

Playbook : Playbook Soins hybrides en Suisse

Ce Playbook s'adresse aux organisations de santé, aux assureurs, aux prestataires de soins et aux décideur·euse·s du système de santé.

Il sert de **manuel pour les solutions de soins hybrides** : il explique le *pourquoi* et le *quoi*, présente des cas d'usage concrets et propose une feuille de route pragmatique – de l'idée à la mise en œuvre.

Playbook : Solutions hybrides de prise en charge en Suisse	1
1. Pourquoi les solutions hybrides de prise en charge sont importantes	2
2. Qu'entend-on par «solutions hybrides de prise en charge»?	3
3. Quelle est la raison d'être de ce playbook?	5
4. Use Cases	6
5. Mise en œuvre par phases	27
6. Éléments de la mise en œuvre	30
7. Défis	40
8. Mentions légales	43

Année de publication : 2025

Éditeur : [Forum suisse des soins intégrés \(fmc\)](#) et [santeneXt](#)

1. Pourquoi les solutions hybrides de prise en charge sont importantes

Les solutions hybrides de prise en charge combinent les avantages des technologies numériques avec l'accompagnement personnel indispensable des professionnels de la santé. Elles aident à utiliser les ressources avec une plus grande efficacité, à améliorer la qualité de la prise en charge et à rendre le système de santé apte à affronter l'avenir. En ce sens, elles constituent des solutions importantes pour le système de santé de demain.

Atouts

Les solutions hybrides de prise en charge peuvent combiner un certain nombre d'atouts:

Pour les patient·e·s:

- accès rapide à un suivi médical, indépendamment du lieu et de l'heure;
- participation active aux processus de traitement grâce à des applications numériques à bas seuil;
- amélioration de l'adhésion thérapeutique grâce à l'augmentation de l'autonomie de la patiente ou du patient ainsi que de la satisfaction.

Pour les fournisseurs de prestations et le système de santé:

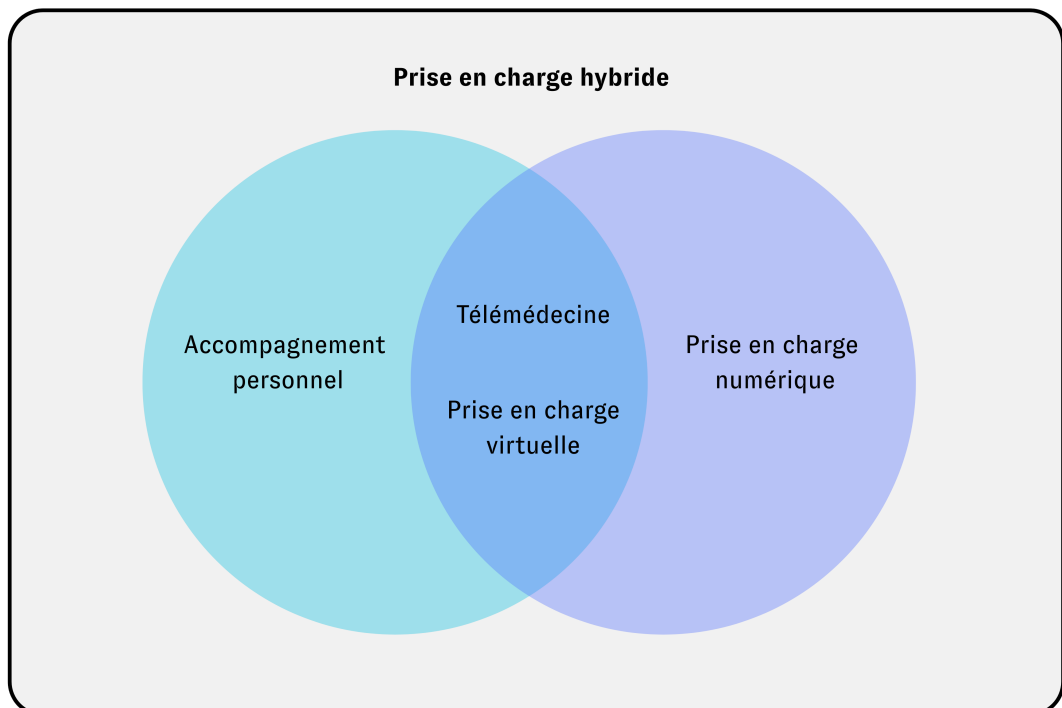
- collecte et analyse en continu de données sur la santé fournissant une base solide pour des décisions fondées sur des données probantes;
- extensibilité et innovation grâce à des processus d'optimisation et d'extension rapides;
- coordination de la prise en charge entre plusieurs secteurs – de la pharmacie au cabinet de la ou du médecin de famille et au suivi à domicile;
- amélioration de la collaboration et de la communication entre toutes les parties prenantes grâce aux interfaces numériques;
- allègement de la charge des structures hospitalières, p. ex. grâce à un suivi professionnel à domicile plutôt qu'à l'hôpital;
- atténuation de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée grâce à l'automatisation de certains processus ou à l'intelligence artificielle.

2. Qu'entend-on par «solutions hybrides de prise en charge»?

Définitions On désigne par le terme de **solutions hybrides de prise en charge** les modèles de prise en charge qui combinent et intègrent des éléments numériques et physiques afin de centrer davantage la prise en charge sur la patiente ou le patient et de la rendre plus efficiente et plus flexible. Ces solutions passent par des processus de traitement dématérialisés qui s'inscrivent dans un modèle de prise en charge global. Les technologies numériques viennent compléter le contact humain direct et les prestations de services physiques.

Les solutions hybrides de prise en charge intègrent d'autres formes de prise en charge, de nature numérique, en particulier les suivantes:

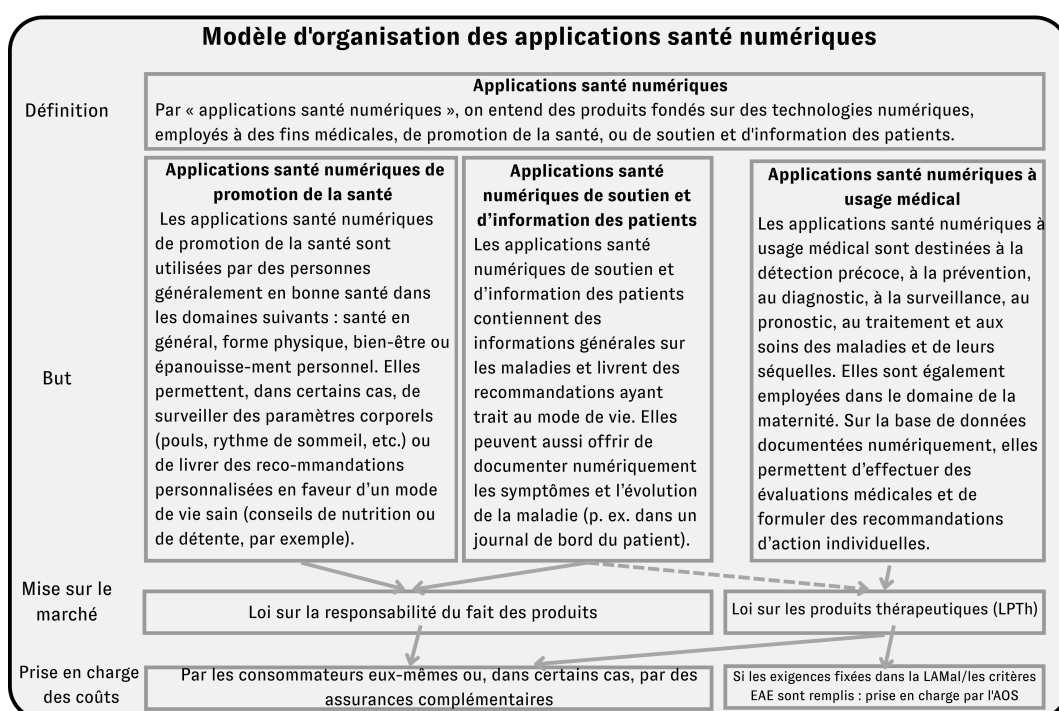
- Télémédecine: diagnostic et consultation avec utilisation de technologies de communication audiovisuelles malgré la distance physique
- Prise en charge virtuelle: interaction entre les patient·e·s et / ou leurs proches, à distance, au moyen de technologies de communication ou d'information, dans le but de faciliter ou d'optimiser la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des patient·e·s
- Prise en charge numérique: applications numériques (ASN, pour «applications de santé numériques»), qui assistent les professionnel·le·s et les patient·e·s dans le contexte de la prise en charge, p. ex. les algorithmes et l'intelligence artificielle pour l'aide à la décision, le diagnostic ou la planification des ressources, mais aussi les applis de santé, les programmes thérapeutiques numériques ou les plateformes de gestion autonome et de prévention.



Éléments Les éléments centraux qui interagissent dans les solutions hybrides de prise en charge sont les suivants:

- Infrastructures numériques (données, logiciels / applications, capteurs, plateforme)
- Contact alterné personnel et numérique entre la patiente ou le patient et les fournisseurs de soins de santé (y compris entre différents secteurs)
- Participation des patient·e·s (gestion autonome, communication)
- Restructuration des processus, des rôles et des tâches

Parmi les éléments numériques de ces solutions figurent également ce que l'on appelle les applications numériques de santé (ANS). En général, il s'agit d'ANS à finalité médicale telles que les a définies [l'Office fédéral de la santé publique](#) (cf. modèle d'organisation ci-dessous): «Les ANS à usage médical sont destinées à la détection précoce, à la prévention, au diagnostic, à la surveillance, au pronostic, au traitement ou au soulagement des symptômes et aux soins des maladies et de leurs séquelles. Elles sont également employées dans le domaine de la maternité».



Objectifs Les solutions hybrides de prise en charge permettent de trouver une solution durable à la demande croissante de soins de santé en combinant la prise en charge physique avec les avantages des technologies numériques. Elles améliorent la joignabilité, l'efficacité et la qualité de la prise en charge, tout en continuant à garantir un accompagnement personnalisé.

Définition Ne font donc pas partie des solutions hybrides de prise en charge:

- les prestations de télémédecine pure et simple;
- les processus de traitement purement stationnaires ou ambulatoires sans composants numériques;
- ANS sans implication médicale ni physique;
- ordonnance électronique pure et simple sans prise en charge en aval.

3. Quelle est la raison d'être de ce playbook?

De premières solutions	Il existe en Suisse différentes initiatives qui développent et établissent des solutions hybrides de prise en charge. En font par exemple partie les concepts Hospital@Home, qui visent à raccourcir les hospitalisations, les approches de télésurveillance ou la collaboration intersectorielle entre pharmacie et médecin. Certaines de ces initiatives ont d'ores et déjà été réalisées, d'autres en sont encore au stade de la conception.
Un guide	Ce playbook sert de guide pratique pour transmettre de manière compréhensible les stratégies, méthodes et approches de solutions hybrides de prise en charge. Il aide à développer de nouvelles solutions et à prendre des décisions éclairées. Pour ce faire, le playbook s'appuie sur des expériences faites en Suisse et dans d'autres pays.
Groupes cibles	Le playbook s'adresse aux professionnels désireux de développer, mettre en œuvre, financer ou promouvoir des solutions hybrides de prise en charge. Il se propose également d'aider l'administration et la politique de la santé à créer de bonnes conditions-cadres pour l'avenir de la prise en charge sanitaire hybride.
Sommaire	Voici ce que l'on trouve dans le playbook <ul style="list-style-type: none">– Une source d'inspiration: des cas d'utilisation suisses et internationaux qui illustrent la manière dont certaines solutions hybrides de prise en charge sont mises en œuvre aujourd'hui.– Un plan: les phases de développement nécessaires à la mise en place et à l'exploitation d'une solution de cette nature et les tâches à accomplir durant ces phases.– Modules de la mise en œuvre: tous les éléments à prendre en compte dans la conception d'une solution hybride de prise en charge.– Conditions-cadres: défis rencontrés dans la pratique.

4. Use Cases

Les cas d'usage montrent comment les solutions de soins hybrides sont déjà mises en œuvre – en Suisse et à l'international. Chaque cas décrit l'objectif et la valeur ajoutée, les acteur·rice·s impliqué·e·s, le déroulement, l'infrastructure numérique, la rémunération, les défis et les indicateurs de succès. Ces exemples servent de source d'inspiration ou de modèle pour une propre mise en œuvre.

Suisse

- [Benecura – Précoce des exacerbations](#)
- [Benecura – Précoce des décompensations](#)
- [BookaDoc](#)
- [HelloBetter](#)
- [SWICA Benecura](#)
- [TytoHome](#)
- [Telemedizinische Notfallpraxis MEAS](#)

International

- [Omada Prädiabetes Programm \(USA\)](#)
- [Diabeter \(NL\)](#)
- [NHS Digital First Initiative \(UK\)](#)

Benecura BPCO (classe MDR IIa) – ePROMs avec télésurveillance pour la détection précoce des exacerbations

<p>Objectif et valeur ajoutée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) touche environ 400 000 personnes en Suisse. La BPCO représente une charge considérable pour le système de santé, car cette maladie chronique s'accompagne d'une évolution grave et d'aggravations aiguës (exacerbations), et donc d'hospitalisations et de coûts élevés. - Objectifs atteints : détection précoce et traitement rapide des exacerbations aiguës, c'est-à-dire des aggravations aiguës de l'état de santé, grâce à un suivi quotidien à distance des symptômes. Cela permet de réduire le nombre de consultations, d'admissions aux urgences et de jours d'hospitalisation. Dans l'ensemble, cela améliore le bien-être des patients et soulage le système de santé. - Avantages pour les patients : <ul style="list-style-type: none"> o Ralentissement prouvé de la progression de la BPCO. o Éviter les consultations inutiles chez le médecin. o Intervention précoce en cas d'exacerbations aiguës et réduction des séjours à l'hôpital. o Plus grand sentiment de sécurité grâce à une surveillance médicale à distance étroite. - Avantages pour les prestataires : <ul style="list-style-type: none"> o Traitement plus efficace des patients. o Éviter les rendez-vous inutiles. o Possibilité de traiter un plus grand nombre de patients. o Amélioration de la productivité grâce à la réduction du nombre d'absences. o Allègement de la charge des hôpitaux grâce à la réduction du nombre de lits occupés par des patients atteints de BPCO. o La base de données permet une meilleure communication avec les patients. - Avantages pour les assureurs : <ul style="list-style-type: none"> o La réduction des consultations, des visites aux urgences et des jours d'hospitalisation diminue les coûts de santé. o Ralentissement avéré de la progression de la BPCO.
--	---

<p>Parties prenantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patient·e·s avec une BPCO diagnostiquée et symptomatique - Médecin·e·s et professionnel·le·s de santé - AD Swiss Net AG en tant que fournisseur de la plateforme numérique - Assurances-maladie dans le cadre d'un remboursement tarifaire
<p>Déroulement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : Diagnostic de la BPCO par un·e médecin lors d'un examen. - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> o Benecura est prescrit·e par un·e médecin. o Convention thérapeutique individuelle et suivi régulier des symptômes (ePROMs). - Résultat : Les symptômes de la patient·e sont surveillés de manière étroite, et une intervention a lieu à temps en cas de dégradation imminente de l'état de santé.
<p>Infrastructure technique et numérique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Application mobile pour patient·e ainsi qu'une plateforme web centralisée, basée sur le cloud, destinée aux professionnel·le·s de santé
<p>Rémunération</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le monitoring des patient·e·s chroniques est déjà aujourd'hui reconnu par l'OFSP comme prestation médicale obligatoire dans le cadre de l'AOS. Pour la télésurveillance numérique, des tarifs doivent encore être créés.

Défis	- Rémunération, protection des données, acceptation de la part des médecin·e·s et des patient·e·s (transformation numérique)
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Preuves d'efficacité, d'adéquation et d'économicité - Ralentissement de la progression de la maladie selon le score CAT - Réduction du nombre de jours d'hospitalisation - Réduction du nombre de consultations - Sentiment accru de sécurité pour les patient·e·s - Amélioration de la communication entre médecin·e·s et patient·e·s
Informations	www.benecura.swiss

Contribution de:
Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG

Benecura ICC (classe MDR IIa) – ePROMs avec télésurveillance pour la détection précoce des décompensations	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) touche plus de 200 000 personnes en Suisse. L'ICC représente une charge considérable pour le système de santé, car cette maladie chronique s'accompagne de formes sévères et de décompensations (aggravations aiguës), et donc de fréquentes hospitalisations, d'un taux de mortalité élevé (50 % en 5 ans) et de coûts importants. - Objectifs atteints : détection précoce et traitement rapide des décompensations aiguës, c'est-à-dire d'une baisse soudaine et massive de la performance cardiaque, grâce à un suivi quotidien à distance des symptômes et des paramètres vitaux tels que le poids, la tension artérielle et le pouls. Cela permet de réduire le nombre de consultations, d'admissions aux urgences et de jours d'hospitalisation. Les études montrent également une réduction de la mortalité. Dans l'ensemble, cela améliore le bien-être des patient·e·s et allège le système de santé. - Avantages pour les patient·e·s : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réduction avérée du risque de mortalité. ○ Éviter des consultations inutiles chez le·la médecin. ○ Intervention précoce en cas de décompensations aiguës et réduction des séjours hospitaliers. ○ Sentiment accru de sécurité grâce à une télésurveillance médicale étroite. - Avantages pour les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Traitement plus efficace des patient·e·s. ○ Éviter des consultations inutiles. ○ Possibilité de traiter un plus grand nombre de patient·e·s. ○ Productivité accrue grâce à la diminution des absences (« no-shows »). ○ Allègement de la charge des hôpitaux grâce à la réduction du nombre de lits occupés par des patient·e·s souffrant d'ICC. ○ La base de données permet une meilleure communication avec les patient·e·s. - Avantages pour les assureurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ La réduction des consultations, des visites aux urgences et des jours d'hospitalisation diminue les coûts de santé.
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Patient·e·s avec insuffisance cardiaque chronique (ICC) diagnostiquée - Médecin·e·s et professionnel·le·s de santé - AD Swiss Net AG comme fournisseur de la plateforme numérique - Assureurs-maladie dans le cadre d'un remboursement tarifaire
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : diagnostic d'une ICC établi par hasard lors d'un examen médical ou à la suite d'une urgence (p. ex. infarctus). - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Benecura est prescrit par un·e médecin. ○ Accord thérapeutique individuel et suivi régulier des symptômes (ePROMs) et des paramètres vitaux. - Résultat : l'état de santé du·de la patient·e est surveillé de près et, en cas de dégradation imminente, une intervention a lieu en temps utile.
Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Application mobile pour patient·e ainsi qu'une plateforme web centralisée, basée sur le cloud, destinée aux professionnel·le·s de santé

Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Le programme de télémédecine pour les patient·e·s souffrant d'insuffisance cardiaque chronique (stade NYHA II ou III, fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 %, hospitalisation pour décompensation cardiaque au cours des 12 derniers mois) est depuis avril 2024 inscrit à l'annexe 1 de l'OPAS et donc remboursable ; la rémunération ambulatoire forfaitaire est actuellement en négociation à l'OAAT. - Le monitoring des patient·e·s chroniques est déjà aujourd'hui reconnu par l'OFSP comme prestation médicale obligatoire dans le cadre de l'AOS. Pour le soutien numérique au monitoring, des tarifs doivent encore être créés.
Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Rémunération, protection des données, acceptation de la part des médecin·e·s et des patient·e·s (transformation numérique)
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Preuves d'efficacité, d'adéquation et d'économicité - Réduction du risque de mortalité - Réduction du nombre de consultations - Réduction du nombre de jours d'hospitalisation - Sentiment accru de sécurité pour les patient·e·s - Amélioration de la communication entre médecin·e·s et patient·e·s
Informations	www.benecura.swiss

Contribution de:
Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG

Book a Doc	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : Avec « Book a Doc », les soins de base dispensés en pharmacie peuvent être complétés, en cas de besoin, par une téléconsultation médicale. L'initiative constitue un bon exemple de valeur ajoutée concrète pour les client·e·s, qui obtiennent directement en pharmacie, en plus de l'évaluation médicale, le cas échéant le médicament soumis à prescription nécessaire. Ce cas illustre comment les structures de prise en charge existantes peuvent être élargies efficacement afin de combler des lacunes dans l'offre de soins. - Objectifs atteints : <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmentation du nombre de demandes médicales pouvant être traitées directement en pharmacie ○ Réduction du temps d'attente pour un avis médical grâce à une téléconsultation immédiate (dans les 10 minutes) ○ Allègement des cabinets de médecine générale et des services d'urgence grâce au transfert de cas simples vers la pharmacie - Avantages pour les patient·e·s et les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès rapide et simple à un avis médical directement en pharmacie ○ Gain de temps et suppression de déplacements ou de temps d'attente supplémentaires dans les cabinets ou à l'hôpital ○ Les pharmaciens·ne·s jouent un rôle plus actif dans la prise en charge et renforcent leur position comme premier point de contact ○ Allègement du système de santé par une utilisation efficiente des ressources et structures existantes
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacies : premier point de contact pour les patient·e·s et réalisation de l'admission - Équipe médicale de Medgate : réalisation des téléconsultations et délivrance de documents médicaux (ordonnances, prescriptions, certificats d'incapacité de travail, etc.) - Assureurs-maladie : reconnaissance et facturation des prestations médicales dans le cadre des modèles d'assurance existants - Patient·e·s : utilisateur·trice·s du service avec accès direct à une prise en charge pharmaceutique et médicale combinée
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : le processus est lancé lorsqu'un·e patient·e avec une demande de santé se présente dans une pharmacie participante et que le·la pharmacien·ne décide qu'une évaluation ou un traitement médical est pertinent ou nécessaire (p. ex. prescription obligatoire, incapacité de travail, questions dermatologiques). - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le·la patient·e expose sa demande au·à la pharmacien·ne. ○ Le·la pharmacien·ne vérifie si une téléconsultation médicale est pertinente. ○ Si nécessaire, le·la pharmacien·ne réserve une téléconsultation via la plateforme « Book a Doc ». ○ Les données du·de la patient·e (y compris infos d'assurance, photos, remarques) sont transmises en ligne. ○ Un·e médecin de Medgate rappelle le·la patient·e dans un délai d'environ 10 minutes sur son téléphone mobile personnel. ○ La consultation a lieu par téléphone, avec éventuellement la transmission directe d'une e-ordonnance ou d'un certificat médical d'incapacité de travail.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le·la pharmacien·ne assure le suivi et délivre le cas échéant les médicaments. - Résultat : Le·la patient·e quitte la pharmacie entièrement pris·e en charge – avec un avis médical, les médicaments nécessaires ou un certificat d'incapacité de travail – sans démarches ou délais supplémentaires. L'offre de soins est efficiente, accessible et centrée sur le·la patient·e.
Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Plateforme de réservation en ligne pour la prise de rendez-vous rapide par l'équipe de pharmacie - Transmission numérique sécurisée des données patient, photos et notes à Medgate - Consultation téléphonique avec documentation structurée - Transmission numérique directe des ordonnances et envoi des documents médicaux au·à la patient·e
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Le·la patient·e paie CHF 9.– pour le service « Book a Doc » en pharmacie. Ce montant ne peut pas être remboursé par l'assurance de base. Certaines assurances-maladie prennent en charge ces frais dans leurs modèles AVM. - Pour la téléconsultation médicale, Medgate envoie directement une facture Tarmed à l'assurance-maladie du·de la patient·e.
Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître la notoriété de l'offre auprès des patient·e·s et des équipes de pharmacie - Surmonter les barrières d'acceptation des patient·e·s vis-à-vis de la téléconsultation en pharmacie - Intégrer les nouveaux processus dans le quotidien des pharmacies sans charge administrative supplémentaire
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Taux élevé de résolution des demandes directement en pharmacie sans consultation médicale supplémentaire - Retours positifs des patient·e·s et des équipes de pharmacie sur la simplicité et l'efficacité de l'offre - Réduction des délais d'attente pour un avis médical grâce à des rappels rapides (généralement en moins de 10 minutes) - Allègement des cabinets de médecine générale et des services d'urgence par le transfert des cas appropriés vers la pharmacie
Informations	<p>www.medgate.ch</p> <p>www.amavita.ch/consultation-discrete</p> <p>www.sunstore.ch/fr/cp/consultation-discrete</p> <p>www.coopvitality.ch/fr/cp/conseil-plus</p>

Contribution de:
Simone Kansy, Galenicare, Digital Health Manager

HelloBetter	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les programmes d'auto-assistance en ligne guidés permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques légers à modérés d'accéder à un traitement de leurs symptômes fondé sur des preuves et facilement accessible. Les programmes sont suivis de manière autonome et complétés par des retours individualisés d'un·e psychologue. ○ Les programmes suivent un manuel thérapeutique structuré et sont orientés vers le traitement (et non la prévention) des troubles psychiques. - Objectifs atteints : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'objectif est de permettre aux personnes concernées par des diagnostics tels que la dépression, le trouble panique, les troubles du sommeil ou de la douleur, le vaginisme (GPSPS) ou la consommation nocive d'alcool d'accéder à un traitement flexible et indépendant du lieu. ○ Les analyses de données en conditions réelles confirment une grande efficacité (taille d'effet $d \geq 0,8$) et un faible taux d'abandon ($\leq 20\%$). 60 % des participant·e·s sont sans symptômes à la fin du programme. - Avantages pour les patient·e·s : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès simple et rapide à un soutien psychothérapeutique ○ Possibilité de travailler sur les modules, d'accéder au soutien et de réaliser les exercices intégrés à tout moment et en tout lieu - Avantages pour les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Allègement pour les professionnel·le·s, en particulier les psychothérapeutes
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Patient·e·s souffrant de troubles psychiques légers à modérés - Médecin·e·s de premier recours et professionnel·le·s en psychothérapie (pour le diagnostic et l'orientation) - Psychologues de santé24 et WePractice (pour l'accompagnement et le feedback) - HelloBetter comme fournisseur des programmes - Assureurs-maladie comme partenaires financiers
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : diagnostic d'un trouble psychique par un·e professionnel·le de santé - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientation par un·e médecin de premier recours ou un·e psychothérapeute ; entrée directe en ligne également possible ○ Prise de contact par les psychologues accompagnant·e·s et réalisation d'un test en ligne pour évaluer l'adéquation et exclure une suicidabilité aiguë ○ Entretien d'introduction et inscription au programme ○ Réalisation des modules avec feedback individualisé (6 à 9 unités selon l'indication) ○ Entretien final facultatif - Monitoring : en cas d'aggravation des symptômes, réorientation vers le·la professionnel·le ayant orienté initialement

Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Les programmes HelloBetter reposent sur des ECR (RCTs) et montrent une efficacité comparable à la thérapie classique en face à face - L'accompagnement psychologique se fait par télépsychologie - Test en ligne via Psydix - Protection des données selon les prescriptions en vigueur
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - En Allemagne reconnu comme DiGA - En Suisse, remboursement partiel dans le cadre de la LCA : <ul style="list-style-type: none"> o KPT (Pulse) o CSS (myFlex, assurance standard) o SWICA via santé24 avec accès gratuit o Sanitas : certains programmes avec accompagnement direct asynchrone - Demande MiGeL pour remboursement par l'AOS déposée par santé24 et WePractice (décision en attente)
Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir un accès généralisé indépendamment du modèle d'assurance - Améliorer l'adhérence : actuellement 20 % des participant·e·s interrompent prématurément - Notoriété et acceptation auprès des professionnel·le·s prescripteur·trice·s
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - 60 % des participant·e·s sans symptômes après la fin du programme - 80 % terminent le programme avec succès - Haute évidence : taille d'effet ($d \geq 0,8$) - Forte satisfaction des utilisateur·trice·s quant à l'accompagnement et aux résultats
Informations	<p>Online-Selbsthilfe-Trainings mit santé24-Coach - SWICA www.wepractice.ch/hellobetter</p>

Contribution de:
Birgit Schmid, Leiterin Psychologie, santé24

SWICA Benecura	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : Les programmes d'auto-assistance en ligne guidés permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques légers à modérés d'accéder à un traitement de leurs symptômes fondé sur des preuves et facilement accessible. Les programmes sont suivis de manière autonome et complétés par des retours individualisés d'un·e psychologue. - Objectifs atteints : <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcement numérique des compétences en santé grâce à des services structurés et scientifiquement validés tels que SymptomCheck et PréventionCheck dans l'app SWICA Benecura ○ Connexion directe à santé24 pour les premières évaluations télé-médicales et, si possible, le diagnostic et le traitement ○ Amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge grâce à des recommandations d'action automatisées - Avantages pour les patient·e-s et les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Recommandations concernant le « Time to Treat » et le « Point of Care » sur la base d'une triage numérique structurée (analogue à l'approche de santé24) ○ Anamnèse structurée et documentée comme base pour la prise en charge ultérieure ○ Recommandations automatisées concernant les mesures de prévention, fondées sur l'anamnèse familiale, les facteurs de risque et l'âge ○ Disponibilité permanente (24/7)
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Patient·e-s assuré·e-s chez SWICA ○ santé24 comme cabinet en ligne ○ Helmedica AG comme partenaire technologique de l'app ○ AD Swiss comme exploitant de l'app ○ SWICA comme porteur et financeur de l'offre
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : utilisation de l'app SWICA Benecura par les assuré·e-s SWICA en cas de symptômes aigus ou dans le cadre de la prévention. - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Connexion dans l'app via l'accès SWICA ○ Réalisation d'un SymptomCheck ou d'un PréventionCheck ○ Recommandation de triage (p. ex. auto-traitement, téléconsultation médicale, consultation spécialisée) ○ En cas de besoin télé-médical : transfert du cas à santé24 y compris anamnèse structurée ○ Téléconsultation par santé24 y compris diagnostic et, le cas échéant, délivrance d'ordonnances ou de prescriptions ○ Si nécessaire : rappel médical justifié pour le suivi de l'évolution - Résultat : Les patient·e-s reçoivent, sur la base de leurs données saisies, une recommandation fondée sur des preuves pour la suite de la prise en charge ainsi qu'un accès à un traitement télé-médical via santé24.
Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Backend de l'app : Rockethealth (Helmedica) ○ Système téléphonique : Genesys Cloud ○ Système d'information patient (SIP) : Axenita ○ Dispositif médical de classe IIa (selon MDR)
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisation est gratuite pour les assuré·e-s SWICA. ○ Les frais d'exploitation sont pris en charge par l'assurance-maladie SWICA.

Défis	<ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir la protection des données et l'acceptation du traitement numérique des données de santé par les patient·e·s ○ Complexité de l'architecture système avec l'augmentation du nombre de services de santé numériques ○ Coûts IT et exigences réglementaires (p. ex. certifications selon MDR) ○ Nécessité de mesures de communication efficaces pour accroître l'utilisation et la notoriété
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> ○ SymptomCheck est utilisé depuis 2018 et s'est avéré fiable ○ Respect des standards médicaux et des critères « Red Flag » selon le consensus d'expert·e·s (Schaufelberger, Meer, Furger, Derkx) ○ Plus de 1 000 cas par an sont revus rétrospectivement par un comité consultatif médical, avec des optimisations continues mises en œuvre ○ Aucun défaut de triage documenté selon la certification TÜV SÜD ○ Augmentation constante du nombre d'utilisateur·trice·s depuis l'introduction ○ Recommandations personnalisées sur la base de la situation individuelle d'assurance et des possibilités de traitement ○ Versicherungssituation und Behandlungsmöglichkeiten
Informations	www.swica.ch/fr/prive/sante/aide-medicale/benecura

Contribution de:

Livia Jacob, Product Ownerin, santé24

TytoHome	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : Pour pouvoir réaliser des téléconsultations médicales de manière qualitative et complète, des informations supplémentaires (p. ex. images, vidéos ou enregistrements audio) sont souvent nécessaires. Celles-ci font fréquemment défaut lors de simples consultations téléphoniques. - Objectifs atteints : <ul style="list-style-type: none"> o Augmentation du taux de clôture des téléconsultations grâce à des informations diagnostiques complémentaires o Renforcement des compétences en santé par des auto-examens guidés o Réduction des consultations médicales inutiles et allègement du système de santé - Avantages pour les patient·e·s et les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> o Accès rapide aux soins médicaux, 24/7, confortablement depuis le domicile o Possibilité de diagnostic télé-médical même pour des questions plus complexes (p. ex. décision sur une antibiothérapie) o Réduction des visites en cabinet grâce à une première évaluation numérique étendue o Allègement des structures de soins grâce à une orientation efficace des patient·e·s
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - santé24 en tant que prestataire télé-médical - SWICA comme assureur et partenaire d'implémentation - TytoCare comme fournisseur du dispositif d'examen et de la plateforme numérique - Assuré·e·s de SWICA comme utilisateur·trice·s direct·e·s
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : assuré·e·s disposant d'une police SWICA commandent l'appareil TytoHome et l'utilisent en cas de maladie pour préparer une téléconsultation. - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> o Connexion via l'app SWICA Benecura avec redirection vers l'app TytoCare o Réalisation des examens recommandés (p. ex. poumons, gorge, peau) par le·la patient·e, guidé·e via l'app o Transmission des résultats des examens à santé24 o Téléconsultation téléphonique et évaluation médicale par santé24 o Le cas échéant, délivrance d'une ordonnance ou d'une prescription médicale o En cas d'indication médicale : rappel pour suivi ou mesures supplémentaires - Résultat : les patient·e·s reçoivent un diagnostic et des recommandations thérapeutiques fondés sur des preuves par santé24, sans devoir se rendre dans un cabinet médical.
Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositif TytoHome pour la réalisation d'auto-examens médicaux - Application et plateforme TytoCare pour la transmission des données et la conduite des examens - Système téléphonique : Genesys Cloud - Système d'information patient (SIP) : Axenita pour la documentation médicale
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Coût unique pour le dispositif TytoHome (réductions pour les assuré·e·s complémentaires) - Téléconsultations gratuites pour les assuré·e·s SWICA dans le cadre du contrat Managed Care avec santé24 - Financement des frais d'exploitation via des conventions de prestations existantes entre SWICA et santé24

Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Interopérabilité et intégration dans une infrastructure numérique de plus en plus fragmentée - Garantie de la protection des données et confiance des assuré·e·s dans le traitement sécurisé des données de santé - Exigences technologiques et réglementaires pour l'exploitation, la maintenance et la certification (p. ex. conformité MDR) - Nécessité de mesures ciblées de communication et de formation pour encourager l'utilisation
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Grande satisfaction des patient·e·s : 90 % des utilisateur·trice·s actif·ve·s évaluent le service comme « satisfait·e » ou « très satisfait·e » - Taux de clôture des téléconsultations significativement plus élevé grâce aux données supplémentaires (p. ex. infections respiratoires, lésions cutanées) - Preuves scientifiques : Evaluation of the Effect of a Multifunctional Telemedicine Device on Health Care Use and Costs: A Nonrandomized Pragmatic Trial (Telemedicine and e-Health) - Optimisation opérationnelle chez santé24 grâce à une gestion des cas plus efficiente
Informations	<p>www.tytocare.com www.swica.ch/tytohome</p>

Contribution de:

Livia Jacob, Product Ownerin, santé24

Permanence médicale d'urgence télémédicale MEAS	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : La permanence médicale d'urgence MEAS a été initiée afin de combler une lacune existante dans la prise en charge ambulatoire d'urgence dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures. En particulier en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets de médecine générale – c'est-à-dire la nuit, le week-end et les jours fériés – MEAS offre une alternative accessible et de haute qualité aux services d'urgence hospitaliers. - Objectifs atteints : <ul style="list-style-type: none"> ○ Création d'un accès supplémentaire aux soins médicaux aigus en dehors des heures d'ouverture des cabinets ○ Intégration d'une expertise télé-médicale pour améliorer la qualité des traitements ○ Allègement des services d'urgence hospitaliers environnants - Avantages pour les patient·e·s et les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès rapide et simple à des soins d'urgence qualifiés ○ Prise en charge sur place par du personnel de santé qualifié en combinaison avec une téléconsultation médicale ○ Réduction des visites hospitalières inutiles grâce à un triage efficace et un traitement ciblé
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Medgate : titulaire de l'autorisation d'exploitation médicale et partenaire télé-médical ○ Centre de santé Appenzell Rhodes-Intérieures (GZAI) : partenaire local du projet et responsable opérationnel ○ Département de la santé et des affaires sociales d'Appenzell Rhodes-Intérieures : autorité d'autorisation
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : patient·e·s avec des symptômes aigus se rendent à la permanence médicale MEAS en dehors des heures de consultation habituelles. - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Première évaluation et triage par du personnel de santé qualifié (PSQ) sur la base de listes positives et négatives définies ○ Les patient·e·s à haut risque ou les cas hors du champ de prestations sont orientés vers les services de secours ou d'autres points de prise en charge ○ Admission des patient·e·s approprié·e·s et collecte de l'anamnèse ○ Initiation d'une téléconsultation vidéo avec un·e médecin de Medgate ○ Réalisation d'examens délégués sur place par le PSQ (p. ex. ECG, analyses de laboratoire, paramètres vitaux via capteur Doc2U) ○ Interprétation des résultats par le/la médecin de Medgate ○ Élaboration d'un plan de traitement individualisé - Résultat : Les patient·e·s reçoivent une évaluation médicale ainsi que – selon les besoins – une ordonnance, un certificat d'incapacité de travail, une prescription médicale ou une orientation vers un·e spécialiste.

Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Réservation et gestion des patient·e·s via la plateforme Book a Doc - Examens médicaux complémentaires à l'aide du capteur numérique Doc2U - Téléconsultations vidéo via les appareils mobiles des patient·e·s ou à l'aide d'iPads mis à disposition dans la permanence
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations fournies sont facturées dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) via TARMED
Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la confiance et de l'acceptation des patient·e·s vis-à-vis du modèle de prise en charge télé-médicale - Intégration dans le système de santé local existant et coordination avec les prestataires régionaux
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Taux élevé de cas traités avec succès par télé-médecine (taux de télésoins) - Retours positifs concernant la satisfaction des patient·e·s - Qualité des traitements démontrée par une documentation standardisée et une évaluation médicale
Informations	www.gzai.ch/meas

Contribution de:

Belinda Wenger, Head of Business Development & Implementation, Medgate

International

Programme Omada pour le prédiabète – Soutien numérique pour prévenir le diabète	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : Le prédiabète touche des millions de personnes et conduit fréquemment, s'il n'est pas traité, au diabète de type 2. Le programme Omada soutient les personnes concernées par une intervention numérique, fondée sur des preuves, visant le changement de mode de vie. - Objectifs atteints : Réduction du risque de diabète grâce à des changements durables dans l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress. - Avantages pour les patient·e·s : <ul style="list-style-type: none"> o Soutien personnalisé via une application et un coaching o Accès à une communauté numérique o Prévention ou retard du développement d'un diabète de type 2 - Avantages pour les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> o Intervention précoce pour prévenir des complications coûteuses o Allègement des médecin·e·s grâce à l'accompagnement numérique
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Patient·e·s avec prédiabète (glycémie élevée mais sans diabète déclaré) - Médecin·e·s et professionnel·le·s de santé (pour le diagnostic et l'accompagnement) - Omada Health comme fournisseur de la plateforme numérique et prestataire de coaching - Assureurs ou caisses-maladie comme financeurs potentiels
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : diagnostic de prédiabète par un·e médecin (p. ex. glycémie). - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> o Le·la patient·e est informé·e du programme par un·e médecin o Inscription via la plateforme Omada o Définition d'objectifs individuels et coaching numérique personnalisé o Suivi régulier des progrès (poids, activité, alimentation) o Soutien continu par les coaches et la communauté de pair·e·s o Rapport final et, le cas échéant, ajustement de la stratégie de santé - Résultat : le·la patient·e réduit son risque de diabète grâce à des changements de mode de vie durables.
Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Application Omada pour coaching et suivi mobiles - Téléconsultations par vidéo ou chat - Intégration avec des wearables (p. ex. traqueurs d'activité, balances connectées) - Sécurité des données via un dossier patient crypté
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Aux États-Unis, financé par les employeurs ou les assureurs-maladie
Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Protection des données : stockage de données de santé sensibles conforme au RGPD/HIPAA - Acceptation : motivation des patient·e·s à utiliser le programme sur le long terme - Remboursement : pas encore couvert systématiquement par les caisses-maladie
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du poids corporel (en moyenne 5–7 % en 6 à 12 mois) - Diminution du taux d'HbA1c (glycémie à long terme) - Réduction de l'incidence du diabète chez les participant·e·s

	- Forte satisfaction des utilisateur·trice·s et bonne adhérence au programme
Informations	www.omadahealth.com/prediabetes

Diabeter – Prise en charge innovante et numérique du diabète aux Pays-Bas	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : Le diabète est une maladie chronique nécessitant une prise en charge intensive. Diabeter propose un modèle de soins innovant et spécialisé pour les enfants, adolescent·e·s et adultes atteint·e·s de diabète de type 1 ou 2. - Objectifs atteints : <ul style="list-style-type: none"> o Meilleur contrôle glycémique grâce à un accompagnement personnalisé et numérique o Moins d'hospitalisations et de complications grâce à une intervention précoce - Avantages pour les patient·e·s : <ul style="list-style-type: none"> o Accès 24/7 à des médecin·e·s spécialisé·e·s o Suivi continu grâce à des outils numériques o Amélioration de la qualité de vie grâce à une thérapie optimisée - Avantages pour les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> o Prise en charge plus efficace grâce à l'aide à la décision fondée sur les données o Moins de traitements d'urgence et aigus o Réduction des coûts pour le système de santé
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Patient·e·s avec diabète de type 1 ou 2 - Endocrinologues et conseiller·ère·s en diabétologie chez Diabeter - Médecin·e·s de premier recours et spécialistes prescripteur·trice·s - Assureurs-maladie (contrats de longue durée avec rémunération basée sur les résultats) - Fournisseurs de solutions de santé numérique - Universités et hôpitaux (joint-ventures ou accords de coopération)
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : nécessité d'un traitement par insuline en cas de diabète diagnostiqué (type 1 ou 2). - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> o Orientation ou inscription directe auprès de Diabeter o Examen initial et planification personnalisée de la thérapie o Suivi régulier via des outils numériques et la télémédecine o Ajustement de la thérapie grâce à une analyse continue des données o Prise en charge à long terme avec un accent sur la prévention des complications - Résultat : <ul style="list-style-type: none"> o Meilleures valeurs glycémiques grâce à un suivi étroit o Moins de complications et d'hospitalisations o Forte satisfaction des patient·e·s
Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Diabeter CloudCare : plateforme de suivi numérique connectée aux capteurs CGM (mesure continue du glucose) et aux pompes à insuline courants (indépendante des fabricants) - Diabeter VCare : système d'information clinique spécialisé (SIC) pour la mise en œuvre de parcours patients standardisés dans la prise en charge du diabète - Télémédecine : consultations par vidéo ou chat - Analyse de données : aide à la décision du care team basée sur l'IA - Interfaces : connexion aux systèmes primaires (notamment SIC) des prestataires hospitaliers partenaires

Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Facturation via l'assurance-maladie de base néerlandaise (Basisverzekering) par forfaits DRG pour maladies chroniques - Coopération avec assureurs privés pour prestations complémentaires - Rémunération basée sur la valeur : remboursement lié aux résultats de traitement obtenus (valeurs HbA1c, PROMs)
Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté de changement : transfert de certaines tâches médicales à d'autres professions (notamment conseil en diabétologie et nutrition), standardisation et mesure transparente des résultats - Acceptation : passage à une prise en charge numérique et fondée sur les données exige la confiance des patient·e·s - Interopérabilité : intégration de l'infrastructure numérique avec les systèmes de santé existants - Protection des données : conformité au RGPD
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la valeur HbA1c et réduction des variations - Réduction des hospitalisations et des complications liées au diabète - Forte satisfaction des patient·e·s grâce à un meilleur accès aux soins - Gains d'efficacité grâce aux outils numériques
Informations	www.diabeter.nl

NHS Digital First Initiative	
Objectif et valeur ajoutée	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du cas : L'initiative NHS Digital First est une tentative à grande échelle visant à améliorer la prise en charge numérique de la santé au Royaume-Uni. Elle a pour objectif d'établir les services de télémédecine, la triage assistée par IA et les services numériques aux patient·e·s comme voies d'accès principales aux soins de santé. - Objectifs atteints : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réduction des délais d'attente pour les patient·e·s dans les soins de premier recours ○ Amélioration de l'accessibilité aux consultations médicales, notamment dans les régions rurales ○ Allègement des médecins généralistes grâce à une orientation plus efficiente des patient·e·s - Avantages pour les patient·e·s et les prestataires de soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les patient·e·s bénéficient de délais d'attente plus courts et d'une plus grande flexibilité dans le choix des rendez-vous ○ Les médecin·e·s et les établissements de santé peuvent utiliser leurs ressources plus efficacement, ce qui réduit les consultations inutiles en cabinet
Parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - NHS England (porteur de l'initiative) - Médecin·e·s généralistes (GPs) et autres prestataires de soins de santé - Fournisseurs de solutions numériques de santé (p. ex. systèmes de triage par IA, plateformes vidéo) - Patient·e·s comme utilisateur·trice·s direct·e·s des services numériques - Autorités de régulation pour garantir la protection des données et la qualité
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Déclencheur : patient·e·s ayant des symptômes ou besoin d'un avis médical utilisent l'application NHS ou le site web de leur médecin généraliste. - Étapes : <ul style="list-style-type: none"> <i>Triage par chatbots assistés par IA :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le·la patient·e décrit ses symptômes dans un outil de triage numérique (p. ex. via l'application NHS). ○ Le système propose, sur la base d'algorithmes, les prochaines étapes possibles (p. ex. auto-traitement, prise de rendez-vous, recours aux urgences). <i>Consultation virtuelle :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si nécessaire, un rendez-vous de téléconsultation vidéo avec un·e médecin est fixé. ○ Alternativement, le·la patient·e reçoit des instructions pour contacter un·e spécialiste ou pour la prise de médicaments. <i>Prescription et suivi :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si besoin, une ordonnance électronique est délivrée, à retirer en pharmacie ou à faire livrer à domicile. ○ Les patient·e·s peuvent recevoir via l'application ou par SMS des rappels pour les examens de suivi ou les rendez-vous de contrôle.

	<p>Résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les patient·e·s obtiennent rapidement une évaluation médicale et une recommandation de traitement, sans devoir se rendre en cabinet. ○ Les médecins généralistes sont déchargés, car les cas de routine peuvent être gérés numériquement.
Infrastructure technique et numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Plateformes vidéo : outils de consultation approuvés par le NHS (p. ex. AccuRx, eConsult, LIVI) - Systèmes de triage assistés par IA : Babylon Health, Ask NHS - Dossier médical électronique (EHR) : NHS Spine pour l'échange sécurisé de données patient - Système de prescription électronique : NHS Electronic Prescription Service (EPS)
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> - Financement NHS : les services numériques sont gratuits pour les patient·e·s et financés par le budget public de santé - Rémunération des médecin·e·s : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les médecins conventionnés reçoivent une rémunération en fonction du nombre de téléconsultations réalisées ○ Les médecins NHS sont rémunérés par salaires fixes et modèles de bonus pour les prestations numériques - Répartition des coûts : infrastructure numérique financée par l'État ; coûts supplémentaires pour les partenaires technologiques couverts par des subventions NHS
Défis	<ul style="list-style-type: none"> - Protection et sécurité des données - Acceptation par les médecin·e·s - Barrières techniques pour les patient·e·s plus âgé·e·s - Structures de rémunération
Indicateurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des délais d'attente : prise de rendez-vous plus rapide - Augmentation des téléconsultations : proportion des consultations numériques parmi l'ensemble des visites de médecine générale (p. ex. 40 % en 2022) - Satisfaction des patient·e·s : Net Promoter Score (NPS) et systèmes de feedback NHS - Rentabilité : économies de coûts grâce à la réduction des visites aux urgences et des consultations en cabinet
Informations	www.longtermplan.nhs.uk

5. Mise en œuvre par phases

Business case Le développement commence par un **business case** destiné à trouver des partenaires et un financement (voir encadré sur le business case). La condition préalable au business case est un besoin authentique de la patiente ou du patient / de la cliente ou du client: à quel besoin concret la solution hybride de prise en charge doit-elle répondre? À quelles attentes répond-elle effectivement?

Concept et business plan Le **concept** décrit la solution en détail (voir 6 Éléments de mise en œuvre). Le **business plan** définit la structure des coûts et les données nécessaires pour convaincre les investisseurs.

Un modèle performant de prise en charge hybride passe par une contribution de tous les acteurs pertinents. Font notamment partie de ceux-ci:

- les patient·e·s et leurs proches;
- les fournisseurs de prestations;
- les expert·e·s en technologie;
- les assurances-maladie.

Ces acteurs doivent être associés à l'élaboration d'un business case et d'un concept, que ce soit par des enquêtes (besoins, expériences, préférences) ou dans le cadre d'ateliers.

Il sera à cet égard avantageux d'associer très tôt les cadres des fournisseurs de prestations au développement et à la réflexion. Ceux qu'on appelle les key opinion leaders (KOL) peuvent non seulement apporter une expérience et des connaissances précieuses, mais aussi jouer ultérieurement un rôle de soutien dans le développement, le lancement et la commercialisation.

Développement du MVP (minimal viable product) Une fois le financement assuré, la solution est développée jusqu'à pouvoir être testée comme **MVP** dans le cadre d'un projet pilote. Un MVP suppose entre autres préalablement:

- une définition des processus et des rôles des personnes impliquées;
- la mise en œuvre des premières POP;
- la formation des personnes impliquées;
- le développement et le test des éléments numériques principaux;
- la vérification de la classification du produit comme dispositif médical selon la législation suisse¹;
- l'achèvement des préparatifs du test des fonctions de base dans un environnement réel (projet pilote).

Pilotage Le **pilotage** réalise une première mise en œuvre de la solution hybride de prise en charge dans le cadre d'un groupe et d'une période donnés. Cette phase fait généralement l'objet d'un suivi poussé destiné à recueillir des expériences et des données. Comme ces solutions de prise en charge impliquent souvent des projets complexes comprenant des formes de collaboration et processus nouveaux ainsi que des éléments numériques inédits, l'accent est mis sur:

¹ S'il s'agit d'un produit médical selon la législation sur les produits médicaux, celui-ci doit subir un processus d'autorisation complexe. [Voir aussi ici.](#)

- a) l'identification des défis se présentant lors de la mise en œuvre;
- b) l'obtention d'indications pour l'optimisation du MVP;
- c) le recueil de premières informations destinées à générer des données probantes.

Optimisation

Ensuite, dans le cadre de l'**optimisation**, la solution hybride de prise en charge est à nouveau remaniée et améliorée sur la base des expériences et données recueillies lors du pilotage.

- Il est procédé à une adaptation de la technologie, des processus et / ou du modèle commercial.
- On définit les mesures permettant d'accompagner et de soutenir au mieux les utilisatrices et utilisateurs (fournisseurs de prestations, patient·e-s, proches) dans l'adaptation des processus et des modes de travail (introduction, formation, suivi).
- Parallèlement, d'autres entretiens ont lieu avec des client·e-s potentiels afin de préparer ainsi le lancement.
- Dans cette phase également, il s'agit de déterminer à nouveau quelles sont les données nécessaires pour pouvoir convaincre les personnes qui paient ou achètent la solution de l'utilité de celle-ci.

Lancement

La phase de **lancement** consiste à développer et à mettre en œuvre le lancement sur le marché par la mise en place de canaux de distribution, l'acquisition de clients et la conclusion de partenariats. Durant cette phase, on prépare la **mise à l'échelle** de la solution pour le marché grand public.

Business case

Un business case bien pensé crée la base du succès de la solution hybride de prise en charge en mariant faisabilité économique et plus-value sanitaire. Sans business case, il n'est pas possible de financer durablement une solution hybride de prise en charge, car le business case sert d'aide à la décision pour les investisseurs, les prestataires de santé ou les institutions publiques en montrant en quoi la solution est financièrement et stratégiquement judicieuse. En même temps, le business case sert de base à la mise en œuvre.

Éléments clés d'un business case

Problématique et potentiel commercial

- Quelle lacune ou quel défi en matière de prise en charge le produit résout-il?
- Quelle est la taille du marché et qui sont les utilisatrices et utilisateurs potentiels (patient·e·e, médecins, assurances, etc.)?
- Quelles alternatives existe-t-il, et en quoi cette solution est-elle meilleure?

Solution et avantages promis

- Description de la solution hybride de prise en charge
- Quels avantages offre-t-elle par rapport aux solutions existantes?
- Améliorations attendues en termes d'efficacité, de réduction des coûts et de satisfaction des patient·e·s

Analyse économique

- Structure des coûts: développement, exploitation, maintenance, personnel, etc.
- Modèle de revenus: p. ex. B2C: frais à la charge des patient·e·s, B2B: paiement par les fournisseurs de prestations tels que les hôpitaux, rémunération par l'assurance-maladie, par des subventions ou par des partenariats
- Commercialisation: par quels canaux le produit est-il communiqué et distribué, à quel coût?

Argumentation fondée sur des données probantes

- Résultats d'applications similaires, résultats de la recherche
- Économies escomptées (p. ex. baisse des hospitalisations)

Risques et défis

- Obstacles réglementaires, protection des données, acceptation par les utilisatrices et utilisateurs
- Défis techniques et organisationnels

Extension et potentiel de croissance

- Possibilités d'extension du marché (p. ex. nouveaux groupes de patient·e·s, marchés internationaux).
- Partenariats stratégiques et durabilité à long terme

6. Éléments de la mise en œuvre

Les « éléments de mise en œuvre » décrivent les composantes qui rendent une solution de soins hybrides viable et servent de liste de contrôle pratique.

Ils sont modulaires, évolutifs et adaptables aux conditions-cadres propres à chaque organisation.

Concept

Les solutions hybrides de prise en charge combinent des services de santé numériques et physiques pour améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la focalisation sur la patiente ou le patient dans la prise en charge. Ce chapitre propose une approche structurée pour développer un concept de solution hybride de prise en charge et s'assurer qu'il répond aux besoins des patient·e·s, des fournisseurs de prestations et des groupes d'intérêts. Certains des contenus du concept qui suivent devront être inclus dans chaque concept, d'autres dépendent de la solution de prise en charge.

Objectifs

Préalablement au développement d'une solution hybride de prise en charge, il est important de définir les objectifs globaux et l'étendue de la prestation.

Les principaux axes de réflexion comprennent:

- Population cible:
 - Identifier les principaux utilisateurs et utilisatrices (p. ex. personnes âgées, patient·e·s souffrant de maladies chroniques, patient·e·s souffrant de maladies mentales)
 - Définissez les utilisatrices et utilisateurs (p. ex. médecins, personnel infirmier, thérapeutes et personnel administratif) appelés à interagir avec le système.
- Besoin d'une prise en charge médicale: déterminez les prestations médicales et non médicales nécessaires (p. ex. diagnostic, surveillance, traitement, conseil).
- Intégration dans les systèmes existants: évaluez la compatibilité avec les infrastructures actuelles du secteur de la santé telles que les systèmes d'information des cabinets médicaux ou des cliniques, le DEP, les plateformes numériques ou de télémédecine.
- Respect des dispositions légales: garantie du respect des normes juridiques et éthiques dans le domaine de la santé numérique et de la prise en charge des patient·e·s.

Besoins des groupes cibles

Un modèle hybride de prise en charge performant doit être adapté aux besoins spécifiques de ses utilisatrices et utilisateurs. Identifiez et analysez les groupes suivants:

- **Patient·e·s:** classes d'âge, niveau de maîtrise du numérique, états de santé courants, préférence pour les interactions numériques ou au contraire personnelles.
- **Fournisseurs de prestations:** médecins, personnel infirmier, thérapeutes et personnel appelés à interagir avec le système.
- **Sous-traitants techniques:** assistance informatique pour les plateformes de santé numérique.

Parcours de cas

Décrivez le processus de prise en charge étape par étape

- Qui prescrit la solution hybride de prise en charge et sur la base de quelles conditions (indication)?
- Comment la rémunération de la prestation est-elle assurée?
- Qui introduit une nouvelle patiente ou un nouveau patient dans le processus (onboarding) et comment?
- Comment s'effectue la prestation de santé hybride?
 - Qui fait quoi?
 - Quels sont les rôles et les tâches des spécialistes et prestataires de services impliqué·e·s?
 - Quelles sont les tâches accomplies par la patient·e ou le patient?
- Qui termine la prestation de prise en charge et comment (offboarding)?

Composants clés de la solution de soins hybrides

Un modèle hybride de prise en charge doit combiner parfaitement les services numériques et physiques. Définissez quels sont les composants nécessaires et utiles à votre solution:

Services numériques

- Surveillance numérique: télésurveillance par capteurs ou dispositifs (p. ex. saturation en oxygène, ECG)
- Applis mobiles de santé: outils de gestion autonome de la patiente ou du patient (p. ex. évaluation des symptômes (PROM) ou planification des rendez-vous)
- Aides à la décision assistées par IA: systèmes de triage automatisés, contrôleur de symptômes et analyse prédictive.
- Dossiers patient·e électroniques: données patient·e centralisées, analysables par IA ou par d'autres prestations de services.
- Canaux de communication sûrs: messagerie cryptée et plateformes d'utilisation conjointe de données.

Services physiques professionnels

- Consultation sur place: si des examens physiques ou des traitements sont nécessaires.
- Téléconsultation: pour des conseils par téléphone, par chatbot ou par écran.
- Unités de santé mobiles: accompagnement à la demande prodigué par des équipes mobiles et des services d'aide et de soins à domicile.
- Pharmacie et remise de médicaments: intégration des ordonnances numériques et des services de livraison à domicile.
- Mesure des résultats: indicateurs permettant d'objectiver et de documenter le succès du traitement.

Implication des patients

- Communication: canaux dédiés à la communication avec les patient·e·s (p. ex. messagerie sécurisée, téléphone)
- Implication et motivation: incitations et motivateurs pour l'adhésion au traitement (p. ex. éducation du patient, ludification, rappels, récompenses)
- Gestion autonome: intégration de wearables, d'applis de santé
- Soutien: intégration des proches ou de groupes de pairs

- Feed-back sur l'expérience et les besoins de la patiente ou du patient: réalisation d'enquêtes à intervalles réguliers au moyen de PREM, questionnaires
- Mesure des résultats: indicateurs permettant de mesurer l'implication des patient·e·s (p. ex. respect des rendez-vous, taux de satisfaction); indicateurs permettant de mesurer la qualité de vie et le succès thérapeutique du point de vue de la patiente ou du patient (p. ex. PROM).

Intégration de la technologie

Pour qu'une solution hybride de prise en charge fonctionne efficacement, elle doit intégrer des composants numériques et physiques. Veuillez noter les aspects suivants:

- Interopérabilité: les systèmes doivent permettre un échange de données fluide entre les différentes plateformes (p. ex. SIH / SIP, télémédecine et appareils mobiles)
- Normes: les systèmes doivent être conformes aux normes courantes en matière sur les plans sémantique et structurel et en matière d'interopérabilité (p. ex. LOINC, SNOMED, HL7 / FHIR).
- Protection des données et conformité: respect du RGPD, de la LPD, de la LPT_H ou des exigences de sécurité. Selon l'application, le produit doit être certifié CE et / ou nécessite la mise en place et l'exploitation d'un système de management de la qualité (SMQ).
- Gestion des données: directives relatives à l'utilisation et à la conservation des données ainsi qu'à l'utilisation secondaire et la réutilisation des données.
- Conception conviviale (UX): plateformes simples à utiliser pour les patient·e·s et les fournisseurs de prestations.
- Accès et inclusion: langues dans lesquelles la prestation est disponible; compétences numériques attendues de la part des professionnel·le·s et les patient·e·s; appareils dont les professionnel·le·s et les patient·e·s doivent impérativement disposer (p. ex. ordinateur dans la pharmacie, smartphone au domicile).

Intégration du système

Pour qu'une solution hybride de prise en charge soit efficace, elle doit s'intégrer dans les structures de prise en charge existantes, par exemple les réseaux de médecins. Veuillez noter les aspects suivants:

- La solution hybride doit être compatible avec les systèmes d'information des hôpitaux et des cabinets médicaux et avec les bases de données des assurances.
- Les interfaces uniformes (API) et les protocoles standards (p. ex. HL7, FHIR) facilitent les échanges de données entre les solutions de prise en charge numériques et physiques.
- Les médecins, le personnel infirmier, les thérapeutes et le personnel administratif doivent être impliqués dans la mise en œuvre sur le terrain.
- La clarification des responsabilités et la standardisation des processus garantissent une collaboration parfaite entre les fournisseurs de prestations numériques et analogiques.
- Les offres numériques doivent être simples à utiliser et offrir des options accessibles afin d'être bien acceptées par les patient·e·s et les fournisseurs de prestations.

Stratégie de mise en œuvre

Un plan de lancement structuré garantit la réussite du lancement d'un modèle hybride de prise en charge. Les principales étapes sont les suivantes:

Essai pilote:

- Sélectionnez un groupe de patients et / ou de fournisseurs de prestations limité pour tester l'intégration des prestations numériques et physiques.
- Recueillez les retours pour identifier les défis techniques et opérationnels.

Optimisation:

- Adaptez les processus de travail et les différents éléments sur la base de l'utilisation réelle.

Mise à l'échelle et extension:

- Étendez progressivement les prestations à un groupe de patients et / ou de fournisseurs de prestations plus large.
- Surveillez les ICP tels que la satisfaction des patient·e·s, les gains d'efficacité et les résultats cliniques.

Ajustement des stratégies sur la base des évaluations en cours.

Changement, formation et soutien

L'expérience montre que la mise en place de nouveaux processus et de nouveaux outils numériques dans les structures de prise en charge existantes exige un effort important. Ceci est d'autant plus vrai que la prise en charge hybride concerne souvent des professionnel·le·s de différentes disciplines et donc une collaboration interdisciplinaire.

Dans l'idéal, les professionnel·le·s comme les patient·e·s ont déjà été associés à la conception et au développement de la solution de prise en charge et ont donc déjà pu se familiariser avec les nouveaux rôles, processus et outils. Souvent, ce n'est pourtant pas le cas, par exemple parce qu'on lance une solution déjà établie.

Les solutions hybrides de prise en charge nécessitent des ajustements culturels et structurels au sein des établissements et des organisations de santé. L'établissement du nouveau modèle de prise en charge est donc lié à une **conduite du changement** efficace. Pour faciliter cela, il convient d'indiquer dès le stade de la distribution que certains ajustements seront nécessaires, afin de dissiper la peur du changement et de ne pas entraver l'acquisition de la solution.

Par ailleurs, les professionnels de la santé doivent bénéficier de **formations** à l'utilisation des nouveaux outils et technologies ainsi qu'aux nouvelles formes de communication.

Les patient·e·s jouent souvent un rôle actif dans les solutions hybrides de prise en charge. Cette **gestion autonome des patient·e·s** exige certaines compétences qui nécessitent un entraînement et du soutien. Il s'agit par exemple des compétences suivantes:

- Surveillance par capteurs ou applis
- Reporting (p. ex. sur une plateforme comme une appli ou par téléphone)
- Gestion et prise des médicaments
- Compétences en matière de santé
- Navigation dans le système et coordination des rendez-vous
- Changement de comportement

Il convient donc de prévoir au sein des solutions hybrides de prise en charge des formations et des leçons d'intégration (onboarding) pour les patient·e·s peu familiarisés avec les outils numériques.

En outre, les fournisseurs de prestations et, le cas échéant, les patient·e·s eux-mêmes devraient au moins **dans un premier temps** être accompagnés activement et assistés dans l'utilisation des outils numériques. Cela permettra d'éviter l'apparition de résistances.

De plus, une équipe devra développer et proposer des **processus d'assistance technique** afin de résoudre les problèmes et demandes techniques rapidement.

Rémunération

L'un des principaux défis de la rémunération des solutions hybrides de prise en charge est qu'elles combinent des technologies numériques et des services physiques. Un avantage est peut-être que pour les services physiques, il existe la plupart du temps déjà un tarif et que la question de la rémunération ne se pose que pour la partie numérique et pour l'interaction entre la technique et le service physique. Nous nous concentrerons ci-après avant tout sur la rémunération de la technologie numérique ainsi que sur l'interaction hybride.

Trois sources de rémunération sont envisageables:

- le remboursement par les assureurs dans le cadre de l'AOS / LAMal ou de la LCA
- la facturation par les fournisseurs de prestations
- la rémunération par l'utilisatrice ou utilisateur (patient·e·s)

Un [guide sur la rémunération des applications numériques](#) (en allemand) a été publié en décembre 2024 par plusieurs acteurs (dont Sanitas, la CSS, Swiss Healthcare Startups). Il offre une vue d'ensemble complète et actuelle.

Remboursement dans le cadre de l'AO / LAMal

En novembre 2024, l'OFSP a publié à ce sujet la fiche d'information [«Prise en charge des applications santé numériques dans le cadre de l'AOS»](#).

En principe, seules peuvent être remboursées par l'AOS les technologies numériques, ci-après appelées ASN, qui constituent une «ASN de soutien et d'information des patients» ou une «ASN à usage médical ». Outre ce principe, les ASN doivent remplir les **exigences EAE**: une prise en charge des coûts par l'AOS est fondamentalement possible si l'ASN est efficace, appropriée et économique, l'efficacité devant être prouvée selon des méthodes scientifiques.

En ce qui concerne l'**obligation de prise en charge** qui en découle, on distingue l'obligation de prise en charge «dans le cadre de prestations médicales», «dans le cadre de prestations fournies par des fournisseurs de prestations non médicaux» ainsi qu'en cas d'«utilisation par les patients eux-mêmes ou par le personnel soignant». Ces trois variantes sont brièvement expliquées ci-dessous:

- Les **ASN utilisées dans le cadre de prestations médicales** sont par exemple le traitement de l'insomnie par télémedecine avec recours à internet ou les appareils mesurant des fonctions corporelles (p. ex. tension artérielle, pouls, respiration, y compris l'enregistrement et l'analyse des données) à des fins diagnostiques. Sont également règlementées comme prestations médicales les applications santé numériques sur lesquelles les personnes assurées saisissent des données dans le cadre de la tenue d'un journal de bord (sans en déduire des actions pour elles-mêmes directement). Ces données sont ensuite transmises au corps médical, qui les analyse. Pour qu'une ASN puisse être appliquée par les fournisseurs de prestations médicales dans le cadre du principe de confiance, celle-ci doit faire l'objet d'une demande d'inscription dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) auprès de la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP). La décision relative à l'obligation de prise en charge par l'AOS est de la compétence du Département fédéral de l'intérieur (DFI), qui se fait conseiller par la CFPP.
- Les **ASN utilisées dans le cadre des prestations fournies par des prestataires non médicaux** sont par exemple les applications pour des conseils télémedicaux. Seuls sont rétribués les prestataires non médicaux autorisés à facturer en vertu de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Les nouvelles prestations des ASN qui ne figurent pas encore dans la liste de l'OPAS doivent faire l'objet d'une demande auprès de la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP).
- Les **ASN destinées à être utilisées par les patient·e·s eux-mêmes ou par le personnel soignant** sont généralement classées dans ce que l'on appelle les moyens et appareils, réglés dans la Liste des moyens et appareils (LiMA). Pour les ASN entrant dans le champ d'application

de la LiMA, il est nécessaire d'attester de la progression du traitement ou d'un effet d'apprentissage des patients dans la gestion autonome de la maladie (autogestion).

L'admission d'une nouvelle prestation dans la LiMA doit être demandée auprès de la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA). L'admission ou la modification de positions de la LiMA fait l'objet d'une décision du DFI, après consultation de la CFAMA.

Le **montant de la prise en charge** des ASN est fixé soit dans le cadre de conventions tarifaires, soit par l'autorité compétente. La prise en charge des ASN dans le cadre de prestations des fournisseurs de prestations, que ceux-ci soient médicaux ou non médicaux, est réglée par des conventions tarifaires. Celles-ci incluent également les ASN utilisées par les fournisseurs de prestations. Dans la LiMA, les produits similaires sont regroupés dans une position pour laquelle un montant maximal de remboursement (MMR) est fixé.

En général, la prise en charge par l'AOS est ouverte aux fournisseurs, mais doit faire l'objet d'une demande. Ce processus peut être très laborieux et dure souvent plus d'un an. L'avantage du remboursement par l'AOS réside toutefois dans le libre accès à l'ensemble des assuré·e·s / patient·e·s.

Prise en charge dans le cadre de la LCA

Le remboursement d'un modèle hybride de prise en charge par une assurance complémentaire selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) n'exige aucune demande auprès de commissions. La LCA prévoit la liberté de contracter: les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations peuvent décider au cas par cas d'un commun accord si une prestation est remboursée et à quelles conditions. L'autonomie tarifaire leur permet de conclure directement des conventions en ce sens.

Environ 85 % de la population suisse disposent d'au moins une assurance complémentaire. Environ 20 % possèdent une assurance complémentaire d'hospitalisation (semi-privée ou privée).

Les prestations couvertes par une assurance complémentaire sont déterminées par les **Conditions générales d'assurance (CGA)** respectives du produit. Celles-ci sont approuvées par la FINMA, l'autorité de surveillance. Il n'existe pas de règles uniformes sur les obligations de prise en charge: l'étendue et le type de remboursement varient selon le produit d'assurance.

Il y a des différences non seulement quant aux prestations couvertes, mais aussi quant au type de prise en charge des coûts: certaines assurances remboursent un pourcentage des coûts, d'autres fixent des plafonds de remboursement. L'exclusion de certaines prestations ou pathologies est clairement définie dans les CGA. En règle générale, les assuré·e·s doivent en outre assumer une franchise.

Le principe est le même que pour l'assurance-maladie obligatoire: l'utilité de la prestation doit être prouvée et proportionnée à la dépense – de manière analogue à l'examen des critères EAE dans la LAMal.

Pour un remboursement par une assurance complémentaire en vertu de la LCA, il est donc fortement recommandé de convenir au préalable de procédures et critères concrets avec les assureurs concernés.

Facturation par les fournisseurs de prestations

Pour ce qui est de la facturation par les fournisseurs de prestations, il convient, parmi les prestations des ASN décrites ci-dessus, de distinguer d'une part les prestations fournies «dans le cadre de prestations médicales» et «dans le cadre des prestations fournies par des prestataires non médicaux» et d'autre part la «facturation non règlementée effectuée par des fournisseurs de prestations».

La rémunération des ASN a déjà été traitée plus haut, et la rémunération de la solution hybride de prise en charge serait en partie payée par les prestations facturées par les fournisseurs de prestations. Cela peut notamment être le cas avec le nouveau tarif médical [TARDOC & forfaits ambulatoires \(Plateforme d'information | TARDOC et forfaits ambulatoires\)](#) – lancement prévu pour le 01.01.2026).

Les forfaits ambulatoires regroupent les prestations connexes en un forfait de prestations unique. Les forfaits ambulatoires peuvent englober des prestations médicales et non médicales, y compris certains matériels et médicaments. En outre, le forfait correspondant comprend également les prestations connexes fournies en l'absence du patient jusqu'à 30 jours après la prestation. Sont actuellement considérées comme des prestations connexes les prestations de pathologie, les prestations de laboratoire ainsi que l'étude du dossier, la concertation avec d'autres fournisseurs de prestations, le reporting, etc. Selon l'orientation médicale de l'ASN, on peut imaginer que ces prestations soient à l'avenir classées comme prestations associées.

En ce qui concerne les produits et prestations concernés, la «facturation non règlementée par les fournisseurs de prestations» doit être évaluée différemment. Dans ce cas, la solution hybride de prise en charge vise à optimiser le processus commercial du fournisseur de prestations et ainsi à exploiter des potentiels d'efficacité. La rémunération de la solution hybride de prise en charge se fait alors sur la base de ces gains d'efficacité.

Il est important de connaître le processus commercial du fournisseur de prestations et d'adapter la solution hybride de prise en charge à celui-ci. En Suisse, les organisations de soins intégrés telles que les réseaux de médecins et les chaînes de cabinets médicaux sont considérées comme un «financier» de solutions hybrides de prise en charge et régulièrement mentionnées comme tel. Ces organisations ont souvent conclu avec des assurances-maladie ce que l'on appelle des «contrats de soins intégrés» pour un modèle de médecin de famille / HMO. Ces contrats stipulent que l'organisation assume une coresponsabilité médicale et financière (appelée capitation ou forfait patient·e / complexe) pour les assuré·e·s inscrit·e·s. Grâce à cette coresponsabilité, les organisations investissent dans la mise en place et le fonctionnement d'un système de gestion de la prise en charge. Dans ce contexte, la solution hybride de prise en charge offre l'occasion d'optimiser la gestion de la prise en charge. Pour que cette démarche aboutisse, il est nécessaire de savoir comment la gestion de la prise en charge de l'organisation concernée est structurée et quels sont ses objectifs. Il est recommandé de prendre contact suffisamment tôt avec les organisations concernées.

Il existe une autre possibilité de financement dans le domaine de la «facturation non règlementée par les fournisseurs de prestations»: le financement par des avantages en vertu de l'art. 56, al. 3bis de la LAMal. Si la solution hybride de prise en charge n'est pas déjà couverte par des tarifs existants, convenus ou prescrits, il est en principe possible

d'utiliser les avantages accordés pour le financement. Le cas échéant, la solution hybride de prise en charge offre même la possibilité de mettre à disposition des informations et des bases de preuve de l'amélioration de la qualité du traitement. Comme pour le financement par capitation, la gestion de la prise en charge de l'organisation est déterminante pour cette forme de financement.

Celle-ci doit également satisfaire aux autres exigences de l'article 56, paragraphe 3bis: conclusion d'un contrat avec les assureurs; conclusion d'une convention portant sur des avantages avec les fabricants de médicaments ou de moyens ou appareils servant à l'examen ou au traitement; établissement de rapports intermédiaires ou finaux à l'intention de l'OFSP sur l'utilisation des avantages non répercutés dans leur intégralité.

Rémunération par l'utilisatrice ou utilisateur (patient·e·s)

Une autre possibilité de financement est la rémunération directe par les patient·e·s utilisant ces ASN. Cette forme de mise en œuvre évite d'avoir à déposer des demandes auprès des autorités et à s'entendre avec les fournisseurs de prestations, ce qui constitue un allègement (administratif) considérable. Notamment au début du développement d'une solution, il peut s'agir d'une méthode simple pour tester l'acceptation d'une prestation sur le marché. De l'autre côté, la disposition à payer et la sensibilité au prix des utilisatrices et utilisateurs sont déterminantes. Pour pouvoir quelque peu évaluer ces aspects, il est recommandé de réaliser une analyse de marché axée sur la prestation correspondante de la solution hybride de prise en charge.

**Production / é
valuation des
données
probantes**

Comme mentionné, il est nécessaire que les solutions hybrides de prise en charge soient remboursées par l'AOS, si tant est qu'elles répondent aux critères EAE. La preuve de l'efficacité est en outre d'une importance déterminante pour la reconnaissance générale de la solution hybride de prise en charge. La solution doit dès le début démontrer au moins un effet de prise en charge attendu et prouver son efficacité au plus tard lors de l'application de la prise en charge. Pour ce qui est de la collecte de données probantes et l'évaluation, on retiendra les recommandations suivantes:

Définition des indicateurs de réussite pertinents

Pour évaluer l'efficacité de la solution hybride de prise en charge, il convient de définir des indicateurs de réussite. Ceux-ci doivent couvrir à la fois la prise en charge (p. ex. l'adhésion au traitement) et les aspects économiques (p. ex. le coût du traitement).

Définition de la collecte de données

Une fois les indicateurs définis, il convient de déterminer les sources de données correspondantes ainsi que les méthodes de collecte des données. Il est recommandé d'utiliser à cet effet un processus itératif, car l'expérience montre que pour des indicateurs définis au préalable, il se peut qu'il n'existe pas de sources de données appropriées ou que l'accès à ces données soit très difficile ou limité. Dans ce genre de cas, il peut être utile de redéfinir les indicateurs pour faciliter l'accès aux données.

Utilisation des données probantes existantes

Pour le lancement (conceptuel) de la solution hybride de prise en charge, il n'existe justement pas encore de preuves d'efficacité propres. Dans ce cas, il est recommandé de prouver l'éventuelle efficacité de la solution par la littérature. Pratiquement aucune solution hybride de prise en charge n'est innovante et unique au point qu'il n'existerait pas encore de données probantes documentées et décrites dans la littérature pour cette approche de prise en charge. Il est recommandé de rechercher la littérature correspondante dans les bases de données pertinentes (principalement [PubMed](#)) et de l'évaluer pendant la phase de conception.

Description des lacunes actuelles en matière de prise en charge

La solution hybride de prise en charge repose généralement sur un parcours de soins élaboré de manière conceptuelle, optimisé par l'application de la solution et devant déboucher sur de meilleurs résultats en matière de prise en charge. Pour l'élaboration et la description du parcours de soins, il est recommandé de recourir aux sources d'information existantes et accessibles. Par exemple:

- [Atlas suisse des services de santé](#)
- [Enquête suisse sur la santé](#)

Ces sources externes permettent d'expliquer et de présenter les situations de prise en charge actuelles ou leurs problèmes et de montrer à quels besoins de prise en charge la solution répond.

7. Défis

Les solutions hybrides de prise en charge font partie des facteurs qui influenceront la prise en charge sanitaire dans l'avenir. La mise en œuvre des concepts va de pair avec certains défis qui doivent être pris en compte dès le début.

Le défi	Exemples concrets / problèmes	Solutions possibles
Intégration dans les processus	<ul style="list-style-type: none"> - Interruption des flux de travail existants - Documentation multiple - Triage difficile entre numérique et analogique 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des normes de processus communes et des interfaces informatiques interopérables - Introduction de systèmes de documentation uniformes - Définir des protocoles de triage clairs
Règlementation & financement	<ul style="list-style-type: none"> - Rémunération des prestations numériques - Rémunération de la prestation de coordination - Répartition du forfait entre les fournisseurs de prestations - Incertitudes concernant la prise en charge intercantonale 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au point d'un forfait complexe - Accords de financement clairs entre les fournisseurs de prestations, y compris la coordination - Intégration dans des modèles d'assurance alternatifs (MAA)
Acceptation & formation	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien des key opinion leaders - Résistance aux nouvelles technologies chez les professionnels de la santé - Manque de formation et de soutien lors du lancement des outils numériques - Doutes sur la qualité des consultations numériques - Fragmentation culturelle / structurelle: les différences de normes et de mentalités entre d'une part l'hôpital, la ou le médecin, la pharmacie et le personnel soignant et d'autre part les start-ups de santé numérique rendent difficile une mise en œuvre uniforme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les early adopters et les faire communiquer de manière ciblée - Établir des programmes de formation interdisciplinaires - Assurer la qualité des prestations numériques par des études - Créer des normes communes et des plateformes de coordination couvrant les différents secteurs

Accès des patients & compétences en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Fracture numérique* (utilisation limitée du numérique, environ 15 %) - Volontairement non numériques* (offliners, low-liners, env. 6 %) - Faibles compétences en matière de santé et / ou de numérique - Manque de confiance dans les offres numériques - Manque partiel d'orientation patient dans le développement 	<ul style="list-style-type: none"> - Offres présentant une facilité d'utilisation et un langage à bas seuil - Impliquer les patient·e·s à un stade précoce du développement - Promouvoir l'éducation numérique à la santé
Obstacles techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Interopérabilité des systèmes informatiques - Risques liés à la protection des données et à la sécurité - Conditions techniques au domicile / appareil du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Normes d'interopérabilité obligatoires - Protection des données et sécurité intégrée à la conception - Promotion des technologies conviviales pour le domicile (y compris offres d'assistance technique)
Qualité & sécurité médicales	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic limité dans l'espace virtuel - Risque de rupture dans la prise en charge - Insistance trop prononcée sur les solutions techniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Détermination d'une indication claire pour les applications numériques - Intégration des parcours de prise en charge hybrides comportant des offres présentielle - Définir des normes de qualité pour les prestations numériques
Extensibilité & durabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Les projets restent à l'état de projet pilote («pilot fatigue») - Limites techniques et personnelles dans la mise en place - Durabilité financière incertaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier des infrastructures et des processus extensibles - Implication des partenaires financiers (caisses-maladie, etc.) à un stade précoce - Programmes de promotion avec obligation de mise à l'échelle
Absence de mesure des résultats et de preuves d'efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de KPI standardisés pour l'évaluation des formes de prise en charge hybrides 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de KPI valides pour les modèles hybrides - Promotion d'une recherche (indépendante) sur l'efficacité

* Digimonitor 2023

	- Le faible nombre d'études sur les avantages cliniques et le rapport coût-efficacité compliquent les décisions d'investissement et de réglementation	- Intégration de la mesure des résultats dans les modèles de rémunération
--	---	---

8. Mentions légales

Titre: «Playbook : Solutions hybrides de prise en charge en Suisse»

Année de publication : 2025

Éditeur : [Forum suisse des soins intégrés \(fmc\)](#) et [santeneXt](#)

Groupe d'accompagnement

Un grand merci au groupe d'accompagnement de ce Playbook :

- Christopher Bensch, CSS
- Oliver Kessler, Hochschule Luzern
- Andri Färber, AD Swiss Net AG
- Christian Frei, SWICA
- Diana Hardie, Swiss Health Startups
- Fabian Sommerrock, Galenica
- Oliver Strehle, Forum suisse des soins intégrés (fmc)

Contributeur·rice·s des cas d'usage

Un grand merci aux auteur·rice·s des différents cas d'usage :

- Benecura BPCO – Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG
- Benecura ICC – Andri Färber, CEO, AD Swiss Net AG
- BookaDoc – Simone Kansy, Galenicare, Digital Health Manager
- HelloBetter – Birgit Schmid, Responsable de la psychologie, santé24
- SWICA Benecura – Livia Jacob, Product Owner, santé24
- TytoHome – Livia Jacob, Product Owner, santé24
- Pratique d'urgence télémédicale MEAS – Belinda Wenger, Head of Business Development & Implementation, Medgate