



**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2018-2019**



**La coordination médicale et médico-sociale dans
un réseau de soins en Suisse Romande**

Ludovic Morin

18-08-19

Remerciements

Tout d'abords, je remercie l'ensemble de la direction d'Arsanté Services SA pour m'avoir accueilli dans leurs locaux durant mon stage. Je remercie Philippe Schaller pour m'avoir accepté dans son équipe et m'avoir laissé toute la liberté de rencontrer les différents professionnels de santé. Je remercie plus particulièrement le docteur Raetzo pour sa disponibilité et sa capacité pédagogique d'explication des différents projets en cours ou à venir.

Ensuite, je remercie également l'ensemble de l'équipe administrative, médicale et paramédicale avec laquelle j'ai pu échanger au cours des entretiens menés mais également à de nombreuses reprises au cours des repas du midi, de façon plus informelle au détour des couloirs ou dans la salle de pause, que ce soit au centre médical de Lancy (localisation des bureaux administratifs d'Arsanté Services SA) ou à la maison de santé Cité générations.

Par ailleurs, je remercie chaleureusement les différents spécialistes avec lesquels j'ai eu la chance de m'entretenir et qui m'ont fait part de leur expertise, que ce soit Pascal Briot, expert en qualité des soins aux hôpitaux universitaires de Genève après avoir occupé le même type de poste aux Etats-Unis à « *Intermountain Healthcare* ». Je remercie aussi très sincèrement François-Xavier Schweyer pour ses analyses toujours justes et avisées ainsi que pour ses conseils de lecture.

*« Il est certains esprits dont les sombres pensées
Sont d'un nuage épais toujours embarrassées ;
Le jour de la raison ne le saurait percer.
Avant donc que d'écrire, apprenez à penser.
Selon que notre idée est plus ou moins obscure,
L'expression la suit, ou moins nette, ou plus pure.
Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement,
Et les mots pour le dire arrivent aisément [...] »*

Sommaire

Introduction.....	1
I. Un fonctionnement majoritairement indépendant mais des interactions constantes..	14
A. Une vision novatrice de la prise en soins des maladies chroniques (forces).....	14
I.A.1 Un esprit entrepreneurial « communautaire »	14
I.A.2 Des valeurs humanistes communes à l'adaptation du « Managed Care » ..	15
B. Mais une organisation « nébuleuse » et opaque (faiblesses)	31
I.B.1 Un manque de structuration aux nombreuses conséquences.....	33
I.B.2 Une mauvaise communication en interne, reflet de la culture médicale	35
I.B.3 Un fonctionnement majoritairement autonome des différents centres médicaux	37
I.B.4 Existence d'une forme de concurrence entre professionnels de santé en interne	40
C. Une coopération informelle au sein du réseau qui nécessite d'être davantage structurée (opportunités, menaces).....	43
I.C.1 Différentes opportunités existent pour développer la coopération professionnelle	43
I.C.2 Plusieurs menaces potentielles peuvent compromettre la dynamique de coopération interprofessionnelle	47
II. Un renforcement de la prise en soins intégrée nécessaire pour tendre vers le « <i>Chronic Care Model</i> »	52
A. Vers une structuration de la collaboration médicale au sein de Cité générations. Proposition : formaliser l'informel par la constitution d'une équipe pour une meilleure prise en soin des patients multimorbides	53
B. Réformer la gouvernance administrative de la société Arsanté Services SA par l'introduction d'un nouvel acteur : les associations de patients	56
C. Faire évoluer le mode de financement : sortir du paiement à l'acte en expérimentant un paiement à la capitation globale.....	60
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	69

Liste des annexes	- 81 -
Annexe 1 : Caractéristiques de l'état de santé de la population suisse	- 82 -
Annexe 2 : Présentation du système de santé suisse	- 86 -
Annexe 3 : Exemple d'un guide d'entretien	- 93 -
Annexe 4 : carte géographique du canton de Genève	- 96 -
Annexe 5 : carte de l'environnement institutionnel de Cité générations.....	- 97 -
Annexe 6 : démographie médicale des professionnels de santé.....	- 99 -
Annexe 7 : Protocole d'affection ORL : Maux de gorge.....	- 101 -
Annexe 8 : Organigramme administratif et sociogramme des relations de pouvoir informelles (Réseau Delta, Cité Générations, Arsanté Services SA).....	- 106 -
Annexe 9 : Organisation d'Arsanté Services SA structurée par domaine, actions et sociétés	- 109 -
Annexe 10 : Présentation du « <i>Chronic Care Model</i> ».....	- 111 -
Annexe 11 : présentation des modèles de rémunération à la performance	- 113 -
Annexe 12 : Liste des entretiens menés	- 116 -

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AOS : Assurance Obligatoire des Soins : assurance maladie de base obligatoire qui permet aux assurés de choisir entre plusieurs franchises

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Assistant Socio-éducatif

ASSC : Assistante en Soins et Santé Communautaire

ASSM : Académie Suisse des Sciences Médicales

CCM : Chronic Care Model

CDS : Conférence suisse des Directrices et directeurs cantonaux de la Santé

CEML : Centre d'Expertise Médicale de Lancy (centre indépendant d'expertise médicale ambulatoire)

CEPPP : Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CIO : Centre d'Imagerie de la ville d'Onex

CIRS : groupe incident médical

CISSS : Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPO : Clinique et Permanence d'Onex

CPRO : Centre de Physiothérapie et de Rééducation d'Onex

CRSA : Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie

CSA : Centre de Soins Ambulatoires

DEP : Dossier électronique du Patient

DFI : Département Fédéral de l'Intérieur

DGS : Direction Générale de la Santé

DRG : « Diagnosis Related Groups ». Tarif forfaitaire hospitalier où chaque groupe de cas est rémunéré en fonction de critères propres à chaque groupe de diagnostics (diagnostic principal, secondaires, traitements et degré de gravité)

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FMC : Forum Managed-Care

FMH : Fédération des Médecins Helvétiques (association des médecins suisses)

GMO : Groupe Médical d'Onex (centre médical « historique »)

HAS : Haute Autorité de Santé

HEDS : Haute Ecole De Santé (équivalent de l'EHESP)

HMO : Health Maintenance Organizations : compagnies d'assurance privée américaines

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

ICHOM : « International Consortium for Health Outcomes Measurement »

IEPA : Immeuble avec Encadrement pour Personnes Agées

IMAD : Institution genevoise de Maintien à Domicile (établissement public)

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

LAMal : Loi fédérale sur l'Assurance Maladie

MNT : Maladies Non Transmissibles. Elles concernent entre autres les cinq MNT les plus fréquentes, à savoir le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections chroniques des voies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques.

OAMal : Ordonnance sur l'Assurance-Maladie

OBSAN : Observatoire Suisse de la Santé

ODIM : Ordonnance Dispositifs Médicaux

OFS : Office Fédéral de la Statistique

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

OPAS : Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OSS : Observatoire Suisse de la Santé

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé

PF PDT : Préposé Fédéral à la Protection des Données et à la Transparence

PIB : Produit Intérieur Brut

PRISM : Promotion des Réseaux Intégrés des Soins aux Malades

PS : professionnel de santé

PSP : Plan de Soins Partagés

QHSE : Qualité, hygiène, sécurité, environnement

REMEDI : Réseau des Médecins Genevois

SIPA : Services Intégrés pour les Personnes Agées fragiles

SMT : Sport Multithérapies : centre qui fait partie du Centre Médical de Cressy

SST : Santé et Sécurité au Travail

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (forces, faiblesses, opportunités, menaces)

TARMEDI : Tarif Médical ambulatoire

TRM : Technicien Radio Médical

UATM : Unité d'Accueil Temporaire Médicalisée

Introduction

[Il faut] « permettre à notre système de santé et d'assurance maladie de survivre en devenant producteur de santé, harmonieux, efficient, efficace, solidaire et durable. Le but n'est plus de consommer des soins, mais de produire de la santé. » (Bréchat et al, 2016). « Tous disent [les pouvoirs publics] : « Il est possible de faire plus et mieux avec les ressources existantes. » Or, « [...] le fait de s'engager sur une trajectoire d'amélioration continue de la performance implique des changements importants dans les structures, dans les pratiques des acteurs et dans la gouvernance du système et des organisations de santé. » (Contandriopoulos et al, 2017).

L'objet de mon travail de mémoire est de réfléchir aux conditions de création d'une coordination des soins¹ permettant une prise en compte globale des problématiques de santé des patients chroniques (ou maladie non transmissible, MNT, terme qui englobe les maladies de longue durée ne résultant pas d'infections²). Je me suis intéressé aux maladies chroniques car elles sont responsables de la mort de 41 millions de personnes chaque année, ce qui représente 71% des décès dans le monde. Les maladies cardiovasculaires sont responsables du plus grand nombre des décès dus aux MNT, 17,9 millions par an, suivies des cancers (9 millions), des maladies respiratoires (3,9 millions) et du diabète (1,6 million). Ces quatre groupes d'affection représentent plus de 80% des décès « prématurés » dus aux MNT sur le plan mondial (OMS, 2011).

J'ai également choisi de travailler sur l'exemple du modèle de prise en soins suisse car en plus de présenter de bons résultats globaux en termes de santé de la population (annexe 1), c'est un des pays sur le continent européen qui travaille à stimuler l'amélioration continue de l'efficacité clinique et organisationnelle dans la prise en soins des maladies chroniques (Foury C., 2017). Néanmoins, le système de santé helvétique doit s'adapter aux défis que représentent l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la

¹ La coordination des soins peut se définir comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. Le patient figure au premier plan car la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours (OFSP, 2018).

² Du point de vue médical et épidémiologique, le terme de « maladie non transmissible » est plus précis que celui de « maladie chronique », raison pour laquelle il a été utilisé notamment dans les recommandations du Conseil Fédéral. Ailleurs dans ce mémoire, nous utiliserons plutôt le terme de « maladie chronique », qui convient mieux pour parler de l'expérience vécue par les patients atteints d'une maladie de longue durée. Le terme de maladie chronique désigne toujours, dans ce mémoire, les maladies chroniques non transmissibles, à l'exclusion des maladies chroniques transmissibles (telles que le VIH/SIDA). Exemple de MNT : cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies neurologiques... (source : rapport OSS 2015 santé en suisse maladies chroniques (p. 33)

<Ludovic MORIN>

multimorbidité, la complexité croissante de leur prise en charge, l'augmentation des coûts de la santé et le manque futur de professionnels de la santé (annexe 1).

Missions

Les missions qui m'ont été confiées pour le stage professionnel du second semestre du master de Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP) sont les suivantes : réalisation d'un diagnostic sur le fonctionnement actuel de la coopération entre les différents professionnels de la maison de santé Cité générations. La seconde mission consiste en la formulation de propositions pour améliorer la coordination et l'intégration des soins. Ce travail s'inscrit dans un contexte où les médecins fondateurs du réseau et de la maison de santé s'interrogent sur l'opportunité de faire progresser davantage leur organisation pour continuer d'améliorer le service rendu aux patients de la commune d'Onex située dans le canton de Genève. Après une pré-enquête de terrain à la rencontre des principaux protagonistes (médecins co-fondateurs du réseau de soins Delta et de la maison de santé, professionnels de santé et administratifs), j'ai choisi d'élargir mon champ d'analyse. En effet, j'ai intégré l'environnement institutionnel de la maison de santé Cité générations avec lequel elle est en interaction, à savoir le réseau de soins Delta et également Arsanté Services SA, la société qui propose un ensemble de services à Cité générations mais également à l'ensemble des centres médicaux qui font partie de cette société anonyme.

Le cheminement intellectuel qui m'a amené à travailler sur ces questions provient de mon début de parcours professionnel. En effet, au cours de mon premier master professionnel de Gestion des Organismes de Protection et d'Assurances Sociales (GOPAS) réalisé à l'Université de Nantes, j'ai effectué mon stage au sein du service des relations européennes et internationales de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). En cette année 2009, j'avais alors travaillé sur le nouveau concept de « *disease management* » qu'était celui de « *Patient Centered Medical-Home* » en comparant la situation française avec la situation américaine, allemande et britannique (Morin et al, 2010). Ainsi, j'ai pu rencontrer des professionnels de santé en Sarthe (médecins, infirmières) pour échanger avec eux sur leurs pratiques de coordination dans la prise en soins des patients chroniques touchés par le diabète de type 2. Ce travail collectif a été repris et cité notamment dans le dernier livre du docteur Pierre-Henri Bréchat (Bréchat P-H. et al., 2016). Plus récemment, après avoir intégré l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en septembre 2019, j'ai pu remettre à jour mes connaissances sur la coordination et l'intégration des soins qui est devenu une réelle priorité pour le ministère de

<Ludovic MORIN>

la santé. De plus, en travaillant sur des concepts novateurs de prise en soins des maladies chroniques en Bretagne (exemple du projet Ty Mobil ETP³), je me suis de nouveau intéressé à ce sujet en rencontrant et en échangeant avec des professionnels de santé.

Contexte

Comme dans beaucoup d'autres pays européens, la Suisse connaît une prévalence importante des maladies chroniques qui concerne 2,2 millions de personnes en 2015 (Bachmann N., Burla L., Kohler D., 2015). Les maladies chroniques représentent un fardeau important pour les sociétés et les systèmes de santé en termes de morbidité, dépendance, qualité de vie, mortalité (annexe 1) et coûts de la santé. Les maladies non transmissibles représentent plus de 85% des maladies en Suisse et sont responsables de plus de 80% des dépenses totales de santé (De Pietro et al., 2015). Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, et les progrès thérapeutiques sont quelques-uns des facteurs ayant mené à cette hausse de la prévalence des maladies chroniques. Ceci est d'autant plus important que les personnes ayant une maladie chronique en présentent très souvent plus d'une. La prévalence de personnes avec deux maladies chroniques ou plus augmente avec l'âge et est particulièrement importante parmi les personnes âgées de 65 ans et plus puisqu'en 2017, 47,2% des personnes interrogées souffrent d'au moins deux maladies chroniques (45,1% en 2014, Merçay C, 2017). En plus des différents facteurs exposés précédemment qui contribuent à l'augmentation de la demande en soins, les compétences insuffisantes de la population en matière de santé participent également à accroître les attentes envers le système. Nombreux sont ceux qui ne sont plus en mesure d'identifier et de traiter eux-mêmes les maladies les plus banales. D'après une enquête réalisée en 2015 auprès de la population sur mandat de l'OFSP, les compétences en matière de santé sont problématiques ou insuffisantes chez plus de la moitié de la population (Kaya B, 2018)⁴.

³ C'est un projet d'innovation organisationnelle pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient intégrée aux soins des professionnels libéraux pour tous les patients chroniques en Bretagne : <http://www.gecolib.fr/ty-mobil-etp/>

⁴ Par « compétences en matière de santé », l'étude de l'OFSP comprend : « la capacité de chaque individu à prendre au quotidien des décisions qui ont une influence positive sur sa santé. Les compétences dépassent les seules connaissances, incluant la compréhension des informations sur la santé et la capacité de les utiliser. Plus un individu dispose de compétences en matière de santé, plus il est capable de mener une vie saine. » La pression économique a amené les responsables de la politique de la santé suisse à s'intéresser davantage aux compétences en matière de santé. Le renforcement de ces dernières est un objectif important de la stratégie « Santé2020 ».

La Suisse rencontre également des difficultés en termes de gradient social pour ce qui est des inégalités de santé⁵. En comparaison avec les autres pays de l'OCDE, la Suisse se distingue également par une moindre performance d'accès aux soins pour raison financière (22% des patients ont rapporté des difficultés financières dans l'accès aux soins en 2016, The Commonwealth Fund, 2017).

L'offre de soins ambulatoires suisse a longtemps été caractérisée par le modèle du praticien libéral exerçant dans son cabinet médical individuel, que ce soit pour les soins primaires ou spécialisés. Les médecins sont majoritairement rémunérés à l'acte et en 2014, ce sont 17 804 médecins qui ont travaillé prioritairement en milieu ambulatoire, dont 38% d'entre eux sont enregistrés en médecine générale (6800). Cependant, le nombre et la densité de professionnels de santé en secteur ambulatoire sont très différents entre les cantons. Celui de Genève se caractérise par une forte densité de professionnels de santé en secteur ambulatoire (105 pour 100 000 habitants en 2015). Pendant des années, le nombre de médecins spécialistes a augmenté de manière plus importante que les généralistes mais la tendance s'est inversée (De Pietro et al., OMS, 2015). De son côté, l'offre de soins stationnaires ou hospitaliers est également marquée par un modèle essentiellement curatif basé sur le traitement des maladies aiguës. Le taux de recours moyen aux services d'urgences est de 197 consultations pour 1000 habitants en 2016 avec également de fortes disparités entre les différents cantons (Merçay C., 2018)⁶. Globalement, on constate une augmentation importante des consultations ambulatoires aux urgences sur les dernières années, touchant en particulier les personnes âgées (Vilpert S., 2013)⁷.

Dans une telle conjoncture, l'offre de services de santé est stable et abondante. C'est alors la logique du « silo » qui prévaut. Elle permet à différents acteurs (médecins, hôpitaux...) de s'installer dans une niche et de s'y spécialiser, ce qui suffit à assurer leur viabilité financière. On a vu apparaître au fil des années différents types d'organisations, chacune exploitant son propre créneau (hôpitaux publics, polycliniques privées, centres d'hébergement, établissements spécialisés...) sans être formellement contrainte de fournir quelque engagement ou collaboration. C'est alors au client ou patient de coordonner ses

⁵ L'OMS considère dans son rapport sur les déterminants sociaux de la santé que les inégalités sociales sont l'une des principales causes des inégalités en santé. Elle parle de « gradient social en santé » pour désigner cette relation, qui passe par diverses médiations, comme le niveau de revenu, les conditions de travail ou encore les comportements en matière de santé (OMS, 2009)

⁶ Par exemple, on est à 222 consultations en service d'urgence pour 1000 habitants en 2016 pour le canton de Genève.

⁷ Entre 2007 et 2011, le volume de consultations a augmenté de 26%. Par ailleurs, bien que le volume absolu de visites dans un service d'urgence soit le plus faible de la classe d'âge des 86 ans et plus, c'est dans cette dernière que sa progression a été la plus rapide sur la même période (+32%).

<Ludovic MORIN>

services de soins, allant chercher ce dont il a besoin, là et au moment où son état de santé l'exige. Mais la situation actuelle transforme ce modèle car sous l'effet des grandes transitions démographiques et épidémiologique (annexe 1), la demande est devenue hétérogène et complexe. C'est particulièrement vrai pour les malades chroniques et les personnes vulnérables, généralement grands utilisateurs de services. Les épisodes de soins se définissent dans la durée et il est impératif de bien intégrer les services de différents prestataires de soins, pour un patient qui éprouve de plus en plus de difficultés à coordonner ses services par lui-même. De son côté, l'offre de soins s'est diversifiée et différenciée. Les connaissances et technologies nouvelles ont élargi le registre des possibilités d'intervention, tant sur les plans biologique, psychologique et social, ce qui requiert un éventail de compétences spécialisées plus étendu. L'effet conjugué de la croissance et de la différenciation de l'offre se traduit par une forte pression sur les ressources, tant humaines que financières, d'où les pénuries d'effectifs touchant plusieurs professions de la santé et l'intensification des contraintes sur le financement (Roy et al, 2012).

En effet, la problématique qui revient le plus souvent dans l'actualité⁸ suisse concerne la hausse des dépenses de santé. Depuis des années, les coûts du système de santé suisse augmentent continuellement et dans une proportion supérieure à la moyenne des autres coûts. Les dépenses de santé ont augmenté de 7,5% du produit intérieur brut (PIB) en 1990 à 12,2% en 2016. Plus important encore, les dépenses de santé (primes d'assurance-maladie) par habitant et par mois sont passées de 350 francs suisses en 1990 à près de 800 francs suisses en moyenne en 2016, soit une hausse de près de 129%. Au total, les dépenses consacrées à la santé se sont élevées à 8767 francs par habitant en 2015 (en hausse de près de 40% depuis 2000) (OFS, 2018). Les effets concomitants de cette augmentation des coûts sont problématiques. Le montant des primes d'assurances maladie a atteint les limites financières de nombreuses personnes et notamment des familles qui vivent juste au-dessus du seuil de pauvreté (2600 francs suisses par mois pour une personne seule en 2016)⁹. De plus, les cantons suisses sont confrontés au problème grandissant du financement des subventions de primes d'assurance maladie obligatoire¹⁰

⁸ Journal « Le Temps », 03-02-2019 (consulté en avril 2019) : *La santé, source d'inégalités* : <https://www.letemps.ch/opinions/sante-source-dinegalites>

⁹ D'après l'association caritative « Caritas », le montant des subventions allouées à ces familles pour financer les primes d'assurance a stagné ou baissé dans plusieurs cantons, mais ce n'est pas le cas dans celui de Genève. Tribune de Genève, *Les primes poussent de plus en plus de personnes vers la pauvreté*, 19-11-18 (consulté en avril 2019) : <https://www.tdg.ch/suisse/primes-poussent-plus-personnes-pauvrete/story/15559874>

¹⁰ La Confédération (gouvernement national) oblige les cantons à participer à la réduction de la prime des bénéficiaires de prestations complémentaires à hauteur de la prime moyenne cantonale mais sans compenser -totale-ment le soutien financier : Tribune de Genève, *Les subsides pénalisent des*

mais également à l'augmentation des coûts hospitaliers dont ils ont la responsabilité administrative : le coût moyen d'une journée d'hospitalisation a augmenté entre 2002 et 2017 (+ 82% dans les soins aigus). En 2017, une journée d'hospitalisation y coûtait en moyenne 2235 francs suisses (OFS 2019). Le financement des dépenses de santé s'avère d'autant plus difficile dans un contexte de reprise de la croissance faible¹¹, d'épidémies de maladies chroniques et de maladies cardiovasculaires évitables (OMS, 2013).

Réponses institutionnelles

Ainsi, en raison de la croissance simultanée de l'offre et de la demande, le système de santé s'est complexifié, rendant nécessaire de nouveaux modes d'organisation. Dans leurs derniers rapports sur le système suisse de santé, l'OCDE et l'OMS ont estimé que les maladies chroniques sont le principal problème sanitaire que le pays devra résoudre dans les années à venir. Ces organisations fondent leur appréciation sur le fait que les coûts de santé sont déjà très élevés en Suisse (les MNT sont responsables de plus de 85% de la prévalence des maladies et d'environ 80% des coûts totaux du système de santé), que le système sanitaire n'est pas suffisamment axé sur la prévention et la prise en charge des maladies chroniques et qu'une pénurie de personnel s'annonce dans les soins primaires malgré la présence de professionnels de santé étrangers. Les principales recommandations formulées concernent donc la réduction du gaspillage par l'amélioration de la coordination au sein et entre les différents niveaux de soins (approches intersectorielles). L'OMS met également en avant la promotion de l'égalité des chances dans le domaine de la santé, le renforcement de la prévention des maladies et de la promotion de la santé (OECD, WHO, 2011, De Pietro et al., 2015).

La configuration historique du système de santé suisse, avec notamment un haut niveau d'autonomie cantonal, fait que la réponse politique et institutionnelle fédérale est arrivée tardivement. Le conseil fédéral a rendu publiques en janvier 2013 ses priorités en matière de santé pour les huit prochaines années. La stratégie de réforme intitulée « Santé 2020 » est présentée comme une vision globale de la santé publique sur le plan national, avec la définition des domaines d'activité, des objectifs visés et des mesures à mettre en œuvre. Le changement de paradigme en matière de soins, qui consiste à donner la priorité au traitement des affections chroniques plutôt qu'aux maladies aiguës, y est considéré comme un défi primordial pour les années à venir. Le conseil fédéral mentionne les

cantons romans, 18-02-19 : <https://www.tdg.ch/suisse/suisse-romande/Les-subsides-penalisent-des-cantons-romands/story/23642868>

¹¹ +1,6% en Suisse en 2017, -0,9% dans le canton de Genève en 2015 (OFS 2018)

<Ludovic MORIN>

changements et développements suivants : les besoins des patients doivent être davantage pris en considération ; les patients doivent être encouragés et stimulés dans leur capacité d'autogestion ; la fonction de la population en tant qu'acteur du domaine de la santé doit être encouragée en valorisant les compétences de prises en charge des malades par leurs proches ; les prestataires de services doivent améliorer leur coordination, répondre de façon différenciée aux besoins des malades et mieux exploiter les nouvelles technologies ; le domaine de la santé doit faire l'objet d'un transfert de ressources du secteur aigu et hospitalier vers celui des soins chroniques et ambulatoires ; les prestations devront être davantage axées sur la prévention et sur les soins de longue durée aux malades chroniques et aux patients en fin de vie ; les mécanismes de financement via la LAMal doivent être adaptés en conséquence ; et enfin, une nouvelle stratégie en matière de formation aux professions de la santé est nécessaire, le nombre et la qualité des professionnels devant se conformer aux besoins futurs du système sanitaire (Confédération suisse, DFI, 2013).

D'autres mesures mises en œuvre conjointement par la Confédération et les cantons ont également leur importance dans ce contexte. C'est le cas de la stratégie nationale de prévention des MNT pour les années 2017-2024. Celle-ci se caractérise par quatre objectifs prioritaires à long-terme : limiter la charge de la morbidité ; freiner la hausse des coûts ; réduire le nombre de décès prématurés ; préserver et améliorer la participation de la population à la vie sociale et ses capacités productives. Six autres objectifs spécifiques ont été formulés pour atteindre ces buts. Il s'agit, par ailleurs, de renforcer la prévention dans le domaine des soins ainsi que la collaboration entre les différentes catégories professionnelles, même au-delà du système sanitaire (Confédération suisse, DFI, CDS, OFSP, 2016).

Problématisation

Ces réponses institutionnelles traduisent la volonté d'orienter les pratiques de santé vers un système de soins intégrés. Certains modèles conceptuels et organisationnels ont été développés dans le système de santé suisse, notamment marqué par un manque de coordination des soins primaires (De Pietro et al., 2015). Même s'il y a des définitions différentes des soins intégrés¹², ces modèles ont vu le jour progressivement en Suisse en

¹² Même s'il n'y a pas de consensus général sur la définition des soins intégrés, on peut retenir deux définitions principales : celle de l'OMS, qui définit en 2008 les services de soins intégrés comme comprenant le management, la qualité et la sécurité de la délivrance des soins dans le but que la population reçoive un ensemble de services de soins qui comprend la promotion de la santé, la

partie ou en totalité. Ils ont été développés initialement aux Etats-Unis : le « *Managed Care* », le « *Disease Management* » et plus récemment le « *Chronic Care Model* ». Ces différents modèles de réseaux ou programmes de prise en soins des maladies chroniques ont été développés comme un moyen de réorganiser l'offre de santé et de structurer les prises en charge des patients souffrants de maladie chroniques (Singh D., Ham C., 2006, Bodenheimer T., Wagner EH et al., 2002). Le but de ces structurations de la prise en soin des patients chroniques est d'éliminer la fragmentation des soins et de standardiser les prises en soins, notamment en optimisant la continuité, la coordination et l'interdisciplinarité de la prise en soins de ces maladies. Ainsi, ces programmes sont centrés sur les besoins des patients, sont basés sur les preuves scientifiques, favorisent la coordination et l'intégration des soins par des équipes multidisciplinaires et mettent l'accent sur l'éducation du patient et l'amélioration de ses compétences d'auto-prise en charge. Ils proposent donc une prise en soins qui est plus importante et globale que ce qui peut être offert dans le cadre des soins usuels en milieu hospitalier ou dans le cadre d'un exercice isolé en cabinet libéral. Cette perspective s'inscrit dans une réflexion générale sur l'organisation des systèmes de soins pour les prises en soins des maladies chroniques dont le « *Chronic Care Model* » (Ham C., 2010 ; Nolte E., McKee M., 2008) ou le « *triangle de Kaiser* » (Singh D, Ham C., 2006) sont les modèles de références¹³.

La prise en soins à long terme des patients chroniques, ou « *Chronic Care Model* », est une approche globale systémique du patient chronique et de son parcours de soins. Cette nouvelle vision englobe plusieurs éléments du « *disease management* » mais prend en compte la complexité des différentes maladies chroniques du patient en insistant notamment sur la qualité des soins et l'interprofessionnalité. Il comprend les éléments suivants : l'interaction d'une équipe soignante proactive et centrée sur le patient qui est informé, actif dans la gestion de sa maladie et motivé (démarche concertée pour rendre le patient autonome). Les autres piliers de ce modèle holistique sont : des prestations de soins efficaces et efficientes (meilleure définition des rôles dans l'équipe de soins, délégation de

prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la gestion de la maladie, la rééducation et les soins palliatifs éventuels à travers différents niveaux et fournisseurs de soins au sein du système de santé et selon leurs besoins au cours de leur vie ;

L'autre définition (Kodner DL, 2002), vise à considérer l'intégration des soins comme un ensemble cohérent de méthodes et modèles basés sur différents services administratifs, financiers, organisationnels ainsi que cliniques choisis pour créer de la connexion, de la synchronisation et de la collaboration au sein et entre les différents secteurs de la santé (soins primaires et tertiaires notamment). Le but de ces méthodes et modèles est d'améliorer la qualité des soins et la qualité de la vie des patients ayant des problèmes de santé complexes, chroniques, au travers de ces multiples professionnels, organisations et services de santé. Le résultat de ces multiples efforts prolongés pour promouvoir l'intégration auprès des patients est appelé soins intégrés (Schusselé, Filliettaz et al., 2018)

¹³ D'autres modèles existent comme le « *Triple Aim* » (Whittington JW et al., 2015), le « *Quadruple Aim* » (Bodenheimer T., Sinsky C., 2014) ou le « *Team-Based Care* » (WHO, 2018).

<Ludovic MORIN>

tâches, professionnels formés), des décisions médicales qui s'appuient sur des données scientifiques (« *evidence based medicine* ») qui doivent être intégrées à la pratique dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé. Ce fonctionnement doit également s'appuyer sur un système de renseignement clinique (information médicale et sociale la plus complète possible, possibilité de repérer des groupes de patients pouvant bénéficier de soins proactifs), la mobilisation de ressources pour répondre aux besoins des patients (mise en place d'interventions qui répondent à des besoins non comblés) et enfin, une organisation du système de soins à tous les niveaux hiérarchiques permettant l'amélioration continue de la qualité et la transparence pour une résolution des problèmes (Perone N., Schusselé Filliettaz S. et al, 2015, Bodenheimer T, Wagner EH et al, 1998, 2001, 2002).

Questionnement central et annonce du plan

L'introduction de ces différents concepts américains en Suisse n'est pas sans lien avec la proximité des deux systèmes de santé, la Suisse ayant un attachement historique aux valeurs libérales de responsabilité individuelle et d'autogestion au niveau décentralisé. On parle alors de subsidiarité fédérale et étatique (Jost Gross, Schaller P., 2004).

Dans le contexte du système de santé helvétique qui est très morcelé (Perone N., Schusselé-Filliettaz, 2015), particulièrement pour les patients atteints de pathologies complexes et chroniques (Merçay C., 2015), différentes tentatives de restructuration des soins ambulatoires ont été mise en place, et notamment dans le canton-ville de Genève, qui présente une offre de services de santé importante¹⁴. Ces initiatives de terrain, engagées par des médecins de famille, ont été mises en place afin d'améliorer la prise en soins des pathologies chroniques. De nouvelles dynamiques organisationnelles ont vu le jour au sein du réseau de soins Delta¹⁵ créé en 1992 par le médecin de famille Philippe Schaller et le docteur Marc-André Raetzo. La mise en place d'un modèle de financement à la capitation (forfait global par patient payé par les assurances à la structure du réseau, les médecins continuant d'être rémunérés à l'acte) ainsi que l'organisation des cercles de qualité pour les médecins généralistes du réseau de soins Delta illustrent l'application du

¹⁴ En 2012, on compte à Genève 12,2 médecins de premier recours (médecine interne générale, médecin praticien, médecine de l'enfant et de l'adolescent) pour 10 000 habitants, contre 9,3 pour la Suisse. Pour les spécialistes, le ratio est de 23,1 pour 10 000 habitants à Genève et 11,5 pour le reste du pays

¹⁵ <https://reseau-delta.ch/geneve/home>

concept de « *Managed Care* »¹⁶ avec la particularité locale de porter l'accent sur la qualité des soins. En Suisse, ce modèle a été implanté dans les années 90 pour tenter de maîtriser les dépenses de santé en utilisant et adaptant certains outils : principe de « filtre » du médecin de famille (« *gatekeeping* »), évaluation scientifique de la pratique médicale, prévention et suivi des maladies chroniques. Ce changement de pratique a montré son efficacité en termes d'amélioration de la qualité des soins et de réduction des coûts et des primes d'assurance maladie pour les patients dans certains endroits du pays, notamment dans le canton de Genève au sein du réseau de soins Delta (Huard P., 2018). Néanmoins, il a rencontré une forte opposition du corps médical et des patients lors de la volonté du gouvernement fédéral en juin 2012 de généraliser ce système¹⁷.

Le second concept inventé aux Etats-Unis et qui a inspiré plusieurs dispositifs suisses d'intégration des soins s'intitule le « *disease management* »¹⁸. Il propose une prise en soins coordonnée des patients atteints par une maladie spécifique, le plus souvent une maladie chronique. Ces programmes s'inspirent de plusieurs des composantes suivantes : en premier lieu, une prise en soins structurée qui se base sur la coordination des soins de différents spécialistes médicaux et paramédicaux en fonction du stade clinique de la maladie. Ensuite, le « *disease management* » s'appuie sur des décisions médicales issues des recommandations de bonnes pratiques, un système d'information permettant le suivi des patients inclus et enfin une éducation thérapeutique du patient visant une meilleure participation de celui-ci à sa prise en soins (Nolte E., McKee M., 2008). Ces dispositifs sont hétérogènes et varient en fonction du prestataire qui le dispense, de la maladie, de la

¹⁶ Le « *Managed Care* », terme générique désignant un mode d'organisation intégré des prestations de soins (ou réseau de soins), a été développé à partir des années 1970 aux Etats-Unis. Il désigne le développement de grandes compagnies d'assurance privée (« *Health Maintenance Organizations* », HMO) en lieu et place des organisations à but non lucratif subventionnées directement ou non par les pouvoirs publics. Les HMO définissent eux-mêmes l'offre de services en mettant en place des réseaux de praticiens et d'hôpitaux sur la base d'une contractualisation avec les professionnels de santé qui exercent en libéral ou d'une embauche en salarié par des réseaux qui détiennent des structures de soins. Ces entreprises à la logique commerciale posent plusieurs principes pour limiter les coûts (logique économique). Par exemple, elles introduisent une fonction de limitation de la liberté de choix du patient qui doivent passer par un médecin « de soins primaires » du réseau pour que leurs consultations soient remboursées. De plus, chaque médecin de l'organisation n'est plus rémunéré au nombre de visites mais en fonction du nombre de patients assignés (paiement à la capitation). Le tournant du *Managed Care* a été accentué dans les années 80 avec le développement de techniques de contrôle des coûts des soins basées notamment sur les économies d'échelle. La poursuite de la hausse des coûts va freiner le développement de ce modèle et des réformes vont être envisagées (Chelle E., 2019).

¹⁷ Journal « Tribune de Genève », *Médecins, pharmaciens, physio et dentistes unis contre les réseaux de soins*, 22-05-12 : <https://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/medecins-pharmaciens-physio-dentistes-unis-reseaux-soins/story/21169043>

¹⁸ Seul un cinquième des initiatives suisses de réseaux intégrés de soins proposent du « *disease management* » (Schusselé Filliettaz et al, 2017)

population ciblée¹⁹ et du contexte local (Djalali S, Rosemann T, 2015). Surtout, dans le contexte actuel de multiplication des patients atteints de plusieurs maladies chroniques, cette approche centrée sur une seule maladie n'est pas adaptée à la complexité de ces situations (Perone N., Schusselé Filliettaz, 2015).

L'autre initiative portée par le groupe de médecins pour améliorer la prise en soins des maladies chroniques a été de créer en 2012 une structure ambulatoire disposant d'un plateau-technique²⁰ afin d'offrir à la population suisse une offre de soins globale dans un seul et même bâtiment. Intitulée Cité générations, cette maison de santé pluridisciplinaire regroupe différents professionnels de santé indépendants pour la plupart. Cette première maison de santé suisse est une adaptation du modèle de « Patient-Centered Medical Home »^{21,22} américain. Ce regroupement pluriprofessionnel a pour ambition la coordination des traitements préventifs et curatifs apportés aux patients pour lui fournir des soins continus et globaux tout au long de son parcours de soins (Morin et al., 2010).

Plus récemment, la société anonyme Arsanté Services SA a vu le jour en 2017 pour compléter l'offre de soins déjà présente autour de la maison de santé Cité générations (11 centres médicaux, 1 centre de médecines naturelles, 5 établissements médico-sociaux et 3 immeubles avec encadrements pour personnes âgées, IEPA). Cette société regroupe un ensemble de services administratifs, médicaux et paramédicaux et a pour ambition de proposer une prise en soins globale des patients, du secteur médical (des soins primaires aux soins tertiaires ou aigus) au médico-social et social en passant par la médecine douce.

Méthodologie

Afin d'analyser le fonctionnement des acteurs au sein de la maison de santé Cité Générations et de faire le lien avec son environnement institutionnel, nous utiliserons la matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats ou forces, faiblesses, opportunités et menaces). Cette grille de lecture des entreprises permet d'analyser les différents éléments d'une organisation et de déterminer les options offertes dans un

¹⁹ Ce concept de « *disease management* » a fait l'objet dans les années 1990 d'une extension à une population entière pour une pathologie donnée, le « *population management* »

²⁰ Celui-ci est composé de : un laboratoire d'analyses médicales, une salle de réanimation, une salle de suture, une salle de plâtres, de plusieurs salles de soins. En matériel médical, il y a entre autres un IRM, un scanner, une échographie, des électrocardiogrammes etc.

²¹ <https://pcmh.ahrq.gov/>

²² <https://www.acponline.org/practice-resources/business-resources/payment/delivery-and-payment-models/patient-centered-medical-home/understanding-the-patient-centered-medical-home/what-is-the-patient-centered-medical-home>

<Ludovic MORIN>

domaine d'activité stratégique. Cet outil est particulièrement adapté au terrain du stage effectué car il permettra d'analyser le fonctionnement interne de Cité générations et de la société Arsanté Services SA, que ce soit sur le plan médical ou administratif. Cette grille d'analyse permet également d'améliorer la compréhension globale des objectifs de l'organisation.

Nous ferons appel également à la grille de lecture de la sociologie des organisations et la question des relations de pouvoir, approche développée notamment par Michel Crozier et Norbert Alter. Leurs travaux respectifs ont permis de sortir de l'analyse du seul pouvoir formel (application de la règle censée définir de manière unilatérale les rôles, comportements et positions sociales) et de mettre en lumière des espaces de pouvoir informel existants qui présente l'entreprise comme un univers « politique » dans lequel chacun influence le comportement des autres. Pour illustrer les relations de pouvoir, nous utiliserons ainsi le sociogramme simplifié des relations de pouvoir (Alter, 2018).

Le recueil de données se base sur un ensemble d'entretiens individuels semi-structurés enregistrés avec 33 personnes au total qui recouvrent les professionnels de santé, du social et administratifs après l'identification des interlocuteurs au fur et à mesure des rencontres (annexe 12). Ils ont été menés avec des guides d'entretiens personnalisés (annexe 3). Les informations sont également recueillies lors de la participation à des réunions d'échanges (réunions de direction, cercles qualités des médecins) et à partir d'un journal de terrain alimenté quotidiennement. Chaque personne entendue dans le cadre d'un entretien et qui est citée dans ce mémoire l'est de façon entièrement anonyme, à l'exception des membres de la direction d'Arsanté Services SA avec leur accords (docteur Philippe Schaller, docteur Marc-André Raetzo, Tiziana Schaller et docteur Dave Baer).

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons donc nous demander comment améliorer la coordination²³ des soins et des actions médico-sociales pour tendre vers plus d'efficacité dans la prise en soins globale des patients chroniques ? Pour répondre à cette question, nous verrons dans une première partie que même si l'organisation est souple avec des entités qui fonctionnent de manière relativement autonome (forces, faiblesses), elles ont développé un partenariat informel qui tend à se rapprocher d'une meilleure coordination mais qui a besoin de se structurer pour gagner en visibilité dans un contexte de concurrence locale sur le marché des soins (opportunités, menaces).

²³ La coordination des soins peut être définie comme la mise en réseau des différents prestataires de santé, en vue d'une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, en vue d'améliorer la prise en soins des patients en supprimant les interventions redoublées et en facilitant le travail, notamment aux interfaces. Dans l'idéal, des passerelles doivent relier les disciplines (dimension horizontale) et les secteurs (dimension verticale) (CDS, OFSP, 2012)
<Ludovic MORIN>

Puis nous aborderons dans une deuxième partie les différentes pistes d'amélioration de l'organisation pour se rapprocher du « *Chronic Care Model* » et permettre d'initier une nouvelle dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins.

I. Un fonctionnement majoritairement indépendant mais des interactions constantes

A. Une vision novatrice de la prise en soins des maladies chroniques (forces)

I.A.1 Un esprit entrepreneurial « communautaire »

« Je suis un entrepreneur social », « nous avons l'esprit entrepreneurial » : tels sont les premiers mots de Philippe Schaller et Marc-André Raetzo, médecin généraliste pour l'un et pneumologue en soins intensifs de formation pour l'autre. Ils ont exercé tous les deux à l'hôpital universitaire de Genève en tant que chef de clinique où ils se sont rencontrés. Alors qu'ils avaient la possibilité de continuer d'évoluer en interne vers une carrière de recherche, ils ont fait le choix d'investir ensemble dans une permanence médicale. En effet, il y avait dans la ville de Genève plusieurs permanences médicales qui étaient mal réputées car il n'y avait pas une amplitude horaire très large et les médecins pratiquaient une certaine sélection des patients. La Suisse avait connu une arrivée en 1956 d'immigrés diplômés (notamment des médecins) venus d'Europe de l'Est et qui avaient l'interdiction de travailler : *« [...] (face à la demande de soins), le département devait trouver moyen d'avoir des urgences qui fonctionnent 24h/24. Ils ont créé le concept de permanence médico-chirurgicale avec des cahiers des charges qui donnaient la possibilité de créer un établissement avec l'obligation d'être ouvert 24h/24, 7j./7 et de recevoir tout le monde. Et ils autorisaient d'avoir 50% de médecins étrangers sous surveillance d'un médecin suisse. Donc en gros, ça arrangeait un peu tout le monde car il n'y avait pas assez de médecins disponibles pour ce genre de travail ».*

Ces établissements ont ouvert dans les années 1960. Parmi la dizaine de permanence qui avait ouvert dans le canton de Genève, il y avait celle d'Onex. Dr. Raetzo trouvait intéressant l'idée d'acheter une permanence médicale avec une équipe d'anciens chefs de clinique car selon lui : *« [...] Il y avait plusieurs éléments intéressants dans ce projet : c'est autre chose qu'un cabinet individuel, car on pouvait commencer à considérer une médecine « communautaire » : les urgences, pour moi, c'est un endroit finalement non défini dans lequel tu accueilles les gens pour les orienter dans le système de santé donc c'est pas que de la médecine d'urgence, c'est aussi être disponible pour la population. Ensuite, un centre comme ça peut revendiquer aussi de faire de la formation, de la réflexion sur le système de santé. Enfin, comme l'idée n'était pas de travailler dans un cabinet tout*

<Ludovic MORIN>

seul au départ, il y avait la volonté de faire quelque-chose de plus intéressant que d'abattre de la consultation car les urgences avaient une réputation épouvantable. Il y avait donc des organisations qui arrivaient à faire un chiffre d'affaire important avec une qualité extraordinairement moche et donc on ne pouvait que réussir car on ne pouvait qu'améliorer la qualité et il y avait une demande ! Du point de vue entrepreneurial, je me suis dit que personne ne s'intéresse à ça car c'était la honte d'aller travailler dans une permanence ! ».

Il est allé négocier auprès d'une banque pour pouvoir obtenir un prêt en hypothéquant sur sa maison personnelle afin de pouvoir racheter au rabais les actifs de la société d'anonyme de la permanence médicale en 1988-1989. Ensuite, il a cherché des collaborateurs parmi les chefs de clinique pour les convaincre de travailler avec lui et d'investir dans la société anonyme. Parmi eux, Philippe Schaller, duquel était très proche, avait déjà une expérience d'entrepreneur puisqu'il était propriétaire de deux bistrot qu'il gérait : « [...] *il avait un petit quelque chose en plus et j'avais besoin de lui* ». Ce dernier a également investi en revendant son restaurant familial pour l'achat d'une partie des actions du GMO. De plus, il avait également besoin d'un chirurgien pour ouvrir la permanence médico-chirurgicale et il a fait appel à un ami qu'il a connu au cours de ses études, le docteur Guy Jacquemoud : « *on s'est beaucoup apprécié car on avait une même sorte d'intérêt pour une médecine de qualité, basée sur quelque-chose de solide et non lié à l'argent. On avait vraiment le sentiment qu'on avait quelque-chose à partager et on s'était dit que quand on aura fini nos études, on s'installera ensemble [...]* ». Lorsque le centre d'urgence a ouvert sous le nom de « Groupe Médical d'Onex » (GMO), ils étaient 8 médecins au départ car le bâtiment pouvait comprendre une dizaine de cabinet et le docteur Dave Baer, médecin généraliste, a rejoint l'équipe peu de temps après, attiré également par le projet d'une prise en soins collective. Le docteur Schaller n'était pas présent physiquement au départ car il était encore engagé auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) mais il est redevenu actif au GMO à son retour de séjour au Canada où il avait le projet de créer une maison de santé. C'est ainsi qu'est né le premier regroupement de médecins généraliste et spécialiste en Suisse romande en 1988.

I.A.2 Des valeurs humanistes communes à l'adaptation du « Managed Care »

a) *L'adaptation du modèle de « Managed Care » à la qualité des soins*

Dès le départ de l'activité du GMO, l'équipe médicale s'est intéressée au concept de « *Managed Care* ». Dans le contexte suisse de multiplication des assurances-maladies le docteur Raetzo et Schaller avaient très tôt un projet de mise en place d'une médecine de qualité : « [...] *dès le début, il y avait cet aspect pédagogique de développement des*

<Ludovic MORIN>

compétences professionnelles et j'ai accueilli des médecins internes en formation, pratiquement dès le premier jour » dira le docteur Raetzo. En effet, lorsque celui-ci est allé

Le « Managed Care » (ou soins intégrés) en Suisse : les assurés peuvent choisir librement leur assureur maladie (de base et complémentaire) et il en est de même pour les professionnels de santé qui vont les soigner. La LAMal prévoit des modèles alternatifs qui sont des variantes de l'assurance de base. En acceptant certaines restrictions, l'assuré bénéficie d'un rabais sur ses primes (Regard S., 2018). Ces systèmes, qui incluent l'engagement du passage par le médecin traitant, se développent de plus en plus (De Pietro et al, 2015).

parler du projet de centre d'urgence avec les responsables de l'hôpital universitaire, ces derniers étaient très réfractaires : *« Dans le GMO, il y avait cet aspect communautaire avec la volonté de faire de la formation [...] et lorsque j'ai été voir les profs de la faculté pour le développement des compétences professionnelles, ils ont dit « on laisse ça aux infirmières » car ils étaient trop attachés à la médecine fondamentale »*. Comme ils n'étaient pas intéressés par cette idée de médecine alternative, peu de temps après la reprise de la permanence, ils ont souhaité développer un projet de

« Managed care » : « Pourquoi on avait choisi de développer le « Managed Care » ? Pour deux raisons : je mets en place une capitation et si j'arrive à être plus élégant dans la pratique, je gagne de l'argent donc c'est la reconnaissance de l'intelligence et de l'élégance en médecine [...] ; j'étais certain qu'on pouvait faire mieux car il y a une sorte de désordre mental des gens qui font n'importe quoi et qui ne réfléchissent pas, c'est mal organisé et ils n'ont pas des bonnes compétences professionnelles, il y a en plus un désordre institutionnel, j'étais sûr qu'on pouvait faire mieux et survivre en tant qu'entreprise ». C'est ainsi qu'au cours d'un échange avec le recteur de la faculté à l'université, celui-ci leur a parlé d'un problème d'assurance-maladie avec les étudiants. Ils se sont ainsi engagés à proposer un service d'assurance-maladie dans le cadre du « Managed Care » à 4000 étudiants : *« [...] on a accepté de signer un contrat de capitation avec les assurances et si on ne réalisait pas les objectifs, c'est-à-dire une prise en soins moins chère que le budget alloué par personne, on devait rembourser les assurances ! [...] En gros, on a accepté de*

recevoir de l'argent pour faire mieux à travers une pratique intelligente et sortir du paiement à l'acte ».

C'est ainsi qu'est né le réseau de soins Delta en 1991. Aujourd'hui, c'est un réseau de soins qui regroupe près de 800 médecins et qui couvre 20% des assurés genevois. Les médecins généralistes qui s'engagent au sein du réseau Delta à travers la signature d'une charte doivent participer à au moins six cercles qualités dans l'année. Ce sont des réunions de discussion qui a lieu chaque semaine dans différents endroits du canton pour travailler sur le processus de raisonnement clinique entre pairs à partir de cas pratiques (Delta, 2016). C'est une illustration concrète de l'application du modèle de capitation globale (voir encadré) où le forfait attribué au dispositif pour chaque assuré inscrit sur la liste du médecin généraliste finance l'ensemble des prestations de soins dont le patient peut avoir besoin : consultation d'un spécialiste, hospitalisation, services paramédicaux et prestataires, analyses biologiques, produits pharmaceutiques... (Huard P., 2018). Ainsi, les économies dégagées permettent de baisser les primes d'assurance-maladie pour les assurés (pouvant aller jusqu'à 20%), de financer le poste d'une coordinatrice qui est en lien avec les médecins et les assurances mais également de développer entre autres des outils d'aide à la décision (simulateur de consultation médicale pour les médecins en formation, outil d'aide à la pratique médicale avec « Meditool », version en ligne du livre « docteur j'ai »²⁴...), des actions de prévention et de promotion de la santé à des tarifs faibles (ateliers cuisine, surpoids, activités physiques avec la rythmique Jacques-Dalcroze...).

Définition du paiement à la capitation globale : essentiellement mis en place dans les réseaux de soins intégrés, chaque médecin de l'organisation n'est plus rémunéré au nombre de visite mais en fonction du nombre de patients assignés. Un budget global est calculé pour tenir compte des risques, avec un ajustement pour l'âge, le sexe ou d'autres caractéristiques de la population (De Pietro et al., 2015). En Suisse, les primes d'assurance ne dépendent pas du revenu, du sexe ou de l'état de santé de l'assuré mais en fonction du domicile.

b) Le développement d'une pratique différente de la médecine libérale

La seconde force de leur projet a été de réussir à promouvoir leur pratique différente de la médecine libérale (qualité des soins, baisse des primes, enseignement professionnel) à d'autres structures ambulatoires sur le canton de Genève. L'exportation du modèle de « *Managed Care* » à d'autres centres de santé était attractif à la fois pour les professionnels de santé (augmentation de la patientèle) comme pour les assurés

²⁴ <https://www.revmed.ch/Guidelines/Docteur-j-ai>

(baisse des primes d'assurance), les banques étant plus enclins à leur faire confiance pour investir dans de nouveaux projets, une fois l'efficacité économique démontrée (Raetzo MA., Schaller P., 2002). C'est ainsi que peu de temps après la mise en place du GMO, ils ont créé les centres médicaux de Cressy, de Lancy et du Lignon. Les conseils d'administration de chaque structure sont composés de médecins généralistes et spécialistes sur le même modèle que le GMO mais le docteur Schaller et Raetzo détiennent à eux deux la totalité des parts de chaque centre médical de manière égale. Ils ont ainsi pu investir au fur et à mesure de l'attrait pour ce modèle de réseau de soins sans but lucratif. Entre la création et l'ouverture du GMO en 1988 et celle de la première maison de santé Cité générations en 2012, ce n'est pas moins de douze centres médicaux qui ont été rachetés ou créés par l'entreprise Filières et Réseaux SA : le centre médical des Acacias, celui du Léman, de La Chapelle, de Plainpalais, de la Jonction, de Satigny et le centre médical de Lancy, ensemble auquel il faut ajouter dernièrement le centre de médecines naturelles qui a ouvert ses portes le 1^{er} avril dernier dans les locaux du centre médical de Lancy. Ils sont tous implantés géographiquement sur le canton de Genève (annexe 4). Celui-ci comprend également d'autres centres médicaux et neuf hôpitaux genevois admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)²⁵.

Cette expansion a pu se mettre en place grâce au modèle de fonctionnement économique suivant : lorsque les différents professionnels de santé veulent travailler dans une des structures, il dispose de la liberté de choix de leur temps de travail. Les locaux appartiennent à la société anonyme de chaque centre médical et les professionnels de santé, généralistes, spécialistes ou paramédicaux, qui sont indépendants pour la plupart, sous-louent un bureau avec le matériel adéquat et les services dont ils ont besoin (bureau, ordinateur, matériel médical, service d'une assistante médicale et administrative...). En échange, ils payent un pourcentage de leur chiffre d'affaires selon l'utilisation qu'ils font de ces services (en général 30 à 40%). Cette mutualisation des moyens, qui traduit cette vision « communautaire » de la médecine et le fonctionnement libéral du modèle économique a permis de faciliter le développement des nouvelles pratiques prônées par le docteur Schaller et Raetzo. Un médecin rencontré témoigne : *« [...] l'énorme avantage du système qu'a monté Philippe Schaller pour les médecins d'aujourd'hui est sa souplesse car finalement, il y a la possibilité de louer des locaux et services à la carte : si je veux travailler que trois jours par semaine, on va me trouver des locaux pour trois jours par semaine. Et le personnel est géré en conséquence car en cas d'absence, l'assistante ira servir quelqu'un d'autre. La mienne, si je ne suis pas là, elle ira faire des prises de sang en haut*

²⁵<https://www.ge.ch/document/liste-hopitaux-admis-canton-geneve-au-sens-loi-federale-assurance-maladie/telecharger>

ou faire autre chose [...]. Ça marche car le système a été créé d'en-bas, par des médecins. Imagine un système qui vient d'en haut (sous-entendu modèle imposé par l'Etat), ça ne marche pas ! ». Il faut noter néanmoins qu'une partie des professionnels de santé (surtout au GMO, la structure « historique ») n'est pas entrée dans ce modèle et a préféré payer leurs charges d'activité au prorata de la surface occupée et de l'usage des services.

c) *Une vision novatrice de la médecine ambulatoire*

Le troisième élément important à prendre en compte si on veut comprendre la manière dont s'est développé cet ensemble de structures est la vision novatrice sur le développement de la médecine ambulatoire basée sur ce travail de la qualité des soins avec les réunions entre pairs, la prise en compte de la formation et du développement des compétences professionnelles ainsi que la baisse des primes d'assurance maladie, conséquence des deux premiers aspects. Cette vision traduit une quête continue d'efficacité des soins et c'est en même temps une aventure personnelle. En effet, c'est au retour d'un séjour de formation au Canada au début des années 2000 que le docteur Schaller a voulu créer une maison de soins de premier recours en s'appuyant sur plusieurs modèles principaux de services de santé intégrés, à savoir celui de maison de santé centré sur le patient développé aux Etats-Unis (« *Patient-Centered Medical-Home* »), les Services Intégrés pour les Personnes Agées fragiles (SIPA) et les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) développés au Québec, ainsi que le modèle de soins à domicile développés aux Pays-Bas « *Buurtzorg* ».

Le concept de « *Patient-Centered Medical Home* » ou maison de santé centré sur

Pour rappel, le « *disease management* » a été développé aux Etats-Unis dans les années 1990. C'est une démarche globale de prise en soins d'une maladie chronique qui cherche à intégrer toutes les étapes de la prise en soins, de la prévention de la maladie à l'éducation thérapeutique du patient. Il a été développé par les entreprises privées américaine de réseaux de soins intégrés qui réunit les fonctions d'assurance et de production de soins (Morin et al., 2010).

le patient est l'ancêtre des maisons de santé pluridisciplinaires créées en France après la loi HPST du 21 juillet 2009. Il est une extension d'un programme de « *disease management* ». Il s'appuie sur une organisation qui met l'accent sur la qualité des soins et la responsabilisation des professionnels de santé (retour financier sur les économies réalisées). Cette organisation se base sur une structure médicale ambulatoire. Celle-ci fonctionne à l'aide du médecin « personnel » (généraliste ou spécialiste) qui est chargé de coordonner les soins aigus et chroniques du patient ainsi

<Ludovic MORIN>

que les activités de prévention et de fin de vie avec un « *Care Manager* » (le plus souvent une infirmière libérale). Même si les résultats s'avèrent variables selon les expérimentations, leur analyse tend à démontrer une baisse des coûts de la prise en soins ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins²⁶. Le projet de maison de santé Cité générations du docteur Schaller et de son équipe est de proposer sur un même lieu un regroupement pluriprofessionnel ainsi qu'un ensemble de services de soins pour améliorer l'expérience du patient. Le projet de création d'une maison de santé développé par le docteur Schaller s'appuie sur le diagnostic initial de prévalence des maladies chroniques et psychosociales, de non prise en compte suffisante de la médecine de premier recours ni de la qualité des soins et des relations entre les professionnels de santé en ambulatoire. Ces constats majeurs avaient été partagés au niveau cantonal au cours d'un groupe de travail réunissant des experts qui se sont penchés sur la prise en soins de la personne âgée et des maladies chroniques. Un rapport avait été remis au Conseil d'Etat en 2004 qui préconisait d'introduire une « culture du réseau » et un développement organisé de la coopération entre les structures de soins (Schaller P., 2012).

Ainsi, l'objectif initial a été d'améliorer la prise en soins des patients chroniques de manière efficace (qui produit le plus d'effet) et efficiente (prise en compte des contraintes liées aux ressources) (Huard P., Schaller P., 2014). Le bâtiment de 4000 m², située dans une commune de la banlieue de Genève (Onex), est au centre d'un bassin de population de 20 000 habitants. Celui-ci devait permettre d'envisager un espace de santé pluridisciplinaire dont l'objectif est de développer une perspective de santé globale pour une population locale (Huard P., Schaller P., 2011). Un des médecins fondateurs dira : « [...] *le transfert du centre des urgences du GMO à Cité Générations a permis de désengorger cette activité et d'en développer d'autres, d'être en perpétuelle évolution et transformation, avec notamment les projets de santé publique... ».*

Aujourd'hui, la maison de santé Cité générations propose en interne un ensemble de services sanitaires et sociales sous un même toit (annexe 5) : un service d'urgence et de consultations sans rendez-vous ouvert 7 jours sur 7 et de 7h à 23h ; la possibilité d'un suivi médical en médecine de famille et médecine spécialisée ; un centre de soins infirmiers ambulatoires et de prévention ; différents pôles thérapeutiques spécialisés (un centre de physiothérapie et de rééducation, un centre de sport en altitude, un centre de santé de la femme...) ; un plateau technique en radiologie ainsi qu'un laboratoire d'analyse médicale ; une pharmacie dispensant conseils et suivis thérapeutiques, la possibilité d'avoir des

²⁶ Santélog, *Maisons de santé centrées sur le patient : mais que disent les études ?*, 15-03-19 (consulté en mai 2019) : <https://www.santelog.com/actualites/maisons-de-sante-centrees-sur-le-patient-mais-que-disent-les-etudes>

services de soins infirmiers à domicile grâce à la présence de l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) ainsi qu'une structure hospitalière intermédiaire qu'est l'hébergement temporaire de courte durée avec l'UATM.

Les médecins généralistes internistes proposent des consultations médicales dans leur cabinet individuel. Cette activité représente en moyenne 60% de leur temps de travail, le reste étant consacré à l'activité au sein des urgences organisées par rotation entre les médecins selon un planning mensuel. Selon les situations médicales et chirurgicales et le degré d'urgence, ils échangent de façon informelle avec des médecins spécialistes sur les situations qui demandent un avis expert. Un médecin généraliste rencontré témoigne : *« [...] on les appelle par téléphone si on a besoin d'un avis spécialisé. Ou alors, s'ils sont dans la maison, on va les voir directement et on fixe un rendez-vous avec l'un ou l'autre »*. Un autre, qui fonctionne différemment, indique : *« [...] alors ça passe beaucoup par Medway, parce-que tout le monde a accès à Medway, c'est une voie facile car on peut s'envoyer des messages, des tâches, car par téléphone on dérange toujours et on n'a pas le temps. Si c'est un truc urgent, il n'y a guère que le téléphone ou se déplacer. Pour les choses moins urgentes, j'organise ma journée pour perdre moins de temps et quand j'arrive le matin à 7h15 avant l'ouverture de ma consultation, c'est là où je fais de l'administration, que je réponds aux messages et je fais la même chose le soir »*. De même, un médecin spécialiste indiquera : *« à Cité générations, on a la liberté de travailler comme on veut ; [...] on peut échanger avec les collègues directement »*.

Parallèlement aux consultations médicales, Cité générations propose une palette de consultations infirmières (injections, plâtre, plaies, transfusion, vaccination) et paramédicales (diététique, ergothérapie, logopédie, ostéopathie, podologie, réflexologie...) ainsi que des services thérapeutiques (addictions, diabète, maladie chronique, santé mentale, surpoids...) et des activités de prévention et de promotion de la santé (citons par exemple les conférences sur la gestion de la douleur au quotidien, les conseils pour avoir un bon sommeil, celles sur la place de la nutrition et de l'activité physique dans la gestion du diabète gestationnel...).

L'ensemble de ces professionnels de santé médicaux et paramédicaux partagent le même bâtiment sur trois étages (y compris au sous-sol pour le centre de sport en altitude et le centre de physiothérapie), même s'ils font partie de sociétés différentes. Comme on peut le voir sur le schéma non-exhaustif (annexe 5), il y a essentiellement des interactions informelles entre les différents professionnels de santé encouragées par leur cohabitation au sein du bâtiment. Un médecin spécialiste dira : « [...] j'ai le temps de réfléchir, d'échanger avec les collègues... ». De même, une infirmière complètera : « [...] au niveau communication on peut communiquer les uns avec les autres parce qu'on a le même dossier médical (Mediway²⁷) donc on voit toutes les consultations qui ont lieu et l'avantage

« Mediway » est un logiciel informatique développé par des médecins-informaticiens pour les cabinets médicaux. Il permet la création du dossier médical informatisé du patient avec la récupération des résultats d'analyses médicales et des imageries. La seconde fonction importante est la facturation des prestations médicales selon les différents tarifs en vigueur. Il intègre également un outil d'aide au diagnostic issu du livre « docteur j'ai » du docteur Raetzo.

d'être dans la maison et de travailler avec les médecins de la maison c'est que je suis assez mobile donc s'il y a un soucis, je vadrouille beaucoup ; [...] on se croise dans les escaliers et on se parle : « au fait, j'ai vu monsieur X, voilà, ça s'est passé comme ça... » ou alors si j'ai une question, je descends voir le médecin... ». Dans le cadre de la gestion des urgences, il y a régulièrement des rencontres entre médecins et infirmiers. C'est également le cas des réunions

organisées une fois par semestre par l'infirmière responsable des dispositifs médicaux. Il s'agit d'échanger avec les responsables des services médicaux et administratifs des différentes procédures ou fiches de maintenance et de contrôle mises en place aux urgences pour ce qui concerne les mesures d'hygiène et de sécurité (ex. : circuit du linge, des médicaments, procédure de nettoyage et désinfection...).

d) Certaines actions de coordination des soins sont formalisées

Certaines actions de coordination des soins sont formalisées et davantage structurées. C'est le cas notamment de certaines activités du centre des soins infirmiers ambulatoires (CSA). Il y a deux activités principales : les perfusions et les plaies. Dans ce centre, la plupart des infirmières sont indépendantes et font des permanences à la maison

²⁷ www.mediway.ch. Dès lors qu'un patient a donné son accord tacite au médecin ou à un auxiliaire pour l'ouverture d'un dossier médical, celui-ci n'est accessible qu'aux professionnels de santé autorisés. Dans le cas où le patient est traité par une équipe de médecins, le législateur considère qu'il existe un consentement tacite à l'échange d'informations au sein de l'équipe. Les données médicales sont protégées par la loi fédérale sur la protection des données du 19-06-92 (PFPDT : <https://www.edoeb.admin.ch/edoeb/fr/home/protection-des-donnees/gesundheit/recueil-de-donnees-medicales.html>)

de santé. Le reste du temps, les infirmières spécialisées en plaie exercent en libéral et se déplacent souvent au domicile des patients. La responsable précise : « [...] *les soins de plaie nécessitent un suivi à domicile, un bilan donné au médecin, à d'autres acteurs dans la prise en charge du patient qui peut être organisé par la consultation des plaies car ce sont des patients chroniques qui vont venir régulièrement* ». Le CSA est reconnu comme centre de prélèvement du laboratoire externe « *Unilabs* » (prestataire privé) pour les prises de sang notamment. Le CSA utilise leurs protocoles, leurs matériels suite à un accord avec la Clinique et Permanence d'Onex. La responsable complète ensuite : « [...] *Il en est de même avec un autre partenaire extérieur qui est le centre du sommeil « Cenas » afin d'apprendre aux patients orientés par le pneumologue du GMO voisin à utiliser l'appareillage pour éviter de faire de l'apnée du sommeil (utilisation de leur matériel...)* ».

Le Centre de médecine du voyage, qui utilise une partie des locaux du CSA, est en train de mettre en place une consultation infirmière en vaccinologie avec une procédure bien définie établie avec le médecin spécialisé en médecine du voyage. Cette démarche doit permettre à terme à l'infirmière spécialisée en vaccinologie de pouvoir recevoir seule le patient qui part en vacances afin de lui prescrire et administrer le vaccin. La responsable va préciser : « *le principe est de permettre à une infirmière de faire une consultation pour mettre à jour les vaccins à la place du médecin, c'est un projet qu'on porte ici [...]; l'infirmière concernée, qui a fait une spécialisation en médecine de voyage à Paris, peut ainsi, avec un tutorat médical qu'elle a depuis un an, faire sa consultation seule avec le patient, donner les conseils adaptés, prescrire les vaccins, qu'elle fait vérifier après par le médecin. Si le médecin dit « ok, c'est bon », l'infirmière du CSA va vacciner le patient [...]; jusqu'à présent, elle fait la consultation en direct avec le médecin mais petit à petit, on est en train de passer à un modèle intermédiaire où le médecin valide ce que fait l'infirmière mais à terme elle sera autonome [...]; ça concerne actuellement une demi-journée par semaine mais on verra en fonction de la demande si on augmente à deux demi-journées à partir de la mi-juin pour les départs en vacances* ».

De plus, une assistante médicale du CSA travaille avec le cardiologue et la neurochirurgienne pour faire du secrétariat (prise de rendez-vous...) et de l'assistance aux soins : « [...] *les infirmières du CSA font également une fois par semaine avec le cardiologue des échographies de stress car celui-ci a l'obligation d'avoir une infirmière pour administrer un médicament et suivre la prise de tension et les paramètres vitaux. En cas de complication, un protocole a été formalisé avec les urgences pour qu'ils puissent intervenir* ». Le lien entre les services se fait à travers le logiciel interne « *Mediway* » où tout le monde peut consulter l'agenda d'un médecin.

<Ludovic MORIN>

Depuis deux ans, il y a également des consultations de santé en pharmacie avec un groupe de pharmaciens de la pharmacie principale de la maison de santé (partenaire privé). Le médecin initiateur de ce projet témoigne : « [...] l'idée en fait est de déléguer certains traitements et certains soins aux pharmaciens pour répondre à des besoins simples de la population. Cela leur permet d'aller jusqu'au bout de la consultation possible et de pouvoir prescrire un antibiotique un dimanche par exemple alors qu'en Suisse, il est interdit pour un pharmacien de pouvoir prescrire sans ordonnance [...]; c'est valable pour les infections, les angines par exemple grâce à des protocoles qui sont en route ».

Plus récemment, depuis un peu plus d'un an, il y a également le même type de projet avec les infirmières des urgences pour créer une « consultation infirmière avancée » inspiré de ce qui se fait en France²⁸. C'était un projet voulu par le docteur Schaller : « [...] depuis longtemps le docteur Schaller veut que les infirmières prennent un rôle plus prépondérant dans les soins » déclare un médecin. Une infirmière précisera : « [...] L'idée du docteur Schaller au départ était de créer des « antennes » d'infirmières (dans les centres médicaux) pour décharger les urgences de la « bobologie ». Après, ça a évolué car le docteur Schaller est un grand visionnaire et il voit souvent cinq ou dix ans en avance alors que nous on va voir l'évolution des choses à un an ou deux ans donc il faut arriver à le suivre... ». Au moment du stage, l'infirmière en question était en train de suivre une formation pour se spécialiser en exercice clinique avancée, ayant pris conscience du contexte actuel de vieillissement de la population et de hausse des maladies chroniques : « [...] on a rediscuté de façon informelle avec le docteur Schaller et il m'a dit : avec ces compétences-là, pour tout ce qui est bobologie qu'on a aussi aux urgences, ce serait pas si mal qu'une infirmière puisse les prendre en charge pour désengorger les urgences ». Un des médecins généralistes, qui exerce une partie de son activité aux urgences, a fait une recherche dans la littérature pour voir ce qui se faisait en Suisse. L'infirmière précisera : « [...] effectivement, à Lausanne, à l'hôpital des enfants du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), il y avait un article dans la Revue Médicale Suisse qui indiquait qu'ils avaient ouvert une consultation infirmière ; [...], nous nous sommes déplacés deux fois avec le médecin généraliste et une autre infirmière pour voir quel était le projet, discuter avec le médecin qui a mis ça en place, la réflexion qu'ils avaient eu [...], et je suis allé faire une journée sur le terrain [...], même si c'est différent car eux ils sont universitaires, c'est plus simple, les fonds sont différents, la population n'est pas la même, les professionnels

²⁸ En France la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a créé et encadré cette fonction d'infirmier en pratique avancée qui, en plus des activités d'éducation et de prévention, pourra réaliser des actes cliniques et prescrire des produits non soumis à prescription médicale : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/accus-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

<Ludovic MORIN>

sont salariés, la partie recherche fait partie du métier alors que si tu es dans le privé, tu es dans le privé, des fois c'est un petit peu différent...».

Le principal résultat de cette expérimentation de consultation infirmière indépendante sous responsabilité médicale déléguée est que le nombre de consultation n'a pas évolué mais on a assisté à une hausse de la qualité du service perçu par la population. L'infirmière précisera : « [...] après quatre ans d'expérience dans le projet et avec le même nombre de passage aux urgences, ils se sont retrouvés avec une moyenne de six à huit consultations infirmières par jour aux urgences pédiatriques qui répondent aux critères mais avec un panel de pathologies de prise en soins différentes et plus importante que ce que nous on va mettre en place (plus d'une vingtaine de protocoles contre 5 à Cité générations pour le moment) donc le mandat pour désengorger les urgences n'est pas la réalité du terrain. Ce sera une offre de prestation de service faite à la population mais je ne pense pas que ça va beaucoup diminuer le flux [...] ». Néanmoins, l'expérience montre une adhésion et satisfaction de la part des patients qui est importante (certains parents de patients la demandent spécifiquement lors d'une deuxième consultation). De plus, cela a créé de nouvelles synergies entre professionnels de santé (Rey-Bellet Gasser et al., 2015). À la maison de santé Cité générations, après plusieurs séances de travail avec quelques médecins et infirmières, cinq protocoles ont été créés et concernent plusieurs pathologies ORL (dont maux de gorge, mal à l'oreille et rhume de saison) ainsi que les infections urinaires, les morsures de tiques et plaies superficielles. La consultation concerne à la fois l'anamnèse (recueil des données), l'examen clinique, l'établissement de conclusions, la proposition d'un traitement et des examens complémentaires éventuels. À chaque « drapeau rouge »²⁹, l'infirmière renvoie vers une consultation avec un médecin généraliste (annexe 7).

²⁹ Dans le protocole, le « drapeau rouge » correspond aux situations où l'infirmière n'est pas en mesure de pouvoir répondre au patient. Ces situations correspondent aux « cas complexes ».

<Ludovic MORIN>

Des campagnes de prévention et de promotion de la santé sont également mises en place et ont fait l'objet de plusieurs protocoles faisant le lien en interne à la maison de santé entre le Centre de Soins infirmiers Ambulatoires (CSA), la pharmacie interne qui fournit les vaccins et l'Institution genevoise de Maintien à Domicile (IMAD). L'IMAD est un établissement public composé essentiellement d'infirmières mais également d'aides-

L'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) est une profession reconnue par une ordonnance fédérale de 2009. Elles peuvent : prodiguer des soins et une assistance à la vie quotidienne (hygiène, aide aux repas...); effectuer des actes médico-techniques (mesure de tension, traitement des plaies...) et gérer l'administration et la logistique des patients (prise de rendez-vous, gestion du matériel de soins...) (Weber-Yaskevich et al., 2011). Une des professionnelles rencontrées dira pour résumer : « ce sont des aides-infirmiers qui peuvent faire le travail d'un infirmier sauf ce qui passe dans une veine ».

soignantes et de profils intermédiaires comme les ASSC (voir encadré). Il y a une campagne de vaccination chaque année pour la grippe à destination des patients déjà connus mais également pour des patients externes inconnus de la maison de santé. Cette campagne concerne environ 800 patients à partir du mois d'octobre. L'équipe d'ASSC de l'IMAD viennent au CSA pour vacciner les patients de manière autonome mais sous la responsabilité des infirmières du service. La responsable du CSA précise : « [...] au début, il y a une

vérification qui est faite avec l'infirmière où les premiers patients sont évalués par l'ASSC avec l'infirmière pour valider le processus, vérifier que toutes les informations sont données au patient, les contrindications etc. et après l'ASSC fait tout toute seule toute la journée [...] ; elles sont contentes car ça leur permet de faire des soins techniques qu'elles font beaucoup moins à domicile ». De plus, dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination (du 24 au 30 avril), l'OFSP demande à faire la promotion du carnet de vaccination électronique³⁰. À cette occasion, il est possible pour tout patient d'ouvrir le carnet de vaccination électronique gratuitement accompagné par la responsable du CSA mais aussi au sein de l'IMAD. Une autre année, ce même genre de campagne de l'OFSP a été organisé pour la promotion du vaccin contre la rougeole ou le papillomavirus.

Il y a également l'action de formation professionnelle. En effet, en plus de la possibilité pour les médecins généralistes de participer aux cercles qualité organisés par le réseau Delta, il y a des colloques de formation professionnelle continue organisés par un groupe de formateurs (composés de certains médecins généralistes de Cité générations et d'une assistante médicale de formation) proposés à tout le personnel médical du groupe

³⁰ www.mesvaccins.ch

Arsanté (maison de santé Cité générations et les 12 centres médicaux, soit environ 400 professionnels de santé indépendants sur 1300 personnes au total). Il y a également des cours de réanimation cardiopulmonaire de base (massage, ventilation, défibrillation...), et avancée pour le personnel paramédical. Un des médecins rencontrés précisera : « [...] on donne aussi des cours aux infirmières, aux assistantes médicales, idéalement une fois tous les deux ans [...] ; Ils sont organisés par une équipe composée d'un médecin cardiologue, de trois médecins généralistes et de quatre infirmiers dont une coordinatrice ».

Un des modèles dont s'est inspiré le médecin Philippe Schaller pour développer une organisation sanitaire régionale autour de la maison de santé Cité générations est celui des Services Intégrés pour les Personnes Agées fragiles (SIPA) et des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) développés au Québec. Il est basé sur des services sociaux et de santé de proximité, une équipe multidisciplinaire et un gestionnaire de cas qui détiennent la responsabilité clinique de l'ensemble des services proposés (sociaux et de santé, aigus et de longue durée, de proximité et institutionnels, y compris les hôpitaux et les établissements d'hébergement sociaux et médicalisés, de même que le service des médicaments), la capacité de mobiliser des ressources selon des besoins et l'application de protocoles de soins. Cette expérimentation sur un échantillon de 1230 patients âgés et fragiles dans deux quartiers de Montréal a montré une baisse des coûts de la prise en soins par rapport au groupe témoin (Béland et al, 2008). Le point commun avec le projet du docteur Schaller est l'idée dès le départ d'intégrer au sein du bâtiment une unité d'hébergement et d'hospitalisation de court séjour intermédiaire (intitulée Unité d'Accueil Temporaire Médicalisée, UATM). Les lits hospitaliers bénéficient d'une surveillance médicale rapprochée et permettent de proposer une prise en soins alternative à l'hospitalisation en soins aigus pour les patients souffrant de pathologies physiques et/ou psychiques décompensées (Eggl Y. et al, 2015). Cette prise en soins coûte également moins cher pour l'assurance maladie du patient qu'en milieu hospitalier : il faut compter environ 430 francs par nuit à l'UATM en 2015, prestations médicales et hôtelières comprises (CPO, 2015). A titre d'information, le coût moyen d'une journée en soins aigus dans un hôpital suisse est de 2235 francs suisses en 2017 (OFS, 2019).

De plus, l'autre expérimentation qui est à l'origine de la création d'un dispositif de coordination des soins médico-sociale en lien avec la maison de santé Cité générations s'intitule « *Buurtzorg* » (ou soins de proximité en néerlandais). C'est une organisation à but non lucratif de soins à domicile créée en Hollande en 2006 par Jos de Block, ancien infirmier devenu cadre dans le secteur des soins à domicile. Il a transformé le fonctionnement des soins à domicile en rationalisant le travail des infirmières. Chacune des tâches des infirmières est décomposée et analysée pour définir un temps défini et un prix. La méthode

<Ludovic MORIN>

promue par Buurtzorg repose sur quatre principes : une approche holistique du patient et du soin (polyvalence des professionnelles) ; une autonomie des infirmières qui travaillent en petite équipe sur une échelle locale ; l'utilisation de l'informatique au service du soin et le pari de l'autonomie des patients en construisant un réseau autour d'eux (autres professionnels, proches-aidants...). Cette approche globale et préventive des soins à domicile est prise en charge par l'assurance étatique comme les soins courants. Elle n'est pas financée par le paiement à l'acte mais par un paiement à l'heure. Ainsi, l'entreprise de Buurtzorg a prouvé son efficacité aux Pays-Bas puisque le coût total moyen de prise en charge d'un patient est moins cher que chez les autres concurrents (Mouzon C, Cristofalo P. et al, 2018).

La volonté de changer le système de l'intérieur est identique et constitue la principale motivation chez Philippe Schaller et son équipe. En s'inspirant de la méthode Buurtzorg et d'autres modèles de maison de santé en Suisse allemande, ils ont cherché à repenser l'organisation des soins dans le secteur médico-social en développant un partenariat avec différentes structures afin de développer des mécanismes de coordination « hors les murs » pour les personnes fragilisées ainsi que des processus de soins transversaux. Plusieurs dispositifs ont été mis en place dont certains sont une application concrète du cadre de référence du « *Chronic Care Model* » proposé par Wagner et al (annexe 10) : le premier est un projet interinstitutionnel concernant différents acteurs de la maison de santé. L'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), établissement public de service de soins à domicile ainsi que l'UATM ont participé à la mise en place d'un outil numérique permettant d'améliorer la prise en soins ambulatoire et domiciliaire des patients chroniques. Le plan de soins partagés (PSP) est le résultat d'une réflexion collective entre plusieurs professionnels (médecin, infirmière) avec la personne soignée et un proche éventuel. Plusieurs séances de coordination d'équipe permettent d'améliorer la cohérence de la prise en soins du patient et de reprendre les éléments du résonnement médical et infirmier selon une logique de résolution de problème en intégrant l'analyse du patient et du proche (Schusselé Fillietaz et al., 2016, 2017). Néanmoins, ces réunions sont parfois compliquées à mettre en place et dépendent beaucoup de la situation personnelle du patient. Un infirmier coordinateur indiquera : « [...] *On a pensé la méthode mais on se rend bien compte au final que les situations sont extrêmement variées et on ne peut absolument pas faire de généralités, la seule généralité qui vaille, c'est téléphoner à tout le monde et rencontrer tes patients pour avoir un lien de confiance avec eux [...]* ». Il n'y a plus de PSP mis en place pour des raisons techniques liées à l'informatique. Ce relatif échec est dû aux difficultés d'échange entre les différents logiciels (« *Medlink* » pour l'IMAD et « *Mediway* » pour Cité générations) et le serveur commun géré par un prestataire externe (La Poste). 5 PSP ont été mis en place au départ de l'expérimentation.

<Ludovic MORIN>

Ensuite, l'autre modèle de référence qui a inspiré le docteur Schaller est celui des CISSS qui sont au cœur d'un réseau territorial de services qui comprend plusieurs établissements (hospitaliers, ambulatoires et médico-social). Ils doivent assurer la prise en soins d'une population à l'échelle d'un territoire sanitaire en proposant un ensemble de services de santé et sociaux, intégrés et de qualité. Les CISSS doivent veiller à l'organisation des services de santé et à leur complémentarité sur le territoire dans le cadre des différentes missions (soins ambulatoires, hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée, services sociaux...) et ce, en fonction des besoins de la population et des réalités territoriales. De plus, ils ont la responsabilité de conclure des accords avec les organisations partenaires (CHU, cliniques médicales, groupement de médecine de famille, pharmacies communautaires...) ^{31, 32}. Dans l'expérience de l'UATM, une coopération est réalisée avec les établissements médico-sociaux (EMS), notamment celui de Beaugard, lorsque l'état de santé de la personne se dégrade ou sinon, un accompagnement à domicile peut être proposé au cas par cas avec un accompagnement social. Un des infirmiers coordinateurs de la structure raconte : *« l'EMS est très présent ici car on a tous exercé là-bas et c'est l'EMS Beaugard qui a externalisé ses capacités et qui met en place d'autres services ici, notamment le portage de repas, le service d'une coiffeuse, la réflexologue... »* ; *« [...] il y a des situations qui ont été stabilisées parce qu'on accompagne Mme X. aux bains de Cressy deux fois par semaine ; [...] il y a un lien descendant avec telle ou telle association d'accompagnement des seniors à domicile qui comporte des travailleurs sociaux et à qui j'ai demandé d'intervenir dans telle ou telle situation »*.

Sur le plan médico-social et social, d'autres expérimentations de coordination ont lieu à l'extérieur de la maison de santé : cinq établissements médico-sociaux (EMS) collaborent avec la société anonyme Arsanté Services et font maintenant partie du réseau sanitaire de la maison de santé : il s'agit des EMS de St Loup, Châtelaine, l'Hermance, Villa Mona et Beaugard. L'EMS de Beaugard, établissement médico-social à vocation psychogériatrique, fait l'objet d'une collaboration particulière. C'est le premier EMS à avoir travaillé avec l'UATM de Cité générations dans le transfert de patients âgés complexes mais c'est également la structure la plus proche géographiquement de la maison de santé qui existait déjà avant la construction de cette dernière. Ce travail a consisté, au-delà de l'aspect médical décrit précédemment, à renforcer le rôle social de l'institution au sein du réseau de proximité. Une équipe mobile, constituée d'un animateur socio-culturel diplômé

³¹ <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/ci-ss-et-ci-ssss/>

³² Exemple de CISSS : <http://www.ci-ss-gaspesie.gouv.qc.ca/le-ci-ss.html>
<Ludovic MORIN>

et d'assistants socio-éducatifs (ASE), effectuent un service de portage social de repas à domicile.

Cette prestation n'est pas une livraison ordinaire de repas mais sert plutôt de prétexte pour entrer en contact avec la personne à domicile, en partageant un moment avec elle, à développer les liens sociaux, à évaluer les besoins et à proposer des activités et solutions adaptées. Les ASE peuvent ainsi identifier d'éventuelles situations critiques et solliciter, le cas échéant, les services spécialisés de Cité générations tels que les consultations médicales ou l'UATM. Les informations et données recueillies par l'équipe mobile sont renseignées et consultables dans le dossier de suivi informatisé. Les informations peuvent être consultées par les différents professionnels de santé, avec l'accord préalable de la personne concernée (Schaller P., 2015). L'autre infirmier coordinateur dira en résumé : « [...] *notre boulot à nous en tant qu'infirmier, c'est de fluidifier le parcours des patients, d'activer l'équipe en ambulatoire, démêler la pelote de laine et mon job à moi, c'est de faire en sorte que ça tourne sans que je ne sois là* ». Le rôle social de cette collaboration se concrétise également à travers la constitution d'une équipe « rôle social » composée de deux ASE et d'un infirmier qui va mettre en place un accompagnement global centré sur les besoins de la personne sous la forme d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP). Ce plan a également pour objectif le maintien à domicile de la personne âgée en évitant les hospitalisations inutiles et la création de lien social (Marchand G. et al, 2017). Une centaine de PAP ont été créés. Leur mise en place dépend de la durée de vie et de la complexité de la prise en soins du patient.

e) *Un management alternatif*

Enfin, l'autre force de cette organisation qui a contribué à son développement est la volonté de développer un management différent des bureaucraties hiérarchiques administratives. Initialement, lorsque le GMO a été créé dans les années 1990, l'équipe des professionnels de santé et administrative était relativement petite (30 à 40 personnes) et le fonctionnement très « familial ». Plusieurs des professionnels rencontrés au cours de ce travail témoignent dans le même sens : « *on se connaissait tous, il y avait une réelle interaction professionnelle et personnelle entre médecins, infirmières, personnel administratif, notamment autour de la machine à café des urgences. Il y avait également des sorties collectives communes proposées trois fois par an (sportives, culturelles)* » ; « *au GMO, les personnalités étaient peut-être moins prononcées, c'était un management familial, c'était vraiment une famille* ». Les conceptions de l'entreprise familiale sont diverses mais les sciences de gestion se sont intéressées récemment à ce phénomène qui prends de plus en plus d'importance dans le développement économique des pays

<Ludovic MORIN>

industrialisés (Missonier A. et Gundolf K., 2017 ; Croutsche J-J. et Ganidis B., 2008). En effet, elles représentent plus des deux-tiers de l'ensemble des entreprises des pays occidentaux et 85 à 90% des entreprises en Suisses. Il y a une hétérogénéité des éléments identitaires de l'entreprise familiale mais au vu des témoignages indiqués précédemment et dans une perspective qualitative, plusieurs auteurs retiennent le critère de l'interaction entre la famille et l'entreprise pour caractériser l'entreprise familiale comme Davis (1983), Beckhard et Dyer (1983). D'autres chercheurs renforcent la perspective d'analyse qualitative en estimant que la perception du caractère familial de l'entreprise par les membres d'un même « groupe émotionnel » suffit à définir une telle entreprise (Poulain-Rehm, 2006).

Dans cette première sous-partie, nous avons vu que les médecins libéraux à l'origine de la création des différents centres de santé ont eu dès le début le souci de la qualité des soins dans leurs pratiques. De plus, ils ont une volonté d'innover dans les pratiques de soins dont certaines expérimentations sont coordonnées. Par ailleurs, ils ont eu le souci de décroiser le secteur médical et médico-social. En outre, ils ont voulu se démarquer des organisations bureaucratiques avec un modèle managérial alternatif basé sur la confiance mutuelle et les compétences individuelles de chacun.

B. Mais une organisation « nébuleuse » et opaque (faiblesses)

Les docteurs Philippe Schaller et Marc-André Raetzo, qui se définissent comme des entrepreneurs sociaux³³, ont voulu développer un leadership adapté à leur vision du management. En effet, attachés à leur culture de médecine libérale, ils ont cherché à insuffler une autre dynamique d'entreprise basée en grande partie sur leur « leadership » personnel. Dans la littérature sur le changement organisationnel, le processus de mobilisation du système d'acteurs doit être géré et structuré par une prise d'initiative des entrepreneurs sociaux. La nécessité d'une prise d'initiative par ces acteurs découle du caractère non naturel du changement. Tel est le paradoxe du changement dirigé, surtout lorsqu'il est de type participatif (Friedberg E., 1997). Ce paradoxe peut s'observer lorsque le modèle de management d'entreprise auquel les médecins co-fondateurs se réfèrent et qui se rapproche le plus de leur culture de médecine libérale peut se caractériser comme un modèle d'entreprise « opale » développé par Frédéric Laloux (Laloux F., 2015). Cette

³³ La notion d'entrepreneur social correspond à une réalité définie. Il s'agit d'entrepreneur qui au sens où il prend une initiative, où il assume une responsabilité. Le terme « social » souligne que l'initiative s'exerce par la mobilisation et l'animation d'autres personnes dans la poursuite d'une action sociale (Friedberg E., 1997)

expression est l'adaptation du modèle de la spirale dynamique. Ce concept renvoie à l'identification des différentes cultures au sein d'une organisation et à leur évolution vers des stades de conscience plus holistiques. Il souligne les éléments propices à l'intelligence collective des organisations, particulièrement dans le niveau qualifié « d'opale ». Celui-ci correspond à un niveau de conscience plus intégré des organisations avec des pratiques d'une plus grande maturité. Ainsi, l'égo n'est plus aux commandes des agissements individuels, les finalités sont intrinsèques et non plus extrinsèques, et la priorité est donnée à l'accomplissement individuel et collectif. Ce modèle d'organisation « opale » fait une focalisation sur les forces et atouts des relations visant le respect, le soin et l'authenticité (et non plus les manques). Il vise l'auto-gouvernance, favorise la plénitude de la personne et poursuit une raison d'être évolutive.

Un des médecins fondateurs parlera également d'organisation dite « agile » ou d'entreprise « libérée ». Ces expressions renvoient à un modèle d'entreprise américaine des années 1990 développé dans un ouvrage de Tom Peters (Voegelé S., 1993). Même si le concept d'entreprise libérée n'est pas clairement défini, les composantes de l'idéal-type d'entreprise dite « libérée » sont les suivantes : une diminution de la ligne hiérarchique, une baisse substantielle des effectifs, une abolition des barrières fonctionnelles ainsi qu'une décentralisation radicale³⁴. L'entreprise ainsi éclatée devient une série de micro-entreprises individuelles et de connexions d'entités au sein de réseaux. Tout cela s'effectuant sans organigramme ni définition de poste ou objectifs annuels. Le mode de management utilisé est celui du management par projet sans mode de direction formel. La hiérarchie est abolie et l'axe horizontal privilégié, le provisoire devient la norme, seule solution pour répondre aux lois du marché en constante évolution (Fox F., Pichault F., 2017 ; Voegelé S, 1993).

Au sein de la maison de santé Cité générations et plus largement de la société anonyme Arsanté Services, une adaptation de ce modèle d'organisation a été entreprise lorsque les parts des différentes sociétés anonymes des centres médicaux ont été rachetées par le docteur Schaller et Raetzo. Cette évolution a concerné la période depuis la création du Réseau Delta en 1992 à celle de la maison de santé Cité générations en 2012 jusque récemment avec la création d'Arsanté Services SA en 2017. Les médecins fondateurs ont voulu conserver une dimension du fonctionnement « familial » du GMO qui est resté « incarné » par les activités de loisirs proposés (voyage collectif en Laponie pour le service des urgences financé par l'entreprise en 2014 et chaque année une sortie de ski), mais également par le repas offert le jeudi midi aux salariés et professionnels de santé dans les différents espaces cuisine des centres médicaux. Néanmoins, il s'est dilué au fur

³⁴ Journal « Le Monde », 21 juin 2016 : *Management libéré : faut-il lire Tom Peters ?*
<Ludovic MORIN>

et à mesure du recrutement des différents collaborateurs, et notamment depuis la création de la maison de santé Cité générations avec l'arrivée de personnes ayant d'autres pratiques professionnelles : « [...] avec le déménagement des collègues du GMO à Cité générations, le choix des professionnels de santé de rester ou de partir et la scission géographique a été vécue presque comme un divorce ». La responsable des finances de plusieurs EMS et globalement du groupe dira en résumé : « [...] on n'a pas évolué, on a explosé ! ».

I.B.1 Un manque de structuration aux nombreuses conséquences

Ces changements importants en peu de temps ont eu différentes conséquences négatives qui révèlent plusieurs faiblesses : le manque de structuration et d'organisation de la partie administrative du groupe Arsanté Services SA. Cela a des conséquences directes sur les liens avec les professionnels de santé (médecins et infirmières), notamment ceux rencontrés du GMO, du centre médical de Lancy ou de la maison de santé Cité générations. En effet, plusieurs d'entre eux ont relaté un manque de normes réglementaires avec notamment l'absence de fiche de poste ou d'organigramme clair et à jour : « [...] avant on se connaissait tous, on savait comment ça fonctionnait, on savait qui aller voir ; maintenant, il y a cette espèce de bulle administrative qui s'est créée (Arsanté Services SA) avec des postes, comme ceux de chargés de missions ou d'autres où on sait pas du tout ce qu'ils font et ils sont au-dessus de nous et ils vivent [...] ». D'autres préciseront : « [...] le concept d'Arsanté est une idée trop décalée vers l'avant par rapport à la réalité, [...] du coup ça implique du positif et du négatif. C'est très souple, ça va dans tous les sens, ou ça crée beaucoup de choses adaptées à des situations, il y a un gros potentiel. En même temps les inconvénients sont que c'est très libéral, extrêmement flou, que personne ne sait où l'on va, c'est une espèce de « start-up » où on sait que ça peut faire de jolies choses mais dans le contexte actuel, qui n'est pas très applicable ; [...] et en terme de management c'est pareil, on bosse comme on veut, aux heures qu'on veut, c'est très libéral et individualiste, c'est un regroupement de gens indépendants, ça nécessite des profils particuliers aussi c'est ça le problème [...] ». Ce mode de fonctionnement a des conséquences importantes sur les personnes et leur santé directement. Certains cadres rencontrés diront : « [...] il y a beaucoup d'informalités, c'est peu structuré et la polyvalence amène beaucoup de stress aussi » ; « [...] il y a plusieurs personnes qui ont failli partir en « Burn-Out » à force de gérer tout, tout, tout ; [...] il faut tout faire, être partout en même temps, tout le temps ». Une autre professionnelle rencontrée ira dans le même sens : « [...] quand je suis arrivé, j'ai pris tellement de projets que finalement, j'ai atteint mes limites et j'ai dit : « ouah, on arrête aussi » ». L'autre conséquence de ce fonctionnement, au-delà de

<Ludovic MORIN>

l'aspect humain, est l'absence de suivi technique et logistique régulier des infrastructures comme la maison de santé Cité générations. On peut citer par exemple le problème d'onduleur électrique qui doit alimenter le double circuit électrique (nécessaire pour raison de sécurité) au bloc de réanimation des urgences et qui ne fonctionne pas normalement, notamment après l'incident qu'il y a eu en 2016³⁵ (Journal de terrain, 02-05-19).

Ce phénomène est accentué par le fait que beaucoup des personnes sont recrutées à des postes sans avoir les compétences à la suite d'un processus informel de bouche à oreille : « [...] ici ils te mettent à des postes sans vérifier que tu aies les compétences derrière et on te charge petit à petit, on te charge, on te charge et au bout d'un moment, t'y arrive plus quoi et sans te donner la possibilité de faire des formations à côté [...] ». Ce problème d'adaptabilité entre les postes et les compétences se retrouve à différents niveaux de l'organisation administrative, ce qui peut présenter un risque important sur le fonctionnement de l'activité médicale. On peut citer par exemple le cas d'un chargé de mission polyvalent qui s'occupe des projets d'architecture sans avoir les compétences nécessaires à la gestion de chantier alors qu'il existe d'autres fonctions comme celle de la chargée de projet en prévention et promotion de la santé avec un périmètre d'action bien défini. Un des cadres rencontrés dira : « [...] avec Philippe Schaller, il y a cette volonté très québécoise de donner la chance à des gens pour apprendre autrement et qui n'auraient jamais la possibilité de le faire, [...] il y a beaucoup de bonne volonté mais elle a besoin d'être encadrée [...] ; pour certains collaborateurs, il y a la mauvaise personne à la mauvaise place [...] personne n'a de cahier des charges (fiche de poste) ».

L'autre impact de ce mode d'organisation très axé sur la confiance et le comportement individuel de chaque collaborateur est le développement de stratégies individuelles dans la mise en place des projets. Un des professionnels de santé rencontré indiquera : « [...] en Suisse on est dans une culture très libérale [...] ; bien sûr il y a une hiérarchie heureusement mais elle est ce que tu en fais, il faut se positionner. [...] On a chacun nos références en termes de direction : il y a des gens qui vont se reconnaître sous la direction du docteur Raetzo, il y a des gens qui vont se reconnaître sous la direction du docteur Schaller et d'autres qui vont se reconnaître sous la direction du docteur Baer ou de madame Schaller, dans Arsanté principalement ». Ainsi, dans le cadre de l'analyse stratégique des organisations, il y a un rôle important des alliances entre acteurs (Bernoux P, 2009). Or, dans le système de relations encouragé par les organisations « opales » ou « libérées », les perspectives nécessairement différentes des uns et des autres les

³⁵ Journal « Le Temps », 02-05-16 : <https://www.letemps.ch/suisse/une-panne-courant-touche-plusieurs-quartiers-geneve>

amèneront à s'opposer aux uns et donc à s'allier aux autres. La conséquence de ce fonctionnement est le développement des démarches individuelles et des relations de pouvoir les uns par rapport aux autres (annexe 8). Le système implicite de régulation des relations professionnelles basé sur la confiance entre les acteurs peut être ainsi bousculé par des alliances entre d'autres acteurs (Bernoux P., 1985). Celles-ci sont très souvent initiées par le docteur Schaller qui transforme le système d'action entre les acteurs en introduisant le changement perpétuel comme phénomène systémique (Crozier et Friedberg, 1977). Un des médecins responsables et co-fondateur dira : « [...] *c'est arrivé souvent que Philippe ait des idées, qu'il les développe de son côté sans que je sois au courant de quoique ce soit et malgré les réunions de coordination du jeudi matin* ». Cela peut également avoir des conséquences importantes sur les différents projets développés en plus des tensions éventuelles liées au manque d'informations et à la perte de temps : « [...] *le projet de téléconsultation par exemple, ça fait deux ans qu'on est dessus alors qu'on aurait pu faire ça dans un délai plus court malgré le partenariat et les réunions mises en place mais le docteur Raetzo m'a dit : « ah bah non, le chargé de développement informatique, je le mets sur un autre projet », du coup ton projet il attendra plusieurs mois, et tu passes après [...] du coup l'application smartphone de médecine de montagne est passée avant celle de « Delta plaies », après il y a eu celle « dermtel »...* ». Les projets des médecins passent ainsi parfois avant ceux des infirmières, ce qui tend à démontrer la persistance « inconsciente » d'une hiérarchie médicale.

I.B.2 Une mauvaise communication en interne, reflet de la culture médicale

L'autre faiblesse de Cité générations et du groupe Arsanté Services SA est le manque de communication en interne qui a également des conséquences sur le manque de coordination des soins. En effet, la multiplicité des projets lancés ou encouragés par Philippe Schaller participe d'une certaine confusion parmi les équipes qui ne comprennent pas l'objectif ou la vision globale : « [...] *l'agilité de la « galaxie schallerienne » peut être épuisante pour les équipes* » dira un professionnel de santé rencontré. De même, une infirmière précisera : « [...] *il y a eu un projet de cahier des charges pour permettre la création d'une commission du personnel médical et administratif mais il y a eu beaucoup de contre-propositions de la part de la direction et le projet a été abandonné* ». Une autre infirmière rencontrée abonde dans le même sens en indiquant : « [...] *on ne voit pas assez régulièrement la direction médicale aux urgences (Dr. Schaller, Dr. Raetzo, ou Dr. Baer), il faut les solliciter expressément pour qu'ils réagissent, sinon on ne les voit pas* ». Un chargé de mission interrogé a déclaré : « [...] *les médecins sont d'excellents intellectuels mais de mauvais gestionnaires* ». Un des médecins rencontrés ira également dans le même sens

<Ludovic MORIN>

en indiquant : « [...] *la faiblesse du point fort, c'est qu'il y a beaucoup de choses qui se passent, de projets dans tous les sens, certains traînent, se perdent sans qu'on sache vraiment pourquoi, ça repose sur pas beaucoup de monde et c'est difficile à gérer* ». La communication institutionnelle mise en place (flyers, site internet...) ne contribue pas non plus à informer de façon claire sur les différents projets mis en place. Interrogé sur cette question, le docteur Philippe Schaller répond : « *c'est volontairement nébuleux ou nuageux, (notamment au sujet des projets d'Arsanté Services SA), car je tiens à garder ma liberté de création, d'entreprendre* ».

Il est vrai que ce phénomène s'est particulièrement illustré lors de la création de la société anonyme Arsanté Services SA en 2017. En effet, celle-ci n'a pas été envisagée initialement pour améliorer la coordination des soins mais davantage pour pouvoir rassembler les services proposés à l'ensemble des centres médicaux et gagner en visibilité vis-à-vis des assurances (annexe 9). Selon les thématiques abordées (soins médicaux, prévention ou promotion de la santé, action médico-sociale...), les structures mobilisées ne seront pas les mêmes (Cité générations, certains centres médicaux, les EMS...). Selon les personnes membres de la direction, chacun va avoir sa définition d'Arsanté. Certains diront : « [...] *c'est une organisation de services* » quand d'autres préciseront : « [...] *il faut distinguer le concept d'Arsanté qui est la « poésie, philosophie de Philippe (Schaller) qui définit l'ensemble des activités du groupe » (organisation intégrée de soins...) et la société anonyme d'Arsanté Services qui vend un ensemble de services mutualisés pour des raisons comptables de transport, portage de repas, sécurité/hygiène, comptabilité, prévention et promotion de la santé (etc...) aux différents centres médicaux. C'est la manière de faire du point de vue administratif [...]* ». Il résumera l'interprétation de Philippe Schaller au sujet du concept d'Arsanté : « [...] *Philippe mélange tout, il fait exprès de tout confondre pour que personne ne comprenne rien et qu'il soit autonome* ».

Cette volonté délibérée est le reflet de la suprématie de cette catégorie professionnelle de médecins pour qui l'autonomie est une vraie propriété de la profession médicale. Selon Friedson, l'autonomie de la profession médicale est reconnue délibérément, ce qui comprend le droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celui-ci doit l'être. Cette capacité d'autorégulation est une prérogative de la profession qui est justifiée par : le haut niveau de compétences détenu par le professionnel. Cette autonomie est également justifiée par l'invocation du sens moral lié à l'idéal de service qui permet de créer une confiance suffisante dans l'exercice de la responsabilité des membres d'une profession (l'intériorisation des valeurs de la culture médicale agit comme une forme d'autocontrôle suffisant). Cette profession est également marquée par une absence de contrôle de fait sur les comportements professionnels (Alter

<Ludovic MORIN>

N., 2018). Dans le contexte de la maison de santé et plus globalement du groupe Arsanté Services SA, ce type de comportement a des dérives dysfonctionnelles importantes dans le management d'équipe médicale et administrative en interne car cela entraîne une perte de sens, une démotivation voire des réactions négatives au changement. Une infirmière rencontrée précise : « [...] au sujet du projet d'ouverture d'une consultation infirmière en pratique avancée aux urgences, presque toute l'équipe est motivée mais au début, la force qu'utilise le docteur Schaller pour nous faire avancer, c'est trop vite, c'est ça qui nous met dans une position de retrait mais là, j'ai l'impression qu'il a compris qu'on veut y aller mais à un rythme qui nous convient ». Un médecin précise : « [...] Arsanté devient très grand, c'est très nébuleux, on ne sait pas qui est vraiment à la tête de tout ça, on ne comprend pas quel est l'organigramme de tout ça, rien ne nous a été présenté et pour moi l'organisation est une vraie problématique aujourd'hui, c'est limite ésotérique [...] de même que le bilan comptable de fin d'année qui est incompréhensible ». On retrouve cette ambiguïté chez d'autres professionnels de santé ou paramédicaux rencontrés, y compris dans l'équipe administrative qui travaille près de la direction : « [...] pour moi Arsanté, c'est mon employeur, c'est tout ce que je sais [...] » ; « [...] c'est une somme d'individualités, mais pas un réseau intégré », « [...] c'est une organisation administrative qui gère des centres de soins qui existaient avant », « [...] c'est une plateforme d'achat de services dans sa globalité [...] ».

I.B.3 Un fonctionnement majoritairement autonome des différents centres médicaux

Comme indiqué précédemment, avant la création de la première maison de santé Cité générations en 2012, il n'existait que le premier centre médical et d'urgence du GMO créé en 1988 et associant des professions paramédicales puis quelques années plus tard, le centre médical de Cressy et du Lignon. Le rachat des autres centres médicaux s'est fait après la réalisation du projet de maison de santé, sur la période entre 2013 et 2016. Le développement s'est fait soit en investissant dans des centres médicaux déjà existants avec des professionnels de santé qui ont intégré le conseil d'administration de chaque société anonyme (l'investissement et les parts de chaque société appartenant en quasi-totalité au docteur Schaller et Raetzo). L'expansion a pu se faire également en créant la maison de santé dans un territoire où il n'existait pas de structure de soins ambulatoires. Dans ces cas-là, la société anonyme créée sous-loue également les locaux aux différents professionnels de santé intéressés par la mutualisation des moyens. Un des co-fondateurs explique : « [...] pour les médecins qui ne veulent pas être propriétaires des locaux et qui ne veulent pas prendre le risque d'une capitation, on a créé une société de gestion du réseau Delta, « Réseaux et Services », dans laquelle on a investi de l'argent et qui les

<Ludovic MORIN>

protège du risque financier [...] ; sur le plan technique, on a créé également Arsanté Services pour une question de soumission à la TVA et d'organisation de la comptabilité [...]
».

Concrètement, les centres médicaux fonctionnent majoritairement de la façon suivante : ils sont organisés en société anonyme. Ils sont autonomes sur le plan financier car un pourcentage de leur chiffre d'affaires permet de financer non seulement les salaires des infirmières et assistantes médicales majoritairement salariées mais également les loyers, les achats groupés de matériel etc. Une permanence des soins est organisée à tour de rôle entre les différents médecins libéraux s'il existe une permanence d'urgence comme au centre médical du Léman. La médecin rencontrée précisera : « [...] *chacun gère son cabinet, ses rendez-vous avec son agenda électronique maintenant, tout le monde a accès à l'agenda électronique de l'autre par le logiciel « Mediway » et au niveau des urgences, on garde des plages-horaires pour les permanences* ». Les différents centres utilisent les services logistiques d'« Arsanté Services SA » pour mutualiser les achats de matériel médical ou de médicaments.

Sur le plan médical, comme tous les médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux des douze centres (1300 professionnels de santé en tout dont environ 400 indépendants) ne font pas partie du réseau de soins Delta (qui rassemble près de 800 médecins généralistes sur le canton de Genève, Vaud et Valais), ils peuvent bénéficier des séances de formation médicale organisées par certains médecins généralistes de la maison de santé Cité générations. Un autre médecin généraliste témoigne : « [...] *je fais partie du groupe réanimation. On a un cours de réanimation pulmonaire de base et avancée, on forme tout le personnel du groupe Arsanté, les infirmières, les assistantes [...] ce sont les gens qui viennent à Cité générations sauf exception [...]* ; dans le groupe de formateur, il y a un cardiologue, trois médecins généralistes et quatre infirmières dont une coordinatrice qui coordonne les personnes qui vont animer le cours. On se voit en amont ensemble sur une semaine ou deux pour préparer le support et savoir comment on donne le cours et après on se voit tous les trois mois à peu près pour fixer les dates de cours, à peu près une à deux fois par mois ». De plus, l'autre point-commun à l'ensemble des centres médicaux est l'alternance du rôle de « médecin sénior » aux urgences de Cité générations également assurée par quelques médecins d'un autre centre médical du groupe. La fonction de « médecin-sénior » permet aux jeunes médecins qui débutent leur activité professionnelle d'avoir un soutien, un avis d'expert en cas de questions particulières ou spécifiques dans le cadre de leur formation. À l'intérieur de chaque centre médical où des médecins ont été rencontrés au cours de l'enquête de terrain, les médecins généralistes et spécialistes échangent de manière informelle sur les difficultés liées à certains patients et les

<Ludovic MORIN>

problématiques logistiques et techniques communes (gestion des ressources humaines...). De plus, presque la majorité des centres comprend au moins un professionnel qui exerce une activité liée à la médecine dite « douce » ou alternative (médecine chinoise, homéopathique, psychosomatique, acupuncture, art-thérapie, réflexologie...) en lien avec le concept de médecine « intégrative ». Celui-ci est une combinaison coordonnée de traitements conventionnels et de médecines complémentaires. La médecine intégrative offre aux patients une approche thérapeutique globale, centrée sur l'ensemble de la personne et son projet de soins³⁶.

Enfin, l'autre élément commun est l'utilisation généralisée du logiciel « *Mediway* ». C'est un outil informatique développé en interne et en externe (avec la société « *Logival* ») pour les médecins et qui a trois fonctions principales : il permet d'une part la création du dossier médical informatisé pour chaque patient (avec en plus des messages d'alerte en cas d'interactions médicamenteuse, d'allergies (...) intégrées au logiciel). D'autre part, l'autre fonction principale est la facturation des prestations et actes médicaux demandés par le médecin aux différents tarifs. Enfin, le module agenda permet de paramétrer les préférences de rendez-vous, le partage d'agendas avec les autres membres du cabinet. Il intègre une passerelle informatique vers un ensemble d'applications annexes créés pour certaines activités (gestion des plaies, assistance en montagne...). Néanmoins, c'est un logiciel qui ne permet pas les échanges d'informations entre tous les différents centres médicaux du groupe (cela est possible pour six centres sur les douze) car il a été conçu pour la pratique médicale en cabinet individuel. Le responsable des projets informatiques précise : « [...] *c'est un logiciel très lent, qui doit être installé physiquement sur chaque ordinateur et qui ne permet pas la synchronisation des informations avec d'autres logiciels utilisés (notamment à Cité générations avec l'établissement public de l'IMAD) car les flux d'informations sont trop importants et avec une sur-couche de sécurité [...]; il n'a pas été conçu comme un logiciel communicant* ». En outre, pour les médecins généralistes qui font partie du réseau Delta, ils utilisent un autre logiciel interne qui s'appelle « *Delta Data* » et qui fait l'interface entre les assurances et les médecins dans les facturations des prestations de soins. Il comprend également un module de partage de documents et d'informations sur les prescriptions pour les patients. Ces logiciels informatiques internes, conçus pour la pratique médicale individuelle en cabinet ne sont pas interfacés avec internet et ne peuvent donc pas communiquer avec les outils publics que sont « *mondossiermedical.ch* », dossier médical informatisé que le patient peut consulter et alimenter, ainsi que le « *dossier*

³⁶ <https://www.chuv.ch/fr/anesthesiologie/alg-home/patients-et-familles/centre-de-medecine-integrative-et-complementaire/>

électronique du patient (DEP) », autre module informatique intercantonal qui comprend également le carnet de vaccination numérique.

I.B.4 Existence d'une forme de concurrence entre professionnels de santé en interne

Il existe une autre difficulté qui constitue un vrai « frein » pour l'amélioration de la coordination des soins en interne à certains centres médicaux. C'est la crainte pour certains médecins généralistes et spécialistes de ne plus revoir leurs patients s'ils les orientent vers d'autres professionnels de santé paramédicaux ou autres. Cela renvoie tout d'abord à l'attitude du médecin lui-même qui, souhaitant tout contrôler dans la prise en soins de son patient, veut apporter absolument une réponse à tous ses maux, même si celle-ci n'est pas opportune. Une médecin rencontrée dira : *« [...] la difficulté principale pour le médecin spécialiste en médecine interne générale, c'est de connaître ses propres limites, jusqu'où je vais, jusqu'où je peux aller, à quel moment je fais appel à un spécialiste d'un autre domaine, un collègue etc. mais ça en principe on a appris à le faire »*. La coopération entre soignants et médecins témoigne d'une coopération sous-tendue par la concurrence, chacun souhaitant obtenir un avantage dans les échanges avec les malades. La dispensation des soins, qui met les différents professionnels de santé en concurrence, ne supprime pas leur relation de coopération. Dans ce cadre, la concurrence n'est pas le conflit mais une lutte indirecte entre deux parties pour un seul et même enjeu. Ainsi, la coopération entre professionnels de santé est complexe et ne se réduit pas à un accord assurant la totale cohésion entre des partenaires (Cresson G. et al, 2003). Au sein du réseau informel de professionnels de santé que constitue la maison de santé Cité générations et les centres médicaux proches géographiquement, le manque de coordination des soins s'exprime parfois par la non-orientation des patients de la part des médecins généralistes (mais également de certains spécialistes) vers d'autres professionnels médicaux et paramédicaux qui partagent pourtant les mêmes locaux (malgré des initiatives individuelles).

Une infirmière rencontrée témoigne : *« [...] quand je suis arrivée, je suis allée me présenter aux différents médecins pour expliquer ce que je faisais parce-que c'est vrai que c'est compliqué au début ils ont toujours peur qu'on leur vole leurs patients et qu'on leur rende pas alors que c'est une collaboration [...] moi j'ai pas le droit de prescrire on est bien d'accord, j'enseigne l'ETP voilà, j'ai fait des cours avec les assistantes médicales en leur expliquant bien mon rôle mais aucun médecin ne s'est déplacé. On prévoit des réunions mais les médecins ne se déplacent pas malgré la communication mise en place [...] malgré tout ça, on n'arrive pas à toucher tous les médecins [...] la majorité des médecins n'envoient*

<Ludovic MORIN>

les patients à l'infirmière que quand eux ne peuvent plus rien faire, ou ne savent plus quoi faire, c'est-à-dire où moi je peux pas intervenir en gros voilà [...] mais ce qui les bloque, c'est cette peur de pas récupérer leurs patients [...] donc il y a aussi une dimension commerciale [...] il y a certains médecins qui n'ont pas voulu continuer à travailler avec moi car ils ne pouvaient plus facturer de l'éducation thérapeutique [...] ils en font mais ils n'ont pas le même temps que nous on peut avoir pour voir les patients [...] dans les grandes structures comme les HUG, ça passe tout seul car ils sont plus habitués à travailler en équipe tandis que là c'est un peu de l'indépendance, donc ils se disent « si je récupère pas mon patient, c'est ça de moins » [...] il y a des médecins ici avec qui je travaille beaucoup plus, donc c'est aussi une question de mentalité ». Une autre médecin rencontrée ira dans le même sens en déclarant : « [...] la principale difficulté pour un médecin généraliste, c'est de connaître ses propres limites pour savoir quand faire appel à un confrère ». Le développement des maladies chroniques chez les patients confronte les médecins à leurs propres limites, ce qui leur demande un effort important de remise en cause (Michon A., 2004).

On retrouve également cette même situation avec certaines spécialités paramédicales comme les physiothérapeutes (en France, on emploie le terme de

Les professionnels paramédicaux en charge de cette spécialité sont des experts des troubles physiques fonctionnels et de la douleur. La physiothérapie fait partie des soins de base et les prestations prescrites par le médecin sont prises en charge par les assurances-maladies. Ils améliorent les aptitudes fonctionnelles (se lever, marcher...) en mobilisant les articulations qui en ont besoin. Il existe différentes spécialités comme la physiothérapie générale, la gériatrie, la pédiatrie etc. Ils sont soumis à prescription médicale (Physioswiss, 2019).

kinésithérapeute, voir encadré). Il y a beaucoup de ces professionnels dans les différents centres médicaux qui font partie du réseau. Lors de la création du centre médical de Lancy en 2016, une équipe de professionnels de santé a été recrutée au fur et à mesure par bouche à oreille, comme pour les autres recrutements. La société en nom collectif « My physio », qui comprend neuf physiothérapeutes, a intégré le centre médical en janvier 2018 alors qu'il existait déjà une équipe de trois physiothérapeutes mais selon les

spécialités, les patients ne sont pas les mêmes. Celle-ci s'occupe du suivi et de la prise en soins des patients âgés cardiaques après leur sortie de l'hôpital. Les soins à domicile en cardio-respiratoire sont une des spécialités de la physiothérapie. Un des responsables de la société et physiothérapeute rencontré indiquera : « [...] Quand on a intégré les locaux, on a bien expliqué qu'on allait s'occuper que des patients cardio-respiratoires qui sortent de l'hôpital et en intervention à domicile alors que l'équipe qui était installée avant nous a

<Ludovic MORIN>

une activité de physio plus « traditionnelle » qui ne se déplace pas à domicile avec une population plus jeune et sportive [...] il n'y a jamais eu de concurrence avec eux car on voit pas les mêmes patients. Eux, ce sont les médecins du centre qui vont leur adresser la « bobologie » au sens large du quartier d'Onex avec des patients sportifs ».

La rencontre avec les médecins généralistes et spécialistes de plusieurs des centres médicaux n'a pas abouti à une collaboration professionnelle permettant d'aller vers une coordination des soins. Le professionnel précise : *« [...] il y en a plusieurs qu'on connaît depuis notre expérience à l'hôpital donc ils savent ce qu'on fait maintenant mais plusieurs ont le réflexe d'envoyer les patients en réhabilitation à l'hôpital et non pas vers nous qui travaillons à côté [...] il y a ce lien culturel lié au « formatage hospitalier », notamment pour les spécialistes [...] on a cherché à les rencontrer, on a expliqué ce qu'on faisait à certains, notamment au GMO, car ils ont besoin d'être rassurés sur qui va prendre en charge le patient [...] ; concernant les généralistes, il y aurait du sens à ce qu'ils nous envoient leurs patients chroniques (diabétiques ou qui souffrent d'insuffisance cardiaque) car ils ont besoin de faire de l'activité physique [...] on a cherché à les sensibiliser car c'est eux qui voient les chroniques en premier mais ils ont peur qu'on les renvoie vers un médecin spécialiste pour faire des examens complémentaires et que les patients ne retournent pas après vers leur médecin généraliste, c'est peut-être ça la crainte ».* Ce phénomène renvoi au positionnement de chaque professionnel de santé dans la stratégie de prise en soins des patients. Certains vont considérer le suivi des patients de façon large, c'est-à-dire qu'ils vont prendre en compte toutes les différentes étapes alors que d'autres vont concevoir leur intervention de façon plus limitée et circonstancielle dans le parcours des patients (Bergeron H., Castel P., 2016).

Ces exemples issus de deux expériences professionnelles différentes (infirmière et professionnel paramédical) indiquent que les difficultés de coordination peuvent être liées à l'aspect humain lié à la non-connaissance de l'offre de soins qui existe au sein du réseau de professionnels de santé. Cela dépend fortement des catégories de professionnels de santé présents, des liens informels développés entre eux et de l'ouverture d'esprit sur d'autres pratiques paramédicales complémentaires. Mais ces difficultés peuvent également être liées à l'aspect commercial de la relation médecin-patient. Ce second facteur peut s'expliquer par le contexte démographique particulier du canton de Genève. En effet, comme indiqué précédemment, la Suisse connaît globalement une forte densité de médecins internistes généralistes même si cette population est vieillissante (annexe 6). Le canton de Genève connaît une situation particulière par rapport au reste du pays avec une prévalence importante de médecins internistes généralistes et spécialistes : en effet, toute spécialité confondue, le canton de Genève est le troisième canton avec le plus de médecins en exercice dans le secteur ambulatoire (1994 pour 1000 habitants en 2018) et le quatrième

<Ludovic MORIN>

en ce qui concerne les médecins internes généralistes³⁷. L'autre explication qui peut être avancée est liée à la distance géographique qui sépare les différents professionnels. En effet, dans le contexte d'une offre importante en médecins de famille, comme c'est le cas dans le canton de Genève, il y a ce risque pour le médecin interniste généraliste de vouloir répondre à toutes les demandes des patients afin de pouvoir le garder, en fonction de ses intérêts propres, ce qui expliquerait la réticence de beaucoup d'entre eux à vouloir coordonner les soins avec d'autres professionnels de santé (Huard P., Schaller P., 2011).

Nous avons vu dans cette seconde sous-partie que l'esprit d'initiative des médecins fondateurs a permis l'émergence d'initiatives prometteuses mais qui présente certaines limites organisationnelles. En effet, l'organisation administrative interne renforce la perception de flou pour les professionnels de santé. Cela engendre une mauvaise communication accentuée par l'autonomie des centres médicaux et des médecins libéraux. Celle-ci peut engendrer une forme de concurrence entre certaines spécialités médicales. Nous allons aborder dans cette troisième sous-partie les opportunités permettant de proposer un cadre propice à l'amélioration de la coordination des soins pour les pathologies chroniques.

C. Une coopération informelle au sein du réseau qui nécessite d'être davantage structurée (opportunités, menaces)

I.C.1 Différentes opportunités existent pour développer la coopération professionnelle

Le modèle de la matrice « SWOT » nous permet également d'analyser les opportunités qui mettent en lien les médecins généralistes du réseau de soins Delta dont certains travaillent à la maison de santé Cité générations qui fait partie de la société Arsanté Services SA.

³⁷ Secrétariat général FMH :

- *Médecins en exercice par canton et par secteur en 2018*, 31-12-18 (consulté en juin 2019) : <https://fmh.ch/files/pdf23/1b.-medecins-en-exercice-par-canton-et-par-secteur.pdf>
- *Médecins en exercice par discipline principale et par canton en 2018*, 31-12-18 (consulté en juin 2019) : <https://fmh.ch/files/pdf23/2.-medecins-en-exercice-par-discipline-principale-et-par-canton.pdf>

<Ludovic MORIN>

a) *Le projet de constitution de cercles qualité médecins-pharmaciens*

La première opportunité importante concerne le réseau de soins Delta de médecins internistes généralistes. En effet, celui-ci ne concerne actuellement que les pratiques des médecins généralistes dans le cadre de cercles de discussion entre pairs. Un des projets actuels envisagés par les docteurs Schaller et Raetzo est d'aller au-delà du travail réalisé sur la qualité de la consultation médicale et du processus de raisonnement clinique (Nendaz et al., 2010) qui engage le médecin et le patient. L'objectif est d'étendre l'effort réalisé par les médecins généralistes sur leurs propres pratiques à l'aboutissement de l'examen clinique, c'est-à-dire travailler sur la qualité de la prescription médicamenteuse. Le projet est d'intégrer des pharmaciens à la réflexion médicale des cercles qualités organisés. En effet, il a été démontré que cette collaboration interdisciplinaire permettait d'améliorer l'efficacité de la pratique médicale de la prescription médicamenteuse en fréquence et en volume de prescription (Bugnon et al, 2012).

De plus, ce processus de réflexion interdisciplinaire formalisé a également eu des conséquences sur le coût médicamenteux annuel par patient dans le groupe des cercles de qualité par rapport à un groupe témoin. Entre 1999 et 2007, le différentiel se chiffre à 42% et une économie d'environ 230 000 francs suisses par médecin (Locca et al, 2009). Les médecins généralistes de Fribourg ont été pionniers en Suisse dans la mise en place des cercles interprofessionnels de qualité médecins-pharmaciens. Ils ont pu démontrer une moindre hausse des coûts grâce à leur action (hausse restreinte à 35% au lieu de 75% pour le groupe témoin en 2016 (PharmaSuisse, 2019). Un des médecins à l'initiative de ce projet précise : « [...] *la plus-value des pharmaciens, c'est qu'ils connaissent bien les molécules et ils peuvent dire quand il vaut mieux prescrire telle molécule plutôt qu'une autre car elle est moins dangereuse etc. Une partie de l'amélioration de la qualité est de dire que quand tu dois donner un anti-inflammatoire, tu choisis celui-ci parce qu'il a un meilleur effet et il coûte moins cher. En gros, ils peuvent aider à choisir un produit quand il faut traiter une infection. [...] Par contre il y a plusieurs difficultés pour arriver à ça : tout d'abord, il y a un conflit d'intérêt à supprimer donc il faut financer les pharmaciens qui font ce travail-là car ils perdent un peu d'argent en ayant moins de prescriptions donc ils ont besoin d'être payés pour le faire ; ensuite, l'autre difficulté est la limitation de l'intérêt de la chose car dans la prise en soin globale de quelqu'un, le choix de la molécule à la fin a de l'importance mais ça représente une petite partie, c'est marginal ».* Une négociation a été réalisée avec le partenaire « PharmaSuisse » (association des pharmaciens suisses) sur une méthode pédagogique pertinente des pharmaciens. Le médecin précise : « [...] *Pharmasuisse a obtenu les données de médicament de la part des caisses d'assurance-maladie pour organiser les cercles qualité médecins-pharmaciens. Donc Pharmasuisse a les données et dans un groupe, cela permet de comparer de façon anonyme les prescriptions individuelles*

<Ludovic MORIN>

de chaque médecin par rapport aux prescriptions du groupe [...] ça permet de travailler sur la variabilité visible, c'est le moteur pédagogique³⁸. Donc il y a le potentiel d'utiliser ces données de médicament pour améliorer les choses ».

b) *La possibilité de développer l'action médico-sociale pour la prise en soins des patients fragiles*

L'autre opportunité intéressante qui pourrait permettre une coordination réelle des soins entre le secteur médical et médico-social au sein du réseau d'établissements d'Arsanté concerne la prise en soins coordonnée des patients fragiles. Le Conseil fédéral, dans le cadre de la stratégie « Santé 2020 » adoptée en 2013, a adopté une série de mesures concernant l'ensemble du système de santé. Parmi celles-ci, il y en a une qui concerne la volonté d'améliorer la coordination des soins pour les patients très âgés (80

Encadré : Les tarifs des prestations de soins

Les prix sont fixés par convention entre les représentants des assureurs, des médecins et des hôpitaux. Plusieurs systèmes de tarifs coexistent :

- Au temps : la facture dépend du nombre de minutes (utilisé dans l'aide et les soins à domicile) ;
- À l'acte : le système de facturation Tarmed (pour « tarif médical ») dépend du type de soins (utilisé dans les soins ambulatoires ou à l'hôpital) et de la valeur du point lié à chaque acte qui varie selon les cantons ;
- Au forfait : la facture est un forfait par maladie utilisé aussi dans les soins hospitaliers et en psychiatrie (Oggier W, 2016).

ans et plus) et polys morbides dans les passages d'un lieu d'encadrement (hôpital, autre structure de prise en charge) ou au domicile de la personne (OFSP, 2015). Le projet-pilote mené par la direction d'Arsanté Services SA pour tenter de répondre à cette priorité fixée par le Conseil fédéral est le développement du dispositif de collaboration entre l'EMS de Beauregard et l'UATM de la maison de santé Cité générations. C'est un des points forts de l'organisation (voir précédemment). Celui-ci consiste en la détection et l'évaluation du degré de fragilité de la personne âgée par une équipe dédiée de professionnels de santé et du secteur social (infirmier

³⁸ Le processus de travail d'un cercle qualité médecins-pharmaciens est le suivant : évocation des statistiques de prescription des médicaments par classe thérapeutique et des études comparatives ; mention des bases cliniques et thérapeutiques des molécules en fonction des recommandations de bonnes pratiques ; suggestion des profils coûts/avantages des thérapies en fonction du thème abordé et évaluation des glissements thérapeutiques et des substitutions génériques possibles ; recherche d'un consensus par le cercle de qualité lui-même, application du consensus, mesure de l'évolution de la prescription (étude d'impact). La dernière étape est l'optimisation de la prescription et mise à jour des consensus (Dr. Zeukeng M-J, *Les cercles de qualité médecins-pharmaciens*, Pharmasuisse, avril 2019, document interne)

<Ludovic MORIN>

clinicien et ASE) dans le but de mettre en place un PAP avec la personne malade et son entourage. L'idée serait d'intégrer également la prestation de livraison de repas dans le dispositif, méthode de détection des situations complexes. Pour assurer la pérennité du dispositif, celui-ci doit obtenir un financement complémentaire de la part des assurances-maladies pour pouvoir rémunérer les prestations réalisées au sujet de la coordination et de la prévention des soins. Ce n'est pas le cas dans le cadre des modèles de paiement actuels (voir encadré).

c) *La création d'un autre mode de financement des prestations de soins*

Par ailleurs, les deux autres opportunités qui inciteraient les professionnels de santé à développer encore davantage les projets de coordination des soins sont liés au financement des prestations de soins. En effet, l'actualité récente a permis d'aborder ce sujet. À la demande du Département Fédéral de l'Intérieur (DFI), un groupe d'experts indépendants a été chargé de formuler des propositions permettant d'améliorer l'efficacité du système de santé suisse. Le rapport, rendu en août 2017, a fait l'objet de vives polémiques³⁹. Il propose une série de 38 mesures dont une principale reprise par les médias et le conseiller fédéral de la santé Alain Berset⁴⁰ : la possibilité d'élargir la marge de manœuvre des projets pilotes pour rechercher des solutions innovantes avec l'instauration d'un nouvel article 56 ou 59 bis dans la Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie (Diener V. et al, 2017). Enfin, la dernière opportunité qui est liée à la précédente, est l'évolution du financement des prestations de soins ambulatoires du paiement à l'acte (système « TARMED » décrit précédemment) vers une révision de la structure de paiement des 4600 actes médicaux et paramédicaux répertoriés dans « TARMED ». Ce projet de révision du tarif ambulatoire, intitulé « TARCO » (pour « TARMED Consensus »), est lié à l'initiative de la FMH, l'association qui fédère les médecins suisses. Une nouvelle nomenclature des positions tarifaires (qui n'en comptera plus que 2736) a été négociée avec chaque représentant des disciplines médicales. Ce nouveau modèle de coût (qui comprend un contrôle de plausibilité des minutages des prestations à l'acte) a également fait l'objet de négociations avec les partenaires tarifaires (les 56 assurances-maladies)⁴¹. Les règles d'application sont toujours en cours de négociation avec le Conseil fédéral⁴². Le réseau de

³⁹ Journal « *Le Temps* », *Coûts de la santé : ce rapport que personne ne veut lire*, 28-11-17 : <https://www.letemps.ch/suisse/couts-sante-rapport-personne-ne-veut-lire>

⁴⁰ Journal « *20 minutes* », *Alain Berset veut un plafond contraignant*, 25-10-17 : <https://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/Alain-Berset-veut-un-plafond-contraignant-11409081>

⁴¹ Oeschger C., *TARCO est prêt, négociations avec les partenaires en cours*, Bulletin des médecins suisses, 25-04-2018 (consulté en mai 2019) : <https://bullmed.ch/article/doi/saez.2018.06682/>

⁴² Oeschger C., *La structure des prestations des partenaires tarifaires est prête*, Bulletin des médecins suisses, 14-11-18 (consulté en mai 2019) : <https://bullmed.ch/fr/article/doi/bms.2018.17339/>

soins Delta, qui finance plusieurs actions de prévention des maladies chroniques (activités sportives des aînés, rythmique diététique et formation des assistantes médicales...), souhaite également que le mode de financement actuel « TARMED » puisse évoluer pour permettre le financement d'une aide à la gestion des maladies chroniques apportée par les assistantes médicales⁴³.

I.C.2 Plusieurs menaces potentielles peuvent compromettre la dynamique de coopération interprofessionnelle

a) *Un développement exogène et trop rapide du réseau*

La première menace qui peut empêcher la dynamique interprofessionnelle engagée au sein du réseau Delta (projet de cercle qualité médecins-pharmaciens), de la maison de santé Cité générations (projet de consultation infirmière) et plus globalement d'Arsanté Services SA (projet de prise en soins médico-social) est le choix stratégique d'un processus de développement continu. En effet, le choix du développement exogène du réseau de la maison de santé par la multiplication de la création des différents centres médicaux permettrait en théorie : l'augmentation de la qualité de la prise en soins, une meilleure visibilité de chaque professionnel et la réduction des coûts (Huard P., Schaller P., 2014). Cette option stratégique d'expansion, censée permettre l'ajustement spontané des pratiques des professionnels, est davantage synonyme de concurrence entre des professionnels de santé médicaux et paramédicaux autour et au sein de la maison de santé Cité générations (voir l'exemple des physiothérapeutes ou de l'infirmière spécialisée). En effet, la création en quelques années de plusieurs centres médicaux (7 centres médicaux ont été créés depuis la création de la maison de santé Cité générations en 2012) a suscité incompréhension et parfois méfiance de la part des médecins qui ne comprennent pas la logique d'ensemble des différents projets du docteur Schaller. En effet, ils contribuent de façon indirecte, par leur participation financière forfaitaire prise sur leur chiffre d'affaires, au financement de ces projets. Un des médecins dira : « [...] *il va tous nous mettre au chômage !* ».

b) *Des échanges essentiellement informels et peu structurés*

De même, la proximité géographique ne permet pas, dans l'état du fonctionnement actuel, d'élaborer des formalisations d'échanges entre les professionnels de santé à travers

⁴³ PV Conseil d'administration du Réseau de soins Delta, 04-04-19 (document interne)
<Ludovic MORIN>

des protocoles de soins qui pourraient être l'amorce d'une collaboration autour d'un projet de santé collectif. En effet, sur le plan médical, les échanges actuels entre certains médecins, les infirmières et assistantes médicales se font de façon majoritairement informelle. Les réunions collectives sont très peu formalisées. Les échanges à l'intérieur de chaque centre se font au cas par cas et en fonction de la situation du patient. Une médecin rencontrée dans un centre médical qui a intégré le réseau d'Arsanté Services SA en 2016 témoigne : « [...] il y a les cercles qualité Delta où chacun peut aller selon ses affinités mais entre nous, on se voit une fois par mois avec l'équipe complète, on est 15 médecins et 15 paramédicaux et entre médecins on se voit aussi une fois par mois, on discute de toute sorte de choses administratives et parfois médicales [...] ; quand on a un cas qui nous pose problème, on va chercher le collègue selon la spécialité qui est dans le couloir et je lui demande devant le patient : qu'est-ce que tu penses de ça, est-ce que tu peux venir voir ? ça se fait de manière totalement informelle ». Ce phénomène peut constituer une menace car il contribue à la redondance des actes médicaux et à la rupture des parcours de soins.

c) *L'émergence d'une forme de crainte entre professionnels de santé et paramédicaux*

Par ailleurs, la croissance de la taille de l'offre de soins, que ce soit en interne d'une maison de santé comme celle de Cité générations, d'un autre centre médical du réseau ou en externe dans le cadre d'une proximité géographique, ne permet pas une meilleure visibilité de l'offre de soins proposée qui créerait une forme d'émulation mutuelle dans la pratique des soins comme ça a été imaginé initialement (Huard P., Schaller P., 2014). Malheureusement, c'est l'inverse qui se produit avec une certaine méfiance, ou tout du moins une forme de crainte entre centres médicaux et envers les nouveaux professionnels de santé. Une médecin rencontrée au GMO dira : « [...] on n'a plus le droit de former des internes car on n'a plus de structure d'urgence [...] comment peut-on avoir une bonne collaboration, pouvoir discuter et partager une même philosophie quand on ne nous invite pas aux colloques ou réunions organisées à Cité générations [...] ». Une autre médecin d'un centre médical précisera : « [...] ça fait partie des faiblesses du groupe, les gens doivent s'entendre, se faire confiance et dès que vous avez peut-être des conflits larvés, il faut tout de suite les déceler et les régler, une pomme pourrie peut pourrir tout le panier comme on dit donc il faut régler les problèmes au fur et à mesure et il ne faut pas laisser les choses se dégrader, c'est peut-être le plus gros risque dans un groupe [...] ». Ainsi, les contraintes qui structurent les relations au sein du réseau (exercice individuel de la médecine encouragé par le paiement à l'acte, le manque de temps et de ressources, l'émergence d'une forme de concurrence) ne font pas l'objet de la construction d'un cadre collectif de régulation qui permettrait une meilleure intégration professionnelle et une

<Ludovic MORIN>

meilleure solidarité entre l'ensemble des professionnels de santé (Schweyer F-X., 2014). Cette absence de régulation est renforcée par la persistance du statut de « profession dominante » de la part des médecins, notion décrite par Eliot Freidson (Dodier N., 1985).

Les réalités de travail observées et analysées par la littérature indiquent une profonde hétérogénéité des pratiques selon les lieux, les médecins et parfois même pour un même médecin. C'est ce que Nicolas Dodier a développé lorsqu'il parle d'articulation des dimensions cognitives et morales des jugements médicaux (Bergeron H., Castel P., 2018). De plus, dans un contexte de financement des prestations ambulatoires majoritairement à l'acte, il existe un réel blocage dans la dynamique du travail de groupe à cause de l'absence de financement des activités spécifiques de coordination (ex. : fonction administrative de coordination des différentes interventions, de même pour les soins et services paramédicaux) qui empêche la dynamique de s'enclencher (Huard P., Schaller P., 2014). De même, l'absence de régulation de la concurrence qui existe entre groupes professionnels au sujet de la division du travail existe au sein même des groupes professionnels. Les professions médicales et paramédicales ne sont pas unies par des valeurs et des liens d'intérêt mais sont traversées par des compétitions internes portées par des coalitions. La dynamique des professions est faite de clivages et de compétition parce que les professions et segments professionnels ont chacun leur définition de leur activité de travail et leurs croyances sur le sens de leur mission (Schweyer F-X. et al, 2018). Un infirmier rencontré précisera : « [...] là où ça va bien fonctionner c'est quand chacun va considérer qu'il a un boulot différent : si le médecin considère qu'il a son boulot avec ses responsabilités et tout ça, et qu'il fait appel à un infirmier qui a également son boulot avec ses responsabilités, même si lui est responsable de certains des actes infirmiers parce qu'on ne change pas la loi comme ça et bien du coup, tu travailles en collaboration l'un avec l'autre parce que tu fais appel à un autre prestataire qui ne va pas prolonger ton acte mais qui va réaliser un acte qui n'est pas le tien et c'est là la différence. Et nous on a le même problème en tant qu'infirmier avec les ASSC en Suisse ou les aides-soignants en France [...] ».

d) *L'arrivée sur le canton de Genève d'un réseau de soins concurrent*

En outre, l'autre menace provient de l'arrivée sur le canton de Genève d'un concurrent direct pour le réseau de soins Delta qui est Medix Romandie. Celui-ci a été créé dans les années 1990 en Suisse allemande, à la même période que le réseau de soins Delta. Ils appliquent également le modèle de « *Managed Care* » avec l'obligation pour les patients de passer par leur médecin traitant avant d'être orientés vers un spécialiste pour être remboursés par leur assurance-maladie en échange d'une réduction de prime de 10 à

<Ludovic MORIN>

20%. Ils ont également développé leur propre outil informatique au service des médecins et créé des outils d'aide à la consultation. De la même façon, ils ont mis en place des cercles de qualité pouvant faire l'objet de rencontres itératives. Les différences sont que les cercles de qualité sont interprofessionnels car ils ne concernent pas que les médecins généralistes. De même, ils expérimentent déjà les cercles qualité médecins-pharmaciens. Par ailleurs, leur méthodologie d'enseignement est différente car ils organisent leurs cercles qualité à partir de thèmes choisis à l'avance et selon des recommandations de bonnes pratiques⁴⁴. Ils ont rendu visite à plusieurs médecins du réseau Delta. Certains ont déjà rejoint ce réseau et quitter celui de Delta suite à des conflits personnels. Il existe un 3^e réseau à Genève créé en opposition au réseau Delta dans les années 90, moins développé en nombre de patients et avec plus de médecins participants, le REMED (Réseau de Médecins Genève⁴⁵). Il est surtout associé à une grande caisse d'assurance-maladie. Le choix d'affiliation des médecins est aussi en grande partie lié au sentiment de loyauté des médecins pour ne pas perdre la possibilité de soigner les patients qui choisissent tel ou tel autre réseau. Ce qui fait que beaucoup de médecins sont affiliés à deux ou trois réseaux à cause de leurs patients ou par affinités personnels et professionnels avec d'autres médecins. Ainsi, l'impact des relations d'amitié et professionnelles qui se nouent entre les médecins dans ces réseaux de pairs pour désencastrer la décision médicale (Bergeron H., Castel P., 2018) traverse d'autres réseaux.

e) *Un problème démographique interne non anticipé au sein de la direction*

Contrairement à l'idéal des organisations dites « agiles » ou des entreprises « libérées » des docteurs Schaller et Raetzo, le mode de gouvernance en interne à Cité générations et plus globalement à Arsanté est très centralisé. En effet, même si le docteur Baer est identifié par l'équipe médicale comme le principal interlocuteur de la direction, c'est le docteur Schaller qui prend la majorité des décisions importantes, notamment dans l'impulsion et la mise en place des projets. Le docteur Raetzo lui dira au cours d'une réunion : « [...] c'est toi avec toi-même qui doit décider ». Ce dernier dira également au cours d'un entretien : « [...] je pourrais très bien être en retraite mais j'aime ce que je fais ici, j'ai pas l'impression de travailler [...] ». Un des chargés de missions dira : « [...] la génération des médecins de Schaller, c'est une génération de « Totem », on est en train de construire la suite ; [...] Arsanté Services SA, c'est le plus grand projet du couple Schaller pour les prochains 10 ans parce-que Tiziana va arriver à l'âge de la retraite [...] Schaller commence tout juste à penser à la relève car quand je lui ai posé la question, il était complètement perplexe, ça l'a touché dans son intime [...] pour le moment ils réfléchissent,

⁴⁴ Site de « Medix-Romandie » : <https://www.medix-romandie.ch/medecins>

⁴⁵ Site du réseau « REMED » : <http://www.reseau-remed.ch/>

<Ludovic MORIN>

ils cherchent ». L'objectif de lutter contre l'inertie des pratiques est à l'origine des nombreux projets du docteur Schaller mais l'impulsion initiale de ces projets interprofessionnels est celle de l'équipe de direction et non pas une initiative des médecins eux-mêmes. Or, l'équipe de direction a aujourd'hui près de 65 ans de moyenne d'âge et fait partie des leaders qui ont impulsé (et impulsent encore aujourd'hui) les différents projets de santé depuis le début, sauf Tiziana Schaller qui est arrivée plus récemment. La démographie interne vieillissante des dirigeants devient problématique lorsqu'elle n'est pas anticipée assez longtemps à l'avance.

Dans cette troisième sous-partie, nous avons vu que l'environnement extérieur au réseau Arsanté Services SA avait un rôle important dans son évolution et que plusieurs opportunités et menaces sont présentes. Parmi les opportunités, nous avons parlé du projet de constitution de cercles qualités médecins-pharmaciens, du développement de l'action médico-sociale pour la prise en soins des patients les plus fragiles et de la possibilité d'expérimenter un autre mode de financement collectif. Par ailleurs, il existe également plusieurs menaces qui représentent ou peuvent représenter des blocages à la mise en place des différents projets. Il s'agit en premier lieu de l'expansion trop rapide du réseau, en second lieu de l'informalité dans les échanges entre les professionnels de santé. Ensuite, l'autre menace est la méfiance relative qui existe entre les professionnels de santé des différents centres. Par ailleurs, l'existence d'un réseau de soins concurrent qui se développe représente également une menace potentielle de même que le vieillissement des membres de la direction qui n'a pas été anticipé.

De façon plus générale, nous avons vu au cours de cette première partie que les valeurs de la médecine libérale étaient à la base de la logique d'entreprise des médecins fondateurs. Ces derniers ont pensé une évolution des pratiques médicales de meilleure qualité qui intègre une meilleure coordination des soins à travers différents projets. Néanmoins, cette coordination des soins ne s'est pas traduite dans la pratique de toutes les relations entre les différents professionnels de santé au sein de la maison de santé Cité générations et plus globalement entre les différents centres médicaux où l'informalité en interne est encore prépondérante. Dans la seconde partie, nous allons proposer des pistes d'amélioration de l'organisation pour se rapprocher d'un modèle d'intégration des soins plus structuré recommandé par l'OMS qu'est celui du « *Chronic Care Model* ».

II. Un renforcement de la prise en soins intégrée nécessaire pour tendre vers le « *Chronic Care Model* »

Pour répondre aux évolutions mentionnées précédemment (vieillesse de la population et des professionnels de santé, hausse de la prévalence des maladies chroniques et de la polymorbidité, spécialisation de la médecine qui augmente les sous-spécialités et intermédiaires, hausse des coûts de la santé), l'amélioration de la mise en réseau et de la coordination des soins est l'une des réponses à ces évolutions. 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. Cette notion de « prise en soins intégrée » est à la base des nouveaux modèles de soins. Elle désigne l'idée d'une prise en soins étendue à tous les secteurs et groupes professionnels et axée sur le patient (annexe 10). L'OFSP parle de « soins coordonnés », une notion qui a le même sens⁴⁶.

La nécessité des soins intégrés étant mondialement reconnue (OMS, 2016, 2013), diverses initiatives ont vu le jour dans plusieurs cantons suisses ces dernières années qui mettent en œuvre plusieurs caractéristiques du « *Chronic Care Model* ». Ces éléments présents dans les initiatives de soins intégrés étudiés sont les suivants : l'organisation des prestations de soins, le soutien à la décision clinique (intégration des données probantes dans la pratique clinique quotidienne...), l'utilisation des systèmes d'information cliniques (organisation des données des patients, systèmes de rappel...) et le soutien continu à l'autonomie des patients (évaluation des objectifs, résolution de problèmes...). La seule enquête nationale qui existe à ce jour en Suisse fait état de 162 initiatives de soins intégrés répondant aux différents critères d'éligibilité établis. Cette diversité s'exprime en termes de structures et d'acteurs engagés dans leur gouvernance : citons par exemple les « Centres de santé » et « Réseaux de médecins » en Suisse alémanique, et les Services cantonaux de la santé publique et Organisations de soins en suisse latine pour les initiatives de transition et de coordination⁴⁷. De plus, cette hétérogénéité s'exprime également en termes de groupes ciblés et de professionnels concernés. Ces derniers ont été majoritairement des

⁴⁶ Pour l'OFSP, les « soins coordonnés » sont définis comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. Le patient figure au premier plan : la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours (OFSP, 2016).

⁴⁷ Ces initiatives concernent principalement des activités de coordination entre structures et niveaux de santé différents, d'information/redirection dans le système de santé en collaboration avec les acteurs déjà présents dans les situations, de processus de soins formalisés pour les patients complexes (*case/care management*) ou encore de promotion du travail en équipe interprofessionnelle ou interinstitutionnelle.

<Ludovic MORIN>

médecins généralistes et spécialistes ainsi que des infirmières en soins généraux et spécialisés mais également des travailleurs sociaux et d'autres prestataires non-médicaux. Les résultats de cette étude indiquent que ces initiatives ont été mise en place très récemment (entre 2010 et 2016), que ce sont les médecins et infirmières qui sont les plus fréquemment impliqués et que les différents types de mesures visent à favoriser une plus grande implication des patients (participation active dans la prise de décision et l'élaboration du plan de soins, information...) (Schusselé Filliettaz et al., 2017). D'autres projets novateurs de collaborations plus ou moins intégrés ont également lieu en Suisse qui testent différents modèles de soins avec un travail sur la qualité diversement étendu (CDS, OFSP, 2012).

A. Vers une structuration de la collaboration médicale au sein de Cité générations. Proposition : formaliser l'informel par la constitution d'une équipe pour une meilleure prise en soin des patients multimorbides

Les initiatives engagées au sein de la maison de santé Cité générations en matière médicale dans la collaboration interprofessionnelle (UATM, projet de consultation infirmière aux urgences et au CSA pour les vaccinations) et Arsanté en matière médico-sociale (portage de repas, accompagnement social) sont innovantes mais relèvent plus de la juxtaposition d'activités que d'une réelle intégration. Ce constat est lié au manque de formes de financement alternatives (Huard P., 2018) mais également aux options stratégiques choisies. En effet, l'augmentation de la taille de la maison de santé et l'élargissement de la gamme de services de santé proposés n'a pas produit les effets escomptés initialement : spécialisation des tâches, activités plus efficaces, mise en place de procédures et protocoles partagés (Huard P., Schaller P., 2014). Seules des économies d'échelle issues du regroupement de certains achats concernant quelques centres médicaux du réseau ont été réalisées (médicaments, matériel médical). De plus, un manque de structuration des soins a été remarqué dans la maison de santé Cité générations par la DGS lors de l'inspection du 15 avril dernier. En effet, il y a eu plusieurs remarques concernant les prestations de soins et notamment l'absence d'une évaluation des soins une fois réalisés. Il y a eu également une demande de formalisation des procédures de soins externes en lien avec les hôpitaux universitaires de Genève. De même, la fonction de chaque professionnel de santé avec ses tâches et responsabilités n'a pas été entièrement formalisée dans une fiche de poste adaptée intégrant les relations hiérarchiques et fonctionnelles (DGS, 2019). Enfin, le travail de collaboration entre médecin et infirmière pour la rédaction des protocoles de délégation de tâches n'a pas été anticipé et programmé

<Ludovic MORIN>

car les réunions mises en place au départ (une fois tous les mois) pour la rédaction des protocoles se sont espacées progressivement dans le temps et n'ont pas donné de suites à ce jour.

Pour remédier à cette situation, il convient de se référer aux différents éléments du CCM recommandés par l'OMS pour améliorer la prise en soins des malades chroniques de façon globale. Parmi les éléments du CCM nécessaires pour une meilleure prise en soins des malades chroniques, il y a celui de l'interaction au sein d'une équipe soignante et proactive ainsi que la mise en place de prestations de soins de qualité (efficaces et efficaces) (annexe 10). L'interprofessionnalité semble une réponse pour assurer les besoins sanitaires de la population et utiliser au mieux les ressources financières avec les professionnels de santé disponibles. C'est une manière de mettre en complémentarité les compétences de différentes professions de soins autour d'un patient multimorbide. Pour concilier la nécessité de mise en commun des compétences de différents professionnels de santé et éviter la multiplication du nombre d'intervenants, l'interaction au sein de l'équipe soignante est à même d'assurer une bonne communication et des échanges rapides entre soignants. Elle permet de réduire la fragmentation des soins qui s'est créée dans le système médical suisse organisé autour de spécialités. On parle alors d'une organisation verticale des soins centrés sur une maladie (Widmer et al., 2016). Cette organisation dite horizontale est centrée sur les soins primaires et doit pouvoir coordonner et prioriser les soins de ces patients complexes (De Maeseneer et al., 2012). Ce type d'organisation de travail collective ne permet pas à toutes les recommandations de bonnes pratiques liées à chaque maladie d'être appliquées à la lettre, même si elle bénéficie de clairs avantages (meilleure communication, identification d'un coordinateur pour l'ensemble des problèmes du patient). On parle alors dans la littérature du paradoxe des soins primaires (Homa L. et al, 2015 ; Stange K.C., Ferrer R.L., 2009).

Afin de tenter de corriger les dysfonctionnements mentionnés précédemment et constatés au cours du travail de terrain effectué (liens essentiellement informels entre les professionnels de santé, concurrence entre certains d'entre eux), il conviendrait de favoriser le changement et d'améliorer la performance médicale par une meilleure prise en compte de la qualité dans les processus de soins. Pour que les processus de soins en cours de rédaction concernant les différents projets pluridisciplinaires au sein de Cité générations (consultation infirmière aux urgences ainsi que pour les vaccinations) soient davantage continus, centrés sur le patient et efficaces, il pourrait être intéressant d'intégrer d'autres professionnels à la réflexion de ces projets pour avoir une vision globale des patients. On pourrait associer les patients eux-mêmes qui ont leur expérience de la maladie, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, nutritionnistes, assistantes médicales. Ce modèle de

<Ludovic MORIN>

travail en équipe de soins (ou « *Team-Based Care* ») dépasse la seule collaboration médecin-infirmière et contribue à réduire la charge d'activité des médecins généralistes en utilisant les compétences d'autres professionnels formés.

La méthodologie inhérente à ce mode de travail collectif est importante pour arriver aux effets escomptés. Pour cela, la formalisation du processus de travail collectif en interne de la maison de santé est nécessaire afin d'identifier les différentes étapes qui aboutiront à un travail de qualité comme c'est le cas pour les quelques protocoles de soins déjà rédigés (annexe 7). L'outil de la cartographie de processus recommandé par l'OMS dans la prise en soins des maladies chroniques est adapté à la situation de la maison de santé Cité générations car il permettrait de structurer le travail collectif autour de la prise en compte des besoins du patient afin d'en améliorer l'efficacité. De plus, il corrigerait les points d'amélioration signalés dans le rapport d'inspection de la DGS. Cette cartographie identifie les étapes principales suivantes (dont certaines sont déjà réalisées par le service des urgences de la maison de santé) : priorisation et tri des patients à haut-risque à l'accueil, prise de contact avec les patients chroniques pour planifier les différents rendez-vous (avec un système de rappel aux patients quelques jours avant leur venue). Lors de la venue du patient, les données de contacts doivent être mise à jour ; il faut fournir au patient un rapport d'évolution de sa prise en soins, procéder à une évaluation préliminaire (adhésion aux médicaments, prise en compte des antécédents médicaux et sociaux). Il faut ensuite élaborer un plan de soins et fixer des objectifs avec le patient. Après la réalisation des examens : état de l'avancement des soins, résolution des éventuels problèmes, prescription numérique possible de médicaments ; recueil des besoins d'examen de laboratoire par l'assistante médicale ; planification du prochain rendez-vous et distribution d'un résumé de la consultation clinique au patient ; échange avec lui si nécessaire après lui avoir fourni la facture, suivi des rappels de patients (WHO, 2018). Des études cliniques ont montré l'efficacité médicale et l'efficience de cette approche dans l'amélioration du contrôle des maladies des patients atteints d'hypertension artérielle (Community Preventive Services Task Force, 2014), de dépression ou lorsqu'il s'agit de la prise des médicaments (Joshi R. et al, 2014). Cette planification du processus clinique pourrait être utilisée dès les prochains protocoles de soins pour la future consultation infirmière aux urgences de la maison de santé (projet qui va se réaliser en octobre 2019).

Pour mesurer l'évolution de l'intégration de ce processus, il pourrait être créé un tableau de bord avec des indicateurs de suivi sur l'évolution des pratiques actuelles. Celui développé par le réseau de santé « *Intermountain Healthcare* » aux Etats-Unis serait le plus pertinent car il intègre les différents objectifs du concept de « *quadruple aim* » pour un système de santé durable : l'amélioration de l'état de santé de la population, l'amélioration

<Ludovic MORIN>

de l'expérience du patient en matière de soins (incluant la qualité et la satisfaction), la réduction des coûts des soins de santé par habitant et la satisfaction de l'équipe de soins. Ce dernier élément a été ajouté aux précédents car l'amélioration des conditions de travail des équipes de soins est aussi importante et représente une condition sine qua none pour pouvoir atteindre les autres objectifs (Bodenheimer T., Sinsky C., 2014).

Les indicateurs pourraient donc être les suivants : la satisfaction du patient (après questionnaire par exemple), l'amélioration de son état de santé, la supervision et la culture d'équipe. Ce dernier indicateur comprend : la description des rôles et responsabilités, la mise en place de réunions de routine dans l'équipe pour améliorer les processus de travail fondés sur des preuves cliniques, la désignation d'un médecin leader pour diriger le changement culturel et affecter les ressources, le suivi des modules de formations de l'équipe. Les autres indicateurs sont : la formalisation des processus de travail (flux de patients écrits et formalisés, formation de l'équipe aux caractéristiques d'engagement des patients dans la prise en soins de leur(s) maladie(s), évaluation et mise en œuvre des améliorations...), l'utilisation de systèmes d'information permettant de coder les résultats médicaux des patients et d'évaluer les coûts de chaque prestation de soins, le développement de partenariats avec d'autres acteurs externes (écoles, associations...) pour le partage de ressources et la prise en compte des patients spécifiques (Briot P., 2019). Les transformations de ces pratiques de soins en équipe ont montré des résultats dans six centres médicaux académiques américains. Ces résultats concernent la réduction du nombre d'hospitalisations (18,6%) et de visites aux services d'urgence (25,2%) pour des échantillons de patients ayant au moins deux maladies chroniques. En revanche, cela peut entraîner une utilisation accrue des prestations de soins parmi les patients en meilleure santé (Meyers D. et al., 2018).

B. Réformer la gouvernance administrative de la société Arsanté Services SA par l'introduction d'un nouvel acteur : les associations de patients

Comme on l'a vu dans la première partie, la maison de santé de Cité générations et plus globalement la société Arsanté Services SA n'est pas véritablement comprise par les professionnels de santé comme une entité à part entière avec un projet de groupe. Cela est sans doute lié au manque de cohésion dans la communication avec les équipes et aux dysfonctionnements internes qui font que les dirigeants réagissent aux problèmes éventuels plus qu'ils ne les anticipent. Une des médecins rencontrés dira : « [...] les

<Ludovic MORIN>

faiblesses sont celles du groupe, c'est-à-dire que les gens doivent s'entendre, se faire confiance et dès que vous avez des conflits « larvés », il faut tout de suite les déceler et les régler au fur et à mesure ». Afin de dépasser ces problèmes et antagonismes et ne voir dans le groupe Arsanté Services SA qu'un intérêt logistique de mutualisation des achats pour certains centres médicaux et aller plus loin qu'une proposition de formation pour les infirmières et assistantes médicales, il faut donner un sens et une vision compréhensible et claire de la société. En effet, lorsque celle-ci a été créée en 2017, un site internet de communication sur les valeurs avait été créé⁴⁸ mais qui n'est pas ou peu connu de la part des professionnels en interne. De plus, il est volontairement peu explicite sur les différents projets envisagés.

Définition du concept d'« empowerment » :

nombreuses sont les définitions de ce terme dans le domaine de la santé mais on peut néanmoins le définir comme un processus d'émancipation individuel du patient concernant l'organisation de son parcours de santé. L'OMS le présente comme un moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé. Sur le plan collectif, « l'empowerment » renvoie à la capacité d'un groupe de personnes (usagers ou citoyens) d'exercer une influence sur les organisations de santé (Fayn M-G et al, 2017).

Pour contribuer à clarifier les objectifs de cette structure, il serait intéressant d'apporter un regard extérieur sur le fonctionnement de la maison de santé Cité générations comme de la société Arsanté Services SA en impliquant les usagers des différents centres et les personnes accompagnées dans le fonctionnement interne de l'organisation. Ce nouveau modèle de management renvoie au concept « d'empowerment » (voir encadré) appliqué au champ de la santé et du médico-social. Les intérêts sont

multiples pour l'entreprise : en plus du respect de la personne et de l'éthique managériale qu'elle sous-tend, le but est celui d'une amélioration de l'état de santé et de l'autonomie de la personne en plus de l'image de marque et du partage des décisions de l'organisation. Cette institutionnalisation des patients comme acteurs de leurs parcours de santé n'est pas seulement un contrepoint au pouvoir des professionnels de santé mais une participation active à la résolution de problématiques qui les concernent directement (Gross O., Gagnayre R., 2017). Cela permettrait également d'améliorer le service rendu aux patients en plus de leur « compliance », c'est-à-dire d'un meilleur respect du traitement et d'une meilleure qualité de suivi (Fayn et al, 2017). Ces objectifs seraient également à même d'apporter des réponses aux différentes recommandations du service du médecin cantonal

⁴⁸ Site du groupe « Arsanté » : <https://arsante.ch/>

de la Direction Générale de la Santé (DGS) lors de l'inspection réalisée le 15 avril dernier⁴⁹. Ainsi, les évolutions du champ sanitaire et médico-social de la société Arsanté Services SA seraient construits comme faisant partie intégrante de l'offre de services sur un territoire de santé pour en assurer la continuité et la diversité⁵⁰. Plus concrètement, la participation des usagers peut prendre plusieurs formes. Celles-ci peuvent aller de la simple information (sur leurs droits, les modalités de leur prise en soins...) à la consultation (les usagers ou leur représentant sont invités à donner leur point de vue sur la prise en charge) en passant par la concertation (échanges entre les usagers ou leurs représentants sur les modalités de prise en charge, les différents projets...) et jusqu'à la co-décision (les usagers ou leurs représentants sont consultés en amont pour définir les projets de l'institution). Les modalités d'action peuvent être les suivantes : l'organisation par l'établissement de conférences, rencontres et débats publics (comme c'est le cas actuellement au sein du réseau Delta en matière de prévention et promotion de la santé) ou la réalisation d'un travail en amont des projets entre les différents acteurs (associations d'usagers...) (Marraud L. et al, 2018). Pour les deux dernières modalités de participation des patients qui sont les plus ambitieuses (concertation et co-décision), il pourrait être opportun de créer un conseil d'administration d'Arsanté comme il en existe un au sein du réseau Delta. Seulement, au lieu d'être composé et de s'adresser uniquement aux médecins, il pourrait être formé également de patients et de représentants de patients comme de professionnels médicaux (infirmières, physiothérapeutes, paramédicaux...).

La participation des usagers aux innovations organisationnelles de l'entreprise permettrait de construire une culture de partenariat avec les patients. Elle permettrait également de s'assurer de l'adaptation des services proposés aux besoins spécifiques de la population. Cela serait particulièrement adapté aux différents projets de la société Arsanté Services SA, que ce soit du projet de consultation infirmière aux urgences comme de la création récente du centre de médecines naturelles. En effet, ce changement important permettrait de partager davantage la décision afin qu'elle ne soit plus l'apanage d'un petit groupe de médecins entrepreneurs qui impulsent les projets dans une logique « *top-down* » et qu'elle corresponde vraiment à un besoin de la population sur le territoire

⁴⁹ Le service du médecin cantonal de la DGS est compétent pour la surveillance de la qualité des prestations de soins dans le respect des droits des patients. Parmi les constats réalisés au sujet de la qualité des prestations de soins et d'accompagnement, il y a un manque de prise en compte des besoins des patients ainsi qu'une non-évaluation de leur satisfaction. De même, en matière de garantie de sécurité des patients, le respect des règles de bonnes pratiques et la conformité des traitements aux prescriptions médicales n'est pas vérifiable (DGS, 2019).

⁵⁰ En France, des territoires de démocratie sanitaire se développent avec une place faite aux usagers et à la population dans le cadre des conseils territoriaux de santé. On peut citer l'exemple de l'organisation de débats publics par les ARS et certaines associations sur la thématique de l'autonomie des personnes âgées dans le cadre des conférences régionales pour la santé et l'autonomie (CRSA).

de santé afin d'aller plus loin que la seule création d'une offre de soins supplémentaire et d'impulser une dynamique « *bottom-up* » où les initiatives pourraient venir également d'autres acteurs. Ce processus de participation des usagers, dont la forme sera à préciser, permettra également de mieux partager l'information en interne et en externe entre les différents acteurs concernés (médecins, professionnels paramédicaux, personnel administratif...) et peut-être à terme de corriger certaines faiblesses de l'organisation actuelle (manque de partage de l'information, de structuration de l'organisation, démotivation des équipes). Cette évolution permettra également de penser la conception de services et le parcours des patients de façon globale entre les projets médicaux et médico-sociaux, même s'ils ne concernent pas les mêmes patients actuellement (patients autonomes d'un côté et patients chroniques de l'autre). Cette prise en compte des patients bénéficiera à terme à toute l'organisation médicale. En effet, l'expertise des patients est importante à prendre en compte pour la réussite du suivi des traitements (notamment en cas de multimorbidité) comme pour les compromis à trouver et le savoir-agencer au quotidien.

Cet apprentissage d'une nouvelle forme organisationnelle va dans le sens d'une

Définition du « *lean management* » : C'est une approche qui comprend des principes et pratiques managériales dont le but est de réduire les gâchis et d'améliorer l'efficacité opérationnelle à travers l'ensemble de la chaîne de valeur en s'appuyant sur une démarche d'amélioration continue sans répit (Stimec, 2018).

démarche de « *lean management* » (voir l'encadré ci-contre). Celle-ci, par de petits changements incrémentaux avec l'association des usagers (ex. : pour les urgences de Cité générations, cela pourrait prendre la forme d'un questionnaire à distance d'un épisode de soin ou d'accompagnement...) permettra d'améliorer le fonctionnement en plaçant le patient au centre des préoccupations. En

effet, l'exemple que représente le questionnaire, une fois validé, constitue un outil de recherche à visée opérationnelle offrant une grille d'évaluation pour les professionnels et les équipes de soins afin d'évaluer et améliorer la qualité de l'organisation de la prise en soins des patients (Bras et al, 2009). Cette démarche d'amélioration continue propre au « *Lean management* » dépasse une forme de néo-taylorisme (même si les pratiques sont très différentes d'une entreprise à une autre) pour aborder la notion d'apprentissage organisationnel. Ce concept renvoie à un processus d'amélioration continue des performances dans la durée, mené par des collectifs effectuant une démarche d'investigation des problèmes tant sur les connaissances que sur l'organisation. Ce travail, qui peut s'apparenter à une forme d'évaluation, peut amener à des ajustements ou à des remises en cause plus profondes (manière d'apprendre...). L'amélioration continue

<Ludovic MORIN>

apparaît plutôt comme une des dimensions concrètes, à travers la collaboration et l'apprentissage en équipe, pouvant contribuer à une dynamique d'apprentissage organisationnel (Stimec, 2018). Dans le cas de l'entreprise Arsanté Services SA, l'objectif serait d'utiliser les outils et méthodes du « *lean management* » pour améliorer l'accueil des malades et leur prise en soins dans une démarche de co-construction avec les usagers. D'autres pays comme le Québec⁵¹ expérimentent des actions de type « *lean management* » en recrutant et en formant des patients qui deviennent de réels partenaires pour mettre en place une stratégie visant à améliorer leur autonomie, leurs connaissances médicales et bonne observance de leur traitement (David, Grégoire, 2018).

C. Faire évoluer le mode de financement : sortir du paiement à l'acte en expérimentant un paiement à la capitation globale

L'offre de soins proposée par Cité générations sur le modèle de fonctionnement des urgences et plus globalement d'Arsanté Services SA avec les douze centres médicaux autonomes hébergeant des professionnels de santé majoritairement indépendants, a été créé sur le modèle des soins aigus et n'est pas adaptée aux besoins actuels des malades chroniques. La nécessité de formalisation des soins et la meilleure prise en compte des patients recommandés par la direction générale de la santé dans son rapport d'inspection en avril 2019 en est le signe le plus manifeste. Parmi les autres principaux blocages, il y a également le fait que le système de financement actuel génère de fausses incitations. En effet, dans le secteur ambulatoire, le paiement à l'acte des prestations de soins entraîne une hausse des coûts, en lien notamment avec une concurrence entre certains professionnels de santé comme c'est le cas à l'intérieur du canton de Genève et d'Arsanté Services SA (voir précédemment en première partie).

Ce constat est dû également à la spécialisation des professionnels de la médecine dans la prise en soins des patients chroniques qui sont souvent multimorbides et plus globalement des soins, de la physiothérapie ou du social (CDS, 2019). Cette multiplicité des intervenants entraîne une perte d'informations et plus gravement des sur-diagnostic, des complications, des prises en charge redondantes, des hospitalisations d'urgence et réadmissions, sans parler de l'impact négatif sur la qualité des soins, la sécurité des patients et l'évolution des coûts. Au niveau mondial, plusieurs études montrent que la

⁵¹ Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) : <https://ceppp.ca/fr/>
<Ludovic MORIN>

surmédicalisation provoque des effets secondaires importants chez les patients et contribue à 30% des dépenses de santé, sans valeur ajoutée (Rodondi, Gaspoz, 2017).

Cette spécialisation des professionnels de soins accompagne l'évolution des maladies qui deviennent chroniques avec le vieillissement de la population et les progrès des nouvelles thérapies. Cette évolution de long-terme induit une prise en soins des personnes touchées sur de longues périodes, voire leur vie durant. Cette complexité entraîne l'exigence d'une meilleure coordination entre les différentes étapes de la prise en soins par les professionnels de santé en plaçant le patient au cœur de cette organisation et non plus les maladies. Autrement dit, il faut passer du « cure » au « care » (Bachmann N. et al, 2015).

Pour encourager la coordination et l'intégration des soins, des modes de financement et de rémunération des soins représentent une réelle incitation, notamment à Cité générations qui comprend au sein du bâtiment tout un ensemble de professionnels de soins. On l'a vu, les différentes institutions (l'IMAD public et la CPO privée par exemple) cohabitent ensemble mais ne collaborent pas, même si les professionnels de santé peuvent parfois échanger de façon informelle sur des situations particulières de patients ou communiquer par messagerie. Cette situation est également due au mode de financement à l'acte qui, dans le secteur ambulatoire, est prédominant et représente une réelle entrave à l'évolution des pratiques et habitudes.

Dans le domaine des soins ambulatoires, il y a un besoin accru en prestations de coordination et d'information entre les différents fournisseurs de services. Préciser la rémunération des prestations aux interfaces permettrait de prodiguer des soins plus efficaces et mieux orientés sur les patients. Actuellement, le cadre légal fédéral⁵² fixe les prestations de l'assurance de base obligatoire (pour rappel, « TARMED » comprend environ 4500 prestations de soins ambulatoires différentes définies). Celui-ci comprend le financement d'une prestation d'information et de coordination pour le médecin de famille mais qui ne concerne que le cas d'un séjour stationnaire hospitalier de soins aigus pour le patient. En effet, lorsqu'il est prévu que le patient rentre chez lui à la fin d'un séjour hospitalier, le médecin peut souhaiter discuter avec le patient de la suite du traitement dans le cadre de la planification de la sortie. Il peut avoir envie d'échanger sur l'adaptation du plan de soins, sur la liste des médicaments avec le service d'aide à domicile et discuter éventuellement avec les proches. Dans ce cas-là, les assureurs-maladie peuvent

⁵² Pour plus de précisions sur la fixation des tarifs des prestations de soins, il convient de se référer à l'annexe 2.

rembourser ce type de prestation que lorsqu'il s'agit d'une prestation stationnaire ou hospitalière. Ils interviennent avec les forfaits par cas de l'hôpital et non sous forme de prestation ambulatoire (article 49a de la LAMal). Si la rémunération de cette prestation d'information n'est pas réalisée dans le cadre d'un traitement hospitalier, c'est à l'hôpital et au médecin généraliste de convenir de l'étendue et du montant. La position « TARMED » « prestation médicale en l'absence du patient » peut être utilisée dans ce cadre. Pour l'heure, la jurisprudence ne détermine pas encore si les prestations doivent également être facturées dans le cadre du traitement stationnaire hospitalier lorsque le médecin de famille est impliqué pour gérer la situation du patient après sa sortie d'hôpital (Giger M-A. et al, 2018).

Ce cadre législatif actuel n'est pas suffisant pour rémunérer les autres prestations d'accompagnement des patients âgés et polymorbides réalisées par d'autres professionnels de santé dans le cadre d'un partage de compétences avec les infirmières ou les physiothérapeutes notamment. Ce partage peut prendre la forme de réunions de coordination interprofessionnelle, de définition des objectifs de prise en soins, d'une répartition des différentes tâches, d'un plan de soins informatisé, sécurisé, accessible et alimenté par tous les professionnels de santé et du social concernés. La fragmentation entre les soins ambulatoires (financés à 100% par les assureurs) et les soins stationnaires ou hospitaliers (financés à hauteur de 55% par les cantons et à 45% par les assureurs) liée aux différents systèmes tarifaires (à l'acte pour le premier et au forfait par cas ou maladie pour le second) est une réponse inadaptée aux exigences croissantes des patients en termes de qualité de la prestation médicale mais également du résultat obtenu.

Cette notion de performance des soins prodigués au meilleur coût est loin d'être évidente et très limitée en Suisse. En effet, malgré des investissements importants dans des indices chiffrés relatifs à la qualité, plusieurs études scientifiques ont démontré qu'aucun système d'évaluation de la qualité et des résultats n'est comparable actuellement face à des prestations de soins et des prix clairement identifiables (Berchtold P. et al, 2017). Néanmoins, les modèles de rémunération liées à la performance ne doivent pas être écartés totalement car tout système d'incitation ou de rémunération a des effets indésirables (incitation à la hausse du volume et à la redondance des prestations avec le tarif à l'acte ou le tarif horaire, fragmentation des soins avec le tarif forfaitaire hospitalier par cas ou maladie...). Pour accompagner le caractère interprofessionnel et interdépendant des soins, cela implique plus d'incitation à l'intégration au niveau de la rémunération. C'est la raison pour laquelle la notion de performance dans le mode de rémunération semble pertinente pour les patients comme pour les professionnels de santé. La performance permet de tenir compte de l'ensemble du processus de soins, qu'il s'agisse d'un séjour

<Ludovic MORIN>

hospitalier comme d'une consultation en ambulatoire. Cet aspect est déterminant pour les patients atteints de maladies chroniques (Suarez-Herrera et al, 2017). Une étape a été franchie avec l'élaboration par un groupe d'experts médicaux et de représentants de patients⁵³ de 21 indicateurs de référence pour plusieurs groupes de pathologie les plus répandues (tumeurs malignes, troubles cardiovasculaires, maladies neurologiques...).

Bien que le cadre légal de rémunération des prestations médicales et de soins (la LAMal) laisse une certaine marge de manœuvre, des adaptations sont souhaitables pour l'introduction de modèles de rémunération liée à la performance. Il n'existe pas de mode de financement unique idéal mais plusieurs modèles de financement sont possibles pour inciter à un meilleur suivi des patients chroniques et donc améliorer la qualité des soins en intégrant cette notion de performance. Chaque modèle permet de multiples combinaisons qui peut tenir compte de la diversité des préférences et des besoins des différentes régions géographiques et culturelles de la Suisse ainsi que des catégories de population et de patients. Les différentes formes de rémunération liée à la performance identifiées comme adaptable dans le système de santé suisse sont les suivants : le paiement à la capitation (ou « population-based payment ») ; le paiement par épisode de soins (« bundled payment ») ; le budget global cantonal ; et enfin la rémunération complémentaire liée à un objectif (« add-on payment ») (annexe 11).

La Suisse connaît déjà des exemples de modèles de rémunération basés sur un collectif de fournisseurs de prestations et de patients comme l'exemple du budget impliquant la coresponsabilité de réseaux de médecins. Les médecins fondateurs de la société Arsanté Services SA ont été les premiers à créer le réseau Delta de médecins généralistes qui intègre cette coresponsabilité budgétaire. Celle-ci signifie qu'un réseau de médecins s'engage envers les assureurs maladie à respecter les objectifs de coût convenus pour un groupe de patients donné jusqu'à une certaine limite de risque (voir le développement en première partie sur le modèle de « *Managed Care* »). Pour la participation des médecins généralistes aux cercles qualités, une indemnité leur est versée à chaque réunion (défraiement de 200 francs par médecin et réunion de cercle qualité). Leur participation fait aussi partie de leur obligation dans le cadre des programmes de formation permettant d'acquérir des points annuels pour tous les médecins suisses (Huard, 2018).

⁵³ Cette initiative en Suisse a été portée par le consortium ICHOM (« International Consortium for Health Outcomes Measurement ») qui réunit l'institut suédois Karolinska, l'université d'Harvard et le « *Boston Consulting Group* » aux Etats-Unis : www.ichom.org
<Ludovic MORIN>

Il pourrait être intéressant de tester le modèle de paiement à la capitation globale qui intégrerait également cette dimension de coresponsabilité liée à la performance en plus de celle liée à la coresponsabilité budgétaire. Cette expérimentation pourrait se faire lorsque le nouvel article de la LAMal autorisant les projets pilotes sera adopté. Elle serait sur une durée limitée au sein de la maison de santé Cité générations car elle présente l'avantage d'avoir une proximité géographique entre un ensemble de professionnels de santé. En effet, Cité générations constituerait un « laboratoire » d'Arsanté Services SA pour une expérimentation supplémentaire mais plus ambitieuse en matière de coordination et d'intégration des soins. À cet égard, la Confédération devra procéder à des clarifications juridiques au niveau des ordonnances. Ensuite, il serait important également de l'évaluer pour voir les résultats obtenus. Ces nouveaux modèles de rémunération, quelle que soit la forme, permettront aux différents professionnels de partager la responsabilité de la prise en soins et constitueront une réelle incitation à se coordonner et à améliorer au final la prise en soins des patients les plus fragiles.

Dans la seconde partie, nous avons vu que pour répondre aux enjeux de santé publique que sont le vieillissement de la population des malades et des professionnels de santé, la prévalence des maladies chroniques, la spécialisation de la médecine et la hausse des coûts du système de santé, la Suisse a choisi d'être ambitieuse et d'aller plus loin dans la coordination des soins. Pour cela, les différents acteurs des systèmes de santé se sont référés au modèle d'intégration des soins recommandés par l'OMS, à savoir le « *Chronic Care Model* ». Eu égard au diagnostic du réseau Arsanté Services SA formulé dans la première partie, différentes propositions sont formulées pour que la structure se rapproche le plus de ce modèle. La première proposition concerne le travail médical et propose de sortir des échanges informels entre les professionnels de santé par la constitution d'une équipe qui travaillerait de façon plus intégrée pour améliorer la prise en soins des patients chroniques. La seconde proposition aborde le mode de gouvernance et propose d'intégrer le plus les patients et leurs représentants dans un conseil d'administration afin que les différents projets soient en adéquation avec les besoins de la population du territoire. Enfin, la dernière suggestion d'amélioration d'Arsanté Services SA pour se rapprocher le plus possible de l'idéal du « *Chronic Care Model* » est d'expérimenter un mode de financement par capitation globale complémentaire du paiement à l'acte actuellement en place pour inciter davantage l'équipe médicale et médico-sociale qui serait constitué à la coopération dans une prise en soins véritablement globale des patients.

<Ludovic MORIN>

Conclusion

✓ Résumé

Nous avons vu au cours de la première partie que les valeurs de la médecine libérale étaient à la base de la logique d'entreprise des médecins fondateurs. Ils ont été à l'origine du premier réseau de médecins généralistes en Suisse romande qui avait pour souci d'intégrer la qualité des soins dans leur pratique. Ils ont ensuite impulsé la création de la première maison de santé en Suisse (Cité générations). Plus récemment, ils ont également créé d'autres centres médicaux qu'ils ont regroupés au sein d'une société Arsanté Services SA qui regroupe les services proposés aux 12 centres médicaux qui sont autonomes (administration, centrale d'achat, formation...) ainsi que l'action médico-sociale développée par les 5 EMS. Néanmoins, cette coordination des soins ne s'est pas traduite dans la pratique de toutes les relations entre les différents professionnels de santé au sein de la maison de santé Cité générations et plus globalement entre les différents centres médicaux où l'informalité en interne est encore prépondérante.

Dans la seconde partie, nous avons proposé des pistes d'amélioration de l'organisation pour se rapprocher d'un modèle d'intégration des soins plus structuré recommandé par l'OMS qu'est celui du « *Chronic Care Model* » et améliorer ainsi la coordination des soins. Il serait opportun de structurer davantage l'interprofessionnalité entre les professionnels de santé au sein de Cité générations en constituant une équipe qui intègre d'autres professionnels de soins dans les différents projets en cours (rédaction des protocoles...) pour améliorer la qualité dans les processus de soins. La seconde proposition relève de la gouvernance administrative. Il est proposé la création d'un conseil d'administration de la société Arsanté Services SA qui accorderait une place aux patients et à leurs représentants associatifs en plus des professionnels de santé. Enfin, la dernière proposition relève de l'expérimentation d'un nouveau mode de financement à la capitation globale.

✓ Distanciation, nouvelles perspectives.

Le docteur Schaller, qui est le principal « moteur » des actions de développement de la société Arsanté Services SA, a toujours cet objectif de lutter contre la hausse des coûts de la santé dans les différents projets envisagés. Néanmoins, il affirme vouloir les faire baisser à partir des deux seuls exemples ayant prouvé leur efficacité (économies

<Ludovic MORIN>

d'échelles liée aux lits hospitalisés de l'UATM et au réseau de soins Delta). L'affichage politique et publicitaire qu'il en fait dans les médias locaux (dernier exemple en date du projet de consultation infirmière aux urgences de la maison de santé) masque une réalité beaucoup plus nuancée car il s'agit davantage d'une juxtaposition d'activités médicales et médico-sociale que d'une réelle intégration des soins. Ce comportement est lié à une réelle tension entre d'une part le souci de la qualité et la volonté d'efficacité médicale et médico-sociale ; et d'autre part la nécessité de rentabilité pour un acteur privé dont les seules sources de financement pour l'organisation sont les loyers et les charges payés par les professionnels de santé. Cette ambivalence sous-tend les différents projets envisagés.

En effet, parmi les nouveaux projets du docteur Schaller, le choix de construire un nouveau bâtiment de 6000m² qui hébergera de nouveaux professionnels de santé et de nouvelles prestations de soins (handicap, lits psychiatriques...) a été pris sans avoir réalisé d'enquête territoriale préalable sur les besoins des patients et l'offre sanitaire et médico-sociale actuelle du quartier. Il est sans doute plus « simple » d'ériger un nouveau bâtiment que de travailler à la constitution d'un réseau interinstitutionnel et d'une réelle intégration des soins interprofessionnelle qui dépend, au final, de la bonne volonté des prescripteurs (à savoir les médecins). Celle-ci pourrait permettre de revoir le périmètre de leur activité et d'accepter leurs propres limites pour faire appel à d'autres professionnels de santé (infirmiers, physiothérapeutes, paramédicaux...). L'incitation financière n'est pas une fin en soi mais un préalable qui permettrait de « rassurer » les médecins quant à la crainte de perte de légitimité professionnelle et de revenus dans un marché concurrentiel comme celui de la santé en Suisse.

L'émergence de différents réseaux de soins en Suisse à l'image de la société d'Arsanté Services SA sans véritable régulation contraignante est à la fois une opportunité, car elle permet l'expérimentation de solutions alternatives interprofessionnelles (exemple de l'action de portage de repas en EMS par un travailleur social qui peut déboucher sur une prise en soins par un infirmier à domicile). Néanmoins, c'est également un danger car la liberté de création d'une offre de soins supplémentaire sur un canton comme celui de Genève, qui présente déjà une multitude d'acteurs publics et privés dans le secteur sanitaire et médico-social, ne devrait se faire que si elle a prouvé son efficacité au préalable et si elle répond à un réel besoin des patients. Or, l'expansion du nombre de centres médicaux au sein de la société à travers les futurs projets n'est pas toujours justifiée. Par ailleurs, il existe un blocage culturel des médecins libéraux de développer la coopération avec le secteur public qui travaille également dans l'interprofessionnalité à domicile (IMAD dans la maison de santé Cité générations). Cette incompréhension culturelle est liée à la

<Ludovic MORIN>

crainte des médecins du leadership public sur l'encadrement des activités d'interprofessionnalité.

Le Conseil fédéral a chargé l'OFSP de développer un programme de promotion de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé sur 4 ans. Celui-ci se termine en 2020. Il a pour ambition de développer la recherche dans le domaine de l'interprofessionnalité au niveau de la formation et de la pratique professionnelle (Confédération suisse et al, 2017). Espérons que la multiplication des initiatives publiques et privées qui vont dans le même sens ira plus loin que le simple affichage d'une bonne volonté. Cela permettrait peut-être de rassembler une masse critique de connaissances suffisamment robustes pour déterminer des recommandations à portée générale. Comprendre et agir pourrait devenir alors, tel Janus⁵⁴, les deux visages d'une même coordination médicale et médico-sociale de qualité.

⁵⁴ Janus est le dieu romain des commencements et des fins, des choix, du passage et des portes.
<Ludovic MORIN>

Bibliographie

OUVRAGES

- ALTER N., 2012, *Sociologie du monde du travail*, Paris, Presses universitaires.
- BERGERON H., CASTEL P., 2018, *Sociologie politique de la santé*.
- BERNOUX P., 2014, *La sociologie des organisations : initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, Paris, Éd. du Seuil.
- BRAS, P.-L., POUVOURVILLE, G. DE, TABUTEAU, D. (dirs.), 2009, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po : Editions de la santé, 561 p.
- BRECHAT P.-H., TABUTEAU D., GUILLOD O., BORGETTO M., BRIOT P., BRENT J., SAVITZ L.A., s. d., 2016, *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie : un enjeu de société*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 214 p.
- CHELLE E., 2019, *Comprendre la politique de santé aux États-Unis.*, Rennes, EHESP Editions.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., SUAREZ-HERRERA, J.C., BARROS, F.P.C. DE, HARTZ, Z.M. DE A. (dirs.), 2017, *Améliorer la performance des systèmes de santé : concepts, méthodes, pratiques*, Montréal, Québec, Presses de l'Université de Montréal (Paramètres), 258 p.
- CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.-X., 2003, *Système(s) de santé entre conflits et coopérations*, Presses de l'EHESP.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 2014, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil.
- DE PIETRO C., CAMENZING P., STURNY I., CRIVELLI L., EDWARDS-GARAVOGLIA S., SPRANGER A., WITTENBECHER F., QUENTIN W., 2015, *Switzerland : Health system review. Health Systems in Transition*, 288 p.
- FRIEDBERG E., 1993, *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*, Paris, Éd. du Seuil, 404 p.
- HUARD P., 2018, *La prise en charge des maladies chroniques : innovations organisationnelles et efficience*.
- KRINGOS D.S., BOERMA W.G.W., HUTCHINSON A., SALTMAN R.B., 2015, *Building primary care in a changing Europe case studies*, 314 (275-283) p.
- MARRAULD L., OLLIVIER R., KELLER C., 2018, « Manager en impliquant les usagers et les citoyens dans le pilotage des établissements et services de santé », in LOUAZEL M., MOURIER A., 2018, *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé*.
- NOLTE E., 2009, *Caring for people with chronic conditions : a health system perspective*, Maidenhead, Open Univ. Press.

OGGIER, W. (dir.), 2016, *Système de santé suisse 2015 – 2017 : Survol de la situation actuelle*, 5ème éd. ent. rev, Bern, Hogrefe Verlag, 516 p.

REGARD S., MIX & REMIX, 2018, *La santé en Suisse*, Le Mont-sur-Lausanne, LEP Loisirs et pédagogie.

ROY D.A., LITVAK É., PACCAUD F., 2010, *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Montréal, Le Point en administration de la santé et des services sociaux.

SCHWEYER F.-X., LAUDE L., MICHEL L., 2018, « Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? », in MINVIELLE E., GALLOPEL-MORVAN K., *Manager une organisation de santé : l'apport des sciences de gestion : l'apport des sciences de gestion*, Rennes, Presses de l'EHESP.

SCHWEYER, F.-X., 2014, « L'efficacité collective dans le travail », in PAUGAM, S. (dir.), *L'intégration inégale : force, fragilité et rupture des liens sociaux*, 1re édition, Paris, Presses universitaires de France (Le lien social), 512 p.

ARTICLES ET RAPPORTS

- ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES, 2019, « Développement durable du système de santé », Zenodo.
- ACHTERMANN W., BERSET C., NATIONALE GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ (PROJEKT), 2006, *Les politiques suisses de santé: potentiel pour une politique nationale*, Berne, Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- BACHMANN N., BURLA L., KOHLER D., s. d., « La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques - Rapport national sur la santé 2015 ».
- BELAND F., BERGMAN H., LEBEL P., DALLAIRE L., FLETCHER J., CONTANDRIOPOULOS A.-P., TOUSIGNANT P., 2008, « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) », *Gérontologie et société*, 31 / n° 124, 1, p. 49-83.
- BERCHTOLD P., REICH O., SCHIMMANN F., ZANONI U., 2017, « Matière à réflexion n°3 - Récompenser la qualité plutôt que la quantité, comment faire ? - Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 ».
- BERCHTOLD P., SCHUSSELE FILLIETTAZ S., ZANONI U., 2019, « Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide ».
- BERGERON H., CASTEL P., s. d., « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », p. 21.
- BODENHEIMER T., SINISKY C., 2014, « From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider », *Annals of Family Medicine*, 12, 6, p. 573-576.
- BODENHEIMER T., WAGNER E.H., GRUMBACH K., 2002, « Improving primary care for patients with chronic illness », *JAMA*, 288, 14, p. 1775-1779.
- BRIOT P., 2019, « Organizational evaluation of Team Based Care Clinic "Intermountain Healthcare" ».
- BUGNON O., NIQUILLE CHARRIERE A., JOTTERAND S., HERZIG L., RUGGLI M., 2012, « Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription », *Revue Médicale Suisse*.
- CONFEDERATION SUISSE, DFI, 2013, « Le Conseil fédéral lance la stratégie globale « Santé2020 » ».
- CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.-X., 2003, *Système(s) de santé entre conflits et coopérations*, Presses de l'EHESP.
- CRISTOFALO P., DARIEL O., DURAND V., 2018, « Le modèle de soins à domicile aux Pays-Bas "Buurtzorg" ».
- CROUTSCHE J.-J., GANIDIS B., 2008, « Diversité des entreprises familiales », *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 230, 2, p. 93-98.
- DAVARIS S., 2012, « Médecins, pharmaciens, physio et dentistes unis contre les réseaux de soins », *TDG*, 22 mai 2012.

<Ludovic MORIN>

DAVID G., GREGOIRE A., 2018, « Guide pratique - Stratégie de partenariat avec les patients et le public en recherche »,.

DE MAESENEER J., MAESENEER J.D., WEEL C. VAN, EGILMAN D., DEMARZO M., SEWANKAMBO N., 2012, « Tackling NCDs: a different approach is needed », *The Lancet*, 379, 9829, p. 1873-1874.

DELTA RESEAU DE SANTE, 2016, « Livre blanc DELTA ».

DGS, SERVICE DU MEDECIN CANTONAL, 2019, « Création, extension, transformation ou exploitation d'une institution de santé, formulaire d'inspection ».

DIENER V., BLANKART R., BUSSE R., 2017, « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ».

DJALALI S., ROSEMANN T., 2015, « Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke - Hintergründe und Schlüsselemente ».

DODIER N., DARBON S., 1985, « Eliot Freidson, La profession médicale », *Sciences Sociales et Santé*, 3, 1, p. 129-143.

EGGLI Y., SCHALLER P., BAUDOIN F., 2015, « Évaluation d'une structure gériatrique entre l'ambulatoire et l'hospitalier », *Sante Publique*, S1, HS, p. 167-175.

FAYN M.-G., GARETS V. DES, RIVIERE A., 2017, « Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient », *Recherches en Sciences de Gestion*, N° 119, 2, p. 55-73.

FOURY C., 2017, « La High Value Healthcare Collaborative américaine, un modèle pour l'Europe et la France », 579, p. 49-53.

FOX F., PICHULT F., 2017, « Au-delà des success stories, quel processus de libération ? », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. XXIII, 56, p. 87-107.

GETZ I., 2016, « Management libéré : faut-il lire Tom Peters ? », 21 juin 2016.

GIGER M.-A., HÄUSLER E., SANDER M., STAFFELBACH D., 2018a, « Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés - Rapport dans le cadre du projet "Soins coordonnés" de l'OFSP ».

GIGER M.-A., HÄUSLER E., SANDER M., STAFFELBACH D., 2018b, « Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés - Rapport dans le cadre du projet "Soins coordonnés" de l'OFSP ».

GROSS O., GAGNAYRE R., 2017, « Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale », *Revue française de pédagogie*, n° 201, 4, p. 71-82.

GUILLAUME M., 2017, « Coûts de la santé : ce rapport que personne ne veut lire », 28 novembre 2017.

HAM C., 2010, « The ten characteristics of the high-performing chronic care system », *Health Economics, Policy and Law*, 5, 1, p. 71-90.

HOMA L., ROSE J., HOVMAND P., 2015, « A participatory model of the paradox of primary care ».

<Ludovic MORIN>

HUARD P., SCHALLER P., 2011, « Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 2. Deux études de cas », *Pratiques et Organisation des Soins*, 42, 2, p. 119.

HUARD P., SCHALLER P., 2014, « Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé », *Sante Publique*, Vol. 26, 4, p. 509-517.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008, « Institute for Healthcare Improvement : The IHI Triple Aim ».

JOSHI R., ALIM M., KENGNE A.P., JAN S., MAULIK P.K., PEIRIS D., PATEL A.A., 2014, « Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries--a systematic review », *PloS One*, 9, 8, p. e103754.

JOST GROSS V., SCHALLER P., 2004, « Managed Care - La Suisse Pionnière », *Cahiers d'études de la SSPS*, n°75, p. 237.

KAYA B., 2018, « Compétences en matière de santé. Relation patient – professionnel de santé et accès à l'information relative à la santé ».

KHERAD O., 2016, « Vous les femmes... », p. 243.

KRINGOS D.S., BOERMA W.G.W., HUTCHINSON A., SALTMAN R.B., 2015, *Building primary care in a changing Europe case studies*, 314 (pp. 275-283).

KÜNZI K., JÄGGI J., DUTOIT L., 2013, « Recours dans les soins médicaux de base aux professionnels de la santé non-médecins hautement qualifiés : avancement des discussions en Suisse », document de travail Obsan, 27.

LOCCA J.-F., KRÄHENBÜHL J.-M., NIQUILLE A., FIGUEIREDO H., BUGNON O., s. d., « Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens », *Revue Médicale Suisse*, 5, p. 2382-2387.

MARCHAND G., MOIROUX S., RINGUET L., TOLIN V., VILADENT L., 2017, « Rôle social de l'EMS Beauregard, Fonctionnement et évaluation qualitative ».

MERÇAY C., 2015, « La santé dans le canton de Genève, résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012 et de l'exploitation d'autres banques de données », OBSAN rapport, 63.

MERÇAY C., 2015, « Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) », Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

MERÇAY C., 2017, « Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ».

MERÇAY C., 2018, « Le recours aux services d'urgence en Suisse », OBSAN rapport, 64.

MERÇAY C., BURLA L., WIDMER M., 2016, *Personnel de santé en Suisse : état des lieux et projections à l'horizon 2030*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (OBSAN Rapport).

MEYERS D.J., CHIEN A.T., NGUYEN K.H., LI Z., SINGER S.J., ROSENTHAL M.B., 2019, « Association of Team-Based Primary Care With Health Care Utilization and Costs Among Chronically Ill Patients », *JAMA Internal Medicine*, 179, 1, p. 54-61.

MICHON A., 2004, « Faire face à la chronicité : à propos de l'apprentissage des limites », *Revue Médicale Suisse*, 0, 23901.

MISSONIER A., GUNDOLF K., 2017, « L'entreprise familiale : état et perspectives de la recherche francophone », *Finance Contrôle Stratégie*, pp. 20-22.

MORIN L., FOURY C., BRIOT P., PERROCHEAU A., PASCAL J., 2010, « Modalités d'application du « disease management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France », *Sante Publique*, Vol. 22, 5, p. 581-592.

MOUZON C., 2018, « Buurtzorg transforme les soins à domicile », *Alternatives Economiques*.

NENDAZ M., RAETZO M.-A., 2000, « Teaching Diagnostic Skills: Clinical Vignettes or Chief Complaints? », *Advances in Health Sciences Education*, 5, p. 3-10.

OCDE, OMS, 2011, « Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011 | READ online », *OECD iLibrary*.

OFS, 2015, « Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045 », *01 Population*.

OFS, 2018a, « Portraits des cantons 2018 - Données statistiques régionales actuelles des 26 cantons | Publication », *Office fédéral de la statistique*.

OFS, 2018b, « Evolution des dépenses de santé - 1990-2016 | Diagramme », *Office fédéral de la statistique*.

OFS, 2019a, « Chiffres clés, Portraits des pays, 2019 ».

OFS, 2019b, « Santé - Statistique de poche 2018 | Publication », *Office fédéral de la statistique*.

OFS, 2019c, « Economie nationale : Panorama - 2019 | Publication », *Office fédéral de la statistique*.

OFSP O. FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2015, « Symposium Soins coordonnés des patients très âgés et polymorbides ».

OFSP O. FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2016, « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles ».

OFSP O. FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2017, « Programme de promotion de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020 ».

OFSP O. FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2019a, « Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (MOKKE), canton de Genève ».

OFSP O. FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2019b, « Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (MOKKE), Suisse entière ».

<Ludovic MORIN>

OMS, 2003, « Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs : rapport mondial ».

OMS, 2009, « Comblent le fossé en une génération, Instaurent l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux ».

OMS, 2011, « Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 - Résumé d'orientation ».

OMS, 2013, « Santé 2020 : cadre politique et stratégie ».

OMS, 2016, « Integrated care models : an overview ».

OMS, 2018, « Technical package for cardiovascular disease management in primary health care - Team-based care », *Hearts*.

PERONE N., FILLIETTAZ S.S., BUDAN F., SCHALLER P., BALAVOINE J.-F., WALDVOGEL F., 2015, « Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité », *Sante Publique, S1*, HS, p. 77-86.

PHARMASUISSE, 2019, « Faits et chiffres pharmacies suisse 2019 », p. 90.

POULAIN-REHM T., 2006, « Qu'est-ce qu'une entreprise familiale ? », *La Revue des Sciences de Gestion, n°219*, 3, p. 77-88.

PROIA K., THOTA A., NJIE G., FINNIE R., HOPKINS D., 2014, « Cardiovascular Disease Prevention : Team-Based Care to Improve Blood Pressure Control Task Force Finding and Rationale Statement », p. 7.

RAETZO M.-A., SCHALLER P., 2002, « Diminution du coût du système de santé en Suisse (?) », *33*, p. 5.

REY-BELLET GASSER C., GEHRI M., YERSIN C., 2015, « Urgences pédiatriques : création d'une consultation infirmière indépendante », *Revue Médicale Suisse, 11*, p. 120-121.

RODONDI N., GASPOZ J.-M., s. d., « Où en sommes-nous avec la sur- médicalisation en Suisse en 2017 ? », p. 4.

SCHALLER P., 2012, Cité générations, *Primary and Hospital Care, 12*, 12, p. 221-224.

SCHALLER P., s. d., « De la maison de santé à l'organisation sanitaire régionale », *Cité générations - Maison de Santé*.

SCHIBLI D., HODEL M., 2012, « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours ».

SCHUSSELE FILLIETTAZ S., KOHLER D., BERCHTOLD P., PEYTREMANN-BRIDEVAUX I., s. d., « Soins intégrés en Suisse - Résultats de la 1ère enquête (2015-2016) », OBSAN dossier 57.

SCHUSSELE FILLIETTAZ S., MARJOLLET L., PERONE N., BUDAN F., ROSEMBERG A., 2016, « Le Plan de Soins Partagé informatisé », p. 72-73.

SCHUSSELE FILLIETTAZ S., MOIROUX S., MARCHAND G., BATTAGLIA L., 2017, « UATm : de T comme temporaire à T comme transition », *Soins infirmiers, 53*, p. 53-55.

<Ludovic MORIN>

SINGH D., HAM C., 2006, « Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and International framework ».

STANGE K.C., FERRER R.L., 2009, « The Paradox of Primary Care », *The Annals of Family Medicine*, 7, 4, p. 293-299.

STEURER-STEY C., FREI A., ROSEMANN T., s. d., « Le « Chronic care model » en médecine de famille en Suisse* », *Revue Médicale Suisse*, 6, p. 1016-1019.

THE COMMONWEALTH FUND, 2017, « Mirror, Mirror 2017 : International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care »,.

VILPERT S., 2013, « Consultations dans un service d'urgence en Suisse », *OBSAN bulletin*, p. 2.

VOEGELE-AUSSOURD S., 1993, « L'entreprise libérée : libération, management (Tom Peters) », *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 11, 61, p. 145-146.

WAGNER E.H., AUSTIN B.T., VON KORFF M., 1996, « Organizing care for patients with chronic illness », *The Milbank Quarterly*, 74, 4, p. 511-544.

WAGNER E.H., 1998, « Chronic Disease Management : What will it take to improve care for chronic illness ? », *Effective Clinical Practice*, 1, p. 2-4.

WEBER-YASKEVICH O., REBER A., GILLABERT C., 2011, « Soins infirmiers ambulatoires actuels et futurs en Suisse : ce que le médecin de premier recours doit savoir », *Revue Médicale Suisse*, 7, p. 1846-1851.

WHITTINGTON J.W., NOLAN K., LEWIS N., TORRES T., 2015, « Pursuing the Triple Aim : The First 7 Years », *The Milbank Quarterly*, 93, 2, p. 263-300.

WIDMER D., JOTTERAND S., NINANE F., FAUCHERE M.-P., BISCHOFF T., HERZIG L., 2016, « Multimorbidité et interprofessionnalité en médecine de famille », *Revue Médicale Suisse*, 12, p. 937-941.

ZUERCHER C., 2018, « Les primes poussent de plus en plus de personnes vers la pauvreté », *Tribune de Genève*, 19 novembre 2018.

SITES INTERNET CONSULTÉS (toutes les adresses ont été vérifiées le 16 août 2019)

Sites suisses :

« Arsanté Services SA » : <https://arsante.ch/>

Maison de santé « Cité générations » : <https://www.cite-generations.ch/>

Réseau de soins Delta : <https://reseau-delta.ch/geneve/home>

CPO : <https://cpo.ch/>

GMO : <https://gmo.ch/>

Centre de médecines naturelles : <https://cmnaturelles.ch/>

Site personnel de Philippe Schaller : <http://www.philippe-schaller.ch/>

IMAD : <https://imad-ge.ch/fr/index.php>

Revue médicale suisse : www.revmed.ch

Organisation des assurances maladies : www.santesuisse.ch/fr

Organe de publication officiel de la FMH : <https://bullmed.ch/>

Fédération des médecins helvétiques : <https://www.fmh.ch/fr/index.cfm>

Dossier médical du canton de Genève : <https://www.mondossiermedical.ch/>

Carnet de vaccination : www.mesvaccins.ch

Dossier médical interne « Mediway » : <https://www.mediway.ch/>

Dossier électronique du patient intercantonal : <https://www.dossierpatient.ch/fr>

Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne : <https://www.unisante.ch/>

Promotion des Réseaux Intégrés des Soins aux Malades : <https://prism-ge.ch/>

Forum Managed-Care : <https://fmc.ch/fr>

Atlas statistique de la Suisse :

https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/fr/4683_7304_4682_7264/8021.html

Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé : <https://www.gdk-cds.ch/fr/>

Associations cantonales et régionales des physiothérapeutes : www.physioswiss.ch/fr/profession-fr/profession2-fr/berufsbild-physiotherapie-1

Site officiel de l'Etat de Vaud : <https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-la-sante-et-de-l'action-sociale-dsas/direction-generale-de-la-sante-dgs/actualites/news/dossier-electronique-du-patient-creation-de-lassociation-cara-1522217712/>

OFS : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.html>

OFSP : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html>

OFSP (page consacrée aux soins coordonnés consultée en juin 2019) :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>

OSS : <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications>

PFPDT : <https://www.edoeb.admin.ch/edoeb/fr/home/protection-des-donnees/gesundheit/recueil-de-donnees-medicales.html#-987069330>

<Ludovic MORIN>

Canton de Genève : <https://www.ge.ch/>

Interpharma : <https://www.interpharma.ch/fr/systeme-de-sante/2543-managed-care>

Centre hospitalier universitaire vaudois : www.chuv.ch

Réseau de soins « Medix » : www.medix-romandie.ch

Réseau de soins « Remed » : www.reseau-remed.ch

Journaux locaux suisses :

« Le Temps » : <https://www.letemps.ch/suisse>

« Tribune de Genève » : <https://www.tdg.ch/>

« 20 minutes » : <https://www.20min.ch/ro/>

Sites d'organisations internationales :

« Commonwealthfund » : <https://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/>

OMS : <http://www.euro.who.int/fr/home>

OCDE : <https://www.oecd-ilibrary.org/>

Statistiques de l'OCDE : <https://data.oecd.org/fr/suisse.htm#profile-health>

Eurostat : <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/keyfigures/>

Centre national d'informations biomédicales : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Informations sur les maladies chroniques et le CCM :
http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Chronic_Care_Model_Literature&s=64

Bulletin officiel de l'association canadienne de réadaptation cardiaque :
<https://studylibr.com/doc/494168/la-prise-en-charge-de-la-maladie-chronique>

Consortium « ICHOM » : www.ichom.org

Ministère de la santé du gouvernement du Québec : www.quebec.ca/sante

CISSS de la Gaspésie (Québec) : <https://www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/>

CEPPP de Montréal (Québec) : <https://ceppp.ca/fr/>

Sites français consultés :

IRDES : www.irdes.fr

CAIRN : www.cairn.info

FFMPS : <https://www.ffmps.fr/>

Site de la revue « Finance, contrôle et stratégie » : <https://journals.openedition.org/>

Site de la revue « archives ouvertes » : <https://hal.archives-ouvertes.fr/>

<Ludovic MORIN>

Ministère de la santé français : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

ANAP : <https://www.fmh.ch/fr/index.cfm>

HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires

Alternatives économiques : <https://www.alternatives-economiques.fr/buurtzorg-transforme-soins-a-domicile/00082834>

Revue Santélog des professionnels de santé : <https://www.santelog.com/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Caractéristiques de l'état de santé de la population suisse

Annexe 2 : Présentation du système de santé suisse

Annexe 3 : Exemple d'un guide d'entretien

Annexe 4 : Carte géographique du canton de Genève avec les structures

Annexe 5 : Carte de l'environnement institutionnel et schéma de Cité générations

Annexe 6 : Démographie médicale des professionnels de santé

Annexe 7 : Protocole ORL maux de gorge

Annexe 8 : Organigramme administratif et sociogramme des relations de pouvoir

Annexe 9 : Organisation d'Arsanté Services SA

Annexe 10 : Présentation du « *Chronic Care Model* »

Annexe 11 : Présentation des modèles de rémunération à la performance

Annexe 12 : Liste des entretiens menés

Annexe 1 : Caractéristiques de l'état de santé de la population suisse

En ce XXI^{ème} siècle, la plupart des systèmes de santé sont confrontés à un ensemble de problématiques qui les met en péril, dont la Suisse fait partie. De prime abord, ce pays présente de bons résultats en ce qui concerne l'état de santé de sa population. L'espérance de vie à la naissance est une des plus élevées au monde : 81,4 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2017. Le taux de mortalité infantile est de 3,5‰ en 2017. De plus, l'espérance de vie en bonne santé est également très élevée : proche des 70 ans. De même, dans le dernier classement international américain du « *Commonwealth Fund* », le système de santé suisse est bien placé, que ce soit en termes de qualité des soins (par exemple, si on prend le critère de mortalité liée aux soins de santé, la Suisse présente un chiffre de 55 décès pour 100 000 habitants en 2016⁵⁵), d'efficience⁵⁶ ou d'équité (l'impact de la différence entre les niveaux de revenus dans l'accès aux soins médicaux était de 2% en 2016⁵⁷).

Vieillesse de la population

Même si les assurés en Suisse s'estiment globalement satisfaits des soins de santé⁵⁸, c'est un pays qui doit faire face à de nombreux défis à relever communs à beaucoup de pays occidentaux. Le premier d'entre eux concerne le vieillissement de sa population. La structure par âge indique une part des jeunes de moins de 20 ans qui est en baisse (20% de la population en 2017) et une hausse de la part des 65 ans et plus (18,3% la même année pour atteindre 1,6 million) (OFS, 2019). Une des particularités du canton de Genève est que sa population est relativement plus jeune que le reste du pays : la part des moins de 20 ans est de 21,1% et celle des 65 ans et plus de 16,5% (respectivement 20,1% et 18,1% en Suisse) (OFS, 2018).

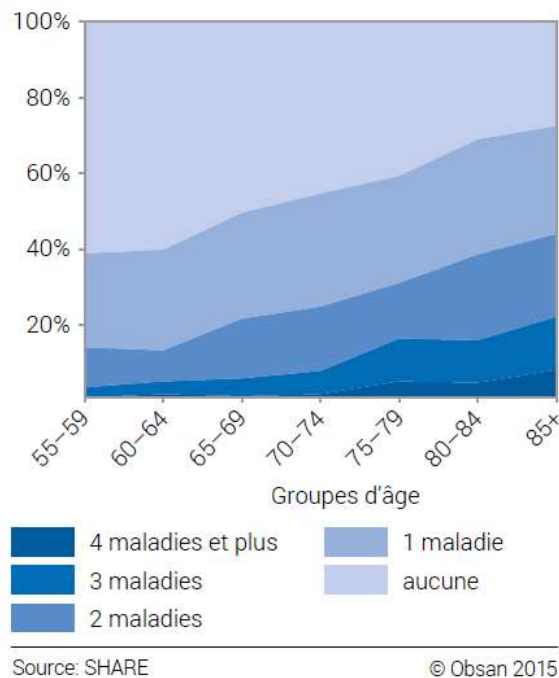
⁵⁵A titre de comparaison, la même année, la France présente un chiffre de 61 décès pour 100 000 habitants liés aux soins de santé, l'Allemagne 83 décès, le Royaume-Uni 85 et les Etats-Unis 112 décès pour 100 000 habitants

⁵⁶Le pourcentage de dépense de soins de santé par médecin généraliste en rapport avec la performance du système de santé se trouve au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE en 2014 : <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>

⁵⁷ Ce chiffre s'élève 6% pour l'Allemagne, 7% pour les Etats-Unis ou 14% pour la France.

⁵⁸ En 2017, 86% des hommes et 84% des femmes déclarent que leur état de santé est bon ou très bon (OFS, 2019)

Nombre de maladies chroniques chez les personnes vivant dans un ménage privé, 2010/11



Inégalités sociales de santé

En 2017, plus la position sociale (mesurée par le niveau de formation, par ex) est défavorable, moins l'état de santé est bon. Les hommes de 30 ans avec un bas niveau de formation ont ainsi une espérance de vie inférieure de 4,6 ans à celle de leurs contemporains, ayant une formation universitaire. 4% de la population sont privés de soins pour des raisons financières, dentaires principalement, dont ils auraient vraiment eu besoin. Cette part monte à 8% parmi les personnes en situation de pauvreté (OFS, 2019).

Prévalence des maladies chroniques

La Suisse connaît une prévalence importante des maladies chroniques (ou maladie non transmissible, MNT, terme qui englobe les maladies de longue durée ne résultant pas d'infections) qui concerne 2,2 millions de personnes en 2015 (Bachmann N., Burla L., Kohler D., 2015).

En effet, les maladies cardiovasculaires sont la troisième cause d'hospitalisation et la première cause de décès. Elles sont également responsables de la hausse de 19% des hospitalisations sous l'effet de l'augmentation de la population et de son vieillissement (OFS, 2019). Elles comprennent aussi bien des maladies telles que l'infarctus, l'accident vasculaire cérébral ou l'affaiblissement général du système cardiovasculaire chez les personnes très âgées. Depuis 2002, le nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires a crû de 19%, sous l'effet de l'augmentation de la population et de son

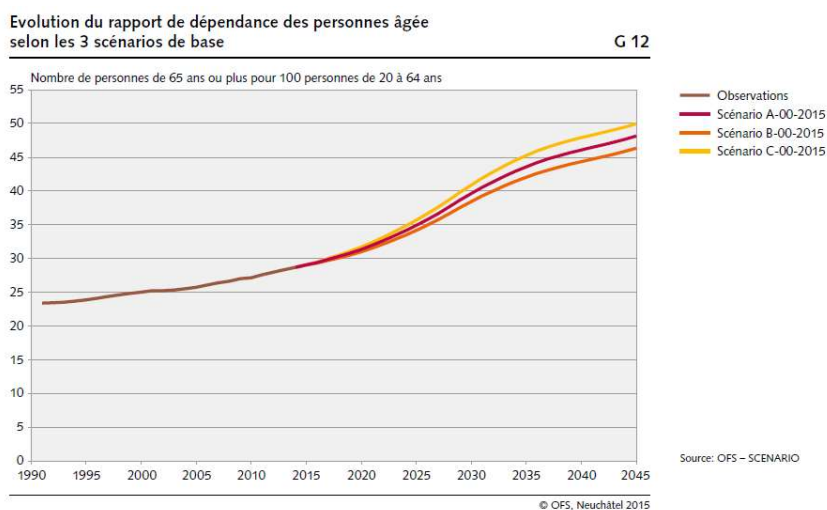
<Ludovic MORIN>

vieillesse en premier lieu. Durant la même période, le nombre de décès provoqués par ces maladies a cependant reculé de 13%, ce qui montre qu'il y a une augmentation significative des chances de survie mais de l'autre un prolongement de la durée de la maladie (Bachmann N., Burla L., Kohler D., 2015).

Par ailleurs, la part des personnes souffrant d'hypertension est passée de 14% à 18% entre 1992 et 2017. La proportion de personnes ayant un taux de cholestérol trop élevé a, de son côté, augmenté de 9% en 2002 à 13% en 2017. Cette même année, 5% des hommes souffraient de diabète (4% en 2007). Chez les femmes, la proportion n'a pas varié en 10 ans (3%). Les personnes ayant un bas niveau de formation ont deux fois plus souvent le risque de souffrir du diabète que celles avec une formation du niveau tertiaire (8% contre 4%) (OFS, 2019). En plus des maladies cardiovasculaires et du diabète, les trois autres MNT les plus fréquentes sont les suivantes : le cancer en premier lieu. Quatre personnes sur dix en souffrent au cours de leur vie. C'est la deuxième cause de mortalité en Suisse. Environ 9200 hommes et 7500 femmes en meurent chaque année. Plus d'un million de personnes souffrent d'affections chroniques des voies respiratoires. Deux maladies sont principalement concernées : l'asthme (qui touche 543 000 personnes en 2011) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (BPCO) qui concerne 90% des personnes qui fument ou qui ont fumé. Enfin, il y a environ deux millions de personnes en Suisse qui souffrent d'une maladie de l'appareil locomoteur. Cette catégorie englobe plus de 200 pathologies différentes, telles que l'arthrose, l'arthrite, l'ostéoporose, les douleurs dorsales ou le rhumatisme des tissus mous dont les facteurs de risque sont influencés par le mode de vie : surpoids (11% de la population sont obèses en 2017, c'est le double par rapport à 1992), manque d'activité physique (77,8% des hommes et 73,6% des femmes ont déclaré être actif physiquement dans l'enquête suisse sur la santé en 2017), comportement ergonomique inapproprié, alimentation déséquilibrée (même si 63% des hommes et 73% des femmes ont déclaré faire attention à leur alimentation), consommation excessive d'alcool (concerne 5% de la population en 2017), tabagisme (qui concerne 31% des hommes et 23% des femmes) et stress (concerne 21% des personnes actives dont 16% qui craignent de perdre leur travail, chiffres en hausse comparé à 2007) (OFS 2018, Bachmann N., Burla L., Kohler D., 2015).

Un autre indicateur lié au vieillissement de la population suisse est le phénomène de multimorbidité. On peut le définir comme la présence simultanée de deux ou plusieurs maladies chroniques chez un même patient. Les maladies interagissent souvent entre elles et conduisent fréquemment à des pertes fonctionnelles et d'autonomie. Les résultats de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) montrent que la

prévalence de la multimorbidité augmente avec l'âge et passe de 21,7% chez les 65-69 ans à 44,1% chez les personnes de plus de 85 ans (OSS, 2015).



De même, on estime que la population âgée de 65 ans ou plus passera de 1,5 million en 2015 à 2,2 millions en 2030 et à 2,7 millions en 2045. Le rapport de dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire, le nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans s'élève à 29,1 en 2015, à 39,6 en 2030 et à 48,1 en 2045 (OFS, 2015). Une personne sur cinq de plus de 50 ans est atteinte de multimorbidité. Il s'agit surtout, mais pas seulement, des personnes âgées. Les risques de subir une ou plusieurs maladies chroniques psychiques ou physiques sont inégalement répartis entre les groupes sociaux. Plus le niveau de formation, le statut professionnel et les ressources financières sont modestes, plus le risque de maladie est élevé. Les coûts matériels de ces MNT sont très élevés. En 2011, on estime qu'ils représentaient 80% de l'ensemble des coûts directs de la santé en Suisse, soit plus de 51 milliards de francs. Les coûts indirects ne peuvent être évalués actuellement de manière fiable mais les informations disponibles font état d'un ordre de grandeur de 30 à 40 milliards de franc par an, provenant surtout des interruptions de travail, des départs à la retraite anticipée, des maladies psychiques et des soins informels (Bachmann N., Burla L., Kohler D., 2015).

Annexe 2 : Présentation du système de santé suisse

Organisation administrative

Selon la typologie des modèles d'Etat providence de l'économiste Gosta Esping-Andersen, le système de santé suisse peut être qualifié de modèle libéral minimaliste ou de résidualisme libéral. En effet, le modèle libéral se caractérise par : un accès à la protection sociale à titre individuel, par l'achat de prestations sur le marché ; une protection sociale collective résiduelle se centrant sur les plus pauvres et financé par l'impôt ; une défamilialisation ou une familialisation sans objet, la cible étant l'individu pauvre ; et une finalité qui est d'apporter une couverture sociale aux plus pauvres. Les pays emblématiques de ce modèle sont les Etats-Unis et dans une moindre mesure, l'Australie, le Canada ou le Japon (Martin C., 2017). Le système de santé suisse est orienté vers le marché : les patients choisissent leur médecin et la médecine est une profession dite « libérale ». Toutefois, certaines règles sont fixées par l'Etat : les médecins doivent obtenir une autorisation cantonale pour exercer et les patients ont l'obligation de s'assurer. Le système de santé suisse est organisé en plusieurs niveaux.

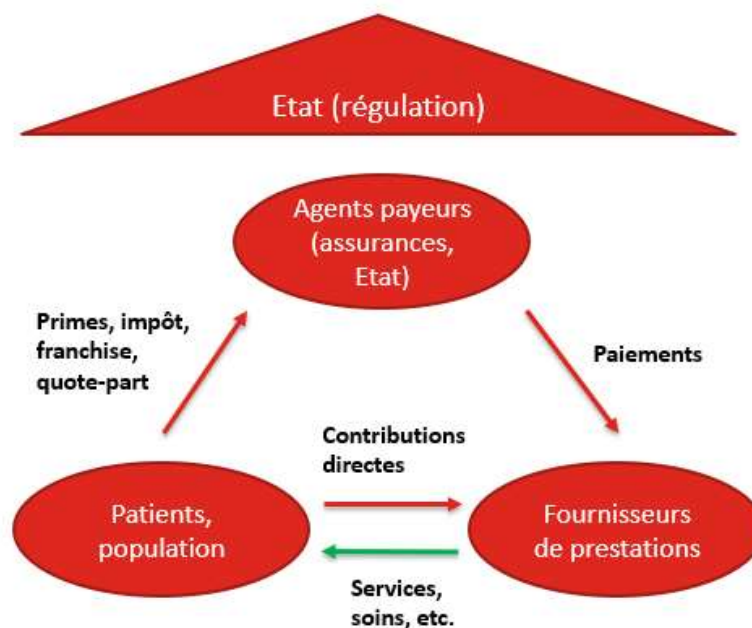
Pour des raisons liées à l'histoire, les 26 cantons suisses ont une grande autonomie en matière de santé mais l'autorité fédérale de la Confédération helvétique conservent certaines tâches comme la surveillance des assurances (rôle de l'Office Fédéral des Assurances Sociales et de l'Office Fédéral des Assurances Privées), l'approbation des médicaments et leur mise sur le marché (mission de l'Institut suisse des produits thérapeutiques, appelé également Swissmedic) et la certification des professionnels de santé, la qualité de l'environnement (nourriture, maladies transmissibles) ou la promotion de la santé (Office Fédéral de la Santé Publique). L'Office Fédéral de la Statistique produit et analyse des informations pour les acteurs de la santé. Sur le plan cantonal, la Suisse dispose d'autant de lois sanitaires différentes que de cantons. Ils jouent un rôle-clé dans l'offre et le financement des services de santé en Suisse. Ils sont les principaux responsables de la planification de la santé sur leur territoire, que ce soit dans les secteurs hospitalier et ambulatoire mais également en matière de prévention. Ils peuvent légiférer pour préciser une loi fédérale ou pour donner un cadre légal à un domaine nouveau (ex. en 2012 où les citoyens du canton de Vaud ont accepté une loi qui encadre la pratique de l'assistance au suicide). Les cantons sont aussi chargés d'exécuter les lois, qu'elles soient fédérales ou cantonales et disposent pour cela de plusieurs instances : le Service de la santé publique (mise en place du plan sanitaire du canton, missions de prévention et de promotion de la santé...), le médecin cantonal (contrôle des professionnels de santé et de

<Ludovic MORIN>

leurs cabinets, des hôpitaux...), les services de soins (mise en place et gestion des hôpitaux et cliniques, des structures de soins à domicile, des établissements médico-sociaux (EMS), des services sociaux...) ou le service de l'assurance-maladie (qui aide les personnes en situation de précarité à payer leur prime). Les cantons approuvent aussi les conventions et tarifs entre les assureurs et les professionnels de santé.

Les 2352 communes ou municipalités ont un rôle moindre car elles gèrent souvent certains services en coordination avec les cantons comme les soins à domicile, les EMS ou les Immeubles pour personnes âgées. Dans de rares cas, elles peuvent être aussi responsables d'hôpitaux (Kringos et al., 2015 ; Regard S., 2018).

Le système de santé suisse est relativement complexe, combinant des aspects de concurrence encadrée et de corporatisme dans un cadre régulateur décentralisé construit par l'influence de la démocratie directe. Le schéma ci-dessous est une représentation générale du système de santé suisse, qui illustre les relations contractuelles entre les différents acteurs. Le système est ainsi caractérisé par le partage de compétences en matière de prise de décisions entre les trois niveaux de gouvernement que sont d'une part la Confédération, les 26 cantons et 2352 municipalités ; d'autre part les organisations de la société civile (associations corporatistes) avec parmi eux les sociétés d'assurance ; et enfin la population qui peut voter ou demander une réforme à travers les référendums publics locaux (De Pietro et al., 2015).

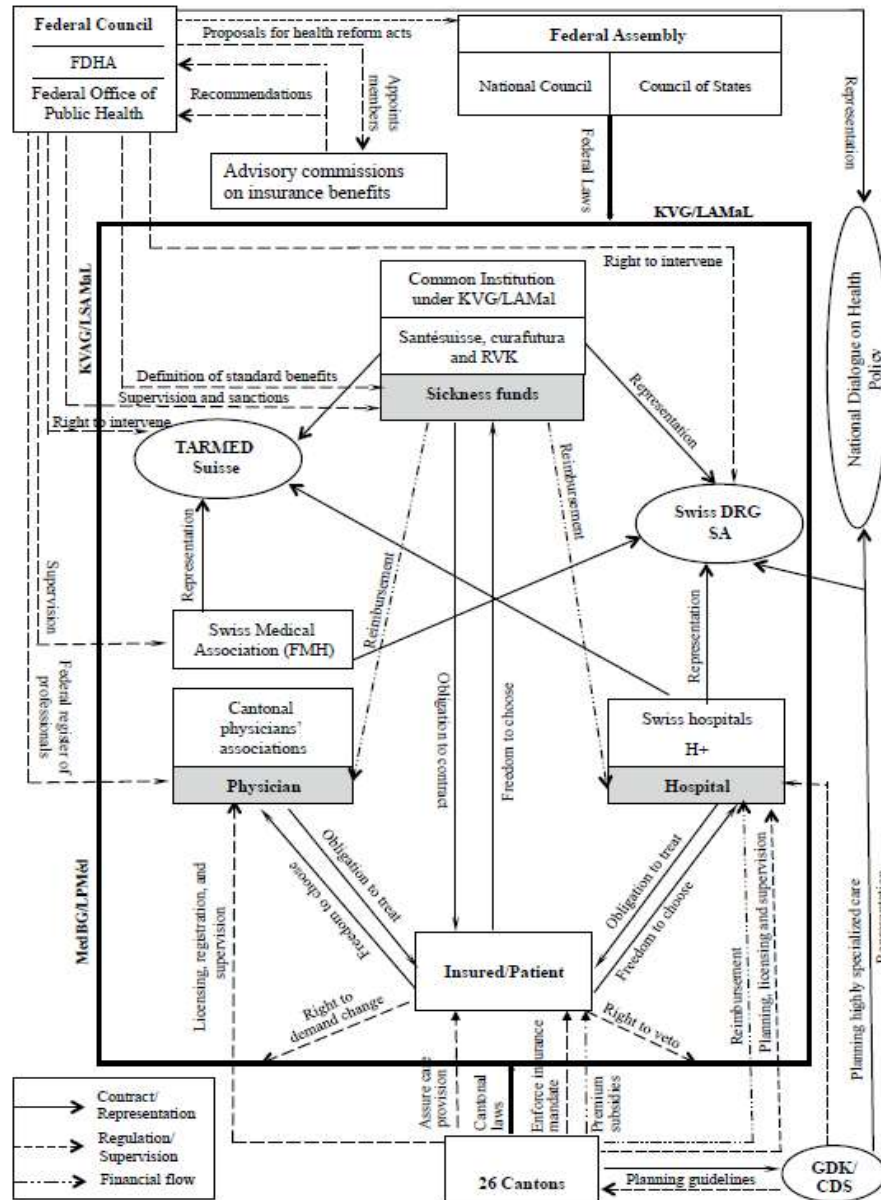


Source : Joachim Marti, Unisanté (2019)

<Ludovic MORIN>

Afin de simplifier la compréhension du fonctionnement de l'organisation financière, nous avons repris un schéma qui représente les principaux acteurs. En premier lieu, nous avons les patients et assurés qui, à travers le paiement de leur prime d'assurance-maladie, de leurs impôts et franchises, alimentent les financeurs que sont les 53 assureurs actifs dans l'assurance de base et de l'assurance complémentaire ainsi que l'Etat (voir schéma précédent). L'assuré doit également payer une quote-part ou franchise de 10% sur chaque facture de soin. Au-delà d'un certain montant annuel, l'assureur-maladie intervient. En contrepartie, les financeurs vont payer les fournisseurs de prestations de soins que sont les hôpitaux et professionnels de santé. Ces derniers vont délivrer les actes de soins hospitaliers ou ambulatoire en échange du paiement de contributions directes. La Confédération ou l'Etat intervient également en matière de régulation à travers la fixation des règles normatives de fonctionnement au niveau cantonal et fédéral (Regard S., 2018).

Organization of the health system in Switzerland



Source: Authors' own compilation.

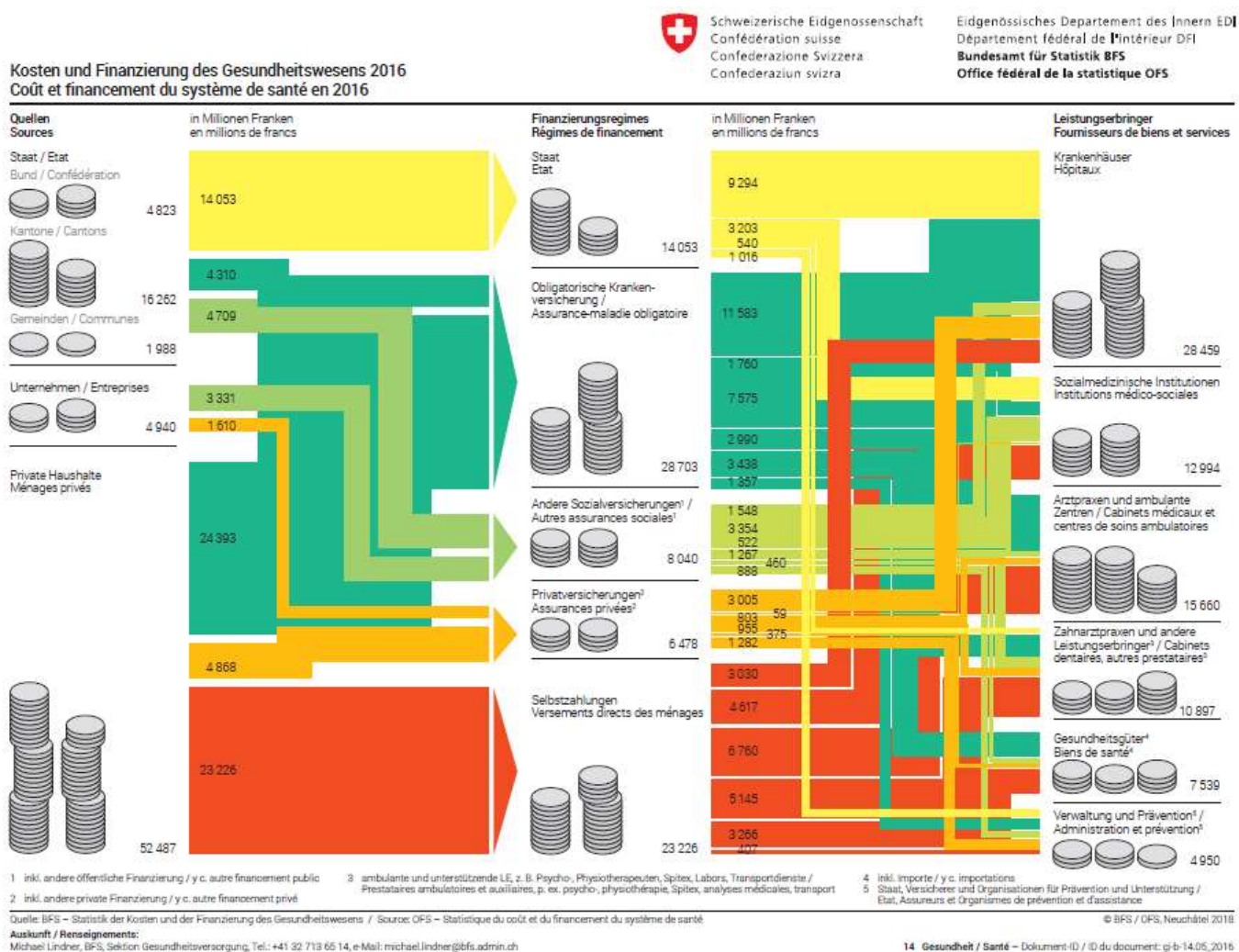
Source : De Pietro et al., 2015, *Switzerland : Health system review. Health Systems in Transition*, 288 p.

La fragmentation du système est ici représentée par les différentes flèches. Elles témoignent des différents niveaux de pouvoir de décision. On a en haut du schéma le pouvoir fédéral avec les différentes instances (assemblée, conseil fédéral) qui participent à la fixation des règles. L'autre acteur public important est représenté en bas avec l'ensemble des 26 cantons qui sont responsables de la planification des soins. Enfin, le trait plus foncé représente le cadre légal de la LAMaL dans lequel interagissent les différents acteurs que sont les assurances-maladies, les hôpitaux et médecins ainsi que les patients qui peuvent agir également sur le cadre légal à travers le système de référendum direct.

<Ludovic MORIN>

Organisation financière

Cette complexité institutionnelle se retrouve également sur le plan financier où la diversité des sources de financement (Etat, cantons, communes, entreprises et ménages privés) se retrouvent dans les différents régimes de financement qui financent les nombreux fournisseurs de biens et services. On remarque ainsi que sur les 80 710 000 francs dépensés en tout pour le système de santé en 2016, 29,2% sont issus des versements directs des ménages. De plus, on peut noter que les hôpitaux représentent 35,3% des dépenses de santé cette même année.



Chaque résident suisse a l'obligation de choisir une assurance maladie de son canton depuis l'introduction de la LAMal (loi sur l'assurance-maladie) en 1996. Cette assurance couvre les frais pour les soins de base liés à une maladie, un accident ou une maternité. Ils peuvent choisir librement parmi plusieurs assureurs dans le cadre d'un marché compétitif mais toutes les assurances doivent respecter les règles suivantes fixées par la confédération : poursuivre un but non lucratif, proposer un panier de soins minimums,

<Ludovic MORIN>

obligation d'accepter les assurés quel que soit leur état de santé et appliquer une facturation uniforme quelle que soit le risque ou le bénéficiaire. Les cantons et la confédération peuvent aider les ménages aux faibles ressources en attribuant une subvention pour le paiement de la prime (OMS, 2015). Les assurés paient des primes fixes qui ne dépendent ni de leur revenu, ni du sexe, ni de l'état de santé de l'assuré. Elles varient essentiellement en fonction du domicile de celui-ci et du choix de l'assureur-maladie. De manière générale, l'assurance de base rembourse le diagnostic, le traitement et la réadaptation en cas de maladie ou de maternité. Elle ne rembourse donc que les frais médicaux. Une assurance spécifique est nécessaire pour recevoir des indemnités journalières. En Suisse, l'assurance complémentaire est facultative, que ce soit pour les assurances complémentaires de soins ou les assurances complémentaires d'hospitalisation. Les primes des assurances complémentaires varient en fonction du risque et du nombre de fois où des prestations sont accordées. Les assureurs complémentaires peuvent refuser une personne ou émettre une réserve en fonction de son état de santé et de son âge (Regard S., 2018).

Tarifs des prestations de soins

Il existe plusieurs types de tarifs avec des combinaisons possibles. Ils sont énumérés à l'article 43 alinéa 2 de la LAMal :

- a) Un tarif au temps consacré (lettre A) ;
- b) Un tarif à la prestation ou « TARMED » (lettre B) ;
- c) Un tarif forfaitaire (lettre C)

Nous allons nous focaliser sur les deux derniers types de tarifs particulièrement pertinents dans le cadre de notre sujet sur la coordination des soins :

- Le TARMED : C'est le tarif à la prestation applicable aux prestations médicales ambulatoires fournies dans toute la Suisse. Entré en vigueur dans l'AOS le 1er janvier 2004 et comprenant plus de 4500 positions, il attribue des points tarifaires aux différentes prestations. En règle générale, les conventions tarifaires cantonales fixent la valeur du point. Après déduction de la participation aux coûts, les prestations médicales ambulatoires sont intégralement prises en charge par l'assureur-maladie ;
- Le tarif forfaitaire : il concerne principalement la rémunération des traitements hospitaliers stationnaires. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas ou épisode de soins. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Le tarif pour les forfaits par cas dans le domaine des hôpitaux de soins aigus est structuré en fonction des groupes de

<Ludovic MORIN>

diagnostics (ou « *Diagnosis Related Groups* (DRG) »). Chaque traitement stationnaire est attribué à un groupe de cas et rémunéré sous forme de forfait sur la base de critères tels que le diagnostic principal, les diagnostics secondaires, les traitements et le degré de gravité⁵⁹ (Giger M-A. et al, 2018).

⁵⁹ Les dispositions de la LAMal concernées sont les articles 49 et 50 : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>

<Ludovic MORIN>

Annexe 3 : Exemple d'un guide d'entretien

Guide d'entretien docteurs Philippe Schaller, Marc-André Raetzo et Dave Baer

Présentation personnelle et du travail de mémoire

- I. Présentation de l'interlocuteur interrogé
 1. Est-ce que vous pouvez vous présenter ?
 2. Quel est ton rôle et tes missions au sein de « Cité générations » ?
 3. Avec quels professionnels travailles-tu le plus au quotidien ?

- II. Historique de la création du Groupe médical d'Onex, du réseau de soins « Delta » et de la maison de santé « Cité Générations »
 1. Quoi : Quel avait été le projet initial ?
 2. Qui en faisait partie ? toi seul ?
 3. Où : Pourquoi vouloir implanter le groupe médical, le réseau de soins « Delta » et la maison de santé à Onex dans le canton de Vaud ? création du réseau Delta initialement à Genève
 4. Pourquoi avoir voulu créer une maison de santé en Suisse alors que tu as exercé en France ?
 5. Quand : pourquoi avoir créé le réseau de soins « Delta » en 1992 ? à cause de circonstances favorables à ce moment-là ?
 6. Comment : Comment as-tu procédé à la constitution initiale du réseau de médecins généralistes ? Le partenariat public-privé s'est-il réalisé dès le début ? Quelle articulation entre les différentes structures (Groupe médical d'Onex, réseau de soins Delta, Arsanté)

- III. Relations entre les PS
 1. Quelle est la répartition des rôles entre toi et les deux autres médecins au sein de la Clinique et Permanence d'Onex (CPO) et plus globalement de Cité Générations ?
 2. Comment arrivez-vous à recruter de nouveaux MG, et notamment des paramédicaux ?
 3. Existe-il toujours en Suisse, selon vous, une approche hiérarchique entre les médecins et les assurances ? démarche de « discussion entre pairs » dans le cadre des cercles qualité thématiques...
 4. Existe-t-il des réticences particulières des paramédicaux par rapport aux MG ? (Hiérarchie médicale)
 5. Est-ce que le projet de « plan de soins partagés » (outil informatique d'échange d'infos médecins-infirmière à domicile) fonctionne bien ? si oui/non, pourquoi ?
 6. Est-ce que vous recherchez des profils de PS en particulier ? jeunes...
 7. Est-ce que vous avez connu, au sein du réseau ou de la maison de santé, des départs de MG ? si oui/non, pourquoi ?
 8. Quelle(s) réponse(s) apporter à l'absence de contact et de confiance entre médecins et infirmières ? évoqué dans le rapport d'activité (RA) 2017 (p. 8)

<Ludovic MORIN>

9. Est-ce qu'il y a des réponses qui ont été apportées au besoin d'amélioration de l'ETP (évoqué dans le RA) qui pourrait peut-être permettre d'améliorer la relation médecin-infirmière ? actuellement, il n'existe que des outils et services à disposition de la relation médecin/patient (cours, formation...)
10. Qu'est-ce que les ateliers de « motivation médical » pour les MG ?
11. Est-ce qu'ils sont obligatoires ? est-ce que ça fait partie de leurs engagements issus de la charte ?
12. Est-ce qu'on a une idée de l'impact de ces ateliers ?
13. Comment se passe la collaboration entre le réseau « Delta » et les autres réseaux ?
14. Quels retours sur l'évaluation des formations ?
15. Est-ce qu'il est possible d'avoir accès à certains protocoles de coopération entre les PS ?
16. Quelle valorisation financière de l'interprofessionnalité pour les infirmières comme les médecins ?
17. Où en est le projet de prise en soins des assurés par des « infirmières cliniciennes » dans un quartier à Genève ? Est-ce que ça a été poursuivi après l'échec de « Diabaid » ?
18. Si oui, comment le partage de compétences fonctionne ?
19. Est-ce que chaque médecin participe bien à 7 cercles de qualité par an ? choix à la carte en fonction des thématiques ?
20. Est-ce que vous savez si les MG du réseau consultent les outils d'aides à la décision intégrés dans les dossiers médicaux informatisés (guides de pratique intégré, alarmes) ?

IV. Fonctionnement de « Cité Générations » et du réseau

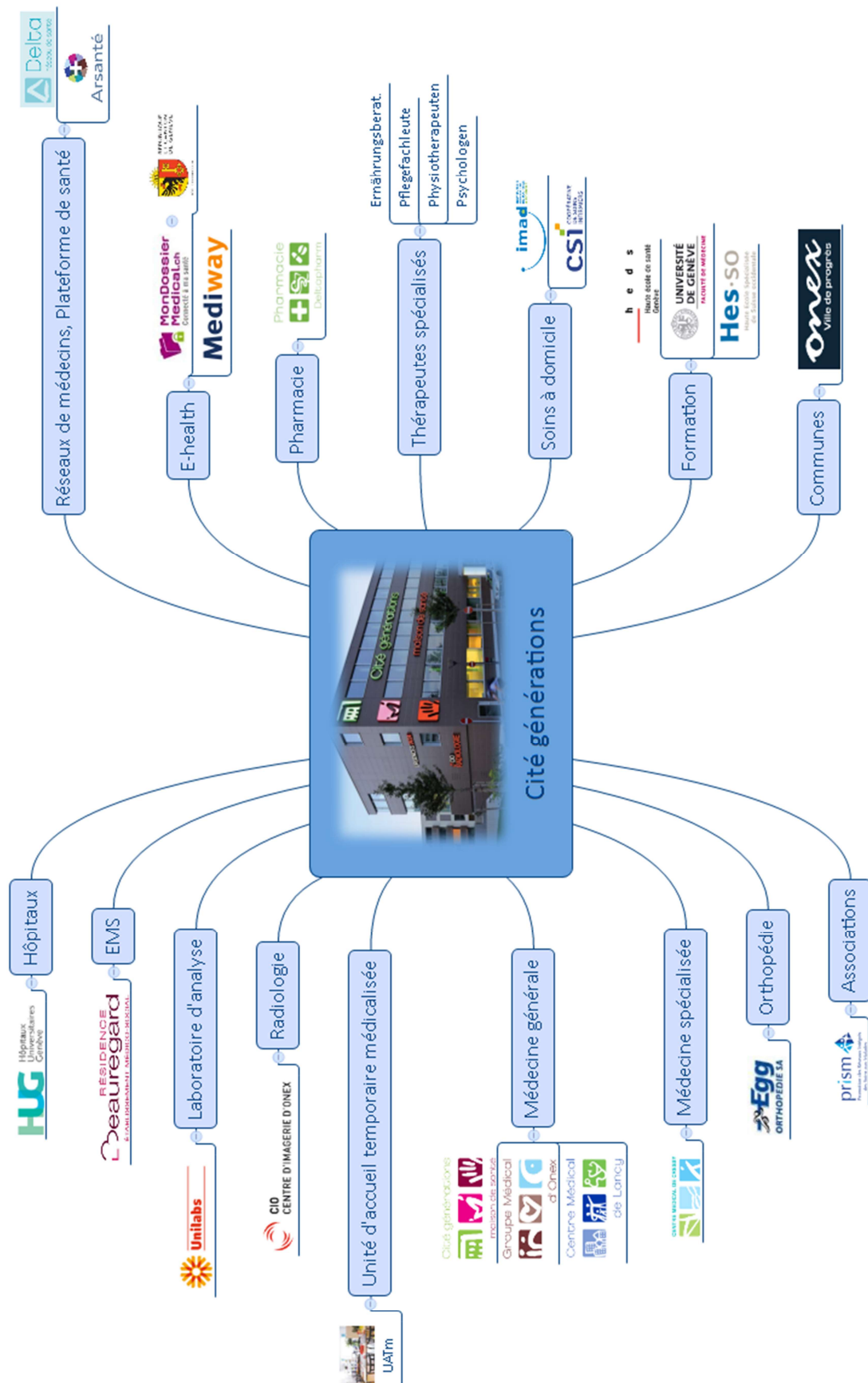
1. Quelle est l'actualité de la maison de santé et du réseau en ce moment ?
2. Quels sont les différents projets actuels (extension des locaux à l'aide de containers...) ? le projet de construction de « Cité générations 2 » ?
3. Est-ce que vous avez créé une équipe de « médecins à domicile » ? est-ce que ce projet a abouti ? si oui/non, pourquoi ?
4. Quels obstacles selon toi à l'expansion du réseau ?
5. Est-ce que le projet cantonal de coopération avec l'association PRISM, l'IMAD (instance de maintien à domicile) et le réseau « Delta » permet d'améliorer la prise en soins en équipe interprofessionnelle et interinstitutionnelle des patients aux besoins complexes ? (p.10 RA)
6. Est-ce que la maison de santé « cité générations » est confronté aux ISS ?
7. Comment le modèle les prend en compte au-delà de la modération tarifaire ?
8. Est-ce que le docteur Raetzo est toujours en charge des cercles qualité ? la rubrique « docteur j'ai... » sur le site de la revue médicale suisse très bien fait !
9. Comment se passe le travail en équipe dans la prise en soins des patients complexes ?
10. Comment s'est fait le choix des prestataires privés ? sur quels critères ?
11. Où en est l'évaluation de la charte de communication signés par les PS ? évaluation prévue en 2018 (p. 7 RA)
12. Est-ce que le modèle de maison de santé « Cité génération » issu d'un partenariat public-privé est le plus viable pour la prise en soins des malades chroniques ?

<Ludovic MORIN>

V. Recrutement des patients et prise en soins des maladies chroniques

1. Est-ce que les médecins du réseau font adhérer tous leurs patients au réseau Delta ou pas ?
2. Est-ce obligatoire ou ils voient également des patients qui n'en font pas partie ?
3. Comme vous ne faites pas de sélection du risque, vous ne ciblez pas spécifiquement les patients atteints de maladie chronique ?
4. Est-ce que vous savez si les patients consultent la version en ligne du livre « docteur j'ai... » ?
5. Qu'est-ce que les théories de « l'andragogie » ? en lien avec les applications smartphones d'aide au changement pour les patients...

Annexe 5 : carte de l'environnement institutionnel de Cité générations



<Ludovic MORIN>

Annexe 6 : démographie médicale des professionnels de santé

En comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, la densité des professionnels de santé est élevée. On compte 4,1 médecins et 17,7 infirmier(e)s (incluant les sages-femmes) pour 1000 habitants en 2013, second au classement européen après Monaco alors que le nombre de dentistes, pharmaciens et de sages-femmes est relativement faible. Cette densité est toutefois principalement due au recrutement de professionnels de l'étranger. La même année, près de 30% des médecins suisses en activité ont un diplôme universitaire étranger (De Pietro et al, 2015). Toutefois, cette immigration importante ne permet pas d'occuper tous les postes dans les différents secteurs du système de santé. En effet, la formation de la relève semble insuffisante, tant par rapport au nombre actuel de professionnels de santé (notamment des médecins et infirmier(e)s) que comparé à d'autres pays. Par exemple, la pyramide des âges des médecins de premier recours suisses apparaît comme particulièrement déséquilibrée tant du point de vue de sa structure par âge que de celui de sa composition par sexe : avec 50% de médecins de premier recours âgés de 55 ans et plus en 2015, la Suisse est le seul pays où cette part est la plus élevée par rapport aux autres pays étudiés. De même qu'il est le seul à avoir seulement 20% des médecins de premier recours qui ont moins de 45 ans.

En ce qui concerne la composition par sexe, la Suisse présente également une disproportion particulièrement marquée en comparaison internationale. Ainsi, les femmes ne représentent qu'un tiers des médecins de premier recours en Suisse (32,9%). Ce déséquilibre prononcé est à mettre en lien avec la structure par âge de la pyramide suisse puisque le renforcement des effectifs féminins s'observe surtout chez les classes d'âge plus jeunes (Merçay C, 2015). Pour les autres professionnels de soins, entre 2010 et 2014, l'apport de l'immigration s'est concentré sur les soins de niveau tertiaire (infirmiers) et dans les hôpitaux et cliniques, le canton de Genève se distinguant par la présence de travailleurs frontaliers (84%) (Merçay C, Burla L et Widmer M, 2016). Cette « féminisation » de la médecine a des conséquences sur la pratique médicale et notamment sur les relations médecins-patients, sur la qualité des services et la profession médicale elle-même, en apportant une approche plus holistique et orientée vers la prévention. À tel point que la sociologue française Anne-Chantal Hardy s'interroge sur le passage d'une pratique « paternelle » vers un modèle plus « maternel » exercé tant par les femmes que les hommes médecins (Kherad O, 2016).


Ces caractéristiques démographiques impliquent des mutations organisationnelles dans l'exercice des médecins de premier recours : de 2012 à 2015, on observe par exemple

<Ludovic MORIN>

une diminution du nombre d'heures travaillées par semaine (passage de 68% à 59,8% de médecins de premier recours travaillant 45 heures et plus par semaine). Le fait que seuls 20% des médecins âgés de 60 ans et plus disposent déjà d'un successeur pour leur cabinet individuel illustre cette évolution (Merçay C, 2015).

Annexe 7 : Protocole d'affection ORL : Maux de gorge

Définition : Symptomatologie douloureuse nouvelle localisée dans l'oropharynx, spontanée ou à la déglutition

		OUI	NON
Provoquer	Contact avec une personne présentant le même symptôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aggravé par :		
	→ Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pallier	Prise de médicament :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Soulagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prise de Pastilles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Soulagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gargarisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Soulagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Application de spray buccal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Soulagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	EVA :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité	Présence de douleur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Type de douleur :		
Région/Irradiation	Présence d'irradiation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Ganglions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Présence de ganglions palpables :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Présence de ganglions douloureux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes / Symptômes	Présence de fièvre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficulté à ouvrir la mâchoire 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rhinorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ecoulement postérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inappétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<Ludovic MORIN>

	Dysphonie/Aphonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dépôts blancs sur les amygdales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		OUI	NON
Temps	Depuis combien de jours :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Est-ce un 1 ^{er} épisode ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un ttt ATB a-t-il été commencé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Understanding	Déjà eu un problème semblable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Impact AVQ → nécessité AT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergies	Médicaments : Pénicilline Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pollens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments Tabac		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passé	ATCD Médicaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Diabète P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Immunosuppression P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ATCD Chirurgicaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Ablation des amygdales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Last Meal	Inappétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement	Milieu professionnel :		

Femme	Possibilité d'être enceinte P : DDR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyen contraceptif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ Oubli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes Vitaux

État général	TAH	Pouls	T°	SpO2	FR

EC

Inspection

	OUI	NON
Ouverture buccale douloureuse/limitée P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gorge :		
→ Fond de gorge : Erythème :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Luette centrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Luette tuméfiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Voile du palais symétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<Ludovic MORIN>

→ Ecoulement postérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Amygdale D tuméfiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Amygdale G tuméfiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Dépôts/exsudats blancs D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Dépôts/exsudats blancs G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palpation

	DROITE		GAUCHE	
	OUI	NON	OUI	NON
ADP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pré-auriculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétro –auriculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amygdaliens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous mandibulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous mentonniers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaine jugulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sus claviculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Percussion

	DROITE		GAUCHE	
	OUI	NON	OUI	NON
Sinus maxillaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinus frontaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Absence de douleurs si tête penchée en avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auscultation pulmonaire

	DROITE		GAUCHE	
	OUI	NON	OUI	NON
Murmure vésiculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruits surajoutés R :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sibilants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ronchis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Crépitants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score de Centor

Histoire de fièvre ou de t° mesurée > 38°	1 point
Absence de toux	1 point
Adénopathie cervicale ant douloureuse	1 point
Exsudats amygdaliens	1 point
Total	point
Streptotest si score de Centor > ou= à 2 points	

	POS	NEG
--	-----	-----

<Ludovic MORIN>

Streptotest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

RED FLAGS

	OUI	NON
Trismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquinancie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stridor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asymétrie du fond de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ EG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conclusion

	OUI	NON
Orientation consultation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine à streptocoques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharyngo-amygdalite virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conclusions alternatives

	OUI	NON
Ecoulement postérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéite / laryngite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitement proposé **Aspégic® 1000mg** 3x/j en gargarisme, **Paracétamol 1000mg** 3x/j pour les douleurs et/ou la fièvre, **Spray pharyngé** à but symptomatique (Néoangin F®)

En cas de présence de **Streptocoques**, antibiothérapie par **Ospen® cp 1500** 1cp 3x/j pdt 10 jours.

En cas d'allergie : **Pénicilline** : **Clarithromycine® 250mg** 2x/j pdt 10 jours **ou Azithromycine® 500mg** 1x/j pendant 5 jours

	OUI	NON
Arrêt de travail : date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fascicule proposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fascicule accepté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Références :

Doyon, D., Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal: édition du nouveau pédagogique inc. (ERPI).

Jarvis, C. (2015). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

<https://www.revmed.ch/Scores/SCORES-DIAGNOSTIQUES/MALADIES-INFECTIEUSES/ORL/Score-predictif-d-angine-a-streptocoques-CENTOR>

Divers :

<Ludovic MORIN>

Le tabac ↑ le risque d'infections de voies respiratoires supérieures et ADP et ↑ risque de cancers buccaux et pharyngés.

En présence de : maux de gorge, ADP, EF, grande faiblesse, forte fatigue → risque de mononucléose (palpation foie et rate)

Merci de remplir les renseignements suivants :

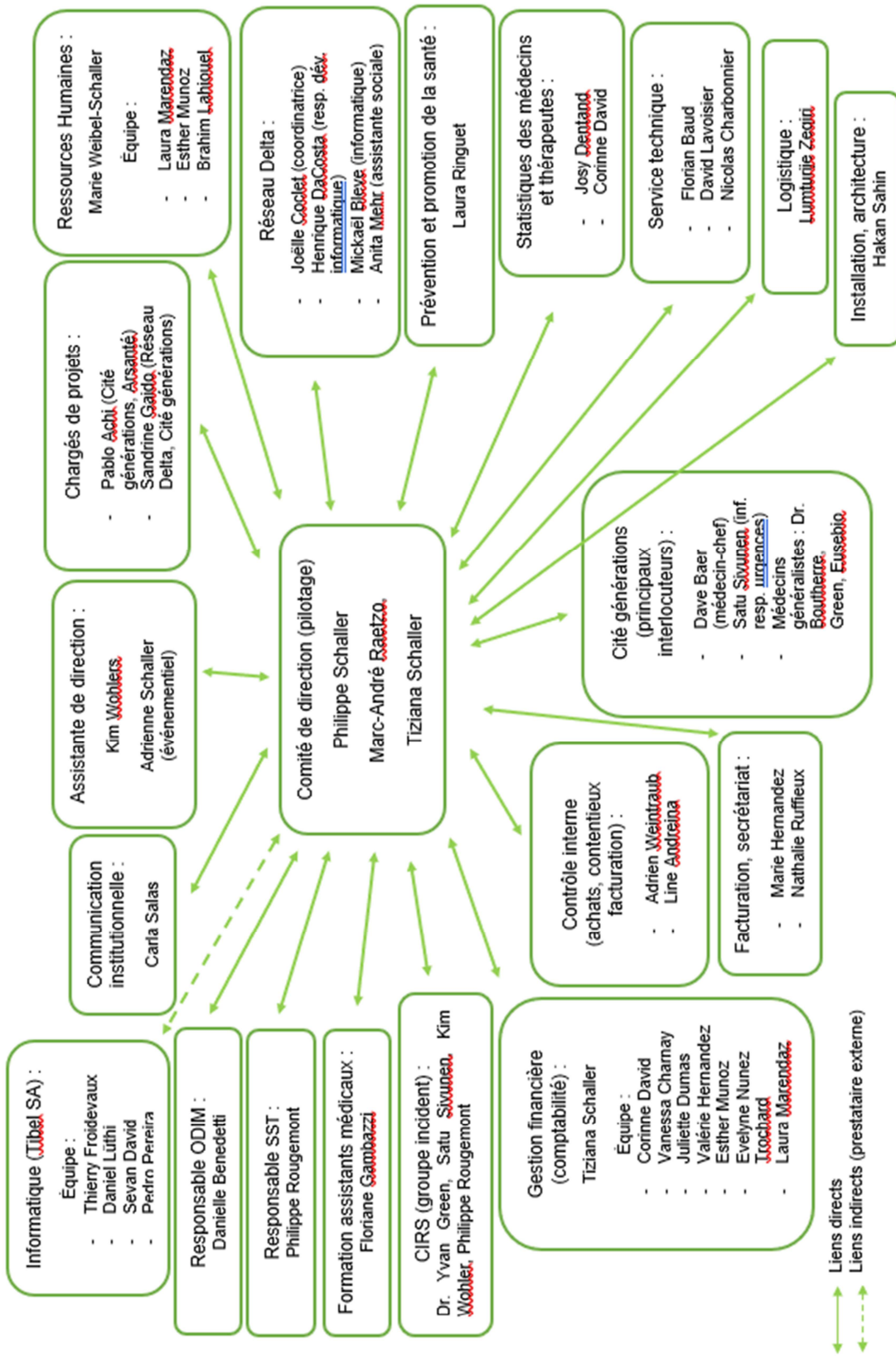
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
N° postal /ville :	
Téléphone :	
E-mail :	
Médecin traitant :	
Assurance maladie :	N° assuré :
Je soussigné(e) certifie avoir donné des renseignements conformes à la réalité. J'accepte la prescription du médicament Je dégage de toutes responsabilités le soignant en cas de données erronées	
Lieu et date :	
Signature du patient :	

Timbre du centre (initiales du soignant ou numéro)

<Ludovic MORIN>

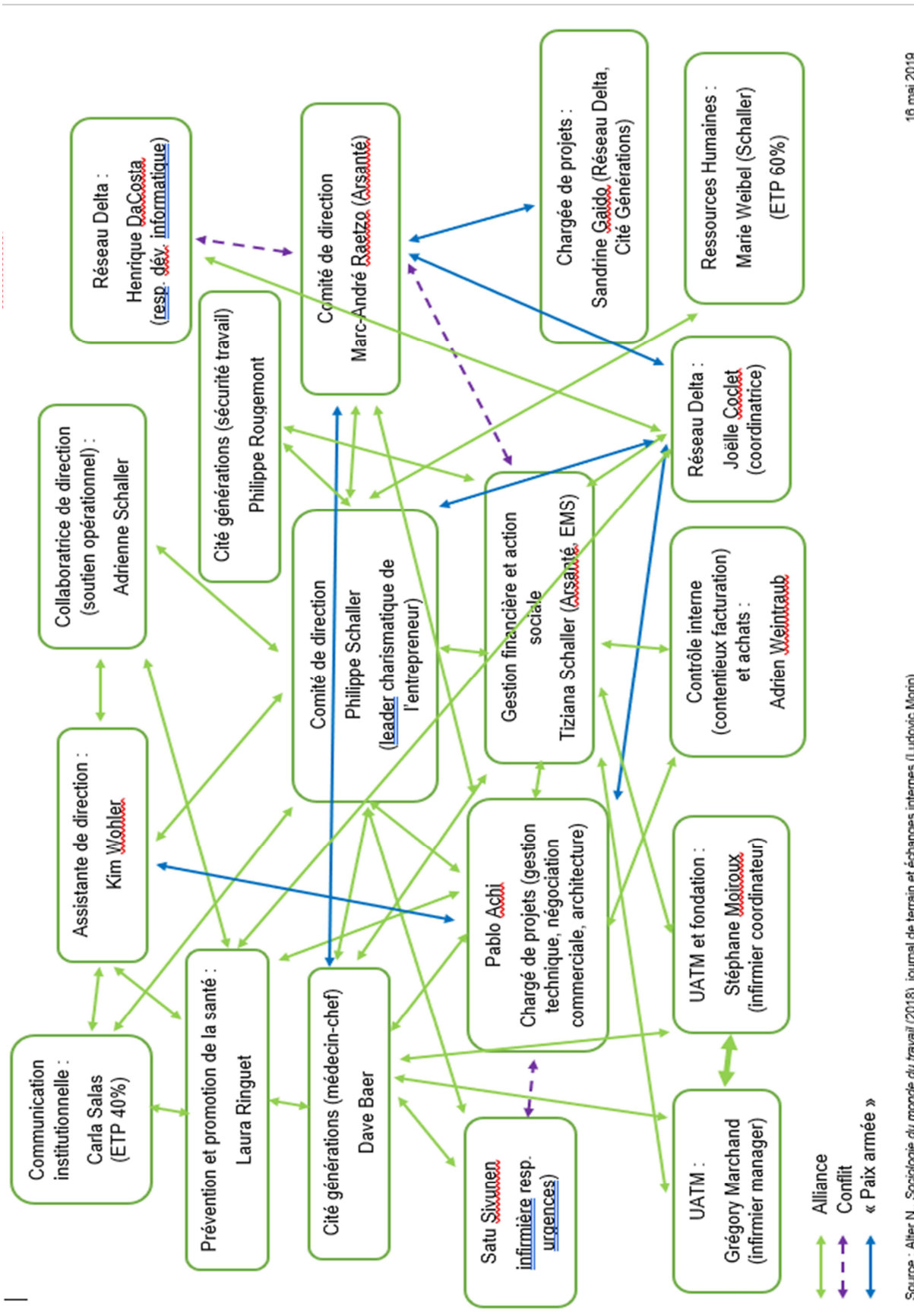
Annexe 8 : Organigramme administratif et sociogramme des relations
de pouvoir informelles (Réseau Delta, Cité Générations, Arsanté
Services SA)

<Ludovic MORIN>



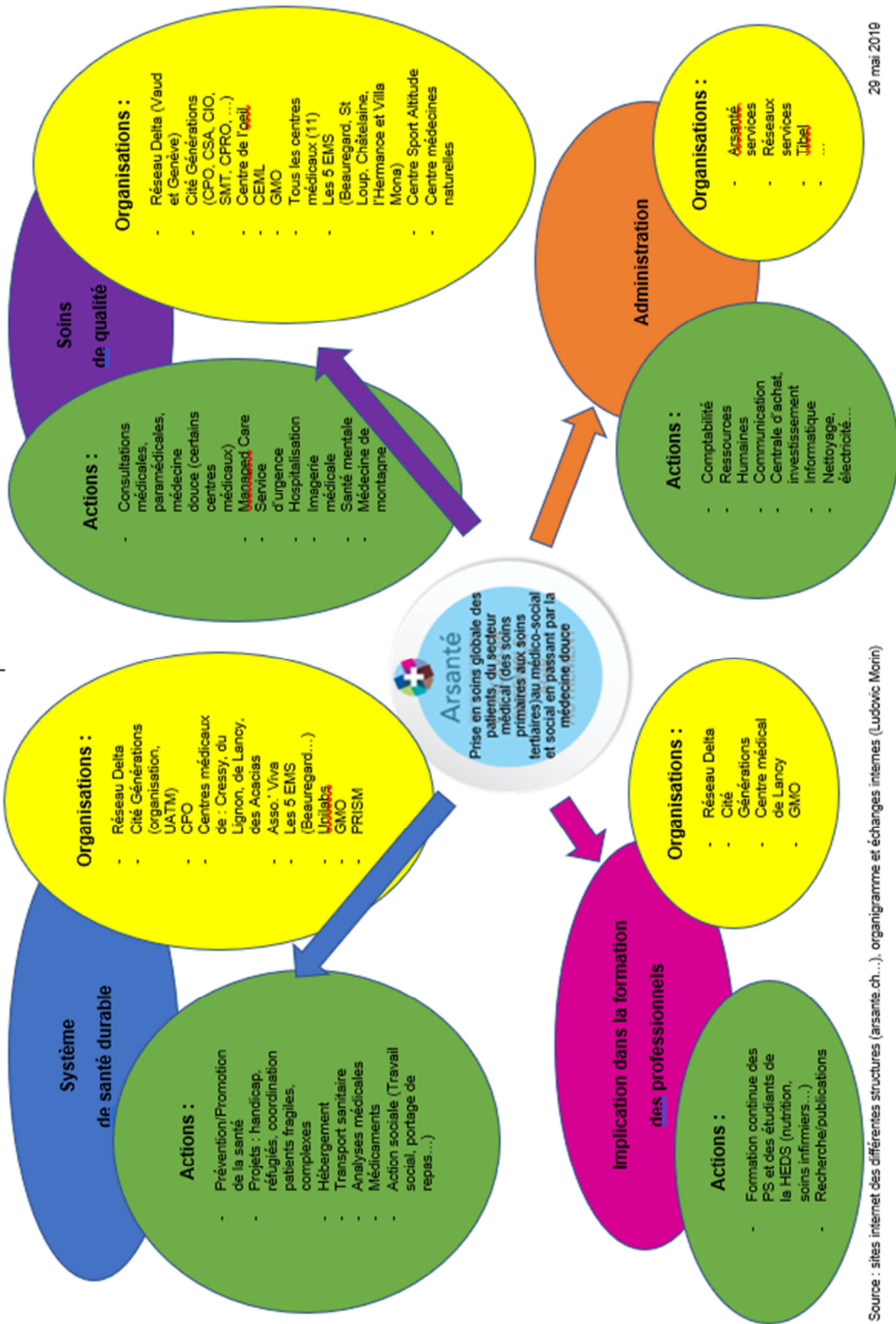
Source : Brochure d'accueil Arsanté (mars 2019), organigrammes brouillons et échanges internes (Ludovic Morin) 29 mai 2019

<Ludovic MORIN>



Annexe 9 : Organisation d'Arsanté Services SA structurée par
domaine, actions et sociétés

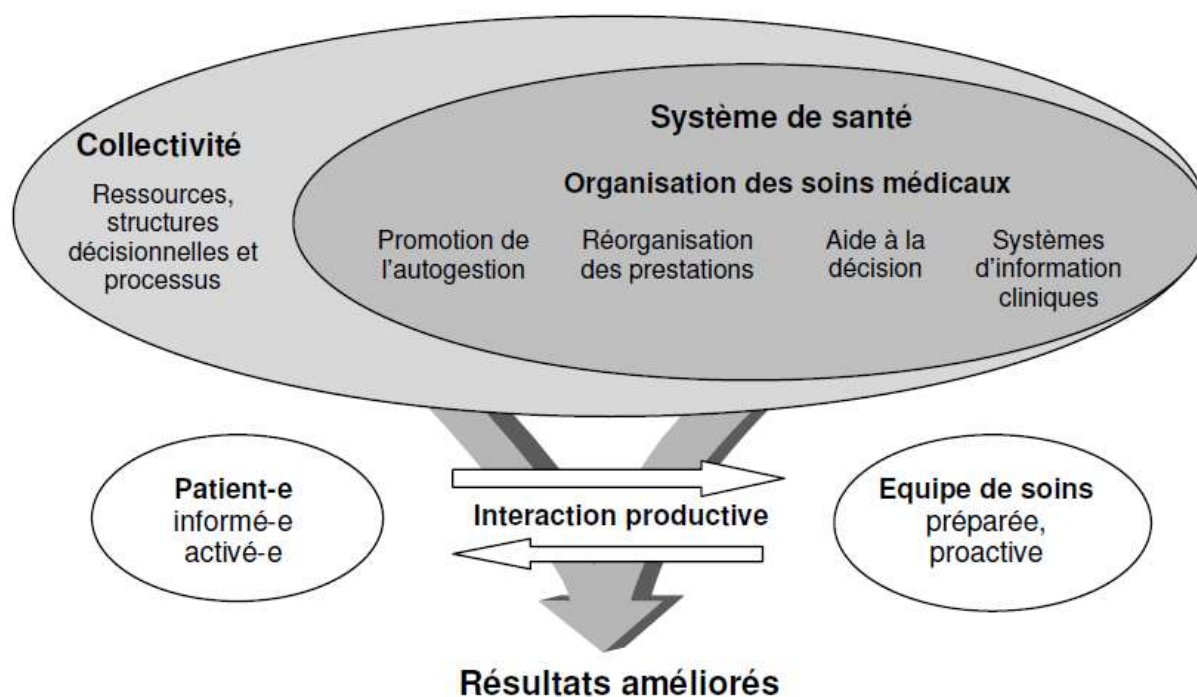
<Ludovic MORIN>



Source : sites internet des différentes structures (arsanté.ch...), organigramme et échanges internes (Ludovic Morin)

29 mai 2019

Annexe 10 : Présentation du « *Chronic Care Model* »



Le « *Chronic Care Model* »

(Source : Bodenheimer et al, 2002)

Le « *Chronic Care Model* » (CCM) est un modèle de soins médicaux de premier recours adapté aux besoins des malades chroniques et au processus global de leur prise en soins, dans le but d'améliorer les résultats thérapeutiques. Le cœur du modèle réside dans une interaction « productive » entre une équipe soignante préparée et proactive et des patients informés et intégrés dans le processus thérapeutique. La réussite de cette interaction nécessite les éléments suivants :

- ❖ Soutien et encouragement de l'autogestion des patients. On entend par là l'aide à la prise en charge des patients par eux-mêmes et, le cas échéant, par leurs proches à l'aide de formations des patients ou de la remise d'aides à l'autosurveillance.
- ❖ Réorganisation des prestations et des processus de prise en charge. Les structures et processus doivent être organisés de façon à assurer une prise en charge intégrée complète, en répartissant par exemple les tâches de

<Ludovic MORIN>

façon optimale au sein de l'équipe soignante ou en faisant appel à un Case Manager.

- ❖ L'aide à la décision inclut l'accès aux connaissances des experts, par ex. par une meilleure coopération avec spécialistes, l'application par les prestataires de directives de traitement basées sur les preuves scientifiques et la fourniture d'aides à la décision aux patients.

- ❖ L'utilisation de systèmes d'information cliniques : il s'agit d'outils cliniques informatiques spéciaux, par ex. un registre de patients permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge, un dossier patient électronique où sont archivées les données médicales des patients, un système de rappel automatique des rendez-vous, des choses à faire ou des examens, ou encore un système d'assistance qui vérifie les interactions entre les médicaments administrés ou aide à respecter les directives de traitement basées sur les preuves. Ces systèmes d'information font progresser la qualité mais servent aussi de plate-forme d'échange entre les différents prestataires participant à la prise en charge.

Ces quatre éléments s'intègrent à leur tour dans un système de santé global et dans une collectivité qui dispose d'autres ressources locales et de services de proximité (voir schéma). Le modèle CCM suppose un changement d'approche de la prise en charge en premier recours des malades chroniques. De nombreuses études attestent de son utilité dans le cas des maladies chroniques, que ce soit au niveau des processus de prise en charge ou des résultats cliniques, bien que l'on ne sache pas toujours si les changements sont dus à certains composants du CCM ou au modèle dans son ensemble (Nolte, McKee 2008). Ce modèle est le concept le plus largement utilisé dans le monde. L'OMS l'a pris pour base de son concept cadre de prise en charge innovante des maladies chroniques (OMS, 2003). Il constitue donc une bonne base pour la conception et l'évaluation de nouveaux modèles de soins axés sur les maladies chroniques.

Annexe 11 : présentation des modèles de rémunération à la performance

Chaque modèle est présenté de façon théorique et sélectionné selon leur degré de compatibilité avec le système de santé suisse. L'ambition du Conseil fédéral est d'arriver à un financement homogène des soins ambulatoires et hospitaliers propice au développement de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé (Confédération suisse, 2017).

1. Le paiement à la capitation (ou « population-based payment »)

Le premier modèle est basé sur une population donnée (ensemble des habitants d'une région ou des catégories de populations précises) et accorde la priorité aux organisations de soins complexes plutôt qu'à des maladies spécifiques. Ce système de forfait global par patient, qui est le modèle appliqué par le réseau Delta (voir précédemment), est un prolongement du principe de coresponsabilité budgétaire des réseaux de soins mais auquel est ajouté une coresponsabilité liée à la performance. Il s'agit d'un contrat bilatéral conclu entre une assurance-maladie et un groupe de fournisseurs de prestations (réseaux de médecins, centres de soins, hôpitaux, pharmacies, organisations d'aide et de soins à domicile...). Les indicateurs portent sur la qualité des prestations médicales, le développement des collaborations et processus de coordination ainsi que la prévention.

2. Le paiement par épisode de soins (« bundled payment »)

Il est basé sur des catégories de pathologies spécifiques et non pas sur l'ensemble d'une population donnée. La rémunération porte sur l'ensemble du processus de soins et de traitement réalisé par les professionnels de santé concernés. Il prend également la forme d'un contrat bilatéral conclu entre un organisme payeur (une assurance-maladie) et un groupe de fournisseurs de prestations (ex. : réseaux de médecins, centres de soins, pharmaciens, hôpitaux). La rémunération peut prendre différentes formes : tout d'abord, cela peut être un forfait global pour un problème aigu donné (taxes d'hôpital et frais de traitement). Cela peut être également un forfait par pathologie (une ou plusieurs maladies chroniques) et sur une période précise (un an en général). Enfin, l'autre modalité de

<Ludovic MORIN>

paiement par épisode de soins peut être un forfait temps par groupe de patients qui comprend tous les frais de traitement pour un ensemble de patient constitué à partir de critères d'admission et pas uniquement d'un diagnostic (ex. : patients atteints de plusieurs pathologies...).

3. Le budget global cantonal

Le troisième modèle de rémunération à la performance possible est le budget global cantonal. C'est une variante fondamentale du premier modèle de rémunération basée sur une population donnée. Il s'articule autour d'un budget prospectif global fixé par le canton qui englobe toutes les prestations de l'AOS. Celui-ci encaisse les primes et recettes fiscales puis les répartit entre les assurances-maladies selon la compensation de la structure des risques. Les professionnels de soins s'organisent par réseaux de soins pour garantir à la population l'accès à des médecins généralistes, à des services ambulatoires spécialisés ou à des prestations hospitalières. Ce modèle se définit par un cadre contraignant, des objectifs définis en commun, des systèmes de performance collectifs et une coopération continue. Des contrats bilatéraux sont conclus par ces réseaux de soins avec les assureurs-maladie.

4. La rémunération complémentaire liée à un objectif

Enfin, le modèle de rémunération complémentaire liée à un objectif (ou « *add-on payment* ») est le plus simple à mettre en place car il constitue un simple système d'incitation à la performance (et non une forme de rémunération). Le versement d'une rémunération supplémentaire aux professionnels de soins est conditionné par la réalisation d'objectifs en matière de soins médicaux qui portent généralement sur un groupe de patients limité et défini par un diagnostic ou une prise en charge particulière. Le système de rémunérations complémentaires se prête avant tout aux pathologies simples, récurrentes et pour lesquelles les processus de soins varient peu. Il facilite la définition des indicateurs de performance et la coordination des différentes étapes de traitement. Comme les autres modèles, différents indicateurs financiers de référence sont établis.

Opportunités et risques

Il existe différentes opportunités et risques dont certains sont associés à plusieurs modèles. Au sujet du mode de rémunération à la capitation ainsi qu'au budget global cantonal, il existe plusieurs avantages qui sont les suivants : il y a une forte orientation de ces modèles vers la préservation de la santé de la population ; ce sont des modèles qui intègrent l'ensemble des soins (ambulatoires et hospitaliers). Par ailleurs, il y a un accès équitable aux soins, indépendamment de la morbidité de chaque patient. Les risques liés à ces modèles sont : l'accès impossible à des prestations indispensables et le caractère coûteux et complexe de la mesure de la performance pour des populations entières

Pour les deux autres formes de rémunération à la performance, à savoir le paiement par épisode de soins et la rémunération complémentaire liée à un objectif, des opportunités et risques sont également associés. En effet, ces deux modèles présentent une forte orientation vers la prévention des maladies. Ils intègrent également l'ensemble des processus de soins. Par ailleurs, ils offrent plus de possibilité de concurrence entre les fournisseurs de prestations au niveau du prix et de la performance (professionnels de santé, réseaux, centres de soins...). En revanche, ils présentent de nouveaux risques, à savoir la focalisation sur certaines maladies au détriment des autres et la création de nouvelles fragmentations, conséquence directe de cette focalisation (Berchtold P. et al, 2017).

Annexe 12 : Liste des entretiens menés

- Docteur Philippe Schaller, membre de la direction d'Arsanté Services SA. Le 6 mars 2019, 3h20 ; puis le 12 mars (1h50) ; le 8 mai (14 minutes), le 16 mai (26 minutes), le 13 juin (38 minutes), et à d'autres occasions de façon imprévue ou lors de réunions.
- Docteur Marc-André Raetzo, membre de la direction d'Arsanté Services SA. Le 8 mars 2019, 2h30 ; puis le 3 avril (40 minutes), le 11 avril (1h50), le 18 avril (2h10), le 22 mai (1h40) puis à d'autres occasions de façon inopinée ou lors de réunions.
- Docteur Dave Baer, médecin-chef de la maison de santé « Cité générations » et membre de la direction d'Arsanté Services SA. Le 18 mars (1h51), le 18 avril (1h55) le 14 mai (2h26) mais également à d'autres occasions de façon inopinée ou lors de réunions.
- Tiziana Schaller, membre de la direction d'Arsanté Services SA et directrice des 5 EMS et des 3 IEPA. Le 29 mai (2h26).
- 6 infirmiers et infirmières de service : le 25 mars (2h20), le 27 mars (1h43), le 5 avril (1h44), le 21 mai (2h30), le 3 juin (43 minutes).
- 2 infirmières responsables : le 26 mars (1h41), le 8 avril (50 minutes), le 30 avril (2h56), le 9 mai (1h12).
- 1 assistante sociale : le 24 avril (2h36).
- 8 médecins généralistes de la maison de santé Cité générations et d'autres centres médicaux du réseau : le 19 mars (1h27), le 1^{er} mai (1h22), le 11 juin (59 minutes), le 6 mai (48 minutes), le 13 mai (51 minutes), le 4 juin (32 minutes), le 6 juin (1h34).
- 2 médecins spécialistes : le 8 mai (1h15), le 15 mai (36 minutes)

<Ludovic MORIN>

- 3 chargés de mission : le 17 avril (43 minutes), le 26 avril (1h19), le 9 mai (1h04), puis à d'autres occasions lors de réunions ou de repas privés le midi.
- 2 responsables de l'IMAD : un responsable d'équipe le 7 mai (1h07) et le sous-directeur le 25 juin (1h40).
- 3 autres salariés administratifs : le 15 avril (2h34), le 21 mai (2h37), le 3 juin (1h15), le 10 juillet (32 minutes) puis plusieurs autres de façon informelle lors de repas partagés le midi.
- 2 professionnels de santé paramédicaux : le 16 mai (1h33), le 24 mai (53 minutes) puis à d'autres occasions de manière informelle lors de repas le jeudi midi.

<Ludovic MORIN>

MORIN	Ludovic	29-08-19
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
La coordination médicale et médico-sociale dans un réseau de soins en Suisse Romande		
Promotion 2018-2019		
<p>Résumé :</p> <p>Le mémoire a pour objet de présenter et d'analyser le fonctionnement de la coopération médicale au sein de la maison de santé « Cité générations » et plus globalement des actions médico-sociales mise en place par la société « Arsanté Services SA ». La réalité du fonctionnement du réseau tend davantage à montrer une efficacité dans la prise en compte de la qualité dans les pratiques médicales ainsi que des économies d'échelle dans la mutualisation des moyens administratifs plutôt qu'une réelle coordination médicale et médico-sociale. Dans la seconde partie, plusieurs propositions sont formulées à partir de l'analyse de terrain réalisé et de la revue de littérature pour se rapprocher du « <i>Chronic Care Model</i> ».</p> <p>Abstract :</p> <p>The purpose of the dissertation is to present and analyze the functioning of medical cooperation within the "Cité générations" medical home and, more generally, medico-social actions implemented by the "Arsanté Services" company. The reality of the functioning of the network tends more to show an efficiency in the taking into account of the quality in the medical practices as well as economies of scale in the mutualisation of the administrative means rather than a real medical and medico-social coordination. In the second part, several proposals are formulated from the field analysis and the literature review to get closer to the "Chronic Care Model".</p> <p>Mots clés :</p> <p>Coordination des soins, intégration des soins, actions médico-sociales, « <i>Chronic Care Model</i> », « <i>Quadruple Aim</i> », maladies chroniques, maison de santé pluridisciplinaire, interprofessionnalité, financement, patient, gouvernance, Suisse</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		