Une maison de santé communautaire à Neuchâtel

Illustrations du dossier : Anaïs Krebs

« Dans le monde de la robustesse, les idées ne sont pas bridées par le modèle économique, mais par la santé commune. Pour qu'un projet soit réellement robuste, il doit nécessairement alimenter la santé humaine (mentale et physique), la santé sociale et la santé des milieux naturels, sans exception. »

O. Hamant, 2023

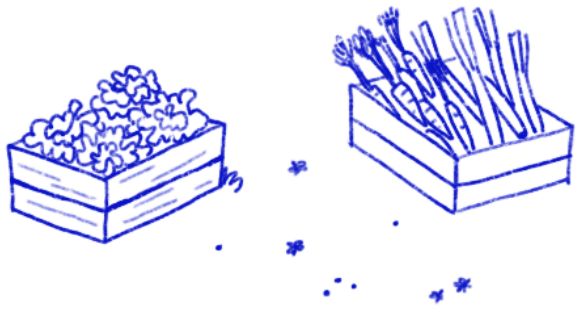


Table des matières

1. Introduction 3

2. État des lieux : les maisons de santé existantes 4

A. Ailleurs 4

B. En Suisse 5

3. Les principes de la Maison de santé communautaire 8

A. Des soins de premier recours interprofessionnels et accessibles 8

B. Une approche communautaire 11

C. Une vision de la santé tenant compte des limites planétaires 13

D. Une gouvernance horizontale, équitable et consciente des rapports de pouvoir. 15

E. Un projet économiquement sobre et responsable 16

F. Une démarche pionnière et réflexive 18

4. Le projet neuchâtelois plus concrètement 19

A. Historique 19

B. L'équipe 19

C. La Raison d'être, la charte de valeurs 23

D. Le lieu recherché 24

5. Le financement 25

A. Financement de la mise en place du projet 25

B. Financement des prestations de santé individuelles 25

C. Financement des prestations sociales, communautaires et de groupe 26

6. L'échéancier 28

7. Bibliographie 29

1. Introduction

Le système de santé occidental est actuellement en crise. De nombreuses études s'accordent à dire qu'il s'agit d'une crise économique, de ressources en personnel compétent, mais également une crise de sens et une crise environnementale[1–7]. Plusieurs publications, en Suisse également, évoquent les centres ou maisons de santé communautaires comme une possible réponse à cette crise multifactorielle, et relèvent les bénéfices de ces nouveaux modèles[8,9], qui commencent à émerger en Europe, et plus timidement en Suisse. Comme mentionné dans un article de la Revue Médicale Suisse en 2023, « des effets positifs ont été montrés sur l'accès au soin, des marqueurs cliniques chez les patients porteurs de maladies chroniques, le développement d'activités de prévention et plus généralement la qualité des soins. Des études ont également montré une réduction de la médication ainsi qu'une diminution des hospitalisations évitables et des recours aux services d'urgence et, finalement, une réduction des coûts »[10].

A Neuchâtel, dans le contexte de la pénurie médicale et soignante en médecine de premier recours, un collectif d'une dizaine de professionnel-les de la santé et du social s'est constitué à l'automne 2023 afin d'élaborer une proposition de modèle qui permettrait d'explorer un exemple de centre de santé de premier recours durable, économique et humain, dans le respect des limites planétaires. Le présent document explique ce projet, s'appuyant sur des visites de centres de santé pionniers en Europe, sur de nombreuses lectures scientifiques et sur des constats tirés des expériences professionnelles des membres du groupe.

2. État des lieux : les maisons de santé existantes

A. Ailleurs

L'émergence de ces projets de maisons de santé étant récente, il est intéressant de faire un état des lieux sur la situation dans le monde et en Suisse.

Les maisons de santé sont nées dans les **pays anglo-saxons** dans les années 1960. Appelées "Community Health Centers » (centres de santé communautaire) ou "Group Medical Practices » (pratiques médicales de groupe), elles jouent un rôle crucial dans la fourniture de soins de santé primaires aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie. Si leur structure, leur financement et leurs services varient selon les pays, elles ont la mission commune de fournir des soins accessibles, à des tarifs abordables, notamment aux populations vulnérables. L'approche proposée par ces maisons de santé est multidisciplinaire, centrée sur le/la patient-e, visant à répondre aux besoins de santé holistiques des communautés.

En Europe francophone, **la Belgique** est pionnière dans le domaine. Créée en 1981, la Fédération des maisons médicales (FMM) regroupe 130 pratiques en Belgique francophone[11]. Ces « maisons médicales » sont des prestataires de soins de santé primaire qui visent à améliorer l'accessibilité aux soins de santé, en particulier pour les populations vulnérables et précaires. Elles sont un premier point de contact pour les patients et les orientent si nécessaire vers des soins plus spécialisés. Ces structures ont pour particularité d'offrir une approche intégrée des soins de santé, conjuguant les services de médecins généralistes, d'infirmier-ères, de kinésithérapeutes, de psychologues et d'autres professionnels de la santé. Elles s'organisent en autogestion, ce qui confère une certaine égalité entre les membres de l'équipe quant aux décisions prises.

La plupart de ces structures de soins en Belgique fonctionnent sur un modèle de financement à la capitation, recevant un financement basé sur le nombre de patient-es suivi-es plutôt que sur le nombre d'actes médicaux réalisés. Cela encourage une approche préventive et holistique des soins. Une description plus détaillée d'une maison médicale (de Trooz) a été publiée dans la Revue Médicale Suisse en 2023, permettant de mieux comprendre les enjeux et les stratégies développées[12].

En France, les maisons de santé (ou centres de santé communautaires) sont nées dans les années 1990, dans le contexte de l'épidémie de SIDA, et se caractérisent par le fait de « partir des vécus et des besoins des personnes concernées tels qu'ils s'expriment sur le terrain »[13]. Elles ont pour objectif de « développer l'autonomie en santé des patient-es en questionnant le rôle central des médecins dans le soin et en valorisant les savoirs non médicaux sur les maladies, tirés de l'expérience des malades. »[13]. A ce jour, il existe 10 centres de santé communautaires en France, à buts non lucratifs. Le premier, appelé « L'Association Communautaire Santé Bien-Être », a ouvert à Saint-Denis (Paris) dans les années 1990 et le second, appelé « la Case de Santé » a ouvert à Toulouse en 2006.

Nous avons eu l'opportunité de visiter « Le Jardin » à Bron (banlieue de Lyon), qui met un accent particulier sur la santé planétaire, ainsi que « Le Village 2 Santé » à Echirolles (quartier populaire de Grenoble), qui applique un financement par capitation et une égalité salariale. Ce dernier peut aussi être découvert par un documentaire amateur très informatif.

En termes de définitions, en France, les « centres de santé communautaire » adoptent une approche plus holistique en intégrant des services sociaux et en impliquant la communauté avec un système de salariat de toute l'équipe, tandis que les « maisons de santé », pluriprofessionnelles également, se concentrent principalement sur la fourniture de soins médicaux intégrés et coordonnés, avec la possibilité d'exercer des professions libérales.

B. En Suisse

En Suisse, il existe quelques maisons de santé en Suisse romande, mais encore aucun de type « centre de santé communautaire ». Ces maisons de santé reposent sur une philosophie de soins qui vise un lien privilégié entre les patient-es et les soignant-es, en travaillant en équipe collaborative interprofessionnelle, de manière souvent plus horizontale que traditionnellement, et en proposant des mesures préventives et de promotion de la santé, intégrant de plus en plus des approches complémentaires. En 2023, la Revue Médicale Suisse a consacré un numéro sur cette thématique, dont l'éditorial, signé par Johanna Sommer, Dagmar Haller-Hester, Christine Cohidon et Nicolas Senn, s'intitule « Demain, une maison de santé ? »[14].

À Genève, la Direction générale de la santé du canton a lancé un appel d'offres pour mettre en place des maisons de santé. Deux ont pu voir le jour, à Lancy et à Meinier, que la Pre Johanna Sommer est par ailleurs venue présenter à Neuchâtel en octobre 2023 (présentation disponible sous forme de podcast). **À Lausanne,** le centre de santé de la

Blécherette a également ouvert ses portes en 2023, sous l'égide d'Unisanté. Il comprend une consultation de médecine de premier recours mais également des prestations sociales. **En Valais,** La maison de la santé du Haut-Lac fonctionne en interprofessionnel, toutefois sans financement alternatif aux prestation LAMal facturée, ce qui limite ses possibilités en termes de prévention et promotion de la santé.

Dans le canton de Neuchâtel, il existe à notre connaissance trois structures principales s'adressant aux populations vulnérabilisées.

Premièrement, « La Maison de santé » de Médecins du Monde à La Chaux-de-Fonds, qui existe depuis 2016 et permet à toute personne issue de la migration (avec ou sans papiers) d'accéder aux soins. Le projet est financé par la Santé publique et le Service des migrations du Canton. Les prestations sont les suivantes :

- des consultations gratuites intra-muros ou dans les centres d'hébergements cantonaux (évaluation clinique, premiers soins, activation du réseau partenaire) par des infirmier-ères, des psychologues ou médecins indépendant-es,
- des groupes de paroles pour les bénéficiaires, avec si nécessaire la présence d'un-e interprète,
- des ateliers sur des thématiques de prévention et promotion de la santé.

Dans ses différentes actions « La Maison de Santé » participe aux plaidoyers pour l'hébergement d'urgence dans le canton et la continuité des soins pour les personnes en fin de droits d'asile. Deuxièmement, le « Dispensaire des Rues » à Neuchâtel, association qui existe depuis plus de 150 ans, et propose des prestations gratuites (collations, accès aux soins d'hygiène, consultations infirmières) adressées aux personnes vulnérables sur le plan social et sanitaire. Cette structure permet aussi d'établir un lien avec le monde médical en adressant certaines personnes à des médecins généralistes partenaires, bénévoles. L'Association ne reçoit aucune subvention de l'État et fonctionne avec ses propres revenus et dons.

Finalement, le Centre médical de Corcelles est mandaté par le canton pour la prise en charge médicale des personnes en situation de migration du centre fédéral pour requérants d'asiles (CFA) à Boudry, en appui aux infirmier-ères du secrétariat d'État aux migrations (SEM).

À Neuchâtel, il n'existe à notre connaissance aucun projet de maison de santé communautaire tel que nous l'imaginons. Comme mentionné ci-dessus, il existe des structures pour les populations vulnérabilisées mais l'offre reste toutefois insuffisante et sépare ces personnes du reste de la population. En ce sens, notre projet serait complémentaire aux structures existantes, avec lesquelles nous pourrions collaborer pour proposer une prise en charge holistique et centrée sur les besoins de cette population mais également de tout le reste de la diversité des personnes dans notre communauté. Il s'agirait également de la première structure ambulatoire à associer les professions de la santé avec celles du domaine social, à attirer proactivement une population diversifiée, à proposer des ateliers participatifs autour de la santé individuelle et collective, et à s'ancrer dans une communauté pour adapter les offres aux besoins en termes de déterminants de la santé.

3. Les principes de la Maison de santé communautaire

Nous constatons que selon les pays et les contextes, les structures de soins portent des noms différents et ont un fonctionnement qui leur est propre. La structure pionnière que nous souhaitons développer à Neuchâtel est une maison de santé communautaire qui repose sur six principes que nous détaillons ci-dessous.

A. Des soins de premier recours interprofessionnels et accessibles

B. Une approche communautaire

C. Une vision de la santé tenant compte des limites planétaires

D. Une gouvernance horizontale, équitable et consciente des rapports de pouvoir

E. Un projet économiquement sobre et responsable

F. Une démarche pionnière et réflexive

A. Des soins de premier recours interprofessionnels et accessibles

Le constat

En Suisse romande et dans le canton de Neuchâtel, il existe de nombreuses publications sur la pénurie médicale et soignante[3,15–17]. Toutefois, il est important de saisir qu'**il ne manque pas de médecine spécialisée mais bien de médecine de premier recours**[18]. En effet, une part significative de la population ne parvient pas à trouver de médecin de famille avec pour conséquence la menace du manque de médecine de première ligne (urgences non vitales)

et l'augmentation des consultations aux urgences[19]. À titre d'exemple, le département des urgences du Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe) a plus que doublé ses consultations en 10 ans et les policliniques existantes dans le canton ne peuvent pas toujours répondre aux besoins des patient-es par manque d'insertion dans le paysage communautaire et médical neuchâtelois ou par manque de place. Lorsqu'un-e patient-e consulte un-e professionnel-le de santé pour la première fois, la durée de consultation est souvent plus longue. Dans un contexte d'urgence associé, le ou la professionnel-le de santé aura tendance à prescrire d'avantage d'examens complémentaires et de consultations spécialisées, qui causeront des coûts et de la pollution, mais ne permettront pas toujours de soulager la problématique qu'une relation thérapeutique de confiance aurait permis d'accompagner[20,21]. Une étude britannique d'envergure nationale a montré en 2013 qu'un renforcement de l'accès aux services de premier recours permettrait de réduire les consultations aux urgences[22].

Les professions de premier recours telles que les psychothérapeutes et psychiatres, les pédiatres, les infirmier-ères et les thérapeutes manuel-les (ostéopathes, chiropraticien-nes) sont peu valorisées par la culture et la législation médicale actuelle, qui valorise - financièrement entre autres - le geste, l'acte ou la prestation, et non le lien, l'accompagnement dans la durée et l'écoute. Avec l'augmentation des maladies non-transmissibles, l'accroissement de la population âgée et la complexification des traitements, il devient difficile pour les patient-es de trouver un sens des priorités, de savoir où commencer, où investir du temps et de l'énergie pour sa santé.

Nos propositions

Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publié en 2008, un système de santé fort repose sur une médecine de premier recours forte[23]. Plusieurs éléments nous paraissent nécessaires à la mise en place d'une médecine de premier recours, de proximité, forte et de qualité.

Premièrement, **l'accueil** est un élément clé pour faciliter l'accès à la santé et l'élaboration d'un lien de confiance. Les équipes des centres de santé visités à Lyon et Grenoble, par exemple, soignent l'accueil avec

le principe de toujours accueillir avec humanité et inconditionnellement, et de donner une réponse de qualité aux personnes qui appellent où se présentent. En effet, ces structures ont décidé de lutter contre un des aspects de la violence des institutions de santé qui consiste à faire attendre les personnes, tenter de les repousser pour éviter la surcharge et de ne pas répondre à leurs questions. Un accueil de qualité s'appuie sur des personnes dédiées à cette tâche, bien formées et capables d'aller chercher des réponses aux bons endroits ainsi que sur communication optimale entre les intervenant-es.

Deuxièmement, **l'interprofessionnalité** est essentielle pour une approche intégrée et inclusive des différentes pratiques de la santé, et permet un accompagnement global de la santé physique, mentale et sociale des patient-es. Les interactions régulières entre professionnel-les de santé favorisent l'apprentissage mutuel et le développement des compétences de chacun-e, en termes de pratique clinique, d'organisation et de méthodes de travail. Notre équipe comptera des médecins généralistes, ostéopathes, psychologues, infirmier-ères et travailleur-euses sociaux-ales. Pour un fonctionnement interprofessionnel de qualité, il nous apparait essentiel de consacrer du temps à la coordination des soins et de la santé des patient-es. En effet, échanger et se coordonner pour élaborer des projets de soins intégrés permet aux professionnel-les de mieux fonctionner ensemble, d'accompagner les patient-es de manière personnalisée, en minimisant le travail réalisé à double et les risques d'omissions de soins. Les patient-es sont ainsi davantage satisfaits de leur prise en charge et s'engagent plus volontiers dans leur parcours de soins.

Troisièmement, nous souhaitons proposer **des soins centrés sur les personnes,** en prêtant une attention particulière aux besoins, aux préférences et aux valeurs de chacun-e. Le parcours de santé est ainsi co-construit avec les patient-es, à travers une écoute active, des décisions partagées, dans l'optique du « juste soin ».

Finalement, nous souhaitons **faciliter l'accès aux soins,** en les rendant accessibles au plus grand nombre et à la population la plus diverse possible. Il conviendra de réfléchir, à partir des constatations établies sur le terrain, aux moyens à mettre en place pour réduire les barrières à l'accès aux soins, notamment en termes de flexibilité d'horaire et de services.

B. Une approche communautaire

Le constat

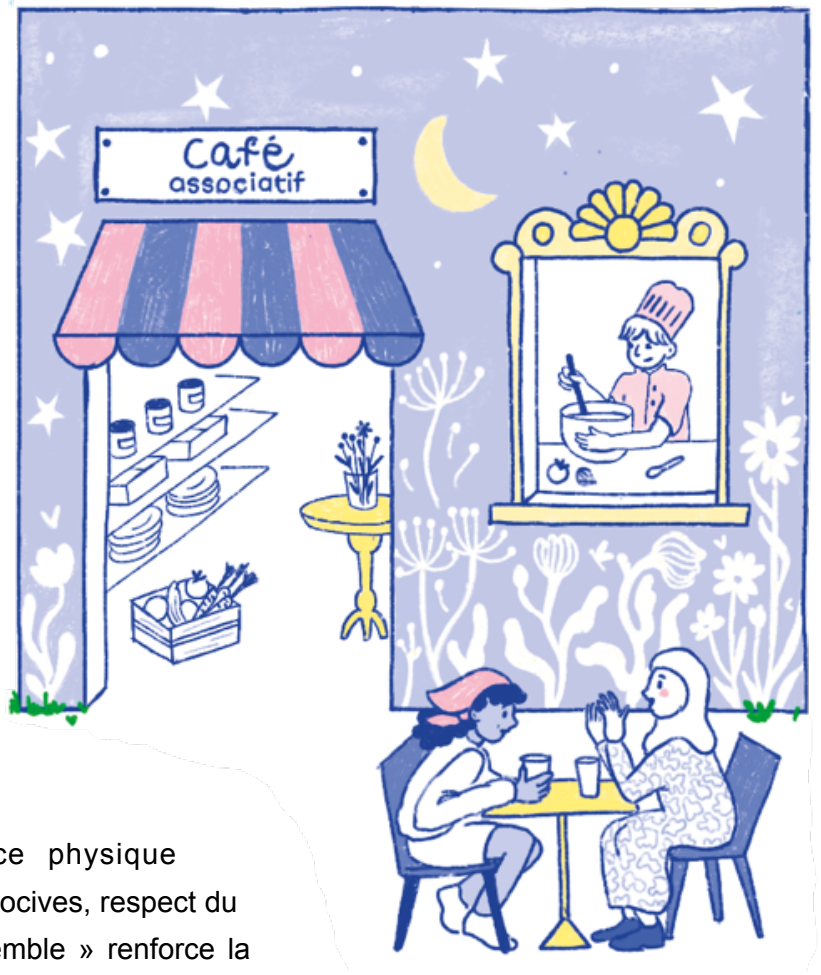
Le système de santé suisse est principalement orienté vers les soins individuels, privilégiant les traitements et les soins personnalisés pour chaque patient-e plutôt que les approches communautaires ou de santé publique. Les soins individuels impliquent des consultations fréquentes, peuvent épuiser soignant-es et soigné-es, et engendrent des tests diagnostiques et traitements coûteux. Un système de santé centré sur les soins individuels **ne favorise pas la participation active des communautés** dans la planification et la prestation des soins de santé. De plus, les soins individuels ont tendance à se concentrer sur les symptômes et les maladies du patient **sans prendre en compte les déterminants sociaux de la santé**, tels que le logement, l'éducation, l'emploi, le statut social, les normes et pratiques culturelles. La santé de chacun-e peut en effet déprendre de son activité professionnelle, plus ou moins pénible, de son lieu de vie, plus ou moins vétuste et pollué, de sa situation familiale ou administrative, de son alimentation et de son accès aux soins de santé.

Actuellement, les prises en charge n'abordent que peu ou pas ces causes profondes des problèmes de santé, limitant l'efficacité des traitements et entrainant potentiellement des hospitalisations fréquentes. Pourtant, les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle significatif dans l'état de santé des individus et des populations. En Suisse, les conditions sociales et l'environnement contribuent à 2/3 environ de l'état de santé d'une population[24,25]. L'importance des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire de la manière que nous avons de vivre ensemble sur cette planète et dans notre canton, met en lumière la nécessité de politiques et de projets qui visent à réduire les inégalités sociales, à promouvoir l'équité en santé et à créer des environnements favorables à la santé à tous les niveaux de la société.

Nos propositions

L'approche communautaire est une des particularités de notre projet, inspirée des modèles français et belges. Dans une maison de santé comme celle que nous développons, cette approche consiste à intégrer les services de santé avec les besoins et les ressources de la communauté locale, en mettant l'accent sur la participation active de chacun-e dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins de santé. Cela permet de répondre avec pertinence et efficacité aux besoins de santé locaux, mais également de renforcer la cohésion sociale et le bien-être global de la communauté. Comme Eric Bonvin le souligne, nous visons « l'instauration d'une institution de soin communautaire capable de mettre les moyens au service de la finalité du soin des personnes dans un esprit convivialiste et collaboratif »[26].

Nous imaginons créer au sein de notre maison de santé un **lieu de vie convivial, ouvert à chacun-e,** où se partagent des moments (repas, pauses) entre soignant-es et soigné-es. L'aspect de « vivre ensemble » et l'environnement social sont des dimensions fondamentales de la santé individuelle et collective, offrant un soutien émotionnel, réduisant le stress et favorisant le bien-être mental. Cette communauté permet un **partage des ressources** sociales et matérielles, notamment l'accès à l'information, à des services communautaires, aux programmes de prévention, à l'éducation à la santé. Un environnement social où la santé et le bien-être sont valorisées encourage l'adoption de comportements sains (alimentation équilibrée, exercice physique régulier, abstinence de substances nocives, respect du vivant). Finalement, ce « vivre-ensemble » renforce la capacité à répondre collectivement aux défis (crises, pandémies, catastrophes naturelles) en améliorant les résultats de santé globaux et en réduisant les impacts négatifs sur les individus les plus vulnérables.



Une fois que nous connaîtrons le lieu où établir notre maison de santé, la première étape sera de réaliser un **diagnostic communautaire,** pour établir les besoins du quartier où elle se situera. L'idée est d'aller à la rencontre des habitant-es, des professionnel-les de la santé et du social, des structures et institutions existantes. En réalisant ce diagnostic communautaire, nous nous appuyons « sur la participation des personnes concernées, leurs compétences et les réseaux (interpersonnels, associatifs, militants, institutionnels) existants dans les lieux où elle se pratique »[13].

Une autre manière de donner une importance particulière aux **déterminants sociaux de la santé et aux inégalités sociales et de santé** est de prendre le temps nécessaire pour considérer le lieu de vie, l'éducation, l'emploi et l'environnement dans et avec lesquels

chacun-e évolue, teintés d'inégalités sociales et de discrimination de classe, de genre et de race, malheureusement encore bien réelles. La force de l'approche communautaire est de **faire émerger des besoins collectifs** des soigné-es et d'en faire des thématiques communes. Cela peut se traduire par des campagnes de promotion de la santé ciblées, des formations, des espaces d'échanges ou des groupes de travail pour améliorer une inégalité sociale, répondre à un problème de santé émergent ou à une crise locale, par exemple. Aborder les soins collectivement et non individuellement permet aux personnes soignées d'agir sur les causes de leurs problématiques, de lutter contre les discriminations et d'améliorer ainsi ensemble le système.

Finalement, **orienter son travail sur la prévention et promotion de la santé** ainsi que ses déterminants plutôt que sur la maladie permet de réduire ou d'éviter l'apparition de symptômes chez les patient-es. À titre d'exemple, dans une des maisons de santé visitées (« Le Jardin, à Bron), les déterminants psycho-sociaux et environnementaux de la santé figurent dans le dossier médical des patient-es, avant les diagnostics et déterminants médicaux.

C. Une vision de la santé tenant compte des limites planétaires

Le constat

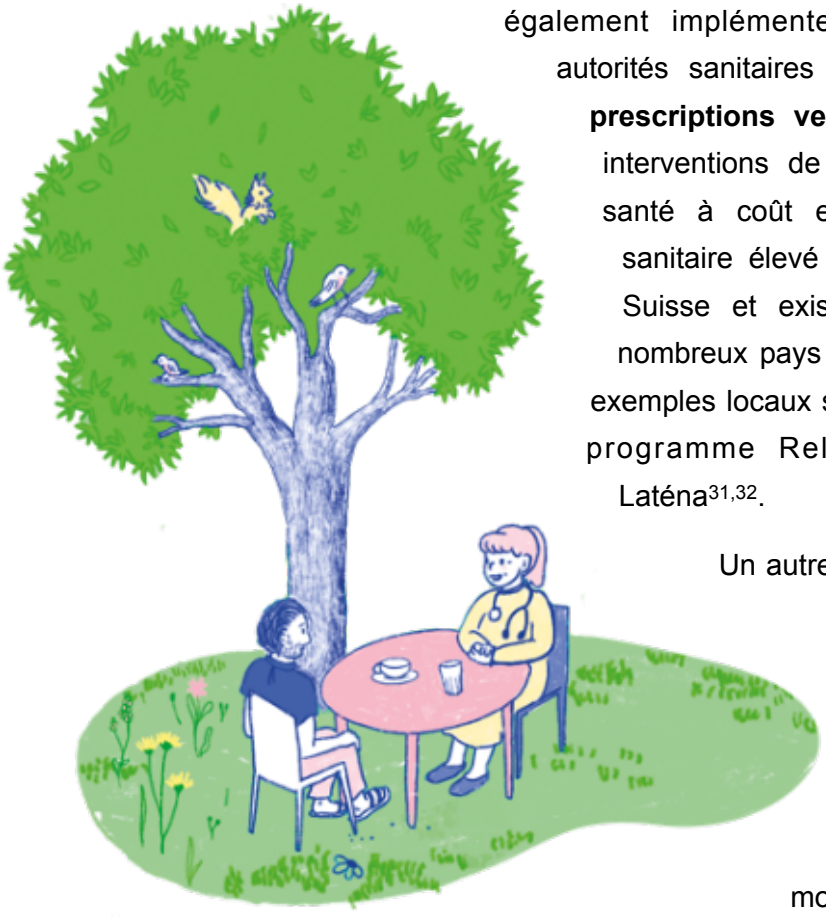
Du point de vue planétaire, **nous sommes entré-es dans l'anthropocène,** ère géologique caractérisée par des changements causés par les humains[5]. Les risques pour la santé de tous les mammifères, y compris notre espèce, dus à la chaleur, à la perte de biodiversité et à la pollution sont décrits comme le problème de santé publique principal actuellement et sont déjà responsables d'une extinction de masse des espèces vivant sur terre[4,6,27]. **Ces changements menacent nos systèmes de santé** (perturbation majeure des chaînes d'approvisionnement en matériel et en énergie, évolution des maladies émergentes notamment liées aux modifications des écosystèmes, catastrophes naturelles et sanitaires, migrations de masse et tensions civiles et géopolitiques)[2] et sont en partie imputables à ceux-ci ! En effet, la part de pollution due aux activités de santé est significative, notamment pour les gaz à effets de serre (GES), équivalent à celle de l'aviation civile, soit environ 7% de la production de GES en Suisse[28]. Par ailleurs, de nombreuses études montrent que les populations ne sont pas égales face aux pollutions, aux nuisances et aux risques environnementaux et que le bénéfice sanitaire des politiques de réduction des expositions tend à profiter aux classes favorisées[27].

Il est évident que la Suisse peut s'améliorer en termes d'utilisation de ressources dans le domaine de la santé, tout en conservant un accès et une qualité des soins égaux[29]. Un des principaux axes de changement pour y parvenir est le développement de la médecine de premier recours et l'amélioration de son accessibilité.

Nos propositions

De notre point de vue, ce constat ne peut absolument pas être négligé dans la réalisation de notre projet de maison de santé communautaire. Un modèle de soins durable, minimisant l'impact sur notre environnement nous paraît aussi évident que nécessaire.

Pour cela, nous souhaitons tout d'abord **diminuer la prescription des médicaments,** source d'émission de gaz à effet de serre importante au sein du système de santé (fabrication, transport, distribution, gestion des déchets)[30]. Aussi, afin de réduire le gaspillage, il apparaît pertinent de redistribuer les médicaments inutilisés aux personnes qui en ont besoin et de limiter au maximum l'utilisation de produits à usage unique. Par ailleurs, nous souhaitons promouvoir la **phytothérapie non pharmaceutique,** en y formant certain-es soignant-es, et en proposant aux soigné-es des ateliers sur cette thématique. Idéalement, nous utiliserions des plantes aromatiques présentes dans le jardin de la maison de santé communautaire et dans la région. Au carrefour des aspects communautaires et santé planétaire, nous souhaitons également implémenter et co-développer avec les autorités sanitaires et politiques des pratiques de **prescriptions vertes et sociales**. Ce sont des interventions de prévention et promotion de la santé à coût environnemental bas et impact sanitaire élevé qui commencent à émerger en Suisse et existent de longue date dans de nombreux pays anglo-saxons en particulier. Des exemples locaux sont la prescription muséale et le programme Reliâge dans la commune de Laténa[31,32].



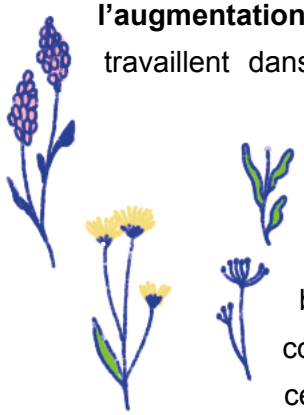
Un autre axe d'action pour un modèle de soins durable est **la mobilité**, autre source importante de gaz à effet de serre. En tant que professionnel-les de la santé, il nous paraît essentiel d'encourager la mobilité douce auprès des patient-es mais également dans nos routines respectives. Pour cela, nous cherchons un lieu accessible par mobilité douce, et projetons d'organiser des sorties hebdomadaires de marche à proximité de nos locaux, et de mettre à disposition des vélos ou ateliers de réparation, comme cela se fait dans une maison de santé (« Château en Santé ») à Marseille.

Nous imaginons finalement des conditions favorisant la découverte du **lien avec le vivant non-humain**, en termes de bienfaits pour la santé. Certains exemples de cette démarche sont la recherche d'un lieu végétalisé, un jardin potager et de plantes médicinales, permettant de proposer aux patient-es des ateliers de jardinage thérapeutique, et un partenariat avec une coopérative de maraîchage effectuant déjà depuis quelques années du maraîchage social[2,33]. Notre lieu devra avoir un système énergétique qui produit plus qu'il n'en consomme (panneaux solaires par exemple). Enfin, dans le cadre d'activités de groupe, nous souhaitons aborder la question de la durabilité sous l'angle de la santé collective.

D. Une gouvernance horizontale, équitable et consciente des rapports de pouvoir

Le constat

L'état de santé du personnel travaillant dans le système de santé en Suisse est préoccupant. Les causes sont les conditions de travail exigeantes, mais également une **crise de ressources en personnel compétent**, et une **crise de sens**[34–36]**.** En témoigne **l'augmentation des burn-out** et de l'épuisement compassionnel. Les personnes qui travaillent dans la santé subissent une pression considérable, dans les hôpitaux en particulier mais en milieu ambulatoire également. Le système auquel elles font face est gouverné par l'argent et les intérêts industriels, et néglige la santé des patient-es (au sens de l'accompagnement global vers un bien-être et un bien-vivre) au profit de la longévité, du traitement de l'équilibre budgétaire, de la facturation et du flux-patient-e optimisés[7,8]. Or, la contribution de notre système de soins à la santé de la population avec toutes ces ressources n'est que de l'ordre de 10-15 %[9,10].



Nos propositions

En adoptant une **approche intégrée et centrée sur la communauté**, une maison de santé peut améliorer les conditions de travail et de santé du personnel soignant.

Premièrement, travailler en **équipe pluridisciplinaire** permet une répartition des tâches, une collaboration interprofessionnelle visant à se soutenir mutuellement, réduire le stress et l'isolement professionnel, parfois ressentis dans les environnements de travail « traditionnels ». En (re)mettant le ou la patient-e au centre du soin, dans une approche communautaire, il semble plus facile pour les professionnel-les de santé de développer un sentiment positif quant à leur environnement de travail et une satisfaction du travail réalisé. À titre d'exemple, la maison de santé de Meinier (Canton de Genève), qui utilise une approche similaire, révèle un taux d'absentéisme quasiment nul au sein du personnel soignant[37].

Nous travaillons avec une **gouvernance dite partagée,** à laquelle nous nous sommes formé-es en 2023. Dans cette méthode de gouvernance, les décisions et les responsabilités sont partagées selon des rôles définis, qui ne dépendent pas du statut professionnel, de l'ancienneté ni du pouvoir financier (hiérarchisé) de chacun-e (comme c'est fréquemment le cas dans les institutions de soins). Ainsi, toutes les personnes travaillant dans la maison de santé peuvent participer aux décisions, en fonction de l'autorité qui leur est distribuée (rôle). Cette méthode favorise un sentiment d'appartenance, de confiance, d'autonomie et renforce l'engagement au travail. Les décisions se prennent ainsi à partir des connaissances et de l'expérience collective, souvent plus rapidement et de manière plus adaptées aux changements internes et externes constants, car elles sont moins centralisées, bureaucratisées et hiérarchisées[38]. Ce type de gouvernance a d'ailleurs été testé dans la maison de la santé du Haut-Lac en Valais. Ainsi, mettre en place une gouvernance partagée crée un environnement de travail inclusif, efficace et résilient, qui est bénéfique pour les soignant-es et les soigné-es.

Finalement, il nous paraît essentiel d'**aborder la question des rapports de pouvoir,** entre employé-es mais également avec les soigné-es, afin de réfléchir à des façons de les minimiser ou éviter. Un exemple en ce sens peut être une égalité salariale entre les différent-es professionnel-les.

E. Un projet économiquement sobre et responsable

Le constat

En Occident, les systèmes de soins font face à une **crise économique** qui semble insurmontable avec les modes de fonctionnement et de financement actuels. Indépendamment des problèmes déjà décrits ci-dessus en termes de limites planétaires, de ressources humaines et matérielles, cette situation risque de mettre en péril la capacité du système de santé à remplir ses missions et pourrait aboutir à un accroissement des inégalités de traitement.

La Suisse a **l'un des systèmes de santé les plus coûteux au monde**[7,29], principalement en raison de la nature privée et concurrentielle de son secteur des soins de santé, qui apparaît aujourd'hui comme « un ensemble de dispositifs de surveillance et de maîtrise des coûts régit selon les règles inspirées de l'économie de marché »[26]. Comme décrit plus haut, l'accès aux soins primaires se fait de plus en plus aux urgences par manque d'accès à un-e médecin traitant-e et par commodité, et cela bien que le coût d'une consultation aux urgences est plus élevé[19–21]. Les coûts élevés peuvent limiter l'accès aux soins pour certaines populations, notamment les personnes à faible revenu ayant choisi (naturellement) une franchise élevée ou sans assurance complémentaire adéquate. Le modèle financier

actuel arrive donc à ses limites[7,8]. Il devient urgent de développer une médecine de premier recours plus accessible et des démarches de financement alternatives[8].

Nos propositions

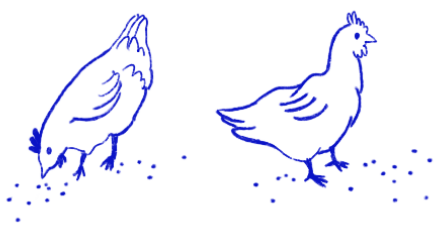
Nous sommes persuadés qu'il existe divers moyens de réduire les coûts de la santé tels que favoriser la prévention et la promotion de la santé, centraliser les soins, régulariser les suivis par une équipe pluridisciplinaire, faciliter l'accès à la médecine de premier recours ainsi qu'éduquer les patients à l'autonomisation.

Nous savons que **prévenir et promouvoir la santé** permet de réduire les maladies chroniques, et en conséquence réduire les consultations médicales, les traitements onéreux et le nombre d'hospitalisation. Globalement, cela contribue à réduire les coûts de la santé. Un changement de culture par rapport à la santé permettant un mode de vie plus sain favoriserait très certainement une amélioration très conséquente de la santé de la population dans son ensemble, diminuant ainsi les coûts des soins.

Dans une maison de santé, **les prises en charges sont centralisées** (plusieurs spécialités médicales et diverses professions paramédicales et sociales au même endroit), s'avérant ainsi plus efficaces et moins coûteuses, en ce sens qu'elles optimisent les ressources disponibles. La prise en charge de chacun-e est ainsi coordonnée et intégrée. En fournissant **un suivi régulier par différent-es professionnel-les** et une gestion proactive des maladies chroniques, y compris à domicile avec une équipe dite « mobile », les maisons de santé peuvent prévenir des complications potentiellement graves qui nécessiteraient une hospitalisation, en détectant des problèmes de santé avant qu'ils ne s'aggravent. À Genève, les maisons de santé existantes (Lancy et Meinier) ont mentionné une diminution du nombre d'hospitalisation permettant d'économiser 15'000.- par an et par patient-e[37].

Comme mentionné précédemment, **faciliter l'accès aux soins de santé primaires** réduit la pression sur les services d'urgence et réduit les coûts. Finalement, soutenir et renforcer les compétences des **patient-es dans leur santé et les encourager à l'autonomisation** diminue les complications et les besoins en soins médicaux complexes et coûteux.

Finalement, nous souhaitons si possible à terme utiliser un **financement par capitation**, qui génère le versement régulier d'un montant par patient-e plutôt que par acte réalisé. Ce système incite à favoriser la prévention et la promotion de la santé ainsi qu'à sensibiliser chacun-e à l'importance d'une gestion pro-active de sa santé. Aussi, ce système de financement simplifie les processus administratifs de facturation et remboursement des services de santé[8]. Il sera présenté plus en détail au point 5 de ce dossier.



F. Une démarche pionnière et réflexive

Le constat

La qualité dans les soins est bien développée en Suisse. Il existe également des systèmes de santé dans lesquels les incitatifs à respecter l'évidence scientifique et diminuer le nombre d'erreur et de soins délétères pour les patient-es sont encore plus profondément ancrés et soutenu par la gouvernance, au Royaume-Uni dans la NHS par exemple. Toutefois la qualité au sens de l'efficience pousse parfois à la construction de systèmes de plus en plus fragiles comme les hôpitaux par exemple. « Quand elle est transitoire, la performance est bénéfique pour le patient. En continu, elle conduit à des soins négligés, du désengagement, du burn-out et, dans une absurdité très kafkaïenne, elle fragilise la survie, financière et humaine, de l'hôpital »[39]. Le dogme technologique et néo-libéral pousse à optimiser les systèmes pour gagner du capital (ou moins en perdre), mais nous cherchons ici une qualité de soins qui s'accorde au mieux aux besoins des soigné-es premièrement, ainsi qu'à ceux des soignant-es et également à ceux de leur environnement.

Nos propositions

Nous sommes conscient-es qu'il s'agit une démarche pionnière, et c'est fondamental pour nous de la considérer comme tel, afin que l'aspect novateur de vienne pas perturber la qualité des soins, mais également que nous puissions évaluer l'impact de notre fonctionnement.

Le projet sera donc accompagné dès sa construction par une équipe de scientifiques du domaine médical mais également de l'anthropologie médicale, afin d'étudier non seulement les impacts chiffrables (dépenses de santé, valeurs physiologiques) mais également le bien-être et la santé perçues, la satisfaction des personnes suivies dans notre centre, ainsi que la qualité de travail, absentéisme et satisfaction des employé-es. Nous interrogerons également dans la démarche les personnes les plus concernées : les soigné-es, en incluant la communauté et/ou un-e ou plusieurs patient-es partenaires afin de chercher ensemble la direction la plus appropriée à viser avec elles.

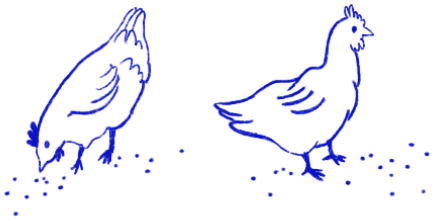
L'institution dont l'équipe suivra notre travail sera très vraisemblablement Unisanté à Lausanne qui est une référence suisse dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé, la médecine de premier recours et la santé planétaire (https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche), et avec qui nous avons déjà pris contact.

4. Le projet neuchâtelois plus concrètement

A. Historique

Notre projet de maison de santé a émergé durant l'été 2023 chez deux médecins travaillant aux urgences du RHNe. Le cheminement personnel et intellectuel de l'un d'eux a été partagé dans le cadre d'un Conviviabule (https://conviviabule.ch/podcast/, numéro 19) suscitant l'intérêt de nombreuses personnes. Dans un second temps, la création d'une invitation sous forme de podcast mettant l'accent sur l'imaginaire d'une maison de santé neuchâteloise a permis de constituer un noyau de neuf personnes prêtes à se mettre en mouvement. Les rêves de chacun-e ont été mis en commun et ont permis de constituer les fondements du collectif porteur de ce projet. Le collectif s'est réuni régulièrement, développant la raison d'être, les valeurs et les grandes lignes du projet, et s'est formé à la gouvernance partagée.

En parallèle, la Pre Johanna Sommer, médecin généraliste, professeure à l'Université de Genève, responsable du cursus en santé planétaire, et co-fondatrice de la maison de santé de Meinier, a été invitée à intervenir à Neuchâtel à la Haute École Arc Santé dans le cadre du Conviviabule N° 24.
Par la suite, un réseau de réflexion a été créé avec des acteurs-trices du Canton de Vaud, notamment Luc Mussard, Christina Akré et Nicolas Senn d'Unisanté, mais également deux autres collectifs de professionnel-les de santé avec des projets très similaires, dans l'idée de coordonner les efforts de différents groupes dans la recherche, le développement et l'évaluation d'un nouveau modèle Suisse. Des visites des maisons de santé françaises mentionnées plus haut ont été des sources d'inspiration importantes.



B. L'équipe

L'équipe actuelle de professionnel-les de la santé et du social s'est constituée autour du projet et porte ses valeurs. Ce sont les membres fondateurs et fondatrices. Cette équipe est amenée à évoluer, particulièrement dans la phase de la construction du projet, pendant laquelle le lieu trouvé et le diagnostic communautaire pourront influencer les professions qui formeront l'équipe présente pour le démarrage de la phase active du projet.

Alexandre Gomes de Oliveira, psychologue et psychothérapeute formé en approche systémique et en psychotraumatologie, membre de l'équipe clinique et du comité de formation du Cerfasy. Engagé dans l'enseignement et la supervision du travail avec les familles depuis plusieurs années. Influencé par son expérience dans le milieu des soins palliatifs, sensible aux questions existentielles et spirituelles dans le vivre ensemble. Concerné depuis de nombreuses années par les incertitudes liées à l'urgence climatique et aux différentes crises, notamment celles que vit notre système de santé. Porté par l'envie de créer des modèles de soin plus vertueux, en remettant la dimension relationnelle et le lien au vivant au centre des pratiques. Souhaite davantage intégrer les questions de la fin de vie et de la mort dans les réflexions et la pratique des soins.

Christopher Richard, médecin interniste généraliste FMH et urgentiste FAI, fort intérêt pour la pédagogie en médecine (thèse avec l'UDREM, UNIGE), ainsi que pour la durabilité (co-fondateur de l'association Ecosanté Neuchâtel, du Cercle pour des Soins Durables au Réseau Hospitalier Neuchâtelois, du Réseau Romand pour des Soins Durables et de l'association Conviviabule). Influencé par le mouvement de la Transition et l'éco-psychologie profonde, son rêve est d'inspirer de jeunes professionnel-les de la santé à co-inventer une pratique durable (dans les dimensions planétaire et sociale) et soutenir la santé d'une population en les amenant également à réfléchir ensemble aux déterminants individuels et collectifs de leur santé.

Daniel Stern, psychologue et psychothérapeute, formé à l'approche systémique, à l'approche centrée compétences et en psychotraumatologie. Membre de l'équipe clinique et de formation depuis de nombreuses années au Cerfasy, actif depuis longtemps dans la politique professionnelle des psychologues en Suisse, notamment pour rendre accessibles au plus grand nombre des soins psychiques de qualité. S'embarquer dans ce projet représente une opportunité de faire converger ses anciens engagements avec des prises de conscience plus récentes portant sur la place de l'humain dans le vivant, sur la robustesse et

la coopération comme conditions pour nous adapter au monde tel que nous l'avons déréglé et sur le nécessaire engagement dans des projets utiles à l'échelle de la communauté.

Martine Perret, ostéopathe. Son quotidien s'appuie sur le toucher et la sensorialité, outils à la fois simples et riches, utilisés dans une vision globale pour soutenir l'intégration corps-esprit (sensorialité/corporalité, mental/cognition et émotions). Inspirée par « tout est mouvement », par la fluidité, par les convergences interculturelles tant entre professions qu'entre géographies, par les similitudes de fonctionnement entre corps humain et corps territorial, elle cherche à soutenir l'interaction de ces différentes dimensions dans l'individu ainsi qu'entre celui-ci et son environnement. Co-fondatrice de La coopérative d'en face (habitat) et membre de la Coopérative système B (épicerie), elle perçoit dans le mode coopératif un soutien à l'intelligence collective, à l'exploration, à l'émergence et à la réalisation de nouveaux modèles. Engagée dans ce projet avec ces mêmes principes d'échange, de mouvement, de simplicité, vers la création d'un lieu où se croisent et se rencontrent les chemins de santé.

Myriam Losson, infirmière en santé communautaire et en soins généraux. Son parcours est quelque peu atypique : avant de se tourner vers une carrière à taille humaine, sa formation initiale l'a plongée au cœur des nanotechnologies. C'est à la suite de diverses rencontres et aventures personnelles qu'elle a choisi sa formation d'infirmière en 2006. Elle aime profondément son métier, et est ravie de pouvoir l'exercer aujourd'hui sous ses multiples facettes. Au fil du temps, ses compétences techniques, relationnelles et éducatives se sont développées et enrichies grâce aux différents lieux de pratique et aux personnes rencontrées. Pour elle, la santé est un bien précieux qu'il faut défendre et rendre accessible à tous et toutes, sans distinction sociale, géographique ou de genre. Ce qui la nourrit et l'interpelle au quotidien, sont sa famille, les balades en pleine nature, les rencontres et toutes les formes d'expression artistique. Idéaliste, elle l'est, mais après tout, ça ne fait pas de mal.

Myriam Osswald, infirmière, diplômée en éducation thérapeutique, enrichie d'un parcours éclectique dans plusieurs pays européens avec un début de carrière dans les soins d'urgence poursuivi par une spécialisation dans la prise en charge des maladies chroniques et rares auprès d'enfants et d'adultes. Concernée plus particulièrement par la pédiatrie qui demande de l'imagination, de la persévérance et de la joie pour créer la relation avec l'enfant et sa famille sans les traumatiser. Au fil des années d'expérience et de formation, une intuition - devenue conviction - est celle de la nécessité de placer la personne soignée au centre, de lui laisser le pouvoir sur sa vie et sa santé et de l'accompagner dans le respect. Engagée dans ce projet d'équipe pour réaliser le rêve de proposer à la population neuchâteloise un lieu pour la santé où l'on prend soin du jardin intérieur et extérieur de chaque personne et du Vivant.

Nathalie Ljuslin, anthropologue et formatrice d'adultes spécialisée dans les questions de migration et de genre, avec une expérience de 25 ans dans le domaine de l'intégration et de l'interculturalité dans différents contextes : associatif, œuvres d'entraide, HES et administration publique (déléguée à l'intégration à la Ville de Neuchâtel). Elle a été responsable de l'association RECIF, où elle a supervisé pendant 12 ans une équipe d'une dizaine de personnes salariées, et de 200 bénévoles, stagiaires et personnes en insertion socio-professionnelle. Elle y a mis sur place des projets de santé communautaire. Elle a par ailleurs monté des projets dans le domaine de la santé et de la précarité pour l'EPER, tels que le Réseau Santé Migrations à Neuchâtel, qui est devenue la Maison de santé à La Chaux-de-Fonds ou les Permanences volantes, projet de promotion de la santé auprès des personnes sans autorisation de séjour à Genève. Elle a un très fort intérêt pour les questions de vivre-ensemble respectueux du vivant humain et non humain. Elle est co-fondatrice de La coopérative d'en face et de l'association Conviviabule. Elle espère apporter ses compétences dans le domaine de la gestion de projets et dans le social à ce projet.

Noémie Guggisberg, psychomotricienne et médecin assistante en médecine interne. Imprégnée d'une approche psycho-sociale en psychomotricité et biomédicale à l'hôpital, elle est intimement convaincue de l'importance de penser le soin et la santé autrement, notamment pour la nouvelle génération de soignant-es et particulièrement en médecine de premier recours. Autrement, c'est-à-dire de manière durable, communautaire, centrée sur le vivant. Elle s'investit ainsi dans le projet d'une maison de santé communautaire avec le rêve de pouvoir y travailler une fois sa formation de médecine interne générale terminée.

Vincent Amstutz, médecin interniste généraliste FMH installé dans un cabinet de groupe du canton, spécialisé en médecine manuelle, formé en phytothérapie et en mésothérapie. Fondateur de la consultation en médecine manuelle à Unisanté et formateur en thérapie des trigger point, il a comme objectif de rendre plus autonome les soignant-es comme les patient-es dans la prise en charge de certaines problématiques de santé. Avec une expérience à l'étranger et une formation en soins et management de santé dans les pays tropicaux, il s'intéresse aux questions de santé publique et aux différentes façons de pratiquer la médecine de premier recours. Il rêve de voir éclore ce projet novateur, grâce à l'intelligence collective, afin de permettre la transition intérieure et systémique nécessaire.

C. La Raison d'être, la charte de valeurs

« Prendre soin en lien, dans le respect du vivant »

La raison d'être, co-construite, guide notre démarche et nos stratégies.

La charte de valeurs :

- **Humanité :** nous souhaitons offrir un espace de confiance permettant une écoute authentique, bienveillante et respectueuse, au service de la dignité de chaque personne, en déconstruisant les rapports de pouvoir.
- **Convivialité :** nous bâtissons une maison chaleureuse, vivante, où les liens sont nourris par des lieux et des rituels de partage.
- **Reliance :** nous favorisons la création de liens entre toutes les personnes fréquentant la maison de santé, indépendamment de leur âge, rôle, croyance et système d'appartenance, ainsi qu'avec le reste du vivant, dans un but de respect et d'apprentissage.
- **Créativité :** nous faisons éclore de nouvelles manières de prendre soin et d'être ensemble. Nous encourageons de nouveaux imaginaires en rupture avec le système dominant.
- **Durabilité :** nous promouvons le respect du vivant humain et non-humain en ayant des pratiques empruntes de sobriété, simplicité, lenteur et robustesse.
- **Inclusivité :** nous défendons la diversité des prendre-soins et l'accessibilité à la santé pour tout le monde.
- **Spiritualité :** nous considérons la santé dans ses dimensions existentielles, observables et invisibles. Nous nous appuyons sur le sens que chaque personne donne à sa vie, sa mort et sa santé.
- **Curiosité :** nous cultivons un intérêt et une ouverture à soi, aux autres et au monde, en remettant en question nos représentations et nos pratiques.

D. Le lieu recherché

Afin de diminuer notre impact écologique et améliorer la qualité de vie nous cherchons un endroit proche du lieu de vie de l'équipe et accessible en transports publics. Du point de vue des locaux, nous souhaitons pouvoir accueillir une équipe multiprofessionelles incluant idéalement des infirmier/ères, un-e assistant-e social-e, 3 généralistes, 2-3 pédiatres, des psychothérapeutes, une ostéopathe, un-e psychomotricien-ne, un-e ergothérapeute, mais également des activités collectives, un espace dédié à l'accueil et une cafétéria. Nous cherchons un lieu avec un espace vert de taille suffisante pour un jardin potager / verger, et avec une efficacité énergétique certaine (avec ou sans travaux).

Critères :

- Géographique : zone du littoral entre Marin et Boudry
- Accessibilité : transports publics à moins de 200m, compatible avec mobilité réduite, places pour parc vélo et quelques places voitures
- Bâtiment : efficacité énergétique certaine (avec ou sans travaux), espace vert minimum de 1000m^2 environ
- Locaux :
    - Minimum 7-10 locaux pour soins individuels
    - Espace rencontre-accueil ouvert et petite pièce accueil fermée
    - 2 salles d'environ 50m^2 (modulables idéalement) pour groupes, physiothérapie, ergothérapie, psychomotricité et réunions
    - Cuisine
    - Toilettes et douche accessibles

5. Le financement

La maison de santé, à l'instar des « centres de santé communautaires » en France ou des « Maisons médicales » en Belgique, est à but non lucratif[11].

A. Financement de la mise en place du projet

L'ordre de grandeur des montants qui seront nécessaire pour la mise en place dépend beaucoup du lieu qui sera trouvé (petits travaux, rénovation ou bâtiment neuf). Mais de toute manière, et ce dès la mise en route du projet, nous souhaitons voir nos valeurs incarnées dans le montage financier. Les réflexions actuelles nous portent donc à prévoir une raison sociale de type coopérative. En effet ce modèle qui permet la participation de multiples partenaires aux fonds propres par des parts sociales permet non seulement d'ancrer la démarche dans le tissu politique, social et sanitaire local par la présence de ces partenaires aux assemblées générales et aux décisions stratégiques (avec le principe un-e partenaire = une voix), mais également de contribuer à la robustesse financière des fonds propres avant un éventuel emprunt bancaire. Dans ce contexte, il serait possible à des partenaires d'horizons multiples de contribuer : privés (y compris les fondateur-trices et futures employé-es de centre), la Commune en question, le Canton, des partenaires du réseau de santé ou associatif local.

Nous prévoyons également (plutôt en amont des travaux de construction ou rénovation) de faire appel à des fondations, des financements pour la recherche (FNS ou autres, cf point 3.F. ci-dessus) et des fonds pour les projets innovants en santé (Programme d'encouragement « Efficience dans le domaine des soins médicaux de base » de l'OFSP par exemple[40]).

De plus, il nous paraîtrait logique que cette coopérative ait un statut d'utilité publique, puisqu'elle sera sans but lucratif, ancrée dans la communauté, innovante voire pionnière en termes de fonctionnement et d'offre, mais surtout qu'elle répond, comme les coopératives de logement d'utilité publique le font pour l'habitat, à un besoin et un droit fondamental pour les humains, en l'occurrence celui de la santé.

B. Financement des prestations de santé individuelles

Dans l'idéal nous souhaiterions sortir du modèle de facturation à l'acte qui incite à l'utilisation de ressources. Un modèle basé sur la capitation partielle nous semble le plus adéquat parmi ceux existant dans le système de santé actuellement, mais ce n'est pas aisé dans le cadre de la LAMal. Nous avons considéré initialement la possibilité de demander une dérogation au DFI / OFSP pour un projet pilote en collaboration avec d'autres maisons de santé selon

l'article 59b de la LAMal, mais nous ne sommes pas convaincu-es que cela sera possible ni accepté compte-tenu des échecs pour des bien plus grands groupes en 2024 et d'une faible probabilité de réussite du point de vue légal[41].

Une des prestations que la LAMal ne permet pas de facturer est le temps de réunion interprofessionnel nécessaire pour la gestion optimisée des patient-es dit-es complexes. Dans ce domaine, nous proposons une solution utilisée dans le canton de Genève et dont la phase pilote s'est terminée fin 2024[42,43]. En effet, la Maison de santé De Lancy a développé avec la Direction Générale de la Santé genevoise un modèle de rémunération de cette prestation. Depuis 2020, des équipes de soins ont été constituées autour de chaque patient-es considéré-es comme complexes sur la base de critères prédéterminés. Un plan de soins partagé a été co-construit puis adapté au fil des mois. La structure a facturé au canton le temps de chaque professionnel-le impliqué-es dans les réunions interprofessionnel-les, si cette personne ne pouvait facturer par le TarMed. Le bilan est très positif pour les patient-es et leur familles ainsi que pour les professionnel-les impliqué-es. Le canton a donc accepté de passer pour le long terme à un modèle de forfait (ou capitation) par lequel le il verse environ 1300 CHF par patient-e complexe par année pour cette équipe interprofessionnelle. Il est estimé que cet investissement, qui permet de diminuer les jours d'hospitalisation et les consultations aux urgences, est hautement rentable compte-tenu du coût d'un seul jour d'hospitalisation pour ce type de patient-e, estimé à 3000 CHF environ. Nous espérons que nous pourrons convaincre les politiques du canton de Neuchâtel de la pertinence d'un tel investissement.

Nous co-organisons par ailleurs des rencontres avec des spécialistes de la question et d'autres groupes avec des projets similaires ainsi qu'un Forum romand avec Unisanté à l'automne 2025 pour discuter de ces questions. Le Dr Luc Mussard, également à Unisanté, travaille par exemple sur une thèse de doctorat sur les modèles financiers possibles pour les maisons de santé communautaires en Suisse. Cet ouvrage qui devrait aboutir en 2025 contribuera à créer un modèle, en particulier pour le mode de gestion financière interne.

Notre démarche se veut pragmatique toutefois, et du point de vue facturation, nous démarrerons donc avec le modèle qui sera le plus approprié mais également accessible à ce moment-là.

C. Financement des prestations sociales, communautaires et de groupe

Ces prestations telles que les ateliers participatifs de groupe / quartier, groupe de marche, maraîchage de santé et social dans des buts de prévention et promotion de la santé ainsi que le travail d'assistance sociale ne sont pas facturables aux assureurs maladie (encore que, cela deviendra possiblement la norme pour la prescription sociale ou de nature dans

quelques années à l'instar du projet dans le canton de Zürich[44]). Nous souhaitons aborder cette question avec les politiques afin d'obtenir des financements de l'État, comme c'est le cas dans des maisons de santé dans d'autres pays mais également à Genève, ou les prestations de prévention et promotion de la santé sont financées dans le cadre de projets correspondants au plan sanitaire cantonal, à hauteur de 10'000 CHF par projet[42].

6. L’échéancier

Printemps 2025

- Nous avons une stratégie de communication avec les partenaires politiques et privés
- Nous invitons les personnes intéressées à entendre la démarche le 2 avril à 18h

Été 2025

- Nous avons créé une raison sociale déposée et un compte en banque

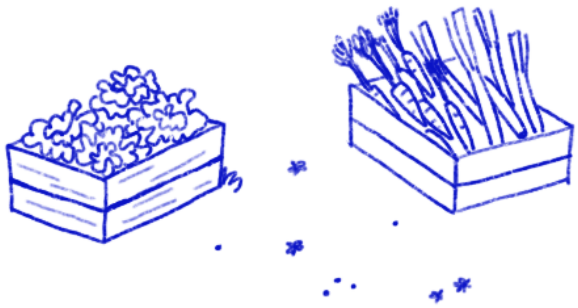
Hiver 2025-2026 :

- Nous avons trouvé un lieu
- Nous avons une idée du modèle financement que nous allons utiliser
- La démarche de suivi qualité / recherche a été discutée avec Unisanté, nous avons un projet de recherche décrit, nous débutons la recherche de fonds

Printemps 2026

- Nous débutons l’enquête pour le diagnostic communautaire
- Nous recrutons les professionnel-les qui travailleront dans notre lieu (en fonction des locaux trouvés et des besoins de la communauté)

Automne 2027 : Nous ouvrons notre maison de santé communautaire !



7. Bibliographie

1. Monod S. *Crise du système de santé: cantons et Confédération, il est encore temps !* Georg Editeur; 2023.
2. Hensher M, Zywert K. Can healthcare adapt to a world of tightening ecological constraints? Challenges on the road to a post-growth future. *BMJ*. Published online November 17, 2020:m4168. doi:10.1136/bmj.m4168
3. Radio Télévision Suisse. Une grave pénurie de personnel guette le secteur de la santé, alerte une étude. rts.ch. October 9, 2022. Accessed October 27, 2022. https://www.rts.ch/info/suisse/13449982-une-grave-penurie-de-personnel-guette-le-secteur-de-la-sante-alerte-une-etude.html
4. Calvin K, Dasgupta D, Krinner G, et al. *IPCC, 2023: Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, H. Lee and J. Romero (Eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland.* First. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC); 2023. doi:10.59327/IPCC/AR6-9789291691647
5. Steffen W, Rockström J, Richardson K, et al. Trajectories of the Earth System in the Anthropocene. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2018;115(33):8252-8259. doi:10.1073/pnas.1810141115
6. Atwoli L, Baqui AH, Benfield T, et al. Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health. *The Lancet*. 2021;398(10304):939-941. doi:10.1016/S0140-6736(21)01915-2
7. Balavoine M, Kiefer B. *Vers un autre système de santé*.; 2019. Accessed July 5, 2022. https://doi.emh.ch/bms.2019.18179
8. Bürgenmeier B, Stalder H. *Pour une réforme du système de santé Suisse - Priorité au patient*. RMS éditions : Médecine et Hygiène; 2023.
9. John JR, Jani H, Peters K, Agho K, Tannous WK. The Effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. *IJERPH*. 2020;17(18):6886. doi:10.3390/ijerph17186886
10. Cohidon C, Senn N. Nouveaux modèles de soins en médecine de famille. *Revue Médicale Suisse*. 2023;19(826):885-888. doi:10.53738/REVMED.2023.19.826.885
11. Fédération des Maisons Médicales. Fédération des maisons médicales. maisonmedicale.org. 2022. Accessed July 26, 2024. https://www.maisonmedicale.org/federation/
12. Jamart H, Van Durme T, Belche JL. Les maisons médicales en Belgique : la santé dans tous ses états. *Revue Médicale Suisse*. 2023;19(826):900-905. doi:10.53738/REVMED.2023.19.826.900
13. Richard C, Drulhe L. *La santé communautaire: une autre politique du soin*. 369 éditions; 2023.
14. Sommer J, Haller DM, Cohidon C, Senn N. Demain, une maison de santé ? *Revue Médicale Suisse*. 2023;19(826):883-883. doi:10.53738/REVMED.2023.19.826.883
15. Prieur M. Pénurie de personnel soignant dans le Grand Genève. *Revue Médicale Suisse*. 2016;12(520):1071-1071. doi:10.53738/REVMED.2016.12.520.1071
16. Pécoud A, Moret-Ducret N. Pénurie médicale : le Valais monte au front. *Revue Médicale Suisse*. 2015;11(458):218-219. doi:10.53738/REVMED.2015.11.458.0218
17. Sacco F, Bünzli D. Contre la pénurie de médecins, l'aide à la domiciliation. *Revue Médicale Suisse*. 2022;18(807):2352-2352. doi:10.53738/REVMED.2022.18.807.2352
18. Bernheim L, Balavoine JF. Pénurie de médecins en Suisse : mythe ou réalité ? *Revue Médicale Suisse*. 2016;12(504):280-281. doi:10.53738/REVMED.2016.12.504.0280
19. Henninger S, Spencer B, Pasche O. Deciding whether to consult the GP or an emergency department: A qualitative study of patient reasoning in Switzerland. *European Journal of General Practice*. 2019;25(3):136-142. doi:10.1080/13814788.2019.1634688
20. Watson MC, Ferguson J, Barton GR, et al. A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006261. doi:10.1136/bmjopen-2014-006261
21. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ*. 1996;312(7042):1340-1344. doi:10.1136/bmj.312.7042.1340
22. Urgent and Emergency Care Review Team, NHS. *High Quality Care for All, Now and for Future Generations: Transforming Urgent and Emergency Care Services in England - The Evidence Base from the Urgent and Emergency Care Review*.; 2013.
23. World Health Organization. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*. Published online 2008:119.
24. Baumann M. Programmes de prévention et synergies. *spectra - prévention et promotion de la santé - OFSP*. 2006;(58):1-3.
25. Nicola Cantoreggi. *Pondération Des Déterminants de La Santé En Suisse*. Groupe de recherche en environnement et santé (GRES) - Institut des sciences de l'environnement Université de Genève; 2010.
26. Bonvin E. L'institution du soin de demain sera intégrée à la communauté. In: *GESTION D'UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ PUBLIC ET PRIVÉ: UNE EXCEPTION SUISSE?* Slatkine. ; 2024:239-260.
27. Hans-O. Pörtner, et al. *IPCC, Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability - Summary for Policymakers, Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge University Press; 2022.
28. Health Care Without Harm, ARUP. Health Care's Climate Footprint - How the Health Sector Contributes to the global Climate Crisis and Opportunities for Action. Published online 2019.
29. Andrieu B, Marrauld L, Vidal O, Egnell M, Boyer L, Fond G. Health-care systems' resource footprints and their access and quality in 49 regions between 1995 and 2015: an input–output analysis. *The Lancet Planetary Health*. 2023;7(9):e747-e758. doi:10.1016/S2542-5196(23)00169-9
30. Mermillod B, Tornare R, Jochum B, Ray N, Flahault A. Estimating the Carbon Footprint of Healthcare in the Canton of Geneva and Reduction Scenarios for 2030 and 2040. *Int J Environ Res Public Health*. Published online 2024.
31. Ville de Neuchâtel. Promotion de la santé: une visite au musée comme traitement médical. Ville de Neuchâtel. February 6, 2025. Accessed February 15, 2025. https://www.neuchatelville.ch/medias/actualites/detail/promotion-de-la-sante-une-visite-au-musee-comme-traitement-medical
32. République et canton de Neuchâtel. Projet ReliÂges : prévenir l'isolement des aîné-e-s. ne.ch. September 25, 2020. Accessed February 15, 2025. https://www.ne.ch/medias/Pages/20200925_Reliages.aspx

33. Van Elsen T, Günther A, Pedroli B. The contribution of care farms to landscapes of the future: a challenge of multifunctional agriculture. In: Hassink J, Van Dijk M, eds. *FARMING FOR HEALTH*. Springer Netherlands; 2006:91-100. doi:10.1007/1-4020-4541-7_7
34. Zumbrunn B, Stalder O, Limacher A, et al. The well-being of Swiss general internal medicine residents. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20255. doi:10.4414/smw.2020.20255
35. Shanafelt TD. Physician Well-being 2.0: Where Are We and Where Are We Going? *Mayo Clinic Proceedings*. 2021;96(10):2682-2693. doi:10.1016/j.mayocp.2021.06.005
36. Logean E. Eric Bonvin: “Aujourd’hui, les hôpitaux font face à des injonctions paradoxales.” rts.ch/info. October 7, 2023. Accessed August 25, 2024. https://www.rts.ch/info/sciences-tech/medecine/14368768-eric-bonvin-aujourdhui-les-hopitaux-font-face-a-des-injonctions-paradoxales.html
37. Sommer J. Et si on créait un lieu de santé communautaire et durable ? - Conviviabule. Presented at: Conviviabule; October 24, 2023; Neuchâtel.
38. Laloux F, Appert E. *Reinventing Organizations: An Illustrated Invitation to Join the Conversation on next-Stage Organizations*. First Edition. Nelson Parker; 2016.
39. Hamant O. *Antidote au culte de la performance*. Gallimard; 2023.
40. OFSP. Programme d’encouragement « Efficience dans le domaine des soins médicaux de base » - Office Fédéral de la Santé Publique. www.bag.admin.ch. August 15, 2024. Accessed September 23, 2024. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative/foerderprogramm-effizienz-in-der-medizinischen-grundversorgung.html
41. Dupont AS. Financer la santé de l’avenir : innovations et projets pilotes en Suisse. Presented at: 30e Journée de droit de la santé Avenir des soins de santé : défis et changements à l’ère de la durabilité; September 12, 2024; Institut du droit de la santé, Université de Neuchâtel, Neuchâtel.
42. Perone N. Présentation du modèle financier de la maison de santé de Lancy (GE). Published online January 6, 2025.
43. Perone N, Gillabert C, Van Leemput MC, et al. Projet pilote de maison de santé à Genève. *Revue Médicale Suisse*. 2023;19(826):906-910. doi:10.53738/REVMED.2023.19.826.906
44. Gesundheits- und Umweltdepartement. Mit «Sozialen Rezepten» Genesung und Gesundheit fördern. Stadt Zürich - Gesundheits- und Umweltdepartement. April 17, 2024. Accessed September 29, 2024. https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/departement/medien/medienmitteilungen/2024/04/mit-sozialen-rezepten-genesung-und-gesundheit-foerdern.html