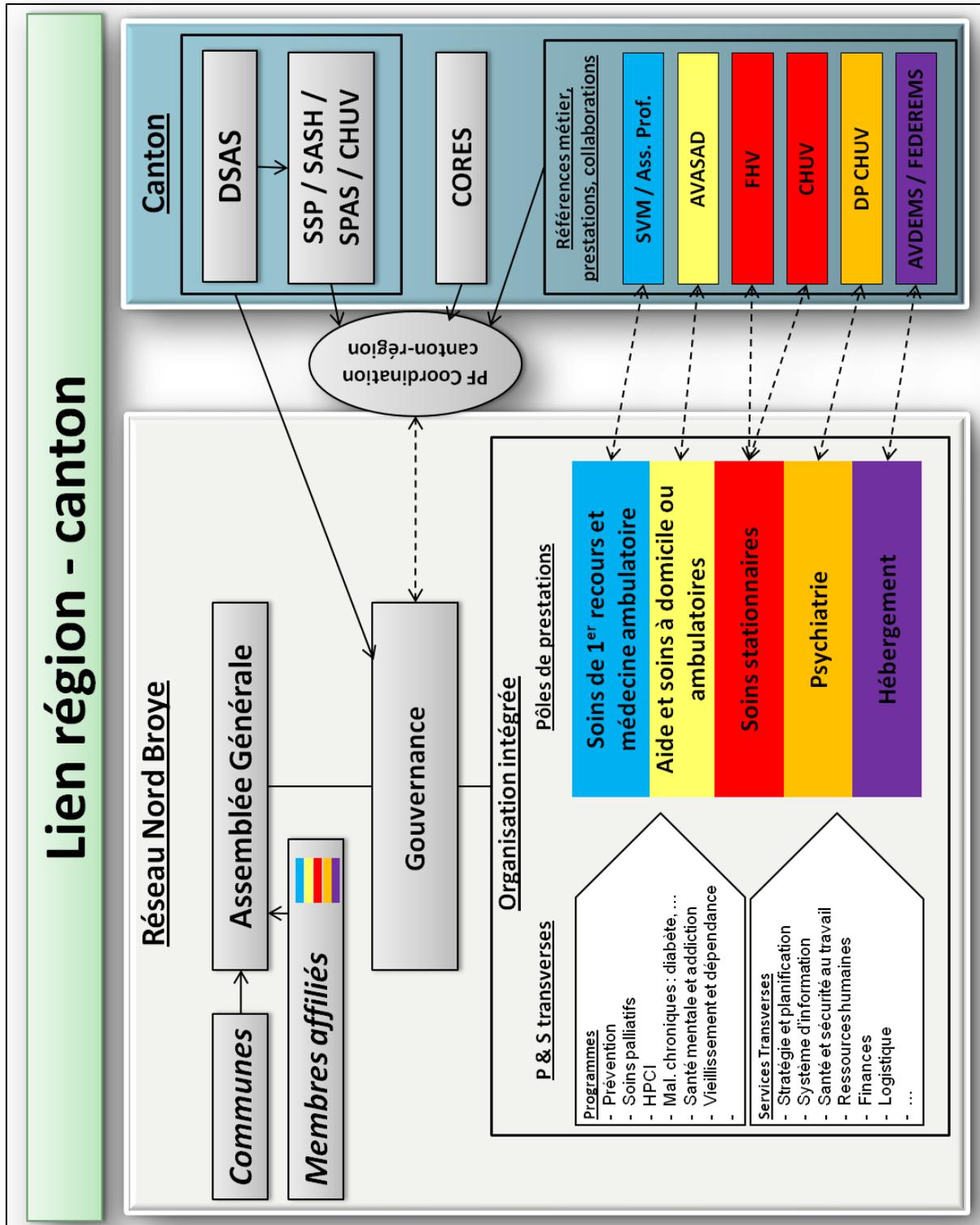
En application de la Constitution fédérale, le canton est responsable en matière d'approvisionnement en soins de la population. Il assume dès lors le double mandat d'organiser les soins pour l'ensemble de la population et de maîtriser l'évolution du budget de la santé. A ce titre, il peut prendre les dispositions pour inciter les fournisseurs de soins, y compris les médecins, à s'organiser parternement à l'échelle régionale, par exemple sous forme "d'organisme de soins intégrés", afin d'assurer le continuum des soins et d'assumer une responsabilité budgétaire globale vis-à-vis d'une population desservie.

Dans un premier temps, l'amélioration du continuum des soins se fait par l'intermédiaire de projets ponctuels, à l'initiative des fournisseurs de soins regroupés. Dans un second temps, les modalités organisationnelles et de fonctionnement sont appelées à se resserrer de manière à améliorer l'efficacité de la prise en charge globale.

A l'instar du principe de financement propre au Managed Care LAMal, la responsabilité budgétaire est négociée dans le cadre d'un contrat passé avec l'Etat. En regard d'une population à desservir, le contrat fixe une cible budgétaire recouvrant l'ensemble des prestations subventionnées en application des dispositions fédérales et cantonales. Durant l'exercice, chaque fournisseur de soins facture ses prestations sur la base des nomenclatures et des tarifs en vigueur (aucun changement par rapport à la situation actuelle). En fin d'exercice, un décompte des subventions réellement versées est établi et comparé avec la cible budgétaire. Comme pour le contrat Managed Care, un solde positif ou négatif est réglé selon les dispositions contractuelles.

A terme, la double approche – celle à l'initiative de l'assureur et celle à l'initiative de l'Etat – peut s'intégrer selon les mêmes principes dans un contrat unique.

L'organigramme ci-dessous permet de visualiser les liens entre la région et le canton, notamment la position d'interface de la plateforme cantonale.



---

## GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

<b>ABSMAD</b>	Association Broyarde pour la promotion de la Santé et le Maintien à Domicile
<b>AMENOV</b>	Association des Médecins du Nord Vaudois (en cours de constitution)
<b>ARC</b>	Association du Réseau de Soins de la Côte
<b>ARCOS</b>	Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise"
<b>ASCOR</b>	Association de soins coordonnés de la Riviera
<b>ASPMAD</b>	Association pour la Santé, la Prévention et la Maintien à Domicile
<b>ASSC</b>	Assistance en Soins et Santé Communautaire
<b>AVASAD</b>	Association Vaudoise de l'Aide et des Soins à Domicile
<b>AVDEMS</b>	Association Vaudoise des Etablissements Médico-Sociaux
<b>BRIO</b>	Bureau Régional d'Informations et d'orientation
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CHUV</b>	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
<b>CMS</b>	Centre Médico-Social
<b>CORES</b>	Coordination des Réseaux de soins
<b>CSSC</b>	Centre de Soins et de Santé Communautaire de Ste-Croix
<b>CTR</b>	Centre de Traitement et de Réadaptation
<b>DP</b>	Département de Psychiatrie
<b>DSAS</b>	Département de la Santé et de l'Action Sociale
<b>EHNV</b>	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois
<b>EMS</b>	Etablissement Médico-Social
<b>FEDEREMS</b>	Fédération patronale des Etablissements Médico-Sociaux vaudois
<b>FHV</b>	Fédération des Hôpitaux Vaudois
<b>FMC</b>	Forum Managed Care
<b>FSC</b>	Fédération de Soins du Chablais (Réseau)
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization
<b>LAMal</b>	Loi sur l'Assurance Maladie
<b>LPFES</b>	Loi sur la Planification et le Financement des Etablissements Sanitaires
<b>MC</b>	Managed Care
<b>MPR</b>	Médecin de Premier Recours
<b>OBSAN</b>	Observatoire de la Santé
<b>OdAsanté</b>	Organisation faîtière nationale du monde du travail Santé
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de Santé
<b>NOPS</b>	Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (1997)
<b>RNB</b>	Réseau Nord Broye
<b>SASH</b>	Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement
<b>SPAS</b>	Service de Prévoyance et d'Aide Sociale
<b>SPN</b>	Secteur Psychiatrique Nord
<b>SSP</b>	Service de Santé Publique
<b>SVM</b>	Société Vaudoise de Médecine
<i>Ibid.</i>	<i>Ibidem = ici même, remplace la référence complète si citée immédiatement avant</i>
<i>Op. cit.</i>	<i>Opere citato = œuvre citée, remplace la référence complète si éloignée dans un autre note</i>