



HÔPITAL
INTERCANTONAL
DE LA BROYE



RÉSEAU SANTÉ SOCIAL
DE LA BROYE FRIBOURGEOISE



Réseau Santé
NORD BROYE



AIDE ET SOINS
À DOMICILE



Coreb
Communauté régionale de la Broye

Assises de la santé Broye 2022

Rue de Savoie 1, CP 84
CH 1530 Payerne
+41 (0)26 663 90 80
info@coreb.ch

15 septembre 2022
Halle des Fêtes, Payerne

Matin : « Le présent »

1. Accueil
2. Contexte et programme des assises par **M. Yves Kuhne** et **Mme Sandra Lambelet Moulin**
3. Introduction par **Mme la Conseillère d'Etat vaudoise Rebecca Ruiz**
4. Présentations :
 - « Promenade dans le système de santé » par **Dr. Bertrand Kiefer**
 - « Client, patient ou résident : l'histoire d'un parcours » par **Mme Sandra Lambelet Moulin** et **Mme Hélène Morgenthaler**
5. Atelier : « **Quels sont les forces et les insuffisances partagées du dispositif de santé actuel?** »
6. Clôture de la matinée par **M. le Conseiller d'Etat fribourgeois Philippe Demierre**

Après-midi : « Le futur »

7. Présentations :
 - « Meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleure utilisation des ressources : l'approche de la responsabilité populationnelle » par **M. Antoine Malone**
 - « Nouvelles formes d'organisation de santé : quelles conditions ? » par **Dr. Philippe Schaller**
8. Atelier : « **Imaginer le système de santé de demain et déterminer ensemble les orientations et les intentions souhaitées pour la région** »
9. Restitution des ateliers
10. Conclusion par les Préfets de la Broye et Broye-Vully, par **M. Nicolas Kilchoer** et **M. Olivier Piccard**



HÔPITAL
INTERCANTONAL
DE LA BROYE



RÉSEAU SANTÉ SOCIAL
DE LA BROYE FRIBOURGEOISE



Réseau Santé
NORD BROYE



AIDE ET SOINS
À DOMICILE



Coreb
Communauté régionale de la Broye

« Promenade dans le système de santé »

*Par **Dr. Bertrand Kiefer**, médecin, théologien, éthicien et
rédacteur en chef de la Revue médicale suisse*

Systeme de sante

- Corpus de valeurs, d'ethique, d'anthropologie
- Rites, traditions
- Procédures scientifiques
- Taxonomie nosologique

- Ensemble complexe :
 - - Humains : citoyens, « malades », soignants, assureurs, administrateurs, politiciens ...
 - - Non-humains : hôpitaux, machines, robots, idéologies, logiciels, structures, concepts

- Tout cela coévolue et vit en écosystème

Humain - non humain

Hybridation avec organes, cellules, gènes, prothèses

Hybridation homme-machines

Hybridation des soins avec l'information

Technologies de l'information : numérisation, intelligence artificielle

Semi-hybridation homme-machine généralisée : smartphones

Technologie : progrès

- Intelligence artificielle, capteurs, kits, surveillance à domicile, robots...etc
- Entraîne une médecine de plus en plus prédictive, préventive, (participative), personnalisée
- Agit sur les possibilités de soins
- et sur les représentations de nos besoins

- Le corps devient le système de donnée
- Une réalité augmentée
- « La carte et le territoire »

- Résultats et décisions continus, pilotés en temps réel par des algorithmes
- La notion de diagnostic s'estompe au profit d'un monde plus complexe (et à la lisibilité moins évidente)
- Il n'y a plus de grande santé, chez tout le monde facteurs de risque : vers un continuum

santé-maladie-amélioration

- Mais aussi : augmentation de la transparence
- Et de l'asymétrie : individus toujours plus transparents, sociétés, gestionnaires de données, Big data, assureurs, toujours plus opaques
- Alors que le contraire serait souhaitable

- Voilà pour le progrès et son questionnement propre

Le système de santé et ses crises

- Inadéquation du modèle – du paradigme : organisé avant tout pour répondre aux maladies aiguës, industrialisation, peu adéquat au changement dans la façon d'être malade, aux malades chroniques, complexes, de longue durée, de plus en plus vieux ...
- Ressources limitées (et inégalités croissantes) et croissance des coûts (insupportable) en compétition avec d'autres besoins fondamentaux (crises multiples et enchâssées, et en accroissement)
- Climat / environnement
- Perte de sens

Crise des ressources

- Le système de santé actuel est absolument non-durable
- - Alors que les ressources à disposition pour soigner et guérir sont limitées,
- - aucun dispositif n'apparaît capable de fixer une limite à l'amélioration de la santé de la population et de chaque individu (prolongation de la vie, intensification de soi)
- Pour hospitaliser selon les critères actuels, il faudrait doubler le nombre d'hôpitaux d'ici 20 ans ...

Crise liée à l'environnement

- Les premières raretés, les rationnements sont déjà là : médicaments, énergie, personnel soignant ...
- Système de santé : introduire l'ensemble des paramètres environnementaux, mais aussi la certitude de détérioration des systèmes du vivant.
- Fragilisation des bien-portants, maladies émergentes, aggravation des pathologies somatiques et psychiques. Structures inadéquates aux nouvelles conditions. Moyens sanitaires en baisse et en compétition avec d'autres besoins supplémentaires de la société

- Diminuer l'empreinte écologique
- Mais aussi : se préparer à un futur de problèmes croissants (par ex : climatisation des lieux de santé ?)
- Repenser à la fois : les bâtiments, les flux, les matériaux, les manières de pratiquer. Mais aussi les valeurs
- Et «les manières de désirer» la santé

Crise du modèle économique

- L'économie devient totalitaire (au sens de Hannah Arendt)
- Prétention à tout expliquer, gérer, et même à donner une finalité
- Émancipation de la réalité au nom d'une réalité plus vraie qu'il faudrait suivre « c'est la réalité économique »
- Or : l'économie est un système de convention
- Ce qui n'est le cas ni de la maladie grave, de la mort, du climat, de l'effondrement du vivant ...

Maximisation

- L'idée de maximisation qui est au cœur de la rationalité de la science économique
- Adam Smith parle d'intérêt égoïste (qu'il ne s'agit pas pour lui de maximiser mais de satisfaire)

- Or aucun organisme ne peut subsister en étant à tout moment au max de ses capacités
- Processus mortifère
- Comment peut-on en faire un principe d'organisation pour une société, ou pour un système de soins ?

- Conséquence directe du principe de maximisation : la mesure de la performance par la croissance
- Mais le monde est limité

Injonctions paradoxales

- Empowerment des patients
- Patients considérés comme des sujets non interchangeables, au centre de la médecine
- Options de soins se négocient entre patients et soignants
- Pas de mieux, ni de normal : toute donnée biologique ou psychique doit être évaluée à l'aune de la personne
- Vision holistique

En réalité :

DRG : « produit-soin »

« same prize for same product »

EBM : conclusions non personnalisées mais généralisées

Coût/efficacité, disease management, total quality management

Management se prétend seul à même de piloter le système de santé

Crise du sens

- Industrialisation contrôle des intimes
- Baisse de l'autonomie des soignants
- Baisse de la liberté des patients

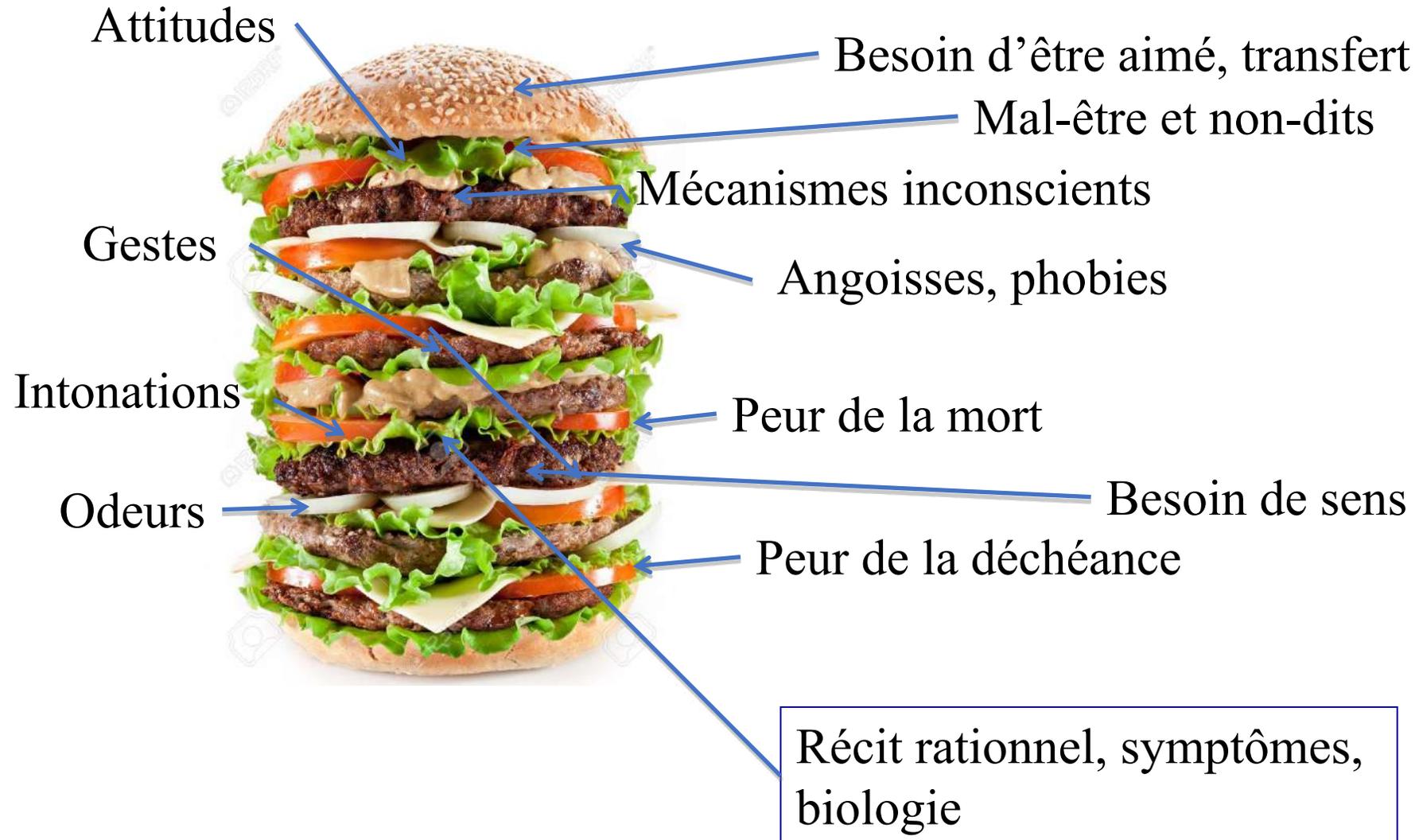
- Augmentation de la souffrance au travail des soignants
- Sentiments de « Chosification », de « déshumanisation », chez les soignants et les malades

La technologie se concentre sur une médecine réduite au couple :

diagnostic - traitement

Ce qui est évacué : la complexité humaine, celle des rapports interpersonnels

MONDE DU PATIENT (représentation schématique)



REPRESENTATION SCHEMATIQUE DU PSYCHISME DU SOIGNANT MOYEN



Besoin d'être aimé
Contre-transfert

Inconscient

Vibrations psychiques
diverses dues
au récit du patient

Peurs réveillées par
la souffrance

Faillible
Influenable

Analyse décisionnelle

Que produit le système de santé ?

- De la santé ? Mais la santé n'est pas un concept clair
- De la guérison ?
- De la qualité de vie ?
- Un système de valeurs ?
- La santé comme complexité et émergence
- Une co-évolution individus sociétés

Ecosystème

- Comment définir la santé impliquée dans le « système de santé » ?
 - La santé résulte d'un ensemble écosystémique
 - Le modèle bio-psycho-social
 - L'individu (individualisme) et l'environnement
-
- Le système de santé est un écosystème
-
- Valeur, complexe objectif, mais aussi construction symbolique, culturelle et personnelle

Quel but ?

- Promouvoir la santé ne consiste pas à rendre les gens normaux
- Ni à leur faire suivre des directives ou des algorithmes
- Ni à maximiser les utilités les concernant
- Mais à les rendre libres, davantage eux-mêmes, au sein de communautés elles-mêmes libres

Le système de santé : une hétérotopie

- Utopie réalisée dans un lieu «autre»
- A la fois promotion, contestation et inversion des valeurs habituelles
- Ecoles, prisons, cimetières, parcs de loisirs, maisons closes ... mais aussi hôpitaux et lieux de soins

Santé-médecine :

- Approche selon les besoins et non les moyens : négation de la logique économique
- Mais aussi de symbolisation collective de la souffrance :
paroles, rites, gestes, procédures scientifiques
- C'est un dispositif culturel de climatisation

- Mais : augmentation du : «surveiller et punir», concurrence, coercition, diminution des prestations, minutage des interactions

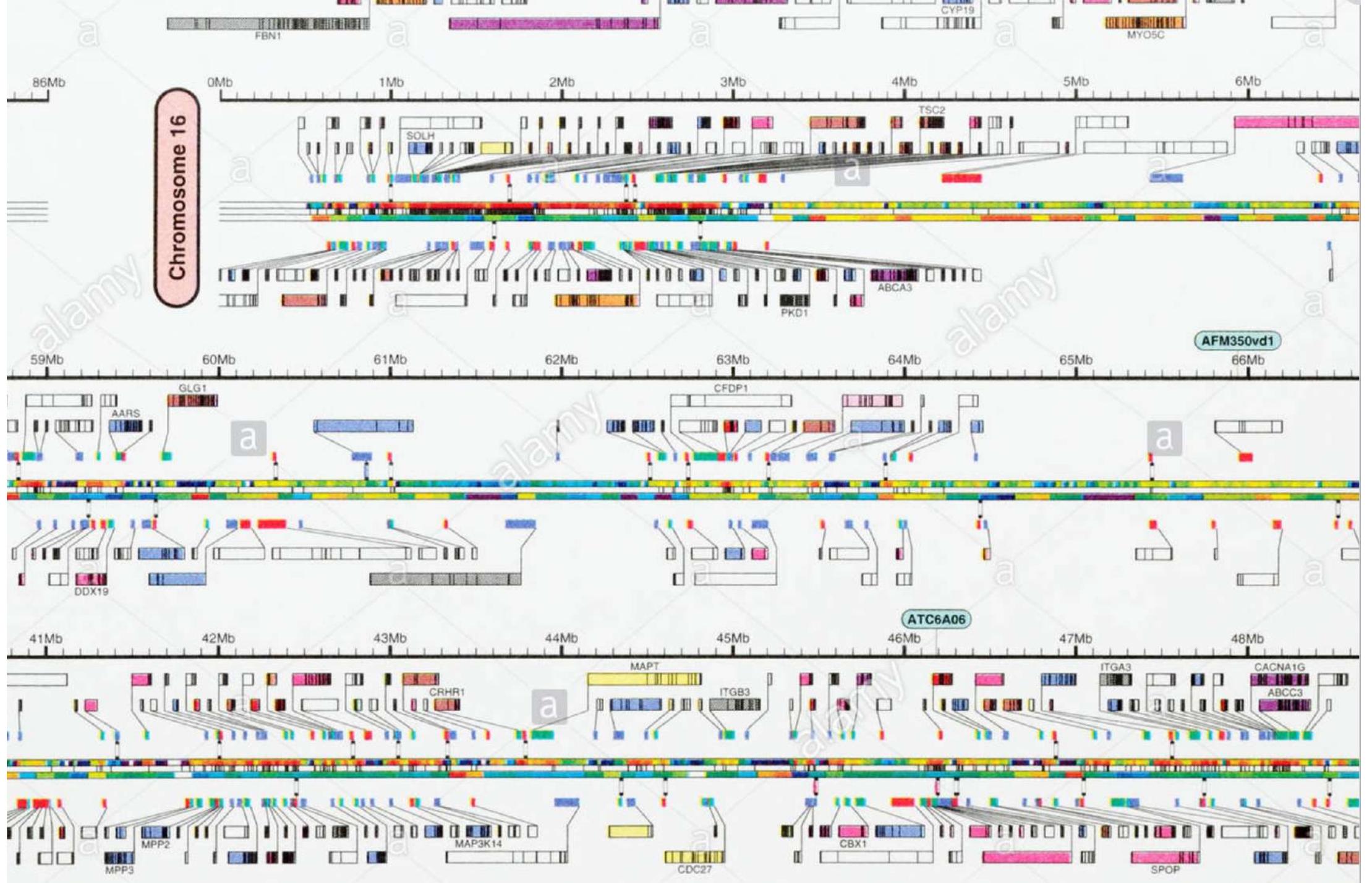
Sens

- Le sens de la médecine (de la médecine comme culture) est justement de faire sens
- C'est-à-dire, émergence, circulation, vie des repères et des valeurs
- Dans ce rôle de mise en fonctionnement des repères et des valeurs, la santé-médecine est au cœur du monde, elle est même ce qui le fait exister et le définit

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



Source: Health Promotion International



Evolution de l'organisation des soins

- Déplacement des technologies
 - de l'ambulatoire vers la population (50% des procédures diagnostiques)
 - de l'hospitalier vers l'ambulatoire
- Ambulatoire hospitalier
- Hospitalisation à domicile

Mais

- Ne pas laisser de gros acteurs capturer les soins (et les patients et les soignants) dans des systèmes intégrés. De plus en plus « efficaces » et de plus en plus fermés
- Comment construire de nouveaux systèmes symboliques forts pour accompagner les gens souffrants et préserver les valeurs qui les accompagnent ?

Solutionnisme

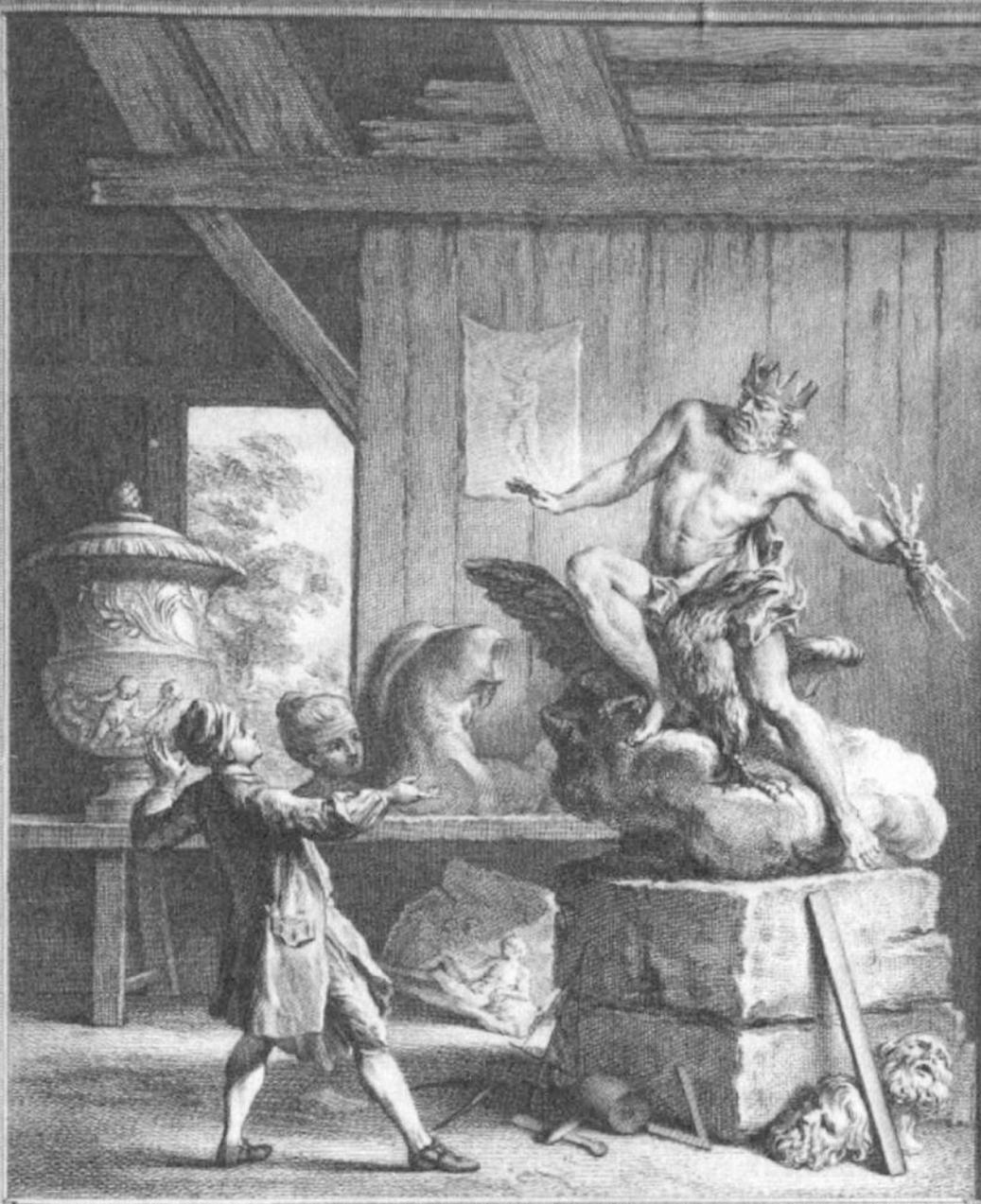
- La grande utopie actuelle, venue de la Silicon Valley s'insinue en médecine
- Prétend qu'il existe une « solution » technologique à tous les problèmes individuels et collectifs
- Dont la maladie, la vulnérabilité, la mort

- Quel sens ?
- Même une « solution » à la question climatique ne serait pas une solution à l'humain (ou au sens)

- Défendre le système de soin comme une aventure du « care »
- Sortir d'une course à l'optimisation de l'efficacité
- Une anthropologie incluant la vulnérabilité
- La question du sens - bien avant celles des coûts, du type d'organisation ou des gestion - est désormais au centre

« La vie est enroulée autour de l'erreur »

Georges Canguilhem



LE STATUAIRE ET LA STATUE DE JUPITER Fable CLXXV.



HÔPITAL
INTERCANTONAL
DE LA BROYE



RÉSEAU SANTÉ SOCIAL
DE LA BROYE FRIBOURGEOISE



Réseau Santé
NORD BROYE



AIDE ET SOINS
À DOMICILE



Coreb
Communauté régionale de la Broye

« Client, patient ou résident : l'histoire d'un parcours »

*Par **Mme Sandra Lambelet Moulin**, Directrice RSSBF et
Mme Hélène Morgenthaler, Directrice ABSMAD*

Une région: La Broye intercantonale



Multiple prestataires de soins
dont
1 hôpital intercantonal
10 EMS
2 services d'aides et de soins à
domicile FR/VD

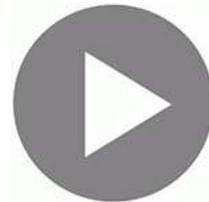
Prise en charge axée sur le patient

Le système de santé de la Broye est-il suffisamment axé sur les besoins de la population ?

Prise en charge axée sur le patient

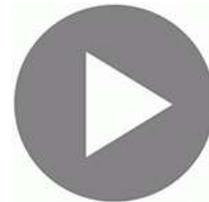
Que disent les principaux intéressés sur leur parcours de soins ?

- ✓ L'entrée à hôpital/en EMS et le séjour



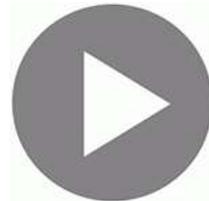
Prise en charge axée sur le patient

- ✓ Coordination plus étroite entre les fournisseurs de prestations
- ✓ Axer sur les moments charnières : LA SORTIE



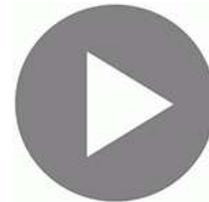
Prise en charge axée sur le patient

- ✓ Un pilier essentiel : le proche-aidant
- ✓ Le maintien des activités de loisirs



Prise en charge axée sur le patient

- ✓ Satisfaction clientèle et propositions d'améliorations



Coordination plus étroite entre les fournisseurs de soins

Améliorer la coordination pour assurer :

- ✓ la qualité
- ✓ la sécurité et l'efficacité des soins
- ✓ l'économicité du système de soins
- ✓ La satisfaction clientèle

Mise en réseau au sein du système de santé : ce qui existe déjà

Intercantonalité au niveau santé social :

- ✓ Hôpital
- ✓ Garde médicale
- ✓ Libre passage EMS Broye VD et FR
- ✓ IMUD

Collaboration Interinstitutionnelle/intercantonale





Expérience Soins aigus

Expérience Gériatrie

Expérience Maintien
à domicile

24/24 et 7/7

Mission de l'équipe IMUD

URGENCES HIB

Participe à l'évaluation
des personnes âgées
Organise le retour à
domicile

MÉDECIN EXTRA- HOSPITALIER

Intervient
sur les lieux de vie
mandaté par le médecin

SERVICES SOINS À DOMICILE

Répond à l'urgence
si la référente du
patient n'est pas
disponible

Toute la population adulte



Clients des soins à domicile

Résultats visés

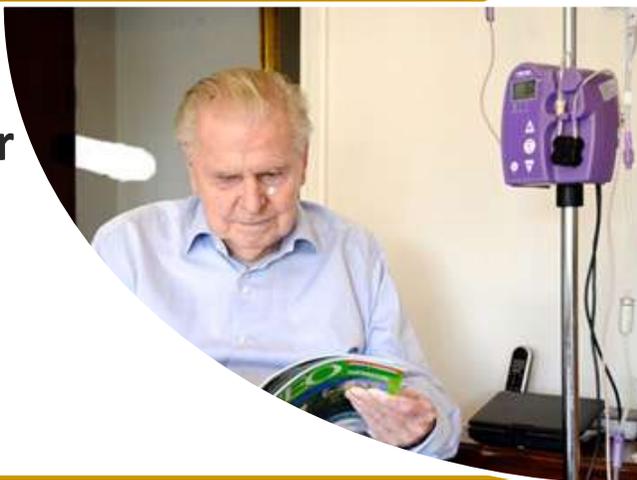
- Détecter les signes de vulnérabilité (RAI)
- Optimiser la gestion de l'urgence
- Favoriser le maintien à domicile



- Eviter le passage aux Urgences non-justifié
- Tenir compte de la spécificité de la personne vulnérable



- Faciliter le retour sur le lieu de vie
- Soutenir la reprise d'autonomie



- Eviter les hospitalisations inappropriées



« Meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleure utilisation des ressources : l'approche de la responsabilité populationnelle »

*Par **M. Antoine Malone**, Responsable Pôle Prospective-Europe-International, Fédération Hospitalière de France et chercheur à l'ENAP de Montréal*

Plan de la présentation

- La dynamique mondiale vers des systèmes de santé intégrés et populationnels
- Développer un modèle français : le modèle d'intégration clinique basé sur la Responsabilité populationnelle
- Les Territoires Pionniers de la Responsabilité populationnelle
- Déploiement, impacts et questions...



L'enjeu central de nos organisations de santé : pathologies chroniques et vieillissement

Le diabète de type 2

- 2 021 548 résidents identifiés dans la FA « FHF Data » en 2019
- **51,7%** des personnes diabétiques ont eu au moins un séjour à l'hôpital en 2019
- Soit 2 212 064 séjours MCO
- **30,1%** de ces séjours sont arrivés directement par les urgences...
- ...et **11 604** personnes diabétiques ont été amputées
- Les coûts d'hospitalisation des personnes diabétiques ont représenté 11.46 Md€ en 2019

L'insuffisance cardiaque

- 1 094 071 résidents identifiés dans la FA « FHF Data » en 2019
- **57,6%** ont eu au moins un séjour à l'hôpital en 2019
- Soit 1 690 311 séjours
- **42,1%** de ces séjours sont arrivés directement par les urgences
- Les coûts d'hospitalisation des personnes IC ont représenté 10.70 Md€ en 2019

Le vieillissement

- 6 373 536 français avaient plus de 75 ans en 2019 (Insee)
- 5 505 178 inclus dans la FA « FHF Data »
- **2 385 743** ont été hospitalisés au moins une fois en 2019 (**41,6%**)
- 4 183 147 séjours
- ...dont **35,6%** entrés directement par les urgences
- Pour 21 Md€ d'euros de remboursements

Mais les déterminants de cette consommation se trouvent en dehors de l'hôpital...

Données : PMSI, traitements FHF Data + sociétés savantes



Les systèmes de santé intégrés : Une dynamique mondiale ...



Et européenne...

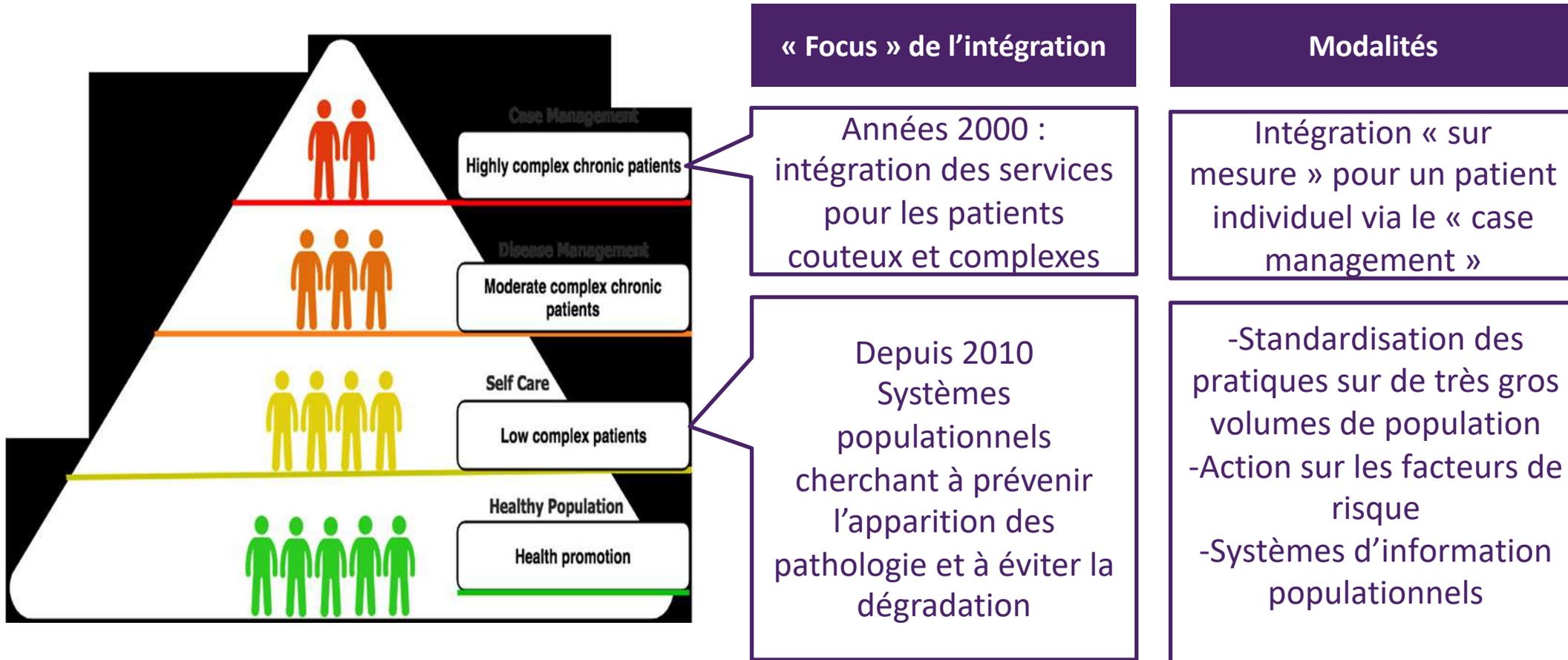


pixers

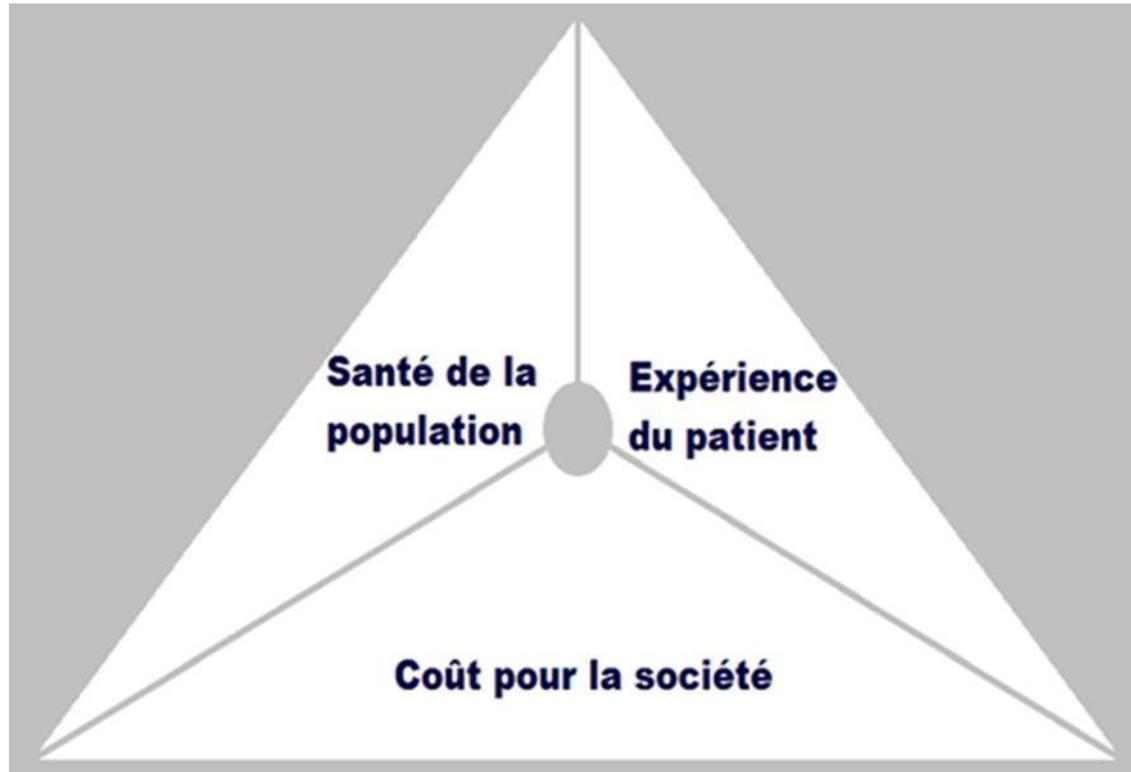
*Anbietersvisualisierung



La dynamique de l'intégration: de l'intégration des services vers des systèmes populationnels



La dynamique de l'intégration : la poursuite du Triple Objectif



Berwick, 2010

- Capacité à définir des populations
- Approche intégrée de la santé
- Primauté de l'excellence clinique
- Travail *simultané* sur des patients et des populations
- Capacité à s'améliorer en continu



Et en France ?



La Responsabilité populationnelle, c'est quoi ?

Une vision

« La responsabilité populationnelle implique l'obligation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population de ce territoire.

En rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;

INSPQ (Québec), Loi « Santé » (2019), Article 19

Une méthode

Par l'élaboration et mise en œuvre de programmes d'action partagés, basés sur les besoins de la population, et visant à garder les gens dans le meilleur état de santé possible

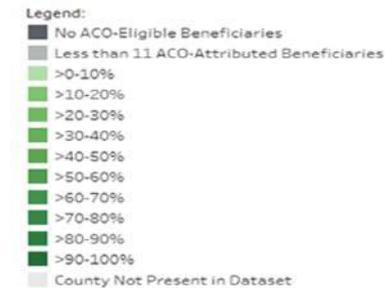
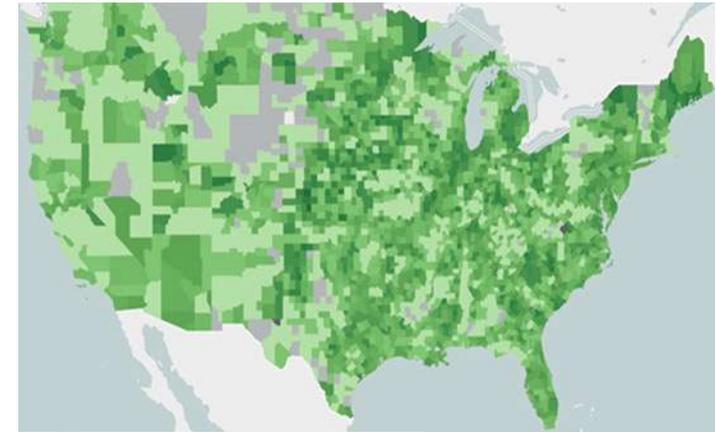
De la prévention jusqu'aux malades complexes

Pour viser collectivement l'excellence clinique : le bon service, pour la bonne personne, au bon moment, au bon endroit



L'inspiration : les « Accountable Care Organizations » (ACO)

- Modèle mis en place dans le cadre de l'Affordable Care Act (OBAMA CARE, 2010).
- Visent le Triple Objectif (Meilleure santé de la population, meilleure prise en charge, meilleur coût)
- Regroupement volontaire d'un ensemble d'acteurs de santé (cabinets de ville, « nursing homes », systèmes hospitaliers) qui s'engagent sur des résultats sanitaires et financiers vis-à-vis d'une population définie
- Par le biais d'un contrat entre ce « groupement » et un assureur

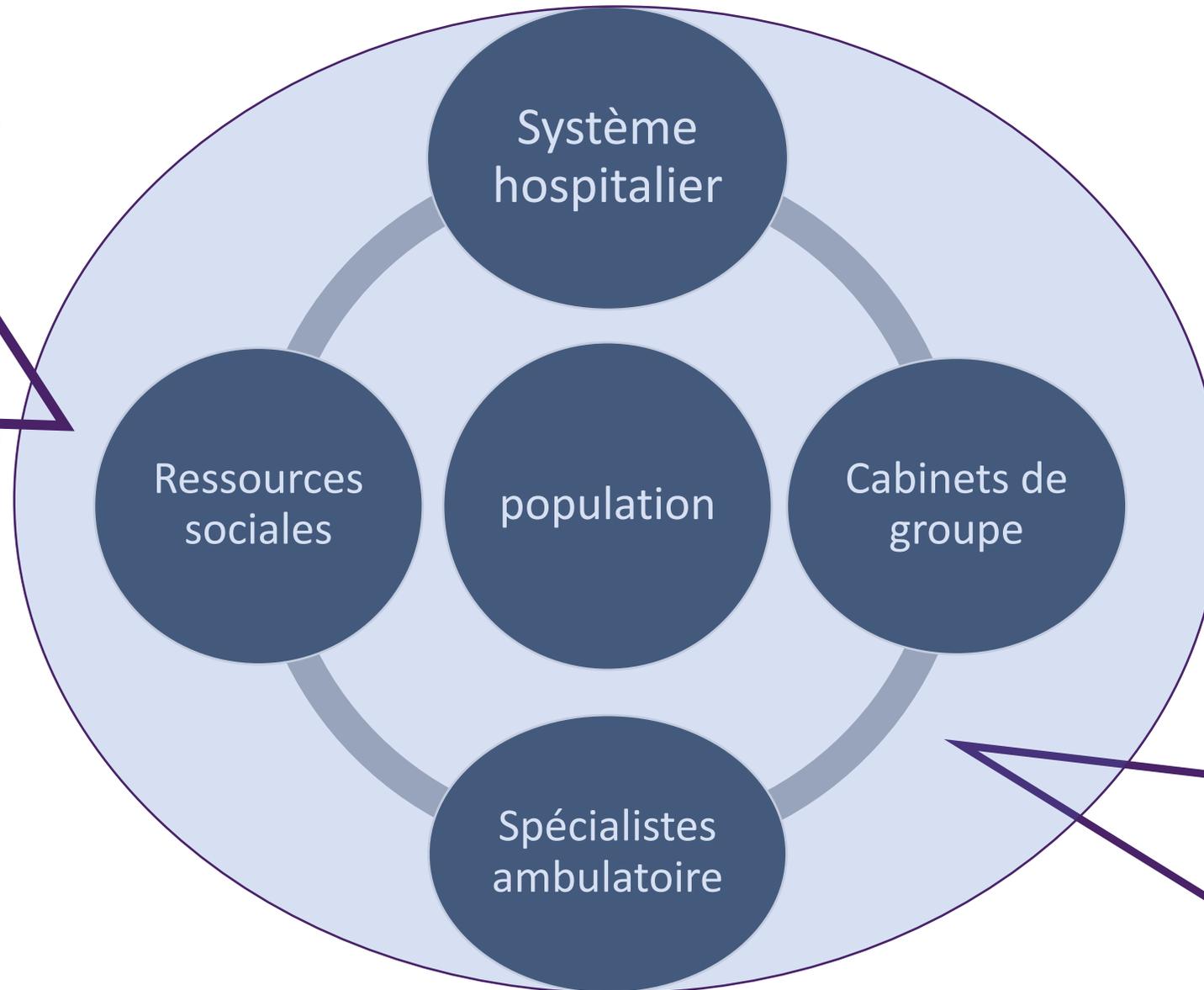


La teinte du vert indique la part de bénéficiaires potentiels affectivement « couverts » par un ACO



L'inspiration : les Accountable Care Organizations (ACO)

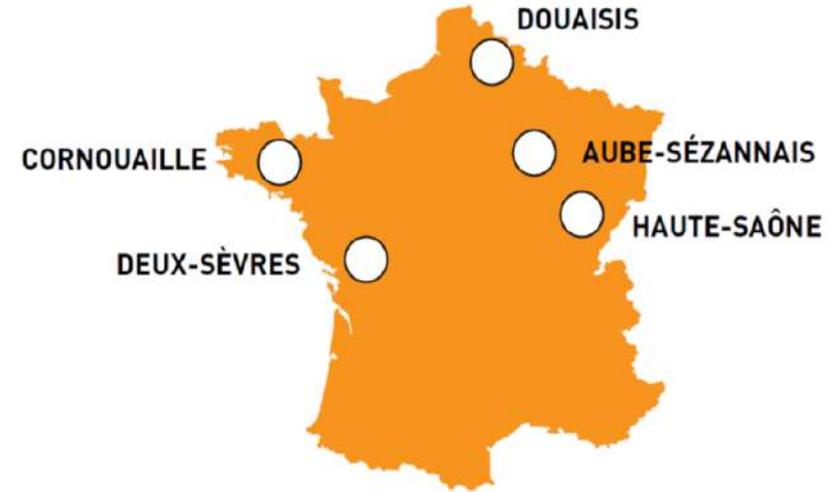
- Contrat avec un assureur
- Gouvernance partagée
- « Responsabilité » collective
- Orientation vers la prévention



- Système d'information populationnel partagé
- « Meaningful use » des DMP
 - Surcouche analytique permettant le suivi, voire la prédiction, populationnelle

LES OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

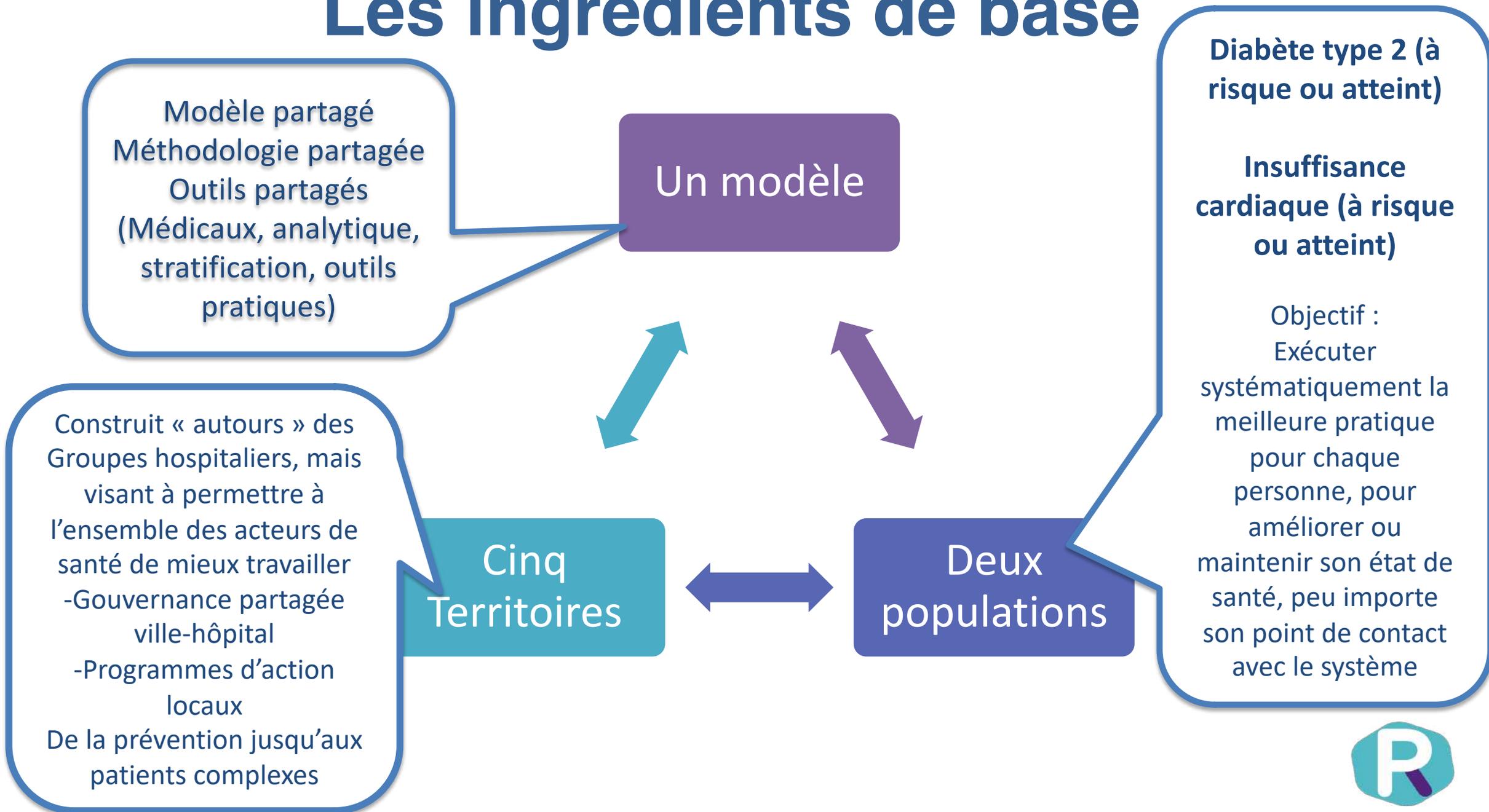
- Permettre à nos territoires de viser le Triple Objectif (meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût) pour nos deux populations cibles : diabète de type 2 et Insuffisance cardiaque
- *Via* l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'action partagés répondant aux besoins de ces populations-cibles
- Développer des outils et une méthodologie utilisables par l'ensemble des territoires de santé en France
- Développer un modèle d'intégration clinique suffisamment flexible pour tenir compte des spécificités territoriales, mais suffisamment robuste pour être généralisable
- Développer un modèle qui soit aussi utilisable pour d'autres populations-cibles
- *In fine*, créer le prototype d'un système de santé territorial, basé sur la Responsabilité populationnelle et l'intégration clinique



- Cinq territoires volontaires
- Environ 1,5 millions d'habitants, population moyenne d'environ 250 000
- Construit autour des GHT, mais **rassemblant l'ensemble des acteurs de santé du territoire**
- Méthodologie partagée, organisation locale et flexible



Les ingrédients de base



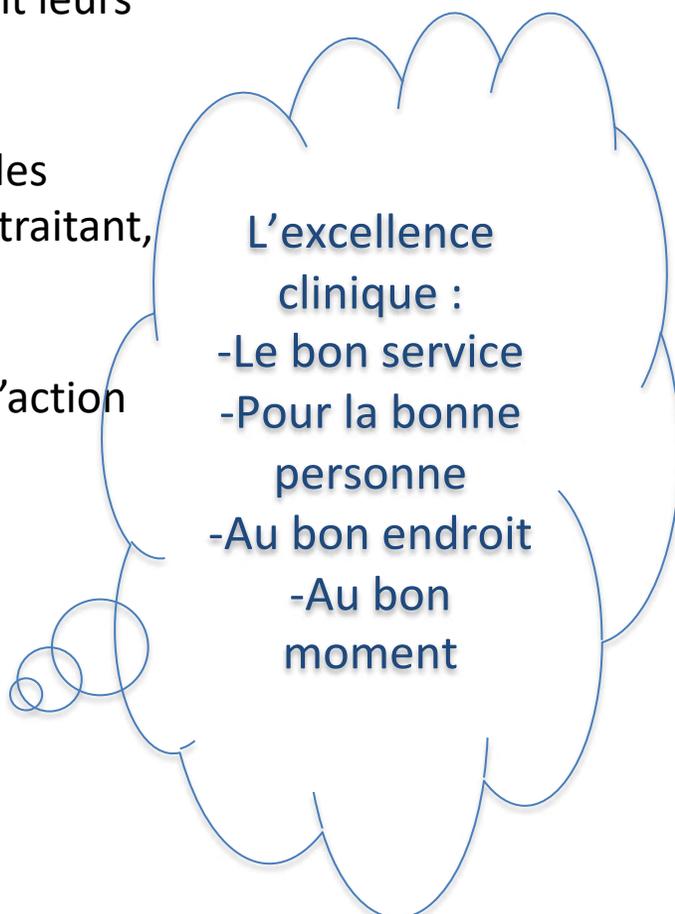
La Responsabilité populationnelle : Comment ?

- Deux ingrédients de base : Groupes hospitaliers et professionnels de ville (via notamment leurs regroupements (CPTS, DAC, etc)).
- En identifiant une population « cible », incluant ceux qui ne sont pas malades mais ont des facteurs de risque, ceux qui ne fréquentent pas l'hôpital, ceux qui n'ont pas de médecin traitant, etc...
- En engageant un travail en commun pour produire et mettre en œuvre un programme d'action partagé
- Des programmes qui s'appuient sur des outils et qui visent **l'excellence clinique**

La capacité à identifier une population

La capacité à « connaître » ses besoins grâce à la stratification

La capacité à savoir « quoi faire », pour chaque personne, dans chaque strate



L'excellence
clinique :
-Le bon service
-Pour la bonne
personne
-Au bon endroit
-Au bon
moment

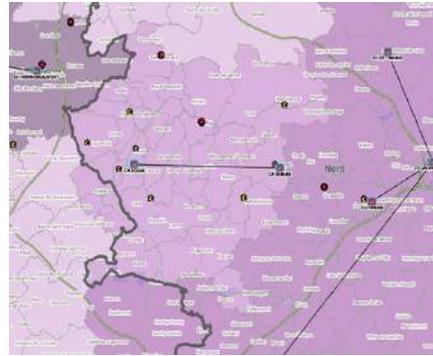


CONNAITRE SA POPULATION : IDENTIFIER LE TERRITOIRE DE RESPONSABILITÉ

Les GHT n'ont pas
de territoire...



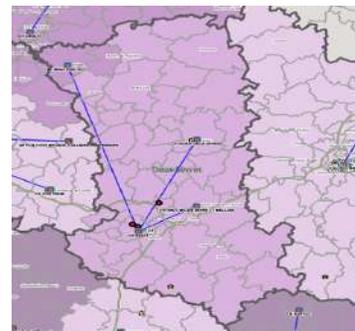
Cornouaille
Pop. 297 038



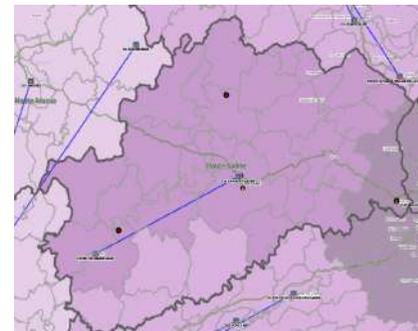
Douaisis
Pop. 220 802



Aube-et-Sézannais
Pop. 314 515



Deux-Sèvres
Pop. 363 347



Haute-Saône
Pop. 178 456

IDENTIFIER LES POPULATIONS (2017)

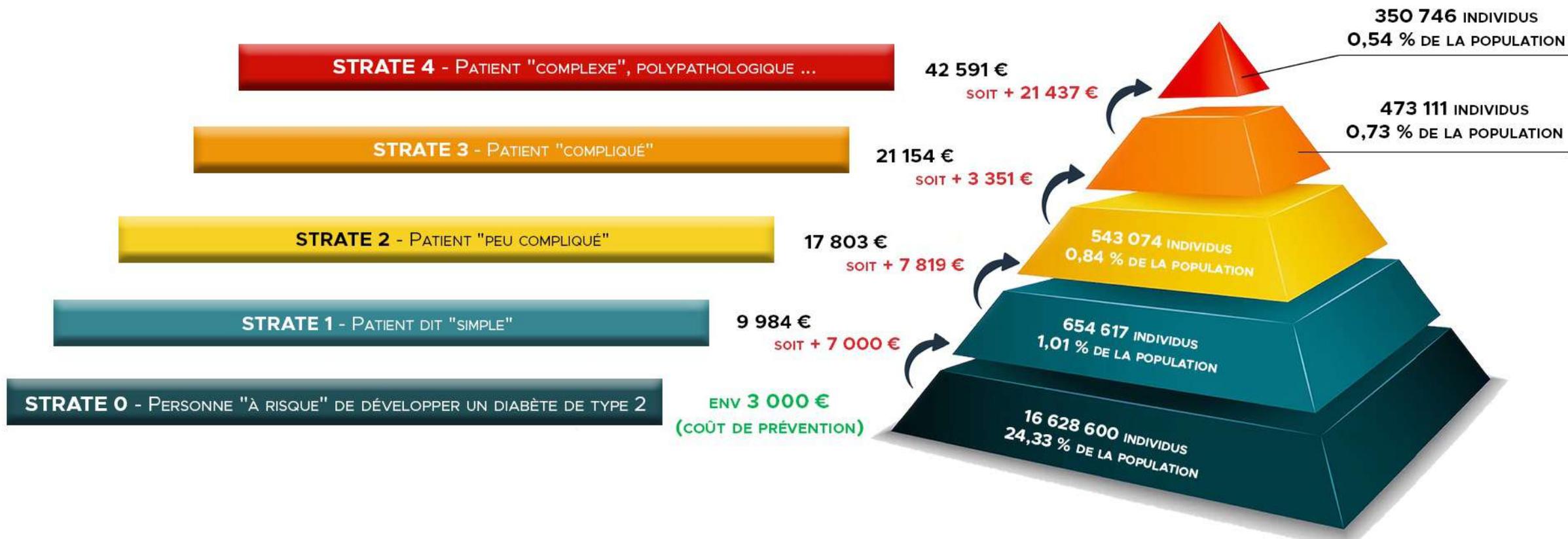
TERRITOIRE	POPULATION DU TERRITOIRE	INSUFFISANCE CARDIAQUE	A risque	DIABETE Type 2	A risque
AUBE-SEZANNAIS	314 515	4 976 (1.6%)	35 108	10 135 (3.2%)	78 279
CORNOUAILLE	297 038	5 011 (1.7%)	37 024	7 263 (2.4%)	86 581
DEUX-SEVRES	363 347	6 862 (1.9%)	39 082	11 891 (3.3%)	99 512
DOUAISIS	220 802	3 336 (1.5%)	25 335	7 786 (3.5%)	54 159
HAUTE-SAONE	178 456	4 039 (2.3%)	22 113	6 271 (3.5%)	49 916
	1 374 158	24 224	158 662	43 346	338 417

*Attention : données issues du PMSI/méthodologie ©

- On s'intéresse à des **résidents** du territoire, qu'ils fréquentent ou non l'hôpital public de ce territoire ≠ file active
- On intègre tout type d'établissement
- On couvre tous les champs (MCO, Psy, HAD, SSR)
- Méthodologie FHF Data/Dim des cinq territoires
- On trouve entre 65% et 78% des personnes en ALD diabète, et entre +100% et +205% d'insuffisants cardiaques...

Eviter la « montée » dans la pyramide !

STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2015-2019)

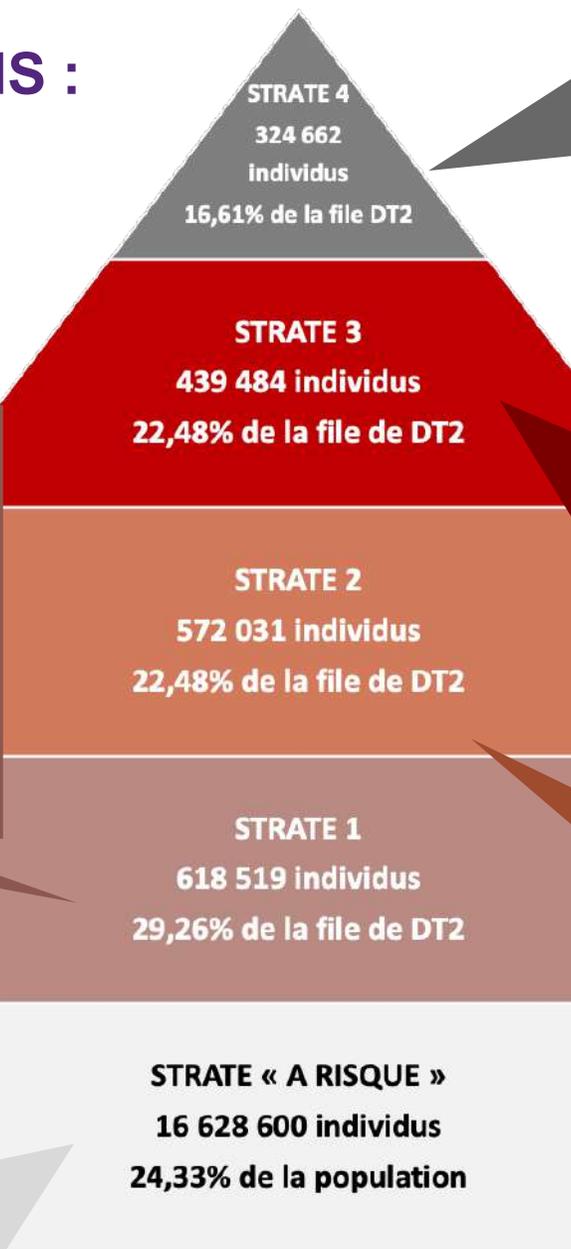


CONNAITRE LES BESOINS : LA STRATIFICATION DIABETE DE TYPE 2 FRANCE ENTIERE

STRATE 1
Les patients avec un diabète de type 2 pour lesquels on ne note aucun antécédent personnel d'AVC ou d'Infarctus du myocarde. Ils ont:

- Un diabète de type 2 sans complication et sans traitement insulinique
- ...

STRATE A RISQUE
Hommes de plus de 45 ans
Femmes de plus de 35 ans lors des consultations pour motif préconceptionnel
Personnes en surpoids ou obésité (IMC > = 25 kg/m²) et qui présentent des facteurs de risque.



STRATE 4
Tous les patients qui ont été amputés en raison du diabète ou qui vont l'être

- Et/ou qui présentent une néphropathie diabétique dialysée
- ...

STRATE 3
Tous les patients qui ont un diabète de type 2 présentant au moins deux complications parmi les suivantes

- Néphropathie non dialysée
- Rétinopathie
- Polynévrite
- ...

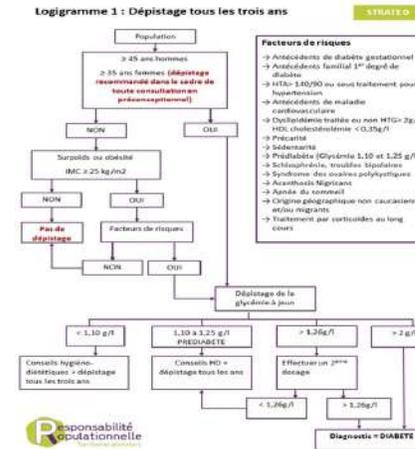
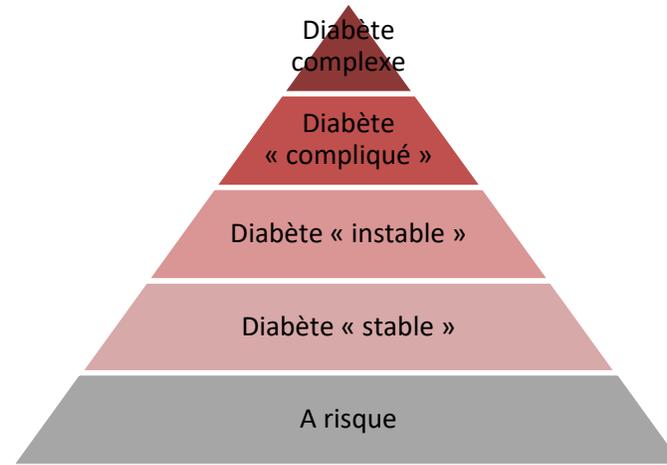
STRATE 2
Les patients avec un diabète de type 2

- Sans complication et qui sont sous traitement insulinique sans antécédent d'AVC ou d'Infarctus du myocarde
- Qui présentent plusieurs épisodes d'hypoglycémies sévère
-

Attention pyramide adaptée à des fins de présentation

DE LA STRATIFICATION...À LA PRISE EN CHARGE

Aube-Sézannais (Pop. 315 903)	
Strate	Résidents
4	1 760
3	2 094
2	2 995
1	3 392
A risque	78 279



- A chaque strate de la pyramide correspond un profil clinique
- A chaque profil correspond un ou plusieurs logigrammes de prise en charge
- Les logigrammes permettent de mettre en place les actions appropriées
- La pyramide permet de « calibrer » les ressources en fonction des besoins



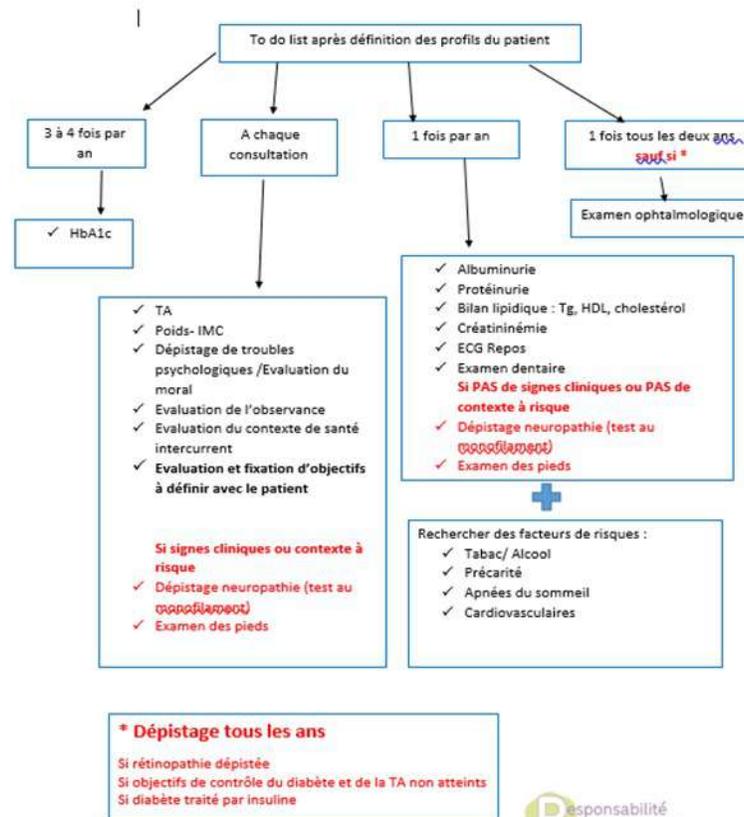
Savoir quoi faire : les logigrammes de prise en charge

Les logigrammes sont développés par la FHF et ses partenaires à partir de nombreux « guidelines » cliniques (HAS, sociétés françaises, européennes et américaines, NICE, KCE, Intermountain, etc).

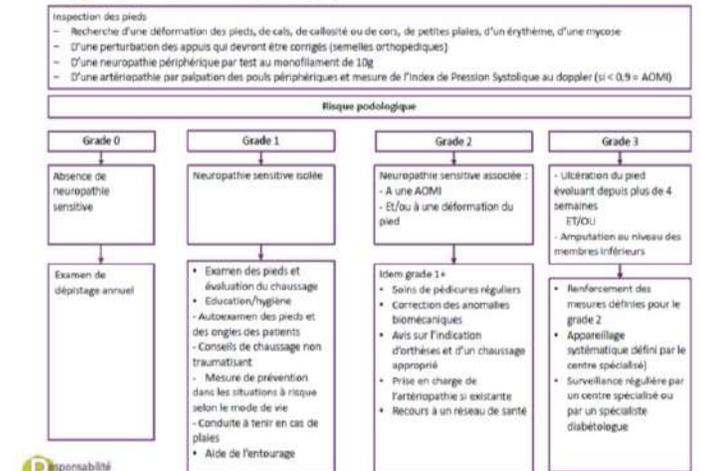
Ils sont conçus pour résumer, en un schéma, l'état de l'art actuel sur une question, en une page

Ils ne sont pas des chemins cliniques, ceux-ci doivent être développés sur le terrain

Logigramme 5a : Détection précoce des complications



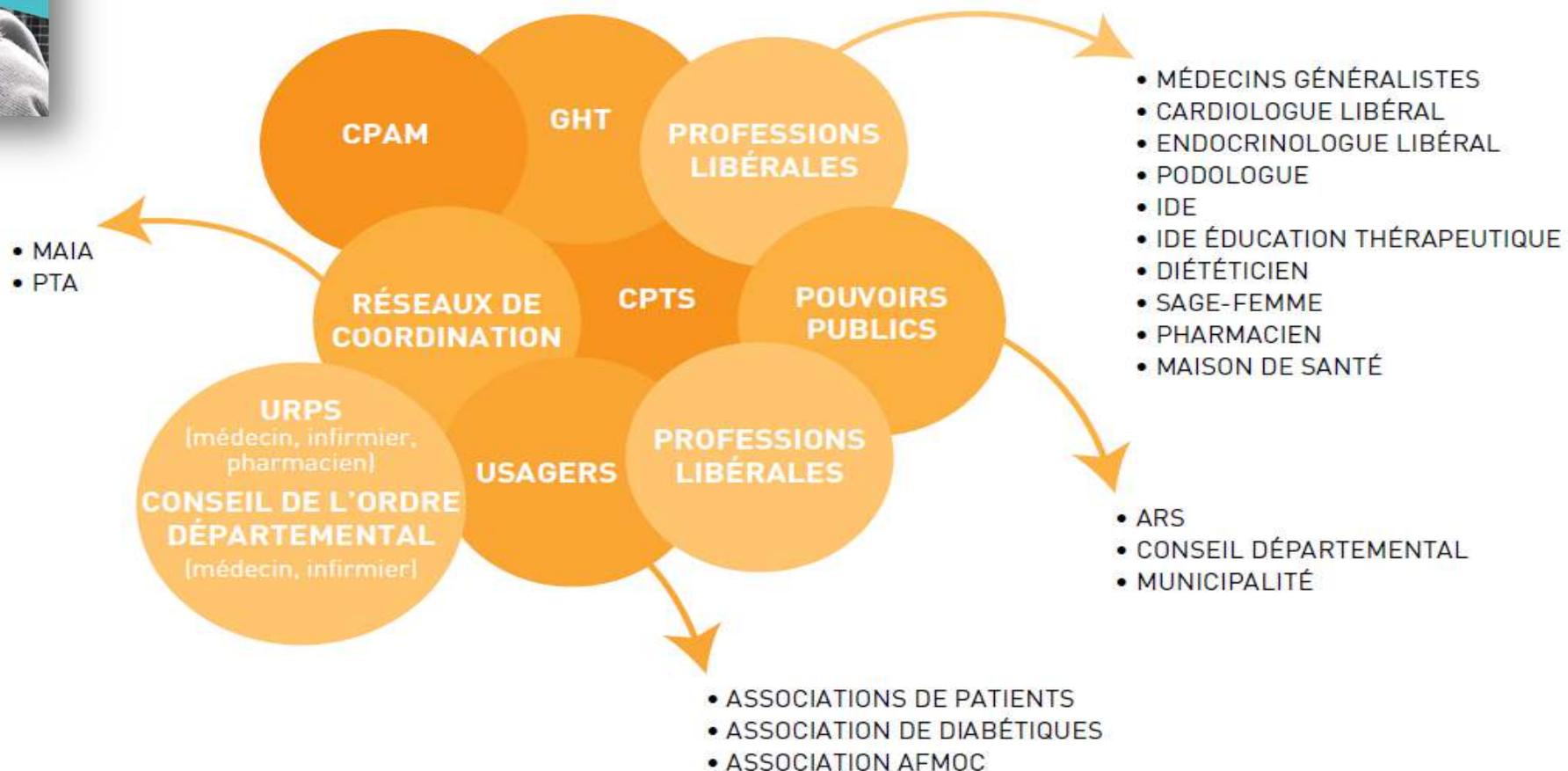
Logigramme 10 : Surveillance podologique





Elaborer un programme d'action partagé : les réunions cliniques

PARTICIPANTS AUX RÉUNIONS CLINIQUES



Le contenu du programme d'action

- Une description de la population-cible
 - Combien de personnes
 - Combien de personnes par strates
 - Caractéristiques des personnes dans les strates
- Une description de la stratégie d'exécution des logigrammes à grande échelle, visant chaque personne dans chaque strate
 - Les chemins cliniques élaborés par les acteurs de terrain
 - La stratégie d'inclusion
 - Le système d'information mobilisé pour suivre l'inclusion et l'exécution
- Une série d'actions spécifiques à chaque territoires visant :
 - La population (sensibilisation, dépistage de groupes à risque, information générale de la population)
 - Les professionnels (soirées d'information, réunions pluriprofessionnelles, organisation de prise en charge type HDJ délocalisés, conciliation médicamenteuses, information sur le programme , etc.)

Identifier la population
"statistique"

Identifier de "vraies" personnes

Inclure de "vraies" personnes
dans les programmes d'action



Un déploiement bien engagé

Accélération du déploiement après une « pause COVID »

Acteurs participants à la démarche, au 30 juin	
683 professionnels, ville et hôpital	+ 321 depuis janvier 2022
56 patients et usagers partenaires	+ 20 depuis janvier 2022
Un impact important en sensibilisation/dépistage	
281 actions de sensibilisation/dépistage	+159 depuis janvier 2022
3 893 personnes dépistées	+1 701 depuis janvier 2022
Une montée en charge importante des inclusions	
1 105 personnes incluses pour le DT2	+ 260 % depuis janvier 2022
272 personnes incluses pour l'IC	-début des inclusions en janvier 2022, dans 2 Territoires



Sur le terrain...



Articulation avec les Projets de santé des CPTS

Partenariat avec les pharmacies d'officine



Insertion systématique dans les Contrats locaux de santé (CLS)



Campagnes de sensibilisation dépistage « grand public » (flyers avec QR code/finRisk/Cellule de coordination)



Bornes interactives déployées en entreprise, en MSP...



Partenariat avec les Associations de patient



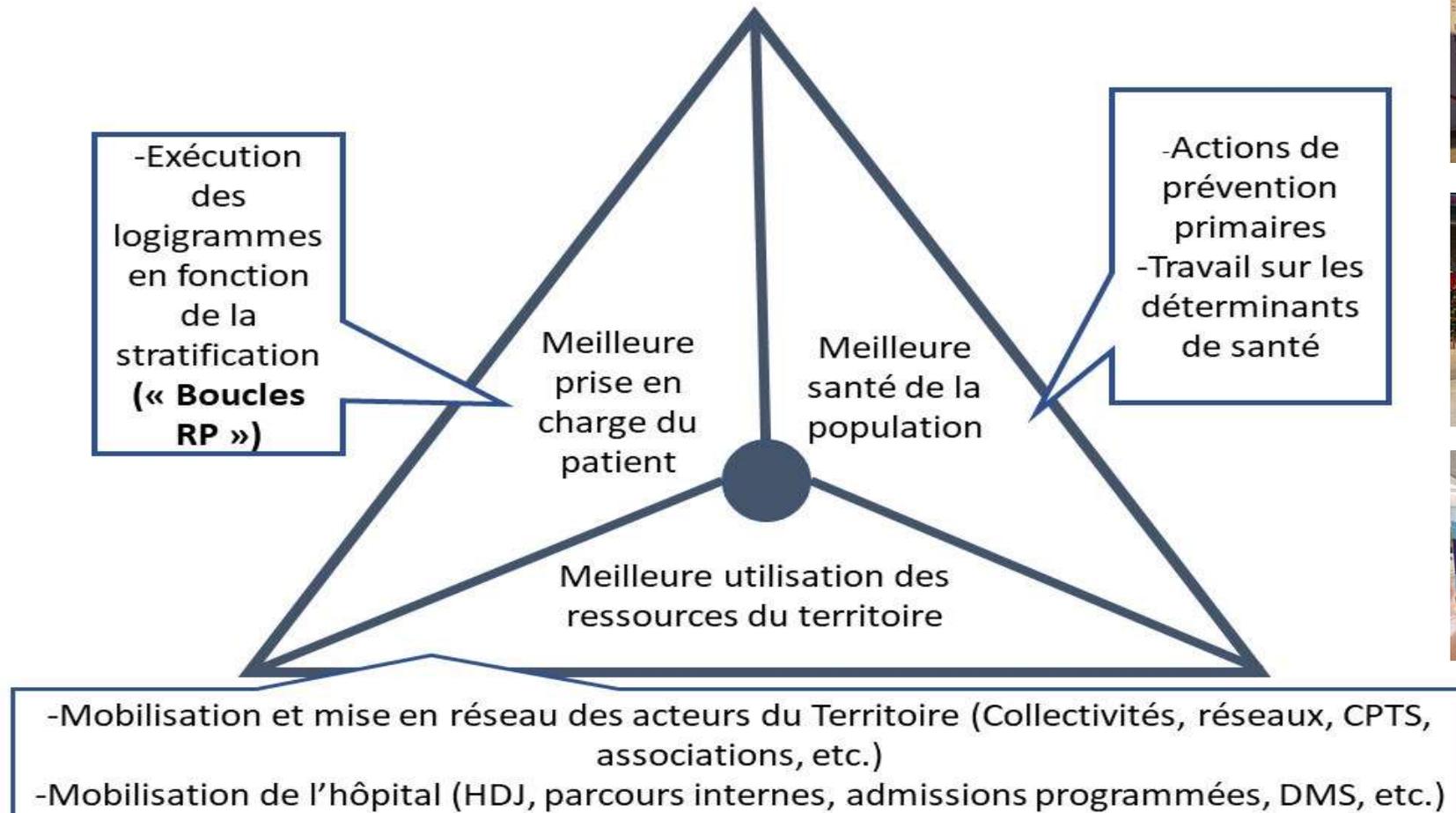
Formation dans les IFSI



Partenariat avec les CPAM (centres d'examen, données, relais d'information, etc.)



Triple Objectif et Responsabilité populationnelle sur le terrain



Des impacts sur l'hôpital...et les patients

Nous avons développé un set d'indicateurs standardisés cherchant à mesurer l'évolution du comportement des résidents des Territoires à l'égard des services hospitaliers

Territoire de Haute-Saône

	2019 (Année)	Volume attendu	2022 (Trimestre 1-2)	Volume attendu
Séjours pour diabète	559	776 (-27%)	625	445 (+40,3%)
Coût moyen des séjours	2 345 €		1 166€	
Séjours ambulatoire	184	285 (-35.4%)	472	248 (+90,5%)
Taux ambulatoire/séjours	32%	37%	76%	56%
Séjours entrés par les urgences	21%		6%	

Données : ATIH, traitements FHF DATA/GPRP, 2021-22



Des outils développés localement...au bénéfice de tous

Application de stratification
(permet à n'importe quel
professionnel de « stratifier son
patient)



Outils digitaux de formation des
professionnels de 1ere ligne
« MOOC » et « BOOK »

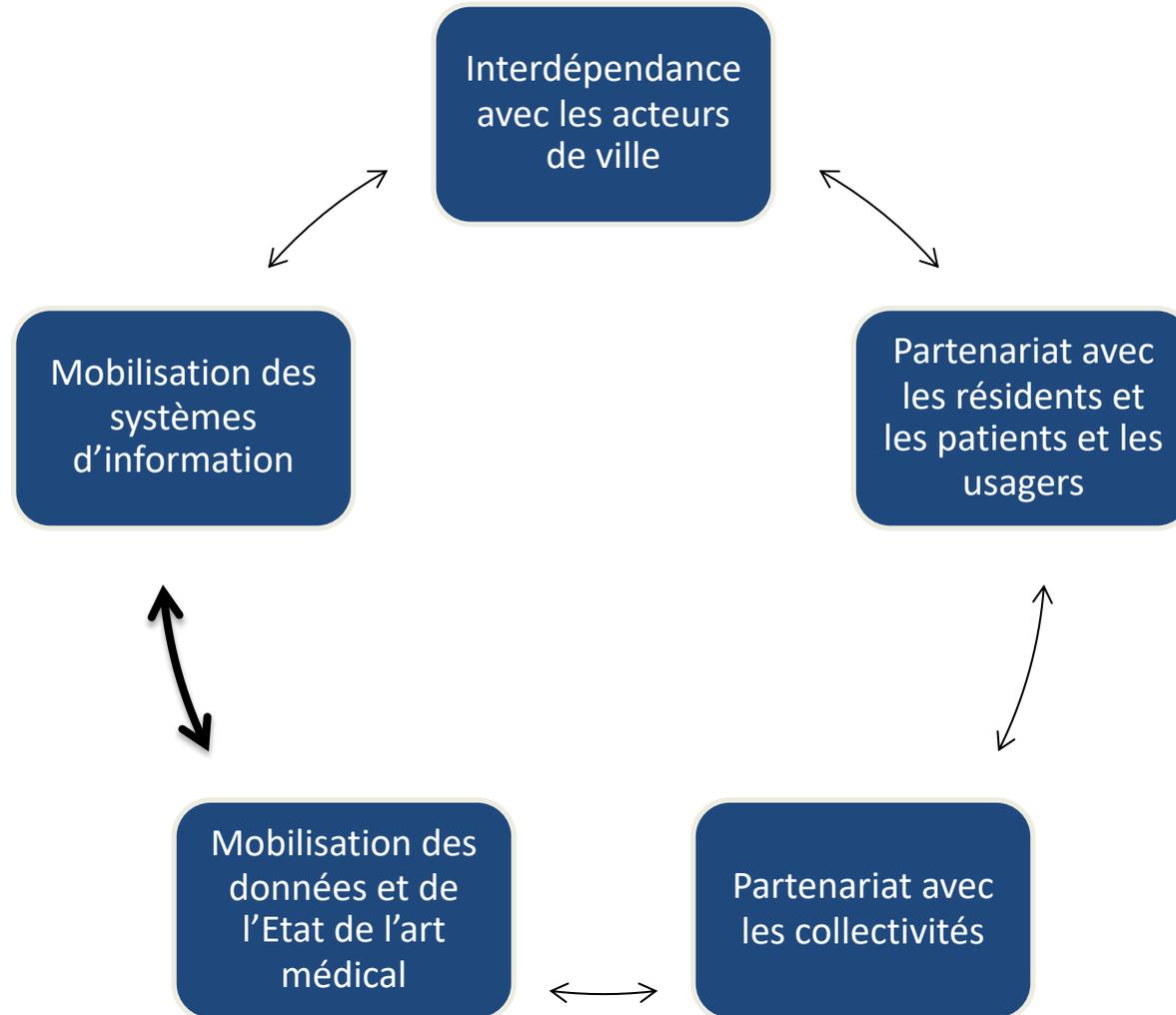


Aide-mémoire des professionnels regroupant
les principaux éléments (stratification,
logigrammes, principaux traitements,
contacts, ressources, parcours, etc.)

Et bientôt : des parcours et
protocoles en diabétologie...



Des dimensions stratégiques et interdépendantes



Les questions que posent le modèle

- Une vision systémique plutôt qu'en silos, en partant des besoins de santé
- La capacité *collective* à suivre de grands volumes de patients
 - Vision homogène des besoins de santé du patient
 - Vision homogène des standards
 - Vision homogène de l'évolution du patient dans son parcours
- Enjeu majeur de système d'information partagé
- Enjeu majeur d'exploitation des données de santé (pour le suivi de cohortes, et de patients, mais aussi pour la prédiction de risque)
- Rôle central des paramédicaux (infirmières libérales, de coordination, de santé publique, de pratique avancée, etc.)
- Des modèles de financement à revoir
 - Si la T2A et le paiement à l'acte ne sont pas antinomiques avec un tel système, le cloisonnement total des financements nuit à la généralisation
 - Il faudrait une « couche » collective, pour une action collective, et un résultat collectif





HÔPITAL
INTERCANTONAL
DE LA BROYE



Réseau Santé
NORD BROYE



AIDE ET SOINS
À DOMICILE



Coreb
Communauté régionale de la Broye

« Nouvelles formes d'organisation de santé : quelles conditions ? »

*Par **Dr. Philippe Schaller**, médecin et fondateur du Groupe médical d'Onex*

ASSISES
de la
SANTÉ
BROYE

15 SEPTEMBRE 2022
8H15-17H
HDF - PAYERNE

Penser le modèle de santé régional de demain ...

«Pour la principale organisation de la branche de l'assurance maladie la hausse des coûts est «dramatique»: +6,4% par assuré en 2021 et +4% estimés pour 2023 et 2024.

Principal facteur selon santésuisse: le système de tarification Tarmed qui pèse à lui seul 12 milliards de francs, en hausse de 9% sur un an.

Des médicaments trop chers par rapport au marché européen et des prestations suspendues en 2020 à cause du Covid, puis rattrapées en 2021 ont aussi contribué à charger la barque l'année dernière selon l'organisation. Assureurs «en danger»



santésuisse

Tribune de Genève | Lundi 5 septembre 2022

Événement 3

Crise climatique

«Il faut décréter l'urgence
comme pour le Covid»

Tribune de Genève | Lundi 5 septembre 2022

Événement 3

Crise sanitaire

«Il faut décréter l'urgence
comme pour le Covid»

Les freins perçus par la région

Difficultés locales :

- Fractionnement du système, discontinuité des soins
- Pression sur les durées de séjours, vieillissement population
- Suivi des situations complexes, manque d'anticipation
- Accent sur les soins plutôt que prévention et promotion
- Manque de RH, Perte de sens, pénurie de professionnels
- Quelles prestations de base vs prestations spécialisées ?
- Le maintien d'une offre de proximité (ex. psychiatrie) et la continuité des soins

Difficultés intercantionales :

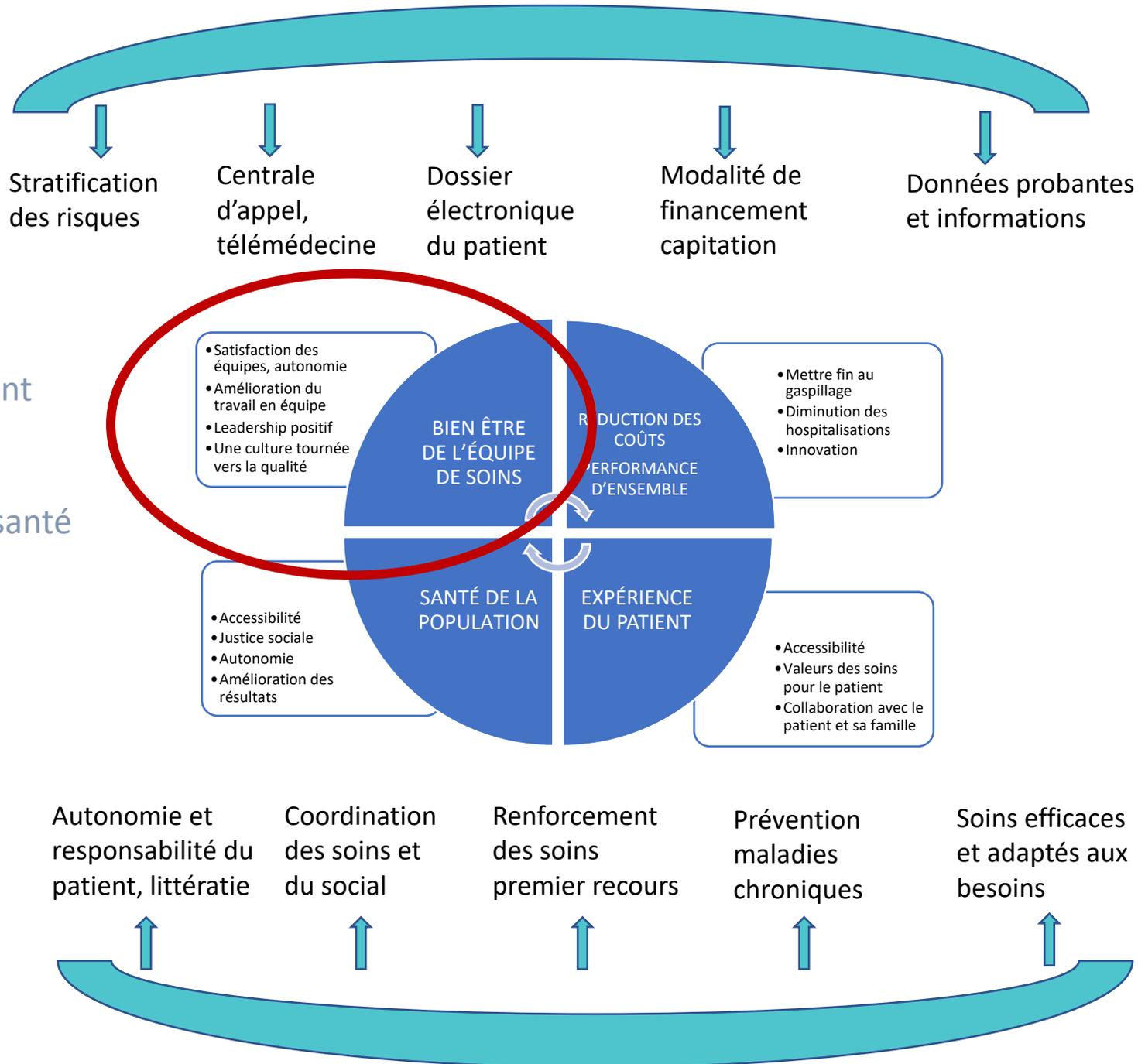
- Une géographie très morcelée (enclaves) = des Broyards qui doivent s'unir pour faire face aux enjeux (= leur force) mais qui peinent parfois à s'aligner dans les moments décisifs (faiblesse)
- L'intercantonalité, donc deux autorités et des cadres légaux différents = quelle autonomie ? quelle responsabilité régionale ?

Des prestations de base relativement similaires, mais organisées différemment :

- **Pour FR**, le Réseau de soins de la Broye dirige les soins à domicile publics, 3 des 4 EMS de la région et le service social => donc il opérationnalise les prestations (cadre légal) => le réseau est sous la responsabilité du préfet (qui est élu dans le canton de FR, au contraire du canton de Vaud où les préfets sont nommés par le Conseil d'Etat) et de l'association des communes du district (La psychiatrie est « cantonalisée » à FR, rattachée au Réseau Fribourgeois Santé Mentale).
- **Pour VD**, le Réseau Santé Nord Broye coordonne, fédère et soutient (2^e ligne de spécialistes) les partenaires, avec des EMS autonomes, des soins à domicile rattachés à l'AVASAD et la psychiatrie rattachée au DP-CHUV
- **Un Hôpital intercantonal** qui peine à trouver un rythme et des missions de base de proximité, qui met la pression sur les durées de séjour, difficulté de maintenir une offre de soins pour 100'000 habitants
- **Soins à domicile** : par exemple : le Nord Vaudois correspond à une région économique (Association pour le Développement du Nord Vaudois – ADN) mais ne correspond pas à une région administrative (district Jura Nord Vaudois) ou sanitaire (Réseau Santé Nord-Broye - RSNB).

Les grands principes pour un système de santé intégré

Les grands principes sont connus et appliqués partiellement dans plusieurs systèmes de santé avec plus ou moins de succès ...



Le réseau des réseaux : l'exemple du modèle tessinois de soins intégrés pour les maladies cardiovasculaires



- Tous les ans, environ **2900 patients** stationnaires pris en charge par CCT
- Équipe de physiothérapeutes directement

- Équipe interdisciplinaire (composée de médecins, d'infirmières, de physio- et d'ergothérapeutes, de neuropsychologues), sous la conduite d'un médecin de la réhabilitation cardiologique

er
co

Le réseau des réseaux: l'exemple du modèle tessinois de soins intégrés pour l'ictus



- Tous les ans, **450 patients** souffrant d'ictus aigu au Stroke Center
- **15%** a moins de **55 ans**

- Tous les ans, environ **221 patients** de réhabilitation neurologique post-stroke (2014)
- **3-4 semaines** de durée de traitement

« La pertinence et la continuité des soins pour **sauver le patient et préserver sa qualité de vie** »



3^e partie – Nouveaux modes d'organisation des systèmes de soins

Recherche originale

Évaluation d'une structure gériatrique entre l'ambulateur et l'hospitalier

Geriatric institutions, between ambulatory and hospital care: patients' description and performance assessment

Yves Egger, 1, 2, 3

**MEDIA
PLANET**

La santé innove dans son organisation

En 2018, patients comme professionnels de santé attendent des innovations dans le domaine de la santé. Rencontre avec le Dr Philippe Schaller, gestion et politique de santé, diplômé de l'Université de Montréal.



Dr Philippe Schaller

Gestion et politique de santé dipl.
Université de Montréal

Adaptation des infrastructures

Cité générations, une maison de santé entre le cabinet médical et l'hôpital

Cité générations, dans l'agglomération genevoise, est une structure intermédiaire, qui favorise le maintien à domicile et les soins ambulatoires tout en offrant de courts séjours pour les situations de crise. – Interview par Marie-Claire Chamot

CONCRÉTISER LA PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE AMBULATOIRE DE LA COMPLEXITÉ

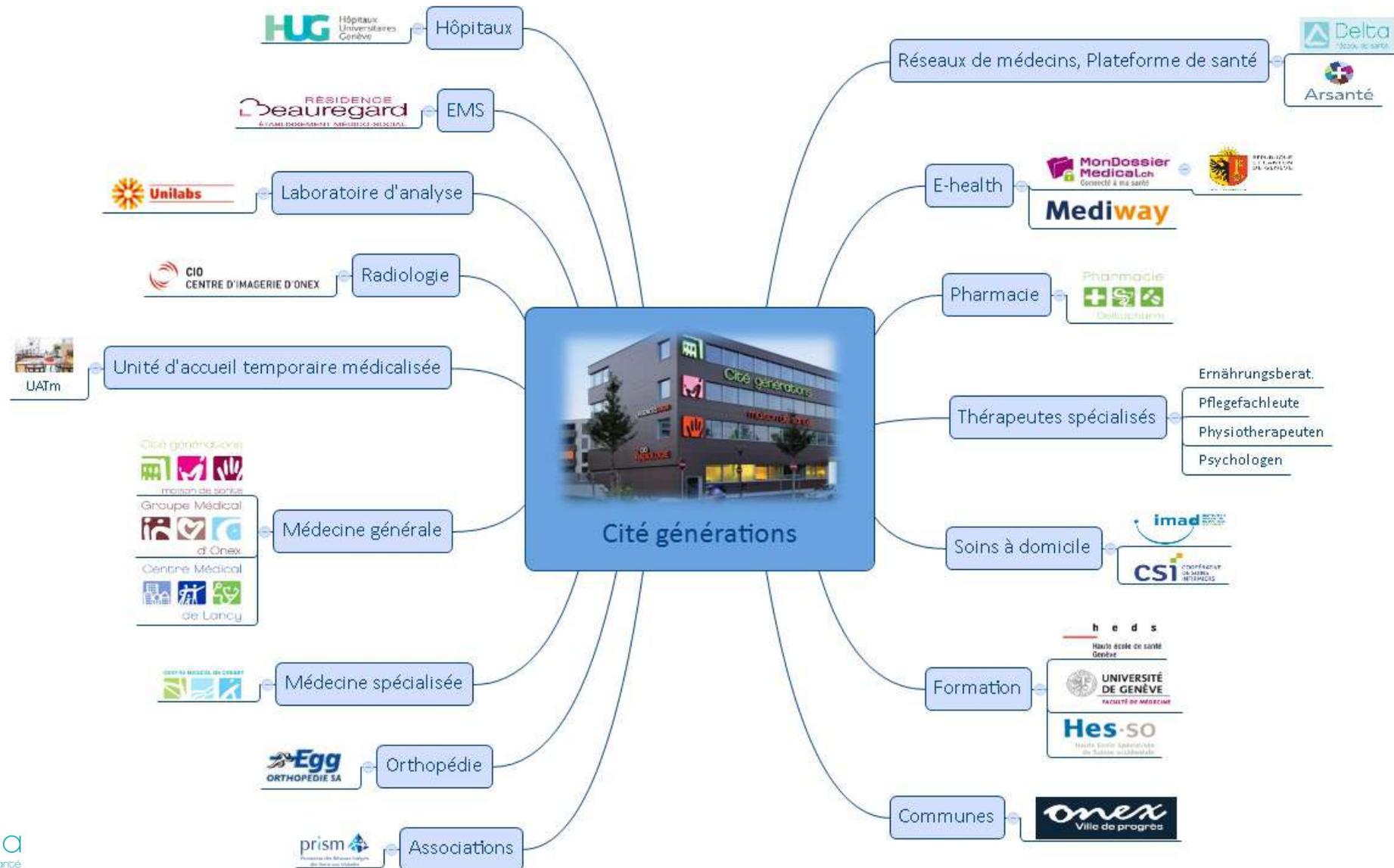
Nicolas Perone *et al.*

S.F.S.P. | Santé Publique

La maison de santé - Cité générations et le Groupe Médical d'Onex

Des innovations organisationnelles qui veulent promouvoir des prestations de santé à une population régionale.

Repenser l'organisation





Le parcours de « Denise » : autonomie et choix, une coordination des acteurs santé-social



Pour désengorger l'hôpital, les Cherpines misent sur une maison de santé pionnière

Des médecins effectuent une radiographie de la population pour identifier les besoins du futur quartier

Céline Garcin
@CelineGarcin

C'est un centre de soins d'un genre nouveau qui verra le jour dans le futur quartier des Cherpines. Des services médicaux et des prestations sociales seront réunis sous le même toit avec un guichet unique. La commune de Plan-les-Ouates et les promoteurs du périmètre se sont associés pour lancer les études préalables. L'ouverture est prévue dans les cinq prochaines années.

Aucun lieu de ce type n'existe aujourd'hui à Genève. Mais la tendance est dans l'air. Plusieurs projets sont en discussion. Le Canton souhaite en effet développer ces structures intermédiaires pour désengorger l'hôpital (*lire ci-contre*).

Les défis liés au vieillissement de la population obligent les autorités et les professionnels à revoir leur approche de la santé. Le futur centre de Plan-les-Ouates s'inscrit dans cette réflexion. Il pourrait bien jouer un rôle de pionnier.



L'ouverture du centre de soins dans la commune de Plan-les-Ouates est prévue dans les cinq prochaines années. LAURENT GIRAUD

À l'échelle du quartier

Avec ses 10 000 habitants à venir et toutes les infrastructures à créer, le secteur des Cherpines offre une occasion unique de repenser entièrement le bien-être d'une population. Car c'est bien cette mission que se donnera le futur pôle: offrir une palette de soins et de prestations sociales à l'échelle du quartier.

Deux médecins ont été mandatés pour réfléchir aux modalités de cette maison de santé évoluée: Idris Guessous, chef de service de la médecine de premiers recours aux HUG, et Philippe Schaller, fondateur de Cité générations à Onex.

L'offre de la structure à venir se calquera sur les besoins de la population. Pour identifier les carences dans le secteur, un diagnostic territorial est actuellement réalisé. De quoi s'agit-il? «Nous compilons

l'intérêt pour les maisons de santé dotées d'un volet social ne se limite pas aux Cherpines. Le Canton a initié au début de 2018 un groupe de travail à ce sujet. Un appel à projets a d'autre part été ouvert. Les dossiers sont évalués actuellement par la Direction générale de la santé. Parmi les conditions imposées par l'État, celle de réunir prestations sociales et médicales au sein de la même structure.

«Avec une seule porte d'accès pour des problématiques diverses, nous améliorons

souligne Mauro Poggia, patron de la Santé. Pour le magistrat, ces structures intermédiaires permettent d'offrir des soins de proximité plus adaptés à une population vieillissante. Leurs coûts sont par ailleurs moindres qu'aux HUG.

Selon le conseiller d'État, plusieurs maisons de santé pourraient voir le jour ces cinq prochaines années. Si le consensus est là, reste à trancher la question du financement. Les prestations sociales sont à la fois financées par le Canton et les communes. Où s'arrêtent les prérogatives

des autres? «Il y aura des arbitrages à faire et le Canton devra certainement financer une partie du travail de coordination entre les services sociaux et médicaux qui n'ont pas de tarification Tarmed.»

Que pensent les HUG de la démarche? «Ils y sont très favorables, car ces centres sont complémentaires à leur activité», répond Nicolas De Saussure, porte-parole de l'institution. Ils permettent en particulier de favoriser le maintien à domicile et les soins ambulatoires afin d'éviter

disponibles sur le territoire concerné: la consommation de soins des habitants, les profils socio-économiques des ménages, le type d'habitat, les aides financières touchées, les facteurs de bruit et de pollution, les structures médicales existantes, etc.», détaille Idris Guessous. Comment procède-t-on lorsque le quartier n'est pas sorti de terre? «C'est un vrai défi, répond le spécialiste. Nous nous basons alors sur des simulations et les données des habitants les plus proches du futur quartier.»

Si rien n'est arrêté pour l'heure, le lieu pourrait notamment accueillir des antennes de l'Institution de maintien à domicile (Imad) et du planning familial, des sages-femmes, des pédiatres et des associations de prévention. «Des spécialistes de la médecine du sport pourraient également être intéressés compte tenu du nombre d'infrastructures sportives à venir dans le quartier», ajoute Fabienne Monbaron, maire de Plan-les-Ouates. L'aménagement de quelques chambres est par ailleurs envisagé pour des hospitalisations légères.

Associations impliquées

La nouvelle structure veut favoriser l'interdisciplinarité. Philippe Schaller prône des rapports horizontaux entre les acteurs impliqués. «L'idée est de réunir les habitants, les élus, les associations et les professionnels pour créer ensemble une dynamique de bien-être et de santé, argumente le médecin. Beaucoup de problèmes sociaux sont aujourd'hui traités dans les cabinets médicaux. Nous devons davantage travailler ensemble pour apporter des réponses adéquates à la population.» Quid du secret médical dans tout cela? «Le patient décidera lui-même de partager certaines informations ou non», répond Philippe Schaller. C'est souvent dans son intérêt que les renseignements sont échangés.»

Le médecin assure que la manière de prendre en charge les patients sera très différente dans cinq ans. Pour lui, ce changement doit également passer par un nouveau système de financement. Il milite pour des organisations et des soignants rémunérés pour leur mission et non au nombre d'actes

D'autres projets en discussion à Genève

Maison de santé

On parle beaucoup de maison de santé. De quoi s'agit-il exactement? Auteur d'un rapport sur les maisons de santé, Idris Guessous, chef de service de la médecine de premiers recours aux HUG, donne cette définition: «Une maison de santé est une structure regroupant une équipe pluriprofessionnelle dispensant dans ses murs et hors de ses murs des soins de premier recours. Elle s'adresse à l'ensemble de la population d'un territoire.» Le médecin insiste sur la mission publique du lieu. C.G.

Réseau de soins Delta



<https://www.reseau-delta.ch>

Assurances
Maladie



Contrat
capitation



www.delta-data.ch

Index patient et recommandation EBM
Bons de délégation
Suivi trajectoire de soins
Calcul capitation
Dossier patient urgences
Suivi des coûts patient/ médecins

www.reseau-delta.ch

Informations et guichet communication
Programmes prévention
Médecins et pharmaciens
Assurances partenaires

HMO depuis 1992
300'000 assurés
850 MPR
14 contrats capitation
Maison de santé
Cabinets de groupes

Rémunération du réseau :

- 1) Résultat capitation ajustée aux risques
- 2) Indicateurs de performance et qualité des soins
- 3) Financement coûts administratifs

Schaller P; Care Management, 2008;
Schaller P, Raetzo MA; Diminution des coûts 2002 .

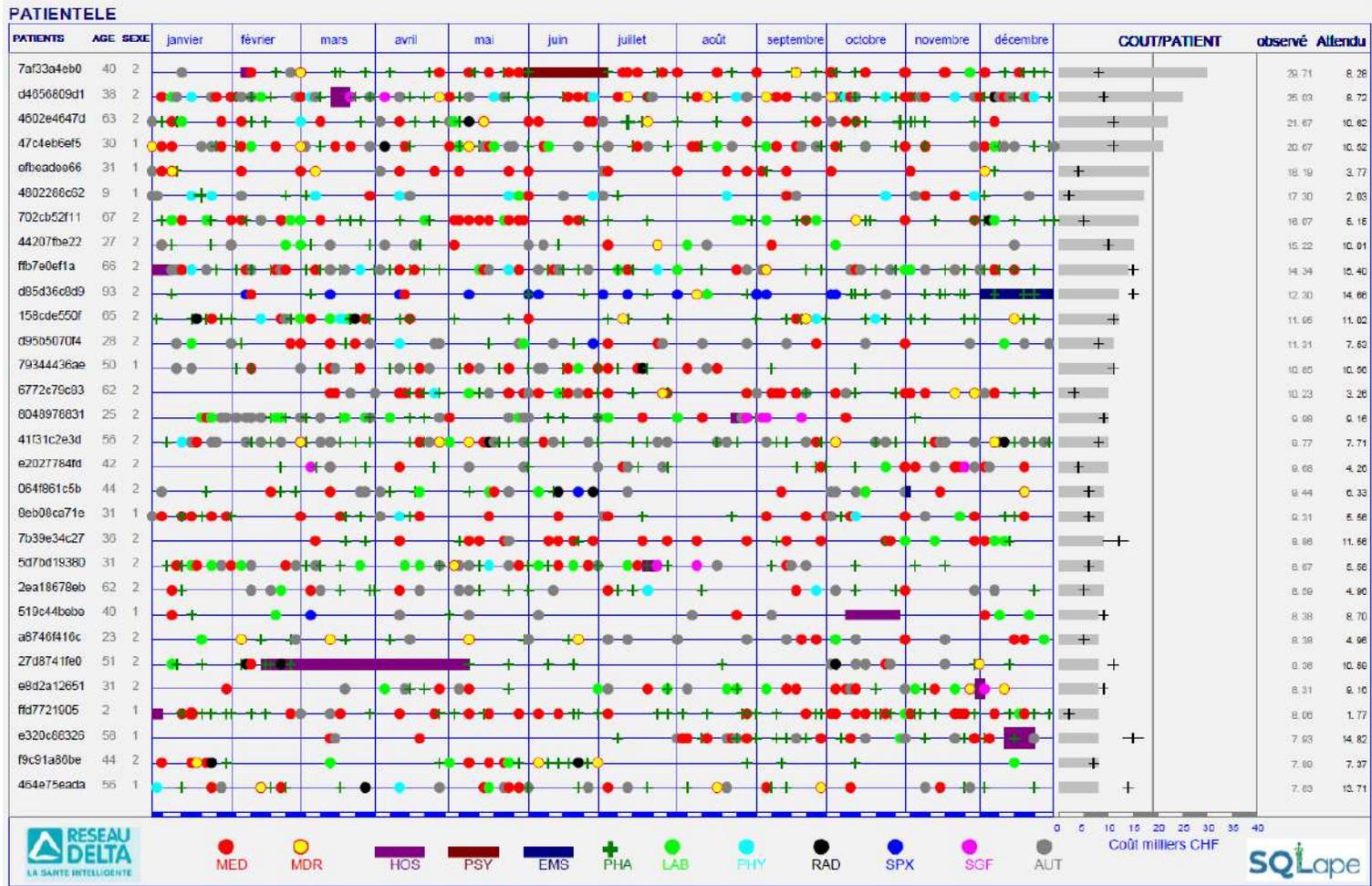
Contrat





SQLape

Indicateurs de coûts



Il est nécessaire de visualiser les cas (quelques exemples)

Maladie de Fabry (déficit enzymatique, traitement au REPLAGAL - 15'000 francs/mois)

PATIENTELE														COUT/PATIENT		observé	Attendu		
PATIENTS	AGE	SEXE	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre					
b2bc66c938	51	2	+	●	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	268.79	7.45

Cancer du cerveau, épilepsie, dépression

PATIENTELE														COUT/PATIENT		observé	Attendu		
PATIENTS	AGE	SEXE	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre					
d016376c5e	55	2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	40.27	7.11
d5621f139d	61	2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	39.73	15.87
747b6ed465	86	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	32.75	10.59
c488129463	84	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	22.04	10.59
ab036909f7	72	2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	20.50	4.98

dernier cas : jamais vu, suivi par autre interniste, gériatre et psychiatre

Antiviral - antihépatite C

PATIENTELE														COUT/PATIENT		observé	Attendu		
PATIENTS	AGE	SEXE	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre					
7d91b44335	69	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	22.70	5.17



Qualité de la prescription

Indicateurs sur la dangerosité et l'efficacité des médicaments

American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

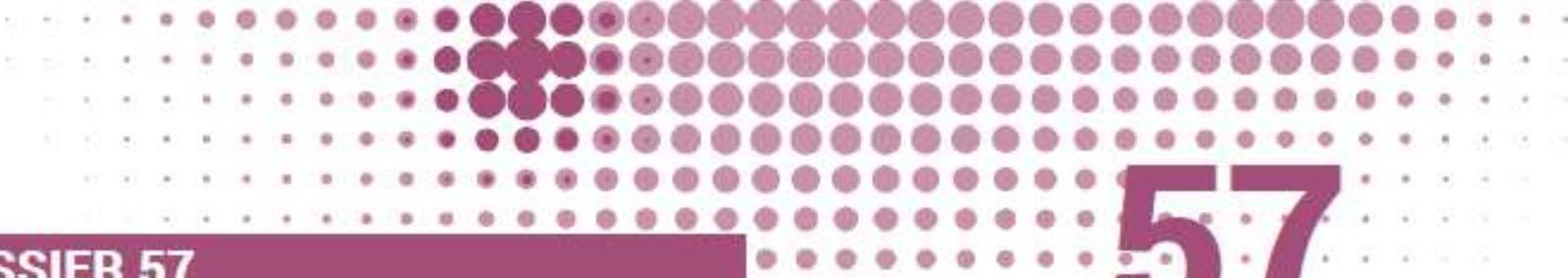
By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel*

- Médications potentiellement inappropriée chez la majorité des patients de 65 ans ou plus (tableau 2)
- Les effets secondaires et les risques dépassent clairement les bénéfices (recommandation forte)
- Qualité des preuves haute ou modérée

4.9% des prescriptions DELTA en 2018
chez les personnes de 65 ans et plus

Scores			Nombre de prescriptions*	
-1	- à éviter	Médicaments à éviter (Prescrire et critères de Beers)	54'549	7.5%
0	- déconseillé	Service médical rendu inexistant ou faible	35'521	4.9%
1	- discutable	Service médical rendu modéré	139'139	19.2%
2	- efficace	Service médical rendu prouvé	497'069	68.4%
Total			726'278	100.0%

Score moyen DELTA en 2018 : 1,5



OBSAN DOSSIER 57

57

Soins intégrés en Suisse

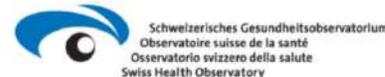
Résultats de la 1^{re} enquête (2015–2016)

Séverine Schusselé Filliettaz^{*#}, Peter Berchtold^{*}, Dimitri Kohler[‡] & Isabelle Peytremann-Bridevaux[#]

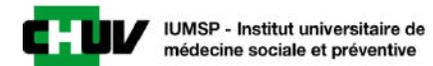
*FMC Berne



‡Obsan Neuchâtel



#IUMSP Lausanne

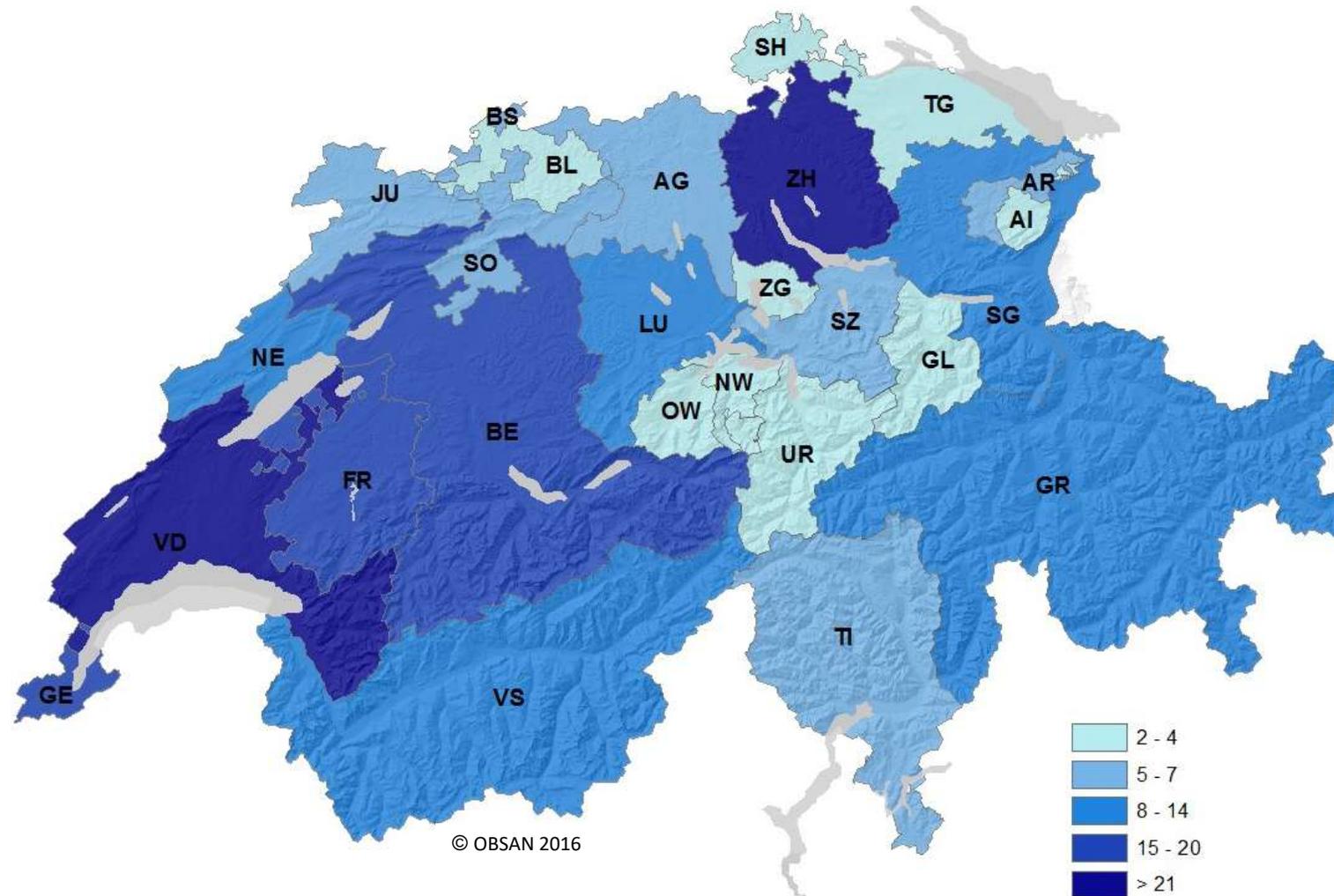


6 catégories d'initiatives d'intégration des soins

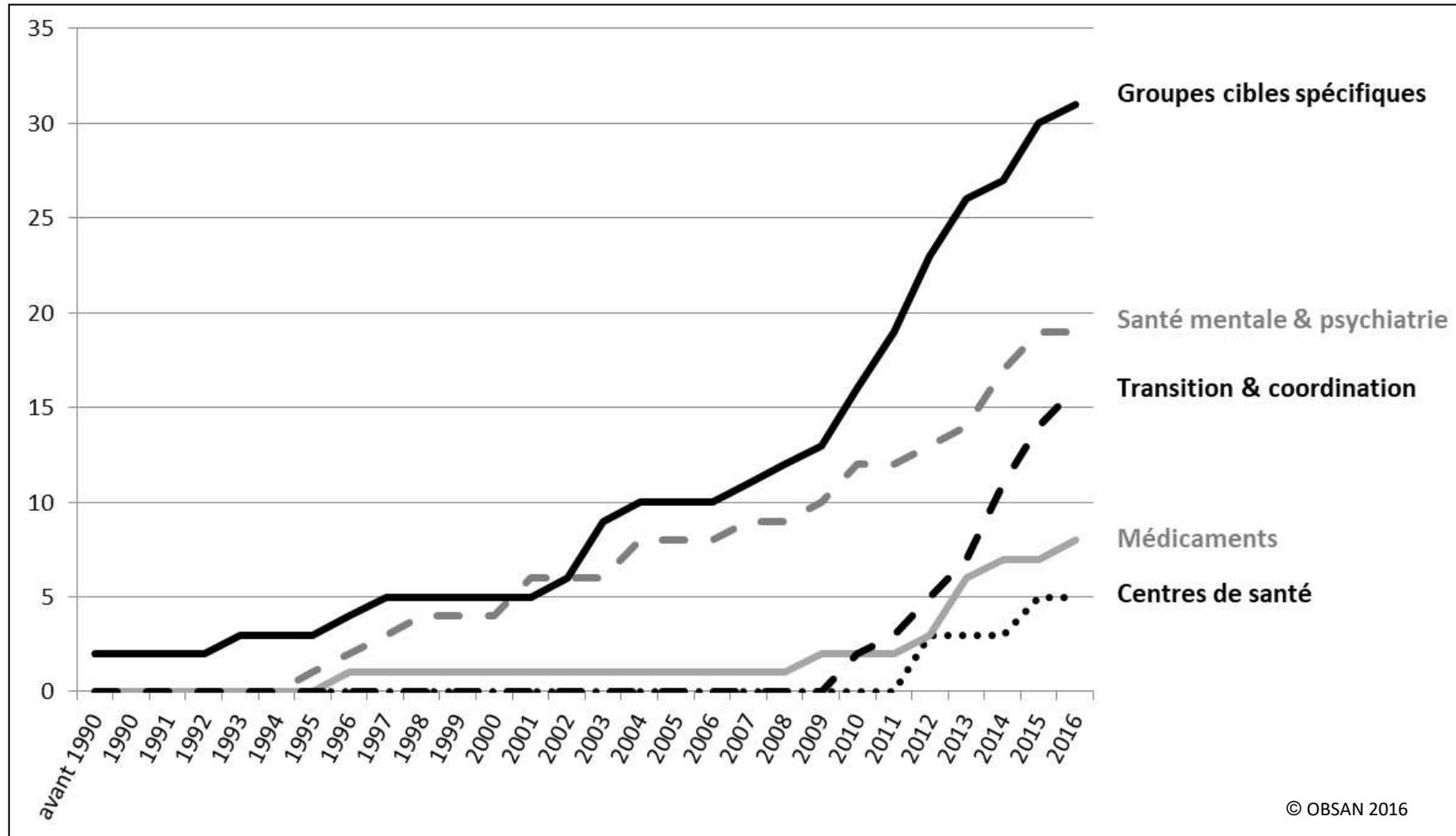
Catégories	Description
« Centres de santé »	Sous une même gouvernance, plusieurs structures et niveaux de prestations de soins.
« Réseaux de médecins »	Réseaux de médecins généralistes et spécialistes, avec guidelines et cercles de qualité.
« Santé mentale & psychiatrie »	Ciblent la psychiatrie (globalement ou pathologie spécifique) et/ou la santé mentale.
« Groupes cibles spécifiques »	Ciblent une ou des pathologies somatiques spécifiques, un ou des groupes de patients spécifiques (sans la psychiatrie).
« Médicaments »	Ciblent la gestion des médicaments et/ou du traitement.
« Transition & coordination »	Ciblent principalement des activités de coordination entre structures/niveaux de santé différents/professionnels.

Plus d'exemples sous: <https://www.obsan.admin.ch//fr/publications/soins-integres-en-suisse>

Nombre absolu d'initiatives de soins intégrés par canton, Suisse 2016 (n = 155)



Nombre cumulé d'initiatives de soins intégrés, par catégorie, Suisse romande 1990-2016 (n=79)



Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

(Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a)

Modification du 18 juin 2021

Article relatif aux projets pilotes

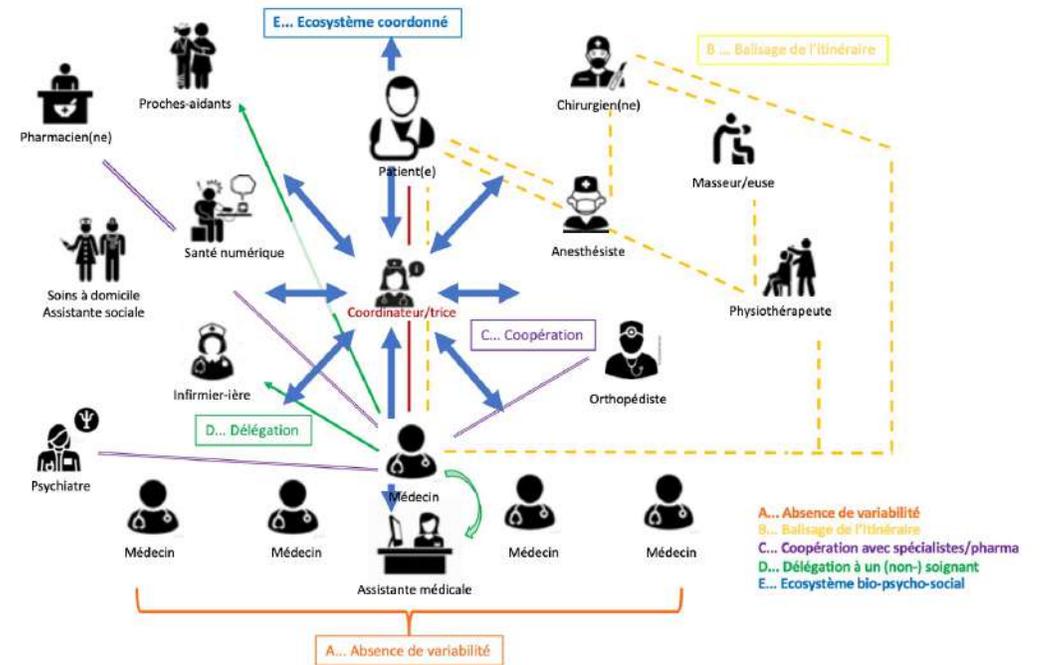
L'article relatif aux projets pilotes permet notamment aux cantons et aux partenaires tarifaires de mener des projets pilotes innovants qui sortent du cadre de la LAMal pour limiter les coûts dans l'AOS, renforcer la qualité du système de santé et encourager la numérisation. Ces projets, thématiques et temporaires, disposent d'un champ d'application limité. Un projet pilote pourrait par exemple se concentrer sur les soins coordonnés. Le Conseil fédéral a déterminé la procédure, les conditions d'autorisation, l'évaluation et le suivi à ce sujet.

Article 59 bis LAMal autorisant des projets pilotes

- Le projet pilote propose un modèle innovant, qui se distingue des pratiques et mesures existantes
- Il est présenté en règle générale par les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs ou les organisations de patients;
- Il est limité temporellement et géographiquement;
- Il présente les mesures proposées et les effets attendus en matière de maîtrise des coûts;
- Le retour à la situation qui prévalait avant son autorisation est possible;
- Il prévoit une évaluation et un rapport final par des experts externes indépendants.



ANNEXE 1 : PROJET CLINIQUE EN DÉTAILS





Fiche d'information

Date : 7 septembre 2022

Réseaux de soins coordonnés

Un réseau de soins coordonnés est une institution qui fournit des prestations ambulatoires et coordonnées conformément aux art. 25 à 31 LAMal et assure en outre la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations extérieurs au réseau, tout au long de la chaîne de soins. À la différence des institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins visés à l'art. 35, al. 2, let. n, LAMal, le réseau de soins coordonnés fournit des prestations non seulement médicales, mais aussi infirmières et thérapeutiques. Il constitue donc une équipe de prise en charge interprofessionnelle et interdisciplinaire.

L'objectif est de favoriser la diffusion de structures de soins coordonnés et interprofessionnelles, comme il en existe déjà avec les modèles HMO, et d'y donner accès également aux personnes n'ayant pas opté pour une forme particulière d'assurance.

Organisation

Le réseau de soins coordonnés peut être organisé sous la forme d'une institution « sous un seul toit » ou d'un réseau régional. Les conditions nécessaires à l'admission d'un réseau de soins coordonnés, énoncées à l'art. 37a, al. 1, P-LAMal, ne sont pas trop détaillées afin de laisser la plus grande liberté possible lors de la création de tels réseaux. Les exigences fixées quant à la direction du réseau, à la formation du personnel qui y collabore ou aux prestations fournies, notamment, représentent le minimum nécessaire pour garantir une unité entre les différents réseaux qui pourraient voir le jour.

Le réseau de soins coordonnés est au minimum constitué d'un centre de coordination placé sous la direction d'un médecin et employant d'autres professionnels de la santé. Il facture aux assureurs toutes les prestations qu'il fournit comme s'il s'agissait d'un seul fournisseur de prestations.

Financement des travaux de coordination

Le financement des charges supplémentaires induites par la coordination des cas complexes est prévu dans des conventions conclues entre les réseaux de soins coordonnés et les assureurs. Il s'agira de tenir compte des exigences particulières liées à la complexité de certains cas. En effet, certains tarifs prévoient déjà des prestations de coordination. Un réseau de soins coordonnés doit permettre une coordination plus poussée afin d'optimiser les coûts. Une double rémunération doit être exclue.

Management for Professionals

Sharda S. Nandram

Organiza Innovati Integrati Simplificati

Learning from Buurtzorg Ned

REVUE MÉDICALE SUISSE

Mutations dans le management des organisations de santé: quelles perspectives?*

YVES KÜHNE et PHILIPPE SCHALLER

Rev Med Suisse 2019; 15: 1584-5

LE SYSTÈME DE SANTÉ DOIT
ENVISAGER DES RÉFORMES
MAJEURES

Le constat est clair, le diagnostic glo-

Aujourd'hui, les paradigmes doivent
changer. Tout indique que nous arrivons au
bout d'un chemin, à une croisée vers de
nouveaux horizons... Des mutations fortes
sont nécessaires. Le temps n'est plus aux

VERS DES ORGANISATIONS
DE SANTÉ SALUTOGÈNES

Le concept de salutogenèse, dévelop-
pé par Aaron Antonovsky,³ se centre sur



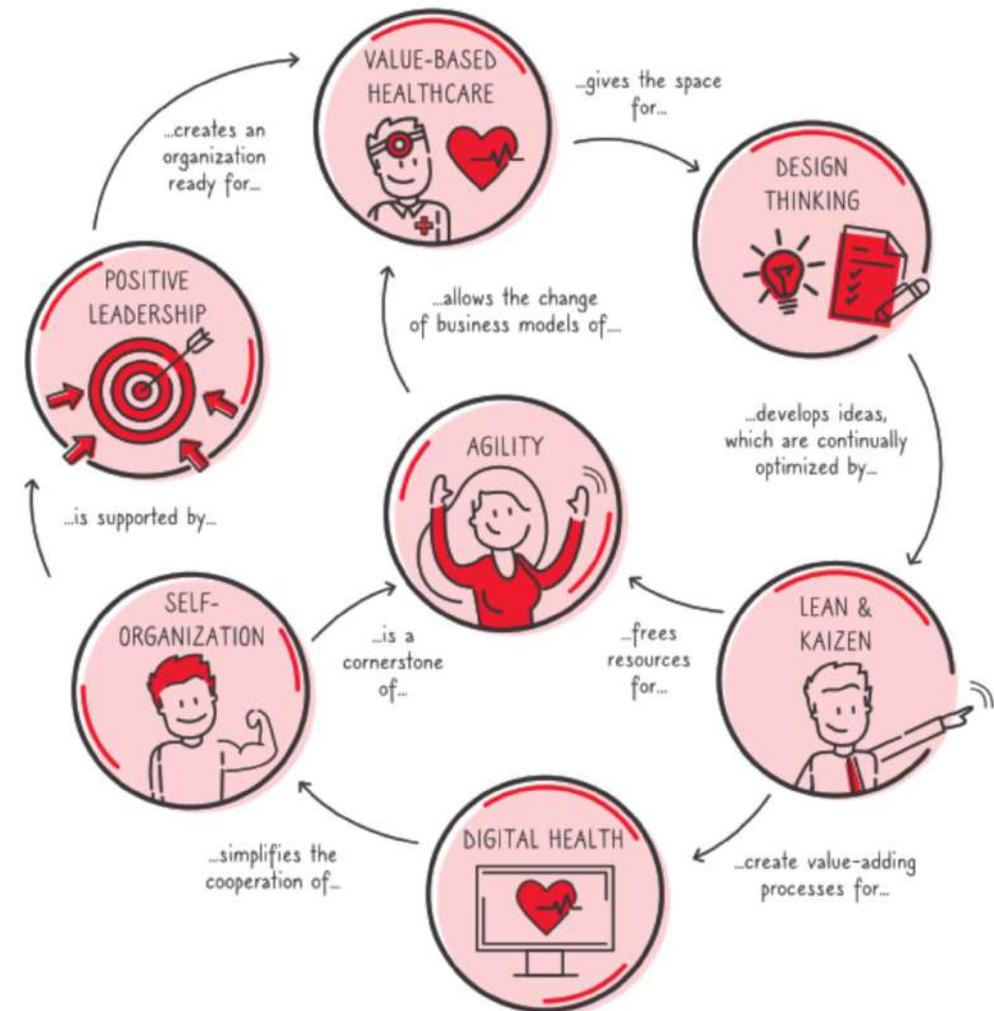
Soins de santé basés sur la valeur (VBHC) - l'avenir du secteur des soins de santé ?

Les soins de santé basés sur la valeur (VBHC) sont un modèle de prestation où la valeur est définie comme les résultats obtenus pour les patients par rapport aux coûts.

L'objectif est d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients tout en utilisant plus efficacement les ressources du système.

On estime qu'aujourd'hui jusqu'à 30 % des ressources en soins de santé sont gaspillées par des procédures inutiles, une gestion inefficace, une non-réponse au traitement, etc. .

De plus, les solutions numériques permettent une meilleure autosurveillance et auto-soin du patient, plaçant le patient dans un rôle plus central.



CONCLUSION

La construction d'un **écosystème de santé régional** en prise avec la **vie locale**, portés par des acteurs de la santé et du social est à inventer.

L'expérience montre que c'est par **la vitalité des collectifs** qu'il devient possible de faire face aux exigences du travail, d'assurer la qualité des soins et de permettre une meilleure performance d'ensemble du système.

Remerciements

Groupe de travail :

Hélène Morgenthaler, Sandra Lambelet Moulin, Christel Losey Mosimann, Yves Kühne, Stéphane Corboz, Rodolphe Rouillon, Maxence Desneux

Comité de pilotage :

Aliette Rey Marion, Anne Meyer Loetscher, Dr. Cédric Amstutz, Guy Delpédro, Stephan Hänsenberger, Daniel Ruch, Nicolas Kilchoer, Olivier Piccard

Intervenants :

Rebecca Ruiz, Hélène Morgenthaler, Sandra Lambelet Moulin, Philippe Demierre, Dr. Bertrand Kiefer, Dr. Philippe Schaller, Antoine Malone, Maxence Desneux, Jérémy Crausaz

Hôte :

La ville de Payerne pour la mise à disposition de la halle des fêtes