



Articles publiés
sous la direction de

NICOLAS SENN

Institut universitaire
de médecine de
famille, PMU,
Lausanne

Développement des soins primaires: place au dialogue, à la création de connaissances et à l'action!

Pr **NICOLAS SENN**

Il y a dix ans, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) annonçait «Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais», où en est-on aujourd'hui? Les systèmes de santé ont-ils vraiment changé? Si nous regardons la situation en Suisse, franchement, nous pouvons avoir quelques doutes. Le système reste essentiellement tourné vers des soins spécialisés de pointe prodigués souvent dans des hôpitaux. En médecine de famille, il y a eu certes des progrès, une meilleure visibilité dans les textes de loi et dans les universités. Mais le modèle de cabinet de médecine de famille n'a guère évolué. Nous sommes toujours largement à l'ère du cabinet «solo». L'interprofessionnalité? On en parle dans quelques cercles restreints. Mais il faut bien avouer que pour la grande majorité des cabinets, c'est, au-delà du traditionnel tandem médecin-assistant-e médical-e, une réalité encore lointaine. Nous constatons également que l'environnement de la politique sanitaire actuelle ne favorise pas particulièrement l'innovation et le développement de nouveaux modèles de soins. Notamment pour des raisons de financement de la médecine ambulatoire. En effet, un système de financement à l'acte ne laisse pratiquement aucune place à des activités de soins autres que la réponse immédiate par un médecin à un problème de santé en général aigu. Il y a fort heureusement des exceptions, et quelques initiatives des politiques sanitaires cantonales permettent d'imaginer qu'une évolution vers un renforcement des soins primaires est possible.

CRÉER DE NOUVELLES CONNAISSANCES

Quand nous parlons de développement de soins primaires, nous devons évoquer un

certain nombre d'enjeux qu'il est nécessaire de mettre en perspective. Nous pouvons nommer, entre autres, quatre zones de tensions.

Premièrement entre l'individu et la population. En effet, des soins primaires de qualité doivent adopter une double vision, à la fois pour des soins individuels de qualité aux patients tout en étant à même de garantir la santé du plus grand nombre.

Deuxièmement, et c'est une conséquence du premier enjeu, il existe une résonance entre le «micro» et le «macro». C'est-à-dire que ce qui se passe dans un cabinet (micro) est fortement dépendant et complémentaire de ce qui se passe au niveau d'une région, d'un canton ou du pays (macro).

Troisièmement, quand nous évoquons le développement de nouveaux modèles de fonctionnement, il y a une complémentarité entre l'expérimentation de terrain et la recherche sur les services de santé pour créer de nouvelles connaissances. En effet, les cabinets sont des lieux idéaux pour créer, tester de nouvelles façons de fonctionner. Mais pour permettre de comprendre l'impact de nouveaux modèles de soins sur une population, il est indispensable d'avoir une complémentarité avec une recherche à caractère «académique» permettant d'étudier les multiples interactions que représentent des interventions complexes dans un système. En effet, comme l'ont récemment écrit Trisha Greenhalgh et Chrysanthi Papoutsis dans un excellent article, l'étude de la complexité en recherche sur les services de santé nécessite une approche logique et pragmatique propre.¹ La création de connaissances dans ce domaine est en effet un processus non linéaire (contrairement aux études classiques de type essais cliniques

LA CONSTANTE TENSION QUI EXISTE ENTRE LA STABILITÉ ET LA TRANSFORMATION

Bibliographie

1

Greenhalgh T, Papoutsis C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med* 2018;16:95.

randomisés) qui s'enrichit et se transforme au fur et à mesure que les interventions complexes se développent.

Finalement, peut-être que l'enjeu majeur est la constante tension qui existe entre la stabilité (ne rien changer, cela ne fonctionne pas si mal) et la transformation (avoir envie de faire différemment).

LA NÉCESSITÉ D'UN DIALOGUE

Si l'on souhaite avancer, en ayant en tête les enjeux précédemment cités, il est grand temps de réunir tous les acteurs concernés: soignants, médecins, chercheurs, spécialistes de santé publique et décideurs politiques. En effet, quand on y regarde de plus près, les

rencontres, congrès ou conférences organisés dans ce domaine, sont en réalité très cloisonnés: les chercheurs entre eux, les politiciens de leur côté et en général les soignants et médecins dans les cabinets! Alors oui, un symposium qui s'adresse à tous, confronte les points de vue, ouvre un dialogue, qui plus est international, est nécessaire.

Ce supplément de la *Revue médicale suisse*, compte-rendu d'un symposium international sur les soins primaires qui s'est tenu à Lausanne le 18 juin, offre un bref tour d'horizon de quelques innovations marquantes en France, Belgique, Suisse et au Québec et des réflexions qui permettront, nous l'espérons, d'ouvrir la voie à de nouveaux modèles d'organisation des soins primaires.

Stéphanie Monod: « L'Etat a tout intérêt à valoriser la coordination des soins »

INTERVIEW DE STÉFANIE MONOD PAR STÉPHANY GARDIER



Dr STÉFANIE MONOD

Direction
Service de la santé publique
Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne
stefanie.monod@vd.ch

La cheffe du Service de santé publique de l'Etat de Vaud, Stéphanie Monod, a présenté la conférence d'ouverture du Symposium francophone de soins primaires qui s'est tenu le 18 juin dernier à Lausanne. Elle y a rappelé les enjeux de santé publique auxquels fait face la Suisse, et présenté les objectifs de mi-législature pour son canton, qui ont depuis été détaillés dans le *Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022*. La médecine de première ligne et le renforcement de la communauté sont au cœur de la vision du système de santé que défend Stéphanie Monod.

La médecine de premiers recours a-t-elle trop longtemps été négligée par le système de santé?

Négligée je n'espère pas, mais nous avons peut-être trop longtemps considéré que la médecine de premier recours était un enjeu trop lointain, inaccessible. Il est certain que le système de santé actuel repose principalement sur les institutions de soins, or cela pose divers problèmes. Ces institutions travaillent encore trop souvent en silos et ce modèle ne permet pas d'avoir une approche suffisamment centrée sur le patient. Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, il est temps que l'Etat prenne la mesure des possibilités qu'offrent les acteurs de première ligne, les médecins bien sûr, mais aussi les autres acteurs communautaires. La coordination des soins, notamment entre médecine de premier recours et institutions, est un enjeu central. Il va nous falloir inventer de nouveaux modes d'exercice et de collaborations, que nous allons tenter de contractualiser ensemble.

Le mot même de « contractualisation » n'est pas toujours bien perçu par les soignants qui exercent en libéral. Comment comptez-vous les convaincre?

Je suis bien consciente des réticences et des craintes qu'il peut y avoir. Mais contractualisation ne veut pas dire étatisation! L'heure est venue de sortir du modèle des indépendants qui exercent en solo et sont payés à l'acte. Nous misons ici sur une collaboration et mutualisation « gagnant-gagnant ». L'Etat a tout intérêt à investir, à légitimer et à valoriser ce temps de coordination parce qu'à l'usage, le système tout entier va en tirer un bénéfice. Et là où nous pouvons être pionniers, c'est dans la construction d'une démarche tout à fait formelle de

partenariat avec la médecine de premier recours, encore trop isolée.

L'évolution des cabinets pour ce renfort communautaire se fera, j'en suis sûre, de manière itérative. Il y a de plus en plus de groupes de professionnels qui sont convaincus de la nécessité d'une meilleure coordination, de nouveaux modèles, et avec lesquels nous allons mener des tests. Quand les gens verront que leurs confrères sont satisfaits, nous espérons que cela fera tâche d'huile.

Un test va justement débuter à Lausanne en 2019, pouvez-vous nous en dire plus?

Nous allons tester un modèle pilote avec le Pr Nicolas Senn dès l'année prochaine. Il reposera sur trois piliers: l'inscription de la patientèle, une infirmière case manager, et un plan de soins partagé. Il s'agit des premiers contrats entre le canton de Vaud et des cabinets d'indépendants. Nous assurerons en particulier une partie du salaire de l'infirmière et des frais de coordination.

Mais je pense qu'assez vite nous allons avoir d'autres ambitions d'interdisciplinarité, ou de meilleures articulations santé-social, prévention-soins, dans des structures type maisons de santé. Il y aura sans doute plusieurs initiatives qui se développeront en parallèle et la porte reste ouverte aux autres expérimentations.

Les infirmières sont donc un des piliers de cette évolution des pratiques et du système?

Je le pense. Mais cela veut dire que l'on va devoir travailler en parallèle sur des modèles qui poussent cette profession dans cette responsabilité-là. On a perdu en Suisse romande cette notion d'infirmière de santé communautaire, ou d'infirmière de santé publique. A mon avis, on a besoin de retrouver des infirmières dans la veine de celles qui allaient faire de la prévention des infections dans les quartiers à Lausanne, expliquer le lavage des mains ou comment on s'occupe des enfants; cet ancrage terrain très fort dans cette dimension de prévention mais aussi de soins. D'ailleurs, sortir d'un modèle en silos, prévention d'un côté et soins de l'autre, va être aussi nécessaire. Il doit y avoir quelque chose de plus perméable, y compris en termes budgétaires. Il faut sortir des compartiments et penser à la fois meilleure prévention du déclin fonctionnel pour les personnes déjà malades, et meilleur état de santé possible pour les citoyens aujourd'hui en bonne santé.

Faire évoluer la formation des soignants est également nécessaire?

Sans aucun doute, et nous soutenons fortement le cursus d'infirmière de pratique avancée. Mais cela ne sera pas suffisant. L'activité infirmière est aujourd'hui beaucoup dans l'activité médico-déléguée. On doit sortir de ces carcans pour retrouver une autonomie des infirmières, notamment dans

les domaines de l'évaluation fonctionnelle, de la prévention et de l'accompagnement. C'est un dialogue que nous devons donc aussi avoir avec les écoles sur ce recentrage dans ces dispositifs. On avance bien avec le Département de la formation, et nous devrions aboutir à une plateforme commune, de sorte à aligner nos stratégies dans le domaine des hautes écoles en santé et social. Il est primordial de mettre en cohérence les enjeux stratégiques et la formation. Il faut maintenant voir les choses autrement. Les infirmières doivent pouvoir réhabiliter ce champ communautaire et de santé publique qui n'est aujourd'hui habité par personne. J'ai été très intéressée par la présentation sur le fonctionnement de l'association française ASALEE (voir pp. 1963-4), où les infirmières ne sont pas dans une position de délégation. Et le modèle de financement indépendant des praticiens me semble assez sain. Développer ce type de ressources en Suisse romande pourrait être un atout.

Comment l'Etat peut-il concrètement soutenir cette évolution des pratiques?

Le financement est un des aspects importants. Une approche mixte est nécessaire car si les acteurs de terrain peuvent s'organiser, ils sont parfois très vite aux limites. Les cabinets qui ont déjà une infirmière sont aujourd'hui, avec le Tarmed, en difficulté pour faire face aux besoins financiers. Il faut que le partenaire Etat voit le sens et considère qu'il a de l'intérêt à investir ici. Et on ne pourra investir dans la communauté qu'en réduisant la croissance de secteurs stationnaires, qui représentent de très gros budgets. Réduire la croissance de 1% des lits d'EMS, par exemple, permettrait la bascule de plusieurs millions sur la communauté. L'unité de mesure n'est pas du tout la même entre le secteur stationnaire et le communautaire. Peu d'argent dévié de l'hôpital représente énormément d'argent pour la communauté. Il faut une vraie volonté politique et publique pour créer cette contractualisation. Par ailleurs, nous avons créé la Fondation Avenir Santé, qui

est un partenariat entre la Société vaudoise de médecine et le Département de la santé, et qui propose un appel à projets pour des modèles interdisciplinaires, qui seront soutenus par des bourses. C'est un autre moyen de soutenir des personnes qui s'engagent dans des modèles un peu différents, avec une vision populationnelle élargie.

Le dossier électronique patient (DEP) serait un outil important pour soutenir la coordination des soins. Sera-t-il bientôt opérationnel?

Pour l'instant, nous restons sur l'échéance de 2019 mais nous sommes tributaires d'un nouveau contrat actuellement en négociation avec la Poste. Finalement, ils ont renoncé à développer leur propre logiciel et devraient avoir recours à une plateforme autrichienne qui est déjà utilisée, ce qui nous rassure.

Mais une fois que ce souci logistique sera réglé, la grande question qui reste en suspens, c'est: que mettre dans le DEP? Le principal risque est de faire une immense bibliothèque, avec tous les rapports, les comptes rendus, les données, mais au final impossible à utiliser.

Nous voudrions produire des données structurées qui soient directement utilisables par le logiciel du cabinet, ou de l'hôpital. Que le médecin n'ait pas à aller chercher les données ou les recopier dans son propre logiciel. Le fait de s'être unis à cinq cantons au sein de l'association Cara devrait nous aider. Le DEP sera ainsi un seul et même produit, intercantonal. Et même si sa vitesse de déploiement dépendra de chacun des cantons, nous allons mutualiser nos capacités à aller plus vite sur l'interopérabilité. Cela permettra aussi de diminuer les coûts de développement.

**L'ÉVOLUTION
DES CABINETS
POUR CE RENFORT
COMMUNAUTAIRE
SE FERA DE
MANIÈRE ITÉRATIVE**

1 www.vd.ch/fileadmin/user_upload/accueil/Communique_presse/documents/Rapport_sur_la_politique_de_sant%C3%A9_publique_VD_2018-2022.pdf

France

La tendance est au regroupement et à la pluriprofessionnalité

Rédaction: ÉLISABETH GORDON – Experts: Pr HECTOR FALCOFF, Dr YANN BOURGUEIL et GAËLLE SAVIGNEAU

Rev Med Suisse 2018; 14: 1963-4

Des maisons de santé pluriprofessionnelles et des communautés professionnelles territoriales de santé ont été créées pour favoriser les collaborations entre les différents acteurs du secteur. Les médecins de famille peuvent aussi compter sur le soutien des infirmières du dispositif ASALEE pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Le secteur de la santé français ne fait pas exception et est aujourd'hui confronté à de multiples défis. La France, qui compte déjà de nombreux déserts médicaux, fait face au vieillissement des médecins généralistes – conséquence d'une politique soutenue de réduction du nombre de médecins des années 1980 aux années 2000 – alors que les nouveaux venus dans la profession aspirent à une meilleure qualité de vie et ne souhaitent plus travailler autant que leurs aînés. L'accès aux soins primaires, comme spécialisés, reste également très inégal dans l'Hexagone. L'heure est donc au regroupement.

DES ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES

Le mouvement d'organisation des soins a été amorcé en 2000 avec l'apparition des premiers réseaux de santé¹ qui, à l'origine, étaient essentiellement monopathologiques. «C'était un début de coordination entre la ville et l'hôpital», constate Hector Falcoff, médecin généraliste et ancien professeur associé à l'Université Paris-Descartes. Quatre ans plus tard naissaient les premières maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).²

La loi de modernisation du système de santé, promulguée en 2016, a donné une nouvelle impulsion à cette initiative en créant la notion d'«équipes de soins primaires» regroupant divers professionnels de santé autour de médecins généralistes. Travaillant au sein d'une MSP (dans le secteur libéral) ou d'un centre de santé (dans le secteur public), elles élaborent «un projet de santé fondé sur les besoins de leur patientèle». Cette loi a aussi donné naissance au concept de communauté

professionnelle territoriale de santé (CPTS) qui s'adresse à une population plus large que la patientèle sur un territoire déterminé (de l'ordre de 100 000 habitants, avec de fortes variations entre les zones urbaines et rurales). Selon les termes de la loi, «une CPTS est composée de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux». Plusieurs réformes ont conduit au renforcement progressif du rôle des acteurs de soins primaires, notamment la loi de 2004 qui avait instauré une incitation financière des assurés à s'inscrire auprès d'un médecin traitant de leur choix et à s'adresser à lui en priorité. L'introduction des listes de patients inscrits, essentiellement auprès des médecins généralistes, a ainsi permis d'introduire de nouveaux modes de paiement des praticiens, notamment en équipes pluriprofessionnelles au sein des maisons de santé.

LE DISPOSITIF ASALÉE

Dans la foulée de la mise en place des maisons de santé, en 2004, «des médecins généralistes du département des Deux-Sèvres ont modélisé et testé le travail en équipe avec des infirmières libérales dans leur cabinet pour proposer des consultations d'éducation thérapeutique, notamment aux patients diabétiques.³ Cela ne s'était jamais fait auparavant», explique Gaëlle Savigneau, infirmière ASALEE (Action de santé libérale en équipe). Le dispositif ASALEE a été créé peu après. Il s'agit d'une «structure innovante et évolutive qui permet la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmières de santé publique» (figure 1). Bénéficiant d'un financement mixte (ministère de la Santé et Assurance maladie), elle s'est depuis développée au niveau national et compte aujourd'hui environ 550 infirmières «déléguées à la santé publique», qui collaborent avec 1800 médecins généralistes (soit

environ 4% des médecins généralistes) et 8 ingénieurs de support.

«Le médecin reste le coordinateur des soins», précise Gaëlle Savigneau. C'est lui qui oriente les patients chroniques vers les infirmières ASALEE et leurs consultations de prévention, d'information, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, etc. Sous sa délégation, ces infirmières peuvent aussi prescrire certains actes (comme des examens biologiques) qui contribuent à la continuité de la prise en charge des malades chroniques. «Le patient reste au centre du dispositif et nous nous adaptons à ses besoins», souligne l'infirmière. Le travail du médecin généraliste s'en trouve simplifié. Il n'a pas à rémunérer les infirmières qui sont employées, et donc payées par ASALEE, soit sous forme salariée, soit sous forme de vacations en gardant leur statut libéral. Le médecin est seulement tenu de mettre un local à leur disposition, de signer un contrat de coopération et de s'engager à collaborer avec elles.

ORGANISATION TERRITORIALE

De leur côté, Hector Falcoff et ses collègues ont créé, en 2011, une structure territoriale, le Pôle santé Paris 13. Le 13^e arrondissement de la capitale française compte 187 000 habitants «dont le revenu médian est un peu plus bas que la moyenne

FIG 1 Organisation du dispositif ASALEE

ASALEE: action de santé libérale en équipe.

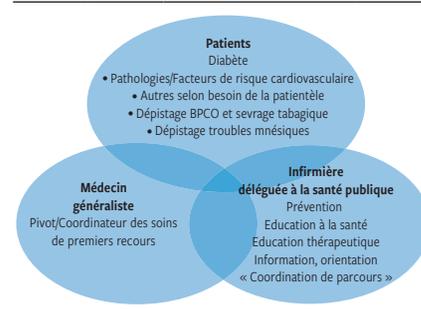


FIG 2 Modèles d'organisation des soins

S'inspirant du modèle proposé en Belgique, Hector Falcoff distingue quatre niveaux «qu'il faut prendre en compte dans l'organisation des soins», précise-t-il.

- Le niveau «nano» est celui du professionnel de santé qui interagit avec les patients et leur famille.
- Le niveau «micro» est celui des équipes de soins primaires, des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des Centres de santé (CS). Il vise à répondre aux besoins de santé d'une patientèle bien définie, inscrite sur une liste.
- Le niveau «meso», qui est celui des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), couvre une plus large population et met en réseau les équipes de soins primaires.
- Le niveau «macro» est celui de la politique nationale de la santé. C'est là que «se décident notamment les budgets de la santé, que se négocient les conventions entre professions de santé et assurance maladie, que sont fixés les *numerus clausus* pour les étudiants, etc.».



parisienne». Il abrite des ménages modestes et plusieurs foyers de migrants. En outre, il existe de grandes différences socio-économiques entre ses quartiers Nord et Sud. Suivant la «loi» des soins inversés de Julian Tudor Hart, la disponibilité des soins médicaux est inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie; des «micro-déserts médicaux» se sont ainsi créés en plein Paris, souligne Hector Falcoff.

A cette situation répondaient «des interventions non coordonnées et redondantes d'acteurs de l'hôpital, de l'Assurance maladie, de la santé publique». Persuadés que «les soins primaires étaient le chaînon manquant du système», le médecin et ses confrères ont élaboré «une structure légère, bénéficiant d'un financement annuel, comprenant une dizaine de référents-projet. Le Pôle santé Paris 13 implique aujourd'hui une centaine de professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.) sur les six cents présents dans l'arrondissement. Ce pôle a déjà mené de nombreuses actions – dépistage des hépa-

tites B et C, du VIH et du diabète dans les foyers de migrants, participation au Mois sans tabac, etc. Afin d'améliorer l'accès aux soins primaires, il a aussi suscité l'installation de maisons de santé à proximité des quartiers les plus défavorisés de l'arrondissement. L'intégration de réseaux de santé et d'organisations médico-sociales dans un guichet unique, afin d'améliorer la prise en charge des cas complexes, est aussi en projet.

Cette expérience a convaincu Hector Falcoff que les «médecins ne doivent pas rester avec leur salle d'attente comme seul horizon» et qu'il faut établir une synergie entre le niveau «meso» (celui du territoire) et le niveau «micro», (celui du cabinet médical, **figure 2**). Cela implique que des médecins soient prêts à consacrer une fraction de leur temps (10 à 20% par exemple) aux organisations territoriales. Une autre nécessité s'impose aux professionnels de santé, conclut-il: celle «d'apprendre à coconstruire des actions avec les citoyens, les habitants, les usagers et les patients».

LA SITUATION DE LA MÉDECINE DE FAMILLE EN FRANCE

Sur les 220 000 médecins dénombrés en France, environ 50% sont généralistes. Dans le secteur ambulatoire, on en dénombre environ 50 000 pratiquant la médecine générale et à peu près autant de spécialistes (ces derniers exerçant également en clinique). Plus de 50% de ces médecins généralistes travaillent en groupe, une proportion qui varie selon les régions (70% en Pays de Loire, par exemple, selon les derniers chiffres de l'Agence régionale de santé.) On assiste à un «vieillissement considérable des médecins généralistes». A Paris, l'âge médian est de 57 ans. 70 à 75% des étudiants en médecine sont des femmes.

1 Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* Irdes 2010;157.

2 Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS): www.ffmps.fr/index.php

3 Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010;98:131-43.

HECTOR FALCOFF GAËLLE SAVIGNEAU

Pôle santé Paris 13
31, place Jeanne d'Arc
75013 Paris
hector.falcoff@sfr.fr
gsavigneau.asalee@gmail.com

YANN BOURGUEIL

Institut de recherche et documentation
en économie de la santé
20, avenue Georges Sand
93210 la Plaine Saint Denis.
yann.bourgueil@ehesp.f

Belgique

Coordination et intégration sont au centre des réformes

Rédaction: ÉLISABETH GORDON – Experts: Pr JEAN MACQ, Dr HUBERT JAMART et MONIQUE FERGUSON

Rev Med Suisse 2018; 14: 1965-6

La Belgique a entrepris des réformes pour faire face au morcellement de son système de santé. Dans le domaine des soins primaires, elle a fait œuvre de pionnier en créant, dès les années 1970, des maisons médicales pluridisciplinaires qui connaissent un beau succès.

La Belgique compte trois régions: la Wallonie, la Flandre et Bruxelles-Capitale ainsi que trois communautés (flamande, la fédération Wallonie-Bruxelles et germanophone) «qui ne se superposent pas», constate Jean Macq, médecin de santé publique et professeur à l'Institut de recherche santé et société et à la Faculté de santé publique de l'Université catholique de Louvain (UCL). Ce découpage se répercute dans le secteur de la santé, placé sous la responsabilité de huit ministres, «qui ont des difficultés à s'accorder», relève le médecin. Cette organisation conduit aussi au morcellement des compétences entre les niveaux fédéral, régional et communautaire qui sont tenus de négocier constamment les uns avec les autres.

MULTIPLES DÉFIS

La médecine de famille belge, comme celle des pays voisins, est confrontée à de multiples défis:¹ vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques et mentales, développements de la technologie, changements des attentes des soignants, inégalités sociales, définition du rôle de l'Etat dans la protection sociale, pénurie de médecins généralistes particulièrement dans les zones rurales. Elle a donc entrepris des réformes qui ont pour mots clés «coordination et intégration»,² précise Jean Macq. L'intégration se fait selon «une combinaison de dispositifs qui passent par une logique territoriale, des fonctions intégratrices, la mise en place de dossiers "partagés", la standardisation de parcours de soins avec de nouveaux partages de fonctions, ou encore de nouveaux modes de paiement». Malheureusement, déplore Jean Macq, le système de santé fonctionne

souvent «en silo», par maladie, groupe vulnérable, ou par secteur et non par «communautés».

A titre d'exemple des difficultés à surmonter pour réaliser cette intégration, le professeur de l'UCL constate qu'au fil du temps, une territorialisation s'est développée dans de nombreux domaines, notamment la coordination de l'aide et des soins à domicile. «Les territoires ne se superposent pas les uns avec les autres, on se retrouve avec un système "en lasagne", constate-t-il. Pour redonner de la cohérence au système, le programme *Integreo* vise à créer des territoires regroupant 100 000 à 150 000 habitants «dans lesquels on pourrait améliorer l'intégration des soins entre les hôpitaux, les généralistes et les services s'occupant des soins à domicile». Les soins de santé primaire doivent quant à eux redéfinir leurs relations avec le secteur hospitalier et celui de la santé communautaire. Ils devront aussi, souligne Jean Macq, «adopter une démarche d'intégration qui ne soit plus centrée sur le patient, mais sur la personne vivant dans une communauté».

LES MAISONS MÉDICALES

C'est justement l'objectif que se sont fixées les maisons médicales.³ «Le mouvement est né dans la fièvre des golden sixties, explique Hubert Jamart, médecin généraliste, membre du Bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales. Des praticiens qui souhaitaient créer une médecine différente se sont associés à des infirmières, des kinésithérapeutes, des bénévoles et des patients. Leur but principal était de lutter contre les inégalités dans la société en général, existant entre les patients et les soignants, ainsi qu'entre les soignants en particulier». La coordination, formelle ou informelle, est au centre de la démarche de ces maisons médicales. Elle assure au patient une continuité des soins avec un accès quand il le souhaite à son propre médecin. Elle permet aussi une continuité informationnelle grâce à une facilitation des échanges d'informations entre l'hôpital et le cabinet, ainsi qu'entre les professionnels de l'établissement. Enfin, la coordination assure une permanence des soins grâce à un système de garde. Des

FIG 1 Maisons médicales
Elles regroupent sous un même toit divers professionnels et permettent d'assurer la continuité des soins.

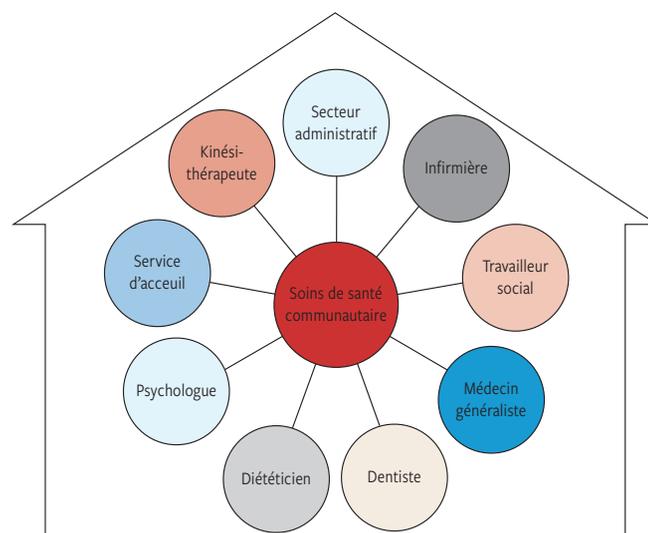


FIG 2

Création d'un jardin partagé par les patients

Ce jardin collectif, à l'arrière de la maison médicale, a pour but l'échange, la socialisation, l'éducation à l'environnement. En outre, un accès est prévu pour les poussettes et les personnes à mobilité réduite.



«trajets de soins» ont aussi été mis en place pour la prise en charge du diabète et d'autres maladies chroniques.

Ces établissements ont l'intérêt «de regrouper sous un même toit une équipe pluridisciplinaire à laquelle le patient peut s'adresser, dans le cadre d'une approche biopsychosociale», souligne Hubert Jamart (figure 1). Installées au départ principalement dans des lieux à forte prévalence de pauvreté et de faible accès aux soins, les maisons médicales se sont depuis multipliées dans les zones rurales et urbaines. Actuellement au nombre de 112 sur le territoire, elles regroupent 2500 professionnels et accueillent 250 000 patients par an. Le système est en pleine croissance: chaque année, 6 nouvelles maisons médicales sont créées et le budget global augmente d'environ 10%.

Ces établissements peuvent bénéficier du financement au forfait à la capitation: l'établissement reçoit une somme fixe par bénéficiaire affilié. Ce dispositif de rémunération, qui concerne actuellement environ 3,5% de la population belge, est en progression régulière. Ce modèle, «à contrecourant» selon Hubert Jamart, bénéficie de nombreux soutiens mais a essuyé des critiques, notamment de la part du gouvernement fédéral qui a institué un moratoire en 2017. Pour illustrer l'organisation interne d'une maison médicale, Hubert Jamart évoque celle de la commune de Trooz dans laquelle il travaille. «Elle fonctionne en autogestion. Les travailleurs de l'équipe sont majoritaires dans l'Assemblée générale qui a été ouverte à d'autres partenaires, ainsi qu'au comité des patients». Ces derniers participent par ailleurs à diverses activités de la maison médicale (figure 2). Une manière «de diminuer les inégalités entre les soignants et les patients,

qui ont le sentiment d'appartenir au centre, ce qui est susceptible d'améliorer leurs conditions de santé».

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

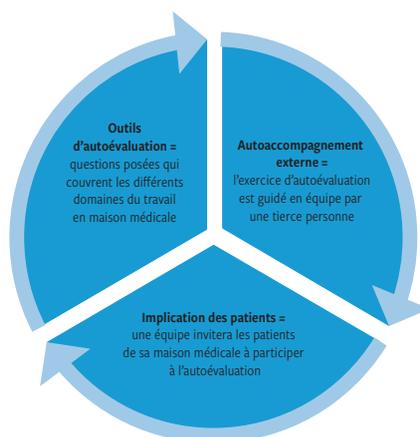
Il y a cinq ans, la Fédération des maisons médicales a initié le projet DEQuaP (Développons ensemble la qualité de nos pratiques). Il propose «un parcours d'évaluation des pratiques dans tous les domaines: organisationnel, promotion de la santé, actions communautaires de santé, soins curatifs et préventifs», souligne Monique Ferguson, coordinatrice du projet. A cette fin, les initiateurs de DEQuaP ont développé un «kit de qualité» qui comprend trois composants: un questionnaire d'auto-évaluation l'accompagnement d'une personne extérieure à l'établissement dans l'animation des discussions et l'implication des patients dans le processus (figure 3).

La première version de cet outil a déjà fait l'objet d'une phase de test. Une nouvelle évaluation, élargie et ouverte à l'ensemble des équipes souhaitant y participer, sera lancée cet automne. Mais déjà, il apparaît que «cette démarche collective permet de motiver l'ensemble de l'équipe, de l'inciter à réfléchir en termes de qualité et d'identifier les priorités», précise la coordinatrice du projet. En outre, en favorisant les échanges entre les membres de l'équipe et en y faisant participer activement les patients, le processus même qui conduit au développement de cet outil «va améliorer l'intégration et la coordination au sein de la maison médicale».

FIG 3

Projet DEQuaP (Développons ensemble la qualité de nos pratiques)

Les trois composants du kit de qualité du projet DEQuaP.



LA SITUATION DE LA MÉDECINE DE FAMILLE EN BELGIQUE

La Belgique compte presque deux fois plus de spécialistes que de généralistes. Elle dispose aussi d'une offre hospitalière importante (4,3 lits généraux et 1,4 lit psychiatrique pour 1000 habitants), à laquelle s'ajoutent 35,5 lits pour 1000 habitants de plus de 65 ans dans les MRS (Maisons de repos et de soins, l'équivalent des EMS en Suisse).

La première ligne des soins de santé est en majorité constituée de médecins qui travaillent seuls. Toutefois, on observe un développement des pratiques de groupes – surtout unidisciplinaires.

Du fait du vieillissement des médecins de famille, le système pourrait connaître un «important basculement dans les années à venir, souligne Jean Macq. Dans la fédération Wallonie-Bruxelles, on s'attend à avoir 5,09 généralistes pour 10 000 habitants en 2037, comparé à 9,9 actuellement». Dans ce contexte, une réflexion sur l'interaction entre médecins et infirmières se met en place.

1 Mormont M. Together we change: une vision. Santé Conjuguée 2016;74:41-4.

2 Macq J, Barbosa V, Ces S, Jeanmart C, Van Durme T. Métiers de la première ligne et systèmes de santé: vers plus de spécialisation ou de polyvalence? Santé Conjuguée 2011; 55: 41-6.

3 Jamart H. Critères de qualité pour décrire des centres de santé primaires communautaires. Santé Conjuguée 2011;56:66-70.

JEAN MACQ

Institut de recherche santé et société et à la Faculté de santé publique
Université catholique de Louvain
1348 Louvain-la-Neuve, Belgique
jean.macq@uclouvain.be

HUBERT JAMART

Maison médicale Trooz Santé
Bureau stratégique
Fédération des maisons médicales
Boulevard du Midi 25/5
1000 Bruxelles, Belgique
hubert.jamart@fmm.be

MONIQUE FERGUSON

Programme DEQuaP
Fédération des maisons médicales
Boulevard du Midi 25/5
1000 Bruxelles, Belgique
monique.ferguson@fmm.be

Suisse

Une coordination à améliorer

Rédaction: ÉLISABETH GORDON – Experts: MONIKA DIEBOLD, Pr NICOLAS SENN ET REGULA CARDINAUX

Rev Med Suisse 2018; 14: 1967-8

En Suisse, de nombreux médecins travaillent encore en solo dans leur cabinet. La Confédération a donc lancé plusieurs initiatives afin de promouvoir la collaboration. De son côté, le canton de Vaud élabore un nouveau modèle de coopération en médecine de famille.

«La Suisse a fait du chemin ces dernières années, constate Monika Diebold, directrice de l'Observatoire suisse de la santé. Du médecin de famille considéré comme un héros qui travaillait jour et nuit, on est passé à un praticien faisant un large usage de la technologie au risque d'oublier son patient». Entre ces deux extrêmes, la balance tend à se rétablir pour faire du médecin «un homme ou une femme comme les autres qui a pris conscience des avantages de collaborer avec d'autres professionnels de la santé».

La densité des médecins de famille (0,8 médecin pour 1000 habitants) est restée pratiquement constante depuis 2009 dans la Confédération. Le problème provient de la pyramide des âges des médecins (figure 1) et des besoins croissants en personnel soignant. On estime qu'en 2030, la Suisse aura besoin de 29 000 soignants avec une formation universitaire ou équivalente de plus que ceux dont elle disposait en 2014. Il est donc nécessaire d'améliorer la coordination.

Au niveau de la politique fédérale, «tout

a changé en 2006 lorsque le Conseil fédéral a réduit les tarifs des prestations des laboratoires, ainsi que ceux des cabinets», rappelle Monika Diebold. Cette mesure a fait descendre dans les rues de Berne plus de 10 000 médecins. Du jamais vu dans le pays! Il en a finalement résulté un nouvel article de la Constitution qui stipule notamment que «la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base et l'encouragent».

DES INITIATIVES DE LA CONFÉDÉRATION

La Confédération a pris plusieurs initiatives visant à améliorer la coordination et la collaboration. Notamment le projet «soins coordonnés» lancé en 2015 lors de la conférence Santé2020, qui a pour objectif, explique Monika Diebold, de «coordonner les traitements et les soins des patients atteints de maladies chroniques ou d'affections multiples». Autre exemple: le programme de promotion «interprofessionnalité dans le domaine de la santé de 2017 à 2020» au sein duquel l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) travaille en étroite collaboration

avec les acteurs de la santé. On peut encore mentionner l'initiative «eHealth Suisse», issue d'une convention-cadre entre la Confédération et les cantons en 2007, qui concerne notamment le dossier électronique du patient, domaine dans lequel la Suisse a pris du retard. Des mesures ont par ailleurs été prises par la Confédération et les universités pour augmenter de 1300 par an, de 2019 à 2025, le nombre de diplômes de médecine délivrés, afin de faire face à la pénurie. Il faut cependant noter que l'augmentation à elle seule ne suffira pas et devrait être accompagnée d'incitatifs permettant d'orienter les médecins au bon endroit.

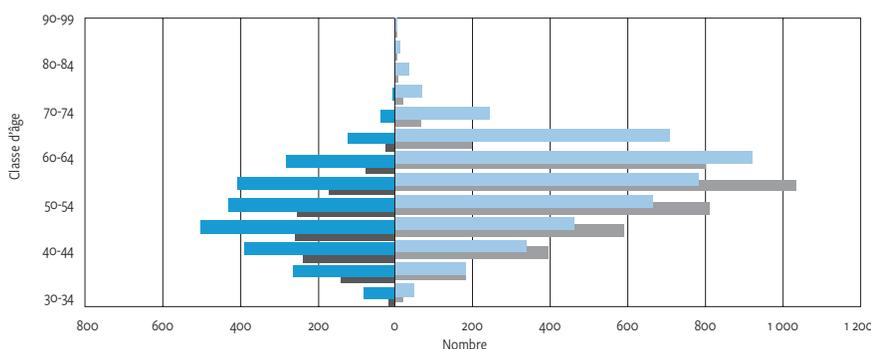
En ce qui concerne le système tarifaire, «pour la Confédération, la maîtrise des coûts est un objectif plus urgent que celui visant à favoriser la coordination», estime la directrice de l'Observatoire suisse de la santé. Pour faire des économies, Berne propose par exemple des tarifs forfaitaires en ambulatoire ou une organisation tarifaire nationale en ambulatoire. De leur côté, les acteurs concernés évoquent la possibilité d'offrir aux infirmières de pratique avancée un tarif permettant de rémunérer leurs services ou encore un meilleur remboursement du temps investi par les médecins dans des travaux de collaboration. Et les jeunes médecins, à quoi aspirent-ils? Selon une enquête publiée en 2017 par Luzia Birgit Gisler et ses collègues,¹ ils souhaitent le plus souvent exercer dans un petit cabinet de groupe, ils préfèrent la campagne et l'agglomération à la ville, ils aimeraient travailler à temps partiel et sont favorables aux visites à domicile. Enfin, leur principal critère de choix pour s'installer dans un cabinet est l'ambiance de travail.

UN MODÈLE DE COORDINATION DANS LE CANTON DE VAUD

Le canton de Vaud soutient le développement d'un nouveau modèle de coordination en médecine de famille. Celui-ci repose sur un triple constat. Actuellement, «la moitié des médecins de famille fonc-

FIG 1 Pyramide des âges des médecins de famille (hors pédiatrie) en Suisse, en 2008 et 2017

A droite, la pyramide des âges des hommes, à gauche celle des femmes.



(Source: FMH online tool 2008 et 2017 «médecine générale, médecine interne, médecine interne générale, médecin praticien».)

tionnent en solo et les cabinets de groupe sont souvent limités à deux ou trois médecins avec des assistances médicales»,² précise Nicolas Senn, directeur de l'Institut universitaire de médecine de famille à Lausanne. Par ailleurs, «les médecins de famille investissent un temps considérable pour une minorité de patients, notamment pour les activités de coordination et d'éducation thérapeutique». Enfin, on se trouve face à «un nombre croissant de patients avec un degré de complexité moyen, qui prennent beaucoup de temps, mais qui sont encore hors des réseaux de soins communautaires».

Le Service de la santé publique du canton de Vaud a donc donné un premier mandat à l'Institut universitaire de médecine de famille à Lausanne et à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne pour définir un concept pouvant être partagé par les acteurs de terrain du canton qui permette d'améliorer la coordination des soins. L'objectif de ce modèle, qui vise en priorité les patients «à complexité moyenne ou à robustesse moyenne», selon Nicolas Senn, est d'améliorer le suivi des soins en optimisant la prise en charge. Il s'agit aussi «de soutenir la continuité de la gestion, de l'information, ainsi que la continuité relationnelle et de diminuer les hospitalisations et le recours aux services d'urgences». Et enfin «de développer un fonctionnement interprofessionnel au sein du cabinet et un partenariat médecine de famille – Santé publique».

Une analyse des publications disponibles a permis d'identifier «vingt-cinq interventions concrètes dont les études

évaluaient non seulement les conséquences sur la coordination, mais aussi l'impact sur la prise en charge des patients». Sur cette base, des experts ont identifié celles qui étaient les plus pertinentes dans le canton de Vaud. Le modèle qui en résulte repose sur trois piliers – le dossier électronique du patient, la gestion de cas, le plan de soins – au centre desquels se trouve l'inscription des patients (figure 2).

UN MODÈLE FLEXIBLE ET NON LIMITATIF

Il restait à passer du concept à la pratique, «afin d'aboutir à un mode d'emploi qui sera proposé aux médecins de famille», précise Regula Cardinaux, cheffe de projet à l'Institut universitaire de médecine de famille à Lausanne. A cette fin, divers groupes de travail interprofessionnels se sont réunis pour définir des critères opérationnels, les adapter et les évaluer.

Cette deuxième étape du projet a été réalisée en 2017 et 2018. Il en ressort que le modèle élaboré doit être «flexible et non limitatif pour qu'il puisse être utilisé dans le plus grand nombre possible de cabinets de médecine de famille», souligne la cheffe de projet. Ses «prérequis sont simples»: chaque cabinet doit disposer d'un ordinateur pour la gestion administrative et d'une connexion internet sécurisée. Il doit aussi avoir -ou être prêt à créer – une liste de patients qui est «la colonne vertébrale du modèle».

Lors d'une phase pilote qui devrait débuter en 2019, ce mode d'emploi sera testé

dans une dizaine de cabinets médicaux du canton. «A terme, il aboutira à un fonctionnement du cabinet dans lequel le patient sera pris en charge par un trinôme, médecin, assistant-e médical-e, infirmier-ère, souligne Regula Cardinaux. La gestion de cas (case management), elle sera assurée par un-e infirmier-ère ou par un-e assistant-e médical-e, en fonction des ressources disponibles et des compétences nécessaires».

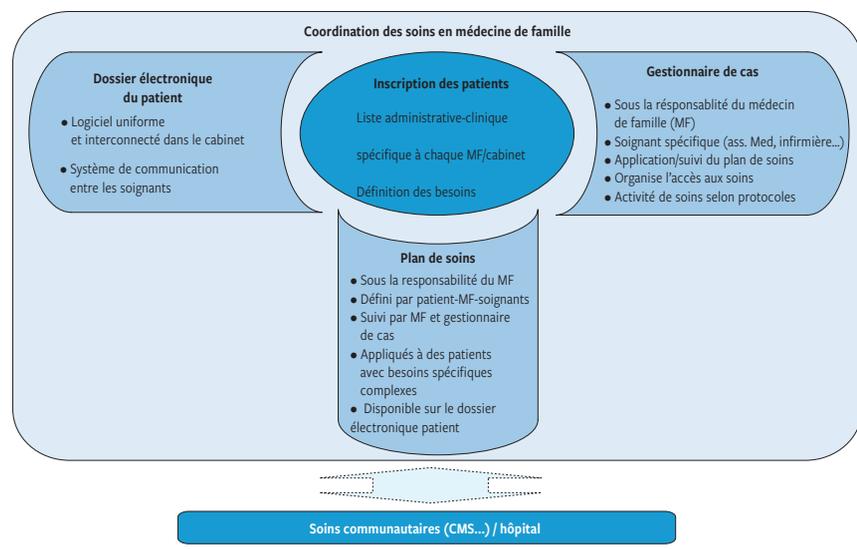
LA STRUCTURE DES CABINETS DE MÉDECINE DE PREMIER RECOURS EN SUISSE

D'après une analyse de l'International Health Policy Survey du Commonwealth Fund sur mandat de l'OFSP, en 2015, la Suisse comptait 45% de cabinets à un médecin (solo). Seule l'Allemagne en avait davantage (50%) alors que la Norvège ou le Royaume-Uni n'en avaient que 4%.

Environ 60% des cabinets suisses collaboraient avec du personnel tel que des infirmiers-ères, ou des gestionnaires de cas, soit plus qu'en Allemagne (27,5%), mais beaucoup moins qu'en Nouvelle-Zélande (90,4%), aux Pays-Bas (92,4%) ou au Royaume-Uni (95,7%). Il faut cependant relativiser ces chiffres. Car si au Pays-Bas ou au Royaume-Uni, les infirmiers-ères font partie intégrante des équipes des cabinets de médecine de famille, en Suisse (et en Allemagne) il s'agit de collaborations externes comme les centres médico-sociaux (CMS). En effet, pratiquement aucun cabinet en Suisse n'a encore intégré de personnel infirmier.

FIG 2

Nouveau modèle de coordination en médecine de famille en cours d'élaboration dans le canton de Vaud



1 Gisler LB, Bachofner M, Moser-Bucher CN, Scherz N, Streit S. From practice employee to (co-)owner: young GPs predict their future careers: a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract* 2017;18:12.

2 Senn N, Ebert S, Cohidon C. La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) (Obsan Dossier 55). 2016;171. Available at: www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-medecine-de-famille-en-suisse. Accessed 13.11.2017.

MONIKA DIEBOLD

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
monika.diebold@bfs.admin.ch

NICOLAS SENN ET REGULA CARDINAUX

Institut universitaire de médecine de famille
PMU, 1011 Lausanne
nicolas.senn@hospvd.ch
regula.cardinaux@hospvd.ch

Québec

Un effort constant de centralisation

Rédaction: ÉLISABETH GORDON – Expertes: Prs MYLAINE BRETON et CATHERINE HUDON

Rev Med Suisse 2018; 14: 1969-70

Depuis 2002, les groupes de médecine familiale, placés majoritairement sous une gouvernance mixte publique-privée, rassemblent des médecins et professionnels de la santé. Dans le cadre d'une initiative innovante, des infirmières assurent la gestion de cas pour les patients ayant des besoins complexes.

Au Québec, différents modèles organisationnels de première ligne se sont succédés. En 1972, il y a eu une première tentative d'intégrer à la santé un volet social dans des Centres de santé et de soins communautaires (CSSC). Financés par des fonds publics, ils intégraient des services sociaux, des infirmières, des nutritionnistes, etc. Toutefois, «les médecins n'ont pas adhéré à ce modèle salarial, qui les plaçait sous une gouvernance publique», explique Mylaine Breton, professeure au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke.

Le concept a été repris en 2000, toujours en cherchant à développer l'interdisciplinarité, la communication et l'échange d'informations. De là est née l'idée de mettre en place «des réseaux intégrés de services pour investir le continuum "prévenir, guérir, soigner"». La commission Clair a donc proposé la création de groupes de médecine familiale (GMF) qui ont vu le jour en 2002 (tableau 1).¹

GROUPES DE MÉDECINE FAMILIALE

Les GMF étaient alors «une première tentative de contractualisation», précise

Mylaine Breton. Les médecins de famille, pour la plupart privés, étaient incités à adopter une pratique de groupe et à élargir leurs horaires d'ouverture.² En échange, ils se voyaient attribuer des infirmières qui étaient employées par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS, voir encadré), donc rémunérées par des fonds publics. Depuis ont aussi été créés des GMFU (groupes de médecine familiale universitaire) et des super-cliniques, les GMFR (GMF-Réseaux). «A l'époque, l'introduction d'infirmières dans les groupes de médecine familiale était considérée comme un changement majeur et cela a provoqué beaucoup de réticences. Actuellement, ce modèle n'est plus remis en cause».

Un nouveau cadre de gestion des GMF³ a vu le jour en juin 2017. Il est fondé sur l'adhésion volontaire aux groupes qui se sont ouverts à d'autres professionnels, notamment aux travailleurs sociaux. Leur financement est fonction du nombre de patients inscrits, mais il est pondéré pour tenir compte des conditions socio-économiques des patients (un patient d'un quartier défavorisé peut compter pour deux). Les GMF ont aussi l'obligation d'avoir des horaires d'ouverture hebdomadaire de 68 heures et d'avoir un «taux d'assiduité» (qui mesure la fidélité des patients au groupe dans lequel ils sont inscrits) de 80%. Le GMF est actuellement le modèle dominant au Québec. Il en existe 330, dont 259 ont une entente avec au moins un pharmacien. Ils comptent environ 800 infirmières, 441 travailleurs sociaux et 368 représentants d'autres professions. On assiste donc au

Québec «à une centralisation extrême du système de soins», conclut Mylaine Breton, qui constate toutefois que la médaille a un revers, puisque 20% de la population n'ont pas de médecin de famille.⁴

DES PATIENTS AVEC DES BESOINS COMPLEXES

La thématique de l'intégration et de l'amélioration des soins aux patients souffrant de maladies chroniques s'impose au Québec comme ailleurs.⁵ Cette problématique est au centre des travaux de Catherine Hudon, professeure et directrice de recherche au Département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke. Quand on parle de patients avec des besoins complexes,⁵ on pense d'abord aux personnes très âgées, en perte d'autonomie. «Au Québec, les services qui les prennent en charge sont relativement bien organisés, constate la professeure. Mais il existe une clientèle pour laquelle il reste encore beaucoup de choses à faire». Il s'agit notamment des personnes qui souffrent de plusieurs maladies chroniques, de troubles mentaux et d'une précarité socio-économique dont les interactions créent des besoins complexes.

Les travaux de Catherine Hudon et de ses collègues reposent sur un modèle conceptuel qui montre que «plus l'écart est grand entre les besoins non comblés et la capacité des services à les combler, plus la complexité augmente,⁶ ce qui peut créer un phénomène de "portes tournantes"». Pour les patients, cela conduit à une expérience négative des soins, une diminution de la qualité de vie et un plus haut taux de mortalité, et pour le système de soins, cela engendre des difficultés d'accès, des problèmes de coordination, une utilisation inefficace des ressources et un coût élevé.⁷

GESTIONNAIRE DE CAS

Un des moyens d'améliorer la situation est de faire appel à la gestion de cas

TABLEAU 1 Modèles organisationnels de première ligne au Québec

CLSC: centres locaux de services communautaires; GMF: groupes de médecine familiale; GMFU: groupes de médecine familiale universitaire.

	SOLO/Groupe	CLSC	GMF	GMFU	Clinique réseau/ super-clinique
Année	-----	1972	2002	2015	2005
Gouvernance	Privée	Publique	Privé/publique*	Publique	Privée
Rémunération	Acte	Salaire	Acte	Salaire	Acte
Ressources	-----	Multi	Infirmière Multi- 2015	Multi	Infirmière

en première ligne, «une approche collaborative» qui permet «d'évaluer, de planifier, de faciliter et de coordonner les soins et d'assurer une meilleure communication entre les ressources disponibles». En 2012, dans le cadre d'un projet de recherche, l'équipe de Catherine Hudon a proposé de confier cette tâche à des infirmières cliniciennes en GMF. Celles-ci reçoivent une formation de trois jours sur la gestion de cas et le soutien à l'autogestion et bénéficient de l'appui d'une communauté de pratique virtuelle. Certains GMF ont adopté cette approche «qui en est encore à ses premiers balbutiements».

L'infirmière gestionnaire de cas, dont le rôle pourrait aussi être tenu par un travailleur social, évalue les besoins, les préférences, les buts et les priorités du patient. Elle élabore et assure le suivi d'un plan de soins individuel (PSI) et coordonne les services et l'aide à la navigation. Enfin, elle est chargée de l'éducation et du soutien du patient à l'autogestion de sa santé. Elle devient ainsi «la première répondante» pour le patient (figure 1). Ce programme a fait l'objet d'une évaluation qualitative. Il en ressort notamment que les patients qui en ont bénéficié «avaient de meilleures conditions de soins». En outre, un essai clinique randomisé a montré «une diminution de la détresse psychologique et une étude qualitative a démontré une amélioration du sentiment

de sécurité». L'intervention va maintenant être expérimentée dans des cliniques de première ligne de cinq provinces canadiennes, «ce qui permettra d'étudier son implantation et ses impacts dans différents contextes».

CONDITIONS GAGNANTES

La gestion de cas «n'est que l'une des composantes de l'intégration des services de santé», précise Catherine Hudon. Pour améliorer la qualité des soins et créer des «conditions gagnantes», il est nécessaire de prévoir une intégration non seulement horizontale (entre les secteurs ou programmes) mais aussi verticale (entre la clinique et la gestion). Il est important aussi de «concevoir l'usager en tant qu'expert de sa complexité et de valoriser son projet de vie, mais aussi d'identifier et de gérer la détresse psychologique des patients». Mais il faut aussi, insiste la professeure, repérer le plus précocement possible les patients avec des besoins complexes avant que ne s'installe le phénomène des portes tournantes.

STRUCTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC

Au Canada, le système de santé relève de la juridiction provinciale, mais les principales impulsions concernant ces fondements ont été données au niveau fédéral. A commencer par la mise en place, en 1957, d'un système d'assurance-hospitalisation – auquel le Québec a adhéré quatre ans plus tard – puis d'une loi sur les services de santé et services sociaux (assurance maladie). Ainsi, les services de santé financés par l'Etat ont été influencés par les politiques fédérales.

Au Québec, depuis 1982, on assiste à un effort de centralisation qui a réduit le nombre d'établissements publics. Le mouvement s'est encore accéléré avec la réforme de 2004. Le territoire de la province a été découpé en 94 régions. Au sein de chacune d'entre elles, les hôpitaux, les centres hospitaliers de longue durée et les centres locaux

de services communautaires ont fusionné dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS). De 683 au départ, le nombre d'établissements publics est passé à 182 en 2004. La centralisation s'est poursuivie près de 10 ans plus tard avec la création de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) qui ne sont plus que 34. Ils ont le mandat d'établir des liens avec les organisations de première ligne situées sur leur territoire.

1 Clair M. Les Solutions émergentes: rapport et recommandations. Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être. Ottawa: Gouvernement du Canada, 2000.

2 Breton M, et al. Primary care reform: can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthc Policy* 2011;7:e122-5. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287954/

3 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-09W.pdf>. Ministère de la santé et des services sociaux.

4 Breton M, Smithman MA, Brousselle A, et al. Assessing the performance of centralized waiting lists for patients without a regular family physician using clinical-administrative data. *BMC Fam Pract* 2017;18:1.

5 Hudon C, Chouinard MC, Bayliss E, et al. Challenges and next steps for primary care research: towards better health, social, and community-based services integration for patients with chronic conditions and complex care needs. *Ann Fam Med* 2018;16:85-6.

6 Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, et al. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care* 2014;52(Suppl. 3):S7-14.

7 Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:2437-48.

MYLAINE BRETON

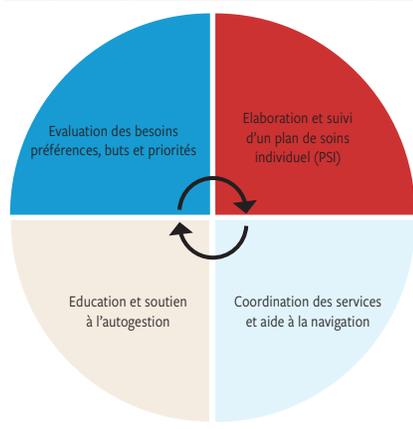
Département des sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke
Chaire de recherche du Canada gouvernance clinique
des services de première ligne
Boulevard de l'Université, Sherbrooke, QC J1K 2R1
Canada
mylaine.breton@USherbrooke.ca

CATHERINE HUDON

Département de médecine de famille et médecine
d'urgence
Université de Sherbrooke
Boulevard de l'Université, Sherbrooke, QC J1K 2R1
Canada
catherine.hudon@USherbrooke.ca

FIG 1

Les différentes missions de l'infirmière gestionnaire de cas



Questions/réponses

Rev Med Suisse 2018; 14: 1971

Tout au long du Symposium francophone de soins primaires, les participants ont pu réagir en temps réel, en posant leurs questions via un logiciel en ligne. Voici quelques-unes des questions posées lors de cette journée, et les réponses apportées par les intervenants concernés.

Devrait-on former les professionnels qui se destinent à travailler dans des maisons de santé à la prise en charge obligatoire au domicile comme en cabinet? Je constate une frilosité des médecins à faire des suivis domiciliaires!

Dr Yolanda Mueller Chabloz – Le suivi à domicile des patients qui ne peuvent pas se déplacer au cabinet permet de favoriser le maintien à domicile. Les nouveaux modèles de cabinet devraient pouvoir évaluer et répondre à la demande des patients sur ce point, et les visites à domicile pourraient être un exemple de tâche déléguée à d'autres collaborateurs au sein du cabinet. Une sensibilisation aux visites à domicile devrait être intégrée à la formation prégraduée, et la réalisation des visites elle-même devrait être encouragée dans le cursus postgrade des médecins internistes généralistes et infirmiers de pratique avancée se destinant à l'ambulatorio.

Comment imaginez-vous le rôle futur de l'assistante médicale?

Pr Nicolas Senn – Avec le développement des nouvelles compétences des assistantes médicales, notamment en matière de coordination, il est certain qu'elles seront amenées à prendre une part plus active en médecine de famille dans la gestion et la prise en charge de populations de patients complexes. Ceci pourra se faire en complémentarité avec d'autres activités pouvant émerger, notamment en lien avec la pratique infirmière. D'une façon plus générale, je pense que le renforcement de la pratique interprofessionnelle en médecine de famille nécessitera que les assistantes médicales développent de nouvelles compétences.

Comment appliquer des mesures efficaces de santé publique à des cabinets de groupe? Projets clés en main? Partenariat et accom-

pagnement et soutien de l'Etat? Possibilité de tester des projets pilotes?

Pr Nicolas Senn – En effet, le développement de nouveaux modèles de soins nécessitera de repenser la façon dont collaborent des entreprises privées telles que les cabinets de médecine de famille privés et des services de santé publique. Cela commence par un engagement fort au niveau politique qui peut se traduire par la suite par des projets pilotes sur le terrain. Il ne faut pas négliger non plus un troisième partenaire que sont les chercheurs sur les services de santé au niveau académique, qui doivent permettre de fournir les connaissances nécessaires à l'évaluation complexe de ces nouveaux modèles.

Maisons de santé en France, maisons médicales en Belgique: comment se situe l'évolution de ces modèles par rapport au développement d'autres structures de soins ambulatoires financées par des acteurs privés (par exemple, les chaînes de cabinets/permanences financées par des groupes financiers)?

Pr Hector Falcoff – A ma connaissance, jusqu'ici très peu d'initiatives de groupes financiers pour créer des chaînes de cabinets en France. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont portées et pilotées par les professionnels de santé. Les tentatives de certaines municipalités (rurales surtout, un peu de banlieue) de créer des MSP sont plutôt négatives, ne réussissant pas à fidéliser des professionnels et surtout des médecins généralistes (qui viennent pour un certain temps et repartent - effet d'aubaine).

Concernant le programme ASALEE «patient obèse» (et plus généralement pour les patients métaboliques), y a-t-il des perspectives de prise en charge coordonnée?

Gaëlle Savigneau, Pr Hector Falcoff – La philosophie d'ASALEE, c'est de partir de ce que veut le patient. Il n'y a donc pas de «programme» au sens strict, mais plutôt du temps, de l'écoute, de la bienveillance, et une boîte à outils dans laquelle le patient et l'infirmière ASALEE peuvent puiser (ateliers cuisine, groupes de marche, jeux pédagogiques, etc). Concernant la coordination, elle est permanente et étroite avec le médecin traitant (l'infirmière

exerce dans le même lieu). Un protocole Risque CardioVasculaire permet déjà une prise en charge coordonnée des patients obèses. Un protocole obésité infantile est en cours de validation.

Dans quelle mesure tous les professionnels peuvent-ils partager les données de santé d'un patient (par exemple EMS) pour établir le plan de soins individuel?, comment les former aux techniques de communication et à la gestion émotionnelle de ces données?

Dr Nicolas Perone – Le premier point est de savoir qui sont ces professionnels; idéalement ce sont les intervenants ayant une relation thérapeutique avec le patient et une pertinence dans le plan de soins. Pour cela, le patient et/ou plutôt le proche-aidant devraient pouvoir dire avec qui les données sont partagées (comme c'est le cas avec le DEP). Par ailleurs, tout ne doit pas être partagé; seulement les informations utiles au fonctionnement de l'équipe.

Dans les situations complexes, nous voyons qu'il est plus facile aux professionnels de prendre des décisions en consensus (*share the burden*) et que ce partage de décisions peut soulager ces derniers. Le partage de l'information va dans le même sens, ainsi que le partage des tâches au sein de l'équipe. Si un professionnel non soignant est amené à jouer un rôle important dans le quotidien du patient, alors il peut être intéressant de l'inclure dans l'équipe pour avoir son évaluation de la situation, d'inclure ses propositions dans le plan de soins et d'explorer quelles tâches sont possibles et de quelles ressources cet intervenant a besoin. Il est clair que certains ne sont pas préparés à fonctionner en équipe ou même à endosser certains rôles qui sortent de leur pôle de compétence. C'est aussi vrai pour le proche-aidant. Une formation structurée serait idéale et pourrait amener des meilleures connaissances, savoir-faire et surtout une légitimité.

Atelier thématique: Médecine participative

Rédaction: OPHÉLIE VIRET et STÉPHANY GARDIER - Expert: Dr JEAN GABRIEL JEANNOT

Rev Med Suisse 2018; 14: 1972

Les réflexions autour de la réorganisation du système de santé devront prendre en compte le rôle central du patient. A quoi ressemblera un cabinet du futur? Comment mieux tenir compte des besoins des patients, et les intégrer comme véritables partenaires dans ces nouveaux modèles d'organisation? Quel impact cela aura-t-il sur le lien médecin-patient? Autant de questions auxquelles a tenté de répondre l'atelier mené par le Dr Jean Gabriel Jeannot, médecin généraliste à Neuchâtel.

L'atelier débute par un jeu de rôle mettant en scène un patient simulé (joué par un comédien) et un infirmier de pratique avancée (IPA, joué par un volontaire de l'assistance). L'IPA a un statut qui lui permet notamment de remplir certaines tâches autrefois réservées aux médecins comme la prévention, l'éducation thérapeutique et le suivi de certaines maladies chroniques. La scène se déroule lors d'une consultation de suivi de l'hypertension au cabinet du généraliste. Le patient, au lieu d'être reçu par son médecin, est accueilli par l'infirmier. La consultation se concentre sur les explications données au patient sur cette nouvelle organisation, ainsi que sur ses questions et réactions.

PRÉPARER ET INFORMER

En mettant en scène ce changement de pratique, le jeu de rôle révèle une partie des enjeux et des difficultés qui y sont liés: comment préparer les patients à cette transition, comment les y intégrer et comment structurer le fonctionnement du cabinet en conséquence. L'assemblée est invitée à réagir et quelques éléments de réponse émergent des réflexions faites par les participants. Il est ainsi suggéré qu'en amont de ce changement, les professionnels de la santé se répartissent clairement les rôles et les responsabilités. Les compétences de chacun devraient être reconnues, identifiées, puis valorisées telles qu'elles existent avant d'envisager la transition.

Ensuite intervient la nécessité d'un immense effort d'information. Le méde-

cin, en particulier, doit prendre le temps nécessaire pour informer le patient de cette réorganisation. Le patient doit sentir qu'il y a une équipe derrière lui, et ne doit pas avoir le sentiment que son médecin cherche à se «débarrasser» de lui. Des participants proposent que le praticien soit présent lors du premier entretien entre le patient et l'IPA. Enfin, le patient devrait être rassuré sur le fait que ce changement n'entraînera pas de modification des coûts, ni de la qualité des soins. Son médecin restera le référent principal de sa prise en charge et continuera à le suivre. En définitive, il apparaît essentiel que le patient soit préparé et que ce changement s'effectue de manière individualisée, au risque qu'il ne soit pris dans un système où il devient *l'objet* au lieu d'en être le *sujet*.

FUTUR PLURIPROFESSIONNEL

A l'avenir, les cabinets pourraient regrouper de multiples acteurs (médecin généraliste, médecin spécialiste, physiothérapeute, IPA, assistante médicale). Un participant rappelle à titre d'exemple le rôle fondamental de l'assistante médicale qui interagit avec les patients sur un autre registre que celui de l'infirmière et du médecin, et est garante d'informations différentes à son sujet. L'idée d'une tierce personne qualifiée de «coordinateur» émerge aussi. Cette personne pourrait recueillir les informations sur la sphère privée, et coordonner la prise en charge entre les différents acteurs. Pour être mises à profit, ces informations devraient pouvoir circuler de manière fluide entre les intervenants qui composent le corps soignant, c'est pourquoi l'ensemble des participants souligne l'importance d'une excellente communication entre les intervenants. L'installation d'une photo de l'équipe soignante dans la salle d'attente est proposée. Enfin concernant l'usage des nouvelles technologies, les participants s'interrogent sur la place de l'email dans la consultation: doit-on être plus disponible pour les

patients par courrier électronique? Est-ce un aspect de la médecine participative?

RENDRE LA MÉDECINE PARTICIPATIVE

La deuxième partie de l'atelier se concentre justement sur le caractère de plus en plus participatif de la médecine. Que faire pour mieux se rapprocher du patient? Comment tenir compte de son expérience pour mieux l'intégrer? La médecine participative présuppose que le patient soit intégré dans le processus de soins en tant que partenaire. A travers le vécu qu'a le patient de sa maladie, il se forge une expérience qu'il peut partager avec le corps soignant, et d'autres malades. Il s'agirait de valoriser ce savoir et de l'intégrer dans l'éducation thérapeutique. Se rapprocher du patient nécessite aussi de prendre en compte les éléments de ses propres recherches qu'il apporte en consultation (lectures sur internet, informations récoltées sur une application mobile de santé) et de s'y intéresser. Cela implique une position d'humilité du médecin vis-à-vis de ses propres connaissances et des informations qu'il détient au sujet du patient. Néanmoins, un participant rappelle que la participation du patient se construit sur des mois ou des années, au fil du lien thérapeutique. Un autre participant, membre d'une association de patients, relève pour sa part que toutes les personnes n'ont pas envie d'une hyper-responsabilisation ou de décision partagée. Les besoins et les objectifs individuels ne devront en effet jamais être perdus de vue. Une médecine participative ne peut et ne doit pas se mettre en place à marche forcée, au risque de nuire à une partie des patients et de se révéler contre-productive.

JEAN GABRIEL JEANNOT

Faubourg du Lac 12
2000 Neuchâtel
jgjeannot@gmail.com

Atelier thématique: Interprofessionnalité

Rédaction: STÉPHANY GARDIER – Expert: Pr PATRICK BODENMANN

Rev Med Suisse 2018; 14: 1973

L'interprofessionnalité est au cœur des réflexions sur l'évolution du système de santé, et le canton de Vaud a fait figure de pionnier en inscrivant récemment dans la loi le statut d'infirmier praticien. Ces soignants, qui bénéficieront d'une formation de niveau Master, pourront notamment établir certaines prescriptions. En attendant, certains soignants ont déjà mis en place des collaborations afin d'améliorer la coordination des soins. Plusieurs d'entre eux étaient présents à l'atelier coordonné par le Pr Patrick Bodenmann, pour faire part de leur expérience et répondre aux questions – nombreuses – que suscitent le sujet parmi leurs confrères et consœurs.

En guise d'introduction, John Nicolet, médecin généraliste en formation, a présenté quelques résultats de son travail de Master.¹ Parmi les nombreux modèles de pratique infirmière qui existent, il a choisi d'étudier la perception de la collaboration avec une infirmière praticienne dans un cabinet de médecine de famille. «Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sont apparues aux Etats-Unis lorsqu'il a fallu trouver une solution face à un système de soins surchargé», a rappelé John Nicolet. Elles existent dans plusieurs pays anglo-saxons; j'ai pour ma part découvert ce modèle à Manchester, lors de mon année ERASMUS. Quelques extraits des entretiens menés pour ce mémoire ont permis d'illustrer les principales craintes face à ce modèle, à savoir la «perte de la vision d'ensemble», le fait de «n'avoir plus qu'un rôle de prescripteur», ou encore l'impression d'une «qualité de la prise en charge pas améliorée».

CERCLE VERTUEUX

Anne Bramaud du Boucheron, infirmière de pratique avancée *case manager*, fait partie du projet INTERMED, une recherche-action menée par la Haute école de santé Arc à Neuchâtel avec le cabinet Médi-Centre (la Chaux-de-Fonds), et s'appuie sur le concept du *chronic care model*. «Je travaille avec un médecin généraliste et deux assistantes médicales. Le projet apporte de nombreux bénéfices pour tous

les acteurs, a détaillé Anne Bramaud du Boucheron. Nous travaillons en interaction avec des professionnels extérieurs au cabinet, et l'on observe une influence générale positive, la mise en place d'un cercle vertueux. Cela bénéficie au patient, considéré comme acteur de son propre parcours, et qui ressent une meilleure efficacité». Si elle raconte que des liens très forts se tissent avec certains malades, l'infirmière ne verse pas dans l'angélisme. A la question de la réaction des patients du cabinet, elle répond que certains n'ont même pas accepté de la rencontrer: «Le médecin continue de proposer cette possibilité et certains peuvent changer d'avis avec le temps».

«Les patients chroniques que l'on reçoit ont pour beaucoup besoin de parler, or le généraliste n'a pas le temps. Là où j'ai un quart d'heure, l'infirmière prend une heure», soulignait pour sa part le Dr Olivier Pasche, médecin généraliste, qui travaille en binôme au cabinet médical du Chêne (Thierrens, VD) avec Gabrielle Romang, IPS. Tous deux ont souligné l'importance de l'infirmière dans la coordination de tous les autres acteurs impliqués dans le parcours de soins du patient, du spécialiste à la personne chargée du transport.

ÉLARGIR LA COLLABORATION

La collaboration entre IPS et assistantes médicales a également été discutée, notamment sur la base de témoignages de coordinatrices en médecine ambulatoire (CMA) présentes dans l'assemblée. Les pratiques rapportées se sont révélées assez différentes selon les cabinets, avec notamment plus ou moins de tâches administratives. Il a été rappelé que, contrairement aux IPS, les CMA ne peuvent établir ni diagnostic ni prescription. L'accent a été mis aussi sur le fait que les tâches de l'IPS ne doivent pas recouvrir celles de l'assistante médicale, et que le binôme se doit de fonctionner en intercomplémentarité. La question de la responsabilité légale des IPS a été posée par plusieurs médecins. «Elles peuvent poser un diagnostic et prescrire, dans un périmètre restreint et

sont responsables de leurs actes», a répondu Isabelle Lehn, directrice des soins au CHUV, présente lors de l'atelier.

L'intervention de la Pr Catherine Hudon de l'Université de Sherbrooke a été l'occasion d'évoquer les interactions possibles avec les travailleurs sociaux qui, au Québec, font de plus en plus partie des équipes de première ligne. «Mais chez nous, le ministère de la Santé est aussi celui des Services sociaux, c'est donc plus facile d'intégrer tous les acteurs», a précisé Catherine Hudon. Elle a également souligné l'importance du respect du secret médical et rappelé que de telles équipes multidisciplinaires supposent que le patient soit informé des professionnels pouvant accéder à son dossier, et qu'il y consente. «Nous sommes très vigilants sur la confidentialité!».

Le dernier point, abordé à plusieurs reprises par les intervenants et l'assemblée, est celui du financement des collaborations mises en place dans les cabinets accueillants une IPS. Les modèles diffèrent, l'infirmière pouvant conserver son statut libéral ou être – au moins en partie – salariée par le cabinet. Le Dr Pasche semble avoir résumé le point de vue des soignants en présence, en constatant: «C'est un modèle difficile à financer!» Malgré les difficultés, les témoignages ont permis de mesurer la satisfaction ressentie par les soignants qui se sont ouverts à l'interprofessionnalité, dont la plupart ont reconnu qu'ils ne reviendraient pas en arrière.

¹ Nicolet J. Des infirmières praticiennes chez les médecins de famille? Perception des enjeux et perspectives., 2014; https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_7F17DD125D0A

PATRICK BODENMANN

Centre des populations vulnérables
PMU
1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospvd.ch

Atelier thématique: Plan de soins partagé, l'expérience genevoise

Rédaction: ÉLISABETH GORDON; Experts: Drs CÉDRIC MABIRE et NICOLAS PERONE

Rev Med Suisse 2018; 14: 1974

La continuité des soins est un enjeu majeur de la médecine actuelle, mais de quels outils dispose-t-on? Que peut apporter un plan de soins partagés? Ou encore comment les mettre en œuvre dans les cabinets? Voici les axes de réflexion proposés par le Dr Cédric Mabire lors de cet atelier, auquel était convié le Dr Nicolas Perone. Chef de projet à l'association PRISM (Promotion des réseaux intégrés des soins aux malades), il est venu partager l'expérience genevoise en matière de plan de soins partagé. En guise d'introduction, il a tenu à revenir sur le dossier électronique du patient (DEP) sans lequel le plan de soins partagé ne peut être mis en œuvre. Le DEP est toujours ouvert avec l'accord du patient qui reste maître d'en donner les clés d'accès au médecin et à l'infirmière, ainsi qu'éventuellement à un proche aidant. Il renferme «des informations pertinentes et conformes à l'éthique», a résumé Nicolas Perone, et permet ainsi la circulation des données entre les professionnels de la santé. Il est aussi accessible au patient qui, selon la loi, est propriétaire de ses données et peut décider de fermer son dossier quand il le souhaite.

UN OUTIL SÉCURISÉ

Au cours de la discussion, les participants ont fait part de leurs interrogations sur cet outil. L'un des points abordés concerne la question de la confidentialité et de la sécurité du système. «Comment s'assurer que les informations ne se retrouvent pas dans les bases de données des GAFA (Google, Apple, Facebook et Amazon)?», a demandé une participante. Répondant à cette crainte, Nicolas Perone a souligné que le système de sécurité adopté était équivalent à celui utilisé par les banques. Les concepteurs de la plateforme ont essayé à plusieurs reprises de pirater la plateforme, a-t-il ajouté, et «ils n'y sont pas encore parvenus».

A ceux qui s'inquiètent que le patient puisse prendre connaissance des résultats de ses examens médicaux avant le médecin, il a précisé que des «délais d'accès avaient

été prévus». Par ailleurs, le fait que le patient ait la possibilité d'établir une liste de traitements qu'il juge stigmatisants a soulevé la question de sa responsabilité lorsqu'il «cache» quelque chose à son médecin et conduit certains participants à suggérer qu'il serait utile d'assurer une formation aux patients.

PARTAGE DES INFORMATIONS

Il reste que, pour les patients complexes, le DEP ne répond pas à la question de la coordination des soins. C'est pour cette raison qu'a été élaboré le plan de soins partagé. Cet outil permet de «formaliser le consensus qui se dégage à l'issue d'une séance d'équipe interprofessionnelle», souligne Nicolas Perone. En d'autres termes, il permet de consigner les priorités de la prise en charge, les objectifs à atteindre, le partage des interventions ainsi que les observations des différents partenaires. Ces données font l'objet «d'une seule saisie» de la part du médecin ou de l'infirmière et sont lisibles sur trois plateformes du canton de Genève – Mediway pour le médecin, Medical Link pour l'infirmière, et celle du patient – qui sont interopérables. «On peut y mettre toutes les informations, quantitatives et qualitatives, que l'on estime pertinentes», constate le chef de projet de PRISM qui estime que cela permet à l'équipe «d'avoir une dynamique prospective». Mais comme Cédric Mabire le souligne, «Le plan de soins partagé n'est qu'un support à la communication interprofessionnelle. Pour qu'il y ait coordination il faut une volonté des acteurs, un langage commun et surtout du temps pour se réunir "physiquement" pour élaborer ce plan de soins partagé qui sera ensuite mis dans le DEP pour permettre un suivi interprofessionnel».

DEP et plan de soins partagé sont déjà disponibles dans le canton de Genève et concerneraient «plusieurs dizaines de milliers de patients. Grâce au bouche-à-oreille, le nombre d'utilisateurs augmente régulièrement». Partagé essentiellement par les médecins et les infirmières, le plan de soins

partagé pourrait être ouvert à d'autres professionnels – physiothérapeutes, diététiciens etc. – «à condition que ceux-ci disposent d'un logiciel interconnecté». Son élaboration a par ailleurs nécessité l'adoption «d'un langage commun» entre les professionnels qui soit aussi accessible au patient.

Parmi les questions soulevées figure la rémunération des infirmières chargées de saisir ce plan sur le support informatique. Cette rétribution n'est pas assurée par l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins), mais dans le canton de Genève, la Direction générale des soins «a mis des ressources à disposition pour financer ces tâches», a précisé Nicolas Perone.

Certains participants à l'atelier ont par ailleurs exprimé la crainte que ces outils informatiques affectent la relation médecin-patient. D'autres au contraire se sont montrés enthousiastes. Tel ce médecin estimant qu'un dispositif comme le DEP «pourrait faire baisser les coûts en évitant par exemple au service d'urgences de refaire une analyse qui avait déjà été effectuée peu de temps avant». Nicolas Perone abonde dans ce sens en rappelant qu'au Québec, «la simple utilisation d'un dossier pharmaceutique partagé a permis de réduire de 10% les cas de réhospitalisation dus aux interactions médicamenteuses et aux doublons». Quoi qu'il en soit, précise le médecin genevois, «l'outil informatique n'est que la cerise sur la gâteau» et le plus important reste «l'élaboration de la dynamique de l'équipe interprofessionnelle».

CÉDRIC MABIRE

Faculté de biologie et de médecine
Institut universitaire de formation et de recherche en soins
Secteur Vennes
CHUV, Université de Lausanne
Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne
cedric.mabire@chuv.ch

NICOLAS PERONE

Association PRISM
Rue de la Corrairie 26, 1204 Genève
nicolas.perone@prism-ge.ch

Atelier thématique: Rôle des autorités de santé publique

Rédaction: MICHAEL BALAVOINE – Experte: Dr CHRISTINE COHIDON

Rev Med Suisse 2018; 14: 1975

Dans toute la francophonie, la transformation des types de prise en charge pose des défis inédits au système de santé. Pour faire face à ces enjeux, une des pistes consiste à repenser les interactions entre la santé publique et la médecine de premier recours. Aujourd'hui, pour organiser le dispositif, l'Etat a essentiellement deux outils: l'appareil réglementaire et le financement. Une marge de manœuvre étroite si on pense à la créativité nécessaire pour faire face au futur. Surtout qu'en Suisse, où le système libéral se superpose souvent au système étatique, sans que ces deux entités réussissent à se parler de manière constructive.

Au cours de l'atelier, deux freins majeurs au développement du généraliste comme rouage de la santé publique ont été mis en avant:

1. Le premier consiste en la nécessité de pouvoir décrire et compter, autrement dit à pouvoir se reposer sur des données chiffrées pour organiser la prise en charge. En Belgique, un système de collecte de données permet par exemple de compter, entre autres, le nombre d'actes (prescriptions médicamenteuses, radios ou encore prises de sang) que chaque praticien a réalisés. En mesurant qui fait quoi et pour quel prix, la Fédération médicale des maisons de santé a ainsi pu démontrer à l'Etat que l'organisation belge de médecine de famille était efficace pour réduire les hospitalisations et que le médecin généraliste était ainsi un maillon essentiel de la promotion d'une santé accessible, efficiente et durable. Pour atteindre des objectifs de santé publique dans le cadre des activités de clinique en médecine générale et a fortiori pour mener des actions auprès d'une population quelle qu'elle soit, une première condition est de pouvoir décrire et compter. Or, la Suisse n'a, pour l'instant, pas de dossier informatisé assez codifié pour permettre des actions à large échelle du type de celles menées en Belgique. Par ailleurs, les médecins ne sont pas forcément prêts à transmettre leurs données d'activité à la santé publique. D'une part, parce que cela ne fait pas partie de leur travail; d'autre

part, par crainte de se retrouver pieds et poings liés à la santé publique. Pour imaginer une collaboration plus étroite, il faudra donc réussir à surmonter ce premier obstacle, à la fois technique et culturel.

2. Le deuxième problème de base est lui d'ordre relationnel. En Suisse, il n'est pas évident pour un représentant de la santé publique de discuter, d'échanger et même simplement de rencontrer un médecin de premier recours. L'Etat connaît bien ce qu'il subventionne: l'hôpital et les soins à domicile. Il a plus de peine avec les généralistes qui, même s'ils sont regroupés au sein d'associations faitières, sont souvent surchargés et ont peu de temps à consacrer à la problématique. Les médecins généralistes ont, quant à eux, l'impression que l'Etat, de par sa nature technocratique, ne peut discuter qu'avec des institutions. Résultat: même si diverses actions ont été menées dans différents cantons et que de la bonne volonté existe de part et d'autre, la santé publique a de la difficulté à toucher, dans leur diversité et dans leur nombre, les médecins de premier recours et les deux entités ont de la peine à communiquer. En résumé, c'est comme si deux spécialités évoluaient en parallèle, parfois dans un même immeuble mais à des étages différents sans jamais se croiser.

Malgré les difficultés décrites lors de l'atelier, les participants ont tout de même évoqué trois pistes pour inventer la manière dont les représentants des soins primaires pourraient collaborer avec la santé publique:

1. Il faudrait d'abord privilégier les projets concrets venant d'initiatives individuelles sans que l'Etat ne cherche à imposer un cadre stricte à la pratique. La mise en place de centres de médecine de famille gérant la population d'un quartier ou d'une région devrait avoir des spécificités liées aux besoins locaux et venir du terrain. En Belgique, la Fédération des maisons de santé propose un accompagnement pour la mise en place d'un centre où les médecins de famille jouent un rôle de santé publique. En moyenne, la réalisation d'un projet prend pratiquement deux ans,

entre la naissance de l'idée, les réunions de conception et la réalisation concrète. De même, en Suisse, les projets devraient permettre aux initiants d'être créatifs, de s'adapter aux besoins de la population et de donner du sens au travail quotidien des soignants. Pour réussir, les projets devront donc naître d'autre chose que des seuls incitatifs financiers – dont les modalités devront bien entendu être définies –, et surtout valoriser la créativité locale.

2. La formation des médecins et des soignants devrait aussi être adaptée aux nouveaux besoins de santé. Les nouveaux types de prise en charge obligent à penser l'enseignement autrement. La physiopathologie de maladies plus ou moins rares ne devrait pas être enseignée de façon aussi étendue que le diabète par exemple pour les étudiants se destinant à devenir médecin de famille. Et un poids plus important devrait être accordé à l'interprofessionnalité. De plus, au cours de sa formation, le médecin devrait acquérir une culture de santé publique qui lui permette de penser le métier en termes de santé de populations et non strictement en termes de santé individuelle comme c'est le cas actuellement. Par ailleurs, la formation continue des médecins devrait aussi être adaptée.

3. Enfin, même si la question est délicate, la rémunération des médecins de famille impliqués dans des projets de santé publique devrait être revue et augmentée. Y compris d'ailleurs à l'intérieur même des institutions: pour orienter la formation de professionnels dont la population a besoin et pour éviter l'explosion de spécialités médicales onéreuses, les services de médecine générale ayant une vocation de santé publique pourraient avoir des budgets supplémentaires et plus élevés que ceux des autres spécialités pour attirer les médecins vers cette filière. Mais aussi simplement pour valoriser cette activité!

CHRISTINE COHIDON

Institut universitaire de médecine de famille
PMU, 1011 Lausanne
christine.cohidon@hospvdp.ch