

# MATIÈRE À RÉFLEXION

N° 6

## Réussir les synergies entre le social et la santé

Expériences, pratiques, analyses et  
recommandations

Une publication du

**fmc**

Schweizer Forum für Integrierte Versorgung  
Forum suisse des soins intégrés  
Forum svizzero delle cure integrate

# Sommaire

ÉDITORIAL 3

MISE EN CONTEXTE

**Système de santé et système social – les interfaces** 4

TÉMOIGNAGES

## Partie 1

**Qui sont les bénéficiaires du système socio-sanitaire ?** 6

La manière dont les personnes concernées et les professionnel·le·s perçoivent la collaboration entre les deux systèmes

RETOURS D'EXPÉRIENCES

## Partie 2

**Quelles sont les pratiques innovantes ?** 14

Implementing integrated health and social care in Scotland 16

Tendance à l'innovation en Allemagne 20

Approches mises en œuvre en Suisse : quelques exemples 24

DÉFIS ET RECOMMANDATIONS

## Partie 3

**Pour une meilleure collaboration entre le système social et le système de santé** 32

Synthèse des défis et des recommandations 34

Les défis de l'interface santé – social 36

Les recommandations du fmc 40

ANNEXES

**Pour en savoir plus** 47

**Ressources bibliographiques** 48

**Le fmc** 50

**Les soutiens du fmc** 51

**Impressum/remerciements** 52

# La promotion de la santé requiert une vision globale

Le fmc – forum suisse pour les soins intégrés – traite depuis 25 ans des différents aspects de l'intégration des soins. L'objectif du fmc est de donner de nouvelles impulsions et de renforcer le réseau entre les acteurs pour, en fin de compte, contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

Or, il est évident que la médecine et les soins ne sont pas les seuls déterminants de la santé et du bien-être de la population. En effet, Economiesuisse estime que les soins médicaux ont une influence sur la santé d'à peine plus de 10% (Economiesuisse 2018). L'éducation, l'environnement au travail et dans la vie quotidienne, de même que les ressources individuelles et financières ont un impact tout aussi important. C'est ce que montre clairement le modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead (Figure 1).

Les maladies chroniques s'accompagnent fréquemment de difficultés psychiques et sociales. Outre les prises en charges médicales et les soins, de nombreuses personnes ont besoin de soutien social, juridique et pratique, souvent au quotidien. Par exemple, les problèmes de santé limitent souvent la réinsertion sur le marché du travail, et ils sont une cause fréquente de recours à l'aide sociale. L'état de santé et les ressources économiques sont étroitement corrélés : « la maladie rend pauvre et la pauvreté rend malade », quelle que soit la situation ou l'âge des personnes concernées.

Promouvoir la santé requiert une vision globale. Pour cela, nous avons besoin d'une collaboration intersectorielle, interinstitutionnelle et interprofessionnelle, donc de meilleures articulations entre les différents prestataires du système socio-sanitaire. Or ceci est difficile. D'une part en raison de la fragmentation du système en deux silos distincts : un système de santé et un système



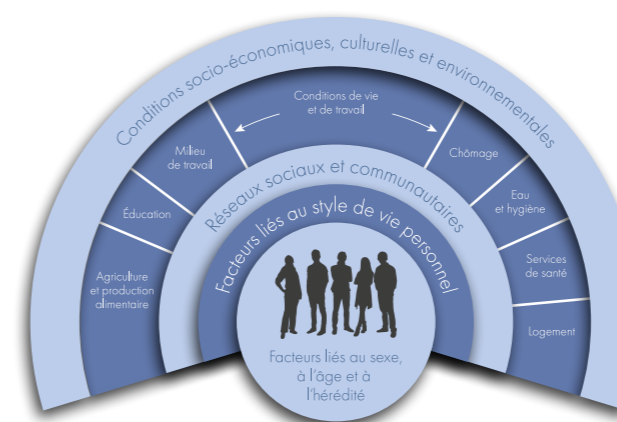
**Ursula Koch** Membre du comité du fmc & Présidente du fmc jusqu'à juin 2022

social. D'autre part en raison de la répartition des responsabilités au niveau fédéral, cantonal et communal. Enfin en raison de l'absence d'un financement uniforme. De plus, avec l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ce sont deux autorités différentes qui sont responsables du financement et de l'assurance qualité des prestations au niveau national.

Ce 6<sup>e</sup> numéro de « Matière à réflexion » montre l'importance de la collaboration intersectorielle, interprofessionnelle et interinstitutionnelle pour une meilleure prise en charge – en particulier pour répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux. Ce numéro est organisé en différentes parties. L'introduction résume le contexte suisse et ses enjeux. La partie 1 en appelle à une meilleure intégration, sur la base de l'expérience de différentes personnes directement concernées par la fragmentation des systèmes. La partie 2 présente différents modèles – écossais, allemands, suisses – de collaboration entre les secteurs de la santé et du social.

La partie 3 formule une série de recommandations susceptibles de faciliter l'intégration des deux systèmes, pour promouvoir la santé et pour mieux répondre aux besoins des groupes vulnérables tels que les personnes multimorbides, âgées, atteintes de maladies chroniques ou socialement défavorisées.

Que la lecture de ce « Matière à réflexion » vous inspire.  
Ursula Koch



**Figure 1.** Les déterminants de la santé, selon le modèle de Dahlgren & Whitehead, 1991  
Source : adapté de Scholz 2020

# Systeme de santé et système social – les interfaces

En Suisse, le système de santé fait partie du système global de sécurité sociale. Les différentes composantes de ce système fonctionnent de manière largement autonome, mais présentent des interfaces critiques. Différents défis peuvent donc apparaître lorsqu'il s'agit de répondre simultanément aux besoins de santé et aux besoins sociaux d'une même personne.

## Le système suisse de sécurité sociale

Le système de santé fait partie du système de sécurité sociale qui comprend différents domaines ciblant des risques ou des situations de vie spécifiques (Tableau 1). Les assurances sociales nationales sont complétées par des prestations organisées et accessibles différemment selon les cantons, mais globalement destinées à soutenir financièrement les personnes qui ne peuvent pas subvenir elles-mêmes à leurs besoins et qui n'ont pas droit aux prestations des assurances sociales nationales. Si les ressources d'une personne ne suffisent pas pour couvrir le minimum vital et que les possibilités de soutien par les sous-systèmes sont épuisées, l'aide sociale intervient. Cette dernière relève de la compétence des cantons et des communes. (Tableau 1).

## Interfaces avec le système de santé

Les différents domaines du système social sont pour la plupart des sous-systèmes distincts les uns des autres, avec chacun des bases légales, des structures, des mécanismes de financement et des domaines d'action spécifiques et peu harmonisés. Ils ont néanmoins certaines interfaces et points de contact :

- Un problème de santé chronique peut limiter la capacité d'un individu à travailler, ou l'empêcher de travailler, ce qui justifiera le recours à des prestations sociales. Les services compétents échangent des informations avec les acteurs du système de santé afin d'obtenir les informations nécessaires, par exemple pour clarifier la capacité de travail et/ou les mesures d'intégration possibles. Le cas échéant, ces services déclenchent différentes prises en charge médico-soignantes.
- Dans un contexte de prise en charge médicale, des questions sociales peuvent se poser, par exemple lors de la planification du suivi après une hospitalisation. Quand les besoins se prolongent, le choix du milieu de soins (ex : établissement médico-social, soins à domicile, soutien par les proches) est souvent aussi lié à des questions de financement (ex : assurance-maladie, prestations complémentaires, contribution personnelle des proches).

- La collaboration interprofessionnelle (CIP) entre les acteurs de la santé et du social a lieu dans différents contextes, par exemple en psychiatrie ou dans le domaine des addictions, ainsi qu'en médecine de premier recours.
- D'autres modèles, inspirés du case/care management, proposent des séances de coordination ainsi que des collaborations interinstitutionnelles formalisées (CII), qui permettent aux différents acteurs d'analyser ensemble des situations et d'élaborer des solutions globales pour/avec les personnes concernées.

## Les défis de la collaboration entre les systèmes

### Défis au niveau du système :

- Souvent, le financement d'une prestation ou d'une évaluation par un autre système n'est pas prévu. Cela peut limiter sa mise en œuvre, malgré sa pertinence.
- Selon le système, différents niveaux de l'État et différents départements sont responsables des aspects juridiques et financiers.
- Les règles de protection des données, le secret professionnel et les différents processus/outils de gestion des dossiers peuvent entraver l'échange d'informations entre les personnes impliquées dans une même situation.

### Défis au niveau des institutions du système de santé et du système social :

- En raison de ressources limitées et de la pression économique, les institutions ont tendance à se concentrer sur leur activité principale, et à laisser de côté la question des interfaces et des collaborations interinstitutionnelles.
- Manque de modèles (ex : processus, outils) pour un travail individualisé avec des personnes qui ont des besoins multiples (i.e. santé et social) ; failles dans le système de coordination et d'accompagnement.
- Vision étroite de la mission et de la définition de la santé : les structures sociales ne se considèrent pas compétentes pour les questions de santé ; les structures de santé ne se considèrent pas compétentes pour les questions sociales.

### Défis au niveau du personnel :

- Manque d'expertise dans la gestion des personnes avec besoins multiples.
- Manque de connaissance du fonctionnement, des prestations, des limites et des possibilités de l'autre système (i.e. santé, social).
- L'interdépendance entre les aspects sociaux et l'état de santé des personnes n'est que peu reconnue.
- Manque de reconnaissance de l'impact des évaluations médicales sur le droit à certaines prestations sociales.

- Communication interprofessionnelle compliquée (ex : vocabulaire, cadres de références).
- L'interdépendance des différents acteurs (ex : personnes concernées, proches, professionnel-le-s) est peu reconnue, si bien que les enjeux de pouvoir et de statut – ainsi que la crainte de perdre son identité professionnelle – freinent la collaboration interprofessionnelle.

Christian Rüefli et Michèle Gerber, Bureau Vatter,  
Recherche et conseil politiques : [ruefli@buerovatter.ch](mailto:ruefli@buerovatter.ch)

DOMAINES DU SYSTÈME SOCIAL	MOTIF DE LA PRESTATION	OBJECTIF DE LA PRESTATION
<b>Services de base</b>		
Système éducatif, système de santé, système juridique, transports publics, système de télécommunications, etc.		
<b>Assurances sociales</b>		
Assurance vieillesse et survivants (AVS)	Atteinte de l'âge de la retraite Impotence Décès du conjoint / d'un parent	Couverture des besoins vitaux
Prévoyance professionnelle	Atteinte de l'âge de la retraite Invalidité ou décès de la personne assurée	Maintien du niveau de vie
Assurance-invalidité (AI)	Perte ou limitation de la capacité de gain en raison d'une atteinte à la santé (en lien avec une maladie, un accident ou une infirmité congénitale)	Maintien de la capacité de gain Couverture adéquate des besoins vitaux Autonomie et responsabilité de l'individu
Assurance chômage (AC)	Chômage Chômage partiel	Comblent les pertes de gain Intégration dans le marché du travail
Assurance accident (AA)	Accident et maladie professionnelle	Prise en charge médicale
Assurance-maladie (KV)	Maladie, accident, maternité	Soins de santé
Allocation de maternité et de paternité	Maternité, paternité	Indemnisation de la perte de gain
Allocation pour perte de gain	Service dans l'armée ou dans certaines institutions civiles	
Allocations familiales	Enfant	Soutien à la subsistance
<b>Prestations en lien avec des besoins spécifiques</b>		
Aides à la formation, subsides aux cotisations AVS, AI et APG, subsides aux primes d'assurance-maladie, aide aux victimes, assistance juridique	Manque de moyens pour assurer la subsistance et absence/insuffisance de droits aux prestations de sécurité sociale	Garantir l'accès aux services de base Prévenir la pauvreté
Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, allocations de vieillesse et d'invalidité, avance sur pension alimentaire, allocations familiales, allocations de chômage, allocations de logement	Absence/insuffisance de droits aux prestations de sécurité sociale et ressources insuffisantes pour couvrir les besoins vitaux	Lutter contre la pauvreté
<b>Aide sociale</b>		Couverture du minimum vital Prévenir la pauvreté

Tableau 1: Synthèse du système suisse de sécurité sociale. Sources: BFS/OFS (2019), BSV/OFAS (2021)

Qui  
sont  
les

# bénéficiaires

du système

## Partie 1



Dans les témoignages qui figurent dans cette partie, une patiente (page 8) et un patient (page 9) décrivent leur vie avec une maladie chronique, puis une famille donne un aperçu de la vie avec un enfant polyhandicapé (page 10). De plus, un médecin de famille et une assistante sociale parlent de leur travail à l'interface des deux systèmes (pages 11/12). Ces témoignages ont été recueillis par Johannes Kornacher.

Le fmc a invité des personnes concernées et des professionnel·le·s de différents domaines à témoigner de leur expérience des interfaces entre le secteur de la santé et le secteur social. Nous voulions savoir où se situent les obstacles et comment ils sont vécus. Nous voulions aussi savoir ce qui, de leur point de vue, devrait être amélioré pour que les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap – et leurs familles – soient accompagnées de la meilleure manière possible. Ces témoignages sont tirés d'expériences individuelles. Ils ne sont pas forcément généralisables et ne reflètent pas nécessairement l'opinion du fmc. Certaines conclusions sont toutefois reprises dans les recommandations.

**Cristina Galfetti** | Patiente | Meisterschwanden

## « J'ai compris : je dois me débrouiller seule. »

À l'âge de quatre ans, on m'a diagnostiqué une « polyarthrite chronique juvénile », aujourd'hui appelée arthrite juvénile idiopathique (AJI). Dans cette maladie rhumatismale auto-immune, ce sont les articulations qui sont touchées, mais la maladie peut aussi s'étendre aux organes. Dans mon cas, le cœur et les poumons sont également touchés.

Enfant, j'ai dû subir plusieurs opérations. Je n'ai pas pu participer aux cours de gymnastique, ce qui m'a affectée. Ce qui me pesait encore plus, c'est que beaucoup ne m'écoutaient pas vraiment quand il s'agissait de ma maladie. Quand j'avais douze ans, j'ai effectué un monitoring de mes douleurs dans le temps : le médecin s'est moqué de moi. Alors j'ai compris : je dois me débrouiller seule.

Prendre son destin en main, telle a toujours été ma devise. J'ai fait du mieux que j'ai pu et, jusqu'à présent, je me suis bien débrouillée dans la vie. Après une formation dans le domaine du tourisme, j'ai travaillé dans l'hôtellerie. Plus tard, j'ai étudié les sciences sociales et j'ai suivi des formations en coaching et en mental training.

Depuis quelques années, motivée par mon expérience de vie avec une maladie chronique, je travaille comme gestionnaire de cas. Je soutiens les personnes malades ou accidentées dans leur retour à la vie professionnelle. En outre, je dirige mon propre cabinet de coaching pour les personnes atteintes de maladies chroniques et j'organise des séminaires en Suisse et à l'étranger.

Parmi les personnes que j'accompagne, beaucoup vivent une situation similaire à la mienne. Elles sont accablées par des problèmes de santé, mais aussi souvent par des difficultés financières et sociales. Elles se sentent sur la défensive dans leurs relations avec les administrations. Elles doivent prouver qu'elles ont réellement besoin de soutien, dans une posture de demande psychologiquement difficile. Ces situations sont pénibles sur le plan émotionnel. Une maladie chronique influence tous les aspects de la vie.

Après avoir subi un accident vasculaire cérébral pendant une opération en 2010, j'ai dû recourir à l'assurance invalidité (AI). C'est mon assurance d'indemnités journalières qui m'a « forcée » à le faire. J'ai mal pris cela à l'époque, car j'avais toujours cru que je pouvais tout faire moi-même. Aujourd'hui, je comprends le contexte. Mais à l'époque, je me sentais inférieure et en position de faiblesse. Des responsables de dossiers et des spécialistes décident de ton futur. Il y a des délais, des menaces, des sanctions. Le tout formulé dans un jargon souvent compliqué. Les professionnel·le·s ont certainement de bonnes intentions, mais j'apprécierais un peu plus d'empathie. En effet, dans un contexte de maladie chronique, c'est un poids supplémentaire.

Que pourrait-on faire mieux ? Je souhaiterais que la médecine ne se considère pas uniquement comme une médecine de diagnostic et de thérapie, mais qu'elle dialogue avec les personnes concernées et avec les autres professionnel·le·s impliqué·e·s. L'être humain devrait être davantage au centre, non le système. Si les gens travaillaient ensemble et les uns avec les autres – par exemple les médecins, les thérapeutes, les employeurs, les autorités – des solutions créatives pourraient être trouvées lors de séances de coordination. Tout le monde parle de pratiques interprofessionnelles. Mais dans la vraie vie, elles sont encore exceptionnelles !

Le système social devrait être abordé dès l'école : la prévoyance vieillesse, l'assurance-maladie, l'AI, la retraite anticipée, etc. En effet, tout le monde peut en avoir besoin. Les employeurs devraient mieux former leurs services des ressources humaines. Cela leur permettrait de mieux appréhender les différents cas de figure. Et ainsi, le plus important ne serait pas oublié : non seulement une personne se bat contre une maladie, mais elle se bat aussi pour continuer à vivre.

Cristina Galfetti :  
cg@cg-empowerment.ch

**Michael Rubertus** | Patient | Uitikon

## « Je suis toujours entre deux examens. »

« Vous en savez beaucoup plus sur votre maladie que moi », me dit mon médecin de famille en me délivrant une ordonnance pour le prochain examen. En effet, je dois faire examiner mon intestin grêle quatre fois par an, sachant qu'il m'en manque une partie et que le gros intestin a déjà été entièrement enlevé. Ma vie quotidienne s'en trouve fortement perturbée. Aller au cinéma ou assister à une longue réunion peut être difficile.

Je suis atteint d'une maladie rare, le syndrome de Lynch, dû à un défaut génétique (séquences d'ADN mal répliquées). À cause de ce syndrome, mon corps produit régulièrement des tumeurs cutanées ou gastriques/intestinales. Cela requiert un suivi très serré, afin que chaque nouvelle tumeur puisse être détectée et excisée à temps. La liste des effets secondaires est longue : je souffre de plusieurs maladies chroniques, mon système immunitaire et ma santé mentale sont fragiles. Les fréquentes anesthésies générales laissent également des traces.

La prévalence de ma maladie est de l'ordre du 1/1000. Pour la médecine, je suis un cas très intéressant. Mais pour la recherche, le syndrome de Lynch est trop rare pour être exploré. C'est pourquoi il n'existe que peu de connaissances permettant d'améliorer ma situation.

Lorsque j'ai enfin reçu un diagnostic en 2008, je me suis dit « C'est donc cela. ». Et si je suis toujours là, c'est aussi grâce à un case-management médico-social pointu. Et ce n'est pas un professionnel qui s'en charge : je suis mon propre case-manager.

Je suis très reconnaissant envers notre système de santé et de sécurité social. Dans d'autres pays, je serais mort depuis longtemps. Pourtant, mon expérience au fil des ans est mitigée. Il manque la coordination et la vision globale. En tant que patient engagé, je m'informe sur tout, je coordonne les rendez-vous, je pose parfois des questions, avec insistance. Ainsi, j'en sais probablement plus que beaucoup de médecins sur ma maladie. Mais plus le dialogue est horizontal, plus la distance à mon égard augmente. Est-ce que je rends les gens inconfortables ? Est-ce que je suis trop exigeant ? J'ai créé une Dropbox avec beaucoup d'information sur ma maladie, au cas où un·e spé-

cialiste voudrait en savoir plus. Jusqu'à présent, personne n'y a jeté un coup d'œil, à part mon oncologue. Un autre exemple : après différentes interventions, j'ai dû regarder moi-même les possibles interactions entre les nouveaux médicaments. C'est frustrant. Je me sens impuissant.

La rigidité du système me laisse toujours perplexe. Il doit bien y avoir un moyen d'alléger et d'individualiser certains processus ! Ainsi, j'ai ressenti l'inscription à l'AI comme une charge supplémentaire inutile et comme une humiliation. Malgré un diagnostic et des résultats clairs, j'ai dû passer par tout le fatras des multiples examens et expertises psychiatriques. À la fin, on en a déduit que j'étais bien malade... Normalement, une réévaluation était prévue au bout de cinq ans et j'aurais à nouveau dû me soumettre à la même procédure. J'ai demandé et obtenu un entretien avec un cadre de l'office AI, et cette nouvelle procédure m'a été épargnée.

Si je suis en vie, c'est aussi grâce aux soins dévoués de ma compagnie. C'est énorme ce qu'elle fait pour le système. Mais au cours de toutes ces années de soutien, ni la caisse maladie, ni l'AI n'ont eu l'idée de lui offrir quelques semaines de repos.

Par ailleurs, dans le système, personne ne me pose une question du type « Comment ça se passe pour vous ? ». J'en ai rarement besoin, mais ce serait un grand soulagement d'avoir un·e professionnel·le qui s'occuperait de tout, qui reconnaîtrait aussi que je me bats chaque jour pour survivre. De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques ont besoin d'un case-management médico-social professionnel. Pour une fois, je ne suis pas l'exception – nous sommes nombreux !

Michael Rubertus :  
michael.rubertus@gmail.com

Jörg Spieldenner | Père de famille | Vevey

## « La logique et le bon sens font souvent défaut. »

Nous avons un fils merveilleux, Viktor. Il a sept ans et est né avec la trisomie 21. Dans cette maladie, également appelée syndrome de Down (du nom du médecin britannique John Down qui l'a décrite en 1866), le 21<sup>e</sup> chromosome est triple. D'où le nom de trisomie.

Comme la plupart des personnes atteintes du syndrome de Down (environ 5'000 en Suisse), Viktor présente un risque accru de développer de multiples maladies. La plus importante de ces pathologies congénitales est la maladie auto-immune de la thyroïde de Hashimoto, une inflammation chronique de la glande thyroïde. À cela s'ajoutent une malformation dentaire, une malformation des conduits auditifs et de son anus. Les deux ont dû être corrigées chirurgicalement. Viktor souffre d'incontinence fécale et doit encore aujourd'hui porter une couche.

Au quotidien, Viktor suit un programme intensif d'ergothérapie, de logopédie et de physiothérapie. Cette dernière doit notamment lui permettre de renforcer son tonus musculaire. Il progresse et nous avons bon espoir.

Notre quotidien familial est placé sous le signe de l'organisation et des soins. Je suis moi-même médecin et économiste de la santé. Je m'occupe du case-management médical. Je sais quels examens doivent être effectués à quel moment, je discute avec les collègues. Cela a permis d'optimiser certaines choses. Quelle chance que je dispose de ces connaissances car il n'y a personne d'autre pour jouer ce rôle. En effet, dans notre système de santé, il manque la vision médicale globale.

En outre, il faudrait case-management qui cible les besoins à l'interface entre le secteur de la santé et le secteur social, afin que les personnes concernées et leurs familles soient prises en charge de manière optimale. Ma femme et moi nous en occupons. Nous nous demandons souvent comment se passent les choses dans d'autres familles où le savoir-faire, les connaissances linguistiques ou les ressources font défaut.

Viktor bénéficie de traitements adaptés. Son intégration dans le système scolaire fonctionne très bien. Au total, une vingtaine de personnes – domaines (para)médical et scolaire – sont im-

pliquées dans sa vie. Nous sommes souvent touché·e·s par l'engagement de ces professionnel·le·s, et nous leur en sommes très reconnaissant·e·s.

Nos expériences négatives concernent avant tout des organisations et surtout les différents financeurs. Je me limiterai à quelques exemples. En Suisse, la trisomie 21 n'est une maladie reconnue par l'Al que depuis 2016 (en Italie ou en Allemagne depuis les années 1980). Mais certaines prestations sont prises en charge par l'Al, d'autres par l'assurance-maladie, d'autres encore par le canton ou la commune. La malocclusion dentaire, bien qu'étant une pathologie inhérente à la trisomie 21, ne figure sur aucune liste. Pour cela, il faut faire une demande spéciale : je l'ai faite et j'attends la réponse depuis plus d'un an et demi.

Certes, les traitements ou les interventions chirurgicales sont financés par le système de santé. Mais il faut une demande pour presque chaque prestation. Il faut le savoir, mais personne ne te le dit. Avec un case management médico-social, on saurait par exemple que l'Al ne reconnaît pas la logopédie. Pour cela, il faut faire une demande séparée auprès du canton. Dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, il manque surtout une chose : la logique. Les prestations médicales relèvent du domaine de la santé, mais une prestation de prévention (ex : conseil) relève du domaine social, avec une contribution individuelle de 20%. Le canton finance la logopédie et l'Al la physiothérapie. Quelle logique y a-t-il à cela ?

Il y a des spécialistes qui ont de grandes visions, mais personne n'ose vraiment empoigner les problèmes. Au lieu de rafistoler le système, il faudrait – en partant des groupes-cibles, c'est-à-dire de la personne concernée – tout reconstruire. Mais c'est illusoire.

Anton, le frère de Viktor, est âgé de six ans et ne comprend pas encore certaines choses. Pourquoi son grand frère a encore besoin d'une couche, ou pourquoi nous devons faire une randonnée en deux groupes séparés le week-end. Parfois, je pense, cher Anton, que moi aussi il y a plein de choses que je ne comprends pas.

Dr. med. Jörg Spieldenner :  
J.Spieldenner@lung.ch

Vladimir Sibalic | Médecin de famille | St-Gall

## « Former également les médecins de famille au conseil social ! »

Mon cabinet de médecine générale à Saint-Gall fait partie des cabinets individuels de ville classiques. Spécialisé en médecine interne, je suis également formé en médecine manuelle et psychosomatique. J'enseigne à la Faculté de médecine de l'Université de Zurich en tant que professeur de clinique et de pré-clinique.

Je travaille avec deux assistantes médicales. Il n'existe pas de prestations spécifiques pour le conseil social, alors que je suis confronté presque quotidiennement à ces éléments. Dans mon activité de président de l'association des médecins de famille de St-Gall et de formateur, la question de l'interface entre le secteur de la santé et le secteur social se pose régulièrement.

Notre système de santé a un problème structurel et opérationnel. En effet, en tant que médecin, je ne suis pas formé pour du conseil social et le système de facturation ne prévoit pas de points tarifaires pour cela. Pourtant, ces prestations font partie de mon quotidien. Les démarches administratives avec les assurances et les autorités sont souvent compliquées pour les patient·e·s. Beaucoup sont dépassé·e·s. Par exemple, un de mes patients est carreleur indépendant, récemment immigré en Suisse. Suite à un accident (blessures au genou et à l'épaule), il a dû suspendre temporairement son activité professionnelle. Lorsque ma facture est restée impayée, j'ai appelé son assurance accident, la SUVA. C'est là que j'ai découvert que mon patient ne leur avait pas du tout déclaré l'accident : il ne parle pas bien l'allemand et ne savait pas comment gérer les processus administratifs. Au bout d'une demi-heure, le formulaire était rempli et envoyé. Et ce, alors que ma salle d'attente était pleine. Mais je devais faire quelque chose.

En tant que médecin, je travaille en réseau avec des spécialistes et des organisations qui proposent du consulting social pour les cas les plus compliqués. Mais un cabinet de médecine générale est aussi une entreprise « tout-en-un » qui assure beaucoup de choses qui vont au-delà des aspects purement médicaux. J'ai donc formé mon personnel en interne afin de soutenir les patient·e·s pour les aspects administratifs. Nous avons les formulaires, nous savons comment gérer les questions assé-

rologiques compliquées. Cela me permet de réduire au maximum les erreurs, mais cela se fait au détriment du précieux temps de prise en charge médicale. Et personne ne le souhaite.

Ma vision d'une solution : il faut créer un certificat de capacité en travail social clinique pour les médecins de famille. Cette formation devrait être valorisée par l'assurance-maladie (ex : prestation reconnue). Le médecin pourrait alors décider de fournir lui-même la prestation ou de la déléguer. La coordination urgente et nécessaire au-delà des limites du système sanitaire pourrait alors enfin avoir lieu. Tant que cela ne sera pas en place, personne ne n'en chargera !

Je suivrais cette formation sans hésiter. Les avantages sont évidents : le bien-être des patient·e·s et la qualité des prestations médicales seraient améliorés. En tant que médecin, j'aurais une meilleure compréhension des situations individuelles et je pourrais m'engager de manière plus ciblée auprès des institutions sociales et des assurances, comme l'Al. Les refus de prestations seraient alors plus rares. Un tel modèle serait également beaucoup plus efficace pour le système de santé.

KD Dr. med. et scient. med. Vladimir Sibalic:  
praxis.sibalic@hin.ch

**Marion Surbeck** | infirmière, assistante sociale & spécialiste REAS | Schaffhouse

## « Les services sociaux et de santé sont sous-dotés et leurs professionnel·le·s sont stressé·e·s. »

Avec une formation initiale en soins infirmiers, j'ai travaillé dans des milieux stationnaires et ambulatoires, avant de devenir assistante sociale. J'ai ensuite travaillé dans des services sociaux hospitaliers, puis pendant six ans chez Pro Senectute. Depuis 2017, je travaille à la Ligue contre le cancer à Schaffhouse, où je propose conseil et soutien social. Dans ce petit canton, et grâce à mes expériences professionnelles, je dispose d'un très bon réseau, et je connais presque tous les acteurs du secteur de la santé et du social. Les liens étroits permettent de tout bien maîtriser. Les deux secteurs travaillent ensemble de manière efficace.

Ces dernières années, j'ai observé une augmentation importante des consultations auprès de la Ligue contre le cancer. Les situations deviennent également plus complexes. Les difficultés sociales s'ajoutent aux problèmes de santé, et inversement. Bien vivre avec le cancer est lié à un bon équilibre social. A cela s'ajoute le fait que, grâce aux progrès de l'oncologie, il est possible de survivre à un cancer et aujourd'hui, toujours plus de personnes vivent avec cette maladie. Enfin, de nos jours, les prestations de conseil ont tendance à être plus utilisées que par le passé.

Voici quelques exemples tirés de mon travail quotidien. Une jeune patiente atteinte d'un cancer et ayant des enfants en bas âge suit actuellement une chimiothérapie. Je m'occupe, avec la Croix-Rouge, d'organiser la garde de ses enfants pendant ses traitements. Le cancer touche toujours l'ensemble de l'environnement d'une personne. Le soutien proposé aux familles par la Ligue contre le cancer englobe donc tous les besoins d'une famille pendant la maladie, comme la garde des enfants ou la collaboration avec l'école ou l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA).

Mon travail inclut également l'attention à la santé mentale des personnes. Le dialogue et l'écoute sont aussi importants que le soutien logistique au quotidien. « Point de contact pour les personnes atteintes d'un cancer », c'est ainsi que je décrirais globalement mon rôle.

Dans une autre situation que j'accompagne, c'est un soutien financier à partir du fonds de la Ligue contre le cancer qui permet-

tra d'écartier le risque d'endettement. En effet, le cancer entraîne des frais importants, que ce soit pour les franchises de l'assurance-maladie, les transports et/ou l'aide à domicile. De nombreuses personnes ne disposent pas de réserves financières importantes. Je suis également en mesure de clarifier les droits aux différentes prestations sociales et l'accès à des soutiens financiers.

En effet, les difficultés financières sont un problème fréquent, surtout chez les jeunes patient·e·s atteint·e·s de cancer avant l'âge de l'AVS. La maladie les met souvent dans une situation professionnelle difficile, car ils/elles ne peuvent plus occuper leur emploi ou seulement à temps partiel. Souvent, d'autres problèmes de santé viennent s'ajouter au cancer. La question d'une inscription à l'AI se pose alors. Souvent, les personnes concernées sont fortement atteintes dans leur santé, mais ne remplissent pas formellement les conditions de l'AI. Dans ce cas, le risque est grand qu'une personne doive faire appel à l'aide sociale.

Outre mon poste auprès de la Ligue contre le cancer, je suis engagée dans le projet des antennes régionales (REAS). Les REAS offrent un soutien en cas de besoins complexes. Il s'agit généralement de personnes jeunes qui, en raison de leur état de santé et de caractéristiques psychosociales complexes, ne répondent pas aux critères usuels et passent à travers les mailles du filet socio-sanitaire.

Personnellement, dans mon travail, je ne constate aucune faille notable à l'interface des systèmes. Nous avons un niveau élevé de compétences dans les deux systèmes et une bonne collaboration. Par contre, la rigidité et la lourdeur – notamment des processus administratifs – est un problème. Ils ne sont pas adaptés aux besoins actuels dans certains domaines. Les prestations de conseil doivent être développées, par exemple par l'AI, et ces structures devraient gagner en flexibilité. Les services sociaux et de santé sont sous stress. Les ressources humaines et financières sont trop limitées alors qu'il y a de plus en plus de situations à traiter. Il y a donc moins de temps pour les personnes concernées, ce qui ne va pas dans la bonne direction.

Marion Surbeck, Ligue contre le cancer, Schaffhouse:  
m.surbeck@krebsliga-sh.ch

## Des expériences impressionnantes qui donnent à réfléchir

Ces partages d'expériences – des expériences de vie – du point de vue des patient·e·s, des personnes concernées et des professionnel·le·s sont impressionnants. Il n'est pas difficile d'en tirer une synthèse. Certes, les systèmes dans lesquels nous vivons sont exceptionnellement performants. Mais sont-ils cohérents les uns avec les autres ? Les personnes concernées y trouvent-elle leur place, au centre donc ? Ou leur présence est-elle au contraire perçue comme un obstacle ?

### Cinq messages clés tirés de ces expériences

- Tous les acteurs devraient collaborer les uns avec les autres.
- Les services sociaux et de santé sont sous-dotés ; leurs collaborateurs et collaboratrices sont stressé·e·s.
- Les processus administratifs sont compliqués : les personnes ont besoin de soutien pour s'y retrouver et naviguer dans & entre les systèmes.
- Les personnes concernées aimeraient que les prestations et les processus soient plus cohérents avec les objectifs du système socio-sanitaire.
- Un case-management orienté vers les besoins des personnes concernées est indispensable.

### Comment comprendre la santé et ses conditions

Dans la Charte d'Ottawa, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 1986 la santé comme un élément essentiel de la vie quotidienne. Elle souligne l'importance des ressources individuelles et sociales (ex : formation, revenu, égalité des chances). « La santé est créée et vécue par les gens dans leur environnement quotidien : là où ils jouent, apprennent, travaillent et aiment ». (OMS, 1986). La santé reflète donc « les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ».

Bien plus que la pathogenèse, c'est la salutogenèse qui doit guider les actions. Nous devons tenir compte des conditions d'apparition et de maintien de la santé. L'état de santé individuel résulte d'un équilibre entre les risques et les ressources. Les exemples internationaux et nationaux proposés ci-après montrent comment le secteur de la santé et le secteur social peuvent contribuer à cette vision.

Retours d'expériences du terrain

Partie 2

# Quelles sont les pratiques innovantes ?

Ce numéro de « Matière à réflexion » s'inspire d'expériences internationales et propose de mieux comprendre la différence entre leurs pratiques et les nôtres, les raisons de ces disparités, les défis et les avantages de leurs approches.

**En Écosse**, la médecine et le travail social collaborent depuis longtemps.  
> **Page 16**

**En Allemagne**, une réforme de la politique sociale devrait aboutir à une meilleure collaboration entre les deux systèmes.  
> **Page 20**

## Approches mises en œuvre en Suisse

En Suisse, nous avons également une palette de pratiques intéressantes. Nous vous en proposons quelques-unes qui montrent comment les deux systèmes peuvent collaborer.

- **HotA** : prise en charge à domicile avec la famille  
> **Page 25**
- **Arros** : soins et assistance aux personnes âgées  
> **Page 26**
- **REAS** : le travail social coordonné soutient les personnes avec besoins complexes  
> **Page 27**
- **SoBü Bärn** : travail social dans les cabinets de médecine générale  
> **Page 28**
- **Swica** : un assureur soutient l'articulation entre le secteur de la santé et le secteur social  
> **Page 29**
- **Onko Reha Aargau** : une rééducation en oncologie avec un accompagnement médico-social  
> **Page 30**
- **richäburg.füränand** : une commune schwytzoise encourage la collaboration entre le système de santé et le système social  
> **Page 31**

# Implementing integrated health and social care in Scotland

## RÉSUMÉ

### Prestations médico-sociales en Écosse

En Écosse, des mesures structurelles et financières ont été prises dès le début du millénaire afin de promouvoir l'intégration des soins médicaux et sociaux pour les personnes âgées. La collaboration entre les équipes interprofessionnelles a été fortement encouragée, par exemple avec la création de l'association nationale « Health and Social Care Scotland » et de nouveaux contrats pour les médecins généralistes. Des thèmes tels que la prévention, les soins personnalisés et l'implication des familles et des proches, notamment pour les personnes avec besoins complexes, ont été davantage mis en avant. L'attention se porte désormais aussi sur les questions de solitude et d'isolement social, puisqu'elles sont corrélées avec la santé, le bien-être, la vie dans les villes et les communautés, et avec la fréquence et la durée des hospitalisations. Les prestations bénévoles sont encouragées.

Le succès est au rendez-vous. Néanmoins, le manque de personnel met ces modèles – mis en œuvre au niveau communal – face à de grands défis.

<https://hscotland.scot/> was established as a national collaboration of health and social care leaders and managers.

Integration has not changed the regulatory framework or accountabilities for professional practice. Initial concern over loss of professional identity has been mitigated by workforce development initiatives to build interdisciplinary and cross sector leadership and management capability. A new contract for general practitioners introduced in 2017 enabled greater multi-disciplinary working in primary care, supported by investment in a range of new roles: community mental health professionals, community link workers, pharmacists, and advanced nursing and allied health practitioners to support proactive and chronic care for people with multimorbidity, frailty or complexity (The Scottish Government, 2017).

### Improved living situation towards end of life

Integrated Health and Social Care Standards introduced in 2018 apply to all health and care providers and seek to improve care outcomes and personalisation. Implementation has focused on re-orienting conversations to achieve outcomes identified through collaborative care planning and shared decision making, as described in a series of Realistic Medicine Reports. For example, in Anticipatory Care Planning (ACP) practitioners work with patients, carers and families to help them express preferences and goals for future care. By October 2020, around 20% of primary care clinical records included an electronic summary ACP that is routinely shared with out of hours and acute care providers. This has contributed to a modest increase in the time people spend at home or in a community setting in the last six months of life.

The Health and Social Care Alliance Scotland, a national Third sector intermediary, hosts several national programmes that help build workforce capability for person centred integrated care, including social prescribing and signposting people to community resources and supports that will help them live their best life. Community Links Practitioners work alongside primary care to support people living in challenging circumstances or facing loneliness, mental health problems, addictions or debt to draw on individual and community assets. Scotland's House of Care programme promotes person centred collaborative care and support planning, builds skills in self management, leadership and team working, strengthens patient and staff health literacy capabilities, and builds knowledge of, and relationships with, local community assets and resources (Cook, Grant 2020). *My Condition My Life* is a national campaign and fund to support self management, complemented by resources for Health Literacy.

The Scottish Parliament has devolved legislative powers for health and social care. Healthcare including nursing care is free at the point of delivery. In 2002, free personal social care was introduced for older people, extended in 2019 to all adults with degenerative neurological conditions. For over a decade there has been cross party consensus that separate, often fragmented, healthcare and social care systems can no longer meet the needs of a population that is ageing. Between 2011 and 2015, a Reshaping Care for Older People programme and £300 million Change Fund encouraged greater collaboration between health, social care, housing, third sector and independent providers to improve outcomes for older people (Hendry, Taylor, Marcer, 2016). Widespread engagement secured public, professional and political support for integrating healthcare and social care for all adults to ensure better health and wellbeing outcomes.

### Nationwide collaboration

The Ministerial Strategic Group for Health and Community Care provides high level and cross sector national leadership for integration. The group brings together representatives from the Scottish Government, NHS Scotland, Local Government, and delivery organisations. The Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014 established Integration Authorities, known as Health and Social Care Partnerships (HSCPs), as distinct legal entities directed by Integration Joint Boards comprising members of the local NHS Board, local government officials, professionals, Third sector and community representatives. Each HSCP has a Chief Officer and Chief Finance Officer who are accountable for the integrated services and budget and for planning and commissioning the care and support required by the local population. Health and Social Care Scotland

### Emergency Beddays: Actual vs Expected; Scotland, aged 65 and over

(Expected based on 2008/09 rate)



**Figure 1:** Emergency beddays used by people aged 65+, 2008/09 to 2018/19: actual vs expected  
Source: SMR01 (PHS), NRS population estimates

■ Actual Beddays    ▲ Expected Beddays

### Care Home Residents: Actual vs Expected; Scotland, aged 65 and over

(Expected based on rate at March 2009)



**Figure 2:** Long-Stay Care Home Residents aged 65+, 2009 to 2019: actual vs expected  
Source: Scottish Care Home Censuses; NRS population Estimates

■ Actual Beddays    ■ Expected Beddays

Across Scotland, communities are beginning to tackle loneliness and social isolation. For example, Compassionate Inverclyde is an award-winning social movement that is helping to transform attitudes and everyday practices around loneliness, social isolation, death and bereavement. The ethos is fundamentally about local people working alongside existing formal services, tapping into our desire to be kind, helpful and neighbourly. Ordinary people are part of a dynamic, growing and largely self-organising social movement of fundraisers, volunteers, befrienders, companions, community cafes, compassionate schools, businesses and neighbourhoods. All actions affirm that caring for one another at times of crisis and loss is everyone's responsibility. An independent evaluation describes examples of improved personal, relational and community outcomes experienced by many thousands of people.

#### Collective Endeavour across sectors is key

Personalisation, empowerment and co-production are supported by legislation that places a statutory duty to offer choice in how people are assessed and receive their social care or support, and by a human rights-based Carers Charter and legislation. The Scottish Government's Social Renewal Advisory Board calls for Collective Endeavour across sectors to enable individuals and communities to have more control over decisions that affect their lives; to empower teams to deliver services that improve the lives of the people and communities they serve; and to have a collective focus on building more resilient, fairer, healthier and stronger communities and places.

HSCPs produce publicly available strategic plans and annual performance reports for a suite of indicators that support nine national health and wellbeing outcomes. These reports draw on routinely recorded hospital and community data and on regular national surveys of care experience. National health and care data and data linkage systems offer ways to measure the impact of the reform, in particular through analysis of key trends over time and in the context of an ageing population. It is possible to consider how trends might have looked ('expected') in the absence of the reform.

For example, the number of acute hospital beds (emergency beddays) used by older people during 2018/19 (2.8 million) is considerably less than 'expected' (3.5 million) based on projection of the 2008/09 rate (Figure 1).

The number of people aged 65+ in long stay hospital care has markedly declined and their beddays reduced from 472,000

in 2008/09 to 229,000 in 2018/19. When long stay hospital care and acute hospital stays are combined, the actual bed days for people aged 65+ in 2018/19 are 27% lower than the population adjusted trend would have suggested. This has not been accompanied by an expansion in long term residential care. The number of age 65+ long-stay residents at March 2009 (30,418) is 20% lower than would have been expected based on 2009 rates (Figure 2).

Overall, around 10,000 more people aged 65+ were living at home each day in 2018/19 than 'expected', representing a significant shift to care at home, avoiding institutional care costs and releasing resource for investment in community health and care.

The pandemic has accelerated local collaboration and enhanced capability to make infrastructure and practice changes at unprecedented speed, including rapid innovation and adoption of digital solutions such as [Near Me video](#) enabled consultations. Faced with continuing stark health and economic challenges for recovery and remobilisation, HSCPs must further strengthen alliances with community and voluntary sector partners to improve lives and opportunities through a stronger focus on prevention, early intervention and community led action targeting mental wellbeing, loneliness, isolation and the wider determinants of health (see for example Compassionate Inverclyde)

Workforce capacity remains the biggest challenge and a recent independent review highlighted the extreme fragility of the adult social care sector in particular. In response, Scottish Ministers are consulting on the remit and governance of a National Care Service. And so the reforms continue ...

For further information see also: Hendry A, Thompson M, Knight P, McCallum E, Taylor A, Rainey H, Strong A. Health and Social Care Reform in Scotland – What Next? *International Journal of Integrated Care*, 2021; 21(4): 7, 1–14. DOI: [Hyperlien](#)

Anne Hendry : Director IFIC Scotland/Hon. Professor University of the West of Scotland. [anne.hendry@lanarkshire.scot.nhs.uk](mailto:anne.hendry@lanarkshire.scot.nhs.uk)

# Allemagne

## une nouvelle loi augmente la marge de manœuvre pour l'intégration des soins

### RÉSUMÉ

#### Tendance à la réorganisation en Allemagne

Le système de sécurité sociale allemand divise les domaines en différents livres de loi (Sozialgesetzbücher), chacun avec sa propre logique interne, ses différentes sources de financement et ses différents ministères. Ces structures favorisent la pensée et l'action en silos. Les points de friction et les conflits de compétences entre les différentes institutions sont inévitables et sont encore plus évidents lorsqu'il s'agit de financement.

Toutefois, les nouvelles conditions cadres entrées en vigueur en janvier 2021 ont rendu le système considérablement plus agile, facilitant ainsi les modèles de soins intégrés et élargissant le cercle des partenaires impliqués. Un changement de mentalité est perceptible : les approches populationnelles prennent de plus en plus en compte non seulement la santé, le social. Il s'agit d'une approche globale qui peut désormais s'appliquer à tous les secteurs et à toutes les institutions. Le nouveau gouvernement fédéral a annoncé ses intentions et veut promouvoir l'attractivité des approches populationnelles (ex : régions sanitaires) ou introduire des prestations de prise en charge à bas seuil (ex : kiosques de santé). Le profil professionnel d'infirmière en santé communautaire doit être promu. Le nombre de ces infirmières – comme des coaches de santé – doit être augmenté dans les régions rurales.

Avec la loi sur l'amélioration de la prise en charge de la santé et des soins (GPVG), entrée en vigueur le 1er janvier 2021, le législateur allemand a précisé et élargi son objectif d'intégration des soins. C'est dans les textes de loi que figurent désormais les approches populationnelles ainsi que les contrats régionaux. Bien que cette possibilité existe depuis longtemps, elle n'a guère été utilisée par les assurances-maladies, car l'autorité de surveillance a considéré les approches de soins régionales comme étant « discriminatoires » et a exigé des offres à l'échelle nationale. Par ailleurs, la GPVG a augmenté la marge de manœuvre pour la coopération entre prestataires afin de promouvoir le développement de modèles inter-assurances et interinstitutionnels. Il est désormais possible de conclure des contrats spécifiques, par exemple avec des établissements de rééducation, ou avec des prestataires non médicaux, comme par exemple les travailleurs sociaux. Les assurances-maladies et les assurances-soins privées seront également admises comme partenaires contractuels. En outre, les assurances-maladies auront la possibilité de poursuivre, sur une base volontaire, des projets soutenus jusqu'à présent par le fonds d'innovation. Les nouvelles conditions générales ont permis d'une part d'augmenter considérablement la marge de manœuvre pour les modèles de soins intégrés, et d'autre part d'élargir le cercle des partenaires contractuels.

#### Des mondes différents : soins de santé et services sociaux

La caractéristique essentielle des soins intégrés est une collaboration non seulement entre les secteurs, mais aussi entre les institutions, qui cible les besoins complexes des patient·e·s en matière de santé et de soins, plutôt que les besoins des organisations existantes. Pour proposer les réponses adaptées, il faut toutefois une approche holistique de la prise en charge qui, outre le traitement des maladies, prend en considération les mesures de prévention, les mesures de promotion de la santé et d'intégration sociale (ex : marché du travail).

En divisant les domaines de la sécurité sociale, l'Allemagne se met elle-même des bâtons dans les roues : différents textes de lois (Sozialgesetzbücher, SGB) avec chacun leur propre logique, différentes sources de financement et différents ministères favorisent la pensée et l'action en silos. De plus, les soins en Allemagne sont principalement régis par le SGB V et se concentrent sur la protection en cas de maladie. Les mesures de prévention et de promotion de la santé sont certes également soutenues en Allemagne par les assurances-maladies, mais elles partagent cette tâche avec les assurances-accidents – dont les compétences et les rôles sont régis par le SGB VII – ainsi qu'avec des structures communales. Les patient·e·s trouvent leur principal interlocuteur en priorité auprès des caisses

de soins (SGB XI). Mais ce n'est pas tout : ceux qui souhaitent demander des mesures de rééducation sont pris en charge, par les organismes d'assurance-maladie (SGB V), d'assurance sociale (SGB VI) et d'assurance-accident (SGB VII), selon les cas. Les points de friction et les conflits de compétence entre les organismes sont donc inévitables et sont particulièrement flagrants lorsqu'il s'agit du financement des prestations. Les principales victimes sont les personnes dont les besoins se perdent littéralement dans les différents textes de loi.

D'une part, cela soulève un débat sur l'équité et l'accès, et d'autre part, le manque d'interdépendance des prestations sociales entraîne une augmentation des coûts. La nécessité d'une prise en charge holistique – socio-sanitaire – est reconnue. Néanmoins, force est de constater que les prises en charge inter-organisationnelles reposent actuellement fortement sur des individus et sur des contacts interpersonnels, comme par exemple les associations régionales. Les mesures législatives se concentrent le plus souvent sur la correction ou l'ajustement de certains SGB. La volonté de penser ensemble les soins de santé et les soins sociaux n'est que peu présente dans la politique – mais elle doit être inscrite d'urgence à l'agenda.

### Travail de pionnier

Malgré les embûches décrites, on trouve également en Allemagne de nombreux projets visant une plus grande intégration de la santé et du social. La possibilité – offerte depuis cinq ans dans le cadre du Fonds d'innovation – de financer de nouvelles formes de soins allant au-delà des soins habituels dispensés jusqu'ici par l'assurance-maladie obligatoire a également fait bouger les choses du côté des assurances sociales. Actuellement, le Fonds est exclusivement financé par l'assurance-maladie obligatoire. Cela a toutefois pour conséquence que les projets impliquant plusieurs prestataires sociaux ne peuvent être soutenus que si les organisations – en dehors de l'assurance-maladie obligatoire – participent au financement des projets conformément à leurs compétences. Les promesses de financement correspondantes doivent être jointes à la demande et augmentent à la fois la charge de travail et les incertitudes pour les projets concernés. Un soutien de la part d'un fonds d'innovation indépendant de l'assurance-maladie pourrait favoriser la réalisation de projets impliquant différents types de prestataires.

### Construire des ponts pour les soins intégrés

Outre la grande complexité du système de sécurité sociale allemand, le manque d'incitatifs à la collaboration a contribué au fait que des modèles de soins intégrés n'ont été mis en œuvre jusqu'ici que sous des formes pilotes, mais pas à plus grande échelle. La situation financière de plus en plus tendue, en particulier pour les assurances-maladies, pourrait avoir deux effets. D'un côté, elle pourrait faire encore plus obstacle à la collaboration interinstitutionnelle : les dépenses non imputables aux prestations d'une organisation pourraient être victimes de mesures d'économie particulièrement rapides. Mais d'un autre côté, le manque de moyens financiers pourrait aussi stimuler la créativité des assurances-maladies et de tous les acteurs, et faire émerger de nouvelles solutions pour la promotion de la santé et la prévention.

Au vu de la nouvelle législature en Allemagne, de nombreuses voix s'élèvent actuellement pour réclamer des approches populationnelles. Une prise en charge médicale et un soutien social ciblant les besoins spécifiques d'un groupe de population clairement défini ont pour objectif premier de réduire le fardeau de la morbidité et de favoriser l'intégration sociale. Pour ce faire, les approches populationnelles prennent en compte non seulement la santé, mais aussi les aspects sociaux. Une telle approche globale ne peut donc se faire que de manière intersectorielle et interinstitutionnelle.

Le nouveau gouvernement fédéral a reconnu cette nécessité et s'est fixé pour objectif, dans son contrat de coalition « Oser plus de progrès », de promouvoir l'attractivité des contrats de soins populationnels (ex : régions sanitaires), de mettre en place des prestations de soins à bas seuil (ex : kiosques de santé) dans les communes et les quartiers défavorisés, de promouvoir de nouveaux profils professionnels (ex : infirmières en santé communautaire), et de développer l'offre dans les zones rurales par le biais d'infirmières communautaires et de coaches de santé. Nous espérons que ces paroles seront suivies d'actes et que ceux-ci contribueront à améliorer les soins et le soutien aux groupes de population particulièrement vulnérables.

Johanna Nüsken (directrice générale) et Christian Hinke (chargé de mission), BMC. [hinke@bmceev.de](mailto:hinke@bmceev.de)

# Suisse

## C'est souvent le budget qui décide de l'avenir

Existe-t-il des modèles qui améliorent la collaboration interprofessionnelle (CIP) et permettent de personnaliser la prise en charge ? Quelles sont les interfaces entre le secteur de la santé et le secteur social ? Nous vous proposons plusieurs exemples de CIP « bottom-up ». Comment ces modèles ont-ils vu le jour ? Avec quelles visions, quels objectifs et quels défis ?

Ces exemples montrent la diversité des modèles de collaboration : au niveau des groupes cibles (HotA pour les familles, AROSS pour les personnes âgées), ou des lieux de soins (REAS dans les villes, SoBü Bärn dans certains cabinets de médecine générale). Les deux modèles de case-management sont également très différents : Argovie a un modèle à l'interface de l'onco-réhabilitation ambulatoire et stationnaire, Swica met l'accent sur les aspects asséurologiques. Enfin, la commune de Reichenburg montre comment la politique peut encourager la collaboration entre les systèmes.

## HotA – accompagnement des familles à domicile

La fondation HotA propose un suivi à domicile des familles avec besoins multiples – là où l'équilibre familial et le succès thérapeutique sont étroitement liés.

Une analyse des besoins à l'automne 2010 a montré qu'il manquait des prestations dans le canton d'Argovie en matière de prise en charge psychosociale des familles avec besoins multiples. Cette situation a incité les professionnel·les de la santé et du social à lancer le projet pilote HotA en 2011. Parallèlement, les « soins de proximité », également soutenus par les caisses d'assurance-maladie, ont permis de facturer les prestations de soins psychiques.

Dans 80% des familles accompagnées par HotA depuis le début du projet en 2012, au moins un membre de la famille était atteint d'une maladie psychique. Dans une bonne moitié des familles, au moins un des parents était concerné, le plus souvent la mère. La plupart d'entre elles ont été diagnostiquées avec des troubles affectifs. Dans près de 60% des familles, les enfants souffraient d'un trouble psychique, principalement de troubles hyperkinétiques. Dans un quart des familles, les parents et les enfants étaient atteints d'un trouble psychique.

HotA propose un accompagnement à domicile, à l'interface de la psychiatrie et de la pédagogie sociale. Le cadre de réfé-

rence du travail de proximité avec les familles inclut le conseil, l'accompagnement, l'approche systémique et le renforcement des ressources de la famille. En encourageant l'auto-efficacité et en renforçant les compétences des parents, des processus et des changements salutogéniques sont possibles pour toute la famille. En soutenant le développement de l'enfant, on travaille également de manière préventive. Des spécialistes du domaine social, de la pédagogie curative et de la psychologie se rendent au domicile des familles et les aident à trouver et à mettre en œuvre des solutions collectives. Le processus est composé de plusieurs étapes. L'indication est confirmée, puis les objectifs thérapeutiques sont définis avec la famille en collaboration avec une référente, puis régulièrement évalués et ajustés. L'évolution de la prise en charge fait l'objet, en interne, d'une supervision par des médecins spécialistes.

La Haute école de Lucerne a évalué le travail de HotA et a jugé que les objectifs étaient atteints à près de 80%. Ces objectifs – stabiliser les familles pour qu'elles puissent à nouveau fonctionner de manière autonome – restent atteints sur la durée également. En 2018, l'OFSP a décerné à HotA le titre de « modèle de bonne pratique pour l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé ».

*Les familles doivent pouvoir fonctionner de manière autonome.*

HotA a reçu, entre autres, des fonds de Swisslos pour sa phase pilote. Par la suite, le financement a constitué le principal défi à la pérennisation de ce modèle. Un financement durable ne semble possible que grâce à des contributions cantonales, notamment.

Une extension de ce modèle dans d'autres cantons, ainsi que de nouvelles formes de prise en charge de proximité plus intensives font partie des développements futurs de la fondation HotA.

Regula Berchtold (Directrice) et Isabelle Grobauer (Directrice médicale),  
Aarau. [Regula.Berchtold@hota.ch](mailto:Regula.Berchtold@hota.ch)

## AROSS – une structure au service des personnes âgées, de leurs proches et de tou·te·s les professionnel·le·s du réseau socio-sanitaire

AROSS est une structure au service des personnes âgées, de leurs proches et de tou·te·s les professionnel·le·s du réseau socio-sanitaire neuchâtois. L'AROSS est une structure indépendante et neutre, financée par l'Etat de Neuchâtel, dont toutes les prestations fournies sont gratuites.

AROSS a pour mission d'informer, orienter et accompagner les personnes en âge AVS et leurs proches dans le système socio-sanitaire. Son action vise à intervenir suffisamment tôt dans la trajectoire de vie des personnes fragiles afin de retarder leur dépendance, ainsi qu'à optimiser une prise en charge coordonnée avec les différents acteurs du réseau qui interviennent auprès de la personne âgée. L'équipe de coordination est composée de professionnel·le·s du domaine de la santé et du social. Elle bénéficie d'une supervision hebdomadaire par un médecin gériatre ou un psycho-gériatre.

*« Nous devons améliorer la visibilité des prestations existantes. »*

La particularité d'AROSS est que toute personne peut l'interpeller pour un renseignement, un entretien d'orientation, une évaluation gériatrique dans la communauté, la gestion d'un cas complexe ou un entretien de soutien pour un·e professionnel·le, toujours avec l'accord de la personne concernée. L'entretien d'orientation est réalisé au domicile de la personne âgée, accompagnée de son/sa proche-aidant·e. Un entretien de restitution a lieu suite à l'évaluation, au cours duquel les recommandations élaborées après la première entrevue sont présentées (ex : prestations, coût, habitat). C'est lors de cette deuxième rencontre que la personne peut se prononcer sur la mise en place des recommandations proposées. Un rapport d'intervention est ensuite envoyé au médecin de famille et aux autres prestataires.

### Expériences

- Du point de vue des personnes âgées et de leurs proches-aidant·e·s, les prestations d'AROSS apparaissent essentielles. Ces personnes ignorent souvent les ressources existantes pouvant améliorer et/ou soulager leur situation.
- Du point de vue des professionnel·le·s de la communauté, l'action d'AROSS est ressentie parfois comme une plus-value et d'autres fois comme contraignante.
- Il arrive que les demandes d'intervention parviennent trop tardivement à AROSS, ne laissant ainsi que peu de marge de manœuvre.

### Obstacles, problèmes, défis principaux

- Le défaut de détection systématique de la fragilité dans la communauté
- Le manque d'anticipation de la part des professionnel·le·s
- La difficulté de partage de l'information relative aux bénéficiaires
- Une anosognosie des personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs

### Éléments facilitateurs

- Une équipe avec des compétences du secteur social et de la santé est une vraie plus-value ; ce travail interprofessionnel permet d'enrichir la pratique.
- Un formulaire de consentement éclairé autorisant le partage d'informations entre professionnel·le·s signé par la personne concernée ou son/sa répondant·e.
- La recherche constante d'échanges avec les professionnel·le·s afin de renforcer la collaboration.
- Le travail avec les partenaires sur l'amélioration des pratiques centrées sur les besoins des bénéficiaires.

Claudia Grünenfelder  
info@aross.ch | www.aross.ch

## REAS – Plan d'aide en cas de besoins complexes

Les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s), en particulier les personnes multimorbides, peuvent également avoir des difficultés psychosociales. Les conflits familiaux ou le chômage, par exemple, peuvent être à la fois le déclencheur de problèmes de santé et leur(s) conséquence(s). Les difficultés présentes nécessitent donc un soutien global. Les antennes régionales (REAS) s'adressent aux personnes ayant de multiples problèmes et dont les besoins vont au-delà de l'offre existante. Ces besoins requièrent des modèles de soins associant tou·te·s les professionnel·le·s de la santé et du social impliqué·e·s, ainsi que les proches des personnes concernées.

Les personnes confrontées à des problèmes multiples ont besoin de soutien et de stabilité dans leur environnement social si l'on veut que les prises en charges aient un effet durable. Ainsi, plus l'adhérence thérapeutique est bonne, plus les traitements ont de chance d'être efficaces. Le « case-management socio-thérapeutique » (Sommerfeld 2016) de REAS combine pour cela des interventions de santé classiques et un soutien psychosocial coordonné.

*Il faut impliquer tou·te·s les professionnel·le·s concerné·e·s dans le plan de prise en charge*

Dans ce contexte, l'évaluation REAS représente une pièce centrale du processus. Dans cette phase, le travailleur social utilise une méthodologie spécifique au projet ainsi que différents instruments (ex : diagnostic réseau, analyse des ressources, mesure de la qualité de vie). Cela permet d'identifier les besoins prioritaires et de mieux comprendre la situation, ce qui est essentiel pour l'organisation des prestations. Une plus grande flexibilité – en termes de temps – permet de mieux se concentrer sur la

personne et de diminuer le stress des personnes confrontées à la « jungle des prestations ». Les principaux défis résident dans l'accessibilité et dans la motivation des personnes qui pourraient être accompagnées par REAS.

REAS va au-delà de la coordination des prestations et vise donc une « synchronisation » et une intégration des prestations. Il incombe donc au travailleur social d'associer tou·te·s les professionnel·le·s impliqué·e·s dans la situation, les personnes concernées et leurs proches dans le plan de soutien. Toutes les prestations doivent être coordonnées de manière à créer un ensemble cohérent. L'objectif est notamment de permettre aux personnes concernées d'évoluer dans un environnement social stable et favorable malgré leurs difficultés (chroniques).

REAS fait l'objet d'une recherche scientifique incluant différents indicateurs (ex : faisabilité, outcomes (ex : qualité de vie (SF-12), capacité d'action) ).

Simon Süsstrunk M.A., Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse (FHNW). [simon.suesstrunk@fhnw.ch](mailto:simon.suesstrunk@fhnw.ch)

Hannes Lüthi M.A., Conférence suisse des ligues de la santé (GELIKO). [hannes.luethi@aha.ch](mailto:hannes.luethi@aha.ch)

## SoBü Bärn – prestations sociales dans les cabinets de médecine de famille

Les pauvres vivent moins longtemps que les riches et sont plus souvent malades.

Des études scientifiques démontrent ce lien de causalité étroit entre le statut socio-économique et la santé. Les prises en charge médicales sont souvent peu efficaces lorsque des difficultés sociales impactent le processus thérapeutique. C'est pourquoi de nombreux hôpitaux offrent aux médecins la possibilité d'adresser leurs patient·e·s au service social. Celui-ci peut identifier les difficultés et trouver des réponses à même de limiter leur impact sur la santé. C'est à la lumière de ces éléments qu'a émergé l'idée d'un bureau de conseil social pour les cabinets de médecine de famille (Sozialberatungsbüro für Hauspraxen – SoBü Bärn) et la fondation de l'Association Sozialberatung für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung (SBGG).

SoBü Bärn est très appréciée par les médecins dont certains disent que « Si SoBü Bärn n'existait pas, il faudrait l'inventer ».

Les patient·e·s sont généralement soulagé·e·s de voir que des solutions sont recherchées collectivement, pour faire valoir leurs droits auprès des assurances sociales, pour trouver des solutions de placement, pour obtenir des aides en cas de difficultés financières ou pour mettre en place des mesures d'urgence (ex : personnes sans-abris). SoBü Bärn analyse les situations dans les détails et tente toujours de rendre possible l'impossible.

Grâce à un réseau de spécialistes et de prestataires variées, il est souvent possible de résoudre des situations à première vue inextricables et d'améliorer les conditions de vie des personnes.

Grâce à des formations continues, les médecins de famille sont sensibilisés au contexte social de leurs patient·e·s. Avec succès, comme le montre cette citation d'un médecin après une formation continue sur l'asile : « Merci beaucoup pour ces inputs qui clarifient bien les choses. Nous pouvons maintenant mieux comprendre les situations particulières. »

*Le travail en réseau permet de sortir de situations inextricables.*

Les cabinets partenaires expriment régulièrement le souhait de rendre pérenne le projet SoBü Bärn, actuellement financé par différentes sources. Ces bailleurs de fonds sont convaincus par le projet, mais ils ne peuvent toutefois pas lui assurer un financement à long terme. Depuis l'été 2022, des échanges avec mediX Berne permettent d'envisager un financement durable de SoBü Bärn. La suite de ce projet dépendra également de l'engagement du Canton de Berne. Pour ce projet, nous pensons comme Goethe que « quoi que tu puisses faire ou que tu rêves de pouvoir faire – commence par le lancer ».

Eva Horat (assistante sociale HES, bureau de consultation sociale SoBü Bärn). [www.sbgg.ch](http://www.sbgg.ch)

## SWICA – Séjour stationnaire ... et après ?

Après un séjour hospitalier, les patient·e·s en situation complexe sont souvent livré·e·s à elles/eux-mêmes pour la coordination des soins ambulatoires. Or un modèle de Care Management par une assurance-maladie permet de soutenir les patient·e·s dans la phase post-stationnaire, ce qui correspond aussi à un réel besoin, comme récemment démontré par une étude commanditée par SWICA (Schermann et al. 2020).

SWICA a développé une collaboration avec certains établissements de soins stationnaires autour de son modèle de Care Management. Il en résulte des avantages pour tous les acteurs, en particulier pour les patient·e·s. Cette forme de collaboration doit être développée de manière itérative, les leçons tirées collectivement, et le modèle adapté de manière continue à l'évolution des conditions-cadres.

*Les objectifs, les rôles et les processus doivent faire l'objet d'un consensus.*

La collaboration entre les établissements de soins et les assurances-maladies concerne généralement la garantie de prise en charge des coûts et la facturation. Si cette collaboration se passe bien du point de vue des deux parties, alors les conditions pour le développement d'une collaboration plus approfondie sont réunies. Dans un premier temps, il faut échanger avec la direction de l'établissement concerné et aborder la question des transitions entre le stationnaire et l'ambulatoire. Il convient de trouver un consensus sur les objectifs, les rôles et les processus possibles. L'expérience montre que les éléments suivants semblent spécialement pertinents :

- L'objectif de la collaboration est d'assurer une prise en charge durable des patient·e·s après un séjour stationnaire. En règle générale, ces personnes ont besoin d'un soutien psychosocial global.
- Les rencontres proposées par le Care Manager, sur place dans les établissements de soins, se sont avérées pertinentes pour construire des relations de confiance avec les patient·e·s et avec le personnel. L'organisation de ces rencontres peut se faire par exemple via le service social de l'établissement de soins, ou par des coordinateurs de réadaptation.
- Pour développer et optimiser les processus, un échange annuel – voire semestriel dans la phase pilote – est nécessaire entre les prestataires et les financeurs impliqués dans le projet. Le mieux est de le faire à la lumière de situations concrètes. Ces échanges de pratiques peuvent être complétés par une discussion annuelle sur la globalité de la collaboration, au niveau des directions (prestataires et assureurs).

L'expérience a montré que les patient·e·s apprécient cette collaboration. Les prestataires et les financeurs tirent des bénéfices de la satisfaction accrue des personnes concernées. Il serait souhaitable de rendre ces démarches encore plus transparentes, par exemple en intégrant des questions y-relatives dans les enquêtes de satisfaction menées auprès des patient·e·s des établissements de soins concernés. L'échange personnalisé sur place permet de rendre les processus plus transparents et de promouvoir l'intégration des soins. Pour les établissements de soins, le défi consiste généralement à construire des collaborations spécifiques avec les multiples assurances-maladies. Pour y répondre, l'AMEOS Seeklinikum Brunnen a par exemple développé une procédure commune à toutes les assurances-maladies qui proposent un Care Management. Cette procédure a pu être mise en œuvre avec succès sous la forme d'un pilote ; elle pourrait constituer un modèle d'avenir. Car les patient·e·s, les prestataires et les financeurs ont tout à gagner d'une bonne coordination interinstitutionnelle.

Erich Scheibli (responsable du Care Management, SWICA, Winterthur). [erich.scheibli@swica.ch](mailto:erich.scheibli@swica.ch)

## Argovie – réadaptation oncologique et qualité de vie

Depuis 2014, nous utilisons dans notre service de radiothérapie un système de patient reported outcome (ePRO) électronique (KAIKU de KAIKUHealth, Helsinki). Les patient·e·s répondent à des questions concernant leurs symptômes et leur qualité de vie pendant et après le traitement. Trois à neuf mois après la fin du traitement, nombre d'entre eux ont souffert de fatigue, d'anxiété et d'une baisse de leurs performances physiques.

Comment pouvons-nous soutenir ces personnes de manière globale ? La réadaptation oncologique doit permettre aux personnes atteintes par un cancer de pallier leurs difficultés physiques, psychiques ou sociales liées à la maladie ou au traitement et de retrouver une qualité de vie optimale. Nous avons sollicité différents prestataires qui pouvaient contribuer à améliorer cette qualité de vie. Les réactions ont été si positives que nous avons pu lancer le projet en juin 2020.

Onko Reha Aargau est organisée sous la direction de la Ligue argovienne contre le cancer (financement du poste de coordinatrice), de la clinique Hirslanden d'Aarau et du service de radiothérapie Hirslanden. L'élément clé est une approche globale et coordonnée comprenant actuellement 27 prestations médicales et non médicales.

Toutes les personnes dont la qualité de vie est significativement réduite pendant ou après la thérapie (ex : fatigue prononcée ou craintes pour l'avenir, associées à des difficultés dans le domaine social ou/et au travail) sont incluses dans le programme. Les inscriptions se font par le biais du service de coordination. Pendant leur traitement (d'une durée de 12 à 16 semaines), les patient·e·s sont toujours accompagnés·es par le coach de réadaptation.

Après le premier entretien avec le coach, l'infirmière et le médecin, nous établissons un programme adapté aux besoins (ex : promotion de l'activité physique et conseils nutritionnels en cas d'obésité, soutien psychologique en cas de problèmes d'anxiété, soutien par des travailleurs sociaux en cas de difficultés sociales, entraînement à la pleine conscience). Des prestations de médecine traditionnelle chinoise sont souvent proposées pour réduire les effets secondaires des traitements anticancéreux. Une sexologue est également à disposition.

L'outil KAIKU a été spécialement adapté pour la réadaptation oncologique, avec des indicateurs définis par les prestataires. De plus, les patient·e·s répondent régulièrement à des questions sur leur qualité de vie. Ainsi, toutes les personnes concernées peuvent évaluer l'évolution des besoins et ajuster le programme personnalisé.

Le programme fait l'objet d'un suivi scientifique et d'une évaluation dans le cadre d'un travail de master. Jusqu'à présent (mars 2022), 123 personnes ont été admises. 87 thérapies sont terminées. Les premières évaluations – réjouissantes – montrent une nette amélioration de la qualité de vie chez 84 patient·e·s.

*C'est le financement le plus grand défi.*

Onko Reha Aargau – et plus particulièrement la complémentarité des mesures proposées dans le programme – est positive à différents niveaux. Comme souvent, le financement des prestations est un défi : les prestations courantes (ex : physiothérapie, conseils nutritionnels et psycho-oncologie) sont généralement prises en charge par les assurances-maladies. Mais seulement après avoir obtenu une garantie de prise en charge des coûts, qui est souvent refusée dans un premier temps. Outre le surcroît de travail administratif considérable pour la coordination, il en résulte des tensions. Heureusement, il existe un accord de financement avec la Ligue argovienne contre le cancer. Une position tarifaire spécifique serait idéale pour promouvoir la réadaptation oncologique. Mais pour cela, il faut une volonté politique correspondante, un défi pour lequel l'association <https://oncoreha.ch/> s'est engagée.

Dr. med. Christian von Briel (directeur médical) et Anita Gutiérrez (infirmière responsable). Radiothérapie Hirslanden.  
[christian.vonbriel@hirslanden.ch](mailto:christian.vonbriel@hirslanden.ch)

## Richäburg füränand – Comment voulons-nous vieillir ?

Matthias Radtke – ancien directeur du « Alterszentrum Zur Rose » à Reichenburg (SZ) – et ses collaborateurs, se sont toujours posé la question du « comment bien vieillir », notamment à la lumière des concepts d'Aaron Antonovsky (salutogenèse, continuum santé-maladie). Sur cette base, il est rapidement apparu que, pour une population âgée, les conditions-cadres ne suffisaient pas pour garantir une vie digne et satisfaisante. C'est pourquoi, à Reichenburg, plusieurs choses ont été mises en place, et ce sans attendre l'intervention de l'État.

Notre approche « Richäburg.füränand » – littéralement « ensemble pour Reichenburg » – doit permettre une prise en charge globale, intergénérationnelle et intégrée dans l'environnement social des personnes concernées. Cela doit permettre de lutter contre l'augmentation des coûts de la santé, en réduisant la durée des séjours hospitaliers et en retardant l'entrée en institution. Le concept des « Caring Communities » promeut la collaboration entre tous les acteurs et s'adresse à toutes les générations. Le bénévolat comme les relations de bon voisinage sont encouragés, et l'environnement des personnes âgées est impliqué dans la mesure du possible. En outre, la mise en réseau des acteurs régionaux est soutenue par des outils numériques.

*Les « caring communities » permettent d'atteindre toutes les générations.*

Un financement de départ par le Pour-cent culturel Migros, la Fondation Carl Elsener et surtout la Fondation Age a permis de lancer le projet. L'implication précoce des acteurs régionaux ainsi que l'information sur les contenus et les objectifs ont en outre favorisé la compréhension et l'acceptation du projet « Richäburg.füränand ».

En 2017 déjà, un centre de coordination régional pour les questions liées à la vieillesse a été mis en place dans un EMS.

Ce centre est avant tout sollicité par des personnes qui ne résident pas en EMS. De notre point de vue, cela prouve l'acceptation, mais aussi le besoin de bénéficier de ce type de coordination. En 2018, le service a trouvé des solutions pour huit seniors qui ont pu rester chez elles plus longtemps.

Depuis 2019, le projet « Caring Community » est soutenu par la commune. Depuis, nous avons pu mettre en place la « Commission Richäburg.füränand » et la doter d'un budget ad hoc. Pour ce faire, nous avons fondé en 2019 l'Association « Generationentreff ». Dans les locaux d'un ancien jardin d'enfants, l'association propose diverses activités, notamment intergénérationnelles. Depuis mi-2021, « Richäburg.füränand » n'est plus un projet pilote, mais un programme pérenne.

### Leçons principales

- De l'élaboration du concept à la pérennisation du projet, ce type d'initiative nécessite un « responsable bienveillant ». Le pilotage de ce type de projet par un·e responsable politique n'est que partiellement approprié en raison de son caractère de milice. A long terme, il faut absolument disposer d'un poste administratif.
- L'approche participative et l'implication active des acteurs du réseau sont essentielles. L'approche bottom-up doit, dans la mesure du possible, dépasser la pensée en silo.
- Le financement de départ a considérablement facilité la création d'indicateurs destinés aux politiques.

La commune a décidé de participer au programme cantonal « Altersgerechte Gemeinde » (littéralement « Commune adaptée aux personnes âgées »). Elle souhaite ainsi développer les structures existantes et améliorer les conditions cadres. Des réunions ont déjà eu lieu, avec plusieurs résultats encourageants : des seniors de Reichenburg ont pris la tête du groupe de travail chargé de la mise en œuvre de différentes activités, telles que des rencontres entre contemporain·e·s, un parcours d'activité physique Hopp-la, de la gymnastique pour seniors et des cours d'informatique. La révision du site [www.füränand.ch](http://www.füränand.ch) a également été finalisée. Ensemble, conformément à notre devise « Richäburg.füränand ».

Armin Kistler | [armin.kistler@reichenburg.ch](mailto:armin.kistler@reichenburg.ch)  
richäburg.füränand – Commune de Reichenburg

Pour une

# meilleure

# collaboration

Partie 3

entre le système social  
et le système de santé

## Défis et recommandations

Le système de santé et le système social doivent mieux collaborer. Pour améliorer cette collaboration, il faut réfléchir à différents niveaux : aux postures, aux structures et aux conditions-cadres.

La troisième partie de ce « Matière à réflexion » décrit comment les deux systèmes peuvent réussir à mieux collaborer pour répondre aux besoins des personnes concernées. Dans un premier temps, les défis rencontrés à différents niveaux sont discutés (ex : niveau des personnes concernées, des professionnel·le·s, de la politique). Ensuite, les recommandations du fmc sont présentées.

## Amélioration de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans le système socio-sanitaire : synthèse des défis et des recommandations

### Défis

#### Patient·e / personne concernée

- Complexité des besoins médicaux et sociaux
- Absence d'approche globale bio-psycho-sociale
- Soins et prise en charge standardisés et non coordonnés
- Faibles compétences en matière de santé (auto-soins, prestations disponibles, etc.)
- Sentiments d'abandon et/ou de découragement

#### Professionnel·le·s de la santé et/ou du social

- Manque de connaissances et de reconnaissance des prestations
- Travail en silo et non coordonné
- Types de financement complexes / manque d'incitatifs financiers pour promouvoir la CIP
- Obstacles juridiques et techniques

#### Communes / Cantons / Confédération

- Prestations des départements de la santé et des affaires sociales déterminées politiquement
- Différentes bases légales
- Compétences différentes

### Recommandations

#### Niveau sociétal

- Disséminer le modèle bio-psycho-social de la maladie et de la santé
- Promouvoir la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle et en visibiliser les valeurs ajoutées

#### Niveau politique et législatif

- Élaborer des politiques intersectorielles en matière de santé et de protection sociale
- Création de règles nationales uniformes
- Promotion de l'interprofessionnalité dans les mandats de prestations, dans des structures de soins, et dans la recherche sur les services de santé
- Améliorer les possibilités de financement de la CIP
- Faciliter l'échange de données entre acteurs de la CIP

#### Niveau organisationnel

- Promouvoir la connaissance du modèle bio-psycho-social de la maladie et de la santé
- Promotion et valorisation des pratiques interprofessionnelles
- Mise en place de formes interprofessionnelles de soins et d'accompagnement

#### Niveau des patient·e·s et des personnes concernées

- Promouvoir l'engagement personnel et le leadership des acteurs du système
- Reconnaître et profiter des fenêtres d'opportunité
- Renforcement de l'autonomie des patient·e·s / des personnes concernées / des client·e·s

Promotion de la CIP

Figure: Amélioration de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans le système socio-sanitaire : synthèse des défis et des recommandations

# Les défis de l'interface santé – social

## Les défis pour les patient·e·s et pour les personnes concernées

### Complexité des besoins sociaux et de santé

Les patient·e·s qui se retrouvent à l'interface du système de santé et du système social sont confronté·e·s à de multiples besoins (Bunn et al. 2018 ; Eychmüller & Pautex, 2022). Les problèmes de santé sont généralement associés à une charge psychique élevée. S'y ajoutent des problèmes financiers, l'isolement social, le chômage, l'absence de perspectives professionnelles. Ces difficultés interagissent et se renforcent mutuellement, sans que l'on puisse en identifier une origine unique. Il a toutefois été démontré que les personnes qui bénéficient de l'aide sociale, par exemple, ont un état de santé nettement moins bon que le reste de la population, présentent presque deux fois plus de troubles psychiques, souffrent davantage de douleurs chroniques et ont une probabilité plus élevée de contracter des maladies chroniques ou d'être hospitalisées (Kessler et al. 2021 ; Wolffers & Reich 2015).

Le système actuel est fragmenté et fonctionne en silos sectoriels et/ou organisationnels. De tels systèmes ne sont que rarement en mesure de prendre en compte des besoins multiples et de proposer un soutien global et coordonné.

### Absence d'approche globale bio-psycho-sociale & environnementale

Jusqu'au siècle dernier, le système de santé en particulier a été marqué par le modèle biomédical. Ce modèle est fortement influencé par des points de vue scientifiques. Il explique la santé et la maladie principalement par des processus physiques et chimiques. Ce modèle ne prévoit pas l'être humain dans toutes ses dimensions, en tant qu'être pensant et sensible, en interaction permanente avec un environnement socioculturel (Egger 2018).

La prédominance de ce modèle biomédical, renforcée par un fonctionnement en silos sectoriels et/ou organisationnels, a pour conséquence que les besoins des personnes sont souvent identifiés et pris en compte selon une perspective très étroite et

trop rarement holistique. Il en résulte une prise en charge réactive des problèmes, alors qu'une identification proactive des besoins et une réponse coordonnée et intégrée à ceux-ci serait bien plus pertinente. L'évaluation bio-psycho-sociale et environnementale – qui permette d'identifier de manière holistique les besoins et les objectifs des patient·e·s – n'est pas suffisamment encouragée, ni mise en œuvre dans le système actuel.

### Soins et prises en charge standardisés et non coordonnés

En médecine, l'incohérence de la mise en œuvre des guidelines en cas de multimorbidité est connue (Boyd et al. 2012). Si toutes les recommandations étaient suivies, la vie de certains patient·e·s pourrait être mise en danger. Comment prioriser les mesures à mettre en œuvre ? Une question source d'insécurité et de stress.

De même, les prestations techniques sont souvent préférées aux prestations plus psycho-sociales (ex : écoute, éducation thérapeutique). Par exemple, il est possible d'effectuer une radiothérapie dans les dernières semaines de vie d'un patient car l'assurance-maladie prend en charge ces coûts. En revanche, la mise en place d'une équipe de soins interprofessionnelle, capable de répondre aux besoins des patient·e·s de manière globale, génère des coûts qui ne sont pas couverts (Eychmüller & Pautex 2022).

Ces contradictions se retrouvent également dans le système social. C'est précisément dans le domaine de l'AI – demande & réévaluation des rentes – que les personnes concernées font état de processus administratifs contradictoires et de situations pénibles.

Le manque de coordination se manifeste également au niveau décisionnel. Trop souvent, les décisions sont prises selon une seule perspective (ex : personnelle, professionnelle ou institutionnelle). Cela permet peut-être d'économiser des coûts dans son propre système, mais les éventuels coûts induits dans un autre système sont ignorés.

Le principe de « Health in all Policies » – selon lequel la santé et ses déterminants doivent être pris en compte dans tous les domaines (ex : logement, travail, sécurité publique, formation) – est encore trop peu ancré dans le système actuel. Avec des effets négatifs pour les personnes concernées.

### Compétences en matière de santé et connaissance des prestations sociales

La multiplicité des besoins – et des réponses possibles – représentent un défi important pour les personnes concernées. Il est impossible de connaître toute l'étendue des prestations. Le système éducatif n'offre guère de formation (de base) sur le système de santé et sur le système social, encore moins sur les différents types de prestations (ex : nationales, cantonales, communales). Selon des études récentes, les compétences en matière de santé ont même diminué au sein de la population. Alors qu'en 2015, 42% de la population suisse faisait état de difficultés fréquentes dans l'utilisation des informations et des services de santé, ils étaient 49% en 2019 (De Gani et al. 2021). Pour compliquer les choses, ce sont souvent les personnes ayant une situation financière précaire, un manque de soutien social ou souffrant d'une maladie chronique, qui disposent des compétences en matière de santé les plus limitées.

### Sentiment d'être laissé·e pour compte et d'être dépassé·e par les événements

La complexité des besoins, l'absence de vision globale et des prestations souvent non coordonnés submergent de nombreuses personnes. Elles se sentent abandonnées et beaucoup se sentent honteuses et stigmatisées. Le sentiment de perdre son autonomie et d'être soumis aux décisions des professionnel·le·s est très pénible. Imaginez une personne qui a toujours mené sa vie de ma-

nière autonome et qui doit maintenant répondre à des questions très personnelles dans le cadre d'une demande AI, voire être soupçonnée de ne pas être réellement malade ; ou une personne qui est reléguée au ban de la société suite à une cascade de difficultés bio-psycho-sociales et qui doit « mendier » un soutien auprès de l'État. De nombreuses personnes regrettent l'absence d'un service d'accueil à bas seuil ou d'un care/case-manager qui les conseillerait ou/et coordonnerait les réponses à leurs besoins.

Si l'on ajoute à cela des difficultés privées, des difficultés financières ou la peur de perdre son emploi, les personnes avec besoins multiples se retrouvent dans une situation d'urgence physique, psychique et sociale. Pourtant, ces personnes sont déjà suffisamment mises à l'épreuve par des problèmes de santé qui menacent leur existence même.

\*Les compétences en santé (health literacy) sont les capacités et les aptitudes (connaissances, savoir-faire et motivation) d'une personne à prendre des décisions ayant un impact positif sur la santé dans la vie de tous les jours – à la maison, au travail, dans le cadre du système de santé et dans la société en général. Les compétences en santé habilite les personnes à l'auto-détermination et à user de leur liberté de décision et de comportement concernant leur santé. Elles permettent de trouver, de comprendre et d'analyser des informations sur la santé et d'agir en conséquence. Source : <https://www.quint-essenz.ch/fr/concepts/248>

## Défis pour les professionnel·le·s de la santé et du social

Les défis rencontrés par les professionnel·le·s (ex : travailleurs sociaux, professionnels des soins, médecin) sont sensiblement les mêmes que ceux rencontrés par les personnes concernées. Nous ne décrivons ici que les défis supplémentaires auxquels sont confrontés les professionnel·le·s.

### Manque de (re)connaissance des autres prestations et manque de coordination

Des études menées ces dernières années montrent que les préoccupations sociales des patient·e·s (ex : solitude, isolement social, difficultés financières, logement précaire) sont fréquemment abordées dans les cabinets médicaux suisses. Pour de nombreux médecins, ces problèmes représentent une surcharge professionnelle et les consultations qui abordent ces éléments sont perçues comme pénibles. En même temps, les études montrent que pour ces situations, la collaboration interprofessionnelle (CIP) peut justement conduire à de bons résultats et améliorer significativement la prise en charge (Rüegg 2021). Pourtant, la CIP entre les deux systèmes est peu courante. La tendance à privilégier une analyse mono-disciplinaire des situations, l'absence de stratégie et d'objectifs communs, ainsi que le manque de (re)connaissance des analyses des autres acteurs empêchent souvent la mise en œuvre de la CIP (Gerber et al. 2020).

### Types de financement complexes / manque d'incitatifs financiers pour la CIP

La fragmentation du système se reflète dans le financement des prestations possibles, qui provient de différentes sources : les assurances-maladies via la LAMal / l'OPAS, l'AI, la Suva, l'aide sociale ou les prestations complémentaires. Une telle diversité complique la mise en œuvre – voire rend impossible – une prise en charge coordonnée et intégrée : la CIP est sous-financée. Même s'il existe des recommandations pour le financement de la CIP (Giger et al. 2018), elles sont difficiles à opérationnaliser. Les systèmes de financement actuels sont liés aux différentes professions, se focalisent sur des prestations individuelles, et reproduisent la fragmentation du système (Schmitz et al. 2020).

### Obstacles juridiques et techniques à l'échange d'informations

Pour garantir la relation de confiance, le secret professionnel est essentiel, dans le système de santé comme dans le système social. Mais en même temps, ce secret fait obstacle à l'approche coordonnée qui implique un échange d'informations et la prise de contact proactive avec l'autre système. Cela limite fortement le potentiel de la CIP (Rüefli et al. 2020). De plus, les obstacles techniques encore présents (ex : absence de normes de communication par e-mail sécurisé, manque d'interopérabilité entre les systèmes informatiques, dossiers axés sur la facturation, dossier papier) constituent des obstacles supplémentaires à la CIP.

## Défis pour les Communes / Cantons / Confédération

### Politisation des prestations des départements de la santé et des affaires sociales

L'aide sociale relève de la compétence des cantons, mais les réglementations cantonales diffèrent sensiblement. Dans les cantons qui ont délégué l'aide sociale aux communes et qui ne connaissent pas la compensation des charges sociales, on tend à dissuader les bénéficiaires d'emménager ou à les inciter à quitter une commune. Par exemple, avec des directives sur les loyers trop peu contraignantes et qui rendent difficile la recherche d'un logement, ou en traitant les clients de manière peu professionnelle. Il existe aussi des tendances à renvoyer les personnes d'un système à un autre (AI, AC, LAA, aide sociale).

### Des bases juridiques multiples et complexes

Le système suisse de sécurité sociale couvre des risques spécifiques par le biais de différentes institutions et est conçu pour des groupes d'intérêts définis par la loi. Par exemple, l'assurance-chômage (AC) s'occupe des demandeurs d'emploi, tandis que l'assurance-invalidité se concentre sur les conséquences de la maladie et des accidents. Or, la formation professionnelle, l'aide sociale et le domaine de la migration jouent également un rôle important dans l'intégration au marché du travail.

Cette spécialisation de certaines institutions permet une grande efficacité pour le groupe cible concerné. Mais cette spécialisation peut poser problème, en particulier pour les personnes ayant des besoins multiples et lorsque la nature des besoins n'est pas claire. Si une personne ne peut pas être clairement attribuée à une institution, le système butte contre ses limites. Les personnes ont un accès plus difficile à la protection sociale et, pour les professionnel·le·s concernés, ces situations sont lourdes (Schenk & Kieser 2018).

### Répartition des compétences peu uniforme

La répartition des compétences dans le domaine de la santé et du social en Suisse ressemble à un patchwork. Peu uniforme, elle rend difficile une action globale de la Confédération, des cantons et des communes. La Confédération est responsable de la législation en matière d'assurances sociales, d'assurance-maladie et d'assurance-accident, tandis que les cantons sont chargés de la mise en œuvre. En outre, les cantons possèdent des compétences propres dans les deux systèmes – santé et social – et, partant, peuvent attribuer des mandats de prestations et financer des institutions dans ces deux systèmes. Les compétences des communes sont régies par des réglementations cantonales spécifiques. Elles fournissent le plus souvent des prestations sociales à la population et sont compétentes pour certains domaines, notamment les soins de longue durée et les soins à domicile (Rüefli et al. 2020).

Les personnes avec besoins multiples ont besoin de différentes prestations, comme des prestations sociales ou des soins à domicile, qui sont réglementées de différentes manières au niveau communal. Dans la pratique, les prestations (ex : type, financement) peuvent donc varier en fonction du lieu de résidence dans un même canton.

## Les recommandations du fmc

Comment améliorer la collaboration entre les secteurs de la santé et du social ? Nous formulons des recommandations qui s'adressent à quatre différents niveaux : société, politique/législation, organisations du secteur de la santé et du secteur social, personnes concernées. Ces recommandations découlent des différents éléments présentés dans ce « Matière à réflexion ».

La collaboration interprofessionnelle (CIP), comprise comme la collaboration entre plusieurs personnes issues de milieux professionnels différents, joue un rôle clé à cet égard. Sa mise en œuvre dans le secteur de la santé représente déjà un grand défi, et son extension au secteur social entraîne des difficultés supplémentaires. Mais les besoins des personnes nécessitent que les limites des systèmes soient dépassées. C'est pourquoi la CIP devra à l'avenir surmonter non seulement les obstacles internes à chacun des systèmes, mais aussi les obstacles liés à leurs interfaces.

## Au niveau sociétal

### Promouvoir une compréhension bio-psycho-sociale de la maladie et de la santé

La seule prise en charge médicale ne suffit pas à maintenir et à promouvoir la santé d'une population. Des déterminants plus larges – tels que la formation, l'emploi, les ressources économiques, les conditions de logement ou l'hygiène – jouent un rôle fondamental dans le maintien de l'état de santé et dans l'apparition de la maladie. La médecine peut prolonger la vie des personnes, mais ce sont surtout les déterminants sociaux qui améliorent les conditions de vie. Les soins aigus ne peuvent être efficaces que si les personnes sont accompagnées lorsqu'elles retournent dans la communauté. En ce qui concerne la santé mentale, c'est le soutien social et l'accès à l'emploi qui ont souvent le plus grand impact sur l'amélioration du bien-être (Eastwood & Miller 2021).

Si l'on veut parvenir à une meilleure santé – dans le sens global du terme – il faut tenir compte de ses déterminants. Cela exige une analyse bio-psycho-sociale de l'être humain, de sa situation et de ses besoins. Une nouvelle définition globale de la santé est nécessaire (voir par ex. ASSM 2021), sur laquelle les systèmes socio-sanitaires doivent être (ré)orientés.

### Promouvoir la collaboration interprofessionnelle (CIP) et interinstitutionnelle (CII)

Des études montrent que les inégalités se sont creusées au cours des 25 dernières années. Cela se traduit notamment par le fait que l'état de santé subjectif est jugé nettement moins bon qu'il y a 25 ans (fmc 2021 a).

L'évolution démographique entraîne une augmentation du nombre de patient·e·s (très) âgé·e·s, et donc multimorbides, ainsi qu'une diminution de la prise en charge familiale. Les baby-boomers partent à la retraite, tandis que les générations suivantes sont moins nombreuses. Selon les estimations, plus de cent mille personnes nécessitant des soins n'auront plus de famille proche dans les 10 à 20 prochaines années (fmc 2021b).

### Promotion de la collaboration interprofessionnelle (CIP)

La collaboration entre les différents acteurs impliqués – professionnel·le·s et personnes concernées – est un facteur de réussite décisif pour relever ces défis (Pomey et al. 2015 ; ASSM 2020). Des objectifs communs et une prise en charge coordonnée, une bonne communication entre les groupes professionnels et une prise en compte des différentes analyses, en bref la collaboration interprofessionnelle (CIP), sont nécessaires pour nous permettre d'éviter des soins inadéquats (insuffisants ou inutiles), des hospitalisations, des effets indésirables, des frustrations et des coûts inutiles. Outre les personnes concernées et leurs proches, les professionnel·le·s de la santé et du social et d'autres spécialistes (ex : spirituel) doivent également pouvoir contribuer au bon fonctionnement d'une CIP tout au long du parcours de vie (ASSM 2020).

### Promotion de la collaboration interinstitutionnelle (CII)

Outre la CIP, il convient de continuer à promouvoir la collaboration interinstitutionnelle (CII). Pour cela, il faut coordonner les différents systèmes de manière optimale (ex : formation, sécurité sociale). Selon les estimations, environ 3,5% des chômeurs ont des besoins qui requièrent une coordination accrue, donc une CII (CII 2020). Pour les personnes avec besoins multiples, les institutions des différents systèmes doivent mettre en place des processus et des règlements permettant – voire facilitant – une CII.

## Au niveau politique et législatif

Les modèles suisses présentés dans ce rapport le montrent : dans le système actuel, il est déjà possible de mettre en place une collaboration entre le système de santé et le système social. Souvent, il s'agit encore de projets pilotes. Afin de rendre possible une collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle à l'interface des deux systèmes, voici quelques recommandations politiques et législatives.

### Lancer des politiques intersectorielles en matière de santé et de politique sociale

Les politiques sociales et de santé fournissent à la fois une base stratégique pour la collaboration interprofessionnelle, et à la fois un cadre organisationnel. Ainsi, les futures politiques doivent être conçues et mises en œuvre de manière intersectorielle. Elles peuvent ainsi impliquer des acteurs issus des différents systèmes (ex : professionnel·le·s, personnes concernées), et constituer des plateformes et groupes d'accompagnement pour la CIP (Rüefli et al. 2020).

### Réglementation nationale uniforme, surtout en matière d'aide sociale

Des discussions sur une loi-cadre pour l'aide sociale ou la couverture du minimum vital ont été menées au Parlement au cours des dix dernières années. Mais sans succès jusqu'à présent, avec l'argument suivant : avec les [directives de la CSIAS](#) (Conférence suisse des institutions d'action sociale), on disposerait déjà des éléments pour harmoniser l'aide sociale entre les cantons. Nous recommandons donc de continuer à promouvoir l'application de ces directives dans les cantons et de les adapter en continu aux nouvelles réalités sociales (Joss & Belser 2015).

### Ancrer les pratiques interprofessionnelles dans les structures de soins

#### Mandats de prestations interprofessionnelles

Les mandats de prestations attribués par les communes et les cantons sont centrés sur des prestations et sur des organisations spécifiques. Partant, ils ne tiennent pas suffisamment compte des pratiques interprofessionnelles indispensables pour répondre aux besoins des patient·e·s (fmc 2018). Les mandats de prestations pour l'accompagnement de personnes avec besoins multiples doivent pouvoir être attribués à des groupes de prestataires interprofessionnels, même intercantonaux.

#### Mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles

Le secteur de la santé voit apparaître de plus en plus de grandes structures de soins, « les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (LAMal, art. 35, al. 2n) ». Les conditions de reconnaissances de ces établissements ont changé au 1er janvier 2022. Outre des indicateurs de qualité et l'adhésion à une communauté (dossier électronique du patient), on devrait à l'avenir exiger de ces institutions la mise en œuvre d'équipes interprofessionnelles.

#### Recherche interprofessionnelle

Les programmes « Programme national de recherche 74 » et « Promotion Santé Suisse », explorent les conditions de l'interprofessionnalité. Les résultats déjà disponibles indiquent dans quels domaines et comment une collaboration interprofessionnelle devrait être mise en place (PNR74 2022). Par ailleurs, ces programmes devraient être poursuivis et les projets interprofessionnels prioritairement soutenus.

#### Financement des modèles interprofessionnels

Les nouveaux modes de financement doivent avant tout améliorer le travail à l'interface des deux systèmes et contribuer ainsi à la promotion de la CIP.

#### Fonds d'innovation interprofessionnel

L'Allemagne (page 20) a déjà fait des expériences positives à cet égard avec son fonds d'innovation. Des fonds publics et privés devraient également financer en Suisse un fonds d'innovation interprofessionnel qui soutiendrait des projets visant à améliorer la prise en charge interprofessionnelle des personnes avec besoins multiples. Ce fonds mettrait également à disposition des moyens pour des projets innovants dans le cadre de l'article expérimental (fmc 2018).

#### Rémunération

Il devrait y avoir des possibilités plus flexibles pour la facturation des prestations non médicales dans les soins de premier recours (Schmitz et al. 2020). L'exemple de SoBü Bärn (page 28) montre qu'il existe un besoin dans ce domaine. Dans les cabinets de psychiatrie ambulatoire, il est déjà possible de facturer les travailleurs sociaux via le TARMED (Rüegg 2021). Il s'agit de créer ces possibilités dans d'autres domaines afin de promouvoir la CIP.

#### Pratiques interprofessionnelles dans les réseaux de médecins / HMOs

Plus d'un quart des assurés suisses (fmc 2020) ont choisi un modèle d'assurance alternatif avec une coresponsabilité financière des réseaux de médecins/HMO. L'étude de Reich et Wolffers (2015) le montre : les bénéficiaires de l'aide sociale génèrent des coûts de santé nettement plus élevés que les personnes sans aide sociale, soit CHF 5'596 contre CHF 2'768. Pour les réseaux de médecins et les HMO avec coresponsabilité budgétaire, il vaudrait donc la peine d'investir non seulement dans l'optimisation des soins médicaux, mais aussi dans la collaboration et le financement d'équipes interprofessionnelles. Ces structures pionnières dans les soins intégrés sont dans une position idéale pour poursuivre l'innovation avec la promotion de structures médico-sociales et de la CIP.

#### Investir du temps pour son futur

En Suisse, le financement des soins extrahospitaliers est réglementé par l'OPAS. En ce qui concerne le financement des prestations d'accompagnement, de plus en plus de possibilités cantonales spécifiques voient le jour. Une offre innovante a vu le jour à Saint-Gall en 2015 avec la prévoyance-temps (Zeitvorsorge 2022). Les personnes âgées de 50 ans et plus peuvent « capitaliser » pour leur propre accompagnement en fournissant des prestations à d'autres. Ce sont les communes participantes qui garantissent la possibilité de bénéficier ultérieurement de ce « capital accompagnement ». La fondation Paul Schiller propose une autre approche avec un modèle d'accompagnement et de soins élargi (Fondation Paul Schiller 2021). Ces deux approches ont pour objectif de permettre aux personnes de vivre plus longtemps et de manière autonome dans leur environnement, grâce à un réseau de soins élargi.

#### Partage et utilisation collective des données

Tant dans le système de santé que dans le système social, les professionnels collectent des informations. Mais l'interopérabilité de ces données n'est que difficilement possible : aussi bien techniquement que légalement. Pourtant, une expertise de 2017 sur la collaboration interinstitutionnelle dans le système social estime par exemple que certaines données de la sécurité sociale sont partageables, sous certaines conditions (Schenk & Kieser 2018).

#### Accès au DEP pour les travailleurs sociaux

Dans le domaine de la santé, le dossier électronique du patient (DEP) doit permettre le partage des données. Or, seuls les professionnels de la santé y ont accès. Selon cette définition, les travailleurs sociaux et les institutions médico-sociales, comme les institutions pour personnes souffrant de handicap, n'ont donc pas accès aux informations de santé. Ils peuvent uniquement être affiliés au DEP par leur direction médicale, mais en tant qu'auxiliaires qui agissent donc toujours au nom du professionnel de la santé auquel ils sont subordonnés (e-health-suisse 2019).

#### Données pertinentes accessibles aux équipes interprofessionnelles

Nous avons besoin de bases légales appropriées pour rendre les données pertinentes accessibles aux équipes interprofessionnelles, et ce dans des conditions clairement définies (Rüefli et al. 2020).

## Au niveau des organisations de la santé et du social

Les organisations actives dans les secteurs de la santé et du social jouent un rôle important dans la promotion de la CIP et de la CII. Elles peuvent profiter d'une certaine marge de manœuvre et renforcer l'autonomie des acteurs impliqués (Rüefli et al. 2020). Dans le cadre du développement organisationnel, nous proposons les recommandations suivantes.

### Promouvoir une compréhension bio-psycho-sociale de la maladie et de la santé

Au sein des organisations, il faut une prise de conscience de l'interdépendance des problèmes de santé et des problèmes sociaux. L'accompagnement des personnes avec besoins multiples ne peut être efficace et efficient que si les prestations fournies résultent d'une analyse globale. La valeur – et la nécessité – de cette analyse bio-psycho-sociale doit être reconnue, valorisée et promue par les organisations.

### Promotion d'une culture de l'interprofessionnalité

Chaque entreprise, quelle que soit sa taille, a sa propre culture. Néanmoins, ses dirigeant·e·s doivent montrer l'exemple de la CIP dans leur travail quotidien et servir de modèle pour la CIP.

### Charte interprofessionnelle

L'inclusion de la CIP dans une charte d'entreprise souligne la valeur de ces pratiques auprès des collaborateurs et collaboratrices, et renforcent la pertinence d'une approche bio-psycho-sociale. La présence de la CIP dans les valeurs de l'entreprise contribue à reconnaître et à dépasser les frontières existantes ou perçues entre les différentes professions et/ou organisations. Pour concrétiser ces valeurs, les conditions-cadres doivent être aménagées et les ressources nécessaires allouées (ex : personnel, finances, temps).

### Introduire des possibilités d'échanges interprofessionnels

L'importance des relations interpersonnelles est largement thématisée dans les théories de l'organisation et de la gestion du personnel. Elle s'applique à la CIP. Trop souvent, les meilleurs concepts échouent parce que les différents services – et les individus qui les composent – ne se connaissent pas suffisamment, ne connaissent pas les prestations proposées ailleurs, et encore moins le fonctionnement et les méthodes de travail des autres.

### Opportunités interprofessionnelles

Au sein des organisations, il convient de fournir des occasions de faire connaissance avec d'autres institutions et de procéder à des échanges interprofessionnels (ex : séances d'information, discussions interprofessionnelles, réunions de réseau). Ces échanges et ces rencontres renforcent les liens interpersonnels, aident à comprendre les autres professions, à construire une compréhension commune des situations, et à élaborer un langage commun (Gerber et al. 2020).

### Cercles de qualité interprofessionnels

Dans le domaine des soins ambulatoires, les cercles de qualité (CQ) ont montré leur valeur pour les relations interpersonnelles et la formation continue. Par exemple, des CQ interprofessionnels autour des traitements médicamenteux montrent que les consensus trouvés collectivement (ex : médecins, pharmaciens et personnel soignant) améliorent la qualité de la médication pour les résident·e·s des EMS (Niquille 2020). Des expériences positives similaires ont déjà été faites à l'étranger avec des CQ interprofessionnels impliquant des travailleurs sociaux (ex : Gesundheitskiosk Billstedt / Horn à Hambourg (fmc, 2021c)).

### Développement de formes de prises en charge interprofessionnelles

Les besoins complexes sont identifiés de manière plus complète et les réponses à ces besoins sont meilleures lorsqu'elles sont coconstruites en équipes interprofessionnelles coordonnées (Busnel et al. 2021 ; Perone et al. 2022). Pour cela, une culture interprofessionnelle – et les pratiques interprofessionnelles qui en découlent – sont nécessaires. Ces pratiques peuvent par exemple inclure les travailleurs sociaux qui sont en mesure d'assumer une partie des tâches en lien avec la santé au sens large. Aujourd'hui, ce sont surtout les médecins de famille qui sont responsables des questions de santé des patient·e·s et qui constituent pour eux le centre de coordination privilégié. Or, dans des modèles interprofessionnels, différents acteurs peuvent, selon leur domaine d'activité, assumer des fonctions de coordination ou de navigation dans le système (ASSM 2019). Les assistantes médicales et les professionnel·le·s des soins infirmiers peuvent également jouer un rôle important de coordination (Altheer 2020). Les personnes atteintes de maladies chroniques sont plus ouvertes que la moyenne à la prise en charge de tâches de coordination par d'autres professionnel·le·s que les médecins (Kaufmann et al. 2021).

### Case/care-management interprofessionnel

Outre la coordination des soins entre différents acteurs, la continuité du suivi est très importante pour les patient·e·s (Kaufmann et al. 2021). Les personnes avec besoins multiples souhaitent être soutenues par quelqu'un qui maintienne le cap. Il convient donc de mettre en place un case / case management non seulement lors des transitions (ex : ambulatoire-stationnaire, stationnaire-ambulatoire), mais aussi pour les personnes qui ont besoin d'un accompagnement à moyen ou long terme. Ce afin de pouvoir répondre sur la durée aux besoins bio-psycho-sociaux. Ces personnes doivent disposer des compétences ad hoc.

## Au niveau des personnes concernées

Les expériences faites jusqu'à présent pour établir et maintenir des formes de collaboration interprofessionnelle montrent que celles-ci peuvent également être influencées et favorisées par les caractéristiques personnelles des acteurs et des personnes concernées (Rüefli et al. 2020). Pour cela, les recommandations suivantes sont proposées.

### Engagement personnel et leadership des acteurs

La mise en œuvre de la CIP dépend de l'engagement et de l'attitude des différents acteurs. Les professionnels doivent être ouverts à une approche bio-psycho-sociale de la maladie et de la santé, et à la CIP. Pour cela, il faut que chacune soit prête à discuter son rôle et ses tâches, dans une situation spécifique. L'accent est mis sur les priorités, les besoins et les objectifs des personnes concernées, et non sur les rôles historiques et/ou organisationnellement définis. Les cadres, en particulier, ont une fonction clé : encourager la CIP et soutenir les initiatives de leur organisation (Eastwood & Miller 2021), permettre une plus grande flexibilité dans l'utilisation des ressources (Rüefli et al. 2020) ; encourager les formations continues interprofessionnelles et les cercles de qualité (CQ). Si la formation initiale se déroule déjà dans un cadre interprofessionnel – comme c'est déjà le cas dans certains cursus en Suisse – les bases d'une CIP dans le contexte professionnel ultérieur sont jetées.

### Reconnaître et utiliser les opportunités

Les opportunités sont souvent décisives pour la mise en œuvre des solutions innovantes. Au quotidien, des occasions de développer de nouveaux processus et de nouvelles structures se présentent régulièrement. L'ouverture d'esprit ainsi que la formation continue permettent d'identifier et de saisir ces opportunités. Des essais, par exemple dans le cadre de projets pilotes, permettent d'acquérir des connaissances importantes qui conduiront ultérieurement à de nouvelles formes de CIP.

### Oser la nouveauté

Oser la nouveauté demande du courage, de la confiance et le droit à l'échec. Le système actuel est organisé en silos centrés sur l'organisation. Il existe toutefois divers exemples (voir par exemple le répertoire des Modèles de bonnes pratiques – Interprofessionnalité) qui montrent qu'une collaboration interprofessionnelle est possible. Ces exemples doivent être sources d'inspiration et susciter l'envie de mettre en œuvre des (nouveaux) modèles adaptés à des contextes spécifiques.

### Renforcement de l'autonomie des patient·e·s, des personnes concernées et des client·e·s

Les personnes avec besoins multiples sont confrontées à de grands défis. Mais en même temps, ce sont elles qui savent le mieux qui elles sont et quels sont leurs besoins (Pomey et al 2015). Ces savoirs expérientiels doivent être valorisés et peuvent apporter beaucoup au développement de nouvelles pratiques. De toutes nouvelles formes d'accompagnement sont également envisageables. Celles-ci pourraient proposer, en tant qu'organisations autonomes, toute l'étendue des soins (somatiques, psychiques, sociaux), adaptés aux besoins du groupe de personnes concernées. Elles encourageraient les compétences en matière de santé et mettraient l'accent sur l'autogestion, l'échange d'expériences et le soutien mutuel (fmc 2020). Il existe depuis longtemps des organisations pour différentes maladies (ex : épilepsie, maladie de Parkinson, cancer). Nombre d'entre elles ont commencé comme organisations d'entraide et proposent aujourd'hui des prestations très pointues. Elles pourraient servir de modèle pour des réseaux de patient·e·s et des prestations à bas seuil. Même si de tels réseaux semblent à première vue constituer un défi, les expériences montrent que ces approches contribuent à faciliter les échanges entre les secteurs de la santé et du social.

## Pour en savoir plus

Le Symposium 2021 du fmc « Comment réussir les synergies entre le social et la santé ? »

Le 16 juin 2021 a eu lieu le 1er symposium virtuel du fmc. Des experts internationaux et nationaux y ont présenté leurs réponses à la question suivante : « Comment réussir les synergies entre le social et la santé ? ». Les enregistrements vidéo suivants peuvent être consultés en ligne :

- « **Travailler ensemble ou s'éloigner : l'intégration santé-social en Grande-Bretagne** », **Professor Robin Miller**, Head of Department Social Work and Social Care, Co-Director, Centre for Health & Social Care Leadership, University of Birmingham > **informations complémentaires** [Hyperlien](#)
- « **Gesundheitskiosk Billstedt / Horn** », Alexander Fischer, directeur général, Gesundheit für Billstedt/Horn > **informations complémentaires : Allemagne : une nouvelle loi élargit la marge de manœuvre** [Hyperlien](#)
- « Travail social au cabinet médical », **René Rüegg**, collaborateur scientifique, travail social, Haute école spécialisée bernoise / **Fabian Schalch**, travailleur social et **Dr. med. Emil Schalch**, médecin de famille et VPR du cabinet, Gesundheitspunkt Oberägeri / **Dunja Vetter**, MA travail social, Caritas beider Basel / **Prof. Jan Bonhoeffer**, spécialiste en pédiatrie et en infectiologie, médecine anthroposophique (VAOAS), YouKiDoc > **informations complémentaires sur les recommandations d'action pour la politique et la législation ainsi que pour les organisations du secteur de la santé et du social** [Hyperlien](#)
- **Table ronde** sur le thème « **Collaboration interprofessionnelle à l'interface entre le système de santé et l'aide sociale** » avec les participants **Astrid Wüthrich** (Office fédéral des assurances sociales (OFAS), vice-directrice), **Christian Rüefli** (Büro Vatter, directeur), **Gaby Szöllösy** (Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), secrétaire générale), **Markus Kaufmann** (Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), directeur), **Salome von Greyerz** (Office fédéral de la santé publique (OFSP), responsable de la division Stratégies de la santé) > **informations complémentaires** [Hyperlien](#)

**Informations complémentaires concernant les approches mises en œuvre en Suisse (pages 24-31)**

### AROSS

L'anosognosie est un trouble du schéma corporel d'origine cérébrale. Les personnes atteintes d'anosognosie ne sont pas en mesure de percevoir leurs difficultés.

### REAS

GELIKO (Conférence nationale suisse des ligues suisses de la santé) est responsable du projet REAS, soutenu par Promotion Santé Suisse. La Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse (FHNW) est partenaire de recherche du projet.

Peter Sommerfeld et al. (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

### HotA

Evaluation HotA – Evaluation der Hochschule Luzern Sozial Arbeit [Hyperlien](#)

### Onko-Reha Aargau

[Hyperlien](#)

### Richäburg füränand

Netzwerk Caring Communities

[Hyperlien](#)

### Swica Case Management

Schermann, U., Scheibli, E., Sousa-Poza, A., Wes, A. (2020): Was hilft nach einem stationären Aufenthalt bei Burnout und/oder Depression?, Case Management, 4,, S. 188-193

[Hyperlien](#)

# Ressources bibliographiques

## Éditorial

Economiesuisse (2018): Gesundheit: Vier Faktoren, die für die Gesundheit wichtiger sind als Behandlungen und Therapie  
[Hyperlien](#)

Scholz, N (2020): Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Europäischen Union  
[Hyperlien](#)

## Contribution page 4 :

**Interfaces entre le système de santé et le système social**  
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2021). Übersicht über die schweizerische soziale Sicherheit, www.bsv.admin.ch [Hyperlien](#)

Bundesamt für Statistik BFS (2019). Statistischer Sozialbericht Schweiz 2019. Neuchâtel: BFS.

Gerber, M., Suppa, A., Rüefli, C. (2020): Analyse der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe/Sozialdienst und dem Gesundheitswesen, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Hyperlien](#)

Rüefli, C., Gerber, M., Suppa, A. (2020): Erfolgsbedingungen bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Hyperlien](#)

## Contribution page 16 :

**Implementing integrated health and social care in Scotland**  
Scottish Government. (2014). Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014. Edinburgh: Scottish Government [Hyperlien](#)

Public Health Scotland. Core Suite of Integration indicators [Hyperlien](#)

Taylor A. New act new opportunity for integration in Scotland. Journal of Integrated Care, 2015; 23 (1): 3–9  
[Hyperlien](#)

Hendry A, Taylor A, Mercer S, Knight P. Improving Outcomes through Transformational Health and Social Care Integration – The Scottish Experience. Healthcare Quarterly, 2016; 19: 73–79, [Hyperlien](#)

Audit Scotland. (2018). Health and social care integration: Update on Progress [Hyperlien](#)

The Scottish Government. Delivering the new GMS contract in Scotland: memorandum of understanding. Edinburgh: 2017 [Hyperlien](#)

Scottish Government (2017). Health and Social Care Standards My support, my life. Edinburgh: Scottish Government [Hyperlien](#)

Baylis A, Trimble A. Leading across health and social care in Scotland: Learning from chief officers' experiences, planning and next steps. London: The King's Fund, 2018  
[Hyperlien](#)

COSLA & Scottish Government. (2019). Ministerial Strategic Group for Health and Community Care: Health and Social Care integration: progress review (Final Report)  
[Hyperlien](#)

Cook A, Grant A. From Fixer to Facilitator, Evaluation of the House of Care programme in Scotland. Matter of Focus, 2020  
[Hyperlien](#)

Health and Social Care Alliance Scotland (the ALLIANCE). Developing a Culture of Health, The role of signposting and social prescribing in improving health and wellbeing, 2017, [Hyperlien](#)

Compassionate Inverclyde – Ardgowan Hospice  
[Hyperlien](#)

## Contribution page 20 :

**Allemagne : une réforme de la politique sociale devrait aboutir à une meilleure collaboration entre les deux systèmes**

Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Punkt 2787  
[Hyperlien](#)

## Contribution Partie 3, pages 32 ss :

### Défis et recommandations

Aliheer, J., Janz, D., Siebenhaar, C., Stürmer, N., Eckert, P. Kiefer, D. Y. (2020): Neue Wege in der Grundversorgung, Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt CASE  
Coordinated APN-Support for the Elderly  
[Hyperlien](#)

BAG, Catalogue de modèles de bonne pratique – interprofessionnalité  
[Hyperlien](#)

Busnel, Catherine et al. (2021) : La complexité des prises en soins à domicile: guide pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile. Institution genevoise de maintien à domicile – imad  
[Hyperlien](#)

De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., Kocher, J. Ph. (2021): Health literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich, Careum Stiftung  
[Hyperlien](#)

Eastwood, J., Miller, R. (2021): Integrating Health- and Social Care Systems, P 81–103, in: Amelung, V., et. Al. (2021): Handbook Integrated Care, Springer Nature Switzerland

Egger, J.W. (2018): Das biopsychosoziale Modell, Schweizer Ärztezeitung, 99 (35), S. 1156–1158  
[Hyperlien](#)

e-health-suisse (2019): Factsheet: Wer kann auf das EPD zugreifen? Gesundheitsfachpersonen nach EPDG  
[Hyperlien](#)

Eychmüller, S., Pautex, S. (2022): Biopsychosoziale Intensivmedizin am Lebensende, Swiss Med Forum. 2022;22(0708):126–128  
[Hyperlien](#)

FMH (2022): Zulassungsrecht  
[Hyperlien](#)

fmc (2018): Denkstoff Nr. 4: Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026  
[Hyperlien](#)

fmc (2020): Denkstoff Nr. 5: Vernetzte Grundversorgung, Trendszenarien 2028  
[Hyperlien](#)

fmc (2021a): Warum Soziale Arbeit und Gesundheitsversorgung stärker zusammenarbeiten müssen, fmc Digitales Hintergrundgespräch mit Dr. phil. Nicole Bachmann am 03. März 2021  
[Hyperlien](#)

fmc (2021b): Gute Betreuung im Alter für alle, fmc Digitales Hintergrundgespräch mit Prof. Carlo Knöpfel am 17. Februar 2021  
[Hyperlien](#)

fmc (2021c): Der Gesundheitskiosk Billstedt/Horn in Hamburg: Informationen und Evaluationsbericht über ein innovatives medizinisch-soziales Versorgungsmodell  
[Hyperlien](#)

Gerber, M., Suppa, A., Rüefli, C. (2020): Analyse der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe/Sozialdienst und dem Gesundheitswesen, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Hyperlien](#)

Giger, M.A., Häusler, E., Sander, M., Staffelbach, D. (2018): Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung, Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamtes für Gesundheit BAG  
[Hyperlien](#)

IIZ (2020): Panorama zu den kantonalen Strukturen und zur Umsetzung der IIZ, Nationale IIZ-Fachstelle  
[Hyperlien](#)

Joss, A. E., Belser, E. M. (2015): Ein Rahmengesetz für die Sozialhilfe?, SKMR-Newsletter Nr. 26 vom 19. Mai 2015  
[Hyperlien](#)

Kaufmann, C., Föhn, Z. & Balthasar, A. (2021): Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung (Obsan Bericht 04/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
[Hyperlien](#)

Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J., Hübelin O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Niquille, A. (2020): Opportunities and limits of deprescribing for older people in nursing homes (OLD-NH), NFP74 Forschungsprojekt  
[Hyperlien](#)

Paul Schiller Stiftung (2021): Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz  
[Hyperlien](#)

Perone, N., Schusselé Fillietaz, S., Waldvogel, F., Sommer, J., Schaller, P., & Balavoine, J.-F. (2022): Identification du patient complexe pour une prise en charge interprofessionnelle. Rev.Med.Suisse, 18, 560–565.  
[Hyperlien](#)

Rüegg, R. (2021): Soziale Arbeit in der Arztpraxis, Broschüre der Berner Fachhochschule  
[Hyperlien](#)

Rüefli, C., Gerber, M., Suppa, A. (2020): Erfolgsbedingungen bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Hyperlien](#)

SAMW (2019): Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Vol. 14, No 2  
[Hyperlien](#)

SAMW (2020): Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen  
[Hyperlien](#)

SAMW (2021): Das Meikirch Modell: eine neue Definition der Gesundheit? SAMW Bulletin 03/2021  
[Hyperlien](#)

Schenk, C., Kieser, U. (2018): Arbeitsmarktintegration: Am gleichen Strick ziehen, Volkswirtschaft, 8–9, S. 48–49  
[Hyperlien](#)

Schmitz, C.; Atzeni, G., Berchtold, P. (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Swiss Academies Reports 15 (2). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
[Hyperlien](#)

Wolffers, F., Reich, O. (2015): Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe, Soziale Sicherheit, 2/2015, S. 89–93  
[Hyperlien](#)

Zeitvorsorge 2022: Webseite der Stiftung Zeitvorsorge aus dem Kanton St. Gallen  
[Hyperlien](#)

**Les documents mentionnés sont directement accessibles dans la version en ligne de Matière à Réflexion Nr.6**  
[www.fmc.ch/fr > publications > matiere-a-reflexion](http://www.fmc.ch/fr/publications/matiere-a-reflexion)



# fmc – Forum suisse des soins intégrés

## Notre profil : Réseaux – Réflexions – Impulsions – Publications

Le forum suisse des soins intégrés fmc encourage l'échange d'informations et d'expériences susceptibles d'améliorer le travail en réseau et la coordination au sein du système de santé. Et ce, toujours dans le but d'accroître la qualité et l'efficacité des soins, et la sécurité des patient·e·s.

Depuis 1997, nous renforçons l'intégration des soins en Suisse : ce qui se heurtait autrefois à un grand scepticisme est aujourd'hui un concept reconnu. Grâce à nos membres et à nos prestations, nous nous sommes imposés comme un groupe de réflexion incontournable.

## Nos prestations de A à Z

### Groupes de travail

Nos membres élaborent des documents sur des thèmes actuels de la politique de la santé, en mettant l'accent sur l'intégration des soins.

### Matière à réflexion

Avec les différentes publications de cette série, le fmc souligne son ambition d'être une force de proposition et un centre de compétences pour les soins intégrés en Suisse.

### Atelier de réflexion

Dans ce format, différentes thématiques permettent d'aborder les soins intégrés de manière interprofessionnelle. Les résultats sont à la disposition de toutes les personnes intéressées.

### Enquêtes

Le fmc recueille et publie régulièrement des données quantitatives et qualitatives sur la diffusion et l'organisation des soins intégrés en Suisse.

### Club fmc

Pour comprendre la structure et le fonctionnement des concepts de soins innovants, il est important de les voir de près et de les discuter sur place avec leurs acteurs.

### Discussions de fond

Lors de ces discussions, des expert·e·s présentent des résultats scientifiques ou des développements politiques et en discutent.

Nous n'imposons pas de vision unique, mais nous tenons compte des diversités contextuelles et des caractéristiques des acteurs. Nous ébauchons des scénarios et réfléchissons « out of the box ». Notre champ couvre l'entier du système (ex : processus, financements, numérisation, régulation, rôles des acteurs).

Le fmc s'adresse à tous les partenaires de soins, tels que les professionnel·le·s, les patient·e·s, les assureurs, les autorités, les politiques au niveau fédéral, cantonal et communal, l'industrie et la formation. Nos prestations incluent notamment des analyses, des collectes de données, des événements et des publications.

### Collaborations

Le fmc cherche à établir des partenariats sur des thèmes spécifiques avec des associations professionnelles, des institutions ou des revues spécialisées.

### Symposium national

300 participants issus de tous les domaines des soins intégrés se rencontrent une fois par an pour échanger leurs points de vue lors d'exposés, de présentations de projets et d'ateliers.

### Newsletter

Nous fournissons régulièrement à quelque 6'500 destinataires des informations concernant l'intégration des soins.

### Fmc-Club et webinaires

Le club fmc encourage le transfert des connaissances scientifiques vers la pratique. Des résultats issus de la recherche sont présentés et font l'objet d'une réflexion pratique par des expert·e·s.

### Voyages d'étude

La fmc propose chaque année, en collaboration avec l'association allemande Managed Care (BMC), un voyage d'étude visant à échanger autour de modèles d'intégration des soins.

[www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

Notre site Internet présente les prestations du fmc et des informations actuelles sur les soins intégrés.

# Les membres du fmc

## Partenaires-or



Science For A Better Life



## Partenaires

Argomed

BMS Bristol-Myers Squibb

Centramed

Ctésias

LA POSTE

eastcare

hawadoc

HCI Solutions

MiSANTO

MSD Merck Sharp & Dohme

PonteNet

Groupe Senevita

Sandoz Pharmaceuticals

## Une diversité au quotidien

La composition du fmc est très diversifiée : elle représente l'ensemble des acteurs du système de santé Suisse. Ils et elles apportent leurs différentes perspectives et expertises dans le développement des soins intégrés et renforcent ainsi la pertinence des productions du fmc. Nous remercions tous nos membres et partenaires pour leur soutien, leurs suggestions et leur participation active à de nombreuses discussions constructives.

