

Le modèle de soins intégrés Viva mise sur la prévention pour contenir les coûts de la santé

Après trois ans d'existence, Viva revendique 4500 membres et veut contenir les coûts de la santé en changeant les incitations financières. Le directeur général du Réseau de l'Arc, Alexandre Omont, défend un modèle fondé sur la prévention, la coordination et un budget fixé à l'avance.

Sébastien Goetschmann

Dans la région, le Réseau de l'Arc développe depuis trois ans le modèle de soins intégrés Viva. Son directeur général, Alexandre Omont, estime que ce changement de modèle de financement peut contribuer à contenir les coûts de la santé.

Alexandre Omont, la hausse des primes d'assurance-maladie se poursuit. Le système actuel atteint-il ses limites?
Nous sommes dans une situation où les coûts de la santé continuent d'augmenter. Les primes viennent encore d'augmenter d'environ 5% au niveau national, et parfois davantage dans certaines régions proches d'ici. Si cela se répète pendant plusieurs années, cela va devenir intenable. Cela coûtera aussi davantage aux Cantons, qui devront verser plus de subsides. A la fin, cela retombera sur la population. Si nous voulons continuer à proposer des soins de qualité tout en maîtrisant les coûts, il faut revoir le modèle de financement.

Qu'est-ce qui pose problème dans le système actuel?

Dans le modèle traditionnel, les acteurs de la santé sont rémunérés à l'acte. Plus il y a de prestations ou d'examen, plus il y a de revenus. Tous les acteurs ont donc besoin de faire du volume pour financer leur fonctionnement. Même si l'on crée des réseaux et que les professionnels communiquent mieux entre eux, ce mécanisme reste identique si l'on ne change pas le financement. Selon nous, l'intégration des soins ne suffit donc pas, à elle seule, à résoudre la question des coûts.

Quelle est alors la particularité de Viva, lancé il y a trois ans au Réseau de l'Arc?
La véritable innovation, c'est que nous fonctionnons selon un modèle de capitation. Au début de l'année, un budget est défini en fonction du nombre de personnes assurées et de l'historique de leurs coûts.



Alexandre Omont estime qu'un changement de financement du monde de la santé est nécessaire pour en contenir les coûts.

Sébastien Goetschmann

« Dans le modèle traditionnel, les acteurs de la santé sont rémunérés à l'acte. Plus il y a de prestations ou d'examen, plus il y a de revenus. »

Alexandre Omont
Directeur général
du Réseau de l'Arc

Nous devons ensuite gérer leur santé avec ce budget. Cela change complètement les incitatifs. Nous ne sommes plus incités à nous demander combien de prestations nous pouvons réaliser, mais comment maintenir ou améliorer la santé de nos membres. Nous ne sommes plus incités à faire toujours plus, mais à faire mieux.

Un budget fixé à l'avance ne risque-t-il pas d'encourager à moins soigner?

Non. Si une personne a besoin de soins, elle sera soignée. Les économies doivent se faire dans la durée, grâce à la prévention, au dépistage et à une prise en charge suffisamment précoce. Notre intérêt est d'éviter, lorsque c'est possible, qu'une situation se dégrade jusqu'à nécessiter une hospitalisation. L'hôpital représente aujourd'hui la case la plus coûteuse du système de santé. Si nous pouvons intervenir en amont, nous améliorons la prise en charge tout en évitant certains coûts. Et si nous dépassons le budget, ce n'est pas au patient de payer la différence. Le risque est assumé par les actionnaires.

Qu'est-ce que cette organisation change concrètement pour l'assuré?

Pour lui, le mécanisme financier reste transparent. Il paie une prime d'assurance de base. En revanche, il bénéficie d'une organisation différente. Nous garantissons notamment à chaque membre l'accès à un médecin généraliste. Nous avons aussi créé des postes de gestionnaires de santé. Elles et ils accompagnent les membres dans le système, coordonnent leur par-

cours, les aident à obtenir des rendez-vous et anticipent certains examens ou mesures de prévention.

Ce suivi permet-il d'éviter des hospitalisations?

Oui, notamment pour certaines maladies chroniques. Prenons des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Certains sont traditionnellement hospitalisés en urgence plusieurs fois dans l'année. C'est un stress énorme pour le patient, pour toute la famille, et des coûts très chers pour le système de santé. Pour une partie d'entre eux, nous pouvons suivre à domicile plusieurs paramètres médicaux. Les gestionnaires de santé voient quotidiennement si quelque chose commence à se dégrader et peuvent intervenir rapidement, parfois avec notre équipe d'hospitalisation à domicile. En intervenant tôt, on peut éviter certaines hospitalisations. Nous développons aussi cette approche pour le diabète, les maladies pulmonaires ou la psychiatrie, par exemple.

La recherche d'économies est-elle compatible avec la qualité des soins?

Le modèle nous incite justement à faire de la qualité. Si

une personne doit être opérée une deuxième fois parce que la première intervention n'a pas donné le résultat attendu, cela représente un coût supplémentaire pour notre budget. Dans un système rémunéré à l'acte, deux interventions représentent deux prestations facturables. Dans notre modèle, la deuxième est une dépense supplémentaire. Nous avons donc tout intérêt à ce que les choses soient bien faites dès le départ et, lorsque c'est possible, à éviter qu'une hospitalisation devienne nécessaire.

La prise en charge ne risque-t-elle pas de devenir trop standardisée?

Non, elle est personnalisée. Un jeune membre en bonne santé n'a pas les mêmes besoins qu'une personne souffrant de plusieurs maladies chroniques. Pour les situations complexes, nous organisons par exemple des «Viva Boards». Une fois par semaine, plusieurs spécialistes, des infirmières, un pharmacien et parfois des physiothérapeutes, se réunissent autour d'un même patient. Ils examinent ensemble sa situation et adaptent la prise en charge. C'est précisément l'inverse d'une médecine standardisée.

Après trois ans, constatez-vous que ce modèle fait baisser les coûts?

Trois ans de recul, c'est encore peu. Je ne dirais pas aujourd'hui que nous sommes capables de faire baisser les coûts de manière générale. En revanche, nous considérons que nous arrivons à les contenir à un niveau intéressant. Nous avons surtout beaucoup progressé dans la gestion de la santé de nos membres, la coordination entre les acteurs et le suivi des maladies chroniques.

Où en est Viva aujourd'hui dans l'Arc jurassien?

Nous comptons 4500 membres en 2026 dans notre région. Leur nombre a doublé chaque année jusqu'ici. Le modèle demande toutefois à continuer d'évoluer. Il est également déjà développé au Tessin et en Argovie, autour de l'hôpital de Zofingue, et nous prévoyons un développement dans la ville de Berne. L'objectif est d'arriver à 10 régions de soins intégrés de type Viva d'ici à 2030. Notre ambition est de démontrer qu'un changement du financement peut favoriser davantage de prévention, de qualité et de coordination, et ainsi contribuer à contenir les coûts de la santé.

Un réseau de 29 sites de soins

Le Réseau de l'Arc déploie aujourd'hui ses activités sur 29 sites répartis dans trois cantons, de Neuchâtel à Bienne. Son organisation dépasse largement les deux hôpitaux de Moutier et Saint-Imier, avec des centres médicaux, des consultations spécialisées, deux EMS et des prestations de santé mentale.

Le réseau développe depuis plus de 10 ans des Centres de soins consacrés à la médecine générale et à l'installation de médecins de famille, explique Alexandre Omont, directeur général du Réseau de l'Arc. Une ouverture est d'ailleurs annoncée aux Breuleux et un autre site doit voir le jour à Péry d'ici

à la fin de l'année ou au début de l'année prochaine. A Saint-Imier, des consultations doivent par ailleurs être regroupées dans un nouvel espace actuellement en travaux.

Pour Alexandre Omont, cette organisation repose sur une conception transversale des soins: «Tout le monde travaille

autour d'un même patient.» Le Pôle santé mentale, intégré à l'Hôpital du Jura bernois en 2018, participe à cette logique. Le Réseau de l'Arc défend ainsi une prise en charge dans laquelle médecine générale, psychiatrie, psychothérapie ou physiothérapie se complètent. Cette intégration passe aussi

par le numérique. Les différents services utilisent désormais un même système informatique, permettant de partager les informations et d'éviter de multiplier les admissions ou les numéros de patient selon les structures.

Le réseau affirme enfin vouloir investir prioritairement

dans les prestations en amont de l'hôpital, en renforçant la prévention, la proximité et les soins ambulatoires plutôt qu'en misant sur la construction d'un nouvel établissement hospitalier. Alexandre Omont résume cette orientation: «On pense que la santé se joue plutôt à l'extérieur de l'hôpital.»