

DESS EN ECONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ

(MASTER IN HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT)

IEMS LAUSANNE

HEC et Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne (UNIL)

MEMOIRE

ETUDE DE CAS ET RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA FILIÈRE DE SOINS COORDONNÉE DIABAÏDE

Par

Mikael de Rham

Docteur en Médecine de l'Université de Lausanne

Directeur de mémoire

Professeur Pierre Huard

Professeur (1ère classe) à l'Université de la Méditerranée (Aix-Marseille 2), et
professeur invité à l'IEMS

Expert

Dr Hélène Kleiber-Noth

Endocrinologie-diabétologie FMH, chef de projet «diabaïde»

Lausanne
Octobre 2006

Remerciements

Je remercie mon épouse Aline Bassin de son soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie vivement Monsieur le professeur Pierre Huard d'avoir accepté de superviser la réalisation de ce travail et de m'avoir fait partager sa grande expertise dans le domaine.

Je remercie Mme Géraldine Steyaert, Coordinatrice du projet « diabaide » pour sa disponibilité et pour sa collaboration. Je voudrais également saluer ici son engagement dans le projet et la patience dont elle a fait part à mon égard.

Je remercie Dr Hélène Kleiber-Noth, Chef de projet « diabaide » pour sa relecture et ses suggestions qui ont permis d'enrichir le présent travail.

Je remercie finalement l'ensemble des partenaires du projet qui ont activement collaboré à la réalisation de ce document.

En prélude, il est important de mentionner qu'il existe un écart temporel d'environ une année entre le moment de la saisie des informations et le moment où le présent travail a été formalisé. Durant ce laps de temps, le projet a évolué. Cette évolution n'a pas été considérée dans cette évaluation du projet. Par ailleurs, certaines des recommandations ou pistes de réflexions formulées dans ce travail apparaissent déjà avoir été engagées par l'équipe de projet.

I. Introduction 11

1. L'émergence de nouvelles formes d'organisation des soins comme vecteur d'une meilleure efficacité des systèmes de santé
2. Le marché sanitaire suisse et l'impulsion d'initiatives régionales de formes innovantes d'organisation des soins
3. Une méthodologie d'analyse du projet DiabAide axée sur un travail de terrain et sur une approche de type formative

II. Un système sanitaire suisse en mutation 13

1. Un système de santé libéral marqué par une répartition des compétences entre les cantons et le gouvernement fédéral
2. Un contexte inflationniste marqué par de fortes pressions exercées sur les dépenses de santé
3. Le canton de Vaud en tête des cantons les mieux dotés et les plus dépensiers
4. Un contexte qui contraint la prise de mesures en vue de freiner les dépenses de santé
5. La mise en évidence d'un système de santé cantonal peu efficace
6. La recherche d'une meilleure efficacité et la promotion d'innovations dans le système de santé
7. La promotion d'une dynamique partenariale et d'une organisation plus rationnelle des soins
8. Une impulsion dans la mise en place de la réforme
9. La création et la reconnaissance progressive des réseaux de soins au niveau cantonal

III. Une structuration progressive du projet DiabAide 24

1. La genèse du projet DiabAide sous la forme d'une étude hospitalière médico-économique
2. L'intégration du projet DiabAide au sein du réseau « ARSOL » et la réalisation d'un diagnostic
3. Un projet initial inter réseaux principalement orienté aux professionnels
4. Le développement de « l'axe patient » sous la forme d'une cellule de diabétologie
5. Une progressive évolution vers une structure de type « filière de soins »
6. La diversification des sources de financement

IV. La pertinence d'un modèle coordonné de prise en charge des patients diabétiques

29

1. Plusieurs constats ont présidé le lancement du projet
2. Une pathologie requérant l'intégration coordonnée de plusieurs disciplines médicales
3. Un vaste territoire caractérisé par un bassin de population majoritairement urbain et inégalement reparti
4. Un vieillissement démographique et une augmentation prévue de la demande de soins
5. Des modes de vie et une transition épidémiologique se traduisant par une augmentation des pathologies chroniques et de la demande de soins
6. La région de la côte se caractérise par une densité médicale comparativement faible et d'importantes différences de répartition territoriale
7. Niveau d'adéquation entre le projet DiabAide et les problèmes initialement identifiés
8. Un bassin caractérisé par une dotation hospitalière comparativement élevée

V. Les principes organisationnels de la filière de soins DiabAide

39

1. Une forte identification des collaborateurs aux missions du projet
2. Des textes fondateurs peu formalisés
3. Une structuration progressive et performante de la filière DiabAide
4. Une faible lisibilité du modèle organisationnel
5. Le COPIL se charge de l'allocation des ressources et de l'approbation du projet
6. L'équipe de projet est composée de la direction de projet et d'un groupe d'expert
7. La faible représentativité des bénéficiaires du projet au sein des instances décisionnelles
8. L'instance opérationnelle est identifiée par l'ensemble des acteurs et elle se charge de mettre en œuvre les missions qui lui sont assignées
9. Une coordination non formalisée entre l'instance décisionnelle et l'instance opérationnelle mais décrite comme efficace dans la pratique
10. Trois groupes de professionnels forment la toile de fond du projet DiabAide
11. Un mode de management très participatif
12. Une faible utilisation des outils de management dans une perspective d'aide à la décision
13. Le « circuit patient » est formalisé et les modalités de fonctionnement sont connues des professionnels
14. Evaluation du lien entre les objectifs du projet et les ressources mises en œuvre pour les atteindre

VI. La nature des différents services rendus et l'état des lieux des différentes actions engagées	51
<ul style="list-style-type: none">1. La déclinaison de l'objectif général en actions2. L'axe de synergie et l'amélioration de la continuité des prises en charge3. L'axe des professionnels et l'amélioration de la qualité des prises en charge4. L'axe des patients et l'amélioration de l'efficacité des prises en charge5. Amélioration de la surveillance épidémiologique	
VII. Les principales conclusions	62
VIII. Les principales recommandations et les axes de réflexions	71
<ul style="list-style-type: none">1. Adopter une stratégie du changement des pratiques médicales2. Renforcer la réalisation de certaines missions3. Préciser l'objectif général de la filière et ses modalités de déclinaison4. Renforcer les compétences et les pratiques managériales pour améliorer la gestion de la filière	
IX. Annexe et bibliographie	76

Index des figures et des tableaux

N° Figures	Titres des figures ou des tableaux	Page
Figure 1	Cadre d'évaluation du projet DiabAide	13
Figure 2	Evolution des indices du PIB, des coûts de la santé et des primes moyennes mensuelles en Suisse de 1996 à 2003 en millions de francs	15
Figure 3	Densité de médecins généralistes et de médecins non généralistes installés en pratique privée. 2001	16
Figure 4	Evolution des coûts de la santé dans le Canton de Vaud entre 1993 et 2000 selon les différents fournisseurs de prestations	17
Figure 5	Les économies financières des différentes démarches engagées successivement depuis 1993 dans l'administration vaudoise.	18
Figure 6	Politique sanitaire vaudoise telle que promue par les NOPS et le rôle central des réseaux de soins	21
Figure 7	Illustration du changement de paradigme promu par la réforme NOPS dans l'organisation cantonale des soins	22
Figure 8	Illustration des 8 réseaux de soins mis en place entre 1998 et 2002 dans le Canton de Vaud	23
Figure 9	Historique de développement du projet DiabAide	27
Figure 10	Sources et parts de financement du projet DiabAide dès 2004	28
Figure 11	Illustration des principaux dysfonctionnements mis en évidence et qui ont présidés au lancement du projet	30
Figure 12	Niveau d'intervention possible dans la prise en charge du diabète	31
Figure 13	Densité de population par commune de la région de la Côte	32
Figure 14	Evolution de la population par groupe d'âge des personnes âgées dans le Canton de Vaud de 1970 à 2005 et projection d'ici 2030	33
Figure 15	Densité médicale (nombre de médecins en exercice pour 1000 habitants) par cantons suisses	35
Figure 16	Schéma de l'organisation sanitaire de la région considérée par le projet	36
Figure 17	Dotation hospitalière de la région considérée	37
Figure 18	Evaluation de la pertinence du lien entre les lignes d'action du projet et les problèmes qu'il est censé résoudre	38
Figure 19	Représentation de l'organisation de la filière DiabAide	41
Figure 20	Définition des fonctions respectives à chacun des membres de la cellule multidisciplinaire	46
Figure 21	Etat des lieux des documents internes / outils requis pour assurer le bon fonctionnement d'une filière de soins	48
Figure 22	Appréciation globale de l'adéquation entre les objectifs du projet et les ressources mobilisées pour les atteindre	50
Figure 23	Description des besoins et des bénéfiques potentiels pour chacun des groupes d'intérêts de la filière de soins	51
Figure 24	Modalités de déclinaison de l'objectif général en actions	53
Figure 25	Etat des lieux des adhésions à la filière de soins	54

Figure 26	Niveau des informations disponibles concernant les médecins référents des patients intégrés dans la filière de soins entre janvier et août 2005.	55
Figure 27	Diagramme de Pareto : médecins actifs et proportion de patients référés.	56
Figure 28	Evolution du nombre de visites du site Internet entre novembre 2004 et septembre 2005	57
Figure 29	Illustration de la mission de coordination de la cellule interdisciplinaire	58
Figure 30	Evolution du nombre de nouveaux patients	65
Figure 31	Evolution de l'activité de la filière entre septembre 2004 et décembre 2005	65
Figure 32	Total des personnes prises en charge par la filière par âge et par type de diabète	66
Figure 33	Proportion des patients diabétiques présentant un autre facteur de risque cardiovasculaire.	66
Figure 34	Proportion des patients diabétiques présentant une complication liée à la pathologie diabétique	67
Figure 35	Niveau de réalisation des différentes missions assignées à la filière	69
Figure 36	Synthèse finale des objectifs opérationnels et des actions de la filière coordonnée de soins DiabAide	70
Figure 37	Représentation du positionnement actuel de la filière en fonction du nombre d'activités menées.	71
Figure 38	Représentation des 4 recommandations issues de l'évaluation	72

Les systèmes de santé des pays développés connaissent des évolutions importantes. La crise des finances publiques et l'augmentation des coûts de la santé ont progressivement conduit à des remises en question non seulement des modes de financement mais également des processus de régulation et des modalités d'organisation des différents systèmes.

A l'instar des autres pays développés, la Suisse doit faire des choix concernant la nature des changements à mettre en oeuvre. Plusieurs réformes ont été impulsées au niveau fédéral. Au niveau Cantonal, le Canton de Vaud a engagé une réforme de son système de santé en 1997, le rapport NOPS (Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire). Cette réforme appelle à une simplification de l'organisation du système et à une modernisation de sa gestion. Elle repose notamment sur le recours à des dispositifs organisés de soins.

La filière DiabAide est un modèle de dispositif organisé qui a été mis en place dans la région de la Côte en 2000. Le projet est né sous l'impulsion d'un groupe de professionnels hospitaliers.

De 1999 à 2006, le projet s'est progressivement structuré. Le projet a successivement mis en place des actions dirigées vers les professionnels, puis vers les patients. Finalement, c'est l'amélioration des synergies entre les professionnels de santé qui a été considéré adoptant un dispositif de soins de type « filière coordonnée de prise en charge »

Aujourd'hui, ce dispositif a pour mission d'assurer une prise en charge coordonnée, efficace et continue des patients souffrant d'une pathologie diabétique.

Le présent document a pour objectif de fournir des informations sur ce dispositif organisé des soins (unique en Suisse Romande sous de nombreux aspects) et de proposer des axes de réflexion en vue d'améliorer et/ou d'orienter le projet. L'approche adoptée est résolument formative.

La première partie du document vise à déterminer la pertinence du projet ou sa raison d'être. Cette analyse stratégique met en évidence un lien solide entre les objectifs explicites du projet et la nature des problèmes qu'il était censé résoudre. L'adéquation stratégique est également correcte, notamment au regard des facteurs environnementaux et des particularités de la pathologie diabétique.

L'analyse opérationnelle révèle une bonne adéquation entre les objectifs du projet et les ressources mobilisées pour les atteindre. C'est-à-dire que la conduite du projet apparaît adéquate. Cependant, la clarification des rôles et des responsabilités entre les différentes instances de l'organisation ainsi que l'adoption d'outils de management permettraient d'améliorer le processus décisionnel et d'assurer la réalisation de certaines des missions qui sont assignées au projet.

Par ailleurs, la déclinaison de l'objectif du projet en objectifs opérationnels et en actions permettrait de mieux saisir la finalité de chacune des actions engagées par le projet et d'apporter une meilleure visibilité aux actions engagées.

L'évaluation subjective des degrés d'atteinte des objectifs du projet révèle un degré élevé. La majeure partie des actions engagées ont permis d'atteindre la majorité des objectifs. Cependant, il existe des différences entre les différents axes d'action. Les axes « professionnels » et « patients » révèlent des degrés d'atteinte respectivement 80% et 90% alors que l'axe « synergie » par exemple révèle un degré d'atteinte de 60%.

L'évaluation du projet DiabAide révèle que ce dernier doit engager un virage en vue d'assurer l'atteinte de l'ensemble des objectifs qui lui sont assignés. Nous préconisons que le projet :

- Adopte une stratégie du changement des pratiques médicales.
- Renforce la réalisation de certaines de ses missions.

Pour réaliser ces stratégies, nous préconisons que le projet :

- Précise l'objectif général de la filière et ses modalités de déclinaison
- Renforce ses compétences et ses pratiques managériales pour améliorer la gestion de la filière.

I. Introduction

1. L'émergence de nouvelles formes d'organisation des soins comme vecteur d'une meilleure efficacité des systèmes de santé

Depuis le début des années 1980, l'ensemble des systèmes de santé des pays développés connaît des évolutions profondes. La crise des finances publiques et l'augmentation des coûts de la santé ont progressivement conduit à des remises en question non seulement des modes de financement mais également des processus de régulation des systèmes de santé et de leurs modalités d'organisation.

Le recours aux dispositifs organisés des soins s'inscrit dans cette dynamique d'évolution des systèmes de santé. Les initiatives internationales sont multiples. La France, le Canada, l'Australie par exemple sont des pays où des expérimentations sont apparues dès la fin des années 1980. Depuis lors, l'Allemagne, la Belgique, les pays scandinaves par exemple ont montré un vif intérêt pour ces nouvelles d'organisation des soins et ont fait preuve d'une forte volonté politique pour les développer.

Le premier objectif de ces dispositifs consiste à assurer le décloisonnement des systèmes de santé, c'est-à-dire à disposer le patient au centre du système et à agencer des mécanismes de coordination entre les différents intervenants afin d'assurer une trajectoire optimale des patients. Il s'agit d'adapter l'offre aux besoins dans une perspective d'amélioration de la gestion des ressources collectives.

Les autres objectifs consistent notamment à promouvoir l'accroissement des compétences et l'harmonisation des pratiques professionnelles.

In fine, ces formes organisées des soins ont pour objet d'intégrer plus fortement les contraintes économiques dans le fonctionnement des systèmes et à faire évoluer les organisations vers des formes de santé communautaire.

2. Le marché sanitaire suisse et l'impulsion d'initiatives régionales de formes innovantes d'organisation des soins

A l'instar des autres pays développés, la Suisse doit faire face à une évolution importante de son système de santé. Cette situation appelle à des choix à propos de la nature des changements à mettre en oeuvre et de la manière de les promouvoir. Plusieurs réformes ont été impulsées au niveau fédéral et certains Cantons ont tenté de soutenir le développement de dispositifs organisés des soins.

La filière DiabAide est un modèle organisationnel qui a été mis en place dans le Canton de Vaud au niveau de la région de la Côte. Ce dispositif a pour mission d'assurer une prise en charge coordonnée, efficace et continue des patients souffrant d'une pathologie diabétique.

L'objectif a consisté à expérimenter un modèle organisé des soins en vue d'améliorer l'efficacité du système.

Le projet s'est progressivement structuré jusqu'à atteindre le modèle organisationnel actuel. Au fil du temps, il a intégré de nouvelles missions et le modèle apparaît répondre à un besoin structurel. La filière DiabAide est aujourd'hui devenue un acteur central dans la prise en charge diabétique dans la région de la Côte.

Afin de documenter cette expérience et, dans une perspective d'orientation des actions futures de la filière, le présent travail a pour objectif de présenter les modalités de fonctionnement de la filière et de proposer des axes de réflexion.

3. Une méthodologie d'analyse du projet DiabAide axée sur un travail de terrain et sur une approche de type formative

Ce travail d'évaluation a été mené dans le courant du mois de novembre 2005. Il s'est appuyé sur l'analyse diachronique de l'ensemble des documents internes ainsi que sur la participation de nombreux professionnels intervenant au niveau du projet (cf liste en annexe 01). Parmi ceux-ci :

- Des représentants du Comité de Pilotage
- Tous les membres de l'Equipe de Projet
- Des représentants du Groupe d'Expert
- La Coordinatrice du Projet
- Tous les membres de la Cellule Multidisciplinaire
- Des membres du groupe de première intention
- Des membres du groupe de spécialistes indépendants
- Des responsables du réseau ARC
- Des Infirmiers Référents hospitaliers
- Des partenaires de santé adhérents au projet (médecins praticiens, médecins hospitaliers etc.)

Ce travail a été conduit en étroite collaboration avec l'équipe de projet. Celle-ci s'est impliquée avec intérêt et enthousiasme dans l'élaboration de ce travail. Je voudrais saluer ici leur contribution.

La pertinence d'un modèle organisationnel de type « filière de soins » ne pouvant être jugée exclusivement sur des critères épidémiologiques ou médico-économiques, c'est une démarche d'évaluation résolument formative qui a été adoptée.

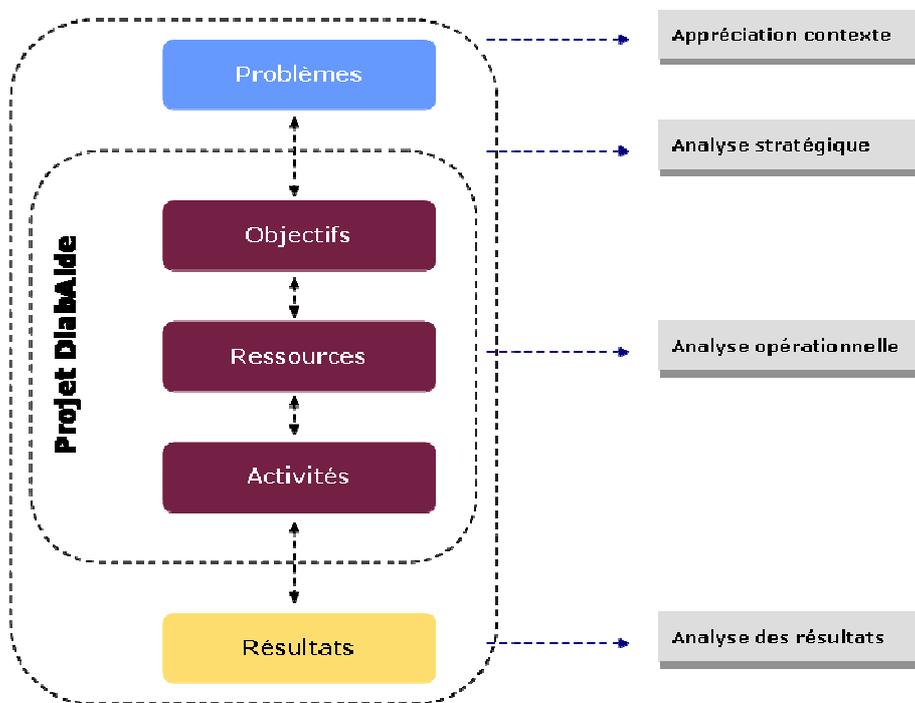
L'objectif de ce document consiste à fournir :

- des informations sur cette expérience de dispositif organisé des soins en suisse romande
- des informations en vue d'améliorer ou d'orienter le projet tel qu'il existe aujourd'hui.

Tel que schématisé dans la figure suivante, le document présente les éléments suivants :

- Un survol du contexte économique-politique vaudois
- Un historique du développement du projet et une description de sa progressive structuration
- Une analyse stratégique du projet, évaluant l'adéquation entre les objectifs du projet et les problèmes qu'il est censé résoudre
- Une analyse opérationnelle du projet, évaluant les modalités de fonctionnement (processus, management, organisation etc.)
- Une description de la nature des différents services qui y sont rendus et une appréciation des résultats
- Une mise en perspective des principaux axes de développement

Figure 01: Cadre d'évaluation du projet DiabAide



II. Un système sanitaire suisse en mutation

1. Un système de santé libéral marqué par une répartition des compétences entre les cantons et le gouvernement fédéral

La Suisse est un pays où les compétences en matière de santé sont réparties entre le gouvernement fédéral et les cantons. Traditionnellement, les vingt-six cantons, de tailles très diverses, sont souverains pour organiser leur système de santé, à l'intérieur du cadre posé par la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal). Néanmoins, en matière de santé, la ligne de partage a progressivement changé en raison de l'ampleur des problèmes à traiter : au fil des années, la Confédération s'est vu confier de nouvelles tâches, s'agissant particulièrement de législations relatives aux assurances maladie, accident et invalidité.

Dans le domaine de l'assurance maladie, la législation et la surveillance sont du ressort de la Confédération. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'assurance de base est obligatoire pour toutes personnes domiciliées en Suisse. Les primes de l'assurance maladie de base sont fixées en fonction du canton de résidence : leur montant dépend du niveau des coûts à l'intérieur de celui-ci et de la concurrence entre les assureurs. Ils ne dépendent pas du revenu. Cependant, la Confédération et les Cantons participent au paiement des primes en cas de faibles revenus.

La Suisse se caractérise par une forte participation de la médecine privée : les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) assurent une grande partie des soins ambulatoires et des visites à domicile. Les patients, quant à eux, peuvent choisir librement leurs médecins et s'adresser directement à des spécialistes.

Les hôpitaux sont exploités par des organismes publics et par des institutions privées, qui peuvent être des organisations à but non lucratif ou des entreprises à but lucratif. La plupart des hôpitaux sont cependant publics et sont fortement subventionnés par l'Etat (de l'ordre de 50%).

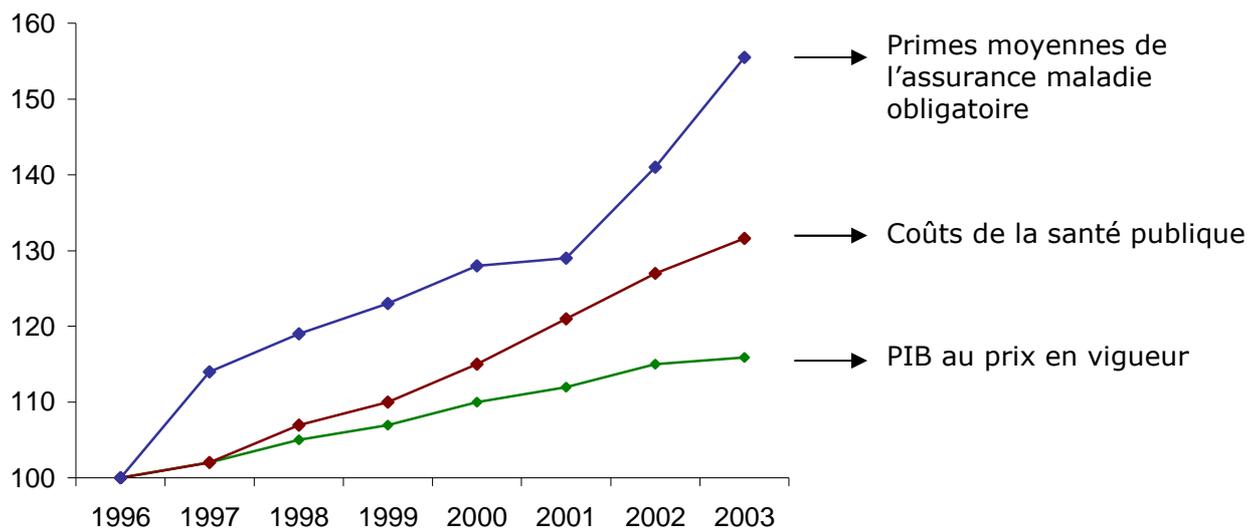
La Suisse, n'ayant pas en soit de politique nationale de santé, elle n'a pas établi de planification sanitaire au niveau national. Le contrôle de l'offre hospitalière se base sur la LAMal, qui dans son article 39 engage les cantons à planifier les établissements de soins (hôpitaux, cliniques privées et EMS) de manière à établir une liste hospitalière. En outre, la Suisse n'a pas établi de priorités sanitaires notamment concernant des indications d'accès aux soins par exemple. Les citoyens suisses ont bénéficié et bénéficient donc encore aujourd'hui d'un accès pratiquement illimité à toute forme de consommation médico-sanitaire.

Dans le classement international des systèmes de santé publique établi par l'Organisation mondiale de la santé, la Suisse arrive en tête pour ce qui est des indicateurs « espérance de vie sans incapacité », « accessibilité », « liberté de choix » et d'autres critères de qualité. Mais en contre partie, elle arrive en tête pour les « dépenses de santé publique ».

2. Un contexte inflationniste marqué par de fortes pressions exercées sur les dépenses de santé

En 1995, les dépenses du système de santé suisse se montaient à 36,2 milliards de francs. Sept ans plus tard, les coûts globaux du système de santé avaient progressé d'environ un tiers atteignant 48 milliards de francs.

Figure 02: Evolution des indices du PIB, des coûts de la santé et des primes moyennes mensuelles en Suisse de 1996 à 2003 en millions de francs.



Comme illustré par la figure n.2, l'évolution des primes et des coûts de la santé publique en Suisse ont suivi des tendances similaires mais à degrés différents : les coûts de la santé ont augmenté de 31.6%, alors que le montant des primes de l'assurance de base ont augmenté beaucoup plus fortement dans le même laps de temps (+47.6%). De plus, durant cette même période, les résultats de l'assurance obligatoire des soins ont été constamment négatifs et entre 1998 et 2001, il s'est accumulé un déficit total de près de 1.4 milliard de francs.

A l'instar des autres pays de l'OCDE, les dépenses de santé ont fortement augmenté durant ces dernières années en Suisse. L'évolution a cependant été très supérieure en Suisse par rapport à celle observée dans ses pays voisins : en l'espace de dix ans, les dépenses sanitaires ont augmenté de 100% en Suisse contre 69% en Allemagne et 60% en France. Ainsi, concernant les dépenses totales de santé, la Suisse est passée de la 7ème position en 1990 à la 2ème position en 2002, juste après les Etats-Unis, alors que l'analyse comparative de ses dépenses en soins stationnaires la place en 1^{ère} position.

Face à cette situation et face à une demande de santé croissante et potentiellement illimitée, plusieurs mesures ont été entreprises au niveau national pour tenter de freiner le processus : tentative d'une deuxième révision de la loi sur l'assurance-maladie, révision du financement des hôpitaux, introduction du Tarmed (uniformisation des tarifs médicaux), tentative de suppression de l'obligation de contracter, accord de libre circulation avec l'UE, etc.

3. Le canton de Vaud en tête des cantons les mieux dotés et les plus dépensiers

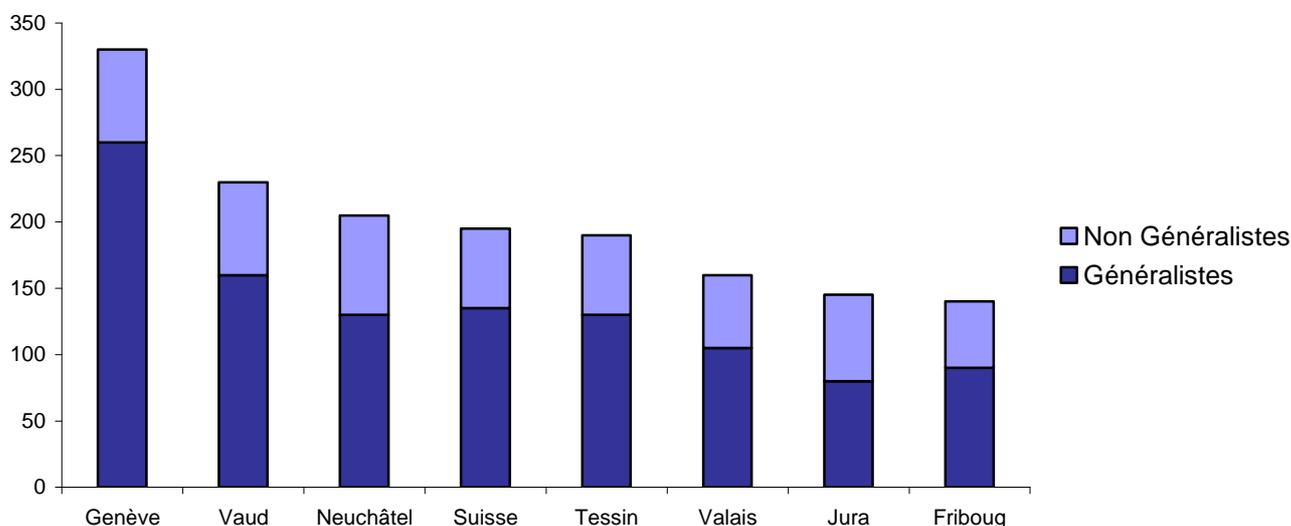
Le canton de Vaud compte près de 650'000 habitants, il se positionne en 3^{ème} position des cantons suisses en terme de population démographique.

Ce canton se caractérise par un réseau sanitaire dense, notamment social et hospitalier. Cette situation est due à une très forte augmentation de l'offre médico-sociale entre 1950 à 1980. Durant cette période, le nombre d'établissements sanitaires a été multiplié par six, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) a vu le nombre de ses lits multiplié par trois, alors que la médecine s'est différenciée à un rythme rapide : 19 spécialités médicales coexistaient en 1940, 32 en 1980 et près de 50 en 2000.

Aujourd'hui, la densité de lits de soins aigus du Canton de Vaud (6,8 lits pour 1000 habitants) est supérieure à la moyenne suisse alors que celle-ci se place en 1^{ère} position parmi les autres pays de l'OCDE.

Comme illustré par la figure suivante, notons également que le Canton de Vaud présente une densité médicale comparativement élevée et supérieure à la moyenne suisse.

Figure 03: Densité de médecins généralistes et de médecins non généralistes installés en pratique privée. 2001



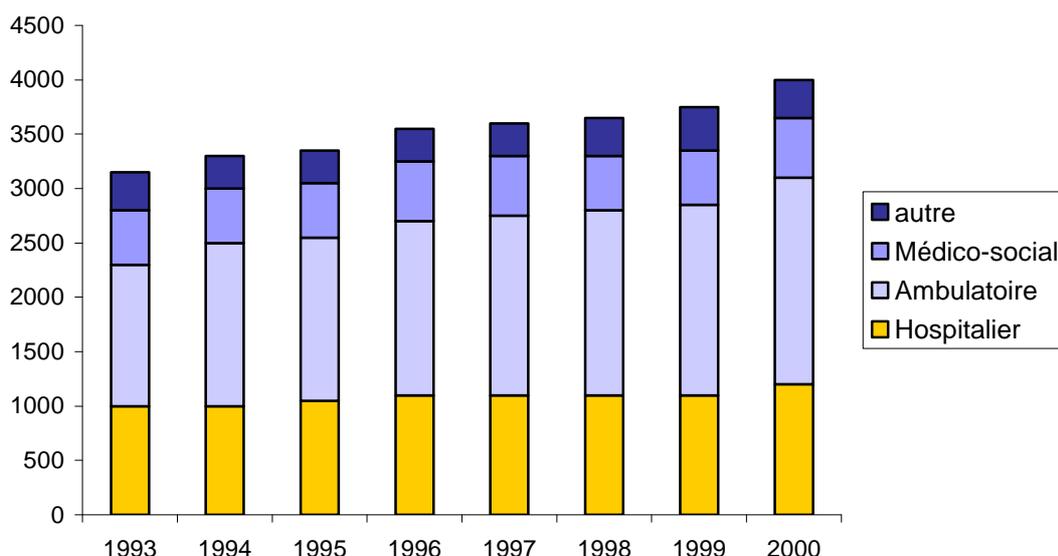
Cette offre sanitaire et médico-sociale dispose cependant d'un prix. Les dépenses totales de santé du canton s'élèvent à près de 5 milliard soit 10% des dépenses nationales et les dépenses sanitaires du canton sont environ 15% supérieures à celles des autres. Les coûts par habitant s'élèvent à 7'475 CHF dans le Canton de Vaud soit 739 CHF de plus que la moyenne suisse.

L'évolution des dépenses sanitaires du canton entre 1990 et 2003 ont suivi une tendance similaire à celle du pays mais à un degré plus élevé : durant la même période les coûts par habitant ont augmenté en moyenne suisse de 68,9% contre environ 90% pour le Canton de Vaud.

L'analyse des coûts de la santé par grandes fonctions de dépenses révèle que l'ambulatoire est responsable d'une grande partie de la facture (45%), alors que l'hospitalisation représente environ un tiers.

Par ailleurs, l'accroissement des dépenses vaudoises entre 1993 et 2000 est principalement imputable au secteur ambulatoire (augmentation de 31%) alors que les autres secteurs ont suivi une évolution pratiquement constante entre 1993 et 2000.

Figure 04: Evolution des coûts de la santé dans le Canton de Vaud entre 1993 et 2000 selon les différents fournisseurs de prestations.



L'augmentation de ces dépenses sanitaires cantonales se sont directement répercutées sur les charges assumées par les différents financeurs : Confédération, Canton, assureurs maladies, ménages etc. Les ménages et l'assurance maladie financent chacun 1/3 des coûts et les pouvoirs publics assument, de manière directe, 21% du financement de la santé.

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance maladie en 1996, une famille vaudoise dépense en moyenne 60'000 francs pour ses primes d'assurance maladie, contre environ 44'000 francs pour la moyenne suisse.

Malgré une augmentation moins forte que dans d'autres cantons, les primes vaudoises de l'assurance maladie restent les plus élevées du pays après Genève et Bâle-Ville : en 2002, les primes d'assurance maladie au niveau du Canton de Genève s'élevait à 370 francs, contre 310 francs au niveau du Canton de Vaud et 160 francs au niveau du Canton de Apenzell R.-int, soit 93% de moins.

4. Un contexte qui contraint la prise de mesures en vue de freiner les dépenses de santé

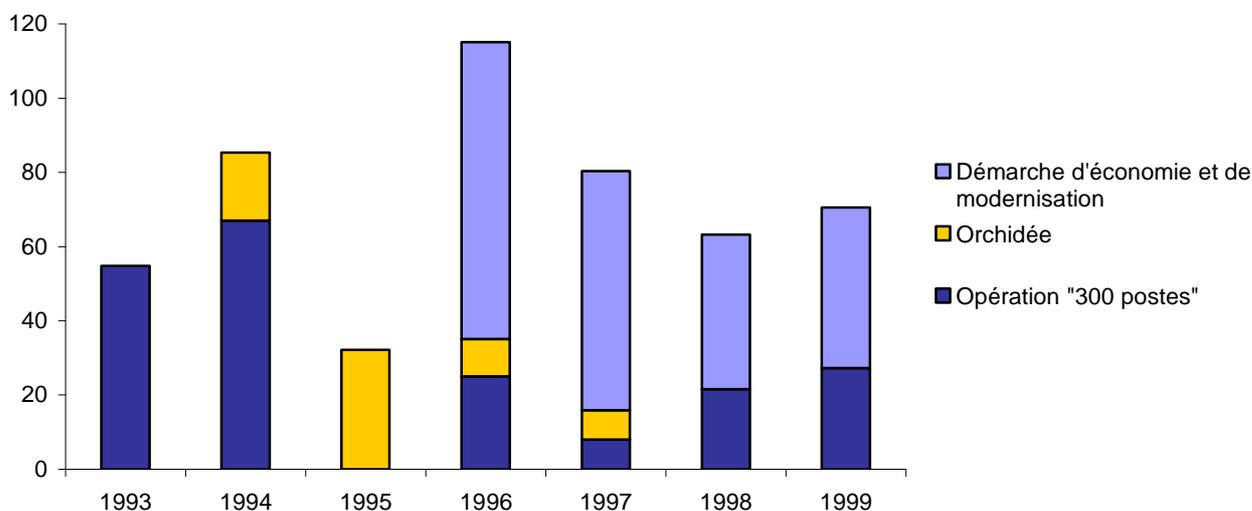
Face à la hausse des dépenses de santé et à la crise du secteur public, le Canton de Vaud a entrepris depuis le début des années 1990 plusieurs mesures d'économie dans l'ensemble des services publics en vue de diminuer ses dépenses. Au début des années 1990, les coupes budgétaires opérées dans le secteur sanitaire se sont élevées à environ 10 millions de francs pour les hospices cantonaux (CHUV, psychiatrie, etc.), à 22,9 millions de francs pour les hôpitaux régionaux regroupés au sein de l'actuelle FHV (Fédération des hôpitaux vaudois) et à 11,4 millions de francs pour les EMS réunis au sein de l'AVDEMS.

Suite à ces mesures restrictives, une deuxième phase a été initiée, celle des opérations ciblées sur le secteur de la santé. Trois opérations ont été successivement entreprises.

- La première, baptisée « OrCHidée », est entrée en vigueur en 1994 et a duré jusqu'en 1997. Cette opération de rationnement a engagé une diminution du budget des hospices cantonaux de 78 millions de francs en l'espace de 3 ans, soit près de 12% de ses subventions.
- La deuxième, « Equation 33 », a concerné les hôpitaux régionaux. Cette mesure a engagé des coupes de près de 42 millions de francs dans le budget des hôpitaux de la FHV, coupes qui ont été réalisées entre 1995 et 1997.
- Finalement, la troisième opération, « EMS 2000 », a concerné les EMS. Elle a engagé entre 2000 et 2002 des économies de plus de 40 millions de francs dans ce secteur.

Au début des années 1990, le Canton de Vaud est donc marqué par le sceau de l'austérité et les pouvoirs publics adoptent une série de mesures en vue de réguler le marché sanitaire. Ces mesures se traduisent principalement par des coupes dans les enveloppes budgétaires et par des plans de rationalisation.

Figure 05: Les économies financières des différentes démarches engagées successivement depuis 1993 dans l'administration vaudoise.



5. La mise en évidence d'un système de santé cantonal peu efficient

Outre les raisons financières, plusieurs observations sont établies sur le fonctionnement du système de santé du Canton de Vaud et sur les tendances à venir. Parmi celles-ci :

- Une tendance à l'hyperspécialisation (sous l'effet des progrès des techniques médicales) impliquant également une multiplication des acteurs.
- Un hospitalocentrisme caractérisé par la prise en charge par les hôpitaux de certaines fonctions potentiellement assurées par d'autres types de structures.
- Un cloisonnement des acteurs et leur manque de coordination dans les prises en charge des patients.
- Une complexification progressive des trajectoires des patients, notamment ceux requérant l'intervention de plusieurs acteurs de santé.
- Une importance croissante accordée aux rapports patient-médecin et à l'autonomie du malade participant toujours plus aux prises de décisions médicales.
- Les variabilités de pratiques médicales et les mesures de contrôle de la qualité.

En outre, d'autres facteurs agissent activement sur le système de santé ; notamment ceux en lien avec l'augmentation de la demande de santé due au vieillissement démographique et à l'évolution épidémiologique (augmentation de l'incidence des pathologies chroniques et dégénératives).

Dès lors, les observateurs sont de plus en plus nombreux à penser que le système de santé vaudois est « trop cher par rapport à la qualité qu'il offre ». Dans ce contexte et face aux pressions économiques, il apparaît important de réaménager le système et de mieux structurer la prise en charge des patients.

6. La recherche d'une meilleure efficacité et la promotion d'innovations dans le système de santé

Les mesures n'ayant pas permis de radicalement freiner les dépenses sanitaires et les analyses de performance étant toutes peu satisfaisantes, l'Etat vaudois a entrepris une vaste réflexion en vue de réformer son système de santé. L'objectif est de concevoir une politique sanitaire cantonale permettant de mieux combiner qualité et économicité des soins.

Cette réflexion a abouti, en 1997, à une réforme du système de santé et à l'adoption par le Grand Conseil du rapport NOPS (Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire).

Ce rapport trouve sa base légale dans la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires et des réseaux de soins (LPFES) qui a été mise à jour pendant cette même période. L'ancienne Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (LPFES) datant du 5 décembre 1978 est alors modifiée.

7. La promotion d'une dynamique partenariale et d'une organisation plus rationnelle des soins

Le rapport NOPS mentionne :

« Notre système est le plus cher au monde après les États-Unis. Le rapport entre la densification des services de santé et les résultats sanitaires est de plus en plus ténu. Nos institutions fonctionnent sans objectifs partagés capables de mobiliser ou de contraindre les différents intervenants ».

La réforme NOPS est donc basée sur la promotion d'une nouvelle forme d'organisation des soins au niveau cantonal caractérisée par des liens transversaux entre les différentes structures et partenaires.

Pratiquement, les NOPS appellent à une simplification de l'organisation du système de santé et à une modernisation de sa gestion. Ces nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise reposent principalement sur quatre piliers :

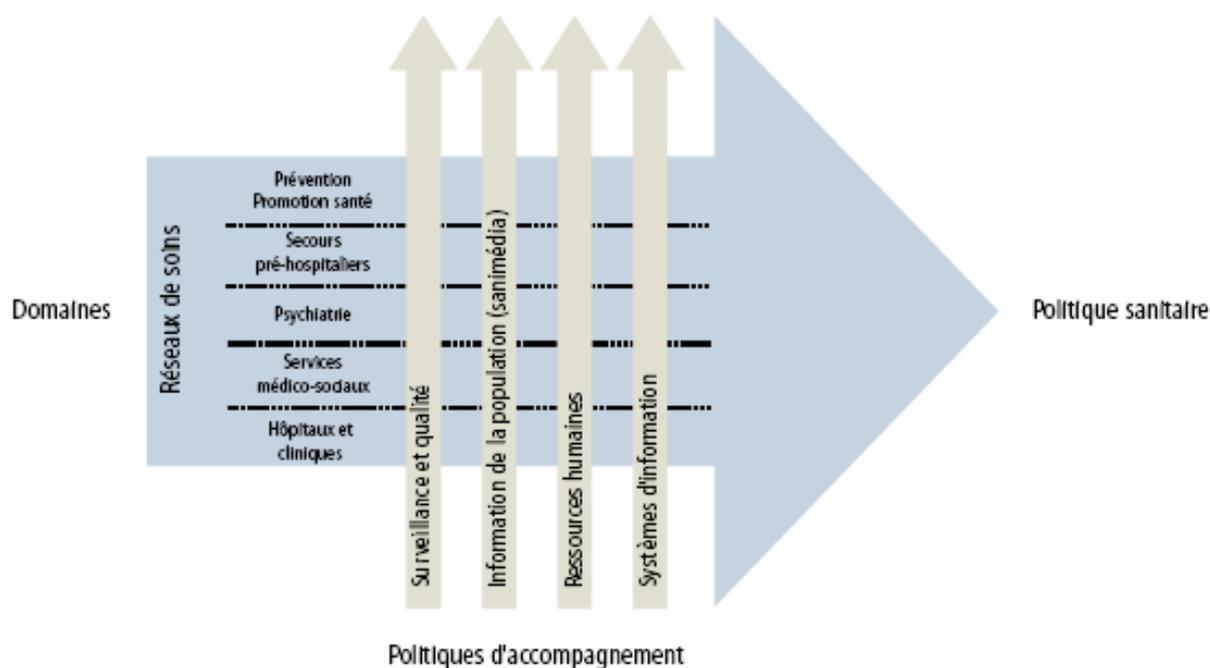
- **La définition de réseaux** : la promotion du développement d'un nombre limité de réseaux de soins constitués à l'initiative des fournisseurs de soins et offrant à la population une gamme complète de prestations.
- **La définition de contrats de prestations** entre l'Etat et ces réseaux portant sur les objectifs à atteindre en contrepartie des moyens mis à disposition.
- **La définition de modalités de financement** liées aux prestations et non plus aux institutions. Il s'agit de promouvoir un système de tarification hospitalier se caractérisant par un transfert des risques : « l'argent suit le patient », c'est-à-dire que ce sont plus les institutions qui sont directement financées mais ce sont les patients qui induisent le financement correspondant.
- **Une meilleure information de la population** : la promotion d'une agence d'information de la population en vue d'améliorer les connaissances et la responsabilisation, afin de faciliter les choix individuels et enfin de favoriser une utilisation appropriée des services disponibles.

Selon les NOPS, les réseaux de soins sont à distinguer des réseaux de santé. Alors que ces derniers se définissent au sens des articles 41 et 62 de la LAMal comme des « formes particulières d'assurances maladies, résultant d'un accord entre des assureurs et des médecins », les réseaux de soins au sens des NOPS se définissent comme des « dispositifs de coopération volontaire mais structurés, dotés d'une instance commune de direction qui engage les membres ».

Selon l'article 2a de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES). « Un réseau de soins est un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge. Le réseau de soins a la personnalité juridique ».

Comme illustré dans la figure suivante, les réseaux, tels que promus par les NOPS, sont établis dans la perspective d'offrir une gamme complète de prestations. Autrement dit, les réseaux de soins présentent (en plus des établissements hospitaliers) des institutions de prévention et de soins à domicile, des institutions psychiatriques, des établissements médico-sociaux et des centres de traitement et de réadaptation. Finalement, les réseaux établissent des collaborations avec les acteurs sanitaires praticiens spécialistes ou généralistes.

Figure 06: Politique sanitaire vaudoise telle que promue par les NOPS et le rôle central des réseaux de soins.

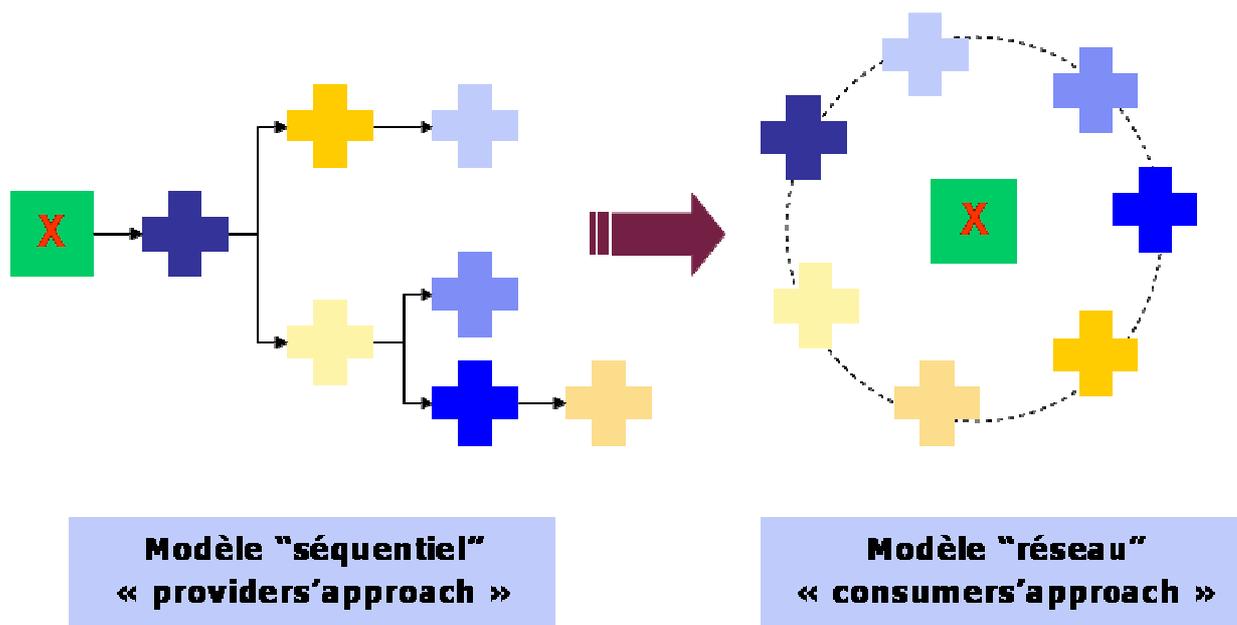


L'une des finalités promue par les nouvelles orientations de politique sanitaire consiste à transformer l'organisation du système de santé cantonal et de passer d'un modèle de prise en charge « séquentiel » ou en « arbre » à un système en réseau. Ce dernier consiste à organiser le système de telle sorte à assurer une coordination collective des professionnels de santé chargés de prendre en charge les patients qui sont alors placés au centre du système.

Les réseaux de soins étant envisagés comme une réponse à l'atomisation des services, ils visent à améliorer la coordination des pratiques des différents professionnels autant du secteur social que sanitaire.

En définitive et comme illustré par la figure suivante, les NOPS proposaient d'impulser une forme de prise en charge de type « consumers'approach » (approche qui tient compte en premier lieu de l'utilisateur) par rapport à une approche de type biomédicale, hospitalocentrique et technicisée de type « providers'approach » (approche de dispensateurs).

Figure 07: Illustration du changement de paradigme promu par la réforme NOPS dans l'organisation cantonale des soins



8. Une impulsion dans la mise en place de la réforme

En avril 1998, Charles-Louis Rochat est élu à la tête du Département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud (DSAS). Il poursuit la mise en œuvre des NOPS et dans ce sens promeut l'adoption par le Conseil d'Etat du règlement sur le fond d'innovation et d'appui à la constitution de réseaux de soins (FIACRE). Ce fond a pour but d'inciter les institutions sanitaires à constituer des réseaux de soins et à conduire des projets novateurs.

Comme l'indique l'art. 25d de la LPFES, l'alimentation de ce fond résulte d'une retenue sur les subventions que l'Etat alloue aux institutions de soins. Ces montants sont intégralement utilisés pour développer la collaboration interinstitutionnelle et la prise en charge coordonnée des patients (art. 25c LPFES). Toutes les institutions subventionnées participent donc dès cette date à l'alimentation du FIACRE.

La participation de chaque établissement est calculée au prorata de ses ressources d'exploitation. Pour chaque institution, cela représente environ 0.15% des ressources qui lui sont allouées. Ce pourcentage étant identique pour toutes les institutions, il en résulte qu'en valeur absolue, les Hospices/CHUV participent de façon très importante au FIACRE par rapport à un petit EMS. Plus de 2 millions de francs sont ainsi retenus annuellement sur les subventions.

9. La création et la reconnaissance progressive des réseaux de soins au niveau cantonal

La constitution des réseaux de soins débute dès 1998 avec la création du ReSCo (Réseau de soins de la Côte). Une année plus tard, c'est le premier réseau vaudois à être reconnu d'intérêt public par le DSAS. Conformément aux textes, cette reconnaissance lui permet de passer des contrats de prestations avec l'Etat : cette démarche est rendue effective en juin 1999. Ce réseau mène alors des projets, notamment en faveur de la continuité des soins, en particulier dans les domaines des soins palliatifs, de l'antalgie et de la psychiatrie.

Durant la même année, le réseau ARSOL (Association de soins coordonnés de l'Ouest lémanique) est créé. Il est reconnu d'intérêt public en septembre 2000. Ce réseau engage différents projets, notamment dans l'hygiène hospitalière, la prise en charge du diabète et la formation du personnel soignant.

Entre 1998 et 2002, huit réseaux sont finalement reconnus d'intérêt public. Il s'agit des Réseaux de soins de La Côte (ReSCo – Morges/Aubonne), du Nord Vaudois (RéNOVA), de l'Orbe, de la Venoge et de la Vallée (AROVAL), de la Riviera (ASCOR), de la Fédération de soins du Chablais (FSC), de l'Ouest lémanique (ARSOL), de la région lausannoise (ARCOS) et enfin Santé-Broye. En lien avec ces réseaux, un total de 138 projets sont initiés.

Figure 08: Illustration des 8 réseaux de soins mis en place entre 1998 et 2002 dans le Canton de Vaud



III. Une structuration progressive du projet DiabAide

1. La genèse du projet DiabAide sous la forme d'une étude hospitalière médico-économique

On trouve à l'origine du projet DiabAide un groupe de professionnels hospitaliers travaillant au sein de l'hôpital de Nyon. A partir de l'appréciation des modalités de prise en charge des patients diabétiques en milieu hospitalier, un groupe de professionnels a estimé que des améliorations étaient possibles et qu'une meilleure utilisation des ressources disponibles devait être possible.

Afin d'étayer leurs constats, cette équipe réalise en 1999 une étude médico-économique en coordination le Service de la Santé Publique (SSP). L'objectif de l'étude consiste à évaluer la qualité de la prise en charge des patients diabétiques hospitalisés au sein de l'établissement et à identifier des stratégies en vue de diminuer le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées.

L'étude permet d'établir la prévalence hospitalière du diabète et apporte des indications sur le niveau de compréhension et de compliance des patients diabétiques.

Cette étude conclue également qu'il existe une méconnaissance, autant de la part des professionnels hospitaliers que des patients, vis-à-vis de la pathologie et de ses complications. Le travail abouti à la « *mise en place de séances de sensibilisation / formation à l'intention du corps médical et des patients* ».

Le projet DiabAide est donc né d'une initiative des acteurs de santé eux-mêmes. C'est par définition l'exemple d'une genèse de type ascendante, l'impulsion étant venue des acteurs du terrain.

2. L'intégration du projet DiabAide au sein du réseau « ARSOL » et la réalisation d'un diagnostic

Les réflexions nées de cette première étude aboutissent à l'élaboration d'une proposition de projet que les professionnels présentent au comité exécutif de l'ARSOL en 2000.

Ce Comité exécutif décide alors de constituer un groupe de travail (le comité de projet) afin « *d'établir un diagnostic en matière de prise en charge diabétique dans le région et afin d'évaluer les améliorations potentielles* ».

L'un des acteurs du projet résume la situation de la manière suivante : « *la problématique consistait à se demander comment suivre les patients diabétiques dans leur processus de santé et comment améliorer leur trajectoire au sein de notre système* ».

3. Un projet initial inter réseaux principalement orienté aux professionnels

Le Comité de projet conclut que « le système de soins de la côte est peu performant pour la prise en charge de patients diabétiques. Une amélioration des compétences et des connaissances des professionnels de santé apparaît requise et possible... Cependant, la mise en place d'une nouvelle entité structurelle apparaît être une option peu adéquate ».

Les grandes lignes d'action du projet initial sont alors définies. Ses missions principales consistent à offrir des outils permettant l'amélioration des pratiques professionnelles. Pour ce faire, l'équipe de projet crée un site Internet, y rend accessible toute une série d'informations pratiques et « organise des séances de formation continue principalement destinées aux infirmières et aux aides infirmières ».

Le projet est présenté en 2001 au Service de la Santé Publique en coordination avec le réseau ARSOL. Ce nouveau projet est agréé et l'ARSOL s'engage à apporter les ressources requises afin d'atteindre les objectifs prévus et afin d'assurer le démarrage progressif des activités.

4. Le développement de « l'axe patient » sous la forme d'une cellule de diabétologie

D'un projet initial axé sur la formation et l'information des professionnels, le projet se structure ensuite sous la forme d'une cellule en diabétologie en vue de pouvoir considérer l'axe patient. « Malgré l'idée de départ qu'il fallait pas qu'on touche au patient... qui était plus une idée stratégique pour ne pas faire peur aux médecins de premier recours... il est apparu qu'il manquait quelque chose surtout par rapport à l'axe de l'enseignement des patients »

Le projet s'organise alors sous la responsabilité d'une coordinatrice (infirmière clinicienne en diabétologie au GOHL) et réunit plusieurs professionnels de santé dont notamment :

- un médecin spécialiste en diabétologie-endocrinologie,
- un médecin généraliste installé,
- un médecin spécialiste hospitalier,
- une infirmière spécialisée et
- une pédicure.

Le projet disposait alors d'une double missions : poursuivre l'amélioration des compétences des professionnels et initier conjointement des activités en vues d'améliorer l'efficacité des prises en charges. Le projet assure désormais des prestations d'information et d'enseignement destinés aux patients. Ces activités sont réalisées en collaboration avec des médecins traitants de la région dans des locaux spécifiques.

Les activités sont rapidement menées en association avec le réseau ReSCo, géographiquement voisin, et quelques mois plus tard, le projet est étendu sur les deux réseaux (ARSOL et ResCo) sous la forme d'un projet inter réseau.

5. Une progressive évolution vers une structure de type « filière de soins »

L'année 2003 est marquée par la dissolution des associations ReSCO et ARSOL et la création d'un nouveau réseau de la côte sous la dénomination d'Association des Réseaux de soins de la Côte, (l'ARC) en janvier 2003. Ce dernier est reconnu par l'Etat et reprend les droits et les obligations des deux anciens réseaux tels qu'ils figurent dans les deux contrats de prestations.

Le projet structure alors son organisation interne et définit deux instances : l'une opérationnelle (constituée de professionnels spécialisés en diabétologie) et l'autre décisionnelle (le Comité de Pilotage) ; en outre, le projet établit un plan d'action en accord avec ses missions de « filière de soins ».

En outre, dans une perspective d'amélioration des prises de décisions, une nouvelle instance se joint au projet. Cette instance porte le nom d'« experts de projets », elle est composée d'acteurs disposant d'une expertise reconnue dans la gestion des projets réseaux. Cette instance a pour but d'aider à la définition des orientations générales et des programmes d'action.

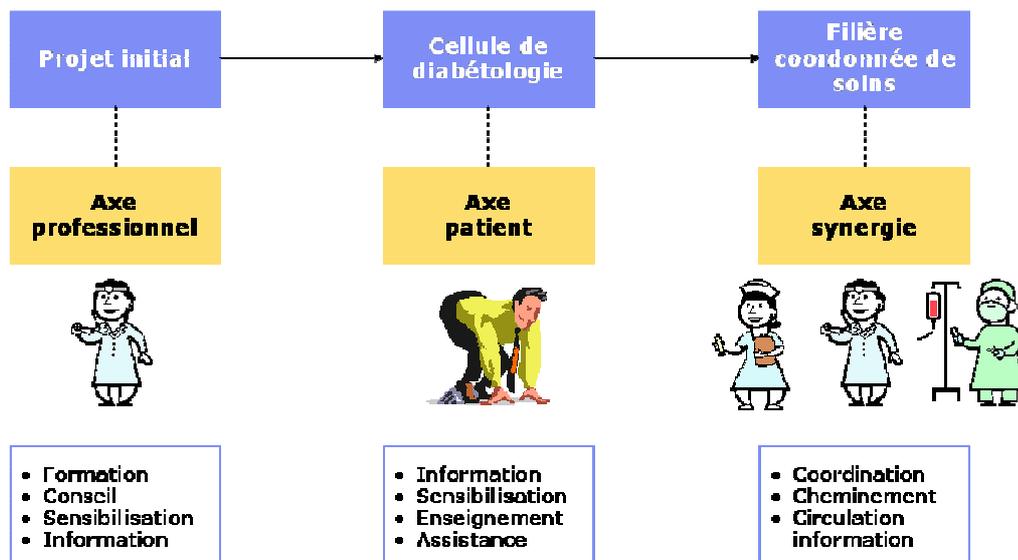
C'est à partir de ce moment, que le projet passe d'une entité axée sur les professionnels et les patients à une structure de coordination et de continuité des soins.

« A partir de ce moment, le projet manquait d'une cohérence globale et il est apparu pertinent d'associer plus étroitement les soignants au projet. C'est à partir de là que le concept de filière s'est véritablement mis en place. L'objectif consistait à assurer l'accessibilité de l'ensemble des patients à des soins spécialisés et de favoriser un travail en réseau et une continuité des prises en charges ».

Les acteurs du projet envisagent alors la mise en place d'un modèle de soins coordonné sous la forme d'une « filière de soins » monopathologique. Le concept est basé non seulement sur le développement de liens transversaux entre les différents acteurs mais également sur une gestion coordonnée des trajectoires des patients. L'organisation respectant de fait l'indépendance des acteurs et chacun d'eux prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage.

Afin de fédérer les partenaires de santé régionaux et étant convaincus qu'une logique réseau ne peut pas se décréter mais que le projet DiabAide se doit pour être fonctionnel d'entériner une façon de fonctionner, les acteurs du projet poursuivent leurs actions d'informations. Dans ce sens, le projet établit un système de référents et de répondants hospitaliers qu'il se charge de former. L'objectif de cette démarche est double : assurer l'acceptation et l'appropriation des objectifs du projet par les acteurs hospitaliers et assurer une meilleure coordination des prises en charge entre la ville et l'hôpital.

Figure 9: Historique de développement du projet DiabAide



En outre, partant du principe qu'en « *diabétologie la coordination des moyens thérapeutiques et diagnostics requiert une consultation pluridisciplinaire qui constitue l'essence même de la discipline* », le projet met en place une cellule de consultation multidisciplinaire destinée aux patients diabétiques.

Cette cellule est composée des professionnels de santé intervenant habituellement dans la prise en charge des patients diabétiques : un médecin spécialiste diabétologue, une infirmière diabétologue, une diététicienne et une podologue. Cette consultation permet, en coordination avec les médecins traitants, d'assurer la prise en charge globale des patients diabétiques et de définir un plan thérapeutique. La cellule se charge également de tenir un registre des patients diabétiques et de réaliser, au besoin, une planification des interventions en assurant les rappels périodiques des consultations requises.

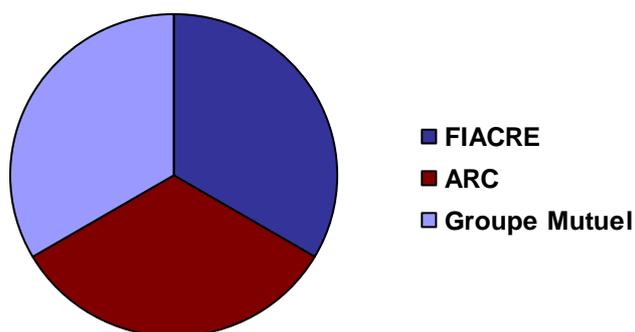
Finalement, la filière établit toute une série d'actions prioritaires en vue d'assurer globalement 3 objectifs:

- améliorer la qualité des prises en charge en intervenant au niveau des professionnels de santé (formation, etc.) et en offrant des soins spécialisés
- améliorer l'efficacité des prises en charge en intervenant au niveau des patients diabétiques (enseignement, etc.)
- améliorer la continuité des soins requis en coordonnant les interventions des professionnels (circulation d'information, etc.)

6. La diversification des sources de financement

Un dernier élément important marque la structuration progressive du projet DiabAide ; c'est celui qui concerne sa viabilité financière. Sous l'impulsion du groupe d'experts, le projet réussit à obtenir dès 2004, une nouvelle source de financement, provenant d'un assureur maladie : la Groupe Mutuel. A partir de 2004, celui-ci finance un tiers du budget annuel du projet, l'ARC et le FIACRE se partageant les deux autres tiers. A partir de cet instant les 3 financeurs sont intégrés conjointement au sein de l'instance décisionnelle régionale en lien avec le projet.

Figure 10: Sources et parts de financement du projet DiabAide dès 2004.



Cette participation financière directe de la part d'un assureur est un élément propre au projet DiabAide. C'est le seul projet à avoir réussi une telle diversification des sources de financement et cette démarche prend toute son importance du fait qu'elle permet non seulement d'assurer une viabilité au projet mais qu'elle assure l'intégration dans la démarche de tous les acteurs concernés par le problème : les patients, les professionnels de santé, l'Etat et les financeurs.

IV. La pertinence d'un modèle coordonné de prise en charge des patients diabétiques

1. Plusieurs constats ont présidé le lancement du projet

La responsable du projet résume la situation de la manière suivante : « Dans notre région, la prise en charge d'un patient diabétique se résumait bien souvent à l'intervention d'un médecin de premier recours et associait parfois un suivi diététique. Il manquait un modèle d'organisation pour ce qui touche à l'éducation thérapeutique et au suivi de la prise en charge du patient ».

Parmi les principaux dysfonctionnements qui ont présidé au lancement du projet, les professionnels mentionnent notamment :

En terme de prise en charge :

- Une insuffisante pluridisciplinarité dans la prise en charge des patients diabétiques. Or, leur prise en charge optimale requiert l'intervention de plusieurs spécialistes (généraliste, endocrinologie, podologue, ophtalmologue, pharmacien etc.).
- Une coordination insuffisante des professionnels ce qui rallonge les délais entre les différentes étapes de la prise en charge.
- Un manque de continuité dans les prises en charge médicales, notamment entre la médecine de ville et l'hôpital.
- Une variabilité des pratiques médicales réduisant l'efficacité des prises en charge souvent imparfaites.
- Un défaut de formation des professionnels de santé dans le suivi des patients diabétiques.

En terme d'accès aux soins :

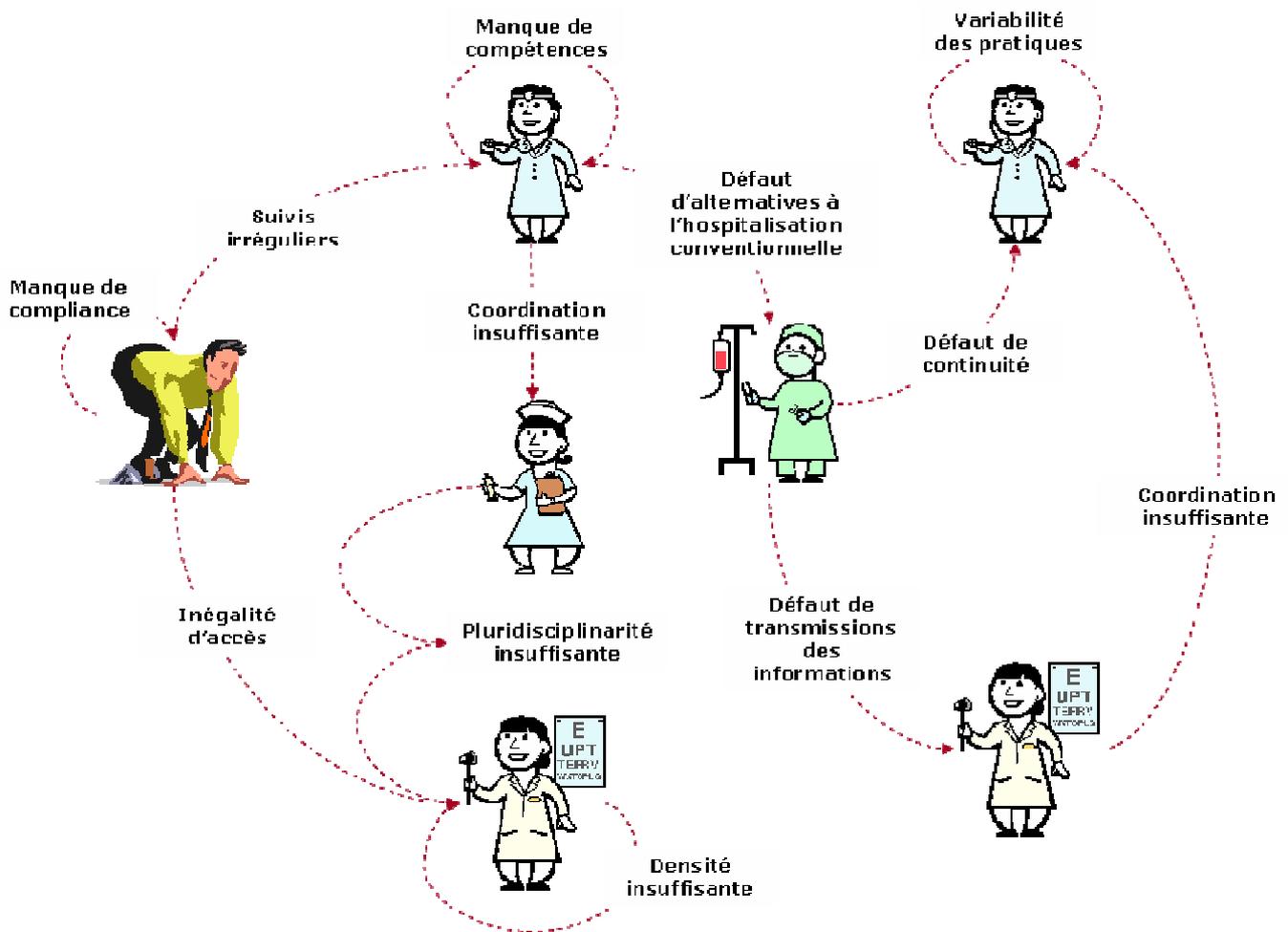
- Un accès inégal et limité aux soins diabétiques notamment spécialisés. La responsable du projet rappelle en effet que « certains soignants, comme par exemple le podologue, ne sont pas accessibles à tous les patients car leurs prestations ne sont pas remboursées par l'assurance-maladie de base ».
- Un manque de professionnels en diabétologie en regard des besoins sans cesse croissants.

En terme de « compliance » :

- Un manque de suivi des prescriptions médicales dû à un manque de compréhension et d'information des patients.

Les acteurs du projet mettent en évidence un « cheminement » sanitaire des patients diabétiques peu organisé et un défaut de liens transversaux entre les différents acteurs de terrain. Ces dysfonctionnements sont illustrés dans la figure suivante.

Figure 11: Illustration des principaux dysfonctionnements mis en évidence et qui ont présidés au lancement du projet.



En définitive, les problèmes de santé liés au diabète sont considérés comme mal résolus et les modalités de prises en charges des patients diabétiques se traduisent par un manque d'efficacité du système. On observe notamment :

- Des coûts de prise en charge élevés consécutifs à la sur utilisation des structures hospitalières et aux complications cliniques.
- Des durées moyennes de séjour comparativement longues causées par l'absence d'alternatives de prise en charges à l'hospitalisation conventionnelle.
- Des prescriptions thérapeutiques inadaptées et des protocoles de prises en charges ne respectant pas les règles de l'art.
- Des actes inutiles et redondants notamment dus au manque de collaboration entre les différents intervenants.

2. Une pathologie requerrant l'intégration coordonnée de plusieurs disciplines médicales

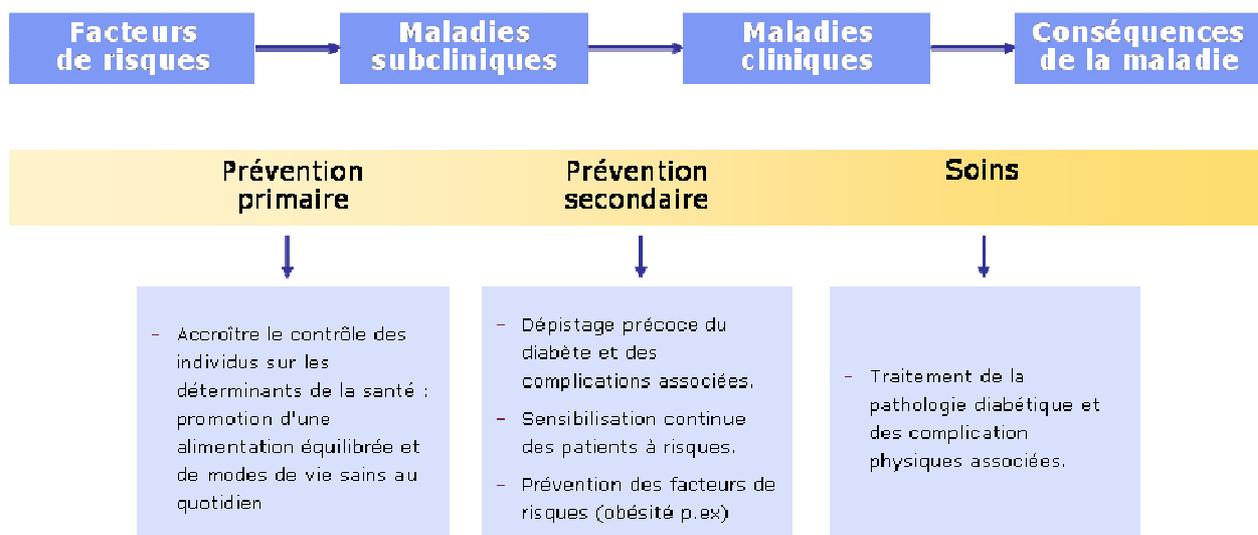
Le diabète est une maladie métabolique qui se caractérise soit par une « résistance » à l'insuline dans le cas du diabète de type II, soit par un défaut de production d'insuline dans le cas du diabète de type I. Dans les deux cas, la maladie est évolutive et sa gravité provient essentiellement des complications qui apparaissent à moyen et long terme et qui sont sources de handicaps, d'incapacités et d'une altération de la qualité de vie.

Le diabète de type II n'est pas une pathologie qui est en soit symptomatique. Il induit des altérations sur les différents organes et c'est par ce biais que les patients ressentent la maladie. Le diabète peut donc rester longtemps ignoré et il n'est pas rare que le diagnostic soit établi devant l'une de ses complications. Notons qu'il est la première cause de cécité avant l'âge de 50 ans.

Ces complications pourraient être en grande partie évitées. Le défi consiste donc de réussir à accorder davantage d'importance à la prévention et aux actions permettant de faire reculer la survenue et la progression des complications connues et handicapantes liées au diabète. Pour ce faire, la participation du patient est tout aussi importante que celle des autres acteurs et sa prise en charge requiert une éducation diététique, une prévention des autres facteurs de risques CV, des suivis médicaux réguliers (endocrinologue, omnipraticien, podologue, ophtalmologue etc.).

La particularité de la prise en charge des patients diabétiques réside donc dans le fait qu'elle requiert l'intégration de plusieurs disciplines médicales dans une chaîne thérapeutique qui dure plusieurs années et dont l'efficacité du suivi réside principalement dans des actions de prévention. « *La particularité du diabète c'est que sa prise en charge requiert rapidement l'intervention d'un cardiologue, d'un néphrologue, d'un ophtalmologue etc.* »

Figure 12: Niveau d'intervention possible dans la prise en charge du diabète



3. Un vaste territoire caractérisé par un bassin de population majoritairement urbain et inégalement reparti

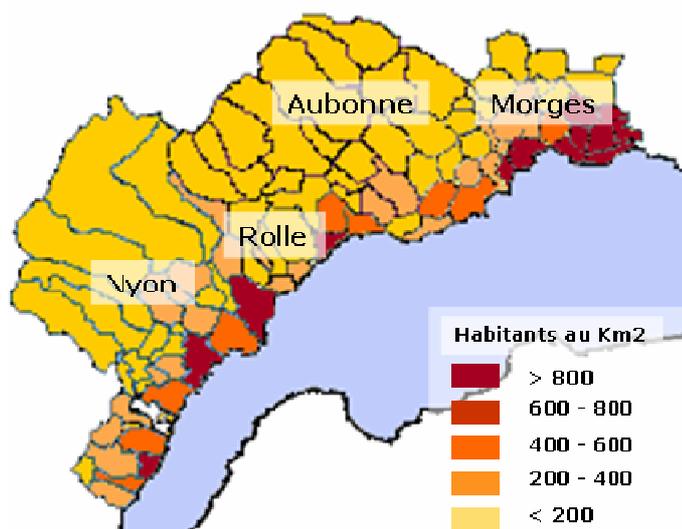
Le projet en diabétologie avait initialement prévu de couvrir le bassin de population correspondant à celui du réseau ARSOL, c'est-à-dire principalement le district de Nyon et de Rolle. Cependant, en vue d'obtenir une masse critique satisfaisante et afin d'intégrer un maximum de compétences régionales, les acteurs du projet ont rapidement décidé d'étendre leur périmètre d'intervention au territoire du ResCo. Le projet a donc délimité son bassin de population à 4 districts : Morges, Aubonne, Nyon et Rolle ; couvrant globalement les zones sanitaires II et IV.

Le territoire considéré par le projet est vaste, il compte 107'000 km², soit environ 40% du territoire du Canton de Vaud.

En 2004, ce bassin de population comptait environ 77'000 habitants répartis sur 96 communes ; la majorité des habitants étaient domiciliés dans les districts de Morges (44%) et de Nyon (40%) alors que les deux derniers districts d'Aubonne et de Morges de plus petite taille ne comptabilisaient respectivement que 7 et 8% des habitants du territoire.

Comme illustré par la figure suivante, la population est inégalement répartie sur le territoire. Les 4 grandes villes concentrent 44% de la population totale, plus des $\frac{3}{4}$ des habitants se concentrent dans les communes avoisinantes du lac et la grande majorité des communes comptabilisent moins de 200 habitants au km².

Figure 13: Densité de population par commune de la région de la Côte



L'analyse démographique révèle que la région compte une population d'âge moyenne, la pyramide des âges est inversée, les 65 ans et plus représentent 11% de la population alors que les 30-65 ans représentent 55% de la population. En ce qui concerne la distribution territoriale, la tendance observée au niveau de la population générale se retrouve au niveau des personnes âgées : les districts de Morges et de Nyon concentrent à eux deux 84% de la population âgée.

4. Un vieillissement démographique et une augmentation prévue de la demande de soins

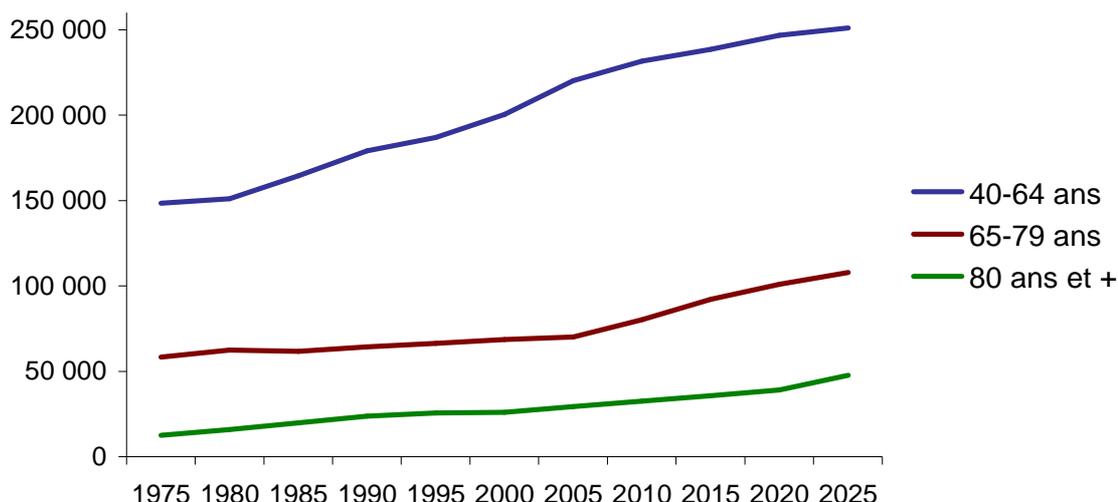
A l'instar des autres pays européens, la Suisse connaîtra au cours des prochaines décennies une nette transformation de la répartition des âges dans sa population résidente. Ceci en raison du vieillissement démographique.

Si les évolutions observées au cours des dernières années se maintiennent, la Suisse passera de 7,2 millions de résidents en 2000 à 7,4 millions en 2028 et à 7,1 millions en 2060. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera considérablement, atteignant 26% en 2060, contre 15% actuellement.

Dans le Canton de Vaud, la tendance prévue sera similaire. D'ici 2015 la proportion des personnes âgées de 65-79 ans augmentera de 27% par rapport à la proportion actuelle, alors que durant le même laps de temps la proportion des 40-64 ans n'augmentera que de 8%. C'est la tranche d'âge des 80 ans et plus qui présentera la plus forte augmentation ces prochaines années : en raison de l'entrée dans cette tranche d'âge des baby-boomers, la proportion d'individus augmentera de 95% d'ici 2015, ce qui signifie que leur nombre aura doublé en 10 ans.

Or, le risque de souffrir d'une pathologie métabolique, telle que le diabète, et/ou de ses complications, s'accroît avec l'âge. L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement démographique devraient donc contribuer à une augmentation du nombre de patients diabétiques et de la demande de soins correspondante.

Figure 14: Evolution de la population par groupe d'âge des personnes âgées dans le Canton de Vaud de 1970 à 2005 et projection d'ici 2030



En raison du vieillissement de la population, la prévalence du diabète augmentera donc ces prochaines années. Or, selon Contrandriopoulos, le développement d'un modèle organisationnel de type « filière de soins » est particulièrement indiqué pour gérer les problèmes chroniques comme celui de la pathologie diabétique.

5. Des modes de vie et une transition épidémiologique se traduisant par une augmentation des pathologies chroniques et de la demande de soins

Les pathologies dites modernes se caractérisent de plus en plus par des états chroniques. Il s'agit le plus souvent de maladies dites dégénératives (ostéo-neuro dégénératives) ou infectieuses au long cours (sida par exemple). Leur genèse se trouve très loin en amont du premier signe clinique. La plupart ne guérissent pas, elles laissent des incapacités ou handicaps persistants, et finalement elles laissent le sujet plus ou moins captif du système de soins.

La prévalence du diabète en Europe est estimée entre 3% à 5% de la population. Du fait des styles de vie, de l'alimentation et du vieillissement démographique, cette proportion devrait, selon l'OMS, augmenter d'au moins un tiers d'ici à 2025.

En Suisse, les informations convergent pour estimer que le diabète de type II est en expansion et ce alors qu'on observe une augmentation récente du nombre d'obèses (y compris chez les enfants) qui constituent la principale population à risque pour cette maladie.

On évalue aujourd'hui à 350'000 individus souffrant de cette pathologie en Suisse. Dans le Canton de Vaud, cette maladie concerne environ 32'000 personnes. Cependant on estime que 20% des personnes de plus de 65 ans sont atteintes du diabète de type II mais que seule la moitié des cas sont diagnostiqués. Dans la région de la Côte, le nombre des patients diabétiques est estimé à 6'000.

La prise en charge des patients diabétiques et de leurs complications a représenté 17% de l'activité hospitalière globale des établissements de santé du canton de Vaud en 2002. En outre, environ 60% des coûts directs liés à la prise en charge des patients diabétiques sont liés à des frais hospitaliers.

Par ailleurs, 30% des diabétiques entre 65 et 75 ans sont hospitalisés au moins une fois par année, deux fois plus que la population non diabétique, et leur durée d'hospitalisation est plus longue de 2.8 jours pour le même type de complications.

Notre système de santé centré sur l'hôpital a montré ses limites, ses dangers et ses coûts. Axée sur le traitement des problèmes aigus et sur la valorisation des techniques interventionnistes, la médecine actuelle est globalement démunie devant les maladies chroniques.

Les tendances démographiques et épidémiologiques vont donc conduire à une augmentation de la demande de soins. Afin d'assurer leur prise en charge et l'efficacité du système, le projet prévoit la mise en place d'un modèle organisationnel permettant:

- D'assurer le « cheminement » sanitaire coordonné des patients en fonction de leurs besoins.
- De renforcer la coopération entre les offres ambulatoires et stationnaires afin de réduire notamment les durées moyennes de séjour.
- D'améliorer l'espérance de vie en bonne santé des patients diabétiques par des actions visant à prévenir leur perte d'autonomie.

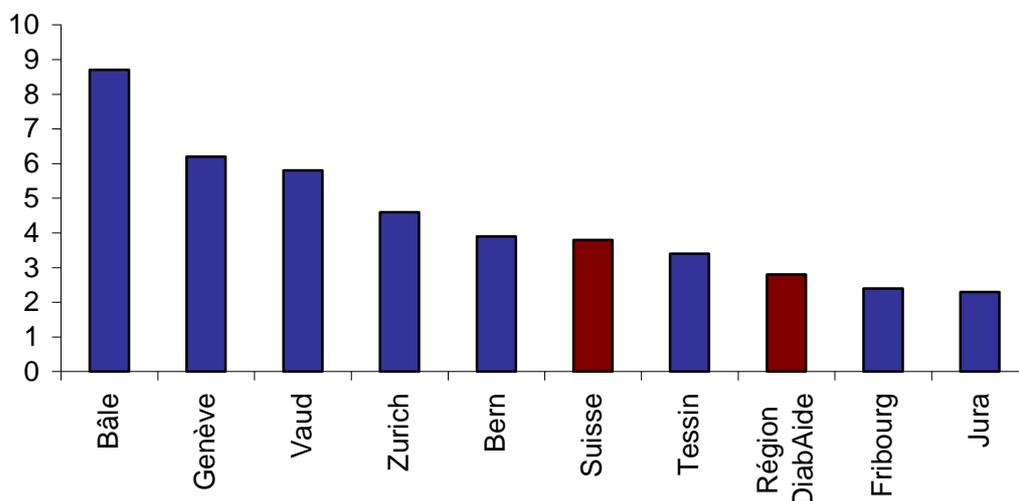
6. La région de la côte se caractérise par une densité médicale comparativement faible et d'importantes différences de répartition territoriale

En 2005, la région de la Côte comptait 621 médecins en exercice (généralistes et spécialistes), soit une densité médicale équivalente à 2,55 médecins pour 1000 habitants.

La région présente une densité médicale comparativement faible, par rapport aux autres régions de Suisse romande. Le Canton de Vaud présentait en 2004 une densité médicale équivalente 5,8 médecins pour 1000 habitants et la moyenne suisse se situait à 3,8.

Notons cependant que la densité médicale de la région considérée est comparable à celle de la grande majorité des Cantons suisses.

Figure 15: Densité médicale (nombre de médecins en exercice pour 1000 habitants) par cantons suisses



La distribution des médecins sur le territoire est cependant très inégale. Ces derniers se répartissent majoritairement dans les zones urbaines. Le district de Nyon concentre 56% des médecins et Morges 32%, alors que les districts d'Aubonne et de Rolle ne comptent respectivement que 2 et 5% des médecins de la région.

La densité médicale est donc très inégale. Nyon se caractérise par une densité médicale de 5,78 (ce qui correspond à 366 médecins en exercice), alors qu'Aubonne présente une densité médicale 4 fois plus faible (elle est estimée à 1,28).

La densité médicale dans la région de la côte est donc comparativement faible et inégalement répartie. Afin d'assurer une égalité d'accès aux soins, il apparaît donc pertinent d'envisager la mise en place d'un modèle organisationnel coordonné de prise en charge des patients diabétiques.

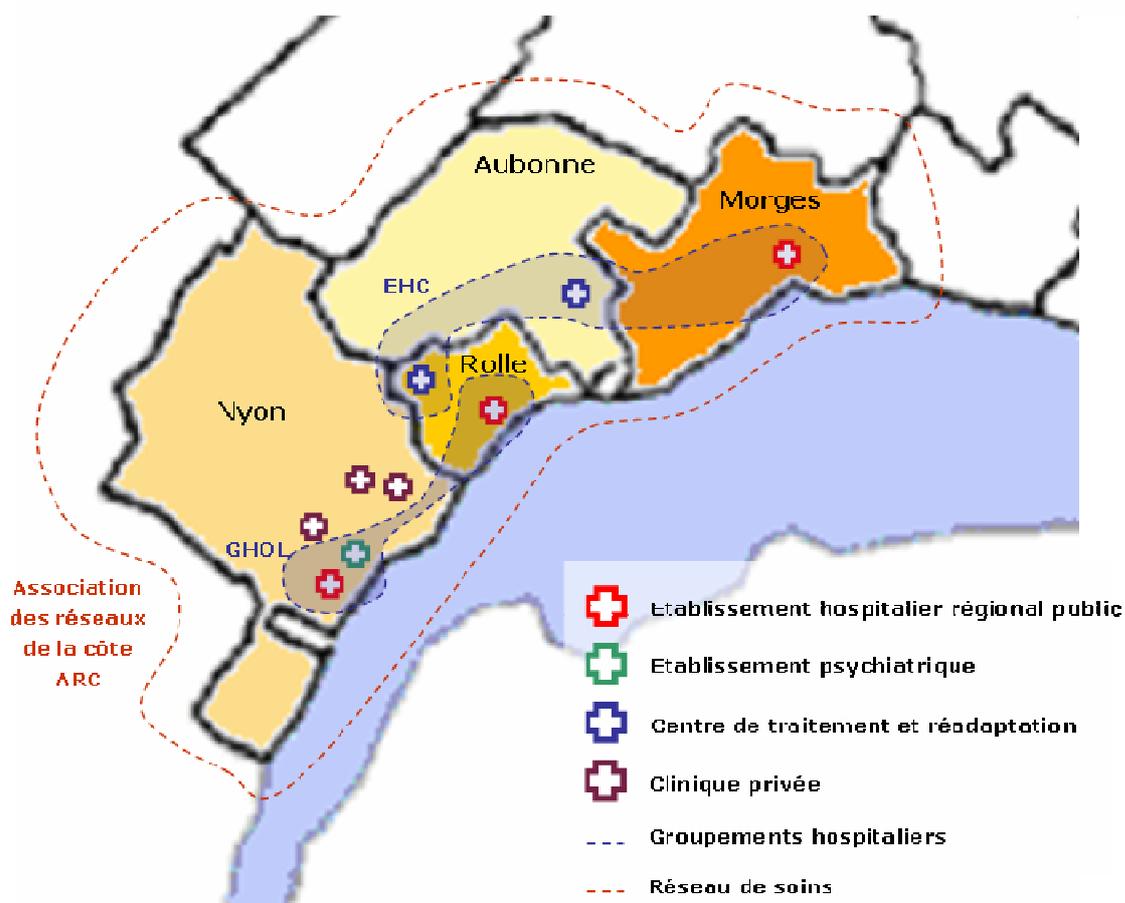
7. Un bassin caractérisé par une dotation hospitalière comparativement élevée

La région de la Côte compte trois établissements hospitaliers publics de taille moyenne, trois cliniques privées, deux centres de traitement et de réadaptation et une clinique psychiatrique.

La région considérée par le projet comprend deux zones sanitaires et sa délimitation territoriale équivaut à celle du réseau ARC résultant de la fusion des deux réseaux de l'Ouest lémanique – ARSOL et ReSCo – en janvier 2003.

L'hôpital de Morges est intégré dans un groupement hospitalier : Etablissements Hospitalier de la Côte (EHC). Il comprend l'hôpital d'Aubonne ainsi que celui de Gilly. L'hôpital de Nyon est également intégré dans un groupement hospitalier comprenant l'établissement psychiatrique de Nant ainsi que l'hôpital de Rolle.

Figure 16: Schéma de l'organisation sanitaire de la région considérée par le projet



La région dispose d'une dotation hospitalière importante. Elle compte 635 lits de soins aigus, 61 lits de réadaptation dont 19 de pneumologie et elle compte près de 20 établissements médico-sociaux. La densité en lits hospitaliers positionne la région parmi les mieux dotées de Suisse.

Figure 17: Dotation hospitalière de la région considérée

Nom		Type d'établissement	District	Nombre de lits exploités par catégorie
EHC (Etablissements de la Côte)	Hôpital de Morges	Hôpital de zone (soins généraux)	Morges	Lits A : 160
	Hôpital d'Aubonne	Hôpital régional (soins généraux)	Aubonne	Lits A : 64
	Hôpital de Gilly	Centre de traitements et de réadaptation	Rolle	Lits B : 42
GHOL (Groupement hospitalier de l'Ouest Lausannois)	Hôpital de Nyon	Hôpital de zone (soins généraux)	Nyon	Lits A : 105
	Hôpital de Rolle	Centre de traitements et de réadaptation	Rolle	Lits A : 17
				Lits B : 19
Hôpital de Nant	Hôpital psychiatrique	Nyon	Lits psychiatrie : 43	
Clinique de Genolier		Clinique privée	Nyon	Lits A : 130
Clinique La Lignière		Clinique privée	Nyon	Lits A : 94
Clinique La Métairie		Clinique privée	Nyon	Lits A : 65

Lits A = soins aigus, lits B = réadaptation pneumologie, lits C = EMS

Les différences inter-régionales observées précédemment se retrouvent en matière de dotation hospitalière. L'analyse par secteur met surtout en évidence une très forte dotation pour le district de Nyon, 16 lits pour 1000 habitants, alors que les 3 autres districts se caractérisent par des dotations hospitalières équivalentes aux moyennes suisses.

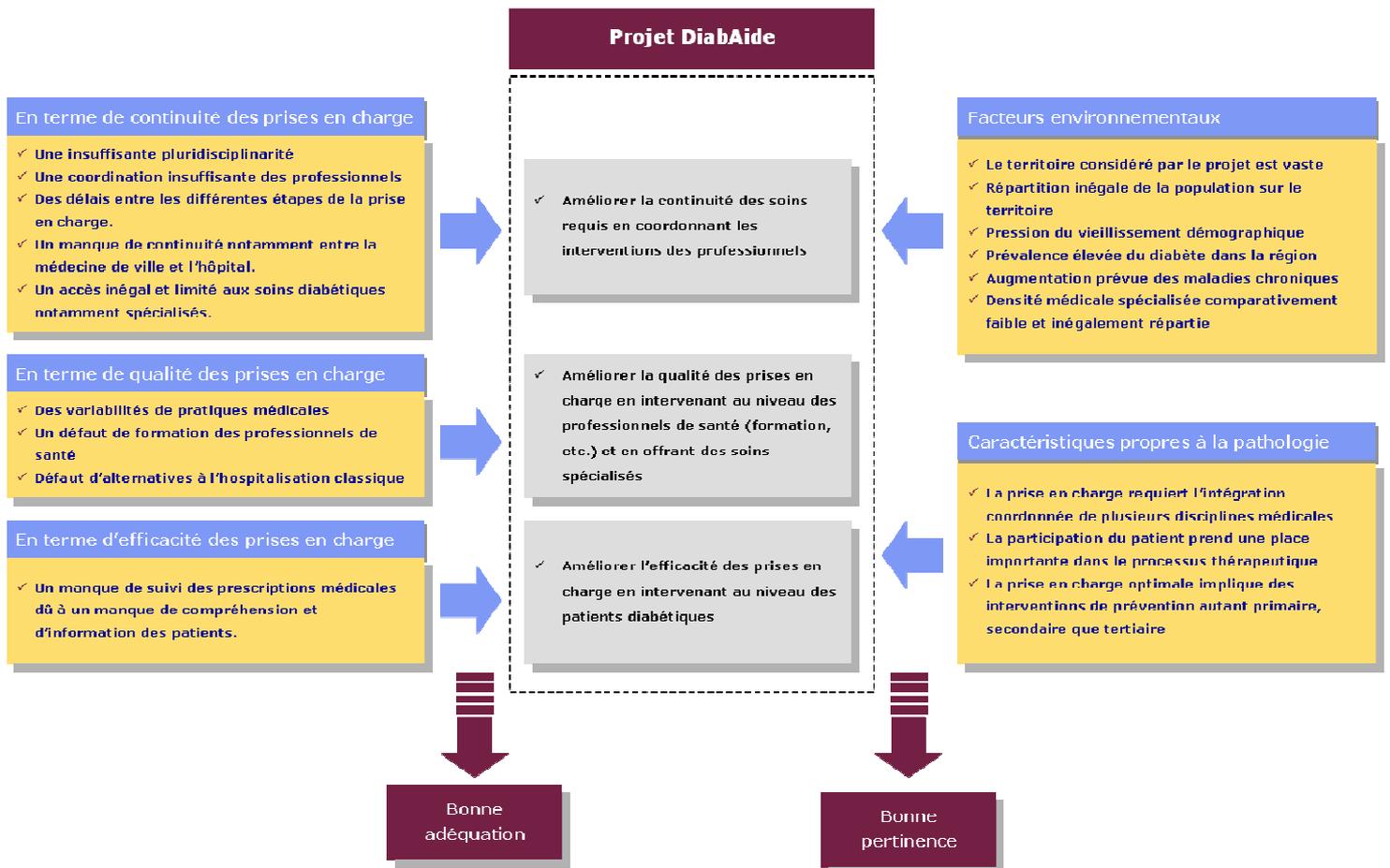
8. Niveau d'adéquation entre le projet DiabAide et les problèmes initialement identifiés

L'objectif consiste à évaluer la justesse du lien entre les chapitres III et IV c'est-à-dire à évaluer la pertinence entre les axes d'action du projet DiabAide et la nature des problèmes qu'il est censé résoudre.

Nous avons mis en évidence dans ce chapitre toute une série de dysfonctionnements dans la prise en charge des patients diabétiques. Par ailleurs, nous avons établi une série de facteurs environnementaux propres à la région de la Côte et à la pathologie diabétique.

La mise en relation des axes d'action du projet DiabAide avec les problèmes identifiés révèle un niveau de pertinence tout à fait satisfaisant. C'est-à-dire qu'il apparaît un lien très net entre les objectifs explicites du projet et la nature des problèmes qu'il est censé résoudre en tenant compte également des facteurs environnementaux et des particularités de la pathologie.

Figure 18: Evaluation de la pertinence du lien entre les lignes d'action du projet et les problèmes qu'il est censé résoudre



V. Les principes organisationnels de la filière de soins DiabAide

1. Une forte identification des collaborateurs aux missions du projet

Avant toute chose, il est important de mentionner que tous les collaborateurs intervenant dans la filière (qu'ils soient membres des instances décisionnelles ou qu'ils soient acteurs du projet ou partenaires de santé) ont exprimé une forte identification par rapport à ses missions.

Les collaborateurs du projet ont choisi de faire de la prise en charge diabétique leur cause privilégiée pour accroître son impact sur la qualité de la vie des patients. Ils expriment tous une forte identification aux missions du projet et mettent tout en œuvre pour obtenir des changements en profondeur et pour améliorer les services liés à la prise en charge diabétique, de même que pour assurer le soutien et permettre un accès à des soins adéquats à un maximum de personnes qui en requièrent.

Leur engagement à l'égard du projet a permis non seulement de raffermir les liens entre les professionnels de santé avec la collectivité, mais également entre les partenaires de santé qui interviennent dans le secteur de la prise en charge diabétique.

Ensemble, ils ont noué des liens, bâti un réseau de ressources et de compétences, élaboré des procédures en matière de prise en charge diabétique et sensibilisé la population à l'échelle de la région de la Côte. L'existence de la filière est aujourd'hui une réalité et ses instances sont actives.

2. Des textes fondateurs peu formalisés

A la différence de ce qui s'observe dans les pays voisins (notamment en France), le Canton de Vaud n'a pas établi de cahier des charges type pour les organisations en réseau ou en filière de soins.

De tels textes présentent habituellement les objectifs généraux et spécifiques du projet, établissent ses modalités organisationnelles et permettent la formalisation des adhésions au projet. Par ailleurs, ils ont la particularité d'être actualisés périodiquement et permettent donc à l'ensemble des partenaires de santé de suivre les évolutions du projet.

En collaboration avec l'ARC, la filière a établi les textes fondateurs du projet. Ceux-ci définissent notamment les finalités du projet ainsi que ses grandes orientations.

Les textes fondateurs de la filière DiabAide eux datent du début du projet. Or, entre temps les objectifs généraux ont évolués. En outre, ces textes ne formalisent pas les modalités organisationnelles de celle-ci ainsi que les rôles et les fonctions des différentes instances.

3. Une structuration progressive et performante de la filière DiabAide

La filière s'est progressivement structurée jusqu'à atteindre le modèle d'organisation actuel. Au fil du temps, le projet a acquis de nouvelles activités et de nouvelles fonctions. Suivant cette évolution, l'organisation s'est progressivement structurée.

Au groupe de professionnels organisés en cellule de diabétologie, se sont progressivement associés d'autres instances (de supervision, de décision, de conseil).

Dès le départ, un comité de pilotage a été défini. Celui-ci avait pour missions le suivi des activités du projet ainsi que la définition de ses orientations générales.

Deux instances se sont ensuite ajoutées au projet : une unité décisionnelle (la Direction de projet) et une unité opérationnelle (la cellule de coordination). Ces instances étaient chargées de gérer le développement du projet, ainsi que de définir ses plans d'actions.

L'absence d'une Cellule de Coordination durant les premières années d'activité a freiné l'atteinte de certains objectifs initialement escomptés et s'est traduite par certains problèmes opérationnels dont notamment :

- Une difficulté à connaître les besoins et les attentes des professionnels de terrain,
- Une difficulté à assurer l'exhaustivité et le suivi des adhésions au niveau de la filière de soins,
- Une difficulté à assurer, au niveau des partenaires de santé, la promotion des services offerts par la filière.

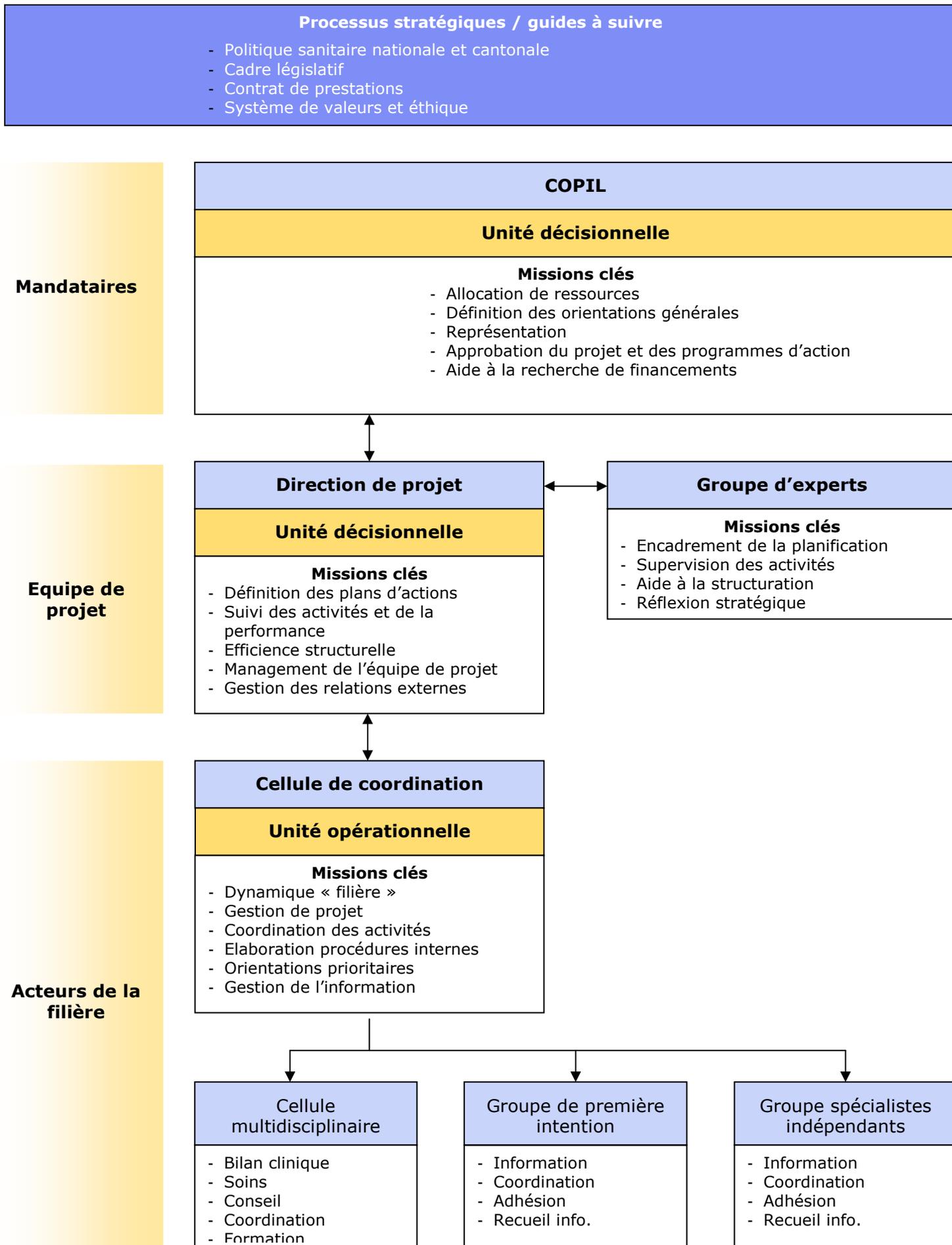
La mise en place de la Cellule de Coordination a donc permis d'intensifier les liens avec l'ensemble des partenaires de santé notamment en terme d'information et d'adhésion et surtout d'assurer le suivi des dossiers médicaux.

Dès 2004, l'organisation a bénéficié du soutien d'une nouvelle instance, celle du groupe d'expert. Celle-ci a directement collaboré avec la Direction de projet et avait pour mission d'aider à la structuration du projet et à l'encadrement des activités. C'est à partir de cette date que la filière s'est véritablement dotée d'un organigramme clarifiant les relations hiérarchiques et latérales entre ses différentes composantes.

En outre, trois unités opérationnelles constituées de professionnels de terrain ont également été définies afin d'assurer la « proximité » avec les partenaires de santé et de les fédérer dans l'organisation du projet.

Tel que présenté dans la figure suivante, la filière DiabAide a structuré son organisation suivant trois niveaux : mandataires, équipe de projet et acteurs de la filière. Cette structuration se caractérise par une répartition entre la fonction décisionnelle de celle opérationnelle. Les missions de politique interne et de vision stratégique sont par ailleurs dissociées de celles de la gestion quotidienne assurant de ce fait un modèle de gouvernance efficace et décrit comme tel par les collaborateurs du projet.

Figure 19 : Représentation de l'organisation de la filière DiabAide.



4. Une faible lisibilité du modèle organisationnel

Comme mentionné précédemment, la filière s'est dotée d'un organigramme permettant à chaque acteur de se situer au sein de l'organisation et de saisir les finalités de son intervention.

Il est cependant difficile de se retrouver au sein de l'organisation et les acteurs de terrain ont exprimé un manque de lisibilité. Les acteurs identifient tous la cellule de coordination comme l'interlocuteur opérationnel de la filière mais ne saisissent pas l'articulation ni les fonctions des autres unités. Or, cet élément est important car la lisibilité des différentes fonctions conditionne la participation des acteurs de terrain : elle leur permet non seulement de comprendre les services qui leur sont offerts (c'est-à-dire les bénéfices concrets qu'ils peuvent en retirer) mais également de saisir les modalités selon lesquelles leurs attentes et leurs besoins seront intégrés aux orientations générales du projet.

Plusieurs raisons expliquent cette situation. Parmi celles-ci, trois ont été identifiées par les différents acteurs interviewés :

- Un défaut de formalisation : l'organigramme a bien été établi mais les fonctions ainsi que le cadre des responsabilités de chaque instance n'a pas été formalisé. Leurs fonctions sont brièvement décrites dans les procès verbaux (notamment ceux des réunions du groupe d'expert) mais les instances ne disposent pas de cahiers des charges précisant le périmètre de leurs rôles et de leurs fonctions.
- Un manque d'outils de communication : comme mentionné précédemment, la filière ne dispose pas de textes fondateurs. De ce fait, la filière manque d'un document actualisé établissant sa structure organisationnelle ainsi que les missions respectives à chacune de ses instances.
- Une défaut de diffusion de l'information : l'organigramme a bien été défini et validé par les différentes instances de la filière mais sa diffusion au niveau des acteurs de terrain est apparue insuffisante. En outre, l'organigramme ni les procès verbaux des différentes réunions ne sont disponibles sur le site Internet du projet.

La lisibilité de l'organisation et l'articulation des différentes instances sont donc difficilement saisissables par les différents acteurs de terrain. Dans le cadre de ce travail, un exercice de synthèse a été réalisé afin d'établir les missions clés de chacune d'entre elle et afin d'apporter une cohérence à la réflexion.

Ce travail est présenté dans la figure 19. Il n'a pas la prétention d'être exhaustif ni définitif. Les missions clés qui ont été identifiées sont issues des différents entretiens ainsi que de l'analyse diachronique des documents internes. Leur présentation a pour principal objectif de guider leur formalisation future par les acteurs du projet.

5. Le COPIL se charge de l'allocation des ressources et de l'approbation du projet

Le COPIL est une instance de concertation et de décision qui assure, dans sa composition, la représentation de l'ensemble des mandataires : un représentant de l'ARC, un représentant du Service de la Santé Publique et un représentant par assureur participant. Sa composition comprend donc la totalité des financeurs concernés par le projet.

L'instance est informée du suivi des activités et elle assure notamment les missions suivantes:

- Allocation de ressources
- Définition des orientations générales
- Représentation auprès des instances publiques
- Approbation du projet et des programmes d'action
- Aide à la recherche de financements

Aujourd'hui, le COPIL est en place, il est actif, l'instance est identifiée par les acteurs du projet et elle est convoquée régulièrement. Les réunions ont lieu tous les 2 à 3 mois. Un ordre du jour des séances est communiqué à l'avance aux participants et il est dressé après chaque réunion un procès verbal présentant les débats ainsi que les principales décisions. Les comptes rendus des séances sont transmis systématiquement aux membres de la direction de projet.

Le niveau de participation aux réunions est élevé, tous les représentants y assistent, traduisant de ce fait la forte implication des responsables concernés dans le déroulement du projet.

6. L'équipe de projet est composée de la direction de projet et d'un groupe d'expert

La direction de projet est une instance décisionnelle composée de deux personnes : un chef de projet engagé à 30% ainsi qu'une coordinatrice du projet engagée à 60%. Elles se réunissent également de manière régulière au moins une à deux fois par semaine. Leur missions principales consistent à assurer la gestion quotidienne du projet et l'instance intervient notamment dans :

- La définition des plans d'actions
- Le suivi des activités et de la performance
- La recherche d'une efficacité structurelle
- Le management de l'équipe de projet
- La gestion des relations externes

Cette instance est soutenue dans ses activités par un groupe d'experts. Ce dernier est composé de dix membres représentant les parties impliquées dans le projet : médecins généralistes et spécialistes, experts des réseaux, experts de « disease management », pharmaciens, administrateurs. Cette instance joue le rôle de support et de conseiller auprès de la direction de projet. Cette instance se réunit sur demande de la direction de projet, en moyenne une fois par mois. Un ordre du jour est établi préliminairement et distribué aux membres du groupe et un procès verbal est rédigé systématiquement.

7. La faible représentativité des bénéficiaires du projet au sein des instances décisionnelles

Les deux instances décisionnelles: le COPIL et la direction de projet sont actives et se réunissent régulièrement.

Cependant, ce qui distingue le projet DiabAide des autres structures similaires, c'est la composition de ses instances décisionnelles. Habituellement, elles réunissent toutes les composantes associées aux projets : représentants des hôpitaux, usagers, médecins libéraux etc. Or, la représentation des patients n'est par exemple pas assurée au sein des instances décisionnelles. Pourquoi ? *« Parce que c'est compliqué ! A notre stade, on n'était pas mature pour l'intégration de patients dans les processus de prises de décisions. Cependant, on prévoit une évaluation régulière du projet par des groupes focaux de patients ».*

Afin d'assurer une efficacité décisionnelle, le projet DiabAide a donc choisi de limiter la participation à ses instances décisionnelles à quelques membres. Ce choix simplifie les processus de prises de décisions mais en contre partie, il rend plus difficile l'adhésion des partenaires de santé aux actions entreprises par le projet : il apparaît plus difficile de fédérer les partenaires de santé aux projets menés par la filière.

8. L'instance opérationnelle est identifiée par l'ensemble des acteurs et elle se charge de mettre en œuvre les missions qui lui sont assignées

L'instance opérationnelle est constituée par la Cellule de Coordination qui met en application la politique interne telle que définie par la Direction du projet et, à ce titre, assure les missions d'organisation, de coordination et de gestion.

Cette structure de coordination est en place. Elle dispose de locaux, d'équipements et a acquis une bonne visibilité. Elle bénéficie du concours des services logistiques de l'Hôpital d'Aubonne et d'un suivi financier spécifique assuré par L'ARC.

Cette instance est composée de deux personnes : la coordinatrice du projet ainsi qu'une secrétaire engagée à 30%. Ses missions principales consistent notamment à :

- Etablir un modèle organisationnel régional en diabétologie c'est-à-dire une dynamique d'échange entre les différents partenaires de santé en vue d'assurer un cheminement coordonné des patients diabétiques.
- Elaborer, valider et diffuser des outils méthodologiques, des procédures organisationnelles ainsi que des protocoles, de portée transversaux, référents au sein de l'ensemble de la filière de soins.
- Veiller à la coordination et à la cohérence des actions entreprises au sein des 3 groupes de professionnels, contribuer à la réalisation de leurs projets et valider les travaux de fond qui y sont menés.
- Définir et communiquer les orientations prioritaires de la filière et le programme d'actions.
- Centraliser les données de diabétologie, assurer leur analyse et finalement leur diffusion.

9. Une coordination non formalisée entre l'instance décisionnelle et l'instance opérationnelle mais décrite comme efficace dans la pratique

Malgré l'absence de cahiers des charges formalisant les périmètres des responsabilités des différentes instances, le niveau de collaboration entre celles-ci est décrit comme satisfaisant. L'interaction entre ces deux unités apparaît positive. La Cellule de Coordination participe à la formulation des axes prioritaires et établit en collaboration avec la Direction du projet le plan d'actions à conduire.

Il faut dire que la collaboration est facilitée par le fait que la coordinatrice du projet fait également partie de la Direction de Projet ce qui permet un partage régulier de dossiers et ce qui facilite le processus décisionnel entre ces deux instances.

10. Trois groupes de professionnels forment la toile de fond du projet DiabAide

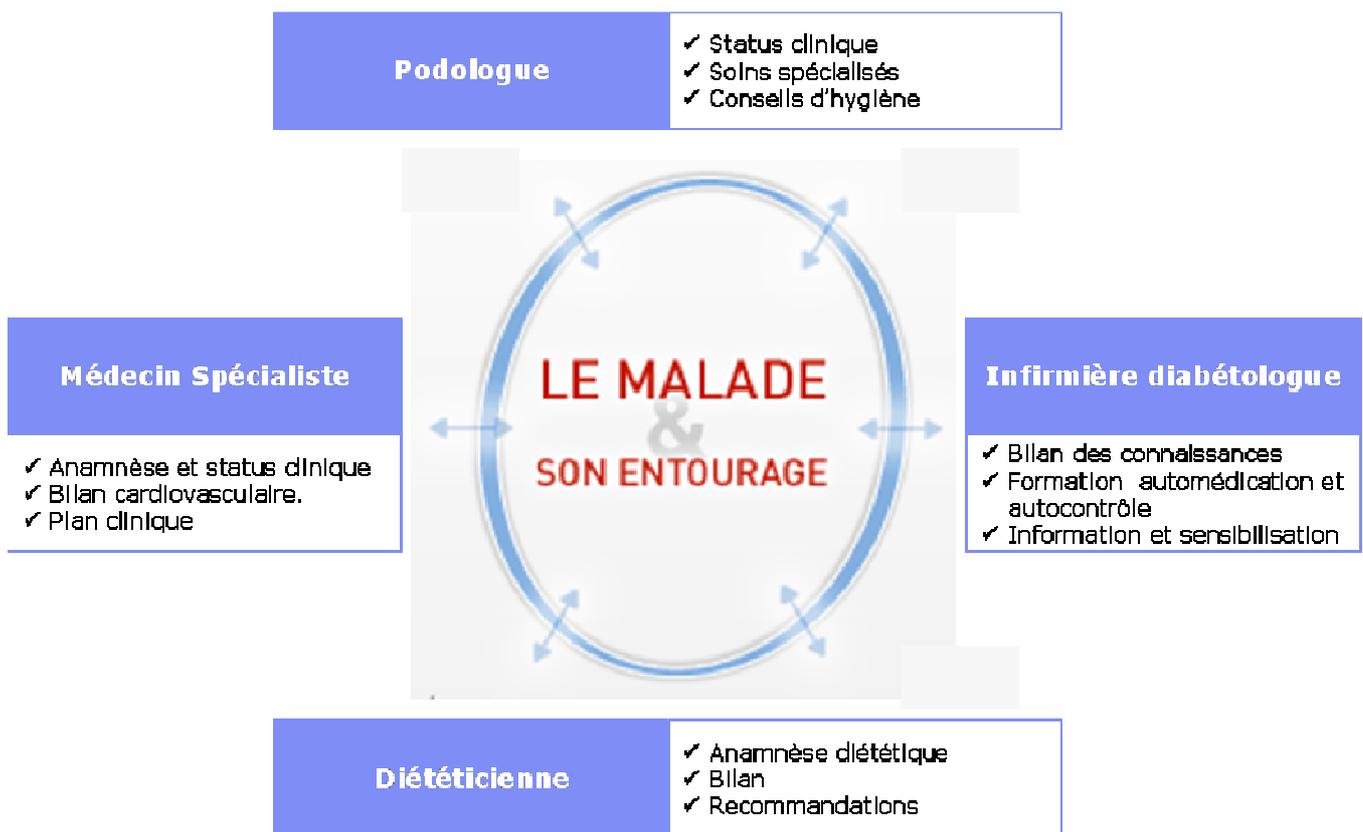
Outre la cellule de coordination, la gestion opérationnelle du projet est assurée par trois groupes de professionnels. Chacun d'eux dispose de fonctions spécifiques. On distingue :

- **Le « Groupe de premier recours »**
Ce groupe est composé d'environ 70 médecins et de 6 pharmaciens. Les médecins sont la « porte d'entrée » des patients dans la filière. Ils ont tous formalisé leur adhésion au projet et effectuent des demandes de prise en charge ou de bilan en fonction des besoins des patients. Ils participent également à la rédaction des référentiels de bonnes pratiques. Les pharmaciens, quant à eux, ont un rôle de conseiller médical et participent à la définition des plans thérapeutiques. De plus, ils interviennent dans le recueil d'informations liées à l'observance thérapeutique des patients.
- **La « Cellule multidisciplinaire DiabAide ».**
Composée d'infirmières diabétologues, de médecins spécialistes, d'une diététicienne et d'un podologue, cette équipe de spécialistes dispose d'une mission d'évaluation clinique, de conseil thérapeutique et de coordination des prises en charge. Chaque patient admis dans la filière est suivi au cours de réunions de concertation pluridisciplinaires qui réunissent les différents professionnels de la cellule ce qui permet une coordination des moyens thérapeutiques et des diagnostics dans la prise en charge de ces patients.

Cette unité se charge donc de faire le bilan de l'état de santé diabétique des patients transmis par le groupe de premier recours et de définir pour chacun d'eux un plan thérapeutique.

En outre, « la principale critique des médecins de premiers recours concernant l'accessibilité du site d'Aubonne, il est prévu d'organiser un système de consultation multi sites en développant une consultation à Nyon et une à Morges ».

Figure 20 : Définition des fonctions respectives à chacun des membres de la cellule multidisciplinaire



- **Le « Groupe de spécialistes indépendants ».** Composé de médecins spécialistes (diabétologues, ophtalmologues, cardiologues etc.). Ce groupe constitue un pool de professionnels auquel peuvent faire appel les omnipraticiens et/ou la cellule multidisciplinaire en vue d'une consultation spécialisée. Le quorum des spécialités a été défini par la filière. Cependant « *ce groupe là n'est aujourd'hui pas clairement identifié. Sa construction constitue un défi pour l'avenir en vue d'assurer la prise en charge non seulement de la pathologie diabétique mais également des pathologies associées et de ses complications* ».

Enfin, la filière a défini un groupe de référents ou répondants hospitaliers en diabétologie. Ce groupe permet de faire l'interface entre la médecine de ville, la filière et le milieu institutionnel en vue d'assurer une continuité dans les prises en charge. Les professionnels qui composent ce groupe, majoritairement des infirmiers hospitaliers, ont également une fonction de dépistage c'est-à-dire d'appréhender les situations à risques requérant l'intervention de professionnels spécialisés.

La filière DiabAide est structurée suivant un modèle organisationnel sur trois niveaux. Malgré l'absence de cahiers des charges formalisés pour chacune de ses composantes, le système décisionnel apparaît satisfaisant.

11. Un mode de management très participatif

Le mode de management adopté par la filière de soins est très participatif. Dans ce sens, elle a recherché l'adhésion d'un maximum de partenaires de santé et à la promotion du développement de relations transversales constructives entre les différents acteurs dans une perspective d'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques.

De ce fait, le projet est un vecteur de rencontres, d'échanges et un facilitateur dans la transmission des informations. Les activités menées par la filière ainsi que l'augmentation progressive du nombre des adhérents rend compte de la valeur ajoutée apportée par un tel mode managérial.

En contre partie, le mode de management adopté par la filière n'est que peu basé sur les résultats. Ceci se traduit aujourd'hui par une difficulté à évaluer le résultat des différentes interventions par rapport aux objectifs préliminairement fixés.

Par ailleurs, le développement de la filière s'est progressivement construit sur la base de nouveaux projets dérivés de nouvelles demandes de financement. Dans ce cadre, le mode de management paraît avoir été davantage réactif que proactif. Cet élément s'illustre notamment par la difficulté, pour les adhérents, de saisir concrètement les orientations futures choisies par le projet.

12. Une faible utilisation des outils de management dans une perspective d'aide à la décision

L'équipe de projet s'est attachée à suivre les entrées et les sorties de la filière de soins. Cet important travail lui permet aujourd'hui de disposer d'une base de données actualisée sur les membres de la filière, leur typologie administrative ainsi que sur leur profil de spécialité.

Par ailleurs, la filière dispose de toute une série de données relatives à l'activité (notamment concernant le nombre et la typologie des consultations, des séances de formation, etc.), ainsi que des données sur l'état de santé des patients diabétiques (comorbidités, facteurs de risques etc.).

Ces indicateurs apportent des informations utiles permettant d'orienter le niveau d'aide requis par chaque partenaire de santé. Cependant, le suivi de la couverture (degré d'atteinte de la population cible), le suivi des interventions et/ou de leur déroulement (accessibilité, continuité etc.) ou encore de leur impact est difficilement réalisable.

Figure 21 : Etat des lieux des documents internes / outils requis pour assurer le bon fonctionnement d'une filière de soins

		Ces documents/outils existent-ils ?	oui	non	en cours
Documents internes	Textes fondateurs		X ¹		
	Organigramme		X ²		
	Cahier des charges des différentes instances			X ³	
	Cahier des charges des collaborateurs de la cellule			X ⁴	
	Cadre de collaboration		X ⁵		
	Business plan		X ⁶		
Outils de pilotage	Tableau de bord: objectifs/réalisations		X ⁷		
	Données et indicateurs d'activité				X ⁸
	Annuaire actualisé des adhérents à la filière		X ⁹		
	Tableau de suivi par rapport au plan de promotion et de prévention de la santé du Canton de Vaud			X ¹⁰	
Outils de communication & d'information	Rapport d'activité annuel de la filière		X ¹¹		
	Site web		X ¹²		
	Dossier médical commun	Papier		X ¹³	
		Informatisé		X ¹³	
Procédures internes	Référentiels de bonnes pratiques		X ¹⁴		
	Procédures de transfert		X ¹³		
	Documents de formation		X ¹⁵		
	Cahier des charges de l'évaluation			X ¹⁶	

1. Les textes fondateurs datent du début du projet, or la filière a subi une évolution autant structurelle que dans ses missions et l'actualisation des textes fondateurs n'a pas été réalisée.
2. La filière s'est dotée dès 2004 d'un organigramme spécifiant les relations hiérarchiques et latérales entre ses différentes composantes qui rend compte de ses modalités organisationnelles actuelles.
3. La filière a précisé les missions principales de ses différentes instances mais leur cahier des charges n'a pas été formalisé ni diffusé aux différents partenaires de santé.
4. Les collaborateurs qui participent au développement des activités du projet disposent d'un profil de poste mais la filière n'a pas établi de cahier des charges spécifiques les concernant.
5. La filière dispose d'un document établissant les règles et les modalités de collaboration avec les partenaires de santé et permettant la formalisation de leur adhésion.
6. Fin 2004, la direction de projet en collaboration avec le groupe d'experts a formalisé un business plan en vue de soutenir les recherches de financements.
7. La filière a formalisé un tableau de bord lui permettant de progressivement vérifier le niveau d'atteinte des objectifs initialement prévus.
8. Un tableau de bord concernant l'activité de la filière est en cours de réalisation ce qui permettra aux instances décisionnelles d'avoir un aperçu périodique des actions menées.
9. La filière dispose d'un annuaire actualisé des adhérents spécifiant leur typologie professionnelle mais ce document n'est pas diffusé à l'ensemble des partenaires.
10. La filière n'a pas établi de tableau de bord prospectif en lien avec les priorités sanitaires cantonales lui permettant de suivre la cohésion des actions menées par le projet par rapport à celles du Canton.
11. La filière publie deux fois par année un bulletin d'information présentant les principales données d'activité, les évolutions en termes organisationnels ainsi que les événements prévus.
12. Depuis 2004, la filière s'est dotée d'un site web permettant la mise à disposition des partenaires de santé de toute une série d'informations relatives à la filière et à la prise en charge du diabète.
13. La filière ne dispose pas en soit d'un dossier médical commun. Seules des fiches de transferts sont établies et permettent le suivi des informations entre les différents intervenants.
14. La filière a établi des protocoles thérapeutiques et diagnostics en vue d'harmoniser les pratiques professionnelles. Ces documents sont diffusés et régulièrement actualisés.
15. L'amélioration de la qualité des prises en charges et du pronostic des personnes atteintes du diabète se concrétise notamment par la réalisation de séances de formation destinées aux acteurs de santé.
16. La filière a pour mission d'évaluer les pratiques des professionnels membres de la filière notamment en lien avec l'utilisation des référentiels, cependant le cahier des charges n'a pas été formalisé.

13. Le « circuit patient » est formalisé et les modalités de fonctionnement sont connues des professionnels

En terme de « circuit patient », le fonctionnement de la filière est structuré et les procédures internes sont formalisées. En outre, les moyens d'interaction avec la filière semblent clairs pour l'ensemble des médecins traitants interviewés.

Le « circuit patient » fonctionne de la manière suivante : les médecins traitants faisant partie du groupe de premier recours réfèrent les patients à la cellule de diabétologie. Les motifs de transferts se séparent en 2 types :

- soit les médecins traitants demandent une évaluation du traitement de leurs patients ; l'intervention de la cellule de diabétologie est alors plutôt ponctuelle,
- soit les médecins traitants demandent une évaluation et une prise en charge globale de leurs patients diabétiques ; l'intervention de la cellule est alors continue.

Les demandes de consultation sont habituellement transmises par fax. L'unité de diabétologie se charge ensuite de faire le bilan de l'état de santé diabétique, de définir pour chacun d'eux un plan thérapeutique et d'apporter les informations requises afin que les patients puissent disposer des compétences nécessaires pour être les plus autonomes possibles et pour gérer le quotidien de leur maladie.

Dans la majeure partie des cas, *« les médecins traitants réfèrent leurs patients pour des demandes précises, style le diabète de mon patient est déséquilibré, veuillez évaluer le traitement et éventuellement introduire l'insuline. On est donc plus dans des démarches ponctuelles que dans une démarche de coordination des interventions des différents spécialistes (ophtalmologue, néphrologue etc) »*.

Une fois que le diabète est stabilisé, un courrier de synthèse est transmis aux médecins traitants.

L'entrée des patients au sein de la filière se fait donc au travers des médecins traitants et après chaque épisode de prise en charge les patients retournent auprès de leurs médecins traitants.

En outre, la filière fait intervenir les pharmaciens qui se chargent non seulement d'informer les patients sur les prescriptions médicamenteuses mais également d'évaluer régulièrement leur niveau de connaissance et leur « compliance » par rapport aux traitements en cours. Les pharmaciens sont en contact réguliers avec l'équipe de projet.

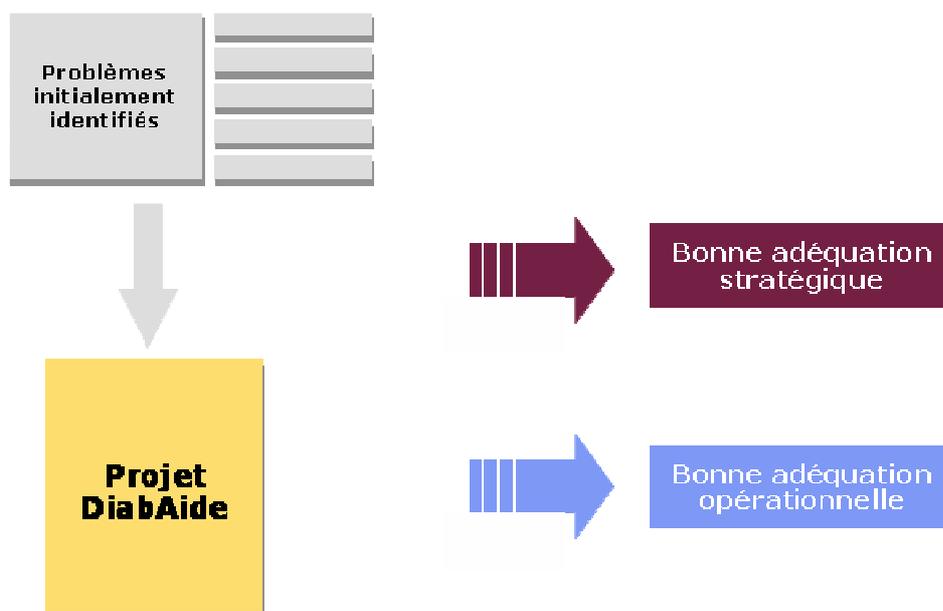
14. Evaluation du lien entre les objectifs du projet et les ressources mises en œuvre pour les atteindre

Ce chapitre révèle qu'il existe un lien robuste entre les objectifs du projet et les ressources mises en œuvre pour les atteindre.

Le projet DiabAide est structuré, ses instances sont en place et se réunissent régulièrement, l'instance opérationnelle est identifiée par la majorité des acteurs, le circuit patient est formalisé et le projet mène ses activités en vue d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés.

La conduite du projet apparaît de ce fait adéquate. Cependant, le renforcement de certains éléments permettrait de faciliter les prises de décisions, d'améliorer la lisibilité du processus organisationnel et de mieux promouvoir les activités du projet.

Figure 22 : Appréciation globale de l'adéquation entre les objectifs du projet et les ressources mobilisées pour les atteindre



VI. La nature des différents services rendus et l'état des lieux des différentes actions engagées

1. La déclinaison de l'objectif général en actions

L'objectif général de la filière DiabAide, telle que définie dans les documents internes est présenté de la manière suivante :
 « *Le projet de filière coordonnée a comme objectif d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques par une organisation des soins fondée sur la collaboration, le partage de l'information et la coordination des prestations* ».

Trois groupes d'intérêts de la filière de soins peuvent être identifiés : les patients, les professionnels de santé et les financeurs. Chacun d'eux disposant d'attentes et de besoins spécifiques. L'objectif général défini par la filière permet d'apporter une valeur ajoutée à chacun de ces groupes d'intérêts.

En vue de situer la filière dans le système de soins et de saisir ses finalités par rapport à chacun de ces groupes d'intérêts, l'identification des valeurs ajoutées apportées par la filière est une démarche qu'il est important de réaliser. La figure suivante en présente une proposition.

Figure 23 : Description des besoins et des bénéfices potentiels pour chacun des groupes d'intérêts de la filière de soins.

Bénéficiaires	Quels sont leurs besoins ?	Quels bénéfices leur apporte le projet
Les patients	<ul style="list-style-type: none"> - Une prise en charge sûre et de qualité - Une accessibilité à des soins personnalisés, efficaces et coordonnés - Une continuité dans la prise en charge 	<i>La filière permet d'assurer une accessibilité organisationnelle, elle garanti une prise en charge continue des patients et offre les connaissances nécessaires aux usagers afin qu'ils soient les plus autonomes et les plus actifs possibles dans la prise en charge de leur maladie</i>
Les professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Une circulation efficace de l'information - Un accès à des conseils spécialisés et à des recommandations actualisées de prises en charge - Un réseau de contact permettant les échanges 	<i>La filière permet d'offrir aux professionnels un accès aux informations médicales et techniques et organise la mutualisation des compétences collectives</i>
Les financeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Un système médical efficace et soutenable 	<i>La filière permet au système de santé d'être efficient et elle garanti des coûts soutenables</i>

Pour réaliser l'objectif général mentionné précédemment, la filière a mis en place toute une série d'actions autant de formation, de sensibilisation, de conseil que de coordination.

L'examen des actions menées par la filière en regard d'une part de l'objectif général poursuivi et d'autre part des missions assignées à la Cellule de Coordination rend difficile l'appréciation de leur concordance. La déclinaison de l'objectif général en objectifs opérationnels, puis en actions n'est pas directement compréhensible.

De ce fait, la déclinaison de l'objectif général en actions impose un travail préliminaire afin de saisir les liens qui existent entre chacun d'eux.

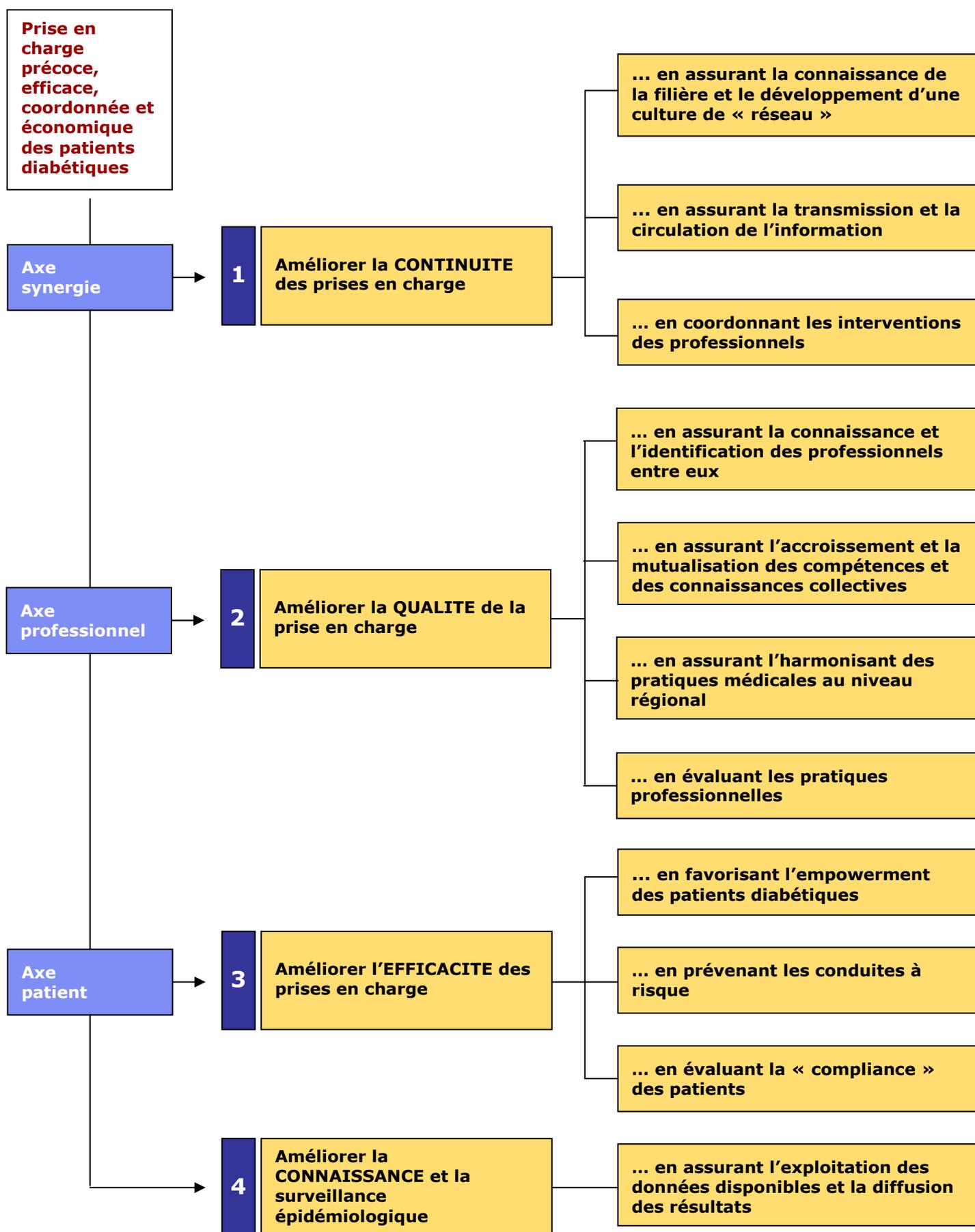
Cet élément rend difficile la vérification des hypothèses interventionnelles et causales et surtout diminue la lisibilité par les partenaires de santé du plan d'action de la filière de soins et des finalités des services qui leur sont offerts.

Dans ce contexte et afin d'assurer une certaine cohérence dans ce travail d'analyse :

- trois axes d'actions ont été définis : axe synergie, axe patient et axe professionnels et
- une proposition de déclinaison de l'objectif général selon quatre objectifs opérationnels a été réalisée. Chacun d'eux faisant référence à un processus clés de la filière de soins:
 1. Améliorer la **qualité** des prises en charge et le pronostic des patients atteints d'un diabète
 2. Améliorer la **continuité** des prises en charge et la coordination des soins prodigués aux patients
 3. Améliorer l'**efficacité** des prises en charge et « l'empowerment » des patients diabétiques
 4. Renforcer la **connaissance** régionale sur les patients et sur l'épidémiologie diabétique.

Ce travail de synthèse est présenté dans la figure suivante. L'ensemble des actions mises en place par la filière est ensuite décrit dans les paragraphes qui suivent, un jugement de valeur par rapport à leur niveau de accomplissement ou par rapport à leurs modalités de réalisation est par ailleurs établi pour chacune d'elles.

Figure 24 : Modalités de déclinaison de l'objectif général en actions



2. L'axe de synergie et l'amélioration de la continuité des prises en charge

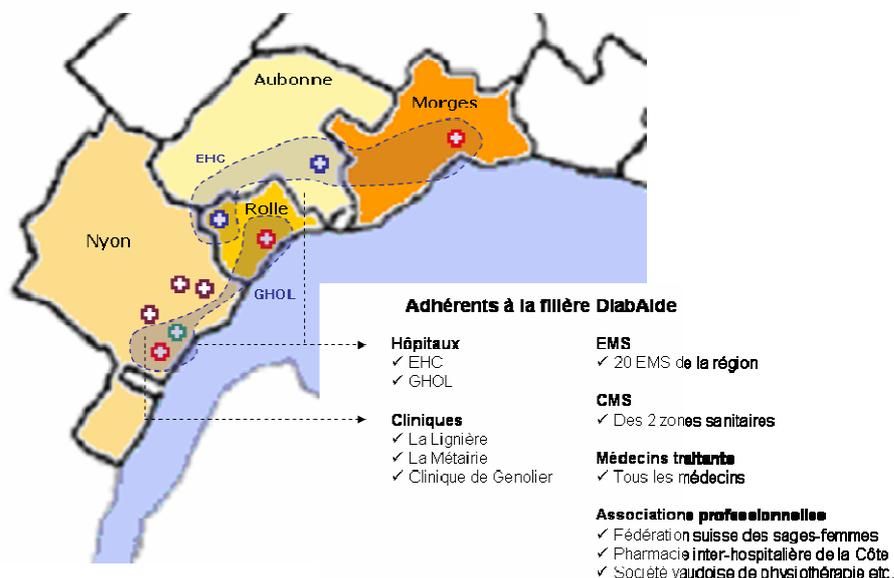
I. Assurer la connaissance de la filière et le développement d'une culture de « réseau »

Afin de promouvoir les échanges entre les différents partenaires de santé et afin d'engager une dynamique « réseau » au niveau régional, l'équipe de projet s'est attachée, avant toute chose, à assurer l'adhésion des professionnels et des institutions de santé concernés par la prise en charge diabétique. Pour assurer cette mission, des actions d'information et de promotion ont été réalisées ; l'objectif étant la présentation des activités menées par la filière, et de ses principales orientations. Parmi ces actions, les suivantes ont été réalisées :

- La rédaction d'articles de presse : parution en juin 2002, dans le courrier SVM, d'un article décrivant les missions du projet. Un autre est rédigé fin août 2004. Enfin, un article est paru dans la revue médicale suisse en 2005.
- La diffusion de documents de présentation : envoi d'un courrier explicatif à l'ensemble des médecins traitants de la région en septembre 2004. Un courrier similaire est également adressé aux Directions des différentes institutions sanitaires, ainsi qu'à l'intention des pharmaciens.
- La création d'espaces d'échanges et de discussions : organisation le 9 décembre 2004 d'un forum médical. Cette première édition du forum DiabAide a bénéficié de l'intervention d'une vingtaine d'orateurs et a mobilisé une centaine de personnes.
- La création du site Internet DiabAide : diffusion d'informations concernant les missions de la filière, les événements, ainsi que ses modalités de fonctionnement.

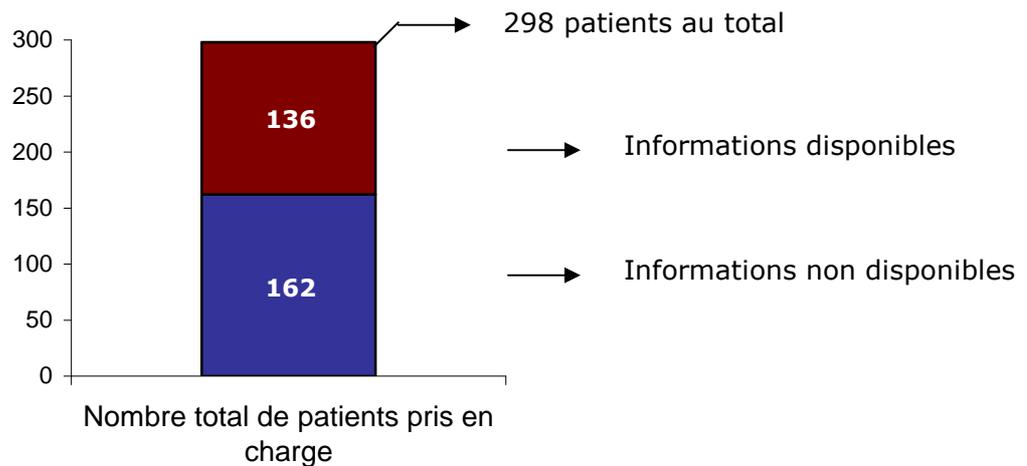
Aujourd'hui, le niveau d'implantation de la filière DiabAide est élevé. Tous les établissements de santé ont adhéré à la filière et tous les médecins praticiens des deux zones sanitaires concernées y sont membres.

Figure 25 : Etat des lieux des adhésions à la filière de soins



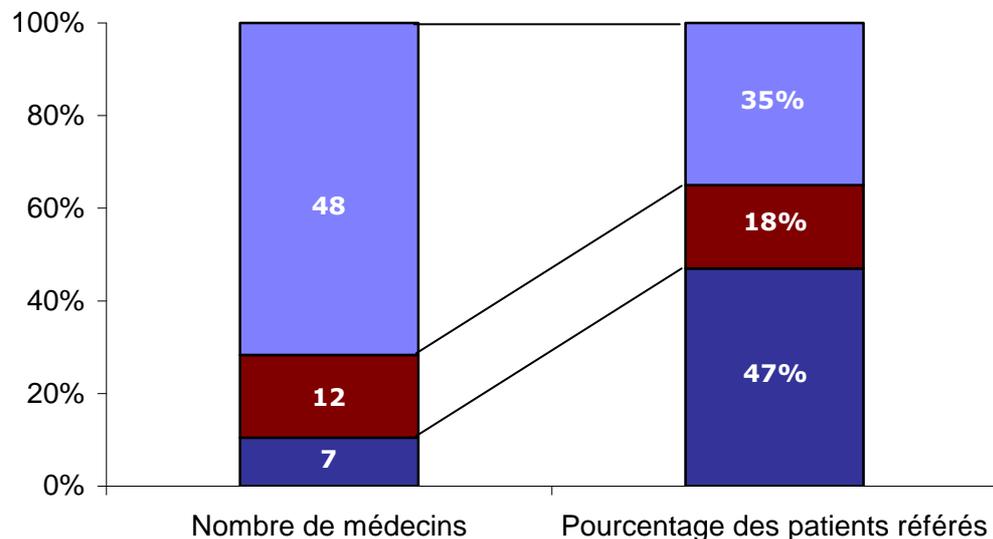
Notons cependant que le « taux de professionnels actifs » au sein de la filière est faible. L'analyse des données statistiques issues du projet DiabAide révèle que durant les 8 premiers mois de l'année 2005 seuls 11% des partenaires de santé de la région ont directement collaboré avec la filière. Ce résultat doit cependant être interprété avec prudence car les données statistiques dont dispose l'équipe de projet sont incomplètes : parmi les 298 patients pris en charge pendant cette période, la filière détient des informations complètes pour 136 d'entre eux, soit pour moins de la moitié.

Figure 26 : Niveau des informations disponibles concernant les médecins référents des patients intégrés dans la filière de soins entre janvier et août 2005.



En outre, l'analyse des données statistiques révèle une forte dépendance de la filière de soins par rapport à un nombre limité de médecins référents. En effet, comme l'illustre la figure suivante, pratiquement la moitié des patients qui ont intégré la filière entre janvier et août 2005 ont été référés par 7 médecins alors que 48 d'entre eux n'ont transmis que 35% des patients et que 12 médecins en ont référé 18%.

Figure 27 : Diagramme de Pareto : médecins actifs et proportion de patients référés.



II. Assurer la transmission et la circulation de l'information

La circulation des informations médicales

Aujourd'hui les échanges d'informations entre la filière et les partenaires de santé se font sur support papier : la filière a formalisé un document de transfert des patients et de demande de consultation permettant le suivi des informations médicales d'un intervenant à l'autre.

Cependant, en vue de faciliter la mémorisation des données, la communication entre les membres de la filière, ainsi que les prises de décisions médicales, le projet DiabAide a participé à la mise en place du projet pilote de Dossier Patient Partagé (DPP) au niveau de la région de la Côte. Ce projet consiste à « *mettre un document sur un serveur qui est accessible par Internet aux professionnels où ils peuvent remplir les informations et qui offre une image du document de transmission qui est actuellement disponible sur format papier* ».

Depuis août 2004, le DPP est en exploitation entre le GHOL et l'EHC site Gilly. En outre, les professionnels des CMS de la région ont été formés et l'exploitation du DPP a débuté en juin de la même année. Par ailleurs, la coordinatrice du projet DiabAide est la responsable de projet DPP au sein de l'ARC.

Cependant, cet outil de communication et de transmission des informations est aujourd'hui dans sa phase expérimentale. Un bilan de l'existant a été réalisé et une feuille de route pour son déploiement au niveau régional a été formalisée. Ce projet se confronte à une série de problèmes logistiques dont notamment l'hétérogénéité des systèmes d'informations actuellement existant au sein des différents partenaires de santé. La mise en place d'un tel système requiert en effet :

- de développer des interfaces nouvelles au sein des établissements et des partenaires de santé,
- d'assurer des temps de formation et d'augmenter la dotation en ordinateurs.

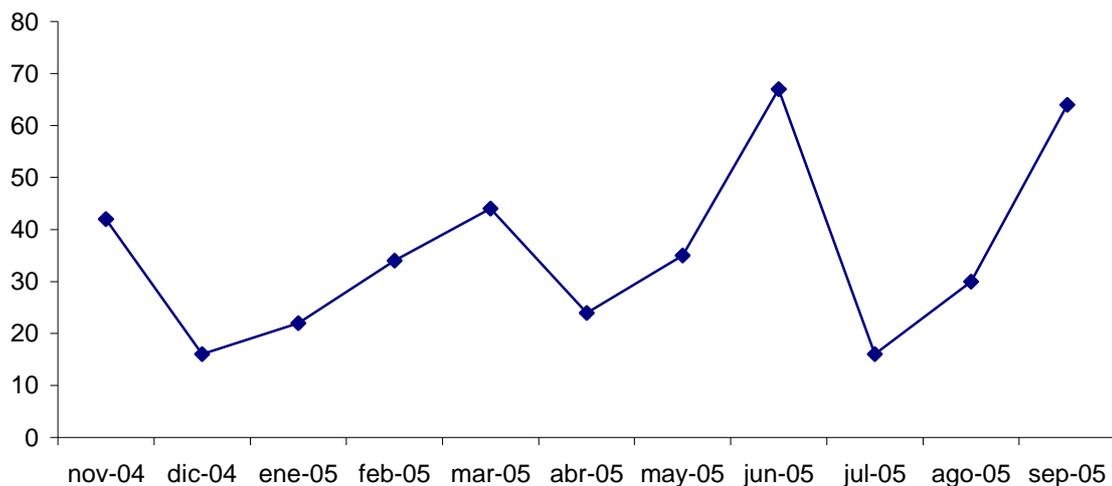
Dans ce contexte, « *le projet de Dossier Patient Partagé est actuellement en phase de déploiement et son utilisation par les cabinets des médecins traitants et des pharmaciens n'est pas encore possible* ».

La diffusion des informations relatives à la filière

Afin d'assurer la communication entre la filière et les adhérents ainsi que la diffusion d'informations, l'équipe de projet a mis en place deux stratégies : elle organise régulièrement des réunions bilatérales et elle a développé un site Internet. Ce site permet la diffusion de toute une série d'informations (informations pratiques, contacts, référentiels de bonnes pratiques, procédures internes, liens, etc.).

Comme illustré dans la figure suivante, le niveau de fréquentation du site Internet a suivi une croissance progressive. Sa fréquentation reste cependant faible : 400 consultations ont été enregistrées entre novembre 2004 et septembre 2005, soit une moyenne de 35 consultations par mois.

Figure 28 : Evolution du nombre de visites du site Internet entre novembre 2004 et septembre 2005



III. Coordonner les interventions des différents professionnels

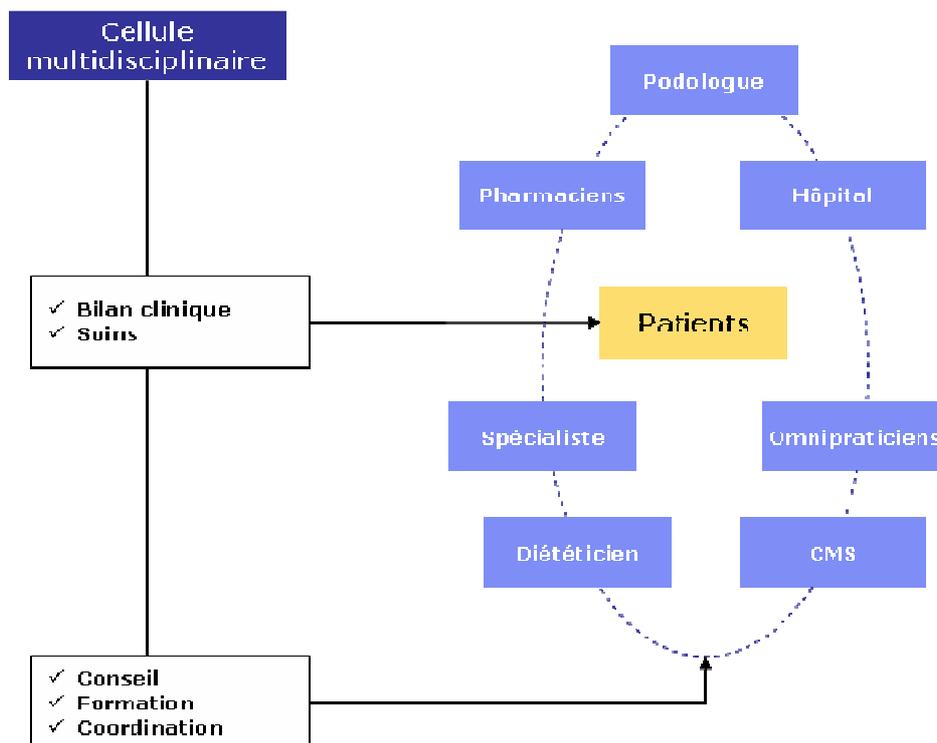
La cellule multidisciplinaire dispose non seulement de missions en lien direct avec les patients (évaluations cliniques, soins) mais également des missions en lien avec les professionnels de santé. Parmi celles-ci, la coordination des professionnels de santé et des différentes interventions.

Cette mission rend compte du fondement essentiel de la filière de prise en charge, c'est-à-dire de mettre en lien les différents professionnels de santé en vue « *d'assurer une fluidité de la trajectoire des malades* » et de prévenir toute rupture dans le suivi des patients requerrant des soins diabétiques notamment entre la médecine de ville et l'hôpital.

Ce processus de coordination se fait:

- Soit directement au travers de la cellule multidisciplinaire. La cellule établit un bilan de santé des patients qu'elle prend en charge, elle formule des recommandations de prises en charge, fournit des soins spécialisés en fonction de l'état de santé du patient et établit un plan de prise en charge : c'est-à-dire qu'elle intègre et mobilise les différents acteurs de santé dans une chaîne thérapeutique. Elle se charge ensuite de coordonner leurs interventions.
- Soit au travers des référents hospitaliers. Ces derniers sont des intermédiaires entre la filière de soins, la médecine de ville, et le milieu institutionnel. Ces acteurs ont un double rôle ; d'un côté, ils permettent la transmission des informations issues de la filière au niveau des équipes hospitalières et, de l'autre côté, ils assurent la continuité des informations entre l'établissement de santé et la médecine de ville. Leur apport est cependant peu valorisé. Les référents traduisent un sentiment d'isolement par rapport à la filière et surtout un manque de moyens mis à leur disposition : « *Je me limite à assurer qu'aucun patient présentant des problèmes liés à son diabète ne passe au travers des mailles, mais c'est tout* ».

Figure 29 : Illustration de la mission de coordination de la cellule interdisciplinaire



⇒ **La filière a-t-elle permis un décloisonnement du système de santé ?**

La filière a notamment permis de renforcer les collaborations :

Interdisciplinaires

En diabétologie la coordination des moyens thérapeutiques et diagnostics requiert une consultation multidisciplinaire qui constitue l'essence même de la discipline. Ce type de consultation est actuellement offert par la cellule, celle-ci est active et tous les dossiers sont analysés en commun par les membres qui la constituent. En outre, la filière a permis de réunir des professionnels de santé autant médicaux que paramédicaux et sociaux dans une démarche thérapeutique. Les liens entre les omnipraticiens et les acteurs sociaux ont été renforcés ainsi que ceux qui lient les médecins spécialistes aux acteurs paramédicaux.

Entre la médecine de ville et l'hôpital

Le développement d'une forme coordonnée de prises en charge, liant les praticiens aux établissements de santé, a vraisemblablement permis d'améliorer leur coordination et ainsi la traçabilité des patients.

La filière a donc permis de réunir les professionnels de disciplines différentes et de les faire collaborer. L'intervention concertée de professionnels de disciplines différentes apparaît donc comme l'un des résultats de décloisonnement obtenu la filière son évaluation est cependant difficilement mesurable.

En conclusion de ce premier axe d'action relatif à la promotion d'une synergie entre les acteurs de santé, 4 éléments apparaissent importants à souligner:

- **Un impact difficilement mesurable**
Dans le cas du projet DiabAide, l'évaluation de la supériorité d'une organisation de type filière sur la continuité des soins est difficilement mesurable : il faudrait pouvoir identifier le niveau de suivi actuel et le comparer à la situation précédant la mise en place du projet. Or cette démarche n'est pas réalisable car il aurait fallu identifier préliminairement des indicateurs et les suivre dans le temps (étude prospective), ce travail n'a malheureusement pas été fait. Malgré les bénéfices éventuels, l'évaluation du niveau de décloisonnement induit par la filière est difficilement mesurable.
- **Un niveau de participation limité et une forte dépendance**
Malgré un fort degré d'implantation de la filière au sein de la région, le niveau de participation des différents acteurs reste limité : seuls 11% des médecins participent activement aux missions de la filière. En outre, le niveau de dépendance est élevé. En effet, la majeure partie des patients est référée par un nombre limité d'acteurs de santé. Le déploiement de la filière au sein de la région de la Côte nécessitera donc la mise en place d'une stratégie en vue d'assurer non plus seulement l'adhésion mais également la participation de l'ensemble des partenaires de santé concernés par la prise en charge diabétique.
- **Un système d'information insuffisamment développé**
Un élément clé dans le fonctionnement en « réseau » des acteurs de santé est celui de la transmission des informations. Aujourd'hui, la circulation des informations se fait principalement à partir d'un support papier, or la coordination et la diminution des délais cibles entre les différentes étapes des prises en charge requièrent un transfert rapide, complet et sûr des informations médicales.
- **Une coordination ville-hôpital insuffisamment valorisée**
Le décloisonnement du système de santé passe non seulement par l'offre d'une alternative à l'isolement des médecins praticiens mais également par l'amélioration de la continuité entre la médecine de ville et les prises en charge hospitalières. Dans ce cadre, les référents hospitaliers disposent d'un rôle central. Cependant leur mobilisation est aujourd'hui insuffisamment valorisée ce qui diminue l'efficacité de leurs interventions et le niveau de coordination.

3. L'axe des professionnels et l'amélioration de la qualité des prises en charge

I. Assurer la connaissance et l'identification des professionnels entre eux

Comme mentionné précédemment, l'équipe de projet a engagé toute une série d'actions afin de fédérer les partenaires de santé. Dans une perspective d'échanges et de collaboration, la filière s'est également attachée à assurer la connaissance et l'identification des professionnels entre eux. Certaines des actions précédemment décrites avaient déjà permis à ces professionnels de se réunir et de partager leurs points de vues (la journée annuelle DiabAide – Forum 2004 par exemple) mais la filière a également développé d'autres actions, parmi les quelles :

L'annuaire des adhérents

La filière recense et actualise périodiquement une liste des partenaires de santé adhérents au projet. Cet annuaire est un document très complet qui recense non seulement les partenaires médicaux mais également les acteurs paramédicaux et sociaux membres de la filière. Or, ce document est principalement utilisé par les responsables du projet afin de suivre l'évolution des adhésions et il n'est pas rendu accessible à l'ensemble des partenaires membres de la filière. Son utilité est donc limitée et sa diffusion (notamment au travers du site Internet) permettrait aux acteurs de santé de connaître leurs homologues médicaux et paramédicaux avec lesquels ils peuvent directement collaborer, ce qui faciliterait les échanges et la mutualisation des compétences.

L'annuaire des médecins spécialisés

En outre, l'équipe de projet a établi une liste des médecins spécialisés intervenant dans la prise en charge du diabète et de ses complications au niveau régional. Cet annuaire permet aux médecins traitants de connaître les professionnels spécialisés ce qui facilite leurs collaborations et le transfert des patients en cas de besoin. Cet annuaire n'est cependant pas diffusé sur le site Internet ce qui limite son accessibilité.

II. Assurer l'accroissement et la mutualisation des compétences et des connaissances collectives

Afin d'assurer cette mission, la filière a développé trois principaux moyens :

La consultation multidisciplinaire permettant l'examen et le suivi en commun des patients présentant une pathologie diabétique. Cette consultation réunit des professionnels médicaux et paramédicaux et assure de ce fait un partage des connaissances et une prise en charge globale des patients.

Les séances de formation concernent des thèmes spécifiques et sont organisées périodiquement (notamment à l'intention des référents hospitaliers). Ces séances permettent d'actualiser les connaissances et d'améliorer les compétences. Cependant, l'analyse des besoins en formation continue a été réalisée de manière succincte et les actions de formation continue à l'intention des professionnels médicaux restent ponctuelles.

La permanence téléphonique à l'intention des professionnels de santé. Cette permanence « *permet aux acteurs de santé d'avoir accès à des compétences spécialisées et d'obtenir des conseils de prises en charge* ». Elle est décrite comme très utile par les professionnels de santé, son niveau d'utilisation n'est cependant pas mesuré.

III. Assurer l'harmonisation des pratiques médicales au niveau régional

Afin d'améliorer les pratiques médicales et de délivrer des soins efficaces et conformes aux données actuelles de la science, la filière a mis en place deux leviers :

- elle a promu l'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques médicales en diabétologie.
- elle diffuse des informations sur l'état de santé des patients diabétiques pris en charge par la filière et a pour objectif de diffuser des informations sur les pratiques des différents professionnels de santé.

Les référentiels de bonnes pratiques

En collaboration avec les groupes de professionnels (groupe de première intention, groupe de spécialistes indépendants) et sur la base des protocoles de la « Société Suisse d'Endocrinologie », l'équipe de projet a contribué à la création de référentiels de bonnes pratiques. Ceux-ci sont diffusés au travers du site Internet. Aujourd'hui, les protocoles suivants sont disponibles :

- Critères de diagnostic
- Objectifs thérapeutiques
- Recommandations thérapeutiques
- Schéma thérapeutique
- Hypoglycémie
- Coma hypoglycémique

Ces documents constituent aujourd'hui le référentiel commun aux membres de la filière en terme de prise en charge diabétique.

Ces référentiels, qui traitent autant de pratiques thérapeutiques que de pratiques diagnostiques, permettent aux professionnels de santé de développer leurs compétences en matière de prise en charge. Tous les professionnels interviewés ont exprimé la grande valeur ajoutée qu'apportent ces référentiels dans leur pratique quotidienne.

Leur actualisation est régulière. Cependant, les dates de création ne sont pas mentionnées ce qui paraît limiter leur fiabilité et leur niveau d'utilisation par quelques acteurs de santé.

Les informations sur les modalités de pratiques

Actuellement, la filière se limite à la diffusion d'informations concernant l'état de santé des patients qui sont pris en charge par la cellule multidisciplinaire. Elle a cependant l'objectif d'adopter une stratégie de changement des pratiques professionnelles par la diffusion d'informations concernant les modalités de pratiques. Cet axe d'action est actuellement en cours de réalisation. Il requiert l'identification d'indicateurs clés et un recueil de routine de ces données. Sa mise en place exige une coordination avec la définition du système d'information de la filière, or ce dernier est en cours de formalisation.

IV. Evaluer les pratiques professionnelles

Cette dernière action est fondamentale en vue d'améliorer les pratiques professionnelles. La filière s'est principalement chargée d'impulser le développement de référentiels au niveau régional mais elle n'a pas, à l'heure actuelle, entrepris d'étude spécifique ni identifié des indicateurs lui permettant de suivre et de vérifier l'adhésion des professionnels aux recommandations de pratiques.

Un projet d'évaluation des pratiques médicales est cependant à l'ordre du jour, celui-ci prévoit :

- l'évaluation de l'état de santé annoncé des patients référés (complications existantes, comorbidités etc.)
- l'évaluation des pratiques médicales sur la base d'une feuille de suivi distribuée par la filière aux médecins traitants (dosage de l'hémoglobine glyquée, de la microalbuminurie etc.)

Ces évaluations permettent d'obtenir « *année après année une image de l'évolution de l'état de santé des patients et indirectement de l'évolution des pratiques médicales* », l'objectif étant « *d'identifier les lacunes existantes en vue principalement de guider les thématiques des séances de formation* ».

⇒ **La filière a-t-elle permis d'améliorer la qualité des prises en charges et d'augmenter la satisfaction des professionnels ?**

La filière a notamment permis :

- **De renforcer les échanges** : elle a permis aux professionnels de santé de mieux se connaître et de pouvoir faire appel les uns aux autres en cas de besoin.
- **De fournir une unité de conseil et de prise en charge** : elle a permis aux professionnels de pouvoir faire appel à une cellule de consultation multidisciplinaire soit pour un conseil, soit pour un bilan, soit pour une prise en charge.
- **De fournir un savoir** : elle a permis aux professionnels de santé de pouvoir améliorer leurs connaissances et leurs compétences dans la prise en charge du diabète non seulement au travers de séances de formation mais également par la mise à disposition de protocoles de bonnes pratiques.

La filière a donc apporté des ressources et des outils en vue d'améliorer la qualité des prises en charges des patients diabétiques par les médecins de la région. L'impact de ces mesures est cependant difficilement mesurable : sur la base de l'expérience DiabAide, la supériorité de cette forme de prise en charge sur la qualité des soins est aujourd'hui difficile à affirmer.

En outre, la satisfaction des professionnels est un élément fondamental dans une organisation en filière. Non seulement elle conditionne leur adhésion aux valeurs et aux règles internes mais elle agit également sur la qualité des soins perçus par les patients.

L'évaluation du niveau de satisfaction des professionnels de santé est de ce fait une composante centrale mais elle n'a pas été évaluée par la filière. Néanmoins, les interviews réalisées traduisent une forte satisfaction des professionnels de santé. La filière paraît répondre de manière adéquate à leurs attentes et à leurs besoins.

4. L'axe des patients et l'amélioration de l'efficacité des prises en charge

I. Favoriser l'empowerment des patients diabétiques, prévenir les conduites à risques et renforcer leur observance

Les particularités cliniques et thérapeutiques du diabète sucré, telles que définies dans la chapitre II.6 requièrent idéalement des modalités de prises en charge qui doivent associer :

- Une participation active, rigoureuse et continue du patient dans son traitement.
- Un diagnostic précoce de la maladie.
- Des contrôles médicaux pluridisciplinaires, réguliers et continus.
- Une adaptation périodique du traitement à l'évolution de la maladie, en fonction de l'état de santé du patient, de son mode de vie et de ses activités.
- Un check-up périodique par les spécialistes afin de traiter précocement les complications éventuelles.

La participation des patients dans leurs traitements est un élément central dans la prise en charge du diabète. Elle est tout aussi importante que des contrôles médicaux réguliers ou qu'une prise en charge coordonnée des soins. L'éducation des patients est donc une stratégie d'action importante non seulement en vue d'équilibrer le diabète mais également de leur apporter une bonne autonomie et d'améliorer leur qualité de vie.

Or, on s'aperçoit habituellement que les connaissances et les compétences des patients en terme d'autocontrôle, d'alimentation, de soins etc. sont insuffisantes et que leur « compliance » médicamenteuse est généralement déficiente.

Dans ce contexte, la filière a adopté une stratégie basée sur deux piliers :

La mise à disposition d'informations pratiques

La filière a établi un document d'information à l'intention des patients diabétiques intitulé « brochure d'information pour patients ». Ce document est distribué à tous les patients pris en charge par la filière et rendu accessible à tous les médecins traitants. La brochure explique les particularités de la maladie diabétique (son étiologie, ses symptômes, ses complications etc.) et développe une série de recommandations pratiques.

L'éducation des patients au travers de la filière

Des actions d'éducation sont réalisées de manière soutenue par la filière de soins:

- Soit dans le cadre de la cellule de diabétologie, chaque spécialiste de santé exposant ses recommandations (en terme de nutrition, de soins des pieds, d'autocontrôles, etc.). « *Les consultations se font habituellement à deux, c'est-à-dire le médecin et l'infirmier ou le médecin et la diététicienne. C'est un avantage important qui permet non seulement de clarifier les messages mais également d'éviter les triangulations et d'offrir un sentiment de sécurité aux patients. Ils sentent qu'il y a un travail d'équipe* ».

- Soit en milieu hospitalier au travers des consultations offertes par l'équipe de la filière. Les consultants visitent périodiquement les services hospitaliers, ils apportent leurs conseils aux équipes médicales et infirmières et offrent leurs services aux patients diabétiques (information, recommandations, contacts, etc.)
La filière a par ailleurs prévu d'organiser des séances de formation de groupes pour les patients diabétiques.

⇒ **La filière a-t-elle permis d'améliorer la satisfaction des usagers ?**

La filière de soins n'a pas engagé une démarche d'évaluation du niveau de satisfaction des usagers. L'appréciation objective ou subjective de la satisfaction des personnes prises en charge par la filière, que ce soit afin d'identifier des dysfonctionnements potentiels ou de mesurer une amélioration résultant d'une modification, n'a pas été menée par la filière. Il n'est donc actuellement pas possible d'identifier de manière quantitative le niveau de satisfaction des bénéficiaires finaux.

Notons cependant que les professionnels de santé interviewés ont révélé que les patients qui étaient ou qui avaient été pris en charge par la filière avaient tous exprimé un niveau élevé de satisfaction et que le projet répondait à leurs attentes et à leurs besoins.

5. Amélioration de la surveillance épidémiologique

I. Assurer le recueil, l'exploitation et la diffusion des données épidémiologiques

La filière se charge du recueil de toute une série d'informations concernant l'état de santé et le profil des patients diabétiques pris en charge par la cellule multidisciplinaire. Ces informations sont saisies de manière systématique sur support informatique.

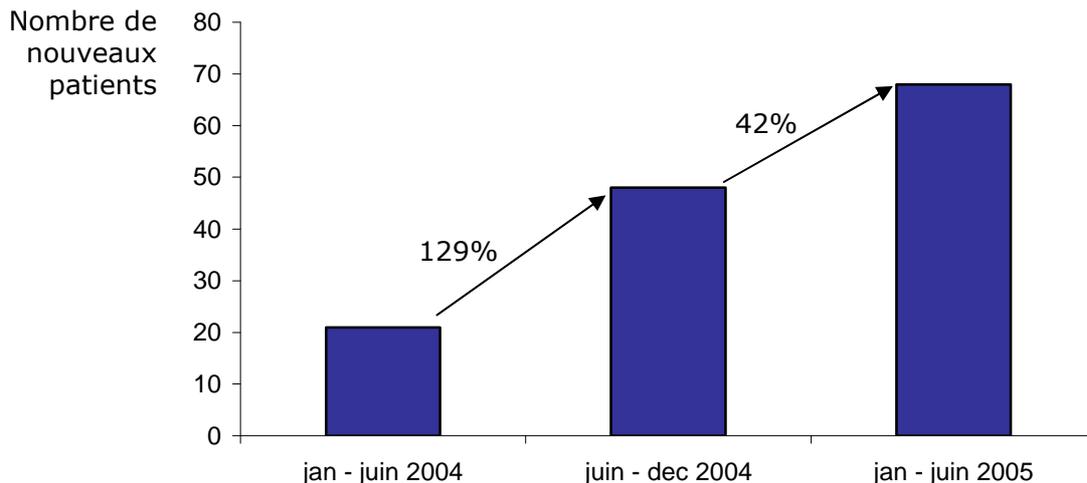
Cependant, les bulletins d'informations périodiquement édités fournissent principalement des informations sur l'activité de la cellule multidisciplinaire (le nombre de consultations effectuées notamment par typologie professionnelle) mais ils ne diffusent pas d'informations épidémiologiques relatives aux patients diabétiques. L'exploitation et la diffusion des données statistiques, dans une perspective de prise de décisions, restent donc aujourd'hui limitées.

Les paragraphes suivants présentent une brève analyse des données statistiques issues de la filière : niveau d'activité et profil de la patientèle.

Niveau d'activité et taux d'inclusion

Entre juin 2003 et septembre 2005, la filière a pris en charge un total de 298 patients. Comme illustré par la figure suivante, le nombre de nouveaux patients a constamment augmenté au cours de la première année et demi d'activité enregistrant une augmentation 129% au cours des 6 premiers mois puis une augmentation de 42% au cours des 6 mois suivants.

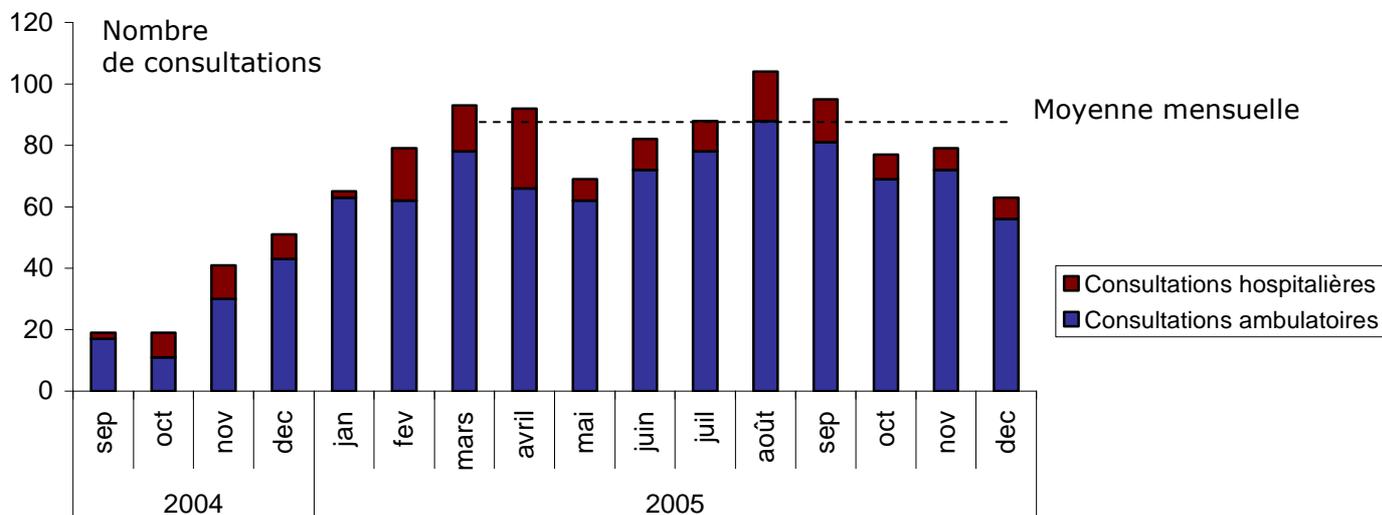
Figure 30 : Evolution du nombre de nouveaux patients



En 2000, on estime à environ 6'000 patients diabétiques au niveau de la région de la Côte. En considérant les 298 patients pris en charge par la filière, le taux d'inclusion (mesure du rapport entre le nombre de patients entrés dans la filière par rapport au nombre potentiel de prises en charge pour la région considérée) se révèle faible ; il est de l'ordre de 5%. La filière a donc pris en charge environ 5% des patients souffrant du diabète au niveau de la région de la Côte, les 95% restant étant suivis de manière classique. Ce résultat doit certes être considéré avec prudence, notamment du fait que la prévalence du diabète est issue d'une estimation. Cependant ce résultat concorde avec les appréciations des professionnels interviewés qui ont estimé qu'un fort potentiel de développement de la filière est encore possible.

Le nombre de consultations réalisées par la filière a progressivement augmenté au cours de la première année d'activité pour arriver à un plateau à partir de mi 2005. Depuis cette date, en moyenne 84 consultations sont réalisées mensuellement, la majeure partie (en moyenne 85%) concerne des consultations ambulatoires.

Figure 31 : Evolution de l'activité de la filière entre septembre 2004 et décembre 2005.

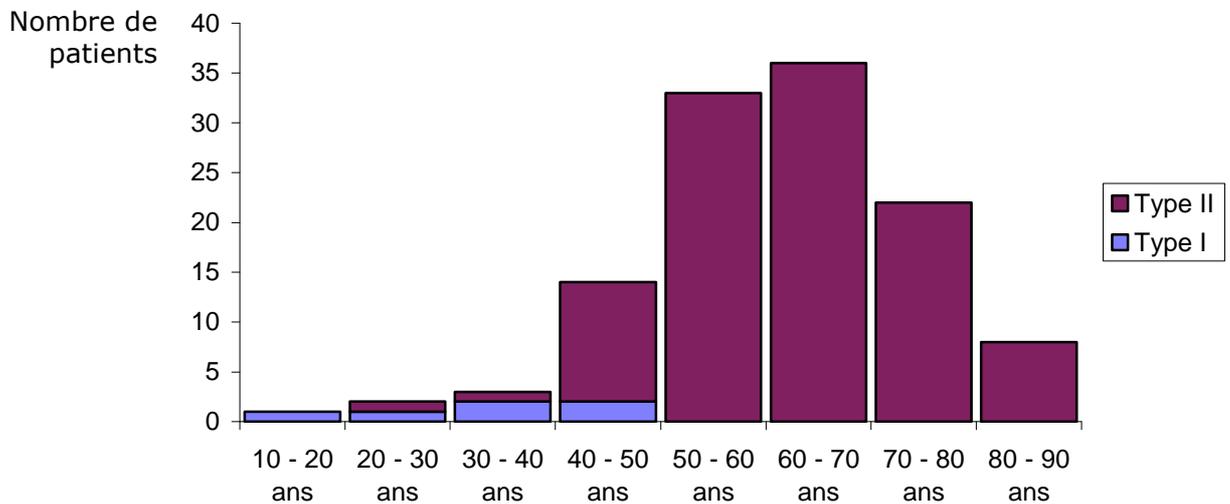


Profil démographique et épidémiologique

L'analyse des données démographiques révèle que l'âge moyen des personnes prises en charge par la filière de 60 ans. Ce résultat concorde par ailleurs avec la médiane, c'est-à-dire que la moitié des personnes prises en charge a moins de 60 ans alors que l'autre moitié en a plus.

On observe par ailleurs, que la majorité des personnes jeunes qui sont prises en charge par la filière souffre d'un diabète de type I alors que c'est l'inverse à partir de 40 ans. En outre, 95% des patients pris en charge par la filière souffrent d'un diabète de type II.

Figure 32 : Total des personnes prises en charge par la filière par âge et par type de diabète

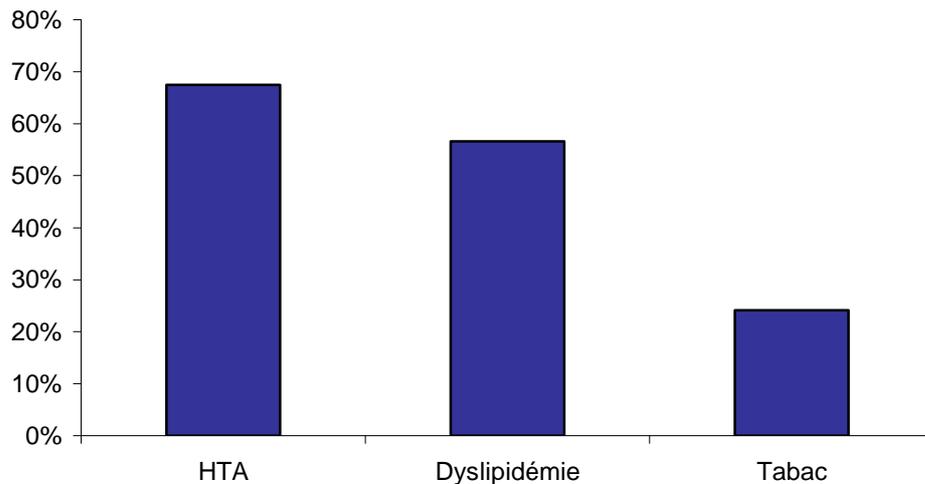


L'analyse étiologique révèle également que 48% des patients souffrant d'un diabète de type II souffrent d'une obésité et que 46% présentent des antécédents familiaux. Ces résultats concordent avec les données habituellement admises dans la littérature. Notons par ailleurs, que 25% souffrent de ces deux facteurs étiologiques.

L'analyse des facteurs de risques cardiovasculaires révèle que 68% des patients diabétiques souffrent également d'une hypertension artérielle (HTA), alors que 57% souffrent également d'une dyslipidémie et que 24% présentent une dépendance au tabac.

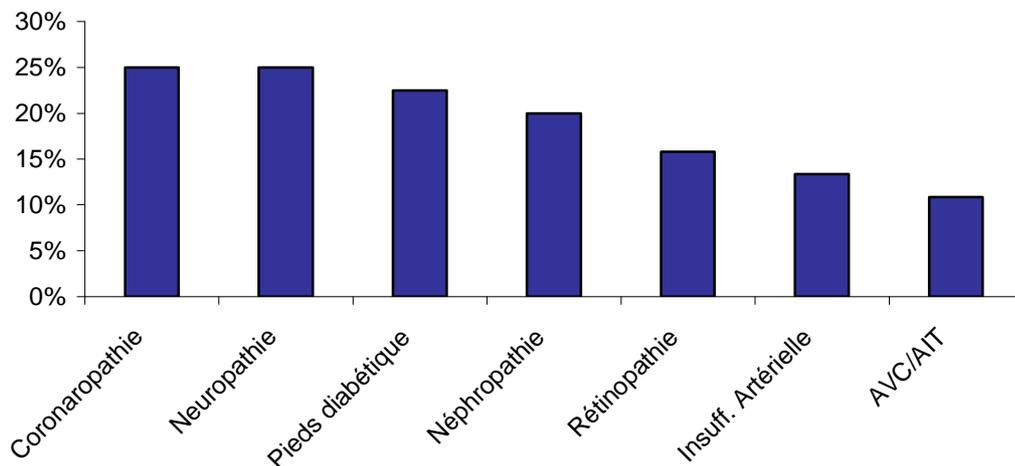
En outre, il apparaît que 16% des patients diabétiques présentent ces trois facteurs de risques cardiovasculaires (HTA, dyslipidémie et tabagisme) et que plus d'un quart en présente deux des trois.

Figure 33 : Proportion des patients diabétiques présentant un autre facteur de risque cardiovasculaire.



L'analyse des complications cardiovasculaires révèle que près de 60% des patients diabétiques présentent l'une ou l'autre des complications cardiovasculaires, alors que 25% présentent une coronaropathie, 25% présentent une neuropathie et 20% une néphropathie.

Figure 34 : Proportion des patients diabétiques présentant une complication liée à la pathologie diabétique.



Mesure d'intensité et concordance statistique

Finalement, la mesure de l'intensité du lien entre les facteurs de risques cardiovasculaires et la coronaropathie révèle que le risque relatif (c'est-à-dire la mesure de l'augmentation du risque de maladie chez les sujets exposés aux 3 facteurs de risques cardiovasculaires par rapport aux sujets non exposés) est égal à 4,3. Ces patients diabétiques exposés à ces 3 facteurs de risques ont donc 4,3 fois plus de risque de développer une coronaropathie que les patients diabétiques qui ne présentent pas ces facteurs.

VII. Les principales conclusions

La particularité de la prise en charge du diabète, du fait qu'elle requiert l'intégration de plusieurs disciplines médicales dans une chaîne thérapeutique, rend compte de la pertinence d'une organisation en filière de soins afin de garantir une équité et une qualité de prise en charge sur l'ensemble du territoire.

Le bilan de cette évaluation met tout d'abord en évidence l'existence de la filière DiabAide : celle-ci est une réalité. Ses instances sont en place, elles sont actives et se chargent d'assurer les missions qui leurs sont assignées.

Le premier élément qui ressort de ce travail concerne les pratiques managériales. Elles s'appliquent autant à la lisibilité du modèle organisationnel qu'à l'utilisation des outils de management dans une perspective de prise de décision. Le mode de management adopté par la filière n'est que peu basé sur les résultats ce qui signifie que les indicateurs lui permettant d'évaluer l'impact de ses différentes interventions ont été peu développés. Par ailleurs elle compte sur un système d'information encore en cours de structuration. Dans ce contexte, une professionnalisation du management et la mise en œuvre d'outils de pilotage est un virage stratégique qui devra être considéré afin que la filière puisse garantir la réalisation future de ses missions.

Le deuxième élément concerne la lisibilité et la cohérence de l'ensemble des actions menées par la filière. Celle-ci dispose d'un objectif général et a développé toute une série d'actions. Cependant la déclinaison de l'objectif en actions n'est pas directement perceptible. Ceci rend difficile la vérification des hypothèses interventionnelles et diminue la lisibilité par les partenaires de santé des services qui leur sont offerts. La figure 36 présente une proposition de synthèse sur laquelle il sera possible de se baser afin d'identifier et de définir le modèle de déclinaison. Dans tout les cas, cette démarche sera requise non seulement afin d'avoir une vision générale du projet mais également pour faciliter la définition des indicateurs de suivi et afin de permettre à chaque partenaire de santé de se situer au sein du plan d'action.

Le troisième élément concerne la valeur ajoutée des actions menées dans une perspective d'amélioration de la qualité des prises en charges. Il apparaît aujourd'hui que le niveau de participation des médecins traitants est limité et que la filière présente une forte dépendance par rapport à un petit nombre de médecins référents. Il apparaît également que l'évaluation du degré d'adhésion des professionnels de santé aux recommandations de pratiques est difficilement mesurable. Dans ce contexte, l'adoption d'une stratégie du changement des pratiques professionnelles nécessitera non seulement un renforcement de la participation des médecins traitants mais également l'identification et la mise en place d'indicateurs permettant le suivi et l'évaluation des pratiques.

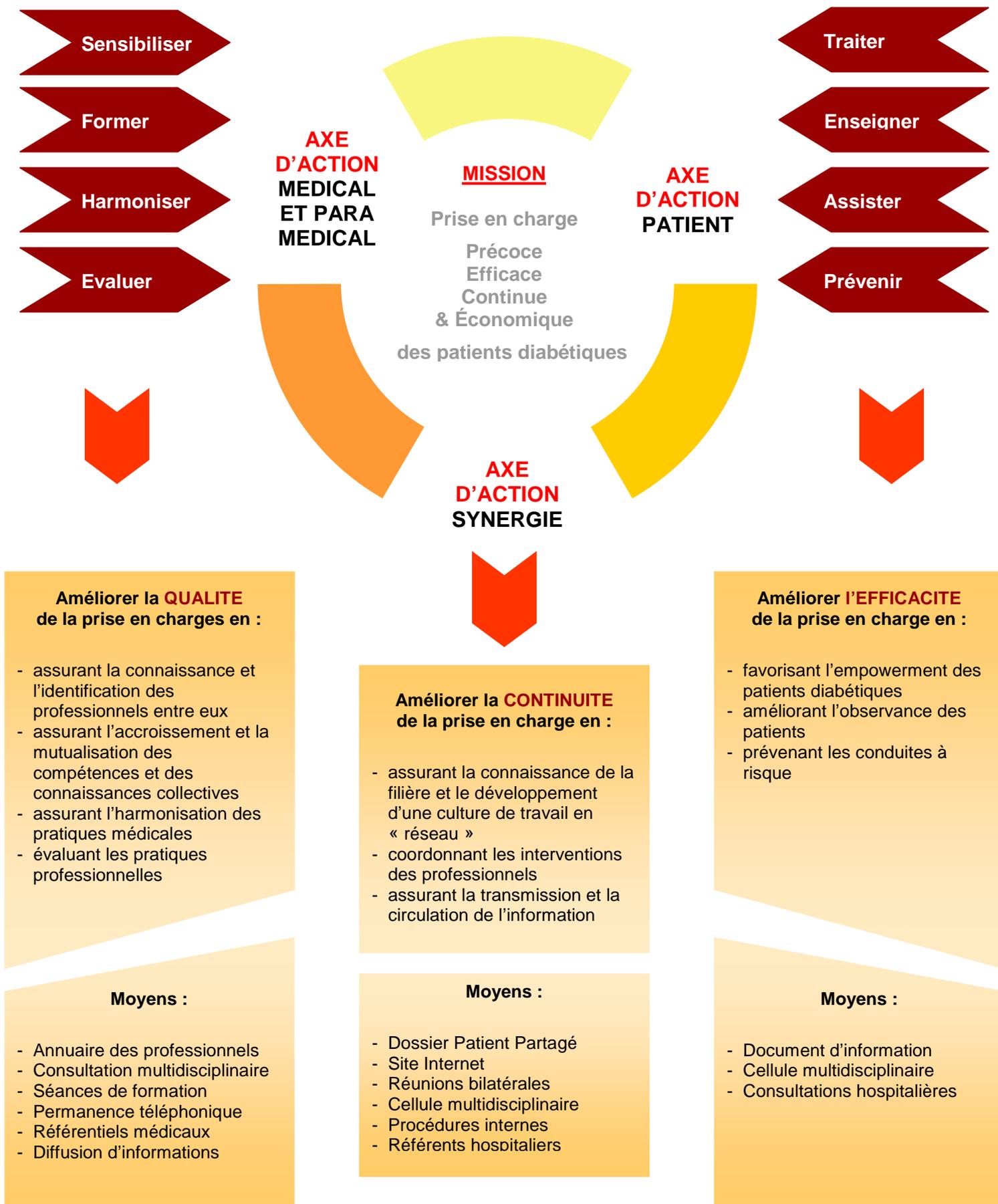
Finalement, le quatrième élément concerne le niveau de coordination entre les différents partenaires de santé. Le niveau de coordination ville-hôpital est insuffisamment valorisé. L'amélioration du niveau de coordination passera notamment par la mise en place d'un système d'information commun.

L'évaluation subjective du degré d'atteinte des différentes missions est résumée dans le figure suivante.

Figure 35 : Niveau de réalisation des différentes missions assignées à la filière

Missions	Actions mises en œuvre par la filière	Degré subjectif d'atteinte
1	<p>SYNERGIE</p> <p>Assurer la connaissance de la filière</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'articles de presse - Diffusion de documents de présentation - Création d'espaces d'échanges et de discussions - Création du site Internet DiabAide <p>Assurer la circulation de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier Patient Partagé en cours - Site Internet - Réunions bilatérales <p>Coordonner les interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cellule multidisciplinaire - Référents hospitaliers - Procédures internes <p>MAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de professionnels actifs égal à 11% - Forte dépendance (7 médecins assurent 47% de l'activité) - Système d'information en cours de formalisation - Coordination ville-hôpital peu formalisée et insuffisamment valorisée - Manque d'indicateurs de suivi et de mesure d'impact - Faible niveau d'informations disponibles concernant les médecins référents 	 <p>60%</p>
2	<p>QUAITE</p> <p>Assurer l'identification des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'annuaire des adhérents - L'annuaire des médecins spécialisés <p>Accroître les compétences collectives</p> <ul style="list-style-type: none"> - La consultation multidisciplinaire - Les séances de formation - La permanence téléphonique <p>Harmoniser les pratiques médicales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les référentiels de bonnes pratiques - La diffusion d'informations <p>Evaluer les pratiques professionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions bilatérales <p>MAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de professionnels actifs égal à 11% - Diffusion limitée des annuaires des professionnels - Groupe de spécialistes en cours de structuration - Défaut d'analyse des besoins en formation continue - Actions ponctuelles de formation continue - Manque d'indicateurs de suivi et de mesure d'impact - Absence de diffusion d'information sur les pratiques 	 <p>80%</p>
3	<p>EFFICACITE</p> <p>Favoriser l'empowerment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Document d'information - Cellule multidisciplinaire - Consultations hospitalières <p>MAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'inclusion égal à 5% - Manque d'indicateurs de suivi et de mesure d'impact 	 <p>90%</p>
4	<p>INFO</p> <p>Exploitation et diffusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueil saisi - Publication dans le bulletin d'information <p>MAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'information limitée à l'activité 	 <p>30%</p>

Figure 36 : Synthèse finale des objectifs opérationnels et des actions de la filière coordonnée de soins DiabAide



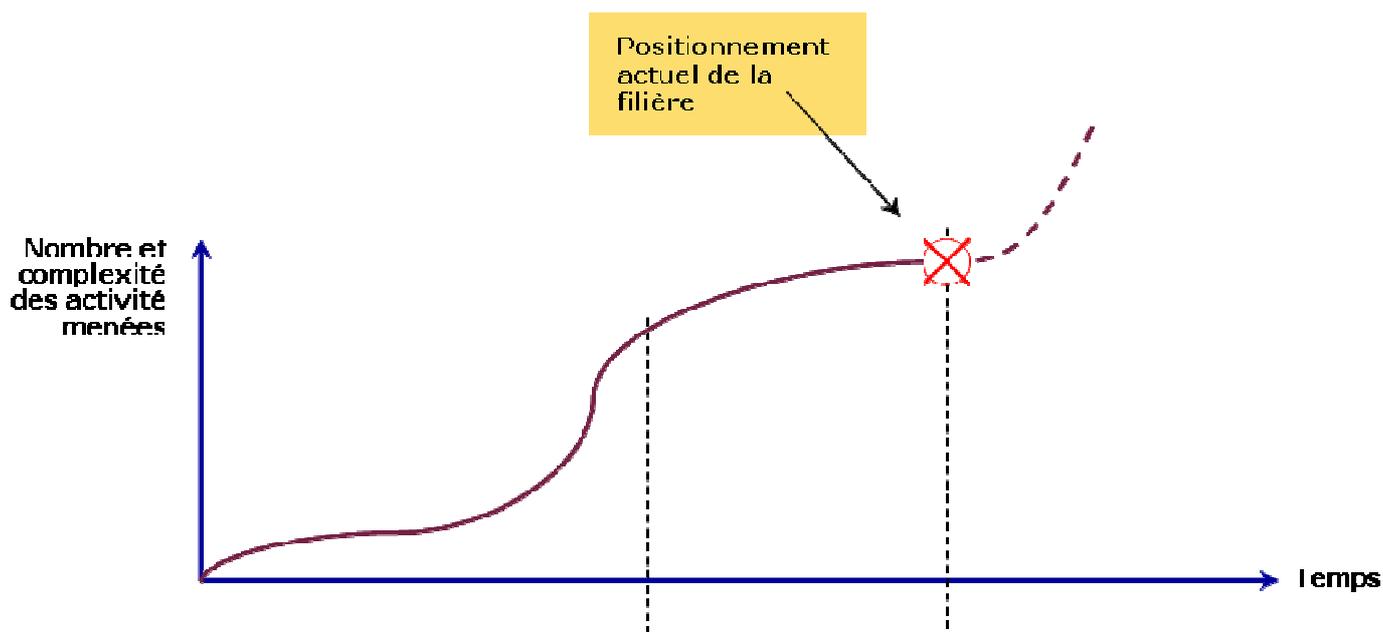
VIII. Les principales recommandations et les axes de réflexions

Le présent travail a mis en évidence que la filière coordonnée de soins DiabAide est actuellement à la fin d'un cycle de vie.

Afin d'assurer la bonne mise en œuvre de ses missions, il apparaît important d'assurer deux virages :

- le renforcement des compétences et des pratiques managériales
- l'adoption d'une stratégie de changement des pratiques médicales

Figure 37: Représentation du positionnement actuel de la filière en fonction du nombre d'activités menées.



Pour assurer le développement futur de la filière et la réalisation des missions qui lui sont assignées, ce travail d'évaluation permet d'élaborer quatre recommandations. Celles-ci ont été classées en deux catégories :

- Celles qui se réfèrent au « quoi », c'est-à-dire ce qu'il est recommandé de faire et,
- Celles qui se réfèrent au « comment », c'est-à-dire les moyens à développer pour réaliser le « quoi » .

Les quatre recommandations sont illustrées dans la figure ci-dessous et sont développées dans les paragraphes suivants.

Figure 38: Représentation des 4 recommandations issues de l'évaluation.

QUOI FAIRE	1	Adopter une stratégie du changement des pratiques médicales...	<p>... en structurant l'élaboration, la diffusion et l'actualisation des protocoles de bonnes pratiques</p> <p>... en diffusant des informations sur les pratiques médicales des médecins praticiens et en relevant les « outliers »</p>
	2	Renforcer la réalisation de certaines missions	<p>Assurer l'exploitation et la diffusion des données épidémiologiques</p> <p>Renforcer la coordination des interventions notamment entre la médecine de ville et l'hôpital</p> <p>Assurer la formation (Analyse des besoins, recensement de l'offre, actions de formation) et l'évaluation des pratiques</p>
COMMENT FAIRE	3	Préciser l'objectif général de la filière et ses modalités de déclinaison	
	4	Renforcer les compétences et les pratiques managériales pour améliorer la gestion de la filière ...	<p>... en adoptant des outils d'aide à la décision</p> <p>... en assurant la prévision de l'évaluation des actions entreprises</p> <p>... en assurant le recueil et la circulation de l'information</p>

1. Adopter une stratégie du changement des pratiques médicales

Afin d'assurer une qualité dans la prise médicale des patients diabétiques, la filière a impulsé la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques. Elle se charge par ailleurs de leur diffusion.

Cependant, l'obtention d'un changement dans les pratiques des médecins traitants requiert trois leviers :

1. l'élaboration consensuelle et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques,
2. l'implication des médecins traitants dans la gestion de la filière de soins et la prise en considération de leurs attentes et de leurs besoins,
3. l'évaluation des pratiques professionnelles.

Or, la filière s'est attachée à mettre en place le premier de ces trois leviers mais les deux autres font actuellement défaut.

Afin d'assurer une stratégie du changement des pratiques médicales au niveau régional, il apparaît donc important que la filière se charge de développer ou de structurer les éléments suivants :

1. Participation

Renforcer le niveau de participation des médecins traitants en vue d'augmenter le taux d'inclusion des patients diabétiques dans la filière.

2. Référentiels

Structurer l'élaboration, la diffusion et l'actualisation des référentiels de bonnes pratiques médicales.

3. Recueil d'information

Structurer le recueil, l'analyse et la diffusion des informations sur les pratiques des différents partenaires de santé.

4. Exploitation des informations

Organiser la diffusion / publication des informations relative aux modalités de pratiques des médecins traitants.

5. Evaluation

Structurer l'évaluation des pratiques médicales : établissement de méthodes concertées d'évaluation, définition consensuelle d'objectifs annuels, cahier des charges de l'évaluation etc.

2. Renforcer la réalisation de certaines missions

Parmi les quatre grandes missions assignées à la filière, celle-ci a largement engagé des actions dans trois d'entre elles. Les niveaux subjectifs de réalisation de ces trois missions (tels que précisés dans la figure 35) sont par ailleurs bons. En outre, les missions de formation restent peu développées et certaines actions spécifiques telles que l'exploitation des données épidémiologiques et la coordination ville-hôpital méritent d'être renforcées.

Assurer l'exploitation et la diffusion des données épidémiologiques

Dans une perspective d'aide à la décision, il s'agit de dresser périodiquement un bilan chiffré de la situation sanitaire en diabétologie dans la région de la Côte et d'offrir ainsi une analyse de certains indicateurs de morbidité/mortalité. Pour ce faire, il s'agira de renforcer la saisie de routine des données par la cellule de diabétologie (exhaustivité aujourd'hui non atteinte), d'identifier d'autres indicateurs pertinents, de les exploiter régulièrement et de les diffuser.

Renforcer la coordination des interventions notamment entre la médecine de ville et l'hôpital

Dans une perspective de continuité des soins, il s'agira pour la filière de définir les rôles et les responsabilités des référents hospitaliers en lien avec les ressources qui leur sont allouées. En outre, il s'agira de structurer les processus de coordination – « *l'objectif pour l'avenir consistera à créer un cahier des charges du coordinateur de la filière et d'en faire la plaque tournante qui fasse fonctionner le tout* » - et de mettre en place des indicateurs permettant l'évaluation du niveau de continuité des soins apportée par la filière.

Assurer la formation (analyse des besoins, recensement de l'offre, actions de formation) et l'évaluation des pratiques

Dans une perspective d'amélioration des compétences collectives et des connaissances en diabétologie, il s'agira pour la filière de renforcer ses actions de formation continue. Celles-ci interviennent non seulement au travers du fonctionnement en « réseau » (pluridisciplinarité, coordination, outils de communication etc.) mais également au travers d'actions de formation spécifiques (réunions monodisciplinaires, séminaires de formation etc.)

3. Préciser l'objectif général de la filière et ses modalités de déclinaison

En vue d'améliorer la lisibilité des actions menées par la filière et dans une perspective de définition d'indicateurs de suivi et d'outils de pilotage, il s'agira pour l'équipe de projet de préciser l'objectif général et de déterminer le modèle de déclinaison de ce dernier en actions.

Un travail préliminaire est proposé dans ce document qui pourrait servir de « base » à la formalisation de cette démarche. Ce processus est fondamental car il permettra non seulement de guider la réalisation des autres recommandations formulées ici mais il permettra également à chaque partenaire de santé de saisir la finalité des services rendus et aux instances décisionnelles de préciser les orientations futures du projet.

4. Renforcer les compétences et les pratiques managériales pour améliorer la gestion de la filière

La filière a acquis une forte **expertise clinique**, autant dans l'élaboration des protocoles de bonnes pratiques que dans la prise en charge médicale des patients diabétiques. Elle a développé un savoir faire clinique qui lui permet aujourd'hui le suivi et le traitement de patients présentant des status diabétiques toujours plus complexes. Son expertise clinique a donc suivi la complexité des situations cliniques qu'elle prend en charge.

A l'inverse, la filière s'est progressivement construite par des réponses sur appel à projet. Elle a donc été façonnée par l'adjonction progressive de nouvelles missions. Son organisation et ses modalités de fonctionnement se sont donc progressivement complexifiées. Or, l'**expertise managériale** de la filière n'a pas suivi cette évolution. Un renforcement des compétences managériales est donc aujourd'hui requis, l'équipe de projet en est tout à fait consciente comme le révèle la coordinatrice du projet : *« le grand consiste aujourd'hui à passer de l'étape projet à une étape de fonctionnement ».*

L'un des enjeux majeurs pour la filière aujourd'hui consistera à acquérir un niveau de compétences managériales tout en gardant un bon niveau d'expertise clinique.

Ce virage et la professionnalisation du management requerront notamment :

- L'adoption d'un mode de management basé sur des objectifs.
- La définition d'outils permettant de suivre et d'évaluer les actions qui sont mises en œuvre et de piloter prospectivement l'organisation.
- La définition d'un système d'information commun permettant d'optimiser la circulation des informations.

Cette démarche permettra non seulement d'améliorer les processus de prises de décisions et la gestion des ressources qui sont allouées à la filière mais facilitera également et surtout l'autocontrôle régulier des actions mises en œuvre.

IX. Annexe et bibliographie

1. Annexe

Liste des personnes interviewées dans le cadre du présent travail

1	Mme G. Steyaert	Coordinatrice du projet DiabAide
2	Dr I. Hagon	Endocrinologue répondant du projet
3	Mme C. Chenaux	Infirmière diabétologue
4	Mme F. Tanner	Diététicienne
5	Mme M. Divorne	Podologue
6	Dr A. Michaud	Médecin généraliste
7	Dr P-A. Robert	Médecin généraliste
8	M. F. Jacot-Descombes	Directeur général de l'EHC
9	M. G. Trezzini	Service de la Santé Publique
10	Mme C. Schrag	Infirmière référente
11	M. J-O Maeder	Pharmacien

2. Bibliographie

1. **Démarche d'évaluation des réseaux de santé.** Document d'orientation. Septembre 2004. Leboube G. Secrétariat technique des réseaux de santé.
2. **Evaluation des réseaux de soins.** Bilan de l'existant et cadre méthodologique. Octobre 2001. ANAES.
3. **Filières et réseaux.** 18 novembre 2002. Charles Honnorat
4. **Guide pour l'évaluation d'un réseau.** Septembre 2001. URCAM Région Aquitaine.
5. **L'évaluation des réseaux de santé en France. Enseignement d'une revue critique de la littérature.** 2006. L Boyer, C Chanut, C Horte, P François, P Auquier. Journal d'Economie Médicale, Vol 24, n1, 41-53.
6. **L'évaluation des réseaux de soins.** Enjeux et recommandations. Mai 2001. CREDES et IMAGE ENSP
7. **Les enjeux liés aux systèmes d'informations et de communication des réseaux de santé.** 26 Septembre 2004. Pierre Guiraud. Contingences.
8. **Principes d'évaluation des réseaux de santé.** Août 2004. ANAES.
9. **Les réseaux de santé / Marie-Laure Béguin.** - Neuchâtel : IDS (Institut de droit de la santé), 1999. - (Cahiers de l'Institut de droit de la santé ; no 8), p. 3
10. **Comment créer un réseau de soins NOPS : nouvelles orientations de politique sanitaire : première étape / Etat de Vaud, Service de la santé publique.** - Lausanne : SSP-VD (Service de la santé publique), 1998. - 8 p. : ill. Auteur(s) : Vaud. Service de la santé publique
11. **Introduction à la notion de réseau / P. Huard, J-P. Moatti.** - In: Gestions hospitalières. No 351 (1995) ; p. 735-738
12. **Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins** Auteur(s) : Naiditch, M. [et al.] In : Perspective soignante. No. 9 - (2000) ; p. 6-28
13. **Best practices in managing organized delivery systems / Robin R. Gillies, Stephen M. Shortell, Gary J. Young.** - In: Hospital & Health Services Administration. - Vol. 42, no 3 (1997) ; p. 299-321
14. **Evaluation des réseaux de coordination gériatrique: une approche socio-économique / M. Frossard, A. Boitard.** - In: Revue d'épidémiologie et de santé publique. - Vol. 45, no 5 (1997) ; p. 429-437
15. **Filières et réseaux : vers l'organisation et la coordination des systèmes de soins / François Grémy.** - In: Gestions hospitalières. No 367 (1997) ; p. 433-438
16. **Introduction à la notion de réseau / P. Huard, J-P. Moatti.** - In: Gestions hospitalières. No 351 (1995) ; p. 735-738
17. **Réseaux : numéro spécial** In : Journal d'économie médicale. - Vol. 19, no. 5/6 - (2001) ; p. 331-447
18. **Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ?** Auteur(s) : Grignon, M. ; Midi, F. In : Actualité et dossier en santé publique. No. 33 - (2000) ; p. 41, 43-45
19. **Le travail en réseau : une solution en matière de santé / A.-M. Soulie.** - In: Gestions hospitalières. No 351 (1995) ; p. 747-750
20. **Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins** Michel Naiditch, Yann Bourgueil, Michel Grignon, Fabienne Midy, Aude Develay, Jean-Christophe Mino, Dominique Polton
21. **Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.** Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
22. **L'évaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations :** ouvrage collectif. CREDES et IMAGE (ENSP) In : Questions d'économie de la santé : bulletin d'information en économie de la santé. - No. 37 - (2001) ; 4 p.
23. **La nouvelle évaluation médicale : pour une méthode de la pratique clinique.** Alexandra Giraud, éd. ; avec la collab. de Jean-Pierre Boissel... [et al.] ; préf. de Joël Ménard. - Paris : Economica, 2000. - Bibliogr. - 2-7178-3964-X

24. **Techniques et difficultés de l'évaluation des réseaux de soins** / Marie-Claire Kabagema; sous la dir. de Pierre Huard ; expert Françoise Jaques. - Lausanne : IEMS (Institut d'économie et de management de la santé), 2000. - 58 p. : ill., 30 cm. - (Mémoire / Institut d'économie et de management de la santé ; n° 21 (2000))
25. **Rapports NOPS**
26. **Repères pour l'évaluation des réseaux de soin** [Benchmarks for evaluating health care networks] Auteur(s) : Lombrail, P. ; Bourgueil, Y. ; Develay, A. ; Mino, J.-C. In : Santé publique. - Vol. 12, no. 2 - (2000) ; p. 161-176
27. **Réseaux de soins et évaluation : proposition d'un cadre de référence commun pour l'évaluation des expérimentations "réseaux et filières"** / Y. Bourgueil... [et al.] ; Collège des Economistes de la Santé, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). - Paris : CREDES, 2000
28. **Les réseaux, une contribution majeure à la réorganisation du système de santé** Dr. Régis Aubry Président fédération des réseaux santé de Franche Comté. Commission Communautaire Française.
29. **Predictors of high quality clinical practice guidelines: examples in oncology** BEATRICE FERVERS, JAKO S. BURGERS, MARGARET C. HAUGH, MELISSA BROUWERS, GEORGE BROWMAN, FRANCOISE CLUZEAU AND THIERRY PHILIP
30. **Régionalisation des politiques de santé Actions menées et attentes des ARH et URCAM** Proposition d'étude P3479 Novembre 2005
31. **Rapport du conseil d'état au Grand Conseil sur la politique sanitaire** / Mars 2004 171 (R. 46/03)
32. **Créer et piloter un réseau de santé. Rennes : ENSP Décembre 2002 en cours de parution.** SCHWEYER François-Xavier, LEVASSEUR Gwenola et coll.
33. **Apprentissage de l'exercice médical Module transversaux** HOUSSET B. Editions Masson 2002 Chap.13