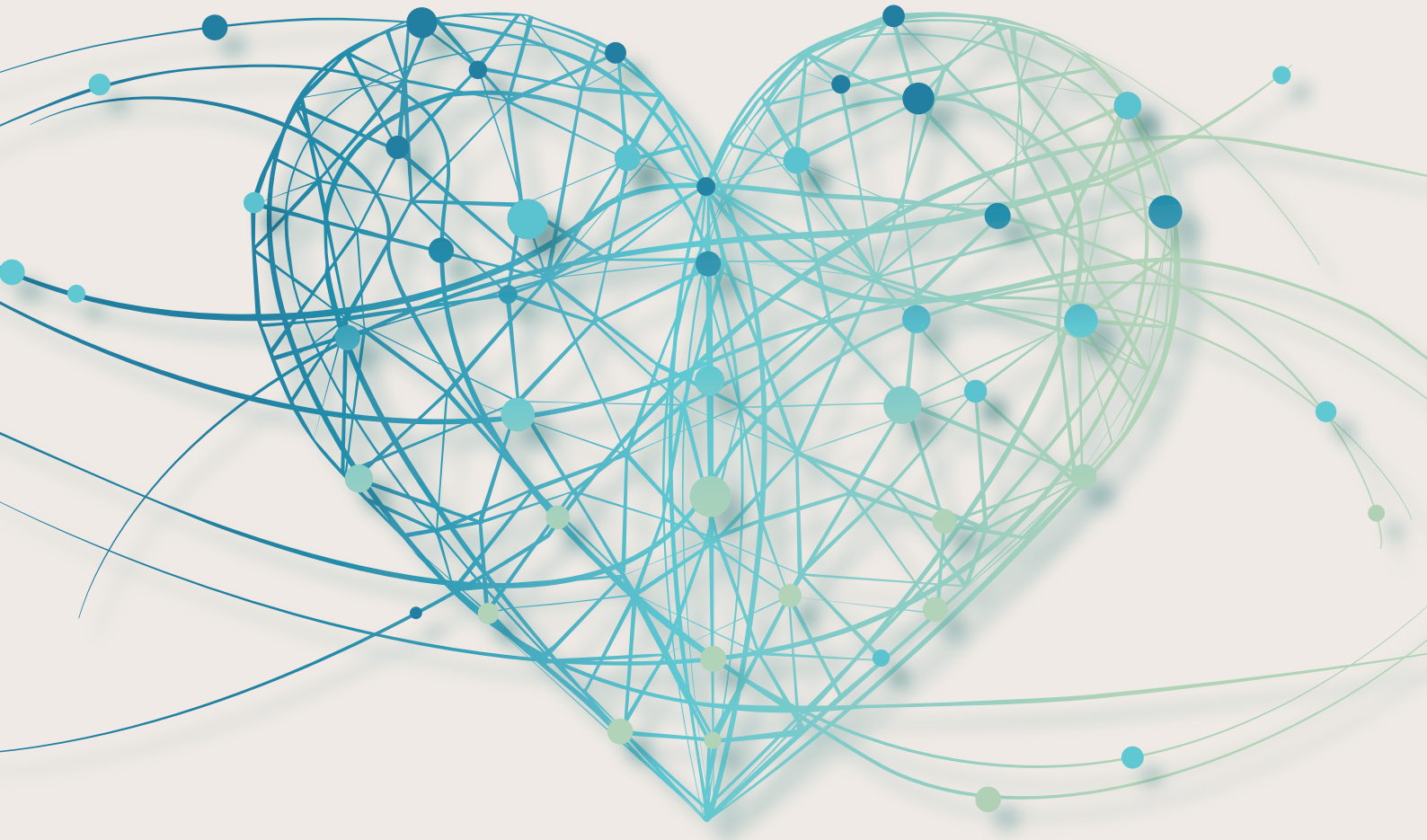
Supplément spécial
Septembre 2026

clinicum
Le numéro 1 pour la gestion de l'hôpital



Réseaux de santé

Façonner l'avenir ensemble

CSS

Sommaire

Vision à long terme
Réseaux de santé : quand les soins sont vraiment intégrés 4

Bâtir des ponts
Instaurer un climat de confiance et créer une valeur ajoutée 6

Personnel
Un accompagnement sur mesure – qui a besoin de quoi ? 10

Empathie
Une coordination hors pair réduit les coûts et améliore la qualité 11

Expérience
Soins intégrés : ce que la Suisse pourrait apprendre de l'Espagne. 14

Partenariat
Transfert vers l'ambulatoire au Centre hospitalier Bienne : un axe stratégique prometteur. 16

Orientation patient
Les réseaux de santé CSS : régionaux, flexibles, efficaces. 18

Impressum

Ce supplément spécial est publié en allemand et en français.

Éditeur
Dr Hans Balmer Public Relations AG, Leberngasse 21, Case postale 260, 4601 Olten

Rédaction
Tania Garcia, CSS
Dr Hans Balmer, éditeur de « clinicum »
clinicum.ch

Conception graphique
Marco Bonanno, plan f gmbh
plan-f.ch

Impression
ISI Print AG, Aarau

Traduction
Service de traduction CSS

Crédits photographiques
p. 3–5, 18–20 : archives CSS ;
p. 6 : David Marchon / Agence MaVu Sàrl ;
p. 7 : archives de l'Hôpital du Jura ; David Marchon / Agence MaVu Sàrl ;
p. 8–9 : archives de l'EHC Morges ;
p. 10, 15 : Getty Images ;
p. 11–13 : Eveline Beerkircher Fotografie ;
p. 14 : archives de Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG ;
p. 16–17 : Marco Zanoni / Centre hospitalier Bienne

Chère lectrice, cher lecteur



Sanjay Singh
Chef Prestations, Produits &
Health Services CSS
Membre de la direction générale

L'avenir du système de santé suisse repose avant tout sur la mise en œuvre de collaborations efficaces. La population vieillit, les maladies chroniques et complexes se multiplient et le personnel qualifié se fait de plus en plus rare. En tant que l'un des principaux assureurs-maladie de Suisse, nous assumons une responsabilité particulière dans ce contexte.

La CSS s'engage, depuis fort longtemps, en faveur d'un système de santé financièrement viable et de haute qualité. Nous attachons une grande importance aux volets social, économique et écologique de cet engagement, qui forment un tout indissociable. Notre motivation est claire : nous avons à cœur de favoriser le bien-être de nos clientes et clients à toutes les étapes de leur vie, quels que soient leur lieu de résidence, leur statut social ou leur état de santé.

Les réseaux de santé régionaux constituent un levier essentiel à cet égard. Différents acteurs médicaux y collaborent étroitement, partagent des informations et coordonnent les traitements, évitant ainsi les examens à double, simplifiant les parcours de soins et améliorant sensiblement la prise en charge au quotidien.

C'est pourquoi nous créons de nouveaux réseaux, en collaboration avec des partenaires solides. Nous mettons l'accent sur une prise en charge coordonnée, soutenue par des solutions numériques, de nouveaux rôles dans le domaine de la santé, ainsi que des offres ciblées en matière de prévention et d'accompagnement personnalisé.

Dans ce supplément spécial, nous découvrons ce qui se fait à Morges et dans le canton du Jura, nous donnons la parole à des collaboratrices et collaborateurs et nous brossons un portrait du système de santé espagnol pour mieux nous en inspirer. La contribution des réseaux de santé à la transition vers les soins ambulatoires est de plus en plus tangible.

En somme, la mise en réseau est non pas une fin en soi, mais un engagement envers les patientes et patients, les professionnelles et professionnels de la santé et le système dans son ensemble. Si nous parvenons à repenser la coopération, nous créerons un système de santé plus proche des citoyennes et citoyens, tout en freinant la hausse des coûts. Une chose est sûre : l'avenir des soins de santé se construira non pas en vase clos, mais au sein d'un réseau.

Je vous souhaite une lecture inspirante.



Sanjay Singh

Réseaux de santé : quand les soins sont vraiment intégrés

A quoi ressemblerait un système de santé qui place systématiquement les patientes et patients au centre des préoccupations et relie tous les intervenants de la chaîne de traitement?

Aujourd'hui, le système de santé est souvent vu comme un ensemble disparate : il n'est pas rare que les patientes et patients soient ballottés d'un service à l'autre, doivent expliquer leurs antécédents médicaux à chaque visite et subissent des examens à double. Dans ce contexte, il est de plus en plus difficile de garder une vue d'ensemble de la prise en charge, en particulier pour les personnes âgées ou celles souffrant de maladies chroniques. Le paysage des soins en Suisse demeure très fragmenté.

Si les médecins de famille jouent un rôle de coordination essentiel dans les soins de base, ce modèle se heurte à l'augmentation du nombre de patientes et patients et à la raréfaction des ressources. Et dans les niveaux de soins supérieurs, p. ex. à l'hôpital ou auprès de médecins spécialistes, les coûts sont particulièrement élevés. C'est précisément là que la coordination s'avère utile.

La solution : des soins en réseau

La solution pourrait provenir des réseaux de santé intégrés verticalement. Ceux-ci réunissent les cabinets médicaux, les hôpitaux, les infirmières et infirmiers, les pharmacies, les prestataires de télémédecine et d'autres acteurs, au sein d'un système coordonné qui place la patiente ou le patient au cœur du processus.

Ensemble, ces prestataires coordonnent toute la chaîne de soins, de la prévention à la réadaptation et aux soins de longue durée, en passant par le diagnostic et le traitement. Les patientes et patients bénéficient ainsi d'une orientation plus rapide vers le service approprié, elles et ils évitent les examens à double et le traitement reste clair et compréhensible. Les centres de coordination et les plateformes numériques aident à orienter les patientes et patients vers la ressource la plus adaptée. De nouvelles formes de prise en charge, telles que les offres @home ou celles proposées par les organisations d'aide et de soins à domicile, la télémédecine et les applications de santé, viennent compléter l'éventail de prestations tout au long du parcours thérapeutique.

L'objectif est de mettre en place un modèle intersectoriel avec des interfaces et des responsabilités clairement définies, pour éviter que la patiente ou le patient doive « repartir de zéro » à chacune des étapes.

CSS : l'approche coopérative « bottom-up »

La CSS adopte une approche « bottom-up » pour le développement de ses offres de soins. Autrement dit, elle part non pas d'un produit d'assurance défini à l'avance, mais s'appuie sur des approches innovantes et les évolutions concrètes du marché. Sur cette base, elle met en relation les partenaires locaux concernés et élabore avec eux des solutions de soins adaptées aux structures et aux besoins régionaux.

« Nous collaborons étroitement avec nos partenaires et élaborons avec eux des solutions parfaitement adaptées aux structures et aux besoins de prise en charge régionaux. »
Dr Luca Emmanuele, chef Gestion des achats Prestations à la CSS

Parallèlement, la CSS s'est fixé pour objectif d'adapter ses produits d'assurance davantage aux structures et aux approches de prise en charge des réseaux de santé régionaux. C'est dans ce contexte que de nouveaux rôles professionnels ont été créés, dont le but est d'accompagner les personnes assurées de manière ciblée tout au long de leur parcours thérapeutique.

Des éléments clés évolutifs dans les réseaux de santé

L'un des principaux facteurs de réussite est le déploiement d'un petit nombre d'éléments clés clairement définis. Ces éléments sont transposables, bien que l'offre



Dr Luca Emmanuele, Chef Gestion des achats Prestations CSS

Pour qu'un réseau fonctionne réellement, l'ensemble des partenaires doivent être liés par leur obligation de collaborer et de poursuivre des objectifs communs. Ce qui compte, c'est la volonté d'accompagner au mieux les patientes et patients tout au long de leur parcours thérapeutique, afin qu'il s'en dégage un processus d'apprentissage commun.

Les réseaux de santé déploient leur plein potentiel lorsque les expériences et les données sont systématiquement partagées, analysées et traduites en améliorations concrètes.



Dans les réseaux, les différents acteurs du secteur de la santé travaillent main dans la main. L'être humain est toujours au centre.

de service concrète puisse varier d'un réseau à l'autre.

Principaux éléments clés :

– **Création de nouveaux rôles pour la navigation et la coordination**
Grâce à la création de nouveaux rôles professionnels, des personnes qualifiées chargées de la coordination peuvent accompagner activement les patientes et patients tout au long de leur parcours thérapeutique. Les coordonatrices et coordonnateurs aident les personnes assurées à s'orienter, coordonnent les traitements, recherchent avec elles des solutions adaptées et veillent à la transmission des renseignements. Jusqu'à présent, ces rôles ont contribué de manière significative à la qualité et à l'efficacité de la prise en charge. De plus, ils ont pu être introduits dans d'autres régions sans difficulté.

  Il convient de faire quelques ajustements afin de se conformer à certaines spécificités régionales. Ainsi, une personne qualifiée peut prendre en charge différents tableaux cliniques ou groupes cibles en fonction du réseau. Une présentation détaillée de ces nouveaux rôles figure à la page 10.

– **Les évaluations de santé pour bien démarrer**
Les personnes assurées qui le souhaitent peuvent évaluer leur état de santé à l'aide d'un questionnaire structuré, et ainsi obtenir des recommandations personnalisées. Elles sont alors orientées rapidement et de manière ciblée vers la ressource compétente, ce qui évite les démarches superflues et permet une utilisation plus efficace de l'ensemble des offres. Ces évaluations de santé constituent une approche normative des soins et sont donc facilement transposables dans d'autres régions. De plus, elles peuvent déboucher sur des offres conviviales de la CSS, telles que des coachings ou des programmes en ligne.

Développement continu

Le développement des réseaux de santé repose sur un processus d'apprentissage continu. L'accent est mis non seulement sur la mise en œuvre des offres, mais également sur l'évaluation systématique de leur impact, qui sert de base aux améliorations. Cela inclut des indicateurs de résultats tels que la réduction des admissions en urgence ou des réadmissions, ainsi qu'une comparaison des coûts par rapport à un groupe de référence. Parmi les autres indicateurs figurent les transferts de charges (p. ex. l'augmentation des soins ambulatoires et la réduction des coûts des médicaments), le taux d'utilisation des offres, l'orientation vers des programmes de prévention, les expériences des patientes et patients, les résultats thérapeutiques, ainsi que la satisfaction des fournisseurs de prestations. À la CSS, cette évaluation est menée en continu et contribue directement au perfectionnement des modèles, en collaboration avec les acteurs impliqués dans la prise en charge.

Les réseaux de santé constituent non pas un produit statique, mais se caractérisent par un processus dynamique d'apprentissage et de développement. Ils naissent de l'interaction entre les acteurs concernés et ne cessent d'évoluer. La volonté de collaborer est tangible dans plusieurs régions. Il est essentiel de mettre en place les structures adéquates et, en particulier, de renforcer les éléments qui ont fait leurs preuves et qui peuvent être déployés à plus grande échelle. L'approche coopérative «bottom-up» de la CSS offre aux acteurs la marge de manœuvre nécessaire pour progresser et favorise une meilleure intégration des différents niveaux de soins.

Instaurer un climat de confiance et créer une valeur ajoutée

Les assureurs-maladie ainsi que les fournisseurs de prestations, tels que les hôpitaux, sont généralement des partenaires contractuels en ce qui concerne les prestations et la facturation. Les hôpitaux émettent des factures, que l'assureur vérifie et rembourse. Toutefois, ces deux acteurs peuvent contribuer bien davantage à un système de santé de premier ordre. C'est précisément ce que font l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) et l'Hôpital du Jura, en collaborant avec la CSS dans le cadre de modèles de prise en charge innovants.

«À première vue, il peut paraître étrange que nous ayons créé, en collaboration avec les «caisses», de nouveaux modèles pour l'offre de prestations et leur rémunération», résume le Dr Mikael de Rham, directeur général de l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC). «Si nous voulons innover dans le domaine de la santé, nous devons prendre des initiatives et faire preuve de plus de dynamisme», déclare-t-il. C'est pourquoi il était tout naturel de sortir des sentiers battus et de considérer les assurances-maladie non pas comme une simple instance de contrôle, mais comme «une partenaire agissant dans l'intérêt de nos patientes et patients».



Gautier Vallat (à gauche) est directeur général de l'Hôpital du Jura. Il est expert-comptable et détient une formation en gestion d'entreprise. Gautier Vallat dirige l'hôpital depuis 2024. Auparavant, il a occupé le poste de directeur financier au sein de l'établissement. Il s'engage en faveur d'une médecine de proximité fondée sur des réseaux de soins intégrés et l'établissement de coopérations étroites avec des partenaires régionaux et universitaires.

Dr Mikael de Rham (à droite) est directeur général de l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC). En plus de son doctorat en médecine, il est titulaire d'un master en économie et gestion de la santé. Depuis 2018, il dirige le réseau hospitalier, participe activement aux débats sur la politique de santé et enseigne la gestion de la santé à l'UNIL et à l'UNIGE.

Il existe de nombreux points de convergence entre l'hôpital et la CSS. «Ensemble, nous poursuivons un objectif clair : nous souhaitons offrir aux patientes et patients des soins de haut niveau tout en respectant le caractère économique des prestations.» Les réseaux de santé jouent un rôle central à cet égard, car ils permettent des soins intégrés et une coordination systématique des parcours thérapeutiques. Mikael de Rham précise : «En tant qu'hôpital, notre objectif est non pas de gagner le plus d'argent possible, mais d'assurer des soins optimaux à nos patientes et patients.» Mikael de Rham explique que c'est pour assurer la viabilité du système de santé dans son ensemble que l'EHC a mis ses intérêts en commun avec ceux de la CSS et établi un partenariat.

Sortir du travail en vase clos

«Une collaboration fructueuse nécessite toutefois une certaine marge de manœuvre», renchérit Gautier Vallat, directeur général de l'Hôpital du Jura et autre partenaire de coopération de la CSS en Suisse romande. Jusqu'alors, l'EHC et l'Hôpital du Jura avaient toujours travaillé de manière indépendante. Aujourd'hui, ils misent sur la coopération. «Nous mettons tout en œuvre pour créer un système viable à long terme», qui pré-



L'Hôpital du Jura a déjà pu acquérir de nombreuses expériences positives dans le domaine des soins intégrés ; ici, le site de Delémont.

serve les ressources et regroupe des offres parfois très fragmentées.

Pour rassembler les différents acteurs, il faut toutefois déployer des efforts considérables sur le plan organisationnel. C'est précisément là que la CSS apporte sa contribution, en soutenant activement la mise en place de ces réseaux, en invitant d'autres fournisseurs de prestations à la table et en encourageant la collaboration de manière ciblée. « Nous apprécions beaucoup le soutien que la CSS apporte à nos efforts. Ce soutien est à la fois une incitation et un engagement. Cela nous oblige et nous motive à créer des structures légères et efficaces, ainsi qu'un climat de confiance entre tous les fournisseurs de prestations impliqués, afin que cet investissement porte ses fruits et génère un ‹retour sur investissement›. C'est pourquoi il est très important, en tant qu'hôpital, que nous parvenions à sortir du travail en vase clos afin de collaborer étroitement avec les médecins généralistes, les établissements de soins et les services d'aide et de soins à domicile », affirme Gautier Vallat.

« La prise en charge est établie en étroite collaboration avec la CSS », précise Gautier Vallat. « Nous élaborons pour nos patientes et patients des prestations adaptées à la région et applicables en pratique. La CSS nous aide, sur la base de données, à déterminer si ces offres sont pertinentes. La question centrale est toujours de savoir si une offre apporte réellement une valeur ajoutée tangible aux patientes et patients. »

Mikael de Rham voit un grand avantage à échanger avec d'autres régions et réseaux de santé qui collaborent avec la CSS. « Nous avons les mêmes dynamiques et assumons les mêmes responsabilités », affirme-t-il. Une solution qui s'est avérée concluante

Le Dr Mikael de Rham (CEO de l'EHC) et Gautier Vallat (CEO de l'Hôpital du Jura) en interview avec le Dr Hans Balmer (éditeur de clinicum), de g. à d.





Les responsables de l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) s'engagent eux aussi dans le réseau de santé avec la CSS.

dans une région est souvent transposable ailleurs. «Les échanges accélèrent le processus.» La collaboration est au cœur de cette démarche. «Nous nous considérons non pas comme des concurrents, mais comme des partenaires», souligne Gautier Vallat. La CSS participe activement à ces échanges d'expérience et renforce la cohésion entre les acteurs concernés. Il arrive également que toutes les solutions ne fonctionnent pas aussi bien partout. Les besoins dans les centres urbains diffèrent de ceux des régions rurales ou de montagne, par exemple. Les offres doivent donc être adaptées aux spécificités régionales.

Tirer parti des économies d'échelle

«Nous devons penser et agir dans une optique de développement durable», poursuit Mikael de Rham, «tout en mettant à profit notre expérience en tant que généralistes dans le domaine du Managed Care. Avec le réseau de santé, la collaboration peut s'étendre encore davantage, notamment en ce qui concerne l'interdisciplinarité. Nous procédons étape par étape afin de constituer un réseau qui repose sur des bases solides. Actuellement, nous nous concentrons sur certains groupes de personnes, à savoir les patientes et patients âgés ou atteints de maladies chroniques. La collaboration s'instaure partout où elle est nécessaire et là où elle permet à la fois d'améliorer la qualité des soins et les conditions de vie des personnes prises en charge. Au sein du réseau, la responsabilité quant au traitement est collective et contribue à rendre le système plus efficace. Notre objectif est de pouvoir rapidement prendre en charge le plus grand nombre possible de patientes et patients avec cette approche. Il s'agit là d'une condition essentielle, notamment du point de vue des économies d'échelle, car la mise en place d'un réseau de santé doit également permettre d'accroître l'économicité.»

Intégrer davantage les médecins de famille

Pour y parvenir, il est essentiel d'intégrer pleinement les médecins de famille et les spécialistes, qui sont encore sceptiques à bien des égards. «Le corps médical se montre prudent, mais il prend de plus en plus conscience qu'une collaboration étroite avec l'ensemble des fournisseurs de prestations qui jalonnent le parcours thérapeutique est nécessaire», poursuit Gautier Vallat. «Les médecins de famille constatent d'ailleurs qu'ils ne peuvent plus faire cavaliers seuls. Le manque de relève en médecine familiale envoie déjà des signaux inquiétants. La collaboration reste encore un peu difficile, faute de plateforme informatique performante. C'est pourquoi nous souhaitons mettre au point un système qui améliorerait considérablement l'échange d'informations. Certains acteurs du système sont déjà bien connectés entre eux, ce qui favorise la collaboration. Pour aller plus loin, il faudrait un système informatique encore mieux coordonné. Nous y travaillons.»

C'est important, car le système de santé actuel n'est pas viable. Si nous continuons ainsi, nous serons confrontés à des problèmes encore plus graves. Des changements doivent être apportés, et la collaboration est indispensable afin d'assurer le financement de l'ensemble des prestations. Pour y parvenir, les fournisseurs de prestations et les organismes payeurs doivent

assumer d'importantes responsabilités, sachant qu'un tel développement tourné vers l'avenir nécessite de nombreuses années, des ressources considérables et beaucoup d'énergie.

Les deux directeurs généraux croient qu'il est encore trop tôt pour chiffrer la réussite du projet, car l'EHC Morges n'est partenaire de la CSS que depuis 2024 et l'Hôpital du Jura, depuis le début de l'année 2026. Cette collaboration repose sur le « Réseau Bleu », le premier réseau de soins intercantonal de cette ampleur en Suisse. La collaboration entre la CSS et les cinq hôpitaux du réseau se met progressivement en place afin d'assurer une prise en charge plus coordonnée, plus accessible et plus efficiente. « Toutefois, nous avons un plan bien défini. Nous franchissons une étape à la fois et nous nous améliorons continuellement », souligne Mikael de Rham. « Nous veillons à ce que notre offre fonctionne sans accrocs et soit bien accueillie par les patientes et patients. En ce sens, le ‹ Réseau Bleu › est un système évolutif que nous optimisons en permanence. »

Garantir une meilleure qualité

Dr Mikael de Rham et Gautier Vallat sont unanimes : « Les réseaux de santé doivent démontrer qu'ils offrent une qualité supérieure à celle des autres formes de prise en charge. Les gens doivent venir chez nous parce que la qualité du service est excellente et ils doivent choisir la CSS parce que les primes et les prestations sont adaptées. »

Nous pouvons travailler selon une approche « bottom-up », tout en respectant les spécificités régionales et les prérogatives cantonales. Si un modèle fait ses preuves, d'autres cantons pourront l'adopter. Des fournisseurs de prestations innovants peuvent développer des solutions durables en partenariat avec la CSS. Les idées peuvent d'abord être testées à petite échelle, puis déployées plus largement. En tant que partenaire faîtière, la CSS soutient la collaboration entre les prestataires et apporte des éclairages fondés sur les données afin de faire émerger ensemble des solutions viables pour une prise en charge plus efficiente en termes de coûts.

Commentaire du cabinet de médecine de famille



Dr Jérôme Burnand
Médecin de famille, Centre médical des Charpentiers, Morges (réseau EHC)

Les médecins de famille bénéficient de processus de prise en charge coordonnés

En tant que médecin de famille, je constate chaque jour que le modèle de soins classique et fragmenté a atteint ses limites. Les patientes et patients qui souffrent de maladies concomitantes ont besoin d'une prise en charge coordonnée et harmonisée.

Je crois que les médecins de famille sont, en principe, intéressés à rejoindre des réseaux de santé. La plupart reconnaissent l'utilité de tels réseaux face à la complexité croissante des traitements. Leurs réserves sont toutefois compréhensibles, notamment en ce qui concerne la charge administrative supplémentaire et les restrictions en matière d'autonomie. Les réseaux doivent donc prouver qu'ils allègent réellement la charge de travail au quotidien, améliorent la coordination des soins et ne créent pas de nouveaux obstacles.

Les réseaux qui y parviennent offrent une nette valeur ajoutée : les échanges entre les fournisseurs de prestations concernés sont plus rapides et plus directs, les processus décisionnels sont simplifiés, et des doublons sont évités.

Pour y parvenir, une collaboration solidement établie est indispensable. Les canaux de communication doivent être simples et efficaces, les rôles doivent être clairement définis, et les partenaires doivent avoir des objectifs communs pour la prise en charge des patientes et patients. Ce n'est que sur cette base qu'un processus de traitement véritablement coordonné peut se mettre en place.

En ce qui concerne l'avenir des soins de santé, je suis convaincu d'une chose : sans une mise en réseau efficace, il n'y aura pas de solution durable. L'accès aux soins doit rester simple et adapté aux besoins. Dans un contexte de vieillissement de la population et de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, la collaboration de toutes les parties prenantes est un facteur clé de réussite.

Le Dr Jérôme Burnand a obtenu son diplôme à Lausanne en 1995 et son titre de spécialiste en médecine interne générale en 2010. Il a exercé dans plusieurs hôpitaux, dont le CHUV, où il a occupé le poste de médecin-chef jusqu'en 2010. Il a ensuite été médecin principal et médecin-chef à l'HFR Riaz. Le Dr Jérôme Burnand exerce depuis avril 2021 au Centre médical des Charpentiers à Morges, qui fait partie du réseau EHC.

Un accompagnement sur mesure – qui a besoin de quoi ?

Les réseaux de santé sont particulièrement efficaces lorsqu'ils s'adaptent aux différents besoins de la population. Il existe différents profils d'utilisatrices et utilisateurs du système de santé : alors que certaines personnes assurées n'y ont pratiquement jamais recours, d'autres en ont besoin régulièrement, voire en permanence.

La CSS distingue trois groupes principaux :

Personnes en bonne santé : favoriser la prévention

De nombreuses personnes n'ont pratiquement jamais recours au système de santé jusqu'à ce que des symptômes apparaissent soudainement ou qu'un diagnostic vienne tout bouleverser. C'est là qu'intervient la CSS de manière précoce. Par la prévention, elle renforce les compétences en matière de santé et favorise activement le maintien en bonne santé au lieu de traiter des maladies. Dans le cadre d'une évaluation de santé, les personnes assurées peuvent notamment répondre à un questionnaire structuré sur leur état de santé. A l'occasion d'un entretien de conseil, elles reçoivent alors des recommandations personnalisées concernant les offres préventives, par exemple des programmes en lien avec l'alimentation et l'activité physique, des coachings pour le sommeil et la gestion du stress, des bilans cardiovasculaires ou des formations en ligne en cas d'hypertension artérielle. Cela permet non seulement d'améliorer la qualité de vie des personnes assurées, mais aussi de renforcer leurs compétences en matière de santé, et ainsi de réduire leurs risques de développer des maladies graves plus tard.

Une prise en charge intégrée assure la prévention, l'orientation et la coordination.



Utilisatrices et utilisateurs occasionnels : donner une orientation

Les personnes qui recourent rarement à des prestations médicales sont souvent perdues face aux nombreuses offres proposées dans le système de santé. Dans de telles situations, une chose prime avant tout : l'orientation. Cette tâche est assurée par une « navigatrice » ou un « navigateur », c'est-à-dire par une professionnelle ou un professionnel de la santé non médecin, qui connaît bien la région concernée et qui est en contact avec un réseau de fournisseurs de prestations locaux. Les demandes sont ainsi réparties de manière ciblée, et les personnes assurées sont orientées vers des offres de soins appropriées.

Lors d'un échange direct, par exemple au téléphone, la navigatrice ou le navigateur évalue l'urgence d'une demande et détermine avec la personne assurée quel service est le plus adapté à la situation. Ainsi, lorsque des parents ont, par exemple, des questions ou des doutes concernant les soins à prodiguer à leur nouveau-né ou à leur enfant en bas âge, la navigatrice ou le navigateur pourra les orienter vers une ressource adaptée, telle que le service Conseils aux parents si la consultation d'une ou un pédiatre n'est pas nécessaire dans un premier temps. Et en cas de symptômes tels qu'une conjonctivite ou un mal de gorge, la navigatrice ou le navigateur leur recommandera peut-être de se rendre d'abord à la pharmacie avant de consulter leur médecin de famille.

Personnes atteintes de maladies chroniques : l'importance de la coordination

Les personnes atteintes de maladies chroniques ou complexes peuvent grandement bénéficier des soins dispensés au sein de réseaux de santé. Lorsqu'elles consultent un grand nombre de professionnelles et professionnels de santé et suivent plusieurs traitements dans différents établissements, elles peuvent facilement perdre le fil.

C'est là qu'intervient la coordinatrice ou le coordinateur : une personne de référence qui garde une vue d'ensemble de tout le parcours thérapeutique. Son rôle consiste à identifier de manière ciblée les patientes et patients qui ont un besoin accru de coordination, le plus souvent à l'initiative de l'hôpital ou de la ou du médecin de famille. La coordinatrice ou le coordinateur organise les rendez-vous, favorise les échanges entre les cabinets de médecine familiale, les spécialistes, les services d'aide et de soins à domicile et les autres acteurs concernés, et veille à ce que tous les traitements soient coordonnés. Grâce à son travail, des pertes d'informations, des examens à double et des situations d'urgence peuvent être évités. Au besoin, l'entourage des personnes concernées est également impliqué et des services faciles d'accès leur sont proposés afin de permettre une meilleure prise en charge de la maladie.

Dans le témoignage suivant, une coordinatrice décrit son travail au contact direct des patientes et des patients.

Une coordination hors pair réduit les coûts et améliore la qualité

Les soins intégrés nécessitent une coordination des différentes prestations. L'objectif est d'obtenir des avantages tangibles pour les patientes et patients, à savoir des traitements plus qualitatifs et une meilleure qualité de vie. Des coordinatrices et coordinateurs compétents jouent un rôle déterminant dans les réseaux de santé de la CSS. Nous avons rencontré l'une d'entre eux, la coordinatrice Laurence Fleury, à l'Hôpital du Jura à Delémont.

A quoi ressemble une journée de travail typique pour vous en tant que coordinatrice?

Au début de ma journée de travail, je consulte la liste des patientes et patients assurés auprès de la CSS qui sont hospitalisés chez nous. Je passe ensuite en revue leurs dossiers et, au cours de la matinée, je rends visite à celles et ceux qui ont besoin du service de coordination. Je leur explique en quoi je peux les aider et je leur propose un suivi adapté à leur situation après leur sortie de l'hôpital.

Je fais ensuite les visites à domicile prévues, je clarifie si nécessaire les questions médicales ou organisationnelles en suspens, je rédige un rapport de synthèse à l'intention du médecin traitant et du service de soins à domicile et j'assure le suivi des patientes et patients à qui j'ai rendu visite.

Actuellement, je coordonne le suivi de plusieurs personnes présentant des besoins complexes. Je m'efforce de renforcer le réseau et d'harmoniser au mieux les prestations de tous les acteurs concernés. A cela s'ajoutent des tâches administratives de consignation des mesures mises en œuvre.

Pouvez-vous décrire des situations dans lesquelles votre rôle de coordinatrice a été déterminant?

Un patient âgé s'était brouillé avec le médecin qui le suivait depuis des années et n'avait plus de suivi médical depuis un an. J'ai discuté calmement avec ce patient de l'importance du suivi pour son état de santé. J'ai pris ses inquiétudes au sérieux et je lui ai également présenté la possibilité de changer de médecin. Je lui ai accordé un délai de réflexion de 48 heures avant de le rappeler. Lors de notre deuxième entretien, j'ai réussi à le convaincre de reprendre contact avec son ancien médecin. J'ai fixé le rendez-vous pour la consultation et j'ai fait mon possible pour apaiser la relation.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une patiente qui avait reçu une ordonnance à l'hôpital pour un drainage lymphatique. Cependant, son physiothérapeute n'était libre que quatre semaines plus tard. Comme le traitement était urgent, je me suis immédiatement occupée de la situation et j'ai passé plusieurs coups de fil. Grâce à mon réseau bien établi dans la région, j'ai finalement trouvé un thérapeute qui était disponible cinq jours plus tard.

Y a-t-il eu des cas où vous avez pu aider des personnes à bénéficier de meilleurs soins?

Cela arrive souvent. J'ai, par exemple, suivi un patient âgé qui vivait seul et ne bénéficiait d'aucune aide à domicile. Lorsque j'ai pris contact avec lui trois jours après sa sortie de l'hôpital, j'ai appris qu'il n'avait toujours pas pris les médicaments qui lui avaient été prescrits. Les noms figurant sur les emballages ne correspondaient pas à son ordonnance, puisqu'on lui avait remis des génériques. Je lui ai alors expliqué que les génériques avaient le même effet que les préparations originales. Il a ensuite pris ses médicaments correctement, ce qui lui a peut-être évité une aggravation de sa maladie cardiaque. Parfois, quelques explications simples peuvent avoir un impact considérable.



Laurence Fleury

Laurence Fleury est infirmière coordinatrice en soins de transition à l'Hôpital du Jura. Elle travaille depuis de nombreuses années dans différents services de l'hôpital, notamment en médecine interne, aux urgences et au service de secours, ainsi qu'au sein de l'unité de soins ambulatoires. Elle s'engage actuellement dans le cadre de formations continues dans les domaines de l'éthique biomédicale, de l'Advance Care Planning et de l'accompagnement. Elle siège en outre à la commission d'éthique de l'Hôpital du Jura depuis 2014.

Avez-vous remarqué récemment que votre rôle au sein du réseau avait eu un impact?

J'ai vécu une expérience particulièrement positive lorsqu'une équipe de soins à domicile m'a appelée pour obtenir des renseignements concernant le traitement médicamenteux d'un patient qui venait de sortir de l'hôpital. Comme j'avais eu facilement accès au dossier médical et au médecin prescripteur pendant la phase aiguë à l'hôpital, j'ai pu transmettre rapidement les informations nécessaires. Cela m'a montré une fois de plus à quel point un soutien coordonné était essentiel à cette étape, car pendant les périodes de transition, il n'est pas rare que les patientes et patients aient du mal à naviguer dans un système de santé aussi complexe.

Comment trouvez-vous la collaboration au sein du réseau de santé du Jura?

Nous n'en sommes encore qu'au tout début. Les choses se mettent en place petit à petit, et certains ajustements sont encore nécessaires. J'ai constaté que la communication avec les différents partenaires était très importante, mais qu'elle n'allait pas de soi, car notre rôle n'est pas toujours bien compris. J'apprécie particulièrement lorsque la collaboration donne lieu à des résultats concrets, notamment avec les médecins, qui apprécient d'être informés en temps réel de l'évolution de la phase aiguë à l'hôpital ainsi que des résultats en laboratoire. C'est pourquoi il est essentiel d'expliquer et de répéter en quoi consiste notre mission : offrir une réelle valeur ajoutée aux patientes et patients et leur apporter le meilleur soutien possible, en collaboration avec toutes les parties prenantes.



À la pharmacie, Laurence Fleury discute avec des professionnels de santé de la médication des patientes et des patients.

Existe-t-il des défis typiques liés à la collaboration interdisciplinaire?

Les différents groupes professionnels travaillent souvent en vase clos. Le principal défi consiste à coordonner l'ensemble des parties prenantes de manière à garantir des soins pertinents et adaptés aux besoins, à gagner du temps, à améliorer l'efficacité et à éviter les doublons et les pertes d'informations. Chaque patiente et chaque patient a un parcours médical qui lui est propre, et ma mission consiste à articuler les différentes étapes du traitement de façon cohérente pendant le processus de guérison.

L'un de mes principaux objectifs est de soulager les médecins, tout en suivant les patientes et patients de près. Par exemple, auprès de personnes âgées à mobilité réduite, les coordinatrices et coordinateurs prennent en charge des missions en lien avec la promotion de la santé, la prévention des maladies et des chutes, l'évaluation des traitements et la surveillance clinique. Par ailleurs, de nombreuses personnes ont

Grâce à une étroite coordination avec l'hôpital, le corps médical et les partenaires, Laurence Fleury contribue, au sein du Réseau de santé du Jura, à éviter les pertes d'information et les doublons.



plus de facilité à aborder leurs problèmes personnels avec une infirmière ou un infirmier qu'avec une ou un médecin. C'est pourquoi ce type de soutien au sein d'un réseau est particulièrement précieux.

Selon vous, quel aspect de votre travail profite le plus aux patientes et patients?

L'écoute. Elle revêt une importance capitale pour les patientes et patients. Lorsque je leur rends visite, je demande aux gens comment ils vont et je reçois souvent des confidences. C'est un bon point de départ pour leur proposer un accompagnement adapté. Par ailleurs, plusieurs patientes et patients trouvent très rassurant d'avoir le numéro de téléphone d'une personne de confiance à contacter en cas de besoin.

J'ai également constaté que les renseignements qu'on leur fournit sont très importants. Je réponds à toutes leurs questions concernant leur maladie, leurs symptômes, les facteurs de risque, les traitements possibles, ainsi que les signes précurseurs à surveiller afin d'éviter les rechutes. L'objectif est de les impliquer activement dans leur propre guérison, sachant l'importance de leur engagement pour la réussite du traitement. De plus, je peux les aider à accéder à des ressources qui amélioreront leur qualité de vie.

Quelles améliorations avez-vous déjà pu constater grâce à votre travail?

Il est encore trop tôt pour dresser un bilan définitif. Ce qui est nouveau, en revanche, c'est que l'hôpital s'ouvre davantage au reste du réseau. Les séjours à l'hôpital étant de plus en plus courts, nous répondons aux questions des patientes et patients qui sont en convalescence à la maison. L'accompagnement durant cette phase de transition délicate contribue à éviter les réadmissions.

A votre avis, quels changements pourraient venir renforcer le rôle de coordinatrice?

J'espère que le travail de coordination évoluera et que nous formerons bientôt une petite équipe. Je serais ravie de rencontrer de nouveaux collègues avec lesquels je pourrais échanger des idées. En plus de mes tâches actuelles, je souhaite aider les patientes et patients à rédiger des directives anticipées. Il est important de les aider à prendre des décisions éclairées quant à leurs souhaits, par exemple en cas de nouvelle maladie aiguë. Les directives anticipées constituent un outil précieux qui facilite la communication entre les professionnels de santé, les proches et les patients. Elles contribuent en outre à mieux adapter le traitement aux souhaits des patientes et patients.



Lors de visites à domicile, Laurence Fleury accompagne les personnes dans la phase de transition après leur séjour à l'hôpital.

En somme, j'essaie surtout d'apporter une contribution significative à la réduction des coûts de santé. Il est important que toutes les parties prenantes se sentent concernées par cette responsabilité commune, car c'est la seule façon d'y arriver.

En tant que coordinatrice, Laurence Fleury garde à l'esprit la suite du parcours de soins lors d'un entretien avec une patiente et renforce, par l'information, sa participation active au processus de guérison.



Soins intégrés : ce que la Suisse pourrait apprendre de l'Espagne

Les systèmes de santé espagnol et suisse sont structurés différemment. La Suisse aurait cependant intérêt à s'inspirer du système espagnol, notamment en matière de soins intégrés.

L'Espagne a un service de santé étatique financé par l'impôt. En 2002, celui-ci a été subdivisé en 17 communautés autonomes, dotées d'une marge de manœuvre relativement importante. L'Etat central leur met à disposition des contributions financées par l'impôt. Les communautés autonomes financent en outre leurs missions grâce à divers prélèvements, notamment ceux pour lesquels elles jouissent d'un droit de perception propre. Par exemple, les indemnités journalières en cas de maladie et les prestations de maternité sont financées par les cotisations sociales.

L'organisation des soins de santé repose généralement sur des contrats annuels conclus entre les autorités sanitaires régionales et les fournisseurs de prestations publics et privés concernés.

Les soins médicaux ambulatoires sont généralement assurés par des centres de santé locaux, financés par les pouvoirs publics. En Espagne, on peut choisir librement son médecin de premier recours. Toutefois, celle-ci ou celui-ci joue le rôle de « gatekeeper » afin d'orienter les patientes et patients vers des spécialistes, où les délais d'attente sont variables, mais généralement plus longs (sauf en cas d'urgence). Dans la réalité, les Espagnols font souvent l'impasse sur la visite du « gatekeeper » et décident de leur propre chef de se rendre aux urgences d'un hôpital. Pour les interventions chirurgicales non urgentes, le droit au libre choix de l'hôpital s'applique en principe.

Les systèmes public et privé sont non pas complémentaires, mais substitutifs

En plus du système de santé financé par l'Etat, l'Espagne a un système parallèle entièrement privé. Contrairement à la Suisse, en règle générale, les deux systèmes sont non pas complémentaires, mais substitutifs. Les cliniques privées peuvent en principe exercer leur activité dans les deux systèmes, à des conditions différentes.

Plus de la moitié des hôpitaux privés ont conclu une convention avec le service de santé public. Il convient notamment de distinguer les modèles qui régissent la mise en place et la gestion de services non médicaux (nettoyage, hôtellerie, etc.), des modèles qui régissent la mise en place et la gestion de services à la fois médicaux (soins somatiques de base et spécialisés, psychiatrie, maladies chroniques, etc.) et non médicaux.

Les communautés autonomes sont subdivisées en zones de santé comptant en moyenne entre 200 000 et 250 000 habitantes et habitants. Dans les différentes régions de santé, on trouve aussi des zones sanitaires de plus petite taille. Les soins hospitaliers et les soins ambulatoires spécialisés sont dispensés au niveau des zones de santé, tandis que les soins de médecine générale sont assurés au niveau des zones sanitaires.

L'importance des soins intégrés

En Espagne, contrairement à ce qui a cours en Suisse, la création des systèmes de soins intégrés a été motivée par des restrictions budgétaires. Les pouvoirs publics ayant réduit les subventions aux hôpitaux, des communautés autonomes ingénieuses (au départ, il s'agissait principalement de Valence) ont lancé des appels d'offres pour la construction d'hôpitaux et leur exploitation sur plusieurs années. La responsabilité des soins et le risque financier sont transférés à un organisme privé par le biais d'une concession. Pour mener à bien sa mission, le groupe responsable reçoit chaque année un budget global prévisionnel, calculé sur la base de montants de capitation (cotisations par habitante ou habitant) déterminés en fonction de la taille



Auteur : Willy Oggier, docteur en économie HSG, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küsnacht

Willy Oggier (docteur en économie HSG) a étudié l'économie politique à l'Université de St-Gall et obtenu son doctorat dans ce domaine. Après avoir enseigné pendant quelques années à l'Université de St-Gall, il s'est mis à son compte en 1996. Il est le propriétaire de l'entreprise Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG et compte parmi les meilleurs économistes de la santé du pays. Il a organisé de nombreux voyages d'études à l'étranger. Il se rend notamment en Espagne depuis quelques années. Sa mère était originaire de Madrid.



Précisément dans les soins intégrés, le regard au-delà des habitudes ouvre de nouvelles perspectives.

de la population et d'autres critères, notamment liés à la morbidité. En 1997, dans le cadre du premier modèle (le «modèle Alzira», du nom de la ville d'Alzira), le groupe Ribera a remporté l'appel d'offres.

L'exploitant s'est vite rendu compte qu'avec un système de «gatekeepers», il serait pratiquement, voire totalement, impossible de mettre en place une tarification raisonnable dans le cadre des modèles de construction et d'exploitation des hôpitaux, puisqu'il ne pouvait pas prévoir quels traitements les «gatekeepers» allaient réaliser eux-mêmes et quels traitements seraient confiés à des spécialistes. C'est ainsi que le groupe hospitalier est devenu le moteur des soins intégrés et a développé l'intégration en amont.

De possibles enseignements à tirer pour la Suisse

Dans une société vieillissante (la société espagnole compte parmi les plus âgées d'Europe), il est intéressant, pour les modèles de soins intégrés, d'investir dans la prévention secondaire durable, surtout si les personnes concernées restent dans les modèles de soins à moyen et long terme. Dans le modèle espagnol, pour pouvoir sortir du modèle des «gatekeepers», il faut conclure une assurance privée, ce qui est difficile à un âge avancé.

Les patientes et patients ne sont pas pour autant prisonniers du modèle de soins hospitaliers intégrés. En effet, si le modèle ne leur donne pas satisfaction, les personnes peuvent, par exemple pour des interventions non urgentes, se rendre dans un hôpital situé dans une autre région de soins. Dans ce cas, c'est leur «gatekeeper» qui doit régler la facture correspondante. Cette mesure incite, d'une part, à bien prendre en charge sa propre population de patientes et patients et, d'autre part, à se démarquer de la concurrence locale afin d'attirer le plus grand nombre possible de patientes et patients venant d'autres régions pour des traitements afin de générer ainsi des revenus supplémentaires.

Les sociétés vieillissantes sont généralement confrontées à une augmentation des maladies chroniques, qui se manifestent souvent de façon concomitante chez une même personne. Il est donc important que la population ait accès aux sous-spécialités correspondantes en cas de besoin, notamment à la médecine interne, et qu'en cas de maladies multiples, celles-ci soient prises en charge de façon simultanée et, si nécessaire, 24 heures sur 24.

Les modèles de soins intégrés qui sont gérés par des hôpitaux développent également des outils de communication interconnectés numériquement, en prenant en considération les grands centres de soins ambulatoires. Ces modèles mettent en outre à disposition les outils nécessaires afin d'assurer la communication entre médecins et patients. Dans un système de capitation, les malades chroniques ont rarement besoin de se présenter en consultation, sauf si leur état de santé s'aggrave. En règle générale, la télémédecine suffit. Dans un système de capitation, il n'existe aucune incitation financière à multiplier les consultations médicales inutiles, puisque la tarification ne se fait pas à l'acte.

Ces modèles ont été non pas imposés par l'État, mais ont vu le jour dans le cadre d'appels d'offres concurrentiels prévoyant des durées d'engagement sur plusieurs années. Les modèles de Valence diffèrent en partie de ceux que l'on retrouve, par exemple, dans la région de Madrid.

Conclusion

Afin de tirer parti des avantages des modèles de soins intégrés pilotés par les hôpitaux, il faudrait à tout le moins prendre en considération les aspects suivants:

- Ces modèles nécessitent un certain nombre de personnes assurées pour pouvoir atteindre les seuils minimaux en termes de qualité et de rentabilité.
- Le développement de ces modèles (et notamment la matérialisation des effets positifs et durables de la prévention) se fait sur une plus longue période.
- Dans un système fondé sur les assurances sociales où règne la concurrence entre les assureurs-maladie, comme c'est le cas en Suisse, il conviendrait donc d'autoriser des contrats d'assurance pluriannuels pour ce type de modèles.

Transfert vers l'ambulatoire au Centre hospitalier Bienne : un axe stratégique prometteur

Le transfert des interventions médicales vers l'ambulatoire constitue un axe stratégique central du Centre hospitalier Bienne (CHB) depuis des années. L'objectif est d'améliorer les soins centrés sur les patientes et patients, d'optimiser les processus et de décharger les ressources stationnaires. Afin de concrétiser cette vision, les infrastructures sont prévues spécifiquement pour les interventions ambulatoires, notamment grâce à un centre de chirurgie ambulatoire spécialisé.

Le renforcement des soins ambulatoires représente un défi tant sur le plan organisationnel que financier. Les systèmes de facturation créent souvent des incitations inopportunes, car les interventions stationnaires sont nettement mieux rémunérées. Cependant, grâce à un projet pilote lancé à son initiative, le CHB a pu compenser ces distorsions financières et ainsi renforcé l'incitation à recourir aux traitements ambulatoires.



Auteur : Philippe Plodeck, directeur général du Centre hospitalier Bienne

Philippe Plodeck a été nommé directeur général du Centre hospitalier Bienne (CHB) en mars 2026. Il occupait le poste de directeur financier depuis 2021. Auparavant, il a travaillé comme consultant en matière de santé auprès de PricewaterhouseCoopers, ainsi qu'au service Controlling de Galenica. Philippe Plodeck est titulaire d'un MBA de l'Université de Berne et d'un CAS en gestion systémique dans le domaine de la santé de la HSG.

L'accent a été mis de manière stratégique sur certaines spécialités, telles que l'ORL, la gynécologie et l'orthopédie. De plus, des interventions pour lesquelles les traitements ambulatoires sont sûrs et efficaces, et qui se prêtent à une optimisation des processus à large échelle, ont été sélectionnées. Cette orientation permet d'augmenter de manière quantifiable le degré de prise en charge ambulatoire et, en même temps, d'acquérir de l'expérience qui pourra être transposée à d'autres domaines par la suite.

Continuité des soins

En parallèle, le CHB a renforcé sa collaboration avec des partenaires externes. Il s'est notamment associé à Spitex Biel-Bienne Regio SA, afin d'optimiser l'accès aux soins ambulatoires et d'assurer le suivi des patientes et patients à domicile. Ainsi, non seulement le retour à la maison est facilité, mais la continuité des soins est également assurée.

Les premiers résultats du programme sont prometteurs. Pour une cinquantaine d'interventions sélectionnées, le taux de prise en charge ambulatoire est passé de 45% en 2024 à 53% en 2025. De plus, la même année, le nombre de jours en soins somatiques aigus a été réduit de 3,3%, malgré une tendance à la hausse dans la région. Cette évolution témoigne non seulement du succès des adaptations structurelles et financières mises en œuvre, mais apporte également de précieux enseignements pour l'optimisation des soins dispensés aux patientes et patients à l'avenir.

Des informations ciblées pour les personnes concernées et leurs proches

Une sélection rigoureuse des patientes et patients constitue un élément central de l'amélioration du parcours thérapeutique. Afin de raccourcir la phase de convalescence, nous leur proposons en outre une préparation ciblée avant l'intervention, par exemple sous forme de séances de physiothérapie. A l'avenir, des «Advanced Nurse Practitioners» (ANP), en collaboration avec le service d'aide et de soins à domicile (Spitex), assureront partiellement le suivi, pour une prise en charge à domicile sûre. Pour compléter le tout, des aides-mémoires ont été élaborés afin d'informer les patientes et patients et leurs proches sur l'intervention et le suivi postopératoire.

S'inspirer de ce qui se fait ailleurs

Le CHB porte également son regard au-delà des frontières nationales. Nous nous inspirons de pays qui cumulent plusieurs années d'expérience positive dans le transfert vers l'ambulatoire, afin d'adopter des concepts éprouvés et de poursuivre l'optimisation de nos propres processus. Il s'agit notamment de procédures organisationnelles, de formations destinées aux patientes et patients et



Le SZB fait progresser de manière ciblée le virage ambulatoire.



Une patiente au centre de chirurgie ambulatoire du CHB.

de systèmes d'aide numériques, qui ont fait leurs preuves à l'échelle internationale. Le médecin-chef de notre service de gynécologie, par exemple, a exercé pendant quelque temps en France. Il a ainsi pu se familiariser avec plusieurs interventions nouvellement réalisées en ambulatoire. Pour l'orthopédie, nous nous inspirons de modèles de prise en charge aux États-Unis.

Grâce à ces expériences inspirantes, le CHB souhaite développer en continu la formation du service d'aide et de soins à domicile. L'objectif est d'accompagner au mieux les patientes et patients qui regagnent leur domicile après des interventions de plus en plus complexes. Cette approche intégrée permet non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de renforcer l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Poursuivre le développement des soins ambulatoires et des réseaux de santé

Le transfert vers l'ambulatoire au CHB est la preuve qu'avec une planification stratégique, des investissements ciblés dans les infrastructures et une collaboration interprofessionnelle, il est possible d'obtenir une amélioration notable des soins dispensés aux patientes et patients. Les premiers résultats positifs, tels que l'augmentation du taux de prise en charge en ambulatoire, la réduction du nombre de jours de soins malgré une tendance à la hausse et l'amélioration des procédures de suivi, confirment que la voie choisie est la bonne. Ces récents développements jettent les bases d'une offre ambulatoire durable, axée sur les domaines de spécialité, l'apprentissage continu à partir de modèles internationaux et la collaboration étroite avec les soins ambulatoires.

Nous misons sur des réseaux de santé solides pour l'avenir. Afin d'assurer une prise en charge optimale des patientes et patients, la coordination de l'ensemble des acteurs concernés est primordiale. À cet égard, une étroite collaboration entre les médecins de famille, les Advanced Practice Nurses (APN), les organisations d'aide et de soins à domicile, les hôpitaux et les EMS est particulièrement déterminante.

Grâce à une offre innovante en matière de soins intégrés, le CHB et la CSS ont franchi une première étape importante vers des soins davantage coordonnés et axés sur les patientes et patients dans la région Bienne-Seeland. En conclusion, pour faire progresser le transfert vers l'ambulatoire et garantir des soins durables et de haute qualité, centrés sur les patientes et patients, il faut impérativement travailler ensemble.

Salle d'opération dotée d'une infrastructure moderne pour des interventions ambulatoires sûres et efficaces.



Les réseaux de santé CSS : régionaux, flexibles, efficaces

En 2025, la CSS a franchi une étape importante dans le développement des soins intégrés avec la création de son premier réseau de santé à Morges. On trouve également d'autres réseaux dans les régions du Jura, de Bienne, du Tessin, d'Appenzell et environs, de Lucerne et de Neuchâtel.

Chaque réseau est unique et cela ne tient pas du hasard, puisqu'ils ont été adaptés aux spécificités régionales et développés selon une approche « bottom-up », en collaboration avec les acteurs des régions. Les réseaux reposent cependant tous sur la même approche d'apprentissage et de développement en continu. Cette démarche est inspirée d'une vision claire : mettre en place un système de santé dans lequel les personnes peuvent préserver leur santé et, lorsque cela est nécessaire, bénéficier d'un accompagnement sûr, rapide et ciblé tout au long de leur parcours de soins. La CSS joue un rôle actif à cet égard, non seulement en tant qu'initiatrice, mais aussi en tant que co-conceptrice d'un système de soins durable et interconnecté.



Dr oec. Karolin Leukert, Cheffe de la section Soins intégrés et conventions spéciales CSS

Depuis le lancement du premier réseau de santé, nous œuvrons au développement d'autres offres de soins intégrés, notamment dans les régions où les différents acteurs souhaitent s'investir ensemble afin d'assurer des soins médicaux peu coûteux et de haute qualité.

Notre équipe reste à l'affût des nouveaux développements : nous évaluons continuellement différentes possibilités de collaboration et travaillons avec nos partenaires à une meilleure prise en charge.

Des avantages concrets pour les patientes et patients

Grâce aux réseaux de santé, les personnes assurées bénéficient d'avantages clairs, qui sont déterminants pour le suivi médical :

Prise en charge coordonnée

Les professionnelles et professionnels de santé travaillent en étroite collaboration et échangent des informations. La prise en charge gagne ainsi en efficacité et en sécurité, et les examens à double sont évités.

Accès rapide

Grâce à un accompagnement sur mesure, les personnes assurées ont rapidement accès à des spécialistes et à des thérapeutes capables de répondre à leurs besoins.

Accompagnement personnalisé

Des infirmières et infirmiers spécialement formés assurent un accompagnement et coordonnent la prise en charge dans les situations de santé difficiles, en cas de maladies complexes ou chroniques. Ils aident les personnes à mieux comprendre leur maladie et à trouver la meilleure façon de vivre avec celle-ci.

Prévention individuelle

La promotion de la santé et la prévention font l'objet d'un accompagnement individuel, par exemple sous la forme de recommandations personnalisées et d'offres de coaching.

Ce qui caractérise nos réseaux de santé

– **Niveaux de soins intégrés :** les réseaux de santé CSS offrent un accompagnement tout au long du parcours de soins, depuis la prévention et le dépistage précoce jusqu'à la rééducation, en passant

Réseau de santé de Bienne

Pour les personnes assurées de: la région de Bienne Seeland

Vos partenaires sur place: Centre hospitalier Bienne et CSS

Ce qu'offre votre réseau:

- 1 hôpital de soins aigus
- Centre de santé MEDIN avec médecins de famille, spécialistes et thérapeutes
- Centre de chirurgie ambulatoire MEDIN au Lac

css.ch/bienne-sante

Réseau de santé de Neuchâtel

Pour les personnes assurées de: Neuchâtel

Vos partenaires sur place: Réseau Hospitalier de Neuchâtel (RHNe), Réseau de soins neuchâtelois (RSN) et CSS

Ce qu'offre votre réseau:

- 1 hôpital de soins aigus sur 2 sites
- 1 service d'urgence
- 2 cliniques de réadaptation
- 1 policlinique
- 1 centre de médecine palliative
- 4 centres médicaux
- 15 cabinets de médecine générale

css.ch/neuchatel-sante

par le diagnostic, le traitement, les soins aigus et les soins de longue durée.

- **Rôle des médecins de famille :** les médecins de famille restent des interlocutrices et interlocuteurs importants pour les questions médicales. Elles et ils travaillent en étroite collaboration et selon des modalités de coopération clairement établies avec d'autres professionnelles et professionnels du réseau de santé et bénéficient d'un soutien pour la prise en charge des patientes et patients qui présentent des tableaux cliniques complexes.
- **Nouveaux rôles professionnels :** ce modèle est complété par de nouveaux rôles professionnels servant de premier point de contact en cas de problèmes médicaux. Ces personnes-ressources aident activement les patientes et patients à naviguer dans le système de santé et leur garantissent un accompagnement structuré et continu.
- **Coopération obligatoire :** un autre élément est la coopération obligatoire entre les acteurs impliqués. Des processus clairs et des responsabilités bien définies favorisent la coopération interprofessionnelle, réduisent le nombre d'interfaces et améliorent la qualité des soins.
- **Lien avec les offres de la CSS :** ces réseaux sont étroitement liés aux prestations existantes de la CSS, notamment aux programmes de santé tels que les entraînements psychologiques en ligne et les coachings dans les domaines de l'alimentation, de l'activité physique ou de la charge familiale. Ils contribuent ainsi à renforcer de manière ciblée la prévention et l'accompagnement.
- **Déploiement progressif :** dans un premier temps, les réseaux de santé réunissent des fournisseurs de prestations et un groupe de personnes assurées bien définis. Dans un deuxième temps, un déploiement progressif est prévu afin d'impliquer d'autres fournisseurs de prestations.
- **Nouveaux modèles de rémunération :** de nouvelles formes de financement sont également mises en œuvre au sein des réseaux de santé. La rémunération doit créer les incitations appropriées pour garantir des soins adaptés aux besoins, de bonne qualité et efficaces en termes de coûts. Différents types de forfaits correspondant aux maladies traitées sont en cours d'élaboration et sont soumis à une phase pilote. Ces forfaits sont conçus selon le principe de causalité et s'appuient sur les coûts de référence de groupes de personnes assurées comparables.

Réseau de santé du Jura

Pour les personnes assurées de: la région du Jura

Vos partenaires sur place: Réseau Médical du Jura, Hôpital du Jura et CSS

Ce qu'offre votre réseau:

- 1 hôpital de soins aigus avec 2 sites
- 1 policlinique pour les traitements ambulatoires
- 1 clinique de rééducation
- 2 EMS
- Pharmacie interjurassienne
- Cabinets de médecine de famille MediQo et Réseau Médical du Jura

css.ch/jura-sante

Réseau de santé de Lucerne

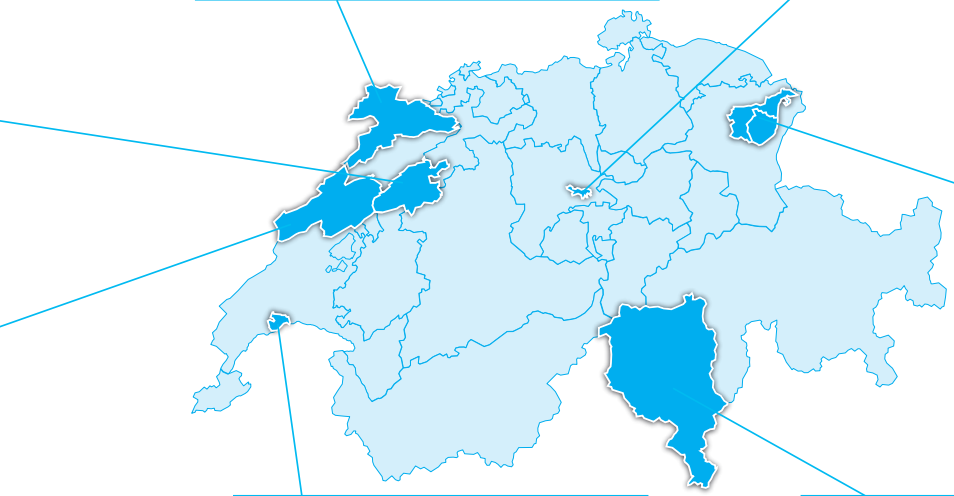
Pour les personnes assurées de: Lucerne

Vos partenaires sur place: cabinet Pilatus, Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) et CSS

Ce qu'offre votre réseau:

- 1 hôpital de soins aigus
- 1 pharmacie hospitalière
- 1 cabinet médical de groupe de médecine générale
- Offres @home
- Télémédecine

css.ch/lucerne-sante



Réseau de santé d'Appenzell

Pour les personnes assurées de: la région d'Appenzell

Vos partenaires sur place: Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden et CSS

Ce qu'offre votre réseau:

- Offre de santé psychique
- Prestations du Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden
- Offres de coaching et programmes numériques de la CSS dans le domaine de la santé mentale

css.ch/appenzell-sante

Réseau de santé de Morges

Pour les personnes assurées de: la région de Morges

Vos partenaires sur place: Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) et CSS

Ce qu'offre votre réseau:

- 3 hôpitaux de soins aigus
- 3 EMS
- 3 permanences médicales
- 1 clinique privée
- 19 cabinets de médecins de famille

css.ch/morges-sante

Réseau de santé du Tessin

Pour les personnes assurées de: la région du Tessin

Vos partenaires sur place: groupe hospitalier Moncucco et CSS

Ce qu'offre votre réseau:

- 1 hôpital de soins aigus avec 2 sites
- Médecins de famille dans la région
- Organisations partenaires comme les soins à domicile ou les cliniques de réadaptation

css.ch/tessin-sante


css.ch/crois-en-toi
Toutes les 50 millisecondes,
ton corps réajuste ton équilibre.
Car c'est dans ta nature
de ne jamais perdre pied.
Crois en toi. Tu es
incroyable.
CSS