



CURAVIVA Suisse

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »¹

**dans le modèle d'habitat et de soins
2030 de CURAVIVA Suisse**

2018

¹ Synonymes : entre autres « centre de santé et de conseil », « centre de santé et de vie », « centre pour l'habitat, les soins et la vie », « centre pour la vie et la santé ».

Table des matières

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »	1
1 Résumé pour la direction	4
2 Introduction	6
2.1 Situation initiale.....	6
2.2 Modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse	7
2.3 Objet et structure du plan de projet et d'affaires	8
3 Centre de santé	9
3.1 Contexte, vision et groupes cibles.....	9
3.2 Vue d'ensemble du « modèle de centre de santé » de CURAVIVA Suisse	10
3.3 Prestations.....	10
3.4 Personnel et services spécialisés et interprofessionnalité	11
3.5 Emplacement et culture	11
3.6 Financement.....	12
3.7 Intégration du « modèle de centre de santé CURAVIVA » dans le « MOHS 2030 »	12
4 Marché.....	13
4.1 Vue d'ensemble du marché et concurrents	13
4.2 Position unique sur le marché	14
4.3 Opportunités et risques du marché	14
4.4 Forces et faiblesses du centre de santé.....	15
4.5 Evaluation du marché	16
5 Développement.....	16
5.1 Vision commune comme point de départ / initiative.....	16
5.2 Développement stratégique	17
5.3 Financement et politique tarifaire	18
5.4 Marketing.....	19
6 Situation.....	20
6.1 Emplacement du centre de santé.....	20
6.2 Sites à l'intérieur du centre de santé	21
6.3 Relation avec d'autres domaines principaux du MOHS 2030.....	21
7 Organisation et infrastructure	22
7.1 Forme juridique.....	22
7.1.1 Coopération.....	22
7.1.2 Forme juridique et but.....	22
7.2 Structure organisationnelle	23

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

7.2.1	Vue d'ensemble.....	23
7.2.2	Direction stratégique.....	24
7.2.3	Direction opérationnelle et organisation.....	24
7.2.4	Domaines d'activité et unités organisationnelles.....	25
7.3	Organisation des déroulements	26
7.3.1	Vue d'ensemble.....	26
7.3.2	Prestations pour les clients.....	26
7.3.3	Prestations de soutien.....	28
7.3.4	Management de la qualité et reporting.....	28
7.4	Infrastructure informatique	29
7.5	Infrastructure immobilière et espace nécessaire	29
8	Mise en œuvre.....	30
9	Financement et plan de financement	31
10	Facteurs de succès potentiels.....	32
10.1	Mise en place et exploitation d'un centre de santé.....	32
10.2	Recommandations d'action pour la collaboration interprofessionnelle	34
11	Perspectives	36
12	Annexe	38
12.1	Bibliographie.....	38
12.2	Groupe d'accompagnement.....	41
12.3	Procédure possible pour le développement d'une stratégie pour un centre de santé	42

1 Résumé pour la direction

Le point de départ du projet est le « modèle d'habitat et de soins 2030 » (MOHS 2030) de CURAVIVA Suisse. Un centre de santé (CS) constitue la pièce maîtresse du MOHS 2030. Dans le cadre du projet consécutif « Collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé », un modèle de CS a été développé. Les prestations d'un tel CS sont caractérisées par trois éléments :

- *Point de contact au sens d'une plaque tournante* (à faible seuil d'accès et atteignable 24 heures sur 24 sous une forme appropriée) en tant que « point de contact unique »
- *Fourniture de soins médicaux, infirmiers (ambulatoires et stationnaires) thérapeutiques et pharmaceutiques de base*, complétés, en fonction de la situation, par d'autres prestations comme des conseils nutritionnels, etc.
- *Promotion de la santé et prévention*, là où le CS propose des prestations correspondant aux besoins de la population régionale.

Fondamentalement, un plan de projet et d'affaires est nécessaire lorsque des décideurs se trouvent devant une étape de développement importante et de grande portée. Un plan de projet et d'affaires détaillé présente la faisabilité conceptuelle et financière ainsi que les opportunités et les risques du projet. Normalement, un tel plan se réfère à un projet concret. Ce document présente par conséquent, sous la forme d'un kit de construction, les éléments à prendre en compte dans un plan de projet et d'affaires (avec des remarques pratiques). Structure possible (avec numéros des chapitres du présent rapport) :

- Chap. 3 : Définition du centre de santé et intégration dans le MOHS 2030.
- Chap. 4 : Présentation du marché (voir également dossier OBSAN 57 ; « Soins intégrés en Suisse », Schusselé et al., 2017), de la position de l'entreprise (analyse SWOT) et de l'évaluation du marché
- Chap. 5 : Développement d'un CS. Le point de départ est le développement d'une vision commune (5.1), notamment concernant l'espace social et les groupes cibles, ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Disposer de suffisamment de temps pour la phase de développement est un facteur de succès. On peut distinguer deux types de situations initiales : « création d'un CS entièrement nouveau » et « développement d'une entreprise préexistante ».
- Chap. 6 : Critères relatifs à l'emplacement et aux sites du CS, ainsi qu'aux éléments du MOHS 2030.
- Chap. 7 : Bases relatives à la forme juridique du CS, à la structure organisationnelle, à la structure opérationnelle (pour cette dernière principalement les processus de l'entreprise), à l'informatique et à l'infrastructure immobilière. Un organigramme unifié ainsi qu'une direction générale (cf. 7.2) ainsi que l'engagement dans le domaine de la formation (7.3.3) sont très importants pour la collaboration interprofessionnelle dans le CS.
- Chap. 8 : Structure et mise en œuvre d'un CS.
- Chap. 9 : Remarques relatives à la planification financière. A côté d'un financement propre, il est également possible d'envisager un financement étranger.

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

- Chap. 10 : Facteurs de succès potentiels pour la conception, la création et la mise en œuvre d'un CS et recommandations pour la collaboration interprofessionnelle.

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

2 Introduction

2.1 Situation initiale

Comme chacun le sait, la fourniture des soins médicaux dans les homes va prochainement atteindre ses limites, en raison de la pénurie de médecins de premier recours. L'une des grandes inquiétudes des EMS porte par conséquent sur la manière de régler et de concevoir à l'avenir ces structures de fourniture des soins et leur contenu.

CURAVIVA Suisse a développé le « modèle d'habitat et de soins 2030 » (MOHS 2030), sur la base duquel est réalisé le projet consécutif « Collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé ». Le « centre de santé » constitue la pièce maîtresse du MOHS 2030. Ce CS réunit différents prestataires des domaines médical et thérapeutique comme des médecins ou des pharmaciens, mais aussi d'autres offres thérapeutiques.

Ce projet est l'un des quatre projets consécutifs actuels du MOHS 2030 (les autres sont : Environnement technologique en réseau, Effets sur les coûts, Logement avec assistance). Ce projet intègre des acteurs et des bases existantes de la collaboration interprofessionnelle (cf. charte collaboration ASSM, 2014), des acteurs de la « plate-forme interprofessionnalité dans la fourniture des soins de base » et des bases relatives à la collaboration interprofessionnelle dans le cadre du projet de l'OFSP « Soins coordonnés » (OFSP, 2017).

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Comment concevoir concrètement le « centre de santé » et comment établir une collaboration interprofessionnelle.
- Comment assurer la fourniture, dans un « centre de santé », des soins médicaux et thérapeutiques de base dans l'ensemble de l'espace social et de vie des personnes âgées, sur la base du modèle d'habitat et de soins.
- Elaboration des documents de base pour la réalisation d'un projet pilote de « centre de santé ».

Les résultats visés / produits finaux du projet « centre de santé » sont les suivants :

- Document : nouveaux modèles de fourniture des soins et de collaboration : collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé. Recherche bibliographique et exemples pratiques.
- Document : prototype de modèle de centre de santé.
- Document : **plan de projet et d'affaires d'un centre de santé**, décrivant la mise en œuvre possible du « modèle de centre de santé ».

Une « Evaluation des effets du modèle d'habitat et de soins 2030 sur les coûts » a également été élaborée (Polynomics, 2017).

2.2 Modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse

Le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse est conçu sous forme d'entreprise de services avec une infrastructure décentralisée (à orientation sociale). La collaboration avec des fournisseurs de soins de base médicaux, avec des offres de thérapies et avec le quartier est particulièrement importante dans le modèle d'habitat et de soins 2030. L'espace social et de vie actuel des personnes âgées doit être placé au centre de l'attention de manière encore plus ciblée que jusqu'à présent. Cela permet de mieux tenir compte de l'autonomie et de l'autodétermination des personnes âgées.

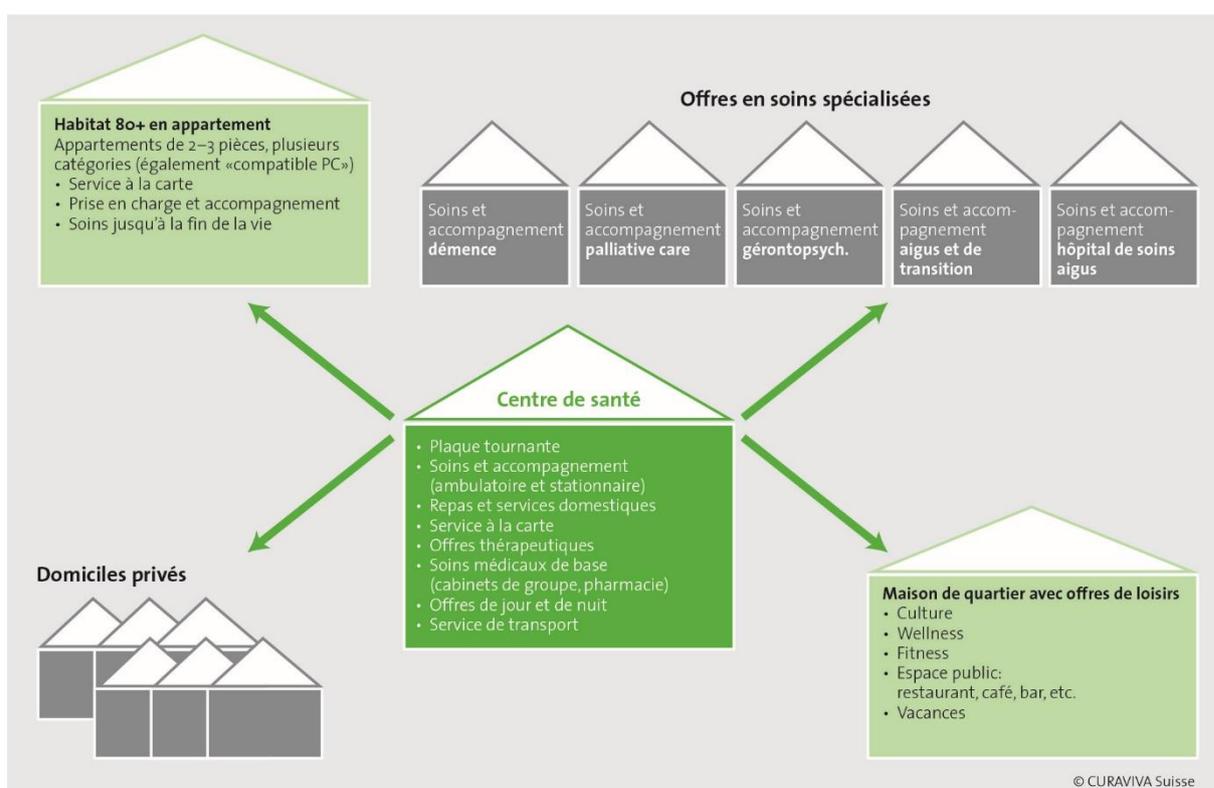


Figure 1 : Modèle d'habitat et de soins 2030 (CURAVIVA, 2016, graphique 2017 complété)

Les tâches des institutions pour personnes âgées deviendront par conséquent plus globales et comprendront les domaines principaux suivants :

- Soins, assistance et prestations d'aide au ménage dans les logements familiaux
- Soins, assistance et prestations d'aide au ménage dans des logements adaptés aux personnes âgées
- Offres de soins et d'assistance spécialisées (p.ex. démence sénile, soins palliatifs, gériopsychiatrie, etc.)
- L'institution de soins classique devient un centre de soins ou de quartier dans l'environnement familial des personnes âgées

2.3 Objet et structure du plan de projet et d'affaires

Fondamentalement, un plan de projet et d'affaires est nécessaire lorsque des décideurs se trouvent devant une étape de développement importante et de grande portée. Un plan de projet et d'affaires détaillé présente la faisabilité conceptuelle et financière ainsi que les opportunités et les risques du projet. Sur la base du document terminé, les décideurs sont en mesure de prendre une décision concernant la suite des démarches. Dans le cas d'un centre de santé, cela pourrait être, par exemple, la planification d'un nouveau CS ou l'extension d'une institution existante par un ou plusieurs nouveaux domaines d'activité². Dans ce cadre, le plan de projet et d'affaires est utilisé dans un sens large comme instrument de planification et de communication.

Un plan de projet et d'affaires se réfère normalement à un projet concret. Il présente une « idée d'entreprise » ainsi que les mesures à prendre pour réaliser celle-ci avec succès. Dans le cas présent, il n'y a pas de projet concret, raison pour laquelle le présent document présente, sous la forme d'un système modulaire, les éléments à prendre en compte dans un plan de projet et d'affaires. Ce document donne également des informations sur ce dont il faut tout particulièrement tenir compte dans le cadre d'un projet correspondant. Ce plan de projet et d'affaires est structuré comme suit :

- Chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** : Définition du centre de santé et intégration dans le MOHS 2030.
- Chap. 4 : Présentation du marché, de la position de l'entreprise (analyse SWOT) et de l'évaluation du marché
- Chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** : Développement d'un CS.
- Chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** : Critères relatifs à l'emplacement et aux sites du CS, ainsi qu'aux éléments du MOHS 2030.
- Chap. 7 : Bases relatives à la forme juridique du CS, à la structure organisationnelle, à la structure opérationnelle (pour cette dernière principalement les processus de l'entreprise).
- Chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** : Structure et mise en œuvre d'un CS.
- Chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** : Remarques relatives à la planification financière.
- Chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** : Facteurs de succès potentiels pour la conception, la création et la mise en œuvre d'un CS.

² Dans ce dernier cas, le plan d'affaires est également appelé « analyse de rentabilité ».

3 Centre de santé

3.1 Contexte, vision et groupes cibles

Sur la base du « modèle d'habitat et de soins 2030 », un groupe de projet interdisciplinaire mandaté par CURAVIVA Suisse a élaboré un « modèle de centre de santé » sur la collaboration interprofessionnelle dans le cadre du MOHS (QUALIS evaluation, 2017). Celui-ci a été conçu en tant que modèle idéal, sans tenir compte de critères de faisabilité ou de financement.

Le groupe de projet ayant élaboré le modèle de CS (QUALIS evaluation, 2017) a également accompagné l'élaboration du présent plan de projet et d'affaires (liste cf. annexe 12.2).

Le groupe cible initial du CS, à savoir les personnes âgées, a été étendu à toutes les personnes avec des besoins particuliers, autrement dit aux personnes en situation de handicap, aux personnes souffrant de troubles psychiques ou en crise, ainsi qu'aux personnes souffrant de maladies chroniques. Le concept de l'orientation en fonction de l'espace social prévoit de tenir compte de la personne avec sa volonté et ses ressources, et que ses proches et son environnement social étendu soient intégrés dans l'assistance. Ce modèle de CS est donc valable non seulement pour les personnes âgées, mais aussi pour d'autres groupes de population, et a donc été formulé de façon plus large. L'espace social visé – défini de manière plus ou moins large – offrira la base pour la définition plus précise des groupes cibles. On relèvera toutefois qu'un CS n'aura pas les mêmes caractéristiques selon qu'il se trouve dans une ville, une agglomération ou à la campagne. Comme cadre raisonnable pour l'espace social et le bassin de population d'un centre de santé, le groupe de projet s'est basé sur une région d'environ 25'000 habitants. Dans les régions périphériques et les petites villes, ce cadre peut également être plus réduit. Par ailleurs, un centre de santé dans une région périphérique ne pourra pas se limiter à un groupe cible particulier, mais devra fournir des soins à l'ensemble de la population.

Le centre de santé a une vision supérieure, partagée par toutes les personnes travaillant dans ce centre ou pour le compte de celui-ci. Les aspects essentiels de cette vision sont les suivants :

- Orientation en fonction de l'espace social
- Orientation en fonction des besoins
- Participation
- Promotion de la santé et prévention
- Conception de la qualité de vie (cf. CURAVIVA, 2014)

3.2 Vue d'ensemble du « modèle de centre de santé » de CURAVIVA Suisse

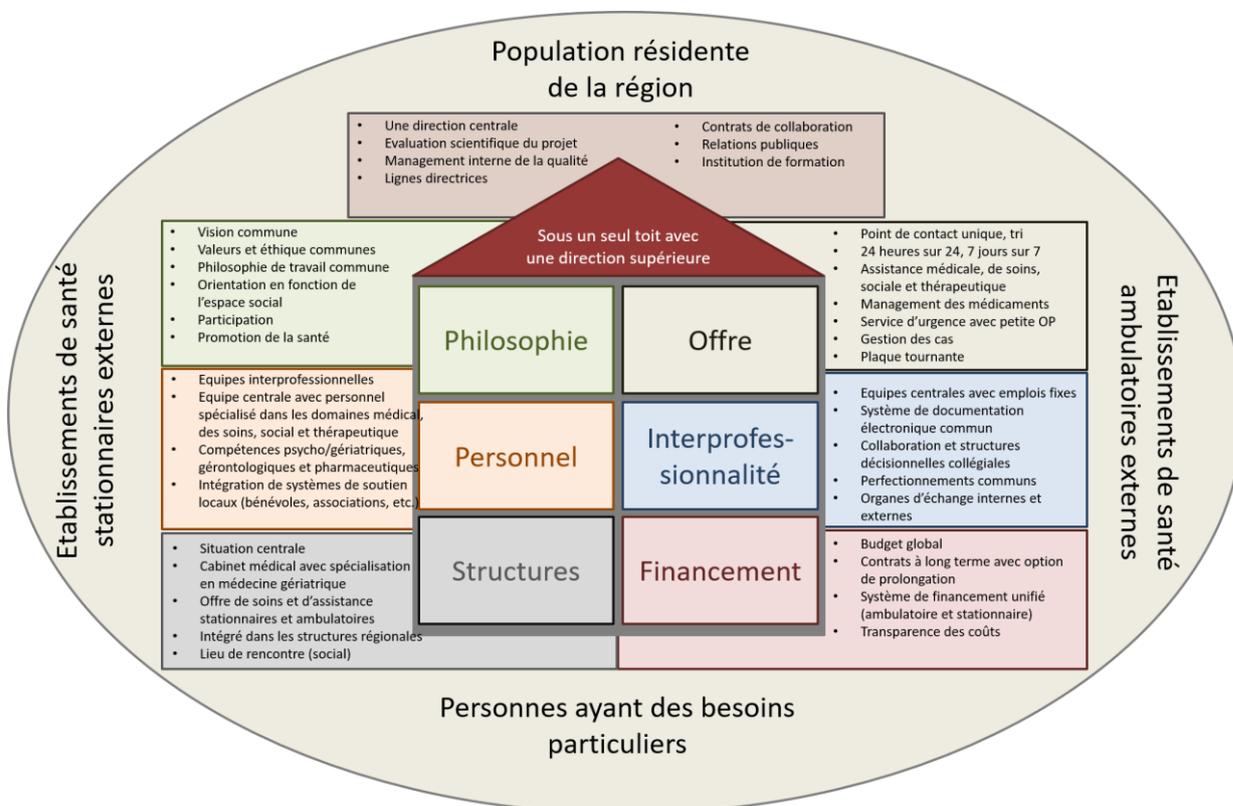


Figure 2 : Modèle de collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé (Qualis, 2017)

3.3 Prestations

- La *première caractéristique* du CS est sa fonction de point de contact au sens d'une plaque tournante (à faible seuil d'accès et atteignable sous une forme appropriée 24 heures sur 24) en tant que « point de contact unique » au sens d'un point de contact pour toutes les questions relatives à la santé et à la vie. Dans ce cadre, il y aura aussi une part de « travaux non spécifiques » pour le groupe cible.
 - Il est conçu comme centre ouvert, avec conseils par téléphone et en ligne, et triage par une personne techniquement et socialement compétente.
 - Des personnes de référence permanentes coordonnent et organisent le recours à différents spécialistes, au sens d'une gestion par cas, ainsi que les transitions entre les soins aigus et de longue durée ou entre les traitements ambulatoires et stationnaires (hôpital, psychiatrie, rééducation, soins de transition, soins de longue durée ou service d'aide et de soins à domicile).

- La *deuxième caractéristique* est la fourniture de soins de base médicaux, infirmiers (ambulatoires et stationnaires), thérapeutiques et pharmaceutiques, complétés, en fonction de la situation, par d'autres prestations comme des conseils nutritionnels, etc.
- La *troisième caractéristique* est la promotion de la santé et la prévention, deux domaines où le CS propose des prestations répondant aux besoins régionaux de la population, p.ex. des manifestations de formation, le développement de guides et de lignes directrices, un encadrement pour les bénévoles, etc.

3.4 Personnel et services spécialisés et interprofessionnalité

- La plaque tournante est gérée par du personnel avec une formation dans le domaine social ou des soins.
- Le centre de santé dispose d'un cabinet pour les soins médicaux de base, avec spécialisation dans la médecine gériatrique (gériatrie, gérontopsychiatrie). Le cabinet dispose, sous une forme appropriée, d'un service d'urgence et est en mesure d'effectuer de petites interventions chirurgicales en ambulatoire.
- En fonction des circonstances locales, le centre de santé propose également des prestations complémentaires judicieuses, p.ex. pharmacie, thérapie, opticien, conseils nutritionnels ou pédicure, coiffeur, service de repas, nettoyage ou conciergerie.
- Conditions importantes pour le succès de l'interprofessionnalité :
 - Les équipes travaillent selon le principe de la collégialité et disposent de structures de décision transparentes et collégiales.
 - Une documentation électronique commune (p.ex. cybersanté, DEP), des discussions collégiales régulières et un cercle de qualité sont des éléments importants. Les équipes interprofessionnelles travaillent selon les mêmes lignes directrices. Elles suivent des perfectionnements communs. Tous parlent de la même chose et utilisent le même langage.
 - L'équipe centrale est composée de personnes avec un contrat de travail fixe. Cela facilite la collaboration interprofessionnelle et favorise l'engagement en faveur de l'institution et d'une philosophie de travail commune.

3.5 Emplacement et structure

- Le centre de santé est dans une situation centrale et intégré aux structures locales. Il peut s'agir d'un EMS, d'un hôpital régional, d'un centre communal ou de quartier, d'une institution pour personnes en situation de handicap, d'un cabinet de groupe, d'une pharmacie ou d'un service d'aide et de soins à domicile. La forme juridique et l'organisation du centre de santé ne sont pas imposées ; celui-ci doit toutefois disposer d'une direction générale.

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

- Fonction de centre avec, d'une part, des offres pour les besoins quotidiens et, d'autre part, un lieu de rencontre avec café ou restaurant.

3.6 Financement

- A long terme, on visera des conditions cadre avec un système de financement unifié. Comme exemple, Polynomics (2017) attire l'attention sur des incitations erronées par des financements différents dans les domaines des soins ambulatoires et stationnaires de longue durée. Dans le cadre du rapport de recherche de l'Office fédéral de la santé publique sur l'interprofessionnalité dans le secteur de la santé, l'IWSB (2017) a mis en discussion un forfait complexe, qui regrouperait tout un épisode de traitement avec tous les niveaux de soins et éliminerait les incitations erronées actuelles.
- Par ailleurs, le CS doit disposer du soutien des pouvoirs publics à travers un budget global permettant de financer des prestations sociales et sociétales.

3.7 Intégration du « modèle de centre de santé CURAVIVA » dans le « MOHS 2030 »

Si on compare le « modèle de centre de santé CURAVIVA » au « modèle d'habitat et de soins 2030 », il y a lieu d'ajouter quatre points concernant l'intégration :

- « Vivre à 80 ans et plus dans un appartement » : le groupe cible de ce domaine de prestations est constitué de personnes de la troisième phase de vieillissement « fragilisation accrue », chez lesquelles des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles compliquent, voire rendent impossible une vie autonome (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014). Cela exige une intégration claire dans l'interprofessionnalité, les prestations et les processus du centre de santé.
- « Logements familiaux » : les mêmes exigences s'appliquent, fondamentalement, aux prestations pour les personnes vivant dans leur logement familial. On doit toutefois s'attendre à une demande de prestations plutôt différenciée et « à la carte ».
- « Centre de quartier avec offre de loisirs » : une partie de ces éléments sont également cités dans le modèle de centre de santé de CURAVIVA, p.ex. café / lieu de rencontre, ce qui devrait être une variante. L'idéal serait une étroite collaboration du CS avec un centre de quartier.
- Les « offres de soins et d'assistance spécialisées » font soit directement partie du CS, soit collaborent étroitement, sous une forme appropriée.

4 Marché

4.1 Vue d'ensemble du marché et concurrents

Actuellement, il est difficile de décrire un véritable « marché » de centres de santé, avec des entreprises concurrentes entre elles, en raison des importantes différences concernant les structures des CS existants. Cela tient, d'une part, à l'absence de définition généralement reconnue de la notion de « centre de santé » et, d'autre part, à la forte fragmentation du secteur de la santé en Suisse. Les objectifs du CS évoqués dans le MOHS 2030 correspondent en de nombreux points à la « fourniture intégrée des soins » actuellement discutée en Suisse et à l'étranger, dans le cadre de laquelle la fourniture des soins au groupe cible est coordonnée et harmonisée par les fournisseurs de prestations tout au long de la chaîne de fourniture de prestations aux patients.

Une première vue d'ensemble de la situation en Suisse a été publiée récemment dans le dossier OBSAN 57 « Soins intégrés en Suisse » (Schusselé et al., 2017). Les initiatives remplissant les quatre critères suivants ont été invitées à participer à l'enquête 2015 / 2016 :

1. les principes d'intégration sont formalisés
2. au moins deux niveaux de la fourniture des soins sont intégrés / coordonnés
3. au moins deux groupes spécialisés ou groupes professionnels de la santé participent
4. les initiatives sont actives au moment de l'enquête.

Cela a permis l'identification de 172 initiatives de fourniture intégrée des soins. Elles se distinguent par une grande diversité, raison pour laquelle elles ont été réparties en six catégories. Dans le présent document, nous nous intéresserons à la catégorie « centres de santé » (nombre : 20).

Les centres de santé sont définis comme suit dans OBSAN (Schusselé et al., 2017, p. 14) « Initiatives regroupant, sous une même gouvernance, plusieurs structures et niveaux de prestations de soins : premier recours (médecin ou autre) et/ou soins ambulatoires spécialisés (médecin ou autre) et/ou stationnaires aigus et/ou soins de transition et/ou soins de longue durée ».

Si on compare le tableau avec les 20 CS représentés dans le dossier OBSAN 57 (Schusselé et al., 2017) au modèle présenté ici, 85% (17/20) des CS s'adressent à la population en général. 90% des CS proposent des soins médicaux de base. 75% (15/20) disposent de soins de longue durée stationnaires et autant de soins de longue durée ambulatoires (service d'aide et de soins à domicile), ceux disposant des deux représentant 55% (11/20). 60% proposent des prestations de prévention et autant des prestations de promotion de la santé, ceux proposant les deux représentant 50% (10/20). 40% des CS appliquent une gestion par cas

Il est intéressant de relever que 30% (6/20) des CS se trouvent dans le canton des Grisons et souvent dans des régions plutôt rurales ou périphériques, où la vision consiste également à concentrer et à coordonner les prestations de santé, dans les régions aux structures peu

développées. Il n'est donc pas étonnant que quelques-uns de ces CS existent déjà depuis 10 ans, voire encore nettement plus longtemps pour certains. Quelques-uns des autres CS se trouvent également dans des régions rurales. Parmi les 20 CS mentionnés, on trouve toutefois également des exemples dans des agglomérations et des villes.

Les initiateurs varient en fonction du CS, mais regroupent le plus souvent plusieurs ou tous les fournisseurs de prestations d'hôpitaux de soins aigus, des médecins (médecins de premier recours et/ou médecins spécialistes), des pharmaciens, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile (cf. annexe 6.5 concernant Schusselé et al., 2017).

Même si l'existence d'un véritable « marché » au sens économique pour les CS est discutable, le plan d'affaires devrait présenter brièvement les marchés partiels (différents domaines de prestations et de fourniture). Les éventuelles lacunes du marché doivent être mises en évidence (il s'agit souvent des conseils et notamment de la gestion par cas, du fait que ce domaine de prestations est complexe, au niveau du financement). Les facteurs de succès du CS doivent être esquissés (p.ex. caractère unique grâce à l'interprofessionnalité, point de contact / plaque tournante, service orienté clients ou qualité).

4.2 Position unique sur le marché

Même s'il n'y a éventuellement que peu de concurrents au sens d'un CS dans les environs, il est malgré tout judicieux de présenter sa propre position sur le marché, au moins pour certains domaines d'activité. Dans ce cadre, il s'agit de répondre à des questions telles que :

- Quelles sont les prestations proposées à quels groupes cibles ? Attention :
 - o Chaque projet de CS doit définir ses groupes cibles à travers son espace social
 - o Les prestations doivent être associées à des groupes cibles concrets (prestation A pour le groupe cible A, prestation B pour le groupe cible B, etc.)
- Quelle est la part de marché, en comparaison avec les principaux concurrents (pour autant qu'il y en ait) ? Si nécessaire, on évaluera les parts de marché des différents domaines d'activité, p.ex. soins de longue durée stationnaires ou ambulatoires.
- Evaluations positives des clients concernant certaines prestations ou l'image. Le cas échéant, des précisions sur la qualité de la direction peuvent, ici, s'avérer utiles.

4.3 Opportunités et risques du marché

Dans ce chapitre, il s'agit de décrire les opportunités et les risques du marché visé ou de la région du point de vue du marché ou du marché partiel. Dans ce cadre, on traitera l'approche du marché, que l'on distinguera clairement des forces et des faiblesses, ainsi que des opportunités et des risques internes (en présence de ces deux derniers, on les présentera dans le chapitre forces / faiblesses).

Des opportunités peuvent être, p.ex. :

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

- que le CS présente une position unique et puisse avoir une meilleure vue d'ensemble de la trajectoire de ses clients, par rapport à ses concurrents, grâce à la gestion des soins et à la gestion par cas
- que le CS puisse gérer de manière mieux intégrée plusieurs niveaux de soins grâce à l'intégration
- que l'interprofessionnalité permette d'obtenir un avantage qualitatif
- que l'interprofessionnalité permette de reconnaître plus tôt les besoins des clients, p.ex. de la part de proches concernant des prestations de sortie, ce qui offre un avantage au niveau de l'acquisition
- que le CS propose des prestations à même de combler des lacunes (le cas échéant)
- que de nouveaux modèles d'assurance puissent être développés
- que le CS puisse être attrayant pour des spécialistes, notamment pour des personnes travaillant de manière « intégrée », « judicieuse » et « globale » au sens des besoins des patients / clients le long de la trajectoire des patients et de la chaîne de traitement, tout en souhaitant faire quelque chose de nouveau ou de novateur chez un employeur attrayant sous la forme d'un « centre de santé »
- qu'il puisse contribuer au développement de l'espace social

Des risques du point de vue du marché sont, p.ex.

- le manque de spécialistes, notamment de médecins et de personnel soignant
- des concurrents forts ou bien établis dans certains domaines partiels
- un changement rapide des groupes cibles, p.ex. en raison de déplacements régionaux de population
- une éventuelle position de monopoliste, p.ex. due au contexte local, est également souvent sous-estimée (le cas échéant) :
 - o les clients posent volontiers des exigences élevées à un monopoliste et sont plus facilement critiques si le client ou un concurrent (ce dernier p.ex. en cas de coordination) est défavorisé
 - o un monopoliste doit par conséquent prendre des mesures proactives pour gérer adroitement son rôle, afin d'éviter de manière préventive des retours d'information critiques, p.ex. concernant son monopole

4.4 Forces et faiblesses du centre de santé

Les forces et faiblesses (ainsi que les opportunités et les risques internes) dépendent du centre de santé, des partenaires impliqués et des domaines d'activité.

A côté de l'interprofessionnalité et des synergies a priori avantageuses, les forces du CS peuvent se situer typiquement dans le savoir-faire spécial lié aux domaines partiels (par exemples disciplines médicales ou offres thérapeutiques).

4.5 Evaluation du marché

Sur la base de la présentation dans la première partie de ce chapitre, on résumera ici l'évaluation du marché :

- pourquoi la prestation intégrée fonctionnera dans le marché visé
- comment le marché est évalué et où se situent les principales opportunités pour le futur succès
- quels sont les obstacles ou les difficultés de lancement à attendre (p.ex. parce que des concurrents sont déjà très bien établis dans un domaine partiel et que les prestations intégrées mettront plus longtemps à s'imposer)

5 Développement

5.1 Vision commune comme point de départ / initiative

Dans les 20 CS représentés dans le dossier OBSAN 57 (cf. annexe 6.5 concernant Schuslé et al., 2017) on est frappé aussi bien par la diversité des initiatives pour la création (groupes professionnels ou institutions) que par la diversité de la gamme de prestations. Comme le rapport OBSAN n'a pas mis en évidence les facteurs de succès des CS, 19 des 20 CS ont été interrogés pour le compte de CURAVIVA Suisse concernant les facteurs de succès des modèles commerciaux, et notamment la collaboration interprofessionnelle dans les CS (Ecoplan, 2017).

On sait d'expérience qu'il faut une ou, mieux, plusieurs personnes ou organes qui développent ensemble une vision. En fonction des conditions régionales, ils recherchent des partenaires adéquats et s'efforcent de les enthousiasmer pour leur vision ou de développer la vision avec ces partenaires³. Pour le MOHS, et encore plus pour le CS, la base est constituée par la « vision du client » ou les avantages pour les clients et la population. Il est, certes, évident qu'un CS avec une fourniture intégrée des soins peut apporter des avantages nettement plus importants pour les clients et la population que des fournisseurs de prestations travaillant chacun de leur côté. Malheureusement, les avantages de l'organisation sont souvent placés devant ceux des clients. On ne soulignera jamais assez l'importance du développement commun de la vision (avec les avantages des clients au centre). C'est ce que montrent des projets dans lesquels des EMS n'ont pas réussi, p.ex., à intégrer des fournisseurs de soins médicaux de base ou un service d'aide et de soins à domicile comme locataires. Ou alors ils ont réussi à gagner un ou plusieurs partenaires comme locataires, mais ceux-ci continuent de travailler chacun pour soi pour les clients / patients, sans véritable intégration. Des

³ « Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour expliquer chaque détail, pour leur dire où trouver chaque chose... Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer » (Antoine de Saint-Exupéry)

financements différents et, partant, des motivations différentes sont des raisons susceptibles d'entraver une collaboration interprofessionnelle plus étroite (cf. IWSB 2017).

Les situations initiales pour le développement d'un CS sont très diverses. Il est par conséquent difficile de définir un plan général pour le point de départ et l'initiative. Nous pouvons esquisser fondamentalement deux modèles :

1. « **Développement à partir de zéro** » : plusieurs fournisseurs de prestations et partenaires travaillant séparément (p.ex. EMS, service d'aide et de soins à domicile, médecins, canton, commune ou autorités, etc.) se réunissent pour développer une vision commune. Après cela, ils développent le concept conjointement, l'approuvent et le mettent en œuvre (exemples : fondation RaJoVita à Rapperswil-Jona ou Cité Générations à Genève). De tels projets sont également lancés par des communes, ce qui, d'une part, peut créer une certaine pression positive mais, d'autre part, oriente la vision dès le départ dans une perspective publique⁴. Les possibilités de l'aménagement du territoire peuvent également jouer un rôle, de tels projets pouvant être intégrés systématiquement dans l'aménagement du territoire.
2. « **Développement à partir d'un noyau** » : une entreprise existante, p.ex. un cabinet de groupe, un EMS, un hôpital ou un service d'aide et de soins à domicile développe peu à peu le concept, éventuellement en faisant progressivement appel à d'autres partenaires ou en les intégrant (exemples : Lindenhof à Oftringen ou fondation Flury en Basse-Engadine).

5.2 Développement stratégique

Après l'étape importante d'une vision commune, il peut être utile de préciser celle-ci dans une image directrice. Après cela intervient le développement d'une stratégie en tant qu'instrument de planification à moyen terme (si elle n'a pas déjà été développée dans le cadre de la vision). L'annexe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** propose des procédures possibles.

Un plan de projet et d'affaires (pour un « développement à partir de zéro » ou une nouvelle structure commune) ou une analyse de rentabilisation (pour l'extension par un nouveau domaine d'activité stratégique) avec une planification financière à moyen terme (le cas échéant

⁴ Exemple de la fondation RaJoVita à Rapperswil-Jona : la fusion des communes de Rapperswil et de Jona a donné l'impulsion pour élaborer pendant un an, sous forme de projet partiel des deux communes, la vision et la stratégie avec cinq fournisseurs de prestations. La mise en œuvre a été définie dans un plan d'affaires, qui comprenait aussi bien le concept d'exploitation que la réalisation de la fusion. Après la décision politique, le projet de fusion a été concrétisé. La gestion intégrée des processus a été développée durant les deux premières années d'exploitation, et une plate-forme informatique commune a été mise en place, avec la plaque tournante comme « point de contact unique ».

avec acquisition de capital) et la présentation du plan de mise en œuvre constituent la base pour la décision définitive relative à la mise en œuvre.

5.3 Financement et politique tarifaire

En règle générale, le CS devrait avoir une philosophie basée sur l'intérêt général. Le modèle d'exploitation est par conséquent basé sur une couverture complète des coûts (y c. les coûts d'infrastructure), sans dégagement de bénéfice. Des éventuels excédents de recettes restent dans l'entreprise et servent à couvrir d'éventuels déficits ou sont réinvestis dans l'entreprise. La politique tarifaire est basée sur ces objectifs.

Afin d'assurer un financement durable, chaque prestation pour chaque groupe cible doit être financée par des conditions cadre clairement définies. Dans le domaine de la santé et du social, les prestations générales sont tarifées, ce qui offre au moins des conditions cadre claires. Cela vaut pour le modèle décrit au chap. 3, p.ex. pour les prestations médicales, de soins, d'assistance, pharmaceutiques et thérapeutiques.

Le financement d'un point de contact au sens d'un « single point of contact » (plaque tournante) ainsi que de la gestion des soins et de la gestion par cas, qui lui sont souvent liées, est un peu plus complexe. Ces deux prestations requièrent non seulement une définition claire (en fonction des groupes cibles clairement définis), mais aussi une délimitation. La recherche des avantages pour les groupes cibles visés, les secteurs de l'entreprise concernés et les partenaires potentiels peut, ici, s'avérer utile. Ce sont typiquement deux prestations qui peuvent difficilement être facturées directement aux intéressés.

- Point de contact / plaque tournante :
 - Chaque entreprise a un point de contact sous une forme ou une autre (réception, centrale téléphonique, etc.).
 - Dans un CS avec différents domaines d'activité, les points de contact devraient être regroupés. L'expérience montre qu'une vision claire et une mise en œuvre cohérente du travail interprofessionnel permettent de mobiliser des synergies permettant d'assurer partiellement, voire entièrement, le financement d'un point de contact avec un mandat étendu (p.ex. enregistrement des données du premier contact et une part de conseil).
 - La condition première pour cela est une mise en œuvre dans laquelle les processus sont définis depuis le premier contact (point de contact) jusqu'à la « conclusion » des prestations. Une infrastructure informatique correspondante, orientée processus, est indispensable (p.ex. CRM et dossier du patient).
 - L'intérêt général et le travail non spécifique, susceptible d'obtenir un soutien public et/ou une aide de la part de fondations, doit également être relevé, concernant le financement.
- Gestion des soins et gestion par cas

- La gestion des soins et la gestion par cas apportent également, jusqu'à un certain point, des avantages internes, notamment pour un CS.
- Les premiers interlocuteurs pour un financement externe peuvent être des assurances-maladie et les pouvoirs publics. La définition d'un projet pilote dont la durée permet une évaluation approfondie – le cas échéant en combinaison avec une évaluation professionnelle (p.ex. hautes écoles ou fondations) – peut faciliter la mise en œuvre.
- Des exemples concrets existants peuvent s'avérer utiles pour la définition du financement (définition des prestations, ressources, déroulements, prix, etc.).

Une fois que le financement des différentes prestations est défini à l'interne de manière transparente, des financements transversaux entre les prestations au sein de l'entreprise, au sens de la vision et de la stratégie, peuvent tout à fait faire partie du concept. C'est aussi ce que montrent les résultats des interviews (Ecoplan, 2017) des responsables des CS mentionnés dans le dossier OBSAN 57 « Soins intégrés en Suisse » (Schusselé et al., 2017).

5.4 Marketing

Les points suivants doivent typiquement être tirés au clair dans le plan de projet et d'affaires :

- *Segmentation du marché* (subdivision en plusieurs marchés partiels) :
 - En règle générale, un CS vise à proposer des prestations intégrées, ce qui fait qu'une segmentation n'est pas absolument indispensable.
 - Elle devra éventuellement être présentée dans le plan de projet et d'affaires / l'analyse de rentabilisation d'un CS si certains groupes cibles doivent faire l'objet de mesures de marketing différenciées, p.ex. pour le logement avec assistance. Dans un tel cas, les éléments de marketing ci-après devront également être présentés séparément.
 - Dans le cadre de la segmentation du marché, on définira éventuellement clairement le groupe cible « collaborateurs/trices potentiels ». Grâce à l'étendue des prestations et à l'intégration de plusieurs aspects, le CS ne devrait avoir aucune peine à être attrayant pour des collaborateurs/trices potentiels. Un CS devra toutefois également accorder l'attention nécessaire au secteur du personnel et de la formation.
- *Politique tarifaire* : Celle-ci est essentielle, notamment dans un contexte très concurrentiel, ce qui ne devrait toutefois être le cas qu'exceptionnellement pour un CS.
- *Stratégie de lancement sur le marché* : En règle générale, les nouveaux produits ou prestations requièrent une stratégie de lancement sur le marché. Dans le cas du CS selon le concept présenté au chap. 3, le degré de notoriété devrait être rapidement atteint, en raison de ses caractéristiques uniques. Malgré cela, un CS nouveau ou nouvellement complété requiert l'engagement d'un minimum de moyens de marketing orientés clientèle tels que
 - site Internet, évnt. sous forme de portail
 - médias sociaux
 - brochures

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

- publipostages (imprimés et/ou électroniques)
 - manifestations (p.ex. inauguration, journée portes ouvertes, etc.)
 - Information / formation (exposés, cours, etc.)
- Dans les interviews des responsables des CS mentionnés dans le dossier OBSAN 57 (Ecoplan, 2017), une communication active a été explicitement citée comme facteur de succès. La stratégie de lancement sur le marché, de même que la communication concrète doivent être basées sur des **messages clairs** (« quel message le public cible doit-il retenir ? »).
- *Vente* : Les prestations du CS sont fournies directement au client final, qui se rend en règle générale lui-même au CS (hormis, p.ex., lors de prestations de prévention fournies à domicile). Des partenaires tels que des services de conseil, l'administration publique ou d'autres fournisseurs de prestations dans le domaine de la santé ou du social peuvent en revanche apporter leur soutien au CS. Il vaut donc la peine de prévoir des contacts, une information régulière, des manifestations et un réseautage correspondants.

6 Situation

6.1 Emplacement du centre de santé

La situation centrale exigée dans le modèle est certainement un facteur de succès. Celui-ci, doit toutefois être complété par d'autres critères :

- Une bonne accessibilité, sans obstacles et en transports publics, mais aussi en transports individuels motorisés est déterminante. Ces derniers requièrent des places de parc réservées et en nombre suffisant.
- Un environnement avec des commerces pour les besoins quotidiens facilite l'installation d'autres offres, p.ex. pour des besoins épisodiques (p.ex. pharmacie, opticien). De tels magasins facilitent l'accès aux personnes âgées à mobilité réduite (réalisation de plusieurs courses à faible distance).
- La fréquentation des commerces pour les besoins quotidiens ainsi que de bonnes dessertes en transports publics (p.ex. RER) améliorent les possibilités de rencontre et la restauration (café / restauration). Il s'agit toutefois de tenir compte du fait que le centre de santé est susceptible de se développer et que l'achat ou la location de locaux comporte toujours le risque que ceux-ci soient trop grands et donc trop chers ou au contraire trop petits et ne permettent plus d'expansion. Sur ce point, des institutions comme des hôpitaux ou des homes offrent une plus grande liberté.
- Sur le site, on ne négligera pas l'importance de la conception / architecture (accès et cheminements aisément identifiables) ni d'une signalétique claire pour les personnes âgées.

Compte tenu de l'attrait d'une situation centrale pour de nombreux secteurs tout comme pour l'habitation, le loyer du terrain ou des locaux est souvent plus élevé qu'ailleurs. Dans certains cas, l'optimisation d'un emplacement, notamment concernant l'accessibilité (TP / transports privés), de la conception (accès, absence d'obstacles, signalétique, éclairage, couleurs, etc.) et des possibilités de rencontre peut également s'avérer intéressante pour un centre de santé, pour autant que cet emplacement ne soit pas trop décentré. Cette orientation en fonction des clients peut tout à fait être explicitement soulignée dans le cadre du marketing.

6.2 Sites à l'intérieur du centre de santé

Des distances courtes sont importantes pour la mise en œuvre au quotidien de l'interprofessionnalité. Il est donc important que les principaux domaines d'activité du centre de santé (point de contact / plaque tournante, soins stationnaires et ambulatoires, fourniture des soins médicaux / thérapeutiques de base et prévention / promotion de la santé) soient non seulement au même endroit, mais utilisent également – dans la mesure du possible – les mêmes locaux et bureaux.

6.3 Relation avec d'autres domaines principaux du MOHS 2030

Un « centre de quartier » et un « centre de santé » pourraient, idéalement, être au même endroit ; cela permettrait une intégration complète ou partielle. Ils devraient toutefois être au moins proches l'un de l'autre.

« Vivre à 80 ans et plus dans un appartement » (logement avec assistance à solliciter à un âge avancé, lorsque des prestations deviennent vraiment nécessaires) : ce domaine d'activité exige des prestations 365 jours par an / 24 heures sur 24 de la part du centre de santé, raison pour laquelle les distances doivent être courtes. Ce domaine d'activité doit par conséquent être situé soit directement sur le site du centre de santé, soit à proximité immédiate (Köppel, 2016).

Des « offres de soins et d'assistance spécialisées » requièrent des synergies avec les autres offres de soins et doivent par conséquent également être situées sur le site ou à proximité immédiate du centre de santé – si elles ne font pas déjà partie de celui-ci.

7 Organisation et infrastructure

7.1 Forme juridique

7.1.1 Coopération

Le « modèle de centre de santé » part du principe qu'un CS fonctionne en tant qu'**entreprise unique**, avec une direction supérieure (« sous un seul toit, sous une seule direction »). Si plusieurs entreprises travaillent sous le même toit (p.ex. dans le cadre d'un réseau), il faut une réglementation commune et une coordination plus développée. De plus, l'interprofessionnalité peut être compliquée dans la pratique, en raison de lignes directrices et de logiques de coûts différentes.

L'un des grands avantages d'une coopération réglée contractuellement est la souplesse. Une telle coopération peut s'avérer judicieuse pour une coopération limitée dans le temps, p.ex. pour un projet pilote.

Ses désavantages sont non seulement le coût du travail supplémentaire pour la définition de la coopération et le contrôle du respect du contrat, mais aussi – et surtout – le fait que les contrats sont souvent en retard sur la réalité, de sorte que des modifications doivent régulièrement être étudiées, ce qui en augmente encore le coût.

Selon le « modèle de centre de santé », un CS est basé sur une vision. Par définition, une vision est orientée sur le long terme. Une entreprise unique (avec une forme juridique correspondante) devrait donc, dans la grande majorité des cas, être une solution judicieuse pour la conception d'un CS. Les chapitres suivants sont par conséquent basés sur cette hypothèse.

7.1.2 Forme juridique et but

Les CS présentés dans le dossier OBSAN 57 (Schusselé et al., 2017) ont des formes juridiques très diverses, p.ex. institution de droit public, fondation, association ou société anonyme. L'expérience montre que la forme juridique elle-même est moins importante. Ce sont plutôt le but, la structure fondamentale et organisationnelle ainsi que les conditions locales qui sont déterminantes. Malgré cela, la forme juridique est susceptible d'influencer le développement à long terme, raison pour laquelle il convient de l'étudier et de la choisir avec soin. Si une forme juridique n'est choisie que comme solution temporaire, il convient de le justifier clairement et d'envisager son développement à long terme.

Exemples de critères :

- But : quels sont les objectifs de cette structure ? S'il ne s'agit, p.ex., que d'un projet pilote de durée définie, une forme juridique simple telle qu'une association est envisageable.
- Conditions locales : quels partenaires souhaitent collaborer et sous quelle forme, et quelles sont les structures dont disposent les différents partenaires ?

- Souplesse à long terme : il est impossible de prédire l'avenir. Il peut par exemple être judicieux de développer, plus tard, une autre structure avec de nouveaux partenaires. Dans ce cas, une prudence particulière est de mise, notamment avec la forme juridique d'une fondation. En vertu de l'art. 80 CO, « la fondation a pour objet l'affectation de biens en faveur d'un but spécial ». Elle n'appartient par conséquent qu'à elle-même et n'admet pas de membres. Une fondation ne peut fusionner qu'avec d'autres fondations. Les autres formes juridiques offrent d'avantage de souplesse pour tous ces critères.
- Financement : le financement de l'entreprise peut être influencé par la forme juridique, notamment si du capital étranger est nécessaire. Les associations conviennent moins bien pour ce cas de figure. Dans le cas d'une fondation, le capital propre ne peut être augmenté que par des donations (dans le cas d'une SA d'intérêt public, il est possible d'effectuer une augmentation de capital, et les actionnaires reçoivent la contre-valeur sous la forme de parts / actions).

Dans les interviews des responsables des centres de santé mentionnés dans le dossier OB-SAN 57 (Ecoplan, 2017), on attire explicitement l'attention sur les avantages des formes juridiques de l'économie privée. Le centre de santé ne se présente alors pas (plus) en tant qu'entreprise de gestion, mais en tant qu'entreprise commerciale.

D'une manière générale, il est recommandé d'ancrer la vision sous une forme adéquate, mais complétée par une souplesse à long terme, dans le but de la forme juridique. Dans la plupart des formes juridiques, il est possible de modifier le but ultérieurement ; dans le cas d'une fondation, cela est souvent nettement plus difficile.

7.2 Structure organisationnelle

7.2.1 Vue d'ensemble

Dans le plan de projet et d'affaires ou dans une analyse de rentabilisation, il est important de présenter la structure organisationnelle, en particulier les principaux responsables des directions, respectivement, stratégique et opérationnelle. Les bailleurs de capital étranger veulent notamment connaître leurs partenaires et avoir des garanties sur les points suivants :

- la structure organisationnelle et les principaux responsables des directions, respectivement, stratégie et opérationnel assurent une mise en œuvre efficace de la vision, de la stratégie et de la planification financière
- le savoir-faire nécessaire et la capacité de direction existent à tous les niveaux
- la continuité aux principaux niveaux de direction permet une mise en œuvre à long terme.

Ces facteurs concernent non seulement la direction opérationnelle, mais aussi la direction stratégique.

7.2.2 Direction stratégique

L'importance d'un organe de direction stratégique (ODS) fort est souvent sous-estimée. L'ODS est pourtant – comme son nom l'indique – responsable de la stratégie et, partant, de la planification à moyen et à long terme. Cela implique un engagement total en faveur de la vision. En règle générale, l'ODS nomme la direction opérationnelle, surveille ses travaux et agit en tant que sparring-partner critique (mais bienveillant). Au sens d'une gouvernance d'entreprise moderne (pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une entreprise dirigée par ses propriétaires, ce qui devrait être très exceptionnel pour un CS), l'ODS est occupé par d'autres personnes que la direction opérationnelle.

Afin de pouvoir exercer cette fonction exigeante et à haute responsabilité, l'ODS doit disposer du savoir-faire, de l'expérience et des personnalités correspondants. Ces connaissances relèvent typiquement de la direction d'entreprise / économie d'entreprise et de la connaissance des marchés dans lesquels le CS est ou pourrait être implanté. Les profils d'exigences des membres de l'ODS doivent par conséquent être clairement définis. Les personnes prévues pour cet organe sont présentées dans le plan de projet et d'affaires / l'analyse de rentabilisation avec leurs fonctions et leurs tâches dans un profil succinct.

D'une manière générale, il est recommandé de définir clairement une gouvernance d'entreprise et d'exclure les conflits d'intérêts (p.ex. cumul des fonctions de mandant et de mandataire dans le cadre d'une convention de prestations avec les pouvoirs publics).

7.2.3 Direction opérationnelle et organisation

Tout comme pour l'ODS, il s'agit de poser des exigences clairement définies concernant les tâches de la direction opérationnelle. La personne chargée de la direction générale devrait exercer prioritairement une fonction de direction, afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie et la réalisation des objectifs annuels de l'entreprise. A ce poste, elle contribue considérablement au succès de l'entreprise. Le profil professionnel de cette personne est moins déterminant ; il peut aussi bien s'agir d'une personne avec une formation dans le domaine médical et un perfectionnement et une expérience en économie d'entreprise que l'inverse.

Compte tenu de l'importance de l'efficacité et de l'interprofessionnalité de l'entreprise, la structure organisationnelle devrait être orientée processus (voir chap. 7.3). Les directions des principaux processus de fourniture des prestations (activité principale) doivent être représentées dans l'équipe dirigeante ou dans la direction générale (DG). Elles devraient vraiment se sentir coresponsables de l'ensemble. Il va de soi que l'engagement en faveur de la vision, y c. l'interprofessionnalité, doit être fortement ancrés dans la DG.

Dans les interviews des responsables des centres de santé mentionnés dans le dossier OB-SAN 57 (Ecoplan, 2017), on souligne l'importance, pour un CS, d'une direction forte. La

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

structure de la personnalité et l'esprit des dirigeants sont déterminants. L'expérience dans la mise en place de centres de santé a montré que l'élaboration d'une « approche unifiée de la direction » dans le cadre d'une « communauté de direction » était plus importante, pour l'intégration de plusieurs institutions de fournisseurs de prestations, qu'un « pionnier » ou un « visionnaire » unique (Miterlechner et al., 2016).

Les membres de la DG et les fonctions clé du CS (p.ex. services spécialisés et/ou spécialistes importants) sont également présentés individuellement dans le plan de projet et d'affaires avec leurs fonctions et leurs tâches dans un profil succinct.

Les exigences posées à la direction et à l'organisation des différentes unités organisationnelles sont souvent sous-estimées. La mise en place d'équipes de direction pour chaque niveau de direction supérieure a fait ses preuves pour assurer une ligne de conduite cohérente entre la DG et les directions des équipes, et assurer des retours d'information continus dans l'autre sens. Cela facilite également les remplacements.

7.2.4 Domaines d'activité et unités organisationnelles

Compte tenu de la diversité des centres de santé possibles, il est difficile de formuler des approches valables dans tous les cas. Du point de vue de l'efficacité (et de l'évitement des pertes de frottement), il est recommandé de concevoir une structure organisationnelle orientée processus. De cette manière, il est p.ex. imaginable de regrouper, du point de vue du processus, les soins ambulatoires et stationnaires au niveau de la direction supérieure et de ne les séparer qu'au niveau inférieur. Il en va de même pour le domaine de l'hôtellerie, où les prestations pour les soins ambulatoires et stationnaires sont semblables voire identiques, concernant leur teneur et les processus. Ces principes peuvent également être étendus à d'autres domaines d'activité comme la fourniture des soins de base médicaux et thérapeutiques.

Pour l'organisation du point de contact, voir chapitre 5.3. Le point de contact du CS requiert des professionnels avec un profil social (évent. en sciences sociales), en soins ou en assistance médicale, avec un perfectionnement terminé ou en cours dans le domaine des conseils.

Les processus de soutien comme les finances, la gestion du personnel y c. le recrutement, la formation, le marketing, la gestion des bâtiments, etc. de tous les domaines d'activité (médical, soins, thérapies, etc.) devraient être regroupées ici au plan organisationnel. D'expérience, c'est là qu'il le plus aisé de mobiliser des synergies. Ce sont là des facteurs de succès et des avantages qui sont également mentionnés explicitement dans les interviews des responsables de CS (Ecoplan, 2017). Parallèlement, cela permet de partager le savoir-faire général et de favoriser la collaboration.

7.3 Organisation

7.3.1 Vue d'ensemble

La stratégie définit plusieurs domaines d'activité. Dans ce cadre, les besoins des clients et la demande de prestations sont placés au centre. Une fourniture de soins intégrée, placée sous un seul toit organisationnel, met l'accent sur les prestations et leurs processus, et non sur les professions et les activités. Cette approche est incontournable pour une organisation du travail avec plusieurs groupes professionnels pratiquant l'interprofessionnalité. L'objectif est de développer, documenter et mettre en œuvre les processus, ainsi que de les remettre régulièrement en question et de les améliorer. Des processus efficaces évitant tout doublon sont non seulement à la base de l'efficacité, mais réduisent également les pertes de frottement.

Une carte simplifiée des processus, esquissant également les relations entre les processus, constitue la base pour l'affinement des processus. Exemple :

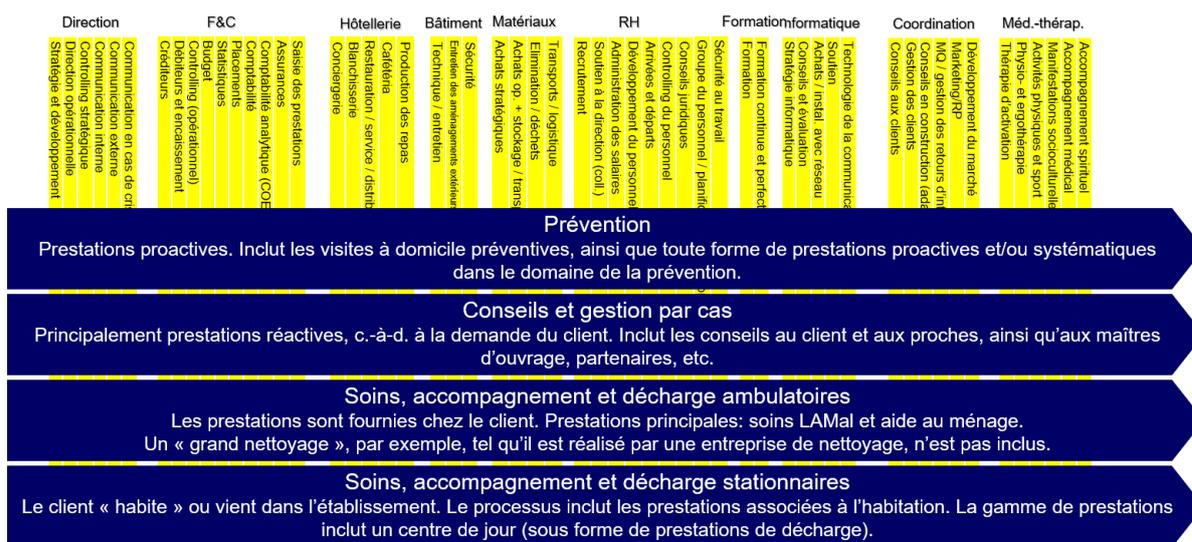


Figure 3 : Exemple de carte des processus pour une entreprise intégrée (dans ce cas, encore sans sa propre fourniture des soins de base médicaux).

Le management de la qualité est également un élément important de l'organisation des processus (en fonction de l'approche, cette organisation inclut également la gestion des processus).

7.3.2 Prestations pour les clients

Les prestations pour les clients représentent les processus de prestations ou processus principaux. Les prestations principales et, partant, les processus principaux sont ceux pour lesquels les clients viennent dans l'entreprise et pour lesquels ils sont prêts à payer (directe-

ment ou indirectement). Ils sont basés sur le processus des clients, c.-à-d. le processus allant de la demande à la fourniture et au retour d'information du client.

Les prestations peuvent être de nature physique ou non physique (p.ex. conseils au téléphone, chat sur Internet, télémédecine). On peut aussi imaginer une offre de prestations fournie en collaboration avec des partenaires externes compétents (p.ex. centrale d'appel médicale en dehors des heures d'ouverture normales).

Dans le cadre de l'élaboration de la description du processus, on veillera à regrouper des processus partiels identiques. Exemple (remarque : il s'agit d'une vue d'un processus partiel à un « niveau supérieur » ; ainsi, un contrôle ultérieur du classement dans le processus 4 est par exemple inclus) :

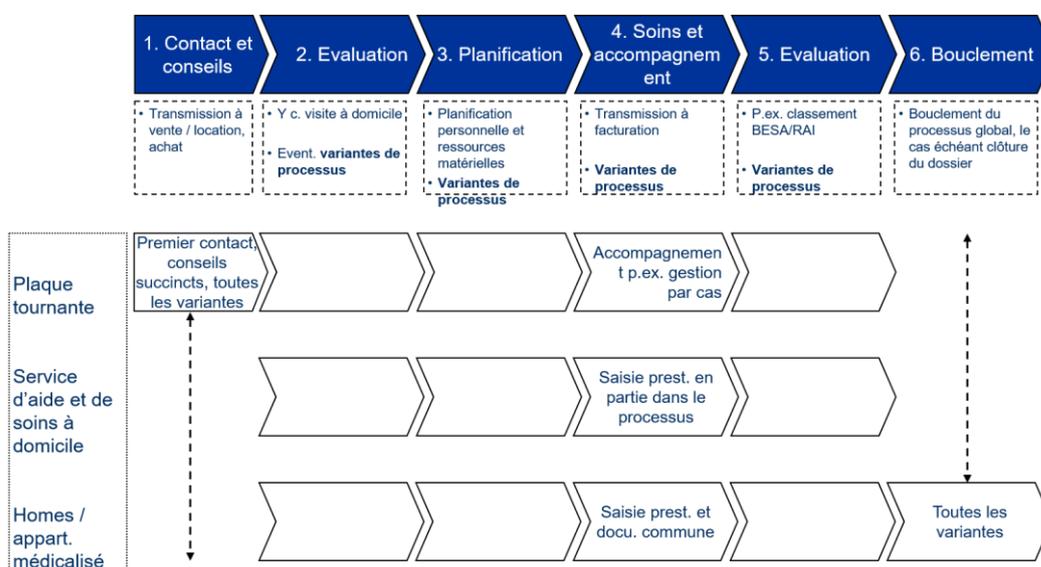


Figure 4 : Exemple de différenciation de processus partiels (dans la phase de développement d'une entreprise intégrée)

L'élément central d'un CS est l'interprofessionnalité, associée à une gestion des soins et à la gestion par cas. Des processus convenus (et respectés) ainsi qu'une infrastructure informatique commune, notamment le dossier électronique du patient (DEP), représentent des aides techniques correspondantes. Dans le cadre de plusieurs travaux fondamentaux, les facteurs de succès et les obstacles à la collaboration interprofessionnelle dans le secteur suisse de la santé ont été mis en évidence à plusieurs niveaux (individu, équipe, organisation, management et direction) ainsi que dans différents domaines (formation, perfectionnement, communication, système de rémunération, etc.) (cf. ASSM, 2014; OFSP, 2016; ASSM, 2016; Sottas, 2016; Sottas & Kissmann, 2016; Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017; IWSB, 2017). L'objectif du programme de promotion « Interprofessionnalité dans le système de santé » lancé en janvier 2017 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est de promouvoir la recherche sur la formation et le travail interprofessionnel et de soutenir son ancrage durable dans la pratique (OFSP, 2017). A propos de la collaboration interprofessionnelle, voir également chap. 3.4.

7.3.3 Prestations de soutien

Les prestations de soutien sont des prestations permettant des processus de prestations « que le client n'a toutefois pas à prendre en charge ou à payer séparément ». Comme ces processus ne représentent, en règle générale, pas les compétences principales de l'entreprise, ils peuvent également être fournis par des partenaires externes. Ce sont typiquement le marketing et la communication, la gestion des infrastructures (bâtiments), les finances et la gestion du personnel.

Il est recommandé de regrouper les processus de soutien pour l'ensemble des domaines d'activité, y compris, p.ex., en cas de financements différents. L'expérience de nombreux projets de fusion montre que les processus de soutien de domaines d'activité très différents sont identiques ou très semblables.

La formation occupe une position particulière dans le CS. Idéalement, celle-ci est gérée globalement (c.-à-d. formation de base, formation continue et perfectionnement), sur la base d'un concept de formation pour l'ensemble de l'entreprise, et doit être conçue et développée dans le but de d'optimiser l'interprofessionnalité du CS. Dans ce cadre, il est important d'avoir des conditions cadre similaires pour toutes les personnes en formation, formation continue ou perfectionnement. Et il est tout aussi important d'habiliter les collaborateurs/trices du CS en matière d'interprofessionnalité, p.ex. à travers des processus définis conjointement, des structures d'échanges, des formations continues et des plates-formes communes ou des stages et des accompagnements des collaborateurs/trices dans d'autres unités organisationnelles.

Dans les interviews des responsables des CS mentionnés dans l'étude OBSAN (Ecoplan, 2017), ceux-ci citent explicitement une formation propre et des conditions d'engagement identiques comme facteur de succès. En fonction de la taille du centre de santé, il est aussi possible d'intégrer un programme de formation ou un centre de formation propre. Cela contribue à s'assurer des collaborateurs/trices de qualité.

7.3.4 Management de la qualité et reporting

Toute entreprise moderne a besoin d'un management de la qualité (MQ) solide et fiable. Dans le cas d'un CS, il convient de distinguer, dans le plan de projet et d'affaires, la création d'une nouvelle entreprise du développement d'une entreprise existante. Dans le premier cas, on ne pourra probablement représenter dans le plan de projet et d'affaires que les objectifs du MQ et son développement prévu. Dans le second cas, on pourra éventuellement se baser sur un MQ existant.

La description comprend le système MQ, l'assurance qualité et le contrôle qualité. Il est important d'avoir plusieurs variables permettant d'évaluer la qualité des prestations et le résultat.

tat. L'interrogation des clients, des proches et des collaborateurs/trices fait également partie du contrôle qualité.

Le reporting dans l'entreprise ne se limite pas au controlling financier, mais comprend impérativement aussi des variables de qualité et d'efficacité.

Une attention particulière sera accordée à la gestion des retours d'information, des réclamations et des propositions. Une saisie et un traitement efficaces (p.ex. déroulement, procédure et réalisation) permettent à l'entreprise de se développer dans le cadre du « processus d'amélioration continue » (PAC). Cela, sur la base du principe selon lequel « le client est le meilleur département de développement » (Peters & Waterman, 1988).

7.4 Infrastructure informatique

Le « modèle de centre de santé » (QUALIS evaluation, 2017) aborde la question de l'importance d'une infrastructure informatique commune, et notamment d'une banque de données commune. Cela concerne non seulement le dossier électronique du patient (DEP), mais aussi les déroulements et le flux des données le plus automatisé possible, de la réalisation/saisie des prestations à la facturation. L'expérience montre que l'absence d'une telle intégration conduit à des processus de contournement gourmands en temps – et donc en argent – et en papier (dans le jargon de l'économie d'entreprise, on parle de « processus de contournement de l'informatique »).

Pour résumer, on visera une infrastructure informatique supportant tous les processus de prestations et de soutien (autrement dit, un système ERP). La structure d'un tel système est complexe (de manière analogue à un projet de construction, voir ci-dessous) et exige éventuellement le soutien d'une direction de projet expérimentée externe. Toujours plus d'offres de systèmes pour fournisseurs de prestations proposent des paquets (partiels) pour plusieurs niveaux de fourniture des soins (p.ex. pour services d'aide et de soins à domicile et homes). Les interfaces représentent également une option, mais impliquent d'utiliser plusieurs systèmes et peuvent s'avérer onéreuses à l'entretien. D'un autre côté, un système ERP peut créer une dépendance avec un offreur important ; la maintenance et les réparations peuvent s'avérer complexes et coûteuses

7.5 Infrastructure immobilière et espace nécessaire

Les exigences posées à un centre de santé sont variables par nature. Il est toutefois important que l'organisation des déroulements et la structure organisationnelle soient regroupées dans un seul concept d'exploitation (avec des objectifs d'efficacité clairement définis, y c. les exigences posées à l'infrastructure informatique) et que le programme des locaux soit défini après seulement, sur cette base. Cela offre les meilleures chances de mettre en œuvre les objectifs et l'interprofessionnalité du CS au niveau de l'infrastructure immobilière. Le schéma

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

de projet suivant a fait ses preuves pour les projets de transformation et de nouvelle construction de grande envergure⁵ (concernant le développement de la stratégie, voir également annexe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) :

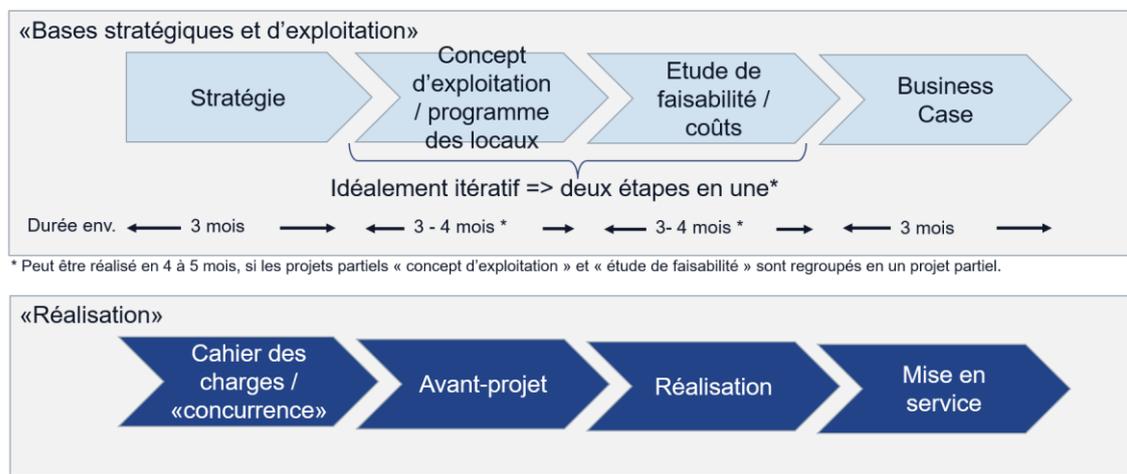


Figure 5 : Plan directeur d'un projet de construction ou de transformation de grande envergure

Le concept d'exploitation, qui doit être élaboré assez tôt, résume le concept d'entreprise décrit ci-dessus et répond à des questions telles que « Quelles sont les prestations proposées, dans quelle envergure et pour quels groupes cibles ? », « Quel est le fonctionnement de l'exploitation ? » ou « Comment les différents domaines d'activité collaborent-ils ? ». Le but est de définir assez tôt le concept, dans la perspective du futur cahier des charges. Cela doit également éviter d'effectuer ce travail seulement au niveau de l'avant-projet, voire pendant la réalisation (comme on le constate malheureusement trop souvent dans le secteur de la santé et du social, ce qui conduit à des modifications coûteuses du projet).

8 Mise en œuvre

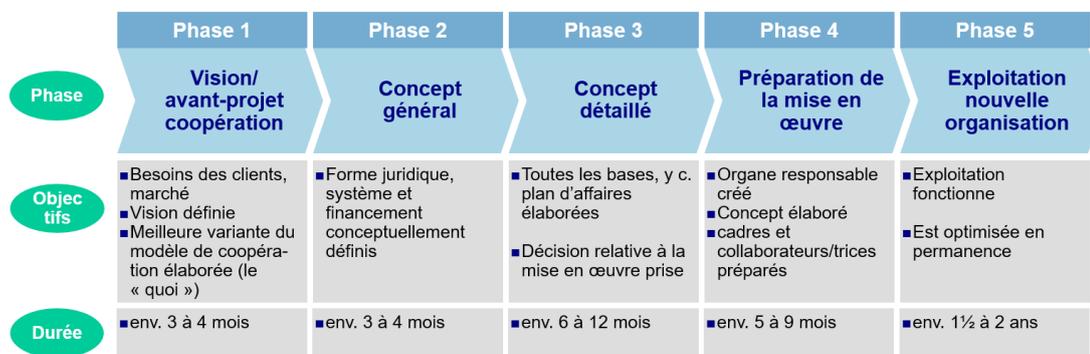
La présentation du/des projet/s de mise en œuvre dans un calendrier général et éventuellement la description des différents projets (partiels)⁶ donne des informations importantes dans chaque plan de projet et d'affaires sur la qualité du projet et les éventuels besoins financiers au fil du temps.

Si une nouvelle structure est mise en place (p.ex. par le regroupement de deux ou plus fournisseurs de prestations auparavant séparés), il s'est avéré utile, pour le déroulement du projet, de placer des travaux préparatoires dans une phase de mise en œuvre (phase 4 ci-dessous). Cela permet de réduire au minimum les répercussions d'une phase initiale éven-

⁵ Source : documents de la journée d'information CURAVIVA « Neubau, Umbau, Erweiterung » (2016) et représentation propre.

⁶ Eventuellement avec situation initiale, objectifs/attentes, résultats, procédure/contenu, groupe de projet/responsabilités, calendrier, coûts, financement

tuellement difficile, dans laquelle l'organisation est (trop) occupée avec elle-même. Exemple de plan général des différentes phases :



9303_12_Phasesplan generisch_Integration&Triggerschaft_2017 08 23 RW

Figure 6 : Plan de phases pour un projet d'intégration

Les bases juridiques et contractuelles sont généralement élaborées dans le cadre d'un concept détaillé (phase 3 en haut, dans ce plan) et approuvées / signées, sous réserve de la décision de mise en œuvre définitive.

9 Financement et plan de financement

Le financement et le plan de financement représentent le plus souvent l'un des chapitres les plus importants d'un plan de projet et d'affaires, dans la mesure où l'évaluation de la faisabilité du projet dépend souvent de son financement. Le financement et le plan financier doivent être réalisés individuellement pour chaque projet. Les éléments suivants font typiquement partie d'un tel plan :

- Les coûts du projet et les coûts de lancement (coûts de mise en place, de développement et de fondation du centre de santé) ; ces coûts sont importants, dans la mesure où une partie au moins de ceux-ci sont dus, même si le projet n'est pas réalisé.
- Compte de résultat du concepteur pour les cinq premières années ; il est important de présenter les hypothèses de manière détaillée, afin de pouvoir justifier les calculs.
- Besoin de liquidités : souvent important dans la phase de lancement. Si une nouvelle entreprise est créée à partir de zéro, on estime le besoin de liquidités à l'équivalent du chiffre d'affaires de 3 mois (motif : facturation à partir du début du deuxième mois d'exploitation, mais entrée des paiements généralement dans le courant du troisième mois d'exploitation).
- Capacité financière à long terme (important en présence de projets de construction). Le calcul de la capacité financière montre comment l'entreprise finance les coûts d'investissements importants (c.-à-d. amortissements et intérêts du capital) pendant une longue période, en considérant différentes évolutions possibles du marché financier. En

lieu et place de la méthode simplifiée de calcul de la capacité financière, il est également possible de représenter le Discounted Cash Flow (DCF) sur l'ensemble de la période d'exploitation (après déduction du Free Cash Flow). Cela requiert toutefois une estimation relativement fiable de la période d'exploitation.

- Financement et besoin de capital propre. Ce dernier est souvent sous-estimé, concernant les investissements prévus. Le besoin de liquidités doit également être pris en compte dans ce cadre. A côté du financement propre, on peut également envisager un financement étranger.
- En fonction du projet, il y a des transactions d'installations ou d'autres moyens, qui doivent être représentées séparément.
- Les bilans et les tableaux de financement permettent une représentation précise du besoin en capital durant la période considérée.
- Le bilan à l'ouverture, au moment du lancement, est un paramètre important pour les partenaires du projet.
- Si plusieurs partenaires participent au projet, il est utile de réaliser une représentation générale des contributions financières de ceux-ci.

10 Facteurs de succès potentiels

10.1 Mise en place et exploitation d'un centre de santé

Le dossier OBSAN 57 (Schusselé et al., 2017), les interviews des responsables de CS présentés dans le dossier OBSAN 57 (Ecoplan, 2017, chap. 4.2 modèles d'affaires et facteurs de succès d'exemples tirés de la pratique) et l'expérience de H. Focus permettent de regrouper les facteurs de succès suivants :

Vision, forme juridique / structure générale et stratégie

1. Elaboration conjointe et soignée d'une vision commune par les partenaires du projet, éventuellement complétée par une image directrice (d'entreprise) correspondante.
2. Forme juridique et structure d'entreprise axées sur la souplesse et le développement à long terme. Cela implique également que l'entreprise dispose d'une direction stratégique forte et à la hauteur de ses tâches.
3. Elaboration d'une stratégie sur la base d'une analyse approfondie, et définition d'objectifs stratégiques clairs (quoi, combien, dans quel délai) et d'un plan de mise en œuvre réaliste et traduit en projets stratégiques. L'offre globale doit rester novatrice et être développée en permanence, afin de rester attrayante (sans quoi elle s'érode et/ou est copiée).
4. Financement : une attention particulière sera accordée au financement de la gestion des soins et à la gestion par cas.
5. Les éventuels projets de construction suivent un plan directeur clair, dans le cadre duquel la stratégie et le concept d'exploitation assurent la durabilité.

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

Direction et exploitation

6. Organigramme clair pour l'ensemble de l'entreprise, avec une direction opérationnelle ou une équipe dirigeante forte, dans laquelle tous les domaines d'activité importants des différentes professions sont représentés. Parallèlement, on veillera à une définition claire de la gouvernance d'entreprise pour une séparation des pouvoirs entre les directions, respectivement, stratégique et opérationnelle.
7. Une culture des collaborateurs/trices ouverte aux nouveautés et s'inscrivant dans la vision commune. L'encouragement peut se faire, p.ex., au moyen d'ateliers mixtes, de l'introduction d'un MQ ou d'une image directrice commune (voir point 1 « vision »)
8. Marketing et communication : la « visibilité » et une communication permanente et ciblée représentent un facteur important, dans notre société de l'information. Il va de soi qu'une communication active et régulière avec les prescripteurs est essentielle. La prise en compte du contexte du groupe cible est particulièrement importante dans l'espace social. Une communication régulière vers l'intérieur en fait également partie.
9. Une mobilisation claire de synergies, p.ex. dans le domaine des prestations de soutien (finances, personnel, formation, etc.) et une organisation des déroulements soigneusement développée, avec une gestion cohérente des processus, sont essentielles pour l'efficacité et la mise en œuvre de l'interprofessionnalité.
10. L'entreprise dispose d'une infrastructure informatique soutenant efficacement tous les processus et l'interprofessionnalité (p.ex. banque de données commune).

Mise en œuvre / processus de mise en place

11. Soutien de la part des groupes cibles et de la population, ainsi que de la politique.
12. Si nécessaire, faire appel à un accompagnement professionnel des processus : il n'est pas toujours nécessaire de tout réinventer. Dans le cadre de la mise en place, on mettra à profit l'expérience existante, notamment dans les offres de soins intégrées / CS existants, pour des problématiques concrètes.

10.2 Recommandations d'action pour la collaboration interprofessionnelle

Compte tenu de l'importance de la collaboration interprofessionnelle (CIP) pour le succès d'un CS, il vaut la peine de présenter séparément les facteurs de succès et les recommandations d'action pour la CIP. Une étude réalisée pour l'ASSM (Atzeni et al., 2017) s'est penchée sur la signification concrète de la CIP dans la pratique. Il existe fondamentalement plusieurs options d'action aux niveaux macro-, méso- et microscopique.

Recommandations d'action pour les organisations de fournisseurs de prestations (Atzeni et al, 2017, p. 8)

1. Les objets partagés comme les outils d'évaluation et les rapports utilisés conjointement peuvent contribuer à créer un socle commun pour les différents groupes professionnels impliqués.

2. Des structures adaptées à la configuration facilitent la CIP. Afin de les rendre utilisables, les fournisseurs de prestations et leurs organisations doivent être très attentifs à de telles structures (p.ex. conseils ou manifestations de perfectionnement), aussi bien à l'interne qu'entre les organisations.
3. De nouvelles structures de communication sont également nécessaires pour la réussite de la CIP dans le domaine ambulatoire et les soins de base. Cela permet de compenser les inconvénients par rapport à la médecine organisée en hôpital, sans pour autant abandonner les facteurs qui rendent la médecine ambulatoire si importante pour les professionnels, les patients et le système de santé, à savoir la flexibilité, l'autonomie et l'individualité.
4. Les perfectionnements internes à l'organisation avec une focalisation sur la CIP comme les formations interprofessionnelles sur la base de simulations peuvent jouer le rôle d'objets partagés, susceptibles d'encourager la CIP dans certains contextes.

Recommandations d'action pour l'individu (Atzeni et al, 2017, p. 8)

« Au plan individuel, il y a lieu de renforcer tout particulièrement la conscience des dynamiques sociales, structurelles et culturelles qui caractérisent le travail interprofessionnel en collaboration avec le système de santé et qui représentent une condition de base pour une réflexion constructive.

5. Des modules de formation interprofessionnels pour étudiants en médecine et en soins infirmiers, tels qu'ils sont proposés, par exemple, par l'Université de Lausanne et La Source, assurent une réflexion précoce sur le thème de la CIP.
6. Des offres de perfectionnement avec une focalisation sur la CIP et une orientation en fonction de certains contextes de la fourniture des soins de base favorisent la disponibilité à lancer et à faire avancer des projets de CIP.
7. Des formations cohérentes pour sensibiliser aux communautarismes culturels (professionnels) et générationnels pourraient augmenter la capacité de réflexion (y compris sur soi) mais aussi les obstacles et les réticences à aborder la CIP.
8. Une formation sur la base de simulations dans différents contextes encourage les professionnels à développer leurs capacités à apporter leurs propres capacités, expérience, attitude, etc. »

Facteurs d'insuccès de la CIP (Atzeni et al, 2017, p. 31)

Les facteurs suivants ont été cités dans le cadre d'interviews de personnes provenant de cinq contextes différents (soins de base, soins chirurgicaux, soins internistes, soins psychiatriques et soins palliatifs).

9. Manque d'acceptation des limites de ses connaissances
10. Communication soulignant le statut
11. Manque d'échanges de connaissances d'égal à égal
12. Manque de conscience de ses propres compétences
13. Agir uniquement sur instructions (manque d'initiative propre)

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

14. Manque de compréhension réciproque
15. Autisme (monoprofessionnel)
16. Facteurs individuels (du côté des patients comme des professionnels) p.ex. manque de disponibilité à adopter des perspectives et d'ouverture
17. Résistance individuelle ou refus de s'investir dans des structures interprofessionnelles ou d'y participer
18. Manque de temps dans une routine déjà très prenante
19. Réglementations juridiques plaçant de nombreuses décisions médicales sous la seule responsabilité des professions médicales (ou qui sont interprétées comme telles)
20. Restrictions économiques ou en temps ou « résistances structurelles », p.ex. dans la fourniture des soins de base (manque d'incitations financières, etc.)

11 Perspectives

D'éventuelles perspectives comprennent, d'une part, les aspects de centres de santé existants ou à créer et qui ont peut-être développé un plan de projet et d'affaires et, d'autre part, les aspects du marché global.

Centres de santé :

- *Actualisation de la stratégie* : comme chacun le sait, une stratégie n'est pas un plan rigide, mais doit être régulièrement revue, en règle générale au moins une fois par an (cf. annexe 12.3).
- *Développement dynamique de l'entreprise* : on tiendra compte des différentes phases de développement d'une entreprise. Parmi les modèles les plus connus, on relèvera celui de Glasl et Livegoed (2016).
 - Au début, il y a la *phase pionnière*, dans laquelle une organisation fonctionne comme une communauté soudée et est souvent flexible.
 - Elle est suivie par la *phase de différenciation*, dans laquelle l'organisation s'efforce de mettre en place la transparence, la systématique, la logique et la direction.
 - Après cela intervient la *phase d'intégration*, dans laquelle on s'efforce de relier les visions de la phase pionnière à la rationalité de la phase de différenciation.

Il est important de noter que ces différentes phases requièrent éventuellement différentes compétences de direction. Tout pionnier n'est pas à même de conduire une entreprise vers un développement durable.

Marché global :

- Pour le *développement et la mise en œuvre du MOHS 2030*, y compris le modèle de « centre de santé », il serait souhaitable de réaliser des projets pilotes, de les accompagner, de les évaluer et de les publier. Une telle démarche profiterait, d'une part, aux auteurs du projet et, d'autre part, à de nombreux concurrents intéressés. CURAVIVA est in-

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

téressée à des projets pilotes basés sur le MOHS/CS. Les critères minimaux sont une approche basée sur l'espace social et l'espace de vie ainsi qu'un regroupement sous un seul toit et une seule direction.

- Un *financement harmonisé des différents niveaux de soins* pourrait être favorable aux centres de santé. Dans ce domaine, l'IWSB (2017) a mis en discussion un forfait complexe, qui regrouperait tout un épisode de traitement avec tous les niveaux de soins.
- A moyen et à long terme, la proportion de personnes ayant besoin de soutien va augmenter, pour diverses raisons (p.ex. démographie ou progrès de la médecine). Ce phénomène, de même que l'intérêt croissant pour la collaboration interprofessionnelle et les centres de santé devrait conduire à une augmentation du nombre de tels projets. Des aspects spécifiques aux migrations pourraient également s'y ajouter. Les expériences tirées des nouveaux projets devront par conséquent être observées attentivement et analysées déjà à moyen terme.

12 Annexe

12.1 Bibliographie

Atzeni, G., Schmitz, C., Berchtold, P. (2017). [Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit](#). Swiss Academies Reports 12 (2). Etude pour le compte de l'ASSM. Consulté le 16.11.2017 sur www.ASSM.ch.

Office fédéral de la santé publique OFSP (2017), Koordinierte Versorgung. [Koordinierte Versorgung](#). Office fédéral de la santé publique. Consulté le 23.08.2017 sur www.bag.admin.ch.

Office fédéral de la santé publique OFSP (2016). [Das interprofessionelle Team in der Palliative Care](#). Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende. Consulté le 05.09.2017 sur www.bag.admin.ch.

Office fédéral de la santé publique OFSP (2017). [Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen»](#). Consulté le 05.12.2017 sur www.bag.admin.ch.

Brügger, S., Kohli, L., Sottas, B. (2016). [Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung](#). Im Auftrag des BAG. Consulté le 13.12.2017 sur www.bag.admin.ch (Koordinierte Versorgung -> Patientengruppen und Schnittstellen -> (Hoch-betagte, multimorbide Menschen).

CURAVIVA Suisse (2016). [Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz](#). Die Zukunft der Alterspflege. Consulté le 13.12.2017 sur www.CURAVIVA.ch.

CURAVIVA Suisse (2014). [Die Lebensqualitätskonzeption von CURAVIVA Schweiz](#). Consulté le 13.12.2017 sur www.CURAVIVA.ch.

Ecoplan (2017). Neue Versorgungs- und Zusammenarbeitsmodelle: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum. Literaturrecherche und Praxisbeispiele. Pour le compte de CURAVIVA Suisse, Berne, 15.12.2017.

Glasl F., Livegoed B. (2016), Dynamische Unternehmensentwicklung, Grundlagen für nachhaltiges Change Management, 5^{ème} éd., édition principale Berne / Verlag Freies Gestesleben Stuttgart.

Höpflinger F. & Van Wezemaal J., Hrsg. (2014). Age Report III, Wohnen in höherem Lebensalter, Grundlagen und Trends, Seismo Verlag, Zurich et Genève.

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel (2017). [Stärkung der \(Ergebnis-\) Qualität, der Koordination und der Interprofessionalität in bestehenden Abgeltungssystemen](#). Expertise pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique OFSP. Consulté le 06.12.2017 sur www.bag.admin.ch.

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

Köppel, R. (2016). [Was Betagte sich wünschen](#). In Age Dossier 2016 «Betreute Wohnungen mit Heimvorteil», p. 5-10. Age-Stiftung, Zürich. Consulté le 13.12.2017 sur www.age-stiftung.ch.

Mitterlechner, M., Rüegg-Stürm, J., Koppenberg, J. (2016). Pioniere und ihre Management-praxis. In IMPacts. Nr. 11. Juni 2016. S. 11-13. Universität St. Gallen. Institut für Systemti-sches Management und Public Gouvernance. Consulté le 13.12.2017 sur www.alexandria.unisg.ch.

Peters T.J., Waterman R.H. (1988). In Search of Excellence. Lessons from America's Best-Run Companies. HarperBusiness, New York.

Polynomics (2017). Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030. Im Auftrag von CURAVIVA Suisse, Olten, 05.07.2017

QUALIS evaluation (2017). Modellbeschreibung: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Ge-sundheitszentrum. Pour le compte de CURAVIVA Suisse, Zurich, 04.08.2017

ASSM – Académie Suisse des Sciences Médicales (2014). Charta «[Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen](#)». Consulté le 16.11.2017 sur www.ASSM.ch.

ASSM - Académie Suisse des Sciences Médicales (2016). [Wie gelingt Interprofessionalität?](#) Atelier de deux jours, les 12 avril et 6 juin 2016, Zurich, Careum Bildungszentrum. Consulté le 16.11.2017 sur www.ASSM.ch.

Schusselé Filliettaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). [Soins intégrés en Suisse](#). Résultats de la 1ère enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâ-tel, Observatoire suisse de la santé (OBSAN). Consulté le 13.11.2017 sur www.obsan.admin.ch.

Schusselé Filliettaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). [Annexe 6.5 \(Tableaux synthétiques des initiatives incluses, par catégories\) au document « Soins in-tégrés en Suisse](#). Résultats de la 1re enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57) ». Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (OBSAN). Consulté le 13.11.2017 sur www.obsan.admin.ch.

Sottas, B. (2016). [«Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten» - Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema](#). In Müller-Mielitz, S., Sottas, B. & Schachtrupp, A. (Hrsg.) 2016. Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Bibliomed Verlag, Melsungen. S. 44-56. Pour le compte de l'OFSP. Consulté le 16.11.2017 sur www.formative-works.ch.

Sottas, B., Kissmann, S. (2016). [«Interprofessionelle Teams sind effizienter + und senken Kosten» - zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema](#). Pour le compte de l'OFSP. Consulté le 16.11.2017 sur www.formative-works.ch.

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

12.2 Groupe d'accompagnement

Membres du groupe d'accompagnement :

- Dresse Gabriela Bieri-Brüning, médecin-chef des services gériatriques de Zurich, direction médicale des centres de soins de Zurich, médecin du centre de soins d'Erlenhof, Zurich
- Christine Bourquin, pharmacienne, Toppharm AG, Aarberg
- Dr Thomas Häsli, gériatre, médecin-chef, centre de santé de Dielsdorf
- Georges Krieg, directeur d'irides AG – un engagement de la fondation Blindenheim Basel, Bâle
- Dr René Kuhn, délégué de la Société suisse professionnelle de gériatrie / médecin-chef, Reusspark Zentrum für Pflege und Betreuung, Niederwil
- Ursula Ledermann Bulti, responsable de la formation, Aide et soins à domicile Suisse, Berne
- Thomas Mössinger, directeur de l'hôpital d'Aarberg - Insel Gruppe AG, Aarberg
- Martine Ruggli, pharmacienne, coresponsable de l'état-major Innovation et affaires internationales, Berne

Pour CURAVIVA Suisse :

- Christina Affentranger Weber, responsable du Domaine spécialisé adultes avec handicaps
- Camille-Angelo Aglione, secrétaire romand, Domaine spécialisé personnes âgées
- Marianne Geiser, responsable du secteur RH soins et assistance aux personnes âgées, secteur d'activité formation
- Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées

Pour H Focus AG, ce projet a été accompagné par le Dr Roland Wormser, qui est également l'auteur du présent rapport.

12.3 Procédure possible pour le développement d'une stratégie pour un centre de santé

Avant toute chose, on relèvera qu'une stratégie représente en premier lieu une décision concernant la conception de l'avenir d'une entreprise. Le fait que le marché et l'environnement d'une entreprise ne cessent d'évoluer permet de définir quatre facteurs importants :

- Une stratégie représente une planification à moyen terme (trois à cinq ans).
- En raison des changements permanents, il est important de développer et d'approuver une stratégie relativement rapidement. Un visera un délai de trois mois ; en règle générale, on évitera de dépasser six mois. Au début d'un projet de stratégie efficace, on établira un calendrier contraignant jusqu'à l'approbation formelle par l'organe de direction stratégique.
- Un élément central d'une stratégie est constitué par le domaine d'activité pour les clients/patients. L'entreprise doit toutefois être en mesure de fournir ses prestations à tout moment dans une qualité irréprochable. Une stratégie globale doit par conséquent toujours répondre à la question « comment développer et maintenir la performance de notre entreprise ? »
- Le marché et l'environnement sont observés en permanence ; les enseignements tirés de cette observation sont intégrés dans des revues périodiques. Un rythme annuel pour ces revues s'est avéré efficace.

La procédure pour le développement d'une stratégie pour un centre de santé peut, p.ex., être esquissée comme suit :

- *Définition de l'espace social* (considérer l'être humain avec sa volonté et ses ressources, et intégrer ses proches et son entourage social étendu dans l'assistance) et en déduire les groupes cibles (pour qui ?). Plus le groupe cible est large, plus la mise en œuvre sera complexe.
- *Analyse stratégique* du marché et de l'environnement de l'entreprise :
 - o Représenter les principales mégatendances, p.ex. concernant l'évolution du marché et des besoins pour les différents groupes cibles ainsi que les développements dans les domaines comme la société, les marchés financiers, la technologie (y c. la numérisation), l'environnement, etc.
 - o Evolution quantitative de la demande chez les différents groupes cibles et comparaison avec la position actuelle de l'entreprise sur le marché (parts de marché dans les domaines d'activité et les bassins de population pertinents)
 - o Position sur le marché et développement prévisible des principaux concurrents
 - o Analyse de l'entreprise (p.ex. fourniture des prestations, organisation, culture d'entreprise, déroulements et management de la qualité, finances et reporting (c.-à-d. direction de l'entreprise), etc.)
 - o Réalisation d'une analyse SWOT générale (forces, faiblesses, opportunités, risques) de l'entreprise

Ces analyses peuvent être réalisées par la direction opérationnelle ou les états-majors ou être déléguées entièrement ou partiellement à des spécialistes externes.

- *Formulation de la stratégie* dans un ou plusieurs ateliers : les analyses stratégiques sont résumées dans un rapport, qui est remis à tous les participants (direction stratégique et

opérationnelle) comme préparation à un ou plusieurs ateliers stratégiques. Dans de nombreuses entreprises, une stratégie est développée dans le cadre d'un atelier de deux jours, afin d'aboutir rapidement au moins à un résultat provisoire. Déroulement typique :

- Situation initiale (analyses stratégiques)
 - Mission (notre mandat, notre raison d'être)
 - Vision (dans quelle direction voulons-nous aller à long terme ?)
 - Concentration dans des directions stratégiques potentielles, en se focalisant toujours sur la question « où/comment nous démarquons-nous de nos concurrents ? » (avantages concurrentiels). Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour cela, p.ex. une analyse SWOT, des stratégies normalisées SWOT, un portefeuille selon la matrice BCG ou une balanced scorecard selon Kaplan-Norton (dans ce cas, notamment, la carte des relations stratégiques, qui offre rapidement une vue d'ensemble, en combinaison avec un objectif central visionnaire).
 - Orientation provisoire des grands axes sur les objectifs stratégiques (quoi, combien, qui, dans quel délai).
- *Mise en place de la stratégie (mise en œuvre)* : dans les semaines suivantes, les résultats de la formulation de la stratégie sont généralement intégrés dans un plan de mise en œuvre par la direction opérationnelle. Dans ce cadre, deux facteurs sont essentiels :
- Des objectifs complexes sont décomposés en projets stratégiques, avec des groupes de projet correspondants ainsi qu'un objectif final et des étapes clairement définis (étapes intermédiaires)
 - Détermination, sur cette base, des adaptations à l'organisation, aux déroulements (processus), au système de management et d'information, et mesures relatives à l'information et intégration des collaborateurs/trices dans la mise en œuvre.
 - Plan de mise en œuvre général pour la stratégie, intégrant tous les projets stratégiques et mesures de mise en œuvre dans une planification pluriannuelle avec des contrôles périodiques. Des contrôles des principaux résultats intermédiaires, mensuels par la direction opérationnelle et trimestriels par la direction stratégique, ont fait leurs preuves.
- *Approbation formelle* : le plan de mise en œuvre est présenté aux directions opérationnelle et stratégique pour la discussion définitive et leur approbation.

2018

Plan de projet et d'affaires « centre de santé »

Impressum

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone 031 385 33 33
info@curaviva.ch
www.curaviva.ch

Rédaction

Roland Wormser, H Focus AG, Baar

Groupe de projet

Le groupe de projet mis en place par CURAVIVA Suisse est composé des membres suivants :

- Dresse Gabriela Bieri-Brüning, médecin-chef des services gériatriques de Zurich, direction médicale des centres de soins de Zurich, médecin du centre de soins d'Erlenhof, Zurich
- Christine Bourquin, pharmacienne, Toppharm AG, Aarberg
- Dr Thomas Häslı, gériatre, médecin-chef, centre de santé de Dielsdorf
- Georges Krieg, directeur d'irides AG – un engagement de la fondation Blindenheim Basel, Bâle
- Dr René Kuhn, délégué de la Société suisse professionnelle de gériatrie / médecin-chef, Reusspark Zentrum für Pflege und Betreuung, Niederwil
- Ursula Ledermann Bulti, responsable de la formation, Aide et soins à domicile Suisse, Berne
- Thomas Mössinger, directeur de l'hôpital d'Aarberg - Insel Gruppe AG, Aarberg
- Martine Ruggli, pharmacienne, coresponsable de l'état-major Innovation et affaires internationales, Berne

Pour CURAVIVA Suisse :

- Christina Affentranger Weber, responsable du Domaine spécialisé adultes avec handicaps
- Camille-Angelo Aglıone, secrétaire romand, Domaine spécialisé personnes âgées
- Marianne Geiser, responsable du secteur RH soins et accompagnement des personnes âgées, secteur d'activité formation
- Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées

Référence bibliographique

CURAVIVA Suisse (2018). Plan de projet et d'affaires « centre de santé » dans le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse. CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées, on-line: www.curaviva.ch

© CURAVIVA Suisse, 2018