

Mémoire n° 129

Février 2009

**RÉSEAUX DE SOINS : UNE THÉORIE EN
ATTENTE DE PRATIQUE ?**

Pierluigi Zuccolotto

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre
du Master of Advanced Studies en
économie et management de la santé /
Master of Advanced Studies in Health
Economics and Management (MASHEM)*

Réseaux de soins: une théorie en
attente de pratique ?

**Pierluigi
Zuccolotto**
FÉVRIER 2009
MÉMOIRE N° 129

MASTER OF ADVANCED STUDIES EN ÉCONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ

Université de Lausanne
Institut d'Économie et Management de la Santé
Faculté des HEC & Faculté de biologie et de médecine

MÉMOIRE

RÉSEAUX DE SOINS : UNE THÉORIE EN ATTENTE DE PRATIQUE ?

Principaux obstacles et facteurs de réussite dans la mise en place d'une nouvelle forme organisationnelle pour les interventions de prothèse totale ou partielle de hanche.

par

PIERLUIGI ZUCCOLOTTO

licencié ès droit

Directrice de mémoire

Madame IVA BOLGIANI

Collaboratrice scientifique auprès de la Division de la santé publique du canton du Tessin et chargée de cours aux Universités de Genève, de Lausanne et de Suisse Italienne

Expert

Monsieur MICHEL KAPPLER

Directeur administratif de la Clinique de La Source, Lausanne

ANNÉE ACADÉMIQUE 2006-2008

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement Madame Iva BOLGIANI, Monsieur Michel KAPPLER, ainsi que Claudia, mon amie, de leurs conseils avisés et de leur aide précieuse apportés à l'élaboration et à la relecture de ce mémoire. Mes remerciements vont également à ma famille pour leur inestimable soutien.

Châtel-St-Denis, février 2009

Pierluigi ZUCCOLOTTO

AVANT-PROPOS

Ce travail de mémoire trouve principalement son origine des nombreuses discussions que j'ai pu entretenir avec les divers hôpitaux publics et cliniques privées de la région lausannoise dans le cadre de mon activité professionnelle. Des heures consacrées à vulgariser le terme de « *réseau de soins* », à essayer de convaincre les acteurs du système de santé du bien fondé d'une telle forme organisationnelle, à proposer de nouveaux partenariats comprenant la mise en place d'une nouvelle forme de coopération et de coordination des relations entre assureurs-maladie et fournisseurs de soins.

Inutile de préciser que le défi était de taille. Réussir à négocier, mettre en place et démarrer un réseau de soins intégrés pour les interventions de la prothèse totale ou partielle de hanche avant l'échéance¹ imposée par l'Université de Lausanne pour conclure le cycle d'études du *Master of Advanced Studies en Économie et management de la Santé*² tout en soutenant publiquement le présent travail de mémoire n'était pas gagné d'avance. Une prolongation du délai s'est vite rendue nécessaire pour aboutir enfin à un premier résultat : la signature d'un nouveau contrat de collaboration prenant effet au 1^{er} janvier 2009 entre deux acteurs du système de santé : une clinique de soins somatiques aigus et une clinique de réadaptation.

Un délai supplémentaire aurait été le bienvenu pour me permettre de confirmer ou rejeter tout ou partie des hypothèses formulées dans la partie introductive de ce mémoire, mais cela aurait aussi signifié différer nouvellement *sine die* la soutenance dudit travail. Les pistes de réflexion qui n'auront pas pu être vérifiées pourront faire l'objet ainsi d'un nouveau mémoire de fin d'études.

Je tiens à préciser que je n'ai malheureusement pas eu la possibilité de consulter intégralement tous les articles de presse, les études, les ouvrages, ainsi que les revues et périodiques mentionnés dans la bibliographie. Néanmoins, compte tenu de l'importance que le sujet revêt depuis quelques décennies (*cf.* l'importante bibliographie qui est loin d'être exhaustive), par souci de précision dans le cadre de mon travail et pour compléter ce mémoire, j'ai estimé opportun de les faire figurer également.

Enfin, ce mémoire se veut une réflexion approfondie censée m'aider à mettre toutes les chances de mon côté dans la conception et la mise en œuvre d'un réseau de soins intégrés, quelles que soient les difficultés et les domaines d'application concernés, pour mener à bien la démarche engagée et poursuivre la réflexion qui ne fait que commencer...

¹ 10 septembre 2008

² MASHEM, Année académique 2006-2008

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	6
Chapitre I L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	10
1. La problématique.....	10
2. La méthode	11
3. Les objectifs poursuivis	13
Chapitre II LE SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE	14
1. Un système libéral.....	14
2. Un contexte inflationniste.....	15
3. Un système peu efficient	16
4. Les axes de réflexion.....	19
4.1. <i>Les coûts</i>	19
4.2. <i>Les influences sur la demande</i>	19
4.3. <i>L'aléa moral et les autres lacunes du système</i>	20
4.4. <i>Les effets secondaires des innovations</i>	20
4.5. <i>Le rôle de l'État</i>	21
5. Le « nouveau » concept opérationnel	21
Chapitre III LES RAISONS DES RÉSEAUX	23
1. Les définitions.....	23
2. Les constats à la base des réseaux	24
2.1. <i>L'importante différenciation</i>	25
2.2. <i>Le manque de coordination</i>	25
2.3. <i>Le manque de régulation</i>	26
3. Le réseau de soins idéal.....	27
3.1. <i>Les réseaux relationnels</i>	27
3.2. <i>Les réseaux institutionnels</i>	27
3.3. <i>Le réseau idéal</i>	28
4. Les typologies de réseaux	30
Chapitre IV LA PERTINENCE DU CHOIX	32
1. Les acteurs du réseau de soins	34
1.1. <i>La clinique de soins somatiques aigus</i>	34
1.2. <i>La clinique de réadaptation</i>	35
1.3. <i>Les physiothérapeutes</i>	35
2. Les affections de la fonction articulaire.....	35
3. Le parcours clinique étudié.....	38
3.1. <i>La hanche</i>	38
3.2. <i>Le diagnostic</i>	39
3.3. <i>Le traitement</i>	40
3.4. <i>Les suites</i>	42

3.5. <i>La prothèse</i>	43
3.6. <i>Le parcours clinique</i>	44
Chapitre V LES OBSTACLES ET LES FACTEURS DE RÉUSSITE	48
1. Les principaux déséquilibres	48
1.1. <i>Une forte différenciation</i>	48
1.2. <i>Une méconnaissance de l'autre</i>	48
1.3. <i>Un progrès continu</i>	48
1.4. <i>Une maîtrise des dépenses</i>	49
2. Les conditions préalables à la réussite	49
2.1. <i>Un réseau ne se décrète pas</i>	50
2.2. <i>Le réseau doit être centré sur son objet</i>	51
2.3. <i>Le réseau doit comprendre tous les acteurs concernés</i>	51
2.4. <i>La hiérarchie n'a pas sa place dans un réseau</i>	52
2.5. <i>La nécessité d'une réflexion sur l'information et son système</i>	52
2.6. <i>La formation est essentielle dans le travail en réseau</i>	53
2.7. <i>L'évaluation est une des clefs du succès du travail en réseau</i>	54
3. Les conséquences par rapport au fonctionnement habituel	55
3.1. <i>La rémunération</i>	55
3.2. <i>Le financement</i>	55
3.3. <i>Le devenir en réseau ?</i>	56
4. Un partenariat gagnant	56
Chapitre VI UNE THÉORIE EN ATTENTE DE PRATIQUE ?	58
1. Le décloisonnement des acteurs	58
2. Le patient au cœur du système	58
3. Une meilleure efficacité	59
4. La maîtrise des coûts	59
5. Une nouvelle collaboration et coopération	59
6. Un accroissement des compétences et une valorisation des professionnels	59
CONCLUSIONS	61
INDEX	64
APOSTILLE	65
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
TABLES DES FIGURES ET TABLEAUX	73
ANNEXES	74

INTRODUCTION

In rebus quibuscumque difficilioribus non expectandum, ut quis simul, et seriat, et metat, sed praeparatione opus est, ut per gradus maturescant.

BACON, *Serm. Fidel.*, no. XLV³

Cap sur les réseaux ! [sic] C'est le mot d'ordre que l'assureur-maladie CSS avait lancé au lendemain du rejet par le peuple de la caisse unique⁴. Mot d'ordre alors peu écouté, mais toujours plus d'actualité selon le président du conseil d'administration, à la suite du rejet massif du nouvel article constitutionnel 117a « *Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie* »⁵ visant l'introduction de la transparence au niveau des offres médicales, de la garantie aux patients du libre choix du médecin, de l'hôpital et de la thérapie, ainsi que des incitations appropriées en vue d'une plus grande qualité à des prix équitables⁶. Après l'échec de l'article constitutionnel sur la santé, beaucoup comptent sur les réseaux de soins pour sortir de l'impasse. Même si les réseaux restent mal connus et peu utilisés, y compris par les assureurs-maladie, la CSS a fait son choix pour les réseaux de soins intégrés comprenant l'offre hospitalière et ambulatoire financées sur une base forfaitaire⁷ (Annexe 1).

Les systèmes de santé connaissant depuis des décennies une profonde crise financière. Même s'ils divergent sur le principe comme sur les applications possibles, tous les systèmes sont en mouvement à la recherche de la réforme qui leur conférera plus d'efficacité (*i.e.* maîtrise des dépenses) et plus d'efficacité (*i.e.* amélioration de la qualité)⁸ en introduisant des mécanismes de régulation du marché, des mécanismes de concurrence et en responsabilisant les consommateurs. Le système de santé suisse est, au monde, celui qui assure à ses citoyens la plus grande liberté de choix et une consommation pratiquement illimitée de prestations. La facture est en conséquence. Mais, les ressources disponibles pour financer notre système de santé ne seront plus suffisantes pour satisfaire à un coût socialisé la croissance attendue de la demande de soins. Aujourd'hui déjà, la majorité des Suisses considèrent la cotisation à l'assurance comme étant « *insupportable* ». De plus, l'adaptation de notre système risque d'être lourdement affectée par le fédéralisme et surtout par la démocratie directe, qui vont probablement empêcher toute réforme dans la mesure où les propositions seront perçues par les citoyens comme des entraves à la liberté de choix ou encore comme des réductions de prestations par rapport à la consommation actuelle⁹.

Ceci est tout d'abord un phénomène dû à la richesse croissante de nos sociétés et au vieillissement de la population¹⁰, à la médicalisation de la vie promue par le marketing des risques

³ Dans toutes les choses, spécialement les plus difficiles, on ne doit pas s'attendre que quelqu'un puisse semer et recueillir en même temps, mais une période d'attente est nécessaire à ce qu'elles puissent peu à peu arriver à maturation.

⁴ Votation populaire du 11 mars 2007. Pour la deuxième fois en quatre ans, le peuple a refusé à plus de 70% une initiative populaire allant dans le sens d'un monopole étatique dans le domaine de l'assurance-maladie.

⁵ Votation populaire du 1^{er} juin 2008. Pour les politiciens et les experts de la santé, le non du 1^{er} juin à l'article constitutionnel sur la santé ne signifie pas un NON aux réformes. Le besoin d'agir dans le domaine de la santé est toujours d'actualité. Les idées et les propositions sont certes très différentes, mais convergent toutes vers un même but : une meilleure qualité possible à un prix raisonnable. La « *coopération* » est le nouveau mot magique pour y parvenir.

⁶ ARSEVER S., Pierre Boillat : « *On ne reformera pas la santé en dressant les acteurs les uns contre les autres* », Le Temps, 9 juin 2008

Sylvie ARSEVER est une journaliste suisse, elle a terminé ses études d'histoire contemporaine à l'université de Genève en 1975 ; en 1978 elle s'est formée en journalisme. Elle a été vice-présidente du Conseil suisse de la presse jusqu'à décembre 2007. Elle est maintenant responsable de la rubrique « *Dossiers* » de Le Temps et chargée de cours au Centre romand de formation des journalistes. Elle écrit des articles et des livres principalement sur la politique de santé en Suisse.

⁷ ARSEVER S., *Réseaux, chasse aux bons risques, CSS à l'assaut*, Le Temps, 13 mars 2007

⁸ ARSEVER S., MODOUX F., *Santé : comment font donc les autres ?*, Le Temps, 2 mars 2007

⁹ DOMENIGHETTI G., *Pourquoi le système suisse de santé court à sa perte*, Le Temps, 21 avril 2005

¹⁰ Seul facteur naturel d'accroissement de la demande, notamment en soins continus et de proximité et en médicaments à la suite de

de santé qui vise à angoisser les gens bien portants et à les convaincre qu'en réalité ils sont tous malades ou risquent bien de le devenir¹¹, ainsi qu'à l'augmentation de la morbidité suite à la croissance des inégalités sociales et des « *nouveaux risques* » du travail, tels que le stress, le « *burnout* ¹² » ou l'insécurité^{13,14}. Nous avons aujourd'hui des dépenses de la santé qui varient d'un pays à l'autre sans que ces différences de coûts soient explicables par des différences de qualité. Finalement, les coûts de la santé sont distribués d'une manière extrêmement inégale : 1% de la population cause environ 25% des coûts, 10% environ 70% des coûts, les 50% de la population les moins chers causent seulement 3% des coûts. Les assureurs-maladie n'ont aujourd'hui aucune responsabilité de résultat ou de responsabilité financière pour la santé de leurs assurés. Il est impossible, après une affiliation de trois ou cinq ans à un assureur, ou à un réseau de soins, de délimiter et de quantifier une péjoration de la santé ou du risque de maladie qui seraient dus à un mauvais traitement ou à un « *rationnement* » de soins durant la période contractuelle. Ceci résulte de la complexité de la santé humaine. Cette absence de responsabilité de résultat limite très fortement l'intérêt des assureurs-maladie pour la prévention ou l'optimisation de la prise en charge à long terme de leurs assurés. La sélection des risques et le rationnement^{15,16,17} des prestations sont des options beaucoup plus intéressantes parce qu'elles permettent d'obtenir des effets financiers quasi immédiats et garantis¹⁸.

Toute concurrence sans responsabilité de résultat amènera un comportement pervers des acteurs du système de santé qui vont tout faire pour essayer de limiter leurs dépenses sur les 10% des cas chers (et trop souvent sans défense), et respectivement d'attirer le 50% des cas qui ne coûtent pratiquement rien. Si 10% des cas lourds sont responsables de 70% des dépenses, le comportement économique de Monsieur et Madame Tout-le-monde ne va pas avoir d'effet marginal très important. Ce qui sera important, c'est une prévention efficace et une prise en charge coordonnée des cas lourds entre le médecin-traitant, l'hôpital de soins somatiques aigus, la clinique de réadaptation, les soins à domicile, etc.¹⁹.

Alors, vive les réseaux ! Une gestion plus rationnelle, une concurrence plus transparente, les réseaux n'ont que des avantages. Mais les choses bougent lentement. C'est la recette qui fait l'unanimité. Une meilleure coordination des traitements est susceptible de réduire toute une série de coûts inutiles : examens faits à double, consultations multipliées par l'angoisse des patients, séjours hospitaliers prolongés faute de solution d'hébergement à l'extérieur, nouvelles hospitalisations évitables, troubles causés par des effets secondaires croisés de médicaments prescrits par plusieurs médecins qui s'ignorent, etc. Sans compter qu'une autre partie des coûts est liée à des facteurs psychiques : vivre avec une maladie chronique est lourd et compliqué, tant pour la personne atteinte que pour son entourage. La fatigue, les mauvais jugements, la dépression et le déni sont trop souvent confondus par une manque de « *compliance* ». Qui peut passer, entre autres, par un mauvais contrôle des facteurs clefs – la tension, le taux de sucre ou de cholestérol, par exemple, par l'abandon d'un

Paccroissement de la dépendance des démences séniles en particulier.

¹¹ Jules Romain le disait déjà dans « *Knock ou le triomphe de la médecine* » en 1924

¹² Selon swissburnout.ch « *Le Burnout est un état d'esprit persistant et négatif lié au travail chez des individus dits normaux, qui se caractérise par un état d'épuisement accompagné d'un sentiment de découragement, de motivation et d'efficacité réduites, suivi par le développement d'une attitude et d'un comportement dysfonctionnels sur le lieu de travail. Cette condition psychologique se développe graduellement, mais reste souvent peu visible sur une longue période pour l'individu concerné. Il y a inadéquation entre intentions et réalité du travail.* », consultation du 09.01.2009

¹³ DOMENIGHETTI G., *Pourquoi le système suisse de santé court à sa perte*, Le Temps, 21 avril 2005

¹⁴ La complexité de la vie quotidienne, privée et professionnelle, augmente. Le temps devient une denrée toujours plus rare. Encore moins qu'aujourd'hui, on ne pourra pas se permettre à l'avenir d'être malade. D'autre part, le besoin de profiter de la vie et de se réaliser pleinement va s'accroître. Ainsi, les patients donnent à leurs propres besoins et conceptions une importance primordiale. Les fournisseurs de prestations seront toujours plus pressés d'être disponibles immédiatement et d'obtenir des succès rapides.

¹⁵ STALDER H., (2008), *op. cit.*, p. 776

¹⁶ « *Rationnement* » et « *rationalisation* » sont deux termes à consonance similaire, mais dont la signification est radicalement opposée. Dans le domaine de la santé, rationner signifie que les patients ne reçoivent pas, pour des raisons économiques, les prestations médicalement nécessaires à leur guérison. Rationaliser, par contre, signifie fournir des prestations de manière plus efficace en optimisant le rapport entre les ressources investies et les prestations médicales obtenues.

¹⁷ infosantésuisse, (2008), *Rationaliser et non rationner*, no 7/08

¹⁸ PETERS O., *Le fiasco de la concurrence est patent au domaine de la santé*, Le Temps, 6 mars 2007

¹⁹ *Ibidem*

traitement ou par la multiplication des consultations inutiles. Mettre plus d'attention, de savoir-faire et de coordination dans la prise en charge de ces assurés à haut risque est forcément payant²⁰.

Deux solutions sont possibles pour éviter ces déperditions d'argent et de qualité. Placer un gardien – ou « *gatekeeper* » – à l'entrée du système de santé et lui confier le soin d'organiser les traitements. Ou créer des réseaux de soins intégrés comprenant des prestations de soins et, idéalement, des établissements hospitaliers, susceptibles d'assurer une prise en charge aussi complète que possible des besoins d'une population donnée²¹.

C'est exactement cette deuxième solution qui nous occupera tout au long de ce travail de mémoire. Nous avons choisi l'approche des parcours cliniques (« *clinical pathways*²² ») comme étant la meilleure solution à notre disposition pour commencer à concevoir un réseau de soins *ex nihilo* pour les interventions de la prothèse totale ou partielle de hanche. Cette approche nous permettra par la suite – nous l'espérons vivement – d'élargir la gamme des prestations pouvant être offertes et poser les bases à un vrai réseau de soins, à proprement parler. Les raisons qui nous ont amenés à choisir les prothèses de hanche seront développées dans les chapitres suivants (*cf. infra*). Ce nouveau modèle organisationnel aura pour mission d'assurer la prise en charge intégrale, coordonnée, efficace et continue des patients souffrant d'une pathologie affectant la fonction articulaire. L'objectif final consiste à améliorer l'efficacité du système en place.

S'il s'agit d'optimiser la prise en charge en évitant des ruptures de traitement entre les soins somatiques aigus d'un hôpital et les soins de réadaptation en milieu hospitalier ou ambulatoire, ou entre une consultation spécialisée et celle d'un médecin de famille, ces approches sont susceptibles de générer des économies. La marge de manœuvre est importante dans un monde où la coordination et le partage des compétences ne sont pas encore le point fort ni du milieu médical, ni de celui hospitalier²³.

Nombreux sont néanmoins les pays (not. États-Unis, Grande-Bretagne) qui ont adopté ce mode d'organisation de la médecine et qui ont vu leur qualité de soins baisser drastiquement. Seules les files d'attente ont augmenté. Débordés par les conséquences dramatiques d'une telle dégradation des soins, certains États en sont même venus à rembourser des interventions effectuées à l'étranger. Selon certains praticiens, ce genre de système devrait rester marginal. Il fausse en effet toutes les relations médecin-malade, transforment les médecins en gestionnaires intéressés, les patients en consommateurs de soins et permettent aux assurances d'avoir une emprise totale sur les traitements prodigués²⁴. Le simple souhait de favoriser les réseaux ne suffit pas à mettre tout le monde d'accord. De nombreux médecins restent jaloux de leur indépendance et de nombreuses assurances-maladies refusent toute législation susceptible de limiter leur liberté commerciale²⁵. Malheureusement encore aujourd'hui, une des caractéristiques des systèmes de soins occidentaux est l'insistance sur le colloque singulier, non pas reconnu comme relation interpersonnelle, mais comme un refus d'une vision collective de la santé et de la maladie. Dans l'ensemble, on constate une efficacité défailante qui, jointe à des coûts non maîtrisés, se traduit par une baisse de l'efficacité globale du système²⁶.

Finalement, le système de soins perd son sens et il devient de moins en moins possible de défendre une vraie politique et des projets cohérents... Les politiques de santé se limitent à essayer de colmater les voies d'eau du système, sans y réussir vraiment^{27,28}.

²⁰ ARSEVER S., *Les malades chroniques coûtent cher, soignons-les mieux ! [sic]*, Le Temps, 13 juillet 2006

²¹ ARSEVER S., *Vivent les réseaux de soins ! [sic]*, Le Temps, 12 février 2007

²² « *Clinical pathways* », « *care pathways* », « *critical pathways* », « *care paths* », « *integrated care pathways* », « *case management plans* », « *clinical care pathways* » ou « *care maps* », constituent les termes fréquemment utilisés pour nommer un parcours bien déterminé concernant le suivi médical d'un patient.

²³ ARSEVER S., *Le « Managed Care » fait encore peur*, Le Temps, 4 juin 2008

²⁴ HURNI M., *Médecine en réseau : la panacée ?*, Le temps, 17 juin 2008

²⁵ ARSEVER S., *Une bonne solution peu encouragée*, Le Temps, 4 juin 2008

²⁶ GRÉMY F., (1997), *op. cit.*

²⁷ *Ibidem*

Il n'y a pas de solution simple. De toute évidence, elle passe par un changement culturel majeur : changer le modèle scientifique de la santé. Mais il faudra du temps pour convaincre la profession médicale, et plus généralement l'opinion, que la santé n'est pas seulement un phénomène biologique individuel, mais aussi un phénomène social, que l'éthique de la santé doit concilier les dimensions individuelle et collective, et qu'il convient d'inverser la logique économique²⁹.

Se fondant sur la littérature internationale, L'Observatoire suisse de la santé (Obsan)³⁰, situe le potentiel d'économie du réseau intégré (ou HMO – « *health maintenance organization* ») entre 20% et 40%. Les réseaux de médecins de famille parviendraient, eux, à des économies variant entre 7% et 20%. Dans les deux cas, on voit que la marge de manœuvre est importante. Les réseaux intégrés restent cependant peu nombreux et peu utilisés par les gros consommateurs de soins sur lesquels les économies plus substantielles pourraient être réalisées³¹.

C'est l'une des approches sur lesquelles la Suisse compte pour maîtriser la croissance des coûts de la santé. Mais pour le moment le succès reste limité. En cause, entre autres, une mauvaise image qui associe HMO, rationnement et médecine de deuxième choix. Cette image s'est beaucoup construite à partir des l'expérience des États-Unis³². Aujourd'hui, un Suisse sur cinq a opté pour un système d'assurance où il restreint sa capacité de choisir son médecin. Il y a donc une marge pour la mise en place d'une offre différenciée, où des modèles plus économiques seraient promus plus efficacement.

Devons-nous continuer à promouvoir les réseaux de soins ou devons-nous nous contenter d'appliquer les règles en place et trouver d'autres solutions pour tenter de freiner la constante hausse des coûts de la santé et pallier à la crise que le système de santé semble incapable de gérer ? Quand bien même nous souhaiterions développer ces offres [de réseau de soins, *n.d.r.*], ce n'est pas la tâche des assureurs-maladie de susciter ou de générer des réseaux. C'est le travail des prestataires de soins. Le risque de mélanger les intérêts est trop grand. Et soigner n'est pas notre métier³³. Avons-nous tout faux ? Les assureurs-maladie devraient-ils contribuer à ce genre de démarches ?

Durant les prochaines années, le vieillissement de la population, le progrès technologique et médical, mais aussi le changement du comportement des patients vont amplifier la complexité du domaine de la santé et la pression des coûts qui pèsent sur lui. Les réseaux de soins sont-ils prêts à relever de tels défis ? S'agit-il vraiment d'une théorie en attente de pratique ?

²⁸ *Idem*, « La comparaison avec l'autoroute donne un aperçu de la direction à prendre. On a su convaincre les conducteurs, malgré quelques excès exceptionnels, que le code de la route, bien qu'il restreigne les libertés individuelles et borne les fantaisies, conduit à une amélioration collective de la circulation, tant en vitesse d'écoulement qu'en sécurité. La différence avec le système de santé est que les accidents de la circulation et les grands carambolages sont très éloquentes sur le plan médiatique, alors qu'un taux épidémiologique, une donnée comptable laissent l'opinion indifférente ; d'autant qu'il n'est pas possible d'identifier les responsables des dérives. Le système est ainsi fait que personne n'a intérêt à éviter ces dérives. Les appels à la vertu collective restent ainsi inefficaces. »

²⁹ GRÉMY F., (1997), *op. cit.*

³⁰ L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leurs planifications, leurs prises de décisions et leurs actions.

³¹ ARSEVER S., *Les assurés veulent des contrats bon marché mais boudent les réseaux de soins*, Le Temps, 28 novembre 2007

³² ARSEVER S., *Managed Care : « La promotion de la qualité est plus efficace que les contrôles »*, Le Temps, 19 mai 2006

³³ ARSEVER S., *Pierre Boillat : « On ne reformera pas la santé en dressant les acteurs les uns contre les autres »*, Le Temps, 9 juin 2008

CHAPITRE I L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Durant les dix dernières années, les coûts de la santé ont augmenté de trois millions de francs par jour. Si nous souhaitons réellement enrayer cette spirale, nous avons besoin d'une meilleure coordination entre les différents fournisseurs de soins : finis les conflits stériles individuels, place aux réseaux de soins ! Mais nous avons aussi besoin de la liberté de contracter, qui crée les incitations nécessaires pour asseoir à la même table les différents acteurs du système de santé, afin de développer ensemble des modèles innovants, favorables aux assurés. Nous avons également besoin de données, de valeurs de références et de mesures de qualité, afin de contrôler les prestations et de récompenser les bons fournisseurs en négociant avec eux de meilleures conventions tarifaires. Enfin, nous avons aussi besoin de meilleurs incitatifs pour renforcer la responsabilité individuelle des assurés, consommateurs de soins de santé³⁴.

1. La problématique

En raison du financement à la prestation et des pratiques médicales de plus en plus spécialisées, l'intervention des institutions sanitaires et des professionnels de la santé est très segmentée. La raison principale réside dans le cloisonnement de ces services, chacun étant préoccupé avant toute chose par ses propres résultats et accessoirement par sa contribution au produit sanitaire. Aucun d'entre eux n'a de comptes à rendre par rapport à la prise en charge globale du patient et la performance de l'ensemble du système de santé est ainsi loin d'être optimale. La qualité des soins et la rationalité économique impliquent, en revanche, une prise en charge coordonnée et continue du patient tout au long de la chaîne des soins.

Cette situation est particulièrement inquiétante au moment où la maladie requiert l'intervention coordonnée de tous les fournisseurs de soins impliqués dans la prise en charge du patient et occupe une place de plus en plus importante dans le tableau épidémiologique. Elle débouche sur des inefficacités dans l'utilisation de l'offre médicale, hospitalière ou médico-sociale. Sous ou surconsommation de certaines prestations, redondance d'actes techniques, admissions inappropriées à l'hôpital ou dans un établissement de longs séjours, listes d'attente, difficultés d'organiser une suite de traitement à domicile ou dans un établissement de réadaptation au terme d'une phase aiguë, sélection de patients, réadmissions ou transferts inappropriés, ces dysfonctionnements sont très importants.

Ainsi, les activités contribuant à la prise en charge des patients étant trop souvent fragmentées, elles présentent une variabilité parfois non explicable et sont sans grande visibilité dans la durée et la progression, car menées au jour le jour, souvent dans l'immédiateté. Ce manque de prévisibilité et de coordination dans l'action génère de nombreux dysfonctionnements (*cf. supra*) dans la prise en charge des patients (détérioration de l'état clinique, retard, oubli, etc.) et demande de nombreux réajustements stressants mentalement pour les soignants et « coûteux » pour les patients (douleurs inutiles, problèmes évitables, etc.).

Pour y remédier, de nombreux dispositifs ont été expérimentés. Ils visent tous la coordination entre les différentes composantes de l'offre de soins : penser chaîne de soins plutôt qu'institution, trajectoire ou itinéraire du patient plutôt que phase de maladie. Parmi les dispositifs organisationnels figurent notamment, l'intégration des prestataires de soins au sein des réseaux, le gestionnaire de cas, la filière par pathologie, la gestion des itinéraires cliniques, par exemple. Quant aux dispositifs financiers, ils vont du financement des interfaces qu'impliquent la coordination et la continuité des soins³⁵, au financement à la capitation en contrepartie d'une responsabilité de prise

³⁴ PORTMANN G., (2008), *op. cit.*, p. 3

³⁵ La continuité des soins est un objectif visé par la création des réseaux de soins et, comme eux, suppose la complémentarité et la coordination entre prestataires de soins dans un but d'optimisation et d'efficacité du système de santé.

en charge étendue à une population définie, en passant par le forfait versé pour les traitements hospitaliers et ambulatoires d'une affection³⁶.

Conscients du fait que l'on ne peut pas improviser, ni décréter un réseau de soins, l'approche « *itinéraire clinique* » nous a semblé être la plus concrète, la plus plausible et réalisable dans l'idée directrice émise par la direction du Groupe CSS allant dans le sens des réseaux de soins intégrés. En effet, les parcours cliniques sont des plans interdisciplinaires de soins créés pour répondre à des problèmes cliniques spécifiques de diagnostic ou de thérapie, attirant l'attention sur l'amélioration des processus afin d'augmenter l'efficacité de l'assistance. En particulier avec l'utilisation et la diffusion des parcours cliniques on projette de répondre aux exigences suivantes :

- » s'étendre sur l'approche de la médecine basée sur l'évidence (EBM - evidence-based medicine) comme support aux processus de décision entre les divers composants du système d'entreprise, qu'il soit décisionnaire, comme par des professionnels individuels et en groupe ;
- » favoriser l'intégration grâce à la composition multi-professionnelle et multidisciplinaire des groupes de travaux, et l'innovation organisatrice, en améliorant la qualité professionnelle, la motivation et le climat d'organisation ;
- » analyser et réduire la variabilité des pratiques professionnelles, qui représente un des éléments de grande critique dans l'action sanitaire et est un indicateur de l'existence de la performance inappropriée potentiellement corrigible ;
- » encourager la continuité des soins, en particulier entre différents niveaux d'assistance ;
- » favoriser les processus mirés de rationalisation des dépenses, en individualisant et en revoyant les pratiques inappropriées et en promouvant celles appropriées et efficaces ;
- » améliorer la qualité perçue du patient, à travers l'optimisation des différents composants de l'épisode des soins : l'efficacité, les temps, l'information, l'éducation du patient et de la famille³⁷.

2. La méthode

Dans le cadre de la mise en place de cette nouvelle forme organisationnelle des soins et dans le but de vouloir anticiper les possibles obstacles au développement et au fonctionnement du réseau de soins envisagé, nous avons pris connaissance des différentes expériences internationales et des théories relatives à ce sujet. Difficile de dire quels seront les obstacles à franchir, quelle sera l'adhésion des fournisseurs de soins concernés, quels seront encore les facteurs de réussite, chaque expérience étant unique et se fondant sur des motivations propres.

En l'espèce, la clinique de soins somatiques aigus et la clinique de réadaptation travaillent depuis quelque temps ensemble. Des échanges ont lieu, toujours de manière informelle, mais rien ne laisse présager à une collaboration plus intense. Les patients opérés auprès de la clinique de soins somatiques aigus suivent la plupart du temps une réadaptation hospitalière auprès de la clinique de réadaptation, mais personne n'a jamais eu l'idée de vouloir officialiser cette collaboration informelle. D'une part, la clinique de soins somatiques aigus est occupée à opérer ses patients, en prodiguant des soins à l'avant-garde, de première qualité, et à trouver des solutions de placement ; d'autre part, la clinique de réadaptation souhaite garder une certaine liberté et ne veut pas garantir une place aux patients de la première clinique, arguant que son taux d'occupation est élevé et qu'elle ne peut pas libérer des lits sur demande de la première.

Cependant, un élément de l'analyse les rend semblables : les interventions de prothèse totale ou partielle de hanche sont quasiment toujours électives, *i.e.* programmables (sauf cas exceptionnels), comme le sont les séjours de réadaptation. Alors, pourquoi ne pas essayer de créer un itinéraire

³⁶ Atelier ALASS, *Réseaux, filières et coordination des soins*, Lausanne, 16 et 17 mai 2008

³⁷ Atelier ALASS, *I percorsi clinico-assistenziali*, Lugano, 28 novembre 2008

clinique pour les interventions des affections articulaires ? Cette approche nous permettra par la suite, en fonction des résultats obtenus, d'élargir le champ d'action en incluant éventuellement des affections neurologiques, par exemple, les deux cliniques étant spécialisées dans les deux domaines d'intervention.

L'étude vise à vérifier donc l'opportunité et la faisabilité de la mise en place d'un réseau de soins pour les interventions des affections de la fonction articulaire (prothèse totale ou partielle de hanche). Elle a pour objectif de confirmer ou rejeter l'hypothèse de travail selon laquelle un réseau de soin est en mesure de générer des économies substantielle – à terme – compte tenu des expériences internationales et des nombreuses analyses disponibles à ce sujet ; l'objectif étant de créer un outil de compréhension et d'analyse des situations permettant la création de réseaux de soins à plus grande échelle entre différents acteurs du système de santé dans une région géographique circonscrite.

C'est sur la base des informations à notre disposition que nous sommes parvenus à délimiter préalablement le champ d'action de notre étude. Nous connaissons bien les deux cliniques, car elles font partie des établissements avec lesquels nous négocions chaque année de nouvelles conventions tarifaires. Des contacts réguliers ont lieu et nous sommes les interlocuteurs privilégiés en matière de questions de santé. L'inventaire, aussi bien statistique que documentaire, des exigences émises par chaque établissement hospitalier a servi à identifier le parcours clinique choisi pour le projet, ainsi que la région géographique à desservir.

Au fur et à mesure des discussions qui ont eu lieu entre les partenaires contractuels, nous avons adapté la structure de nos textes conventionnels pour qu'elle soit la plus précise possible. Des modifications ont été adoptées sur la base des longues discussions et d'un compromis entre partenaires, ne pouvant pas changer drastiquement les structures logistiques et soignantes déjà en place.

Des négociations ont eu lieu de fin juin 2007 à fin décembre 2008, d'abord de manière bilatérale avec les deux différents fournisseurs de prestations, puis de manière collective jusqu'à l'aboutissement et la signature de la nouvelle convention de collaboration. Dès les premiers pourparlers collectifs, tous les partenaires se sont bien entendus sur les notions de « *réseau de soins* » et « *parcours clinique* » comme étant le moyen de nous faire parvenir à la mise en place d'un vrai réseau intégrant plusieurs autres pathologies que celle choisie au départ. Ce travail de vulgarisation a été poursuivi et salué au sein des directions respectives des cliniques et à chaque fois les signaux ont été positifs quant à la poursuite de la démarche engagée.

La première partie de ce mémoire donnera ainsi un aperçu du système de santé en Suisse et jugera de la pertinence du projet et de sa raison d'être. Cette analyse nous permettra de faire le lien entre les objectifs poursuivis et la nature des problèmes qu'il est censé résoudre. Ensuite, après avoir exposé brièvement les raisons des réseaux, nous aborderons les obstacles possibles et les facteurs de réussite en faisant référence au cas concret. Partant d'un certain nombre de constats découlant d'observations et expériences professionnelles non méthodologiques, il s'agira dans un premier temps de formaliser ces éléments. Le travail devrait permettre d'expliquer la notion de « *réseau de soins* » et d'y associer les problèmes majeurs issus de la pratique. Ceci pour mettre en évidence le raisonnement préalable à la démarche empirique qui plus tard guidera la démarche méthodologique. En conclusion, nous serons en mesure d'affirmer si oui ou non nous avons entrepris les démarches nécessaires afin de contribuer à freiner la hausse des coûts du domaine sanitaire.

Le présent document a pour objectif de fournir des informations sur les raisons qui ont amené à la création d'un réseau de soins entre les deux cliniques et de proposer des axes de réflexion en vue de la constitution d'autres réseaux en Suisse romande. L'approche adoptée est, par conséquent, résolument formative.

3. Les objectifs poursuivis

La mise en place du parcours clinique pour les interventions de la prothèse totale ou partielle de la hanche (préalable à la mise en place d'un réseau de soins dans notre étude) présuppose la réalisation des objectifs suivants³⁸ :

- » décloisonner le système de santé (en commençant avec les deux acteurs concernés) ;
- » mettre le patient au cœur du système ;
- » améliorer l'efficacité du système ;
- » maîtriser les coûts, tout en garantissant une qualité des prestations offertes ;
- » instaurer une nouvelle coopération et coordination entre fournisseurs de soins, ainsi qu'
- » accroître les compétences et valoriser les professionnels.

C'est un projet de qualité des soins. L'itinéraire est multidisciplinaire et destiné à un groupe bien précis de patients, il repose sur une planification systématique et se traduit par un programme de soins spécifiques.

La réalisation de tout ou partie de ces objectifs nous permettra de confirmer ou rejeter l'hypothèse selon laquelle les réseaux de soins sont une possible réponse à la crise actuelle du système de santé. Ces affirmations sont-elles toutes nécessaires à la création d'un réseau de soins ? Sont-elles exclusives ou cumulatives ? Y-a-t-il un lien entre la réflexion théorique et les expériences vécues sur le terrain ?

Ainsi, nous nous efforcerons de démontrer ou de rejeter ces hypothèses au fur et à mesure que nous avancerons avec notre travail de création et développement d'un réseau de soins intégrés. Ce mémoire sera aussi l'occasion de vérifier l'adéquation des théories développées depuis quelques années concernant la mise en place d'une nouvelle forme organisationnelle comme étant une des possibles réponses aux défaillances du système de santé.

³⁸ Atelier ALASS, *I percorsi clinico-assistenziali*, Lugano, 28 novembre 2008

CHAPITRE II LE SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Le système de santé suisse a mis en place une couverture d'assurance-maladie universelle permettant l'accès à un large éventail de prestations de soins. Il offre un grand nombre de services médicaux utilisant les dernières techniques de pointe et les patients sont largement satisfaits des services qui leur sont dispensés. Mais ces services ont un coût et ce coût est élevé. La part des dépenses de santé ne cesse d'augmenter et, en même temps, d'autres pays de la zone OCDE³⁹ (Suède ou Autriche, par ex.) font aussi bien, voire mieux, pour un niveau de dépenses inférieur⁴⁰.

1. Un système libéral

En Suisse, les compétences en matière de santé sont réparties entre la Confédération et les vingt-six cantons. Traditionnellement, les cantons sont souverains pour organiser leur système sanitaire à l'intérieur du cadre instauré par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)⁴¹ du 18 mars 1994 ; néanmoins, le pouvoir de la Confédération a augmenté au fil des ans en matière de législation relative aux assurances-maladie, accident et invalidité. Dans le domaine de l'assurance-maladie notamment, la Confédération édicte la législation et en assure sa surveillance. En dépit de toute une série de programmes de prévention et de promotion de la santé, la fragmentation des responsabilités a favorisé des activités dispersées et, pour l'essentiel, non coordonnées.

Le système de santé suisse présente de nombreux points forts, au premier rang desquels figurent l'assurance obligatoire des soins avec son catalogue de prestations uniforme et généreux, les primes par tête et les réductions de prime, le système de pluralité des assureurs-maladie, ainsi que le libre choix du médecin (généraliste ou spécialiste). Une autre force du système sanitaire suisse est la coresponsabilité de la Confédération inscrite dans la LAMal pour une prise en charge qualitative, ainsi que les critères d'efficacité, d'adéquation et le caractère économique pour la couverture des prestations⁴².

La Suisse ne dispose pas d'une planification sanitaire au niveau national. Le contrôle de l'offre hospitalière se base uniquement sur l'article 39 LAMal⁴³. Cette disposition engage les cantons à planifier les établissements hospitaliers (hôpitaux publics, cliniques privées et établissements médico-sociaux) de manière à établir une liste hospitalière. Cette planification est censée organiser la capacité et la structure de l'offre hospitalière sur la base des besoins de la population et des objectifs de maîtrise des coûts. La manière dont les plans cantonaux sont établis varie considérablement, car la loi n'établit pas de critères et de méthodes spécifiques, bien que les cantons se soient entendus sur un ensemble commun de recommandations⁴⁴. La grande décentralisation du pouvoir politique et le large degré d'autonomie locale dans l'organisation des soins de santé ont abouti à des systèmes de santé légèrement différents dans chacun des vingt-six cantons. Les cantons n'ont souvent pas la taille adéquate pour organiser efficacement l'offre de services de santé et la concurrence effective entre les assureurs-maladie demeure faible.

³⁹ L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) est une organisation internationale d'études économiques, dont les pays membres, principalement des pays développés, ont en commun un système de gouvernement démocratique et une économie de marché en vue de : soutenir une croissance économique durable, développer l'emploi, élever le niveau de vie, maintenir la stabilité financière, aider les autres pays à développer leur économie, ainsi que contribuer à la croissance du commerce mondial. Elle joue essentiellement un rôle d'assemblée consultative.

⁴⁰ OCDE, (2006), *op. cit.*

⁴¹ Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (RS 832.10)

⁴² Article 56 LAMal – Caractère économique des prestations

⁴³ Article 39 LAMal – Hôpitaux et autres institutions

⁴⁴ Si les hôpitaux inscrits sur les listes cantonales sont normalement des établissements publics ou privés à but non lucratif, des hôpitaux privés à but lucratif peuvent également y être inscrits lorsqu'ils reçoivent des autorités cantonales compétentes un mandat de soins spécifique.

Avec 3.6 médecins, 10.7 infirmières, 0.5 dentistes et 0.5 pharmaciens pour 1'000 habitants, la Suisse a une offre de professionnels de santé supérieure à celle de la plupart des pays de l'OCDE. Toutefois, le nombre de praticiens généralistes en Suisse (0.4 pour 1'000 habitants) est inférieur à la moyenne de l'OCDE qui est de 0.8 pour 1'000⁴⁵.

Les Suisses bénéficient encore aujourd'hui d'un accès quasi absolu et illimité à toute consommation de biens sanitaires, partant les indicateurs de l'état de santé de la population et les résultats sanitaires sont bons.

2. Un contexte inflationniste

Dans le classement international des systèmes de santé établi par l'Organisation mondiale de la santé⁴⁶ (OMS)⁴⁷, la Suisse arrive en tête en ce qui concerne « l'espérance de vie corrigées de l'incapacité », « l'accessibilité des services », la « liberté de choix » et d'autres indicateurs qualitatifs, mais en contre partie elle ne donne pas l'exemple pour ce qui est des « dépenses de santé publique ».

À l'avenir, des défis de grande envergure vont cependant se poser : la Suisse sera confrontée non seulement à la hausse continue des coûts, mais aussi à l'augmentation des maladies chroniques et au vieillissement de la population (Figure 1). Le risque est donc bien réel qu'une proportion plus forte de personnes souffre de plusieurs maladies chroniques en même temps. Les cas de démences seront plus fréquents. La demande en médecins de famille travaillant en réseau et accompagnant les patients tout au long de leurs traitements va croître rapidement. Le développement d'une bonne gestion des soins sera un défi majeur pour les systèmes de santé⁴⁸. Par conséquent, un débat unilatéral sur les coûts, tel qu'il prédomine actuellement en politique de santé, ne choisit pas les bonnes priorités. Il est opportun effet de mieux tenir compte de l'utilité pour les patients et de la qualité de la prise en charge, une population en bonne santé coûtant au bout du compte moins cher qu'une population malade.

Par ailleurs, la prévention va jouer un rôle de plus en plus important dans le système de santé. Tant au niveau de la société que de l'individu, il est important d'investir dans des mesures efficaces et rentables de promotion de la santé et de prévention. Vu l'allongement de l'espérance de vie, une bonne santé est un objectif prioritaire également du point de vue du développement économique. En outre, si l'on parvient à prolonger la vie sans maladies et sans incapacités, cela contribuera à freiner l'augmentation des coûts du système de santé.

De plus, la politique suisse de la santé va continuer à s'occuper des différents volets de réforme de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Bientôt quinze ans après son introduction, la LAMal est encore controversée. Une critique souvent formulée est que les objectifs énoncés n'ont été que partiellement atteints. Cela est imputé à des difficultés de mise en œuvre dues à l'éparpillement des compétences entre la Confédération et les vingt-six cantons, mais non à la loi proprement dite. Certains voient par contre dans la LAMal la cause de l'augmentation des primes et des coûts faute d'incitations à un comportement économique plus raisonnable et en raison d'une répartition injuste du financement.

⁴⁵ OCDE, (2006), *op. cit.*

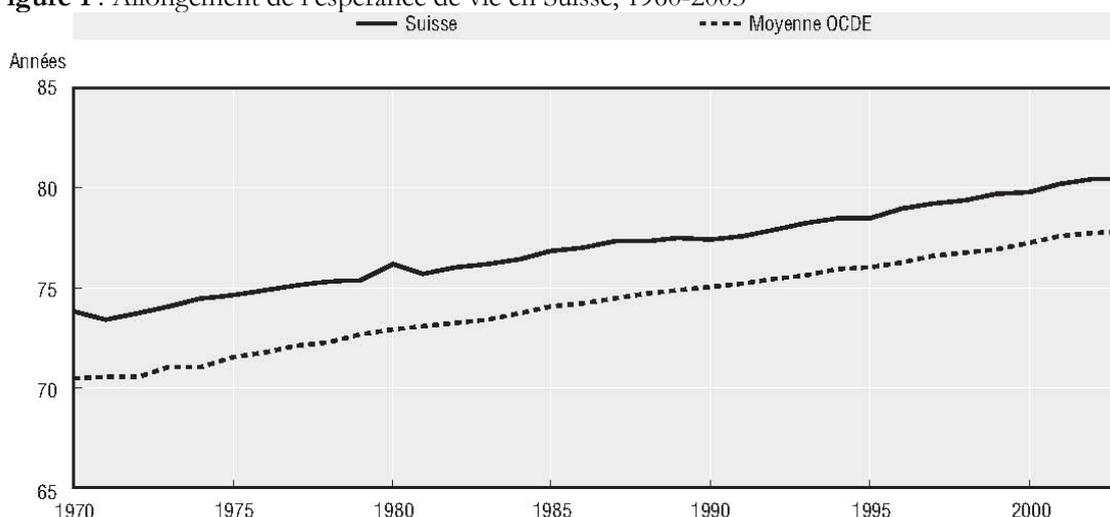
⁴⁶ OMS, (2000), *op. cit.*

⁴⁷ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.

Au 21^{ème} siècle, la santé est une responsabilité partagée qui suppose un accès équitable aux soins essentiels et la défense collective contre des menaces transnationales.

⁴⁸ infosantésuisse, (2008), *Réseaux, coordination et coopération*, no10/08, p. 4

Figure 1 : Allongement de l'espérance de vie en Suisse, 1960-2003



Note : Jusqu'en 1985, la moyenne de l'OCDE inclut certains pays à séries incomplètes. La moyenne de l'OCDE exclut la Corée.

Source : OCDE (2005), Éco-Santé OCDE 2005, Paris

3. Un système peu efficient

La récente étude de l'OCDE et de l'OMS⁴⁹ sur le système de santé suisse est arrivée à la conclusion qu'il a atteint des résultats importants : l'état de santé et la couverture universelle des soins sont bons, mais ces succès ont un coût très élevé. Les deux organisations mettent en avant la qualité du système de santé en Suisse et recommandent de maîtriser les dépenses, qui sont élevées. La comparaison du système de santé suisse avec les autres pays de l'OCDE est plutôt bonne. Sa couverture par l'assurance-maladie universelle offre un accès à un large éventail de prestations médicales modernes, et les patients sont très largement satisfaits des soins qui leur sont dispensés. Cependant, la part des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) est la deuxième de la zone OCDE (après les États-Unis). Pourtant, d'autres pays de cette zone offrent d'aussi bonnes, voire de meilleures prestations à moindre coût. Les incitations du côté de l'offre et de la demande ne semblent pas encourager un bon rapport coût-efficacité.

Ainsi, en 2003 la Suisse a consacré à la santé 11.5 % de son PIB, contre 8.8 % dans l'OCDE (Figures 2 e 3). Par ailleurs, les dépenses ont constamment augmenté, progressant de 3.4 points de pourcentage du PIB entre 1990 et 2004, contre 1.5 point de pourcentage en moyenne dans l'OCDE. Le niveau élevé des dépenses de santé reflète, par rapport aux autres pays de l'OCDE, une offre généreuse et le prix élevé des prestations.

En 2003 toujours, la Suisse a consacré 48% de ses dépenses totales de santé aux soins de patients hospitalisés, 27% aux soins de patients ayant reçu des soins en milieu ambulatoire et 10.5% aux produits pharmaceutiques délivrés à ces derniers⁵⁰.

Les mécanismes actuels de financement et de paiement encouragent des niveaux d'offre élevés et des soins hospitaliers qui coûtent trop cher. Des paiements de type AP-DRG^{51,52} pour les soins aux patients hospitalisés devraient favoriser une plus grande efficacité de l'offre et des durées de séjours plus courtes, augmentant ainsi l'offre disponible. Pour les soins primaires, l'évolution vers

⁴⁹ OCDE, (2006), *op. cit.*

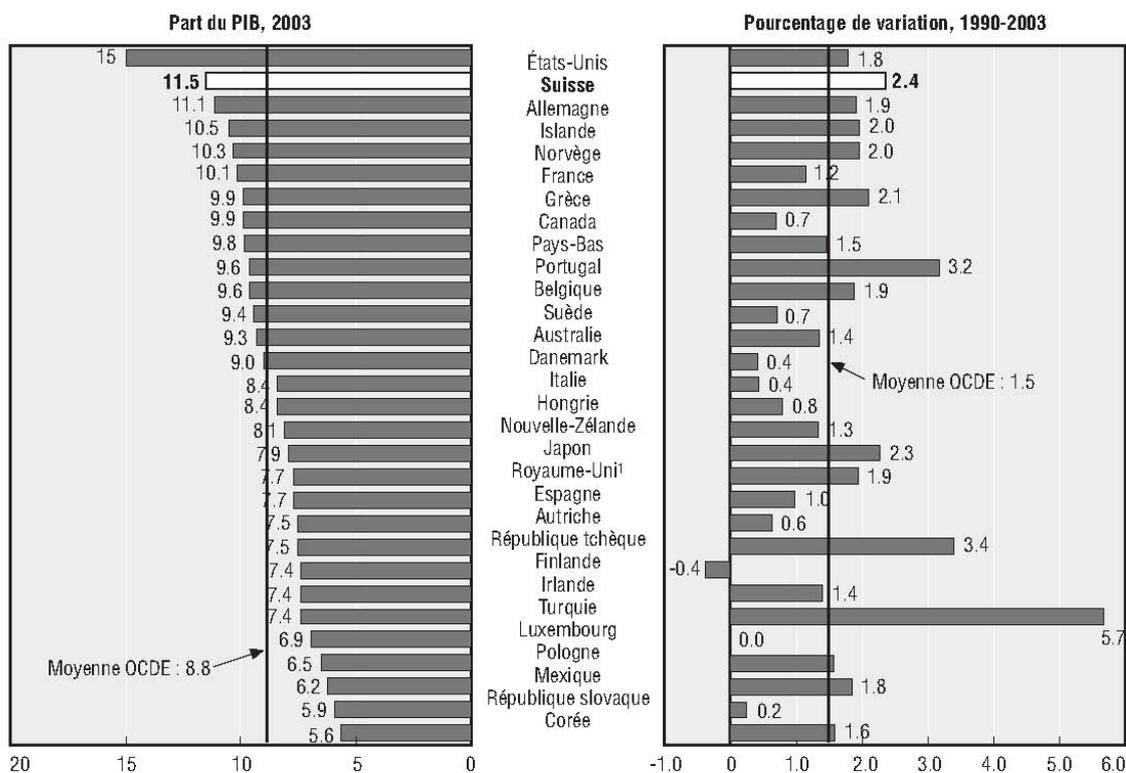
⁵⁰ OCDE, (2006), *op. cit.*

⁵¹ All Patient Diagnosis Related Groups (diagnostics regroupés pour la gestion applicable à tous les patients, *n.d.r.*)

⁵² Message concernant la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004 (04.061)

des systèmes de paiement ayant une composante prospective ou de capitation plus importante, de même que le recours à un médecin de famille ou à un réseau de soins devraient être encouragés⁵³.

Figure 2 : Part du PIB consacré aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003



Note :

La part des dépenses de santé dans le PIB suisse est de 10.7 %. Pour plus de détails, voir le corps du texte.

Les séries suivantes présentent des ruptures, années entre parenthèses :

Allemagne (1992), Espagne (1991), Finlande (1993), Hongrie (1998), Japon (1995), Mexique (1999), Norvège (1997), Pays-Bas (1998), Portugal (1995), Suède (1993), Royaume-Uni (1997) et Turquie (1999).

Les données sont estimées pour les pays suivants : Canada, France, Hongrie, Islande, Japon, Norvège, Suisse et Turquie. Il se peut que la Suisse surestime ses dépenses au titre des soins de longue durée qui sont l'une des composantes de ses dépenses totales de santé.

Source : OCDE (2005), Éco-Santé OCDE 2005, Paris

En 2005, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a effectué une étude, en collaboration avec l'École polytechnique fédérale de Zürich (EPFZ) et l'Université de Lugano (UNISI), sur l'efficacité des hôpitaux suisses⁵⁴. Le degré d'inefficacité se situe légèrement au-dessus de 20%. Il serait donc possible d'économiser 20% des coûts hospitaliers sans que la qualité en pâtisse. Les assureurs-maladie prennent en charge huit milliards de francs par an au titre des coûts hospitaliers, soit, selon l'étude de l'OFS, 1.6 milliards de francs de trop⁵⁵.

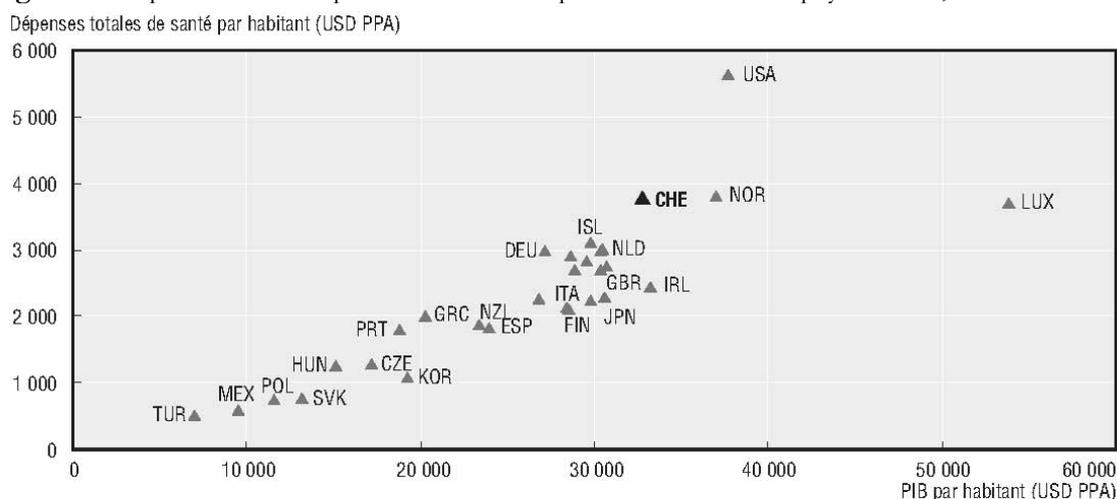
Le vieillissement de la population et les nouvelles technologies de la santé laissent penser que les dépenses vont continuer d'augmenter en Suisse, suscitant des préoccupations en ce qui concerne la viabilité financière du système. La Suisse se doit par conséquent de développer des politiques plus efficaces si elle veut mieux maîtriser ses dépenses de santé à l'avenir.

⁵³ OCDE, (2006), *op. cit.*

⁵⁴ FILIPPINI M., FARSI M., (2005), *op. cit.*

⁵⁵ infosantésuisse, (2008), *Pourquoi l'argent des primes fuit-il ?*, no 4/08

Figure 3 : Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays OCDE, 2003



Note : Les données pour 2003 ont été estimées pour les pays suivants : Canada, France, Hongrie, Islande, Japon, Norvège, Suisse et Turquie.

Source : OCDE (2005), Éco-Santé OCDE 2005, Paris

La Suisse vieillit, comme d'ailleurs l'ensemble du monde occidental. À l'instar de beaucoup d'autres pays, nous devons nous attendre à une hausse de coûts de la santé. À première vue, cela semble logique, mais à y regarder de plus près, ce n'est pas si simple. D'une part l'évolution démographique n'est pas responsable que d'une petite partie de l'augmentation des coûts. D'autre part, nous ne sommes pas condamnés à observer passivement les effets négatifs du vieillissement de la population⁵⁶.

Le rapport de l'OCDE et de l'OMS recommande de prendre des mesures afin d'accroître l'efficacité du système de santé suisse. Les mécanismes actuels de paiement aux médecins et aux hôpitaux – les rémunérations à l'acte ou par journée d'hospitalisation, par exemple – n'incitent pas à augmenter l'efficacité ; le rapport recommande donc de considérer de nouvelles méthodes de paiement des soins. Ainsi, dans le domaine hospitalier, un système de rémunération prospectif basé sur des forfaits par pathologie permettrait d'augmenter l'efficacité et de réduire la durée moyenne des séjours. Dans le domaine ambulatoire, on pourrait envisager un système plus axé sur le médecin référent ou le médecin de famille et moins sur la rémunération à l'acte.

Si les autorités suisses envisagent de maîtriser les dépenses en introduisant plus de concurrence, elles devraient limiter les possibilités pour les assureurs-maladie de sélectionner les assurés sur la base de leur profil de risque. Les assureurs devraient passer des contrats avec les fournisseurs de soins sur la base de la qualité. Les assurés devraient, eux, rechercher la meilleure couverture aux meilleurs prix. Une concurrence accrue sur le marché des médicaments non brevetés (comme les génériques) ferait baisser le prix des médicaments. La concurrence entre les assureurs-maladie et les prestataires de soins devrait dépasser en outre les frontières cantonales. Malheureusement, l'objectif de la maîtrise des dépenses de santé grâce à l'introduction de la concurrence sur le marché n'a pas été atteint et les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le PIB⁵⁷.

En Suisse, le financement des soins par les primes d'assurance demeure régressif et les dépenses « *out-of-pocket* » des assurés sont élevées par rapport à la plupart des pays de l'OCDE. Pourtant, le système actuel de subventionnement des primes et les exemptions de participation aux coûts permettent aux groupes vulnérables d'avoir un bon accès aux prestations de santé. Toutefois, des différences importantes subsistent entre les vingt-six cantons quant aux niveaux des aides et à leurs conditions d'obtention.

⁵⁶ infosantésuisse, (2008), *Que nous réserve le futur ?*, no 6/08

⁵⁷ OCDE, (2006), *op. cit.*

Enfin, une amélioration des performances à plus long terme suppose de modifier la gouvernance du système de santé. Malgré la petite superficie du territoire et le peu d'habitants, la Suisse compte vingt-six systèmes semi-autonomes, ce qui rend difficile l'élaboration de politiques nationales cohérentes, ainsi que la création de marchés concurrentiels pour l'assurance-maladie, les services de santé et les médicaments.

Le rapport recommande donc la mise en place d'une loi-cadre globale pour la santé, qui intégrerait la législation actuelle sur l'assurance-maladie, les futures politiques de prévention, la collecte de données de santé au niveau national et la surveillance de l'efficacité du système sanitaire. Elle exposerait également les objectifs nationaux et les responsabilités en matière de financement, et garantirait que l'assurance-maladie et l'offre soient disponibles sur une base géographique plus large.

4. Les axes de réflexion

La constante croissance des coûts de la santé en Suisse a de multiples causes. Chaque année, à réception de la nouvelle police d'assurance-maladie, la question se pose à Monsieur et Madame Tout-le-monde de savoir de quel montant la nouvelle prime a été augmentée. Que la hausse des primes n'est pas une loi de la nature incontournable mais bien la conséquence de divers facteurs plus ou moins modulables. C'est ce qui ressort d'une analyse commandée par santésuisse⁵⁸ au professeur Tilman Slembeck⁵⁹ sur les causes des coûts dans le système de santé suisse.

4.1. Les coûts

À la question de savoir pourquoi les coûts de la santé sont si élevés en Suisse, il y a deux réponses habituelles : « *La Suisse est une île de prix élevés* » et « *Les gens courent beaucoup trop souvent chez le médecin* ». Les deux affirmations contiennent certainement une part de vérité, parce que les coûts sont fondamentalement un produit de la quantité et des prix. Si le prix augmente sans que la quantité consommée ne diminue alors les coûts augmentent. Si l'on consomme davantage et que les prix ne baissent pas, alors les coûts partent à la hausse. À cela s'ajoute que la formation des prix dans le secteur de la santé ne se soumet pas aux règles d'un marché libre, mais elle est bien le résultat de négociations et de contrôles. Les tarifs, les prix et leurs évolutions se trouvent « *entre les mains des partenaires contractuels ou des autorités de sorte que c'est là que se trouvent les possibilités les plus directes de pilotage ou d'atténuation*⁶⁰ ». Les prix sont également de ce fait politisés et un enjeu que l'on se dispute entre divers groupes d'intérêts. L'évolution de la quantité est beaucoup moins influençable puisque les patients et les fournisseurs de prestations la guident par leurs décisions individuelles. C'est pourquoi des incitations individuelles doivent être mises en place pour modérer la quantité, tant pour l'offre que la demande.

4.2. Les influences sur la demande

Divers facteurs ont une influence qui renforce les coûts de la demande de prestations. Premièrement, il y a le développement économique qui augmente le revenu disponible et fait croître

⁵⁸ santésuisse est l'organe fédéral des assureurs-maladie suisses.

Les assureurs-maladie suisses garantissent à la population la protection nécessaire en cas de maladie, d'accident et de maternité. Ils pratiquent aussi bien l'assurance obligatoire des soins et d'indemnités journalières que les assurances complémentaires au choix des personnes assurées. Environ un tiers des dépenses de santé sont financées en Suisse par l'assurance-maladie obligatoire. Les assureurs-maladie concluent des conventions avec les fournisseurs de prestations (hôpitaux, médecins, pharmaciens, établissements médico-sociaux, organisations de soins à domicile, etc.) Dans les négociations, ils cherchent à obtenir des prestations de qualité à des prix appropriés. Grâce à leurs statistiques et à l'échange des données voulus par le législateur, les assureurs-maladie se donnent d'importantes ressources d'informations en vue de mettre en place une planification pour couvrir les besoins et de continuer à améliorer notre système de santé.

Le coût des prestations payées par l'ensemble des assureurs-maladie se monte à quelque 20 milliards de francs par année. Leurs frais d'administration s'élèvent à environ 5.5% des dépenses. C'est peu, moins en tout cas que les frais d'administration des assureurs-accidents et surtout que ceux des compagnies privées d'assurance.

⁵⁹ SLEMBECK T., (2006), *op. cit.*

⁶⁰ *Ibidem*

la demande. Mais comme les coûts sont largement pris en charge par l'assurance, il y a un certain découplage entre la demande et le revenu. La croissance du revenu ne peut être dès lors qu'une des multiples raisons de l'augmentation des coûts. D'autres facteurs multiplicateurs de coûts jouent sur la demande : outre les changements sociaux qui transforment de plus en plus la santé en bien de consommation, il y a la plus grande disponibilité des prestations médicales ainsi que le vieillissement de la population. Toutefois, la hausse des coûts ne repose pas en premier lieu sur la croissance du nombre des personnes âgées (vieillesse démographique) mais bien sur la croissance des dépenses de santé au cours de la dernière année de vie (effet de vieillissement induit par le système)⁶¹.

4.3. L'aléa moral et les autres lacunes du système

Les personnes qui sont au bénéfice d'une assurance agissent en prenant davantage de risques qu'elles ne le feraient si elles n'en n'avaient pas, car les risques entraînés par leur comportement sont couverts. Ce phénomène est qualifié de « *hasard moral* ». La personne assurée ne prend pas seulement plus de risques mais est également poussée à demander davantage de prestations. Ces dernières incitent également les fournisseurs à offrir des prestations supplémentaires (offre induite par la demande). Par ailleurs, les fournisseurs de prestations, de par leurs connaissances scientifiques, ont sur les assureurs-maladie et leurs patients un avantage en matière d'information. Si les fournisseurs visent également des objectifs d'occupation et de revenu, il y a risque qu'en raison de l'asymétrie dans les informations disponibles, il y ait fourniture de prestations inutiles (demande induite par l'offre).

Ce qui apparaît individuellement judicieux au patient et aux fournisseurs de prestations nuit souvent à l'intérêt de la collectivité. Celui qui paie des primes élevées cherche à amortir son investissement en profitant de l'offre du système. Le fournisseur de prestations améliore son revenu avec une clientèle qui a envie de consommer. Mais ce type de comportement individuel tire les primes des assureurs vers le haut et porte préjudice à l'intérêt général des assurés. L'individu cherche dès lors à amortir encore davantage son investissement qui devient toujours plus coûteux⁶².

En raison de la protection par l'assurance-maladie, il n'y a plus qu'une mince incitation à mesurer l'utilité supplémentaire d'une prestation rapportée au coût supplémentaire. Les actuelles fausses incitations pourraient être écartées par différentes mesures : le renforcement du système bonus/malus, de la participation personnelle et la promotion des modèles d'assurance différents ou intégrés (*i.e.* réseaux de soins). Ces derniers devraient piloter le comportement de la demande (garde-barrière) et celui des fournisseurs (responsabilité du budget). Le fait que ces modèles n'ont pas pu jusqu'ici se répandre largement est lié au contexte du financement hospitalier actuel et de la compensation des risques.

4.4. Les effets secondaires des innovations

L'innovation passe en général pour quelque chose de positif. Cela vaut également pour le domaine de la santé, toutefois avec certains effets secondaires. L'innovation en matière de diagnostic permet, par exemple, le dépistage précoce de maladies, mais entraîne également une multiplication des prestations thérapeutiques. Les innovations thérapeutiques traitent les maladies et prolongent la vie mais elles peuvent aussi perturber le cours de la maladie et provoquer de nouvelles prestations. Comme l'utilité supplémentaire et les coûts supplémentaires ne sont que difficilement comparables, il y a aussi le risque d'une demande engendrée par l'offre.

Si le domaine d'application de l'innovation s'étend plus que prévu (diffusion de l'innovation), les coûts par traitement descendent. Mais le nombre des prestations augmente (en particulier par l'élargissement des indications). Il peut arriver que : « ... *même des innovations inductrices d'économies conduisent à une augmentation des coûts par la multiplication des prestations* »⁶³.

⁶¹ SLEMBECK T., (2006), *op. cit.*

⁶² infosantésuisse, (2008), *Pourquoi l'argent des primes fuit-il ?*, no 4/08

⁶³ SLEMBECK T., (2006), *op. cit.*

4.5. Le rôle de l'État

Tous les vingt-six cantons suisses préservent, en vertu du principe de territorialité, leur petit marché protégé de la santé. Inutile de songer en l'occurrence à une concurrence efficace. Le prestige cantonal et l'envie d'utiliser les capacités existantes favorisent la multiplication des prestations au lieu de la formation de centres et de spécialisations. Le catalogue étendu des prestations défini par l'État pour l'assurance obligatoire des soins pousse inévitablement à une forme de « *consommation forcée* », car il freine la concurrence entre les offres de prestations aux assurés.

Les prix du système de santé suisse ne sont pas formés par le marché mais bien par un système complexe de tarifs qui est « ... *le résultat d'une série d'atteintes coûteuse au marché et de tentatives de prise de contrôle*⁶⁴ ». Dans le domaine ambulatoire, la Suisse a choisi avec le tarif à la prestation TarMed une variante qui ne pouvait pas être plus chère. Les incitations sont ainsi faites que les fournisseurs de prestations privilégiant l'aspect économique maximisent le nombre des patients ainsi que celui des prestations. Dans le domaine hospitalier, les prestations sont forfaitaires. Les diverses formes de forfaits (journaliers, de division, de prestation, de sortie) amènent toutefois une structure de tarifs telle qu'elle ne permet ni une comparaison et encore moins une concurrence entre les hôpitaux.

Considérant la diversité des facteurs de coûts, il faut poser des priorités sur des critères clairs pour le choix des mesures et des réformes. Chaque mesure possible doit être examinée sous divers angles. Cette mesure a-t-elle un potentiel d'économies ? Est-elle politiquement réalisable ? En combien de temps est-elle applicable ? La liste des priorités ainsi dégagées doit ainsi servir de soutien aux décideurs pour prendre les mesures qui permettront de maîtriser les coûts du système de santé⁶⁵.

5. Le « *nouveau* » concept opérationnel

Le « *nouveau* » concept opérationnel est donc désormais celui des filières de soins. Comment faire circuler les malades de façon à ce que les prises en charge soient globales, efficaces sur le plan des soins et des résultats, et raisonnablement efficaces sur le plan économique ? Organiser une circulation efficace et efficiente des patients est désormais le problème majeur du système de soins.

Chaque patient étant singulier, la trajectoire qu'il suit (séquence ordonnée d'événements pathologiques et d'interactions avec le système de soins) – ou qu'il devrait idéalement suivre – est bien entendu unique. Une des difficultés de la médecine et du système de soins est qu'il faut « *gérer la singularité à grande échelle* ». Le médecin gère cette singularité en regroupant les « *cas singuliers* » en entités conceptuelles statistiques telles que les syndromes ou les maladies identifiées, caractérisés par leur fréquence et/ou leur typicité. La décision médicale n'est pas un acte aisé. Paradoxalement, l'accroissement des connaissances et des moyens de traitement s'accompagne d'une augmentation de l'incertitude du médecin mis en situation de décider. Cette incertitude touche tant aux connaissances actuelles sur une pathologie donnée qu'à la maîtrise de ses connaissances par les médecins⁶⁶.

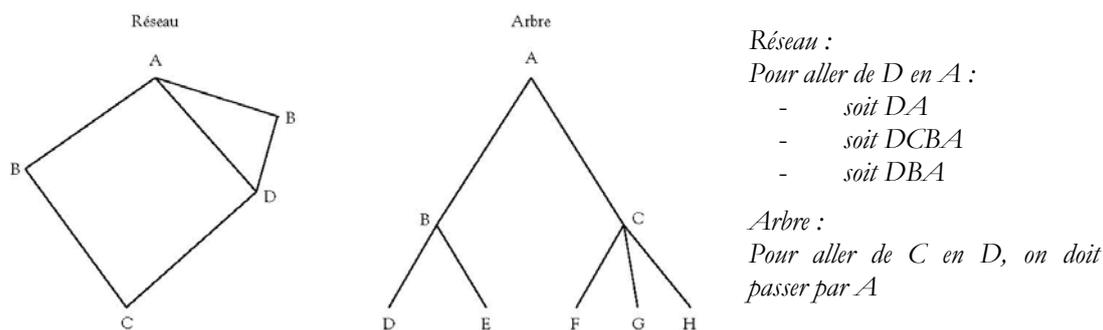
Par un procédé intellectuel comparable, on peut appeler filière des regroupements de trajectoires typiques et/ou fréquentes, et de ce fait susceptibles d'une certaine forme de modélisation. Pour organiser les filières, l'un des moyens possibles est de mettre en place un type d'organisation particulier : les réseaux de soins coordonnés (Figure 4).

⁶⁴ SLEMBECK T., (2006), *op. cit.*

⁶⁵ www.santesuisse.ch

⁶⁶ CASTEL P., CARRÈRE M.-O., (2007), *op. cit.*, p. 11

Figure 4 : Réseau de soins coordonnés



Source : KOVASS V., GRÉMY F. (2002), *op. cit.*, p. 156

Le réseau apporte deux types de solutions à ces incertitudes. Les référentiels élaborés par le réseau auxquels les médecins peuvent se référer constituent une aide impersonnelle. L'autre est personnelle. En participant aux réunions du réseau où les référentiels sont élaborés, les médecins apprennent à connaître et à reconnaître la compétence de certains médecins qu'ils peuvent appeler plus facilement en cas de problèmes décisionnels⁶⁷.

Depuis de nombreuses années déjà, des réseaux de médecins de premier recours existent en Suisse. Vivant la solitude du cabinet médical, des confrères ont éprouvé le besoin de se grouper de façon informelle pour partager leurs préoccupations, discuter des cas difficiles, lire ensemble des radiographies. Se transmettre des dossiers et des informations. Dans un climat d'amitié et de complicité.

Le monde politique, les assureurs-maladie et la FMH⁶⁸ parlent depuis quelque temps de la création de réseaux de soins. Les médecins sont incités à les développer dans le but de maîtriser les dépenses des soins ambulatoires. Il s'agit d'ajouter un contrôle des dépenses au sein d'un groupe de médecins.

L'assuré renonce à consulter en dehors du réseau, sauf pour la gynécologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie et les urgences. Le libre choix du médecin existe toujours à l'intérieur d'un réseau. L'assureur accorde aux assurés une réduction de prime. Le médecin prend en charge l'assuré comme aujourd'hui, mais il est informé des dépenses faites pour le traiter. En cas de nécessité, le médecin de premier recours délègue la prise en charge des patients à ses confrères spécialistes. Le réseau assume ainsi la responsabilité budgétaire des coûts générés par les patients traités au sein du réseau⁶⁹.

Par la création des réseaux, les assureurs-maladie délèguent aux médecins une partie du contrôle économique de leur activité. Deux objectifs de réduction des coûts sont ainsi poursuivis : par la consultation prioritaire au sein du réseau, on espère réduire le « *tourisme médical* », la multiplication d'examen faits dans plusieurs cabinets, donc promouvoir une gestion de type filière coordonnée de soins ; par l'information donnée au médecin sur le suivi des dépenses, on espère une meilleure prise de conscience du rapport coût/efficacité dans le traitement d'une maladie.

Tant les assureurs-maladie que les médecins exerçant déjà en réseau soulignent la nécessité qu'une responsabilité budgétaire soit attribuée aux médecins. Afin de stimuler la prise en charge la plus efficace possible et de les sensibiliser de manière concrète aux coûts de la santé⁷⁰.

⁶⁷ CASTEL P., CARRÈRE M.-O., (2007), *op. cit.*, p. 14

⁶⁸ La FMH (*Foederatio Medicorum Helveticorum*) est l'organisation faîtière du corps médical suisse. Plus de 90% des 30'000 praticiens actifs dans notre pays sont membres de la FMH. En sa qualité d'organisation professionnelle, la FMH a notamment pour but de garantir la qualité élevée des soins médicaux en Suisse, d'aider les médecins dans l'exercice de leur fonction, de resserrer les liens entre eux, de leur assurer – en particulier sur le plan politique – les meilleures conditions possibles pour accomplir leurs tâches professionnelles.

⁶⁹ VILLARD G., BOUDRY J.-F., *Un meilleur contrôle des dépenses par les réseaux de soins*, Le Temps, 8 avril 2008

⁷⁰ *Ibidem*

CHAPITRE III LES RAISONS DES RÉSEAUX

De nos jours, on use et abuse de ce mot : c'est un « *buzzword*⁷¹ » comme le définissent les américains. On l'énonce, on le lâche dans la foule pour éviter de trop penser et remettre à plus tard la solution. C'est un mot « *pseudo-miracle* »⁷².

En effet, les réseaux de soins sont l'objet, depuis une douzaine d'années, d'une attention toute renouvelée, dans la mesure où ils sembleraient pouvoir répondre aux nouvelles conditions de l'activité économique et, en particulier, au déplacement d'une concurrence par les coûts et les prix vers une concurrence par l'innovation. Ils doivent permettre le décloisonnement des composantes du système⁷³, les amener à coopérer et à améliorer par ce moyen les performances de l'ensemble des acteurs du système de santé en promouvant l'accroissement des compétences et l'harmonisation des pratiques professionnelles. Dans cette perspective, il sied de mieux préciser les raisons pour lesquelles les réseaux de soins pourraient effectivement contribuer à résoudre les problèmes auxquels nos systèmes de santé sont confrontés⁷⁴.

Les réseaux sont l'une des principales formes de l'activité productive organisée. Produire consiste, en effet, à combiner des composants (compétences, outils et équipements, consommations intermédiaires, énergie, etc.) ce qui suppose de l'organisation. Pour rendre compte de l'organisation on peut, en première approximation, considérer quelques dimensions fondamentales comme la différenciation, la coordination et la régulation.

À la différenciation, qui se manifeste par la variété des composants, est associée la coordination grâce à laquelle ces composants sont combinés de façon à donner naissance aux biens et services qui sont la raison d'être de l'activité, la régulation régit les échanges entre l'activité et son environnement, et notamment la façon dont elle se procure les ressources nécessaires à son fonctionnement⁷⁵. Une forme organisationnelle est pertinente par rapport à l'activité qu'elle structure, si elle permet à cette activité de mieux remplir ses missions.

1. Les définitions

Les réseaux de soins peuvent être définis comme étant des mécanismes ayant « *pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité* »⁷⁶.

Les réseaux de soins ce sont « *d'abord la collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux* »⁷⁷.

Le réseau de soins « *correspond à une entité spécifique, reposant sur l'organisation coordonnée de personnes morales ou physiques (institutions de soins, médecins ou soignants) qui se fixent des objectifs communs de prise en charge des personnes, en accroissant la rationalité médicale, technique, voire dans certains cas économiques, d'un dispositif d'offre de soins. Dans un réseau, un patient circule de manière organisée suivant des procédures et des protocoles. Les réseaux permettent d'additionner des compétences, de diminuer les doublons de prise en charge,*

⁷¹ LE BOTERF G., (2008), *op. cit.*, p. 9

⁷² GRÉMY F., (1997), *op. cit.*

⁷³ 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

⁷⁴ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

⁷⁵ HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

⁷⁶ <http://www.reseau-virtuel.org/page191.asp> consultation du 09.01.2009

⁷⁷ http://www.medcost.fr/asp/reseaux/savoir_plus.htm consultation du 09.01.2009

d'optimiser les temps de réponses médicales et d'assurer une meilleure coordination des soins apportés aux patients »⁷⁸.

Le réseau peut être également commodément défini en le distinguant des deux formes organisationnelles les plus courantes : le « *marché* » et la « *hiérarchie* ».

Le marché coordonne des décisions nombreuses et dispersées, par le biais du système de prix. Les prix contribuent à informer et à inciter les agents sur ce qui est le plus intéressant pour chacun d'eux. Les relations sont décentralisées, chaque agent étant légalement autonome vis-à-vis des autres ; elles sont ponctuelles, c'est-à-dire qu'elles concernent une transaction particulière et n'entraînent pas d'engagement ultérieur. Une des caractéristiques du marché est la flexibilité, chaque agent peut changer de cocontractant à tout moment. La hiérarchie correspond à une coordination fondée sur l'autorité ; l'illustration principale en est l'entreprise. Les relations entre les participants sont centralisées et durables, elles prennent la forme de contrats de travail. Une des caractéristiques de cette configuration est la stabilité⁷⁹.

Ces deux dispositifs organisationnels sont fréquemment des solutions alternatives, comme le montre le fait qu'une même activité de production peut être « *internalisée* » (une entreprise réalise elle-même un bien ou un service qu'elle se procurait jusque là sur le marché), ou « *externalisée* ».

Le réseau quant à lui établit des relations de coopération entre des unités de production autonomes. La coopération ne se limite pas à des transactions ponctuelles et anonymes, elle s'inscrit dans une certaine durée et concerne des entreprises spécifiques. Mais cette stabilité peut s'accompagner de flexibilité, parce que l'activité commune à laquelle collaborent des unités de production n'est pas nécessairement leur seule activité, elles peuvent donc absorber des fluctuations de l'activité commune en modulant leurs activités propres. De plus, la composition des unités dans le dispositif de coopération est stable sans être rigide ce qui signifie, qu'en fonction des besoins, des unités puissent entrer et sortir du réseau sans difficulté, ce qui permet de regrouper un ensemble de compétences véritablement adapté aux problèmes⁸⁰.

Quoi qu'il en soit, même si leur définition diffère, les réseaux de soins ont tous finalité commune : favoriser la prise en charge plus souple, moins contraignante pour les patients, c'est-à-dire favorisant l'ambulatoire, le maintien à domicile des personnes et une prise en charge globale optimisée. Autrement dit, l'objectif principal des réseaux de soins est d'étudier comment les modifications comportementales des professionnels de santé et comment un travail de réflexion sur leur mode de coopération potentiel peuvent mener à une amélioration globale du résultat médical, partant du résultat économique⁸¹.

Ainsi, le réseau est à la fois une structure et un processus, qui permettent de mettre en valeur les capacités d'actions et de rationaliser la gestion des services à vocation complémentaire. Une stratégie de réseaux, faite d'alliances fonctionnelles et de regroupement des capacités techniques, pourrait constituer le modèle de développement particulier adapté à une situation de récession économique.

2. Les constats à la base des réseaux

Dans le cadre de la mise en œuvre des réseaux de soins, cette démarche ne peut être isolée de celle impliquant la modernisation de l'organisation sanitaire en particulier : à tous les niveaux les acteurs de terrain cherchent à inventer de nouvelles modalités d'action. Le manque de repères donné à dessein pour favoriser la créativité de l'expérimentation, et le manque de méthodes des acteurs jusque là encadrés par l'organisation, posent le problème de la compréhension du processus de changement, entre attentes singulières des acteurs et besoins d'évaluation de l'expérimentation.

⁷⁸ LIÈVRE A., MOUTEL G., HERVÉ C., (2001), *op. cit.*

⁷⁹ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

⁸⁰ HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

⁸¹ KHELIFA A., (1998), *op. cit.*

Comment se constituent les réseaux de soins ? Il semble difficile d'apporter une réponse unique à cette question, les réseaux ayant par nature un caractère spontané et fluide. Leur genèse est suscitée à partir de besoins émergents et d'initiatives individuelles, dans et hors l'institution. Chaque groupe, chaque réseau est donc singulier dans son histoire. Il semble néanmoins au delà des spécificités, que les réseaux se constituent et se développent toujours suivant certains scénarii communs inscrivant dans leur histoire trois dimensions fondamentales : la différenciation, la coordination et la régulation⁸².

2.1. L'importante différenciation

Constitués à partir des nombreuses initiatives individuelles que recèle l'institution, les réseaux de soins se développent souvent à l'origine autour de la motivation de créer un nouveau type d'interactions entre professionnels visant à l'efficacité autour d'objectifs partagés (assurer une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient, harmoniser les attitudes thérapeutiques, etc.). Les interactions au sein des groupes fondateurs se développent autour de l'intérêt suscité par la confrontation des individualités, des expériences, des représentations, des idéologies. La singularité de ces groupes en marge de l'institution constitue leur force⁸³. Les réseaux apparaissent alors comme un moyen de décloisonner les systèmes de prise en charge existants et de développer des expériences de prise en charge innovantes avec de nouveaux financements et de nouvelles tarifications⁸⁴.

2.2. Le manque de coordination

Cette faible coordination correspond d'abord à la conception traditionnelle de la pratique médicale qui met au premier plan la relation patient-médecin et la nécessaire autonomie de décision de ce dernier⁸⁵. En l'absence de modèles donnés, ces groupes, agrégés par le lien fort entre les membres fondateurs, expérimentent isolément protégés à l'ombre de l'institution des modalités originales informelles de fonctionnement. Ils constituent dans le temps suivant la spécificité de leurs membres des règles du jeu singulières issues de l'apprentissage collectif et de leur histoire initiale⁸⁶.

La coopération repose sur des relations spécifiques entre des unités bien identifiées qui coordonnent les activités à l'aide de deux principaux mécanismes: des arrangements formels se concrétisant par des contrats, et des conventions informelles qui conditionnent les comportements. Les conventions sociales – normes, valeurs, représentations collectives – introduisent une certaine régularité dans les comportements des agents qui y adhèrent : elles permettent ainsi de réduire très sensiblement l'incertitude et notamment celle liée aux comportements opportunistes. L'opportunisme étant cette attitude qui conduit les individus ou les organisations à ne viser que leur intérêt personnel à court terme, et à exploiter toutes les situations pour l'atteindre. En conséquence, les agents peuvent plus facilement s'engager dans des relations de confiance et de réciprocité lorsqu'ils sont sous la protection de conventions sociales. Quant à l'adoption de normes favorables à la coopération, elle peut s'expliquer par des processus de socialisation qui passent souvent par des relations de proximité.

Les acteurs coopèrent parce qu'ils se font confiance, et ils se font confiance parce qu'ils se connaissent à travers leur formation, à travers la proximité géographique, professionnelle, culturelle, etc., et plus généralement à travers des relations personnelles. Ainsi, la proximité, la socialisation, les expériences communes, favorisent l'adoption de comportements coopératifs qui sont à la base des réseaux⁸⁷.

Mais les réseaux fondent aussi leur stabilité sur des arrangements contractuels. En explicitant

⁸² LE BŒUF D., (1999), *op. cit.*

⁸³ *Ibidem*

⁸⁴ LIÈVRE A., MOUTEL G., HERVÉ C., (2001), *op. cit.*

⁸⁵ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

⁸⁶ LE BŒUF D., (1999), *op. cit.*

⁸⁷ HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

leurs engagements dans des contrats, les participants à un réseau donnent à ces engagements un cadre formel et les moyens de les faire respecter. Par ailleurs, ces engagements contractuels peuvent être complétés par des engagements financiers qui peuvent contribuer à renforcer la coopération.

En bref, la coopération qui est la raison d'être des réseaux, s'appuie sur la confiance qui se renforce par l'usage et par la réputation, c'est-à-dire par l'expérience de comportements véritablement coopératifs des partenaires. Il y a donc des processus cumulatifs possibles, le moment sensible étant celui de la création, et du démarrage.

Ces mécanismes conventionnels et contractuels qui assurent la cohésion dans les réseaux se présentent concrètement sous des formes et combinaisons variées, correspondant à des types de réseaux différents⁸⁸. Par ailleurs, les réseaux favorisant une prise en charge globale des personnes doivent particulièrement être développés non pas en concurrence, mais aux côtés des réseaux de pathologies et en synergie avec eux.

Un réseau de prise en charge globale (au sens très large du terme) doit se préoccuper de l'éducation à la santé et du repérage de tous les facteurs de risque que présentent une personne de manière à rationaliser également non seulement le soin, mais également la prévention des facteurs de risque et des états de vulnérabilité. C'est pourquoi à côté de réseaux hautement spécialisés (réseau de chirurgie cardiaque, par ex.) doivent cohabiter des réseaux intermédiaires (réseau diabète, par ex.) qui assurent une certaine forme de prise en charge globale et enfin des réseaux totalement orientés vers la prise en charge globale et généraliste des personnes prenant en compte tous leurs aspects médicaux et sociaux⁸⁹.

2.3. Le manque de régulation

Du fait de la faiblesse de la régulation, les producteurs du secteur ne portent pas une attention très soutenue au niveau des ressources qu'ils utilisent, en conséquence ils en utilisent beaucoup⁹⁰. Passé l'enthousiasme des débuts, l'apprentissage collectif se révèle très insécurisant pour les acteurs, les statuts types et les règles internes étant souvent peu formalisées. Le besoin de réguler les modalités d'interactions au sein des groupes se manifeste et se traduit par la recherche de règles de société intégrant la spécificité de la communauté d'origine. Au-delà de leur propre fonctionnement, se pose conjointement pour ces groupes, la question de leur représentation institutionnelle. Cette représentation passe par la traduction formelle dans les textes de leurs modalités d'existence. Les groupes devenus réseaux peuvent alors développer une action collective pérenne et devenir des interlocuteurs reconnus⁹¹.

Le manque de coordination, ainsi que le manque de régulation, contribuent respectivement et conjointement à limiter l'efficacité du système. En d'autres termes, le système de santé pourrait produire plus d'efficacité avec moins de ressources si la régulation et la coordination étaient améliorées⁹².

Les réseaux représentent un potentiel de prise en charge globale pour peu qu'ils agissent comme coordonnateurs de soins. Ils matérialisent en quoi l'hôpital est redondant ou surdimensionné, pour ce qui peut se faire en ambulatoire. L'assurance-maladie soutient activement certaines expériences comme alternatives efficaces à l'hospitalisation. Certaines fonctions de l'hôpital (enrichies, et c'est un atout majeur, de fonctions sociales) peuvent être assurées sans assumer les coûts de l'infrastructure hospitalière, en s'en remettant au secteur libéral. Là où les réseaux seront partie prenante de la filière de soins, et seront considérés comme des lits actifs, on ne pourra échapper à une redéfinition globale du plateau technique local qui imposera à terme des fusions ou des fermetures d'établissements hospitaliers. Certaines expérimentations incitent à développer de nouvelles prestations à domicile et appellent de nouvelles compétences. Elles doivent aboutir à

⁸⁸ HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

⁸⁹ LIÈVRE A., MOUTEL G., HERVÉ C., (2001), *op. cit.*

⁹⁰ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHM

⁹¹ LE BŒUF D., (1999), *op. cit.*

⁹² HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHM

l'implication des personnels hospitaliers aux côtés des libéraux. Dans la mesure où des activités hospitalières paraissent superflues, les redéployer vers la ville peut être une bonne manière de servir tout en conservant l'emploi⁹³. L'émergence des réseaux traduit un mouvement profond qui pourrait remettre en cause les fondements mêmes de l'organisation des soins.

Finalement, la crise du système de santé est une crise d'efficacité liée à des carences organisationnelles : un manque de coordination et de régulation. Ces carences tiennent au fait que l'activité sanitaire ne peut être entièrement soumise ni aux seules règles du marché, ni à une autorité centrale unique. La forme du « réseau » est supposée coordonner des activités autonomes, les faire collaborer et en améliorer l'efficacité. En adoptant les principes d'une organisation en réseau, l'activité sanitaire doit donc pouvoir améliorer sa coordination et son efficacité. Elle peut sans doute aussi renforcer sa régulation en prenant la coopération entre composants, comme un des critères d'allocation des ressources⁹⁴. Cette coordination est censée reposer sur des principes de réciprocité, de proximité et de confiance entre partenaires contractuels.

3. Le réseau de soins idéal

Pour la mise en place d'un réseau de soins idéal, la tentation d'opposer deux types de réseaux est très attrayante.

3.1. Les réseaux relationnels

Les réseaux relationnels, tels que définis en sociologie, prennent forme à la suite de l'émergence, au sein d'une société, d'un groupe qui se réunit spontanément – et par conséquent de façon libre – en vue de poursuivre ou atteindre des objectifs communs. Ceux-ci peuvent être extérieurs au groupe et/ou intérieurs à celui-ci. Il est important de remarquer que depuis longtemps de tels réseaux existent : ainsi a-t-on pu dire qu'un médecin généraliste a « son réseau » : le laboratoire, la pharmacie, le ou les spécialistes, les chirurgiens, les services hospitaliers auxquels il confie ses malades, c'est-à-dire l'ensemble privilégié de ses correspondants⁹⁵.

Dans la mise en place de ces réseaux relationnels, les critères de l'existence d'un réseau sont les facteurs psychologiques (motivation et relations personnelles) et la faiblesse des aspects de structure.

De tels réseaux sont à peine des institutions et sont menacés par la précarité, et marqués du signe de l'éphémère. Après quelques années, le militantisme initial des promoteurs fait place à la fatigue, d'autant que les financements sont fragiles et mesurés. L'élan s'essouffle et l'existence même est menacée.

3.2. Les réseaux institutionnels

Les réseaux institutionnels sont à l'inverse des structures très fortes prédéterminées, où les éléments organisationnels ont *a priori* une place prédominante dans le fonctionnement. Relève de cette logique la création de secteurs psychiatriques par exemple qui, dans une zone géographique donnée, réunissent l'ensemble des structures publiques et parapubliques de celle-ci pour assurer la trajectoire des malades, où le traitement ambulatoire est favorisé aux dépens de l'enfermement à vie, ou les réseaux des urgences qui réunissent autour d'une même finalité, assurer la prise en charge des urgences médicales.

Mais la qualité du fonctionnement dépend beaucoup de la façon dont acceptent de coopérer les partenaires au réseau, notamment leurs responsables respectifs.

⁹³ PATTE D., (1998), *op. cit.*, p. 17

⁹⁴ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

⁹⁵ GRÉMY F., (1997), *op. cit.*

3.3. Le réseau idéal

Finalement, la problématique peut s'énoncer de la manière suivante : « *comment suivre les patients dans leur processus de santé et améliorer leur trajectoire au sein de notre système de santé, amélioration en termes d'efficacité, de qualité et d'efficience ?* ». Autrement dit, notre attention doit-elle se concentrer sur les filières de soins, qu'il faut améliorer. Sous cet angle, le concept de réseau – au sens le plus vaste du terme – n'apparaît alors que comme un moyen possible.

L'hypothèse à laquelle il est impératif de réfléchir est : « *Les organisations partenariales multi-professionnelles sont-elles à même de nous faire progresser dans cette direction ? Quelles doivent en être les caractéristiques ? Quelle expérimentation tenter pour tester la faisabilité ?* »

Deux évidences apparaissent clairement, si l'on pense que l'organisation en réseau est effectivement un moyen digne d'être étudié.

Le modèle de réseaux relationnel semble inadéquat pour résoudre à lui tout seul la problématique, dans le cas général, parce qu'il n'a pas de chances de fonctionner qu'avec des effectifs très modestes ; parce qu'il est fondé sur le militantisme et la foi, notions individuelles, mais exceptionnellement durables ; parce qu'il est donc menacé par le découragement ; parce qu'il n'a pas de base financière sérieuse (pour les deux dernières raisons, il est menacé par la précarité) ; ainsi parce que sa revendication d'absence de toute hiérarchie et son idéologie laxiste sont peu réalistes.

Le modèle de réseau de collaboration peut être lui aussi irréaliste, s'il se présente comme une incitation technocratique, imposée d'en-haut par l'administration, dont on sait que le contrôle et la volonté de transparence sont parfaitement illusoire. Cette idéologie de commandement direct par une administration, qui définit seule les solutions et n'est guère à l'écoute des aspirations de la base, peut conduire à des dysfonctionnements graves et à un refus des opérationnels.

L'impératif est que le réseau soit coordonné, c'est-à-dire qu'il obéisse à un certain nombre de règles, sans toutefois qu'il empiète trop sur la liberté des acteurs. Organiser une circulation efficace et efficiente des patients est désormais le problème majeur du système de soins. Quelle solution proposer qui corresponde à l'exigence d'une prise en charge efficace du patient ?

Il faut chercher à se faufiler entre les deux illusions et rechercher s'il est possible de créer des structures organisées, de taille significative, correctement financées, et en même temps respectueuses des enjeux psychologiques et psychosociaux dont l'expérience des modèles relationnels montre l'importance, à savoir le respect maximal de l'autonomie de chacun (Tableau 1). Tel est le but des réseaux coordonnés (dans cette expression, le mot important est « *coordonné* »).

L'émergence des nouveaux pôles de compétence que sont les réseaux, s'ils s'articulent entre eux, doit permettre d'optimiser les moyens, d'éviter les doublons de structures voire les conflits d'intérêts disciplinaires qui peuvent s'avérer délétères en regard de l'optimisation de l'utilisation des fonds publics⁹⁶.

Les réseaux coordonnés représentent un ensemble de changement culturel majeur.

- » Un changement d'optique
Il ne s'agit plus seulement de distribuer des soins à un patient, mais d'en prendre soin.
- » Un changement logique
La logique du plus fait place à une logique du mieux. La responsabilité de chacun relève du choix guidé par une exigence d'efficience.
- » Un élargissement de l'éthique
L'éthique individuelle peut se glisser dans une éthique plus large: l'éthique de la population.
- » Un changement de la conception de la prise en charge du sujet qui devient globale.
De soins médicaux à visée curative, on passe à une conception plus large incluant la prévention et la réinsertion, et faisant travailler ensemble le secteur médical et le secteur social.

⁹⁶ LIÈVRE A., MOUTEL G., HERVÉ C., (2001), *op. cit.*

Tableau 1 : Principales caractéristiques des réseaux⁹⁷

Développement de la capacité

Les réseaux sont efficaces pour le développement de la capacité dans un domaine particulier, aidant par le fait même à l'avancement de la pratique.

Vocabulaire commun

Les membres partagent un vocabulaire et un domaine d'expertise communs.

Passion

Les réseaux naissent en présence de besoins déterminés par les membres qui partagent une passion pour leur domaine.

Auto-organisation

Les membres d'un réseau fixent leurs propres objectifs, le plus souvent implicitement, selon les besoins du groupe donné.

Absence de hiérarchie

Les réseaux s'éloignent des structures hiérarchiques traditionnelles.

Flexibilité

Les réseaux sont très flexibles; leur taille, structure, niveau d'activités et longévité peuvent varier considérablement.

Aspect informel

Puisque l'interaction entre les membres est plutôt informelle, il est difficile de déterminer le moment où un réseau naît ou s'éteint.

Motivation claire et partagée

Les membres partagent la même motivation, ce qui leur donne une vue d'ensemble sur leur domaine, permet d'établir des objectifs réalistes et de gérer attentivement les attentes.

Communauté d'experts

Les membres sont habituellement invités à participer aux réseaux en fonction de leur mérite ou de leur expertise.

Communication active

Les réseaux sont organisés de sorte à maximiser la circulation de l'information ainsi que la création et le transfert de connaissances. Ils sont souvent dotés d'une infrastructure avancée de communication comprenant des entretiens et des échanges sur une base continue.

Surmonte les obstacles entre les différents secteurs

Un réseau se doit de surmonter les obstacles et de promouvoir la création de liens entre les différents secteurs. Puisque les réseaux de connaissances englobent plusieurs communautés (ou domaines de spécialisation), ils doivent pouvoir faire disparaître les obstacles qui isolent ces communautés.

Gouvernance

Tout en étant dirigé par ses membres, le réseau doit comprendre une certaine forme de structure et de développement pour s'épanouir.

Accès rapide aux renseignements et à l'expérience des membres du réseau.

Infrastructure électronique officialisée

Cette infrastructure facilite l'échange de renseignements entre les membres.

Adhésion à grande échelle

Le maintien de l'adhésion est habituellement assuré par une base de données à jour.

Volontaire et flexible

La participation est volontaire et ne fait l'objet d'aucune restriction.

Source : FCRSS, (2005), *op. cit.*

⁹⁷ FCRSS, (2005), *op. cit.*

- » Un changement de mode de travail médical
Du travail individuel et isolé, on passe au travail en équipe large, qui peut amener à relativiser le médico-centrisme traditionnel.

Souvent perçu comme des instruments de rationalisation – un concept derrière lequel de nombreux assurés entendent l'écho du mot « *rationnement* » - les réseaux de soins constituent pourtant un excellent moyen d'améliorer la qualité des traitements compliqué qui occasionnent 70% des coûts de la santé⁹⁸.

Tout le monde attend beaucoup de la prise en charge médicale en réseau : amélioration de la qualité des soins, meilleure maîtrise des coûts. Mais cet intérêt reste platonique. Seul 8% des assurés optent pour de telles solutions. Les mesures incitatives que tout le monde souhaite devraient satisfaire à la fois les assureurs, les prestataires de soins et les assurés. Autant parler de quadrature du cercle⁹⁹.

4. Les typologies de réseaux

Les réseaux de soins peuvent se présenter sous deux formes : HMO comprenant des généralistes et des spécialistes et réseaux de médecin de famille collaborant pour unifier leurs pratiques et réduire leurs coûts, notamment par le biais des cercles de qualité¹⁰⁰. Ci-dessous, quelques définitions et explications concernant les différentes formes organisationnelles.

- » **Réseau de santé**
Réseau impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations et une coordination entre ces prestations pour mieux contrôler les dépenses, la qualité des prestations, ainsi que les droits et devoirs des professionnels de santé.
- » **Managed Care**
Gestion des soins pour optimiser la prise en charge des patients et minimiser les coûts en évitant les actes inutiles. Il s'agit d'un système de gestion des prestations de soins coordonné qui a pour but de conjuguer une amélioration de la qualité des soins avec des coûts moins élevés. Il se caractérise par un contact étroit entre les fournisseurs de soins reconnus par le réseau et l'assureur. Les premiers acceptent des rémunérations moins élevées, mais ils bénéficient de la clientèle du réseau¹⁰¹.
- » **Health Maintenance Organization (HMO)**
Système médical de groupe qui fournit les prestations médicales pour ses assurés ou qui les fait exécuter par des professionnels dans le cadre des PPO ou d'autres contrats. Les médecins y sont salariés.
- » **Preferred Provider Organization (PPO)**
Organisation qui sélectionne les professionnels de santé qui pratiquent à un tarif préférentiel. Les assurés choisissent les fournisseurs de prestations sur une liste qui est adaptée tous les ans par l'assureur-maladie et qui contient uniquement les noms des médecins dont les coûts se situent dans la moyenne par rapport à ceux des spécialistes du même domaine dans le canton. Il n'existe pas de « *gatekeeping* » et les fournisseurs de prestations n'ont pas la responsabilité financière, ils sont rémunérés à la prestation.

Managed Care, réseaux de santé, HMO, etc. Les appellations varient, les contenus aussi. Mais la plupart de ces offres reprennent tout ou partie des six principes du modèle développé aux USA.

- » **Une offre limitée**
Chaque plan d'assurance offre l'accès à un nombre limité de prestataires de soins. Ces

⁹⁸ ARSEVER S., *Oni frileux aux réseaux*, Le Temps, 6 décembre 2006

⁹⁹ ARSEVER S., *Réseaux de soins : la liberté favorisée*, Le Temps, 6 décembre 2006

¹⁰⁰ ARSEVER S., *Trois modèles et d'innombrables variations*, Le Temps, 28 novembre 2007

¹⁰¹ RILLIET HOWALD A., (1998), *op. cit.*

derniers peuvent être employés par l'assurance ou être liés à elle par des contrats dans le cadre de larges réseaux au périmètre variable. C'est la formule qui se développe le plus actuellement.

» **Un paiement par capitation**

Les prestataires de soins sont rémunérés au moyen d'un forfait par patient. Ils ont donc un intérêt très direct à maintenir leur intervention dans une proportion raisonnable – voire, c'est le risque, trop limitée.

» **Le choix entre plusieurs offres**

C'est un correctif au danger cité plus haut. Chaque patient a le choix entre plusieurs plans d'assurance. En théorie. En pratique, ce choix peut être limité par celui du payeur – collectivité publique ou employeur. En outre, aux USA, l'assuré peut reconduire ou non son contrat chaque année, une liberté qui est souvent vue en Suisse comme un entrave au développement des HMO.

» **Un rationnement basé sur des choix cliniques**

Les prestataires de soins sont associés au rationnement. Ils sont invités à choisir l'approche la plus économique parmi celles qui seraient pertinentes. Ils sont aussi invités à échanger leurs informations, de manière à éviter les actes à double.

» **Une pression sur les prestataires de soins**

Les compagnies qui pratiquent le « *Managed Care* » disposent de gros volumes d'assurés. Ils peuvent donc obtenir de leurs partenaires qu'ils leur fassent des prix favorables ou respectent certaines procédures.

» **Un contrôle de qualité**

Des outils de mesure sont développés. Leur application peut conduire à l'exclusion de certains médecins, à des bonus pour les meilleurs d'entre eux ou servir à orienter les assurés¹⁰².

¹⁰² ARSEVER S., *Managed Care, HMO, réseaux de santé & Co*, Le Temps, 19 mai 2006

CHAPITRE IV LA PERTINENCE DU CHOIX

Lors du choix dicté par la direction du Groupe CSS de militer en faveur des réseaux de soins intégrés, la question de savoir vers quelle discipline médicale il fallait s'adresser a été vite réglée. D'emblée, le domaine de l'orthopédie a été choisi, compte tenu du fait que la littérature médicale à ce sujet est abondante et parce que l'on connaît bien les parcours cliniques des différentes opérations que les fournisseurs de soins ont l'habitude de pratiquer : prothèse totale ou partielle de hanche, prothèse totale de genou, cure d'hernie discale, pour en citer quelques exemples.

Le choix des partenaires, opéré par la direction du Groupe CSS pour la création d'un réseau de soins, a malheureusement dû être revu en cours de route. Néanmoins, lorsque l'on dit que « *le hasard fait bien les choses*¹⁰³ », une intéressante opportunité s'est présentée justement au moment où l'on commençait à douter de la démarche engagée (cf. Apostilla).

On trouve à l'origine du projet un groupe de professionnels travaillant dans les cliniques de soins somatiques aigus, respectivement de réadaptation, et d'experts en assurance-maladie engagés auprès du Groupe CSS. À partir de l'appréciation des modalités de prise en charge des patients souffrant d'affections de la fonction articulaire, le groupe d'experts et de professionnels a estimé que des améliorations étaient encore possibles et qu'une meilleure utilisation des ressources à disposition devait pouvoir être mise en place.

Afin d'étayer ces constats, cette équipe de travail a étudié la trajectoire de soins d'un patient opéré de la hanche. L'objectif de l'étude consistait à évaluer la qualité de la prise en charge au sein des deux établissements hospitaliers et à identifier les possibles corrections à opérer en vue de diminuer le nombre de journées d'hospitalisation et, par conséquent, le coût total pour une telle intervention.

Parmi les principaux dysfonctionnements qui ont présidé au lancement du projet, l'on peut citer :

- » une insuffisante pluridisciplinarité dans la prise en charge des patients, lorsqu'une prise en charge optimale requiert l'intervention de plusieurs acteurs (généraliste, spécialiste, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) ;
- » une coordination insuffisante, voire inexistante, des professionnels de santé, ayant pour conséquence le rallongement des délais entre les différentes étapes de la prise en charge du patient (phases aigue – réadaptation – év. soins à domicile) ;
- » un manque de continuité dans la prise en charge médicale ;
- » une trop grande variabilité médicale réduisant l'efficacité des prises en charge et causant trop souvent des débats stériles entre professionnels de la santé.

Finalement, les problèmes de santé des patients souffrant d'affections de la fonction articulaire sont résolus selon les règles de l'art et en pleine satisfaction des patients, mais les modalités de prise en charge de ces patients se traduisent par un manque d'efficacité du système et l'on constate :

- » des coûts de prise en charge élevés ;
- » des durées moyennes de séjours (DMS) relativement longues ;
- » des différents protocoles de prise en charge ;
- » des actes inutiles dus au manque de coordination des acteurs du système.

Les projections des coûts effectuées pour la prothèse totale ou partielle de hanche avec

¹⁰³ Citation originale : « *Le hasard fait bien les choses ? J'en connais un, il a pas dû être fait par hasard, alors.* », citation de Michel Colucci, dit Coluche (<http://www.dicocitations.com>)

coordination entre les acteurs du système nous font état d'un potentiel d'économies assez considérable si l'on considère qu'une trajectoire optimale peut diminuer son coût total jusqu'à CHF 5'000.- par cas. De même en ce qui concerne la durée moyenne de séjour qui peut être raccourcie jusqu'à 12 jours (Tableau 2).

Tableau 2 : Potentiel d'économies en CHF et jours de traitement, 2008

<i>PTH sans coordination</i>		<i>PTH avec coordination</i>	
<i>Hôpital public ou clinique de soins aigus</i>		<i>Hôpital public ou clinique de soins aigus</i>	
DRG 209		<i>en collaboration avec</i>	
Cost-weight 1.758		<i>Clinique de réadaptation</i>	
Ø Baserate VD CHF 8'860.-			
Chambre commune			
DMS/jours 13.6	15'575.-		
<i>Retour à domicile</i>	<i>env. 2 à 4 jours</i>		
<i>Clinique de réadaptation</i>			
Forfait journalier CHF 715.-			
Chambre commune			
DMS/jours 16	11'440.-		
Total	27'015.-	Total (négocié)	16'500.-
DMS totale	<i>env. 30 jours</i>	DMS totale	<i>env. 18 jours</i>
		<i>Économie potentielle (CHF)</i>	10'515.-
		<i>Économie potentielle (%)¹⁰⁴</i>	<i>env. 39%</i>
		<i>Économie potentielle (DMS)</i>	<i>12 jours</i>

Fort de ces contacts, les acteurs du système de santé ont bien pris conscience du potentiel d'amélioration existant, en termes de ressources engagées et en nombre de journées d'hospitalisation potentiellement évitables.

La prise de conscience de l'absence de qualité en santé et le besoin de qualité, apparus depuis une à deux décennies, sont liés à plusieurs facteurs, qui additionnent et combinent leurs effets. La difficulté croissante des métiers de la médecine, due à l'explosion des connaissances, à la balkanisation des spécialités, à une certaine perte de considération sociale (et souvent financière) de la profession. Une conclusion s'est imposée à beaucoup d'entre eux : il n'est plus possible de faire correctement ce métier. Parmi eux, un certain nombre ont pris conscience que cela signifie ne plus le faire dans l'isolement, et pour d'autres qu'il est urgent de redevenir des acteurs de la réflexion et de la décision sur le devenir du système¹⁰⁵.

La conscience, certes tardive, mais croissante du mauvais fonctionnement du système de soins, surtout quand on met en parallèle ses coûts, excessifs peut-être, mal contrôlés, et son efficacité médiocre¹⁰⁶.

La modification du paysage épidémiologique depuis quelques décennies, représente le phénomène objectif majeur. Il consiste en la prépondérance désormais massive des maladies et des états chroniques dans les pays développés¹⁰⁷. On assiste actuellement à une « *transition* » épidémiologique caractérisée par la montée en charge des pathologies chroniques : maladies cardiovasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, déficit cognitifs, cancers, etc. De plus en plus de

¹⁰⁴ Cf. *supra* page 9

¹⁰⁵ DAIGNE M., BONNIN M., FARSI F., GRÉMY F., (2004), *op. cit.*, p. 135

¹⁰⁶ *Ibidem*

¹⁰⁷ *Ibidem*

patients ont donc besoin de plus de services, plus souvent et par plus d'un professionnel. Toutes ces pathologies chroniques ont une caractéristique commune : elles se traitent au long cours dans la communauté. Les traitements et surveillances qui auparavant se faisaient à l'hôpital sont actuellement possibles en médecine ambulatoire. L'équilibre entre soins hospitaliers et soins extra-hospitaliers s'en trouve modifié et les missions et prestations de l'hôpital doivent être repensées. Ce nouvel équilibre à trouver renvoie à la notion de réseaux que l'on peut imaginer capables de répondre aux impératifs de coordination et de coopération¹⁰⁸.

La modification du paysage démographique lié aux allongements parallèles de l'espérance de vie¹⁰⁹ et de l'espérance de vie sans incapacité majeure. Cette évolution lourde de conséquences n'est pas prise en considération par l'organisation sanitaire, comme en témoigne la difficulté croissante à garantir la qualité de vie des personnes vieillissantes, que ce soit à leur domicile ou dans des structures adaptées, et plus encore à leur assurer en temps voulu une prise en charge adéquate à l'issue d'une hospitalisation¹¹⁰.

Au terme de ce bilan diagnostique de notre système de soins, on constate que le concept de « *qualité* » est partout exprimé ou sous-jacent, mais avec des connotations différentes, s'appliquant à la vie des professionnels, aux soins, aux actes techniques, au suivi des malades et à la coordination de celui-ci, à la vie des patients, à la prise en charge sanitaire de la population, etc. C'est le besoin de qualité qui justifie principalement la recherche et l'essai de nouvelles formes d'organisation des soins, l'évolution des pratiques professionnelles, fondés sur une vision moins individualiste des pratiques, une nouvelle culture et une nouvelle éthique de la santé. Les différentes formes de ce qu'il est convenu d'appeler les réseaux de soins sont l'expression – peut-être la plus achevée – de cette recherche et de ce désir¹¹¹.

Le projet est né d'une initiative de l'assureur-maladie. C'est par définition l'exemple d'une genèse de type descendante, l'impulsion ayant été prise au sommet. L'assureur-maladie affiche ainsi un objectif de santé (modélisation du parcours du malade), assure un financement et fait un appel d'offres.

1. Les acteurs du réseau de soins

1.1. La clinique de soins somatiques aigus

La clinique de soins somatiques aigus qui s'est présentée lors de la réflexion que nous avons commencé à mener est une clinique privée innovatrice en plein essor en matière de traitements orthopédiques établie sur la Riviera lémanique.

Cette clinique offre des séjours hospitaliers et des traitements ambulatoires de courte durée combinant des prestations pluridisciplinaires de haute qualité. Dotée d'équipements à la pointe de la technologie, la clinique dispose d'une équipe médicale très qualifiée et expérimentée collaborant dans un esprit convivial.

La clinique est constituée d'un établissement privé de soins aigus et d'un centre chirurgical pluridisciplinaire bénéficiant d'un plateau technique de toute dernière génération, d'une équipe médicale expérimentée, d'un personnel paramédical trié sur le volet, au bénéfice d'une longue expérience professionnelle, ainsi que d'une structure à taille humaine (12 lits) – où le contact étroit avec le patient est continuellement au centre des préoccupations.

¹⁰⁸ HONNORAT C., (2002), *op. cit.*

¹⁰⁹ Un an tous les 4 à 5 ans

¹¹⁰ DAIGNE M., BONNIN M., FARSI F., GRÉMY F., (2004), *op. cit.*, p. 136

¹¹¹ *Idem*, p. 137

1.2. La clinique de réadaptation

La clinique de réadaptation est une clinique pionnière des approches novatrices depuis bientôt plus de cent ans. Sa spécialisation originelle du traitement des troubles nerveux s'est élargie à la réadaptation dès 1984 en la transformant ainsi en une clinique spécialisée dans les traitements de réadaptation orthopédique, neurologique et cardiovasculaire.

Cette clinique mise essentiellement sur une attention toute particulière du personnel soignant, particulièrement intéressante lors d'une réadaptation orthopédique. Le patient bénéficie de spécialistes de tous les domaines nécessaires à la rééducation. Les compétences de la clinique sont à la fois uniques et multiples. Uniques parce que la clinique se consacre uniquement à la réadaptation. Multiples, parce que chaque réadaptation est personnalisée et nécessite l'intervention de plusieurs spécialistes qui prodigueront les soins les plus pointus dans leur domaine d'intervention. Ces deux aspects font de la clinique le spécialiste inégalé de la réadaptation orthopédique, neurologique et cardio-vasculaire.

Par essence, la réadaptation implique l'interaction de plusieurs spécialistes de disciplines différentes, mais complémentaires. Le personnel médical qui entoure le patient est garant d'une réadaptation optimale des facultés perdues lors d'un traumatisme ou d'une pathologie.

1.3. Les physiothérapeutes

Les physiothérapeutes aident les patients à retrouver leur mobilité. Ils consacrent autant de temps que de chaleur humaine, ainsi que toutes leurs compétences, à ceux et à celles à qui ils redonnent l'intégralité des moyens physiques, de la motricité et de l'indépendance.

En fonction de l'état de récupération après l'intervention chirurgicale, le patient a le choix entre une réadaptation en milieu hospitalier et une en milieu ambulatoire. Il n'est pas exclu que la réadaptation hospitalière prenne fin avec des séances de physiothérapie en ambulatoire. Généralement, c'est le chirurgien qui décide du type de réadaptation, ceci tout en prenant en considération les désirs de son patient.

2. Les affections de la fonction articulaire

En Europe occidentale, quelque 500 000 prothèses totales ou partielles de la hanche sont posées chaque année. L'endoprothétique est donc l'une des interventions les plus souvent pratiquées en orthopédie. Il s'agit de l'une des interventions les plus efficaces en matière de gain de qualité de vie et de maintien de l'autonomie des patients. Les coûts de dépendance s'en trouvent ainsi considérablement réduits pour la société¹¹².

La durée de vie des prothèses totales ou partielles de la hanche actuelles est très longue dans les statistiques des centres qualifiés. Après 15-20 ans, la survie est donnée à 90% et plus. Mais la dispersion pour les différents modèles de prothèse et entre les différents centres est considérable.

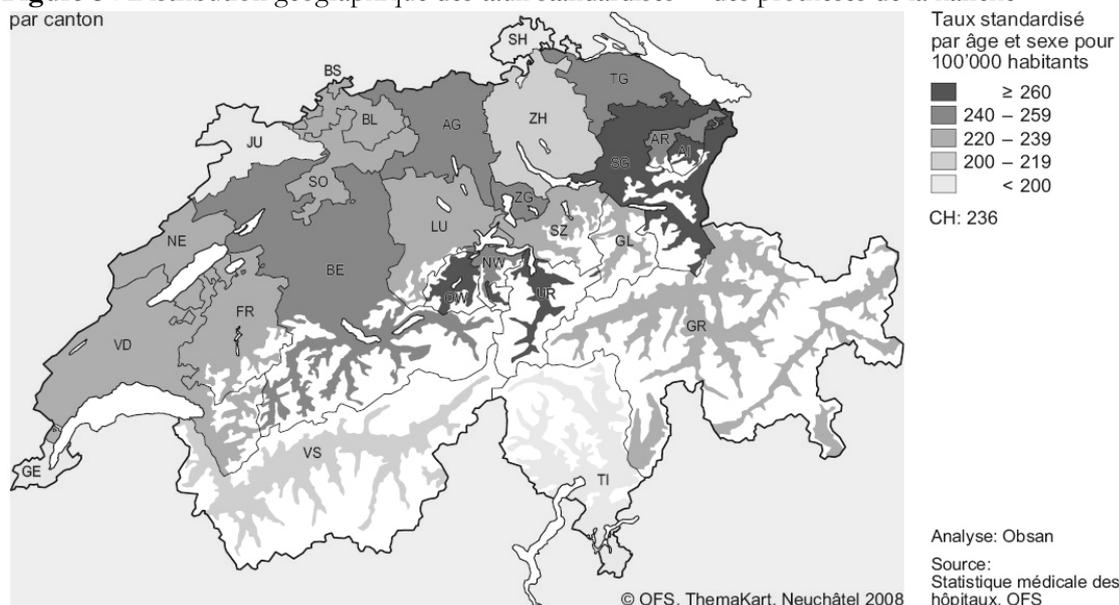
Pour que cette option thérapeutique très largement répandue puisse être appliquée partout avec succès, l'assurance de qualité a une très grande importance. Avant de poser l'indication, il faut soigneusement analyser la situation de départ. Il s'agit également d'identifier les véritables causes des douleurs, les obstacles à la réadaptation, les résidus infectieux locaux ou systémiques, sans oublier l'immunosuppression résultant d'une maladie ou de médicaments. Les facteurs d'accompagnement passés inaperçus, une infrastructure insuffisante et un niveau variable de la technique opératoire peuvent très rapidement réduire à néant le bénéfice socio-économique, par une accumulation de complications péri- et postopératoires telles qu'infections ou luxations, ou imposant un changement de prothèse avant la date prévue. Le résultat du traitement dépend du bon

¹¹² ELKE R., (2002), *op. cit.*, p. 607

choix du moment de l'opération et de la technique (abord, reconstructions osseuses ou des tissus mous environnants, ancrage, importance de l'implantation)¹¹³.

Une récente étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur la « Variabilité chirurgicale en Suisse »¹¹⁴ montre la présence d'une très grande variabilité dans le taux de recours à la chirurgie pour les affections de la fonction articulaire. Que ce soit pour la prothèse totale ou partielle de hanche (Figure 5), pour la prothèse du genou ou pour la cure de l'hernie discale, les taux varient d'un facteur deux entre le canton où l'on opère le moins (Appenzell Rhodes-Intérieures) et celui où l'on opère le plus (Zürich). Ce résultat, hormis le fait qui nous conforte dans le choix opéré pour la mise en œuvre d'un réseau de soins pour les interventions de la prothèse de hanche, soulève aussi des interrogations quant à l'équité de l'accès aux soins (Annexe 2 et 3). Le canton de Vaud, avec 4'414 interventions (env. 230 cas/100'000 habitants) se positionne dans la moyenne nationale (236 cas/100'000 habitant).

Figure 5 : Distribution géographique des taux standardisés¹¹⁵ des prothèses de la hanche par canton



Source : Obsan (2008), Document de travail 23

La variabilité entre les cantons dépend de la pathologie sous-jacente : en présence d'une fracture du col du fémur, les variations du taux d'interventions s'écartent peu de la moyenne nationale de 50 cas/100'000 habitants environ. Chez les femmes, l'intervention est plus souvent réalisée pour cause de fracture du col du fémur que chez les hommes (27% des interventions, *vs.* 10%). Ceci s'explique par une prévalence de l'ostéoporose plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

La prothèse de la hanche reste une option thérapeutique très courante pour ces fractures, bien que cela ne soit pas la seule¹¹⁶. La variation inter-cantonale du taux d'interventions devient plus marquée lorsque la pathologie sous-jacente est une coxarthrose¹¹⁷. Dans la littérature, la prévalence de la coxarthrose varie peu selon le sexe ; les différences constatées, en particulier celles observées en lien avec la coxarthrose, pourraient éventuellement être expliquées entre autre par des différences dans l'approche clinique, car les raisons qui amènent les spécialistes à intervenir

¹¹³ *Ibidem*

¹¹⁴ CERBONI S., DOMENIGHETTI G., (2008), *op. cit.*

¹¹⁵ Les taux standardisés sont un outil qui permet de rendre comparable les taux spécifiques d'un événement dans deux ou plusieurs populations dans leur composition par âge ou par sexe. Autrement dit, la standardisation par âge et par sexe annule l'effet de ces deux variables sur les taux cantonaux. Cela permet de comparer les taux d'opérations cantonaux en éliminant les écarts induits par les différences entre cantons dans la structure de la population en termes d'âge et de sexe.

¹¹⁶ PARKER M.-J., HANDOLL H.H., BHARGARA A., (1998), *op. cit.*

¹¹⁷ La coxarthrose est une forme d'ostéoarthrite spécifique à l'articulation fémorale.

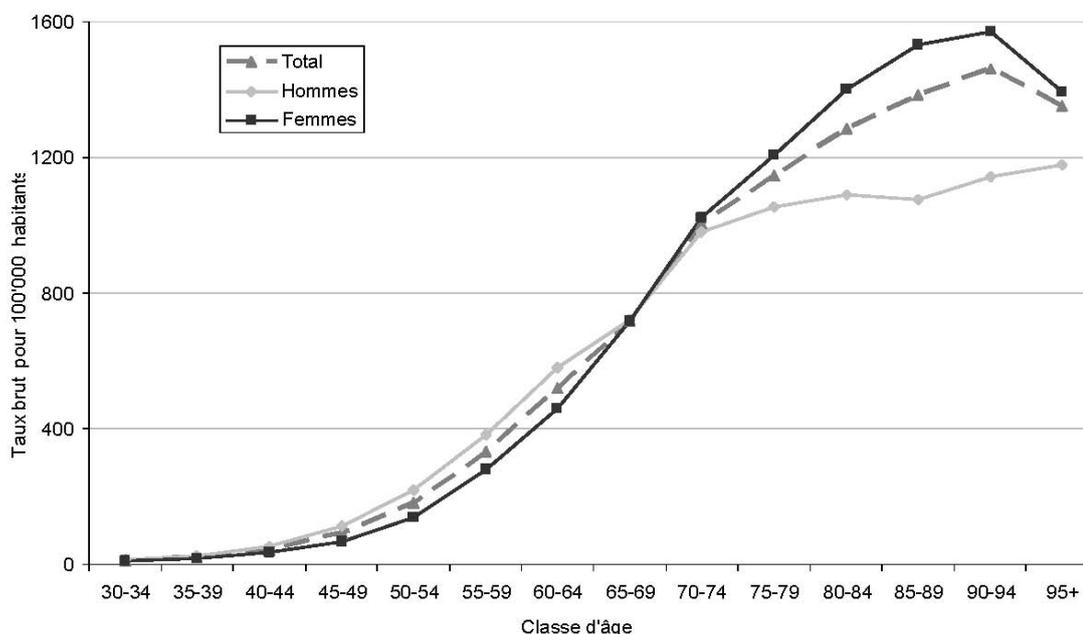
chirurgicalement ne sont, évidemment, pas univoques et l'appréciation du médecin reste un élément majeur dans le choix thérapeutique¹¹⁸.

De cette analyse nous pouvons encore en déduire les caractéristiques (âge, sexe, diagnostic principal) des patients concernés par l'intervention de la prothèse totale ou partielle de la hanche.

Ainsi, la coxarthrose, la fracture du col du fémur et l'ostéoporose expliquent à eux seuls environ 93% des opérations de prothèse de la hanche en Suisse. Selon le Bureau suisse de prévention des accidents (BPA), les femmes sont plus souvent touchées par ce type d'accident, avec une proportion de 80% du total¹¹⁹. L'office fédéral de la santé publique (OFSP) estime à 95% la probabilité de l'ostéoporose comme cause pour une femme de plus de 85 ans ayant subi une fracture¹²⁰.

Les traitements de prothèse de hanche interviennent normalement à un âge avancé. En Suisse, le taux brut moyen de cette opération est de 240 traitements/100'000 habitants, tous âges confondus. Or, le taux varie fortement en fonction de l'âge. Ainsi, pour la classe d'âge 90-94 ans, on observe un taux proche des 1'460 interventions/100'000 habitants du même âge, tandis que la classe d'âge 30-34 ans ne compte que 11 interventions/100'000 habitants (Figure 6).

Figure 6 : Taux brut d'intervention par classe d'âge et par sexe, en Suisse, de 2003 à 2005



Source : Obsan (2008), Document de travail 23

Les taux élevés pour les personnes d'âge avancé ne sont pas surprenant, puisque la prévalence des pathologies sous-jacentes augmente avec l'âge (arthrose, ostéoporose, etc.). À partir du groupe d'âge 70-74 ans, les taux par sexe se différencient sensiblement, avec une faible croissance linéaire pour les hommes et une croissance plus forte pour les femmes, suivie chez elles d'une diminution après 90-94 ans.

Les femmes sont traitées en moyenne à un âge plus avancé, tandis que les hommes sont traités plus jeunes¹²¹ (Figure 7).

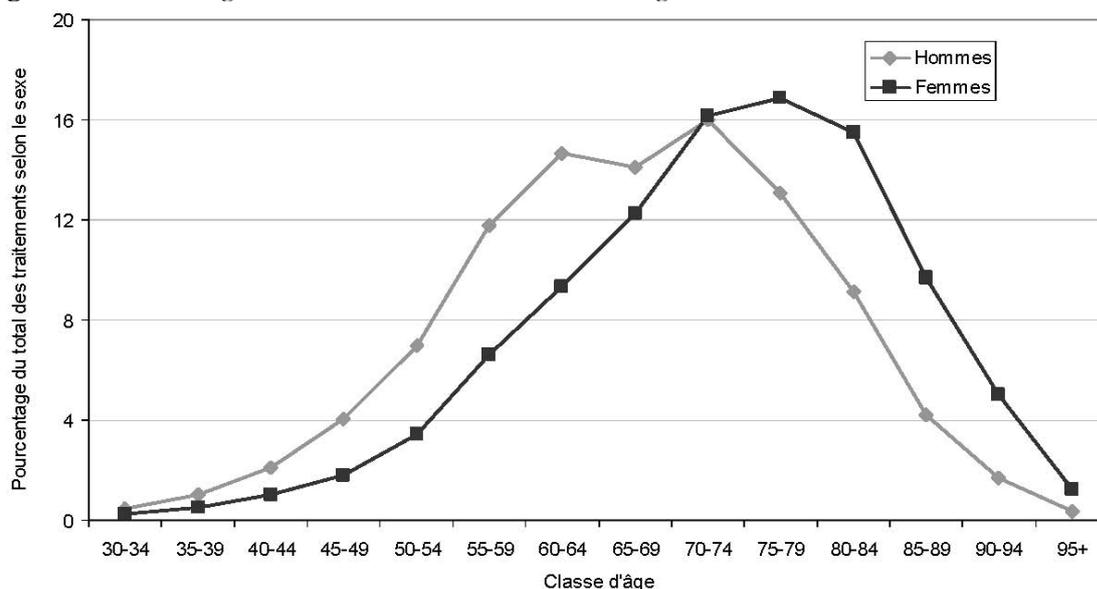
¹¹⁸ CERBONI S., DOMENIGHETTI G., (2008), *op. cit.*, pp. 6-7

¹¹⁹ BEER V., MINDER C., HUBACHER M., AEBELIN T., (2000), *op. cit.*

¹²⁰ SCHWENKGLLENKS M., SZUCS T.-D., (2004), *op. cit.*

¹²¹ CERBONI S., DOMENIGHETTI G., (2008), *op. cit.*, p. 21

Figure 7 : Pourcentage des interventions en fonction de l'âge et du sexe, en Suisse, de 2003 à 2005



Source : Obsan (2008), Document de travail 23

Pour la prothèse totale ou partielle de la hanche, l'influence de la fracture du col du fémur n'est pas déterminante. L'arthrose est l'indication principale de l'opération et la cause majeure de la variabilité et de la différence entre les taux cantonaux.

Compte tenu des aspects statistiques énoncés ci-dessus et du fait que dans les années à venir les assurés du Groupe CSS seront vite confrontés par la problématique des affections de la fonction articulaire, il est apparu logique que l'on se penche sur l'aspect des prothèses totales ou partielles de hanche et que l'on prenne en considération les probables bénéfices que la mise en place d'un parcours clinique pourrait amener à ses affiliés.

3. Le parcours clinique étudié

3.1. La hanche

Du point de vue mécanique, l'articulation de la hanche est une des plus simples parmi toutes celles que l'on peut rencontrer dans le corps humain, puisqu'il s'agit d'une rotule. Ces pathologies se multiplient en raison des nouveaux modes de vie et de travail, mais aussi à cause de pratiques sportives souvent désastreuses. Les techniques chirurgicales se limitent généralement à retirer des débris de cartilage, mais les résultats obtenus sont peu probants. L'administration d'anti-inflammatoires ou l'injection d'acide hyaluronique pour augmenter la lubrification ne résolvent pas non plus les problèmes de fond, bien au contraire. Ainsi, la prévention semble être actuellement la meilleure méthode de lutte contre les pathologies des articulations¹²².

L'arthroplastie¹²³ totale ou partielle de hanche est une opération de chirurgie orthopédique des plus courantes, dont l'efficacité et la régularité des résultats sont remarquables en assurant le soulagement des douleurs, l'amélioration de la fonction, ainsi que de la qualité de vie. Elle apporte un incontestable soulagement pour le patient souffrant d'une destruction de son articulation (traumatique, dégénérative, tumorale, métabolique, etc.). Pour le médecin praticien ou de premier recours, il est parfois difficile de déterminer jusqu'à quel stade le traitement conservateur peut se justifier et, par conséquent, quand adresser le patient à un spécialiste ou à un centre compétent. Les

¹²² ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B., (2006), *op. cit.*, p. 77

¹²³ Intervention chirurgicale consistant à réparer une articulation afin de permettre son bon fonctionnement.

progrès des technologies en termes tribologiques¹²⁴ et de design des prothèses sont en constante évolution, et le conseil à donner au patient est aussi de plus en plus pointu, d'autant que ce dernier a accès à une foule d'informations de qualité (non prouvées) par le truchement des facilités de connections à Internet¹²⁵.

Les patients qui exercent une profession sédentaire peuvent raisonnablement reprendre une activité professionnelle complète échelonnée entre le deuxième et le troisième mois. Pour les patients dont l'activité est plus intense, cette reprise doit être très progressive jusqu'au sixième mois. En principe, les sports de loisir sont tout à fait recommandés, mais leur pratique doit s'organiser progressivement en fonction de leur intensité, tout comme la reprise professionnelle.¹²⁶

3.2. Le diagnostic

Le diagnostic d'une atteinte dégénérative de la hanche dépend de paramètres anamnestiques et cliniques assez simples. Il repose sur une anamnèse complète explorant les systèmes vasculaires, neurologiques et locomoteurs. La radiographie standard, composée d'un bassin de face et d'une axiale de la hanche, reste l'examen para-clinique de choix (Annexe 4).

Quelque soit la cause de l'altération de l'articulation de la hanche (usure du cartilage ou arthrose, maladie rhumatismale, nécrose, séquelle post-traumatique ou d'une maladie de l'enfance), l'impotence est due à des douleurs d'intensité croissante, de localisation diverse (sur le devant de l'articulation ou au contraire externes ou fessières, dans la cuisse ou dans le genou), et un enraidissement qui peut devenir handicapant dans la vie de tous les jours, pour les soins de pied, s'asseoir, monter les escaliers, etc., et retentir à la longue sur les genoux et la colonne vertébrale¹²⁷.

Le symptôme cardinal est donc la douleur. Ce signe, le plus évident pour le patient, doit rester la motivation essentielle de l'indication opératoire. La sémiologie de l'arthroplastie de la hanche repose sur la triade : « *douleur, raideur et limitation* » de la marche (fonction). Ces signes très généraux doivent être néanmoins affinés¹²⁸.

La douleur classiquement au démarrage est plus mécanique (liée à l'activité) qu'inflammatoire (souvent nocturne). Cependant, les deux composantes sont aussi souvent intimement imbriquées. La douleur est localisée dans le pli de l'aîne, la fesse ou la région trochantérienne. On ne saurait trop rappeler la classique association douloureuse ou irradiation vers le genou, s'expliquant par l'innervation sensitive de la capsule articulaire par le nerf fémoral, dont la branche sensitive terminale, le nerf saphène, chemine à la face interne du genou.

La raideur n'est pas un motif en soi pour poser l'indication à une prothèse totale ou partielle de hanche, cependant une raideur sévère risque de générer des douleurs invalidantes, déjà à de faibles amplitudes de mobilité, et restreignant ainsi la fonction.

Les conséquences d'une limitation de la marche comme celles de toute perte de fonction restent très individuelles et dépendent de la classe d'âge des patients, de leurs espérances fonctionnelles et de leurs individualités. Un homme professionnellement et sportivement actif n'aura pas les mêmes ambitions qu'une octogénaire. Reste à préciser si l'homme encore actif et sportif justifie d'une arthroplastie de hanche¹²⁹.

L'âge, trop jeune ou trop vieux, n'est en soi pas une contre-indication au remplacement prothétique d'une articulation. Chez les jeunes patients, il faut d'abord épuiser toutes les ressources conservatrices envisageables, telles qu'ostéotomie ou modelages, pour ainsi repousser dans le temps l'implantation d'une première prothèse aussi longtemps que le patient le peut. Mais si par contre un

¹²⁴ Discipline de la science des matériaux qui s'occupe des frottements.

¹²⁵ ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B., (2006), *op. cit.*, p. 77

¹²⁶ *Ibidem*

¹²⁷ LHOTELLIER L., (2008), *op. cit.*

¹²⁸ ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B., (2006), *op. cit.*, p. 78

¹²⁹ *Ibidem*

patient âgé doit trop attendre, sa santé peut se dégrader, ce qui augmentera considérablement le risque opératoire¹³⁰.

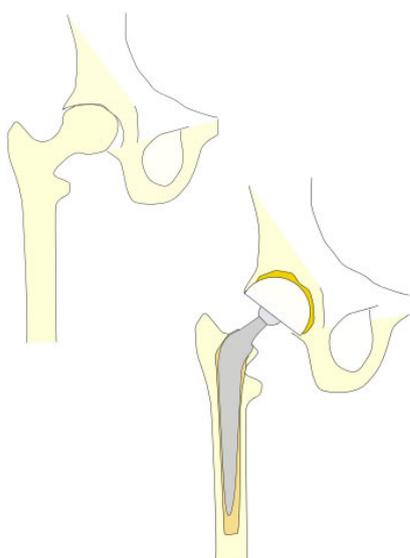
3.3. Le traitement

La prothèse totale d'une articulation consiste à enlever l'articulation naturelle endommagée à la suite d'un traumatisme articulaire, d'une pathologie acquise ou congénitale ou d'une arthrose dégénérative et à la remplacer par un implant doté des fonctions mécaniques appropriées (Figure 8). Une articulation est constituée par les extrémités de deux ou plusieurs os reliées entre elles par des ligaments. La hanche est une rotule dont la sphère femelle appartient à l'os pelvien et la sphère mâle à l'extrémité du fémur. Le genou met en relation l'extrémité inférieure du fémur avec l'extrémité supérieure du tibia. Les extrémités des os mis en contact sont normalement recouvertes d'une couche de cartilage qui assure un glissement doux et presque sans frottement.

Le fonctionnement de l'articulation devient douloureux lorsque ce cartilage se trouve endommagé. Chaque articulation est en outre enfermée dans une enveloppe de tissu fibreux contenant un liquide lubrifiant, la synovie. L'endommagement d'une articulation est parfois si sévère et douloureux que le patient évite tout mouvement non nécessaire, ce qui finit par affaiblir les muscles correspondants et réduire encore la mobilité. C'est l'état de l'ensemble constitué par les os, le cartilage, les ligaments et les muscles que l'on doit donc étudier pour savoir s'il vaut mieux opérer ou laisser les choses en l'état. L'opération ne doit être décidée que lorsque toutes les autres méthodes de soins ont échoué.

En règle générale, c'est le patient qui dicte le moment de l'intervention. Mais il y a certaines exceptions pour lesquelles c'est le médecin qui doit conseiller à son patient de se faire opérer rapidement : s'il y a une coxarthrose avec protrusion (les patientes souffrant de pathologies rhumatismales inflammatoires ou d'ostéoporose font partie du groupe à risque d'une telle évolution) ; s'il y a des déformations marquées (surtout au genou) provoquant des insécurités à la marche, augmentant le risque de chutes et limitant la déambulation et enfin en présence de ostéonécroses radiologiquement avancées (*i.e.* nécroses de la tête fémorale)¹³¹.

Figure 8 : Modifications architecturales avant et après la mise en place d'une PTH



Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Prothèse_de_hanche

¹³⁰ ELKE R., (1998), *op. cit.*, p. 607

¹³¹ *Idem*, p. 608

Il serait optimiste de considérer que les résultats des arthroplasties de hanche, certes excellents en termes de coût-efficacité, suffisent en 2006¹³². Si l'indication et le choix d'un implant économiquement raisonnable sont aisés pour une personne retraitée de quatre-vingts ans, la problématique est toute autre chez le patient jeune. Les registres nationaux nordiques, suédois et norvégien ont montré que chez le patient jeune et actif, des résultats satisfaisants sont souvent limités à une dizaine d'années^{133,134}. C'est tout naturellement pour cette population particulière que des solutions parfois un peu trop expérimentales sont en constant développement¹³⁵. Il faut aussi rester conscient que, dans 2-5% des cas, les patients peuvent conserver des douleurs inexplicables, malgré des investigations difficiles excluant d'autres origines, notamment lombo-radicales, à la symptomatologie. Au-delà des complications techniques ou médicales qui suivent la mise en place d'une arthroplastie de hanche, la complication septique reste sans aucun doute la plus sévère. Ces conséquences nécessitent, dans la majorité des cas, l'ablation de l'implant, la stérilisation des tissus périprothétiques par une antibiothérapie locale et générale avant de procéder à la réimplantation d'une prothèse parfois dans des conditions difficiles. Ce parcours du combattant requiert un bon état général du patient et l'ensemble du processus thérapeutique s'étend fréquemment sur deux à trois mois. Heureusement, l'antibiothérapie préventive, le soin porté au geste chirurgical et les conditions techniques des blocs opératoires modernes permettent de limiter ces complications septiques dramatiques à moins de 1%¹³⁶.

L'opération est pratiquée sous anesthésie générale ou régionale selon une voie d'abord antérieure ou postérieure. La chirurgie sous anesthésie régionale donne moins de problèmes pulmonaires.

Il existe plusieurs façons d'aborder la hanche pour implanter une prothèse. L'abord utilisé dans le service se situe à la partie haute de la cuisse, sur le devant, sur environ 10 à 12 centimètres. Le chirurgien passe ainsi entre les muscles, sans les couper, ni couper non plus d'os, sauf le col et la tête du fémur qui sont remplacés par la prothèse. Cette voie d'abord est donc non invasive, elle permet une récupération fonctionnelle plus rapide et présente le moins de risque de luxation¹³⁷.

La voie d'abord « *minimal invasive*¹³⁸ » est actuellement la technique en vogue souhaitée par tous les patients jeunes (de moins de soixante ans, *n.d.r.*) qui veulent une prothèse qui soit la meilleure, la mieux mise, par une incision de 5 cm. La chirurgie minimal invasive respecte les éléments anatomiques profonds (muscles, tendons, os) et procure une visibilité suffisante pour mettre en place correctement et avec sécurité la prothèse¹³⁹.

Dans la plupart des publications sur ce sujet, l'aspect esthétique (la longueur de la cicatrice) est mis en avant, le respect des éléments anatomiques profonds et les complications peu développés. Plusieurs publications controversées n'arrivent pas à convaincre du bien-fondé et de l'amélioration des suites des patients opérés par voie « *minimal invasive* ». Les risques de malpositions semblent augmenter et les dégâts musculaires, notamment dans le « *minimal invasive* » postérieur, sont presque aussi importants que pour un abord postérieur classique. On doit rester raisonnable, ainsi un implant de 50 mm de diamètre nécessite non pas une incision de 5 cm, mais de 50 mm x p/2, pour être placée sans surtension cutanée¹⁴⁰. En effet, il faut au moins que la circonférence de l'implant soit égale à la longueur des deux berges de l'incision¹⁴¹.

¹³² RISSANEN P., ARO S., SINTONEN H., ASIKAINEN K., SLATIS P., PAAVOLAINEN P., (1997), *op. cit.*

¹³³ FURNES O., LIE S.A., ESPEHAUG B., VOLLSET S.E., ENGESAETER L.B., HAVELIN L.I., (2001), *op. cit.*

¹³⁴ SODERMAN P., MALCHAU H., HERBERTS P., ZUGNER R., REGNER H., GARELLICK G., (2001), *op. cit.*

¹³⁵ ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B., (2006), *op. cit.*, p. 79

¹³⁶ *Ibidem*

¹³⁷ LHOTELLIER L., (2008), *op. cit.*

¹³⁸ « *Mini Invasive Surgery* » ou M.I.S. se propose de faire un abord en profondeur moins délabrant. Cette technique respecte davantage le capital osseux ou musculaire et permettrait de diminuer le saignement péri-opératoire, les complications postopératoires et une récupération fonctionnelle plus rapide.

¹³⁹ LHOTELLIER L., (2008), *op. cit.*

¹⁴⁰ OGONDA L., WILSON R., ARCHBOLD P., LAWLOR M., HUMPHREYS P., O'BRIEN S. et al., (2005), *op. cit.*

¹⁴¹ ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B., (2006), *op. cit.*, p. 80

On peut normalement recommencer à marcher un ou deux jours après une prothèse totale ou partielle de la hanche. On n'opère en général que les patients de plus de soixante ans, sauf dans de rares cas, parce que les personnes plus jeunes ont tendance à user trop vite les prothèses qui doivent alors être remplacées, ce qui est toujours délicat.

3.4. Les suites

Pour les patients encore actifs professionnellement, la pratique des sports de loisir reste un désir fréquent. Il n'est pas toujours aisé de bien planifier la reprise des activités sportives qui prend parfois autant d'importance que la vie professionnelle. Néanmoins, la plupart des sports de loisir peuvent être pratiqués sans restriction après un certain délai. Les patients qui bénéficient d'une activité sédentaire peuvent raisonnablement reprendre une activité professionnelle complète échelonnée entre le deuxième et le troisième mois. Pour les patients dont l'activité est plus intense, cette reprise doit être très progressive jusqu'au sixième mois.

Les consignes de prudence dépendent en partie du type d'implant et de la voie d'abord. Il est important de libérer progressivement les amplitudes de mouvement extrême (au-delà des 90 degrés) et d'attendre au moins les deux premiers mois, jusqu'à ce que la cicatrisation des tissus périprothétiques, correspondant à une pseudocapsule, soit stabilisée. La place de la physiothérapie voire de l'ergothérapie dans l'enseignement d'une hygiène posturale, ne doit pas être systématique, mais appréciée de cas en cas.

L'avènement des arthroplasties avec des têtes de grands diamètres offre certainement une sécurité supplémentaire, et c'est tout leur intérêt chez les patients jeunes. Ainsi, un patient de quarante ans à douze mois d'une prothèse de grand diamètre peut, s'il en avait la pratique initiale, reprendre le ski de piste. Les possibilités sportives doivent être clairement discutées lors de l'indication opératoire, et la volonté de reprendre une activité soutenue ne constitue pas en soi une indication opératoire. Pour les patients plus âgés, moins actifs, des consignes posturales dans le but de prévenir les luxations sont difficiles à faire respecter et souvent peu réalistes. Cependant, un implant placé par voie postérieure de manière idéale ne devrait pas faire l'objet de limitations particulières. On doit éviter les flexions profondes surtout si elles sont associées à de la rotation interne ou de l'adduction. C'est un mouvement qui peut être réalisé en position assise lors de la toilette des pieds ou de la fermeture d'une boucle latérale de chaussure. Ces éléments d'hygiène posturale sont généralement enseignés durant la phase hospitalière, mais peuvent être répétés si le patient est inquiet ou très imprudent. Quelques séances d'ergothérapie suffisent généralement.

La réalisation de la réadaptation après une arthroplastie totale ou partielle de la hanche est recommandée pour les patients qui présentent dans la phase préopératoire des capacités fonctionnelles altérées associées à des comorbidités et pour ceux qui ont développé des complications postopératoires. Pour les autres malades, pour lesquels une réadaptation soutenue ne s'impose nécessairement pas, des séances de physiothérapie ou d'ergothérapie sont fortement recommandées. La réalisation d'une réadaptation postopératoire dans un établissement de réadaptation après une arthroplastie totale ou partielle de la hanche pourrait avoir un intérêt afin de réduire la durée de séjour en chirurgie et améliorer le bénéfice fonctionnel des patients présentant des comorbidités. Le coût global comparatif des différentes modalités de prise en charge en réadaptation après arthroplastie de hanche n'est actuellement pas évalué¹⁴².

Si la prothèse totale de hanche est une solution idéale chez un patient retraité qui souffre intensément d'une coxarthrose, l'extension de l'indication à des patients jeunes pose des problèmes de choix d'implant. Parfois le niveau des activités postopératoires envisagées est déraisonnable. L'indication opératoire doit rester un moyen de soulager la douleur et non de permettre la reprise d'activités extrêmes. En principe, les sports de loisir sont tout à fait recommandés, mais leur reprise doit s'organiser progressivement en fonction de leur intensité, tout comme la reprise professionnelle¹⁴³.

¹⁴² BARROIS B., GOUIN F., RIBINIK P., REVEL M., RANNOU F., (2007), *op. cit.*

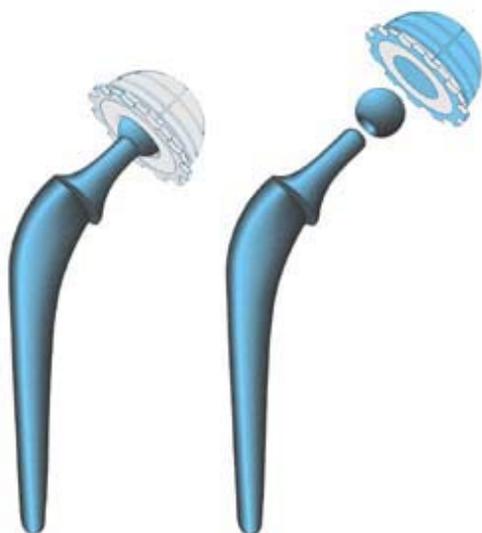
¹⁴³ ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B., (2006), *op. cit.*, p. 81

3.5. La prothèse

Une prothèse de hanche est un dispositif articulaire interne qui vise à remplacer l'articulation malade de la hanche et lui permettre un fonctionnement quasi normal, en tout cas permettant la marche. La plupart des prothèses comportent des éléments métalliques réalisés en acier inoxydable, en alliage chrome-cobalt ou en titane, fixés à la partie conservée de l'os par des ciments acryliques. Les contre-faces articulaires de frottement sont maintenant réalisées en polyéthylène de très haute densité, matériau qui présente de bonnes caractéristiques frottantes en face des métaux.

Elle est composée de deux pièces emboîtées : une des pièces remplace la partie articulaire du bassin (cotyle) et l'autre remplace la tête du fémur, et comprend une tige qui est implantée dans le fémur, un col et une tête en acier inoxydable ou en céramique qui s'articule avec le cotyle (Figure 9).

Figure 9 : Prothèse de hanche



Source : Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris

Il existe de très nombreux modèles de prothèses, différents dans leur forme, leurs matériaux, certaines sont implantées sans ciment. Les modèles utilisés dans le service sont dérivés de modèles implantés depuis plus de 30 ans, donnant d'excellents résultats qui se maintiennent pendant de nombreuses années. C'est donc pour nous un gage de sécurité et de fiabilité, et font l'objet d'une surveillance continue, sur fiches réévaluées à chaque consultation de contrôle. Le plus souvent, il s'agira d'une prothèse dont le cotyle est en polyéthylène scellé par une résine acrylique. Chez les patients jeunes (en général de moins de soixante ans), un cotyle non scellé avec une surface articulaire en céramique d'alumine pourra être utilisé, si toutefois l'anatomie du bassin osseux en permet la fixation en toute sécurité. Les céramiques sont testées individuellement avant implantation, et ont été améliorées tout au long des dernières décennies, en faisant un matériau parfaitement fiable, notamment en ce qui concerne les risques de fracture qui ont surtout été rapportées pour d'autres types de céramiques. L'avantage indéniable théorique de ce type d'implant est son caractère quasi inusable. Quand on sait que la majorité des changements de prothèse en polyéthylène se font au bout de 10 ou 15 ans du fait de leur usure, on voit l'intérêt d'utiliser un implant très résistant à l'usure. Quelque soit le type de cotyle utilisé, la pièce fémorale sera scellée avec une résine acrylique, ou implantée sans ciment si la qualité osseuse le permet¹⁴⁴.

Le taux de réussite est actuellement de 95%. Les complications sont plus fréquentes chez les patients ayant des problèmes de santé avant l'intervention chirurgicale : saignement au niveau du site opératoire, chute d'hémoglobine, formation de caillots dans les veines (thrombophlébite), fracture per-opératoire, dislocation de la prothèse. Plus rarement se produisent des infections au

¹⁴⁴ LHOTELLIER L., (2008), *op. cit.*

voisinage de la prothèse, une usure de la surface en polyéthylène ou une dislocation tardive de la prothèse. Néanmoins, les résultats fonctionnels des prothèses de hanche sont remarquables : l'immense majorité des patients retrouve une marche quasi normale sans douleur en quelques semaines, et cela pour plusieurs années.

3.6. Le parcours clinique^{145,146}

Lors d'une arthroplastie de la hanche, le patient est en général levé le lendemain en appui total et peut se déplacer avec des cannes anglaises vers le troisième ou quatrième jour post opératoire. Il sort de l'hôpital vers cette date pour retourner à son domicile si les conditions le permettent ou pour être admis dans un centre de réadaptation ou de convalescents. Il restera sous anticoagulants, le plus souvent sous cutanés, pour cinq semaines habituellement. La durée de réhabilitation pour obtenir les pleins bénéfices de la prothèse et retrouver une marche correcte est habituellement de un mois et demi.

Sachant que la phase de soins somatiques aigus n'est pas suivie immédiatement par une phase de réadaptation et que les premiers jours après l'intervention sont les plus critiques, voir les plus importants en vue d'une récupération totale des fonctions motrices, nous avons vu des améliorations possibles, tant au niveau des soins, qu'aux niveaux des procédures entre cliniques. D'où l'idée de créer un réseau de soins par la mise en place d'un parcours clinique pour les interventions de la prothèse totale ou partielle de la hanche. Pour optimiser la prise en charge de ces patients, un programme a été réalisé avec la collaboration des médecins orthopédistes, des médecins spécialistes et de réadaptation ainsi que du personnel soignant (Tableau 3).

L'élaboration de parcours cliniques élargis représente l'approche la plus correcte du point de vue d'un réseau de soins. À travers cette approche sont favorisés la collaboration entre les différents fournisseurs de prestations actifs sur le territoire. Cette approche doit toutefois faire face aux difficultés, non négligeables liées à la coordination entre les différentes structures sanitaires concernées.

La coopération autour d'un ensemble réduit de problèmes, comme c'est le cas pour la filière, est probablement plus simple et plus efficace, que dans le cas du réseau généraliste portant sur l'ensemble des problèmes sanitaires. Quelques arguments peuvent être avancés dans ce sens.

- » L'activité spécialisée d'une filière facilite les relations entre les participants, parce qu'ils partagent des connaissances et des expériences qui sans être identiques sont partiellement convergentes. Parce qu'il existe déjà des coopérations informelles qui peuvent être formalisées ou parce qu'il y a probablement une culture liée à l'activité spécifique, qui n'efface pas les cultures professionnelles et institutionnelles, mais introduit néanmoins une certaine dimension de communauté.
- » La spécialisation facilite l'élaboration de protocoles, recommandations, « *guidelines* », parce que la répétition des mêmes problèmes et des solutions qu'on leur associe, conduit à analyser ces dernières, à chercher continuellement à les améliorer et à les normaliser.

¹⁴⁵ « *Clinical pathways* », « *care pathways* », « *critical pathways* », « *care paths* », « *integrated care pathways* », « *case management plans* », « *clinical care pathways* » ou « *care maps* », constituent les termes fréquemment utilisés pour nommer un parcours bien déterminé concernant le suivi médical d'un patient. La « *European Pathway Association* » définit le clinical/care pathway comme étant :

« Care pathways are a methodology for the mutual decision making and organization of care for a well-defined group of patients during a well-defined period. Defining characteristics of care pathways includes : An explicit statement of the goals and key elements of care based on evidence, best practice, and patient expectations ; The facilitation of the communication, coordination of roles, and sequencing the activities of the multidisciplinary care team, patients and their relatives ; The documentation, monitoring, and evaluation of variances and outcomes ; and The identification of the appropriate resources. The aim of a care pathway is to enhance the quality of care by improving patient outcomes, promoting patient safety, increasing patient satisfaction, and optimizing the use of resources. », European Pathway Association, Slovenia Board Meeting, Décembre 2005

¹⁴⁶ Le parcours clinique (diagnostique-thérapeutique) du patient est central. Le parcours clinique peut être défini comme l'« *iter* » que le patient suit pour résoudre son problème de santé. Il décrit le parcours organisationnel et clinique et les activités nécessaires à garantir une assistance adéquate, appropriée de qualité à un groupe de patients homogènes pour diagnostique ou symptôme.

Le parcours clinique (« *clinical pathways* ») peut être limité à la phase hospitalière (c'est-à-dire à la période qui va de l'acceptation du patient en hôpital à sa démission) ou peut être élargi aux phases qui précèdent et – surtout – qui suivent le séjour hospitalier, afin de « *moniter* » de manière complète le parcours suivi par le patient pour la résolution de son problème de santé.

- » Cette normalisation permet à son tour d'explicitier plus facilement les diverses activités qui participent à la prise en charge, et de mieux coordonner les relations techniques entre les intervenants.
- » De la même façon, il devient plus facile d'évaluer les pratiques, le degré et les modalités de leur coordination.
- » Le champ des problèmes étant limité, et une partie des réponses étant normalisée, on peut déplacer progressivement l'attention vers des préoccupations relatives à la prévention, à la santé publique, à l'éducation des patients, aux aspects sociaux de leur situation.
- » Dans la mesure où la spécificité de la filière est bien délimitée, il est enfin plus facile, moins long, moins coûteux, moins risqué d'opérer quelques changements à titre expérimental et temporaire¹⁴⁷.

¹⁴⁷ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

Tableau 3 : Schéma de PTH avec l'introduction d'un parcours clinique

<i>PTH sans parcours clinique</i>		<i>PTH avec parcours clinique</i>	
Jours	Description	Description	Jours
-1	Phase no 1 Aperçu de l'hospitalisation <i>Remise au cabinet du médecin, elle renseigne sur l'intervention chirurgicale, la consultation d'anesthésie, la possibilité de donner du sang, ainsi que le déroulement de l'hospitalisation en mettant l'accent sur les soins pratiqués, la gestion de la douleur et le début des séances de physiothérapie.</i>	Phase no 1 Aperçu de l'hospitalisation <i>Remise au cabinet du médecin, elle renseigne sur l'intervention chirurgicale, la consultation d'anesthésie, la possibilité de donner du sang, ainsi que le déroulement de l'hospitalisation en mettant l'accent sur les soins pratiqués, la gestion de la douleur et le début des séances de physiothérapie.</i>	-1
0	Phase no 2 Intervention chirurgicale <i>Pose de la prothèse totale ou partielle de hanche à proprement parler.</i>	Phase no 2 Intervention chirurgicale <i>Pose de la prothèse totale ou partielle de hanche à proprement parler.</i>	0
1-5	Phase no 3 Surveillance <i>Hospitalisation à la clinique de soins somatiques aigus.</i>	Phase no 3 Surveillance <i>Préparation au transfert auprès de la clinique de réadaptation.</i>	1-2
		Phase no 5 Accueil auprès de la clinique de réadaptation <i>Contrôle de l'état du patient et préparation du programme de soins.</i>	3
		Phase no 6 Séjour de réadaptation <i>Programme de réadaptation convenu en fonction de l'état de santé du patient.</i>	4-18
6-10	Phase no 4 Retour au domicile <i>Attente d'une place en clinique de réadaptation ou début des séances de physiothérapie</i>		
11	Phase no 5 Accueil auprès de la clinique de réadaptation <i>Contrôle de l'état du patient et préparation du programme de soins.</i>		
12-30	Phase no 6 Séjour de réadaptation <i>Programme de réadaptation convenu en fonction de l'état de santé du patient.</i>		
180	Phase no 7 Contrôle auprès de l'opérateur <i>Vérification de l'opérateur que l'intervention a bien réussi et que le patient ne souffre plus de problèmes articulaires.</i>	Phase no 7 Contrôle auprès de l'opérateur <i>Vérification de l'opérateur que l'intervention a bien réussi et que le patient ne souffre plus de problèmes articulaires.</i>	180

Une fois parvenus à la fin du parcours clinique de la prothèse totale ou partielle de hanche, il est frappant de constater que le potentiel de gain est énorme. Les patients ont été renseignés sur le

déroulement de leur hospitalisation et leur prise en charge a été améliorée en disposant au mieux les prestations offertes par les deux cliniques et les physiothérapeutes collaborant avec les deux établissements. Une telle procédure demeure perfectible, permet toujours de se perfectionner et parfois de se remettre en question.

Par ailleurs, une étude de 2006¹⁴⁸ sur 500 patients ayant subi une arthroplastie de hanche confirme l'hypothèse selon laquelle le parcours clinique est un excellent outil pour améliorer tous les aspects qualitatifs de la prise en charge globale d'un patient. Les résultats obtenus et issus de l'observation après la mise en place d'un parcours clinique ont démontré une nette amélioration des soins prodigués, ainsi qu'une diminution substantielle de la durée moyenne de séjours pour l'intervention définie. L'implémentation d'un parcours clinique a signifié pour l'hôpital une rationalisation des ressources engagées dans le traitement et le suivi de l'arthroplastie de la hanche, ainsi qu'une meilleure organisation du travail entre les différents services concernés.

Ainsi, grâce au réseau mis en place, Madame Z, 78 ans, a été opérée de la hanche. Une prothèse lui a été posée (arthroplastie totale de hanche). Grâce à l'organisation, elle a pu être prise en charge, de la phase de pré-hospitalisation jusqu'à son rétablissement. Un ergothérapeute l'a suivie et a assuré la coordination entre les différents intervenants (médecins, infirmières, physiothérapeutes, infirmières de liaison, etc.).

Tout au long du traitement, elle a pu être soignée, informée, aidée. Le retour à domicile ayant été préparé, Madame Z est rentrée chez elle rassurée. L'expérience nous a démontré que cette prestation répondait aux besoins de patients souvent âgés et permettait de réduire significativement le risque de complications au domicile.

¹⁴⁸ JIMENEZ MUNOZ A.B., DURAN GARCIA M.E., RODRIGUEZ PEREZ M.P., SANJURJO M., VIGIL M.D., VAQUERO J., (2006), *op. cit.*

CHAPITRE V LES OBSTACLES ET LES FACTEURS DE RÉUSSITE

Le travail en réseau suscite beaucoup d'intérêt, mais il provoque également beaucoup de déceptions. Les désillusions ne manquent pas. Après une période de lancement souvent enthousiaste, la lassitude s'installe, les absences se multiplient, les productions s'essouffent, les replis sur les territoires coutumiers s'organisent. Il n'est pas facile de vivre un réseau de soins et d'y travailler et il n'est pas évident de le maintenir actif et performant dans le temps. Les réseaux sont donc aussi vulnérables !¹⁴⁹

1. Les principaux déséquilibres

L'activité du secteur sanitaire est marquée par des déséquilibres parmi lesquels l'on peut évoquer les suivants.

1.1. Une forte différenciation

Un déséquilibre entre une différenciation forte et continue et une coordination qui reste modeste. La forte différenciation résulte sans doute de la variété des problèmes que la médecine doit traiter, mais aussi du fait que la spécialisation relative constitue un critère de classement social ; les producteurs de soins les plus spécialisés sont réputés les plus efficaces et tirent quelques avantages de cette position. La faible coordination tient à une tradition de cloisonnement par laquelle les médecins protègent leur autonomie. Cette autonomie peut être présentée comme une condition de la qualité des soins, dans la mesure où l'on considère chaque patient comme un cas particulier requérant une décision particulière qui ne peut être prise que par le médecin praticien qui s'occupe de lui. La combinaison de ces deux tendances – forte spécialisation, faible coordination – induit des difficultés ne serait-ce qu'au niveau de l'orientation des patients et de la conjonction entre besoins particuliers des malades et capacités spécialisées du système de santé. En l'absence d'un dispositif spécifique de mise en correspondance, on peut craindre une utilisation très sous-optimale de ces capacités¹⁵⁰.

1.2. Une méconnaissance de l'autre

Bien que dans une moindre manière, l'idée de concurrence entre différents fournisseurs de soins dans une même région semble toujours persister. Les moyens de prise en charge et les prestations que l'autre fournisseur de prestation prodigue non seulement sont mal connues, mais font l'objet souvent de polémiques et contestations. Il en résulte une méfiance réciproque susceptible de produire des comportements stratégiques allant à l'encontre de la notion de « *réseau de soins* ».

Or, non seulement le réseau ne représente pas une menace de perte de patients, mais au contraire les médecins qui y participent trouvent dans la démarche un moyen de se rassurer quant aux bons traitements prodigués par leurs pairs et un moyen de limiter les risques de fuites incontrôlées de patients¹⁵¹.

1.3. Un progrès continu

Un de ces déséquilibres est lié au mouvement continu du progrès de la connaissance, des techniques, des pratiques et des équipements médicaux, ce progrès apparaissant comme une des caractéristiques majeures de l'activité du secteur. D'une manière générale, l'innovation perturbe et déforme les espaces productifs au sein desquels elle se déploie ; c'est le cas pour l'activité médicale

¹⁴⁹ LE BOTERF G., (2008), *op. cit.*, p. 61

¹⁵⁰ HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

¹⁵¹ CASTEL P., CARRÈRE M.-O., (2007), *op. cit.*, p. 14

où les changements se réalisent dans des directions et à des rythmes qui ne sont pas toujours harmonisés. De plus, ces changements ne correspondent pas non plus forcément à l'évolution des besoins. Enfin leur efficacité, c'est-à-dire le rapport entre l'utilité supplémentaire produite et le coût supplémentaire, n'est pas nécessairement le critère de choix prédominant¹⁵².

1.4. Une maîtrise des dépenses

Un quatrième déséquilibre concerne la divergence entre la tendance traditionnelle à une expansion spontanée du système, et les exigences de modération de la croissance des dépenses, ainsi que, d'efficacité, issues des transformations du contexte économique général.

Par rapport à ces perturbations, il apparaît nécessaire d'introduire divers rééquilibres dont certains pourraient être utilement portés par des réseaux. L'option « *réseau* » pose cependant une double question : relative à la nature et à la forme, d'une part des unités qui y participent c'est-à-dire la différenciation, et d'autre part, des relations qui les unissent, c'est-à-dire la coordination.

Parce qu'il permet des configurations à géométrie variable entre des participants spécialisés, le réseau apparaît approprié pour des activités complexes soumises à l'incertitude¹⁵³.

Avant de se lancer dans la réalisation d'un réseau de soins, il est opportun de réfléchir aux conditions préalablement nécessaires à sa création. Réussir un réseau de soin ne s'improvise pas du jour au lendemain et nécessite une réflexion préparatoire approfondie pour éviter autant que possible les écueils et les impasses. Les conditions ci-dessous sont nécessaires, mais elles ne sont pas suffisantes prises isolément et doivent s'apprécier dans leur globalité pour aboutir au résultat escompté (Annexe 5).

2. Les conditions préalables à la réussite

Travailler en réseau de façon efficace n'est pas évident. Les risques de dérive deviennent souvent des réalités. La mise en coopération et en synergie des contributions individuelles se réalise rarement de façon spontanée et durable. La fonction de coordination laisse souvent à désirer. Les échecs suivis des défections et d'abandon sont fréquents. Et pourtant, de nombreux réseaux professionnels continuent à se créer, persistent, obtiennent des résultats et entraînent de la satisfaction. Que faut-il donc pour qu'un réseau réussisse ?¹⁵⁴

La qualité de la coopération occupe une place centrale dans la dynamique des réseaux. Le schéma suivant (Figure 10) donne un aperçu synthétique de ces conditions, qui concernent pour l'essentiel :

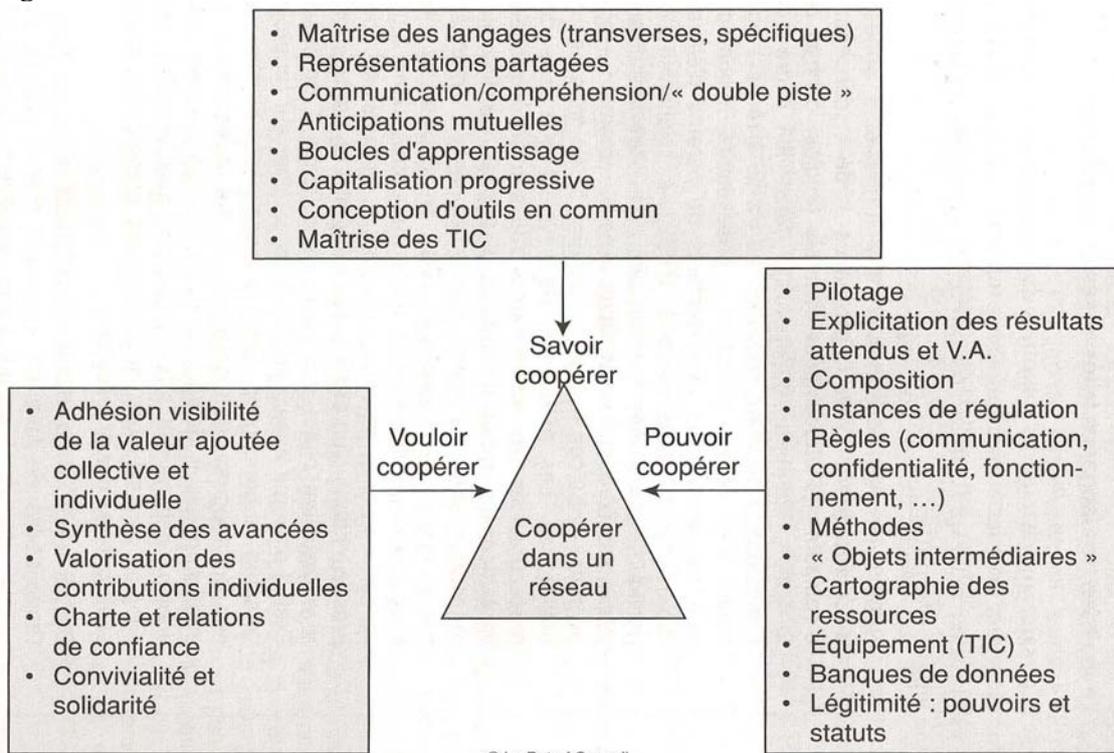
- » le savoir coopérer ;
- » le pouvoir coopérer ;
- » le vouloir coopérer ;
- » (le devoir de coopérer – *n.d.r.*).

¹⁵² HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

¹⁵³ *Ibidem*

¹⁵⁴ LE BOTERF G., (2008), *op. cit.*, p. 73

Figure 10 : Les conditions de réussite des réseaux



Source : LE BOTERF G., (2008), *op. cit.*, p. 75

2.1. Un réseau ne se décrète pas

Un travail en réseau implique un tel changement de comportements par rapport à ce qui existe à un moment donné que cette démarche ne peut et ne doit pas être imposée artificiellement. Il est nécessaire que tous les acteurs du système de santé se l'approprient et l'intègrent dans leur réflexion commune. Pour cela, l'objet et les objectifs doivent être clairement établis et acceptés également par tous les acteurs concernés¹⁵⁵.

Cet aspect nécessite du temps ! C'est essentiellement le temps de la concertation et de la compréhension de la proposition. Il est indispensable à la fois lors de la phase de la conception et de l'organisation, comme pendant toute la phase opérationnelle au niveau du terrain. L'expérience montre maintes fois que l'on sacrifie volontiers ce temps nécessaire, par souci d'efficacité. Mais il s'agit là d'une grave erreur que les promoteurs paient ensuite au centuple par des freins, des blocages, des réactions de rejet ou pire encore par une indifférence et une inertie redoutables.

Décider demain sur tel secteur d'organiser un réseau de soins est sûrement voué à l'échec. Réunir les acteurs concernés pour voir avec eux comment il est possible d'organiser les urgences d'une ville, l'hospitalisation à domicile ou le réseau médical en chirurgie ambulatoire (les exemples cités ne sont pas exhaustifs) est plus concret, donc plus identifiable pour tout le monde. Pour que le réseau puisse fonctionner, outre la participation quotidienne des uns et des autres, un premier niveau de conception et d'organisation s'avère nécessaire.

Cela n'empêchera pas les mêmes acteurs du système de santé plus tard de vouloir agrandir le champ d'action du réseau pour répondre à d'autres besoins de cette façon¹⁵⁶. Ces conditions « culturelles » de mise en place du réseau renvoient à la légitimité de la collaboration, c'est-à-dire à la représentation que chaque participant se fait de l'activité en question. En l'occurrence, il s'agit d'avoir une compatibilité minimale des valeurs sur lesquelles chacun fonde sa contribution au

¹⁵⁵ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁵⁶ *Ibidem*

dispositif de collaboration. Ce n'est qu'à travers la convergence de ces conditions que peut s'établir une coopération cohérente et viable¹⁵⁷.

Des conditions « *sociales* » concernant l'intérêt que les participants potentiels peuvent avoir à constituer un réseau doivent aussi être présentes. En d'autres termes, il faut que les avantages qu'ils en tirent soient supérieurs aux inconvénients, ce qui suppose qu'ils puissent se faire une idée ne serait-ce qu'approximative de ces conséquences et, pour cela, ils doivent pouvoir disposer d'informations et d'engagements susceptibles de réduire leur incertitude. Ces informations et ces engagements ne peuvent être produits qu'à travers de la négociation et des accords entre les parties prenantes¹⁵⁸.

2.2. Le réseau doit être centré sur son objet

Un groupe d'objectifs cohérents bien définis, soit en termes de résultats, soit en termes de procédures¹⁵⁹. Dans le domaine de la santé, le réseau doit être centré sur son sujet, l'individu, et sur le problème à traiter (urgence, maintien à domicile, chirurgie ambulatoire, filière de soins, etc.). Cela signifie que le patient devient le centre d'intérêt. C'est à partir de ses besoins que va s'organiser la coordination et la coopération au sein de la nouvelle forme organisationnelle. Cette remarque n'est pas naïve, au contraire, elle s'appuie sur une analyse approfondie relative à la recherche de la qualité des services quel que soit le domaine abordé¹⁶⁰. Ce domaine peut se situer au niveau de l'entreprise et donc être qualifié de marchand ou au niveau du monde de la santé.

Si l'objectif recherché est l'efficacité de la démarche et la qualité du service rendu au « *client* », on l'on n'échappera à cette évidence, en matière de santé : le réseau de soins doit être centré sur l'individu, malade ou en bonne santé, suivant que l'on est dans le domaine préventif ou dans le domaine curatif. Cette démarche doit être authentique et respecter l'éthique et la morale dans l'approche des patients¹⁶¹. Autant qu'il est nécessaire, la participation au réseau de la population ou des malades concernés doit être envisagée, pour introduire la dimension de santé communautaire¹⁶².

Dans les trajectoires, la prise en charge globale des patients va dans deux sens : sur le plan synchronique, en ce qui concerne la prise en compte coordonnée et simultanée de ses besoins somatiques, psychiques et sociaux ; sur le plan diachronique pour ce qui est des interventions de prévention, de soins curatifs et de réhabilitation¹⁶³.

2.3. Le réseau doit comprendre tous les acteurs concernés

Le réseau doit faire travailler en partenariat toutes les catégories de professionnels nécessaires pour la réalisation des objectifs de la prise en charge globale des patients¹⁶⁴. Le moindre oubli va inévitablement générer des réactions de rejet et des fortes résistances. En ce qui concerne les problèmes de santé, il est nécessaire d'introduire, à chaque fois que l'objet du réseau s'y prête, les usagers. Cela heurte souvent le personnel soignant, mais c'est une démarche pleine de richesse quand elle est faite réellement. Il ne faut pas pour autant céder à la tentation utopiste de convaincre tout le monde avant de démarrer. L'information et le contact de toutes les catégories concernées doivent être faits avec beaucoup de rigueur et d'ouverture sans ostracisme¹⁶⁵.

¹⁵⁷ HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

¹⁵⁸ *Ibidem*

¹⁵⁹ GRÉMY F., (1996), *op. cit.*, p. 26

¹⁶⁰ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁶¹ *Ibidem*

¹⁶² GRÉMY F., (1996), *op. cit.*, p. 27

¹⁶³ *Idem*, p. 26

¹⁶⁴ *Ibidem*

¹⁶⁵ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

Cela impose par là même un décloisonnement qui est déjà à lui seul une petite révolution. C'est une approche transversale de l'organisation. Cela oblige les promoteurs du réseau de soins à être précis et clairs sur les objectifs du réseau. Encore une évidence rarement respectée au quotidien, mais elle est indispensable pour une réelle appropriation du projet par le maximum d'individus concernés. Ce travail de clarification d'objectifs est bénéfique à tous et permet la mise à plat d'entrée du jeu des ambiguïtés potentielles¹⁶⁶.

2.4. La hiérarchie n'a pas sa place dans un réseau

Les acteurs du système de santé sont des partenaires à égalité de droits et de devoirs. Chacun a le pouvoir de sa compétence. Ce point est sûrement un des plus difficiles à mettre en pratique dans les faits. Il implique un changement de mentalité par rapport au fonctionnement actuel tant dans le rapport médecins/autres professionnels que dans le rapport hôpital/ambulatoire. Mais il explique souvent les échecs de certaines expérimentations qui ne l'ont pas appliqué dans les faits.

Le réseau de soins ne peut fonctionner efficacement que si chaque « *maillon* » de la chaîne a, à la fois, sa pleine autonomie et la conscience de son rôle dans le système. Il est à noter que cette façon de fonctionner responsabilise les individus et les rend plus autonomes et plus performants. Cela entraîne une remise en question de chacun, qui n'est pas toujours très bien supportée.

D'où l'importance de l'appropriation, première condition nécessaire. Cela pose ou va poser le problème juridique des transferts de responsabilité dans certains cas précis¹⁶⁷.

2.5. La nécessité d'une réflexion sur l'information et son système

Que ce soit par des techniques sophistiquées (téléphonie, fax, informatique, etc.) ou par un classique support papier (dossier médical, par ex.), l'information doit circuler entre les différents acteurs du réseau de soins. Pour cela, la mise en confiance est un élément essentiel. C'est en tout cas un élément essentiel qui conditionne le travail en réseau. Chaque personne impliquée dans le réseau doit avoir accès à toute l'information nécessaire pour pouvoir travailler conformément aux objectifs que le réseau lui-même s'est fixé.

Ces conditions « *techniques* » au sens large qui portent sur les moyens nécessaires à la mise en place des réseaux reposent ainsi sur un dispositif matériel de communication entre les participants. Mais cet aspect matériel doit être accompagné d'une part des compétences pour le gérer, et d'autre part pour que les composantes échangent entre elles, il faut qu'elles possèdent une base de connaissance commune minimale. Cette base de connaissance commune est généralement élaborée à partir de formation et d'expériences. Ultérieurement le réseau se consolide à travers des processus de normalisation, de codification qui facilitent aussi les échanges, mais qui supposent là encore l'accumulation d'un peu d'expérience¹⁶⁸.

Tout réseau impose la mise en place d'un « *système d'information* ». Celui-ci, au minimum, doit permettre un suivi correct de chaque patient ; au mieux, il doit permettre aussi d'identifier et d'évaluer les filières de soins, et doit contribuer à la démarche qualité et à l'évaluation globale du réseau¹⁶⁹.

Le succès du réseau de soins dépend d'une communication bidirectionnelle en personne, impossible à remplacer par une autre forme de communication. Ce type d'interaction est essentiel parce qu'il permet aux membres d'établir une confiance, d'élaborer un vocabulaire partagé et de créer un cadre commun. Même si la technologie offre un outil exceptionnel pour faciliter ce type d'interaction, elle ne peut remplacer les liens interpersonnels qui ne peuvent s'établir que dans un contexte de rencontre en personne. Lorsqu'elle est bien utilisée, la technologie peut devenir le canal qui permet aux membres de demeurer informés et à jour entre deux rencontres. Elle peut

¹⁶⁶ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁶⁷ *Ibidem*

¹⁶⁸ HUARD P., MOATTI J.-P., (1995), *op. cit.*

¹⁶⁹ GRÉMY F., (1996), *op. cit.*, p. 29

également permettre à des professionnels géographiquement dispersés d'améliorer l'apprentissage et la collaboration de façon continue. Toutefois, il est important de se rappeler que les outils technologiques ne devraient être mis au point que si les membres en ont établi la nécessité. Les membres, et non la technologie, doivent être au cœur du réseau¹⁷⁰.

Le fait de travailler dans le domaine médical met en jeu bien sûr le problème du secret médical. La réflexion à ce sujet doit être rigoureuse et transparente : il est dangereux de s'abriter derrière ce motif pour limiter la diffusion de l'information. Mais proposer le règlement du problème, s'il existe, par les participants eux-mêmes. Les solutions trouvées n'ont ainsi aucun mal à être admises par tous.

La connaissance de l'état de santé d'une personne constitue en effet une information qui, parce qu'elle touche au plus profond de l'intimité, revêt une sensibilité particulière et ne peut à l'évidence, être traitée, manipulée, utilisée à n'importe quelles fins. Les réseaux d'informations mis en œuvre dans le domaine de la santé doivent en conséquence s'entourer des garanties appropriées¹⁷¹. Compte tenu des risques de divulgation et de déformation des données liés à l'utilisation d'internet, il est primordial que les données de santé, confidentielles par nature, doivent, surtout si elles sont appelées à circuler sur ce réseau, bénéficier de mesures de protection particulières, leur chiffrement par algorithme de cryptage constituant à cet égard l'une des seules garanties réellement efficaces. Outre l'impératif de la confidentialité, il est une exigence tout autant impérieuse : le respect des droits de la personnalité. Hormis les cas où la loi l'impose, il n'est pas concevable que des informations nominatives sur l'état de santé d'une personne puissent être communiquées à l'extérieur du cercle étroit que forment l'équipe médicale et le malade sans que ce dernier en soit informé et ait été en mesure sinon de donner son consentement tout au moins de s'opposer, le cas échéant, à cette transmission. Dès lors, le développement des réseaux d'informations médicales et du dossier médical partagé ne peut s'envisager sans garder à l'esprit qu'en toutes circonstances, le droit du malade au secret et au respect de sa vie privée doit être préservé¹⁷².

Les progrès techniques que nous vivons quotidiennement en la matière devraient permettre de faciliter encore cette circulation « sécurisée » de l'information et d'améliorer ainsi le service rendu. Naturellement, si la volonté des acteurs est présente au rendez-vous...

2.6. La formation est essentielle dans le travail en réseau

Les deux conditions qui vont suivre découlent en fait de la mise en application des premières exigences énoncées¹⁷³. Les acteurs du réseau de soins perçoivent eux-mêmes le besoin de formation. Le travail en réseau aboutit à un apprentissage permanent. Ce sont donc les acteurs eux-mêmes qui vont réclamer une formation et réfléchir aux modalités qui leur paraissent nécessaires et utiles.

La formation est une des composantes majeures d'un réseau. L'objectif est que chacun ait acquis le savoir et le savoir-faire nécessaires à la place et à la responsabilité qu'il est censé avoir dans le réseau¹⁷⁴.

Cela pose aussi le principe d'une formation pluridisciplinaire, voire pluri professionnelle plus enrichissante, car elle élargit l'horizon pour tous. Cette prise en charge de la formation par les acteurs eux-mêmes est un des éléments du succès de la démarche en réseau. La formation est un facteur essentiel car elle permet à la fois l'adaptation permanente à la demande existante et l'amélioration du service par le perfectionnement des professionnels. Cette émulation entraîne en

¹⁷⁰ FCRSS, (2005), *op. cit.*

¹⁷¹ VULLIET-TAVERNIER S., (1998), *op. cit.*, p. 50

¹⁷² *Idem*, p. 51

¹⁷³ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁷⁴ GRÉMY F., (1996), *op. cit.*, p. 29

général une amélioration des performances et de la qualité du service rendu. Mais attention, il est nécessaire d'introduire, à chaque fois que l'objet du réseau s'y prête, les usagers¹⁷⁵.

2.7. L'évaluation est une des clefs du succès du travail en réseau

La responsabilisation des différents protagonistes les pousse à mieux connaître ce qu'ils font et à vouloir agir sur leurs résultats. Ce travail de « *feed-back* » est source d'efficacité et de motivation en retour. Cela est la traduction concrète de la recherche de la qualité et de la démarche d'évaluation. Cet aspect d'auto-évaluation est souvent très critiqué, surtout par les financeurs de réseau, car interprétée fréquemment comme une démarche d'autosatisfaction.

Mais pourquoi les réseaux ont-ils besoin d'être évalués ? Parce que leur mise en place et leur développement repose sur l'hypothèse selon laquelle le renforcement de la coopération produit un renforcement de l'efficacité des activités sanitaires concernées. C'est cette hypothèse que l'évaluation a pour mission de vérifier ; cette vérification ayant pour objectif de convaincre les acteurs réticents ou hésitants.

Comme l'efficacité est le rapport entre les résultats obtenus (les avantages) et les ressources engagées pour les obtenir (les coûts), on en déduit que l'évaluation doit porter sur trois choses : la coopération, les coûts et les avantages.

Concernant la coopération, il s'agit de s'assurer qu'elle existe, d'en estimer le niveau et l'évolution probable dans le temps. Concernant les coûts, il s'agit de ceux relatifs au renforcement de la coopération et de la coordination, en distinguant différentes catégories, coût de création et coûts de fonctionnement, notamment. Concernant les avantages, il convient de les dégager en distinguant les acteurs qui en bénéficient, et en distinguant les délais (court terme et long terme) nécessaires pour qu'ils se réalisent¹⁷⁶.

En fait, des vraies évaluations externes, lourdes en procédures et en coûts, sont nécessaires au moins ponctuellement. Mais, seule une réelle auto-évaluation initiée par les acteurs eux-mêmes est susceptible d'entraîner des modifications de comportement. Ce sont ces modifications qui permettront un maintien, voire une amélioration de la qualité.

Si leur but est vraiment la qualité du service rendu, les décideurs et les financeurs devront se résoudre à comprendre que la plus grande richesse à préserver et à faire fructifier est celle des individus qui vont former le réseau. Ils en font d'ailleurs partie eux-mêmes au niveau décisionnel. Seule leur réelle implication pourra permettre des organisations stables. Enfin, pour donner toute sa valeur à cette évaluation, il faut accorder aux acteurs le droit à l'erreur mais surtout les moyens de l'identifier et de la corriger. Chaque membre d'un réseau se sent alors le « *gardien* » du réseau. Cette vigilance permanente non imposée est aussi une des garanties tant de l'efficacité que de la qualité de l'organisation¹⁷⁷.

L'organisation en réseaux ne se présente pas comme une solution exclusive du système actuel. Au contraire, elle pourrait être immergée dans celui-ci : les médecins et les malades auraient le choix de rester dans celui-ci ou d'essayer les formules nouvelles. Puis ils pourraient remettre en cause leur choix initial. De plus, il serait mauvais que, dans une région donnée, un seul réseau ait le monopole d'un type d'activité. La coexistence et la concurrence de plusieurs réseaux seraient tout à fait préférables¹⁷⁸.

Il est important de rappeler que la plupart des réseaux de soins qui sont en vigueur actuellement, voire des essais de réseaux, pèchent malheureusement sur l'une ou l'autre des dimensions fondamentales à leurs constitution (*i.e.* organisation, systèmes d'information et communication, formation, etc.).

¹⁷⁵ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁷⁶ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

¹⁷⁷ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁷⁸ GRÉMY F., (1996), *op. cit.*, p. 29

Une meilleure compréhension des réseaux peut faire une différence dans la recherche sur la santé, les services de santé et l'amélioration de la santé. Le terme « réseau » peut être utilisé pour décrire la structure des relations qui existent entre les personnes ou les organismes aussi bien que divers types d'associations entre des gens qui partagent les mêmes convictions. L'important, c'est de ne pas s'arrêter aux définitions, mais plutôt de comprendre les véritables aspects humains des réseaux¹⁷⁹.

Les réseaux offrent une plus grande liberté qui permet de dépasser les limites de la profession, de la spécialité et de l'organisme. Les réseaux qui favorisent l'échange de différents points de vue créent une culture où l'on recherche des idées « sous un autre angle », ce qui stimule la créativité. Dans tous les aspects des réseaux, le contexte est la clef du succès. Il n'existe pas une méthode unique pour créer un réseau ; il faut plutôt s'inspirer de plusieurs « *façons de faire* » et les mettre en application selon le contexte en prenant en considération les voix et les opinions de ceux qui forment le réseau¹⁸⁰.

3. Les conséquences par rapport au fonctionnement habituel

3.1. La rémunération

Ce nouveau mode d'organisation nécessite, une réflexion sur la rémunération des acteurs du système de santé, notamment en ce qui concerne les médecins. Cette rémunération doit correspondre pour tous les acteurs à leur niveau de qualification, de responsabilité et d'engagement en disponibilité et moyens. Si le bénévolat est parfois nécessaire et utile dans certains cas, il ne doit jamais être le prétexte à une absence ou une insuffisance de rémunération dans l'exercice de leurs fonctions et de leurs responsabilités.

En ce qui concerne plus particulièrement les médecins, une réflexion est nécessaire. En effet, selon l'objet du réseau, le paiement à l'acte n'est pas forcément le mode le plus adapté dans tous les cas de figure. Des modes de rémunérations différents pourraient être envisagés sans pour autant léser les professionnels concernés (par capitation, par forfait, par ex.).

Aucun de ces modes de rémunération n'est la panacée ; seul un panachage intelligent et centré sur les prestations demandées permettra de sortir de ce débat stérile¹⁸¹.

Quoi qu'il en soit, les fournisseurs de prestations n'accuseront aucune perte de revenu. La mise en réseau permettra de partager la responsabilité avec les acteurs du système, d'échanger des informations dans le cadre de l'assurance-qualité, et en définitive de pratiquer une médecine coordonnée, centrée sur le patient et de bonne qualité¹⁸². Les praticiens réunis au sein d'un réseau portent un risque financier moindre, réduisent leurs heures de présence au travail, allègent leurs tâches administratives et profitent d'un service d'urgence mieux organisé. Malgré ces nombreux points positifs, les fournisseurs de prestations ne se regrouperont que si les réseaux de soins ne sont sans cesse confrontés à de nouvelles directives administratives et s'ils ne se retrouvent pas perdants, en termes de revenu, par rapport à une activité individuelle.

3.2. Le financement

Le principe même du réseau de soins et la nécessaire implication de tous les partenaires concernés impose un pluri financier. Quel niveau de participation et pour qui ? La réponse n'est, bien sûr, pas univoque et dépend de nombreux facteurs, notamment l'objet du réseau, ses limites géographiques, etc. Dans tous les cas, la recherche doit partir du terrain, tous azimuts, et n'exclure aucune possibilité.

¹⁷⁹ FCRSS, (2006), *op. cit.*

¹⁸⁰ *Ibidem*

¹⁸¹ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁸² infosantésuisse, (2008), *Pourquoi l'argent des primes fuit-il ?*, no 4/08, p. 7

La même approche doit être faite que pour la constitution du réseau de soins : mise à plat des objectifs, des intérêts et des missions de chacun des financeurs potentiels, transparence du fonctionnement et de la gestion. Un défaut habituel des financeurs sera à éradiquer autant que faire se peut : demander les résultats avant même le commencement... Charge aux financeurs de faire un pari sur l'avenir et de participer de part leurs propres compétences à la réussite du réseau. L'apport d'argent est une chose, la volonté d'aboutir et de « mouiller sa chemise » dans la réussite du réseau en est une autre.

Ces conditions idéales ne sont malheureusement pas toujours réunies ensemble, mais une des qualités du réseau est de déclencher une dynamique qui tend vers cela¹⁸³.

3.3. Le devenir en réseau

Les acteurs doivent pouvoir garder leur liberté d'agir mais aussi de partir. Un réseau de soins ne peut et ne doit pas être figé sous peine de mort immédiate. Il doit pouvoir à tout moment s'adapter aux conditions réelles de l'environnement. Le réseau ne doit absolument pas avoir une structure fonctionnant pour elle-même : si le réseau n'a plus d'objet et de raison d'être, il doit disparaître de lui-même.

Le réseau pose le problème du ou plutôt des pouvoirs. Il ne faut pas exercer « son pouvoir sur » mais échanger « son pouvoir de ». L'on peut aussi citer la célèbre formule « l'indépendance dans l'interdépendance ». C'est un des secrets des réseaux. Mais ce n'est pas la condition la plus facile à obtenir compte-tenu des façons de fonctionner et de travailler les plus répandues dans le monde de la santé. Participer à un réseau c'est accepter d'être en recherche et en alerte permanente. Chaque élément du réseau doit avoir une fonction d'éveil.

La coopération-coordination implique l'obligation pour chaque activité participant à la prise en charge, de tenir compte des autres activités. Ces interdépendances ont pour effet direct d'accentuer les contraintes qui pèsent sur les activités en question. Très concrètement, chaque intervenant doit tenir compte dans ses propres décisions et actions, des décisions et actions des autres, même s'il en résulte immédiatement, un appauvrissement de la gamme des solutions auxquelles il peut avoir recours¹⁸⁴.

En d'autres termes, la coopération qui est la raison d'être des réseaux de soins, réduit l'autonomie des acteurs ce qui constitue pour eux un inconvénient majeur, tous les individus cherchant avant tout à disposer d'une maîtrise aussi grande que possible de leur activité professionnelle. L'autonomie, dans la mesure où elle signifie un plus grand nombre de solutions accessibles, permet en effet à l'acteur de sélectionner celles qui sont les plus conformes à ses préférences¹⁸⁵.

Un des éléments essentiels du travail en réseau est le respect de l'autre, la transparence du fonctionnement et une vision commune du présent et du futur. Sinon, les « vieux démons » reprennent vite le dessus. Rien n'est jamais acquis définitivement. Cette « insécurité relative » est source de qualité et d'efficacité¹⁸⁶.

4. Un partenariat gagnant

Il ne faut absolument pas céder à la mode ! Travailler en réseau est une exigence forte pour tous les participants quel que soit le niveau de déclinaison. Le temps pris pour l'élaboration, sans sauter d'étapes, n'est pas du temps perdu, mais au contraire, l'assurance d'un fonctionnement satisfaisant et permanent. Aucune des conditions énumérées ci-dessus n'est suffisante mais elles sont toutes nécessaires.

¹⁸³ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁸⁴ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

¹⁸⁵ *Ibidem*

¹⁸⁶ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

Cette organisation en maillage des complémentarités implique des modifications profondes des pratiques et surtout une définition de règles claires pour chacun. L'enjeu majeur est la performance du système de santé. C'est aussi une organisation plus exigeante, car si elle génère efficacité et cohérence, elle entraîne aussi responsabilisation et valorisation. N'oublions pas que la force d'une chaîne est celle de son maillon le plus faible. La force et la fragilité des réseaux de soins sont là tous les acteurs du système de santé ont une égale importance pour la réussite de l'ensemble.

Seule une réelle auto-évaluation initiée par les acteurs eux-mêmes est susceptible d'entraîner des modifications de comportement¹⁸⁷.

Ce qui semble aujourd'hui préoccuper les financeurs consiste à établir des critères de qualité et à noter les prestataires de soins sur une échelle de valeurs. Ensuite, les patients sont incités à se diriger vers les plus performants par des rabais sur leurs participations aux frais de l'assurance-maladie. On a également tenté d'établir des listes de problèmes – la gestion du stress, le contact avec le patient, l'adhésion de ces derniers au traitement, par exemple – et d'inciter les prestataires de soins à comparer entre eux leurs performances sur ces différents points. Les résultats sont inégaux. L'expérience montre qu'une intrusion trop forte dans la pratique médecin-patient est encore mal vécue et peu productive. La promotion de la qualité est plus efficace¹⁸⁸.

Le défi majeur d'un réseau est de mettre en place les hommes et les procédures qui permettront un management pérenne. Une des conditions de cette pérennité est bien sûr la pérennité des financements. C'est plus encore sans doute la mise en place d'un management qui comprenne et respecte les motivations, les systèmes de valeur et les objectifs de chacun des participants au réseau. Ce management ne doit pas forcément être assumé par le financeur, ni même directement par le promoteur du réseau ou par les médecins qui y participent. Un réseau qui ambitionne de faire travailler autrement les professionnels entre eux a besoin d'élaborer ses règles de fonctionnement par un travail commun qui seul peut fonder un vrai changement durable. Il doit aussi en assurer une évaluation régulière authentique de ses résultats et de ses objectifs. La formalisation n'est pas la lourdeur et la rigidité, elle peut être garante de clarté et de démocratie¹⁸⁹.

¹⁸⁷ SOULIE A.M., (1995), *op. cit.*

¹⁸⁸ ARSEVER S., *Managed Care* : « La promotion de la qualité est plus efficace que les contrôles », Le Temps, 19 mai 2006

¹⁸⁹ HONNORAT C., (2002), *op. cit.*

CHAPITRE VI UNE THÉORIE EN ATTENTE DE PRATIQUE ?

Tout au long de ce document, nous avons eu la possibilité de nous familiariser avec la notion de « *réseau de soins* » ; il s'agit maintenant de vérifier si les conditions théoriques préalables à la mise en place d'un réseau ce sont bel et bien réalisées lors des travaux qui ont amené à la souscription d'un nouvel accord de collaboration dès le 1^{er} janvier 2009 entre les différents fournisseurs de prestations concernés. Dans la partie introductive, nous avons émis deux hypothèses qui demandaient à être confirmée ou rejetée. En effet, nous souhaitions vérifier si la création d'un réseau de soins pouvait générer de substantielles économies, à terme, et si le réseau constituait une possible solution qui nous était offerte pour maîtriser la spirale des coûts du système sanitaire.

Mais avant de confirmer ou infirmer ces hypothèses, il est opportun de formuler quelques remarques au sujet des objectifs préalables nécessaires à la constitution d'un réseau de soins. On pourrait penser que, compte tenu du fait que le réseau a démarré son activité, tous les objectifs ont été atteints par tous les partenaires contractuels. Nous l'espérons, mais nous sommes aussi conscients que le changement qui s'est opéré n'a pas été acquis et accepté de la même manière par tous les acteurs. Le travail de vulgarisation doit continuer et les résultats issus de la mise en place du réseau ne devront pas tarder, afin de convaincre les plus sceptiques du bien fondé de la démarche.

1. Le décloisonnement des acteurs

Le premier objectif à atteindre, le décloisonnement des acteurs du système de santé, est à notre avis les plus importants et un des plus difficiles. Il s'agit en effet de disposer le patients au cœur du système et agencer toute une série de mécanismes de coopération et de coordination entre les différents intervenants nécessaires afin d'assurer une trajectoire de soins optimale.

La réflexion a pris un certain temps et les deux cliniques notamment n'étaient pas très inclinées à une discussion commune. Elles ne souhaitaient pas non plus formaliser une collaboration qui avait déjà lieu, par peur de perdre une certaine autonomie dans l'organisation des soins. Les objections émises ont toutes été écartées, car infondées et signe d'un refus presque catégorique d'une remise en question nécessaire. La peur de la perte d'autonomie occupait la plupart des discussions et offusquait à tort les effets bénéfiques que l'on pouvait attendre.

Lorsque l'on commence à connaître l'autre partenaire, l'on se rend compte aussi qu'il y a d'autres manières d'organiser et de procéder à l'intérieur d'une institution. Les doutes commencent à s'installer et parfois il est plus simple de ne pas se poser de questions que d'engager une réflexion multi- et pluridisciplinaire. La connaissance de l'autre est indispensable pour favoriser la collaboration et la coopération dans une démarche « *réseau de soins* ». Pour travailler sur des projets concrets, développer la confiance nécessaire, il est obligatoire de connaître et reconnaître l'autre acteur du système. La prise en charge optimale des patients ne pourra intervenir qu'en favorisant cette connaissance des partenaires.

2. Le patient au cœur du système

Une fois que les fournisseurs de soins comprennent qu'ils ont affaire au même patient et que le patient doit être au cœur du système pour que le réseau puisse fonctionner correctement, les discussions prennent toute de suite une autre envergure.

Inévitablement, chaque clinique veut soigner au mieux son patient – il serait exagéré de dire qu'on souhaite le revoir et qu'il ne soit pas tenté par la « *concurrence* » - et met tout en ouvre pour que le souvenir reste indélébile. Une bonne image, fait aussi une bonne réputation et un bon taux d'occupation des institutions. Bien évidemment, la qualité des soins a aussi son rôle dans le choix de

l'établissement hospitalier, mais il est très important que la qualité soit irréprochable aux yeux du patient.

Cette remarque est justifiée lorsque l'on compare deux établissements semblables, deux cliniques qui offrent la même palette de prestations, moins lorsque les mandats de prestations attribués sont différents.

Les cliniques en question ont vite compris qu'elles ne devaient pas se mener une concurrence effrénée, mais qu'elles devraient assurer une certaine continuité dans la fourniture des soins. Une fois acquis, le patient est vraiment au cœur du système.

3. Une meilleure efficacité

Les fournisseurs de soins croyaient être efficaces. Ils l'étaient peut-être avec l'organisation en place dans les deux cliniques respectives. Néanmoins, ils ont vite compris qu'il était possible, en commun, d'améliorer encore leur efficacité. Les comparaisons des coûts, des durées moyennes de séjours avec les autres cliniques de la région et des possibilités d'évolution grâce à la collaboration commune mise en place ont accentué l'enthousiasme frileux du début.

4. La maîtrise des coûts

Cet objectif découle en grande partie du précédent. En améliorant l'efficacité du système, on arrive à maîtriser les coûts, tout en garantissant une qualité des prestations offertes.

Come nous avons convenu d'établir un forfait global comprenant l'offre hospitalière et ambulatoire pour la prise en charge des prothèses totales ou partielles de hanche, il n'a pas été aisé de calculer les montants desdits forfaits. Nous avons dû analyser chaque facture émise par les deux cliniques, faire des projections sur la base de l'activité des années précédentes et déterminer des coûts futurs avec un renchérissement calculé en fonction de l'évolution des prix à la consommation.

Même si les résultats que nous avons obtenus ne sont que des hypothèses, il est gratifiant de constater que nous allons vers une stabilisation, voire une légère baisse des coûts globaux. Les projections ayant été faite à court terme, il est fort probable qu'à long terme, les résultats affichés soient meilleurs, compte tenu de l'évolution des techniques opératoires, du matériel, de l'expérience, bref de la meilleure efficacité du réseau.

5. Une nouvelle collaboration et coopération

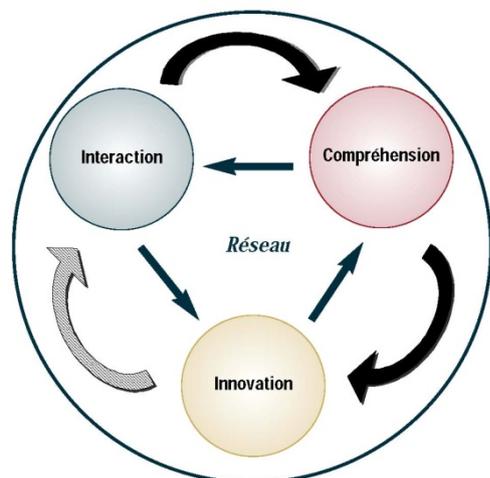
Il a été très difficile au début du processus de mettre ensemble les deux partenaires pour les raisons expliquées plus haut. Néanmoins, les premières craintes dissipées, de nouvelles synergies se sont vite créées et l'esprit de collaboration a régné par la suite tout au long de l'évaluation, l'établissement et la mise en œuvre du réseau. Cette nouvelle collaboration a permis aussi à certains collaborateurs de pouvoir s'exprimer et mettre en avant des idées d'ordre organisationnel que les directions respectives avaient « oubliées » ou auxquelles ne voulaient pas donner suite, pour différentes raisons économiques, logistiques ou matérielles.

6. Un accroissement des compétences et une valorisation des professionnels

Les échanges fructueux que les collaborateurs des deux cliniques ont pu avoir, ont permis à l'ensemble des deux institutions d'augmenter les connaissances et les compétences en la matière, ainsi que de valoriser les professionnels engagés par les institutions.

Les partenaires, eux-mêmes, continuent la réflexion sur la manière d'apporter nouvellement des améliorations au parcours clinique choisi et réfléchissent déjà à la manière de pouvoir constituer d'autres parcours cliniques à l'intérieur du réseau de soins (Figure 11). Une valorisation des personnes et du travail qu'elles fournissent constitue une reconnaissance non négligeable à laquelle on ne songe pas aussi souvent que l'on devrait.

Figure 11 : Réseaux de soins à l'appui des interactions, de la compréhension et de l'innovation



Ce diagramme illustre bien les liens entre la compréhension, l'interaction et l'innovation dans un réseau. La plupart du temps, les innovations sont le fruit d'interactions qui à la longue (ou peut-être juste au bon moment) donnent une compréhension qui mène à quelque chose de nouveau. C'est ce que représentent les flèches noires. D'autres chemins sont aussi possibles : quelquefois, une innovation mène à une interaction, ce qui permet à l'un des participants de mieux comprendre quelque chose, ou un éclair de compréhension peut entraîner une interaction qui entraîne une innovation. En fait, ces trois éléments semblent interagir de bien des façons dans un réseau : le cycle a de nombreux points de départ et peut aller dans plusieurs sens¹⁹⁰.

Source : Canadian Health Services Research Foundation

En conclusion, nous pouvons affirmer, même si les objectifs économiques n'ont pas encore été évalués, que les conditions préalables à la conclusion d'un réseau de soins ont été remplies avec beaucoup de succès. Cela, nous permet aussi de confirmer les hypothèses que nous avons formulé, à savoir que les réseaux de soins permettent – à terme – de générer de « substantielles » économies et qu'il s'agit là d'une solution pour la maîtrise des coûts de la santé.

Or, cette dernière confirmation doit être nuancée dans la mesure où nous avons constitué un petit réseau de soins, nous avons mis en place une petite gestion rationnelle dans un domaine bien délimité. Nous avons pour l'essentiel optimisé la prise en charge du patient en évitant des ruptures de traitement dans la trajectoire de soins, tout en coordonnant et en partageant les compétences des deux acteurs du système de santé¹⁹¹. Cela prouve que les réseaux de soins sont une démarche certes importantes au niveau des efforts que les partenaires doivent fournir tout au long du processus de constitution du réseau et de maintien par la suite, mais enrichissante au niveau des échanges de compétences et payante au niveau des effets économiques que l'on peut escompter.

¹⁹⁰ http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/network_poster_f.pdf, consultation du 08.08.2008

¹⁹¹ ARSEVER S., Le « Managed Care » fait encore peur, Le Temps, 4 juin 2008

CONCLUSIONS

Tout au long de ce travail de mémoire, nous avons essayé de mieux appréhender le fonctionnement d'une nouvelle forme organisationnelle, à savoir les réseaux de soins, comme étant une des réponses possibles à la hausse constante des coûts du système de santé et aux nouveaux défis qui se présentent à l'horizon. Si l'article constitutionnel sur la santé soumis au vote populaire avait été accepté par le peuple, il aurait offert la possibilité de mettre fin à cette fragmentation nuisible du système de santé et de voir naître des réseaux de soins qui assurent une prise en charge globale de tous les problèmes de santé de ses adhérents¹⁹².

Le texte de l'initiative aurait permis de mettre en place des mécanismes de régulation qui auraient laissé une liberté aux acteurs du système de santé pour constituer des véritables réseaux de soins capables de prendre en charge globalement les assurés et de fournir des prestations de haute qualité. Les assureurs-maladie auraient pu constituer des réseaux de soins incluant tous les partenaires qui auraient accepté de se conformer aux normes de qualité et aux protocoles d'évaluation. Un tel réseau aurait permis de mettre le patient au cœur du système et aux prestataires de soins de défendre une logique médicale, et non pas seulement l'intérêt financier du réseau. Si l'article constitutionnel sur la santé avait été accepté par le peuple, il aurait ouvert la possibilité d'apporter des changements positifs au système de santé¹⁹³. Malheureusement, le peuple en a voulu autrement, mais ceci ne nous a pas empêché de continuer notre réflexion et mener à terme ce qui nous avons commencé.

Dans la partie introductive, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la mise en place d'une nouvelle forme organisationnelle pour le traitement des pathologies affectant la fonction articulaire étaient susceptible de générer de substantielles économies à terme et que nous devons par conséquent continuer notre travail de vulgarisation.

En l'état actuel des travaux entrepris avec les deux cliniques de la Riviera vaudoise, il est trop tôt pour affirmer que le réseau de soins qui a été mis en place répond tout ou en partie aux préoccupations mentionnées ci-dessus. Le contrat souscrit avec les deux fournisseurs de prestations n'est qu'un premier pas vers le long chemin qui amène à l'aboutissement d'un réseau de soins à proprement parler. Le facteur temps n'a pas joué en notre faveur et – peut-être – le défi que nous nous sommes lancé au début de nos travaux était vraiment irréalisable.

Bien que nous ne soyons pas en mesure de confirmer ou rejeter toutes les hypothèses formulées tout au début de ce travail, notamment en ce qui concerne l'aspect financier du réseau, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que les deux fournisseurs de prestations ont entamé une profonde réflexion sur leurs modèles organisationnels respectifs. Et ceci n'est pas à sous-évaluer. Un changement de culture prend beaucoup de temps à s'imposer, mais tôt ou tard ce changement doit pouvoir faire l'objet d'une réflexion approfondie. Les acteurs concernés ont bien voulu, malgré les énormes scepticismes du début, entreprendre les efforts demandés. Ceci, en l'état actuel des choses, est à considérer gratifiant et nous permettra d'avancer plus confiants vers l'avenir. Le sentiment qui prévalait au début, à savoir que les acteurs du système de santé préfèrent se cantonner derrière leurs acquis, se faire une concurrence féroce plutôt que de discuter ensemble, car discuter est intéressant, mais pas du tout payant, s'amenuise de jour en jour. Ils ont finalement compris qu'en associant, qu'en créant des alliances stratégiques et qu'en apprenant à se connaître, ils peuvent en tirer tous des bénéfices à moyen, long terme.

L'expérience que nous avons voulu entreprendre nous a permis de mettre en pratique les enseignements prodigués au sein de l'Université. La théorie a vite dû laisser la place à la pratique et à la recherche de solutions – trop souvent – pragmatiques, pour pallier au manque de temps et à la nécessité de livrer le plus tôt possible des résultats mesurables à très court terme.

¹⁹² Obligation pour les assureurs-maladie de collaborer avec tous les fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire.

¹⁹³ HOLLY A., *L'article sur la santé, un moyen d'avoir en fin des réseaux de soins efficaces*, Le Temps, 23 mai 2008

En guise de conclusion, il nous reste un seul regret face à ce travail de mémoire, celui de n'avoir pas pu mesurer l'impact économique de la mise en place de ce réseau de soins, malgré les quelques évaluations hypothétiques réalisées. Il est encore trop tôt. Mais nous sommes satisfaits, car les parties contractantes ont déjà exprimé le souhait de pouvoir élargir la démarche à d'autres pathologies relevant de la neurologie. Signe que les efforts entrepris commencent à amener leurs fruits. C'est un espoir de bon augure, compte tenu du fait que nous avons pris l'engagement de créer un réseau de soins avec les partenaires du début.

Lors des recherches que nous avons eu l'occasion d'entreprendre, afin de nous documenter au sujet des réseaux de soins, filières de soins, parcours cliniques, etc., nous avons toujours pu remarquer que dans les systèmes de santé nationaux analysés, soit en France, en Grande Bretagne, en Suisse ou encore aux États-Unis, la place dédiée à l'assureur-maladie (comme financeur des prestataires de soins) a toujours été mise à l'écart. La démarche réseaux de soins devrait être incitée par les fournisseurs de soins et non pas les assureurs-maladie. Quand bien même les assureurs-maladie souhaitent développer ces offres, la plupart estiment que ce n'est pas à eux de susciter et de gérer des réseaux, s'agissant principalement d'un travail des fournisseurs de soins où le risque de mélanger les intérêts est trop grand¹⁹⁴. Nous sommes bien conscients qu'en tant qu'assureurs nous ne sommes pas appelés à soigner des malades, mais nous nous devons d'instaurer des nouveaux partenariats.

A fortiori, l'on rétorque que le travail en réseaux cause du travail supplémentaire aux fournisseurs de soins, notamment en ce qui concerne le travail administratif. Laissons donc le travail administratif aux administrateurs, c'est-à-dire aux assureurs-maladie, et le travail de soigner les malades aux prestataires de soins. Une meilleure coopération et coordination, qui ne doit pas seulement rester sur le papier, fera gagner en efficacité tous les acteurs dans tous les secteurs du système de santé.

Les discussions que nous avons pu entretenir depuis quelques mois, nous laissent penser que la démarche « *réseau de soins* » sert principalement à introduire un débat plus profond au sujet de l'efficacité, de l'efficience et de l'effectivité des soins prodigués au sein des acteurs du système de santé. L'expérience a démontré que les réseaux de soins peinent encore trop à s'installer du fait d'une mentalité limitée à la pure consommation de soins. Il va sans dire que les politiques sociales mises en place dans une société postmoderne où le consumérisme est de rigueur même en période de récession n'est pas salutaire à l'économie de libre marché.

Le domaine a manifestement du potentiel. Mais pour que ce potentiel puisse se développer pleinement, deux hypothèses doivent encore être levées. Les luttes de territoire, d'abord, freinent trop souvent la collaboration ou suscitent des crispations face aux projets novateurs. Les conditions actuelles de la concurrence entre assureurs-maladie, ensuite, ne poussent pas ces dernières à offrir la meilleure prise en charge possible aux malades chroniques. La chasse aux bons risques, qui fait rage, pousse plutôt à tout faire pour les orienter vers la concurrence. Tous les assureurs-maladie ne jouent pas le jeu. Mais ils ne sont pas encouragés, c'est le moins qu'on puisse dire, à améliorer les services qu'ils offrent¹⁹⁵.

Les rabais à eux seuls ne suffisent pas. L'homme a besoin de transparence et d'encouragements pour modifier son comportement. Cet état de fait se vérifie dans tous les domaines : au supermarché, les promotions en tête de gondoles, attirent ostensiblement le regard pour pousser à la consommation ; en voiture, le système des amendes nous exhorte à adapter notre conduite aux règles de la sécurité routière. Ce principe, joue aussi dans la sphère de la santé. Afin de promouvoir les réseaux de soins comme un système de fourniture de prestations économique et de haute qualité, il faut non seulement mettre l'accent sur ses avantages, les rendre transparents pour tout un chacun, mais aussi mettre en place un certain nombre d'incitations¹⁹⁶.

Il est indéniable que les systèmes traditionnels de prise en charge du patient – médecin de

¹⁹⁴ ARSEVER S., Pierre Boillat : « On ne reformera pas la santé en dressant les acteurs les uns contre les autres », Le Temps, 9 juin 2008

¹⁹⁵ ARSEVER S., *Les malades chroniques coûtent cher, soignons-les mieux ! [sic]*, Le Temps, 13 juillet 2006

¹⁹⁶ infosantésuisse, (2008), *Pourquoi l'argent des primes fuit-il ?*, no 4/08, p6

premier recours, spécialiste, hôpital et clinique de réadaptation – ont atteints leurs limites. En tant que fournisseurs de soins individuels, ils ne sont plus armés pour répondre aux prétentions et aux besoins des patients¹⁹⁷. Seul un réseau de soins est à même de garantir le transfert intersectoriel indispensable du savoir et de la technologie, d'augmenter la qualité des prestations et des traitements, de promouvoir la transparence et, en même temps, de tenir compte des besoins individuels des patients¹⁹⁸.

La promotion des réseaux de soins, dans laquelle tout le monde désigne, sans doute à juste titre, la voie de l'avenir, peut offrir l'occasion d'un compromis constructif. Il ne faut toutefois pas se leurrer : dans ce domaine comme dans les autres existent des conceptions plus dirigistes ou plus économiques et surtout des intérêts opposés. Le débat sera donc rude. Mais il présente l'avantage de s'annoncer concret, ce qui devrait limiter l'impact des *a priori* idéologiques¹⁹⁹.

En conclusion, on doit rappeler que le problème principal auquel le système de soins est confronté est celui de son efficacité, et que dans cette optique, les réseaux constituent bien une solution pertinente, comme le confirme de nombreuses évaluations. La prise en charge coordonnée peut effectivement améliorer la qualité de la prise en charge et réduire les coûts correspondants.

Pour que cette solution puisse s'imposer, il faudrait que des expérimentations réussies, d'une certaine ampleur, puissent démontrer de manière définitive, que la coopération est à la fois possible et hautement souhaitable, que sur la base de cette nouvelle organisation, une nouvelle régulation pourrait voir le jour, proposant des nomenclatures d'activités, des modalités de financement et de rémunération incitatives, et mieux adaptée à l'objectif d'efficacité.

Les pages qui précèdent avaient pour ambition d'aider à dégager les conditions susceptibles de favoriser la réussite de ces dispositifs pilotes, et de contribuer ainsi au développement d'une prise en charge plus continue, plus cohérente et plus globale ; c'est à dire aussi d'une pratique marquée par la justesse, l'efficacité et la sobriété ; ce que certains appellent déjà une médecine élégante²⁰⁰.

La mise en place d'un réseau de soins met en jeu la plupart des éléments essentiels qui régissent le système de santé et permet d'aborder de nombreux problèmes éthiques. Le réseau est une tentative pour remettre le système de soins au service du patient, règle éthique entre toutes. Il est cependant difficile à mettre en place, puisqu'il implique une remise en question globale de toutes les modalités de fonctionnement²⁰¹.

Ainsi, compte tenu des observations développées tout au long de ce travail de mémoire, il nous est permis d'affirmer que les réseaux de soins restent encore en grande partie une théorie en attente de pratique !

¹⁹⁷ infosantésuisse, (2008), *Que nous réserve le futur ?*, no 6/08, p. 20

¹⁹⁸ SCHENKER M., (2008) *op. cit.*, p. 20

¹⁹⁹ ARSEVER S., *Une impasse qui ressemble à une chance*, Le Temps, 2 juin 2008

²⁰⁰ HUARD P., (2005), *Coopération et réseaux de soins*, cours MASHEM

²⁰¹ KOVÉSS V., GRÉMY F., (2002), *op. cit.*

INDEX

<i>ad</i>	à propos de, au sujet de
<i>ad hoc</i>	qu'il faut
<i>a fortiori</i>	à plus forte raison
<i>a priori</i>	en partant de ce qui est avant
art.	article(s)
<i>cf.</i>	<i>conferre</i> (comparer)
ch.	chiffre
Chap.	Chapitre
<i>contra</i>	d'un autre avis
CSS	CSS Assurance (Groupe CSS), Lucerne
<i>de facto</i>	de fait
etc.	<i>et cetera</i>
env.	environ
<i>excursus</i>	aperçu, digression
<i>ex nihilo</i>	en partant de rien
év.	éventuellement
<i>ibidem</i>	de même (renvoi qui précède immédiatement)
<i>idem</i>	de même (auteur)
<i>id est (i.e.)</i>	à savoir, c'est-à-dire
in	dans
<i>iter</i>	parcours
<i>infra</i>	ci-dessous
<i>litt.</i>	<i>littera</i> (lettre)
<i>nec plus ultra</i>	ce qu'il y a de mieux
n.d.r.	note du rédacteur
no.	numéro
<i>op. cit.</i>	<i>opus citatum</i> (ouvrage cité)
p., pp.	page, pages
rés.	résumé
<i>sic</i>	ainsi
<i>sine die</i>	à une date indéterminable
ss.	et suivant(e)s
<i>supra</i>	ci-dessus
<i>vice versa</i>	réciroquement, inversement
vol.	volume
<i>vs.</i>	<i>versus</i> (contre ou « <i>en face de</i> »)

APOSTILLE

Le présent travail de mémoire devait traiter de la création d'un réseau de soins *ex nihilo*, en démarrant par la mise en place d'un parcours clinique pour les interventions relatives aux prothèses de hanche, entre une clinique de soins somatiques aigus de la région lausannoise et une clinique de réadaptation de la Côte vaudoise. Divers pourparlers avaient eu lieu même avant le début, voire le choix du sujet du mémoire, entre ces deux partenaires contractuels. Le début se présentait propice aux discussions et aux futures négociations, mais c'était sans compter les soudains nombreux changements structurels intervenus au sein de la direction du Groupe CSS courant 2008 affectant le département de la « *Gestion des fournisseurs de prestations* »²⁰². Les nouvelles directives reçues se contredisaient partiellement avec les premiers accords stipulés entre partenaires et le choix même des partenaires était au centre du débat.

Devant trouver des solutions innovantes issues du « *Key Account Management* » dans un cas d'espèce, l'occasion s'est présentée de relier deux cliniques de la Riviera qui entretenaient déjà des relations de collaboration sur différents niveaux. Les discussions ont été provisoirement déplacée pour régler une situation particulière qui, finalement, nous a également permis de mettre en pratique les recommandations tirées de ce travail de mémoire. Néanmoins, l'engagement ayant été pris, la création d'un réseau de soins avec les partenaires du début reprendra dès que possible.

Enfin, ce travail n'est pas entièrement abouti dans le sens où nous n'avons pas obtenu l'autorisation nécessaire afin de publier des chiffres et des informations relatifs aux cliniques concernées par la mise en place du réseau de soins et l'employeur qui m'occupe encore actuellement, notamment quant à son portefeuille d'assurés. Se retranchant derrière la loi sur la protection des données²⁰³ et le secret d'entreprise, certaines données que ne nous n'avons pas réussi à obtenir nous auraient permis – peut-être – de corroborer plus facilement les hypothèses émises dans la partie introductive.

²⁰² Département du Groupe CSS qui s'occupe, entre autres, d'acheter les prestations de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) et des assurances complémentaires (LCA) pour le domaine hospitalier (hôpitaux, cliniques de réadaptation, établissements médico-sociaux, etc.). Les négociations tarifaires dans le cadre de l'assurance complémentaire et la collaboration, ainsi que la mise en place de solutions innovantes dans le domaine du « *Key Account Management* », complètent le tableau des principales fonctions du département.

²⁰³ Loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992 (RS 235.1)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES DE PRESSE

- ARSEVER S., (2008) : *Pierre Boillat : « On ne réformera pas la santé en dressant les acteurs les uns contre les autres »*, Genève, Le Temps, 9 juin 2008
- ARSEVER S., (2008) : *Mettre la santé en réseaux ?*, Genève, Le Temps, 4 juin 2008
- ARSEVER S., (2008) : *Une bonne solution peu encouragée*, Genève, Le Temps, 4 juin 2008
- ARSEVER S., (2008) : *Le « Managed Care » fait encore peur*, Genève, Le Temps, 4 juin 2008
- ARSEVER S., (2008) : *Une impasse qui ressemble à une chance*, Genève, Le Temps, 2 juin 2008
- ARSEVER S., (2007) : *Les assurés veulent des contrats bon marché mais boudent les réseaux de soins*, Genève, Le Temps, 28 novembre 2007
- ARSEVER S., (2007) : *Trois modèles et d'innombrables variations*, Genève, Le Temps, 28 novembre 2007
- ARSEVER S., (2007) : *Réseaux, chasse aux bons risques, CSS à l'assaut*, Genève, Le Temps, 13 mars 2007
- ARSEVER S., MODOUX F., (2007) : *Santé : comment font donc les autres ?*, Genève, Le Temps, 2 mars 2007
- ARSEVER S., (2007) : *Vivent les réseaux de soins ! [sic]*, Genève, Le Temps, 12 février 2007
- ARSEVER S., (2006) : *Oui frileux aux réseaux*, Genève, Le Temps, 6 décembre 2006
- ARSEVER S., (2006) : *Réseaux de soins : la liberté favorisée*, Genève, Le Temps, 6 décembre 2006
- ARSEVER S., (2006) : *Les États sont appelés à donner une vraie chance aux réseaux de soins*, Genève, Le Temps, 5 décembre 2006
- ARSEVER S., (2006) : *Réseaux de soins, le projet des États prend forme*, Genève, Le Temps, 19 octobre 2006
- ARSEVER S., (2006) : *En matière de santé, la Suisse navigue trop souvent à vue*, Genève, Le Temps, 19 octobre 2006
- ARSEVER S., (2006) : *L'AMal : l'initiative aux médecins*, Genève, Le Temps, 2 septembre 2006
- ARSEVER S., (2006) : *Comment réduire les coûts de la santé. Les maladies chroniques coûtent cher, soignons-les mieux ! [sic]*, Genève, Le Temps, 13 juillet 2006
- ARSEVER S., (2006) : *Managed Care : « La promotion de la qualité est plus efficace que les contrôles »*, Genève, Le Temps, 19 mai 2006
- ARSEVER S., (2006) : *Managed Care, HMO, réseau de santé & Co*, Genève, Le Temps, 19 mai 2006
- DE GRAFFENRIED V., (2003) : *Les premières pierres d'un réseau de soins sont posées*, Genève, Le Temps, 14 juin 2003
- DOMENIGHETTI G., (2005) : *Coûts de la santé. L'avis de l'expert. Pourquoi le système de santé suisse court à sa perte*, Genève, Le Temps, 21 avril 2005
- HOLLY A., (2008) : *L'avis des experts. L'article sur la santé, un moyen d'avoir enfin des réseaux de soins efficaces*, Genève, Le Temps, 23 mai 2008
- HURNI M., (2008) : *Médecine en réseaux : la panacée ?*, Genève, Le Temps, 17 juin 2008
- PETERS O., (2007) : *Le fiasco de la concurrence est patent au domaine de la santé*, Genève, Le Temps, 6 mars 2007

VILLARD G., BOUDRY J.-F., (2008) : *Un meilleur contrôle des dépenses par les réseaux de soins*, Genève, Le Temps, 8 avril 2008

ÉTUDES

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), (2004) : *Réseaux de santé – Guide d'évaluation*, Saint-Denis La Plaine CEDEX

BAEUCHLE M., (2000) : *Les acteurs sanitaires face au défi de la coopération*, mémoire dans le cadre du Master in Health Economics and Management, Lausanne, Université de Lausanne (Unil), semestre d'été 2000

BLANC V., (2001) : *Dispositifs de coordination sanitaire : conditions de fonctionnement et facteurs d'évolution*, mémoire dans le cadre du Master in Health Economics and Management, Lausanne, Université de Lausanne (Unil), semestre d'été 2001

ÇAÇI M., (2000) : *Réseau-Centre : une nouvelle stratégie de mise en réseau, par le développement des filières*, mémoire dans le cadre du Master in Health Economics and Management, Lausanne, Université de Lausanne (Unil), semestre d'été 2000

CERBONI S., DOMENIGHETTI G., (2008) : *Variabilité chirurgicale en Suisse. Différences inter-cantoniales observées pour trois interventions*, Neuchâtel, Observatoire de la santé (Obsan), Documents de travail no 23

FILIPPINI M., FARSI M., (2005) : *Analyse der Effizienz und Produktivität in den Schweizer Spitälern*, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS), Actualités OFS

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2006) : *Au-delà des frontières, production de connaissances : Les bienfaits d'une bonne discussion. Rapport final, Première et deuxième conférence sur le leadership au sein des réseaux*, in Internet: « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/Bridging_boundaries_creating_knowledge_final_f.pdf 08.08.2008 »

DERHAM M., (2006) : *Étude de cas et rapport d'évaluation de la filière de soins coordonnée DiabAide*, mémoire dans le cadre du Master in Health Economics and Management, Lausanne, Université de Lausanne (Unil), semestre d'hiver 2006

DUGUET A.-M., (2002) : *Réseaux de soins, de santé et de recherche médicale. Aspects légaux et responsabilités. Bilan de compétences*, in : « Séminaire d'actualité de droit médical », Bordeaux, Édition Les Études Hospitalières

Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), (2006) : *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Paris, Éditions OCDE

Organisation mondiale de la Santé (OMS), (2000) : *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS

SLEMBECK T., (2006) : *Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen*, St-Gallen, Universität St. Gallen, (HSG)/Zürcher Hochschule Winterthur (ZHAW), Studie Nr. 1/2006 im Auftrag von santésuisse

OUVRAGES

ARCAND M., (2007) : *La Gestion du changement. Vingt et une questions pour mieux appréhender et gérer les transformations organisationnelles*, Montréal, Éditions Nouvelles AMS

BOUAYAD A., (2007) : *Les Alliances stratégiques. Maîtriser les facteurs clés du succès*, Paris, Dunod, 2^{ème} édition

BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G., (2005) : *Il sistema informativo automatizzato nelle aziende sanitarie*,

Milano, McGraw-Hill

BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G., (2005) : *e-h@lth. Percorsi di implementazione dei sistemi informativi*, Milano, McGraw-Hill

CASATI G., VICHI M.C., (2002) : *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Milano, McGraw-Hill

CASTEL P., CARRÈRE M.-O., (2007) : *Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation en cancérologie*, Montrouge, Paris, John Libbey Eurotext

CUCCURULLO C., (2003) : *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, McGraw-Hill

DAIGNE M., BONNIN M., FARSI F., GRÉMY F., (2004) : *Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique*, Santé publique, no 41, pp. 133-146

FAYARD P., (2007) : *Comprendre et appliquer Sun Tzu. La pensée stratégique chinoise : une sagesse en action*, Paris, Dunod, 2^{ème} édition enrichie

DE LA MAISONNEUVE E., (2008) : *Précis de stratégie. Cinq éléments pour agir*, Paris, Dunod

GRECO A., VICHI M.C., (2007) : *Il percorso del paziente. L'esperienza del Cantone Ticino*, Milano, McGraw-Hill

GRILLO F., (2001) : *Il ritorno della Rete. La sfida ai sistemi sanitari*, Roma, Fazi Editore

Guillemin Th., Trabelsi M., (2008) : *Optimiser gestion et qualité pour créer de la valeur*, Paris, Dunod

LARCHER P., POLOMENE P., (2001) : *La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Issy-les-Moulineaux, Masson

LE BOTERF G., (2008) : *Travailler efficacement en réseau. Une compétence collective*, Paris, Éditions d'Organisation, 2^{ème} édition

MCCREADIE K., (2008) : *Sun Tzu. Leçons de stratégie appliquée*, Paris, Maxima

ROMAINS J., (1924) : *Knock ou le triomphe de la médecine*, Paris, Gallimard

YAMI S., LE ROY F., (2006) : *Stratégies collectives. Rivaliser et coopérer avec ses concurrents*, Colombelles, Éditions EMS Management & Société

VADROT D., VINCENT D., MANCRET R.-C., (2002) : *La constitution des réseaux des soins ville-hôpital*, Les Guides de l'AP-HP, Paris, Lamarre

ALBANESI C., MIGANI C., (2004) : *Il lavoro di rete nella promozione della salute mentale. Teorie e pratiche per un modello di intervento*, Roma, Carocci editore

REVUES ET PÉRIODIQUES

ALEXANDER J.A., LEE SHOU-YIH D., BAZZOLI G.J., (2007) : *Modèles de gouvernance dans les systèmes et réseaux de santé*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20070111_f.pdf 08.08.2008 », no. 32

BARROIS B., GOUIN F., RIBINIK P., REVEL M., RANNOU F., (2007) : *Quel est l'intérêt d'une rééducation en centre spécialisé à la sortie du service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de hanche ? Élaboration de recommandations françaises pour la pratique clinique*, Annales de réadaptation et de médecine physique, vol. 50, no 8, pp. 695-699

BEER V., MINDER C., HUBACHER M., AEBELIN T., (2000) : *Épidémiologie des accidents des personnes âgées*, Bureau suisse de prévention des accidents (BPA), Rapport 42

BIRDELL J., MATTHIAS S., (2006) : *L'influence des réseaux sur l'impact de la recherche en Alberta*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060413_f.pdf 08.08.2008 », no. 13

- CREECH H., WILLARD T., (2006) : *Intentions stratégiques : Gérer les réseaux de connaissances pour un développement durable*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060720_f.pdf 08.08.2008 », no. 20
- CROSS R., NOHRIA N., PARKER A., (2005) : *Six mythes au sujet des réseaux informels – comment les surmonter*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20051124_f.pdf 08.08.2008 », no. 4
- CUMMINGS S., VAN ZEE A., (2005) : *Communauté des pratique et réseaux : analyse de deux perspectives sur l'apprentissage social*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20051013_f.pdf 08.08.2008 », no. 1
- DELANDE Guy (1999) : *Filières et réseau en santé : une approche médico-économique*, Gestion hospitalières, in Internet : « <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=193544> 08.08.2208 », no 391, pp. 745-755
- DUGUID P., (2006) : *L'art de la connaissance : les dimensions sociales et tacites du savoir et les limites de la communauté de pratique*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060803_f.pdf 08.08.2008 », no. 21
- ELKE R., (2002) : *Arthrose. Indications à la prothétique*, Forum Med Suisse, no 25, pp. 607-609
- ENKEL E., (2006) : *Réseaux de connaissances – approche intégrée de la gestion des connaissances explicites et implicites*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060119_f.pdf 08.08.2008 », no. 7
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2005) : *Notion sur les réseaux I – Que sont les réseaux au juste ?*, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/network_notes_1_f.pdf 08.08.2008 »
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2005) : *Notion sur les réseaux II – Réseaux de connaissances*, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/network_notes_2_f.pdf 08.08.2008 »
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2005) : *Notion sur les réseaux III – Communautés de pratique*, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/network_notes_3_f.pdf 08.08.2008 »
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2005) : *Notion sur les réseaux IV – Gestion latérale : Lignes de conduite relative à la gouvernance des réseaux*, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/network_notes_4_f.pdf 08.08.2008 »
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2005) : *Notion sur les réseaux V*, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/network_notes_5_f.pdf 08.08.2008 »
- FONTAINE M., MILLEN D., (2005) : *Comprendre les avantages et l'impact des communautés de pratique*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20051027_f.pdf 08.08.2008 », no. 2
- FURNES O., LIE S.A., ESPEHAUG B., VOLLESET S.E., ENGESAETER L.B., HAVELIN L.I., (2001) : *Hip disease and the prognosis of total hip replacements. A review of 53,698 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register 1987–99*, J Bone Joint Surg Br., no 83, pp. 579–586
- GONGLA P., RIZZUTO C., (2006) : *Qu'est devenue cette communauté ? – Les communautés de pratique qui « disparaissent »*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060105_f.pdf 08.08.2008 », no. 6
- GOODWIN N., (2006) : *Leçons importantes pour la gestion de réseaux dans les services santé*, Chronique des

réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060928_f.pdf 08.08.2008 », no. 25

GRÉMY F., (2001) : *Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de qualité*, Actualités et Dossiers de Santé Publique, no 35, pp. 74-77

GRÉMY F., (1997) : *Filières et réseaux, vers l'organisation et la coordination du système de soins*, Gestion Hospitalières, no 367, pp. 433-438

GRÉMY F., (1996) : *Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés*, Actualités et Dossiers de Santé Publique, no 24, pp. 26-29

HONNORAT Ch., (2002) : *Filières et Réseaux*, Rennes, ENSP

HUARD P., MOATTI J.-P., (1995) : *Introduction à la notion de réseau*, Gestion Hospitalières, no 351, pp. 735-738

infosantésuisse, (2008) : *Pourquoi l'argent des primes fuit-il ?*, Le magazine des assureurs-maladies suisses, no 4/08

infosantésuisse, (2008) : *Que nous réserve le futur ?*, Le magazine des assureurs-maladie suisses, no 6/08

infosantésuisse, (2008) : *Rationaliser et non rationner*, Le magazine des assureurs-maladie suisses, no 7/08

infosantésuisse, (2008) : *Réseaux, coordination et coopération*, Le magazine des assureurs-maladie suisses, no 10/08

JIMENEZ MUNOZ A.B., DURAN GARCIA M.E., RODRIGUEZ PEREZ M.P., SANJURJO M., VIGIL M.D., VAQUERO J., (2006) : *Clinical pathways for hip arthroplasty six years after introduction*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Emerald Group Publishing Limited, vol. 19, no 3, pp. 237-245

KHELIFA A., (1998) : *Si plusieurs réseaux de soins coexistent, il est indispensable que les systèmes d'information soient harmonisés*, Medcost, in Internet : « http://medcost.fr/html/contributions_cb/cb_int010598.htm 09.01.2009 »

KOVES V., GRÉMY F., (2002) : *Systèmes de santé et réseaux de soins. Problèmes éthiques*, Paris 5, Faculté de Médecine Necker, in Internet : <http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/d16258c3befff16680256b4b00532181> 09.01.2009 »

KRACKHARDT D., HANSON J., (2005) : *Réseaux informels : l'entreprise derrière la charte*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20051208_f.pdf 08.08.2008 », no. 5

LE BŒUF D., (1999) : *Quelles problématiques autour de l'émergence des réseaux de soins ?*, Soins Cadres, in Internet « <http://www.cyes.info/themes/reseaux/problematique-reseaux-soins.php> 09.01.2009 », no 32

LE BŒUF D., (1999) : *Mise en œuvre des réseaux de soins, de l'expérimentation à l'organisation pérenne*, Gestion Hospitalières, no 391, pp. 741-745

LEWIS J.M., (2006) : *Établir des partenariats dans le domaine de la santé par la mise en place de réseaux*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060706_f.pdf 08.08.2008 », no. 19

LHOTELLIER L. (2008) : *Prothèse totale de hanche*, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris, in Internet : « <http://www.hopital-dcss.org/actes/pth.htm> 09.01.2009 »

LIÈVRE A., MOUTEL G., HERVÉ C., (2001) : *Définition des réseaux de soins et de leurs finalités : éléments de réflexion*, Paris 5, Faculté de Médecine Necker, in Internet « <http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/0cd1e4d12c75531880256ae300540846?OpenDocument> 09.01.2009 »

- MENDIZABAL E., (2006) : *Comprendre les réseaux : les fonctions des réseaux de recherche en politique*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20061109_f.pdf 08.08.2008 », no. 28
- OGONDA L., WILSON R., ARCHBOLD P., LAWLOR M., HUMPHREYS P., O'BRIEN S. et al., (2005) : *A minimal-incision technique in total hip arthroplasty does not improve early postoperative outcomes. A prospective, randomized, controlled trial*, J Bone Joint Surg Am, no 87, pp. 701–710
- PARKER M.-J., HANDOLL H.H., BHARGARA A., (1998) : *Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, in Internet : « <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000337.html> 09.01.2009 », no CD00337
- PARBOOSINGH J.T., (2006) : *Communautés de pratique de médecins : là où l'apprentissage et la pratique sont indissociables*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060817_f.pdf 08.08.2008 », no. 22
- PATTE D., (1998) : *Les enjeux de la coordination*, Actualités et Dossiers de Santé Publique, no 24, pp. 16-17
- POPP J.K., L'HEUREUX L.N., DOLINSKI C.M., ADAIR C.E., TOUGH S.C., CASEBEER A.L., DOUGLAS-ENGLAND K.L., MORRISON C.C., (2006) : *Comment évaluer un réseau ? Une expérience du réseau canadien de santé des enfants et des adolescents*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060831_f.pdf 08.08.2008 », no. 23
- PORTMANN G. (2008) : *Rationaliser au lieu de rationner : nous sommes tous interpellés ! [sic]*, in infosantésuisse, Le magazine des assureurs-maladie suisses, no 7/08, p. 3
- RILLIET HOWALD A. (1998) : *Les réseaux de soins coordonnés ou le « Managed Care » : vers une nouvelle organisation des soins de santé ?*, in Cahiers genevois et romand de sécurité sociale, no 20, pp. 57 ss.
- RISSANEN P., ARO S., SINTONEN H., ASIKAINEN K., SLATIS P., PAAVOLAINEN P., (1997) : *Costs and cost-effectiveness in hip and knee replacement. A prospective study*, Int. J. Technol Assess Health Care, no 13, pp. 575-588
- SAINT-ONGE H., (2007) : *Le pouvoir de la connaissance partagée*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20070208_f.pdf 08.08.2008 », no. 34
- SCHENKER M., (2008) : *Managed Care – The next generation*, in infosantésuisse, Le magazine des assureurs- maladie suisses, no 6, pp. 20-21
- SCHWENKGLINKS M., SZUCS T.-D., (2004) : *Épidémiologie de l'ostéoporose et des fractures chez les personnes âgées*, in Ostéoporose et chutes des personnes âgées, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Bern
- SODERMAN P., MALCHAU H., HERBERTS P., ZUGNER R., REGNER H., GARELLICK G., (2001) : *Outcome after total hip arthroplasty : Part II. Disease-specific follow-up and the Swedish National Total Hip Arthroplasty Register*, Acta Orthop Scand, no 72, pp. 113–119
- SOULIE A.M., (1995) : *Le travail en réseau : une solution en matière de santé ?*, Gestion Hospitalières, pp. 747-750
- STALDER H., (2008) : *Rationner ou rationaliser ?*, Bulletin des médecins suisses, no 89, p. 776
- TROXLER P., LAUCHE K., (2006) : *Apprendre, partager, enrichir*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20061012_f.pdf 08.08.2008 », no. 26
- VIÑAS J.M., LARCHER P., DURIEZ M., (1998) : *Réseaux de santé et filières de soins. Le patient au centre des préoccupations*, Actualités et Dossiers de Santé Publique, no 24, pp. 12-52
- VULLIET-TAVERNIER S., (1998) : *Réseaux et dossier médical partagé*, Actualités et Dossiers de Santé

Publique, no 24, pp. 50-51

WATTS DUNCAN J., (2006) : *Six degrés : la science de l'ère branchée*, Chronique des réseaux, Compilation de ressources portant sur les réseaux, in Internet : « http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/digest_20060427_f.pdf 08.08.2008 », no. 14

ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B., (2006) : *L'arthroplastie de hanche au quotidien*, Forum Med Suisse, no 6, pp. 77-82

SÉMINAIRES

Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS) : *Réseaux, filières et coordination des soins*, Atelier de l'ALASS, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, 16 et 17 mai 2008

Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS) : *I percorsi clinico-assistenziali*, Atelier de l'ALASS, Università della Svizzera Italiana (USI), Lugano, 28 novembre 2008

HUARD P., (2005) : *Coopération et réseaux de soins*, cours donné dans le cadre du Master of Advanced Studies en Économie et Management de la Santé, Lausanne, Université de Lausanne (Unil), semestre d'été 2007

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) : *Vernetzte Versorgung im Trend. Chancen, Stolperstein, Beispiele*, Weiterbildungstagung der SGGP, Zürich, Universität Zürich-Irchel, 21 août 2008

SITES INTERNET

<http://www.lass.org>

<http://www.arthroscopie.fr/hanche/protheses.html>

http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/networks_f.php

http://www.cocof.irisnet.be/site/fr/reseauxsante/docu_htm

http://www.dr-zangger.ch/article.php3?id_article=4

<http://www.e-p-a.org/index2.html>

<http://www.gestions-hospitalieres.fr>

<http://www.helathpowerhouse.com>

<http://www.hopital-dcss.org/actes/pth.htm>

<http://www.hosr.ch>

<http://www.medcost.fr>

<http://www.nops.vd.ch/index.html>

<http://www.prothesedehanche.fr>

<http://www.prothese-hanche.com>

<http://www.recherchesante.fr>

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Allongement de l'espérance de vie en Suisse, 1960-2003	16
Figure 2 : Par du PIB consacré aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003.....	17
Figure 3 : Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays OCDE, 2003.....	18
Figure 4 : Réseau de soins coordonné.....	22
Figure 5 : Distribution géographique des taux standardisés des prothèses de la hanche	36
Figure 5 : Taux brut d'intervention par classe d'âge e pas sexe, en Suisse, de 2003 à 2005.....	37
Figure 7 : Pourcentage des interventions en fonction de l'âge et du sexe, en Suisse, de 2003 à 2005	38
Figure 8 : Modifications architecturales avant et après la mise en place d'une PTH	40
Figure 9 : Prothèse de hanche	43
Figure 10 : Les conditions de réussite des réseaux.....	50
Figure 11 : Réseaux de soins à l'appui des interactions, de la compréhension et de l'innovation..	60
Tableau 1 : principales caractéristiques des réseaux	29
Tableau 2 : Potentiel d'économies en CHF et jours de traitement, 2008.....	33
Tableau 3 : Schéma de PTH avec l'introduction d'un parcours clinique.....	46

ANNEXE 1 Communiqué aux médias, 12 mars 2007

Communiqué médias
12 mars 2007



La CSS s'engage pour une meilleure gestion des coûts de prestations grâce aux réseaux

La CSS Assurance, deuxième assureur maladie suisse, propose un changement de cap dans le système de santé. Selon elle, ce serait fatal de reprendre simplement le cours habituel des choses après la discussion provoquée par la votation et le refus d'une caisse unique. La CSS demande une modification des incitatifs dans le système de santé afin de faire disparaître les luttes individualistes au profit de réseaux.

Inverser les incitatifs de façon à éliminer la sélection des risques au profit d'une gestion des coûts efficace, telle est la principale revendication pour un remodelage du système de la santé. La CSS est convaincue que les réseaux de fournisseurs de soins sont les produits de l'avenir. Ils offrent un vrai choix de performance et d'efficacité au client. Elle veut s'engager aux côtés des prestataires de soins et des politiciens pour une concurrence au sein du système de santé qui veille à conserver en même temps la solidarité et les composantes sociales de la LAMal. Une revendication prioritaire de la CSS envers les instances politiques est l'optimisation rapide de la compensation des risques selon le modèle du conseil des Etats.

Les réseaux: formes de soins du futur

„La concurrence et le marché sont des éléments importants, mais nous devons prouver qu'un marché a un sens économiquement“, a affirmé aujourd'hui le président du conseil d'administration Me Pierre Boillat lors de la conférence de presse à Beme. Il a ajouté que les mauvais incitatifs actuels liés à la quantité et au prix doivent être éliminés au profit d'incitatifs de qualité et d'économie. Le moyen d'y arriver sera à l'avenir un approvisionnement des soins en réseaux. En effet, un réseau rassemble la chaîne de soins ambulante et stationnaire complète dans un tarif forfaitaire fixé par convention avec les prestataires de soins et crée de la transparence en ce qui concerne les prestations, le prix et la qualité. „L'assurance de base de l'avenir sera composée de réseaux qui offrent au client un vrai choix“, a indiqué Georg Portmann, le président de la direction générale CSS.

D'après Georg Portmann cependant, les conditions cadres politiques à ce jour ne sont pas définies de manière à soutenir les réseaux de façon conséquente. „Cela reste toujours plus rentable de procéder à une sélection des risques que d'investir dans des modèles d'assurance alternatifs“, a-t-il ajouté. Selon lui, les politiciens doivent par conséquent s'atteler immédiatement à la révision de la LAMal et prendre urgemment en main l'amélioration de la compensation des risques et la réorganisation du financement hospitalier par forfait. La CSS exige la création de conditions cadres pour favoriser la progression des réseaux à l'avenir.

Pour pouvoir mettre en place de tels réseaux, la CSS demande les conditions suivantes:

- Amélioration de la compensation des risques selon le modèle du Conseil des Etats
- Financement hospitalier par forfaits (DRGs)
- Conditions cadres étatiques pour l'octroi d'un approvisionnement des soins assuré
- Mesures de qualité par des instances indépendantes
- Passage du tarif à l'acte Tarmed à une rémunération forfaitaire (Capitation)

Compensation des risques: la mère de toutes les réformes

La „mère de toutes les réformes“ en vue d'une concurrence économiquement judicieuse dans la gestion des coûts de prestations est l'amélioration de la compensation des risques selon le modèle du conseil des Etats. La CSS n'a pas hésité à exprimer en termes clairs sa désapprobation envers les réfracteurs de ce modèle, en ce moment à l'ordre du jour à la commission du conseil national. Le président du conseil d'administration Pierre Boillat a déclaré que certaines caisses et leurs représentants empêchent l'adaptation de la compensation des risques – „car elles s'adonnent à la sélection des risques et ne pourraient plus en profiter dans le nouveau système“.

La CSS veut aussi amener l'association faitière de la branche à reconnaître la nécessité d'une optimisation de la compensation des risques. „Nous sommes convaincus que la plupart des caisses veulent une concurrence sur les prestations et non sur les bons risques. Nous n'avons pas peur de mettre le sujet sur la table et d'exiger une prise de position claire“, a affirmé Georg Portmann.

D'autre part, la CSS a mis l'accent sur le fait qu'il lui est important de tendre la main aux prestataires de soins après la bataille émotionnelle et parfois agitée de la votation. Georg Portmann l'a confirmé: „C'est seulement en partenariat avec les fournisseurs de prestations que nous trouverons des solutions judicieuses dans l'intérêt des clients.“

Le communiqué est disponible sur www.css.ch/media.

Photos portraits des intervenants et graphiques à commander à CSS Assurance,
Tél. ++41 (0)58 277 13 26.

Pour toute information Stephan Michel, Chef communication entreprise
CSS Assurance
Tribtschenstrasse 21, 6002 Luzern
Tél. ++41 (0)58 277 13 26; E-mail: stephan.michel@css.ch

Bref profil de la CSS

Avec 1,21 million d'assurés et un volume de primes de 3,21 milliards de francs le Groupe CSS est le deuxième assureur-maladie de Suisse. Il s'est surtout spécialisé dans l'assurance des familles: 280'000 de ses assurés sont des enfants. Mais il est aussi en tête pour les affaires d'entreprises: plus de 10'000 entreprises et institutions sont assurées collectivement auprès de la CSS. La CSS compte quelque 2000 collaborateurs et près de 200 agences dans toute la Suisse.

ANNEXE 2 Nombre de traitements et taux d'incidence des opérations

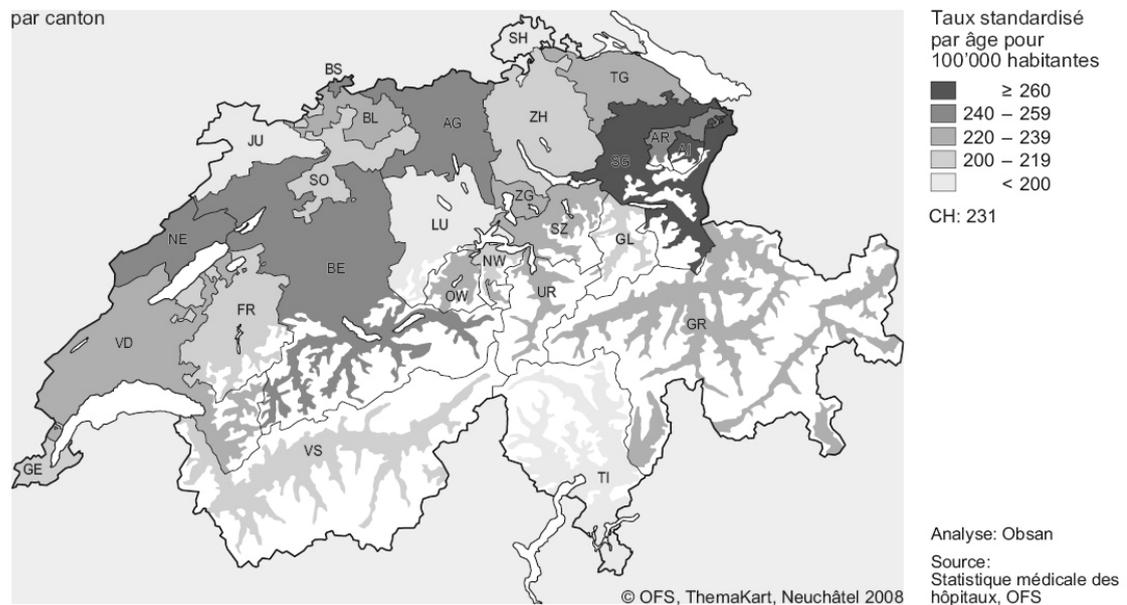
Prothèse totale ou partielle de la hanche : taux brut et taux standardisé (‰) selon le sexe, par canton, de 2003 à 2005

	Taux standardisé femmes	Taux brut femmes	Taux standardisé hommes	Taux brut hommes	Taux standardisé total	Taux brut total	Traitements
ZH	219.82	251.35	210.45	189.32	217.56	220.97	8325
BE	246.34	308.45	259.62	257.96	255.13	283.92	8123
LU	199.62	213.14	245.53	212.47	222.66	212.81	2260
UR	223.47	261.47	316.85	302.01	272.44	281.85	297
SZ	231.22	225.75	239.68	204.31	239.28	214.92	673
OW	220.51	227.68	357.17	309.44	290.12	268.61	267
NW	215.04	213.43	298.15	247.77	253.03	230.84	272
GL	213.75	256.15	233.83	219.51	228.12	238.02	274
ZG	239.76	232.53	231.5	183.93	240.22	208.15	652
FR	212.88	208.27	255.34	213.97	239.56	211.1	1575
SO	216.91	254.67	222.28	211.83	223.46	233.61	1732
BS	254.62	374.56	206.12	217.7	235.83	300.36	1680
BL	226.76	266.64	218.07	220.17	225.72	243.69	1937
SH	172.56	222.34	149.04	150.29	164.89	187.29	415
AR	252.67	303.35	251.26	240.84	256.94	272.27	432
AI	278.3	295.15	359.4	328.68	329.41	312.32	141
SG	336.85	366.91	373.18	322.17	358.27	344.86	4736
GR	225.46	263.6	209.71	197.47	222.37	230.95	1298
AG	246.84	251.93	249.9	216.56	252.46	234.36	3657
TG	225.54	237.94	265.52	222.52	245.13	230.29	1605
TI	189.82	253.72	170.37	172.6	184.9	214.99	2056
VD	233.17	262.68	216.22	192.62	230.17	228.77	4414
VS	214.51	237.51	205.41	186.23	214.15	212.3	1825
NE	244.88	305.21	222.59	211.07	237.22	259.68	1305
GE	201.67	221.95	169.43	144.01	190.41	184.7	2356
JU	185.05	224.75	187.71	177.45	190.79	201.5	418

Source : Obsan (2008), Document de travail 23

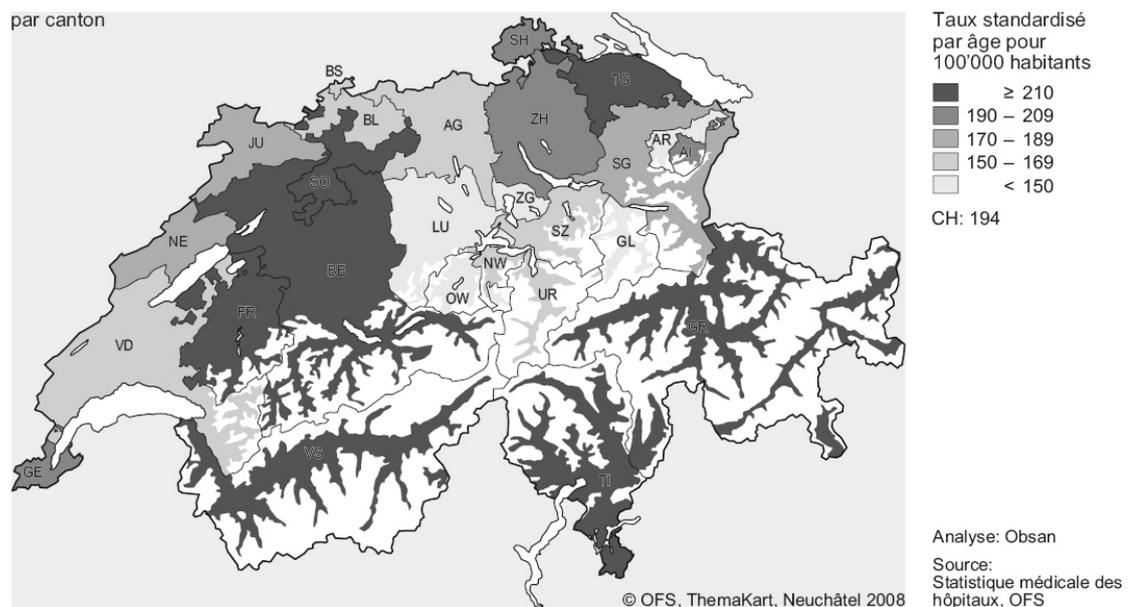
ANNEXE 3 Cartes de distribution géographique par sexe

Distribution géographique des taux standardisés de prothèses de la hanche
Femmes, de 2003 à 2005



Source : Obsan (2008), Document de travail 23

Distribution géographique des taux standardisés de prothèses de la hanche
Hommes, de 2003 à 2005



Source : Obsan (2008), Document de travail 23

ANNEXE 4 Arthroplasties de hanche

Prothèse non cimentée, tige sur mesure et grosse tête métal-métal, chez un quadragénaire. Séquelle de traumatisme (présence d'une vis, témoin d'une ancienne ostéosynthèse de l'acétabulum)



Source : ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B. (2006), *op. cit.*, p. 80

Prothèse dite de « *resurfacing* » chez une quinquagénaire active pour coxarthrose primaire



Source : ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B. (2006), *op. cit.*, p. 80

Prothèse classique chez une octogénaire, tige cimentée, couple inox-polyéthylène diamètre 32 cm et cupule non cimentée assurée par deux vis



Source : ZAMBELLI P.-Y., JOLLES B. (2006), *op. cit.*, p. 81

ANNEXE 5 Ingrédients d'un réseau de soins coordonné

Critère idéaux à satisfaire pour la mise en place d'un réseau de soins coordonné

I. Le principe

- _ Un groupe d'objectifs sanitaires cohérents et bien définis, en termes de résultat et de procédure.
- _ Un territoire ou une population-cible bien définis.
- _ Dans la répartition des moyens, un souci de proximité maximale compatible avec les objectifs.
- _ Une prise en charge globale des patients, à la fois sur le plan synchronique (mise en jeu des différents acteurs lors d'un épisode donné, par ex.), et diachronique dans le suivi des patients (prévention, succession des divers épisodes de la maladie, rééducation et réinsertion).

II. Les acteurs

- _ Une multiplicité d'acteurs, de professionnels divers tels que médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmières et paramédicaux, travailleurs sociaux, administrateurs (éventuellement informaticiens et statisticiens), institutions sanitaires et sociales, décideurs et financeurs, usagers, bien portants et malades, et les familles de ces derniers.
- _ Le volontariat de TOUS à participer à la structure est indispensable (y compris les usagers).
- _ Ce volontariat se manifeste par des engagements matériels de type contractuel: « [...] pour une durée définie, nous nous engageons à travailler ensemble en vue de réaliser les finalités définies dans le titre I, et pour cela de suivre les règles définies dans le titre III ».

III. Les règles de fonctionnement

Des règles de fonctionnement communes font partie de l'engagement. Elles définissent les formes de partenariat. Elles devraient inclure :

- _ La reconnaissance par chacun des limites de ses compétences.
- _ L'adoption et la définition par les professionnels eux-mêmes des règles communes pour la prise en charge des patients, la définition des procédures ou des protocoles de soin.
- _ La mise en commun de l'information concernant un patient entre tous ceux qui contribuent à sa prise en charge.
- _ La mise en place d'un organe de coordination du réseau de soins. Celui-ci peut être un professionnel de la santé, ou un professionnel du social selon la nature du réseau.
- _ Dans la mesure du possible, chaque patient devrait avoir un référent unique dans le réseau, qui le piloterait tout au long de sa trajectoire.
- _ Mise en place d'un secteur administratif étroitement impliqué dans le fonctionnement quotidien (management de proximité).
- _ Pratique de la démarche qualité interne et acceptation d'une évaluation périodique externe.
- _ L'engagement à une formation continue systématique pour amener l'ensemble à la compétence maximale pour satisfaire les objectifs du réseau et en améliorer les procédures.
- _ La mise en place d'un système d'information organisé à double finalité: logistique pour suivre la trajectoire de chaque patient, stratégique pour décrire et suivre le fonctionnement de la structure et à double composante: professionnelle et gestionnaire.

IV. La relation contractuelle

C'est l'ensemble de cette structure, à savoir les objectifs, le territoire, les personnels, l'organisation, les procédures, le système d'information, qui passera contrat avec les financeurs. Ce contrat concernerait une durée définie (de trois à cinq ans ?) et assurerait un financement stable pour cette durée. Le renouvellement ne serait pas automatique, mais dépendrait d'une évaluation externe faite de façon contradictoire. Ce financement devrait être suffisamment incitatif pour les professionnels.

- _ Les financeurs et les décideurs devraient être à la fois exigeants dans le jugement sur les objectifs et les procédures de prise en charge, mais très libéraux et modestes quant aux modalités de fonctionnement interne, pour respecter au maximum l'autonomie des membres du réseau de soins.
- _ Des procédures d'accréditation sont bien entendu conseillées, comme pour tout établissement de santé.

NOTES

