



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours

**Rapport du Groupe de travail
„Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“
de la CDS et de l'OFSP**

Berne, mars 2012

dialogue plate-forme
de la politique permanente de
nationale la confédération
de la santé et des cantons

Auteurs

Dr Daniela Schibli, CDS
Maria Hodel, OFSP, pour une partie du chapitre 4.1

Membres du groupe de travail

- Dr Werner Bauer, président de l'Institut suisse pour la formation médicale et post-graduée (ISFM)
- Dr Markus Betschart, médecin cantonal SG
- Airelle Buff, OFSP (dès le 1.3.2011)
- Prof. Sabina de Gees, Institut des sciences infirmières, Université de Bâle
- Matthias Enderle, OFSP
- Bruno Fuhrer, OFSP
- Dr Catherine Gasser, OFSP
- Rosmarie Glauser, Association suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique (ASMAC)
- Dr François Héritier, président de la Société suisse de médecine générale (SSMG) et membre du comité du Collège de médecine de premier recours (CMPR)
- Roswitha Koch, Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
- Dr Ewa Mariéthoz, Secrétariat central CDS
- Dr Marc Müller, président de Médecins de famille Suisse
- Maja Mylaeus-Renggli, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
- Prof. Annie Oulevey Bachmann, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO)
- Dr Christoph Pfister, OFSP (jusqu'au 28.2.2011)
- Dr Marc-André Raetzo, réseau DELTA, Genève
- Marie-Claude Robert, Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)
- Dr Daniela Schibli, Secrétariat central CDS (direction)
- Magdalena Wicki, canton de Fribourg
- Dr Peter Wiedersheim, coprésident de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) et président de la Société des médecins du canton de Saint-Gall
- Priska Wildhaber Isler, directrice des services d'aide et de soins à domicile de Küsnacht

Références à citer

Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé publique (2012). „Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“. Rapport du Groupe de travail „Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“ de la CDS et de l'OFSP. Berne.

Source

Ce rapport est disponible au format PDF, en allemand et en français, sous www.nationalegesundheit.ch et www.gdk-cds.ch ou peut être demandé à office@gdk-cds.ch.

Sommaire

1.	Résumé	4
2.	Situation initiale	5
3.	Problématique	7
3.1	Les défis de la médecine de premier recours.....	7
3.2	Les nouveaux modèles de soins comme solution possible.....	8
4.	Nouveaux modèles de soins: état des lieux de la théorie et de la pratique	9
4.1	Idées directrices des nouveaux modèles de soins.....	9
4.2	Le „Chronic Care Model“ comme concept pour les maladies chroniques	11
4.3	Exemples de réalisation de nouveaux modèles de soins.....	12
4.3.1	Exemples de réalisation à l'étranger	12
4.3.2	Approches en Suisse.....	16
4.3.3	Brève comparaison des exemples et des approches.....	20
5.	Nouveaux modèles de soins pour la Suisse	21
5.1	Exigences relatives aux nouveaux modèles de soins	21
5.2	Amélioration des conditions générales	25
5.3	Rôle des acteurs pour la suite	27
6.	Conclusions	29
7.	Bibliographie	30

1. Résumé

L'avenir de la médecine de premier recours réserve de nombreux défis: ainsi, le vieillissement de la population et la multiplication des maladies chroniques entraînent par ex. une augmentation des demandes de prestations médicales (à domicile) et de soins et nécessitent de plus en plus une prise en charge médicale intégrée. Dans le même temps, on peut craindre à l'avenir une pénurie de praticiens, au moins dans les deux principaux groupes de professionnels de la médecine de premier recours (médecins de famille et infirmiers/infirmières).

Des changements s'imposent donc dans le domaine de la médecine de premier recours. Les nouveaux modèles de soins constituent une approche possible. Ceux-ci permettraient de mettre en place une médecine de premier recours de grande qualité, fondée sur l'intérêt du patient et en même temps économique. Sachant qu'environ 20% de malades chroniques et/ou graves occasionnent près de 80% des coûts en Suisse, il serait possible de gagner en qualité et en efficacité en améliorant la prise en charge de ces patients, et aussi en améliorant la prévention. Toutefois, les nouveaux modèles de soins ne devront pas se limiter à cette population de patients mais assurer une prise en charge globale.

Les nouveaux modèles de soins se caractérisent par une approche intégrée, visant le bénéfice du patient, et par leur adaptation aux besoins. Pour réussir une prise en charge intégrée, il faut améliorer la collaboration entre les catégories professionnelles et optimiser la répartition des tâches et des compétences dans les nouveaux modèles de soins. Cette approche est prometteuse pour tous les métiers puisqu'elle permet de coordonner de façon optimale les domaines d'activité et de profiter des connaissances des autres professionnels. Tout en optimisant l'utilisation des ressources, elle améliorerait aussi l'attractivité de ces métiers.

Pour que les nouveaux modèles de soins soient attrayants pour les professionnels de santé¹ en exercice et futurs, les conditions de travail doivent être adaptées à notre époque (par ex. possibilité de travail salarié, à temps partiel, en équipe). Enfin, les nouvelles organisations de soins doivent s'engager pour assurer la relève par la formation de base et postgrade.

De nouveaux modèles de soins ont fait leur apparition depuis quelques années dans d'autres pays. Ils se basent souvent sur le modèle de „*chronic care*“, un concept de soins basé sur la médecine de premier recours et adapté aux besoins de malades chroniques. Des ébauches de nouveaux modèles voient également le jour en Suisse, par ex. des centres de santé ou les projets du réseau Gesundheitsnetz 2025 de la ville de Zurich.

La création et la diffusion de ces nouveaux modèles en Suisse doit bénéficier, d'une part, de conditions cadres qui n'entravent pas leur développement mais au contraire le favorisent. Cela nécessite une compensation des risques basée sur la morbidité, un système de financement axé sur des critères de qualité, d'efficacité et de coût économique total et adapté à la nouvelle répartition des compétences et des tâches, ainsi que des formations de base et postgrade permettant de former aujourd'hui des professionnels armés pour les défis de demain. D'autre part, les projets innovants doivent bénéficier si nécessaire, au démarrage, du savoir-faire et du soutien financier des pouvoirs publics.

De nouveaux modèles de soins médicaux de premier recours peuvent être mis en place si tous les acteurs y apportent leur contribution: pouvoirs publics, prestataires, associations professionnelles, établissements de formation de base et postgrade, partenaires tarifaires, mais aussi les patients et leurs proches, partenaires importants des prises en charge futures.

¹ La notion de „professions de santé“ inclut toutes les professions de santé ayant une qualification de niveau tertiaire (par ex. médecins, infirmiers et infirmières, physiothérapeutes, sages-femmes, etc.).

2. Situation initiale

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'occupe également du secteur médical ambulatoire depuis 2005, à la suite de signaux annonçant une pénurie de médecins dans la médecine de premier recours. La Confédération et les cantons ont par conséquent créé le groupe de travail „Médecine de premier recours“ dans le cadre du Dialogue de la politique nationale de la santé². L'activité de celui-ci était centrée sur le service médical de garde et le financement de la formation postgrade spécifique des médecins de premier recours (assistantat au cabinet). D'autres thèmes y ont également été discutés: nouveau titre postgrade en médecine interne générale, gel de l'ouverture de nouveaux cabinets de médecins de famille ou création des instituts pour la médecine de famille.

Après la mise en place dans presque tous les cantons de programmes pilotes d'assistantat au cabinet et la réorganisation du service médical de garde dans de nombreux cantons, la Confédération et les cantons ont décidé d'aborder dans une nouvelle phase, toujours dans le cadre du Dialogue de la politique nationale de la santé, le thème des nouveaux modèles de soins médicaux de premier recours. Ils manifestaient par là la conviction que de nouveaux modèles de soins pourraient résoudre au moins une partie des problèmes de la médecine de premier recours, notamment dans les zones périphériques.

Le groupe de travail „Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“ a été créé à cette fin. Son but est d'élaborer de nouveaux modèles de prise en charge pour les soins médicaux de premier recours, y compris pour les régions périphériques de Suisse, en tenant compte du „*skill-mix*“, autrement dit de la répartition des rôles et des attributions entre les différents prestataires. Il s'agit d'indiquer ainsi aux cantons et aux autres acteurs de la santé comment assurer les soins médicaux, y compris dans la perspective d'une pénurie de certaines professions de santé (par ex. de certains groupes de médecins spécialisés tels que les médecins de famille, ou d'infirmiers/infirmières).

Définitions

On entend par médecine de premier recours la prise en charge médicale ambulatoire de la population par les médecins de premier recours³ et par d'autres professionnels de santé: infirmiers/infirmières, pharmacien-ne-s, sages-femmes, physiothérapeutes et ergothérapeutes, diététicien-ne-s et professions auxiliaires (assistant-e médical-e ou assistant-e en soins et santé communautaire). Le présent rapport met l'accent sur les soins ambulatoires par les médecins de premier recours et les infirmiers/infirmières.

On entend par nouveaux modèles de soins en médecine de premier recours, de manière générale, les nouvelles formes de prestations en médecine de premier recours. Le présent rapport met en particulier l'accent sur les nouvelles formes d'intervention axées plus fortement sur la prise en charge adéquate des malades chroniques et des personnes âgées.

Le groupe de travail est composé de représentant-e-s de la Confédération, des cantons, du corps médical et du corps infirmier. Les autres professions de la médecine de premier recours ont été volontairement écartées de l'élaboration du présent rapport, et ce pour deux raisons: d'une part, parce que les soins médicaux et infirmiers sont au cœur de la médecine de premier recours; d'autre part, parce qu'il s'agissait, dans un premier temps, de parvenir à une compréhension des nouveaux modèles de soins partagée par les deux groupes.

² Les rapports et documents fondamentaux du groupe de travail ainsi que les liens vers les plates-formes d'informations „Service médical de garde“ et „Assistantat au cabinet“ se trouvent à l'adresse: www.gdk-cds.ch/index.php?id=847&L=1

³ Les médecins de premier recours sont les médecins en cabinet ayant une formation postgrade en médecine générale, médecine interne et, depuis peu, en médecine interne générale, en pédiatrie, ainsi que les médecins praticiens ayant ce seul titre de formation postgrade.

D'autres professions, par ex. les physiothérapeutes et ergothérapeutes ou les pharmaciens et pharmaciennes, sont également intégrés dans les nouveaux modèles de soins, selon l'organisation de ceux-ci. Elles pourront être impliquées dans une éventuelle phase ultérieure.

Le groupe de travail est composé des personnes suivantes:

- Dr Werner Bauer, président de l'Institut suisse pour la formation médicale et post-graduée (ISFM)
- Dr Markus Betschart, médecin cantonal SG
- Airelle Buff, OFSP (dès le 1.3.2011)
- Prof. Sabina de Gees, Institut des sciences infirmières, Université de Bâle
- Matthias Enderle, OFSP
- Bruno Fuhrer, OFSP
- Dr Catherine Gasser, OFSP
- Rosmarie Glauser, Association suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique (ASMAC)
- Dr François Héritier, président de la Société suisse de médecine générale (SSMG) et membre du comité du Collège de médecine de premier recours (CMPR)
- Roswitha Koch, Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
- Dr Ewa Mariéthoz, Secrétariat central CDS
- Dr Marc Müller, président de Médecins de famille Suisse
- Maja Mylaeus-Renggli, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
- Prof. Annie Oulevey Bachmann, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO)
- Dr Christoph Pfister, OFSP (jusqu'au 28.2.2011)
- Dr Marc-André Raetzo, réseau DELTA, Genève
- Marie-Claude Robert, Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)
- Dr Daniela Schibli, Secrétariat central CDS (direction)
- Magdalena Wicki, canton de Fribourg
- Dr Peter Wiedersheim, coprésident de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) et président de la Société des médecins du canton de Saint-Gall
- Priska Wildhaber Isler, directrice des services d'aide et de soins à domicile de Küsnacht

Il s'est réuni cinq fois au total. Le présent rapport est le résultat des discussions de ce groupe de travail. Nous remercions en particulier Maria Hodel de l'OFSP, qui a rédigé certaines parties du chapitre 4.1. Des intervenants externes ont été invités à faire part de leurs connaissances (pratiques) lors de certaines séances. Nous souhaitons remercier:

- le Dr Philippe Schaller, réseau Delta, Genève
- le Prof. Danielle D'Amour, professeur titulaire à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal et experte en collaboration entre médecins et infirmiers/infirmières en médecine de premier recours. Le professeur D'Amour est intervenue en 2010/2011 pour la direction des soins du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne.
- le Dr Hansulrich Blunier, MediZentrum Schüpfen.

3. Problématique

3.1 Les défis de la médecine de premier recours

Les défis de la médecine de premier recours sont multiples et peuvent être résumés comme suit:

- (1) Vieillesse de la population et augmentation des maladies chroniques et des plurimorbidités.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la proportion de maladies chroniques va notablement augmenter jusqu'à 2020. Alors qu'elles ne représentaient en 1990 que la moitié de toutes les affections, elles en constitueront près des trois quarts d'ici à 2020. Cette évolution s'explique principalement par l'allongement de l'espérance de vie et les comportements quotidiens à risque. Dans le même temps, les progrès de la médecine permettent de vivre plus longtemps avec une maladie chronique.

- (2) Demande croissante de prestations médicales (médecine de famille) et de soins.

L'augmentation de cette demande résulte du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et des polymorbidités, du transfert de l'hospitalisation aux soins ambulatoires, du raccourcissement des séjours à l'hôpital, du transfert des soins de la famille aux professionnels et de l'importance croissante de l'éducation des patients.

- (3) Attentes croissantes des patients (par ex. exigence d'être soignés tout de suite, d'horaires d'ouverture prolongés et de la mise en œuvre des outils de diagnostic et de traitement les plus récents) et sollicitation accrue du corps médical.

- (4) Pénurie (future) de médecins et d'infirmiers/infirmières de premier recours.

Une pénurie se dessine aussi bien chez les médecins de premier recours que chez les infirmiers/infirmières (Obsan 2008; CDS/OdASanté 2009).

Le manque imminent de médecins de premier recours se manifeste surtout par la moyenne d'âge élevée des praticiens, parallèlement à une demande croissante de prestations de médecine familiale. Dans le même temps, la relève se fait attendre⁴ et la demande de travail à temps partiel augmente en raison de la féminisation de la médecine, avec à la clé, ici encore, la nécessité d'un effectif de médecins plus important.

Le manque de personnel soignant s'explique par la demande croissante de soins résultant du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et du possible raccourcissement futur de la durée des hospitalisations. Dans le même temps, le nombre de diplômés en soins infirmiers est aujourd'hui largement inférieur aux besoins futurs et la durée d'exercice du métier est courte.

- (5) Inégalités géographiques de répartition des prestataires.

La pénurie de médecins de premier recours affectera en particulier les zones périphériques car les jeunes médecins sont peu attirés par l'idée de s'installer dans une région périphérique.

⁴ Bien que le nombre de titres de formation postgrade accordés ces dernières années dans les quatre orientations des soins de premier recours n'ait pas diminué, les jeunes médecins sont rarement disposés à reprendre un cabinet individuel, et encore moins dans les régions rurales.

3.2 Les nouveaux modèles de soins comme solution possible

Face à ces défis, il est indispensable de repenser la médecine de premier recours, dans le but d'assurer une prise en charge médicale de bonne qualité et en même temps économique, efficace et adaptée aussi aux malades chroniques et aux régions rurales.

On estime qu'environ 20% de malades chroniques et/ou graves occasionnent près de 80% des coûts en Suisse. Pourtant, les soins de santé sont encore fortement axés sur le traitement des maladies aiguës et négligent la promotion de la santé et la prévention (cf. Schoen et al. 2008, 2010; OCDE 2006, 2011). Dans ce contexte, et compte tenu de la part croissante des maladies chroniques et des polymorbidités, on pourra accroître la qualité et l'efficacité principalement en améliorant, d'une part, la prise en charge des malades chroniques et graves, et d'autre part la prévention.

L'expérience des patients adultes recueillie dans le cadre de l'Enquête internationale sur les politiques de santé 2011 du Commonwealth Fund (Sturny et Camenzind 2011) montre que le système de santé suisse en général, et en particulier l'accès aux soins, la collaboration avec les médecins de famille et la coordination entre les médecins de famille et les autres spécialistes, sont bien notés. Il existe des lacunes, en particulier dans le suivi et l'information après la dernière hospitalisation ou après une intervention chirurgicale, autrement dit à l'interface entre services d'hospitalisation et secteur ambulatoire. La prise en charge complète et institutionnalisée des malades chroniques est en outre moins développée en Suisse que dans les pays anglo-saxons.

Les nouveaux modèles de soins offrent la possibilité de répondre à ces défis et d'optimiser les soins en général, et en particulier la prise en charge des malades chroniques et graves. Ces nouveaux modèles devront permettre l'exécution des prestations médicales et de soins nécessaires, dans le cadre adéquat et par le prestataire le mieux adapté, ainsi que leur adaptation optimale aux besoins du patient. Une perspective à long terme permettra d'améliorer la durabilité, donc la qualité des soins, notamment pour le traitement des pathologies complexes et/ou chroniques.

Les modifications pourront être apportées à trois grands niveaux: au niveau de l'interaction directe entre patient et personnel soignant (niveau „micro“), au niveau de l'organisation de la prestation (niveau „méso“) et au niveau d'ensemble du système de santé (niveau „macro“; cf. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009). Le présent rapport met l'accent sur le niveau „méso“, c'est-à-dire le niveau de l'organisation des prestations, et inclut le niveau „micro“, celui de l'interaction entre patients et soignants. Le niveau du système de santé dans son ensemble (modalités de financement, partage des compétences entre Confédération, cantons, assureurs, prestataires, etc.) n'est pas abordé en priorité, afin de contourner les éventuels blocages en la matière. L'organisation concrète des nouveaux modèles de soins dépend toutefois de conditions cadres telles que leur financement, et le chapitre 5.2 contient donc des réflexions sur ces conditions cadres.

On peut dès lors se demander à quoi pourrait ressembler une nouvelle organisation adéquate des soins, autrement dit de nouveaux modèles pour la médecine de premier recours. Afin de répondre à cette question, le chapitre 4 fait un tour d'horizon des nouveaux modèles de soins actuels, dans la théorie et la pratique. Sur cette base, le chapitre 5 recense les besoins relatifs aux nouveaux modèles de soins, formule des propositions pour l'amélioration des conditions générales et définit le rôle futur des différents acteurs. Le chapitre 6 expose les conclusions.

4. Nouveaux modèles de soins: état des lieux de la théorie et de la pratique

Depuis quelques années, des concepts de nouveaux modèles de soins ont vu le jour dans de nombreux pays occidentaux, pour des raisons similaires, liées aux faiblesses d'une prise en charge visant des résultats à court terme, très élaborée, fortement différenciée dans les dimensions horizontale et verticale mais pas assez coordonnée ni mise en réseau. Les nouveaux modèles de soins se veulent une solution aux problèmes de fragmentation de la prise en charge, qui se manifestent aujourd'hui surtout dans le traitement des maladies complexes et chroniques.

Dans ce contexte, le concept fondamental des nouveaux modèles de soins peut être résumé à la notion de „prise en charge intégrée“. Cette notion désigne l'idée d'une prise en charge étendue à tous les secteurs et groupes professionnels et axée sur le patient, accordant une place importante à la mise en réseau, à la collaboration et à la coordination dans le but d'améliorer la qualité des soins.

4.1 Idées directrices des nouveaux modèles de soins

La prise en charge intégrée par les nouveaux modèles de soins se caractérise par quelques idées fortes qui définissent les interactions entre les prestataires et les patients ainsi qu'entre les différents prestataires. Afin de pouvoir réaliser certaines de ces idées directrices (ou même toutes, dans l'idéal), des changements de comportement, de gestion et d'organisation sont nécessaires aussi bien du côté des patients que du côté des prestataires. La liste qui suit énumère les plus importantes de ces idées directrices.

A. Prévention et autonomie des patients

Il est indispensable d'envisager la prise en charge sur un intervalle de temps plus long, en particulier dans le but d'éviter les complications coûteuses des maladies chroniques ou complexes. La prévention (secondaire) ciblée et l'encouragement à l'autonomie (par ex. par des formations → „patient expert“) gagnent donc nettement en importance. Les interventions préventives et la prise d'autonomie sont adaptées spécifiquement aux différentes pathologies et aux besoins de soins et de prise en charge des patients. La prise d'autonomie des patients, par l'acquisition de compétences pour se soigner ou se prendre en charge eux-mêmes, recèle en particulier un important potentiel d'amélioration des soins de santé.

B. Optimisation de l'accès aux soins

L'accès aux soins est très bon en Suisse, y compris en comparaison avec d'autres pays. Il n'en reste pas moins qu'il peut être optimisé de diverses manières: horaires d'ouverture, de travail ou d'intervention allongés, utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication (par ex. de la télémédecine), régulation des flux de patients au moyen d'un service téléphonique médical bien organisé ou meilleure prise en charge aux interfaces (par ex. par des conventions de coopération entre les services de soins à domicile et les médecins de consilium en vue d'une meilleure couverture des urgences la nuit ou le week-end). Ces optimisations sont judicieuses si elles améliorent la prise en charge, par ex. en déchargeant les services d'urgences hospitaliers. Elles ne le sont pas si elles entraînent une augmentation de la demande induite par l'offre sans nécessité médicale et/ou de soins.

C. Directives de traitement

La prise en charge intégrée a besoin de directives de traitement (*guidelines*) fondées sur les preuves et structurées. Ces instructions constituent une aide à la décision importante pour le traitement des maladies complexes et chroniques déjà diagnostiquées et dont les besoins

de soins sont déterminés. Les patients peuvent ainsi être encouragés à agir et à respecter leur traitement (observance), avec l'aide des professionnels de santé.

D. Amélioration de l'intégration et de la coordination

La coordination ou la mise en réseau des différents prestataires, en vue d'une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, contribue à améliorer la prise en charge 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).

Lorsqu'une mise en réseau ou une intégration contractuelle est mise en place avec d'autres prestataires, les efforts de coopération consentis par les différents intervenants sont „rentabilisés“ du point de vue de la qualité autant que financièrement, en particulier dans le traitement des pathologies complexes et/ou chroniques. La mise en place d'un Case Management s'impose pour prendre en charge les patients ayant des besoins extrêmement complexes.

E. Engagement et continuité renforcés

Le prestataire de soins de premier recours assure la prise en charge complète du patient (pour toutes les maladies aiguës et chroniques) et aide celui-ci à naviguer dans le système de santé. Ce prestataire *primaire* peut en principe être différent selon les moments ou les situations, mais il doit toujours être l'intervenant qui convient le mieux dans la situation précise du patient: médecin spécialiste pour les patients souffrant de certaines maladies, centre d'appel (interlocuteur principal ou subsidiaire) pour tous les assurés. En règle générale, le médecin de famille sera le prestataire de premier recours en cas de besoin clinique diagnostique ou thérapeutique, et l'infirmier/infirmière en cas de besoin de soins essentiellement infirmiers.

La relation avec le prestataire de soins de premier recours doit en principe être établie dans la durée. Une perspective à long terme permettra d'améliorer la durabilité, donc la qualité des soins, notamment pour le traitement des pathologies complexes et/ou chroniques.

F. Transparence accrue

Le prestataire de soins de premier recours peut, avec le consentement du patient, prendre connaissance de toutes les prestations demandées par celui-ci. Cela améliore la transparence. Dès que des prestataires secondaires interviennent, ils peuvent eux aussi avoir connaissance des informations qui les intéressent, toujours avec le consentement du patient. Dans les modèles de soins en réseau, les systèmes de connaissances ou d'informations assistés par ordinateur facilitent la collaboration et jouent un rôle important pour la qualité et le contrôle de qualité.

G. Prise en charge orientée vers le patient et autogestion

Les patients et leurs besoins sont au centre des préoccupations. L'orientation individuelle vers le patient est renforcée par la prise en compte accrue des préférences des patients (par ex. fort besoin d'information, question des coûts) et par la prise de décisions de plus en plus selon une procédure partagée. Cela ne signifie pas pour autant que l'on doive ou puisse satisfaire tous les besoins. Au contraire, la prise en charge orientée vers le patient doit aussi contribuer à ce que les patients apprennent dans quels cas ils doivent se gérer eux-mêmes.

Les patients doivent participer à leur propre processus de prise en charge, dans le but de renforcer leur autonomie dans la gestion et les soins. Ils doivent acquérir et mettre en pratique toutes les aptitudes nécessaires pour mener une vie active et satisfaisante, même avec une maladie chronique: par ex. aptitude à élaborer des stratégies de résolution des problèmes ou à surmonter les crises, connaissance et recours aux aides possibles, création d'une relation de partenariat avec les professionnels de la santé.

H. Plus de qualité et de sécurité pour les patients

L'interaction des différents prestataires est déterminante pour la qualité des soins. Celle-ci n'est pas seulement une question de normalisation des processus ou de directives basées sur les preuves, mais dépend aussi du respect mutuel et de l'apprentissage continu au-delà des limites de chaque discipline (Berchtold 2007). Des indicateurs de qualité pertinents peuvent être mis en œuvre pour apprécier et améliorer si nécessaire la qualité du diagnostic, du traitement, du conseil, de la formation, des soins, etc.

4.2 Le „Chronic Care Model“ comme concept pour les maladies chroniques

Les lignes directrices qui précèdent peuvent constituer la base générale des nouveaux modèles de soins. En ce qui concerne les maladies chroniques, dont l'importance déjà considérable va encore croître à l'avenir, nous présentons ci-après le modèle dit „Chronic Care Model“ (CCM). Il s'agit d'un modèle de soins médicaux de premier recours adapté aux besoins des malades chroniques et au processus global de leur prise en charge, dans le but d'améliorer les résultats thérapeutiques (cf. Bodenheimer et al. 2002, Gerlach et al. 2006).

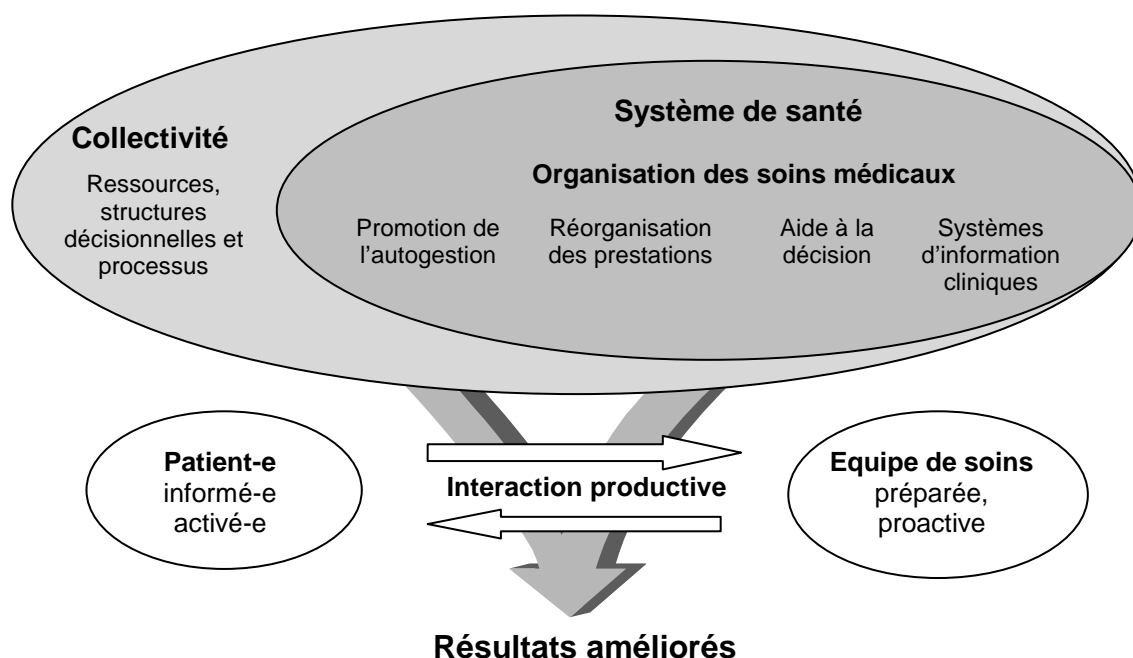


Figure 1: Le „Chronic Care Model“ (d'après Bodenheimer et al. 2002)

Le cœur du modèle réside dans une „interaction productive“ entre une équipe soignante préparée et proactive et des patients informés, intégrés activement 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, par ex. à l'aide de formations des patients ou de la remise d'aides à l'auto-surveillance.
- 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, par ex. en répartissant les tâches de 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 et la fourniture d'aides à la décision aux patients.
- 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 (cf. Figure 1).

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 (cf. Nolte et McKee 2008; Busse et al. 2010). 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 2002). Il constitue donc une bonne base pour la conception et l'évaluation de nouveaux modèles de soins axés sur les maladies chroniques.

4.3 Exemples de réalisation de nouveaux modèles de soins

Cette section présente tout d'abord des exemples de réalisation de nouveaux modèles de soins à l'étranger (section 4.3.1), puis des expériences en Suisse (section 4.3.2). Il s'agit davantage ici de modèles de soins globaux que d'approches visant avant tout la prise en charge des maladies chroniques. La section 4.3.3 donne ensuite une comparaison descriptive sommaire des modèles.

4.3.1 Exemples de réalisation à l'étranger

Certains nouveaux modèles sont déjà largement répandus à l'étranger. Nous présentons ici des exemples de réalisation en Europe (France, Allemagne, Finlande) et aux Etats-Unis. Dans la mesure où les systèmes de santé de ces pays diffèrent parfois notablement de celui de la Suisse, ces modèles ne sont pas toujours transposables tels quels à notre pays.

A. Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) en France

Les maisons de santé pluridisciplinaires françaises constituent un mode d'organisation relativement récent, visant la prise en charge globale des patients en première ligne. Elles regroupent médecins et autres professionnels de la santé. Les MSP permettent aux prestataires qui y travaillent de mieux concilier vie privée et vie professionnelle. Elles offrent en outre différents autres avantages: horaires d'ouverture étendus, coopération entre les professionnels, principalement entre médecins et infirmiers/infirmières, large éventail de soins (Bourgueil 2009).

La réforme de 2009 (loi HPST-Hôpital, patient, santé et territoires) encourage expressément la création de tels centres de soins interdisciplinaires. Tout en permettant une meilleure coordination des prestataires, les MSP seraient un remède à la sous-médicalisation, par ex. grâce à la présence à temps partiel dans ces structures de prestataires installés ailleurs.

Une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) a cinq caractéristiques⁵:

- Orientation sur les patients: les soins dispensés dans une MSP visent à répondre aux besoins et aux attentes des patients. Ces derniers sont informés et encouragés à prendre en main leur maladie.
- Prise en charge complète: une MSP doit être en mesure d'assurer une grande partie des soins physiques et psychiques, y compris la prévention et le traitement des maladies chroniques. Les grandes MSP doivent disposer pour cela d'une équipe multidisciplinaire, tandis que les plus petites peuvent constituer un réseau avec les prestataires correspondants.
- Prise en charge coordonnée: la prise en charge se veut coordonnée. Une attention particulière est portée à la question des interfaces entre les différents intervenants. En outre, une communication claire et ouverte avec les patients et leurs familles doit être mise en place.
- Accès aux soins: les MSP visent à améliorer l'accès aux soins grâce à des horaires d'ouverture étendus, à des temps d'attente réduits et à une permanence (au moins téléphonique) pour les urgences.
- Le système repose sur des exigences de qualité et de sécurité: la qualité doit être constamment améliorée dans les MSP, grâce au recours à des instruments tels que la médecine basée sur les preuves, les évaluations ou des soins adaptés à la population.

Il est difficile, à l'heure actuelle, de quantifier la densité des MSP en France. On estime qu'il en existe plus de 160. Leur répartition territoriale est variable et elles se concentrent principalement dans l'est du pays. Les difficultés sont principalement d'ordre juridique et financier. En raison de la faible rémunération, l'exercice dans un tel cadre manque évidemment d'attrait, notamment pour les infirmiers/infirmières (Juilhard et al. 2010).

B. Cabinets médicaux de premier recours en Allemagne

Le Conseil pour l'évolution de la santé allemand (Deutscher Sachverständigenrat für die Entwicklung der Gesundheit, 2009) préconise la création de cabinets médicaux de premier recours. Dans ce cadre, les médecins joueraient, bien plus qu'aujourd'hui, le rôle de coordinateurs et de modérateurs et seraient responsables en dernier ressort (voir aussi Gerlach 2009). L'équipe du cabinet examinerait et suivrait sa patientèle de façon systématique, dans son ensemble. Il serait judicieux, à cet égard, de mieux séparer la prise en charge des pathologies aiguës et le soin des patients chroniques. L'attention se déplace vers une prise en charge à long terme et complète d'une population (en aussi bonne santé que possible).

On peut imaginer de différencier les consultations de pathologies aiguës, de prévention et de suivi des malades chroniques. Des assistants médicaux (MFA, medizinische Fachangestellte) ou des infirmiers/infirmières pourraient assurer des tâches importantes qui restent aujourd'hui encore l'apanage des médecins, notamment en matière de prévention médicale (formation des patients, vaccinations...) et de suivi au long terme des malades chroniques (surveillance de diverses mesures à contrôler). Le suivi des malades chroniques par ces assistants médicaux, à l'aide de check-lists simples, très structurées et validées, s'est d'ores et déjà avéré réalisable et utile dans les cabinets de médecins de famille allemands.

Un cabinet médical de premier recours („Primärversorgungspraxis“) présente, concrètement, les caractéristiques suivantes:

- Il pratique un suivi prédictif.

⁵ www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-pourquoi-comment-/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-a-letranger/112-patient-centered-medical-home--la-maison-de-sante-pluridisciplinaire-des-etats-unis

- Les patients sont informés et „activés“. Ils connaissent leur rôle, sont formés à l'autogestion et participent à la réflexion.
- Il n'y a pas de traitement selon un schéma donné mais une approche thérapeutique adaptée au profil de risque de chacun.
- Le cabinet dispose d'une base de connaissances à jour, par ex. de directives basées sur les preuves.
- Les processus de soins sont structurés. Les interfaces sont définies, les assistants médicaux participent à la prise en charge. La question de la responsabilité en dernier recours est réglée.
- Les résultats sont mesurés (aussi bien individuellement pour chaque patient que pour tout le groupe de malades chroniques).
- Les praticiens utilisent divers outils et aides à l'organisation avec l'assistance d'un logiciel de gestion de cabinet moderne.

Cet objectif de suivi au long cours d'une population définie rend nécessaire un système d'inscription. Le plus grand défi à relever par un cabinet médical de premier recours comprenant plusieurs intervenants est peut-être le maintien d'une relation médecin-patient personnelle et fructueuse. La solution serait de créer des micro-équipes composées d'un médecin et d'un-e assistant-e médical-e au sein de cabinets de premier recours plus gros.

C. Centres médicaux multidisciplinaires en Finlande

Les centres médicaux finlandais sont de taille variable et ne proposent pas tous les mêmes services. Les grands centres, par ex. à Helsinki, emploient plusieurs centaines professionnels de la santé. Dans les régions plus isolées, les centres médicaux proposent seulement les services de base et d'urgence. En règle générale, les centres de santé offrent un large éventail de services à la population, de la promotion de la santé et de la prévention aux interventions de diagnostic, de traitement et de réadaptation et jusqu'aux soins palliatifs. Les prestations sont exécutées par une équipe multidisciplinaire composée de médecins généralistes et d'infirmiers/infirmières, ainsi que d'autres professionnels de la santé (assistants de laboratoire, sages-femmes, kinésithérapeutes, parfois aussi certains spécialistes: pédiatres, gynécologues, psychiatres). En règle générale, les centres médicaux possèdent aussi un petit service d'hospitalisation.

Ces centres sont régis par un système d'inscription et de triage (*gatekeeper*). Les patients sont en général pris en charge initialement par un infirmier/une infirmière qui étudie la situation, recueille les résultats d'examen nécessaires et décide s'il y a lieu de consulter un médecin. Les urgences sont elles aussi généralement prises en charge par un infirmier/une infirmière spécialement formé(e). Les infirmiers/infirmières sont en outre responsables du suivi des grossesses, de la médecine scolaire et de la médecine du travail, parfois en collaboration avec les médecins. Ils sont également très impliqués dans les visites à domicile des personnes âgées. Ils ont en outre un rôle médical dans les zones isolées dépourvues de médecin. Depuis peu, ils sont autorisés à prescrire certains médicaments d'utilisation courante (cf. Bourgueil et al. 2006; Sax 2011).

D. „Patient-Centered Medical Homes“ aux Etats-Unis

Les „maisons de santé centrées sur les patients“ (Patient-Centered Medical Homes, PCMH) sont caractérisées par les sept éléments suivants (American Academy of Family Physicians 2007):

- Médecin personnel: chaque patient a son médecin personnel, en règle générale un médecin de premier recours mais parfois un spécialiste.

- Cabinet médical dirigé par un médecin: le médecin dirige une équipe de professionnels de la santé qui est globalement responsable du traitement des patients.
- Orientation vers les patients: le médecin et son équipe sont globalement responsables du parcours de soins, y compris pour assurer la prise en charge des patients par d'autres spécialistes.
- Prise en charge coordonnée ou intégrée.
- Qualité et sécurité sont les caractéristiques déterminantes des PCMH.
- L'accès amélioré aux soins est garanti par les horaires d'ouverture étendus des PCMH, par une prise de rendez-vous „ouverte“ (par ex. pas de rendez-vous à plus de deux semaines, rendez-vous le jour même pour les personnes appelant avant 13h00), ou encore par l'utilisation de nouvelles formes de communication entre médecin et patient.
- Les nouvelles valeurs doivent se retrouver dans la rémunération. Le paiement des prestations doit viser, entre autres, une rémunération du travail de coordination et des autres interventions de personnel non médical.

Les PCMH ne relèvent pas d'un programme de „disease management“, où l'accent est mis sur une maladie donnée, mais d'un processus complet, dirigé par un médecin et orienté sur les ressources (cf. American College of Physicians 2006).

Il existe des PCMH aux Etats-Unis depuis environ cinq ans. En 2009, on comptait sur tout le territoire américain 94 projets pilotes, dont 26 réunissaient les sept conditions essentielles des PCMH et étaient déjà actifs ou avaient ouvert leurs portes cette année-là (Bitton et al. 2010). Les évaluations existantes de PCMH montrent que la réorganisation de la médecine de premier recours dans ce cadre a, entre autres, augmenté la qualité des soins et réduit les hospitalisations (Grumbach et Grundy 2010).

E. Guided Care (Etats-Unis)

Basée sur le modèle du „Chronic Care“, la notion de „Guided Care“ a vu le jour face aux difficultés croissantes de la prise en charge des patients âgés souffrant de pathologies chroniques et complexes. Un infirmier/une infirmière de „soins guidés“ spécialement formé-e travaille dans un cabinet médical, en étroite collaboration avec les médecins de celui-ci et le reste de l'équipe. Il/elle assure le suivi de 50 à 60 patients chroniques, évalue leurs besoins, planifie leurs soins, surveille leur état de santé, les forme et les encourage à s'aider eux-mêmes. Il/elle intervient également à domicile auprès des patients et de leurs proches et travaille en liaison avec les autres prestataires et les services communautaires (Boult 2008).

Le modèle de „Guided Care“ a été testé dès 2006 pendant près de trois ans dans huit cabinets de la région de Baltimore et de Washington D.C., représentant plus de 900 patients, 300 infirmiers/infirmières et 48 médecins de famille. Les premiers résultats mettent en évidence une augmentation de la qualité des soins, un allègement de la charge pour les familles et la satisfaction des médecins. Globalement, le recours aux services de santé a été réduit. Le modèle de „Guided Care“ a reçu diverses distinctions, récompensant par ex. l'innovation dans le programme ou les programmes de Case Management (cf. www.guidedcare.org).

F. Soins en partenariat pour les malades chroniques (États-Unis)

Quatorze cliniques de soins primaires de l'état de Washington ont mené une étude destinée à déterminer si une gestion des soins coordonnée pouvait être bénéfique pour des patients dépressifs souffrant de diabète ou de cardiopathie ischémique. Pour cela, 214 patients ont été randomisés en deux groupes égaux, l'un bénéficiant du traitement standard et l'autre d'une gestion des soins coordonnée. Cette gestion coordonnée prenait la forme d'une intervention conjointe du médecin de famille et d'un infirmier en vue d'aider les patients à se prendre en main et à s'autogérer, d'une part, et d'autre part à mettre en place un traitement

médicamenteux. Dans un premier temps, les patients se présentaient toutes les deux à trois semaines à la clinique de soins primaires. Si les objectifs visés étaient atteints, ils faisaient ensuite l'objet d'un suivi avec entretiens téléphoniques mensuels. Par rapport au groupe témoin, les patients du groupe d'intervention ont tiré un bénéfice significatif de la gestion des soins coordonnée, en termes de paramètres médicaux (par ex. hémoglobine, cholestérolémie, glycémie ou score sur l'échelle de dépression) aussi bien que de satisfaction vis-à-vis du traitement (Katon et al. 2010).

4.3.2 Approches en Suisse

Nous décrivons ici quelques approches de nouveaux modèles de soins réalisées en Suisse. Parfois très différentes en termes de territoire d'intervention et de points forts, elles ont en commun d'employer de nouvelles méthodes pour relever un ou plusieurs des défis posés par la médecine de premier recours.

A. Centres de santé

Selon les concepts, la notion de centre de santé désigne des établissements relativement bien dotés en médecins (spécialistes), avec un service médical de garde 24 heures sur 24 et une ambulance, ou des cabinets collectifs dans lesquels peut éventuellement travailler aussi un personnel non médical et qui pratiquent de nouvelles formes de „skill mix“ entre médecins et personnel non médical.

On trouve des exemples de tels centres de santé dans différents cantons:

- Dans le canton de Berne, certains **hôpitaux régionaux** ont été **transformés en centres de santé**. Ceux-ci assurent principalement des traitements ambulatoires ou en hospitalisation partielle. Ils proposent des consultations spécialisées qui permettent éventuellement de pallier l'absence de services ambulatoires, dispensent les soins d'urgence et assurent une fonction de tri et d'évaluation. Ils se caractérisent par la liaison avec les médecins établis sur place (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne 2009). On peut citer comme exemples de ces centres de santé les hôpitaux de Meiringen (fmi), ainsi que de Huttwil et de Niederbipp (des deux SRO). Les prestataires intégrés dans les centres et le financement varient selon les sites: à Meiringen par ex., après un financement initial par le canton de Berne, c'étaient Visana, le groupe Michel, les KWO (Kraftwerke Oberhasli) et la caisse des médecins qui financent le centre médical. Celui-ci héberge aussi les soins à domicile, trois médecins de famille, un conseil sur le diabète, un cabinet de physiothérapie, une unité chirurgicale ambulatoire et des groupes d'hébergement pour handicapés mentaux et polyhandicapés.
- Parallèlement, il existe dans le canton de Berne (comme dans de nombreux autres cantons) des centres de santé moins importants, constitués en **cabinets de groupe élargis**. Un „Espace santé“ a ainsi ouvert ses portes en octobre 2011 à Tramelan, dans le Jura bernois. Outre des prestataires médicaux de premier recours, elle abrite une clinique dentaire, un cabinet de physiothérapie, l'aide et les soins à domicile et un centre de soins pour nourrissons. Le bâtiment comporte également des appartements adaptés aux besoins des personnes âgées, un foyer de jour pour personnes âgées et une extension de l'EMS. Le financement a été assuré par une caisse de retraite et l'EMS, dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP). Autre exemple, le Medizentrum de Schüpfen réunit sous un seul toit médecins, personnel soignant et thérapeutes (médecine générale et interne, psychothérapie déléguée, soins, conseil sur le diabète et diététique, physiothérapie, consultation spécialisée). Il permet de travailler avec un statut de salarié et à temps partiel et comporte des places de formation postgrade pour les assistants au cabinet médical.

- La future **Cité Générations**⁶ d'Onex (canton de Genève) et une initiative du réseau de médecins Réseau Delta. Il s'agira d'un centre intergénérationnel et multifonctions, proposant entre autres les services suivants: centre médical de premier recours ouvert 24 heures sur 24, centre de formation des futurs médecins, infirmiers/infirmières et autres personnels soignants non médicaux, unité d'hospitalisation de courte durée, appartement médicalisés. La Cité Générations sera au centre d'un réseau de prestataires très divers. Les obstacles institutionnels seront aplanis par la proximité géographique, tous les intervenants se trouvant dans le même bâtiment.
- Le canton de Lucerne encourage la création de centres de santé en demandant aux responsables régionaux du développement d'évaluer les besoins et de soutenir et de promouvoir activement l'établissement de tels centres. Dans le **Seetal Lucernois**, les soins médicaux de premier recours et d'urgence seront assurés par trois sites (Hochdorf, Hitzkirch, Eschenbach). Le centre de santé de Hochdorf sera financé par une caisse privée d'assurance maladie et l'hôpital cantonal de Lucerne. Le financement des autres sites est encore à l'étude. L'expérience acquise dans le Seetal lucernois peut d'ores et déjà être utilisée pour l'avant-projet „Soins médicaux de premier recours dans la région de Lucerne Ouest“.
- Le **centre de santé Ospidal/Spitex Val Müstair** se trouve dans le Val Müstair, dans le canton des Grisons. Il est financé par six communes de la vallée. L'offre médicale comprend un cabinet médical et cinq lits de soins aigus, un service d'urgences et de secours, un cabinet dentaire et un conseil en médecine tropicale. Le centre abrite également un EMS et les soins à domicile, ainsi que d'autres prestations: salle d'accouchement, conseil aux jeunes parents, service de repas, conseil psychologique, pharmacie du cabinet.

B. Gesundheitsnetz 2025

Le réseau Gesundheitsnetz 2025 est un regroupement d'une vingtaine d'organisations du secteur de la santé, visant à développer les soins de santé dans la ville de Zurich dans l'optique d'une prise en charge intégrée. Gesundheitsnetz 2025 s'est constitué en une association financée par ses membres et par la Direction de la santé du canton de Zurich. Différents projets sont en cours (www.qn2025.ch):

- Echange électronique des données des patients.
- Kompass: ce projet prévoit des interventions en cas de crise, un conseil et un Case Management pour les personnes souffrant de problèmes médicaux et psychosociaux complexes.
- Leila: ce projet (Leila pour „Leben mit Langzeiterkrankung“, vivre avec une maladie de longue durée) s'adresse aux personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques et à leurs référents. Ces personnes sont éduquées à l'autogestion, au changement de comportements et à des stratégies d'élaboration positives par des conseils et des formations, et sont accompagnées et aidées en fonction de leur situation spécifique. Une équipe de trois ou quatre „conseillers en soins chroniques“ réalise cette prestation dans le cadre de la médecine de famille pour différents cabinets partenaires et réseaux de médecins. Leila inclut une formation et un conseil pour les personnels spécialisés de prestataires tels que l'organisation des soins à domicile et les EMS (Bonsack 2010).
- Cabinet d'urgences Waid: le service d'urgence de l'hôpital municipal Waid a été doté d'un cabinet d'urgences ambulatoires. En dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets de médecins de famille en ville de Zurich, le cabinet d'urgences est géré par le service de garde des médecins de famille; aux autres heures, il est tenu par les médecins spécialistes de l'hôpital.

⁶ www.sgg-ssg.ch/cms/media/compt%20rendu%2024.4.08/Schaller-Cite%20Generation%20au%20coeur%20dun%20reseau.pdf

- Salute: conseil social compétent pour les patients en ville de Zurich. Salute propose aux acteurs du réseau de santé, et notamment aux médecins de famille, une aide efficace pour le maintien ou l'amélioration de la santé sociale de leurs patients. Ces derniers sont accompagnés et aidés dans la résolution de leurs problèmes sociaux par des bénévoles qualifiés de la Croix-Rouge suisse du canton de Zurich. Les interventions ont généralement lieu au domicile des patients et sont intégrées dans les structures établies des services sociaux et de santé de la ville de Zurich.
- SiL: solutions médico-sociales personnalisées pour les personnes atteintes de démence et leurs proches. Ce projet permet aux personnes atteintes de démence de gérer le plus longtemps possible leur quotidien et de rester chez elles. Les collaborateurs du SiL accompagnent et conseillent les patients, leurs proches et leur entourage, ainsi que les acteurs professionnels concernés.

Comme dans le réseau de santé de Zurich, d'autres projets inscrivent au coeur de la mise en réseau des domaines d'activité spécifiques, comme les **soins palliatifs** ou la **psychiatrie** (cf. Lüthi 2010). Ainsi, dans le canton de Vaud, les services de soins à domicile et les équipes mobiles de soins palliatifs ont établi une collaboration étroite. Dans le canton de Thurgovie, c'est entre les services de psychiatrie du canton (PDT) et les soins à domicile que la coopération s'est établie. Il existe également des projets novateurs à **l'interface entre l'hôpital et les soins à domicile**, par ex. à l'Hôpital universitaire de Bâle.

C. Réseaux de médecins

Il existe à ce jour plus de 80 réseaux de médecins en Suisse (Berchtold et al. 2010). Près de la moitié d'entre eux sont liés par des coopérations contractuelles avec d'autres prestataires (externes), qu'il s'agisse de coopérations avec des hôpitaux, des services de garde ou des centres d'appel ou d'une collaboration avec des „prestataires privilégiés“ auxquels les patients sont adressés en priorité (médecins spécialistes, hôpitaux, physiothérapeutes, instituts de radiologie, laboratoires, etc.). Presque tous les réseaux effectuent un travail de qualité diversement étendu, par le biais de cercles de qualité, d'une communication sur les incidents critiques ou de directives de traitement.

Certains de ces réseaux s'impliquent activement dans la mise en place de nouveaux modèles de soins. Deux projets de réseaux de médecins sont décrits brièvement ci-après; un autre projet, lancé à l'initiative de réseaux de médecins, est décrit au point E:

- PizolCare: afin d'améliorer la collaboration entre les soins à domicile et le réseau de médecins, PizolCare a engagé, entre autres, une infirmière qui assure la coordination des soins à domicile. Cette coordinatrice et un médecin du réseau assurent la liaison entre les deux organisations. La coordinatrice des soins à domicile dirige l'élaboration et l'application de documents de travail uniformes et interdisciplinaires (relevé des symptômes, prescriptions médicales, renvois aux spécialistes, etc.), gère les questions liées aux soins au sein de PizolCare en participant, par ex., aux cercles de qualité de PizolCare, et sert d'interlocutrice entre les soins à domicile et le réseau de médecins. Cette mesure a permis d'améliorer la compréhension mutuelle et de réduire les problèmes à l'interface entre les hospitalisations et les soins ambulatoires, ainsi qu'entre les cabinets médicaux et les soins à domicile.
- Réseau Delta: le Réseau Delta est un réseau de médecins, actif principalement dans les cantons de Genève et de Vaud mais aussi en Valais. Outre le projet de Cité Générations déjà évoqué, il met en place un projet de coopération avec les pharmaciens dans la formation des patients asthmatiques. En matière de prévention primaire, le réseau a créé un système interactif de checkups de santé en ligne (www.mon-checkup.ch). Par ailleurs, le Réseau Delta a créé à Verbier le cabinet de groupe „Vallée Alpine“, incluant les soins à domicile, en collaboration avec la commune de Bagnes. La commune met les locaux à la disposition du réseau et finance le service médical de garde.

D. Projet Futuro

Le projet Futuro a été lancé par les réseaux de médecins mediX de Berne et Zurich. Il fédère aujourd'hui d'autres organisations comme la FMH ou Médecins de famille Suisse. Futuro se concentre sur deux groupes cibles: d'une part, les malades chroniques et/ou polymorbides, dont la prise en charge nécessite un travail important de régulation et de coordination, et d'autre part la „génération en ligne“ qui a de plus en plus besoin de conseils sans contraintes d'heure ni de lieu. Une offre de services est mise au point pour chacun de ces groupes cibles: pour les malades chroniques et polymorbides, une gestion des soins chroniques dirigée par le médecin de famille et faisant intervenir des assistant-e-s au cabinet médical spécialement formé-e-s ainsi que des instruments d'e-santé intelligents (programme de suivi Futuro). Pour la „génération en ligne“, une plate-forme de conseil et de services sur Internet est prévue (Cabinet en ligne Futuro). Le cabinet du médecin de famille est au centre de ces deux approches. Les principaux changements concernent les processus et la répartition des tâches entre les prestataires, et en particulier entre le médecin et l'assistant-e au cabinet. Le médecin est responsable du suivi, coordonne le travail des spécialistes, des assistants au cabinet et des thérapeutes ainsi que des groupes d'entraide, et fait office de chef d'équipe. L'assistant-e au cabinet est formé-e à la gestion des soins chroniques; il/elle conseille, éduque et accompagne les patients à la demande et sous la surveillance du médecin. Le but est d'assurer un suivi amélioré et plus efficace des patients. Le médecin de famille a moins de travail grâce à l'efficacité accrue du cabinet, les assistants de cabinet ont de nouvelles perspectives et l'amélioration du suivi permet d'éviter complications et hospitalisations (cf. Zanoni et al. 2009, Zanoni 2011).

E. Programmes de „disease management“

Les programmes de „disease management“ sont peu répandus en Suisse pour l'instant. Selon Peytremann-Bridevaux et Burnand (2009), en 2007 il en existait sept, qui répondaient aux critères suivants: programmes visant les maladies chroniques, faisant intervenir deux ou plusieurs catégories de professions de santé (médecins, infirmiers/infirmières, psychologues, diététicien-ne-s, etc.), structurés, d'une durée d'au moins six mois et actifs en décembre 2007. Les programmes identifiés visaient des patients atteints de différentes pathologies: diabète, hypertension, insuffisance cardiaque, obésité, psychose, cancer du sein. Les interventions sont différentes selon les programmes et comprennent, entre autres, une éducation des patients et un encouragement à l'autogestion, des contacts téléphoniques réguliers, des visites à domicile et un traitement selon des lignes directrices.

Le programme cantonal pour le diabète du canton de Vaud est un exemple de ces programmes de „disease management“. Mis en place en 2010 à l'initiative du département cantonal de la santé, il a pour but de stabiliser la prévalence du diabète et d'en réduire les complications. Trois mesures sont mises en place pour cela: promotion d'un mode de vie sain dans la population générale, amélioration de la reconnaissance précoce du diabète et de ses facteurs de risque, amélioration du traitement et de l'accompagnement des patients. Un instrument de recensement épidémiologique des cas de diabète est également élaboré et les projets de recherche et innovations concernant le diabète sont encouragés (Canton de Vaud 2010).

Selon Weber (2005), de nombreux réseaux de soins n'ont pas encore atteint la masse critique qui permettrait le développement et l'exécution de programmes de „disease management“. L'identification des patients concernés, d'une part, et l'enregistrement centralisé du traitement en cours, d'autre part, sont des tâches qui demandent un travail considérable. Autres obstacles, selon Peytremann-Bridevaux et Burnand (2009): la rareté de la coopération entre médecins et infirmiers/infirmières ou autres professions de santé et entre médecins du secteur ambulatoire et ceux du secteur hospitalier, mais aussi et surtout les vingt-six systèmes de santé différents des cantons.

F. Projets Coaching santé et EviPrev

Les projets Coaching santé et EviPrev visent l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans la pratique des médecins de famille. Le programme „Coaching santé“ du Collège de médecine de premier recours (CMPR) propose, pour la médecine de premier recours, un programme de prévention simple, structuré et adapté individuellement au patient. Ce programme est actuellement à l'essai dans vingt cabinets de médecins de famille du canton de Saint-Gall (www.gesundheitscoaching-khm.ch). Il a reçu en 2011 le Swiss Quality Award dans la catégorie „information des patients“.

Le programme „EviPrev“ propose aux médecins de premier recours des mesures de prévention personnalisées basées sur les preuves, ainsi que des aides pour déterminer le profil de risque individuel de leurs patients. Ce programme est élaboré par la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne (bases scientifiques et formation postgrade) en collaboration avec l'Institut de médecine de famille de l'Université de Zurich (réalisation dans la pratique et évaluation), le groupe de travail prévention du Collège de médecine de premier recours (CMPR) (réalisation dans la pratique), le centre de compétences Health Network Engineering de l'Université de Saint-Gall (stratégie eHealth et TI) et Public Health Services (gestion de projet et communication) (Cornuz et al. 2010).

On peut se poser, d'une part, la question du financement de ces prestations. Celles-ci prennent un temps considérable mais ne sont pas suffisamment rémunérées dans le Tarmed. D'autre part, il n'est pas précisé si la prestation de services de promotion de la santé et de prévention est uniquement la tâche des médecins ou si d'autres professions de santé pourraient y participer (cf. Mariéthoz 2010).

4.3.3 Brève comparaison des exemples et des approches

Il est difficile de comparer les modèles car ils n'ont pas les mêmes axes d'orientation et poursuivent des buts différents. Les uns se veulent complets et intégrés, conçus pour l'ensemble des patients, mais d'autres se concentrent sur des populations spécifiques (par ex. les malades chroniques) ou des interventions précises (prévention par ex.). De ce fait, les modèles sont parfois très différents.

Si l'on se base sur les idées directrices des nouveaux modèles de soins ou sur les quatre éléments du Chronic Care Model, on remarque que les exemples de l'étranger comportent en règle générale la mise en œuvre d'un plus grand nombre de directives pour de nouveaux modèles de santé ou des éléments du CCM, autrement dit sont plus complets, que les approches suisses. Ainsi, l'autogestion des patients, l'utilisation d'aides à la décision (par ex. directives thérapeutiques basées sur les preuves) ou les systèmes d'information cliniques sont déjà plus répandus à l'étranger qu'en Suisse.

En règle générale, ces modèles ne visent qu'en partie à améliorer la coordination, l'intégration et la mise en réseau. Certains projets (étrangers ou suisse) se concentrent sur le cabinet du médecin de premier recours tel qu'il existe actuellement, et ne se tournent pas suffisamment vers la prise en charge intégrée de demain. Ceci étant dit, il existe aussi des projets en Suisse qui visent une prise en charge intégrée (par ex. certains centres de santé, Gesundheitsnetz 2025) ou qui intègrent dans leurs modèles des éléments du CCM (par ex. utilisation de directives thérapeutiques basées sur les preuves dans le projet EviPrev).

En ce qui concerne la composition de l'équipe médicale, on observe que certains modèles réalisent une coopération en partenariat entre les professions de santé. D'autres sont très axés sur le cabinet du médecin de premier recours (aidé par des assistants qui lui sont subordonnés) et n'intègrent pas, ou quasiment pas, les infirmiers/infirmières et autres professions du niveau des hautes écoles. Une part importante des compétences spécifiques et spécialisées n'est ainsi pas exploitée, notamment pour la prise en charge des malades chroniques et polymorbides.

5. Nouveaux modèles de soins pour la Suisse

5.1 Exigences relatives aux nouveaux modèles de soins

Actuellement, les nouveaux modèles de soins sont généralement mis au point pour pallier des déficits constatés dans la prise en charge (par ex. sur l'autogestion, la continuité et la coordination des soins ou la prévention) ou en raison de possibilités de gain, y compris financier (par ex. si un investisseur rachète tous les cabinets médicaux d'une région ou si les médecins concernés s'associent dans leur propre société). Il en résulte des modèles qu'une partie du groupe de travail considère avec un certain scepticisme (par ex. les centres de santé gérés par les assurances ou les modèles qui ne visent pas une coopération à statut égal entre les différentes professions).

Les exigences suivantes concernant les nouveaux modèles des soins doivent constituer, sur cette base, un cadre à prendre en compte pour la conception de nouveaux modèles ou les questions relatives aux prestations de soutien.

(1) Qualité et bénéfice pour les patients

Les nouveaux modèles de soins visent à mettre en place des soins de premier recours de grande qualité, fondés sur l'intérêt du patient et en même temps économiques. Il s'agit d'améliorer la qualité des soins, en particulier pour les malades chroniques et polymorbides, et/ou d'éliminer les déficits (de soins). Les relations individuelles entre patients et prestataires doivent être préservées car elles sont indispensables au succès thérapeutique et à l'efficacité des soins.

Pour atteindre ces objectifs, les modèles de soins doivent être adaptés aux besoins (voir la Figure 2, exemple des maladies chroniques).

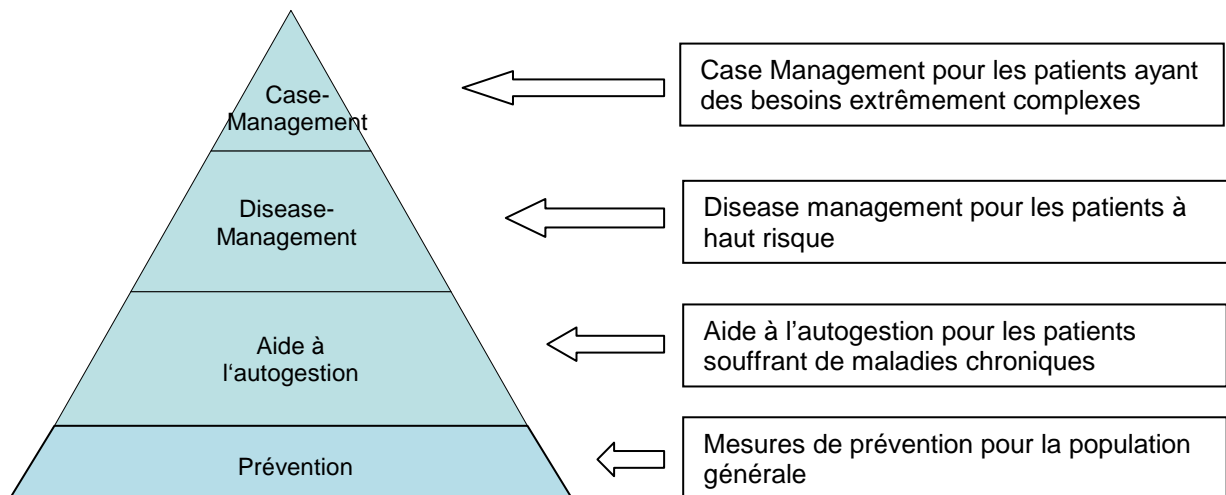


Figure 2: Adaptation des modèles de soins aux besoins, dans l'exemple des malades chroniques (d'après le triangle Kaiser Permanente; cf. également Giger 2011).

Les besoins diffèrent selon la **population de patients**. Alors que les sujets en bonne santé et les malades non chroniques sont principalement concernés par la prévention (activité physique, alimentation saine, arrêt du tabac, etc.) ainsi que par une affectation et des soins adéquats s'ils sont malades, les malades chroniques peuvent tirer un important bénéfice de

l'autogestion, qui est encore insuffisamment exploitée aujourd'hui⁷. Cette autogestion comprend, par ex., le contrôle et la prise autonomes de médicaments ou la mesure autonome de la glycémie ou de la tension artérielle et la transmission des résultats au prestataire compétent. Les patients à haut risque ont besoin d'une gestion des soins particulière, par ex., dans les centres médicaux multidisciplinaires ou les programmes de „disease management“; un Case Management s'avère utile pour les quelque 5% de patients ayant des besoins très complexes.

Les besoins dépendent aussi de la **situation géographique** des organisations de soins. Dans les villes, les populations de patients sont nombreuses et le nombre et la spécialisation des différents professionnels de santé relativement importants (de sorte que les trajets sont courts), alors qu'en milieu rural, les prestataires doivent relever le défi d'assurer des soins de qualité avec moins de ressources disponibles au niveau local.

Les médecins, en particulier, ont de plus en plus de mal à trouver un successeur pour un cabinet individuel dans les régions périphériques. Le problème n'est pas tant lié à l'activité de la médecine de premier recours en zone rurale, qui est attractive en raison du large éventail des patients et des pathologies, qu'au manque d'attrait qu'exercent sur les jeunes professionnels le travail en cabinet individuel et la vie en région rurale, notamment dans les zones isolées.

Des efforts sont donc nécessaires pour établir de nouveaux modèles de soins, notamment en zones rurales. La réunion de différents prestataires au même endroit (médecins, dentistes, infirmiers/infirmières, physiothérapeute...) permet le travail salarié, à temps partiel ou encore en équipe, qui correspond à l'idée que les jeunes professionnels de santé se font de leur travail. D'autre part, l'infrastructure est ainsi exploitée de façon optimale et des places de formation de base et postgrade se créent.

Lorsqu'un tel centre de santé est mis en place (comme c'est déjà le cas dans différentes régions rurales), il doit relever un double défi: les trajets allongés pour les patients et l'occupation d'un service médical de garde⁸. Il faut trouver pour cela des solutions adaptées aux circonstances locales (par ex. un service de véhicules pour les personnes fragiles, des visites à domicile de professionnels de santé spécialement formés, le maintien de certains cabinets individuels ou de satellites en réseau avec le centre de santé ou dépendant de celui-ci).

(2) Optimisation de la répartition des tâches et des compétences entre les professions de santé

Les nouveaux modèles de soins visent à améliorer la coopération entre les différentes professions, notamment entre les médecins et les infirmiers/infirmières, et à optimiser la répartition des tâches et des compétences entre elles. Sur le principe, les prestations doivent être exécutées au plus près de la base, et toujours là où elles utiliseront le minimum possible de ressources et seront d'une qualité au moins égale. Cette approche est censée permettre des soins plus efficaces et, dans la mesure du possible, de meilleure qualité, tout en augmentant la satisfaction au travail et l'attractivité des métiers en question.

⁷ A cet égard, on peut également signaler le programme de promotion de l'autogestion Evivo (www.evivo.ch). Ce programme se base sur le Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) de l'université américaine de Stanford, internationalement reconnu et évalué selon des méthodes scientifiques. Des cours sont dispensés aux malades chroniques afin de leur apprendre, par ex., comment vivre au quotidien avec leur maladie, composer un programme d'exercice physique ou mieux se nourrir. Ils sont animés par des personnes formées à cette fin, elles-mêmes malades chroniques, et mise en place par des organismes intéressés du secteur de la santé. Ce programme est actuellement en phase pilote en Suisse.

⁸ A propos des gardes médicales, voir les rapports du groupe de travail „Médecine de premier recours“ de 2006 et 2008: „Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations“, „Réorganisation du service médical de garde – Evaluation de mesures spécifiques“ et „Numéros uniques pour le service médical de garde“ (www.gdk-cds.ch/index.php?id=847&L=1).

Les hiérarchies existantes doivent être assouplies afin de permettre de nouvelles formes de coopération entre les professions de santé. Pour cela, il faut préparer les étudiants au travail interprofessionnel et abattre les préjugés traditionnels sur le statut des professions. En fin de compte, les prestataires doivent collaborer comme des partenaires égaux, possédant chacun ses compétences et ses domaines de responsabilité spécifiques.

Face à la pénurie annoncée de médecins de premier recours et d'infirmiers/infirmières et compte tenu des compétences différentes de ces deux professions, il n'est guère judicieux de transférer sans autre forme de procès des tâches des médecins aux infirmiers. De nombreuses publications indiquent toutefois que des infirmiers/infirmières spécialisés jouent ou peuvent jouer un rôle essentiel dans la prise en charge et l'accompagnement des malades chroniques, principalement dans des domaines qui n'étaient pas suffisamment couverts par les professions existantes: soin et suivi des personnes âgées présentant différents problèmes de santé, renforcement des compétences en matière de santé des malades chroniques, etc.

Il faut aujourd'hui repenser et faire des essais pour savoir quelles tâches à l'interface des soins infirmiers et de la médecine seront à l'avenir assurées par les médecins, respectivement par les infirmiers/infirmières. L'important est, d'une part, que la profession concernée possède les compétences nécessaires. D'autre part, il importe de régler les questions juridiques, par ex. la question de la responsabilité civile ou de la responsabilité en dernier recours⁹. L'Académie suisse des sciences médicales (2011) et en particulier son groupe de travail „Profils professionnels et identités professionnelles“ (2007) ont réalisé de précieux travaux préparatoires dans ce domaine.

Skill mix

On entend par „skill mix“ la répartition des tâches et des compétences entre différentes professions, tandis que le „grade mix“ désigne le mélange des niveaux de formation au sein d'un groupe professionnel. Concrètement, le *skill-mix* vise à déterminer quel intervenant, disposant de quelles compétences, va exécuter quelle tâche. La question du „bon“ *skill-mix* est très importante car les soins de santé nécessitent un personnel nombreux et leur qualité dépend fortement de ce personnel. Le but d'un *skill-mix* optimal est d'employer les professionnels selon leurs compétences centrales, de façon à compenser les éventuelles pénuries de soins, à améliorer la qualité de la prise en charge et à accroître la satisfaction des professionnels (Bourgeault et al. 2008).

La question qui a le plus attiré l'attention dans les publications internationales sur le *skill-mix* est celle du transfert de tâches dévolues jusqu'ici aux médecins vers les infirmiers/infirmières, que ce soit par délégation (le médecin reste responsable) ou par substitution (l'infirmier/infirmière devient également responsable). Ce débat s'inscrit en général dans le contexte de la pénurie annoncée des médecins de premier recours. La condition de ce transfert est que la profession qui en bénéficie dispose des compétences adéquates et que ses effectifs soient suffisamment nombreux. Une Revue Cochrane¹⁰ (Laurant et al. 2009) des études étrangères sur la substitution d'infirmiers/infirmières aux médecins dans trois situations de soins ambulatoires spécifiques (premier contact et contacts de suivi avec la population d'ensemble; premier contact dans les situations d'urgence, pendant ou en dehors des heures de consultation; gestion des malades chroniques) conclut que des infir-

⁹ Voir à ce sujet l'initiative parlementaire „Reconnaissance légale de la responsabilité infirmière“ soumise le 16.3.2011 par Rudolf Joder. Cette initiative demande de répartir les prestations infirmières entre un domaine de responsabilité propre et un domaine de coresponsabilité, afin de permettre aux infirmières et infirmiers de travailler et d'agir de façon plus autonome dans les situations relevant des soins infirmiers. www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20110418

¹⁰ Les „revues Cochrane“ sont des tours d'horizon structurés des problématiques médicales. Elles résument systématiquement tous les travaux scientifiques consacrés à un thème donné et conformes à des critères scientifiques rigoureux.

miers/infirmières formés de façon adéquate assurent dans ces situations spécifiques la même qualité de soins et obtiennent les mêmes résultats thérapeutiques que les médecins.

L'élargissement du rôle des infirmiers/infirmières est souvent résumé dans la littérature par le concept d'„Advanced Nursing Practice“ ou „ANP“. Ce terme désigne les compétences et aptitudes des „infirmiers/infirmières praticiens avancés“ (Advanced Practice Nurse, APN). Les APN sont des infirmier/infirmières formés à l'université, détenant des compétences du niveau Master ou doctorat. Ils travaillent de façon indépendante, au contact direct des patients, dans différents domaines de soins: hôpitaux, EMS, soins à domicile, cabinets communaux.

On rencontre aujourd'hui des APN dans différents pays tels que les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Irlande, les Pays-Bas ou encore les pays scandinaves. Selon les pays et l'organisation, leur activité concerne la prévention, le diagnostic ou le traitement de pathologies définies, y compris la prescription de certains médicaments (par ex. au Royaume-Uni, en Suède ou en Finlande). Ces infirmiers/infirmières sont spécialisés dans certaines pathologies ou certains groupes de patients (cf. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, p. 143; Delamaire et Lafortune 2010).

En Suisse, l'Université de Bâle propose depuis 2000 un cursus „Advanced Nursing Practice“ dans son Master de sciences infirmières. Une centaine de diplômés ont reçu à ce jour un Master of Science in Nursing et exercent pour la plupart comme APN. L'Université de Lausanne propose elle aussi, en coopération avec la Haute école spécialisée de Suisse occidentale, un Master en sciences infirmières, de même que les Hautes écoles spécialisées de Berne, Zurich et Saint-Gall qui ont mis en place un cursus commun. La communauté d'intérêt des ANP a par ailleurs entrepris de poser les bases de l'activité des APN (www.swiss-anp.ch).

(3) Optimisation des conditions de travail

Les nouveaux modèles de soins prévoient des conditions de travail adaptées à leur époque et attractives pour les professionnels de santé qui y participent: possibilité de travail salarié, à temps partiel, en équipe (interprofessionnelle), mais aussi limitation des tâches administratives pour les professionnels.

Ces exigences vont entraîner à l'avenir la création de centres de santé (ou cabinets) moins nombreux mais plus gros. L'utilisation d'une infrastructure commune permettra également de réduire les coûts, et les tâches administratives pourront être prises en charge par du personnel disposant des qualifications nécessaires. Des horaires d'ouverture étendus, un remplacement pendant les congés au cabinet habituel et des prestations concertées pourront ainsi être proposés aux patients.

(4) Volonté de formation de base et postgrade et d'évaluation de l'organisation de soins

Afin d'assurer la relève, les organisations de soins doivent s'engager dans la formation de base et postgrade des jeunes professionnels de santé, en proposant par ex. des places de stage pour les infirmiers/infirmières ou les étudiant(e)s en médecine ou des postes d'assistant(e) au cabinet médical. Elles peuvent ainsi se présenter comme des employeurs attractifs.

La création de nouvelles organisations de soins doit s'accompagner d'une évaluation systématique des objectifs fixés permettant, d'une part, de contrôler et d'améliorer la qualité des soins, et d'autre part de déterminer quelle organisation est adaptée à quelles conditions locales (urbaines/rurales), où résident les difficultés lors de la création de nouveaux modèles de soins et quels facteurs favorisant sont importants pour réussir.

5.2 Amélioration des conditions générales

La création, le perfectionnement et la diffusion de nouveaux modèles de soins en Suisse nécessitent des conditions générales qui les favorisent au lieu de leur faire obstacle. Le groupe de travail estime qu'il y a lieu d'agir dans quatre domaines:

- **Compensation des risques:**

Afin de pouvoir créer de nouveaux modèles de soins spécialement étudiés pour les malades chroniques et polymorbides et capables d'exister sans l'aide des pouvoirs publics, il est indispensable d'améliorer la compensation des risques.

Ces nouveaux modèles visant à réduire au minimum les hospitalisations et les séjours en EMS, le critère de séjour dans ces établissements (qui sera appliqué après l'entrée en vigueur du nouveau financement des hôpitaux dès 2012) n'est pas suffisant et pourrait même s'avérer contreproductif. La compensation des risques doit donc être affinée, en se basant surtout sur la morbidité. Le rapport „Introduction d'un facteur de morbidité supplémentaire dans la compensation des risques“ du Conseil fédéral¹¹ et l'affinement de la compensation des risques par la prise en compte de la consommation de médicaments qu'il contient sont à saluer dans cette optique.

- **Financement**

Le système tarifaire actuel n'est pas adapté à une prise en charge intégrée. Les prestations *médicales* ambulatoires sont facturées aujourd'hui selon le tarif de prestations individuelles Tarmed, qui est conçu pour les cabinets individuels et ne contient que très peu de prestations qui peuvent être réalisées par un personnel non médical et facturées dans son cadre. Les prestations *infirmières* ambulatoires (soins à domicile) doivent, pour être prises en charge par les caisses d'assurance maladie, être prescrites par un médecin. Elles sont facturées à l'heure, avec un tarif horaire différent pour les soins de base, les examens et les traitements, l'évaluation des besoins et le conseil, et il n'y a aujourd'hui que très peu d'éducation et de conseil des patients allant dans le sens d'une autogestion. Ce tarif au temps passé ne permet de facturer que le temps directement consacré au patient. Les temps de trajet et le temps passé en recherches ou en organisation des interventions ne sont pas rémunérés.

Le tarif Tarmed et les restrictions sur les prestations et le temps facturable dans les soins à domicile ne contribuent pas, en l'état, à encourager les soins intégrés. De nouvelles formes de soins et de prestations, par ex. les prestations de coordination¹², le développement de solutions intelligentes et adaptées en matière de technologies de l'information et de la communication, ou encore l'essai de nouvelles formes de collaboration entre les professions de santé ne peuvent pas être facturées correctement. Par ailleurs, les coûts économiques totaux ne sont pas pris en compte, pas plus que la qualité et l'efficacité, mais seulement le coût des différentes prestations, ce qui donne lieu à des incitations inadéquates.

Il est donc indispensable d'élaborer des modèles de financement qui n'empêchent pas la création et la diffusion de nouveaux modèles de soins et de nouvelles formes de coopération entre les professions mais encouragent celles-ci par des incitations bien pensées. Les critères du système de financement devraient être la qualité, l'efficacité et les coûts économiques globaux. Cela nécessite, d'une part, une amélioration de la compensation

¹¹ Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 07.3769 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats du 9 novembre 2007 ([/www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=fr))

¹² L'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) a été modifié le 01.01.2012. La coordination des mesures de soins fait désormais partie des prestations de soins facturables (article 7 al. 2. let. a chiffre 3).

des risques. D'autre part, les systèmes de rémunération doivent être adaptés aux nouvelles répartitions des compétences et des tâches ainsi qu'aux nouveaux domaines d'activité (par ex. prévention, éducation des patients à l'autogestion). Le financement des prestations de coordination et des aides, par ex. le développement d'outils informatiques intelligents, doit en outre être assuré. Si cela implique d'adapter la législation, ces adaptations doivent être entreprises.

- **Formation de base et postgrade**

L'augmentation du nombre de malades chroniques et de personnes âgées et l'importance croissante de la coopération interprofessionnelle imposent au personnel de santé d'acquérir de nouvelles compétences (cf. Giger et De Geest 2008; OMS 2005; Frenk et al. 2010). De manière générale, l'orientation vers le patient et les partenariats entre prestataires vont devenir de plus en plus importants. Il va falloir de plus en plus de compétences spécifiques pour l'éducation des patients, le travail selon les directives thérapeutiques et la gestion des soins chroniques. La formation de toutes les professions de santé doit donc être adaptée en permanence aux nouveaux défis, autrement dit aux besoins futurs. Cette adaptation à tous les niveaux nécessite un engagement considérable des institutions de formation à la santé.

Afin de favoriser la nécessaire coopération entre les professions de santé, il faut créer des possibilités d'apprentissage interprofessionnel (cf. Groupe de travail „Profils professionnels et identités professionnelles“ de l'ASSM 2007). Tant en Suisse alémanique qu'en Suisse romande, différents projets de formation interprofessionnelle des médecins et des infirmiers/infirmières sont d'ores et déjà réalisés, en cours de planification ou à l'étude (par ex. modules interprofessionnels entre le Centre de formation Careum et la Faculté de médecine de l'Université de Zurich d'une part, et le Centre de formation Careum, Careum F+E et la Faculté de médecine de l'Université de Zurich d'autre part, projet entre la Haute école spécialisée de Berne et l'Université de Berne et un autre entre le „Berner Bildungszentrum Pflege“ et l'Université de Berne, ou encore un groupe de travail du canton de Vaud composé de représentants de l'Université de Lausanne, de la Haute école spécialisée du canton de Vaud pour la santé, de la Haute école de la santé „La Source“ et du CHUV. Citons encore une coopération entre la Faculté de médecine de l'Université de Genève et la Haute école spécialisée de Genève pour l'élaboration de nouveaux cursus de Master ouverts à différentes professions de santé.) Les projets qui n'en sont qu'au stade de la planification devraient être réalisés et l'apprentissage interprofessionnel intégré au cursus normal.

- **Recherche, transfert de connaissances et assistance technique**

Pour pouvoir émettre des avis basés sur les preuves à propos de l'utilité et du succès des nouveaux modèles de soins et stratégies de traitement, il est nécessaire de développer la recherche sur les services de santé¹³. Les connaissances ainsi acquises devront être mises à la disposition des personnes intéressées par la création de nouveaux modèles de soins et transmises aux différents acteurs de la santé et des pouvoirs publics.

Dans le même temps, un échange d'expériences et d'informations sur les modèles de soins novateurs, les obstacles qu'ils rencontrent et leurs facteurs de réussite doit être engagé. Il favorisera l'apprentissage en commun et la diffusion des modèles novateurs.

Les prestataires qui ont des idées novatrices pour de nouveaux modèles de soins manquent souvent de connaissances spécifiques en gestion, en finances et/ou en droit. Un conseil qualifié et pratique pourrait être utile dans ce contexte. Il existe déjà aujourd'hui en Suisse des offres d'assistance destinées aux médecins ou aux réseaux de médecins

¹³ Dans cette optique, on ne peut que se réjouir du programme de promotion „Recherche sur les services de santé“ (2012-2016) lancé par la Fondation Bangerter et l'ASSM.

(par ex. FMHservices, Argomed Ärzte AG ou MedSolutions AG), mais rien encore qui soit adapté aux modèles novateurs à l'interface entre les professions.

5.3 Rôle des acteurs pour la suite

Afin de réaliser des soins ambulatoires tournés vers l'avenir, il faut inventer des approches novatrices dans la pratique. Les prestataires ont un rôle à y jouer, mais aussi d'autres acteurs qui devront créer des conditions cadres attrayantes et/ou apporter leur soutien à ce travail: Confédération, cantons, partenaires tarifaires, associations professionnelles, instituts de formation.

La **Confédération**, dans son rôle éducatif, doit œuvrer en faveur de cursus et de compétences finales adaptés aux défis futurs pour les professions de santé, afin de former aujourd'hui des professionnels armés pour répondre aux besoins de demain.

Elle doit également accompagner et favoriser l'évolution prévisible de la médecine de premier recours, dans la mesure de ses possibilités. Dans ce contexte, un groupe thématique „Interprofessionnalité dans la formation de base et postgrade“ va être mis en place dans le cadre de la plate-forme „Avenir de la formation médicale“. Il aura pour rôle d'indiquer où il y a lieu d'agir et où se situent les interfaces entre les cursus des différentes professions de santé, quels contenus et quelles compétences centrales peuvent être enseignés en commun et où il serait possible de créer des modules de formation interprofessionnels. De manière générale, la Confédération doit agir pour créer des conditions cadres favorisant des modèles de soins novateurs dans le domaine ambulatoire.

Les compétences et domaines d'influence de la Confédération pourraient cependant évoluer selon l'issue des différentes discussions politiques en cours¹⁴. Il y aurait des possibilités d'encourager de nouveaux modèles de soins, par ex., dans le cadre d'un règlement d'exécution du projet de loi sur le „Managed Care“.

Dans le cadre de leur compétence pour l'assurance des soins médicaux, **les cantons** doivent favoriser si nécessaire les modèles de soins novateurs dans leur phase initiale, par leur savoir-faire et leurs moyens financiers (et éventuellement en coopération avec la Confédération et les communes). Ce soutien aux soins peut s'avérer nécessaire en particulier dans les zones rurales, éventuellement en collaboration avec les communes concernées.

Les cantons doivent créer des conditions cadres favorables à la création de nouveaux modèles de soins (par ex. permettre la création de cabinets en société anonyme là où ce n'est pas encore possible actuellement, ou uniformiser les autorisations d'exercice d'un canton à l'autre). Au besoin, il sera utile d'étudier des solutions intercantionales. En tant que responsables des universités, les cantons devront agir pour adapter les formations médicales aux besoins futurs.

La **CDS** devra lancer des échanges d'expériences et de connaissances sur les nouveaux modèles de soins entre les cantons.

Dans le cadre du **Dialogue de la politique de santé nationale**, il faudra accompagner et soutenir l'évolution prévisible du secteur ambulatoire et convenir de prestations de soutien possibles entre la Confédération et les cantons.

¹⁴ Par ex. de l'initiative parlementaire de Rudolf Joder, évoquée dans la note 6, du modèle de „Managed Care“, de l'initiative populaire „Oui à la médecine de famille“ ou du contre-projet y relatif ou de l'initiative parlementaire „Mettre en œuvre un programme d'impulsion pour moderniser les structures médicales ambulatoires“ déposée par Jacqueline Fehr le 18.03.2011. Le but de cette initiative est d'élaborer des bases législatives permettant à la Confédération de soutenir financièrement la modernisation des structures médicales ambulatoires (www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20110425). L'initiative parlementaire „Tarmed. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral“ demande pour sa part que le Conseil fédéral puisse procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et si les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20110429).

Les partenaires tarifaires (assureurs et prestataires) doivent créer les conditions permettant de réaliser des modes de soins tournés vers l'avenir sur une base financière saine, sans dépendre des deniers publics. Concrètement, il s'agira de permettre de facturer de manière adéquate des activités orientées sur l'avenir telles que les prestations de coordination, les visites préventives à domicile ou l'éducation des patients et de financer le développement d'outils informatiques intelligents. Il sera ainsi possible d'encourager les nouveaux modes de soin, y compris en améliorant la coopération entre les professionnels de santé. Au besoin, les bases légales devront être adaptées en conséquence.

Les **instituts de formation** devront adapter les formations de base et postgrades aux nouveaux défis (en rendant possible, par ex., un apprentissage interprofessionnel) et créer, si nécessaire, de nouveaux cursus, harmonisés avec le système suisse de formation des professions de santé¹⁵. Sur le principe, il s'agit de former aujourd'hui les gens qui pourront assurer demain la prise en charge optimisée des malades chroniques, en collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

Les **associations professionnelles** doivent s'impliquer en particulier dans le débat sur le rôle futur des différentes professions et sur les formes de coopération possibles (qui fait quoi? qui est responsable?), en adoptant une vision d'avenir des soins de santé.

Les différents **prestataires** doivent constituer ensemble dans leur région des organisations de soins adaptées aux défis futurs, avec des conditions de travail attrayantes pour les jeunes prestataires de la médecine de premier recours (possibilité de travail salarié, à temps partiel ou en équipe par ex.) et en offrant suffisamment de places de formation de base et postgrade.

Afin de rendre possible une collaboration entre les professions et ainsi une prise en charge optimisée, les prestataires doivent constituer des équipes de soins centrées sur le patient. La question de la formation d'équipes interdisciplinaires doit donc faire l'objet d'une attention particulière. Le travail d'équipe est facilité quand les différents membres de l'équipe font partie de la même organisation. Dans le cas contraire, le travail aux interfaces doit être étudié faire l'objet d'une attention toute particulière.

Les prestataires doivent reconnaître que **les patients** sont des partenaires importants et puissants dans l'organisation future des soins médicaux. Selon l'OMS (2002, p. 46), les patients et leurs proches (famille, amis, voisins) sont la ressource la plus sous-exploitée dans le domaine de la santé. En organisant leurs habitudes quotidiennes de façon à promouvoir leur santé à long terme et en observant leurs prescriptions de traitement, les patients peuvent considérablement améliorer leur qualité de vie et la qualité de leurs soins.

¹⁵ www.odasante.ch/fr/011_uebersicht-berufe/pdf/Bildungssystematik-2011-f.pdf

6. Conclusions

Suite à ses discussions, le groupe de travail est parvenu aux trois grandes conclusions qui suivent:

- (1) L'avenir de la médecine de premier recours ambulatoire réside dans de nouveaux modèles de soins. Ceux-ci doivent permettre une prise en charge de grande qualité, fondée sur l'intérêt du patient et en même temps économique et de proximité, qui soit adaptée aux défis futurs (par ex. vieillissement de la population et augmentation des cas de maladies chroniques). Les nouveaux modèles de soins doivent améliorer la coopération entre les professions et optimiser la répartition des tâches et des compétences. Ils permettront d'améliorer l'utilisation des ressources, mais aussi d'accroître l'attractivité de ces métiers. Les nouveaux modèles de soins devront offrir des conditions de travail adaptées à notre époque et attractives pour les professionnels de santé en exercice et futurs (par ex. possibilité de travail salarié, à temps partiel, en équipe). Enfin, les nouvelles organisations de soins doivent s'engager pour assurer la relève par la formation de base et postgrade.
- (2) Pour que de nouveaux modèles de soins voient le jour et se généralisent en Suisse, il faudra d'une part créer des conditions cadres qui favorisent ces initiatives au lieu de les freiner. Cela nécessite une compensation des risques basée sur la morbidité, un système de financement axé sur des critères de qualité, d'efficacité et de coût économique total et adapté à la nouvelle répartition des compétences et des tâches, ainsi que des formations de base et postgrades permettant de former aujourd'hui des professionnels armés pour les défis de demain, par ex. dans les soins aux malades chroniques. Ces investissements dans la formation de base et postgrade (par ex. l'adaptation des cursus) doivent être consentis dès aujourd'hui afin que l'on puisse en profiter à l'avenir.

D'autre part, les projets innovants doivent être soutenus, au besoin, dans leur phase initiale par le savoir-faire et les moyens financiers des cantons (en faisant éventuellement appel aussi à d'autres partenaires tels que les prestataires et leurs associations, la Confédération et les communes¹⁶).
- (3) La recherche sur les services de santé doit être instituée et développée en Suisse. C'est le seul moyen de développer des indicateurs de qualité pertinents pour la pratique ambulatoire et d'évaluer les modèles de soins de manière adéquate, avec toujours les mêmes paramètres. La recherche comparative sur l'efficacité (Comparative Effectiveness Research), consistant à comparer le bénéfice et le risque de méthodes alternatives de prévention, de diagnostic, de traitement ou de régulation et d'amélioration des soins en cabinet, va prendre une importance accrue à cette égard. Le but est de donner aux patients, aux prestataires, aux assureurs et aux décideurs politiques les bases adéquates pour prendre les décisions relatives à la médecine de premier recours, au niveau de l'individu aussi bien que de la population.

¹⁶ C'est dans ce sens que va l'idée d'un fonds de soutien au changement structurel du cabinet individuel aux centres médicaux, qui serait constitué par les cantons, la Confédération et les médecins.

7. Bibliographie

- Académie suisse des sciences médicales (2011). „Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers. Rapport et commentaire“. ASSM.
- American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians and American Osteopathic Association (2007). „Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home“.
- American College of Physicians (2006). „The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-guided Model of Health Care“. Philadelphia: American College of Physicians.
- Berchtold, P., Peier, C., & Peier, K. (2010). „Ärztetenze in der Schweiz 2010 - auf dem Sprung zu Integrierter Versorgung“. Bulletin des médecins suisses, 91(33): 1222-1224.
- Berchtold, P. (2007). „Mehr Qualität und Patientensicherheit - Managed Care als Schlüsselfaktor“. PrimaryCare, 7(18-19): 317-318.
- Bitton, A., Martin, C., & Landon, B. E. (2010). „A Nationwide Survey of Patient Centered Medical Home Demonstration Projects“. Journal of General Internal Medicine, 25(6): 584-592.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). „Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness“. Journal of the American Medical Association, 288(14): 1775-1779.
- Bonsack, S. (2010). „Leila – Leben mit Langzeiterkrankung. Begleitung, Beratung und Schulung. Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025. Projektbeschreibung“. Stadt Zürich, Städtische Gesundheitsdienste.
- Boult, C., Karm, L., & Groves, C. (2008). „Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model“. The Permanente Journal, 12(1): 50-54.
- Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neiterman, E., & Wrede, S. (2008). „How Can Optimal Skill Mix be Effectively Implemented and Why?“. Copenhagen: WHO.
- Bourgueil, Y., Marie-Caroline, C., Pierre-Emmanuel C., Mousquès J. & Pierre A. (2009). „Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne“. Question d'économie de la santé, 147.
- Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousquès, J. (2006). „Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes“. Paris: IRDES.
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). „Tackling Chronic Disease in Europe - Strategies, Interventions and Challenges“. WHO.
- Canton de Vaud, Service de la Santé Publique (2010). „Programme Cantonal Diabète“. téléchargé le 25.01.2011 à l'adresse:
www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Diabete/fichiers_pdf/Programme_cantonal.pdf
- CDS / OdASanté (2009). „Rapport national sur les besoins en effectifs des professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national“.
- Cornuz, J., Rodondi, N., Opelt, R., Zoller, M., Durrer, D., Tschirky, E. & Biedermann A. (2010). „EviPrev, un programme de prévention et de promotion de la santé à l'intention des médecins praticiens“. Bulletin des médecins suisses 91(3):60-63.
- Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). „Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Countries“. OECD Health Working Paper No. 54.
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2009). „Konzept Gesundheitszentren“. Document non publié.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). „Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World“. The Lancet, 376: 1923-1958.
- Gerlach, F. M. (2009). „Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug“. Präsentation PowerPoint du 15.09.2009, téléchargé le 29.10.2010 à l'adresse:
www.svr-gesundheit.de/Startseite/Symposium2009/Gerlach.pdf

- Gerlach, F. M., Beyer, M., Saal, K., Peitz, M., & Gensichen, J. (2006). „Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker - Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung“. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 100: 345-352.
- Giger, M. & De Geest S. (2008). „De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires“. *Bulletin des médecins suisses* 89(43):1839-1843.
- Giger, M. (2011). „Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt“. *Heimspiel* 2: 12-13.
- Groupe de travail „Profils professionnels et identités professionnelles“ de l'ASSM (2007). „Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique“. *Bulletin des médecins suisses* 88(46):1942-1952.
- Grumbach, K., & Grundy, P. (2010). „Outcomes of Implementing Patient Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in the United States“. Washington D.C.: Patient-Centered Primary Care Collaborative.
- Juilhard, J.-M., Crochemore, B., Touba, A. & Vallancien, G. (2010). „Le bilan des maisons et des pôles de santé et la proposition pour leur déploiement“. Rapport à la demande de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, Mme Fadela Amara, Secrétaire d'Etat à la Politique de la Ville et Monsieur Hubert Falco, Secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire.
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., et al. (2010). „Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses“. *New England Journal of Medicine*, 363: 2611-2620.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2009). „Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care“. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4, Art. No.: CD001271.
- Mariéthoz, E. (2010). „Financement des prestations de prévention dans les cabinets de médecins“. Document non publié du secrétariat central de la CDS du 6.4.2010.
- Nolte, E., & McKee, M. (Eds.). (2008). „Caring for People with Chronic Conditions. A Health System Perspective“. Maidenhead: Mc Graw Hill / Open University Press.
- Obsan (2008). „Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030“. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- OCDE/OMS (2006). „Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse“, Editions OCDE.
- OCDE/OMS (2011). „OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011“, Editions OCDE.
- OMS (2002). „Des soins novateurs pour les affections chroniques. Eléments constitutifs“. Copenhague: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2005). „Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century. The Challenge of Chronic Condition“. Geneva: World Health Organization.
- Peytremann-Bridevaux, I., & Burnand, B. (2009). „Inventory and Perspectives of Chronic Disease Management Programs in Switzerland: an Exploratory Survey“. *International Journal of Integrated Care*, 9(4):1-8.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“. Gutachten 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Sondergutachten 2009.
- Sax, A. (2011). „Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe“. *Bulletin des médecins suisses* 91(35): 1349-1351.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Pierson, R. & Applebaum, S. (2010). „How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries“. *Health Affairs Web First*, Nov. 18, 2010.
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K. H., Doty, M. M., & Peugh, J. (2008). „In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in eight Countries, 2008“. *Health Affairs*, 28(1): w1-w16.

Sturny, I., & Camenzind, P. (2011). „Erwachsene Personen mit Erkrankungen - Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)“ (Obsan Dossier 18). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Wagner, E. H. (1998). „Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?“ *Effective Clinical Practice*, 1(1): 2-4.

Weber, A. (2005). „Case und Disease Management im Ärztenetz“. *Managed Care* 3:8-11.

Zanoni, U., Weber, A., Wirthner, A., Huber, F., & Steurer-Stey, C. (2009). „mediX Futuro: für eine zukunftsfähige Hausarztmedizin“. *Bulletin des médecins suisses*, 90(37): 1414-1416.

Zanoni, U. (2011). „Chronic Care Management: Bahn frei für ein neues Betreuungsmodell“. *Bulletin des médecins suisses*, 92(46): 1782-1783.