

Le Docteur D. Widmer et M. P.-Y. Maillard ouvrent le congrès des étudiants

Jeudi 4 juillet 2012, 11h15. Walk-in patients, contraception et trisomie, remboursement des lunettes, s'occuper de son conjoint atteint d'Alzheimer... Une trentaine de posters habillent le hall des auditoriums du CHUV. Ils illustrent la curiosité et l'intelligence des étudiants de troisième année de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne qui ont enquêté quatre semaines au cœur de la communauté. 150 futurs médecins, qui – à la veille des vacances – sont au rendez-vous pour présenter leurs travaux. Rassemblés dans un auditorium, accompagnés de leurs tuteurs, un brin anxieux, ils se concentrent. Dans quelques minutes ils exposeront leur recherche devant leurs pairs, leur tuteur et leurs enseignants.

Quatre de leurs projets sont publiés dans le présent et dans le dernier numéro de PrimaryCare. En ouverture de ce Congrès de l'Imco (immersion communautaire), un médecin généraliste et un politicien exposent leur vision de l'avenir du travail en réseau.

Pierre-Yves Maillard, Daniel Widmer

Le travail en réseau vu par un médecin généraliste et un conseiller d'Etat

Le 17 juin 2012, le peuple et les cantons suisses rejettent la loi sur les réseaux de soins, par crainte de perdre le libre choix du médecin ou d'encourager une médecine à deux vitesses. Cette loi proposait un forfait par patient inscrit dans un réseau et des incitatifs financiers pour faire adhérer les patients. Pour les soignants et l'Etat, la volonté de travailler en réseau et de mieux coordonner les soins demeure.

A partir d'une situation clinique, voici les réflexions croisées du Docteur Daniel Widmer, médecin généraliste à Lausanne et du conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, chef du département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud.

Une situation clinique

Daniel Widmer

Simone, 82 ans, revenu modeste, souffrant de polyarthrose et de diabète

Vivant au quatrième étage d'un immeuble sans ascenseur, Simone, 82 ans, se déplace en déambulateur. Elle souffre de polyarthrose et d'une polyneuropathie diabétique. Faute de moyens, elle doit renoncer à acquérir un Secutel, un bracelet télé-alarme à actionner en cas de chute. Le canton de Vaud compte nombre de personnes vivant dans une certaine précarité, qui, comme Simone, ont besoin de soins à domicile.

Simone vit seule, elle est veuve, sans enfant ni frère et sœur. A la mort de son père, elle épousa un homme de 20 ans son aîné, qui décéda 20 ans plus tard. «Avec mon père j'ai toujours été une gamine et avec mon mari une jeune fille» confie-t-elle à son médecin: une figure masculine qui compte beaucoup pour elle. Elle ne parle quasi jamais de sa mère sauf pour dire qu'elle a fait souffrir son père, un être exceptionnel, bien trop patient. Ses parents ont fini par se séparer. Simone oscille depuis toujours entre idéalisation et

disqualification, une vision clivée qu'elle applique aux soignants, classés en bons ou méchants.

Le réseau de professionnels qui soignent Simone

Le médecin traitant de Simone lui découvre un diabète à 65 ans. A 77 ans son diabète se complique d'un ulcère malléolaire droit. A la demande du médecin traitant, l'infirmière référente du Centre médico-social (CMS) intervient pour la première fois à domicile. Une infirmière spécialisée en soins de plaies se rend épisodiquement chez Simone pour superviser les soins d'ulcère. Mais un an après, l'ulcère est toujours ouvert. En l'absence du médecin traitant, son associé émet des doutes sur l'observance thérapeutique de Simone et introduit un semainier. L'ulcère se referme. L'infirmière du CMS lui rend visite une fois par semaine pour remplir le semainier et contrôler la compliance.

En 2010, Simone perd son allocation communale diabète, suite à l'évaluation de la diététicienne du CMS: un revenu qui lui permet-



© Dundanin, Dreamstime.com

taut de faire face aux frais supplémentaires d'une alimentation adaptée. Elle se décourage et néglige son traitement. Son diabète s'aggrave et l'ulcère s'ouvre à nouveau. Repas à domicile, auxiliaires de soins pour le pansement, la remise des médicaments et l'aide à la toilette: le réseau s'intensifie. Simone se sent envahie. Une nouvelle infirmière du CMS – qui trouve le médecin traitant peu proactif – lui propose l'intervention d'une infirmière spécialisée appartenant à une *filiale diabétologie* (groupe de médecins, diabétologues, infirmières et podologues spécialisés dans le traitement du diabète). Le médecin accepte, sans être convaincu. Simone s'offusque de cette intervention supplémentaire, se plaint à son médecin, devient agressive en particulier avec les auxiliaires qui souvent repartent sans avoir pu faire les soins prévus. Simone a des idées noires. Après une rencontre de l'infirmière référente et du médecin traitant, l'équipe du CMS renonce à la filiale et réadapte ses objectifs thérapeutiques à la baisse, afin de redonner à Simone des responsabilités dans son traitement: elle gère à nouveau la prise de ses médicaments et sa toilette. Aujourd'hui, Simone vit toujours à domicile grâce à la prise en charge coordonnée entre des soignants qui la connaissent bien: son médecin traitant et le CMS.

Les ingrédients d'un réseau réussi selon le médecin généraliste

- **Formuler des objectifs thérapeutiques clairs**, partagés entre les différents intervenants et surtout en accord avec ceux du patient constitue la base pour un travail en réseau coordonné. Cela peut impliquer de renoncer à des objectifs excessifs pour le patient.
- **Définir des règles de fonctionnement** entre les professionnels impliqués dans le traitement d'un patient – y compris le médecin traitant. La question est de savoir si le médecin traitant est périphérique au réseau ou intégré dans le réseau. Idéalement il devrait participer à la définition des règles.
- **Privilégier la cohérence** entre les soignants, les services sociaux et les assurances sociales. Si l'on doit tenir compte des possibilités et des limites des différents intervenants, notamment des limites budgétaires, il faut être particulièrement attentif aux conflits d'intérêt. Dans l'histoire de Simone, la diététicienne fait partie d'un service d'aide et de soins et évalue le bien fondé d'une allocation. Le conflit d'intérêt n'a pas échappé à Simone qui se sent injustement trahie.
- **Tenir compte de la relation entre le patient et les soignants dans la continuité** et ne pas la négliger au profit des objectifs thérapeutiques immédiats. Avoir un lieu d'échange entre soignants, où l'on ne dévitalise pas l'espace relationnel et la fonction soignante pour des tâches administratives de monitoring.
- **Déléguer des tâches en respectant l'intérêt du patient** et non pour des raisons économiques. La délégation des tâches est inéluctable dans les situations de soins complexes, mais nécessite une claire définition des rôles et des responsabilités, ainsi qu'un leadership. C'est la relation dans la continuité et la confiance du patient qui imposent le leadership.
- **Privilégier une approche globale et locale**, grâce à des échanges entre professionnels qui se connaissent et soignent une population de la même région (vision horizontale), plutôt qu'une approche par pathologie (vision verticale).

L'avenir du travail en réseau selon le politicien

Pierre-Yves Maillard

Le canton de Vaud n'a pas à envier les autres cantons. Médecins, assistants sociaux, livreurs de repas, aides à domicile, aides au ménage, infirmières à domicile, autant d'efforts conjugués qui permettent à Simone et ses pairs de vivre à domicile dans une certaine qualité de vie. Une qualité de vie qui cependant, c'est inévitable, s'est dégradée par rapport à celle de sa jeunesse. Le taux d'hébergement en Etablissement médico-social (EMS) dans le canton de Vaud est de 30% inférieur à la moyenne suisse. Dans bien des pays, Simone serait décédée depuis longtemps dans un dénuement et une dégradation de sa santé accentués par le fait qu'elle n'a pas de famille ni de proches pour l'entourer. Si l'AVS, le 2^e pilier et les prestations de santé développées ont fait massivement reculer la misère matérielle des personnes âgées, leur isolement, leur misère sociale ou leur désert affectif demeurent des défis non résolus.

La bonne décision thérapeutique au bon niveau

Faut-il envoyer Simone dans un EMS? Doit-elle intégrer une filiale diabète – groupe de médecins, diabétologues, infirmières et podologues, spécialisés dans le traitement du diabète? Faut-il l'hospitaliser? Simone souhaite-elle vivre le plus longtemps possible ou préfère-t-elle rester le plus longtemps chez elle? Qu'est-ce qui lui tient à cœur? Les réponses à ces questions ne peuvent être mesurées qu'à l'échelle de la personne humaine. La médecine est par conséquent un humanisme: s'approcher de la personne, avoir une épaisseur de réflexion pour trouver les bons compromis, les arbitrages nécessaires à l'échelle de la personne. Par analogie, dans la médecine de pointe, un politicien ne peut pas décider de l'âge limite auquel il est raisonnable d'ouvrir un cœur. Un système, un Etat, une organisation ne peut pas régler la foultitude de décisions thérapeutiques qui incombent aux soignants directs. Dès que le système impose des normes, il devient «inhumain». Par contre, l'Etat doit s'assurer que les futurs professionnels de la santé, les futurs médecins soient préparés, non seulement à soigner une maladie ou réparer un organe, mais aussi à adopter une approche adaptée à la personnes qu'ils ont en face d'eux et à ses valeurs. Donner aux personnes tous les soins dont elles ont besoin, ni plus ni moins.

Un budget global pour mieux coordonner la première ligne

L'Etat peut encore améliorer l'organisation des soins entre l'hôpital, les EMS, les soins à domicile et le médecin traitant. Le canton compte 50 CMS pour 700000 habitants: une densité exceptionnelle, des professionnels proches des gens, une organisation rationnelle de toute une série de prestations. Cependant la coordination avec les médecins traitants et hospitaliers doit encore se renforcer.

Le dossier informatisé du patient, accessible au patient, au médecin traitant, aux soins à domicile, aux EMS et à l'hôpital représente un outil idéal de partage de l'information. De nombreux obstacles retardent son application: évolution des mentalités, protection des données, harmonisation des systèmes au sein d'un même hôpital, entre les hôpitaux et informatisation des cabinets.

Décloisonner le financement des tâches de santé publique représente un autre levier pour accroître la coordination entre les acteurs. Les réseaux de soins construits sur la volonté de l'assureur ne permettent pas d'inclure tous les patients. La situation de Simone s'avère trop coûteuse pour certaines caisses maladie. En effet, aujourd'hui, dans les réseaux tels qu'ils existent déjà, le taux de lourdeur de cas est deux fois moins élevé que celui de la moyenne dans l'ensemble de la population. La péréquation des risques entre assureurs n'étant pas réglée – il n'y aurait qu'un seul moyen de la régler (la caisse unique) – les caisses maladies tendent à éviter les cas complexes et chers. Si les soins à domicile sont économiques dans leur globalité, répartis de façon inéquitable entre les caisses maladie, ils ne sont pas encouragés suffisamment.

L'Etat peut proposer un modèle régional, basé sur une offre populationnelle et non assécurologique, contrairement à la loi fédérale sur les réseaux. Dans son projet pilote dans le Nord vaudois, le canton pourrait intervenir en distribuant un budget global à un pôle d'acteurs de santé publique chargés de compenser ce qui fait défaut dans le système. L'idée est d'encourager l'hôpital de zone, les EMS et CMS de la région et les médecins généralistes de la région à créer une structure juridique à qui l'Etat alloue des moyens pour les tâches de santé publique, au lieu de les allouer à l'hôpital, comme c'était le cas traditionnellement. Ce découplage des financements permet aux décisions en faveur du patient de se prendre à l'échelle des soignants. Il peut s'agir d'une aide au ménage, ou encore d'un renfort médical qui permettrait par exemple de poser une perfusion à l'EMS et d'éviter une hospitalisation. Aucun moyen théoriquement ne permet de subventionner le travail que fait un médecin généraliste qui ferme son cabinet une heure ou deux pour se déplacer au domicile des patients et tenir un colloque avec l'infirmière des soins à domicile, des prestations d'intérêt général. L'Etat a en principe une porte d'entrée pour financer en direct le système de santé: ce sont les subventions à l'hôpital d'une part, aux EMS d'autre part et aux soins à domicile.

L'objectif est de renforcer les liens entre soins de première ligne et hôpital, dans un contexte politique peu enclin à financer des tâches de santé publique – des tâches de podologie pour des diabètes lourds par exemple – mais assez flexible quant au budget des hôpitaux. Pourtant une augmentation de 3% du budget de l'hospitalisation, qui s'élève à 800 millions dans le canton de Vaud, cela représente une somme conséquente. Analyser le budget des hôpitaux et utiliser plus efficacement les subventions pour des tâches de santé publique, figurent parmi les objectifs de la nouvelle législature. Cette année, l'Etat a retenu deux millions sur les huit cents millions des enveloppes du CHUV et des hôpitaux de zone. Cet argent est redistribué aux hôpitaux qui achètent des prestations aux soins à domicile et qui réduisent les attentes de placement en EMS afin de diminuer la durée moyenne de séjour

hospitalier des patients. En demandant aux acteurs, comme dans le réseau du Nord vaudois, de se mettre d'accord sur l'utilisation de la subvention cantonale, l'Etat fait le pari de créer un système un peu plus vertueux au sein d'une région. La fusion ou la synergie institutionnelle est visée parmi les différents professionnels qui s'occupent d'une population. La multiplicité des acteurs va forcément augmenter les occasions de conflits, mais le développement d'une culture interprofessionnelle permettra de fluidifier le fonctionnement.

Le médecin de premier recours est une des pièces maîtresses de l'édifice. La formation a déployé beaucoup d'efforts pour stimuler la médecine générale: stages en cabinets et dans la permanence PMU-Flon. Il manque aujourd'hui un modèle économique attractif qui donne envie aux médecins de faire ce métier, qui restructure l'offre et revalorise les prestations. L'Etat pourrait encourager la création de pôles de médecine générale avec trois ou quatre médecins, une ou deux infirmières, des équipements de laboratoire et de radiologie et des tâches administratives mutualisés, un tournus de la garde, des temps partiels possibles, et pourquoi pas du salariat qui offre une prévoyance professionnelle plus sûre et moins de risques financiers personnels. Ce modèle permet aussi des horaires d'ouverture du cabinet atypiques, qui tiennent compte des besoins de la clientèle. A cela doit s'ajouter une tarification des actes et un dédommagement de la médecine générale qui soit supérieure à celle d'aujourd'hui. Cette hausse doit se faire par une baisse de certains tarifs dans certaines disciplines hyper-spécialisées aujourd'hui trop élevés. Pour encourager ce nouveau modèle, l'Etat, en partenariat avec la société médicale, pourrait apporter une aide aux médecins qui décident d'ouvrir un cabinet de groupe. Sans ce type d'impulsion, le risque est de laisser la porte ouverte à l'installation de groupes économiques ou d'assureurs qui vont écrémer le marché dans les régions rentables et laisser périliter les petits cabinets isolés. Le rôle de l'Etat, de la profession et des financeurs, les contre parties et le contrôle devront être sérieusement débattues. Ce sont des enjeux qui sont au cœur du système.

Correspondance:
Dr Daniel Widmer
Spécialiste en médecine générale FMH
2, av. Juste-Olivier
1006 Lausanne
widmer[at]primary-care.ch