



# Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2034-9

**P. Schaller**  
**J.-M. Gaspoz**

**Dr Philippe Schaller**  
Groupe médical d'Onex  
Réseau de soins Delta  
3, rte de Loex, 1213 Onex  
schaller@gmo.ch

**Pr Jean-Michel Gaspoz**  
Service de médecine de premier recours  
Département de médecine  
communautaire et de premier recours  
HUG, 1211 Genève 14

**Dr Philippe Schaller**  
**Pr Jean-Michel Gaspoz**  
Institut de médecine communautaire  
Département de santé et médecine  
communautaire  
Faculté de médecine  
Université de Genève, 1211 Genève 4

## Continuity, coordination and integration of care : from theory to practice

If the Swiss health care system has reached several important objectives, fragmentation of its organization alter its efficacy, its effectiveness and its quality. Numerous experts put forward the necessity of coordinating care and services, particularly for complex and, most often, chronic diseases. Physicians have a key role to play in that coordination, but the exponential growth of medical knowledge, together with a more and more sophisticated technology, requires this role to be based on interdisciplinarity and network organization. This article proposes a model to implement, around the primary care physician, a first level organization of care to ensure this organization. Such a model may better meet future challenges of the Swiss health care system.

Si le système de santé suisse a atteint toute une série d'objectifs importants, la fragmentation de son organisation affecte son efficacité, son efficacité et sa qualité. Nombre d'experts invoquent la nécessité de coordonner les soins et les services, particulièrement dans le cadre des maladies complexes et, souvent, chroniques. Les médecins ont un rôle de coordination clé à jouer, mais la croissance exponentielle des connaissances allée à un développement technologique toujours plus sophistiqué requièrent que ce rôle se fonde sur une pratique interdisciplinaire et une organisation en réseau. Cet article propose un modèle pour implanter, autour du médecin traitant, une organisation d'un premier niveau de soins pouvant assumer cette coordination. Ce modèle innovant permettrait de mieux répondre aux futurs défis du système de santé suisse.

## COORDINATION : UNE NOTION FLOUE ?

La *coordination* des soins est un concept à la mode dont les contours sont souvent flous. Chaque professionnel, chaque institution, pense travailler en réseau et que ses actions sont coordonnées avec les autres prestataires de soins. Pourtant, le constat sur le terrain est autre. Il est fréquent d'entendre des professionnels se plaindre de la mauvaise collaboration avec d'autres groupes professionnels. L'infirmière n'arrive pas à joindre le médecin, ce dernier regrette le peu d'initiatives des autres soignants, le pharmacien estime que ses compétences ne sont pas assez mises à contribution, le physiothérapeute regrette de ne pas être au courant de l'histoire clinique du patient.

Le jeu institutionnel accentue encore ces attitudes corporatistes. L'hôpital n'a pas, parfois, connaissance des investigations et des traitements des médecins de ville, le secteur public et le secteur privé ne trouvent pas les collaborations nécessaires pour garantir l'accès équitable à des soins de qualité.

## DIFFICULTÉ À COORDONNER LES ACTIONS : UNE CONSÉQUENCE DES FRAGMENTATIONS

La difficulté à coordonner les actions et les contributions de chaque prestataire résulte des fragmentations que connaît notre système de santé. En premier lieu, l'absence de cadre fédéral de gouvernance<sup>1</sup> ne force pas les acteurs à coopérer. Ensuite, le financement dual des soins entre l'assurance maladie et l'Etat, ainsi que les sectorisations entre privé et public, ambulatoire et stationnaire, le tout sur un fond de fédéralisme se traduisent par un fort éclatement des prestataires.

La performance d'ensemble du système de soins est loin d'être optimale, chacun étant avant tout préoccupé par ses propres résultats et accessoirement par sa contribution au produit sanitaire global. Cette approche segmentée de la maladie est, aussi, une conséquence du financement par catégorie de prestations.



«Cette situation est particulièrement inquiétante au moment où la maladie chronique, qui requiert la *continuité* des soins grâce à l'intervention coordonnée de tous les prestataires impliqués dans la prise en charge du patient, occupe une place de plus en plus importante dans le tableau épidémiologique» (ALASS 2008).

## CONTINUITÉ DES SOINS

La *continuité* des soins est l'un des éléments clés de la qualité des services. La *continuité* désigne la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle. La *fragmentation* des services de santé ainsi que le manque de *coordination* entre professionnels entraînent une rupture de ce continuum des soins.

En 2003, une étude menée au Service d'urgences des HUG<sup>2</sup> s'est intéressée aux 255 patients adressés sur une durée de trois mois (environ un millier de patients/an) pour «soins impossibles à domicile». Cette étude confirme les conclusions de plusieurs groupes d'experts:<sup>3</sup> le manque de *coordination* entre les différents intervenants de première ligne (médecins traitants, services d'aide et de soins à domicile, structures intermédiaires, services sociaux) entraîne une *rupture dans la continuité* des soins avec comme conséquence des hospitalisations et des institutionnalisations inappropriées. D'autres évaluations,<sup>4-7</sup> au niveau international, confirment les conclusions de Rutchmann et coll.<sup>2</sup>

- une meilleure *organisation du réseau de première ligne* permet d'éviter des hospitalisations et de dispenser des soins dans des lieux moins consommateurs de ressources.
- Une prise en charge ambulatoire multidisciplinaire permettrait un maintien à domicile, dont le médecin traitant devrait en devenir le pivot.
- Le manque d'évaluation globale des personnes âgées fragiles entraîne des hospitalisations en situation de crise sans concertation possible entre les différents intervenants.

Cette rupture de *continuité* se retrouve également pour d'autres groupes de patients tels que ceux souffrant de maladies chroniques, de troubles psychiatriques graves, de lourds handicaps sociaux, ainsi que les jeunes en difficultés.<sup>8,9</sup>

## FILIÈRES THÉMATIQUES ET RÉSEAUX DE MÉDECINS

Certes, plusieurs réseaux structurés sur le mode filières thématiques (soins palliatifs, diabète, VIH, précarité, addiction, etc.) se sont développés en Suisse, mais leur essor reste plus faible que dans d'autres pays de l'OCDE. Quant aux réseaux de médecins de famille<sup>10-12</sup> proposés dans le cadre de la LAMal, ils s'inscrivent principalement autour d'une perspective économique, voulue des caisses-maladie, pour rendre le système de santé plus concurrentiel dans le secteur ambulatoire.

Ainsi, le découpage de la population, en segments d'assurance ou en approches thématiques, empêche le déploiement de toutes les stratégies permettant l'*intégration* des services en réseaux de santé (tableau 1).

### Tableau 1. Stratégies d'intégration des services en réseaux

Adapté de Fleury et Ouadahi, (2002).

#### Intégration clinique

##### Plans ou contrats de services

- Plans de services individualisés
- Plans d'intervention
- Protocoles de traitement, de suivi, relatif à la médication (guides de bonnes pratiques)

##### Gestion de cas

- Gestionnaires de cas (intervenants pivots)
- Suivi intensif ou non intensif dans le milieu (en équipe ou individuel)
- Equipes territoriales (multi-organisationnel)
- Intervenants de liaison (ou identification de personnes de contact)
- Suivi systématique

##### Programmes ou intervenants conjoints

##### Formation et coaching clinique

(Approche multidisciplinaire et interorganisationnelle)

##### Stage (interorganisationnel)

##### Consultation – liaison (entre les lignes de services)

- Centres ou groupes d'expertise
- Corridors de services
- Soins partagés

##### Mécanismes de références

##### Bottin de ressources

##### Télémédecine

##### Autres outils cliniques (formulaire de consentement, grille d'évaluation des besoins, etc.)

#### Intégration fonctionnelle ou administrative

##### Système de gouverne

- Table de concertation/groupe de pilotage (niveaux stratégique, tactique et opérationnel)
- Entité désignée ou coordonnateur, etc.

##### Système de gestion

- Planifications stratégiques
- Ententes ou contrats de services (ex.: contrats de performance et ententes de gestion; prêts d'équipement ou de locaux)
- Systèmes d'information (gestion et clinique)
- Guichet unique
- Normes et relations de travail

##### Système d'évaluation (monitoring)

##### Système d'allocation de ressources (et incitatifs financiers)

- Système de capitation, paiement mixte (salaire et honoraire), etc.

#### Intégration structurelle

- Fusions/regroupements
- Occupations partagées de locaux

L'enjeu principal est de passer des réseaux de médecins et des filières thématiques vers de *vrais* réseaux visant la prise en charge globale de la santé d'une population définie (réseau de santé populationnel) (tableau 2).

## RÉSEAUX DE SANTÉ ET INTÉGRATION DES SOINS

Comme nous l'avons défini, la *continuité* des soins est l'un des éléments clés pouvant assurer la qualité des presta-



tions pour les personnes nécessitant un suivi complexe.<sup>13</sup>

La *coopération* et la *coordination*, associées à l'*intégration* des différents professionnels et institutions, permettent cette *continuité* accrue des soins. Ainsi, notre organisation sanitaire n'a pas d'autre choix que d'évoluer vers une *intégration* des soins, c'est-à-dire vers des réseaux de santé.

Comment réaliser cette restructuration et *inciter les acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles, réduire la fragmentation de l'offre de soins et accroître l'efficacité du système?*<sup>14</sup>

Actuellement, les conditions cadres pour réussir une *intégration* des soins en Suisse ne sont pas réunies en raison des multiples fragmentations de son système de santé.

## POUR UNE INNOVATION «DISRUPTIVE»<sup>15</sup>

Le défi est donc de trouver les éléments pour entraîner les acteurs (et les organisations) dans de nouvelles relations stables et durables de *coopération*. Ceci implique que les pratiques et, surtout, les mentalités changent. Pour produire ce changement, il est nécessaire, au préalable, que les acteurs (organisations) partagent un certain nombre d'intérêts communs et que la *coordination* de leurs actions soit devenue nécessaire pour améliorer leur propre fonctionnement.<sup>16</sup> Ensuite, il faut que ces derniers soient encouragés par des modalités organisationnelles favorables.<sup>17,18</sup>

- les partenaires adhèrent au réseau librement.
- La taille du réseau ne dépasse pas un certain nombre de partenaires, ces derniers collaborant sur un territoire de santé défini.
- Le réseau est articulé autour de mécanismes décisionnels clairs et acceptés par tous (plate-forme de coordination). Ces mécanismes ont des fonctions de coordination générale et portent sur les grandes orientations, les règles du jeu et les procédures communes.
- Le réseau met en place des procédures cliniques pour faciliter la coordination des actions sur le terrain (rôle inté-

grateur).

- Les médecins de premier recours ont un rôle central dans la coordination des actions concernant leurs patients.
- Chaque partenaire garde son autonomie dans la conduite de ses activités à l'intérieur de son organisme.
- Chaque partenaire du réseau est représenté à la plateforme de coordination. Les représentants sont des décideurs qui peuvent engager leur organisme.
- Les décisions prises par les partenaires du réseau les engagent; il y a des conséquences pour ceux qui y dérogent.
- Le réseau dispose d'un organisme de direction qu'il finance collectivement; celui-ci reste de petite taille et ne concerne que les activités de coordination du réseau.
- Le réseau se dote d'outils de communication et d'information.
- Le réseau développe une politique volontariste concernant la formation, l'enseignement et la recherche.

*In fine*, ce projet de réseau de santé doit être perçu par les différents acteurs comme le moyen de réaliser un projet collectif performant et de permettre de valoriser leur responsabilité.

## CITÉ GÉNÉRATIONS:<sup>19</sup> LE PIVOT D'UN RÉSEAU TERRITORIAL DE SANTÉ

De nombreux arguments concordent sur le fait que le *statu quo* n'est plus possible: plusieurs pays ont entrepris de dépasser la fragmentation de leur dispositif,<sup>20,21</sup> l'*intégration* étant devenue un enjeu majeur des réformes de leurs systèmes de santé. Ces réformes donnent une priorité au soutien à domicile et avec de nouveaux modèles organisationnels basés sur la médecine de premier recours<sup>22</sup> promouvant: – la gestion de cas au sein d'équipes multidisciplinaires; – le développement de centres de soins ambulatoires desservant un territoire défini et incluant les différents pôles du système sanitaire (promotion, soins, aides). Ceci requiert de nouveaux modèles d'exercice de la pratique ambulatoire et de nouveaux profils professionnels, notamment infirmiers.<sup>23</sup>

Deux projets de *coordination* et d'*intégration* des soins sont en voie de réalisation sur le canton de Genève, qui vient de se doter d'une nouvelle loi favorisant le concept de réseau de soins et de maintien à domicile.<sup>24</sup>

Un premier projet de *réseau pour la prise en charge des personnes âgées fragiles*, basé sur une collaboration entre la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD), l'Unité de gériatrie communautaire (UGC) du Département HUG de médecine communautaire et de premier recours, et les médecins privés de l'Association des médecins de Genève (AMG) (voir article de Laura Di Pollina et coll. dans ce numéro). Ce projet validera des référentiels de *coordination* et d'*intégration* des soins: utilisation d'un outil d'évaluation commun, concertation entre les partenaires du réseau, transmission d'informations, programmes clientèles, équipe de soins multidisciplinaire, évaluation de l'impact et du fonctionnement du réseau.

Un second projet, *Cité Générations* espace santé, qui a pour objectifs de:

1. consolider la notion de réseau et d'intégration des soins sur un territoire de santé défini en formalisant les relations

**Tableau 2. Changements de paradigme de la santé**

Adapté de Fleury et Quadahi, (2002).

Organisation actuelle	Intégration des soins
Système axé sur la maladie	Système valorisant la santé et le bien-être
Une responsabilité patient	Une responsabilité populationnelle
Des objectifs de guérir et soigner	Des objectifs de prévenir, guérir et soutenir
Une réponse aux demandes	Une réponse aux besoins
Priorité aux soins et services	Considération de l'ensemble des déterminants
Logique d'établissement	Une logique réseau
Un contexte de compétition	Un contexte de collaboration
Un budget par mission	Un budget par: – population – programme-service
Une gestion centrée sur la production interne	Une gestion de partenariat
De la multidisciplinarité	A l'interdisciplinarité



entre partenaires (fondation).

2. Optimiser l'orientation et la prise en charge des patients vulnérables du bassin de population défini dans le cadre d'un lieu d'exercice professionnel mixte (privé/public, santé/social).

3. Développer une gestion collective des moyens s'appuyant sur un projet médical, d'enseignement et de recherche centrée sur la médecine communautaire et de premier recours.

4. Définir des modes de collaboration et de fonctionnement nouveaux.

5. Être une interface entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'entre le domicile et les institutions.

6. Renverser la pyramide de dispensation des soins (développement du pôle médecine de premier recours) en assurant un plateau technique et clinique ambulatoire performant.

7. Se doter d'un système d'information et de communication (dossier médical partagé) et valider les outils mentionnés permettant d'améliorer l'intégration des soins.

## CONCLUSIONS

La difficulté de notre système de santé est moins son financement que sa faiblesse à mobiliser et coordonner les moyens existants. L'orientation du système de soins actuel est héritée d'un modèle biomédical à hiérarchie marquée. Pour répondre à des situations de soins complexes, l'intervention interdisciplinaire s'impose comme un modèle incontournable en médecine de proximité. Ceci nécessite une révision des méthodes, des mécanismes et de l'organisation de notre modèle sanitaire. Aujourd'hui, la médecine hospitalière est invitée à se rationaliser (financement par AP-DRG) et, parallèlement, la pratique de ville est amenée à se regrouper en réseaux et à coopérer avec l'hôpital public. Ceci accroît le rôle du médecin de premier recours, qui devient le pivot de l'organisation des soins concernant ses patients dans le réseau, mais devrait permettre d'éviter la multiplication des offres de soins et d'augmenter l'efficacité de notre système par des suivis pluridisciplinaires coordonnés.

## Définitions

### > Intégration

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

### > Interdépendance

Il y a interdépendance quand des acteurs (ou des organisations) autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs, c'est-à-dire quand aucun des acteurs concernés détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaires pour apporter une réponse légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. La coordination est donc au centre de la problématique de l'intégration

### > Coopération

La coopération est le mode de relation que des acteurs (ou organisations), en situation d'interdépendance, ont tendance

à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétence et sur la coordination de leurs tâches; et enfin, quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable

### > Coordination

La coordination vise, premièrement à s'assurer que tous les moyens (ressources, services, compétences, etc.) nécessaires à l'atteinte des buts de l'organisation sont disponibles. Deuxièmement, que l'accès aux biens et services fournis par l'organisation est garanti et, troisièmement, que les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au cours du temps, les unes avec les autres. Le terme coordination désignera les interactions entre plusieurs professionnels de la santé. Le terme intégration visera davantage les interactions à l'échelon des organisations

*Définitions d'après l'article de Contandriopoulos et coll.*

## Implications pratiques

> La question que de plus en plus fréquemment tout le monde se pose est de savoir si demain nous pourrions encore compter sur un système de santé équitable, accessible à chacun et de qualité

> Les patients présentant des maladies complexes souvent de nature chronique «consomment» environ les deux tiers du budget de la santé alors qu'ils ne représentent qu'un petit tiers de la population

> Le système de santé est peu réactif et performant pour leur prise en charge qui nécessite une véritable intégration des soins

> Il y a une véritable urgence à inventer de nouveaux modèles d'organisation sanitaire et une allocation des ressources qui incitent les différents acteurs à collaborer et coordonner leurs actions

## Bibliographie

1 OCDE, OMS, Sous dir. Colombo F, Zum P, Oxley H. Examen de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse. Paris: Editions de l'OCDE, 2006.

2 Rutschmann O, et al. Evaluation de la trajectoire et

de la complexité des patients admis au Centre d'accueil et d'urgences des HUG pour soins impossibles à domicile (SIAD). HUG, 2003; 150.

3 Rapports de divers groupes de travail mandatés

par le département de la Santé: Rapport final sur l'analyse du processus d'entrées en EMS des patients hospitalisés dans les HUG et des clients suivis dans les CASS, 2000. Rapport sur les personnes âgées hospita-



lisées en attente de placement dans un EMS, 2002. Rapport sur la collaboration entre les HUG, les Centres d'action sociale et de santé et les EMS, 2003. Rapport du Conseil d'Etat sur la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 et sur la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève, 2005. Genève, Rapport d'Ores Conseil, Erismann sur l'évaluation des effets de la loi relative aux EMS, 2001.

**4 \*\*** Beland F, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367-73.

**5 \*** Beland F, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): A trial of a model for Canada. *Can J Aging* 2006;b;25:5-42.

**6** Bodenheimer T. Long-term care for frail elderly people, the On Lok model. *N Engl J Med* 1999;34:1324-8.

**7** Boulton C, Boulton L, et al. A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:465-70.

**8** Fleury MJ, et al. Les réseaux intégrés de services: notion, modélisations et mise en œuvre in *Le système socio-sanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation*. Montréal: Gaëtan Morin Publisher, 2006;

159-78.

**9** Fleury MJ. Les réseaux de services intégrés comme modèle d'organisation des services en santé mentale. *Santé Mentale au Québec* 2002;27:7-15.

**10** Pernerger T, Etter JF, Raetzo MA, Schaller P. Nouveaux modèles d'assurance maladie et gestion des soins. *Soz Präventivmed* 1996;41:47-57.

**11** Schaller P, Raetzo MA. Diminution du coût du système de santé en Suisse. *Revue Médicale Assurance Maladie* 2002;33:61-5.

**12 \*** Schaller P, Raetzo MA. Les réseaux de médecins: ce que j'en pense (14). *Rev Med Suisse* 2008;4:1421.

**13** Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q* 1999;77:77-110.

**14 \*\*** Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimension et mise en œuvre. *Rupture* 2001;8:38-52.

**15** Clayton M, Christensen CM, Bodmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harv Bus Rev* 2004.

**16 \*\*** Credes. L'évaluation des réseaux de soins: Enjeux et recommandations. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé 2001;73.

**17** Colerette P, Schneider R. Le pilotage du changement: une approche stratégique et pratique. Presses de l'Université du Québec, 1996.

**18** Schweyer FX. Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence. *Liens Social et Politique* 2004;52:35-46.

**19** <http://cite-generation.ch>

**20** Tourigny A, et al. Quasi experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Can J Aging* 2004;23:231-46.

**21** Landi F, et al. A new model of integrated home care for the elderly: Impact on hospital use. *J Clin Epidemiol* 2001;54:968-70.

**22** Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:222-35.

**23 \*\*** Suter P, et al. Les futurs profils professionnels: le médecin généraliste au milieu d'une équipe efficace. Groupe de pilotage du projet «La médecine en Suisse demain». *BMS* 2007;46:1941-52.

**24** Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (K I 06).

**\*** à lire

**\*\*** à lire absolument