



Construire les réseaux de soins Priorités et objectifs pour la phase initiale

Bernard Bachelard
Service de la santé publique Direction du projet NOPS Lausanne

Bernard Bachelard
Service de la santé publique
Rue Cité-Devant 11 1014 Lausanne
e-mail : bernard.bachelard@ssp.vd.ch

RESUME

La mise en place initiale des réseaux de soins est en passe d'être achevée dans le Canton de Vaud - Suisse. Elle s'est faite à partir d'une procédure participative. Le cadre a été donné sous forme de priorités de l'Etat définies en se référant au Modèle Européen de Management par la Qualité Totale. Deux grands groupes de processus ont été mis en évidence : l'intégration clinique et l'intégration des fonctions support.

Pour l'essentiel les réseaux ont construit leurs plans stratégiques en " faisant leur marché " parmi les priorités de l'Etat. Toutefois l'orientation des patients a fait l'objet d'un programme obligatoire. Deux conférences de concertation ont été organisées par l'Etat et les réseaux dans les domaines stratégiques des ressources humaines et du système d'information.

RESUMO

Foi concluída a etapa inicial para a criação de redes regionais de assistência à saúde no Cantão de Vaud, Suíça. Foram utilizados, para isso, procedimentos participativos. O quadro legal dessa etapa foi fixado sob a forma de prioridades governamentais, tendo como referência o Modelo Europeu de Gestão pela Qualidade Total (TQM). Dois grandes grupos de processos foram evidenciados: a integração clínica e a integração das funções de apoio técnico.

As redes regionais de assistência à saúde elaboraram seus planos estratégicos a partir das prioridades fixadas pelo Governo. As práticas de orientação e acompanhamento de pacientes são objeto de um programa obrigatório. Com a finalidade de firmar acordos, duas conferências foram organizadas pelo Estado e pelas redes de serviços nos campos estratégicos da gestão dos recursos humanos e dos sistemas de informática.

INTRODUCTION

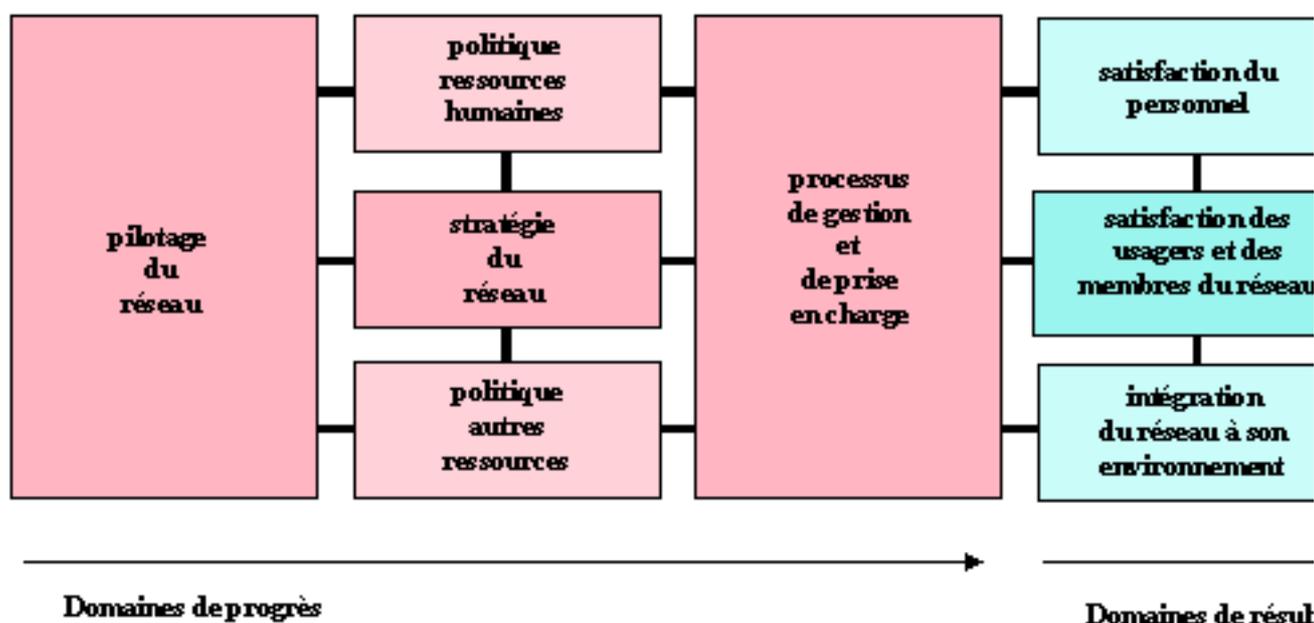
Le Canton de Vaud - Suisse - a adopté de Nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS) en novembre 1997. La construction de 5 à 8 réseaux de soins intégrés constitue le cœur du dispositif. Au sens de la loi, un réseau de soins est défini comme : "...un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge. Le réseau de soins a la personnalité juridique". Pour être reconnu d'intérêt public, un réseau doit offrir à ses patients une gamme complète des prestations de soins.

DÉMARCHE ET PRIORITÉS

La constitution des réseaux de soins est basée sur une démarche participative. Un réseau reconnu peut négocier un contrat de prestations avec l'Etat et accéder au financement de ses projets, du moins de ceux qui sont agréés. Pour être agréé, un projet doit s'inscrire dans un ensemble de priorités, valables pour une phase initiale de quatre ans.

Ces priorités de l'Etat ont été définies dans un document inspiré du Modèle Européen de Management par la Qualité Totale (modèle EFQM) . Nous avons considéré qu'un réseau en construction est confronté à des problèmes analogues à ceux d'une organisation qui se préoccupe d'améliorer la qualité de ses services: problèmes d'organisation, problèmes de définition des principaux processus de gestion et de prise en charge, problèmes de mesure des résultats ...

Fonctionnement en réseaux de soins : domaines de progrès et de résultats



Parmi les processus critiques, ce sont les processus de prise en charge qui ont été jugés prioritaires, soit les processus qui visent " l'intégration clinique " , qui favorisent la continuité dans les projets de prise en charge pour les patients chroniquement dépendants du système de soins. Concrètement, les objectifs à atteindre par les réseaux, d'ici 2002, prévoient qu'il existe par réseau :

- un système accrédité d'orientation des patients;
- un système accrédité de liaison entre institutions membres;
- une expérience de " gatekeeping " avec un cabinet médical de groupe pour ses patients au bénéfice d'une assurance de type réseau de santé (PPO) ;
- des protocoles médicaux/infirmiers de prise en charge " multisites " , validés par consensus, pour 5 à 10 traitements, adressés aux réseaux sous forme de recommandation de bonne pratique ;
- des conventions entre directions et membres, spécifiant les engagements respectifs dans les divers domaines de collaboration .

Les priorités de l'Etat - telles qu'elles ressortent du document - sont trop ambitieuses pour être toutes atteintes en quatre ans. Cependant, la démarche participative adoptée ne vise pas cet objectif. Dans le cadre de ces priorités, chaque réseau garde en principe toute latitude d'établir son projet à partir de sa propre stratégie. Il détermine ce qu'il veut réaliser pendant la période et au cours de son premier exercice. Il détermine ses priorités et les collaborations qu'il entend privilégier.

En théorie, il peut par exemple mettre l'accent sur la liaison entre institutions ou privilégier l'orientation des patients dans le réseau, ou encore concentrer ses efforts sur l'échange d'informations. Un réseau peut aussi choisir une autre voie et promouvoir avant tout la mobilité du personnel entre institutions ou l'introduction systématique de protocoles médicaux/infirmiers communs à tous les membres du réseau... Bref, chaque réseau compose son propre menu.

DES DOMAINES PARTICULIERS

Dans la pratique, il en va un peu autrement. Plusieurs initiatives de l'Etat ont eu des conséquences directes sur les choix stratégiques des réseaux de soins.

Ainsi, l'organisation en commun de l'orientation des patients - principalement des patients âgés en perte d'autonomie - entre hôpital, domicile, long séjour ou placement temporaire, a été rendue obligatoire. Elle a pris la forme d'un programme cantonal qui prévoit la création de " Bureaux régionaux d'information et d'orientation " (les BRIO's) , interconnectés entre eux de manière à permettre à chaque service de connaître notamment l'ensemble des disponibilités en lits.

De même, deux conférences de concertation - entre les réseaux et l'Etat - ont été organisées en cycles annuels. Elles sont en voie d'être inscrites dans la loi. Elles préparent des directives et des recommandations applicables à tous les réseaux dans deux domaines où une politique commune est vitale :

- les ressources humaines⁴ ,
- les systèmes d'information⁵ .

Dans le domaine des ressources humaines, une forte priorité est mise sur l'harmonisation des conditions de travail et, plus généralement des statuts du personnel, dans les différentes institutions de soins. En effet, le rapprochement des institutions - provoqué par la constitution des réseaux - rend les disparités existantes plus visibles et moins acceptables. D'autant plus visibles que les institutions sont contraintes à plus de transparence dans la gestion de leur personnel, afin de mobiliser sa créativité ou pour accroître sa mobilité sans conséquences néfastes sur ses conditions de travail et son statut. Bref, l'harmonisation de la politique des ressources humaines est considérée comme une des bases matérielles d'un succès durable des réseaux. Elle concerne notamment :

- une définition commune des fonctions ;
- un rapprochement des niveaux de rémunération pour des fonctions comparables ;
- des conditions de prévoyance professionnelle analogues dans toutes les institutions de soins.

Autre base matérielle essentielle pour le succès des réseaux : les systèmes d'information. Une forte priorité a été accordée à la mise à disposition des informations utiles à la prise en charge et au suivi des patients. Jusqu'ici, les systèmes d'information ont été conçus par catégorie d'institutions, avant tout pour leurs besoins administratifs. L'objectif vise l'accès progressif de tout fournisseur de soins aux informations administratives et cliniques, utiles à la prise en charge, à partir d'une gestion décentralisée des données, existantes le plus souvent.

La mise en œuvre de cette priorité par la conférence de concertation sur les systèmes d'information prend en compte les aspects suivants :

- les technologies d'intégration et de transmission permettent actuellement de fédérer différents environnements sans éliminer les équipements existants ;
- la diminution du nombre de systèmes à fédérer est décisive pour faire progresser rapidement l'échange d'informations entre membres d'un réseau ;

Dans ces conditions, la conférence de concertation vise un premier niveau d'intégration d'ici 2002 :

- par identification unique des patients,
- partir d'une base de données qui définit centralement un code d'identité de tout patient qui entre dans le système de soins;
- par adoption d'un système d'information commun aux établissements de long séjour ;
- par standardisation d'un panel d'informations ;
- par mise en service, dans chaque réseau, d'un registre de données (datawarehouse) capable d'intégrer ces informations en provenance des institutions membres.

La conférence de concertation sur les systèmes d'information est organisée de manière à être le seul lieu de coordination des démarches en cours ou en projet, dans les différentes catégories d'institutions ou dans les réseaux de soins.

PREMIERS RÉSULTATS

Actuellement, les huit réseaux de soins sont à des stades de construction différents. Tous ont adopté leurs orientations stratégiques en "faisant leur marché" dans la liste des priorités de l'Etat. On peut constater un certain mimétisme entre réseaux. Dans cette phase initiale, ils ont mis un fort accent sur le développement des processus dits "d'intégration clinique" (liaison, orientation, filières de soins, ...) par comparaison au développement des processus "d'intégration des fonctions support" (centrales d'achats, regroupement de fonctions administratives ou hôtelières,...). Ainsi donc - une fois n'est pas coutume - les priorités ressenties des institutions de soins coïncident assez bien avec les priorités de l'Etat, malgré l'absence relative de tradition en matière de projets transversaux dans le domaine clinique.

La constitution des réseaux de soins souffre néanmoins de la multiplication des projets, lancés par les administrations sanitaires fédérale et cantonale, en réponse aux nombreuses pressions économiques et politiques. Cette " agitation moléculaire " croissante brouille le message principal et mobilise les leaders intéressés par l'organisation des réseaux sur de trop nombreux fronts.

L'accompagnement de la réforme par l'information constante, par la formation et par la recherche collective de solutions en devient d'autant plus importante.

On peut constater également que la mise en place formelle - charte commune, aspects statutaires, règlements d'application, niveau de participation financière,... - a passablement occupé les réseaux naissants. Dans ces conditions, une partie des projets cliniques présentés relèvent plus de la " cosmétique " que d'un changement en profondeur des pratiques, en ce sens qu'ils codifient ou systématisent en partie des collaborations préexistantes. L'implication forte des soignants, particulièrement des médecins et des infirmières, dans l'organisation de la chaîne des soins est évidemment la pierre angulaire de cette construction. S'il faut qualifier l'attitude générale de ces deux grands corps de métier à l'égard des réseaux, il est raisonnable de parler " d'attentisme ", parfois bienveillant grâce à une minorité active.

Malgré ces réserves, la démarche participative adoptée a largement contribué à mobiliser les institutions et à encadrer leurs initiatives dans la constitution des réseaux. Associée à un financement incitatif des projets agréés, elle présente l'avantage de laisser une large autonomie aux responsables des institutions de soins dans le choix de leurs priorités, tout en préservant la possibilité, pour l'Etat, de garder la main sur certains domaines stratégiques obligatoirement abordés en commun.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport NOPS - Nouvelles orientations de la politique sanitaire - Etat de Vaud, Lausanne, Service de la santé publique, 1997
2. Bachelard B, Tinturier G. Construire les réseaux de soins - Priorités et objectifs pour la phase de transition. Etat de Vaud, Lausanne, Service de la santé publique, 1998.
3. Chantal Resplendino. Construire les réseaux de soins - Les BRIOs - Bureaux régionaux d'information et d'orientation. Etat de Vaud, Lausanne, Service des assurances sociales et de l'hébergement, 1999
4. Josiane Antille. Cahier de la conférence de concertation ressources humaines. Etat de Vaud, Lausanne, Service de la santé publique, 2000-2001
5. Claude Marguerat. Cahier de la conférence de concertation des systèmes d'information. Etat de Vaud, Lausanne, Service de la santé publique, 2000