

Perspectives romandes pour une intégration des soins responsable et durable

Questionnements :

conditions de l'intégration

raisons de l'intégration

type d'intégration

Rôle des différents acteurs



Soins intégrés en Suisse

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

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



Enquête suisse sur les soins intégrés 2015-2016

- But
 - Fournir une cartographie détaillée des initiatives présentes sur le territoire suisse et considérées comme représentant des « soins intégrés »
- Critères d'inclusion :
 - Formalisation des principes d'intégration
 - Au moins 2 niveaux de services de santé différents
 - Au moins 2 groupes de professionnels différents
 - En activité 2015-2016
- Critères d'exclusion :
 - Limités aux enfants
 - Limités à une structure hospitalière
 - Réseaux de médecins qui n'offrent que des soins de santé primaires

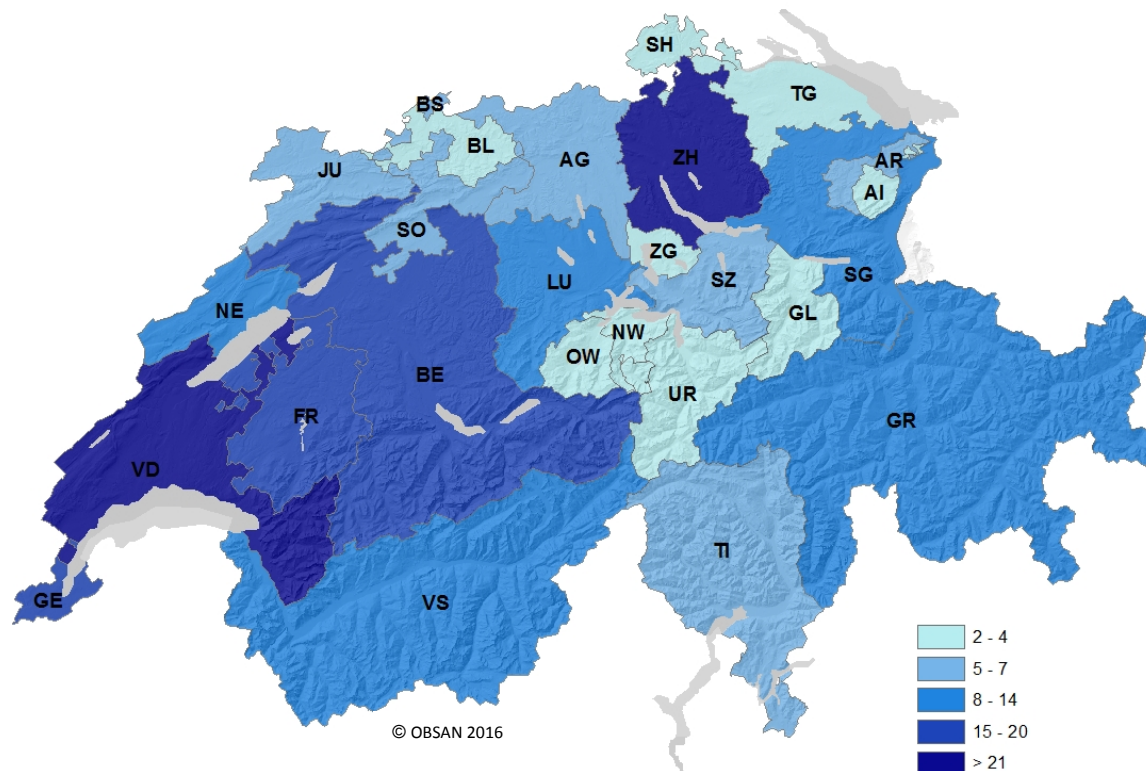


6 catégories d'initiatives d'intégration des soins

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



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



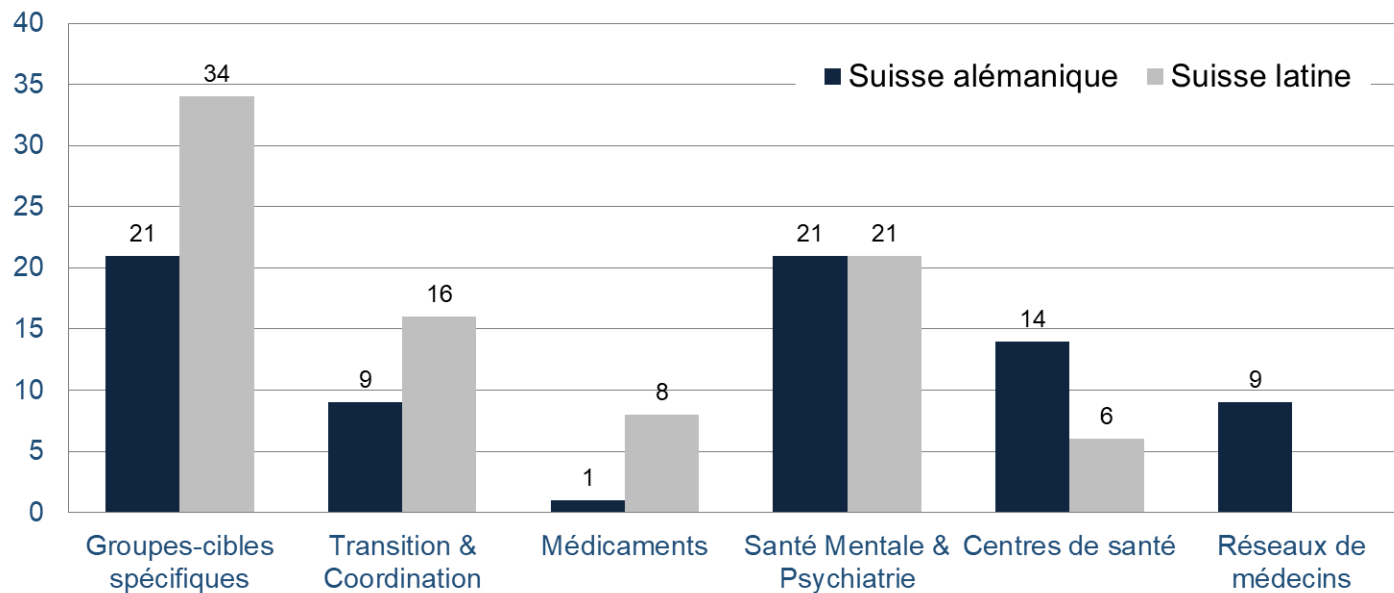
© OBSAN 2016

FMC, 12 juin 2019 - Dr Philippe Schaller

Document de Séverine Schusselé Fillietaz



Nombre d'initiatives par catégorie, par région linguistique, Suisse 2016 (n = 155)



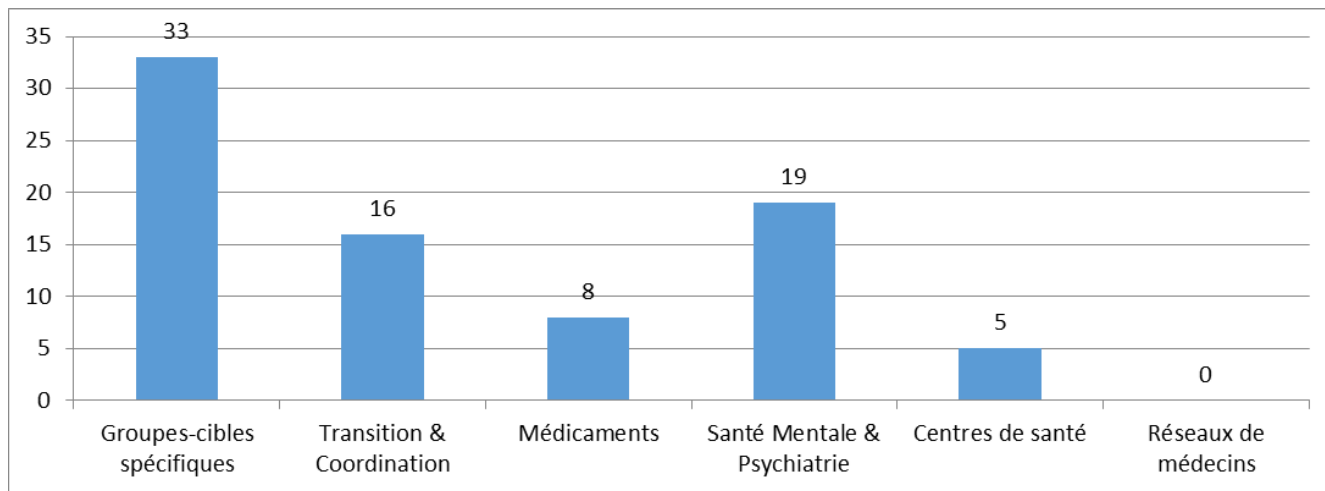
© OBSAN 2016

Document de Séverine Schusselé Fillietaz

FMC, 12 juin 2019 - Dr Philippe Schaller



Nombre d'initiatives par catégorie, Suisse romande uniquement 2016 (n = 81)

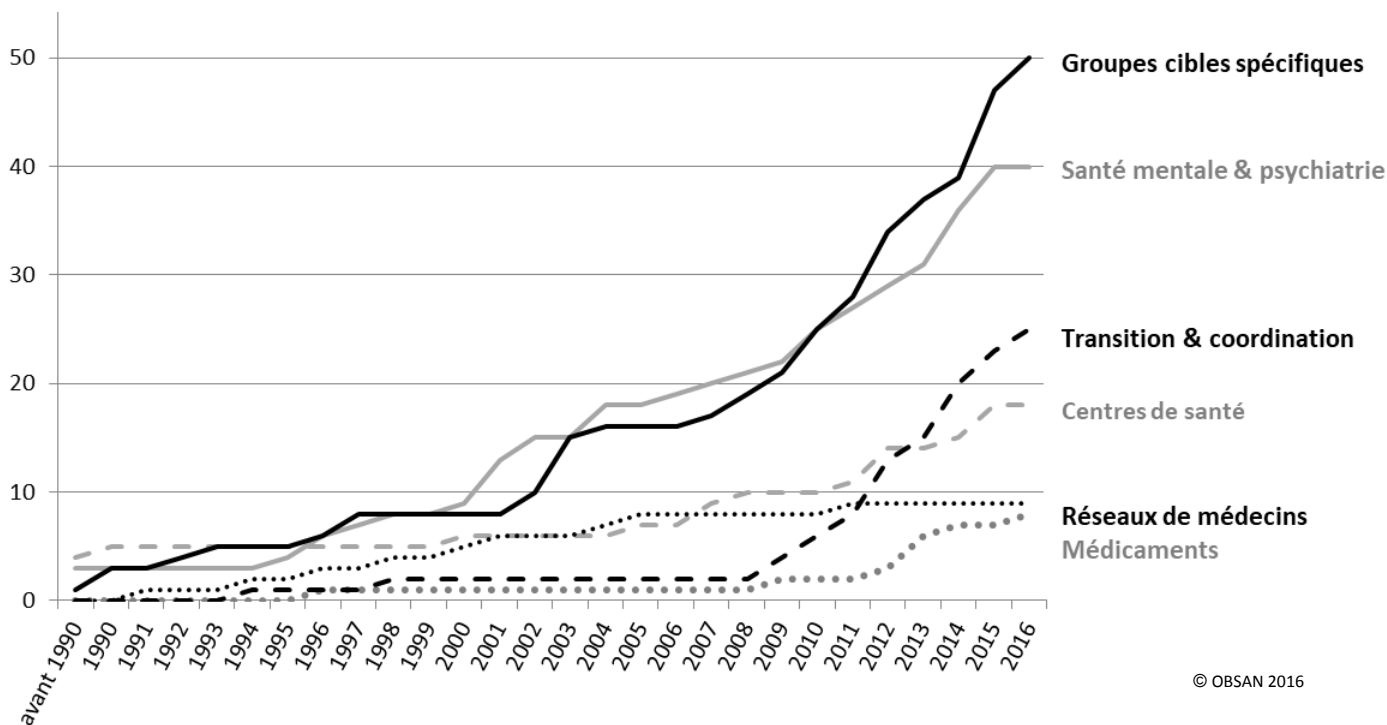


© OBSAN 2016

**Critères d'inclusion n'ont pas permis d'inclure R. Delta, Remed, etc.
=> Aucun réseau de médecin CH romand inclus**

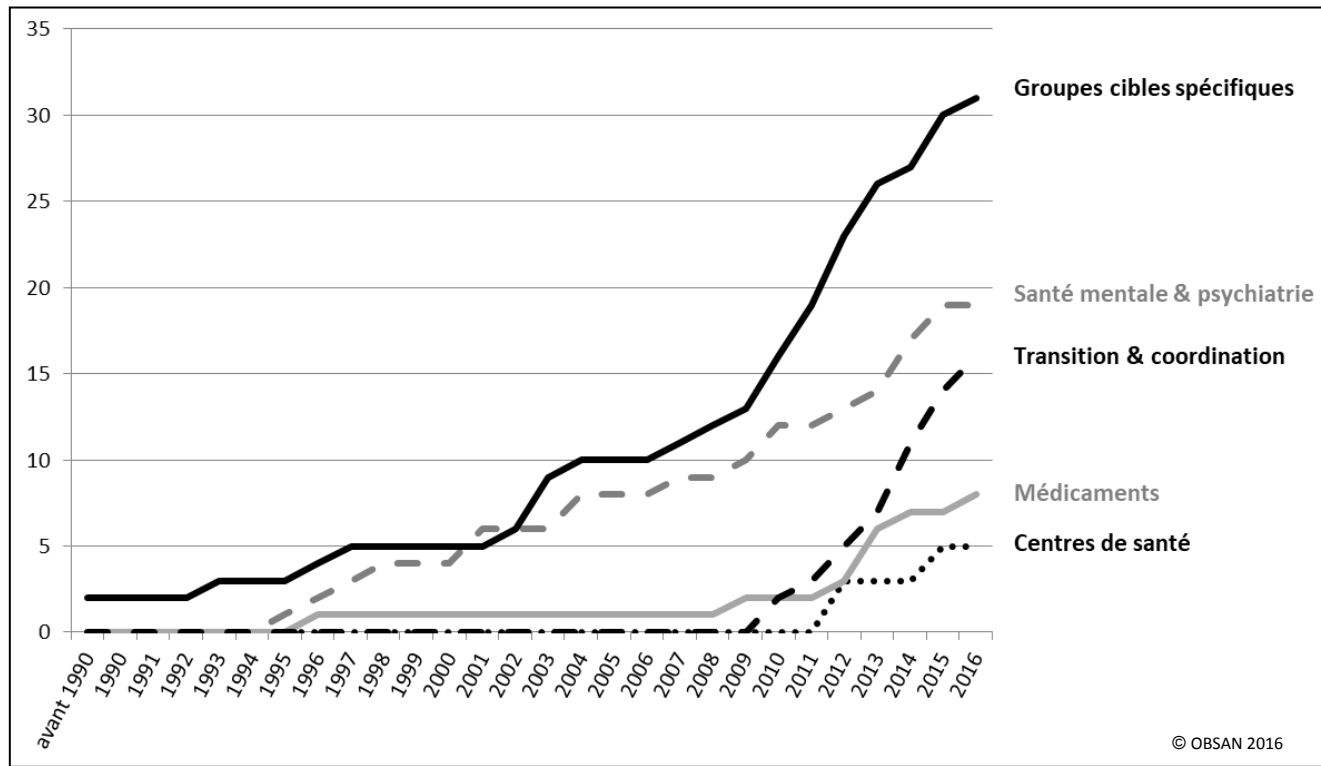


Nombre cumulé d'initiatives de soins intégrés, par catégorie, Suisse 1990-2016 (n=155)



© OBSAN 2016

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



© OBSAN 2016

Exemples

- Structures de transitions:
 - UATO, FR
 - UATm, GE
- Centres de santé
 - Cité Générations, GE
 - Centre Médico-social Subrégional du coteau de Grimisuat, VS
- Equipes interpro
 - Projet PRISM, GE
 - INTERMED- Care et case management intégrée au cabinet médical de premier recours, NE
- Case management:
 - Réseau Santé Haut-Léman: coordination du suivi de santé, VD
- Orientation santé-social:
 - AROSS, NE
- Initiatives focalisées sur un groupe spécifique:
 - Coordination des prises en charge des addictions, FR



Exemples

- A. Structures de transitions
- B. Maisons/Centres de santé
- C. Equipes interprofessionnelles et interinstitutionnelles
- D. Case management
- E. Orientation santé-social
- F. Initiatives focalisées sur un groupe spécifique

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



Structures de transitions

Exemples:

- UATO, FR
- UATm, GE



Nom	Unité d'accueil temporaire et d'orientation (UATO)
Canton	FR
Début	2012
Description	Unité installée dans un EMS qui accueille les patients à leur sortie de l'hôpital afin de leur offrir une réadaptation avant retour à dom ou installation définitive en EMS. Max 3 mois de séjour.
Patients ciblés	Population générale / Patients multimorbides (au moins 2 maladies chroniques) ou complexes / Personnes âgées fragiles / Personnes vulnérables / Personnes nécessitant des soins palliatifs
Professionnels	Ergothérapeutes / Infirmières en soins généraux / Médecins spécialistes / Pharmaciens / Physiothérapeutes / Assistants-travailleurs sociaux
Initiateurs	Organisation de santé publique étatique
Prestations	Soins stationnaires aigus somatiques - Hôpital non-universitaire / Réadaptation-réhabilitation - Hôpital non-universitaire / Soins de longue durée, EMS / Soins palliatifs . / Enseignement thérapeutique et-ou soutien à l'autogestion / Disease management
	https://www.fr.ch/sps/sante/institutions-et-professionnels-de-sante/unite-daccueil-temporaire-et-dorientation-uato



Nom Canton Début	Unité d'accueil temporaire médicalisée – UATm de Cité générations GE 2012
Description	Unité installée dans une maison de santé qui accueille les patients en provenance du domicile ou de l'hôpital afin de gérer leurs problématiques selon une approche globale et coordonnée.
Patients ciblés	Patients multimorbides (au moins 2 maladies chroniques) ou complexes / Personnes âgées fragiles / Personnes vulnérables / Personnes nécessitant des soins palliatifs
Professionnels	ASSC / Ergothérapeutes / Infirmières en soins généraux / Médecins de famille / Médecins spécialistes / Pharmaciens / Physiothérapeutes / Assistants-travailleurs sociaux
Initiateurs	Médecin généraliste, seul ou en groupe-réseau / Médecin spécialiste ou service ambulatoire spécialisé / Etablissement médico-social (EMS)
Prestations	Soins stationnaires aigus somatiques / Réadaptation-réhabilitation / Soins palliatifs / Enseignement thérapeutique et-ou soutien à l'autogestion /
	https://uatm.ch/



Maisons/Centres de santé

Exemples:

- Cité Générations, Onex, GE
- Centre Médico-social Subrégional du coteau de Grimisuat, VS



Nom Début	Cité Générations, Onex, GE 2012
Description	Maison de santé incluant des cabinets médicaux, une pharmacie, un plateau technique, un UATm, un centre de physiothérapie et de soins infirmiers, etc.
Patients ciblés	Population générale / Assurés / Personnes atteintes de maladie(s) spécifique(s) / Patients multimorbides (au moins 2 maladies chroniques) ou complexes / Personnes âgées fragiles
Professionnels	Assistantes médicales / Diététiciennes / Ergothérapeutes / Infirmières en soins généraux / Infirmières de pratique avancée, non spécialisées / Infirmières spécialisées (hors pratique avancée) / Médecins internistes, généralistes, médecins de famille / Médecins spécialistes / Pharmaciens / Physiothérapeutes
Initiateurs	Médecin généraliste, seul ou en groupe-réseau / Médecin spécialiste ou service ambulatoire spécialisé / Etablissement médico-social (EMS)
Prestations	Promotion de la santé / Prévention des maladies / Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin / Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin / Soins d'urgence / Soins stationnaires aigus somatiques - Hôpital non-universitaire / Réadaptation-réhabilitation - Hôpital non-universitaire / Soins à domicile / Soins de longue durée, EMS / Pharmacie / Soins palliatifs . / Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné / Care-Case management / Gestion des traitements médicamenteux
	www.cite-generations.ch

Document de Séverine Schusselé Fillietaz



Nom Canton Début	Centre Médico-social Subrégional du coteau de Grimisuat VS 2012
Description	Maison de santé incluant dans même bâtiment des cabinets médicaux, soins à dom, d'autres soignants (pharma, dentiste) et des appartements protégés.
Patients ciblés	Personnes vulnérables / Personnes d'âges spécifiques
Professionnels	Dentiste / Infirmières en soins généraux / Médecins / Pharmacien
Initiateurs	Médecin généraliste, seul ou en groupe-réseau / Services d'aide et de soins à domicile / Organisation de santé publique étatique / Autre
Prestations	Promotion de la santé / Prévention des maladies / Soins à domicile / Services communautaires et sociaux . / Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné / Gestion des traitements médicamenteux / Autre
	www.cms-smz-vs.ch/aide-soin-domicile/centre-medico-social-subregional-coteau.html



Equipes interprofessionnelles et interinstitutionnelles

Exemples:

- Projet PRISM, GE
- Dispositif de nuit aux urgences, VD
- INTERMED- Care et case management intégrée au cabinet médical de premier recours, NE



Nom	Projet PRISM
Canton	GE
Début	2009
Description	Promotion de la prise en charge en équipes interprofessionnelles et interinstitutionnelles des patients avec besoins complexes.
Cibles	Pratiques des professionnels, Outils informatiques, Financements, etc.
Professionnels	Médecins internistes, généralistes, médecins de famille, infirmières en soins généraux, Pharmaciens
Initiateurs	Association, Médecins, Soins à Domicile, Organisation professionnelle, Université
Prestations	Coordination des soins par une équipe spécialement identifiée
	www.prism-ge.ch



Nom Canton Début	Fondation de La Côte - Dispositif de nuit aux urgences VD 2013
Description	Co-prise en charge aux urgences hospitalières par médecin hosp. et infirmière des soins à domicile => évaluation et organisation du retour à domicile avec suivi par les soins à domicile et le médecin traitant
Cibles	Patients / assurés / population générale Prestataires de soins médicaux
Patients ciblés	Patients multimorbides ou complexes Personnes âgées fragiles / Personnes vulnérables Personnes nécessitant des soins palliatifs
Professionnels	Médecins internistes Infirmières
Initiateurs	Services d'aide et de soins à domicile
Prestations	Soins d'urgence Soins à domicile Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné
	http://www.cmslacote.ch



Nom	INTERMED
Canton	NE
Début	2014
Description	Care et case management intégrée au cabinet médical de premier recours,
Patients ciblés	Population générale / Patients multimorbides (au moins 2 maladies chroniques) ou complexes / Personnes vulnérables
Professionnels	Médecins internistes, généralistes, médecins de famille - Infirmières de pratique avancée, spécialisées
Initiateurs	Médecin généraliste, seul ou en groupe-réseau / Médecin spécialiste ou service ambulatoire spécialisé
Prestations	Médecine de premier recours dispensée par un médecin / Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin / Enseignement thérapeutique et/ou soutien à l'autogestion / Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné / Care-Case management



Case management

Exemple:

- Réseau Santé Haut-Léman: coordination du suivi de santé, VD



Nom Canton Début	Réseau Santé Haut-Léman: Coordination du suivi de santé
Description	Suivi de santé individualisé et coordonné des patients en situation complexe
Patients ciblés	Population générale / Assurés / Personnes atteintes de maladie(s) spécifique(s) / Patients multimorbides (au moins 2 maladies chroniques) ou complexes / Personnes âgées fragiles / Personnes vulnérables / Personnes nécessitant des soins palliatifs
Professionnel s	Médecins internistes, généralistes, médecins de famille - Médecins spécialistes - Infirmières de pratique avancée, spécialisées - Infirmières en soins généraux - Assistantes médicales - Diététiciens - Physiothérapeutes - Ergothérapeutes - Pharmaciens – Assistants/ travailleurs sociaux
Prestations	Promotion de la santé - Prévention des maladies - Enseignement thérapeutique et/ou soutien à l'autogestion - Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné - Care-Case management - Disease management
	www.reseau-sante-haut-leman.ch



Orientation santé-social

Exemples:

- AROSS, NE



Nom	AROSS Association Réseau Orientation Santé Social
Canton	NE
Début	2018
Description	Outre l'accompagnement des personnes âgées, l'AROSS a aussi pour objectif de soutenir les proches aidants et de coordonner l'action en faveur de la personne âgée en situation de dépendance ou de fragilité.
Patients ciblés	Personnes âgées fragiles / Personnes d'âges spécifiques
Professionnels	Médecins spécialistes - Infirmières spécialisées (hors pratique avancée) - Ergothérapeutes – Assistants/travailleurs sociaux
Initiateurs	Médecin généraliste, seul ou en groupe-réseau - Soins somatiques aigus - Hôpital non-universitaire - - Etablissement de réadaptation - réhabilitation - Hôpital universitaire - Psychiatrie - Hôpital non-universitaire - Services d'aide et de soins à domicile - Etablissement médico-social (EMS)
Prestations	Promotion de la santé - Services communautaires et sociaux - Hotline pour les patients - Enseignement thérapeutique et-ou soutien à l'autogestion - Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné - Care-Case management
	www.aross-ne.ch



Initiatives focalisées sur un groupe spécifique

Exemples:

- Coordination des prises en charge des addictions, FR



Nom	Coordination des prises en charge des addictions
Canton	FR
Début	2014
Description	Programme de prise en charge interdisciplinaire et interinstitutionnelle des personnes souffrant d'addiction(s)
Patients ciblés	Personnes atteintes de maladie(s) spécifique(s)
Professionnels	Médecins spécialistes - Infirmières de pratique avancée, spécialisées – Assistants/travailleurs sociaux
Initiateurs	Soins somatiques aigus - Hôpital non-universitaire / Psychiatrie - Hôpital non-universitaire
Prestations	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin / Services communautaires et sociaux / Soins de longue durée, EMS / Care-Case management / Disease management
	www.fr.ch/smc/sante/addictions-et-dependances/organisation-du-domaine-addictions



Discussion globale

- Les soins intégrés sont présents en Suisse:
 - Augmentation malgré des incitatifs limités & système fédéraliste
 - Diversité des modèles
- Une diversité positive
 - «*One form of integrated care does not fit all.*»
 - Diversité constatée ailleurs en Europe
- Comment tenir compte de cette diversité?
 - Par une approche systémique incluant des incitatifs macro/meso/micro



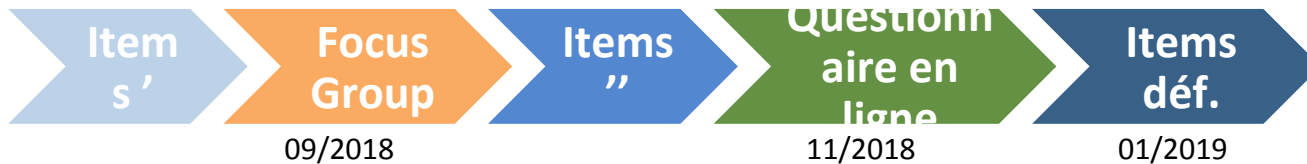
Focus Group GE 2018

- Questions:
 - Quels sont les éléments essentiels à prise en charge en équipe interprofessionnelle ?
 - Quels sont les résultats attendus d'une prise en charge réussie en équipe interprofessionnelle ?



Participant.e.s & méthode

- Participant.e.s:
 - 35 expert.e.s genevois.e.s : inf., méd. & DGS
 - Institutionnel.le.s (public/privé), indépendant.e.s
- Méthode Delphi:



Résultats - extraits

La **prise de décision partagée** concernant la vision globale de la situation et la continuité du parcours de vie de la patiente se fait durant une **réunion** regroupant les membres de notre équipe

- **90% d'accord**

Pour favoriser la communication entre les membres de notre équipe (patiente, proche et professionnelles), nous aimerions utiliser une plateforme **informatique** commune.

- **100% d'accord**

Une des membres de l'équipe est désignée responsable pour assurer la **coordination** (organisation des réunions, rédactions de l'ordre du jour et p.v., suivi de la réalisation des tâches).

- **84% d'accord**

Résultats attendus de la prise en charge en équipe interprofessionnelle :

- Optimiser la prise en charge et la **continuité** dans le parcours de vie de la patiente.

- **100% d'accord**

Document de Séverine Schusselé Filliettaz



Les enjeux du vieillissement

**Parcours santé des aînés:
des acteurs coordonnés
pour une autonomie préservée**

Stéphane Moiroux, infirmier – Philippe Schaller, médecin



Définitions

- Un parcours se définit comme la **prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné**, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix,
- nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social,
- et **intégrant les facteurs déterminants de la santé** que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

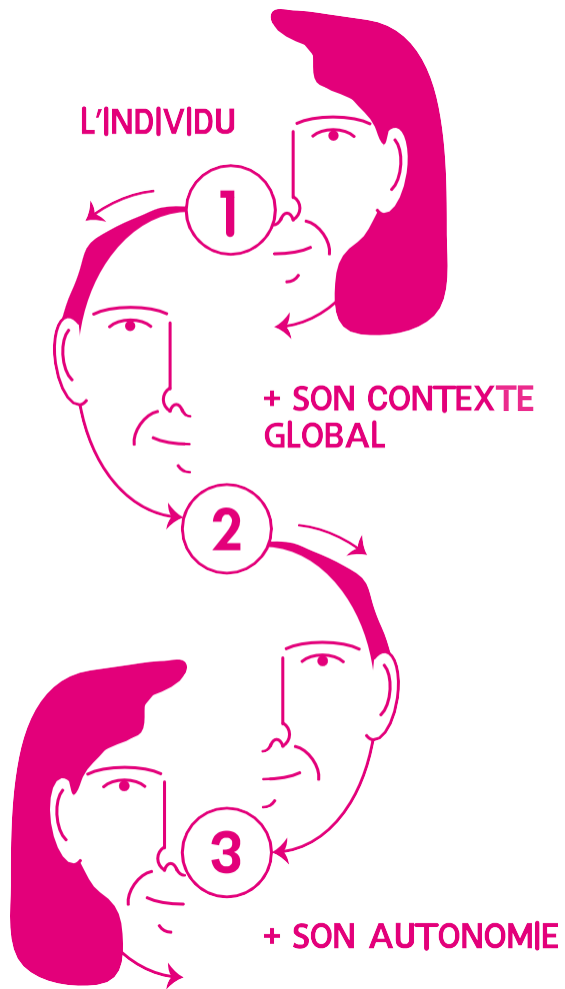


```
graph LR; A[PARCOURS DE SOINS] <--> B[PARCOURS DE VIE]
```

PARCOURS
DE SOINS

PARCOURS
DE VIE

PARCOURS
DE SOINS



PARCOURS
DE VIE

PRÉVENTION

* Arsanté

LES ATELIERS *

- autodétermination
- autogestion
- renforcement des capacités de la personne

CITÉ GÉNÉRATIONS *

PROMOTION SANTÉ

CITÉ SENIORS

LIEN Intra et Intergénérationnels *

LA COMMUNE

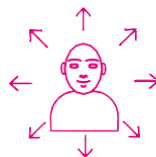
LES REPAS FESTIFS *

- maintenir le lien social
- lutte contre isolement
- créer de la solidarité

LE PORTAGE REPAS *

- présence
- lien
- veille
- sécurité

COORDINAT.EUR.RICE *



LES ESPACES D'INFORMATIONS *

- diabète, plaie, etc...
- éducation thérapeutique

LA REVUE HUMAINS *

- informer
- plateforme d'échange

LES STRUCTURES DE PROXIMITÉ

- lien à la commune
- lien aux médecines de premiers recours

FRAGILITE

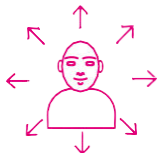
hospitalisation, chute, maladie, deuil, etc...

CRÉE UNE RUPTURE DANS UNE
TRAJECTOIRE

PLANIFICATION / COORDINATION

* Arsanté

COORDINAT.EUR.RICE *



EMS
HÔPITAL
UATm *
ACCUEIL DE JOUR *

MÉDECIN TRAITANT *
SeAD SOINS À DOMICILE *
BÉNÉVOLES
PROCHES AIDANTS
TRANSPORT *
MÉNAGE / SERVICES *



LES OUTILS DU PARCOURS

LIEN SOCIAL

- disponibilité
- relation de confiance
- écoute individuelle
- *advocacy*

COMMUNICATION

- > MDM.ch
- disposer de son histoire clinique (dossier partagé > canton)
- > COLNEC
- dossier informatisé accessible par tous (médecin traitant, proche aidant, bénéficiaire, commune, service d'urgence)
- > COLNEC
- Messagerie instantanée intégrée au dossier du patient

DYNAMIQUE INTERPROFESSIONNELLE

- rencontre
- réseaux
- approche systémique
- gestion de groupes

LES OUTILS DU PARCOURS

LES COMPÉTENCES



COORDINAT.EUR.RICE

ORGANISATION

- agilité

- autonomie

> prise de décision

> organisation

- approches pluridisciplinaires

- positionnement

> leadership

> diplomatie

> compréhension

des systèmes complexes

- agilité

- autonomie

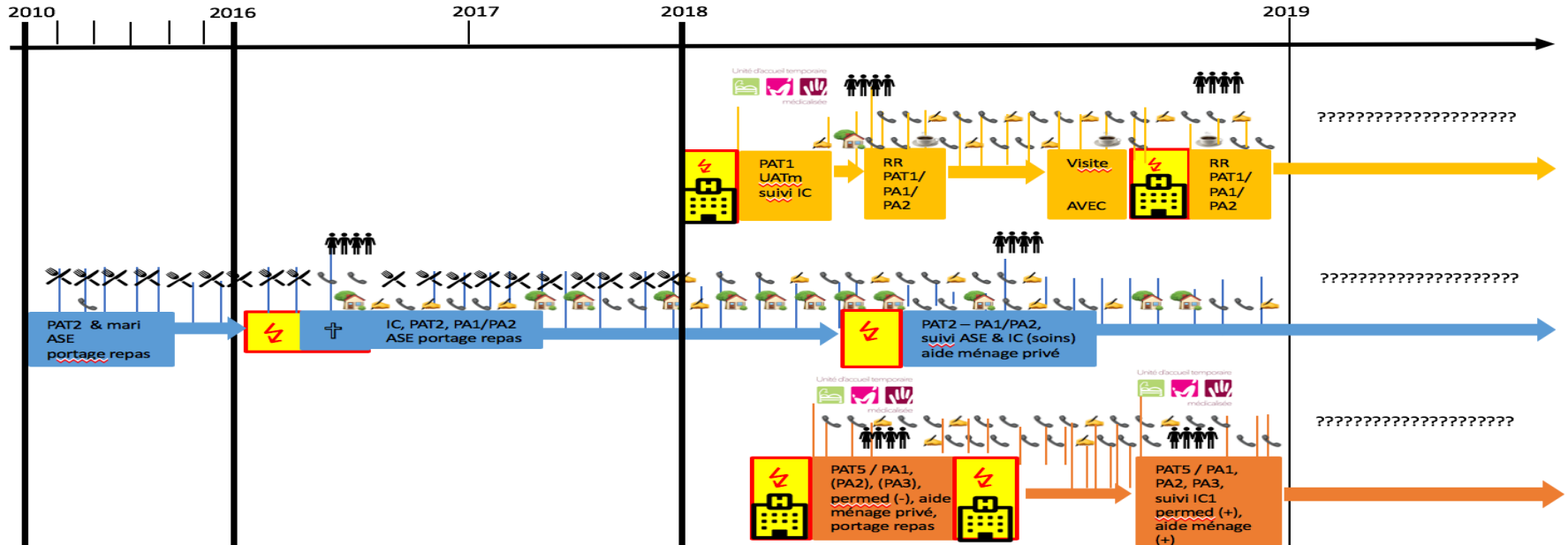
> prise de décision

> organisation

- services pluridisciplinaires

- outils

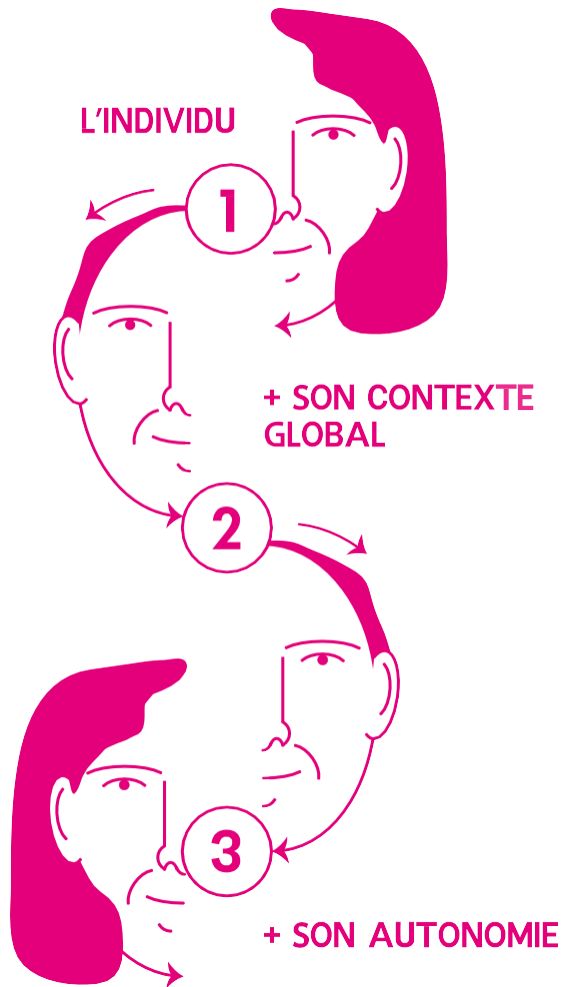
Coordination : Actions quotidiennes et de crise



1. INDIVIDU 2. + CONTEXTE

LES INTERVENTIONS:

- > sont basées sur ses ressources et ses forces
- > sont respectueuses de ses choix
- > renforcent ses capacités et son autodétermination



3. + AUTONOMIE

- > sociale
- > organisationnelle

LA PERSONNE
PARTICIPE
À SON RÉSEAU
ET À SES SOINS

= UN PARCOURS
COHÉRENT

Les conditions de l'intégration ?
Les raisons de l'intégration ?
Existe-t-il plusieurs type d'intégration ?
Rôle des différents acteurs ?

Mer c i



Arsanté – Organisation en soins