



**Nouvel élan pour les
soins intégrés dans les cantons :
un guide**

Table des matières

Éditorial	3
Introduction	4
Partie 1 : les concepts à la base des soins intégrés	
1. Les soins intégrés en Suisse	5
1.1. Pourquoi (renforcer) les soins intégrés ?	5
1.2. Qu'est-ce que l'intégration des soins ?	6
1.3. Évolution des soins intégrés en Suisse	7
2. Évolution dans les cantons	9
2.1. Disparités régionales	9
2.2. Compréhension des soins intégrés dans les cantons	11
2.3. Rôle des cantons dans la gouvernance des soins intégrés	12
Partie 2 : champs d'action et mesures	
3. Domaines d'action	14
3.1. Ancrer les soins intégrés au niveau du canton et des partenaires de soins	14
3.2. Garantir les soins primaires dans les régions rurales/périphériques	15
3.3. Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples	16
4. Mesures visant à promouvoir les soins intégrés	18
4.1. Conditions-cadres	18
4.2. Structure des mesures	20
4.3. Tableau synthétique des mesures possibles	21
5. Ancrer l'intégration des soins au niveau du canton et au niveau des partenaires de soins	22
6. Garantir les soins primaires dans les régions rurales/périphériques	24
7. Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples	26
Partie 3 : outils complémentaires	
8. Check-list pour évaluer les différentes mesures	28
9. Instruments et documents	29
10. Informations complémentaires concernant les mesures	30
Notions importantes	38
Références bibliographiques	39
Impressum	39

Éditorial



Heidi Hanselmann

Présidente de la CDS

Directrice de la santé du canton de Saint-Gall

Notre système de santé est marqué par des évolutions complexes et en partie paradoxales : les ressources en personnel de la santé sont limitées, alors qu'il y a toujours plus de personnes qui souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques (polymorbidité) et qui ont des besoins différents. La spécialisation de la médecine accroît le nombre d'interfaces : celles-ci sont toujours plus difficiles à gérer par les professionnels de la santé comme par les patientes et les patients. Par ailleurs, les coûts de la santé augmentent, de même que la pression visant à ralentir cette tendance.

L'amélioration de la mise en réseau et de la coordination – l'intégration des soins – est l'une des réponses à ces évolutions : il s'agit d'améliorer la répartition des activités des professionnels, en fonction de leurs compétences, d'améliorer la collaboration interprofessionnelle, et de réduire les incitations financières contre-productives (par ex. dans le choix des options thérapeutiques). Le but de l'intégration des soins est d'améliorer la qualité des prestations et la sécurité des personnes malades, comme d'éviter les traitements superflus et les coûts inutiles. Ce faisant, le renforcement de l'intégration et de la collaboration entre professionnels est aussi un moyen d'assurer l'avenir des soins dans les zones rurales.

L'utilité des soins intégrés est universellement reconnue, raison pour laquelle diverses initiatives et modèles ont vu le jour dans plusieurs cantons ces dernières années. Le potentiel de mise en œuvre de tels modèles de prise en charge n'est

toutefois pas exploité à large échelle. Le renforcement de l'intégration des soins nécessite des efforts : l'ajustement des processus existants et la définition de nouvelles formes de collaboration et de rémunération des prestations exigent des acteurs une prédisposition à la réflexion ainsi que des évaluations formalisées. Cela permettra d'en analyser les coûts et la pertinence à l'aune des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité fixés dans la LAMal. Du reste, les prestataires de soins ne sont pas les seuls qui peuvent contribuer à la réussite des soins intégrés : la responsabilité en incombe autant aux assureurs et aux personnes malades qu'à la Confédération, aux cantons et aux communes, qui veillent à la mise en place de conditions-cadres appropriées.

À l'occasion de son centenaire, la CDS souhaite apporter sa contribution à des soins de qualité et innovants. Convaincue que, en politique de santé, les petits pas sont souvent plus efficaces que les grands bouleversements, la CDS présente dans ce guide des mesures qui permettront aux cantons de renforcer encore l'intégration des soins. Il s'agit d'une compilation de réglementations, d'incitations, d'outils de pilotage et de communication qui, dans la mesure du possible, doivent être ajustés avec les partenaires de soins.

J'espère que les impulsions de la CDS donneront une nouvelle dynamique au système de santé suisse et je vous souhaite une excellente lecture. Puisse-t-elle vous inspirer !

Introduction

Des soins de santé axés sur les besoins des personnes malades, tout en étant sûrs et efficaces, commencent à petite échelle. Par exemple en améliorant la mise en réseau et la coordination entre les parties prenantes. Ce qui est plus facile à dire qu'à faire. En matière de renforcement de l'intégration, le système actuel se heurte en effet à de nombreux obstacles qui vont du financement aux rémunérations, en passant par le management.

Le présent guide entend donner une orientation claire à la stratégie des petits pas : la mise en réseau et la coordination doivent être pratiquées au quotidien. Premièrement, les cantons peuvent donner des impulsions importantes et indispensables : nombre d'entre eux le font déjà. Deuxièmement, il est capital de s'inspirer et d'apprendre les uns des autres, de développer des approches pertinentes et de chercher de nouvelles possibilités de mise en réseau.

Le guide comprend trois parties.

La Partie 1 présente les bases des soins intégrés, en particulier du point de vue des cantons.

La Partie 2 propose, pour trois champs d'action principaux, des mesures qui permettent aux cantons – avec les partenaires de soins – de renforcer l'intégration des soins. Des exemples pratiques sont disponibles (en ligne) pour chaque domaine d'action.

Les mesures proposées sont assez générales et *non* hiérarchisées. En effet, les conditions géographiques, politiques, culturelles et démographiques dans les cantons sont si variées qu'il n'existe pas de solution unique pour améliorer l'intégration des soins.

La Partie 3 présente des outils complémentaires, par exemple une check-list qui permet d'évaluer la faisabilité des différentes mesures dans chaque canton. De plus, de nombreuses illustrations sont proposées pour les mesures décrites dans la Partie 2.

Des exemples de modèles de soins intégrés, des outils en ligne et d'autres documents sur la coordination des soins sont disponibles par ailleurs sur le site web de la CDS :

www.gdk-cds.ch/soins-integres

Enfin, le guide comprend des mesures de mise en œuvre de la CDS qui vise à soutenir les cantons, quelle que soit leur expertise dans le domaine.

Ces différents éléments contribueront à soutenir le développement de l'intégration des soins : des mesures initiales à une intégration de tous les éléments du système, même si les défis existent et qu'ils exigeront une certaine persévérance. Il faudra certainement encore plusieurs années pour que les parcours patients – du diagnostic à la prise en charge à long terme, des aspects « santé » aux aspects « sociaux » – soient coordonnés de manière optimale. Les succès obtenus par une stratégie des petits pas sont inestimables : quiconque s'est déjà attaqué à un puzzle connaît la motivation induite par l'assemblage des premières pièces.

1. Les soins intégrés en Suisse

1.1. Pourquoi (renforcer) les soins intégrés ?

Le traitement et la prise en charge des personnes ont fait l'objet d'une spécialisation et d'un morcellement importants ces dernières décennies. Le nombre de cliniques et d'instituts dans les hôpitaux s'est multiplié, de même que le nombre de titres de médecin spécialiste FMH ; les spécialités médicales se divisent elles-mêmes en sous-spécialités. Le constat est similaire – de façon toutefois moins marquée – dans les soins, la physiothérapie et d'autres professions, comme dans le social. Si trois à cinq professionnels étaient impliqués dans le traitement d'une personne hospitalisée dans les années 1980, ils sont aujourd'hui dix fois plus nombreux.

Dès lors, cette multiplicité des intervenants n'est presque plus gérable. Il s'ensuit des lacunes d'information ou des pertes d'informations importantes avec, pour corollaire, des sur-diagnoses, des prises en charge redondantes, des complications, des hospitalisations d'urgence et des réadmissions, sans parler de l'impact négatif sur la qualité des soins, sur la sécurité des patients et sur l'évolution des coûts : « Plusieurs études montrent que la surmédicalisation provoque des effets secondaires importants chez les patients et contribue à 30 % des dépenses de santé, sans valeur ajoutée. » [1]

Les maladies évoluent aussi : les maladies chroniques comme le diabète, la BPCO, l'asthme ou la dépression augmentent sensiblement. De plus, beaucoup de gens souffrent de plusieurs maladies (chroniques) et sont donc multimorbides ; en vieillissant, ils sont nombreux à être atteints de démence. De nouvelles thérapies permettent aujourd'hui de maîtriser pendant des années des maladies graves – comme le cancer ou la sclérose en plaques – dont l'issue était, encore récemment, souvent fatale à court terme.

Les personnes touchées ont un point commun : elles doivent être prises en charge sur de longues

périodes, voire leur vie durant. La complexité ne cesse par ailleurs de croître : en plus de prestations de soins, de nombreuses personnes ont aussi besoin d'un soutien social. D'où l'urgence de mieux coordonner les différentes étapes de la prise en charge, de placer l'individu – et non ses maladies – au cœur des priorités, et d'associer plus étroitement les personnes malades à leur prise en charge.

Seule une infime partie du potentiel des soins intégrés est exploitée à l'heure actuelle pour améliorer l'efficacité, la sécurité des personnes malades et la qualité des soins. Il est d'autant plus indiqué d'encourager l'intégration des soins que la spécialisation se poursuivra (par ex. médecine personnalisée ou individualisée).

› Définitions importantes

Partenaire de soins, prestataire de soins, mandat de prestations, etc. : quelques termes essentiels à la compréhension du guide sont définis en page 38.

1.2. Qu'est-ce que l'intégration des soins ?

La compréhension des termes et des concepts dépend pour l'essentiel des perspectives et des attentes des différents acteurs qui les utilisent. C'est également valable pour les soins intégrés. Il n'est donc pas étonnant qu'il n'y ait ni définition unique, ni expression exclusive. En français, les soins « intégrés », « coordonnés » ou « en réseau » ont plus ou moins la même signification.

Le présent guide est basé sur les axiomes de soins intégrés suivants (Figure 1) :

Priorités

Ce sont les besoins des personnes malades et de la population qui sont au cœur de la notion d'intégration des soins, tout comme l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de la prise en charge. Ces trois éléments constituent les points clés du concept dit *triple aim* [2], qui s'impose de plus en plus comme le cadre de référence pour les soins de santé en Suisse, et qui est un moteur essentiel de l'approche *value-based healthcare* [3].

Prestations de soins

Les institutions et les professionnels s'engagent à se coordonner et à travailler en réseau au sein d'un secteur (p. ex. soins ambulatoires) et/ou tout au long du parcours patient. Cet engagement implique par exemple que des objectifs sont fixés conjointement, et qu'il existe des procédures de prise en charge et des directives de qualité communes. Les cantons peuvent apporter une contribution essentielle au développement d'une telle « culture collaborative ».

Financement et rémunération

Les soins intégrés exigent des modèles de financement et de rémunération intégrés. Quand les acteurs impliqués assument une responsabilité financière partagée, ils sont davantage disposés à se concerter et à placer le bien commun au-dessus de leurs propres intérêts.

Numérisation

Les acteurs utilisent si possible les outils numériques (smartphone, internet, applications),

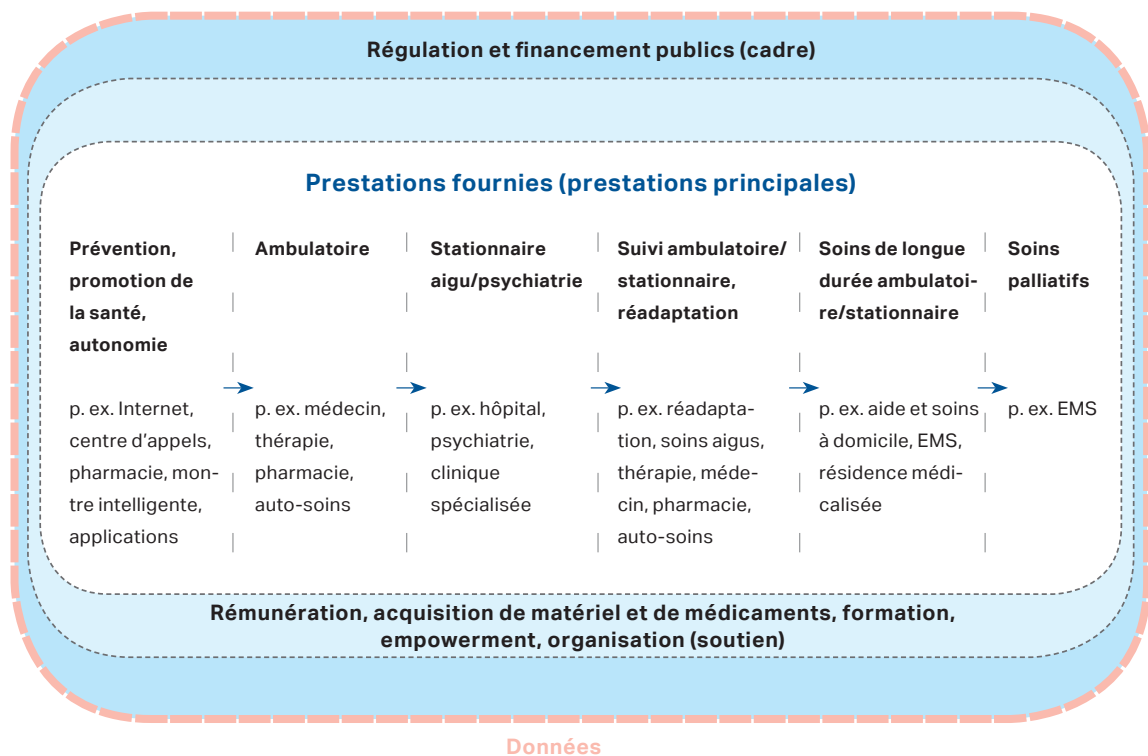


Figure 1 : vue d'ensemble des soins intégrés

que ce soit pour fournir les prestations de soins, pour la logistique ou pour mieux inclure les personnes malades.

Partenariat et empowerment

Les personnes malades sont les seules à avoir une vue d'ensemble de l'évolution de la maladie et de sa prise en charge. Cette ressource doit être utilisée de façon cohérente : les professionnels doivent travailler en partenariat avec les patients, pour le choix des prises en charge, comme pour la priorisation des besoins. Quant aux personnes malades – ou leurs personnes de confiance – elles sont encouragées et « encapacitées » (*empowerment*) à jouer un rôle actif, pour la prise de décisions comme pour la gestion de la maladie.

Gouvernance et réglementation

La Confédération, les cantons et les communes ont de multiples possibilités pour promouvoir l'intégration des soins. Le présent guide entend aider les cantons – et les communes – à les exploiter.

Autres éléments permettant de soutenir les soins intégrés

Il s'agit par exemple de la formation : la collaboration interprofessionnelle doit être promue en formation initiale et continue. L'organisation et le management font également partie des acteurs importants : c'est à eux de concevoir et piloter des modèles de soins intégrés.

Les soins intégrés, c'est donc un système qui comprend bien plus que les seules prestations de soins.

Les différents modèles de soins intégrés se répartissent dans deux catégories principales.

Les modèles axés sur la population portent sur une population bien définie géographiquement. Ils ont pour objectif de mettre en réseau tous les prestataires de soins ambulatoires, stationnaires et sociaux de cette zone et d'adapter leurs prestations à leurs besoins. Les cabinets HMO, les grands centres de santé (*patient-centred medical homes*) et les réseaux de médecins en sont des exemples typiques. Ces dernières années, les premiers réseaux de santé régionaux – ou régions sanitaires – se sont par ailleurs constitués.

Les modèles axés sur les maladies se concentrent sur un tableau clinique donné. Ils ont pour objectif de mettre en réseau les prestataires de soins ambulatoires, stationnaires et sociaux qui sont impliqués dans le traitement et la prise en charge de cette maladie et de les engager à adopter un processus thérapeutique défini. Le *case management*, le (*chronic*) *disease management* et le *chronic care model* en sont des exemples typiques.

1.3. Évolution des soins intégrés en Suisse

L'intégration des soins s'est développée en Suisse au début des années 1990 avec les cabinets de groupe (HMO) et les réseaux de médecins, qui travaillaient selon le principe du *gate keeping*. Depuis, l'amélioration de la coordination et du travail en réseau s'est peu à peu étendue aux autres partenaires de soins.

En parallèle, des modèles d'assurance alternatifs se sont développés : dans ces modèles, les assurés sont prêts à accepter certaines restrictions (en particulier le libre choix du médecin) en échange d'un rabais de prime. En 2017, 69,6 % des assurés avaient opté pour un tel modèle (OFSP 2018). En 2015, la part d'assurés dans un modèle avec un réseau de médecins s'élevait à près de 25 % (Figure 2).

Les réseaux de médecins se sont aussi bien établis : d'après la FMH, près de 52 % des médecins exerçant en ambulatoire en Suisse étaient affiliés à un réseau en 2017. Cette part est nettement plus élevée dans les soins de premier recours : dans les 18 cantons disposant de réseaux de médecins, sept médecins de premier recours sur dix font partie d'un réseau. Les quelque 75 réseaux de médecins couvrent ainsi une partie substantielle des soins de premier recours en Suisse. Les disparités régionales sont toutefois considérables : la plupart des réseaux de médecins se situent dans les zones orientales et centrales du pays.

Une première enquête, menée au niveau national et publiée en avril 2017 par l'Obsan, donne une vision globale de l'évolution des soins intégrés

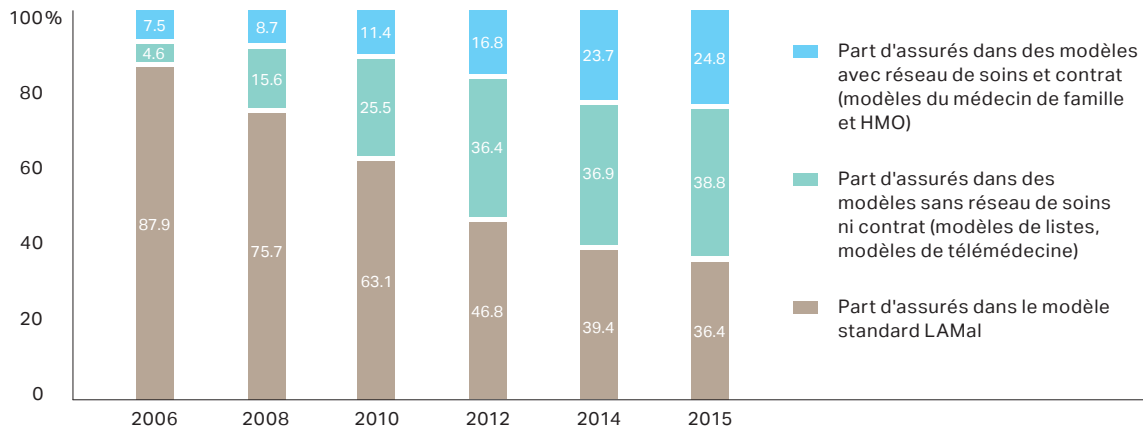


Figure 2 : évolution de la répartition des assurés dans les différents modèles (en %) ; source : fmc (2015)

en Suisse[4]. Elle révèle la diversité des initiatives (Figure 3) et démontre ainsi la force d'innovation des acteurs, privés ou publics. Elle met cependant en évidence la nécessité – voire l'urgence – de prendre des mesures. Car l'intégration ne porte le plus souvent que sur quelques niveaux de soins et rarement sur l'ensemble des processus de prise en charge.

La diversité des initiatives de soins intégrés reflète également la variété des besoins en matière de soins : les initiatives axées sur les maladies

comprennent les aspects « Groupes cibles spécifiques » (p. ex. programmes axés sur le diabète), « Santé mentale & psychiatrie », « Transition et coordination » (p. ex. pour le *case management*) et « Médicaments ». Les initiatives ciblant la population comprennent les « Centres de santé » et les « Réseaux de médecins ». Si ces derniers sont très présents en Suisse alémanique, les initiatives axées sur les « Groupes cibles spécifiques » et « Transition et coordination » prédominent en Suisse romande et au Tessin.

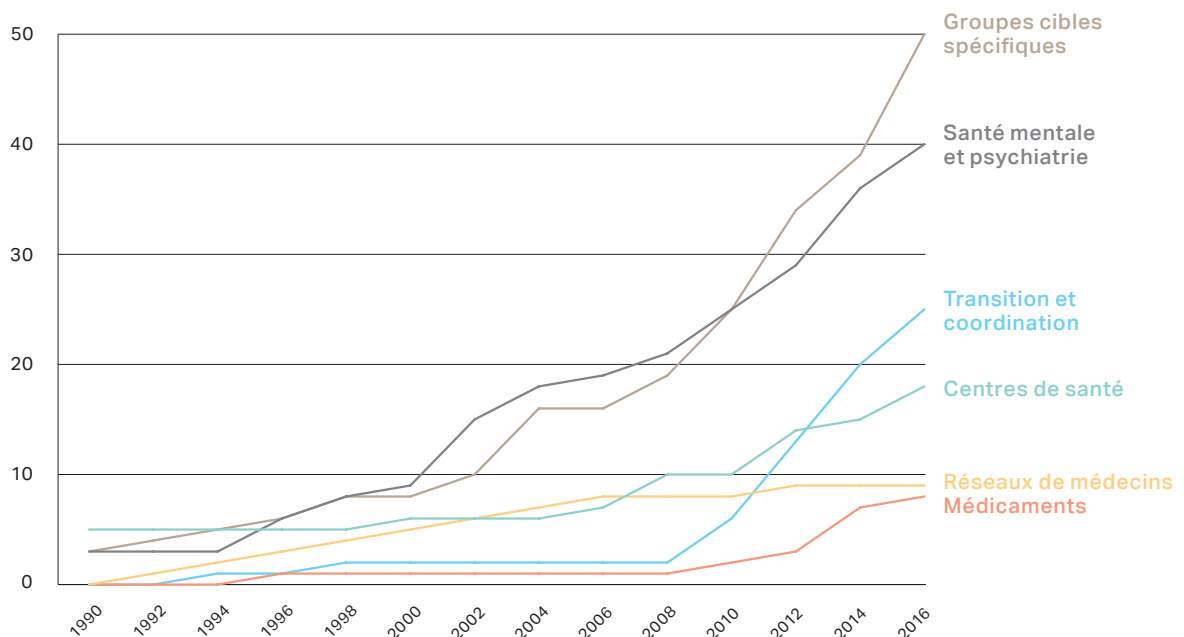


Figure 3 : évolution du nombre d'initiatives de soins intégrés en Suisse, par catégorie (n = 155) ; source : Bulletin des médecins suisses, 2017 ; 98(21-22):685-686

2. Évolution dans les cantons

2.1. Disparités régionales

L'Enquête suisse sur les soins intégrés révèle non seulement les disparités entre les régions linguistiques, mais aussi entre les cantons, notamment en matière de promotion de l'intégration des soins. Pour mettre en évidence certaines disparités, les cantons ont été répartis en quatre groupes :

1. cantons dont les populations sont majoritairement réparties en zones rurales/périphériques, sans hôpital universitaire : AI, AR, GL, JU, NW, OW, SZ, UR ;
2. cantons dont les populations sont réparties aussi bien en zones urbaines que rurales/périphériques, sans hôpital universitaire : AG, BL, FR, GR, LU, NE, SG, SH, SO, TG, TI, VS, ZG ;

3. cantons dont les populations sont réparties aussi bien en zones urbaines que rurales/périphériques, avec un hôpital universitaire : BE, VD, ZH ;

4. cantons dont les populations sont majoritairement réparties en zones urbaines, avec un hôpital universitaire : BS, GE.

La Figure 4 présente la répartition des initiatives d'intégration des soins entre ces quatre groupes de cantons : si les projets destinés aux « Groupes cibles spécifiques » représentent la part la plus importante dans tous les groupes, les autres catégories se répartissent de façon très différente. Cela s'explique sans doute aussi par le fait que les besoins en matière de soins diffèrent d'un canton à l'autre.

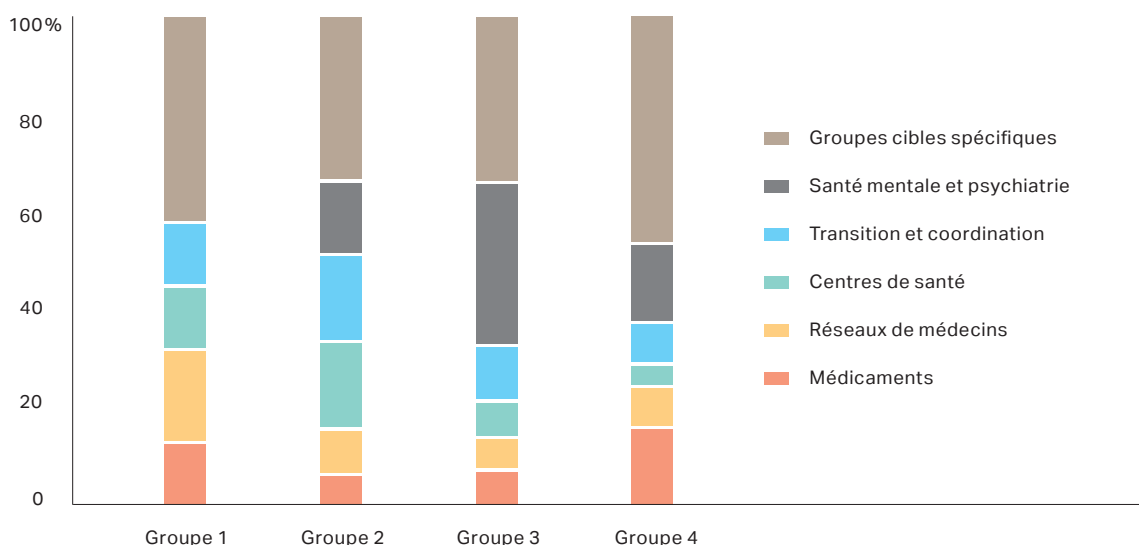


Figure 4 : part des initiatives de soins intégrés selon la catégorie et le groupe de cantons (en %, n = 155) ; source : Soins intégrés en Suisse, Obsan (2017)

La Figure 5 présente le pourcentage des initiatives de soins intégrés soutenues financièrement par les cantons, par catégories et par groupes de cantons. À noter par ailleurs que ces initiatives sont plus souvent soutenues par les cantons romands que par les cantons alémaniques (64 % contre 48 %).

Où en sont les soins intégrés dans votre canton ?

Un questionnaire très fourni a été utilisé lors de la première enquête nationale sur les soins intégrés [4]. Il peut être utile aux cantons qui veulent savoir quelles sont les initiatives de soins intégrés et où elles se trouvent. Bien entendu, ce questionnaire peut être adapté aux besoins et à la situation de chaque canton. Il est disponible sur le site de la CDS :

www.gdk-cds.ch/soins-integres

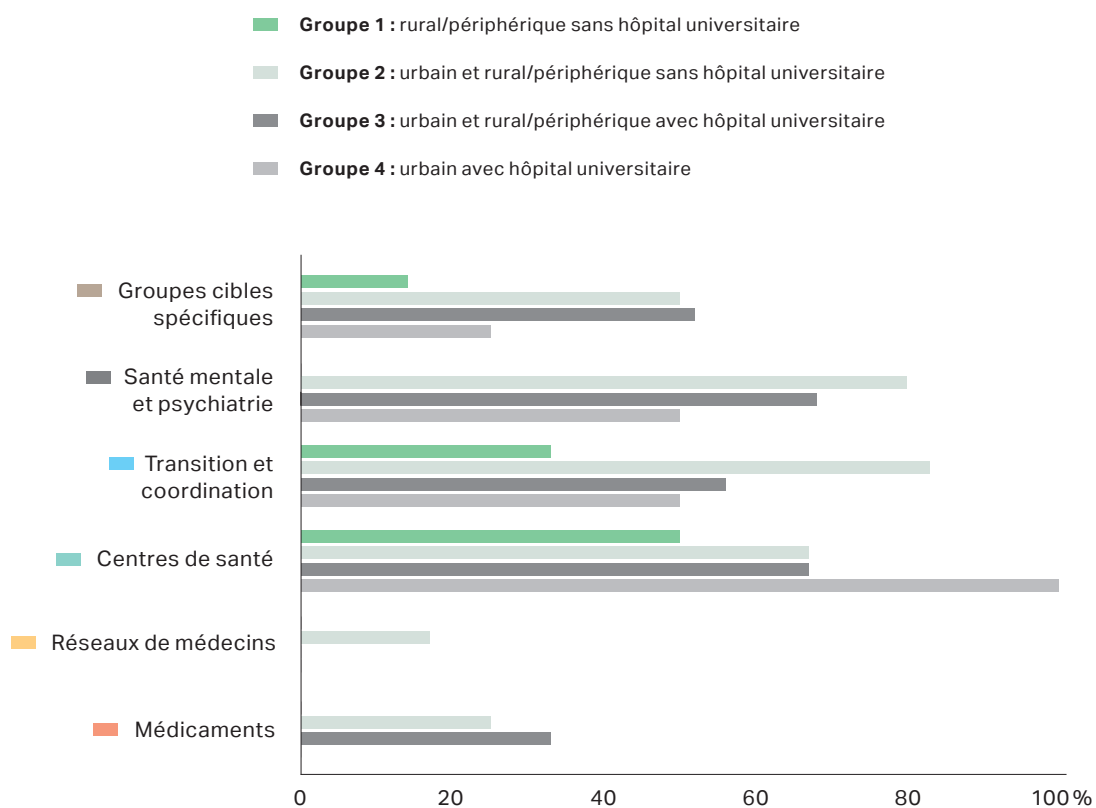


Figure 5 : part des initiatives de soins intégrés bénéficiant du soutien financier du canton, par catégorie et groupe de cantons (en %, n = 150) ; source : Soins intégrés en Suisse, Obsan (2017)

2.2. Compréhension des soins intégrés dans les cantons

En septembre 2017, le fmc forum suisse des soins intégrés a mandaté une recherche interrogeant les rôles futurs de la Confédération, des cantons et des communes dans les soins intégrés. Ses résultats sont parus dans la publication Matière à réflexion N°4 : « Confédération, cantons et communes dans les soins intégrés : rôles possibles 2026 ». [5]

Cette publication a pour point de départ l'hypothèse selon laquelle la Confédération, les cantons et les communes joueront à l'avenir un rôle plus

actif dans l'intégration des soins. Une enquête en ligne a notamment été réalisée pour confirmer cette hypothèse. En tout, 361 personnes y ont pris part, parmi lesquelles 19 représentants de dix cantons différents. Les résultats ci-dessous ont été spécialement préparés pour ce guide.

La Figure 6 présente la moyenne de l'accord des représentants des cantons avec les différents objectifs visés par l'intégration des soins ; cet accord a été complété par un indice de l'optimisme.

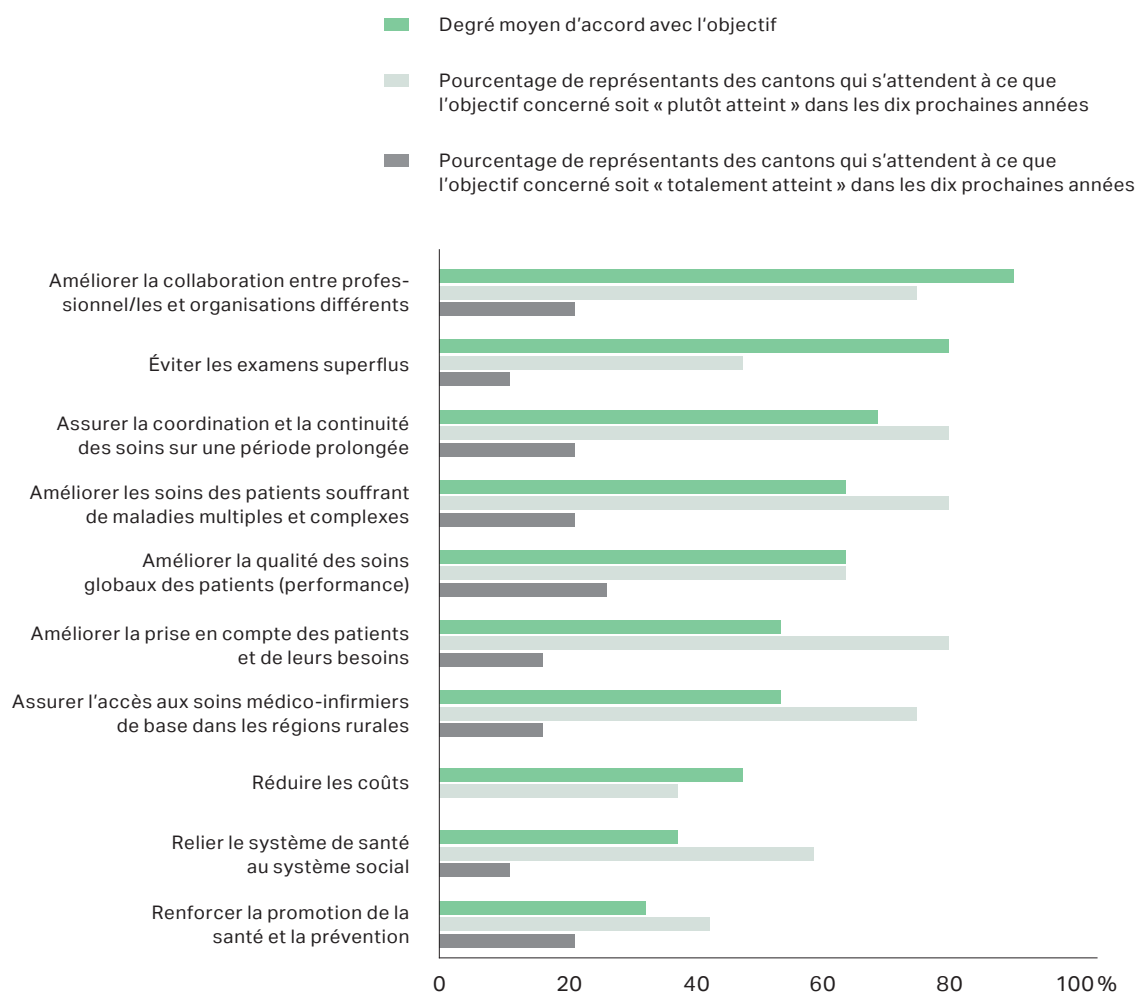


Figure 6 : objectifs des soins intégrés du point de vue des représentants des cantons, avec l'indice d'optimisme (en %, n = 19) ; source : fmc (2018)

La Figure 7 reflète l'opinion des représentants des cantons concernant les obstacles à une meilleure intégration des soins, ainsi que les mesures nécessaires.

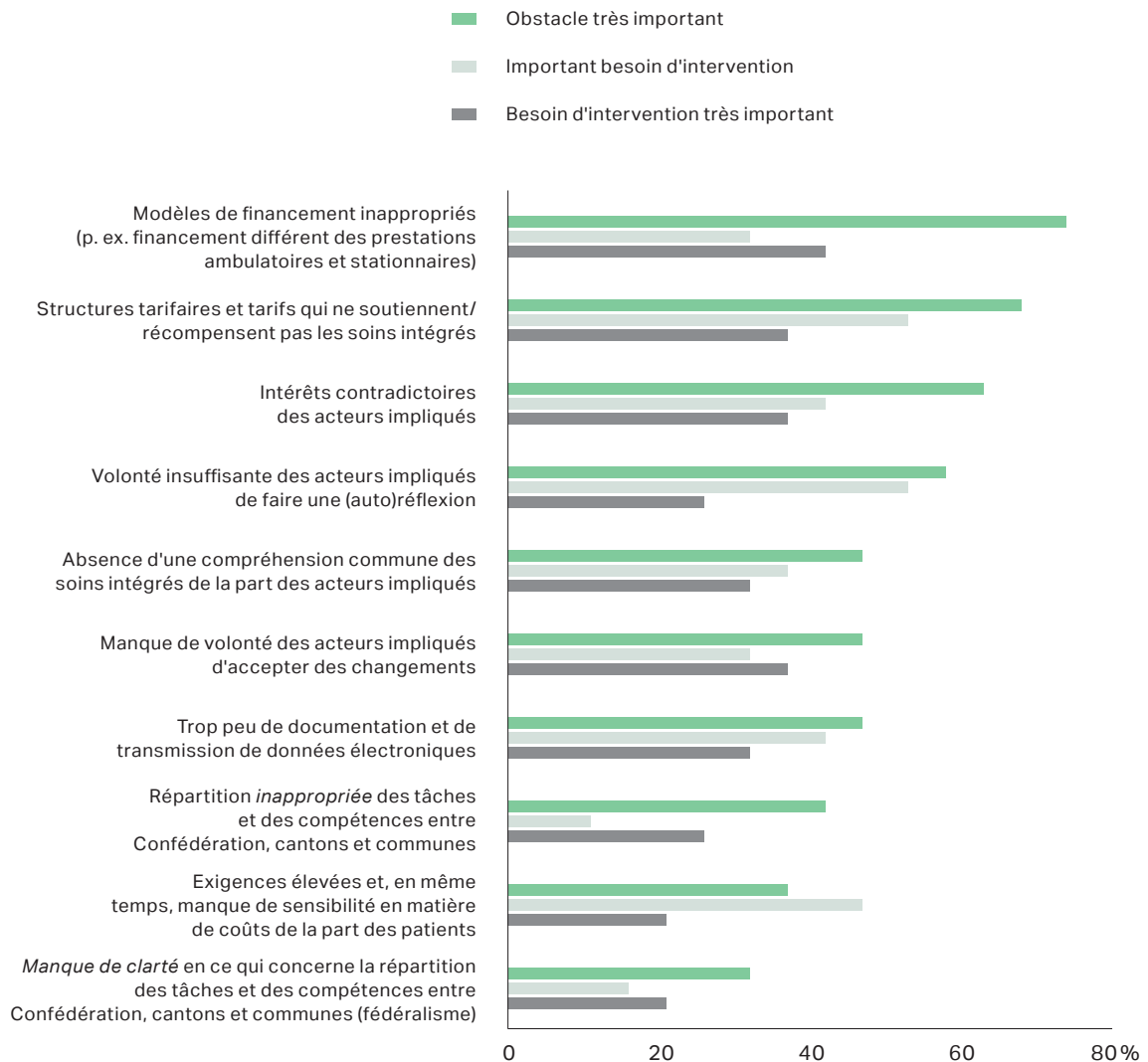


Figure 7 : obstacles et mesures nécessaires du point de vue des cantons (en %, n = 19) ; source : fmc (2018)

2.3. Rôle des cantons dans la gouvernance des soins intégrés

Le modèle de pilotage de Braun & Giraud (2003) [6] a servi de base au mandat de recherche du fmc. Ce modèle subdivise les possibilités d'action de l'État en quatre domaines principaux :

- pilotage par la régulation
- pilotage financier
- pilotage structurel
- pilotage par la communication

Sur cette base, onze instruments de pilotage gouvernementaux ont été proposés dans l'enquête en ligne. **La Figure 8** montre quelles mesures de pilotage les acteurs non gouvernementaux attendent de la Confédération, des cantons ou des communes ces cinq prochaines années. D'après eux, les mesures visant le pilotage financier sont perçues comme une tâche essentielle des cantons dans les soins intégrés, en particulier le (co)financement de projets pilotes et le développement de nouveaux modèles de rémunération. À noter, la part très faible de répondants (16 % en moyenne)

qui rejettent toutes les mesures de pilotage qui pourraient être prises par les acteurs publics pour promouvoir les soins intégrés. En d'autres termes, il est absolument justifié que les cantons – en plus de la Confédération et des communes – s'engagent davantage pour les soins intégrés.

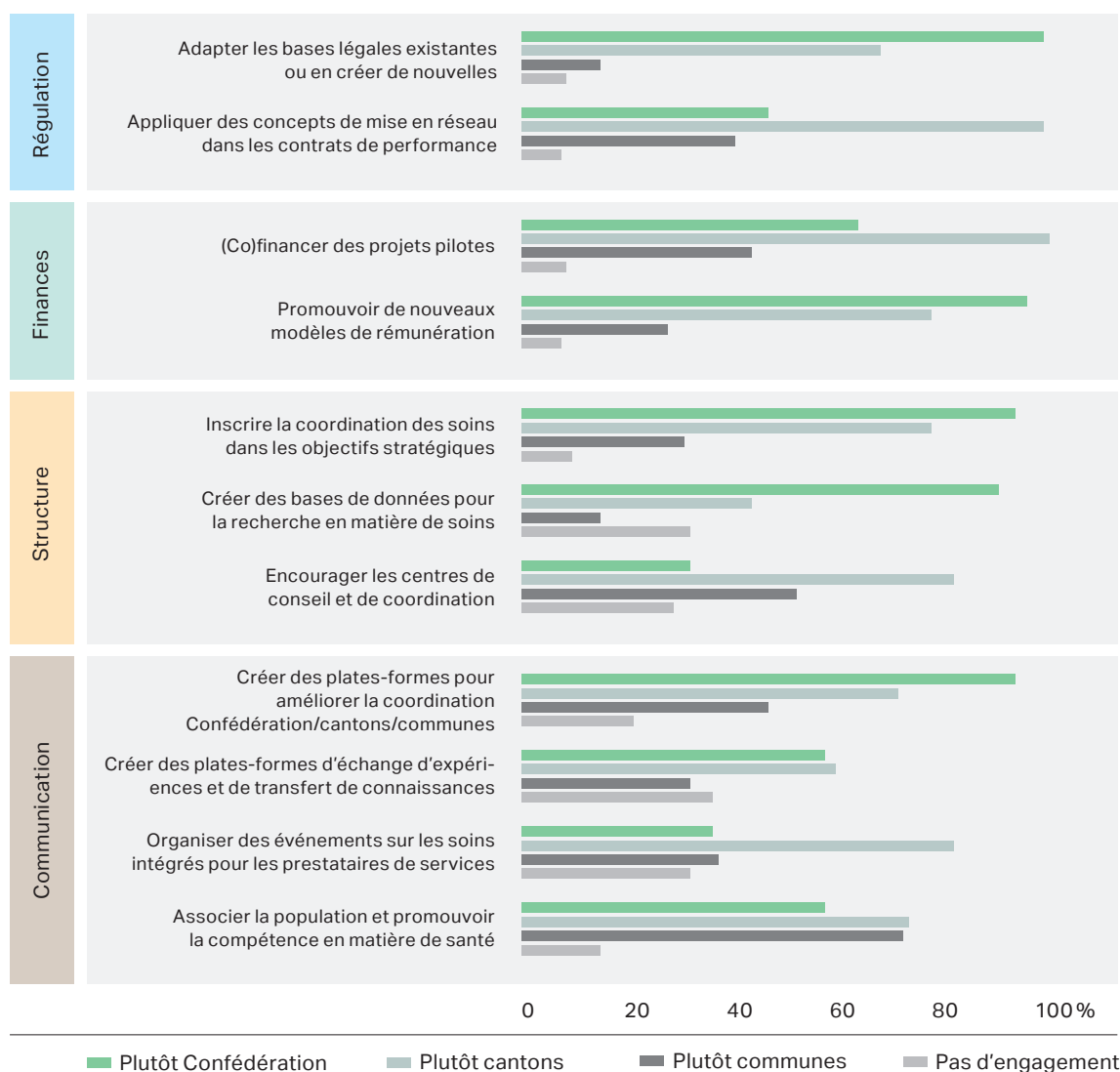


Figure 8 : mesures de pilotage attendues par les acteurs *non gouvernementaux* ces cinq prochaines années (en %, n = 215) ; source : fmc (2018)

3. Domaines d'action

Le présent guide se concentre sur trois champs d'action :

- un champ d'action global :

ancrer l'intégration des soins au niveau du canton et au niveau des partenaires de soins.

- deux champs d'action spécifiques :

garantir les soins primaires et l'intégration dans les zones rurales/périphériques ;

améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples.

La CDS estime que les cantons devraient jouer un rôle déterminant dans ces trois domaines : des mesures sont nécessaires et les possibilités d'actions au niveau des cantons sont nombreuses.

Ces trois champs conviennent particulièrement à une stratégie des petits pas, telle qu'évoquée dans l'introduction (page 4).

3.1. Ancrer l'intégration des soins au niveau du canton et au niveau des partenaires de soins

Le chapitre 2 (« Évolution dans les cantons ») montre qu'il règne une grande diversité entre les cantons dans le domaine des soins intégrés : ce n'est ni surprenant, ni négatif. En effet, le degré d'intégration des soins dépend de nombreux facteurs parmi lesquels : superficie, nombre d'habitants et situation du canton ; composition politique du gouvernement et du parlement ; objectifs de santé publique ; quantité, diversité et organisation des prestataires de soins ; tâches des communes dans le domaine de la santé et du social ; stratégies des assureurs. De plus, le niveau cantonal reflète ce qui apparaît sans cesse au niveau fédéral : des intérêts divergents, souvent opposés – entre les différents partenaires de soins et entre les forces politiques – compliquent voire bloquent les approches intégrées.

C'est pourquoi il est essentiel d'ancrer l'intégration des soins auprès du canton et dans le canton. Cela signifie par exemple que :

- les partenaires de soins ont une compréhension commune de ce que signifie l'intégration des soins ;

- toutes les personnes impliquées comprennent ce qu'une meilleure intégration des soins peut apporter ;
- les partenaires de soins sont systématiquement associés au développement de modèles de soins intégrés (participation) ;
- il existe des conditions-cadres favorables aux soins intégrés, en particulier pour exploiter la force d'innovation des partenaires de soins.

L'ancrage des soins intégrés doit donc être considéré comme un champ d'action principal. S'il réussit, les partenaires de soins seront plus susceptibles de collaborer, notamment dans les deux autres champs d'action.

Les mesures proposées fournissent également des éléments permettant d'évaluer le degré d'implantation des soins intégrés auprès du canton et dans le canton.

3.2. Garantir les soins primaires dans les régions rurales/périphériques

De nombreux médecins ne trouvent pas de successeur, en particulier dans les régions rurales/périphériques. Cela peut limiter l'accès aux soins de certaines populations (Figure 9). Il s'agit donc d'élaborer de nouveaux modèles de soins à même de garantir – également dans les régions rurales/périphériques – l'accès à des soins de qualité, que ce soit en médecine de premier recours ou pour des prestations spécialisées. Parmi ces modèles, on trouve par exemple les réseaux de soins régionaux, la possibilité de répartir différemment les tâches entre les professionnels médicaux et paramédicaux, la collaboration renforcée avec les proches-aidants et les bénévoles et l'utilisation d'outils numériques pour accompagner la prise en charge.

Habitants	Médecins ambulatoires	
	Généralistes	Spécialistes
≥100000	1.48	3.49
50000–99999	1.48	2.57
20000–49999	1.18	1.91
10000–19999	1.04	1.54
5000–9999	0.91	0.61
2000–4999	0.72	0.26
1000–1999	0.50	0.17
<1000	0.23	0.11
Total	0.95	1.26

Figure 9 : densité des médecins selon la taille de la commune (pour 1000 habitants) ; source : statistique médicale 2018 FMH et statistique de la population OFS 2017

La famille J habite dans une région périphérique avec leurs trois enfants de 3, 5 et 8 ans. Chez Caroline, 8 ans, on vient de diagnostiquer un diabète de type 1. Toute la famille était suivie par le médecin de leur village, mais ce dernier vient de prendre sa retraite sans trouver de successeur. Le médecin le plus proche est désormais à 20 minutes de voiture, tout comme la pharmacie la plus proche. Le médecin spécialiste et l'infirmière en diabétologie sont à 40 minutes de voiture. Mme J doit prendre une demi-journée pour aller en consultation avec Caroline et trouver un voisin bienveillant pour s'occuper de ses autres enfants en son absence.

La commune de Mme J – en partenariat avec cinq communes avoisinantes – a installé un centre de soins intégrés dans le village. Tous les matins, un infirmier de pratique avancée y consulte. Deux matinées par semaine, il est rejoint par un médecin de famille pour les cas qui nécessitent un avis médical. En cas de besoin, une installation de vidéo-conférence permet à Caroline, à sa maman, à l'infirmier et au médecin d'interagir avec d'autres spécialistes.

Les soignants disposent d'un dossier électronique qui leur permet d'accéder (via leur smartphone ou une tablette) au dossier-patient – quel que soit leur lieu de pratique – et de communiquer entre eux, et avec Caroline et ses parents. La famille J dispose également d'outils informatisés leur permettant de partager l'évolution de Caroline (par ex. : glycémie, poids, alimentation), comme de commander des médicaments ou du matériel médical. Un accord de collaboration a également été convenu entre les communes et différents autres acteurs qui utilisent le centre de soins intégrés comme antenne pour leurs activités.

Pour que de tels modèles puissent être mis en œuvre, il est indispensable que les cantons et les communes collaborent étroitement. Par ailleurs, il est nécessaire de mettre en place des incitatifs permettant de mieux répartir les professionnels

entre les centres urbains, les agglomérations et les régions rurales/périphériques. Enfin, des mesures doivent être prises afin de mieux répartir les activités médico-soignantes entre les différents groupes de professionnels.

3.3. Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples

Les personnes qui présentent plusieurs problèmes de santé chroniques seront le groupe de patients le plus important à l'avenir. Aujourd'hui, ce groupe totalise 60% des décès et 85% des années potentielles de vie perdues ; ce groupe utilise également près de 80% des prestations de l'assurance de base obligatoire. Par ailleurs, les progrès de la médecine permettront de diagnostiquer plus précocement les maladies chroniques telles que le diabète de type II ou la dépression, comme de maîtriser mieux et plus longtemps d'autres maladies graves telles que les cancers, la sclérose en plaques ou le VIH/SIDA. Il faut donc

aussi s'attendre à une augmentation du nombre de personnes jeunes et néanmoins atteintes de maladies chroniques.

Outre des prestations médicales, infirmières et autres, ces personnes ont souvent aussi besoin de prestations psycho-sociales, juridiques (par ex. en lien avec la capacité de discernement) et/ou financières (par ex. prestations complémentaires). La multiplicité et la diversité des besoins – on parle ici de complexité – exige une meilleure coordination interprofessionnelle et intersectorielle (santé et social).

Monsieur K, 60 ans, présente des épisodes récurrents d'angoisse et de dépression, une consommation d'alcool excessive avec des troubles hépatiques, des chutes avec de nombreuses fractures ayant nécessité des hospitalisations répétées. Les séquelles de ces fractures sont importantes, notamment en termes de douleurs chroniques. Monsieur K dispose d'une rente AI. Ses relations avec ses proches sont tendues : ces derniers ne s'investissent que de manière limitée dans la situation.

En automne dernier, en accord avec Monsieur K, son nouveau médecin traitant et son infirmière à domicile décident de renforcer l'intégration des soins en mettant en place une dynamique d'équipe interprofessionnelle coordonnée :

- une réunion de coordination interprofessionnelle a lieu avec Monsieur K, son frère, son médecin traitant, son infirmière à domicile et son assistant social ;
- des objectifs de prise en charge sont décidés conjointement : il est ainsi décidé collectivement de concentrer sur la gestion de son angoisse et de ses douleurs chroniques ;
- les différentes tâches sont réparties entre Monsieur K, son frère et les différents professionnels : tous ces éléments sont formalisés dans un plan de soins informatisé et sécurisé ;
- Monsieur K est suivi à domicile trois fois par semaine par l'infirmière pour le soutenir dans l'atteinte des objectifs fixés ;
- les éléments de suivi du plan de soins sont partagés de manière informatique et sécurisée entre Monsieur K et ses intervenants.

Après six mois, Monsieur K sait gérer ses épisodes d'angoisse et a considérablement diminué sa consommation d'alcool. Il a repris des activités physiques dans un groupe, ce qui a réduit ses douleurs et amélioré son insertion sociale.

Le système actuel est organisé pour répondre à des problèmes aigus. Il répond moins bien aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples.

Les possibilités d'action sont nombreuses (Figure 10), et il importe de garder à l'esprit que :

- les personnes malades sont les seules à avoir une vue d'ensemble de l'évolution de la maladie et de sa prise en charge ; il importe donc de renforcer leur participation des personnes malades dans la prise des décisions qui les concernent. Ce partenariat entre les personnes malades et les professionnels doit avoir comme objectif une prise de décision partagée, qui tienne compte des priorités et des besoins des personnes malades ;
- certaines personnes malades ne sont pas totalement autonomes face à leurs maladies et face à leurs difficultés : elles dépendent du soutien de leur entourage, de leur(s) proche-aidant(s) et/ou de bénévoles qui peuvent intervenir aussi bien pour les soins physiques, pour l'accompagnement psychique, que pour les aspects administratifs ou logistiques. Il faut donc soutenir les proches-aidants et les bénévoles (par ex. formations, valorisation, répit) ;
- les personnes malades doivent avoir des interlocuteurs clairement identifiés qui leur permettent de naviguer dans le système socio-sanitaire d'une part, mais surtout de les aider à coordonner les réponses à leurs différents besoins ;
- l'accès aux informations pertinentes est nécessaire à la coordination des situations complexes. Pour cela, l'utilisation du dossier électronique du patient (DEP) est indispensable. Si certains ont de la difficulté à l'utiliser, ils doivent pouvoir bénéficier de l'aide d'une personne de confiance ;
- le système de rémunération actuel, qui fragmente les prestations et les professionnels, est un obstacle important à l'intégration des soins. Il importe d'élaborer de nouveaux modèles de rémunération, forfaitaires, qui s'étendent sur des périodes relativement longues (par ex. un an) et qui incluent les prestations de plusieurs intervenants. Cela permet aux différents professionnels de partager la responsabilité de la prise en charge et les incite à se coordonner.

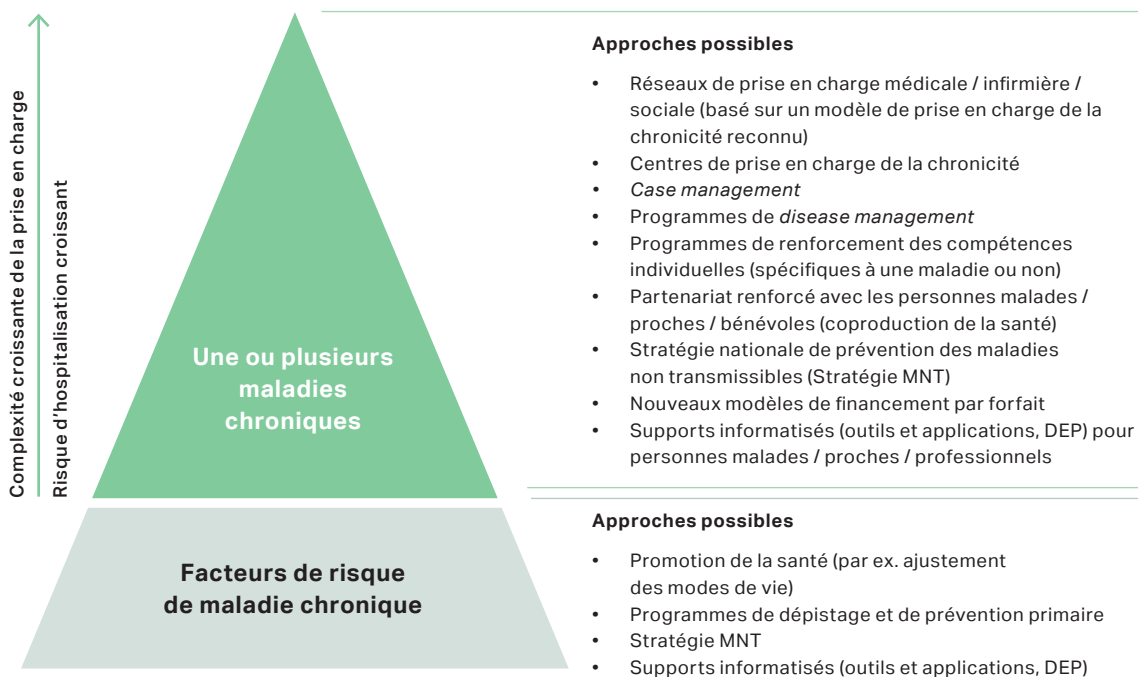


Figure 10 : intégration des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples

4. Mesures visant à promouvoir les soins intégrés

4.1. Conditions-cadres

Les soins intégrés ne se décrètent pas, les acteurs impliqués doivent être encouragés à renforcer et à améliorer leur collaboration. Développer cette « culture commune » est l'une des tâches majeures des cantons. Il s'agit en outre de soutenir et d'exploiter la force d'innovation des acteurs impliqués. Seule une collaboration judicieuse des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux crée des solutions acceptables et durables au service des personnes malades et de la population.

Les mesures proposées s'entendent dans une perspective de six à dix ans. Elles tiennent compte des évolutions suivantes :

Davantage d'ambulatoire

Les soins ambulatoires gagnent en importance, aussi bien pour les soins aigus que pour les soins de longue durée. Les personnes malades peuvent ainsi vivre plus longtemps à domicile ou y retourner plus rapidement. Cependant, les défis posés aux soins ambulatoires augmentent, par exemple en raison du d'interventions ambulatoires (soins aigus de courte durée), ou de la hausse des cas de démence. Par ailleurs, la pression sur les hôpitaux augmente : plus de coopération ? plus de spécialisation ? transformation en centres de santé ?

Traitement et prise en charge à domicile

Les soins sont dispensés par des prestataires ambulatoires ou stationnaires, en majorité dans leurs structures. Or, à l'avenir, le domicile sera de plus en plus un véritable lieu de soins, grâce à l'accroissement des services mobiles et grâce aux outils numériques tels que les applications, les objets/vêtements connectés ou la télémédecine. Cela correspond aux besoins des individus et permettra une meilleure participation des proches et des bénévoles.

Compensation des risques – un rôle moteur

Si la consommation de médicaments est prise en compte dans la compensation des risques (*pharmaceutical cost groups*), les assureurs ont tout intérêt à ce que les malades chroniques soient pris en charge de façon optimale et que les concepts de soins intégrés retiennent davantage l'attention.

Santé et social

De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples ont besoin, en plus de prestations de soins médicaux, de soutien social (par exemple d'un réseau de relations à même de prévenir leur sentiment de solitude). Ces personnes peuvent également avoir des besoins d'ordre juridique (par ex. capacité de discernement) ou financier (par ex. prestations complémentaires). Cela pose des défis supplémentaires en matière de coordination des intervenants. Cela nécessite également de la coordination entre la direction de la santé et celle des affaires sociales d'un canton (si elles ne sont pas rattachées au même département) ainsi qu'entre les conférences des directeurs à l'échelle nationale (CDS et CDAS).

Communes actives

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples accroît les besoins en soins de longue durée et de services sociaux : cela se répercute sur les rôles joués par les communes. Après avoir joué uniquement un rôle de financeur (passif), les communes élaborent désormais les solutions (rôle actif) et considèrent l'existence de soins de santé primaires de qualité dans leur zone comme un facteur d'attractivité.

(Perspective des) malades comme ressource

Les personnes malades sont les seules à avoir une vue d'ensemble sur toute l'évolution de la maladie

et de sa prise en charge. Leurs connaissances et leurs expériences constituent une ressource importante qu'il faut beaucoup mieux valoriser. Il s'agit aussi de davantage tenir compte des proches et des autres personnes de confiance.

Numérisation et dossier électronique du patient (DEP)

L'informatisation est un facteur important pour améliorer l'intégration des soins. Des informations structurées sont disponibles sans contrainte de

temps ou de lieu, elles simplifient la planification conjointe, accélèrent les décisions et les processus, améliorent la transparence, et servent de base pour le suivi qualité et la recherche sur les services de santé. Les outils numériques (tablette, montre ou téléphone intelligents, applications, etc.) permettent par ailleurs de mieux impliquer et de mieux renforcer les personnes malades (par ex. pour la prise des médicaments ou la surveillance des signes vitaux).

Le cadre légal fédéral pour les soins intégrés dans les cantons

Le présent guide met en lumière les rôles et les possibilités d'action des cantons pour renforcer l'intégration des soins. Cependant, pour renforcer ces actions cantonales, la CDS estime aussi nécessaire d'adapter le cadre légal fédéral. Des améliorations s'imposent en particulier au niveau des rémunérations, par exemple pour les prestations de coordination ou les compétences élargies des infirmières de pratique avancée.

De nouvelles modalités de financement sont également nécessaires tout au long de la chaîne de prise en charge (par ex. forfaits globaux) ou pour des groupes de patients (par ex. forfaits par tête/capitation). De tels modèles pourraient être mis en œuvre et évalués dans le cadre de l'article relatif aux projets pilotes, dans des projets régionaux et pour une durée limitée. À cet égard, la Confédération devra procéder à des clarifications juridiques au niveau des ordonnances.

Les différences de financement entre les prestations stationnaires, ambulatoires et les soins de longue durée limitent aussi la généralisation des soins intégrés. Un financement uniforme des soins ambulatoires, stationnaires et de longue durée crée de bien meilleures conditions pour la mise en œuvre d'une prise en charge intégrée tout au long du parcours du patient. Il s'agit également de favoriser l'intégration des soins au moyen d'outils numériques, notamment le dossier électronique du patient (DEP).

4.2. Structure des mesures

Introduit à la page 12, le modèle de Braun & Giraud (2003) mentionne quatre possibilités d'action fondamentales pour les acteurs publics :

- pilotage par la régulation
- pilotage financier
- pilotage structurel
- pilotage par la communication

Les mesures proposées pour les trois domaines d'action évoqués au chapitre 3 sont structurées d'après ce modèle et sont décrites de manière succincte. Ces mesures :

- s'entendent comme un vaste état des lieux qui montre la palette des options possibles pour promouvoir l'intégration des soins dans les cantons ;
- ne sont pas catégorisées : ni en fonction de leur grandeur, ni de leur situation géographique, ni de leur structure, ni de l'expertise des cantons en matière de soins intégrés, ni même en fonction de l'orientation politique ou culturelle des cantons. Par conséquent, il est fort possible que certains cantons aient déjà envisagé – voire mis en œuvre – certaines mesures proposées ;
- ne sont pas hiérarchisées : chaque canton devra, en fonction de ses spécificités, décider quelles mesures sont les plus pertinentes et/ou faciles à mettre en œuvre ;
- peuvent être mises en œuvre conjointement par plusieurs cantons : certaines régions éloignées du centre d'un canton sont parfois proches d'un centre situé dans un autre canton ;
- enfin, de nombreuses mesures proposées pour soutenir les soins dans les régions rurales/périphériques peuvent aussi être appliquées à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples, et vice-versa. Ces deux champs d'action doivent absolument être considérés conjointement.

Les mesures proposées sont présentées dans un tableau à la page 21 et décrites en détail dans le chapitre 5. La Partie 3 (page 30 et suivantes) propose des informations complémentaires sur de nombreuses mesures, comme des exemples ou des exigences générales.

La Partie 3 propose également une check-list qui permet d'évaluer les mesures proposées et de clarifier la charge liée à leur éventuelle mise en

œuvre (bases légales, ressources financières et humaines, structure et organisation, communication). Cette check-list permet également d'évaluer dans quelle mesure les soins intégrés sont déjà ancrés dans la politique et l'administration du canton.

4.3. Tableau synthétique des mesures possibles

Le canton ...

Champ d'action global : ancrer l'intégration des soins au niveau du canton et au niveau des partenaires de soins			
Régulation	Finances	Structure	Communication
<p>... développe une planification globale de politique de la santé</p> <p>... inclut les soins intégrés dans ses bases légales</p> <p>... garantit l'existence de conditions légales pour des contrats de prestations spécifiques</p>	<p>... soutient les institutions ou les organisations qui prennent en charge des groupes de personnes spécifiques</p> <p>... conclut des mandats/contrats de prestation pour la prise en charge de groupes de personnes à besoins spécifiques</p>	<p>... clarifie au sein de l'administration les responsabilités en matière d'intégration des soins</p> <p>... élabore une vue d'ensemble de tous les instruments de pilotage</p> <p>... vérifie la répartition des tâches entre le canton et les communes</p> <p>... encourage la participation des partenaires</p> <p>... encourage la mise en œuvre des stratégies nationales</p>	<p>... effectue un état des lieux de l'intégration des soins</p> <p>... inclut l'intégration des soins dans les objectifs de législature</p> <p>... initie un plan d'action « compétences en santé »</p> <p>... encourage la diffusion et l'utilisation du dossier électronique du patient (DEP)</p>
Champ d'action spécifique 1 : garantir les soins primaires dans les régions rurales/périphériques			
<p>... élabore les conditions-cadres pour de nouvelles structures de soins</p> <p>... complète les mandats/contrats de prestations en faveur des régions rurales/périphériques</p>	<p>... élabore des conditions-cadres favorables aux investisseurs</p> <p>... finance un programme de soutien aux médecins installés dans les régions rurales/périphériques</p> <p>... contribue à un fonds d'innovation</p>	<p>... encourage des modèles de soins régionaux orientés sur les besoins populationnels</p> <p>... fournit des prestations de services pour l'élaboration de tels modèles</p>	<p>... organise des activités de réseautage pour les partenaires de soins</p>
Champ d'action spécifique 2 : améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples			
<p>... améliore les conditions-cadres pour les malades chroniques</p>	<p>... soutient les prestations d'intérêt général fournies par les centres/réseaux de santé</p> <p>... soutient des programmes de dépistage et de prise en charge précoce</p> <p>... contribue à un fonds d'innovation</p>	<p>... soutient l'implication des proches-aidants/des bénévoles dans la prise en charge des malades chroniques</p> <p>... conclut des contrats de prestations spécifiques</p> <p>... teste la transformation d'hôpitaux régionaux en centres de santé</p> <p>... initie une communauté de travail autour de la polymorbidité et de l'intégration des soins</p>	<p>... organise des activités de réseautage pour les partenaires de soins</p> <p>... soutient la mise à disposition d'un portail web pour les personnes malades, leurs proches-aidants et les bénévoles</p>

5. Ancrer l'intégration des soins au niveau du canton et au niveau des partenaires de soins

5.1. Régulation

Le canton ...

511+ *	... développe – conjointement avec les partenaires de soins – une planification globale de politique de santé qui sera adoptée par le Parlement et qui sera donc contraignante. La planification est examinée et révisée périodiquement.
512	... ancrer l'amélioration de l' intégration des soins entre les partenaires de soins dans les bases légales cantonales qui concernent aussi bien la santé que le social.
513+	... garantit l'existence de conditions légales permettant de conclure des contrats de prestations permettant d'intégrer les soins des groupes de patients spécifiques (par ex. des personnes âgées multimorbides, personnes souffrant de comorbidités somatiques et psychiques). Les contrats de prestation peuvent également être conclus avec des groupes de prestataires.

5.2. Finances

Le canton ...

521	... soutient les institutions ou les organisations qui assurent la prise en charge intégrée de personnes ayant des besoins spécifiques (p. ex. centre de maladies chroniques ou réseau de prise en charge gériatrique).
522	... conclut des mandats/contrats de prestations – avec des organisations adaptées – pour la prise en charge intégrée de personnes ayant des besoins spécifiques (par ex. des personnes en procédure d'asile, des chômeurs de longue durée ou en fin de droit, des personnes marginalisées) ; contrôle et améliore la collaboration entre les Départements pour ces groupes de personnes.

* Vous trouverez dans la Partie 3 (pages 30 et suivantes) des compléments concernant les mesures dont les numéros sont suivis d'un +.

5.3. Structure

Le canton ...

531	... clarifie au sein de l'administration les responsabilités en matière d'intégration des soins (dans le département responsable, entre les départements).
532+	... élabore une vue d'ensemble de tous les instruments de pilotage (mandats/ contrats de prestation), dans lesquels peuvent être incluses des dispositions visant à améliorer l'intégration des soins avec les autres partenaires.
533	... vérifie la répartition des rôles et des compétences entre le canton et les communes, ainsi qu'entre les services cantonaux de la santé et du social et l'adapte si nécessaire.
534+	... encourage la participation des partenaires de soins et leur travail en réseau de manière à exploiter au maximum leur potentiel d'innovation.
535	... encourage la mise en œuvre des stratégies nationales sur le territoire cantonal (par ex. cancer, maladies non transmissibles (MNT), soins palliatifs, démence). Les stratégies sont prises en compte dans les concepts de prise en charge aussi bien du canton que des prestataires de soins.

5.4. Communication

Le canton ...

541	... effectue des relevés quantitatifs et/ou qualitatifs permettant d'évaluer la position des partenaires de soins concernant l'amélioration de l'intégration des soins, et concernant l'obligation de travailler de manière intégrée .
542	... inclut l'amélioration du travail en réseau et de la coordination des soins dans les objectifs de législature ou dans un plan stratégique.
543+	... développe – avec ses partenaires – des mesures ciblant la population et les professionnels afin d'améliorer leurs compétences en santé (« Plan d'action compétences en santé »).
544+	... encourage la diffusion et l'utilisation du dossier électronique du patient (DEP) afin que les prestataires puissent mieux coordonner leurs prises en charge et que les personnes malades puissent mieux y contribuer.



Vous trouverez des exemples pratiques concernant ce chapitre sur le site de la CDS : www.gdk-cds.ch/soins-integres

6. Garantir les soins primaires dans les régions rurales/périphériques

6.1. Régulation

Le canton ...

611+	... élabore les conditions-cadres propices à l'élaboration de structures de soins orientées sur les populations, telles que des centres de santé et des réseaux de soins régionaux . De nouvelles répartitions des tâches entre les différents professionnels seront établies dans ces structures.
612+	... complète les mandats/contrats de prestations avec des conditions qui tiennent compte des structures rurales/périphériques et qui veillent à ce que les personnes malades puissent être pris en charge le plus longtemps possible à domicile (ou y revenir dès que possible après un séjour stationnaire).

6.2. Finances

Le canton ...

621+	... crée des conditions-cadres favorables pour les bailleurs de fonds qui souhaitent investir dans des modèles de soins régionaux et populationnels.
622	... finance un programme d'encouragement pour les médecins qui déménagent dans les régions rurales/périphériques pour y pratiquer la médecine ambulatoire .
623+	... contribue – avec d'autres partenaires de soins – à un fonds d'innovation pour les nouveaux modèles de soins intégrés dans les zones rurales/périphériques. Le fonds peut inclure d'autres cantons.

6.3. Structure

Le canton ...

631+	... définit , avec les communes, des zones géographiques qui sont adaptées à l'élaboration et à l'exploitation de modèles régionaux de soins intégrés . Selon les cas, ces zones peuvent aussi concerner plusieurs cantons. Les partenaires de soins y élaborent ensemble des concepts d'intégration et créent des plates-formes d'échange régulier.
632+	... fournit des services, en particulier pour les communes , permettant de soutenir la mise en place de modèles de soins régionaux populationnels.

6.4. Communication

Une série de mesures envisageables est mentionnée au chapitre 5.4. Elles peuvent être complétées par des offres spécifiques, par exemple :

Le canton ...

641	... organise régulièrement des activités de réseautage pour les partenaires de soins sur le thème des soins primaires dans les zones rurales/périphériques .
-----	---



Vous trouverez des exemples pratiques concernant ce chapitre sur le site de la CDS : www.gdk-cds.ch/soins-integres

7. Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples

7.1. Régulation

Le canton ...

711+	... améliore les conditions-cadres (légales) nécessaires pour que les personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples soient pris en charge de manière optimale.
------	--

7.2. Finances

Le canton ...

721	... soutient les prestations d'intérêt général fournies par les centres/réseaux de santé qui prennent en charge les personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples.
722	... soutient – avec d'autres cantons – le dépistage et la prise en charge précoce des jeunes atteints de maladies chroniques , qui induisent des coûts importants à long terme (p. ex. diabète, asthme, obésité, maladies cardio-vasculaires, dépressions, troubles anxieux).
723+	... contribue – avec d'autres partenaires de soins – à un fonds d'innovation « Polymorbidité, complexité et soins intégrés » . Le fonds peut inclure d'autres cantons.

7.3. Structure

Le canton ...

731	... soutient l'implication des proches-aidants/des bénévoles dans la prise en charge des malades chroniques et l'intégration de leurs soins avec ceux des professionnels. Éléments possibles : conseil (individuel, téléphonique, en ligne), offres de répit, offres de formation, systèmes d'incitatifs (par ex. : crédit de temps, déductions fiscales).
732+	... conclut avec les organisations appropriées des contrats de prestations pour l'intégration des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples . Les accords peuvent inclure des exigences spécifiques.

733	... teste si la transformation d'hôpitaux régionaux en centres de santé médico-sociaux peut Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples. C'est là que les compétences spécifiques en matière de prise en charge peuvent être regroupées de manière optimale.
734+	... initie une communauté de travail « Polymorbidité, complexité et soins intégrés » qui conseille et soutient les acteurs (les personnes touchées y sont représentées d'une façon appropriée). Cette communauté de travail peut associer d'autres cantons.

7.4. Communication

Une série de mesures envisageables est mentionnée au chapitre 5.4. Elles peuvent être complétées par des offres spécifiques, par exemple :

Le canton ...

741	... organise régulièrement des activités de réseautage pour les partenaires de soins sur le thème de la polymorbidité, de la complexité et des soins intégrés .
742	... soutient la mise à disposition d'un portail web spécifique pour les personnes malades, leurs proches-aidants et pour les bénévoles ; s'y trouvent par exemple des organisations qui proposent des services pratiques courants pour ce groupe cible. Les personnes concernées peuvent aussi échanger entre elles et partager leurs expériences avec les professionnels.



Vous trouverez des exemples pratiques concernant ce chapitre sur le site de la CDS : www.gdk-cds.ch/soins-integres

8. Check-list pour évaluer les mesures

La check-list ci-dessous permet d'évaluer d'une part les charges liées à la mise en œuvre des différentes mesures dans le canton, d'autre part les conditions nécessaires à cette mise en œuvre.

Pertinence globale
La mesure est-elle – fondamentalement – adaptée à notre canton ?
Aspects juridiques
Cette mesure peut-elle être mise en œuvre avec les bases légales existantes ?
S'il est nécessaire d'ajuster les bases légales existantes : qui doit approuver cet ajustement ? Par exemple : direction du département, gouvernement, parlement, le cas échéant votation populaire
S'il est nécessaire de créer une nouvelle base légale : qui doit l'approuver ? Par exemple : direction du département, gouvernement, parlement, le cas échéant votation populaire
Aspects financiers
Qui finance la mise en œuvre de cette mesure ? Par exemple (seul ou à plusieurs) : canton, communes, prestataires de soins, rémunération standard des prestations LAMal (assureur), partenariat public-privé, fonds cantonal de la Loterie Romande, autres fonds de tiers
Si le canton finance la mise en œuvre de cette mesure (ou y participe) : comment ? Par exemple : budget en cours, budget futur, dans les limites prévues par les compétences de crédit du gouvernement, impérativement un objet parlementaire, le cas échéant votation populaire
Structure/organisation
Qui met à disposition les ressources en personnel qui sont nécessaires pour la mise en œuvre ? Par exemple : canton, association(s) de prestataires de soins, ligues de santé, organisation(s) spécialisée(s) comme une section cantonale de Pro Senectute ou de la Croix-Rouge
Qui dirige la mise en œuvre de la mesure ?
Combien de temps est prévu pour la mise en œuvre ?
Cette mesure peut-elle être mise en œuvre avec d'autres cantons ?
Une mesure comparable a-t-elle déjà été mise en œuvre en Suisse (à l'échelle de la Confédération/du canton/ de la région/de la commune) ? Si oui : en découle-t-il des enseignements pour le projet en question ?
Communication
Qui est responsable de la communication externe ?
Quel rôle joue le canton dans la communication externe ?
Qui garantit la communication entre les parties impliquées dans le projet ?
De quels documents le canton a-t-il besoin pour le controlling ?

9. Instruments et documents

Les questionnaires suivants peuvent être utiles pour faire un état des lieux des soins intégrés dans le canton :

- Scirocco (EU Health Programme)
- Soins intégrés en Suisse (Obsan, IUMSP, fmc)

Les différentes initiatives cantonales suivantes illustrent les possibilités utilisées dans certains cantons pour promouvoir les soins intégrés :

- Masterplan Integrierte Versorgung Aargau
- Brennpunkt Gesundheit Thurgau
- 5-Säulen-Strategie zur Förderung der medizinischen Grundversorgung (Glarus)
- Förderung der medizinischen Grundversorgung (Uri)
- Medizinische Grund- und Spitalversorgung im Simmental und Saanenland (Bern)
- INSPIRE – Integriertes Versorgungsprogramm für ältere Menschen (Baselland)
- Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022
- L'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (Genève)

Les documents suivants présentent des concepts et des modèles qui peuvent aider à promouvoir les soins intégrés :

- Projet « Soins coordonnés » de la Confédération
- Stratégie nationale « Prévention des maladies non transmissibles » (Stratégie MNT)
- Stratégies nationales en matière de santé
- Dossier 45 « Nouveaux modèles de soins pour les malades chroniques » (Obsan)
- Dossier 46 « Vivre avec une maladie chronique. Le point de vue des patients et de leurs proches » (Obsan)
- Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours (OFSP, CDS)
- Série « Matière à réflexion » du fmc forum suisse des soins intégrés :
 - N° 1 – Scénarios d'évolution des soins intégrés en Suisse
 - N° 2 – Portraits de patients en 2024
 - N° 3 – Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025
 - N° 4 – Confédération, cantons et communes dans les soins intégrés : rôles possibles 2026

▶ **Ces instruments et ces documents sont disponibles sur le site de la CDS :**
www.gdk-cds.ch/soins-integres. Ces éléments seront régulièrement actualisés.

10. Informations complémentaires concernant les mesures

Certaines des mesures possibles pour les trois champs d'actions décrites dans la Partie 2 sont détaillées ici.

Ancrer l'intégration des soins au niveau du canton et au niveau des partenaires de soins

Le canton ...

511+	<p>... développe – conjointement avec les partenaires de soins – une planification globale de politique de santé qui sera adoptée par le Parlement et qui sera donc contraignante. La planification est examinée et révisée périodiquement.</p> <p>À noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la planification globale comprend des stratégies intégrées et des mesures pour améliorer la mise en réseau et la coordination des soins ; • la planification globale aide à répartir les moyens financiers du canton de manière appropriée entre les soins aigus, d'une part, et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples, d'autre part (y c. dépistage et recherche sur l'efficacité) ; • la planification a une portée globale : populationnelle (personnes en bonne santé, personnes à risque, malades) ; domaines somatique et psychique ; secteur ambulatoire, stationnaire et domiciliaire ; médecine, soins et aspects sociaux (y c. protection de l'enfant et de l'adulte) ; prévention, médecine curative, réadaptation, prise en charge de longue durée ; professionnels, proches et bénévoles ; employés et employeurs ; écoles et associations ; • les partenaires de soins sont associés d'une façon appropriée au développement de la planification globale (processus participatif).
513+	<p>... garantit l'existence de conditions légales permettant de conclure des contrats de prestations permettant d'intégrer les soins des groupes de patients spécifiques (par ex. des personnes âgées multimorbides, personnes souffrant de comorbidités somatiques et psychiques). Les contrats de prestation peuvent également être conclus avec des groupes de prestataires.</p> <p>Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le groupe de prestataires de soins forme à cet effet une organisation commune ayant la capacité de contracter (p. ex. SA, Sàrl, association) ; • l'organisation répond de l'exécution professionnelle du mandat et assume le risque financier (au sens d'une <i>accountable care organization</i>).

Le canton ...

532+	<p>... élabore une vue d'ensemble de tous les instruments de pilotage (mandats/ contrats de prestation), dans lesquels peuvent être incluses des dispositions visant à améliorer l'intégration des soins avec les autres partenaires.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coopérations intra- et intercantionales entre les hôpitaux ou entre les hôpitaux et d'autres partenaires de soins ; • projets de collaboration avec des prestataires tout au long de la chaîne de soins, y compris les services sociaux (communes) ; • utilisation d'outils numériques éprouvés pour améliorer le travail en réseau et la coordination (au sein d'une institution ; entre institutions) ; • collecte et évaluation de données pour l'amélioration de la qualité, la mesure de la performance et la recherche sur les services de santé.
534+	<p>... encourage la participation des partenaires de soins et leur travail en réseau de manière à exploiter au maximum leur potentiel d'innovation.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un comité composé de tous les partenaires de soins fait office de <i>sounding board</i> pour les mesures santé-sociales du canton. Sujets possibles : révision législative en faveur des soins intégrés ; modalités de la réduction individuelle des primes ou des prestations complémentaires ; nouveaux modèles de soins intégrés ; nouvelles formes de rémunération intersectorielle (p. ex. forfaits globaux pour situations complexes) ; instruments permettant de mesurer la performance de l'ensemble de la prise en charge (sert de base pour les mandats de prestations et l'amélioration de la recherche sur les services de santé) ; • un comité composé de personnes atteintes de maladies chroniques ou durablement limitées dans leur santé conseille le canton du point de vue des personnes concernées (« Patients partenaires »). Sujets possibles : modèles de soins avec des infirmières cliniciennes spécialisées/infirmières de pratique avancée pour le triage et la coordination ; utilisation des outils numériques (tablette, smartphone, applications de santé) ; renforcement des compétences en santé et de la responsabilité individuelle ; détection précoce des maladies chroniques ; • un comité d'experts indépendants coordonne les organismes payeurs pour les personnes ayant des besoins complexes (canton, commune, assurance-maladie et autres assurances sociales).

Le canton...

543+	<p>... développe – avec ses partenaires – des mesures ciblant la population et les professionnels afin d’améliorer leurs compétences en santé (« Plan d’action compétences en santé »).</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> matériel d’information : pourquoi les partenaires de soins doivent mieux travailler en réseau et se coordonner, dans quelle mesure les personnes malades peuvent y contribuer, comment le système fonctionne et de quelles compétences disposent les différents prestataires de soins ; informations générales : ce qu’on peut faire dans les situations aiguës avant de se rendre aux urgences (en particulier la nuit et le week-end), comment bien utiliser les outils numériques (tablette, smartphone, applications de santé) ; les informations s’adressent notamment aux personnes peu familières de ces outils ; ateliers destinés à des groupes de personnes spécifiques et destinés à améliorer leur compréhension du système de santé, en particulier des soins intégrés (p. ex. politiciens à l’échelle communale et cantonale ; collaborateurs des autorités communales et cantonales ; collaborateurs des assurances sociales et des services sociaux ; acteurs issus d’organisation d’entraide, ligues de santé, communautés religieuses) ; centres de compétences qui proposent à la population des services d’information, de conseil et de formation impartiaux et de qualité (« kiosque de la santé »). Offres possibles : programmes d’auto-soins pour les maladies chroniques ; aide au choix entre plusieurs options thérapeutiques ; questions de compréhension sur les rapports médicaux ; groupes d’entraide.
544+	<p>... encourage la diffusion et l’utilisation du dossier électronique du patient (DEP) afin que les prestataires puissent mieux coordonner leurs prises en charge et que les personnes malades puissent mieux y contribuer.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> les mandats/contrats de prestations du canton prévoient l’obligation d’attirer l’attention des personnes malades sur le DEP et de leur mettre à disposition du matériel d’information ; sur mandat du canton, des organisations communautaires forment des bénévoles pour aider les personnes vulnérables à ouvrir et à utiliser un DEP (plus une personne recourt à des prestations, plus l’utilité potentielle du DEP est grande) ; le canton s’implique dans un portail de santé qui sert en même temps de portail d’accès au DEP. En plus d’informations de qualité, ce portail propose une série de services en ligne (p. ex. coaching de santé, conseils sur la vaccination des enfants et des adultes, gestion des données de santé).

Garantir les soins primaires dans les régions rurales/périphériques

Le canton...

611+	<p>... élabore les conditions-cadres propices à l'élaboration de structures de soins orientées sur les populations, telles que des centres de santé et des réseaux de soins régionaux. De nouvelles répartitions des tâches entre les différents professionnels seront établies dans ces structures.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des professionnels spécialement formés tels que les infirmières cliniciennes spécialisées/infirmières de pratique avancée ou les coordinatrices en médecine ambulatoire peuvent se charger de certaines prestations habituellement réalisées par des médecins ; • les nouvelles autorisations de pratique sont attribuées en premier lieu aux médecins affiliés à un réseau qui est sous contrat avec des assureurs ; • comme les régions rurales sont souvent périphériques, il est nécessaire d'élaborer des conditions-cadres permettant de créer des structures de soins à l'échelle supracantonale (voire supranationale).
612+	<p>... complète les mandats/contrats de prestations avec des conditions qui tiennent compte des structures rurales/périphériques et qui veillent à ce que les personnes malades puissent être pris en charge le plus longtemps possible à domicile (ou y revenir dès que possible après un séjour stationnaire).</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conception et mise en place de services/équipes mobiles ; • formations des personnes malades pour les aider à vivre de façon autonome le plus longtemps possible ; • utilisation d'outils numériques tels que tablette, smartphone, applications de santé, par ex. pour soutenir la prise en charge avec de la télémédecine, pour surveiller les paramètres vitaux, pour faciliter la logistique de l'approvisionnement en médicaments et matériel de soins, dispositifs de sécurité comme les capteurs de mouvement.

Le canton...

621+	<p>... crée des conditions-cadres favorables pour les bailleurs de fonds qui souhaitent investir dans des modèles de soins régionaux et populationnels.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soutient de tels modèles avec des contributions pour des prestations d'intérêt général ; • peut octroyer aux bailleurs de fonds potentiels des financements de départ (remboursables) pour ces modèles (partenariat public-privé) ; • crée des incitations financières et administratives pour les bailleurs de fonds potentiels (p. ex. allègements fiscaux, avantages accordés lors de l'octroi d'autorisations de pratiquer).
------	--

623+	<p>... contribue – avec d'autres partenaires de soins – à un fonds d'innovation pour les nouveaux modèles de soins intégrés dans les zones rurales/périphériques. Le fonds peut inclure d'autres cantons.</p> <p>À noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les modèles encouragés doivent couvrir toute la gamme de prestations (médecine, soins infirmiers, prise en charge, social) et être connectés au réseau numérique ; • le canton garantit, par des décisions limitées dans le temps, que les projets encouragés puissent s'écarter des dispositions cantonales ; • en même temps, le canton garantit que les projets encouragés puissent intégrer les soins de santé ordinaires à l'issue de la période de soutien. Si nécessaire, il adapte le cadre légal.
------	--

Le canton ...

631+	<p>... définit, avec les communes, des zones géographiques qui sont adaptées à l'élaboration et à l'exploitation de modèles régionaux de soins intégrés. Selon les cas, ces zones peuvent aussi concerner plusieurs cantons. Les partenaires de soins y élaborent ensemble des concepts d'intégration et créent des plates-formes d'échange régulier.</p> <p>Particularités possibles de tels modèles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • programmes de prévention et de promotion de la santé pour la population par rapport aux écoles, employeurs, associations, etc. ; • détection précoce des facteurs de risque et des maladies dans des structures très fréquentées par la clientèle, par ex. les pharmacies ; • services d'information, de conseil et de triage pour les personnes qui ont besoin d'un soutien infirmier, social ou financier (« plate-forme »). Il s'agit aussi de services spécifiques pour les personnes issues de la migration (avec des connaissances linguistiques rudimentaires) et d'autres groupes vulnérables ; • centre de maladies chroniques avec des programmes structurés et assistés par télémédecine pour le diabète, la BPCO, l'insuffisance cardiaque, etc. ; coordonné par des professionnels spécialement formés (par ex. infirmières cliniciennes spécialisées/infirmières de pratique avancée ou des coordinatrices en médecine ambulatoire, orientation clinique ; • réseau de gériatrie avec des prestations de soins ambulatoires, stationnaires et sociales (y c. des places pour une brève prise en charge de 24 heures des personnes âgées) ; des coaches spécialement formés veillent à ce que les personnes concernées soient traitées et prises en charge sans contrainte de temps ou de lieu ; • <i>case management</i> pour les personnes ayant des besoins complexes (coordonné par des infirmières cliniciennes spécialisées/infirmières de pratique avancée) ; • <i>case management</i> pour les personnes souffrant de comorbidités somatiques et psychiatriques ;
------	--

- utilisation d'outils numériques, p. ex. cabinet (médecine de premier recours) en ligne, consultations en ligne pour des besoins médicaux spécifiques comme la télé-dermatologie, la télémédecine et l'accompagnement thérapeutique, surveillance des paramètres vitaux, prestations logistiques pour l'approvisionnement en médicaments et matériel de soins, dispositifs de sécurité numériques à domicile (*active assisted living*) ;
- structures de suivi à petite échelle fondées sur l'aide de voisinage et le travail bénévole (*caring communities*) ;
- structure responsable à laquelle la population peut également participer (p. ex. coopérative, association) ; elle peut soumissionner pour les mandats de prestations du canton (par ex. pour le traitement et la prise en charge intégrés des personnes ayant des besoins complexes) ou conclure des contrats de rémunération spécifiques avec les assureurs (par ex. pour les forfaits globaux) ;
- modèle d'assurance de base pour la population de la région.

Il s'agit par ailleurs de vérifier dans quelle mesure la transformation des hôpitaux régionaux en centres médico-sociaux peut améliorer la situation en matière de prestations.

632+

... fournit des **services, en particulier pour les communes**, permettant de soutenir la mise en place de modèles de soins régionaux populationnels.

Par exemple :

- définit un interlocuteur pour les communes et d'autres partenaires potentiels qui veulent mettre en œuvre de tels modèles ; cette personne coordonne les demandes et se tient à disposition en tant que facilitateur ; elle établit aussi le lien avec d'autres départements si nécessaire (p. ex. social, construction, transport) ;
- encourage les communes rurales à considérer la garantie de soins médicaux et infirmiers primaires comme une tâche collective et à chercher, dans une approche bottom-up, des solutions qui tiennent compte au mieux des spécificités régionales ;
- conseille les communes et les partenaires potentiels pour la constitution de tels modèles (en recourant aux expériences et enseignements de projets comparables dans d'autres cantons) ;
- élabore un guide à l'intention des communes et des partenaires potentiels avec les services qu'ils peuvent proposer aux prestataires de soins disposés à s'engager (par ex. changements d'affectation, aide à la recherche de locaux, prêts, allègements de loyers, aménagements de voies de transport) ;
- aide à la recherche de bailleurs de fonds pour la mise en place de tels modèles ;
- formule des recommandations à l'intention des communes sur les possibilités de garantir, dans leurs conventions avec les institutions de soins de longue durée, la mise en réseau obligatoire et la coordination avec d'autres prestataires de soins (également dans le social) ;
- conseille les communes qui souhaitent réunir les soins ambulatoires et stationnaires de longue durée en une seule entité (« prise en charge globale de la personne âgée ») ;
- soutient les conférences régionales sur les « soins intégrés », où sont discutés les expériences et les enseignements.

Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples

Le canton ...

711+	<p>... améliore les conditions-cadres (légales) nécessaires pour que les personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples soient pris en charge de manière optimale.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conditions légales permettant d'attribuer des contrats de prestations spécifiques pour de telles catégories de personnes ; • conditions légales permettant d'attribuer de tels contrats de prestations à des groupes de prestataires de soins (qui forment une organisation commune ayant la capacité de contracter) ; • conditions légales permettant la collaboration supracantonale dans le cadre de tels contrats de prestations (notamment dans les régions périphériques) ; • engagement pour que les prestations de coordination et le <i>case management</i> soient rémunérés par l'assurance obligatoire des soins pour ces catégories de personnes.
------	--

Le canton ...

723+	<p>... contribue – avec d'autres partenaires de soins – à un fonds d'innovation « Polymorbidité, complexité et soins intégrés ». Le fonds peut inclure d'autres cantons.</p> <p>À noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le canton garantit, par des décisions limitées dans le temps, que les projets encouragés puissent s'écarter des dispositions cantonales ; • en même temps, le canton garantit que les projets encouragés puissent intégrer les soins de santé ordinaires à l'issue de la période de soutien. Si nécessaire, il adapte le cadre légal ; • le fonds met particulièrement l'accent sur les modèles de traitement et de prise en charge des personnes souffrant de comorbidités somatiques et psychiatriques ; • les partenaires impliqués utilisent des modèles de rémunération innovants (par ex. forfaits globaux) pour soutenir l'intégration des soins. Il est possible de recourir à des professionnels spécialement formés tels que des infirmières cliniciennes spécialisées/infirmières de pratique avancée ou des coordinatrices en médecine ambulatoire ; • le fonds peut aussi soutenir les services d'assistance dédiés au traitement et à la prise en charge de cette catégorie de personnes, par ex. des outils numériques (applications) ou un guide sur la polymorbidité et la complexité ; • le fonds peut prendre en charge des prestations de coordination ou de <i>case management</i> pour ces personnes.
------	---

Le canton ...

732+	<p>... conclut avec les organisations appropriées des contrats de prestation pour l'intégration des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples. Les accords peuvent inclure des exigences spécifiques.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • concepts pour la mise en œuvre de l'obligation de coordonner, de coopérer et de communiquer entre les prestataires de soins (y compris description des processus) ; • programmes d'auto-soins pour les personnes touchées (ces programmes peuvent s'adresser à une maladie spécifique ou être plus généraux ; ils incluent la prévention primaire et tertiaire) ; • réunion de coordination avec tous les acteurs concernés par une situation ; • <i>advanced care planning</i> pour les personnes nécessitant des soins palliatifs ; • <i>case management</i> pour les personnes ayant des besoins complexes ; • mise à disposition d'outils numériques et de services/équipes mobiles permettant aux personnes malades de rester le plus longtemps possible dans leur environnement habituel ; • connexion des prestataires à la communauté régionale ou locale du dossier électronique du patient (DEP) ; • nombre minimum de cas afin de garantir l'expertise et de répondre aux exigences d'une coopération complexe ; • élaboration d'un registre contenant les données de prise en charge et destiné à accompagner l'amélioration de la qualité, la mesure de la performance et la recherche sur les systèmes de santé.
734+	<p>... initie une communauté de travail « Polymorbidité, complexité et soins intégrés » qui conseille et soutient les acteurs (les personnes touchées y sont représentées d'une façon appropriée). Cette communauté de travail peut associer d'autres cantons.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluation des modèles de soins en Suisse et à l'étranger ; • évaluation des modèles de rémunération axés sur la qualité ou la performance (et des critères correspondants) ; • recommandations sur les contrats de soins spécifiques entre les prestataires de soins et les assureurs (p. ex. rémunération, qualité/performance, transmission des données, réunion de coordination avec la personne malade, des proches et les professionnels, prestations complémentaires tel le coaching) ; • mise en place de structures de soutien de proximité avec des bénévoles (<i>caring communities</i>) ; • offres de perfectionnement pour la « collaboration interprofessionnelle » ; • gestion des obstacles juridiques.

Notions importantes

Partenaire de soins

Toute organisation, institution ou personne qui est impliquée dans les soins de santé (p. ex. prestataire de soins, personnes malades, proches aidants, assureur ou autre organisme financeur, politique, formation et recherche).

Prestataire de soins

Toute organisation, institution ou professionnel qui prend soin de l'individu (p. ex. professionnels médicaux, paramédicaux, thérapeutes, pharmaciens ; cabinet médical, hôpital, pharmacie, droguerie, service d'aide et de soins à domicile, établissement de soins, service social, ligue de santé, groupe d'entraide, organisation de malades, organisation spécialisée au service des personnes âgées, dans la psychiatrie, les dépendances, les troubles physiques et psychiques, organisation religieuse).

Patient/Personne

Pour les professionnels de la santé, le patient est en général une personne qui doit être prise en charge sur la base d'un ou de plusieurs diagnostics. L'attention porte donc principalement sur les maladies et les traitements. Les personnes concernées ont souvent un tout autre point de vue : elles se considèrent en premier lieu comme des individus qui sont malades pendant un certain temps et ont par conséquent besoin de prestations médicales, infirmières et thérapeutiques. Si la maladie perdure (= chronicité), elle fait peu à peu partie du quotidien. Nombre de ces personnes ne se voient pas comme des patients, même en prenant régulièrement des médicaments ou en suivant d'autres thérapies. Elles restent intégrées dans le quotidien, sont actives (professionnellement ou au sein de la famille), gardent les enfants ou les petits-enfants, prennent soin de leur cercle d'amis, ont des activités de loisirs. Les deux perspectives sont décrites dans ce guide : les patients et les personnes (en particulier dans le contexte des maladies chroniques).

Interprofessionnalité

Coopération structurée et basée sur la confiance entre plusieurs groupes professionnels dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge. L'interprofessionnalité est une condition essentielle pour une meilleure intégration, car aucun groupe

professionnel ne peut garantir seul toute la prise en charge (par ex. santé et social).

Centres de santé

Par centres de santé, on entend des structures de prise en charge de premier recours qui proposent une large gamme de prestations : médecins, clinique de jour, soins aigus et de transition, différentes thérapies, pharmacie, services sociaux, consultations parents-enfants, promotion de santé et prévention, éducation. Une personne spécifiquement formée coordonne les prestations requises par chaque individu.

Financement

Décrit qui injecte l'argent dans le système. Il s'agit d'une part de la Confédération, des cantons et des communes par le biais des impôts, d'autre part des assureurs-maladie (et autres assurances sociales) par le biais des primes. La participation financière des ménages privés constitue le troisième élément.

Rémunération

Système par lequel les différentes prestations sont rémunérées. Il peut s'agir de tarifs à la prestation, de forfaits ou de prix fixes.

Acteurs gouvernementaux

Gouvernements, parlements et autorités de la Confédération, des cantons et des communes.

Acteurs non gouvernementaux

Tous les autres acteurs, y-compris ceux qui sont entièrement ou partiellement aux mains de l'État, à l'instar des hôpitaux cantonaux.

Mandat de prestations (en vertu de l'art. 39 LAMal)

Les cantons ont la compétence d'attribuer de plein droit des mandats dans le but de garantir certaines prestations, généralement stationnaires (soins aigus, réadaptation, psychiatrie). Par ces mandats, ils sont tenus de participer aux coûts des prestations, qui sont réglés dans les conventions tarifaires entre prestataires de soins et assureurs : ils doivent être approuvés par les cantons. Ce faisant, ils doivent veiller « à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut

Références bibliographiques

niveau, tout en étant le plus avantageux possible » (art. 43, al. 6, LAMal). Sur cette base, ils ont en principe la possibilité de compléter les mandats de prestations par des dispositions permettant d'améliorer également l'intégration des soins.

Contrat de prestations (ou convention de prestations)

Les cantons peuvent conclure des contrats avec des tiers pour des tâches publiques, par exemple pour la vaccination des écoliers, la tenue d'un registre des tumeurs, la prévention du suicide ou la prise en charge des dépendances. De tels contrats de droit public sont négociés par les différentes parties contractantes, comme les contrats de droit privé. À l'inverse, les mandats de prestations revêtent le caractère d'une décision, dans laquelle le canton définit les droits et les obligations de manière unilatérale (après consultation des prestataires de soins toutefois).

Compétence en matière de santé

Capacité d'un individu à prendre au quotidien des décisions qui ont un impact positif sur sa santé. Plus une personne est compétente en la matière, plus elle est à même d'agir de manière autonome.

- 1 Rodondi N, Gaspoz JM. Où en sommes-nous avec la surmédicalisation en Suisse en 2017 ? Forum Med Suisse 2017;17(3):45-48
- 2 « The IHI Triple Aim Initiative ». Institute for Healthcare Improvement (IHI)
- 3 Matière à réflexion N° 3 : Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025. fmc 2017
- 4 Schusselé Filliettaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). Soins intégrés en Suisse : résultats de la 1^{re} enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé
- 5 Matière à réflexion N° 4 : Confédération, cantons et communes dans les soins intégrés : rôles possibles 2026. fmc 2018
- 6 Braun D, Giraud O. Steuerungsinstrumente. In: Schubert, K., Bandelow, N. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse: Oldenbourg Verlag, München – Wien 2003, 147-173

Les documents sont disponibles sur le site de la CDS : www.gdk-cds.ch/soins-integres

Impressum

Éditeur

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS
Speichergasse 6
Case postale
3001 Berne
www.gdk-cds.ch

Concept et rédaction

fmc forum suisse des soins intégrés
www.fmc.ch
Textes : Peter Berchtold, Séverine Schusselé Filliettaz, Urs Zanon

Traduction

Lionel Felchlin, Séverine Schusselé Filliettaz

Mise en page

Franchi Design, Neuägeri
www.franchi-design.ch

Illustrations

Atelier Pol, Berne, www.atelier-pol.ch
Promenons-nous, Bienne, www.promenons-nous.world

Impression

Wälti Druck GmbH, Ostermundigen
www.waeltidruck.ch

Contact

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS

Cette publication est disponible en français et en allemand ; elle peut être téléchargée en format pdf sous www.gdk-cds.ch/soins-integres.

Des exemplaires papier peuvent être commandés gratuitement à l'adresse suivante : office@gdk-cds.ch

Mai 2019



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

