



Futur et défis du système de santé en Suisse

Auditoire des Polycliniques
Service de Médecine de Premier Recours
7 septembre 2011

Programme

8h00-9h00

- Evolution du système de santé en Suisse (*Dr Hans Wolff*)
- Problèmes et enjeux pour le système de santé suisse (*Dr Pierre-Alain Schneider, président de l'AMG*)
- Soins de qualité pour tous ? Mais à quel prix ? (*Dr Patrick Saudan, député au Grand Conseil et médecin HUG*)
- Enjeux pour le MPR : son rôle et l'intégration des soins (*Dr Philippe Schaller, réseau Delta et permanence d'Onex*)

9h00

- Table ronde :
 - *Dr Bernard Kiefer* (rédacteur en chef RMS), *Prof. Jean-Michel Gaspoz* (président SSMI et chef Dpt Med Com), *Dr Pierre-Alain Schneider*, *Dr Patrick Saudan*, *Dr Philippe Schaller*, *Dr Didier Châtelain* (président Remed et des Médecins de Famille Genève)

2

« L'objectif premier des systèmes de santé est d'améliorer la santé des populations. »

OMS, rapport sur la santé dans le monde 2000

« Des soins de qualité sont des soins efficaces, équitables, prenant en compte les besoins et les désirs du patient »

Mossialos, 1999

(Prof Health Policy at the London School of Economics)

3

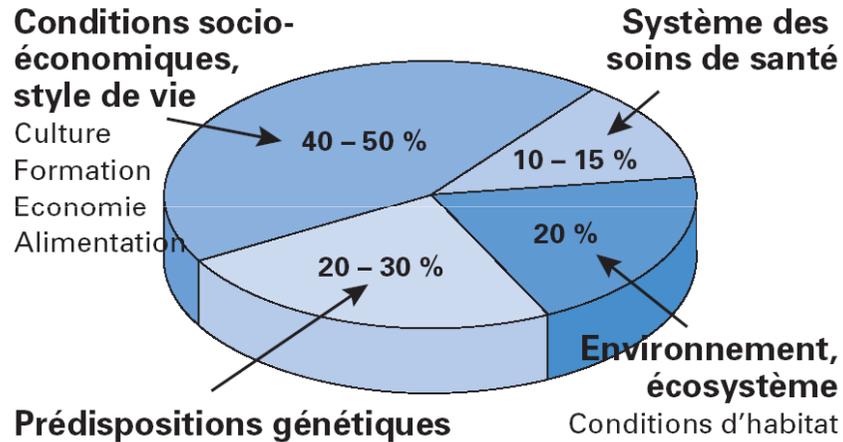
Terminologie

- **Efficiences:**
 - Capacité de rendement; performance
- **Egalité:**
 - Rapport entre individus; citoyens égaux en droits et soumis aux mêmes obligations
- **Equité:**
 - Justice naturelle ou morale, considérée indépendamment du droit en vigueur

Larousse, 2005

4

Facteurs d'influence sur la santé



Facteurs d'influence sur la santé selon le Professeur François van der Linde.

Spectra 58, 2006

Modèles de protection santé

- Une forme **bismarckienne** (système d'assurances sociales obligatoires, le financement et la gestion étant confiées aux assurés et leurs employeurs)
- Une forme **beveridgienne** (service national de santé, financement par l'impôt)
- Une forme **privée** (financement individuel ; assurance privée)



Une forme bismarckienne



- La politique du chancelier Bismarck (conservateur) à la fin du XIXe est marquée par un **double souci** : lutter contre les syndicats et lutter contre la montée du parti socialiste.
- En contrepartie d'une politique répressive, l'État a pris la responsabilité d'institutionnaliser la **protection sociale** : les assurances sociales obligatoires sont apparues en Allemagne à partir de 1883.
- L'accès (universel) repose sur **régimes obligatoires d'assurance maladie** fondés sur une affiliation professionnelle et financés par des cotisations patronales et syndicales
- Contribution proportionnelle au salaire, charge répartie employés/employeurs, subventions de l'État et paiements directs des patients
- **Assurance sécurité sociale**

7

Une forme beveridgienne



En 1942, William Beveridge rédige un rapport sur la sécurité sociale à la demande de William Churchill.

→ Sécurité sociale est «une composante de toute politique de progrès social»; le pouvoir d'achat ainsi redistribué est une composante substantielle de la demande globale, à même de soutenir l'activité économique et d'éviter le retour de crises comparables à celles des années 30



Principes fondateurs : les trois « U »

- **Universalité** : Tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux.
- **Unité** : Une administration unique serait chargée de gérer chaque risque.
- **Uniformité** : Chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins et quel que soit son revenu.

« Il s'agit de lutter contre ce que Beveridge appelle les « cinq grands maux » : pauvreté, insalubrité, maladie, ignorance, chômage. »
Sir William Beveridge

8

Une forme privée

- Pas d'obligation d'assurance
- La mise en concurrence des assureurs et des producteurs
- Liberté de choix
- Filet de sécurité minimal
- Le financement des dépenses de santé est assuré par les individus eux-mêmes ou bien par des assureurs privés.
- L'intervention de l'État est réduite au minimum et très ciblée.

9

Assurance Maladie en Suisse

- La première loi sur l'assurance maladie suisse date de 1911
- LAMal (en force dès le 1.1.1996):
voté (référendum) 4 décembre 1994 (51.8 % de oui)
 - Objectifs
 - **Assurance obligatoire pour tous**: assurance véritablement universelle garantissant le libre passage d'une caisse à l'autre, à tout moment de la vie, même à un âge avancé, sans que l'assuré ait à subir de préjudice
 - La **maîtrise des coûts** par une concurrence accrue amenant à conclure des conventions tarifaires avantageuses entre plusieurs acteurs de la santé
 - Une **réduction de primes** ciblée pour les personnes et les familles à revenus modestes
 - **Egalité entre les hommes et les femmes**

10

Assurance Maladie en Suisse II

- Catalogue de prestations remboursées
- Pas de caisse maladie étatique
- Franchises 300,- à 2500,- (enfants: 0,- à 600,-)
- Paiement effectif des coûts:
 - 30% assurés de leur poche,
 - 35% assureurs,
 - 35% Etat

11

Santé Vieillesse

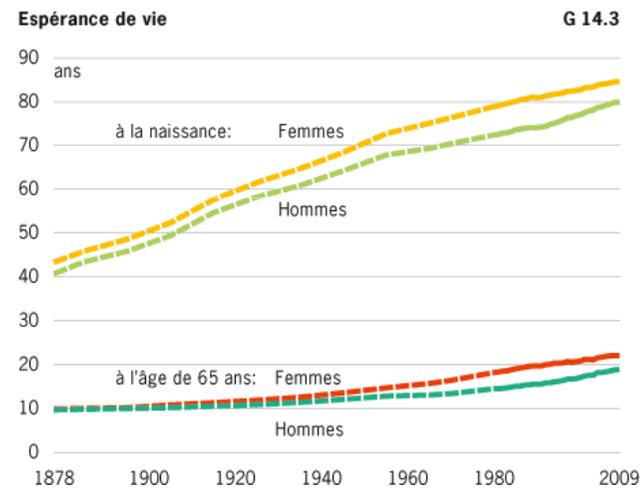
12

Santé Les principaux chiffres

Santé de la population 2007	
Part de la population de 15 ans et plus (%) se sentant en bonne ou en très bonne santé	86.8
Part de la population de 15 ans et plus (%) ayant un problème de santé de longue durée	27.3
Facteurs influant sur la santé 2007	
Part des inactifs du point de vue de l'activité physique (% de la population de 15 ans et plus)	15.9
Hommes	13.8
Femmes	17.9
Consommation quotidienne d'alcool (% de la population de 15 ans et plus)	
Hommes	19.6
Femmes	9.0
Part des fumeurs (% de la population de 15 ans et plus)	
Hommes	32.3
Femmes	23.6
Espérance de vie	
A la naissance (en années) 2009	
Hommes	79.8
Femmes	84.4
En bonne santé à 65 ans (en années) 2007	
Hommes	13.0
Femmes	13.5
Mortalité 2008	
Mortalité infantile (en pour mille) ¹	4.0

OFS 2011₁₃

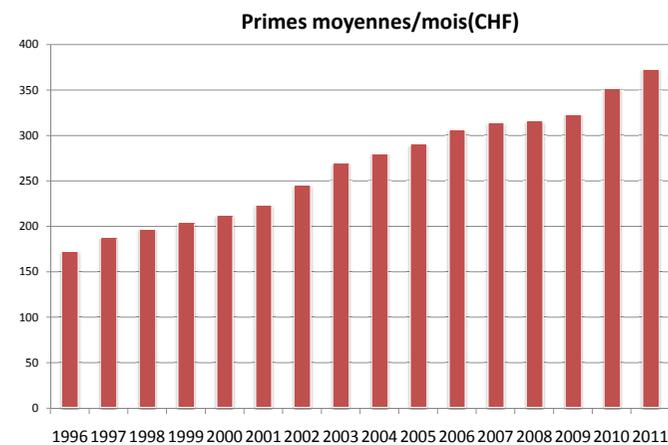
Espérance de vie à la naissance



OFS 2011₁₄

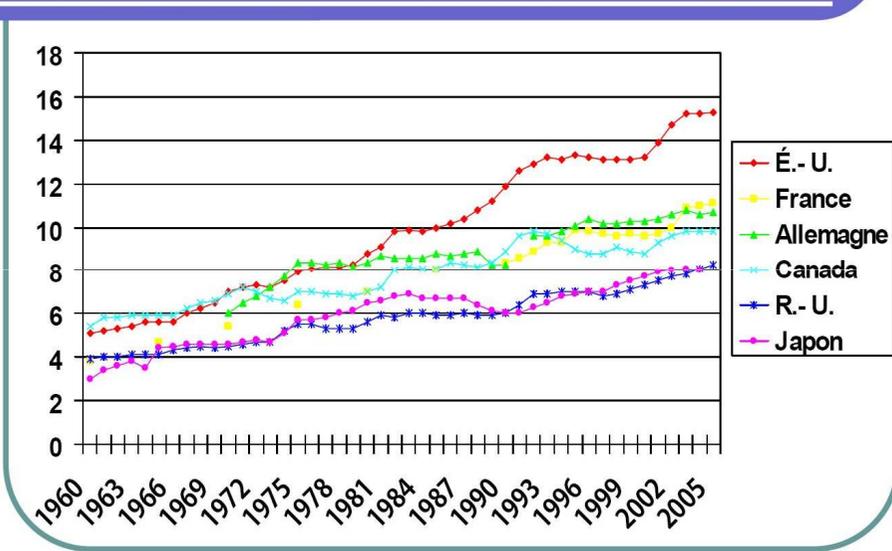
Coûts

Assurance maladie en Suisse: Evolution des primes moyennes 1996-2011



Prime médiane ↑ X 2.15 en 15 années

Dépenses totales en santé (% du produit intérieur brut)



Girard/Japon Colloque prévention santé
Sherbrooke juin 2010

14
17

Croissance et dépenses

Croissance annuelle moyenne du produit intérieur brut et des dépenses de santé entre 1980 et 2003

	Produit intérieur brut	Dépenses de santé
Canada	1,6%	3,1%
France	1,6%	3,2%
Allemagne	0,9%	2,0%
Pays-Bas	1,7%	2,9%
Suisse	0,8%	2,7%
Royaume-Uni	2,2%	3,7%
Etats-Unis	2,0%	4,4%
Moyenne	1,5%	3,1%

Source : OECDE, Panorama de la santé, 2005

18

Equité

Quelques problèmes dans les ressources

PART DES SALAIRES DANS LE PIB EN EUROPE

1970	75%
1983	73,20%
2006	66,20%

PROPORTION DES BAS SALAIRES EN EUROPE (< de 60% salaire médian)

1983	11,40%
2006	16,60%

La **population en âge de travailler** (il s'agit des individus de 15 à 64 ans) décroîtra de 67,2% de la population totale en 2004 à 56,7% en 2050.

et

La **proportion des retraités** (c'est-à-dire des individus âgés de 65 ans ou plus) passera de 16,4% de la population totale en 2004 à 29,9% en 2050

19

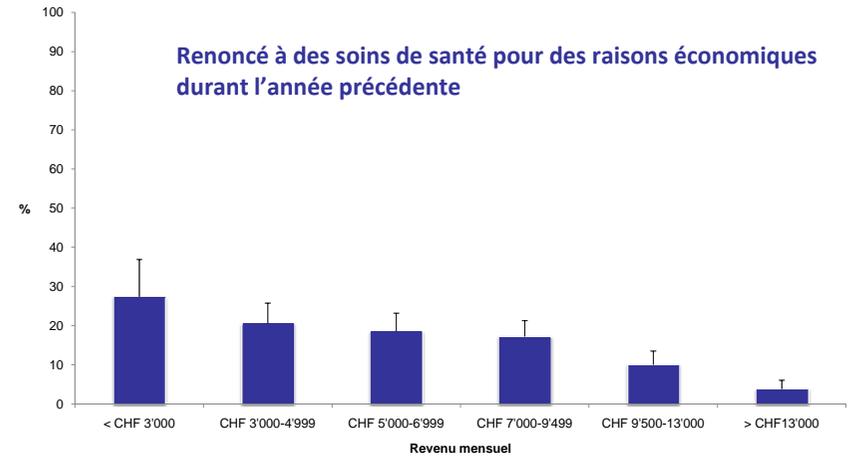
20

Equité dans le système de santé suisse

- Financement injuste, car indépendant du revenu (OECD)
- Manque de transparence de comptes des caisses maladies
- Chasse aux bons risques
- Exclusion (Révision LAMal 2006 (art 64a))
 - «.. Si malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations.. »
- Rationnement ?
- Renoncement au soins

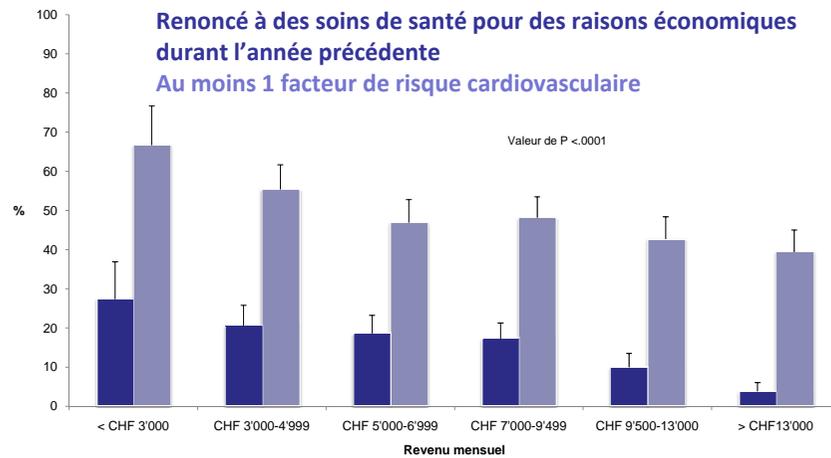
21

Renoncement par revenu



Wolff, Gaspoz et Guessous SMW 2011
22

Renoncement par revenu



Wolff, Gaspoz et Guessous SMW 2011
23

Défis

- Equité
 - Système(s) de solidarité
 - Accès aux soins pour tous (maladies transfrontalières, renoncement, art 64A,...)
- Santé en tout:
 - Evaluation des conséquences sur la santé des populations de toute décision des pouvoirs publics
- Objectifs de santé (lesquels?)
 - Atteindre les objectifs en termes de santé malgré un contexte de restrictions budgétaires
- Efficience
 - Rationnement
 - Réseaux
- Place de la médecine de premier recours (médecins/infirmiers)

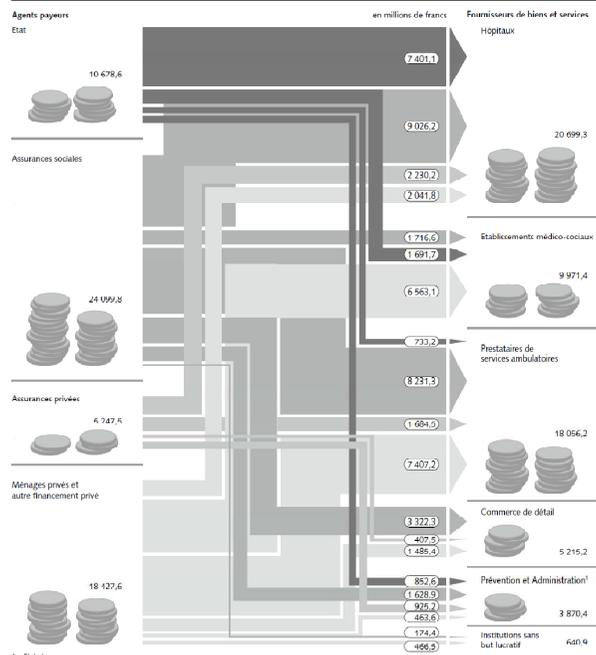
24

Quelques problèmes et enjeux pour le système de santé suisse

Pierre-Alain Schneider, président AMG

- un système difficile à comprendre
 - financement complexe
 - le problème de l'assurance-maladie obligatoire

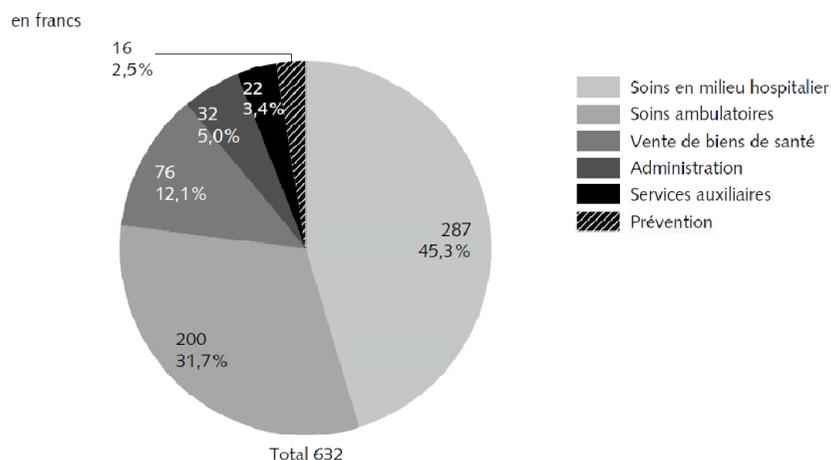
Coût et financement du système de santé selon le fournisseur de biens et services et par agent payeur en 2008 G 9



- l'obsession des coûts
 - limiter le nombre de soignants?
 - restreindre l'accès aux soins?
 - baisse des revenus

Coûts de la santé par habitant et par mois

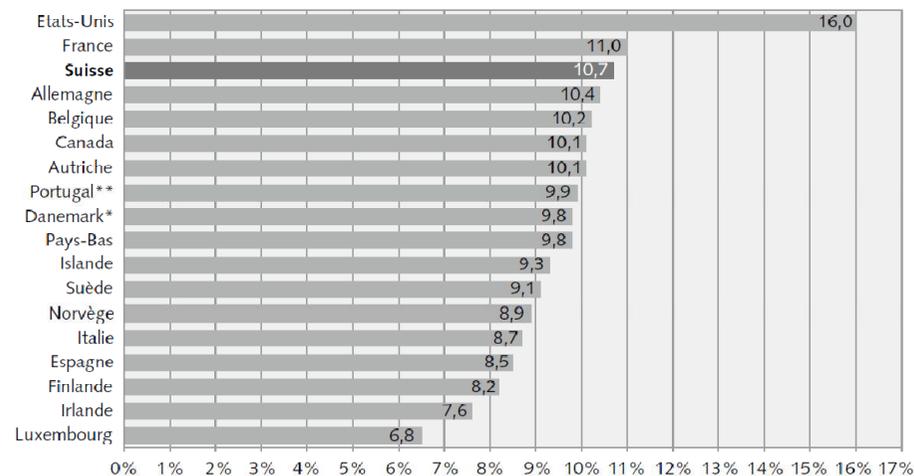
G 3



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Dépenses de santé par rapport au PIB de quelques pays de l'OCDE

G 5



* 2007
** 2006

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Quelques problèmes et enjeux pour le système de santé suisse

- **mutation rapide des métiers de la santé: quel rôle pour chacun?**
 - médecin de famille ou spécialiste?
 - féminisation de la médecine
 - travail en cabinet individuel, groupe, entreprise?
 - infirmière, pharmacien ou médecin?
 - pléthore ou pénurie?

Quelques problèmes et enjeux pour le système de santé suisse

- **la médecine victime de ses succès?**
 - vieillissement de la population, démographie
 - plus efficace ou surtout plus coûteuse
 - le prix d'une année de vie?

Quelques problèmes et enjeux pour le système de santé suisse

- **liberté et indépendance**

- la liberté thérapeutique
- le libre choix du médecin

Quelques problèmes et enjeux pour le système de santé suisse

- **sécurité et rapidité**

- l'erreur de moins en moins tolérée
- tout, tout de suite
- satisfaire les besoins?

Quelques problèmes et enjeux pour le système de santé suisse

- **éthique médicale**

- que vaut une vie?
- quel progrès:
vivre plus longtemps, vivre mieux ou dépenser moins?

Quelques problèmes et enjeux pour le système de santé suisse

- **protection des données**

- le patient transparent devant l'assureur *big brother*

- un système de soins hautement surveillé?

- Tarmed, DRG
- manage care pour de meilleurs soins ou pour contrôler le système?

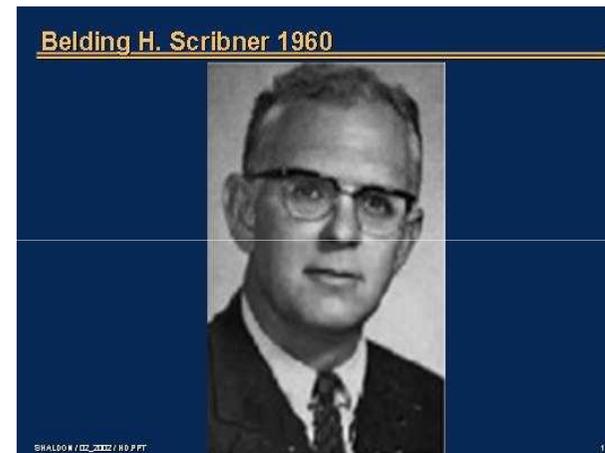
- e-health/cybersanté

- plus économique? plus contraignant?
- un nouvel outil de pouvoir?

Soins de qualité pour tous ?
Mais à quel prix ?

PD Dr Patrick Saudan
Service de Néphrologie
HUG

Il y a 51 ans...



1er congrès international de Néphrologie à Evian (mai 1960):
Communications de Merrill, Hamburger et Scribner

Le problème éthique à cette époque

When chronic hemodialysis first became available in 1960, the resources available for treatment were limited. To decide who should be treated, a two-committee process was established in Seattle^{7,8}. The first committee was composed of physicians charged with determining who was suitable for the new treatment based on medical and psychiatric criteria. The second committee was composed of seven anonymous individuals, representing a cross-section of the community, who chose which patients among those deemed suitable by the first committee would be offered dialysis⁹. The second committee considered personal factors such as age, achievement, future potential and many intangible factors. Only a few individuals could be treated because of the limited resources available. Each decision to treat one individual rather than another offered the possibility of a longer life for the one chosen, and each decision not to treat an individual made an earlier death a near certainty for the one not treated. The

Bh. Scribner *Nat. Med* 2002

l'hémodialyse chronique devenue réalité



Celebration of the first three long-term patients on chronic hemodialysis on the tenth anniversary of chronic hemodialysis in Seattle, 1970.

Left to right: Harvey Gentry (our second patient, age 32), Clyde Shields (age 49), me and Rolin Heming (our third patient). These and other patients benefited from our inventions and the work of many health care professionals, volunteers and family members who dedicated themselves to the patients. Courtesy of University of Washington Archives.

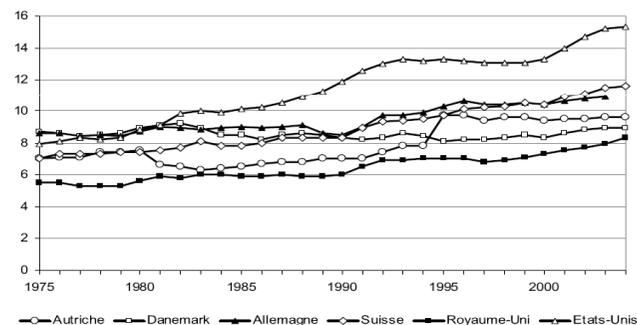
HD chronique:
1965: 168 patients (Europe)

2000: 1 million

1972: Medicare prise en charge HD
QUALYS basés sur prix annuel HD

Les coûts de la santé augmentent plus vite que le PIB

Figure 1 : Evolution comparée de la part des dépenses de santé dans le PIB, 1975-2004



Source : Eco-Santé OCDE 2006 (OCDE 2006).

Part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut

Dans différents pays de l'OCDE en 2008	
Pays	% du PIB
Etats-Unis	16.0%
France	11.2%
Suisse	10.7%
Allemagne	10.5%
Canada	10.4%
Pays-Bas	9.9%
Suède	9.4%
Italie	9.1%
Espagne	9.0%
Irlande	8.7%
Finlande	8.4%

11.4% en 2009 !

Que coûtera la santé en 2030 ?

Figure 2 : Principaux facteurs influençant l'évolution des coûts du système de santé

NOMBRE DE PATIENTS (N)	VOLUME DE SOINS PAR PATIENT (Q)	COÛT UNITAIRE DES PRESTATIONS (CU)
Démographie <ul style="list-style-type: none"> Taille de la population Structure par âge Espérance de vie sans incapacité 	Etat de santé	Coût du travail
Probabilité de recourir aux soins <ul style="list-style-type: none"> Etat de santé Seuil pathologique 	Pratique médicale <ul style="list-style-type: none"> Progrès technique Seuil pathologique Préférences Demande induite 	Coût du capital technique et financier
		Progrès technique

$$CT = N \times Q \times CU$$

Rôle du vieillissement

Rôle de la pratique médicale

Rôle du progrès technique et du coût du travail

Que coûtera la santé en 2030 ?

En 2030:

- Coûts de la santé x 2.2- 2.4
- Dépenses de santé . 14.4-17.2% du PIB
- Augmentation de la population: 1/10 de l'augmentation des coûts
- Vieillessement: 1/6 de l'augmentation des coûts
- Changement des pratiques médicales, progrès techniques, exigences de la population: : 2/3 de l'augmentation des coûts**

Rapport OFS 2007

Rapport OFS 2007

Soins de qualité en Suisse ?

Tabelle 5
Krankenhausdaten von 7 Ländern, 2008.

Land	Personalbestand (Stellen) pro 1000 Einwohner	Personalbestand (Vollzeitäquivalente) pro 1000 Einwohner	Krankenhausbetten* / 1000 Einwohner	Krankenhaustage* / Einwohner	Bettenbelegung* In %	Aufenthaltsdauer*, Tage
Deutschland	14,7	10,8	5,7	1,6	76,2	7,6
Frankreich	19,5	16,8	3,5	1	74,2	5,2
Grossbritannien	24,6	...	2,7	0,8	84,5	7,1
Niederlande	15,8	11,1	2,9	0,7	55,7	5,9
Österreich	...	15,6	5,6	1,8	80,6	6,8
Schweiz	23,3	17,4	3,3	1,1	88,2	7,7
USA	...	17	...	0,6	66,4	5,5
Durchschnitt	19,6	14,8	4,0	1,1	75,1	6,5
Rang der Schweiz	2	1	4	3	1	1

* Akutversorgung

Comparaison satisfaction patients (32 critères) dans 33 pays européens + Canada :
1.Hollande, Allemagne, Islande , France, 5: **Suisse**...14.Italie ,17 GB

Euro-Canada Health Consumer Index 2010. Health Consumer Powerhouse, Brüssel und Stockholm/ Frontier Centre for Public Policy. Winnipeg; 2010.

Kocher G. BMS 2010 42: 1663-7

Objectifs du système de santé suisse

A gauche

- Solidarité
- **Régulation**
- Qualité des prestations
- Réduction des inégalités
- Innovation

Rossini, Legrand-Germanier.
Le système de Santé PPUR 2011

A droite

- Accès pour tous à une médecine de qualité
 - **Ralentissement hausse coûts de la santé (plus d'efficacité, plus de prévention)**
 - Incitations à l'innovation, et à l'implémentation des technologies nouvelles
- Papier de position , PLR 2010

Rationalisation ou rationnement: un exemple concret...

Arrêt du TF du 23 novembre 2010:

- Pas d'obligation de rembourser le Myozyme chez une patiente atteinte de la maladie de Pompe (coût annuel: 600 000 CHF)
- Coût maximal exigible de l'assurance maladie (100 000 CHF/année de vie prolongée)....

Position du conseil fédéral

- 3 interpellations au parlement suite à l'arrêt du TF (*Humbel, Cassis, Gutzwiller*)
- Réponse du CF (juin 2011)
« *Le conseil fédéral s'est toujours prononcé contre les rationnements dans le domaine de la santé. Il estime, par contre, qu'il faut exploiter le potentiel de rationalisation de toutes les mesures de santé...* »

Health Systems and Sustainability: Doctors and Consumers Differ on Threats and Solutions

Jane Robertson^{1*}, Emily J. Walkom¹, David A. Henry²

¹ Clinical Pharmacology, School of Medicine and Public Health, The University of Newcastle, Callaghan, New South Wales, Australia, ² Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Canada

Table 1. Moderate or major contributors to increasing health care costs - Doctors (specialists and GPs combined) versus consumers.

	n (%) stating a major or moderate contributor to health care costs		
	Doctors N = 1118	Consumers N = 533	Odds ratio (99% CI) ^a
Population characteristics			
Ageing population	1079 (96.5)	481 (90.2)	2.99 (1.67, 5.42)
More people with chronic illnesses	987 (88.3)	454 (85.2)	1.31 (0.87, 1.96)
New advances and practice issues			
Development of expensive new medicines and interventions	1055 (94.4)	408 (76.5)	5.13 (3.32, 8.01)
Availability of high-tech medical equipment and procedures	978 (87.5)	411 (77.1)	2.07 (1.44, 2.98)
Practice of defensive medicine for fear of litigation	900 (80.5)	408 (76.5)	1.26 (0.90, 1.76)
New treatments for cancer	734 (65.7)	350 (65.7)	0.99 (0.75, 1.34)
Social context			
Community expectations for access to the latest technologies	857 (76.7)	357 (67.0)	1.62 (1.19, 2.20)
People not taking responsibility to keep themselves healthy	751 (67.2)	456 (85.6)	0.35 (0.24, 0.49)
Decreases in informal care (e.g. by family and friends)	603 (53.9)	346 (64.9)	0.63 (0.47, 0.84)
Doctors' reluctance to refuse patient requests for tests, drugs	590 (52.8)	281 (52.7)	1.00 (0.76, 1.32)
Patients expecting a test or prescription at every doctor's visit	555 (49.6)	343 (64.4)	0.55 (0.41, 0.73)
External pressures			
Lobby group and public pressure to fund particular diseases	546 (48.8)	320 (60.0)	0.64 (0.48, 0.84)
Drug company advertising to persuade people to ask for medicines (in newspapers, television current affairs)	420 (37.6)	351 (65.9)	0.31 (0.23, 0.42)
Drug company promotions to doctors to prescribe medicines	410 (36.7)	354 (66.4)	0.29 (0.22, 0.39)

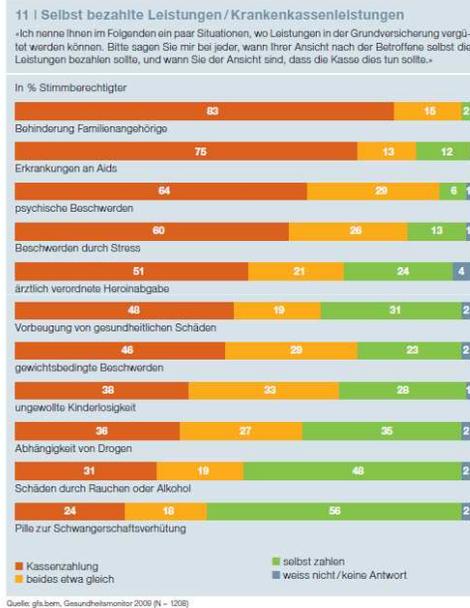
^aConsumers are the reference category.
doi:10.1371/journal.pone.0019222.t001

Table 2. Attitudes towards health care costs and rationing - Doctors (specialists and GPs combined) versus consumers.

	n (%) agreeing or strongly agreeing with statement		
	Doctors N = 1118	Consumers N = 533	Odds ratio (99% CI) ^a
Attitudes towards health care costs			
Patients should pay a greater part of the health care bill so they will be more cost-conscious	538 (48.1)	169 (31.7)	2.00 (1.50, 2.68)
The Government should educate the public about the true costs of health care	958 (85.7)	495 (92.9)	0.46 (0.27, 0.75)
Doctors should educate their patients about the true costs of health care	534 (47.8)	395 (74.1)	0.32 (0.23, 0.43)
Only the treating physician and the patient should decide if a treatment is "worth the cost"	333 (29.8)	360 (67.5)	0.20 (0.15, 0.27)
Not matter how small the chance of benefit, the physician should offer a medical treatment regardless of the cost	316 (28.3)	442 (82.9)	0.08 (0.06, 0.11)
It is not the doctor's responsibility to be concerned about the costs of health care to society	156 (14.0)	185 (34.7)	0.31 (0.22, 0.42)
Rationing and health care resource allocation			
The public should be consulted about rationing decisions and allocation of health care resources	784 (70.1)	375 (70.4)	0.99 (0.73, 1.34)

^aConsumers are the reference category.

Conclusions: Australian doctors and consumers hold different views on the sustainability of the healthcare system, and a number of key issues relating to costs, cost drivers, roles and responsibilities. Doctors recognise their dual responsibility to patients and society, see an important role for physicians in influencing resource allocation, and acknowledge their lack of skills in assessing treatments of marginal value. Consumers recognise cost pressures on the health system, but express willingness to be involved in health care decision making.



Que pense la population suisse?

Esquisses de solutions suisses pour faire baisser les coûts de la santé

TdG du 06.09.2011: débat à Berne sur les coûts de la santé

- Réduire le nombre d'hôpitaux
- Caisse unique
- Plus de prévention
- Economiser sur le matériel et les médicaments
- Freiner la consommation médicale
- Briter les cantons
- Etc.....

Pas de mention de rationnement des soins....

Plus de médecine de premier recours: la solution ?
 l'exemple danois

- En 2010, les MPR à Genève 27.5% du corps médical genevois (répartition optimale 60%)

Information /med n° 18 UNIGE Fac Med

- Au Danemark: (dépenses de santé stables 9.6% PIB)

Caisse maladie publique unique

Formation uniquement de généralistes (gate-keepers) ferment à 16h

Revenu moyen 140 000-200 000 €

Paiement: acte (75%) forfait (25%) avec 1200-1600 patients/médecins

Dossier médical électronique

Pas de libre choix du médecin...

Bhend H. Primary Care 2008

Plus de « managed care » ?

The Doctor's Dilemma — What Is “Appropriate” Care?

Victor R. Fuchs, Ph.D.

Principle of primacy of patient welfare. The principle is based on a dedication to serving the interest of the patient. Altruism contributes to the trust that is central to the physician-patient relationship. Market forces, societal pressures, and administrative exigencies must not compromise this principle.

Commitment to a just distribution of finite resources. While meeting the needs of individual patients, physicians are required to provide health care that is based on the wise and cost-effective management of limited clinical resources. They should be committed to working with other physicians, hospitals, and payers to develop guidelines for cost effective care. The physician's professional responsibility for appropriate allocation of resources requires scrupulous avoidance of superfluous tests and procedures. The provision of unnecessary services not only exposes one's patients to avoidable harm and expense but also diminishes the resources available for others.

In short, when physicians are collectively caring for a defined population within a fixed annual budget, it is easier for the individual physician to resolve the

dilemma in favor of cost-effective medicine. That becomes “appropriate” care. And it is an ethical choice, as defined by philosopher Immanuel Kant, because if all physicians act the same way, all patients benefit.²

NEJM Aug 18, 2011

Reducing medical waste ?

The Role of Physicians in Controlling Medical Care Costs and Reducing Waste

3 possibilités: ne rien faire, rationnement ou élimination du « medical waste »

Solutions:

- Création d'un instrument de mesure du « medical waste » basé sur EBM et validé dans les meilleurs hôpitaux
- Renforcement compétences médicales pour diminuer le « medical waste »
- Utilisation personnes moins qualifiées (et moins payées..) pour certaines prestations médicales

Si pas de « medical waste », débat de société sur coûts de la santé nécessaire...

Brook RH JAMA Aug 10 2011

Rationalisation des soins (ou rationnement...)

- Un débat éthique
- Un débat de professionnels de la santé
- Un débat de société



Colloque de médecine de premier recours

Evolution du système de santé et les enjeux pour le médecin de premier recours

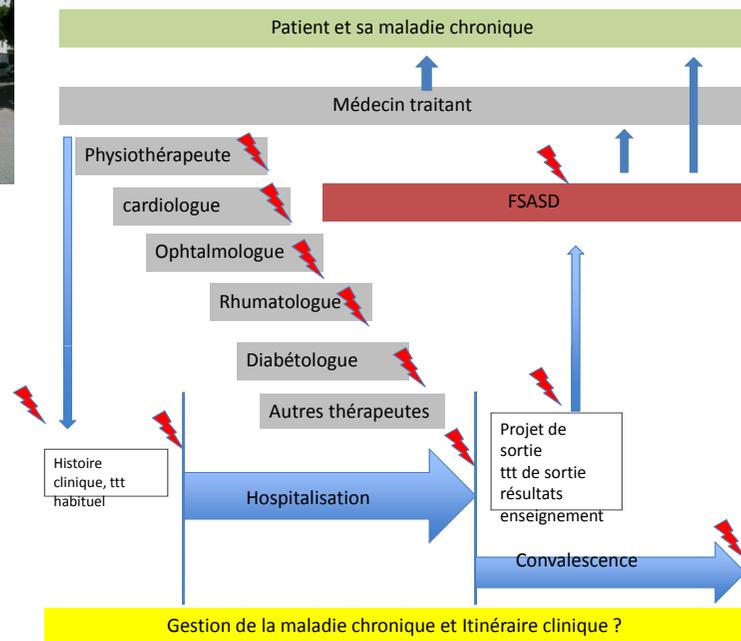
Mercredi 7 septembre 2011

Intégration des soins : enjeux pour la médecine !

De l'observation au cabinet médical
à l'innovation organisationnelle !

Questions

- Comment faire pour que tous les citoyens aient accès de façon équitable à des soins de qualité à un coût supportable à l'ensemble de la collectivité ?
- Comment les médecins peuvent contribuer à cet objectif ?
- Comment promouvoir le leadership clinique et professionnel ?



61



Rutschmann, O, Evaluation de la trajectoire et de la complexité des patients admis au Centre d'urgence des HUG pour soins impossibles à domicile octobre 2003

- 1000 hospitalisations chaque année.
- Population fragile (90% troubles AVQ).
- Connue du réseau sanitaire (FSASD, Med ttt).
- 80% hospitalisations initiés par des intervenants non médecins.
- 15% seulement ont été vus par leur médecin traitant.
- 59% n'avaient pas de problèmes aigus.
- 80% ont passé plus de 12h aux urgences.
- Hospitalisation moyenne de 30 jours.

« Une meilleure organisation du réseau ambulatoire permettrait d'éviter des hospitalisations ou de mieux les diriger dans le système de soins. »

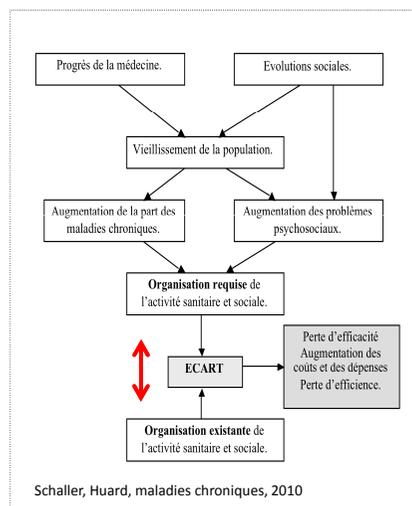
« Le manque de coordination entre les différents intervenant de première ligne ne favorise pas le maintien à domicile de personne toujours plus fragile. »

Dr. Philippe Schaller, Groupe Médical d'Onex, Réseau de Soins Delta

62

Les éléments en faveur d'une intégration

- Concept des années 1990
- Tensions entre la dynamique de croissance du système de santé et les pressions économiques.
- L'organisation en place n'est pas performante en raison de la fragmentation.
- La nécessaire prise en compte des maladies chroniques.
- Le virage ambulatoire et la désinstitutionalisation.



Contandriopoulos A-P. et al, Intégration des soins, 2001

Schaller, Huard, maladies chroniques, 2010

Dr. Philippe Schaller, Groupe Médical d'Onex, Réseau de Soins Delta

63



Intégration des soins

« L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif. »

Contandriopoulos, 2001; Bryson & Crosby, 1993; Benson, 1975; Friedberg, 1993

Dr. Philippe Schaller, Groupe Médical d'Onex, Réseau de Soins Delta

64



Intégration des soins expériences étrangères:

- Maison médicale centrée sur le patient (patient-centered medical home, PCMH) (USA) ;
- Groupement des médecins de famille (Québec) ;
- Maison de santé (France) ;
- General Practitioner groups (Angleterre) ;
- Centre de santé (pays scandinaves) ;

Kilo CM, Wasson JH. Practice redesign and the patient-centered medical home, 2010; American academy of family physicians, Joint principles of the Patient-centered medical home, 2007; Bitton A. A nationwide survey of patient centered medical home demonstration project, 2010; Bourguell Y et al. Les nouvelles formes de coopération des professionnels, 2007.

«So far, much of the current debate over health care reform in the USA has focused on how to pay for care, but how that care is provided is at least as important. The medical home proposal advances principles that should be at the centre of that part of the debate, for without a major effort to restore primary care the US health care system will continue to be overspecialized, fragmented, and wasteful»

-The Lancet, 2007:1055

Pourquoi créer des groupes de médecine de famille?

Le ministère de la Santé et des Services sociaux met en place des groupes de médecine de famille afin de favoriser pour tous l'accès à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux.

Qu'est-ce qu'un groupe de médecine de famille?

C'est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites.

Le médecin de famille appartenant à un groupe est aussi en relation étroite avec des professionnels du centre de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers, des pharmacies et avec d'autres professionnels de la santé de votre région.

Le groupe de médecine de famille: un atout pour le patient et son médecin



L'inscription

Vous êtes invité à vous inscrire gratuitement auprès d'un médecin de famille. Remplir un formulaire d'inscription obtiendrez au bureau de votre médecin de famille votre inscription et vous garderez votre médecin de famille si vous changez celui-ci quitte le groupe auquel

Les avantages de vous inscrire auprès d'un médecin de famille

— Votre inscription est l'occasion de choisir votre médecin de famille et de privilégier une relation durable et privilégiée reflète un engagement envers votre médecin.

— Vous bénéficierez de l'attention composée de votre médecin et d'infirmières collaborant à la prise en charge de votre état de santé.

— Votre médecin de famille vous recevra à son bureau, sur rendez-vous ou sans rendez-vous si nécessaire, ou il pourra se rendre à votre domicile si une perte d'autonomie majeure vous empêche de vous déplacer et que votre situation l'exige.

— Vous aurez des explications personnalisées, de l'enseignement et un suivi de votre état par une infirmière du groupe, selon vos problèmes de santé.

— Vous consultez en premier lieu votre médecin de famille et s'il est absent, le travail en groupe permet à un autre médecin membre du groupe d'assurer le suivi de votre état de santé et de votre dossier médical.

— En tout temps, la personne inscrite à un groupe de médecine de famille peut compter sur les services d'Info-Santé. Cependant, si son médecin a évalué que son état de santé nécessite un accès à des services sept jours sur sept, en dehors des heures d'ouverture de son groupe de médecine de famille et selon la situation, la personne pourra alors compter sur la collaboration de l'infirmière du service Info-Santé pour faire le lien avec le système de garde médicale du groupe de médecine de famille.

En cas d'urgence, ou lorsque vous êtes en voyage ou à l'extérieur de votre région, vous pourrez consulter un autre médecin.

Projet d'innovation organisationnelle

- Développement d'un nouveau projet : **Cité Générations**.
 - de nouvelles références d'organisation.
 - un nouveau mode de collaboration entre les différents partenaires du système sanitaire.
- But:
 - échapper à l'attraction de l'organisation dominante.
 - Principe : approche globale de la santé.
 - Perspective de santé publique.
 - Collaboration interprofessionnelle.
- Mais : tous les problèmes de conception.
 - Huard P, Schaller P. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 1 - **La coopération entre partenaires distants** (article soumis pour publication à la revue **Pratiques et Organisation des Soins**, 2011).
 - Huard P, Schaller P. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 2 - **Deux études de cas** (article soumis pour publication à la revue **Pratiques et Organisation des Soins**, 2011).



Ouverture janvier 2012

- Territoire de santé.
- Organisation sanitaire publique et privée.
- Développement de la médecine ambulatoire et des structures intermédiaires.
- Modèle : maison de santé (France), maison médicale centrée sur le patient (USA – PCMH).
- Informatisation, dossier médical unique (e-toile).



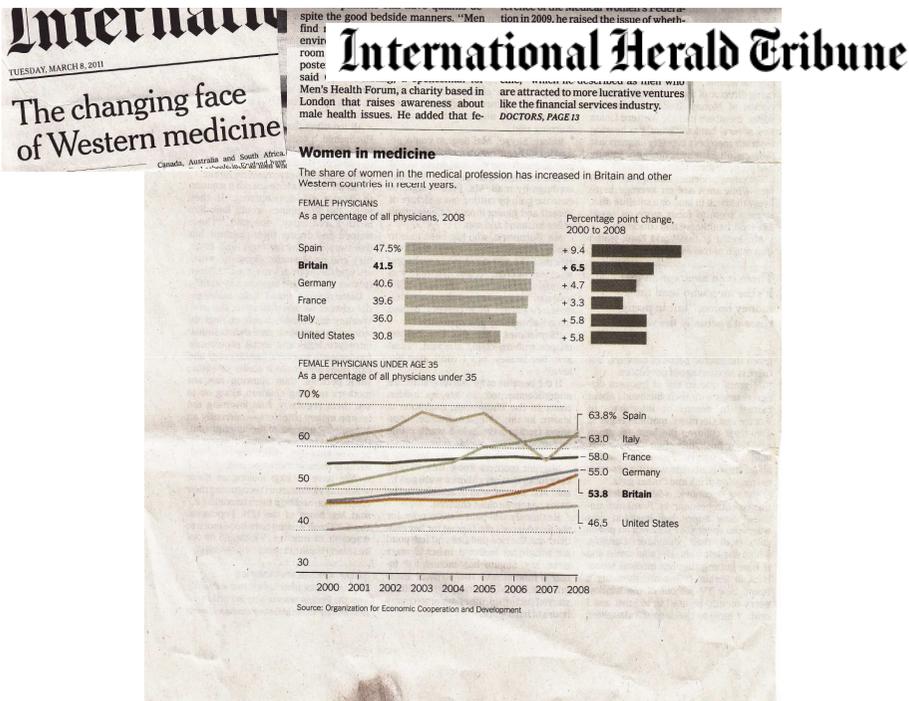
- Schaller P, Chichignoud C. Cité générations Espace Santé : une structure au cœur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Gérontologie et société. 2008 ;(124) :129-147
 - Schaller P, Gaspoz JM. Coordination des soins : de la théorie à la pratique. Rev Med Suisse. 2008 ;4 :2034-9.



Intégration : évolution de la LAMal

- Réseaux de soins intégrés (art. 41 b, c).
- Financement des soins (art. 25a al 2) : soins aigus et de transition.
- Financement des hôpitaux (Swiss-DRG).
- Contre-projet initiative « médecine de famille »
- Futur débat sur la caisse unique

- renforcement des structures et prestations intermédiaires
- virage ambulatoire.



Dangers politiques

- Nouveaux acteurs « lorgnent » sur le marché de la santé.
- Politique majoritaire pour un « marché » de la santé et baisse du « panier des prestations ».
- Population prête à la désolidarisation.
- Que faisons nous collectivement ?

Questions ?

- Comment s'y prendre pour amorcer ces transformations ?
- Comment contribuer à l'implantation des réformes nécessaires ?
- Comment favoriser les processus d'apprentissage porteur d'innovations ?

Données de la littérature

- Facteurs organisationnels et amélioration de la qualité des soins (Shortell & al., 1998; Ham, Kipping & McLeod, 2003; Oliver, 2007)
- Microstructure déterminante dans la performance des réseaux (Lemieux-Charles & al., 2005)
- Interdépendance des niveaux d'intervention et changement des pratiques cliniques (Shortell & al., 2000; Ferlie & Shortell, 2001; Denis, 2004; Grol & al., 2007)
- Rôle du leadership organisationnel et clinique (Berwick, 2003; Vaughan & al., 2006)
- Rôle de la culture (McCarthy & Blumenthal, 2006)

